

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Ser at de gjør en forskjell 6

Jobber i rehabiliteringsteam 10 «Nå har jeg det. Nei, det har jeg ikke... vent, NÅ har jeg det!» 16

Ergoterapeuters roller og arbeidsoppgaver innen hverdagsrehabilitering – en scoping review 32

Ergoterapeututdanningen på NTNU campus Trondheim fyller 50 år 46

Velkommen til tillitsvalgtkurs 56

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. 6 – 2. des. / 31. des.
Nr. 1 – 3. feb. / 28. feb.
Nr. 2 – 1. april / 30. april

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

Administrasjonskonsulent

Charlotte Leiren

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



46



56

REPORTASJE

- 6 Ser at de gjør en forskjell**
Av Jartrud Høstmælingen

MIN ARBEIDSHVERDAG

- 10 Jobber i rehabiliteringsteam**
Av Else Merete Thyness

VÅRE TILLITSVALGTE

- 12 Hovedtillitsvalgt i Levanger kommune**
Av Else Merete Thyness

FORBUNDET

- 14 Ta vare på hytta med vår enkle sjekklister**
Av Roar Hagen

FAGLIG

- 16 «Nå har jeg det. Nei, det har jeg ikke... vent, Nå har jeg det!»**
Av Linda Stigen
- 26 Blir tommelortosene som søkes av ergoterapeut, brukt?**
Av Sofie Hagen Nilstad og Elisabeth Hasselknippe

VITENSKAP

- 32 Ergoterapeuters roller og arbeidsoppgaver innen hverdagsrehabilitering – en scoping review**
Av Hamed Alimouradi, Linda Stigen og Hanne Tuntland

AKTUELT

- 46 Ergoterapeututdanningen på NTNU campus Trondheim fyller 50 år**
Av Sissel Horghagen og Nils Erik Ness
- 49 Nye og nyttige hjelpemidler**
- 52 Glimt fra arbeidshverdagen**
Av Tina Sofie Gover

DEBATT

- 54 Er det så nøye da?**
Av Yrkesetisk utvalg

PÅ DE SISTE SIDENE

- 56 Velkommen til tillitsvalgkurs**
Av Else Merete Thyness

ANNONSER

- 60 Kursannonser**
- 63 Produktregister**

Folkehelse og god læring

I denne utgaven av fagbladet har jeg satt meg på skolebenken. Det vil si, jeg har deltatt på Grunnkurs 1 for tillitsvalgte.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Internasjonal forskning viser at hva vi gjør er av stor betydning for hvordan vi trives i hverdagen. Konseptet *hverdagsglede* er den psykiske helsens fem om dagen, og det har sitt utspring i britiske Five Ways to Wellbeing. Nå er *hverdagsglede* et innarbeidet folkehelseiltak i Norge og består av disse fem grepene:

- Vær oppmerksom. Oppmerksomhetstrening bedrer immunforsvaret vårt og gir økt glede.
- Vær aktiv. Regelmessig fysisk aktivitet gir økt livskvalitet for alle.
- Knytt bånd. Sosiale relasjoner er bra for din psykiske helse.
- Gi. Det å gi aktiverer områder i hjernen som er ansvarlig for lykke.
- Fortsett å lære. Hver gang du lærer noe nytt dannes nye koblinger i hjernen.

Å lære noe nytt er altså viktig for hverdagsgleden, og det bringer meg tilbake til tillitsvalgtkurset jeg nylig deltok på. Det åpnet opp for en helt ny verden av begreper

og strategier og ga meg definitivt både puls og glede. I reportasjen «Velkommen til tillitsvalgtkurs» kan leserne av Ergoterapeuten få en smakebit fra kurset. Ergoterapeutene har et godt opplærings- og utviklingsprogram for tillitsvalgte, som skal gi trygghet og motivasjon i vervet.

Dette bladet byr også på en reportasje fra revmatismesykehuset på Lillehammer. Her jobber det tre ergoterapeuter, som forteller om en variert og meningsfull arbeidshverdag. De har i tillegg skrevet en fagartikkel om tommelortoser, som presenteres i dette bladet.

Jeg vil også benytte anledningen til å reklamere for den andre fagartikkelen som handler om kommuneergoterapeuters erfaringer med å implementere Perceive, Recall, Plan og Perform (PRPP) i praksis og forskningsartikkelen som tar for seg ergoterapeuters roller og arbeidsoppgaver i hverdagsrehabilitering.

God læring!

Lokale forhandlinger – lagspill i praksis

Når sentrale forhandlinger gir en pott til lokale forhandlinger, sendes stafettpinnen til de tillitsvalgte i de aktuelle tariffområdene. I høst er det masse forhandlingsaktivitet i kommunene og Oslos bydeler, og våre tillitsvalgte gjør en god og svært viktig jobb.



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

Krav om en pott til lokale forhandlinger går ofte igjen i alle tariffområdene, men det kan gå år mellom hver gang vi får gjennomslag. Når potten er av en viss størrelse, gir det gode muligheter for våre tillitsvalgte. Det mangler definitivt ikke gode argumenter for hvorfor våre medlemmer må prioriteres.

Ergoterapeuter er en viktig del av løsningene for bærekraftige tjenester i helse- og velferdssektoren. Etterspørselen kommer til å øke kraftig i årene som kommer, og det er allerede en mangel på ergoterapeuter og uakseptabelt lange ventelister.

I skrivende stund er det fortsatt to uker til fristen for gjennomføring av de lokale forhandlingene, men mange er ferdige. Våre tillitsvalgte gjør en kjempeviktig og veldig god jobb for sine medlemmer. Selv om det ofte føles som arbeidsgiver har bestemt seg for et forhandlingsresultat på forhånd, gir innsatsen fra våre tillitsvalgte resultater. De bruker forhandlingsteknikk og argumentasjon

som viser at de vet hvor skoen trykker, og de vet å sette ord på hvorfor ergoterapikompetansen er viktig. Det er rett og slett noe av det beste med å være et profesjonsforbund: Vi er ergoterapeuter som gjør en innsats for ergoterapeuter.

I denne landsmøteperioden satser vi ekstra på de tillitsvalgte. De er tettest på medlemmene, og de kjemper for arbeidsbetingelser, rammer for fagutøvelsen og viktigheten av ergoterapeuters bidrag. Derfor vil vi at alle tillitsvalgte skal gjennomføre alle tre grunnkursene i løpet av treårsperioden. Da er det ekstra fint at noen av dem som deltok på grunnkurs 2 for KS-området i høst, gir tilbakemeldinger om at det de lærte bidro til at de lokale forhandlingene gikk over all forventning.

Men det er ikke bare gode forhandlingsresultater som bekrefter at innsatsen fra våre tillitsvalgte er viktig. Vi opplever også enkelte arbeidsgivere som ikke følger spillereglene eller som bruker pressmidler vi ikke kan akseptere.

Da er det avgjørende med tillitsvalgte som tar til motmæle og får arbeidsgiver til å ta til fornuft.

Vi må også bruke andre muligheter til å forhandle om lønn. Lønnsundersøkelsen vår viser at 70 prosent av dem som forhandler om lønn ved ansettelse, oppnår høyere lønn enn først tilbudt. Derfor vil vi at flere enn dagens 50 prosent skal forhandle om lønn ved ansettelse. Argumentene for høyere lønn er de samme som du bruker for å få stillingen. Be om hjelp av en tillitsvalgt på arbeidsplassen for å bli kjent med lønnsnivået for stillingen du søker. Og ikke vær redd for å be om høyere lønn enn dine kolleger. Skjevheter i en personalgruppe gir i neste omgang svært gode grunner til å rette dem opp i lokale forhandlinger.

Ergoterapeuter er en svært viktig del av løsningene for mer bærekraftige tjenester. Da må vi også verdsettes og lønnes deretter. Takk for innsatsen, gode tillitsvalgte. Dere har løpt en strålende etappe under høstens lokale forhandlinger!

SER AT DE GJØR EN FORSKJELL

Ergoterapeutene ved Revmatismesykehuset Lillehammer skryter av arbeidsplassen sin. De får gjort mye av det ergoterapeuter er best til, samt deltatt i andre spennende prosjekter, som til sammen skaper en variert og meningsfylt arbeidshverdag.

Tekst og foto: Jartrud Høstmælingen



Revmatismesykehuset gir tilbud om tverrfaglig spesialisert rehabilitering til pasienter med revmatiske lidelser.



Under Eva Thorsens innlegg på temadagen ved Revmatismesykehuset, understreker hun hvor viktig det er å bli bevisst ADL-sirkelen, Aktiviteter i Dagliglivet.

Eva Thorsen har ansvaret for ergoterapeutenes undervisning under månedens temadag på Revmatismesykehuset på Lillehammer en regnfull høstdag i september. Ulike faggrupper blant de ansatte ved sykehuset har undervisning for pasientene gjennom dagen, og Eva, som er ergoterapispesialist i somatisk helse, har en bolk på 45 minutter.

11 deltakere sitter i den hestekoformede sirkelen, og Eva oppmuntrer stadig til dialog mens hun forklarer, viser hjelpemidler og utdyper punktene som vises på PowerPointen bak henne.

BEVISSTGJØRING

Hun forteller at hun er en av tre ergoterapeuter ved sykehuset, og at deres rolle handler mye om å øke bevisstheten rundt gjøremålene i hverdagen. At veldig mye endrer seg etter at man har fått en kronisk sykdom, og at nå handler det om å ta tak i det på en hensiktsmessig måte. Hun får deltakerne til å reflektere rundt begreper som lyst, plikt, påfyll,

prioriteringer og vaner. «Hva er hvile for deg?», spør hun, og en mann i gruppa svarer «legge seg ned og sove til neste dag.» En annen svarer «bål og skog». Da endrer han som svarte først sitt svar til «båt, fiske, legge seg i båten».

Slik drar Eva gruppa framover, hvor alle kan tilføre nye momenter for økt innsikt i hvordan takle egen livssituasjon.

PRIVAT SYKEHUS

Revmatismesykehuset ble grunnlagt i 1912, og ergoterapeuter har alltid vært en del av staben. Det er i dag hovedsenteret for revmatologi i Innlandet. Sykehuset har flere faggrupper, og i tillegg til ergoterapeuter er det blant annet leger, sykepleiere, fysioterapeuter, sosionomer og kostveileder som alle kan bidra i pasientenes oppfølging. Revmatismesykehuset er et privat, idéelt sykehus organisert som et aksjeselskap. Lillehammer sanitetsforening er eiere av sykehuset, som er en N.K.S Kløverinstitusjon.



- Hovedfokus for ergoterapeutene ved Revmatismesykehuset AS Lillehammer er veiledning knyttet til aktivitetsprioritering og aktivitetsbalanse, studentarbeid og -veiledning, pluss deltakelse i forskning, forteller fra venstre: Eva Thorsen, Elisabeth Hasselknippe og Sofie Hagen Nilstad utenfor Revmatismesykehuset Lillehammer.

Sykehusets primære oppgave er utredning, behandling og rehabilitering av pasienter med revmatiske sykdommer. I tillegg driver de med forskning, opplæring av pasienter og pårørende samt utdanning av helsepersonell.

ERGOTERAPIAVDELING

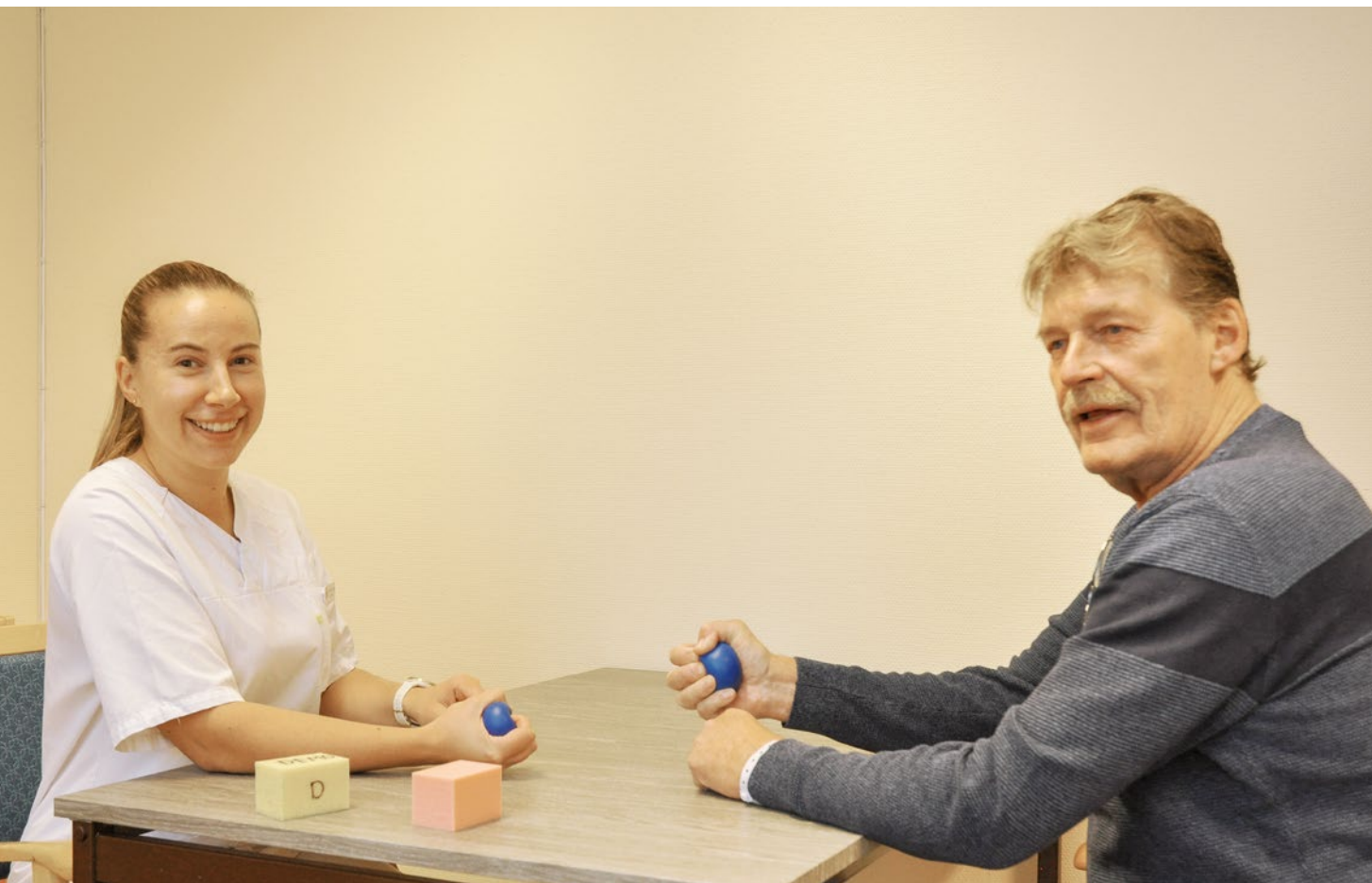
Etter at Eva er ferdig med undervisningen, går vi til ergoterapeutenes avdeling, hvor vi får en prat med henne og kollegaene Elisabeth Hasselknippe og Sofie Hagen Nilstad. Etter hvert kommer også tredjeårsstuden-

ten Anine Østernes og deltar i samtalen.

Praten går livlig om bredden i det de holder på med overfor den store gruppen med revmatikere. Pasientene er enten polikliniske eller innlagte på sengeavdeling, hvor de er i 14 dager. I sengeavdelingen jobber ergoterapeutene med pasientene over tid og støtter dem i sin rehabiliteringsprosess. Poliklinisk henvises pasientene til ergoterapeutene ved nyoppstått inflammatorisk sykdom, samt at de tar hånd om kontrollpasienter med nyoppståt-



Sofie Hagen Nilstad (t.h.) har allerede veiledet mange studenter siden hun ble ansatt ved sykehuset for tre år siden. Her er hun med sin tredjeårsstudent Anine Østernes.



Trond Krogdahl fra Sel i Gudbrandsdalen har psoriasisartritt og får veiledning av Sofie Hagen Nilstad. – Dette er verdens fineste sted. Både på grunn av de som jobber her, og fordi jeg får den hjelpen jeg trenger og vel så det, skryter han.



Elisabeth Hasselknippe er ergoterapispesialist i arbeidshelse, og på de 24 årene hun har vært tilknyttet Revmatismesykehuset har hun vært hovedforfatter eller medforfatter til en rekke studier fra ergoterapeutavdelingen. Disse er publisert i blant andre Scandinavian Journal of Occupational Therapy, Health Expectations, Ergoterapeuten og Norsk RheumaBulletin.

te behov. Ergoterapeutene får også mange håndartrosepasienter henvist direkte fra fastleger.

AKTIVITETSPRIORITERING

Noen fellesnevnerer går igjen. Aktivitetsprioritering og aktivitetsbalanse har stort fokus. Selv om pasientene ikke er sengeleggende, strever de ofte med utmattelse. Ergoterapeutene veileder om betydningen av hverdagsaktiviteter, hvilke roller og identitet disse gir, og hvordan aktivitetsutførelse kan bli påvirket av kronisk sykdom.

– Vi har jevnlig ulike temaer som gis ekstra fokus, og nå i høst handler det om fatigue. Det innebærer at vi leser artikler, går gjennom prosedyrer, har

workshops med de andre yrkesgruppene samt deltar på kurs og konferanser som omhandler temaet. Fatigue er i høy grad et tverrfaglig anliggende, og ergoterapeutene har i mange år vært pådrivere for å øke fokuset på dette. Et slikt samarbeid er svært viktig for pasienten, forklarer ergoterapeutene.

HÅNDFUNKSJON

Mange av pasientene strever med redusert håndfunksjon som følge av sin revmatiske sykdom. Arbeidsoppgavene består ofte i å instruere i håndtrening og ergonomiske prinsipper. En stor andel av pasientene har behov for ortoser. Ergoterapeutene har lang erfaring med å vurdere og

«Studentene gjør at vi blir mer bevisst på egen praksis, og det er nyttig for oss å få oppdatert teori om faget»

Sofie Hagen Nilstad

tilpasse ortopediske hjelpemidler. Nylig valgte de å undersøke bruk og nytte av ortoser ved tommelartrose (se deres artikkel på side 26 i dette nummeret av Ergoterapeuten).

STUDENTER

Å veilede studenter er også et prioritert område for ergoterapeutene ved Sykehuset, og de har praksisstudenter gjennom hele året, både første-, andre- og tredjeårsstudenter. Tredjeårsstudent Anine Østernes er nå i sin fjerde praksisuke, og forteller at hun søkte seg spesifikt til Lillehammer Revmatismesykehus fordi det var et spennende arbeidsområde.

- Vi lærer utrolig mye av å ha studenter. De bidrar til å holde oss oppdaterte. Studentene gjør at vi blir mer bevisst på egen praksis og det er nyttig for oss å få oppdatert teori om faget, sier Sofie Hagen Nilstad, som er Anines veileder.

HØYT FAGLIG NIVÅ

Å jobbe i team er en sentral del av hverdagen for de ansatte ved sykehuset.

- Vi er gode på samarbeid, sier Eva, og tilføyer at de er trygge i sin fagrolle fordi de arbeider mye og tett i team.

Revmatismesykehuset er på et høyt nivå, faglig sett. Ergoterapeutene forteller at de har gode ledere og et trygt arbeidsmiljø som bidrar til kontinuerlig

utviklingsarbeid, og stadig foregår det prosjekter ved sykehuset.

PRAKTIKERE

Vi spør hva som førte dem til ergoterapeutyrket, og Sofie forteller at hun alltid har hatt interesse for mennesker, og ønsket å jobbe innen helse. En karriereveileder tipset om ergoterapi, og hun merket i praksisperioden at hun traff spikeren på hodet.

- Jeg var så heldig å få tredjeårspraksisen min her etter å ha ønsket meg hit, og ble altså ansatt i full jobb her rett etterpå. Bedre kunne det ikke bli, smiler hun.

Eva forteller at hun kommer fra en helsefamilie, og at hun som type er tilretteleggeren og er praktisk anlagt. Hun liker det unike ved ergoterapien som fokuserer på betydningen av å mestre hverdagslige gjøremål.

Elisabeth forteller at hun ville jobbe med mennesker og det praktiske. Hun arbeidet en periode på et dagsenter for mennesker med psykisk utviklingshemming, men da hun kom til Lillehammer Revmatismesykehus i år 2000 følte det som å komme på rett plass. Her fikk hun en identitet. Det var en egen avdeling for ergoterapeuter, og oppmuntring og tilrettelegging for forskning. Revmatismesykehuset har lang tradisjon i å delta i nasjonale og internasjonale forskningsstudier for å besvare viktige spørsmål om revmatiske sykdommer.

REVMATISMESYKEHUSET AS LILLEHAMMER ERGOTERAPIAVDELINGEN

Pasientene:

- Har en kronisk sykdom med svingende forløp som gjør at de trenger støtte og veiledning i perioder.
- Har behov for spisset, tverrfaglig kompetanse.
- Kan streve med utmattelse som følge av sin revmatiske sykdom.
- Kan ha redusert håndfunksjon som følge av sin revmatiske sykdom.
- Kan streve med å finne en god aktivitetsbalanse i hverdagen som følge av sin revmatiske sykdom.

Kartlegger:

- Aktivitetsmønster og -kapasitet i daglige gjøremål på ulike arenaer og aktivitetsbalansen til den enkelte når livet endrer seg og hvilke mestringsstrategier de har.
- Kroppsfunksjon og struktur, hender og håndfunksjon og hvordan dette påvirker utførelse av daglige gjøremål.

Tiltak:

- Aktivitetsprioritering for å veilede pasienten på opprettholdelse av aktiviteter og deltakelse i arbeid, hjem og fritid.
- Tilpasset trening i hånd- og armfunksjon.
- Informasjon og veiledning om ergonomiske prinsipper og kompenserende teknikker.

**NAVN**

Jill Hole

STILLING

Spesialergoterapeut

HVOR

Drammen kommune

Jobber i rehabiliteringsteam

Av Else Merete Thyness

- Hva jobber du som?

- Jeg arbeider som spesialergoterapeut.

- Hvor arbeider du?

- Jeg jobber i et tverrfaglig rehabiliteringsteam i Avdeling Aktivitet og Rehabilitering i Drammen kommune. Rehabiliteringsteamet består av to ergoterapeuter, to fysioterapeuter, en sykepleier, en hjelpepleier og en hjemmetrener. Vi dekker hele Drammen kommune og setter sammen team rundt den enkelte bruker ut fra brukers behov og mål og teammedlemmenes kompetanse. Brukerne våre er hjemmeboende voksne over 18 år som har hatt et brått funksjonsfall, og som har behov for tverrfaglig, intensiv rehabilite-

ring. Vi får henvisninger fra spesialisthelsetjenesten, ulike sykehus og rehabiliteringsinstitusjoner, kommunal rehabiliteringsinstitusjon, kolleger i tjenesten og andre samarbeidspartnere i kommunen.

I tillegg til å jobbe i rehabiliteringsteamet er jeg med i Ressursgruppe Syn. Her følger jeg opp personer som er svaksynte/blinde, eller som har fått synsutfall etter hjerneslag eller andre hjernesker, men som ikke trenger tverrfaglig oppfølging.

- Hvilke metoder for kartlegging bruker du mest?

- Vi bruker COPM for å kartlegge brukers aktivitetsutfordringer og KROSS for å kartlegge synet hos brukere som har hatt slag/hjernesker. Videre foretar jeg observasjon i aktivitet i brukers hjem eller nærmiljø, og ved vurdering av kognitiv funksjon bruker jeg PRPP og/eller MoCa. Måling av håndstyrke og andre funksjonstester benyttes når det er aktuelt.

- Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

- Rehabiliteringsteamet arbeider for at brukere skal gjenvinne tapt funksjon slik at de kan mestre daglige aktiviteter de opplever som meningsfulle. Trening i aktivitet og tilrettelegging for aktivitet er hovedfokus. Som ergoterapeut vil en del av arbeidet være å trene på spesifikke funksjoner gjennom for eksempel håndtrening og synstrening. I tillegg trener vi på de daglige aktivitetene bruker ønsker å mestre, og dette kan være alt fra personlig hygiene, handle og ta buss. Hjelpemiddelformidling er også en viktig del av arbeidet.

For brukere med synsnedsettelse handler det også om å mestre daglige aktiviteter. Jeg søker synstekniske hjelpemidler og

har opplæring i bruken av disse. Tips og råd for hva den enkelte kan gjøre selv i forhold til bruk av apper, kontrastfarger, belysning, plassering av seg selv og objekter, er nyttig. For personer med synsutfall etter hjernesker, for eksempel synsfeltutfall, trener en for å kompensere for tapt synsfelt ved å innarbeide søkestrategier, trene øyebevegelser og øke fart og nøyaktighet på disse. Disse strategiene og funksjonene trenes også i aktiviteter både i og utenfor brukers hjem. Veiledning for pårørende er også viktig arbeid.

Orientering og forflytning for mennesker med synsnedsettelse har blitt en ny arbeidsoppgave for meg i det siste halve året. Dette omfatter blant annet opplæring i ledsagerteknikk og opplæring i bruk av mobilitetsstokk.

- Hvordan dokumenterer du det du har gjort?

- Vi benytter Gerica, en elektronisk pasientjournal og et pasientadministrativt system for hele pleie- og omsorgssektoren.

- Hvordan holder du deg faglig oppdatert?

- I løpet av de siste par årene har jeg tatt masteremnefag ved USN – Universitetet i Sørøst-Norge. Først tok jeg «Synsrehabilitering etter hjerneslag og andre hjernesker» og nå er jeg i gang med «Mobilitet - Orientering og forflytning for blinde og svaksynte». Begge disse studiene har vært med på å endre min arbeidshverdag og den tjenesten som vi gir til innbyggerne. Vi har ellers internundervisning og fagmøter. Jeg deltar også på ulike kurs og konferanser når det er mulighet for det.

- Hvem er dine nærmeste samarbeidspartnere?

- Jeg og mine kolleger i rehabiliteringsteamet sitter sammen

og har tett samarbeid. I tillegg samarbeider jeg med kommunal ergoterapeut med kompetanse på synsrehabilitering, logoped, rådgivere ved NAV hjelpemiddelsentral, kommunale ergoterapeuter og fysioterapeuter, optikere og de ulike hjemmetjenestene. Pårørende er også nære samarbeidspartnere.

- Hvordan forklarer du for andre ditt arbeid som ergoterapeut?

- Jeg bruker å si at mine arbeidsoppgaver er å bidra til at mennesker skal kunne gjenoppta og mestre de aktivitetene som er meningsfulle for dem. Dette gjør jeg gjennom å trene for å øke personens funksjon og/eller ved å senke kravene fra omgivelsene.



Jill Hole er spesialergoterapeut i et tverrfaglig rehabiliteringsteam i Drammen kommune.

Mino


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

Hjelper brukeren ut av isolering.

ap^otera

Bestilles også på
www.apotera.no



 Bellman & Symfon®

Telefon: 33 42 72 50 E-post: info@bellman.no bellman.com



NAVN:
Annfrid Trætli Storvik
VERV
Hovedtillitsvalgt i
Levanger kommune
TARIFFOMRÅDE
KS

Hovedtillitsvalgt i Levanger kommune

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg arbeider i Levanger kommune, i ergo-/fysioterapitjenesten for voksne, enhet helsefremming.

– Hvilket verv har du som tillitsvalgt?

– Jeg er hovedtillitsvalgt i Levanger kommune og har også en tillitsvalgtrolle som medlemsansvarlig i styret for Region Midt.

– Hva motiverte deg til å bli tillitsvalgt?

– Jeg deltok på Ergoterapeutenes fem-modulskurs som het «Alle skal kunne delta». Der var det tema om blant annet samfunnets utfordringer, bærekraftige tjenester, innovasjon og endring. Dette ga meg troen på at jeg

kunne påvirke arbeidsplassens arbeidsmiljø.

– Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Jeg startet som plasstillitsvalgt i 2021, så tre år er min fartstid.

– Hva er de viktigste oppgavene dine som tillitsvalgt?

– Da jeg deltok på mitt første ledermøte ble jeg overrasket over hvor mye informasjon som var tilgjengelig for ledere og tillitsvalgte. Et «informasjonsgilde» jeg som ansatt ikke hadde tilgang til! Så med den erfaringen vil jeg si at å bringe informasjonen videre til ansatte er viktig. Det å bidra til dialog mellom arbeidsgiver og ansatt for å skape et godt arbeidsmiljø er en av de viktigste oppgavene. I tillegg vil jeg si at det å ha et godt samarbeid med de andre forbundene er viktig for å oppnå best mulig resultat for medlemmene. Oppsummert er det viktigste å være lagspiller!

– Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?

– Den største utfordringen er å være proaktiv nok. Jeg opplever at medlemmer ikke kjenner godt nok til tillitsvalgtrollen og av den grunn enten ikke tar kontakt eller er for sen med å ta opp tema. Samme kan gjelde ledere som ikke er godt nok kjent med avtaler.

– Hva tenker du er en viktig

kvalitet eller egenskap hos en tillitsvalgt?

– Jeg tenker at man med en god dose relasjonell kompetanse kommer langt. Det gjør at man kan komme i god dialog og være i stand til å forstå ulike perspektiver.

– Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

– Det var helt i startfasen som hovedtillitsvalgt. Ledelsen i institusjonen sto i en økonomisk spagat. De hadde for mange årsverk, manglende kontinuitet på helg og turnusen gikk ikke opp. Deres løsning var å forslå at tre ergoterapeuter og tre fysioterapeuter skulle flyttes i 17 prosent hver til assistentoppgaver med terapeutlønn på helg. De ønsket dette som en frivillig prøveordning. Det ble sagt på informasjonsmøtet at: «Nå er det ikke rom for fag, nå er det kun økonomi som gjelder». Så langt var dette et mareritt! Her tok vi ledelsen på ordet og viste at fag er økonomi. Vi benyttet statistikk og registerdata for å lage praksis-eksempler, gjorde en ROS-analyse og brukte nettverket blant medlemmer og tillitsvalgte i prosessen fram til drøfting. Vi viste at å bruke 17 prosent av terapeut til assistent ikke lønner seg verken økonomisk, sosialt eller miljømessig. Det var et intenst arbeid som ga resultater. Det beste minnet er engasjementet og samholdet det skapte blant medlemmer underveis.



Annfrid Trætli Storvik er hovedtillitsvalgt i Levanger kommune.



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

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

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

Sjekk ut e-læringskurset på basis-fallforebygging.no



Ta vare på hytta med vår enkle sjekkliste

Det er viktig å vedlikeholde hytta jevnlig i løpet av året, både for å unngå at det oppstår noe når du er der og for å klargjøre den for å stå tom. En godt vedlikeholdt hytte er mer komfortabelt for deg og holder verdien på hytta oppe. Følg vår enkle sjekkliste for å forebygge de vanligste skadene som kan oppstå på hytta.

Av Roar Hagen

GJØR DETTE I LØPET AV ÅRET

Jevnlig vedlikehold er like viktig på hytta som hjemme. Det kan bli både dyrt og krevende hvis du ikke oppdager skader og uhell tidlig, men mye kan forebygges med godt vedlikehold. Vi anbefaler at du går gjennom denne sjekklisten hver gang du er på hytta:

- **Brannvern:** Test og bytt batteri i røykvarslerne årlig. Kontroller også brannslukningsapparatet. Brennbart materiale må ikke stå inntil, eller ligge oppå, peis og varmeovner. Sørg for at rømningsveier fungerer.
- **Frost:** Sørg for tilstrekkelig varme for å unngå frostskaider. Det bør være minst 10 grader i rom med rør hele året. Det gjelder også rom med rør i gulvet, veggene eller taket.
- **Snø:** Sørg for snømåking av tak og terrasse for å unngå tyngdeskaider.
- **Matvarer:** Ta med deg mat som kan bli dårlig mens du er borte fra hytta. Tøm gjerne kjøleskap og fryser hvis du blir borte lenge.
- **Takrenner og drenering:** Rens takrenner, sluk og nedløp hver vår og høst for å unngå at vann blir stående og fryser. Sjekk at vann renner bort fra bygningen. Kontroller også dreneringen.

- **Vann:** Steng hovedstoppekranen hver gang du forlater hytta.
- **Fasader og åpninger:** Se over alle fasader, dører, vinduer, tak og skorstein for å sjekke om det er åpninger eller sprekker hvor vann eller dyr kan trenge inn. Sjekk om det er lekkasjer på loft, kjeller, rundt skorstein, vinduer og dører. Ikke anlegg bed eller oppbevar ved inntil fasaden. Dyr og insekter liker seg nemlig i slike omgivelser.
- **Uvær og ekstra sjekk:** Ta en ekstra tur for å inspisere den dersom det har vært uvær og mye nedbør i en periode. Husk at strømbrudd kan føre til at varmeovner slås av.

GJØR DETTE NÅR DU SKAL FORLATE HYTTA

Hvis du skal forlate hytta for en lengre periode, har vi laget en sjekkliste som skal forhindre at det ikke oppstår noe mens du er borte. Det er kjedelig å komme til en hytte med store skader når den skal åpnes for sesongen.

- **Vann:** Steng hovedstoppekranen når du forlater hytta og slå eventuelt av vannpumpen. Tøm rørene for vann dersom du skal være lenge borte. Fyll gjerne frostvæske i vannlåser og toalett.



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

- **Tyveri:** Forsøk å hindre innsyn i hytta for å minimere fristelsen for eventuelle tyver. Sjekk at dører og vinduer er lukket og låst.
- **Strøm:** Trekk ut stikkontakter/støpsel for å forebygge brann og elektriske skader ved lynnedslag.
- **Løse gjenstander:** Sikre løse gjenstander utenfor hytta for å unngå skader ved sterk vind. Ta inn hagemøbler hvis mulig. Se til at båten har god fortøyning og ligger med baugen mot bølgene.
- **Hjelp fra andre:** Avtal gjerne med en hyttenabo eller andre om å se til at alt ser greit ut på hytta.

Som medlem i Ergoterapeutene får du gode medlemspriser på en rekke forsikringer. Les mer på www.ergoterapeuteneforsikring.org. Du kan også ringe oss på telefon 22 05 99 15.

Kilde: Tryg forsikring





Vi synes ikke penger skal være det du må tenke på når livet går i unntakstilstand.

Forsikringen Kritisk sykdom gir en rask, skattefri utbetaling ved en rekke alvorlige sykdommer. Pengene kan du bruke på akkurat det du ønsker.

Les mer om
forsikringen



Ergoterapeutenes forsikringskontor | ergoterapeuteneforsikring.org | 22 05 99 15

«Nå har jeg det. Nei, det har jeg ikke... vent, NÅ har jeg det!»

KOMMUNEERGOTERAPEUTERS ERFARINGER MED Å IMPLEMENTERE PERCEIVE, RECALL, PLAN OG PERFORM KARTLEGGING I PRAKSIS

Av Linda Stigen



Linda Stigen er første-
amanuensis ved NTNU
Gjøvik.
E-post: linda.stigen@
ntnu.no.

Sammendrag

Demografiske endringer skaper fremtidige utfordringer for kommunehelsetjenesten og utfordrer kommuneergoterapeuters kompetanse. Målet med studien var å utforske kommuneergoterapeuters erfaringer med implementering av PRPP-kartleggingen i praksis. Fokusgruppeintervjuer med ti ergoterapeuter ble gjennomført før og etter deltakelse i et PRPP-kurs, samt 12 månedlige nettverksmøter i implementeringen av PRPP. Data ble tematisk analysert, og fire hovedtema fremkom; motivert av et ønske om utvikling, mulighet for faglige diskusjoner, implementering av ny kunnskap tar tid og veien videre. Deltakerne verdsatte å ha noen å diskutere implementeringsspørsmål med, men beskrev utfordringer med å finne tid til å utføre PRPP-vurderinger. De understreket viktigheten av å bruke tid på implementering og å ikke være redd for å feile i læringsprosessen. Bruk av aktivitetsbaserte kartleggingsverktøy kan hjelpe ergoterapeuter til å bli mer selvsikre i kommunikasjon med kolleger og ha et viktig aktivitetsfokus i kartleggingsprosessen. Funnene kan danne grunnlag for å utvikle modeller for implementering av faglig kurs i praksis.

Nøkkelord: aktivitetsbasert, kartlegging, kognisjon, implementering, PRPP

Det er ingen uenigheter om rettigheter til denne artikkelen.

Innledning

Kognisjon og kognitive ferdigheter er essensielt for utførelsen av daglige aktiviteter (1, 2). Forstyrrelser i hjernens struktur eller funksjon, medfødt eller ervervet, fører til vanskeligheter i måten folk tenker, føler og/eller handler på. Disse vanskelighetene kan resultere i tap av, eller vanskeligheter med å tilegne seg eller opprettholde evner og ferdigheter (3). Gjennom bruk av aktiviteter kan ergoterapeuter bidra til å utvikle menneskers kognitive evner for å forbedre aktivitetsutførelse, mestring, deltakelse og opplevd livskvalitet (4).

Kognisjon har blitt definert som en interaksjon av prosesser som involverer alle former for bevissthet og viten, som persepsjon, forståelse, hukommelse, resonnement, dømmekraft, fantasi og problemløsning (5). Kognisjon er hjernens funksjoner som resulterer i tanker og målrettet handling (6). Kognisjon og kognitive ferdigheter er essensielle for effektiv utførelse av daglige aktiviteter og spiller en avgjørende rolle i menneskelig utvikling og evnen til å lære, beholde og bruke ny informasjon som respons på endringer i hverdagslivet (4). Kognitiv svikt er enhver svekkelse i evnen til å vite, forstå og tolke virkeligheten. Eksempelvis i å gjenkjenne og identifisere objekter eller individer, i å huske, i abstrakt tenkning, i resonnering og dømmekraft eller i å forstå og bruke språk (5).

Kartlegging av kognisjon og hvordan kognisjon påvirker aktivitetsutførelse er utgangspunktet for ergoterapeutiske intervensjoner når man arbeider med personer med kognitive vansker (3). Ergoterapeuter utfører kartlegging som fokuserer på kognisjon relatert til deltakelse og aktivitetsutførelse (4), og gjennom kartlegging kan ergoterapeuter evaluere kognitiv funksjon og få en forståelse av hvordan kognitive evner bidrar til og påvirker aktivitetsutførelsen (3, 7).

KOMMUNEERGOTERAPEUTERS KARTLEGGING AV PERSONER MED KOGNITIVE VANSKER

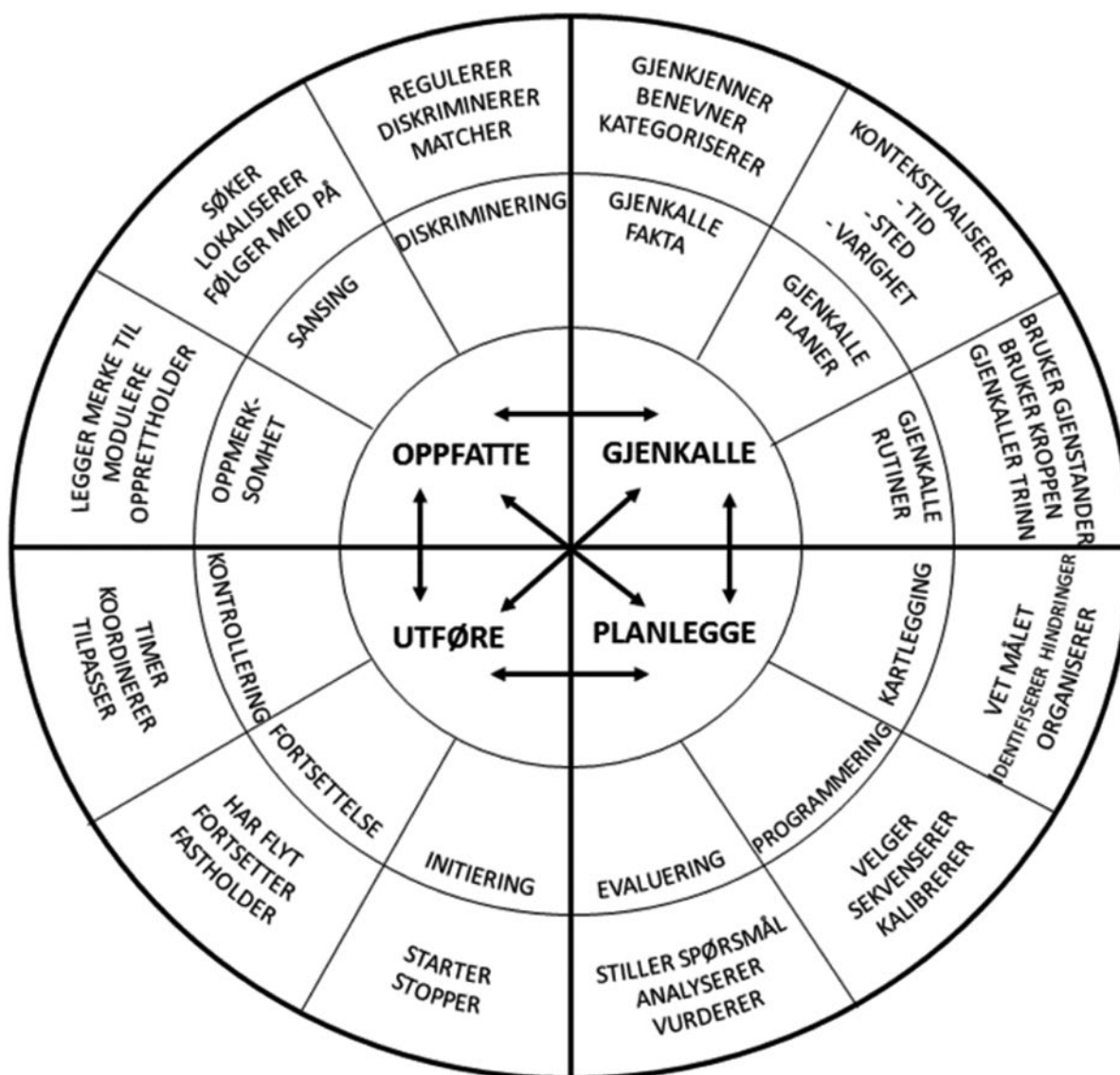
Fra 1. januar 2020 er ergoterapi etablert som en lovpålagt tjeneste i norske kommuner (8), men det er få beskrivelser av hvilke tjenester ergoterapeuter forventes å utføre (9). En nylig studie understreker at ergoterapi særlig fremheves i utvalgte styringsdokumenter i forbindelse med tverrfaglig samhandling, velferdsteknologi og proaktive borgere. Videre understrekes at det er innenfor tjenstediskursene proaktive tjenester og aktiv omsorg at ergoterapeutene ses på som en del av løsningen i fremtidens

helsetjenester (10). Flere studier har beskrevet og karakterisert norske kommuneergoterapeuters praksis (11-20). Knyttet til kommuneergoterapeuters arbeid med kartlegging av personer med kognitive vansker viser studier at de mest brukte metodene for kartlegging er uformelle intervjuer, observasjoner og standardiserte kartleggingsredskaper (21-23). Samtidig dokumenteres det at ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten opplever utfordringer med å formidle sin kompetanse, og at andres forventninger til deres kompetanse ikke nødvendigvis samsvarer med deres egen forståelse (19, 22). Studier har også beskrevet hvordan begrenset tid og ressurser påvirker ergoterapeuters valg i praksis (21, 22). Knyttet til kartlegging blir raske og enkle screeningsverktøy ofte prioritert over aktivitetsbaserte verktøy, som kan oppfattes som mer tidkrevende (21-23). Med tanke på de fremtidige utfordringene er det fremhevet et behov for å utvikle ergoterapeuters kompetanse knyttet til kartlegging og intervensjoner for personer med kognitive vansker i kommunehelsetjenesten (21-24).

PERCEIVE, RECALL, PLAN OG PERFORM (PRPP) FOR KARTLEGGING

Perceive, Recall, Plan og Perform (PRPP) systemet for kartlegging og intervensjon er et standardisert system som ble utviklet av og for ergoterapeuter. PRPP-kartleggingen er en tottrinns, observasjonsbasert, standardisert, kriteriebasert metode for identifisering av mestring og bruk av kognitive strategier i utførelse av daglige aktiviteter (25). Trinn 1 fokuserer på vurdering av mestring i aktivitetsutførelse og identifiserer hvilke typer feil personen gjør (26). Trinn 2 brukes for å identifisere hvor effektivt personer benytter sine kognitive strategier i utførelsen. Strategiene som identifiseres i PRPP fase 2 inkluderer oppmerksomhet og sensorisk persepsjon (Perceive), hukommelse (Recall), responsplanlegging og evaluering (Plan) og utførelsesovervåking (Perform) (26) (se figur 1). Den konseptuelle forståelsen av kognisjon og kognitive strategier som trinn 2 er basert på, er hentet fra teori om informasjonsbearbeiding (26). Se figur 1 neste side.

Bruken av PRPP øker i praksis i Norge, men var relativt nytt blant ergoterapeuter som arbeider i kommunehelsetjenesten da prosjektet ble initiert. Målsettingen med prosjektet var derfor å utforske erfaringene hos en gruppe kommuneergoterapeuter med å delta på et PRPP-kurs og 12 nettverksmøter i etterkant for å implementere PRPP i deres praksis.



Figur 1. PRPP konseptuell modell.

Metode

DESIGN

Studien benyttet et kvalitativt design med fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling. Dette gir et synergistisk potensial for å generere data som sjelden produseres gjennom individuelle intervjuer, da deltakere kan reflektere over og diskutere hverandres uttalelser (27). En semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål ble benyttet for å utforske og forstå deltakernes opplevelser og erfaringer med å implementere PRPP i deres praksis (27). Se tabell 1 for den semistrukturerte intervjuguiden.

DELTAKERE OG DATAINNSAMLING

Deltakerne ble rekruttert gjennom e-post. De ble invitert til å delta i et PRPP-kurs, samt en implementeringsperiode med månedlige nettverksmøter i 12

måneder etter endt kurs, til et nettverk av ergoterapeuter innenfor et geografisk område. Ti ergoterapeuter som jobber i ti ulike kommuner, ønsket å delta. Deltakerne ble delt inn i to grupper basert på geografisk lokalisering, og intervjuet to ganger. En gang før PRPP-kurset og en gang etter de 12 nettverksmøtene. I det første intervjuet ble deltakerne stilt spørsmål knyttet til deres nåværende kartleggingspraksis, forventninger til PRPP som redskap og hvordan de tenkte det kunne påvirke deres praksis. Deretter deltok de i kurset og de 12 månedlige nettverksmøtene, før de ble intervjuet igjen. Temaer som ble diskutert i det andre intervjuet relaterte seg til deres erfaringer med å delta i kurset og implementeringsperioden, hvordan bruken av PRPP hadde påvirket deres praksis samt deres refleksjoner om veien videre. Under intervjuene ble deltakerne oppfordret

	Hovedspørsmål	Hjelpespørsmål
1	Kan du si litt om bakgrunnen for at du ønsket å være med i dette prosjektet?	Flere fra samme arbeidsplass som snakket om å være med? Forventninger før oppstart?
2	Kan du fortelle litt om dine erfaringer med å være med i denne prosessen med å implementere PRPP?	Noe du er spesielt fornøyd med? Noe du opplevde som spesielt vanskelig?
3	Har du fått noen tilbakemeldinger fra kolleger i løpet av prosessen med implementering av PRPP?	Endret samarbeidet seg i løpet av perioden? Endrede henvisninger? Hva er grunnen til det tror du?
4	Hvordan har din praksis utviklet seg gjennom prosessen med å implementere PRPP?	Har forventningene dine blitt innfridd gjennom prosessen?
5	Hvordan vurderer du denne måten å jobbe på, for å implementere en ny metode i praksis?	Oppfølging, støtte, diskusjoner
6	Hva skal til for at du kommer til å benytte PRPP i din praksis fremover?	Tid, nettverk, ressurser
7	Har du noen råd til ergoterapeuter som ønsker å ta i bruk PRPP i sin praksis?	

Tabell 1. Intervjuguide.

til å kommentere på hverandres uttalelser og å engasjere seg i diskusjoner. Utforskende og utdypende spørsmål ble brukt gjennom intervjuene av moderatoren og av de andre deltakerne for å sikre forståelse av hverandres uttalelser og utdype beskrivelser og nøyaktigheten (28).

Intervjuene ble gjennomført av forfatteren, som er en erfaren ergoterapeut med kunnskap om PRPP, og som har erfaring fra rehabilitering for personer med kognitive vansker i både spesialist- og kommunehelsetjenesten. Forfatteren hadde således med seg erfaringer og en forforståelse som hun prøvde å legge til side under intervjuene, men sannsynligheten for at dette har påvirket noe er til stede. Alle intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett.

DATAANALYSE

Dataanalysen ble utført i tråd med Stanley's (29) beskrivelse av tematisk analyse og hadde en induktiv utforskende tilnærming (27, 29). Teksten ble lest flere ganger for å bli kjent med dataene og for å få en overordnet oversikt over temaer som kom frem i intervjuene. Tekstkondensering og linje-for-linje-koding ble deretter gjennomført for å utvikle koder induktivt og vurdere deltakernes uttalelser i detalj. Kodene ble deretter kategorisert og videreutviklet til fire hovedtemaer:

- 1 motivert av et ønske om utvikling
- 2 mulighet for faglige diskusjoner
- 3 implementering av ny kunnskap tar tid
- 4 veien videre

ETIKK

Godkjenning for innsamling og lagring av data ble gitt av Norsk senter for forskningsdata (nå SIKT) før prosjektet startet (prosjektnummer 42029). Alle deltok frivillig og hadde muligheten til å trekke seg fra prosjektet når som helst. Skriftlige samtykkeskjemaer ble samlet inn fra deltakerne.

Resultater

Gjennomsnittsalderen blant deltakerne var 38,8 år i fokusgruppe 1 og 53,4 år i fokusgruppe 2. Når det gjelder arbeidserfaring var gjennomsnittet 13,6 år i fokusgruppe 1 og 26,6 år i fokusgruppe 2. Med hensyn til antall innbyggere i de ulike kommunene, arbeidet fem av ti ergoterapeuter i kommuner som ble betegnet som små (<5000 innbyggere), mens tre arbeidet i mellomstore (5000-20000 innbyggere) og to i store kommuner (>20000 innbyggere). De to ergoterapeutene som jobbet i store kommuner hadde henholdsvis seks og åtte kollegaer, mens resten av deltakerne hadde færre enn to kollegaer. Seks arbeidet som eneste ergoterapeut i kommunen sin. Se tabell 2 neste side for detaljer om karakteristika ved deltagerne.

De fire temaene som kom frem under dataanalysen, vil nå bli presentert og illustrert med sitater fra deltakerne.

MOTIVERT AV ET ØNSKE OM UTVIKLING

Flere deltagere sa at en hovedmotivasjon for å delta i prosjektet var at de hadde opplevd et behov for et

Fokus-gruppe	Deltager	Alder	Arbeidserfaring	Innbyggere i kommune	Antall ergoterapeuter i kommunen
1	1	37 år	16 år	30000	9
	2	38 år	9 år	20000	7
	3	31 år	7 år	6500	3
	4	41 år	14 år	6600	1
	5	47 år	22 år	6150	2
2	6	41 år	16 år	2400	1
	7	58 år	32 år	2000	1
	8	58 år	32 år	1800	1
	9	59 år	33 år	2500	1
	10	51 år	20 år	1600	1

Tabell 2. Deltagernes demografiske data.

redskap som kunne bidra til å kartlegge personer med kognitive vansker i sin praksis. En deltaker sa: «Jeg kommer stadig vekk opp i situasjoner der det forventes at jeg skal kartlegge kognitive funksjoner, og at jeg følte meg utrygg på det». Til tross for at det var forventninger om at de kunne gjennomføre kartlegging av kognisjon, følte flere deltakere seg usikre på hvordan de skulle utføre det, og en sa: «Jeg hadde ikke et godt verktøy, og jeg håpet å få et verktøy som kunne hjelpe meg med å avdekke hvilke problemer de hadde og hvordan jeg kunne hjelpe dem på en god måte».

Noen deltakere fortalte at de vanligvis brukte skrivebordstester i kartlegging av personer med kognitive vansker, men at de ikke var fornøyde med dem. En deltaker sa: «Altså, jeg synes jeg manglet noe i forhold til det. Hadde disse skrivebordstestene, men ... dette her [PRPP] er jo mer praktisk rettet verktøy. Det er et ergoterapeutisk verktøy, og at en er sugen på å lære mer om det i forhold til eget fag».

Noen deltakere var motivert av at PRPP også hadde en intervensjonsdel, i tillegg til kartleggingen. En sa at «PRPP sier deg noen ting om hvordan du skal gå inn med intervensjon. Det synes jeg var mest interessant. For jeg synes som ergoterapeut at jeg har en masse kartleggingsverktøy, men lite som er konkret på intervensjon».

Flere deltakere var motivert for å delta fordi de ønsket å utvikle sin praksis, og flere opplevde det som utfordrende når de følte seg presset til å fylle roller og utføre oppgaver definert av andre som «...ikke har kunnskap om hva ergoterapi handler om». Flere deltakere beskrev hvordan dagene deres var fylt med prioriteringer, og hvordan de opplev-

de at forventninger til praksisen deres var basert på manglende kunnskap om hva en ergoterapeut kunne bidra med. En deltaker sa: «Jeg tror det går på uvitenhet. Ikke sant. Bare det å vite hva ergoterapeuten skal brukes til, vet de nå ikke i kommunen. Det er jo sekretæroppgaver å bare fylle ut søknader på hjelpemidler. Ellers så vet de jo ikke hva de skal bruke oss til». Noen understreket hvordan historien i mange tilfeller påvirket forventningene til praksisen deres, og en deltaker sa: «Vi har jobbet i over 20 år på samme arbeidsplassen, så det har på en måte lagd seg en historikk om at ja, slik er de oppgavene som ergoterapeuten gjør. Og det er ikke dermed sagt at det ikke kan endres. Men at det bare, det blir bare slik. Og så detter du jo fort inn i det. Hverdagen er jo travel, og da gjør du jo det du blir bedt om å gjøre eller det du må gjøre på en måte».

Videre reflekterte noen over hvordan de synlige og konkrete resultatene av en ergoterapeuts arbeid ofte påvirket forventningene til praksisen deres. Som en sa: «Det er spesielt i forhold til hjelpemidler så klart. Det er jo det som er mest synlig og som, det er og kanskje kjent, det har vi drevet med i mange år. Men de etterspør de tjenestene de kjenner til i stor grad». For å fri seg fra forventningene knyttet til hjelpemiddelformidling, sa en deltaker at det var viktig å markedsføre kompetansen sin. Hun sa: «Jeg synes nå fortsatt at det er veldig mange som tror at det er de der hjelpemidlene vi driver med. Men det er klart, det kan jo hende at vi ... eller i hvert fall jeg da, jeg må snakke for meg selv ... at jeg ikke har vært flink nok til å markedsføre alt det andre jeg kan». En annen deltaker fortsatte med å beskrive hvordan hun hadde prøvd å markedsføre den nye PRPP-kom-

petansen sin, men følte at hun ikke ble hørt: «Jeg prøver jo å gjøre det. Prøvde jo å gjøre det med PRPP. Men jeg synes jo ikke jeg var så veldig flink da, fordi jeg synes ikke de virket så interessert etterpå (ler). Ja, de sa: Å, så fint! Og så kom det ingen spørsmål (ler)».

På grunn av stramme kursbudsjetter og ressurser på deltakernes arbeidsplasser, var flere motivert av at de ble invitert til å delta gratis i prosjektet. Som en deltaker sa: «Jeg tenkte at dette måtte være en gylden mulighet til å være med på, det er tross alt et dyrt kurs». En annen deltaker sa at «det var kanskje ikke hovedmotivasjonen, men det påvirket definitivt, gjorde det realistisk å kunne delta i dette». Noen nevnte imidlertid at de hadde spurt om det var mulig for mer enn bare en ergoterapeut fra arbeidsplassen deres å delta, men selv om kurset var gratis, hadde det blitt for kostbart for avdelingen. Som en deltaker sa: «Hun fikk ikke lov til å dra fordi det var dyrt. Vår leder tenkte på ressursene for permisjon, både for opplæringskurs, men også de 12 månedlige møtene».

MULIGHET FOR FAGLIGE DISKUSJONER

Flere deltakere understreket at muligheten til å delta i faglige diskusjoner var en viktig motivasjon for å delta i prosjektet. Seks av ti deltakere jobbet som eneste ergoterapeut i kommunen sin, og hadde derfor ingen å diskutere faget med i hverdagen. Som en deltaker sa: «Jeg jobber alene som ergoterapeut i vår lille kommune, og jeg følte at, du trenger faglig input og å møte andre ergoterapeuter». Hun ble fulgt opp av en annen deltaker som uttalte at «for meg som jobber alene, har det vært fantastisk å sitte med fire andre ergoterapeuter og snakke, diskutere og høre på andres hverdag, andres vurderinger. Det har vært veldig bra».

Deltakerne understreket at det ville vært utfordrende å implementere PRPP etter kurset alene, om de ikke hadde hatt muligheten til å møte hverandre en gang i måneden. En deltaker gikk til og med så langt som å si at møtene hadde vært «alfa og omega» for henne i valget om å være med i prosjektet. En annen bekreftet dette og sa at kursmappen sannsynligvis bare ville «stått på hylla og samlet støv» hvis det ikke hadde vært for møtene. Å sitte sammen og se videoer, diskutere og tolke utførelsen sammen ble understreket som verdifullt. Selv om de jobbet med forskjellige brukergrupper i praksis, verdsatte de å se på og diskutere andre videoer enn det de jobber med under møtene. Som en deltaker

sa: «Vel, man lærer noe ved å se på andre også. Dette (PRPP) er så universelt, og ikke alle vurderinger vi har for barn, er anvendelige for voksne. Så, vi kan sitte sammen til tross for det og få noe ut av det».

Noen nevnte at de ikke hadde følt seg trygge etter kurset. Nettverksmøtene hadde gjort dem mer sikre, og de var klare til å begynne å jobbe med det videre. Som en deltaker sa: «Det var veldig inspirerende å være sammen med de andre deltakerne». De månedlige møtene ble alle gjennomført fysisk, men noen sa at det også ville vært praktisk om noen av møtene hadde blitt gjennomført digitalt. I begge gruppene reflekterte deltakerne over hyppigheten av møtene og indikerte at siden møtene var en gang i måneden, hadde de ikke alltid hatt nok tid til å identifisere brukere og kartlegge dem mellom møtene. Når de ble spurt, foreslo de at møter hver annen eller tredje måned ville vært mer hensiktsmessig. Deltakerne snakket i tillegg om fordelene med å kunne utfordre hverandre under månedlige møter. De var alle i samme situasjon og trengte et trygt sted å stille spørsmål og få svar, både fra hverandre, men også fra leder av prosjektet. De snakket også om det å ha «kniven på strupen» og illustrerte at noen av dem jobbet bedre under press. Å vite at de var forventet å gjøre noe mellom møtene gjorde at de følte et slags press for å tenke på og bruke PRPP i løpet av arbeidsdagen. Deltakerne beskrev hvordan prosjektleder kunne ha stilt strengere krav til deltakerne, for eksempel ved at de gjennomførte så og så mange kartlegginger mellom møtene. Som en deltaker sa, «en form for lekser ville ha dyttet meg lenger». En annen deltaker la imidlertid til, «men jeg tror du (leder) gjorde det, men det kan hende det ikke var en streng nok konsekvens hvis vi ikke fulgte opp» (fulgt av latter fra hele gruppen).

Å IMPLEMENTERE NY KUNNSKAP TAR TID

Deltakerne uttrykte takknemlighet for å ha hatt muligheten til å delta i prosjektet, selv om de opplevde det som både «utfordrende og vanskelig». De snakket om hvordan de tidligere hadde deltatt på kurs og tenkt «åh, dette er nyttig, men så går du tilbake til praksis og plutselig har et år gått, og du har fortsatt ikke brukt det». De påpekte hvor krevende det var å begynne å bruke et nytt, ganske stort verktøy, og når du har en travel hverdag, «er det vanskelig å få det til å sitte». Som en deltaker sa; «det er litt forferdelig å si, men faktum er at det er få kurs jeg faktisk bruker i praksis». Noen kurs krever en viss mengde opplæring for å føle seg trygg, og deltakerne utdy-

pet hvordan de var tilbakeholdne med å si at «*dette er noe jeg kan*». Hvis de skulle demonstrere en ny ferdighet, ønsket de å være trygge nok til at ingen kunne bevise dem feil. Men for å få PRPP til å sitte, understreket de at de måtte våge å prøve og feile flere ganger. Som en deltaker sa, «*det er litt sånn, det å mislykkes, kanskje vi ikke tar oss tid til det, og så blir det ikke noe forsøk heller*».

Flere deltakere uttrykte at kurset hadde vært mer utfordrende enn det de hadde sett for seg. En deltaker formulerte det slik: «*Under kurset følte jeg meg som 'nå har jeg det! Nei, jeg har det ikke ... oh, vent, jeg har det!' Så det var veldig mye opp og ned*». De hadde følt seg usikre, men reflekterte over hvor viktig det var å prøve og feile for å få noen erfaringer. Flere nevnte hvordan det ville ha vært nyttig å ha en «fasit» som kunne hjelpe dem å vite om de hadde rett eller galt når de gjorde kartleggingen. Imidlertid reflekterte de over hvordan en fasit kanskje ikke er mulig siden folk er forskjellige, og utførelsen av samme aktiviteter varierer fra person til person. I forbindelse med dette, snakket deltakerne om hvordan de tross alt var erfarne ergoterapeuter, og at de burde kunne stole på den faglige kunnskapen sin. PRPP var et nytt verktøy for dem, men de hadde likevel mye erfaring i å observere mennesker utføre aktiviteter. For å få erfaring og selvtilit i å gjennomføre PRPP kartlegginger, sa en deltaker: «*Vi må bare bestemme oss for at vi må bruke tid på dette. Vi vil sannsynligvis aldri 'få' tid til å gjøre det. Jeg vil aldri få noen oppgaver tatt bort, så vi må bare begynne å tenke litt annerledes og bare gjøre det.*»

Deltakerne snakket også om hvordan de kanskje hadde gjort implementeringen mer vanskelig enn nødvendig. En deltaker sa for eksempel: «*Da jeg skrev rapporten forrige onsdag, hadde jeg veldig mye å gjøre. Så, da tenkte jeg; hvorfor må du, hvorfor skal du gjøre det så vanskelig?*» Flere sluttet seg til og sa at det viktigste ville være å ikke nødvendigvis skrive en perfekt rapport om hver minste detalj, men heller beskrive personens ressurser og begrensninger på en mer generell måte. De fleste de samarbeidet med var uansett ikke interessert i detaljene, men i hvordan de skulle forholde seg til personen slik at han eller hun kunne utnytte evnene sine til å utføre aktivitetene.

Videre snakket de om hvordan «*språket hadde gjort det utfordrende å få det til å sitte*». De satte pris på å ha poengskjemaene og noen beskrivelser på norsk, men det faktum at kurset hadde blitt gjennomført på engelsk, gjorde oppstarten vanskelig. Selv om

nettverksmøtene ble gjennomført på norsk, hadde deltakerne fortsatt vanskelig for å internalisere begrepene og betydningene. Som en deltaker sa: «*Det har vært veldig mye nytt, nye navn på ting, ja, det har gjort det vanskelig*». Imidlertid understreket de hvordan møtene hadde hjulpet dem med å få et bedre grep om PRPP-språket, men uttrykte et sterkt ønske om å ha kunnet delta på et PRPP-kurs på norsk.

VEIEN VIDERE

Knyttet til veien videre, uttalte deltakerne at de ønsket å benytte PRPP i sine praksiser. De reflekterte imidlertid over i hvilken grad det var et egnet verktøy i kommunehelsetjenesten hvor arbeidsdagen er så allsidig, og at de har mange arbeidsoppgaver som ikke omhandler personer med kognitive vansker. De konkluderte med at det definitivt var et nyttig redskap, men at de «*må bare lære å jobbe litt annerledes*». Flere sa at de ønsket å endre praksisen sin for å kunne fokusere mer på aktivitetsbasert kartlegging og intervensjon, i stedet for å ha «*sekretærrollen med å rengjøre toalettstoler og bestille hjelpemidler*». Men som en deltaker sa, «*det er vanskelig å endre egen praksis. Spesielt for oss som jobber alene i kommunen*». Hun fortsatte med å forklare hvordan hun former sin egen praksis, «*men den formes også av hva alle forventer av oss*».

Deltakerne beskrev at de fremdeles følte behov for et nettverk for å kunne diskutere og dele erfaringer når de skulle bruke PRPP i fremtiden. De ønsket også at de hadde flere kolleger nær seg med kunnskap om PRPP, slik at de sammen kunne fokusere mer på det i daglig praksis og ikke bare en gang i måneden. En sa at «*vi er helt avhengige av hverandre*», og de ønsket å fortsette å bruke hverandre som diskusjonspartnere. De foreslo at PRPP-kursene kunne inkludert en siste dag en stund etter kurset, hvor det var forventet at deltagerne skulle dele en kasus de hadde kartlagt for hverandre og bruke dette som grunnlag for diskusjon.

Diskusjon

Målsettingen med prosjektet var å utforske erfaringene til en gruppe kommuneergoterapeuter som hadde deltatt på et PRPP-kurs og 12 nettverksmøter i etterkant for å implementere PRPP i deres praksis.

Resultatene indikerte at et ønske om å videreutvikle sin praksis var en sentral motivasjon for å delta i prosjektet. Tidligere forskning har tydeliggjort hvordan norske ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten understreker et behov for å videreutvikle sin

praksis og utnytte sine kompetanser på en bredere måte enn kun i forbindelse med implementering av tekniske hjelpemidler (11, 16, 22, 23). Dette kommer som en respons på demografiske endringer som legger økt press på kommunale tjenester, og understreker behovet for å tilpasse tjenestene for å møte utfordringene (30-32). I likhet med funnene i denne studien, er det tidligere dokumentert at andres forventninger til ergoterapeuters praksis påvirker deres praksis (22, 33), Mange av forventningene er knyttet til å igangsette intervensjoner som fokuserer på kompensere tiltak, som for eksempel tilpasning av miljø og bruk av tekniske hjelpemidler (23). Likevel påpekte flere deltakere at arbeidet med å implementere PRPP hadde gitt dem en mulighet til å legge vekt på det aktivitetsbaserte perspektivet i kartleggingsprosessen. Dette ble opplevd som både verdifullt og meningsfullt. I tillegg til å skifte fokus fra kompensere tiltak, ga dette deltakerne et språk som gjorde det lettere å kommunisere med både brukere, pårørende og kolleger om hva de hadde observert under kartleggingen og hvordan dette kunne integreres i aktivitetsbaserte intervensjoner. Å kommunisere ergoterapeuters kompetanse har blitt beskrevet som en utfordring i tidligere forskning (19, 34). Derfor er funnene i denne studien oppmuntrende, og det kan være av interesse å utforske dette mer grundig i fremtidige studier.

Å arbeide med formidling og tilpasning av hjelpemidler har lenge vært et stort fokus for ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten (11, 22, 33). Dette har for ergoterapeuter representert en spesifikk kompetanse i kommunehelsetjenesten som har gitt en tydelig posisjonering i forhold til andre fagprofesjoner (11). Som flere deltakere i denne studien også påpekte, har mange ergoterapeuter vært i stand til å tydeliggjøre sin rolle som eksperter på hjelpemidler og fysisk tilrettelegging og har betraktet dette som sin sentrale funksjon (11, 22). Med tanke på behovene til fremtidige tjenester er det imidlertid viktig å reflektere over om dette er den mest hensiktsmessige måten å utnytte ergoterapeuters kompetanse på, slik noen av deltakerne i denne studien også fremhevet. En nylig studie har påpekt hvordan bruk av aktivitetsbaserte tilnærminger kan bidra til å understreke den sentrale rollen ergoterapeuter har i tverrfaglig samarbeid. Dette kan igjen resultere i en forbedret profesjonell identitet og en økt forståelse av ergoterapifaglige bidrag fra andre helsepersonell (35). Dette kan videre bidra til at kommuneergoterapeuter kan frigjøre seg fra uønskede forventninger knyttet

til deres praksis, og at de dermed kan anvende en større bredde av sin kompetanse.

Flere deltakere la vekt på at muligheten for faglige diskusjoner med andre ergoterapeuter hadde vært en vesentlig motivasjon for å delta i prosjektet. Av de ti deltakende ergoterapeutene arbeidet seks av dem som den eneste ergoterapeuten i kommunen. Å arbeide alene har tidligere blitt dokumentert som en utfordring for deltakelse i faglig utvikling (22, 33). Behovet for å ha noen å drøfte faglige spørsmål med ble fremhevet av deltakerne som avgjørende for at PRPP ikke skulle ende opp med å bli «glemt» etter kurset. Mange kommuneergoterapeuter arbeider imidlertid i små kommuner, hvor de kanskje er den eneste ergoterapeuten, og de har dermed et stort ansvarsområde (22, 33). Dette kan medføre en utfordring knyttet til å bevare en tydelig faglig identitet, og man risikerer å innta en mer generell rolle (16). Mer enn halvparten av deltakerne i denne studien arbeidet som eneste ergoterapeut i sin kommune og understreket viktigheten av nettverksmøtene. Et umiddelbart spørsmål er hvordan man kan støtte ergoterapeuter i å implementere ny-ervert kompetanse etter deltakelse i faglige kurs. Det kan være hensiktsmessig å foreslå at omfattende kurs som PRPP følges opp med nettverksbygging etter den fysiske opplæringen.

Deltakerne påpekte videre at implementering av ny kunnskap tar tid, og de fant det utfordrende å erkjenne sin manglende kompetanse etter at kurset var gjennomført. Å tilegne seg nye ferdigheter er en krevende prosess, og det er avgjørende å tillate seg selv å feile, selv om dette kan vekke følelser som motløshet, frustrasjon, skuffelse og frykt (36). Ironisk nok, som ergoterapeuter som arbeider med brukere med kognitive vansker, er man vant til å understreke betydningen av å ta seg tid til å (igjen) erverve ferdigheter for brukere. Likevel, når det kommer til egen læring av nye ferdigheter, som eksempelvis å lære seg å bruke PRPP-kartleggingen, har man kanskje ikke den samme tålmodigheten som er forventet av brukere når de skal lære å utføre aktivitetene igjen. Deltakerne understreket viktigheten av å få rikelig med trening og å gjennomføre vurderingen så mange ganger som mulig i begynnelsen mens de fortsatt hadde kurset friskt i minnet. Det ble likevel beskrevet utfordringer knyttet til tilgjengelighet av tid og ressurser som hindret denne prosessen, og dette har også tidligere forskning understreket (11, 16, 21, 22). I tillegg har tidligere forskning beskrevet hvordan ergoterapeuter reflekterer over nytten av

de tradisjonelle skrivebordskartleggingene de hadde tradisjon for å gjennomføre og nyttigheten av dem (22). Dette reiser spørsmål om det å benytte seg av mer aktivitetsbaserte kartleggingsmetoder, selv om de oppfattes som mer tidskrevende inntil man blir fortrolig med dem, faktisk kan føre til en mer effektiv kartleggingsprosess. Noen av deltakerne hadde allerede gjort slike refleksjoner selv, hvor de bemerket at etter at de hadde begynt å utføre PRPP-vurderinger, følte de ikke lenger behov for å ty til de andre skrivebordsstestene.

Da deltakerne så fremover, var de enige om viktigheten av å fortsette å benytte PRPP, da dette aktivitetsperspektivet var noe de hadde ønsket seg lenge. Tidligere forskning, så vel som aktuelle faglige diskusjoner, understreker viktigheten av å tydeliggjøre aktivitetsperspektivet som sentralt i ergoterapi (22, 37). Kommunehelsetjenesten i Norge, i likhet med flere andre land, står overfor betydelige utfordringer relatert til demografiske endringer i årene som kommer. En avgjørende strategi for å møte disse utfordringene er å muliggjøre at mennesker kan bo hjemme så lenge som mulig (31, 32). Ergoterapeuter kan utgjøre vesentlige bidrag til dette målet, takket være vår kompetanse på å vurdere personer i utførelsen av nødvendige og ønskede aktiviteter. For ergoterapeuter som arbeider innenfor kommunehelsetjenesten, fremstår det som særlig viktig å bevege seg bort fra en ensidig vektlegging av kompensere intervensjoner og heller fokusere på å implementere mer aktivitetsbaserte tilnærminger i både kartlegging og intervensjoner (23, 24). PRPP fremstår som et sentralt verktøy i denne sammenhengen.

STYRKER OG BEGRENSNINGER

Denne studien er den første systematiske undersøkelsen av norske ergoterapeuters erfaringer med implementering av PRPP i praksis. Deltakernes erfaringer kan derfor bidra til utviklingen av effektive modeller for kunnskapsoverføring etter deltagelse i faglige kurs.

Det faktum at alle deltakerne var kvinner, kan ha påvirket resultatene. Likevel er flertallet av ergoterapeuter som jobber i kommunehelsetjenesten i Norge kvinner. I og med at deltakelsen var basert på frivillig valg, var det ikke mulig å oppnå en fullstendig kjønnsbalanse blant deltakerne. Inkludering av mannlige deltagere med påfølgende utforskning av deres opplevelser kunne likevel ha tilført nye perspektiver eller nyanser til resultatene.

Studiens mål var å oppnå en dypere innsikt i

deltakernes opplevelse av å være en del av prosjektet, men et utvidet utvalg kunne bidratt til å utforske problematikken mer dyptgående.

Konklusjon

Studiens formål var å utforske ergoterapeuters erfaringer med å delta på et PRPP-kurs og 12 nettverksmøter i etterkant, for å implementere PRPP i deres praksis. Resultatene indikerer at deltakerne var betydelig motivert for å utvikle sin praksis med et spesielt fokus på en mer aktivitetsbasert tilnærming, og de verdsatte muligheten til å diskutere utfordringer med implementering med hverandre. De beskrev utfordringer med å dedikere tilstrekkelig tid til gjennomføring av PRPP-kartlegging, men var likevel enige om viktigheten av å vie tid til dette og ikke være redd for utfordringer i læringsprosessen. En økt vektlegging av aktivitetsaspektet knyttet til kartlegging hadde styrket deltakernes evne til å kommunisere sin kompetanse tydeligere til kollegaer. Med tanke på de kommende utfordringene kommunehelsetjenesten står overfor, er det vesentlig for ergoterapeuter å aktivt reflektere over og delta i diskusjoner om hvordan vår kompetanse kan bidra til utformingen av fremtidige tjenestetilbud. I etterkant av prosjektet har PRPP kartleggingskurset blitt oversatt og gjennomføres nå på norsk.

Referanser

1. Toglia J. A dynamic approach to cognitive rehabilitation. In: Katz N, editor. *Cognition and occupation across the lifespan Models for intervention in occupational therapy*. 2 ed. USA: AOTA press; 2005.
2. Wilson BA, Herbert CM, Shiel A. *Behavioural Approaches in Neuropsychological Rehabilitation. Optimising Rehabilitation Procedures*. New York: Psychology Press; 2003.
3. Grieve J, Gnanasakaran L. *Neuropsychology for occupational therapists. Cognition in occupational performance*. 4 ed. Oxford: Blackwell Publishing Inc; 2017.
4. Giles GM, Radomski MV, Champagne T, al e. *Cognition, Cognitive Rehabilitation, and Occupational Performance*. *Am J Occup Ther*. 2013;S9-s31.
5. VandenBos GR. *APA dictionary of psychology*. 2 ed. Washington DC: American Psychological Association; 2015.
6. Chapparo C, Ranka JL, Nott MT. Perceive, Recall, Plan and Perform system of task analysis and intervention. In: Curtin M, Egan M, Adams J, editors. *Occupational Therapy for people experiencing illness, injury or impairment Promoting occupation and participation*. Edinburgh: Elsevier; 2017.
7. Sansonetti D, Hoffmann T. *Cognitive assessment across the continuum of care: The importance of occupational performance-based assessment for individuals post-stroke and traumatic brain injury*. *Austr Occup Ther J*. 2013;60(5):334-42.

8. Prop. 71L. (2016-2017) Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.). Law on changes in healthlegislation (transfer of the public teethhealth responsibility, law on competence requirements etc.). In: caring Doha, editor. Oslo: Department of health and caring; 2017.
9. Lovpålagt – men hva skal tjenestene inneholde? [press release]. Ergoterapeuten 2022.
10. Arntzen C, Bonsaksen T, Sveen U, Gramstad A, Stigen L, Maass R, et al. Ergoterapeuter i fremtidens primærhelsetjeneste: Hva skal de løse, og for hvem? En analyse av helsepolitiske styringsdokumenter. Tidsskrift for omsorgsforskning. 2024;10(1):1-20.
11. Arntzen C, Sveen U, Hagby C, Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S. Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities. Scand J Occup Ther. 2019;26(5):371-81.
12. Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S, Sveen U, Hagby C, Arntzen C. Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a norwegian survey. Scand J Occup Ther. 2019;1-8.
13. Bonsaksen T, Dolva A-S, Hagby C, Sveen U, Horghagen S, Thyness EM, et al. Involvement in Research and Development Projects Among Community-working Occupational Therapists in Norway. Occup Ther Health Care. 2018;1-15.
14. Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S, Sveen U, Hagby C, Arntzen C. Community-Working Occupational Therapists Serving as Fieldwork Supervisors: Characteristics and Associated Factors. Open Journal of Occupational Therapy (OJOT). 2019;7(3):1-8.
15. Bonsaksen T, Sveen U, Dolva A-S, Horghagen S, Thyness EM, Hagby C, et al. Perceived Influence on Service Goals Among Community-Working Occupational Therapists in Norway. J Prim Care & Com Health. 2018;9:2150132718813491.
16. Horghagen S, Bonsaksen T, Sveen U, Dolva AS, Arntzen C. Generalist, specialist and generic positions experienced by occupational therapists in Norwegian municipalities. Irish J Occup Ther. 2020;48(2):133-46.
17. Maass R, Bonsaksen T, Gramstad A, Sveen U, Stigen L, Arntzen C, et al. Factors Associated with the Establishment of New Occupational Therapist Positions in Norwegian Municipalities after the Coordination Reform. Health Serv Insights. 2021;14:1178632921994908.
18. Gramstad A, Stigen L, Maas R, Sveen U, Horghagen S, Arntzen C, et al. Er det regionale skilnader når det gjeld kommuneergoterapeutane i Noreg? Ergoterapeuten. 2022;65(5):36-44.
19. Gramstad A, Nilsen R. "Vi blir ikke brukt godt nok" Kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper. Ergoterapeuten. 2016(4):30-9. Norwegian.
20. Gramstad A, Nilsen R. Prioriterte områder for forskning blant kommuneergoterapeuter i Norge. Ergoterapeuten. 2017(3):36-45.
21. Stigen L, Bjørk E, Lund A, Småstuen M. Assessment of clients with cognitive impairments: A survey of Norwegian occupational therapists in municipal practice. Scand J Occup Ther. 2018;25(2):88-98.
22. Stigen L, Bjørk E, Lund A. The conflicted practice: Municipal occupational therapists' experiences with assessment of clients with cognitive impairments. Scand J Occup Ther. 2019;26(4):261-72.
23. Stigen L, Bjørk E, Lund A. The power of observation. Occupational therapists' descriptions of doing observations of people with cognitive impairments in the context of community practice. Scand J Occup Ther. 2020:1-13.
24. Stigen L, Bjørk E, Lund A. Occupational Therapy Interventions for Persons with Cognitive Impairments Living in the Community. Occup Ther Health Care. 2023;37(4):476-95.
25. Chapparo C, Ranka J. The PRPP System of Task Analysis: User's Training Manual Research Edition. Sydney: University of Sydney; 2008.
26. Ranka J. Introduction to the PRPP System. . In: C. Chapparo JR, editor. The PRPP Assessment: User's Training Manual Sydney: OP Network; 2017.
27. Brinkmann S, Kvale S. Interviews. Learning the Craft of the Qualitative Research Interviewing. 3rd ed. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2015.
28. Stanley M, Nayar S. Deepening understandings. In: Nayar S, Stanley M, editors. Qualitative Research Methodologies for Occupational Science and Therapy. New York: Routledge; 2015.
29. Stanley M. Qualitative descriptive. A very good place to start. In: Nayar S, Stanley M, editors. Qualitative Research Methodologies for Occupational Science and Therapy. New York, USA: Routledge; 2015.
30. Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling- på rett sted- til rett tid. [Coordination Reform. The right treatment- at the right place- at the right time]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008.
31. Meld. St. 26. Innst. 40 S (2015-2016). Fremtidens primærhelsetjeneste- nærhet og helhet [The primary health and care services of tomorrow – localised and integrated]. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. Oslo 2014.
32. Larsen AT, Klausen MB, Højgaard B. Primary Health Care in the Nordic Countries. Comparative Analysis and Identification of Challenges Copenhagen: VIVE – The Danish Center for Social Science Research 2020.
33. Stigen L, Bjørk E, Lund A. The power of observation. Occupational therapists' experiences of doing observations when assessing people with cognitive impairments. Scand J Occup Ther Under review. 2020.
34. Tuntland H. Ergoterapeuters yrkesutøvelse og rolleutvikling i kommunehelsetjenesten [Masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo; 1998.
35. Walder K, Bissett M, Molineux M, Whiteford G. Understanding professional identity in occupational therapy: A scoping review. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2022;29(3):175-97.
36. Law MP, Finnigan JK. Letting your students fail: Overcoming failure experiences in undergraduate work-integrated learning. International journal of work-integrated learning. 2021;22(3):357-68.
37. Fisher AG, Marterella A. Powerful practice : a model for authentic occupational therapy. Fort Collins, Colorado: CIOTS; 2019.

Blir tommelortosene som søkes av ergoterapeut, brukt?

OPPLEVD NYTTE AV ORTOSE VED ARTROSE I TOMMELENS ROTLEDD

Av Sofie Hagen Nilstad & Elisabeth Hasselknippe



Sofie Hagen Nilstad er ergoterapeut ved Revmatismesykehuset Lillehammer. E-post: sofie.hagen.nilstad@revmatismesykehuset.no.



Elisabeth Hasselknippe er spesialergoterapeut ved Revmatismesykehuset Lillehammer.

Sammendrag

Bakgrunn: Ved Revmatismesykehuset på Lillehammer vurderer vi sammen med pasienten med tommelartrose om ortoser er aktuelt. Pasientene blir instruert i bruk av ortosene, først og fremst i aktiviteter hvor det er behov for støtte og stabilitet for å få et funksjonelt og sterkt grep. Det blir gitt informasjon om at ortosene også kan brukes utover dette, for å gjenopprette funksjonell stilling på tommel. Det søkes tommelortoser til om lag to av tre personer, det vil si 12 søknader i måneden.

Mål: Som ergoterapeuter og formidlere av ortoser til personer med artrose i tommelens rotledd, undret vi oss over om de ble brukt som anbefalt.

Metode: Vi gjennomførte et telefonintervju en måned etter poliklinisk konsultasjon. Vi ønsket svar på om ortosen var i bruk, hvordan pasientene opplevde nytten av dem og i hvilke aktiviteter de ble brukt. Prosjektperioden strakk seg over ni måneder, fra første inkludering i mars 2023 til siste oppringning i januar 2024.

Resultat: Det kom frem at ortosene brukes i ulike aktiviteter, både i arbeid, hjem og fritid. Flere av pasientene benyttet ortosene under fysisk aktivitet og håndtrening.

Nøkkelord: Artrose, ortose, aktivitet

Det er ingen uenigheter om rettigheter til denne artikkelen.

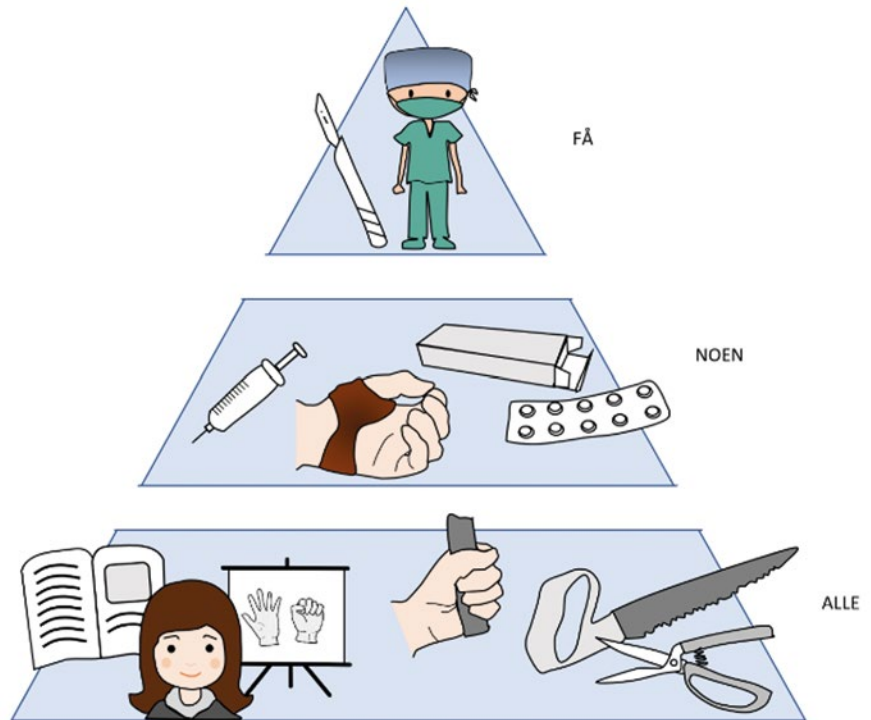
Bakgrunn

Personer som har artrose i tommelens rotledd opplever ofte smerter i hendene og nedsatt håndfunksjon. Mange av disse har god effekt av ortoser. *Som ergoterapeuter og formidlere undrer vi oss på om ortosene vi søker blir brukt som anbefalt - og hvilke erfaringer pasienter har med bruk av ortosen(e). Gjør vi gode nok vurderinger i forkant av søkeprosessen, slik at produktet tilfredsstillende behovet?*

Artrose er en av de vanligste revmatiske sykdommene (Kloppenborg et al., 2018, s. 16). Artrose påvirker alle strukturer i leddet, spesielt svekkelse av brusken, som kan forsvinne helt. Symptomene kommer gjerne gradvis, oftest i form av smerter, stivhet og hevelser i leddet. Omtrent halvparten av befolkningen utvikler håndartrose, hvor kvinner er mest utsatt. Det er en kronisk sykdom, og det finnes ingen medikamentell kur. Det finnes imidlertid flere ikke-medikamentelle tiltak som kan forbedre funksjonen. Dette er skissert i behandlingspyramiden, se figur 1.

Figuren viser at alle med håndartrose skal ha informasjon om sykdommen, trening og eventuelt hjelpemidler. Dette er grunnbehandlingen ved håndartrose (Kloppenborg et al., 2018, s. 17). I de tilfeller hvor dette ikke er tilstrekkelig, har noen behov for injeksjon, medikamenter eller ortoser. Dette gjelder spesielt ved artrose i tommelens rotledd. Noen få kan ha behov for kirurgi.

Forskning viser at behandlingsanbefalingene i liten grad blir formidlet eller fulgt når personen oppsøker primærhelsetjenesten (Gravås et al, 2019, s. 4). Kun 21 prosent har mottatt anbefalt behandling før henvisning til kirurgi. Ved Revmatismesykehuset på



Figur 1: Behandlingspyramide for håndartrose (adaptert fra Lohmander & Roos, Lancet 2007).

Lillehammer blir pasienter med håndartrose henvist direkte til konsultasjon hos ergoterapeut.

DAGENS PRAKSIS VED REVMAATISMESYKEHUSET

Pasientene blir henvist fra fastlege eller revmatolog til konsultasjon hos ergoterapeut. I løpet av en måned henvises i gjennomsnitt 18 pasienter. Under konsultasjonen kartlegger ergoterapeuten pasientens fungering i ADL, samt undersøkelse av håndfunksjon. Pasientene blir informert om artrose og behandlingsoalternativer, samt hvordan de kan mestre hverdagen med håndartrose. Dette inkluderer gjennomgang av håndtrening etter anbefalinger fra European League Against Rheumatism (EULAR) (Kloppenborg et al., 2018, s. 17).

Ved feilstillinger i tommelens rotledd eller redusert gripefunksjon, blir det sammen med pasienten vurdert om ortose er aktuelt. Pasientene blir instruert i

bruk av ortosene, først og fremst i aktiviteter hvor det er behov for støtte og stabilitet for å få et funksjonelt og sterkt grep. Det blir gitt informasjon om at ortosene også kan brukes utover dette for å gjenopprette funksjonell stilling på tommel. Enkelte kan også profitere på bruk om natten i korrigerende og smertelindrende hensikt. Det søkes tommelortoser til om lag to av tre personer, det vil si 12 søknader i måneden. Ortosesøknadene blir sendt til et godkjent ortopedisk verksted, som registrerer søknaden og sender den videre til NAV for behandling. Det er ingen videre oppfølging av disse pasientene ved Revmatismesykehuset.

Saksbehandlingstiden hos NAV har i prosjektperioden variert fra fire til seks måneder. Vi har inngått en intern avtale med de ortopediske firmaene vi forholder oss til, slik at pasientene får utlevert ortosene etter cirka tre uker. Pasientene signerer en fullmakt,

som innebærer at de er villige til å dekke kostnadene for ortosene dersom NAV avslår søknaden.

Utgiftene for ortosene dekkes av NAV, dersom det anses som et varig behov (Nav, 2024). Utlevering og eventuell oppfølging medfører ingen egenandel for pasienten. Vedtakene er gyldig i fem år, og det kan utleveres ett nytt par i året dersom behov. Etter fem år kan fastlege søke om fornyelse. Pasientene får beskjed om å kontakte det aktuelle ortopediske verkstedet dersom det blir behov for justeringer eller nye ortoser når de blir utslitte. Denne informasjonen blir gitt muntlig og skriftlig.

OM ORTOSE

Mange pasienter med artrose i tommelens rotledd opplever smerter og nedsatt kraft i grepet. Ved langtkommet artrose kan tommelens grunnfalang sublukseres og trekkes inn mot hånden (adduseres). Denne feilstillingen reduserer åpningsgrepet og gir redusert grepsfunksjon. En ortose bidrar til bedre funksjon og mindre smerter. Langtidsbruk av ortoser er anbefalt ved artrose i tommelens rotledd for å oppnå symptomlindring og økt stabilitet i grepet (Kloppenburger et al., 2018, s. 17).

TYPE ORTOSER

Ortosene det ble søkt om i dette prosjektet var PUSH CMC Tumortos (Push), Øssur Air X Tumortos (Air X), Øssur Alfa Tumortos II (Alfa) og Ottobock Manu Arexa pollex (Manu Arexa Pollex). Se figur 2.

Push er ortosen vi oftest søker om. Denne forbedrer tommelens stabilitet og gir en god utgangsstilling som fremmer et funksjonelt åpningsgrep. Grunnet plastmaterialet egner den seg også til våte eller skitne aktiviteter, da den lett kan vaskes eller sprites. Den tar også liten plass under hansker eller votter. Det harde materialet kan også gi god beskyttelse mot trykk mot thenarmuskulaturen, som ofte er øm ved tommelartrose.

Air X gir i tillegg støtte i tommelens grunnledd og håndledd. Materialet er mykere, puster, og luner mer. Denne ortosen gir, i likhet med *Push*, også godt åpningsgrep og stilling til tommelen, men tar mer plass, og det kan oppleves litt vanskeligere å stramme borrelåsen godt.

Alfa gir støtte til tommel, men velges gjerne der pasienten også trenger god støtte på håndledd. Denne ortosen gir ikke samme gode utgangsstilling på tommel, og velges helst for de som ikke

har begynnende adduksjon av tommel.

Manu Arexa Pollex gir god støtte på både håndledd og tommel, men vil også tilsvarende hemme bevegelse og funksjon. Ortosen er gunstig ved artrose i både tommelens rotledd og grunnledd og i håndleddet. Denne egner seg i aktiviteter der det er behov for god kraft og stabilitet.

Metode

Vi besluttet å gjennomføre et telefonintervju én måned etter poliklinisk konsultasjon. Vi ønsket svar på om ortosen var i bruk, hvordan de opplevde nytten av dem og i hvilke aktiviteter de ble brukt. Prosjektperioden strakk seg over ni måneder, fra første inkludering i mars 2023 til siste oppringning i januar 2024.

PASIENTUTVALG

Pasienter med håndartrose som hadde vært til konsultasjon hos ergoterapeut, og hvor det var søkt om tommelortose, ble forespurt om deltakelse i prosjektet. De som hadde språkvansker, kognitive vansker eller annen revmatisk sykdom som kunne påvirke håndfunksjon, ble ikke forespurt om deltakelse.



Figur 2: Air X, Push, Alfa og Manu Arexa Pollex.

Resultat

UTVALG

Vi hadde satt oss et mål å inkludere 40 pasienter. Underveis så vi at svarene var såpass entydige at vi valgte å avslutte før inkluderingsmålet var nådd. Vi inkluderte totalt 36 pasienter, men etter vurdering i etterkant, satt vi igjen med et materiale på 29 pasienter, se figur 3. Årsaker til ekskludering i bearbeidingsfasen var forsinket utlevering av ortosen, eller at det i etterkant framkom komorbiditet som påvirket håndfunksjon.

INTERVJUSPØRSMÅLENE

I telefonkonsultasjonen med ergoterapeut ble pasientene stilt spørsmål om ortosen(e) var mottatt, om den/de var i bruk og hvorfor/hvorfor ikke og i hvilke aktiviteter.

ORTOSER

Det ble totalt søkt om 55 ortoser. Halvparten av pasientene hadde behov for ortoser på begge hender (n=17), mens resten trengte bare på én hånd (n=18).

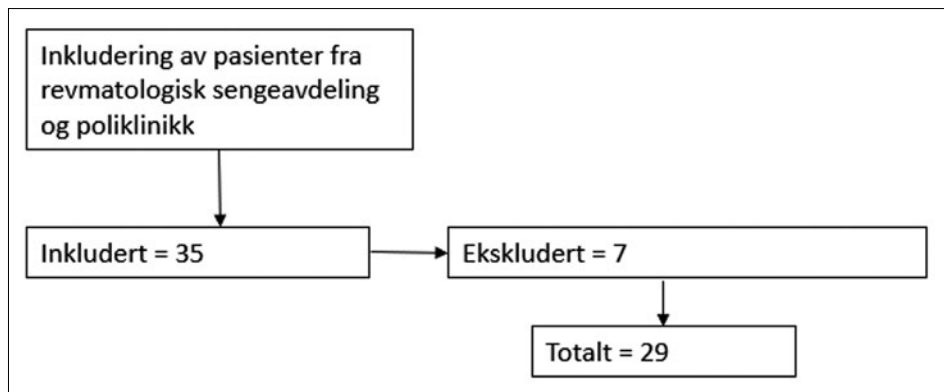
For noen pasienter var det behov for ulike ortoser til ulike aktiviteter. I seks tilfeller ble det derfor søkt om to ulike typer ortoser, og én pasient hadde behov for tre ulike typer. Gjennomgang av datamaterialet viser at det totalt ble søkt om 29 Push, 21 Air X, 3 Alfa, og 2 Manu Arexa Pollex, se figur 4.

TEKNISK OG LOGISTIKK

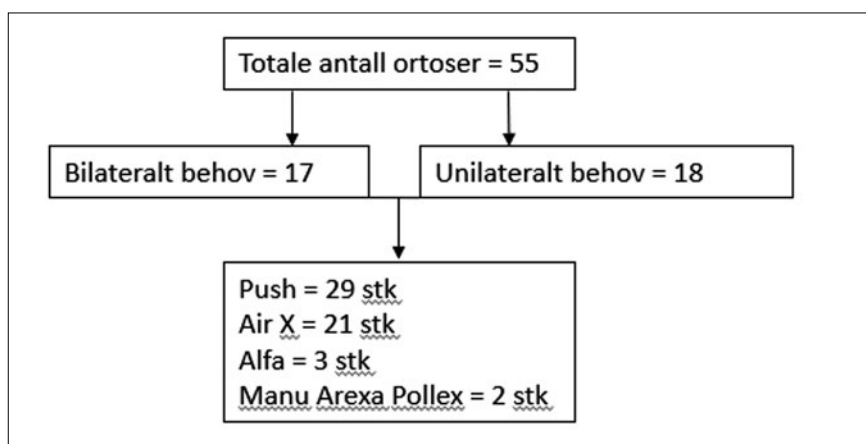
To pasienter hadde behov for justeringer eller tilpasninger av ortosene. To andre pasienter måtte vente lengre enn forventet behandlingstid og en pasient oppga å ha mottatt feil type.

BRUK OG NYTTE

Resultatene i svarene ble analy-



Figur 3: oversikt over inkludering.



Figur 4: oversikt over fordeling av ortoser.

sert og fordelt i tre kategorier; opplevd håndfunksjon, aktiviteter og ulemper i bruk.

Et gjennomgående tema for hvordan ortosen påvirket håndfunksjon er reduksjon av smerter og med dette økt funksjon. Uttrykk de bruker er: at det gir god støtte og stilling på tommel, bedre grep, kjennes trygt og avlastende samt at aktiviteter kan opprettholdes over lengre tid.

Pasientene opplever at ortosene gir god støtte rundt affisert ledd og gir økt kraft i grepet. En pasient trekker frem at den også fungerer som polstring mot slag og trykk, og en annen forteller at den avlaster og hindrer overkompensering av andre ledd. Air X-ortosen oppleves av én å gi en lunende varme rundt leddet.

Det kommer frem at ortosene

brukes i ulike aktiviteter, både i arbeid, hjem og fritid. Flere av pasientene benytter ortosene under fysisk aktivitet og håndtrening. De er ideelle i jobber som krever bruk av data, tunge løft og snekring. Flere bruker dem i kjøkkenaktivitet og i rolige aktiviteter som lesing og skriving. To pasienter benytter ortosene på natt, henholdsvis Push og Air X. Vedkommende som mottok Air X forteller om mindre stivhet om morgenen. Denne type ortose blir også brukt under sykling og bilkjøring.

Av ulemper med bruk av ortosene trekkes det frem at det ved langtidsbruk av Push ortose kan bli tett og varmt. Videre at plastmaterialet rundt tommelen er hardt og glatt, noe som kan gjøre det vanskelig å få ett godt grep særlig under bilkjøring. Ved

typen Air X er det trangt å få på hanske utenpå, og i perioder med store smerter i tomler er det utfordrende å stramme til borrelåsen godt nok. Innen jobb i helse- og omsorgstjenesten tilfredsstillende ikke ortosene kravene for god håndhygiene.

Tre pasienter oppga at de hadde prøvd ortosene, men at de ikke brukte dem som anbefalt i konsultasjonen. Den ene pasienten var av de som trengte ortose i mindre størrelse, en annen hadde fått ortosen Push, men ved oppringing hadde det tilkommet plager i tommelens grunnledd og ortosen ga derfor ikke gunstig støtte. Pasienten ble satt opp til ny vurdering hos ergoterapeut. Den tredje pasienten var spontant henvist fra revmatolog samme dag. Hos vedkommende hadde smertene avtatt, og vedkommende kjente ikke behov for ortosen.

Diskusjon

I prosjektbeskrivelsen bestemte vi telefonoppfølging etter en måned for å innhente umiddelbare erfaringer og opplevelser. Vi ser i ettertid at dette var for kort intervall og ble en svakhet i studien. Når pasientene har hatt ortosene i svært kort tid, får de begrenset erfaring med bruk.

Noen få hadde ikke fått ortosene ennå og ble derved ekskludert fra studien.

Flere opplever umiddelbar avlastning ved utprøving av ortose, noe som kan tenkes å opprettholdes over tid. På en annen side kan man stille spørsmål ved om interessen vil avta ved bruk over en intensiv periode. Samtidig har mange pasienter tiltro til behandler og har dermed trolig fulgt våre anbefalinger om bruk av ortose, selv om de ikke har sett behovet selv. Det kan da tenkes at de har

kjent på en plikt rundt bruk frem til oppringing og avsluttet bruk etter dette.

Et argument som ofte dukker opp, er hygiene og våte aktiviteter. Mange er skeptiske til å bruke ortoser for eksempel under matlaging, renhold eller personlig stell. Pasientene anbefales å bruke engangshansker utenpå. Ved intervjuet oppgir flere personer at dette ikke blir gjort eller er lite hensiktsmessig.

Resultat av intervjuene viser at ulike ortoser er funksjonelle til ulike aktiviteter. Det er derimot flere som trekker frem ulemper ved bruk av Push-ortosen i enkelte aktiviteter, der plastmaterialet hemmer et godt grep under eksempelvis bilkjøring. Av erfaring er det mange som har utfordringer med et godt grep om rattet og girspak, og som kunne profitere på bruk av ortose under slik aktivitet. Valg av ortose skal baseres på samarbeid mellom ergoterapeut og pasient. Ergoterapeutene innehar god kompetanse på hender og grepsfunksjon, mens pasientene har erfaring med hvilke aktiviteter som har blitt utfordrende å gjennomføre grunnet redusert funksjon. I konsultasjonen kartlegges både håndfunksjon og utførelse av aktivitet, men ut ifra resultatene tilfredsstillende ikke alltid ortosene pasientenes behov. Det kan stilles spørsmål ved om vi kartlegger bredt nok, eller om vi velger rett ortose til rett bruk.

En pasient ble spontant henvist fra en av våre revmatologer. Han hadde store smerter i tomler, og det ble søkt om Push-ortose, i hovedsak grunnet subluksasjon av tommelens rotledd. Han ble da anbefalt å bruke ortosen for å forhindre ytterligere subluksasjon og kontraktur. Ved oppringing en

måned etter, forteller han at smertene avtok kort tid etter konsultasjonene, og at han ikke opplevde behovet for ortosen da den kom. Det kan derfor stilles spørsmål ved om informasjonen pasienten mottok i konsultasjonen i forhold til anbefalinger om bruk i forebyggende hensikt, var tilstrekkelig. Pasienten ble under oppringing forklart hensikten med bruk av ortosen på nytt. En ny konsultasjon kunne gitt oss svar på om anbefalingene ble etterfulgt, og hvilke eventuelle erfaringer han hadde gjort seg i forhold til bruk av ortose uten smerteproblematikk.

Pasientene som har tatt i bruk ortosene, fremstår svært fornøyde, og alle svarer at smertene er betydelig redusert. Smerter uten redusert funksjon oppfyller ikke kravene til å få ortoser dekt gjennom NAV, men artrose i tommelens rotledd er ofte relatert til store smerter som begrenser grepsfunksjon og kraft. I konsultasjonen med ergoterapeut ble pasienten derfor instruert i håndtrening etter EULAR sine anbefalinger for å gjenopprette redusert funksjon og øke kraft i grepet (Kloppenburger et al., 2018, s. 17). Noen pasienter i prosjektet bruker ortosen under håndtrening for å holde tommelen i riktig stilling. I oppringingen var ikke opprettholdelse av treningen et gjennomgående spørsmål, og man kan derfor ikke trekke konklusjoner om reduksjon av smerte er grunnet bruk av kun ortose, eller en kombinasjon av ortose og håndtrening. Vår erfaring er at flere av våre pasienter utenom prosjektet har stor nytte av øvelser. Et spørsmål vi derfor har stilt oss under denne prosjektperioden er om vi er for raske med å igangsette tiltak med ortoser. Det hadde vært interessant å undersøke om håndtrening kan utsette eller fore-

bygge behovet for ortoser, da det stilles krav til varig behov for å få utgiftene dekt fra NAV.

Etter konsultasjon hos ergoterapeut avsluttes pasientene ved Revmatismesykehuset. Ortopedisk firma har da ansvar for oppfølging av ortosene, hvis det blir behov for tilpasning og justeringer, eller utlevering av nye ortoser. Vår erfaring er at de ortopediske firmaene gir god informasjon om oppfølging når de leverer ut ortosene. Ett firma kaller inn pasienten for kontroll etter kort tid, mens det andre firmaet ber pasientene ta kontakt ved behov. Selv om pasientene fremstår fornøyde kan det tenkes at det oppstår behov for justeringer eller nye ortoser når de blir slitt. Spørsmålet er da om de tar kontakt, eller om de slutter å bruke ortosene.

Det ble valgt et kvalitativt de-

sign på denne studien, det vil si at vi stilte åpne spørsmål om erfaringer med bruken av ortosene. Vi har vært tre ergoterapeuter som har foretatt telefonkonsultasjonene, og dette kan ha påvirket hvor mye og hva slags informasjon vi har fått.

Konklusjon

Dette prosjektet viser at ortosene i stor grad blir brukt, og at de avlastet og gir økt funksjon i ulike aktiviteter, både i statiske, tunge, og aktive gjøremål. Pasientene oppgir høy grad av tilfredshet. Vi konkluderer med at vi gjør gode vurderinger i konsultasjonen, og at vi ikke trenger å endre praksis. Likevel kan vi gi enda tydeligere informasjon om hensikten med ortoser og gjøre bredere kartlegginger i hvilke aktiviteter som er utfordrende.

Det kan bli aktuelt i en senere studie å gjøre en ny henvendelse

etter for eksempel seks måneder, for å høre om ortosene fremdeles er i bruk. Videre kunne det vært interessant å gjennomføre en RCT, der en gruppe utfører håndtrening i en avtalt periode før behovet for ortoser blir vurdert.

Referanser

- Gravås EMH, Tveter AT, Nossum R, et al. (2019). Non-pharmacological treatment gap preceding surgical consultation in thumb carpometacarpal osteoarthritis – a cross-sectional study. *BMC. Musculoskeletal Disord.* 2019;20(1)
- Kloppenborg M, Kroon FP, Blanco FJ, et al. (2018). 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2019; 78:16-24.
- Nav. (2024, 16. februar). *Ortoser*. Hentet 28. februar 2024 fra <https://www.nav.no/ortoser>

Maxi

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


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

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

apotera

Bestilles også på www.apotera.no



 Bellman & Symfon®

Telefon: 33 42 72 50 E-post: info@bellman.no bellman.com

Ergoterapeuters roller og arbeidsoppgaver innen hverdagsrehabilitering – en scoping review

Av Hamed Alimouradi, Linda Stigen & Hanne Tuntland

Abstract

Introduction: Reablement aims to increase independence in everyday activities and reduce the need for long-term healthcare services. Reablement involves interdisciplinary teams where occupational therapists are included, but there is limited research on how the occupational therapists specifically contribute within the team.

Purpose: The aim of this study was to investigate the roles and tasks of occupational therapists in the field of reablement.

Method: A scoping review was conducted with searches in the databases MEDLINE, Embase, SveMed+ and Idunn. The study used thematic analysis.

Results: In all 12 studies were included. Several commonalities were identified across studies, including seven role descriptions and ten tasks related to occupational therapists' work in reablement. The most common roles were team member and mentor, and the most frequent tasks were assessment/screening, goal setting, assistive device provision and ADL training. The occupational therapist within reablement has a generalist role, which resembles the role of the occupational therapist in primary care.

Conclusion: Occupational therapists have a central role in reablement by organizing the service and collaborating with users, relatives and team members.

Key words: Reablement, occupational therapy, occupational therapists, roles, tasks



Hamed Alimouradi er ergoterapeut og avdelingsleder for Fysio- og ergoterapitjenesten i Bamble kommune og tidligere masterstudent ved OsloMet. E-post: hamed_2r2@hotmail.com.



Linda Stigen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved NTNU Gjøvik.



Hanne Tuntland er ergoterapeut og dosent ved Høgskulen på Vestlandet og tidligere ansatt som førsteamanuensis ved OsloMet.

Det er ingen interessekonflikter mellom forfatterne.

Introduksjon

FN estimerer at gruppen mennesker over 65 år vil fordobles innen 2050 (1), noe som vil øke behovet for helsetjenester. At behovet for hjelp øker, samtidig som tilgangen på kvalifisert helsepersonell minker, fører til en ressursmangel for å dekke befolkningens behov for helsehjelp. Dette legger press på helsetjenesten og krever en konstant prioritering og håndtering av begrensede ressurser. Det er behov for nye tilnæringer i helsetjenesten for å håndtere denne samfunnsutfordringen. Hverdagsrehabilitering har derfor blitt helt eller delvis iverksatt i flere land som Australia, Canada, Finland, Nederland, New Zealand, Skandinavia, Storbritannia og USA, som et forsøk på å møte disse utfordringene (2).

Hverdagsrehabilitering er en personsentrert og helhetlig tilnærming som har som mål å øke eller opprettholde selvstendighet i meningsfulle hverdagsaktiviteter i personens miljø, for å øke livskvaliteten og redusere behovet for langvarige helsetjenester (2). Tilnærmingen er inkluderende og uavhengig av alder, kapasitet, diagnose eller setting. Den består av at helsepersonell gjennomfører flere besøk hos en person med vekt på hva som er viktig og meningsfullt i livet til brukeren. Hverdagsrehabilitering tilbyr individuelle treningsprogram og tjenesten leveres av et koordinert tverrfaglig team (3).

Hverdagsrehabiliteringsteam består vanligvis av ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og helsefagarbeidere eller hjemmetrenere (4). Teammedlemmene jobber sammen med brukeren mot et felles mål. Innføring av hverdagsrehabilitering har ført til nye roller blant medlemmene i hverdags-

rehabiliteringsteamet. Endringen har ofte vært fra en avgrenset rolle til en generalistrolle med bredere arbeidsoppgaver (5).

Ergoterapeuten er ofte et sentralt medlem av det tverrfaglige teamet i hverdagsrehabilitering (6). Ergoterapeuters kjernekompetanse og faglige utgangspunkt handler om å se mennesket i aktivitet i sine omgivelser, samt å verdsette menneskers rett til aktivitet, inkludering og deltakelse (7). Ergoterapeuter har kompetanse på personers hverdagsliv, og denne benyttes i stor grad innen hverdagsrehabilitering hvor spørsmålet «Hvilke aktiviteter er viktige for deg?» er sentralt. Gjennom fokus på hverdagslivet tilrettelegger ergoterapeuter for å imøtekomme aktivitetsidentiteten og aktivitetsbalansen til den enkelte (8). Deltakelse i aktiviteter antas å påvirke hverdagen ved at det skaper mening i livet, fremmer helse og fører til personlig utvikling.

Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) er en arbeidsprosess-modell som systematiserer tilnærmingen ergoterapeuter har i samarbeid med brukere (9). OTIPM er både personsentrert og har en top-down tilnærming. Modellen utgår fra personens behov og situasjon hvor meningsfull aktivitet er både målet for intervensjonen og et ergoterapeutisk virkemiddel i intervensjonen. Ifølge Fisher og Marterella (9) bør ergoterapi praksis være personsentrert, økologisk relevant (kontekstualisert), aktivitetsbasert og aktivitetsfokuset. Dette kan blant annet relateres til den personsentrerte tilnærmingen i hverdagsrehabilitering – «Hvilke aktiviteter er viktige i ditt liv?»

En scoping review som har vurdert hvilke målgrupper forsknin-

gen som omhandler hverdagsrehabilitering har undersøkt, fant at de fleste primærstudier var rettet mot det tverrfaglige teamet. Det er få studier som retter seg mot spesifikke profesjoner (10). Dette gjør det vanskelig å skille mellom rollene og arbeidsoppgavene til de ulike helseprofesjonene (11). Selv om ergoterapeuter er medlem av hverdagsrehabiliteringsteam ble det i en systematisk oversikt funnet at det var lite forskning på rollen til ergoterapeutene og andre helseprofesjoner som jobber med hverdagsrehabilitering (12). Forskerne påpekte imidlertid at det var behov for mer forskning på de ulike faggruppens roller og arbeidsoppgaver innen rehabiliteringsformen. Så selv om ergoterapeuter har relevant kompetanse til å ha ulike roller og arbeidsoppgaver innen hverdagsrehabilitering, er det lite forskning på ergoterapeuters bidrag innen dette feltet (10). Denne scoping reviewens problemstilling er følgelig å undersøke ergoterapeutens roller og arbeidsoppgaver innen hverdagsrehabilitering.

Metode

I denne studien ble Arksey og O'Malley (13) sitt rammeverk for scoping review brukt. Modellen består av fem faser:

- 1 forskeren identifiserer og formulerer forskningsspørsmålet
- 2 relevant litteratur blir identifisert
- 3 relevante studier blir valgt ut
- 4 data blir trukket ut
- 5 resultatene blir samlet, oppsummert og presentert (13)

IDENTIFISERING OG FORMULERING AV FORSKNINGSSPØRSMÅL

I dette prosjektet har forsknings-

Søkestrategi med engelske søkeord som ble brukt i forbindelse med søk i MEDLINE og Embase		
P	Ergoterapeut	1. occupational therapy/ 2. occupational therap* 3. 1 OR 2
C	Roller og arbeidsoppgaver i hverdagsrehabilitering	4. reabl* 5. re-abl* 6. restorative car* 7. restorative Rehabili* 8. 4 OR 5 OR 6 OR 7
C	Internasjonalt	
PCC		9. 3 AND 8
Søkestrategi med skandinaviske søkeord som ble anvendt i forbindelse med søk i SveMed+		
P	Ergoterapeut	1. ergoterap* 2. arbetsterap* 3. 1 OR 2
C	Roller og arbeidsoppgaver i hverdagsrehabilitering	4. hverdagsrehabilitering 5. vardagsrehabilitering 6. 4 OR 5
C	Internasjonalt	
PCC		7. 3 AND 6
Søkestrategi med norske søkeord som ble anvendt i forbindelse med søk i Idunn		
P	Ergoterapeut	ergoterap*
C	Roller og arbeidsoppgaver i hverdagsrehabilitering	hverdagsrehabili*
C	Internasjonalt	ergoterap* AND hverdagsrehabili*
PCC		

Tabell 1. Søkestrategi.

spørsmålet i første fase blitt identifisert og formulert gjennom grundig gjennomgang av eksisterende forskningslitteratur. Problemstillingen i studien er å undersøke ergoterapeutens roller og arbeidsoppgaver innen hverdagsrehabilitering.

IDENTIFISERING AV RELEVANTE STUDIER

Førsteforfatter gjennomførte litteratursøkene 28.11.2022 i samarbeid med en bibliotekar. Det ble søkt i to engelskspråklige databaser (MEDLINE og Embase) og to skandinaviske databaser (SveMed+ og Idunn). I de to første databasene ble engelske søkeord brukt: occupational therapy, occupational therapists, reable-

ment, re-ablement, restorative care og restorative rehabilitation. I den nordiskorienterte databasen SveMed+ ble det brukt norske og svenske søkeord i fulltekst, mens i Idunn, som er en norsk database, ble det brukt bare norske søkeord (se tabell 1). Søkeordene er i tabellen satt inn i PCC-rammeverk (P = Population, C = Concept og C = Context).

VALG AV RELEVANTE STUDIER

Det ble inkludert fagfellevurderte, vitenskapelige artikler som beskrev ergoterapeutens roller og arbeidsoppgaver i hjemmet. Kun studier om hverdagsrehabilitering utarbeidet på skandinaviske og/eller engelsk språk ble inkludert. Videre ble det kun inkludert

publikasjoner som brukte betegnelsen «hverdagsrehabilitering», «vardagsrehabilitering», «reablement» eller «restorative care» i tittel, abstrakt eller nøkkelord. Det var ingen tidsavgrænsning med hensyn til publikasjonsår.

Litteratursøkene resulterte i 786 publikasjoner, hvorav 34 duplikater ble fjernet før screening. Studiene ble screenet av førsteforfatter. Totalt ble 718 publikasjoner ekskludert, 695 ut fra tittel og 23 ut fra abstrakt. Deretter gjentsto det 34 publikasjoner, som gikk videre til fulltekstlesning. I tillegg ble det søkt i litteraturlister, og to relevante publikasjoner ble funnet. Videre anbefalte sisteforfatter elleve publikasjoner som ikke var identifisert gjennom litteratursø-

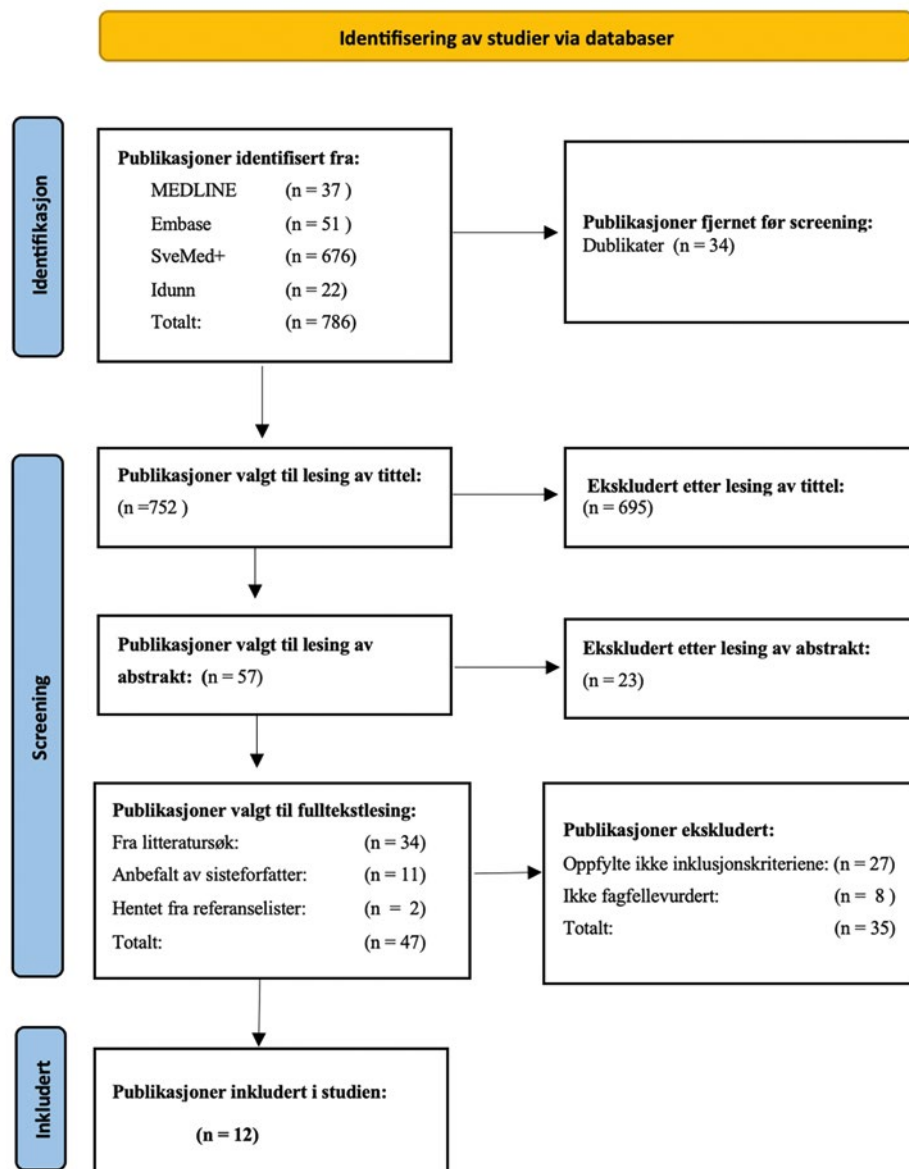
ket. Totalt ble 47 publikasjoner inkludert for fulltekstlesning, og til slutt ble tolv av disse inkludert i studien (se figur 1 for flytskjema).

DATAEKSTRAKSJON

For å hente ut nøkkelinformasjon og relevante data ble et dataekstraksjonsskjema i Excel utarbeidet, pilotert og anvendt. Nøkkelinformasjon fra hver studie som ble innhentet, inkluderte førsteforfatter, utgivelsesår, forfatterens land, studiens hensikt, design, metode og ergoterapeuters roller og arbeidsoppgaver. Data ble trukket ut fra ulike seksjoner i de inkluderte artiklene og i ulikt omfang og utført av førsteforfatter.

ANALYSE, SAMMENSTILLING, OPPSUMMERING OG PRESENTASJON AV RESULTATENE

I denne fasen ble en kvalitativ tematisk analysemetode brukt for å skaffe oversikt over bredden i litteraturen og gi en steg-for-steg-presentasjon av analyseutførelsen (14). En deduktiv analyse ble foretatt med to forhåndsdefinerte hovedkategorier: ergoterapeutens arbeidsoppgaver og ergoterapeutens roller i hverdagsrehabilitering. Artiklene ble lest grundig av førsteforfatter og data uthentet. Så ble data samlet og sortert innenfor disse to hovedtemaene og syntetisert. Videre ble temaene delt opp i ytterligere undertemaer hvorav syv undertemaer handlet om ergoterapeuters roller (mentor, underviser, veileder og rådgiver er eksempel på disse undertemaene), og ti undertemaer handlet om ergoterapeuters arbeidsoppgaver (vurdering/kartlegging, målsetning og ADL-trening er eksempel disse undertemaene). Dette ble gjort for å få en kortfattet, sammenhengende rapportering av resultatene. Til slutt ble resultatene formidlet i form av tekst og grafikk.



Figur 1: Prisma flytskjema.

tering av resultatene. Til slutt ble resultatene formidlet i form av tekst og grafikk.

FORSKNINGSETIKK

En scoping review er en gjennomgang av eksisterende litteratur, der data er hentet fra allerede publisert forskning. Det er antatt at forskningsetiske spørsmål er tilstrekkelig behandlet i hver enkelt forskningspublikasjon som er inkludert i denne studien. Nøyaktighet er utvist med tanke

på å sikre valid gjengivelse av forskning.

Resultater

OVERSIKT OVER INKLUDERTE STUDIER

Studieseleksjonsprosessen er presentert i figur 1 (Prisma flytskjema). Som det fremkommer av figuren, er i alt tolv studier inkludert.

Tabell 2 viser en oversikt over karakteristika ved de inkluderte

Forfatter, publ. år og tidsskrift	Tittel	Hensikt	Forskningsdesign
Bennett et al. (2022), (15) Health Soc Care Community	An investigation of reablement or restorative homecare interventions and outcome effects: A systematic review of randomised control trials	Identifisere, kritisk vurdere, analysere og evaluere resultatene av fagfellevurderte randomiserte kontrollstudier (RCT) som undersøker effekten av intervensjoner som brukes i hverdagsrehabilitering, samt etablere en klar kobling mellom evidensbasert praksis og intervensjon.	Systematisk oversikt
Dibsdall (2022), (16), Br J Occup Ther	Selecting from their toolbox of interventions – A realist study of the role of occupational therapists in reablement services	Undersøke rollen til ergoterapeuter som jobber i hverdagsrehabiliteringstjenester i England på oppdrag fra en uavhengig organisasjon i tillegg til lokalmyndighetene.	Mixed methods, review/kvalitativ
Hattori et al. (2019), (23) Int J Environ Res Public Health	Effects of Reablement on the Independence of Community-Dwelling Older Adults with Mild Disability: A Randomized Controlled Trial	Vurdere effekten av et hverdagsrehabiliteringsprogram for å forbedre selvhjelpenheten til eldre voksne med mild funksjonshemming.	Kvantitativ
Hjelle et al. (2018), (4) J Multidiscip Healthc	Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences	Undersøke og beskrive rollene til det tverrfaglige teamet i hverdagsrehabiliteringstjenesten i Norge.	Kvalitativ
Pettersson et al. (2022), (20) Scand J Occup Ther	Enabling social participation for older people: The content of reablement by age, gender, and level of functioning in occupational therapists' interventions	Undersøke om sosial deltakelse forekommer, samt om alder, kjønn og funksjonsnivå er assosiert med sammensetningen av ergoterapeutiske intervensjoner innenfor konteksten av hverdagsrehabilitering.	Kvantitativ
Pettersson & Iwarsson (2017), (19) Br J Occup Ther	Evidence-based interventions involving occupational therapists are needed in reablement for older community-living people: A systematic review	Skaffe en oversikt over den vitenskapelige litteraturen innen dette forskningsområdet og undersøke om det finnes vitenskapelig dokumentasjon for positive effekter av hverdagsrehabiliteringstjenester for eldre personer.	Systematisk oversikt
Seberg og Eriksson (2018), (22) SAGE open	Reablement in Mental Health Care and the Role of the Occupational Therapist: A Qualitative Study	Bidra til kunnskap om sentrale temaer innen hverdagsrehabilitering i psykisk helsevern, samt hva ergoterapeuter kan tilføre dette feltet. Spesielt behandles to temaer: 1) Hva menes med hverdagsrehabilitering i psykisk helsevern? 2) Hvordan kan ergoterapeuter bidra i hverdagsrehabiliteringsprosesser for mennesker med psykiske problemer?	Kvalitativ
Whitehead et al. (2016), (17) BMJ Open	Occupational Therapy in HomeCare Re-ablement Services (OTHERS): results of a feasibility randomised controlled trial	Teste gjennomførbarheten av å utføre en randomisert kontrollert studie (RCT) av en intervensjon rettet mot aktiviteter i dagliglivet (ADL), levert av en ergoterapeut i hverdagsrehabiliteringsteam	Kvantitativ
Whitehead et al. (2018), (18) Br J Occup Ther	Content and acceptability of an Occupational Therapy intervention in HomeCare Re-ablement Services (OTHERS)	Gi en detaljert beskrivelse av innholdet i ergoterapiintervensjonen som ble levert som en del av en randomisert kontrollert gjennomførbarhetsstudie (Occupational Therapy intervention in HomeCare Re-ablement Services), samt evaluere om intervensjonen var akseptabel for deltakerne.	Mixed methods
Winkel et al. (2015), (24) Disabil Rehabil	Reablement in a community setting	Vurdere om hverdagsrehabiliteringsprogrammet påvirket deltakernes evne til å utføre ADL-oppgaver, samt å undersøke om resultatene av programmet var forskjellig hos deltakere som allerede mottok hjemmetjenester sammenliknet med deltakere som ikke mottok hjemmetjenester før hverdagsrehabilitering.	Kvantitativ
Zingmark et al. (2019), (21) Br J Occup Ther	The content of reablement: Exploring occupational and physiotherapy intervention	Beskrive ergo- og fysioterapiintervensjoner innenfor rammen av hverdagsrehabilitering i en svensk kommune.	Kvantitativ
Zingmark et al. (2020), (11) Health Soc Care Community	Characteristics of occupational therapy and physiotherapy within the context of reablement in Swedish municipalities: A national survey	Undersøke kjennetegn og forskjeller ved ergoterapi- og fysioterapiintervensjoner når det gjelder fokus, innhold og varighet innenfor konteksten av hverdagsrehabilitering i svenske kommuner.	Kvantitativ

Tabell 2. Publikasjoner inkludert i studien.

studiene. Halvparten av studiene er kvantitative, det er også to kvalitative studier, to «mixed methods» studier og to systematiske oversikter. Studiene er publisert i årene 2015-2022.

Forfattere fra England (15-18) og Sverige (11, 19-21) har skrevet henholdsvis fire publikasjoner hver, forfattere fra Norge (4, 22) har skrevet to publikasjoner og forfattere fra henholdsvis Japan (23) og Danmark (24) har skrevet én publikasjon hver. Både Whitehead, som er fra England, og Zingmark & Pettersson, som er fra Sverige, er førsteforfattere til to publikasjoner hver.

ERGOTERAPEUTERS ROLLER I HVERDAGSREHABILITERING

Ergoterapeutene har ulike roller i hverdagsrehabilitering. I de inkluderte studiene beskrives ergoterapeuters roller som mangfoldige. Det varierer imidlertid hvor mye som er skrevet om de forskjellige rollene i disse studiene, men det finnes likevel flere fellestrekk på tvers av publikasjonene. De ulike rollene som er blitt identifisert i de inkluderte publikasjonene presenteres i tabell 3.

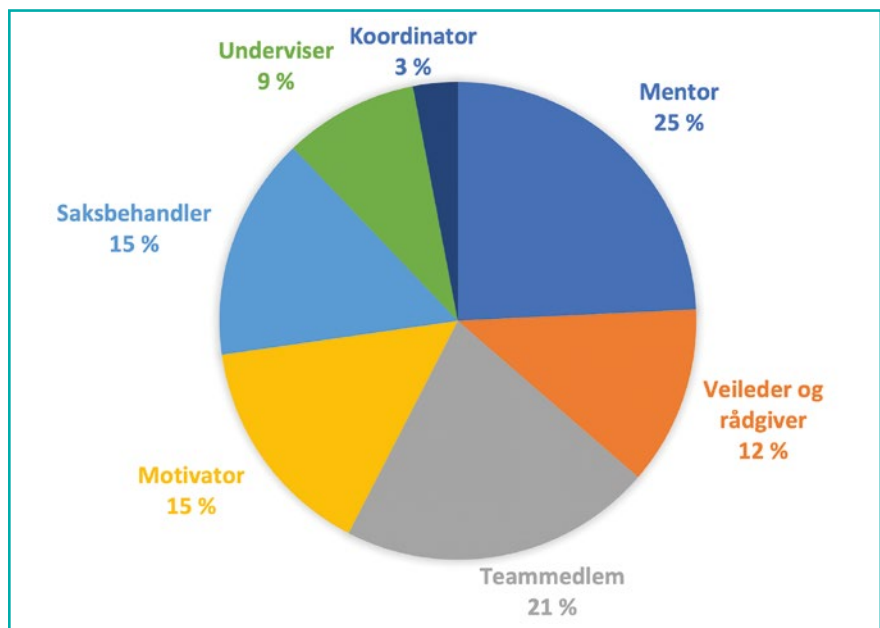
I figur 2 presenteres prosentandel av studier som beskrev de syv ulike rollene.

I det følgende er undertemaer tilhørende temaet ergoterapeuters roller i hverdagsrehabilitering presentert:

Mentor: Denne rollen handler om veiledning av annet personell som jobber med hverdagsrehabilitering, og ble beskrevet i åtte av publikasjonene, som var inkludert i denne studien. Ifølge Pettersson og Iwarsson (19) var det å støtte og trene pleiepersonellet i hjemmetjenesten et viktig ansvar for ergoterapeuter. Støtten kunne innebære coaching, veiledning

Forfatter og publikasjons år	Roller
Bennett et al. (2022), (15)	Mentor, saksbehandler, motivator
Dibsdall (2022), (16)	Teammedlem, veileder og rådgiver, mentor
Hattori et al. (2019), (23)	Mentor, motivator
Hjelle et al. (2018), (4)	Mentor, teammedlem, saksbehandler og rådgiver
Pettersson et al. (2022), (20)	Koordinator, teammedlem
Pettersson og Iwarsson (2017), (19)	Mentor, saksbehandler
Seberg og Eriksson (2018), (22)	Motivator, teammedlem, underviser
Whitehead et al. (2016), (17)	Teammedlem, saksbehandler, veileder og rådgiver, underviser og mentor
Whitehead et al. (2018), (18)	Saksbehandler, motivator, underviser
Winkel et al. (2015), (24)	Saksbehandler, mentor, motivator
Zingmark et al. (2019), (21)	Teammedlem
Zingmark et al. (2020), (11)	Veileder og rådgiver, teammedlem og mentor

Tabell 3. Ergoterapeuters roller som beskrevet i de inkluderte studiene.



Figur 2. Prosentandel av ergoterapeuters ulike roller innen hverdagsrehabilitering.

og å lære personell å samarbeide med brukerne for å støtte deres utførelse av hverdagsaktiviteter så langt som mulig. I Hattori et al. (23) kom det også frem at ergoterapeuter med inngående kunnskap om ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), ledet en fire-dagers workshop for personlig opplæring

av alle rehabiliteringsspesialistene. I en studie fra Dibsdall (16) fremkom det at ergoterapeuter i hverdagsrehabilitering var først og fremst identifisert som leverandører av hjelpemidler samt som fagpersoner som kunne gi veiledning og opplæring til hverdagsrehabiliteringsteamets øvrige personell, for å fremme at de arbeidet på

en rehabiliterende måte. Bennett et al. (15) oppga at i fem studier som var inkludert i deres oversiktsstudie, ble det rapportert at ergoterapeuter var aktivt involvert i levering av intervensjoner og opplæring eller veiledning av personalet i hjemmetjenesten. I den samme studien beskrev de at ergoterapeuter var best egnet til å levere spesialiserte og komplekse hverdagsrehabiliteringsintervensjoner samt til å veilede eller trene andre på grunn av omfanget av deres profesjonelle opplæring.

Teammedlem: Teammedlemsrollen som fremkom i syv studier, omhandler ergoterapeuter som er medlem i et tverrfaglig hverdagsrehabiliteringsteam. I Pettersson et al. (20) ble det oppgitt at hverdagsrehabilitering besto av besøk levert av et trent og koordinert tverrfaglig team, samt at dette teamet inkluderte fagpersoner som ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere og hjemmetrenerne. Videre i denne studien kom det frem at ergoterapeuter hadde spesifikk kunnskap om ergoterapiteori og meningsfulle hverdagsaktiviteter, og på grunn av sin unike kjernekompetanse hadde de en sentral rolle i teamet. I Seberg og Eriksson (22) sin studie fremkom det at hverdagsrehabilitering krever tverrfaglige team, der ergoterapeuter kan bringe frem viktige ferdigheter og perspektiver og bidra vesentlig til videre rehabilitering. Whitehead et al. (17) beskrev at ergoterapeuter kunne være involvert i hverdagsrehabilitering på flere måter, inkludert å gi opplæring til annet personell, gjennomføre vurderinger av brukerfremgang, involvere seg i spesielle tilfeller i en rådgivende rolle eller jobbe som kjerneteammedlemmer.

Motivator: Rollen handler om

å øke motivasjon for hverdagsrehabiliteringsprogrammet og motivere brukerne til å jobbe for å oppnå målene sine. Motivatorrollen ble nevnt i fem av studiene. I Winkel et al. (24) sin studie ble det funnet at ergoterapeuter vektla deltakerens mål og ønsker for å øke motivasjonen for hverdagsrehabiliteringsprogrammet. I Whitehead et al. (18) sin studie var det fem intervjuobjekter som alle satte pris på den mentale støtten og oppmuntringen som ergoterapeuten ga. I Bennett et al. (15) ble det påpekt at ergoterapeuter vanligvis leverte hverdagsrehabiliteringsintervensjoner for å muliggjøre egenomsorgsaktiviteter, og de brukte blant annet analyse og motiverende samtale som verktøy.

Saksbehandler: Rollen omhandler ergoterapeutens rolle som ansvarlig for tildeling av tjenester og ble trukket frem i fem av studiene. Ergoterapeuter fungerte både som saksbehandlere og veiledere for hjemmepleiepersonell i hverdagsrehabiliteringsprosessen (4, 19, 24). I Whitehead et al. (17) sin studie handlet ergoterapeuters rolle som saksbehandler om rådgiving til brukere og deres støttenettverk. Tidsbruken til ergoterapeutene ble dokumentert, og de brukte 24 prosent av tiden på saksbehandling, råd og støtte.

Veileder -og rådgiver: Disse rollene er blitt beskrevet i fire av publikasjonene. Veilederrollen gjelder veiledning av brukere og pårørende, mens rådgiverrollen retter seg mot generell rådgiving til brukere, pårørende og samarbeidspartnere. Ifølge Dibsfall (16) støttet ergoterapeuter i hverdagsrehabiliteringstjenester selvhjelpenhetstankegangen og ga råd og veiledning til brukerne i

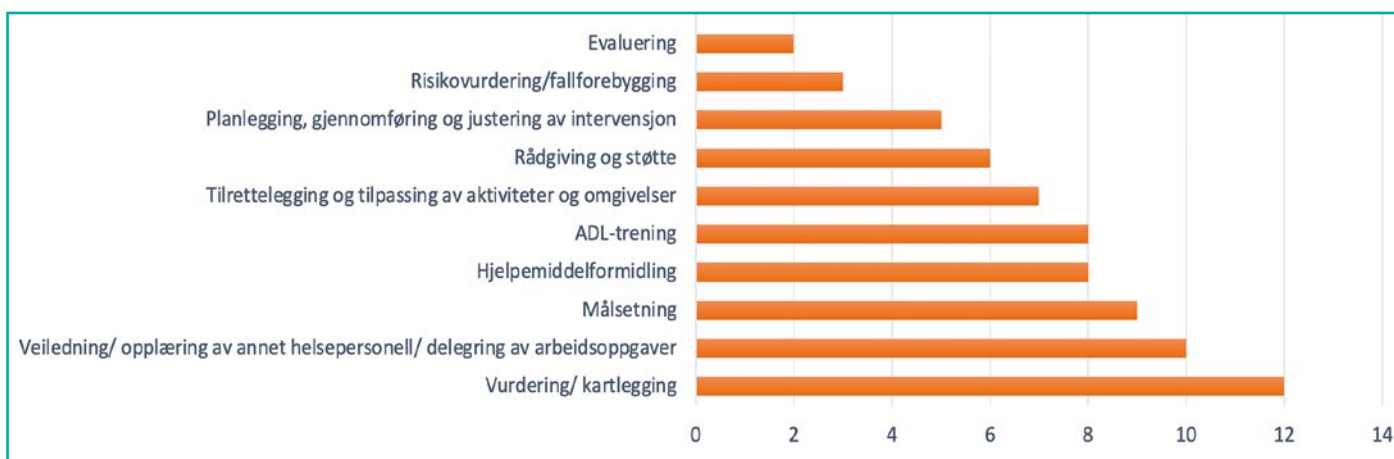
påkledningsteknikker, matlaging, stressmestring, energiøkonomisering, forflytning og håndtrening. Whitehead et al. (18) beskrev også at råd og støtte var blant hovedaktivitetene som ble gjennomført av ergoterapeuter. Zingmark et al. (21) fant at de mest utbredte tiltakene for både ergoterapeuter og fysioterapeuter var knyttet til tekniske hjelpemidler og instruksjon/råd. Dette ble bekreftet i Zingmark et al. (11) der de tidligere funnene av samme forfatter (21) ble gjentatt; instruksjon og råd var utbredt i omtrent 40 prosent av alle hverdagsrehabiliteringstilfeller. Begrepet hverdagsrehabiliteringstilfeller refererer til brukere som har gjennomgått et hverdagsrehabiliteringsforløp. Zingmark et al. sine resultater indikerte at rådgiving av pårørende så ut til å være mer utbredt ved ergoterapi enn ved fysioterapi (11).

Underviser: Rollen handler om at ergoterapeuter underviser brukerne i teknikker og metoder i forbindelse med gjennomføring av ulike aktiviteter og bruk av hjelpemidler. Rollen som underviser ble fremhevet i tre studier. I Whitehead et al. (17) ble det videre beskrevet at 11 prosent av ergoterapeuters tidsbruk ble brukt på undervisning. I følge Seberg og Eriksson (22) var en del av ergoterapeutens kompetanse å lære brukere teknikker og utvikle planer for hvordan brukerne skulle mestre ønskede aktiviteter.

Koordinator: Denne rollen ble fremhevet i kun én av de utvalgte studiene og omhandler koordinering av tjenestene som gis til brukerne. I studien til Pettersson et al. (20) handlet ett av inklusionskriteriene om at ergoterapeuter og fysioterapeuter som ble rekruttert, var koordinatører for hverdagsrehabiliteringsarbeidet.

Forfatter og publikasjons år	Ergoterapeutens arbeidsoppgaver
Bennett et al. (2022), (15)	Vurdering/kartlegging, målsetting, hjelpemiddeformidling, tilrettelegging/tilpasning rådgiving/støtte, veiledning/opplæring av annet helsepersonell, ADL-trening og risikovurdering.
Dibsdall (2022), (16)	Vurdering/kartlegging, målsetting, planlegging, gjennomføring og justering av intervensjon, veiledning/opplæring av annet helsepersonell, rådgiving/støtte, hjelpemiddeformidling, tilrettelegging/tilpasning, reetablering av rutiner.
Hattori et al. (2019), (23)	Vurdering/kartlegging, målsetting, veiledning/opplæring av annet helsepersonell.
Hjelle et al. (2018), (4)	Vurdering/kartlegging, planlegging, gjennomføring og justering av intervensjoner, veiledning/opplæring av annet helsepersonell, delegering av oppgaver og føring av tilsyn med personalet.
Pettersson et al. (2022), (20)	Vurdering/kartlegging, målsetting, ADL-trening, hjelpemiddeformidling og tilrettelegging/tilpasning.
Pettersson og Iwarsson (2017), (19)	Vurdering/kartlegging, målsetting, planlegging, gjennomføring og justering av intervensjoner, ADL-trening, veiledning/opplæring av annet helsepersonell.
Seberg og Eriksson (2018), (22)	Vurdering/kartlegging, hjelpemiddeformidling, tilrettelegging/tilpasning, planlegging, gjennomføring og justering av intervensjon.
Whitehead et al. (2016), (17)	Vurdering/kartlegging, ADL-trening, målsetting, rådgiving/støtte, hjelpemiddeformidling, tilrettelegging/tilpasning, veiledning/opplæring av annet helsepersonell.
Whitehead et al. (2018), (18)	Vurdering/kartlegging, målsetting, rådgiving/støtte, evaluering, ADL-trening, hjelpemiddeformidling og tilrettelegging/tilpasning.
Winkel et al. (2015), (24)	Vurdering/kartlegging, ADL-trening, målsetting, planlegging, gjennomføring og justering av intervensjon, evaluering, veiledning/opplæring av annet helsepersonell.
Zingmark et al. (2019), (21)	Vurdering/kartlegging, ADL-trening, fallforbygging, hjelpemiddeformidling, tilrettelegging/tilpasning, veiledning/opplæring av annet helsepersonell, rådgiving/støtte.
Zingmark et al. (2020), (11)	Vurdering/kartlegging, målsetting, ADL-trening, veiledning av annet helsepersonell, rådgiving/støtte, fallforebygging, hjelpemiddeformidling, føring av tilsyn med personalet.

Tabell 4. Oversikt over ergoterapeuters arbeidsoppgaver som beskrevet i de inkluderte studiene.



Figur 3. Hyppighet av ergoterapeutens arbeidsoppgaver i hverdagsrehabilitering.

ERGOTERAPEUTERS ARBEIDSOPPGAVER I HVERDAGSREHABILITERING

I tabell 4 vises en oversikt over ergoterapeutenes arbeidsoppgaver innen hverdagsrehabilitering. Det fremkom i alt ti ulike arbeidsoppgaver.

Figur 3 viser antall ganger de ulike arbeidsoppgavene ble beskrevet i publikasjonene. Alle publikasjonene trakk frem arbeidsoppgaven vurdering/kartlegging. Deretter fulgte målsetting som ble beskrevet i ti publikasjoner og ADL-trening i ni

publikasjoner. Videre beskrives funnene om disse arbeidsoppgavene i synkende rekkefølge etter hyppighet.

Vurdering/kartlegging: I Dibsdall (16) ble det funnet at ergoterapeuters utdanning og erfaring bidro til deres evne til å gjøre

vurderinger og sette personsentrerte mål. Seberg og Eriksson (22) fremhevet observasjon og aktivitetsanalyse av brukerens utførelse av daglige aktiviteter som en viktig del av ergoterapivurderingen. De beskrev også hvordan ergoterapeuter jobbet sammen med brukerne for å vurdere deres ressurser og behov for tilrettelegging. I Winkel et al. (24) besto hverdagsrehabiliteringsprogrammet av ADL-vurdering, målsetting og utvikling av et individualisert ADL-treningsprogram, som ble utarbeidet av en ergoterapeut. Det var ergoterapeutens ansvar å kartlegge brukernes utførelsesproblemer i forbindelse med viktige ADL-aktiviteter. Pettersson et al. (20) påpekte at vurdering og målsetting var sentrale oppgaver for ergoterapeuter.

Veiledning/opplæring av annet helsepersonell/delegering av oppgaver: Bennett et al. (15) beskrev at ergoterapeuter benyttet sin profesjonsutdanning til å veilede andre som jobbet med hverdagsrehabilitering. Pettersson og Iwarsson (19) fant at ergoterapeuter fungerte som veiledere for hjemmetjenestepersonalet gjennom hele prosessen. I Hattori et al. (23) var to ergoterapeuter ansvarlige for opplæring av rehabiliteringsspesialister i intervensjonsgruppen. Hjelle et al. (4) viste til at ergoterapeuter også jobbet med veiledning av hjemmetjenestepersonell, i tillegg til andre oppgaver. I Zingmark et al. (11) sin studie rapporterte ergoterapeutene kun veiledning av personalet i 17 prosent av hverdagsrehabiliteringstilfellene.

Delegering av arbeidsoppgaver ble også trukket frem. Hjelle et al. (4) fant at ergoterapeuter i likhet med fysioterapeuter og sykepleiere i hverdagsrehabiliteringsteam,

blant annet delegerte arbeidsoppgaver til hjemmetrenerne.

Målsetting: I Dibsall (16) ble det beskrevet at ergoterapeuter jobbet tett med brukerne for å gjennomføre vurderinger og sette mål. Flertallet av målene var rettet mot å hjelpe personen med å være mer selvstendig hjemme. I Winkel et al. (24) sin studie var brukermedvirkning sentralt, og ergoterapeutene la vekt på deltakerinvolvering i planlegging og målsetting av intervensjoner. Ved første hjemmebesøk gjennomførte ergoterapeuten et ADL-intervju og identifiserte aktiviteter som brukeren hadde vanskeligheter med å utføre. Deretter utarbeidet de mål sammen med vekt på de aktivitetene som brukeren syntes var meningsfylt å jobbe med. Både Whitehead et al. (17) og Whitehead et al. (18) beskrev målsettingsarbeid som en viktig del av ergoterapipraksisen. I Bennett et al. (15) kom det også frem at målsetting var en av intervensjonskomponentene som ble levert av ergoterapeuter.

Hjelpemiddelformidling: Hjelpemiddelformidling var en av flere oppgaver som ergoterapeutene jobbet med i hverdagsrehabilitering, med mål om å muliggjøre egenomsorgsaktiviteter (15). I Seberg og Eriksson (22) ble det hevdet at for å oppnå selvstendighet i aktiviteter kan hjelpemidler være til hjelp, og at ergoterapeuter bidro med kunnskap om hjelpemidler og utstyr. Videre i Dibsall (16) kom det frem at hjelpemiddelformidling og tilpasninger har blitt ansett som en primær arbeidsoppgave for ergoterapeuter, og at dette kunne øke brukernes uavhengighet, redusere fall og forhindre ulykker. I Zingmark et al. (11) fremkom det at ergoterapeuter hadde oppgitt

å ha jobbet med formidling av hjelpemidler i 82 prosent av hverdagsrehabiliteringstilfellene.

ADL-trening: Zingmark et al. (11) fant at ergoterapeuter assisterte i ADL-trening i 13 prosent av hverdagsrehabiliteringstilfellene de var involvert i. I Whitehead et al. (17) og Whitehead et al. (18) ble ergoterapeuters tidsbruk på ADL-trening registrert til å være 19 prosent. Bennett et al. (15) påpekte at ergoterapeuter jobbet med å muliggjøre egenomsorgsaktiviteter ved å bruke ferdighetstreninger/ADL-trening sammen med andre tiltak, som for eksempel motiverende coaching.

Tilrettelegging og tilpasning av aktiviteter og omgivelser:

Seberg og Eriksson (22) påpekte at ergoterapeuters kompetanse innebar å oppmuntre til mestring samt å gjøre aktivitets- og miljøtilpasninger for å hjelpe brukerne med medvirkning og inkludering. Bennett et al. (15) hevdet at ergoterapeuter i hverdagsrehabiliteringsmiljøet jobbet for å muliggjøre egenomsorgsaktiviteter ved å anvende blant annet kompenserende teknikker og tilrettelegging. Zingmark et al. (21) fant at ergoterapiintervensjoner hovedsakelig var basert på tilretteleggingstilnærminger. Dette ble bekreftet av Zingmark et al. (11) som beskrev at ergoterapiintervensjoner var mer fokusert på tilrettelegging, mens fysioterapiintervensjoner var mer rettet mot tiltak rettet mot kroppsfunksjon og gange. Ifølge Dibsall (16) ble ergoterapeuter i hverdagsrehabilitering først og fremst identifisert som leverandører av hjelpemidler og tilpasninger.

Rådgiving og støtte: Hattori et al. (23) beskrev at ergoterapeuter som var veiledere for rehabiliteringsspesialister, ved behov ga

dem råd/støtte. I Whitehead et al. (18) ble det trukket frem at ergoterapeuter hadde brukt tid på å gi generelle råd til brukerne, pårørende og annet helsepersonell. I studien til Zingmark et al. (11) indikerte resultatene at rådgivning til pårørende var utbredt i forbindelse med ergoterapi. Dibsall (16) fremhevet ergoterapeuter ga råd og veiledning til brukere i forbindelse med aktiviteter.

Planlegging, gjennomføring og justering av intervensjoner: Ergoterapeuter hadde som hovedfokus å gjøre brukeren i stand til å fungere på sitt optimale nivå, og de planla aktiviteter som passet brukernes funksjonsnivå for å legge til rette for mestingsopplevelser, ifølge Seberg og Eriksson (22). Videre beskrev Hjelle et al. (4) at helsepersonell som ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere og vernepleiere hadde rollen som konsulenter og rådgivere, og deres oppgaver besto av planlegging, gjennomføring, justering og oppfølging av intervensjonen. I Winkel et al. (24) ble ergoterapeutenes arbeidsoppgaver i hverdagsrehabiliteringsrammen beskrevet som å gjøre en vurdering, og deretter ta seg av planlegging, gjennomføring og justering av intervensjoner.

Risikovurdering/fallforebygging: Ifølge Zingmark et al. (11) og Zingmark et al. (21) utførte både fysioterapeuter og ergoterapeuter fallforebyggende tiltak i like stor grad. Bennett et al. (15) beskrev at ergoterapeuter i hverdagsrehabilitering jobbet med blant annet risikovurdering.

Evaluerings: I Winkel et al. (24) fremkom det at ergoterapeuten sammen med en pleier foretok en vurdering og igangsetting av intervensjonen under det første hjemmebesøket. Ved det andre

hjemmebesøket evaluerte den individuelle tiltaksplanen. I studien til Whitehead et al. (18) brukte ergoterapeutene et skjema for å registrere og evaluere mål og måloppnåelse, type ADL-aktiviteter og tidsbruk på de ulike aktivitetene som de bisto brukeren med.

Diskusjon

Målet med denne studien var å få innsikt i ergoterapeuters roller og arbeidsoppgaver innen hverdagsrehabilitering. I resultatpresentasjonen kan ergoterapeuters roller og arbeidsoppgaver fremstå som delvis overlappende, da det er vanskelig å rendyrke disse rollene og arbeidsoppgavene hver for seg. Syv roller og ti arbeidsoppgaver er presentert som uttrykk for ergoterapeutenes bidrag innen hverdagsrehabilitering. I det følgende er disse funnene diskutert opp mot tidligere forskning og de teoretiske perspektivene som ble presentert innledningsvis i artikkelen.

Forfatterne av de inkluderte studiene har utspring i fem ulike land som yter hverdagsrehabilitering på ulikt vis, slik også annen litteratur har avdekket (25). Å vurdere i hvilken grad ergoterapeuter i ulike land arbeider personsentrert, har kun delvis vært mulig i denne studien, da informasjon om bruk av ulike personsentrerte kartleggingsredskaper og verktøy ikke er innhentet. Det fremkommer likevel i Winkel et al. sin studie (24) at personsentrering ble ivaretatt ved utarbeidelse av mål. Forfattere har uttrykt bekymring i forhold til minkende personsentrering av hverdagsrehabilitering grunnet strammere økonomi (26), så denne problemstillingen kan være interessant å forfølge i fremtidig komparativ forskning.

I denne scoping reviewen er

det imidlertid ikke identifisert betydelige variasjoner mellom landene når det gjelder ergoterapeuters roller og arbeidsoppgaver. Det er likevel grunn til å anta at ergoterapeuters arbeidsoppgaver og roller i hverdagsrehabilitering vil variere i ulike land, blant annet avhengig av profesjonstilgang, nasjonale/lokale forskjeller i ergoterapi praksis, økonomiske ressurser og organisatoriske modeller. Men, siden denne artikkelen sikter seg mot et norsk publikum, er funnene kun diskutert opp mot ergoterapi praksis i norske kommuner og en norsk kontekst.

ERGOTERAPEUTENES MANGFOLDIGE ROLLER INNEN HVERDAGSREHABILITERING: FRA MENTOR TIL SAKSBEHANDLER

Gjennom analysen kom det fram at ergoterapeuter som arbeider innenfor hverdagsrehabilitering har ulike roller som mentor, veileder og rådgiver, underviser, teammedlem, motivator, saksbehandler og koordinator. Rollene kan igjen deles inn i to kategorier; én knyttet til organisering av tjenester og opplæring av annet helsepersonell, og én knyttet til brukere av tjenestene. Rollene som mentor, teammedlem, saksbehandler og koordinator kan plasseres under den første kategorien, knyttet til tjenestenes organisering og ansvarsfordeling. Denne kategorien roller var hyppigst nevnt i publikasjonene. Rollene som motivator, veileder og rådgiver, samt underviser, hører til under den andre kategorien (roller overfor brukerne og pårørende) og ble beskrevet i mindre grad.

At ergoterapeuter som arbeider i norsk kommunehelsetjeneste har ulike roller og en mangfoldig

praksis er fremhevet i tidligere forskning (27-29). Studier viser i tillegg at ergoterapeuter har ulike roller og arbeidsoppgaver basert på hvor de arbeider (28-30). Noen av rollene er beskrevet av Arntzen et al. (28) som all-rounder, hjelpemiddelformidler, brannslukker og innovatør. I tillegg har Horghagen et al. problematisert et dilemma mellom generalist- og spesialistrollen blant kommuneergoterapeuter (29). Kommuneergoterapeuter i rollen som generalist arbeider innenfor et bredt spekter av brukerpopulasjoner og initierer mange typer intervensjoner. Styrken i generalistrollen handlet om variasjon i oppgaver og roller, men samtidig ønsket ergoterapeutene seg mer spesialisert kunnskap, spesielt innenfor områder som hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi, hjerneslagrehabilitering og kartlegging av personer med kognitive vansker. Utfordringer oppsto i den generiske rollen, der det var vanskelig å opprettholde faglig identitet og aktivitets- og deltakelsesperspektiv (29). I henhold til funnene i denne scoping reviewen arbeider ergoterapeuter i hverdagsrehabilitering også med et bredt spekter av problemstillinger og brukere og kan dermed betraktes som generalister. De har som kommuneergoterapeuten mangfoldige roller og arbeidsoppgaver og opplever trolig også utfordringene i generalistrollen som er beskrevet over.

I flere studier utover de inkluderte studiene blir det fremhevet at ergoterapeuter har sentrale roller i hverdagsrehabiliteringsteam og at de blir ansett som kjerneteammedlem og motorer i teamet (31-33). En av årsakene til dette kan være at i Norge har Ergoterapeutforbundet vært en viktig pådriver for innføringen av

hverdagsrehabilitering, og ergoterapeuter har blitt fremhevet som en svært sentral yrkesgruppe i et hverdagsrehabiliteringsteam (34, 35). Også i internasjonal litteratur er ergoterapeuter trukket frem som nøkkelpersonell innen hverdagsrehabilitering (6, 31, 36). Med bakgrunn i dette kunne man kanskje forvente at det hadde det vært gjennomført flere studier spesifikt om ergoterapeuters bidrag i hverdagsrehabilitering. Det er derfor paradoksalt at det kun ble funnet tolv studier som tilfredsstilte inklusjonskriteriene og dermed kunne inkluderes i denne studien. Dette bekrefter imidlertid funn fra tidligere forskning om at det er manglende forskning på hvordan de ulike fagprofesjoner bidrar inn i arbeid med hverdagsrehabilitering (10).

Hva innebærer det så å være et kjerneteammedlem? Pettersson et al. (20) beskriver at ergoterapeuter har spesifikk kunnskap om ergoterapiteori og meningsfulle hverdagsaktiviteter, og at de på grunn av sin unike kjernekompetanse har en sentral rolle i hverdagsrehabiliteringsteamet. Likevel, ut ifra det som er beskrevet i de inkluderte studiene, mangler det spesifisering og refleksjon rundt hva det innebærer å ha en sentral rolle eller bli ansett som kjerneteammedlem. Videre viste funnene at ergoterapeuter i rollen som mentor hadde ansvaret for å lære opp og trene andre som arbeider med hverdagsrehabilitering samt støtte og veilede dem i rehabiliteringsprosessen (15, 16, 19). Det ble fremhevet at ergoterapeuten var best egnet til dette grunnet omfanget av deres profesjonelle opplæring (15). Så selv om informasjonen knyttet til ergoterapeutens rolle som mentor kan antyde hvorfor ergoterapeu-

tene blir ansett som kjerneteammedlem, er det fortsatt behov for en bedre og mer presis beskrivelse av ergoterapeutenes roller og arbeidsoppgaver i dette teamet (16, 19, 32).

ERGOTERAPEUTENS ARBEIDSOPPGAVER INNEN HVERDAGSREHABILITERING: NØKKELOPPGAVER OG ANSVARSOMRÅDER

Gjennom analysen kom det frem at ergoterapeuter som arbeider innenfor hverdagsrehabilitering har ulike arbeidsoppgaver som er slått sammen til ti hovedkategorier. Arbeidsoppgavene kan alle kategoriseres inn under de tre fasene som er illustrert i OTIPM, og omfatter en vurdering -og målsetningsfase, en intervensjonsfase og en revurderingsfase (9).

Knyttet til den første fasen, vurdering -og målsetningsfasen, fremheves det i funnene at ergoterapeuter i alle de inkluderte studiene arbeider med vurdering, kartlegging og målsetting. Tidligere forskning har også fremhevet at ergoterapeuter som arbeider i kommunehelsetjenesten gjennomfører kartlegging av brukere (27). I denne scoping reviewen er det imidlertid så mange som ni av tolv inkluderte artikler som påpeker at målsetting er en viktig arbeidsoppgave innenfor hverdagsrehabilitering. Ergoterapeutene i hverdagsrehabilitering kartlegger brukernes aktivitetsressurser og utfordringer (35). Etter kartlegging arbeides det med målsetting for intervensjonene i samarbeid med brukerne. Dette kan ses i lys av Fisher og Marterella's (9) fire ideal som beskriver ergoterapipraksis; nemlig at den er personsentrert, kontekstualisert, aktivitetsbasert og aktivitetsfokusert. Når det gjelder målene, så er målene i hverdags-

rehabilitering beskrevet som både personsentrerte, kontekstualiserte og aktivitetsfokuserte (37), noe som muliggjør aktivitetsbaserte tiltak. Her er det en åpenbar parallell mellom ergoterapeuters ideelle rolle og rollen de innehar i hverdagsrehabilitering.

Den andre fasen i OTIPM intervensjonsprosessmodellen er intervensjonsfasen (9) og handler om intervensjoner som ergoterapeuter igangsetter. Knytter man dette opp mot de ulike rollene som er beskrevet om ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten (28), kan også ergoterapeuter som arbeider innen hverdagsrehabilitering oppleves å være generalister og hjelpemiddelformidlere med relativt like arbeidsoppgaver som kommuneergoterapeuten, men det sees likevel ulikheter i deres arbeidsform. Ett eksempel på ulikheter knyttet til generalistrollen er at kommuneergoterapeuter ofte arbeider med brukerne sporadisk over lengre perioder, mens ergoterapeutene i hverdagsrehabilitering arbeider med brukerne mer intensivt i en avgrenset tidsperiode hvorpå de deretter er ferdig med samarbeidet. En annen forskjell er at ergoterapeutene i hverdagsrehabilitering arbeider tettere i tverrfaglige team, mens kommuneergoterapeuter ofte arbeider mer selvstendig og samarbeider ikke så tett med andre faggrupper (38). I en norsk studie ble det funnet at ergoterapeuter i kommunen har fått nye roller og arbeidsoppgaver etter implementering av Samhandlingsreformen, men anvender fortsatt mye tid på tradisjonelle arbeidsoppgaver som hjelpemiddelformidling (28). I samme studie fremheves det at 87 prosent av ergoterapeutene rapporterte at de brukte mer enn 50 prosent av tiden deres

på å arbeide med formidling og tilpasning av hjelpemidler. Det har imidlertid kommet frem at norske kommuneergoterapeuter ønsker å arbeide mer spesifikt med trening av ADL-ferdigheter, framfor intervensjoner som handler om endring av omgivelser og implementering av tekniske hjelpemidler (39). Dette samsvarer til dels med resultatene i den inkluderte studien til Zingmark et al. (11) som oppga at ergoterapeuter hadde rapportert å ha drevet med hjelpemiddelformidling i 82 prosent av hverdagsrehabiliteringstilfellene de jobbet med, mens de rapporterte å ha utført ADL-trening i kun 13 prosent av hverdagsrehabiliteringstilfellene. I denne artikkelen ble trening i bruk av tekniske hjelpemidler ansett som vesentlig med tanke på å tilby en aktivitetsbasert, heller enn kun en aktivitetsfokuseret tilnærming (11).

Den tredje fasen i OTIPM intervensjonsprosessmodellen er revurderingsfasen (9) og handler om ergoterapeuters arbeidsoppgaver knyttet til evaluering av effekt av intervensjonene. Funnene i denne scoping reviewen viser at det er også noe som ergoterapeuter i to av de inkluderte studiene utfører innenfor hverdagsrehabilitering. Det anses som viktig at man gjennomfører en evaluering etter endt intervensjon for å sjekke hvorvidt intervensjonene man igangsetter har hatt den ønskede effekten (40). I norsk hverdagsrehabiliteringspraksis er evaluering ved bruk av kartleggingsredskaper mye vektlagt, da en trenger dokumentasjon av effekter for å sikre fortsatt kommunal satsning på intervensjonen (34). Det er derfor uventet at kun to av de tolv inkluderte studiene spesifikt nevner at de gjennomfører evaluering. En forklaring på dette

er trolig at dette i enkelte studier kan være inkludert under arbeidsoppgavekategorien vurdering og kartlegging. I tillegg kan det være inkludert under justering, i arbeidsoppgavekategorien planlegging, gjennomføring og justering.

IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

I rehabiliteringens sin egenart er ikke klare roller og arbeidsoppgaver noe som nødvendigvis fremmer gode tiltak overfor bruker. Tidligere forskning har beskrevet at ergoterapeuter er gode til å arbeide tverrfaglig, men at ulike faggrupper kan ha lett for å ta etter hverandre når man arbeider tett sammen (29). Ergoterapeuter har opplevd å miste definisjonsrett over hvilke typer arbeidsoppgaver man skal ha, og det kan ha ført til at de har nedtonet sin egen fagspesifikke kompetanse. Å holde på et aktivitets- og deltakelsesperspektiv når kollegaer eller ledere ikke helt forstår hva det innebærer kan være utfordrende, og man kan oppleve det som vanskelig å beskrive hva som er ergoterapeuters kjernekompetanse (29). Det er derfor viktig å ha klar beskrivelse av rollene og arbeidsoppgavene til ergoterapeutene som arbeider i hverdagsrehabiliteringsteam, slik at brukere, pårørende, medarbeidere og ledere vet hva de kan forvente av en ergoterapeut som arbeider innen feltet. Dette vil også bidra til at profesjonsidentiteten til ergoterapeuten blir styrket og utløse deres potensialer i hverdagsrehabilitering. Et annet moment er at ergoterapeuter selv kan spille en viktig rolle i å sikre kvalitet i deres praksis. Kommuneergoterapeuter kan la seg inspirere av ergoterapeutrollen i hverdagsrehabilitering og prøve å redusere vektleggin-

gen av hjelpemiddelformidling. Til slutt, overlapping og delegering av arbeidsoppgaver innen hverdagsrehabiliteringsteam kan være positivt, spesielt for å spare reisetid ved at ikke alle faggrupper må dra på hjemmebesøk daglig. Ergoterapeuter kan bidra til å sikre at dette fungerer godt ved å gi nødvendig opplæring til annet helsepersonell og følge opp med veiledning og støtte under hverdagsrehabiliteringsforløpet. Dette kan bidra til å sikre at brukerne får den beste behandlingen og rehabiliteringen som er mulig, samtidig som det kan øke effektiviteten og kvaliteten i teamets praksis.

METODEDISKUSJON

Det ble valgt å anvende det metodiske rammeverket fra Arksey og O'Malley (13) i denne scoping reviewen, noe som kan anses som en styrke. Anbefalingen fra Peters et al. (41) om å bruke PCC-tabell i forbindelse med formulering av forskningsspørsmål og søkestrategi ble fulgt, og samarbeid med en bibliotekar var til hjelp under søkeprosessen. Det at kun fagfelleverderte publikasjoner som anvender skandinaviske eller engelske varianter av begrepet hverdagsrehabilitering i tittel, abstrakt eller nøkkelord ble inkludert, antas å ha bidratt til å bedre validiteten av resultatene.

Siden denne studien var en masteroppgave var det bare én person (førsteforfatter) som gjennomgikk litteraturen, valgte studier og trakk ut data. Dette er en stor svakhet i studien, men dette ble forsøkt kompensert av grunndigheten og samarbeidet med sisteforfatter. Selv om de inkluderte studiene ga relevante data, hadde de fleste ikke som hovedmål å dokumentere ergoterapeuters roller og arbeidsoppgaver.

Data er følgelig ikke bare trukket ut fra resultatene, men også fra beskrivelser av intervensjonen i introduksjonsdelen av artiklene. Det har imidlertid vært søkelys på å gi en valid gjengivelse av funnene fra de inkluderte studiene. Det har også vært viktig å sikre riktig oversettelse fra engelsk til norsk av data som ble trukket ut. Det at det ble søkt med skandinaviske termer i skandinaviske databaser, kan tenkes å ha bidratt til en overrepresentasjon av studier fra disse landene. Men, faktum var at alle de inkluderte skandinaviske studiene var publisert på engelsk i internasjonale tidsskrift, så de ville dermed blitt identifisert likevel.

Konklusjon

Denne studien undersøkte ergoterapeutenes roller og arbeidsoppgaver i hverdagsrehabilitering ved å gjennomgå tolv publikasjoner. Resultatene viste at ergoterapeuter har relevant kompetanse for å jobbe med hverdagsrehabilitering og at det er visse fellestrekk mellom sentrale elementer i hverdagsrehabilitering og kommuneergoterapi. Syv roller og ti arbeidsoppgaver ble identifisert, med mest søkelys på rollene som teammedlem og mentor, og arbeidsoppgaver som vurdering/kartlegging, målsetting, hjelpemiddelformidling og ADL-trening. Sammenligning av funn i denne studien med norske studier indikerer at ergoterapeutene i hverdagsrehabilitering også kan ha en generalistrolle, siden de arbeider med et stort spekter av brukere og har mange tilsvarende arbeidsoppgaver som kommuneergoterapeuter. Det er positivt at ergoterapeuter kan bruke sin kjernekompetanse i ergoterapi også i hverdagsrehabilitering. Den beskjedne forskningen på feltet in-

dikerer et behov for mer forskning på ergoterapeutenes roller og arbeidsoppgaver i hverdagsrehabilitering. Det antas at forskning på ergoterapeutenes bidrag i hverdagsrehabilitering kan føre til økt synlighet og relevans for ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten.

Referanser

1. FN. Befolkning, migrasjon og urbanisering: FN-SAMBANDET; 2023 [Available from: <https://www.fn.no/tema/fattigdom/befolkning>].
2. Rostgaard T, Parsons J, Tuntland H. Introduction: The concept, rationale, and implications of reablement. In: Rostgaard T, Parsons J, Tuntland H, editors. Reablement in long-term care for older people : international perspectives and future directions 1ed: Policy Press; 2023. p. 3-21.
3. Metzethin S, Rostgaard T, Parsons M, Burton E. Development of an internationally accepted definition of reablement: a Delphi study. *Ageing Soc.* 2022;42(3):703-18.
4. Hjelle KM, Skutle O, Alvsvåg H, Førland O. Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. *J Multidiscip Healthc.* 2018;11:305-16.
5. Birkeland A, Tuntland H, Førland O, Jakobsen FF, Langeland E. Interdisciplinary collaboration in reablement - a qualitative study. *J Multidiscip Healthc.* 2017;10:195-203.
6. Ebrahimi VA, Chapman HM. Reablement services in health and social care : a guide to practice for students and support workers. London: Palgrave Macmillan; 2018.
7. Ergoterapeutforbund N. Ergoterapeuters kjernekompetanse. Alle skal kunne delta 2017 [Available from: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/>].
8. Kaae Kristensen H. Præsentation af aktivitetsvidenskab i et nordisk perspektiv. In: Kaae Kristensen H, Bach Schou AS, Larsen Mærsk J, editors. Nordisk aktivitetsvidenskab. 1 ed: Munksgaard; 2017. p. 17-28.
9. Fisher AG, Marterella A. Powerful practice : a model for authentic occupational therapy. Fort Collins, Colorado: CIOTS; 2019.
10. Guadaña J, Oyenyin B, Moe CF, Tuntland H. Publication Trends in

- Reablement - A Scoping Review. *J Multidiscip Healthc.* 2023;16:1641-60.
11. Zingmark M, Evertsson B, Haak M. Characteristics of occupational therapy and physiotherapy within the context of reablement in Swedish municipalities: A national survey. *Health Soc Care Community.* 2020;28(3):1010-9.
 12. Whitehead PJ, Worthington EJ, Parry RH, Walker MF, Drummond AE. Interventions to reduce dependency in personal activities of daily living in community dwelling adults who use homecare services: a systematic review. *Clin Rehabil.* 2015;29(11):1064-76.
 13. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res.* 2005;8(1):19-32.
 14. Nowell LS, Norris JM, White DE, Moules NJ. Thematic Analysis: Striving to Meet the Trustworthiness Criteria. *Int J Qual Methods.* 2017;16(1).
 15. Bennett C, Allen F, Hodge S, Logan P. An investigation of Reablement or restorative homecare interventions and outcome effects: A systematic review of randomised control trials. *Health Soc Care Community.* 2022;30(6):e6586-e600.
 16. Dibsall L. Selecting from their toolbox of interventions – A realist study of the role of occupational therapists in reablement services. *Br J Occup Ther.* 2022;85(7):513-22.
 17. Whitehead PJ, Walker MF, Parry RH, Latif Z, McGeorge ID, Drummond AER. Occupational Therapy in Homecare Re-ablement Services (OTHERS): results of a feasibility randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2016;6(8):e011868.
 18. Whitehead PJ, Drummond AE, Parry RH, Walker MF. Content and acceptability of an Occupational Therapy intervention in Homecare Re-ablement Services (OTHERS). *Br J Occup Ther.* 2018;81(9):535-42.
 19. Pettersson C, Iwarsson S. Evidence-based interventions involving occupational therapists are needed in re-ablement for older community-living people: A systematic review. *Br J Occup Ther.* 2017;80(5):273-85.
 20. Pettersson C, Zingmark M, Haak M. Enabling social participation for older people: The content of reablement by age, gender, and level of functioning in occupational therapists' interventions. *Scand J Occup Ther.* 2022;29(6):522-9.
 21. Zingmark M, Evertsson B, Haak M. The content of reablement: Exploring occupational and physiotherapy interventions. *Br J Occup Ther.* 2019;82(2):122-6.
 22. Seberg M, Eriksson BG. Reablement in Mental Health Care and the Role of the Occupational Therapist: A Qualitative Study. *SAGE Open.* 2018;8(2).
 23. Hattori S, Yoshida T, Okumura Y, Kondo K. Effects of Reablement on the Independence of Community-Dwelling Older Adults with Mild Disability: A Randomized Controlled Trial. *Int J Environ Res Public Health.* 2019;16(20):3954.
 24. Winkel A, Langberg H, Wæhrens EE. Reablement in a community setting. *Disab Rehab.* 2015;37(15):1347-52.
 25. Parsons J, Burton E, Graff L, Metzethin S, O'Connell H, Tuntland H. Reablement as an evolution in home care: a comparison of implementation across five countries. In: Rostgaard T, Parsons J, Tuntland H, editors. *Reablement in Long-term Care for Older People International Perspectives and Future Directions: Policy Press; 2023.*
 26. Parsons J, Tuntland H, Nelson M, Westendorp RG, Rostgaard T. A cross-country reflection on empirical and theoretical learnings, challenges and the way forward for reablement. In: Rostgaard T, Parsons J, Tuntland H, editors. *Reablement in Long-term Care for Older People International Perspectives and Future Directions: Policy Press; 2023.*
 27. Stigen L, Bjørk E, Lund A. The conflicted practice: Municipal occupational therapists' experiences with assessment of clients with cognitive impairments. *Scand J Occup Ther.* 2019;26(4):261-72.
 28. Arntzen C, Sveen U, Hagby C, Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S. Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities. *Scand J Occup Ther.* 2019;26(5):371-81.
 29. Horghagen S, Bonsaksen T, Sveen U, Dolva AS, Arntzen C. Generalist, specialist and generic positions experienced by occupational therapists in Norwegian municipalities. *Irish J Occup Ther.* 2020;48(2):133-46.
 30. Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S, Sveen U, Hagby C, Arntzen C. Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a norwegian survey. *Scand J Occup Ther.* 2019;1-8.
 31. Dibsall L. A realist synthesis and evaluation of the role and impact of occupational therapists in reablement services: University of the West of England; 2019.
 32. Jørmeland C, Vik K. Ergo- og fysioterapeuters erfaringer med hverdagsrehabilitering. *Ergoterapeuten.* 2019;62(1):36-45.
 33. Veum KM. Ergoterapeutar sine erfaringar med kvardagsrehabilitering - Ei kvalitativ studie frå seks norsk og ein svensk kommune. Trondheim Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU); 2014.
 34. Tuntland H, Ness NE. Hverdagsrehabilitering. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014.
 35. Tuntland H, Ness NE. Hverdagsrehabilitering – ti år etter oppstart og veien videre. *Tidsskrift for omsorgsforskning.* 2021;7(3):1-7.
 36. Petch A. Reablement and the Role of the Occupational Therapist. *J Integr Care (Brighton).* 2008;16(2):38-9.
 37. Tuntland H, Kjekken I, Folkestad B, Førland O, Langeland E. Everyday occupations prioritised by older adults participating in reablement. A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 2019;1-11.
 38. Stigen L, Arntzen C, Horghagen S, Sveen U, Gramstad A, Bonsaksen T. Kjennetegn, styrker og utfordringer ved norske kommuneergoterapeuters praksis. *Ergoterapeuten.* 2021;64(2):28-37.
 39. Stigen L, Bjørk E, Lund A. Occupational Therapy Interventions for Persons with Cognitive Impairments Living in the Community. *Occup Ther Health Care.* 2022;37(4):476-95.
 40. Fawcett AL. The Importance of Accurate Assessment and Outcome Measurement. In: Fawcett AL, editor. *Principles of Assessment and Outcome Measurement for occupational Therapists and Physiotherapists West Sussex: John Wiley & Sons Ltd; 2007.*
 41. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *JBI Evid Implement.* 2015;13(3):141-6.

UTDANNING OG FORSKNING OM RETT TIL AKTIVITET OG DELTAGELSE:

Ergoterapeututdanningen på NTNU campus Trondheim fyller 50 år

Det var stor festivitas i Trondheim da ergoterapeututdanningen feiret sitt 50-årsjubileum i år. Det var ekstra stor stas at utdanningen endelig kunne flytte inn i en ny bygning, Helgasetr, som skal samle NTNUs helse- og sosialfag.

Av Sissel Horghagen & Nils Erik Ness



Studieprogramleder Malin Eerola.
Foto: Kim Sørensen/NTNU.



Sidsel Bjørnebye som var med på å etablere utdanningen, og Klara Jakobsen fra kull 1, fortalte om oppstarten. Foto: Kim Sørensen/NTNU.

Nåværende studieprogramleder, Malin Eerola, ønsket alle de nesten 150 gjestene velkommen. Instituttleder, Jorunn Helbostad, gratulerte utdanningen med 50-årsjubileum på vegne av NTNU og Fakultet for medisin og helsevitenskap, som utdanningen er en del av.

DEN FØRSTE TREÅRIGE ERGOTERAPEUTUTDANNINGEN I NORGE

Det gjorde inntrykk at mange fra kull 1 hadde møtt opp til jubileet. Klara Jakobsen fortalte om de første studieårene sammen med Sidsel Bjørnebye, som var sentral i arbeidet med å opprette arbeidsterapeututdanningen i Trondheim. De kunne fortelle at utdanningen i Trondheim var den første treårige arbeidsterapeututdanningen i Norge. Utdanningen i Oslo ble etablert i 1952 og var to-årig.

I 1972 ga Kirke- og Undervisningsdepartementet samtykke til igangsettelse av utdanningen i Trondheim. Planen var opprinnelig å legge den inn under Husflidskolen i Sør-Trøndelag, men så ble det bestemt at arbeidsterapeututdanningen skulle dele lokaler med Trondheim Økonomiske Faghøgskole i Nidarøhallen. Både

fylke og stat skulle ha økonomisk ansvar, og rektor ved Trondheim Økonomiske Faghøgskole, Johan Christian Arentz, påtok seg rektoransvaret. To lærere ble ansatt; hovedlærer Linnea Benson Matthews Keats og arbeidsterapilærer Torunn Birkeland Wist (Viken, 2006).

Ved oppstarten av utdanningen i Trondheim var fagplanen basert på World Federation of Occupational Therapist (WFOT) sine minimumsstandarder for ergoterapeututdanning. Fagplanen inkluderte dermed 1/3 medisinske fag, 1/3 praktiske fag og 1/3 fagmetodikk. De sentrale fagene var fysiologi, anatomi, patologi, ortopedi, nevrologi, psykologi, psykiatri, pedagogikk, sosialmedisin, ergonomi, formingsfag og terapeutiske aktiviteter. Undervisningen skjedde i Nidarøhallen, ved yrkesskolesenteret på Brunndalen og ved Regionssykehuset (tidligere St.Olavs hospital). Elevene hadde tre perioder med tre måneders praksis i løpet av studiet. Det var eksamen knyttet til de fleste fagene. Før skolestart måtte studentene ha artium, ett år med formings- eller håndverksutdanning og minimum tre måneders godkjent forpraksis hos en ergoterapeut.



Kull 1 sammen med Mette Breder som underviste det første kullet. Foto: Kim Sørensen/NTNU.

Da faget ble etablert i 1952, var yrkestittelen arbeidsterapeut. Stortinget vedtok i 1975 ergoterapeut som offentlig godkjent og beskyttet tittelen, og ga uteksaminerte offentlig autorisasjon. Forskriften for godkjenning av ergoterapeutene trådte i kraft 1. januar 1976, og utdanningen fikk dermed navnet Ergoterapiskolen i Trondheim.

UTDANNINGENS HISTORIE

Førsteamanuensis Sissel Horghagen, tidligere student og ansatt ved utdanningen, samt Nils Erik Ness, tidligere student, ansatt og leder for Norsk Ergoterapeutforbund, fortalte om skolens utvikling gjennom 50 år. De delte prestasjonen inn i tre deler;

1974-1980: Mellom et aktivitetsspektiv og et medisinsk perspektiv: Ergoterapi på denne tiden ble definert som «en behandlingsform som har til hensikt å bedre eller vedlikeholde pasi-

entens tilstand fysisk, psykisk og sosialt - ved hjelp av metodisk bruk av aktiviteter basert på pasientens egeninnsats» (Brosjyre fra Norsk Ergoterapeutforbund cirka 1975). Utdanningen vektla medisinske fag og metodisk bruk av formings- og håndverksaktiviteter. Det var få ergoterapiteorier og modeller, og undervisning i ergoterapi ble derfor basert på amerikanske lærebøker og ergoterapeuters muntlige erfaringer og eksempler fra praksis.

1980-2010: Helhetlige og dynamiske aktivitetsmodeller:

I 1982 ble Ergoterapiskolen en statlig høgskole med navnet Ergoterapihøgskolen i Trondheim. Det ble stilt økt krav til kunnskapsbasert undervisning, FOU-virksomhet og høyskolerettede undervisningsformer, godt støttet av Rådet for ergoterapeut- og fysioterapeututdanning (REF). REF utviklet rammeplaner (1986, 1997, 2005) der ergoterapifaget

fikk en tydeligere aktivitetsprofil. WFOT sine minimumsstandarder ble revidert i 2002 og vektla også fagets aktivitetsperspektiv samt en lik vektlegging mellom naturvitenskapelige/medisinske fag og humanistiske/samfunnsvitenskapelige fag. Disse endringene ble inkludert i utdanningens studieplaner. Lærere prioriterte å være oppdaterte på nyere internasjonal forskning, spesielt generelle teorier og modeller som beskrev faget, blant annet Model of Human Occupation, Canadian Model of Occupational Performance and Engagement, The Kawa Model og Sensory Integration. Sentrale internasjonale forskere og teoriutviklere ble invitert til utdanningen for å holde kurs, og utdanningen fikk etter hvert omfattende internasjonal utveksling av studenter og lærere gjennom Nordplus, Erasmus, ENOTHE og sentrale FoU-midler. Parallelt med dette tok lærerne mastergrad og etter



Sissel Horghagen og Nils Erik Ness fortalte om utdanningens faglige utvikling.
Foto: Kim Sørensen/NTNU.



Eli Langørgen i samtale med Mette Kolsrud fra kull 1 og tidligere forbundsleder sammen med studentene Elise Arvesdatter Jensen fra andre klasse og Synne Bygnes fra tredje klasse. De samtalte om ergoterapi før og nå. Foto: Sissel Horghagen/NTNU.

hvert doktorgrader. Både Kjersti Vik og Monica Lillefjell fikk opprykk til professor, og dette åpnet for stipendiatstillinger for utdanningens lærere.

2010-2024: Vekt på deltakelse og inkludering: Utdanningen har endret seg fra å basere seg på støttefag, til å få et solid og forskningsbasert aktivitetsperspektiv. Utdanningen vektlegger innbyggernes inkludering og deltagelse i et rettighetsperspektiv. Menneskerettigheter og Retten til aktivitet (Occupational justice) er nå tydeligere integrert i WFOTs

minimumsstandard for utdanning (2016) og i Nasjonal forskrift for ergoterapeututdanning (Kunnskapsdepartementet, 2019). I forskriften er ikke utdanningen organisert i fag, men i læringsutbyttebeskrivelser som sikrer kvaliteten på uteksaminerte studenter (Jentoft, Bonsaksen, Horghagen, Fløtten et al., 2020). En sentral modell i dag ved utdanningen i Trondheim er Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) (Fisher & Marterella, 2019). OTIPM er personsentrert, ikke diagnoserettet og vektlegger

meningsfulle aktiviteter i naturlige omgivelser og kontekster. Modellen krever aktivitetsbasert kartlegging og intervensjon.

De ansatte ved ergoterapeututdanningen deltar nå i en rekke tverrfaglige og internasjonale forskningsnettverk og har omfattende vitenskapelige publiseringer. Det er i dag ni stipendiater som er tilknyttet ergoterapeututdanningen.

INNSPILL FRA STUDENTER OG PRAKSISFELTET

Feiringen inkluderte også en refleksjon mellom Mette Kolsrud, fra kull 1, og to av dagens studenter; Elise Arvesdatter Jensen og Synne Bygnes. Førsteamanuensis Eli Langørgen ledet denne sesjonen. En siste utfordring fra Mette Kolsrud var: Engasjer dere i fagforeningsarbeid, for eksempel gjennom Ergoterapistudentene eller Ergoterapeutene! Her er det mange muligheter for læring og påvirkning.

HVILKE ERGOTERAPEUTER TRENGER VI I FRAMTIDEN?

Avslutningsvis fikk vi innlegg fra praksisfeltet av Marianne Mesteig (Trondheim kommune), Monica Buseth (NAV) og Vegard Løkslett (St.Olavs). De ga innspill på hvilke ergoterapeuter vi trenger i fremtiden, og vektla blant annet evne til selvledelse, refleksjon og kreativitet, det å kunne begrunne egne valg, være gode på lagspill, være lærevillige og endringsvillige og å by på seg selv.

Avslutningsvis fikk deltakerne omvisning i det imponerende bygget, Helgasetr. Endelig er utdanningen plassert i en bygning som er planlagt og bygd for utdanning. Helgasetr yrer av aktivitet, energi, mangfold og iver. Å ta utdanning sammen med andre

helse- og sosialarbeidere i disse omgivelsene må gi en utrolig god start som ergoterapeut.

Gratulerer og lykke til med de neste 50 årene!

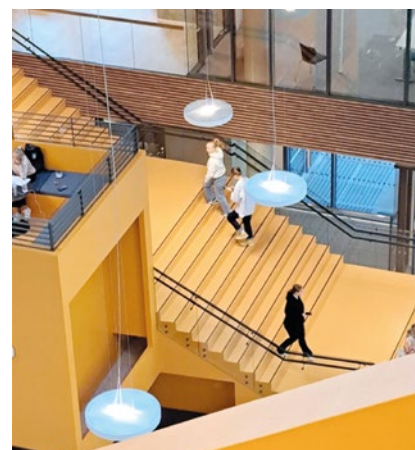
Referanser

- Fisher, A. & Marterella, A. (2019). *Powerful Practice: A Model for Authentic Occupational Therapy*. Center for Innovative OT Solutions, Inc.
- Jentoft, R., Bonsaksen, T., Horghagen, S., Fløtten, H.E., Osen, D.W., Kjølstad, E.S., & Hurlen, A-B. S. (2022). RETHOS - utdanning av framtidens ergoterapeuter. *Ergoterapeuten* 63(4); 20-30
- Hocking, C., & Erik Ness, N. (2004). WFOT minimum standards for the education of occupational therapists: Shaping the profession. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 50(1), 9-17.
- Horghagen, S., Røssvoll, T.B. & Brostrøm, N.K. (2019). Nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen ergoterapi og ortopediingeniørfag. *Ergoterapeuten* 62(3), 62-65
- Kunnskapsdepartementet (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning. [https://](https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-413)



Marianne Mesteig (Trondheim kommune), Monica Buseth (NAV) og Vegard Løkslett (Fra St.Olavs hospital fortalte om hvilke kompetanser fremtidens ergoterapeuter trenger å ha ut fra deres ståsted. Foto: Sissel Horghagen/NTNU.

- lovdata.no/ dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-413
- Ness, N. E., & Horghagen, S. (2021). Occupational therapy in Norway: influence of the Nordic welfare state policy and the professional development of occupational therapy and occupational science worldwide. *Annals of International Occupational Therapy*, 4(1), 35-43.
- Viken, L. (2006). Historikk: Ergoterapihøgskolen i Trondheim 1974-1989. In S. Horghagen, K. Jakobsen, & N. E. Ness (Eds.), *Aktivitetsperspektiv på dugnad, deltagelse og dagligliv*. Tapir Akademiske Forlag



Helgasetr samler NTNUs helse- og sosialfag. Foto: Sissel Horghagen/NTNU.

Nye og nyttige hjelpemidler

Vår annonsør Bano life har følgende nyhet denne måneden.



Rollz Motion Rhythm

Rollz Motion Rhythm er en innovativ rullator spesielt utviklet for mennesker med neurologiske sykdommer, som Parkinsons sykdom. Den er utstyrt med smarte funksjoner som gir lyd-, lys- og vibrasjonsstimuli, som hjelper brukeren med å starte og gå, holde en jevn gangrytme og fortsette å ta jevne skritt. I tillegg kan rullatoren gjøres om til en rullestol (transportrullestol) slik at man kan hvile eller bli trillet når man trenger en pause.

Dette er ikke bare en rullator, det er et aktivt hjelpemiddel for en tryggere og mer uavhengig hverdag. Hvert signal kan også justeres og tilpasses dine spesifikke behov når det gjelder hastighet, intensitet og varighet. På denne måten kan hver enkelt bruke rullatoren i sitt eget tempo og rytme. **Leverandør: BANO LIFE**



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

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



Glimt fra arbeidshverdagen

Av Tina Sofie Gover



Pasienter kan komme tilbake relativt raskt etter at de er utskrevet, av ulike årsaker.

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 

Er det så nøye da?

Er det så nøye at vi i Norge ikke klarer å fylle samfunnsansvaret vårt og tilbyr nødvendige og lovpålagte helsetjenester?

Av Yrkesetisk utvalg



Yrkesetisk utvalg skal være en pådriver for høy yrkesetisk bevissthet hos ergoterapeuter. Fra venstre: Randi Beate Sunde Kalleland, Synnøve Opsahl Melseth, Cecilie Nervik, Annette Eidesen og Vegard Horne. (Tone Torgersen var ikke til stede)



Dette debattinnlegget er et svar på innlegget: Mulig nedleggelse av studieplasser i ergoterapi ved NTNU Gjøvik, som sto på trykk i Ergoterapeuten 4 2024.

Er det så nøye at innbyggere får begrenset sin egen selvstendighet og livskvalitet? Er det så nøye at Norge vil mangle 1100 ergoterapeuter fram mot 2040? Var kampen for lovpålagt ergoterapi egentlig så viktig når stillinger står uten søkere?

Er det så nøye at ventetiden øker, og at innbyggere må vente på ergoterapitjenester i eget hjem, noe som øker belastningen på andre hjemmetjenester?

Er det så nøye at ergoterapeuter må fordele stillingen sin i småprosjekter på flere kommuner, for at kommunene skal kunne krysse av for at de har dekket opp den lovpålagte ergoterapitjenesten? Eller er det et fullverdig tilbud at kommuner kjøper digitale tjenester på timebasis, fra private ergoterapeuter som bor langt?

Er det så nøye at ergoterapeuter sakter akterut når det gjelder tilgang på ergoterapikunnskap og studietilbud for faglig utvikling?

Er det så nøye at ergoterapeututdanninger er geografisk spredt rundt om i landet og med ulike størrelser? For dette har vel ikke betydning for rekruttering av studenter til studiene og tilgang til arbeidskraft lokalt rundt studiestedene ved studieslutt? Geografisk spredning påvirker vel heller ikke det å organisere praksisperioder i et praksisbasert studium? Eller at dette kommer arbeidssteder som tar imot studenter til gode? Praksisstudenter blir vel heller ikke gode kandidater til sommerjobber eller kan få lyst på fast stilling på praksisstedet?

Er det så nøye at høgskoler og universiteter må drive på sparebluss og kutte i både grunn- og masterutdanning når vi allerede i dag har rekrutteringsvansker av ergoterapeuter? Vi vet at behovet for ergoterapitjenester vil fortsette å øke.

Er det så nøye å ha robuste og stabile fagmiljøer i Norge? Eller kan vi bli like gode på sparebluss, samt rekruttere og beholde lærerkrefter på studietilbud som lever på lånt tid? Forutsigbarhet er vel ikke av betydning for fagmiljø? Vi trenger vel heller ikke politiske verktøy eller økonomiske ordninger for å sikre at Norge har utdanningsmuligheter til de yrkesgruppene der vi mangler personell?

Tydeligvis ikke, siden Ergoterapeututdanningen på NTNU Gjøvik er vedtatt nedlagt.

JA DET ER NØYE!

Det er nøye fordi brukerne av ergoterapitjenester får veiledning, trening og råd om tilrettelegging for å kunne være i aktivitet, mestre og delta. Målet er at innbyggerne i størst mulig grad skal være selvstendige, kunne ivareta seg selv og egen helse på en god måte og leve aktive liv med opplevd mestring.

Det er nøye fordi rapporten «Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040» anslår at det vil mangle 1100 ergoterapeuter. Antallet vil bare øke.

Det er nøye fordi vi trenger rekruttering av ergoterapeuter i hele landet og ikke bare i de større byene.

Det er nøye fordi vi trenger kompetente helse-tjenester som kan supplere behandling, operasjoner og resepter, og fordi det er mye god helse i aktivitet, mestring og deltakelse. Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig for flere.

Det er nøye fordi barnehager og skoler står foran større utfordringer enn tidligere. For å ha gode verktøy i verktøykassen, trengs flere utdanningsbakgrunner og bedre samarbeid mellom helse- og oppvekstsektoren.

Det er nøye fordi vi ser en økning av psykisk uhelse, særlig blant unge jenter, til tross for en stadig uttrykt satsing på barn og unges psykiske helse. Vi vet at ergoterapeuters kjernekompetanse fremmer de sju psykiske helserettighetene; Identitet og selvrespekt, meningen i livet, mestring, tilhørighet, trygghet, deltakelse og involvering og fellesskap.

Det er nøye fordi kompetanse og veiledning på aktivitet og mestring er av betydning for at en innbygger med utfordringer kan delta i ordinært arbeidsliv. Dette er også av betydning for pårørendes arbeidsdeltakelse.

Det er nøye fordi stort gap mellom tjenestebehov og mulighet til tjenesteytelser og tilgang på kompetanse skaper etiske utfordringer, der ergoterapeuter utsettes for emosjonelt- og moralsk stress.

Det er nøye fordi yrkesetikken og krav om for-svarlige helsetjenester utfordres.

Det er nøye fordi gode helse- og velferdstjenester krever kompetente medarbeidere med ulike utdanningsbakgrunner, som kan skape verdens beste velferdstilbud. Derfor fastslo også Helsepersonellkomisjonen tydelig at for å opprettholde bærekraftige helsetjenester i Norge, må hele laget på banen. Ikke fordi det er mest rettferdig at alle får spille, men fordi komplekse utfordringer må løses av et helt lag, sammensatt av ulik kompetanse. Ergoterapeuter må være en del av dette laget.

Derfor er det nøye!

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

**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



I begynnelsen av september stilte 37 forventningsfulle tillitsvalgte på kurs.

Velkommen til tillitsvalgkurs

Har du lyst til å bli tillitsvalgt, men er litt usikker på om du er kvalifisert? Ergoterapeutene tilbyr tillitsvalgtsopplæring, og fagbladet har deltatt på Grunnkurs 1.

Av Else Merete Thyness



Kamilla Lemb Herbjørnsen, rådgiver i Ergoterapeutene, ønsket velkommen til Grunnkurs 1.

I begynnelsen av september inviterte Ergoterapeutene til Grunnkurs 1 i tillitsvalgtopplæring på The Hub i Oslo. 37 tillitsvalgte deltok på kurset som varte i to dager. Her fikk de opplæring i temaer som tillitsvalgtrollen, regler for ansettelser, hverdagen som tillitsvalgt og arbeidsgivers styringsrett.

– Dette kurset handler først og fremst om å spille de tillitsvalgte gode, sa Kamilla Lemb Herbjørnsen, rådgiver i Ergoterapeutene. Hun var en av kurslederne.

Ergoterapeutene har cirka

4300 medlemmer og rundt 500 tillitsvalgte, som alle tilhører en av regionene og en av de fem tariffområdene, KS, Staten, Oslo kommune, Spekter og Virke.

– Som tillitsvalgt er man valgt med tillit av sine likemenn og -kvinner. I løpet av disse to dagene skal vi bygge kunnskap og kompetanse og blant annet vise hvordan de tillitsvalgte kan bruke programmet vårt som et arbeidsverktøy, sa Herbjørnsen.

SYNLIGGJØR ERGOTERAPI
Ergoterapeutenes forbundsleder

«Rett opp ryggen, rekk opp hånden og ta mer plass»

Tove Holst Skyer

Tove Holst Skyer holdt et av de første innleggene. Hun la vekt på hvor viktige de tillitsvalgte er for forbundet.

- Dere er tette på medlemmene, dere er limet i organisasjonen vår og dere har mulighet til å fremme faget og påvirke arbeidsbetingelsene våre, sa hun.

Hun viste til at både under lønnsforhandlinger og dersom den tillitsvalgte skal være med å løse utfordringer på arbeidsplassen, er ergoterapi en viktig del av argumentasjonen. Fag og forhandling hører sammen.

- Vår kjernekompetanse er viktig for bærekraft i samfunnet. Vi hjelper folk å mestre hverdagen og å klare seg selv.

Ergoterapeutene har lenge argumentert for at helsefremming og forebygging er billigere enn omsorg og pleie.

- Norge kan ikke fortsette å gjøre mer av det samme, men må satse på tjenester som setter folk i stand til å aktivt delta i sin egen hverdag. En ergoterapeutstilling koster mindre enn en sykehjemsplass i året, og vi fremmer mestring som igjen utsetter behovet for sykehjemsplasser. Dette kan dere synliggjøre på arbeidsplassene deres. Rett opp ryggen, rekk opp hånden og ta mere plass, oppfordret hun.

NYTTIGE VERKTØY

Tillitsvalgtrollen er mangfoldig. Den tillitsvalgte skal blant annet ivareta medlemmenes interesser overfor arbeidsgiver, delta på

informasjons- og drøftingsmøter, delta i ansettelsesprosesser, bistå medlemmer i konfliktsaker og forhandle om lønn og andre arbeidsforhold. Forhandlingsjef Hege Munthe tok forsamlingen gjennom en rekke verktøy som er tilgjengelig for den tillitsvalgte og som kan komme til god nytte.

- Nettsiden vår, ergoterapeutene.org, inneholder mye informasjon, særlig under fanen «Arbeid og lønn». Her finner dere blant annet informasjon om de ulike tariffområdene, og her ligger lønnskalkulatoren vår, som viser gjennomsnittslønnen for ergoterapeuter. Vi har også en rekke nyhetssaker om lønn og arbeidsforhold, sa hun.

Hun fortalte også om det digitale oppslagsverket Compendia som er tilgjengelig for medlemmer og tillitsvalgte via «Min side».

- Her ligger det mye informasjon om blant annet arbeidsavtaler, ansettelser, HMS og lønn.

Hun trakk også frem Arbeidstilsynets nettside.

Dette er en nettside som stadig blir oppdatert, og den er blant annet god på å vise hvordan lovtekster kan forstås og brukes i praksis.

Til slutt understreket hun at de forskjellige tariffavtalene er viktige verktøy for en tillitsvalgt.

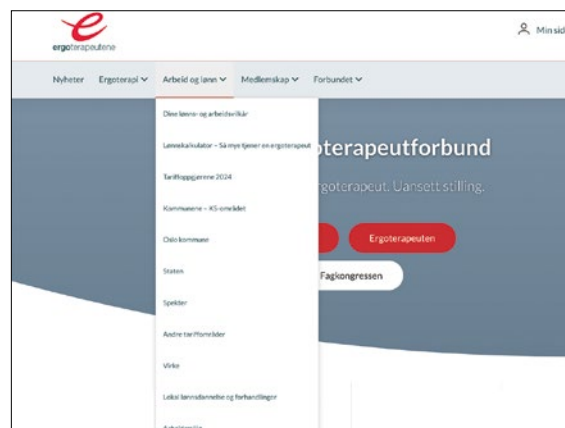
- Tariffavtalene regulerer spørsmål om lønn og arbeidsforhold på den enkelte arbeidsplassen. Dere må kjenne tariffavtalen, vite hvor dere skal slå opp for å finne den informasjonen dere trenger og



Tove Holst Skyer viste hvordan fag og forhandlinger hører sammen.



Hege Munthe tok de tillitsvalgte gjennom nyttige verktøy og ressurser.



Under fanen «Arbeid og lønn» ligger det mye god informasjon for tillitsvalgte.



Elisabeth Myrene og Geir Espen Åvitsland deltok på Grunnkurs 1 for tillitsvalgte.

være en vaktbikkje som sørger for at arbeidsgiver følger det avtaleverket det er enighet om.

ARBEIDSGIVERS STYRINGSRETT

Et annet viktig tema i grunnkurset var «Arbeidsgivers styringsrett», som kan beskrives som arbeidsgivers rett til å lede, fordele og organisere arbeidet og til å ansette og si opp folk. Arbeidsgiver har også anledning til å foreta endringer i arbeidsforholdet overfor den enkelte arbeidstaker, men dette er blant annet begrenset av arbeidsmiljøloven og arbeidsavtalen.

- Arbeidsmiljøloven skal sikre trygge ansettelsesforhold og likebehandling i arbeidslivet, mens arbeidsavtalen er en indivi-

duell avtale mellom arbeidsgiver og arbeidstaker, som regulerer rettigheter og plikter i arbeidsforholdet. Dersom det skal foretas endringer i arbeidsavtalen er det viktig at arbeidsgiver samarbeider med den tillitsvalgte, det samme gjelder ved omorganiseringer og oppsigelser, sa Hege Munthe.

BEDRE RUSTET

Elisabeth Myrene og Geir Espen Åvitsland var to tillitsvalgte som deltok på kurset.

Myrene arbeider til daglig i Ulstein kommune og har vært tillitsvalgt siden 2022, mens Åvitsland er ansatt i Fysio- og ergoterapitjenesten i Lørenskog kommune og har vært tillitsvalgt i snaut ett år. Han fant særlig jussen, som innføring i

arbeidsmiljøloven, og «rollen som tillitsvalgt» lærerikt og nyttig. Elisabeth Myrene trakk frem lovverket rundt arbeidsavtale og arbeidskontrakt og arbeidsgivers styringsrett som det mest interessante. For øyeblikket står hun midt oppi lønnsforhandlinger, der hun forhandler for fem ergoterapeuter og to fysioterapeuter.

- Jeg fikk bruk for min oppdatterte kunnskap med en gang jeg kom tilbake på jobb. Jeg vil absolutt anbefale andre tillitsvalgte å delta på forbundets tillitsvalgtsopplæring, sa hun.

Begge føler seg bedre rustet etter kurset og planlegger å delta på grunnkurs 2.

- I tillegg vil jeg også få med meg kurset i arbeidsrett, sa Åvitsland.

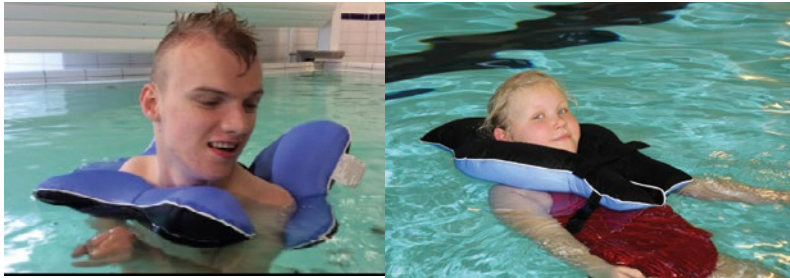
Arcona posisjoneringsputer

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

På avtale med NAV



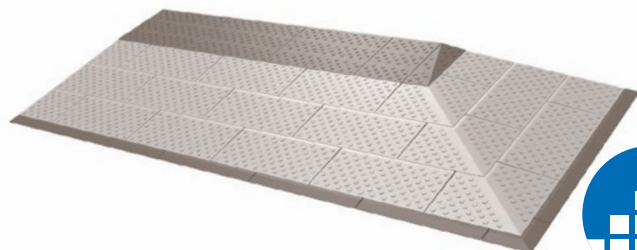
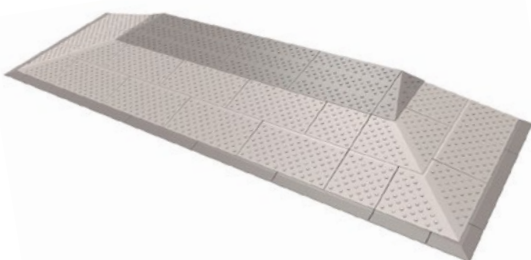
Corpoform badeputer



SecuCare terskeleliminator

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

På avtale med NAV



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

Grunnkurs ParkinsonNet

ParkinsonNet er en tverrfaglig modell for kompetanseheving og bedre behandling av personer med Parkinsons sykdom (PS).

ParkinsonNet har fokus på systematisk, praksisnær opplæring og etablering av faglige nettverk med god tverrfaglig kommunikasjon. Grunnkurset gir god kunnskap om Parkinsons sykdom og sykdomsforløpet, samt opplæring i behandlingsstrategier gjennom hele forløpet.

Før kursstart må deltakerne fullføre et e-læringskurs på ca. 2 timer om PS og atypisk PS. Undervisningsmaterialet baseres på evidensbasert kunnskap og europeiske retningslinjer.

Alle kurs innen ParkinsonNet er godkjent av Norsk Ergoterapeutforbund meritterende med 7 timer til ergoterapispesialist. Ergoterapeuter som deltar på kurset, kan likevel benytte flere timer fra kurset i sin spesialistsøknad – og spesielt med tanke på fornyet godkjenning. De begrunner da selv relevansen for ergoterapi og spesialistområde og dokumenterer med kursbevis, og/eller program og deltakerliste.

Dato: 20 november, 2024 - 21 november, 2024

Sted: Oslo



Oppdater din kompetanse.
 Ta et kurs!

ergoterapeutene.org/kurskalender



Håndterapiseminaret 2024

Håndterapiseminaret arrangeres av ergo- og fysioterapeuter fra OUS, i regi av Norsk Forening for Håndterapi.

Kurset er for ergoterapeuter og fysioterapeuter som arbeider med og/eller har interesse for håndterapi. Til håndterapiseminaret i år har vi et varierende spennende program. Temaer vil være stivhet i PIP-ledd, referert smerte i overekstremiteten, klatreskader, tennisalbue, skulder og frie foredrag med ulike temaer. Foredragsholdere vil være ergo- og fysioterapeuter. Kurset er meritterende med 10 timer som ergoterapifaglig kurs til spesialistordningen.

Kontaktperson og epost: Karoline Ekse Jenssen (kaejen@ous-hf.no)

Tid: 14. nov. 2024, 09:00 – 15. nov. 2024, 15:00

Sted: Thon Conference, Oslo Sentrum

Deltaker pris: 1500-2900 kr avhengig av antall dager/medlemspris

Påmeldingsfrist: Ikke satt. Påmeldingen åpner 01.08.24.



Kurs i Sensorisk Profil 2 (SP2)

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

Kursdeltakerne lærer om sansebearbeidingsmønstre 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. 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.

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

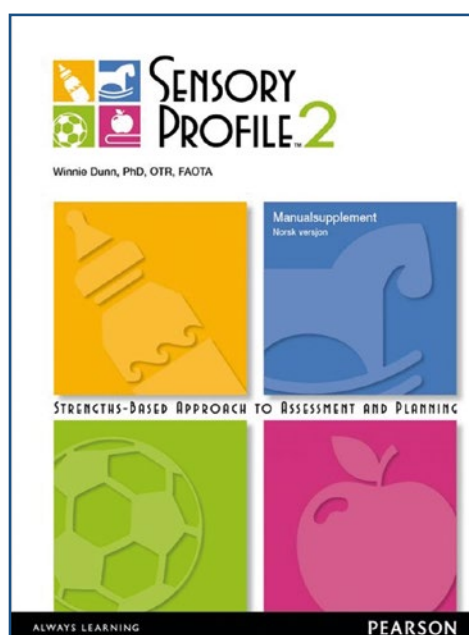
Sted: Holberg Terrasse Kurs – og konferansesenter, Oslo

Tidspunkt: 9 desember, 2024 - 11 desember, 2024

Pris: Pris for medlemmer kr 5800, tillitsvalgte 5400 og ikkemedlemmer kr 9800.

Påmelding: 25 oktober, 2024

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



Kurs i bruk av Aktivitetskalkulator

Aktivitetskalkulatoren er en metode som gjør det mulig for pasienter med fatigue og/eller smerter å planlegge sin hverdag ut fra energinivå.

Metoden har blitt utviklet for ergoterapeuter av Greke Hulstein – van Gennep og Karin ten Hove – Moerdijk, som er erfarne ergoterapeuter v/Meander Medisch Centrum i Nederland. De har lang erfaring i å avholde kurs. I dag har mer enn 25 prosent av ergoterapeutene i Nederland fullført kurset. Les mer om metoden på <https://uni.oslomet.no/aktivitetskalkulator/>

Målgruppe: Ergoterapeuter som møter pasienter med nedsatt og/eller varierende energinivå.

Godkjenning: Kurset er godkjent av Norsk Ergoterapeutforbundet som ergoterapifaglig kurs merittende med 14 timer til ergoterapispesialist innen alle spesialistområdene.

Foredragsholdere: Kirsti Nordstokkå og Irma Pinxsterhuis.

Arrangør: OsloMet – storbyuniversitetet, Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helseteknologi – Ergoterapeututdanningen.

Kontaktpersoner: Irma Pinxsterhuis: irma@oslomet.no, tlf. 67 23 63 69 og Kirsti Nordstokkå: kihell@sshf.no, tlf. 38 14 93 00.

Bindende påmelding: Aktivitetskalkulator 14.-15. november 2024 | OsloMet – storbyuniversitetet

Maks 23 deltakere, så her gjelder det å være førstemann til mølla!



Ergoterapeutene
– For ergoterapeuter uansett stilling.

ergoterapeutene.org/innmelding


ergoterapeutene

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



Trygge og mer tilgjengelige baderom!

BVT er et toalett med et vendbart sete som tilpasser seg brukerens behov og funksjon. Økt trygghet i eget hjem gir mer selvstendighet i egen hverdag, og ved å tilrettelegge omgivelsene med BVT vil dette gi mer trygge og tilgjengelige baderom.

- Gir enklere og tryggere forflytninger
- Hev/senk-funksjon
- Tilpasser seg brukeren
- Løftekapasitet på 300kg
- Dusjbestandig spyl og tørk
- Tåler montering i sone 1 på baderom



Les mer
om BVT!