

# ergoterapeuten

ÅRGANG 66 • 1 – 2023

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund  
[www.ergoterapeuten.no](http://www.ergoterapeuten.no)



## **Ta eierskap til formidling og innovasjon av hjelpemidler og velferdsteknologi 6**

Prosjektkoordinator for «Den digitale senior» **10** Å være ektefelle til samboende partner med demens **30** Erfaringer rundt hjelpemiddelsituasjonen for ALS-pasienter **42** En students reise til ENOTHE 2022 **54**



# ergoterapeuten

**Redaktør** Else Merete Thyness

**Mobil** 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

**Fagredaktører** Unni Sveen,

Ruca Maass og Eva Magnus

Vitenskapelige artikler sendes til:

vitenskap@ergoterapeutene.org

## Annonser

Erik Sigurdsson

**Mobil** 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

## Annonsefrister / utgivelse

Nr. 2 – 3. april / 28 april

Nr. 3 – 1. juni. / 30. juni

Nr. 4 – 1. april / 31. april

**Trykkeri** 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

**Design** Fete Typer

**Layout** Else Merete Thyness

## Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Linda Stigen / 93 22 30 19

Marte B. Størseth / 23 07 29 00

Susanne Følstad / 91 53 78 27

Skender E. Redzovic / 73 55 92 29



## Norsk Ergoterapeutforbund

**Adresse** Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

**Telefon** 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

## Generalsekretær

Anne Kathrine Devik

## Forhandlingssjef

Hege Munthe

## Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

## Fagsjef

Kristin Jess-Bakken

## Seniorrådgiver

Anita Engeset

## Advokat

Berit Førli

## Controller

Tove Olsen

## Controller

Snorre A. Nergaard

## Sekretær

Kristin Pedersen

## Forbundsstyremedlemmer

Tove Holst Skyer, forbundsleder

Tonje Hansen Guldhav, nestleder

Heidi Elisabeth Fløtten

Mariette Elise Gjerde

Judith Ekerhovd

Kathrine Færestrand

Kamilla Lemb Herbjørnsen

Siv Iren Gjermstad

Kristin Haugen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

1. vararepresentant Karina Kolnes

2. vararepresentant Ingjerd Elisabeth Valbekmo

June Rondestvedt, varamedlem

Tori Almaas, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

Yvonne Daus Børslid, varamedlem

Monica Frovik, varamedlem

Ane Larsen Mjøen, varamedlem

Jane Helen Sveen, varamedlem



6



10



20



64

---

## REPORTASJE

### **6 Ta eierskap til formidling og innovasjon av hjelpemidler og velferdsteknologi**

Av Else Merete Thyness

---

## NY ARENA

### **10 Prosjektkoordinator for «Den digitale senior»**

Av Else Merete Thyness

---

## VÅRE TILLITSVALGTE

### **12 Tillitsvalgt i Moss kommune**

Av Else Merete Thyness

---

## KRONIKK

### **14 Konfliktbehandling**

Av Ole Andre Bråten og Anette Falkum

---

## FORBUNDET

### **16 Kjenner du ladevettreglene?**

Av Roar Hagen

### **17 Det er landsmøteår – hva er viktig for deg?**

Av Tonje Hansen Guldhav

### **18 SSB forventer enda større mangel på ergoterapeuter fram mot 2040**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

---

### **19 Lønnsundersøkelsen for 2022 er her**

Av Hege Munthe

---

## FAGLIG

### **20 Speilterapi – en illusjon som kan fremme aktivitet og deltakelse?**

Av Cecilie G. Martens, Bing Zeng, Tina Taule, Kari Margrete Hjelle og Eli Færevaaag Jacobsen

---

## VITENSKAP

### **30 Å være ektefelle til samboende partner med demens**

Av Per Ivar Hagen og Arne H. Eide

### **40 Forsker i farten: Ruca Maas**

Av Else Merete Thyness

### **42 Oppsummert forskning: Erfaringer rundt hjelpemiddelsituasjonen for ALS-pasienter**

Av Mari-Anne Myrberget, Tore Wergeland Meisingset og Jenny Pernilla Rolland

---

## AKTUELT

### **48 Refleksjoner om ergoterapi og aktivitetsvitenskap fra den andre siden av jordkloden**

Av Sissel Horghagen

### **54 En students reise til ENOTHE 2022**

Av Julie Sletten Langeland

---

## DEBATT

### **58 Ståstaiv og vaterbarn – tilsvar**

Av Nina Kløve og Vegard Horne

---

## PÅ DE SISTE SIDENE

### **64 OsloMet har masterstudie i helsevitenskap med spesialisering i ergoterapi**

Av Else Merete Thyness

---

## ANNONSER

### **66 Kursannonser**

## Hjelpemidler – ergoterapeutenes stebarn?

**Riktig formidling av tekniske hjelpemidler kan blant annet medvirke til at brukeren blir mer selvstendig i dagliglivets gjøremål og kan bo lengre hjemme. Samtidig opplever mange ergoterapeuter at formidling av hjelpemidler tar for stor del av arbeidshverdagen deres.**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

### **Kommuneergoterapistudien**

viser at mange kommuneergoterapeuter bruker halvparten av arbeidshverdagen på formidling av tekniske hjelpemidler, og at dette går på bekostning av andre arbeidsoppgaver. Formidling av hjelpemidler er altså en viktig del av mange ergoterapeuters arbeidshverdag, men fører til frustrasjon.

Samtidig er det en grunn til at nettopp ergoterapeuter bør formidle hjelpemidlene. Yrkesgruppen er særlig godt kvalifisert til å analysere hindringer og utfordringer for aktivitet og deltakelse og kan vurdere om hjelpemiddelet vil kompensere for dette. Som ekspertutvalget skrev i rapporten: *En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring*: «Tilgang på kompetente og brukerorienterte fagpersoner er viktig for å nå målet om rett hjelpemiddel og tilretteleggingstiltak til rett tid. En utfordring på dette feltet er både manglende kompetanse (ergoterapeuter og fysioterapeuter) i enkelte kommuner, samt manglende kapasitet til å ivareta god formidling av hjelpemidler og tilretteleggingstiltak.»

Denne rapporten kom i 2017, og det uttrykkes store forhåpninger om at lovpåleggelsen av ergoterapi i kommunene skal bøte for mangelen på yrkesgruppen. I dag, seks år senere, vet vi at det fremdeles er et stykke igjen til alle kommuner har ansatt en ergoterapeut. Kanskje ergoterapeuter skulle reklamere mer for sin kompetanse på nettopp tekniske hjelpemidler?

I denne månedens reportasje oppfordrer Thomas Falch Eide ergoterapeuter til å ta eierskap over formidling og innovasjon av hjelpemidler og velferdsteknologi. Han får støtte av Astrid Gramstad som mener ergoterapeuter kan videreutvikle kunnskapen sin om hjelpemidler.

Hun viser også til Helsekommisjonens rapport: *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, som både peker på framtidens behov for velferdsteknologi – og for personell

«Ergoterapeuter må være stolte av den kompetansen de har som setter hjelpemidler og velferdsteknologi inn i en ramme av aktivitet og deltakelse», sier hun.

## Helsepersonellkommisjonen gir oss kraftig medvind

**I mange år har vi sagt at det må tenkes nytt dersom fremtidens helse- og velferdstjenester skal være bærekraftige. Vi har vært tydelige på at det trengs et paradigmeskifte, og at ergoterapeuter er en viktig del av løsningen. Mye tyder på at det tidss skillet er nå.**

**Helsepersonellkommisjonen** kom med sin rapport andre februar. Den inneholder et kunnskapsgrunnlag og tiltak som de foreslår skal sikre utdanning, rekruttering og nok kvalifisert personell i helse- og omsorgstjenestene i årene framover.

Leder av kommisjonen Gunnar Bovim er klokkeklar, og sier det vi har sagt lenge: Vi kan ikke fortsette som før. Vi må rigge oss annerledes. Det er ingen vei utenom: Det blir færre ansatte per pasient fordi arbeidskraft blir en mangelvare.

Den demografiske utviklingen har vært godt kjent i flere tiår. Vi har oppfordret til, og argumentert for, mer av de tjenestene som fremmer helse og forebygger, rehabiliterer og skaper mestring. For oss har det vært selvsagt at vi må dempe behovet for de mest ressurskrevende tjenestene, og det har vært selvsagt at prioritering av innsats som bidrar til inkludering og deltakelse er en del av løsningen. Helsepersonellkommisjonen gir oss kraftig

medvind, for det trengs nå mer ergoterapi. De foreslår at det tas grep som gjør helsekompetanse, tilrettelagt egenomsorg, forebygging og folkehelsearbeid til bærende elementer i framtidens tjenester. Da skal vi, selvsagt, bidra med kjernekompetansen som kan gjøre dette til en virkelighet i helse- og velferdstjenestene.

SSB kom nylig med en oppdatert rapport om arbeidsmarkedet for helsepersonell frem mot 2040. Ut fra deres beregninger er det sannsynlig at vi får en 87,8 prosent økning i etterspørselen etter ergoterapeuter de neste 17 årene. Dette er både en utfordring og gode nyheter.

Utfordringen er først og fremst at vi må ha flere studie-plasser straks. De gode nyhetene er at vår kjernekompetanse blir enda viktigere og mer etterspurt. Dette må også føre til en bredere anvendelse av ergoterapikompetansen og flere nye stillinger. Samtidig må også vi være med på kritiske vurderinger av hvilke oppgaver som må prioriteres, og

hvilke som ikke må prioriteres. Begrensende valg kan bli en del av hverdagen for alle profesjoner.

Utover året kommer det flere utredninger og planer, som sammen med rapporten fra Helsepersonellkommisjonen, blir viktige grunnlag for politiske prioriteringer. Blant annet kommer en rapport fra ekspertutvalget som ser på fastlegeordningen, Folkehelsemeldinga, Opptappingsplan for psykisk helse, Bo trygt hjemme-reformen og Nasjonal helse- og samhandlingsplan.

Det er avgjørende at vi nå er klare til å bidra med de konkrete løsningene. Klare til å vise frem ergoterapien, sette ord på nødvendige endringer og synliggjøre de gode resultatene. For nå er det handling som skal til, både på sykehusene, i kommunene og alle andre steder hvor vi ergoterapeuter bruker kjernekompetansen vår.

Jeg er glad vi er en organisasjon som er tuftet på samarbeid og lagspill, for nå må vi alle være på ballen. Er du?



**TOVE HOLST  
SKYER**  
Forbundsleder



OPPFORDRER ERGOTERAPEUTER:

# TA EIERSKAP TIL FORMIDLING OG INNOVASJON AV HJELPEMIDLER OG VELFERDSTEKNOLOGI

**– Ergoterapeuter har en unik kompetanse på hjelpemidler. Vi er ute i feltet, og vi vet hvor skoen trykker, men vi er formidlere, ikke innovatører. Jeg mener at mange ergoterapeuter trenger et push bak for å se hvor mye kunnskap de har, sier ergoterapeut Thomas Falch Eide, som har bygget opp firmaet Hjelpemiddelpartner og Velferdsbutikken.**

Av Else Merete Thyness



*I dag har Hjelpemiddelpartner syv ansatte. Fra venstre: Heidi Oskam, Geir Falch Eide, Ingeborg Ødven, Fred Arne Bjørnson, Therese Von Hallas, Thomas Falch Eide og Katrine Anita H. Heggelund.*



*Thomas Falch Eide kommer fra Sandane, et lite tettsted som ligger innerst i Gløppefjorden i Vestland, med cirka 2500 innbyggere.*

**D**a Thomas Falch Eide var ferdig på ergoterapiutdanningen i Bergen i 2004 gikk han rett ut i jobb på spinalenheten på Haukeland sykehus.

– Det var en god start på karrieren, sier han.

Etter et par år på Haukeland søkte han seg videre.

– Jeg er litt rastløs og nysgjerrig av meg så nå ønsket jeg meg erfaring utenfor de fire sykehusveggene. Jeg fikk jobb i et hjelpemiddelfirma som den gangen het Handicare. Her ble jeg i ti år samtidig som jeg tok en bachelor i markedsføring og salgsledelse.

Å jobbe med hjelpemidler var noe han likte godt.

– Jeg synes hjelpemidler er utrolig spennende. Du møter mange mennesker, og du jobber med noe konkret som raskt fungerer. Alle blir glade når du løser et problem, og hverdagen fungerer bedre.

I Handicare fikk han også anledning til å være med på produktutvikling.

– Jeg oppdaget raskt at bransjen var mer opptatt av å videreutvikle produkter som det selges mye av, enn å finne på nye, unike

produkter. Nå begynte det å gro en liten innovasjonsspire.

Fokuset hans er at folk skal klare seg mest mulig selv.

– Jeg er ikke i vil om at det vil bli mer behov for innovative hjelpemidler og velferdsteknologi framover. Eldrebølgen kommer ikke, det er havet som stiger, en varig endring vi skal leve med, sier han.

## SOSIAL ENTREPRENØR

Etter ti år i Handicare sluttet han i jobben og flyttet hjem til Sandane, hvor han kommer fra.

– Jeg hadde lyst til å jobbe med en sosial entreprenør, så jeg søkte jobb hos et selskap som jobbet med barns språklige utvikling. Bedriften hadde funnet opp et hjelpemiddel som het Bravo-leken.

Bravo-leken er en lek som stimulerer barns språkutvikling gjennom å utforske lyder, bokstaver og ord i kombinasjon med sanseerfaringer og fysisk aktivitet. Oppgaven til Thomas var å støtte firmaet i å få hjelpemiddelet inn på Nav. Dette arbeidet ga mer smak.

– Hjelpemiddelbransjen står litt i stampe fordi den er for profittredet. Samtidig vet vi at det i framtiden



*Under korona utviklet Hjelpemiddelpartner en nettside som samler alle småhjelpemidler på et sted.*

den vil være flere som trenger hjelp og færre hender til å gi den hjelpen. Her kan nyskapende hjelpemidler spille en vesentlig rolle slik at folk kan bo lenger hjemme og ha gode, innholdsrike dager.

### **STARTET EGET FIRMA**

Nå ville han starte sitt eget firma. Forretningsideen var å samarbeide tett med gründere og tilpasse produktene deres slik at de traff brukerne bedre og hjelpe dem med å få et godt samarbeide med NAV Hjelpemiddelsentraler.

– Det er mange som mener at man må ha finansiering for å starte et firma, men jeg solgte båten min og tenkte at nå får det briste eller bære.

I mai 2017 sto han med en inntekt på 4800 kroner til firmakonto, samboer og to små barn pluss en nettside med navnet Hjelpemiddelpartner.no.

– Den første jeg fikk kontakt med var ergoterapeuten Bjargey Ingólfssdóttir på Island som hadde utviklet noen posisjoneringsspu-ter. Jeg hjalp henne å få lansert produktene på de norske hjelpemiddelsentralene.

På denne tiden fikk han også med tidligere kollega Fred Bjørnson i firmaet sitt, etter et halvt år ble de enda én til og i dag er de syv ansatte.

– Vi fortsatte å inngå partnerskap med gründere i Norge og Skandinavia og fikk flere produkter. Vi fikk også støtte fra Innovasjon Norge fordi de så at mange slet med å lage de rette produktene og å tilpasse seg Navs krav. I 2020 satset vi offensivt og byttet til nye store lokaler.

### **KORONA**

Da kom korona-pandemien, og verden stengte ned. Som så

mange andre ble også de ansatte i Hjelpemiddelpartner sittende hjemme eller fast på kontoret.

– Da husket jeg at flere hadde henvendt seg til oss og sagt at det var behov for en nettbutikk som samlet alle småhjelpemidler på et sted. Det tok vi tak i, og startet Velferdsbutikken.no.

De ansatte også en erfaren sykepleier, som skulle være tilgjengelig på telefon for kundene og gi dem veiledning.

– Vi vil gjerne ha mest mulig kundekontakt. Det er ikke alltid like enkelt for eldre eller en person med nedsatt motorikk å legge inn kortnummer eller å hente pakken på posten. Sykepleieren kan for eksempel hjelpe til med spørsmål rundt bestilling og sørge for at pakken blir sendt helt hjem. Vi ønsket at det skulle være enkelt for kundene å bruke nettbutikken, sier Falch Eide.





*Løftestolen Active Easyriser går uten strøm og egner seg godt for alle som ikke klarer å reise seg og har nedsatt syn, motorikk eller kognitive vansker.*

## ÅRETS GRÜNDER

Så åpnet samfunnet opp igjen. I 2022 ble Thomas Falch Eide og Hjelpemiddelpartner kåret til årets gründer i Nordfjord. Sammen med en svensk bedrift hadde de utviklet en stol som het Active Easyriser, den eneste løftestolen i verden som går uten strøm.

– Dette er en enkel og intuitiv løsning for mange. Stolen gjør det også mulig for alle de som ikke klarer å reise seg og har nedsatt syn, motorikk eller kognitive vansker. Jeg har jobbet i man-

ge år med elektriske løftestoler. De er store og tunge, og du må bruke en håndkontroll. Med denne stolen holder det at du lener deg framover. Da åpner den seg og løfter deg opp.

Nå er stolen tatt inn som førstekvalg på Nav og vil være tilgjengelig på alle landets hjelpemiddelsentraler lang tid framover.

– Vi konkurrerer med store, ofte utenlandske konserner, men kombinasjonen gründere, brukere og vår egen erfaring fungerer godt også. Jeg vil heller være lykkelig som liten.

## FORDEL Å VÆRE ERGOTERAPEUT

Han mener at bakgrunnen som ergoterapeut helt klart er en fordel i denne bransjen.

– Mange hjelpemidler blir utviklet foran en PC i et mørkt rom uten at folk egentlig har en formening om virkeligheten der ute. Det å ha vært ute i felten og vite hvor skoen trykker, gir deg en unik kunnskap.

For eksempel så Hjelpemiddelpartner et behov for å redusere pleiebehovet for eldre og personer med funksjonsnedsettelse.

– Da vi lanserte kroppstørker og kroppsvasker, lo folk litt av oss og sammenlignet det med en bilvask. Nå får vi telefoner fra brukere som endelig klarer å dusje selv. Mantraet vårt er at hjelpemidlet skal gjøre deg mer aktiv og selvstendig. Det er spennende, og det er den virkeligheten som ligger foran oss.

Nå vil han gjerne motivere ergoterapeuter til å ta et større eierskap til begreper som hjelpemidler og velferdsteknologi og til å melde seg på som innovatører.

– Ergoterapeuter har en unik kompetanse og kjenner til de utfordringene som folk sliter med. De må ta større plass og være med som produktutviklere.

## SPISSKOMPETANSE

Astrid Gramstad er ergoterapeut og prodekan for utdanning på det helsevitenskapelige fakultetet ved UiT, Norges arktiske universitet. Hun er enig med Thomas Falch Eide i at ergoterapeuter burde utnytte sin spisskompetanse på hjelpemidler bedre.

– Hjelpemidler og velferdsteknologi i sammenheng med aktivitet og deltakelse er virkemidler som ligger i vår terapeutiske verktøykasse. Denne faglige



## «Eldrebølgen kommer ikke, det er havet som stiger, en varig endring vi skal leve med.»

Thomas Falch Eide

kunnskapen kan vi videreutvikle bedre enn vi gjør i dag.

Hun viser til Helsekommisjonens rapport, *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*, og siterer: Tilrettelegging for bruk av teknologi, tjenesteinnovasjon, digital hjemmeoppfølging, økt egenmestring og pasienten som en ressurs, er særlig kompetanse hos ergoterapeuter, fysioterapeuter og vernepleiere.

– Rapporten løfter fram velferdsteknologi og behovet for flere helsepersonell, sier hun.

Hun mener at ergoterapeuter må være stolte av den kompetansen de har som setter hjelpemidler og velferdsteknologi inn i en ramme av aktivitet og deltakelse.

– Det er risiko beheftet med formidling av hjelpemidler og teknologiske løsninger. Her trengs det et tydelig, faglig blikk som kan identifisere det rette tiltaket, slik at det bidrar til mestring og deltakelse. Kanskje er det ikke behov for kompenserende teknologi, men opptrening, mestring og forebygging. Hvis ikke aktivitetsmålene nås med teknologien, er det feil ressursbruk av dyr teknologi.

### INNOVASJON OG HJELPEMIDLER

Astrid Gramstad har selv jobbet som kommuneergoterapeut og erfarte at samtidig som de jobbet med på hjelpemidler, ble det oppfattet som noe som var på siden av det de helst skulle gjøre.

– Jeg ble besnæret av de faglige vurderingene og på hvilken måte hjelpemidler hen-

ger sammen med faget. Det lå et faglig dilemma her som jeg ville undersøke.

I masteroppgaven sin skrev hun om *Formidling av hjelpemidler i kommunen. Hvordan resonnerer ergoterapeuter i kartleggings-situasjonen*. I doktorgraden valgte hun å rette søkelyset på brukernes erfaringer under hjelpemiddelformidlingen. Oppgaven het: *Å få og ta i bruk tekniske hjelpemidler, en gåtefull reise*.

– Funnene viste at brukerne hadde problemer med å ta kontakt med ergoterapeuten hvis de hadde vanskeligheter med å bruke teknologien, og at de fikk mangelfull oppfølging. Det bidrar til ressursløsning. Samtidig har vi en særskilt kompetanse på hverdagsliv, aktivitet og deltakelse og hva som fremmer og hemmer muligheter til mestring av hverdagslige aktiviteter. Her spiller teknologien en viktig rolle i folks hverdagsliv.

Hun støtter Falch Eides oppfordring til ergoterapeuter om å jobbe med innovasjon av hjelpemidler.

– Jeg har deltatt på forskningskonferanser om velferdsteknologi og digitale løsninger der deltakerne var både teknologer og helsearbeidere. Jeg tror at å forene de som har kompetanse på teknologi med de som har kunnskap om menneskekroppen, helse, omgivelser og aktivitet, er løsningen. Ofte går vi oss blinde i våre egne spor. Å jobbe tverrfaglig på den måten vil komme flere brukere til gode. Vi vil kunne få til noen veldig spennende produkter og prosjektideer.



– Ergoterapeuter kan være stolte av den kompetansen de har som setter hjelpemidler og velferdsteknologi inn i en ramme av aktivitet og deltakelse, sier Astrid Gramstad.



**NAVN**  
Synnøve Opsahl Melseth  
**STILLING**  
Prosjektkoordinator  
**HVOR**  
Ålesund kommune

## Prosjektkoordinator for «Den digitale senior»

Av Else Merete Thyness

### – Hvor jobber du?

– Jeg er ansatt i Ålesund kommune, kommunalområde Samfunn, Avdeling Innbyggertorg og bibliotek.

### – Hva jobber du som?

– Jeg er prosjektkoordinator for *Den digitale senior*. Dette omfatter både et gruppetilbud med møteplasser kalt *Fole kjekt å vere sosial og digital*, samt et tilbud om individuell veiledning. Sistnevnte har vi nylig fått prosjektmidler til å utvikle og er ikke oppe og går enda.

### – Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg har hatt den siden 01.10.22

### – Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Det er å være prosjektleder og brobygger mellom ulike instanser, etater, frivillige og brukere.

Jeg videreutvikler en møteplass for seniorer kalt *Fole kjekt å vere sosial og digital*. Dette er en lavterskel møteplass hvor man kan lære mer om de digitale verkøyetene man bruker i hverdagen over en kopp kaffe. Hensikten er å forebygge digitalt utenforskap og ensomhet og legge til rette for aktivt medborgerskap. Møteplassene er på bibliotek og frivilligsentraler rundt om i kommunen. Det er basert på egenaktivitet og deltakerne må ta med egen mobiltelefon eller nettbrett. Det er en plass for digital læring og øving. Tilbudet er gratis, og det er ingen påmelding.

Det gis også opplæring i å bruke en digital aktivitets- og kulturkalender, Friskus, for å finne arrangementer og aktiviteter å delta på eller melde seg som frivillig. Dette er et ledd i målsettingen om å forebygge ensomhet, oppfordre til aktivitet og legge til rette for medborgerskap. Medborgerskap handler om inkludering, like rettigheter for alle og innbyggernes aktive deltakelse i samfunnet (FN-sambandet Demokrati og medborgerskap, fn.no).

Møteplassene er med andre ord ikke et datakurs, men en sosial møteplass hvor man samtidig kan få styrket sin digitale kompetanse gjennom samskaping.

Det skal også opprettes et tilbud om individuell veiledning ved bibliotek, innbyggertorg og frivilligsentraler for personer med liten eller ingen digital kompetanse. Dette (DiglVei) er under utvikling.

### – Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Aktivitet og deltakelse står sentralt i prosjektet. Samfunnets digitale utvikling forsterker et utenforskap og øker behovet for kompetanse i tråd med tiden vi lever i. Dersom man fortsatt skal kunne være aktiv og deltakende i samfunnet, trenger man grunnleggende digital kompetanse.

Så jobben handler om å tette et gap og jobbe for et inkluderende samfunn der alle kan delta på likeverdig grunnlag – helt i tråd med ergoterapifagets verdigrunnlag og visjon.

### – Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Jeg har i alle fall god nytte av ergoterapikompetansen min i utvikling av tilbudet, sammen med prosjektlederkompetanse og et brennende ønske om mer samarbeid på tvers, samskaping og inkludering.

Jeg tror også at vår ergoterapikompetanse hjelper oss å se sammenhenger mellom menneske og miljø, uavhengig av problemstilling, og dermed gir oss et bredere spekter av tiltak å spille på.

Det finnes flere, både nasjonale og lokale føringer, som vektlegger viktigheten av å jobbe for digital inkludering. Blant annet ga Kommunal- og moderniseringsdepartementet ut en strategi kalt *Digital hele livet* i 2021 (Regjeringen.no). Denne strategien traff midt i ergoterapihertet mitt. Selv om befolkningen i Norge i stor grad er flinke til å ta i bruk digitale tjenester, går den digitale utviklingen fort, og det kommer stadig nye tjenester. Derfor er det viktig å sørge for at alle inkluderes i det digitale fellesskapet, med andre ord «Aktivitet og deltakelse for alle».



Figur 1. Fem forutsetninger for fullverdig, digital deltakelse i samfunnet.

*Digital hele livet* trekker fram fem sentrale forutsetninger som må være på plass for at vi som innbyggere skal oppnå fullverdig digital deltakelse. Se figur 1.

Det betyr at for å forebygge digitalt utenforskap – eller jobbe for digital inkludering, må vi jobbe på flere områder samtidig. Jeg har erfart at denne trekanten kan være et godt verktøy for å kartlegge hva som egentlig er problemet og på hvilket nivå man bør sette inn tiltak. Jeg skal gi et eksempel på dette:

Møteplassene *Fole kjekt å vere sosial og digital* er i utgangspunktet et tilbud for å styrke grunnleggende digitale ferdigheter (nivå 3 i trekanten). Vi opplevde derimot fort at dersom man ikke kommer seg på nett, så hjelper det ikke hvor gode digitale ferdigheter man har. Når metoden for å koble seg på et trådløst nettverk, er så komplisert at selv de med høy digital kompetanse sliter med å koble seg på, ja da hjelper det ikke å kun jobbe med opplæring. Da må man også sjekke ut status for de andre forutsetningene. Prosjektet *Den digitale senior* har derfor med sine erfaringer medført igangsettelse av et utviklingsarbeid sammen med IT-avdelinga i kommunen med mål om en mer brukervennlig og universelt

utformet påloggingsmetode for det trådløse gjestenettet. Dette viser at man må jobbe med flere områder og ha flere tanker i hodet samtidig for å oppnå fullverdig digital deltakelse. I dette eksempelet jobber vi både med nettilgang, grunnleggende digitale ferdigheter og brukervennlige digitale tjenester (nivå 1, 3 og 4 i trekanten).

Brukervennlige digitale tjenester handler ikke bare om klart språk, de skal helst være så enkle at alle kan klare å bruke dem uten å måtte spørre om hjelp. Mange trenger i dag hjelp for å fylle ut et kommunalt skjema eller en søknad, få opprettet bank-id, laste ned en app, delta i videokonsultasjonen som helseforetaket har innkalt til eller i det heie tatt klare å logge seg på en tjeneste. Dette er uavhengig av alder. Det utvikles stadig nye, digitale (helse) løsninger, men hvor brukervennlige er disse, og hvilken opplæring gis for at målgruppen skal klare å nyttiggjøre seg dem? For de som kjenner på manglende, digital kompetanse, hjelper det ikke at man blir henvist til en nettside for å løse et problem eller få tak i brukerveiledning. Det hjelper heller ikke at man bruker et «stammespråk» som er vanskelig å forstå. Som en senior sa:

«Jeg ringte kundeservice, men de snakket så «digitalsk»».

Å ha grunnleggende digitale ferdigheter vil dermed si å kunne bruke digitale verktøy og tjenester hensiktsmessig og forsvarlig samt ha evne til refleksjon og kritisk tenkning. Digital kompetanse = kunnskaper, ferdigheter og dømmekraft. (*Digital hele livet*).

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

– Ja, veldig. Jeg lærer noe nytt hver dag, og det er utrolig gøy å både kunne drive utviklingsarbeid samtidig som jeg får være tett på, delta på møteplassene og se nytten for deltakerne. Her får jeg både jobbe på systemnivå og være ute i felten.

### – Vil du anbefale andre ergoterapeuter å jobbe med det samme?

– Helt klart. Dette handler om aktivitet og deltakelse og det å jobbe for et inkluderende samfunn. Det finnes mange former for utenforskap, og digitalt utenforskap blir mer og mer aktuelt. Ikke bare for seniorer, men også for blant annet familier med lav inntekt, barn og unge.



De digitale møteplassene er både sosiale og lærerrike.



**NAVN**

Heidi Julie Bjørsrud

**VERV**

Tillitsvalgt

**Tariffområde**

KS

## Tillitsvalgt i Moss kommune

Av Else Merete Thyness

**– Hvor jobber du?**

– Jeg arbeider i Moss kommune.

**– Hvilket tariffområde tilhører du?**

– Jeg tilhører KS tariffområde.

**– Hvor mange er du tillitsvalgt for?**

– Jeg er tillitsvalgt for 16 stykker.

**– Hvorfor ble du tillitsvalgt?**

– Det var på tide med nytt valg, og det var ikke andre, aktuelle kandidater.

**– Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?**

– Jeg har vært tillitsvalgt i elleve-tolv år.

**– Hva er de viktigste oppgavene dine som tillitsvalgt?**

– I det daglige handler det om å være medlemmenes stemme på diverse arenaer på møter og i samarbeid med arbeidsgiver. Det innebærer månedlige samarbeidsmøter med kommunaldirektør for Helse og mestring og medbestemmelsesmøter på både virksomhets- og enhetsnivå. I tillegg løfter jeg opp saker fra medlemmer når det dukker opp slike.

Jeg er også representant i regionstyret Viken og på den måten også organisasjonstillitsvalgt.

Regionene fungerer som bindeledd mellom medlemmene og forbundsstyret, og vi arrangerer fagpolitiske og tariffpolitiske dager samt nettverksmøter for tillitsvalgte hvert år. I tillegg inviterer vi til årsmøter og også delegatsamlinger når det nærmer seg landsmøte for Ergoterapeutene.

**– Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?**

– Det må nok være de tilfellene man iblant står i, hvor man ikke vinner fram eller blir hørt. Vi er et lite forbund og må alltid jobbe for å i det hele tatt få bli med i prosesser som angår flere forbund.

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

– Det er å kunne reagere litt smart, være på hugget, men samtidig velge strategi ut fra problemstilling.

**– Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?**

– Vanskelig spørsmål, men det er alltid hyggelig når man har vært med å påvirke rekruttering av medlemmer. Det er også utrolig givende å kunne få bidra til økte ressurser til tjenesten.

**– Hva har du ennå ikke oppnådd som tillitsvalgt?**

– Å få økte ressurser eller bedre vilkår uten at det har startet med en klagesak eller lignende.

**– Vil du anbefale andre å bli tillitsvalgt?**

– Selvsagt! Man får gode muligheter til å lære mye om både nødvendige prosesser i en bedrift, men også hvordan egen arbeidsplass fungerer og henger sammen. Man får ofte se et større bilde på forskjellige situasjoner enn man gjorde tidligere.



Moss er en by og kommune i landskapet Østfold i Viken fylke på Østlandet i Norge. Moss har et mangfoldig industri- og handelsmiljø, kunstgallerier og variert fjord- og innlandsnatur.

Foto: Moss kommune.



# HJELPEMIDDEL S Ø R / Ø S T MESSEN

Vi har gleden av å invitere til  
hjelpemiddelmesse i:

**Sørlandshallen, Kristiansand**

tirsdag 25. april 2023, kl 10:00-15:00

**Skien Fritidspark, Skien**

onsdag 26. april 2023, kl 10:00-15:00

**Drammenshallen, Drammen**

torsdag 27. april 2023, kl 10:00-15:00

**Ekeberghallen, Oslo**

onsdag 3. mai 2023, kl 10:00-15:00

**Kongstenhallen, Fredrikstad**

torsdag 4. mai 2023, kl 10:00-15:00

Her får du nyttig informasjon om et  
stort utvalg av tekniske hjelpemidler

Enkel servering

Gratis adgang

Velkommen til en innholdsrik dag!

Hilsen  
Hjelpemiddelleverandørene

[www.hjelpemiddelmesse-sorost.no](http://www.hjelpemiddelmesse-sorost.no)

# Konflikthåndtering

**Dette er et tema for stadig flere i en verden med usikre rammefaktorer. For mange yrkesgrupper er kunnskap om mestring viktig.**

Av Ole André Bråten og Anette Falkum



*Ole André Bråten er organisasjons- og lederrådgiver med 25 års erfaring fra konflikt- og krisehåndteringsarbeid både på nasjonalt og internasjonalt nivå.*



*Anette Falkum har bakgrunn som leder, organisasjonsrådgiver, krise- og konfliktforsker og er faglitterær forfatter. Hun er utdannet sykepleier.*

Som ergoterapeut trenger du innsikt i hvordan bygge indre motivasjon hos personer som opplever å være hindret eller ha redusert mulighet til å være i aktivitet. Du vil oppleve å kunne bidra til personer som står i en vanskelig situasjon, eksempelvis etter en ulykke. Opplevelsen av mestring er lav, men med din hjelp kan de komme videre og framover.

Når vi har forsket på konflikt- og krisehåndtering og bistått ansatte i helsesektoren, er det noen temaer som blir tydelige for oss.

## HÅNTERING AV KONFLIKTER

Å håndtere konflikter kan være utfordrende, spesielt når det kommer til å finne en løsning som er til beste for alle involverte parter. Som ergoterapeut er man ofte en del av et team som arbeider sammen for å hjelpe pasienter og brukere. Dette kan medføre at man står overfor konflikter mellom teammedlemmer eller mellom teamet og pasientene eller deres pårørende.

Derfor er det viktig at man har kunnskap om konfliktforebyggende kommunikasjon, samtalemetodikk, konfliktpsychologi og forståelse for hvordan konflikter kan utvikle seg, slik at man kan håndtere dem på en hensiktsmes-

sig måte. I tillegg til dette er det viktig å ha kunnskap om stressmestring og mental forberedelse, da dette kan bidra til å unngå konflikter og sikre god håndtering av krevende situasjoner.

## EN KREVENDE ARBEIDSHVERDAG FOR DEG SOM ANSATT

Konflikter i arbeidslivet er en del av hverdagen for mange ansatte og kan ha store konsekvenser for både individuelle ansatte og organisasjonen som helhet. Som tillitsvalgt eller verneombud har man en viktig rolle i å håndtere og forebygge konflikter i arbeidsmiljøet, bidra til et godt psykososialt arbeidsmiljø og å påse at arbeidsmiljølovens krav overholdes.

Et godt psykososialt arbeidsmiljø er avgjørende for å unngå konflikter og sikre trivsel og helse for ansatte. Dette innebærer blant annet å ha klare og tydelige kommunikasjonsrutiner, respektere hverandres meninger og synspunkter og å legge til rette for godt samarbeid og teamarbeid.

Arbeidsmiljøloven stiller krav til arbeidsgivere om å sikre et trygt og sunt arbeidsmiljø for ansatte. Som tillitsvalgt eller verneombud har man ansvar for å påse at arbeidsgiver overholder disse kravene og å melde fra om eventuelle brudd.

Konflikter kan utvikle seg på ulike nivåer, fra mindre uenigheter mellom enkeltpersoner til mer alvorlige konflikter som involverer hele organisasjonen. Det er viktig å være klar over hvilket nivå konflikten befinner seg på, slik at man kan velge riktig strategi for å løse den.

Forhandlingspsykologi er viktig å kjenne til når man skal løse konflikter. Dette innebærer blant annet å forstå andres perspektiv, å lytte aktivt, å kommunisere klart og å være fleksibel.

Forebyggende kommunikasjon kan bidra til å unngå konflikter i arbeidsmiljøet. Her handler det blant annet om å være åpen og ærlig i kommunikasjonen, å unngå å gå til personangrep, og å være tydelig og konkret i kommunikasjonen. Dersom du mestrer konfliktforebyggende kommunikasjon står du langt sterkere.

## STRESS OG MENTAL BELASTNING

Stress og mental belastning kan være årsaker til konflikter i arbeidsmiljøet fordi de kan påvirke ens mentale tilstand, hvordan man håndterer situasjoner og relasjoner med andre. Stress kan føre til økt irritabilitet og utålmodighet, noe som kan føre til konflikter med kollegaer eller ledere. Mental belastning kan også føre til at man har problemer med å konsentrere seg og å ta beslutninger, noe som kan føre til feilvurderinger og konflikter. I tillegg kan stress og mental belastning gjøre det vanskeligere å håndtere konflikter på en hensiktsmessig måte når de oppstår.

Derfor er det viktig å ha kunnskap om stressmestring og mental forberedelse for å unngå konflikter og sikre god håndtering av krevende situasjoner i arbeidsmiljøet.



*Stress og mental belastning kan være årsaker til konflikter i arbeidsmiljøet.*

*Foto: Colourbox.*

Målet i all trening for ansattgrupper som kan møte kriser, er å utvikle en opplevd indre kontroll, der du bygger positive mestringsstrategier. Forskning på krisehåndtering viser også viktigheten av å bygge effektive team – som støtter hverandre. Er det noe kriseforskningen viser tydelig så er det betydningen av sosial støtte etter krevende hendelser. Personer som deltar i gruppebasert oppfølging etter krevende hendelser, rapporterer om langt mer positive framtidsutsikter enn de som ikke mottar et slikt tilbud.

## ØKE EGEN MESTRING OG KONTROLLEN I HVERDAGEN

Det har stor overføringsverdi å knytte de ulike perspektivene sammen. Der vi bidrar til å øke mestring hos våre pasienter utvikler vi også egen mestring. Det er når vi kan bidra med all vår kompetanse, vi vokser som fagpersoner og mennesker. Det er når vi er dyktige til å unngå at misforståelser vokser til konflikter,

at vi sammen skaper et positivt arbeidsmiljø der vi fokuserer på det beste for pasienten. På den måten går vi også videre i vår faglige utvikling som de dyktige fagpersonene helsesektoren trenger at vi er.



*Håndbok i konflikthåndtering i helse- og sosialsektoren er skrevet av Ole André Bråten og Anette Falkum og ble utgitt på Cappelen Damm Akademisk.*

# Kjenner du ladevettreglene?

**Hjemmene våre fylles med stadig flere elektroniske artikler og dingser som må lades, noe som gir økt fare for varmgang og i verste fall brann. Har du satt deg inn i ladevettreglene?**

Av Roar Hagen



*Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.*

**A**lt fra drill, tannbørster, hodetelefoner, telefoner til el-sparkesykler må lades etter bruk. Med begrenset antall støpsler i hvert rom tyr vi gjerne til fikse løsninger for å få ladet alt som skal lades. Det kan være fare for varmgang og i verste fall brann når man lader. Derfor har Norsk Brannvernforening publisert egne ladevettregler.

## DETTE ER LADEVETTREGLENE:

- 1 Lad i rom med røykvarsler. Hvis en elektrisk artikkel går varm eller røyker, kan en god røykvarsler varsle deg før ting tar fyr, slik at du kan få avverget en brann.
- 2 Lad når du er våken og til stede. Hvis en elektrisk dings tar fyr mens du sover eller huset står tomt, så kan brannen spre seg og gjøre store skader.
- 3 Les og følg produsentens bruksanvisning. De fleste produsenter av elektriske artikler inkluderer råd om trygg lading. Av hensyn til egen og andres sikkerhet bør du følge disse.
- 4 Bruk helst original lader. Selv om en annen lader passer er det ikke sikkert at den er riktig dimensjonert for det du skal lade.
- 5 Lad på et underlag som ikke lett kan brenne. Dette vil minimere risikoen for at en eventuell varmgang eller brann sprer seg fort.
- 6 Ikke lad i senga. Veldig mange elektriske artikler har kjøling i form av en vifte eller lignende. I senga får den elektriske artikkelen gjerne ikke luft rundt seg og får fort høy temperatur. Ikke utsett deg eller andre for denne risikoen når du sover.
- 7 Ikke lad i korridor eller i trapperom. Disse må kunne brukes som fluktveier hvis en brann skulle oppstå.
- 8 Bytt ut skadet utstyr. Ladere som er hyppig i bruk blir gjerne skadet eller slitt over tid. Ta deg bryet med å skaffe deg en ny hvis den du har er skadet.
- 9 Stopp lading dersom det kommer lyder, lukter el-

ler blir unormalt varmt. Det kan bety at laderen er skadet eller ikke ment for den elektriske artikkelen du prøver å lade.

- 10 Ved røyk eller flammer, ring brannvesenet på 110. Det er viktig å få sjekket at ingenting ulmer og at brann kan blusse opp på et senere tidspunkt.

## SLUKKING AV LITIUM-BATTERI

Et litium-ionbatteri som tar fyr kan være vanskelig å slukke. Hvis et slikt batteri brenner kan det ikke slukkes ved å spyle vann på. Det kan føre til at brannen blir kraftigere og eskalerer. For å slukke et brennende litium-batteri må det senkes i vann, for eksempel i en bøtte. Aller helst bør dette gjøres utenfor huset siden et slikt batteri kan oppnå en temperatur på 600-700 grader.

## FORSIKRING

Om uhellet allikevel skulle være ute, sørg for at innbo- og husforsikringen er i orden. Husk at du som medlem har tilbud om gunstig innboforsikring gjennom ergoterapeutene. Les mer på [www.ergoterapeuteneforsikring.org](http://www.ergoterapeuteneforsikring.org). (Kilde ladevettregler: Norsk brannvernforenings nettsider)





# Det er landsmøteår – Hva er viktig for deg?

**2023 er et landsmøteår. Fra 23. til 26. oktober møtes delegater fra hele landet på Gardermoen. En av de viktige oppgavene delegatene har, er å diskutere og vedta Landsmøteprogrammet for 2023-2026.**

Av Tonje Hansen Guldhav



*Tonje Hansen Guldhav er nestleder i i Ergoterapeutene.*

**L**andsmøteprogrammet består av prinsipper som sier noe om hvordan vi vil at samfunnet, arbeidsbetingelsene, arbeidslivet og organisasjonen vår skal være. I tillegg skal programmet inneholde tre til fire strategier som skal gi en overordnet retning for de neste tre årene, i overensstemmelse med prinsippene.

## HVA ER VIKTIG FOR DEG?

De strategiene vi ender opp med, skal være overordnede, strategiske og godt forankret i hva medlemmene synes er viktig. I prosessen med å utforme forslag til nytt landsmøteprogram og nye strategier, er det derfor helt avgjørende å vite hva du som medlem mener. Hva er viktig for deg? Hvordan kunne du tenke deg å bidra?

## PROSESS I DIN REGION

Regionstyrene kommer derfor til å innhente innspill fra sine medlemmer, sammenfatte innspillene som allerede har kommet via medlemsundersøkelsen og legge til rette for en prioriteringsdebatt på det regionale årsmøtet.

Regionens prioriteringer bringes inn til forbundsstyret via regionens representant i forbundsstyret. Regionrepresentanten er med på hele den videre prosessen, noe som sikrer regionens stemme i alle debattene. Prioriteringsdebatten vil være med utgangspunkt i våre store samfunnsutfordringer og de politiske bevegelsene. Hvor ligger vårt største mulighetsrom? Hvor har vi best mulighet til å påvirke og gjøre en forskjell de neste tre årene?

## ER DU KLAR TIL Å SETTE SPOR?

Vi har utrolig mange gode historier i organisasjonen vår og ikke minst en bredde av erfaringer og kompetanse fra ulike nivåer, områder og stillinger. Vi trenger din stemme!

Jeg håper du vil dele raust med regionstyret ditt hva som er dine tanker om hvor forbundet har det største mulighetsrommet framover. På den måten får vi gode forslag til et program som er godt forankret i medlemsmassen vår.

Tidlig i høst skal vi også velge nye regionstyrer, forbundsstyre og delegater til landsmøtet. Vi håper at du kan tenke deg en aktiv rolle i det faglige fagforeningsfelleskapet som forbundet vårt er.



*Forenklet framdriftsplan. Programkomiteen, som består av forbundsstyremedlemmene Kamilla Lemb Herbjørnsen (Viken), Siv Iren Gjermstad (Oslo) og Tonje Hansen Guldhav (nestleder), samt sekretær for arbeidet Kristin Jess Bakken (fagsjef), har ansvaret for å legge fram skriftlige forslag underveis i prosessen, med bakgrunn i innspillene og diskusjonene i forbundsstyret.*

# SSB forventer enda større mangel av ergoterapeuter fram mot 2040

**Statistisk sentralbyrå (SSB) har publisert rapporten «Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040», som anslår at vi i 2040 vil mangle 1100 ergoterapeuter. – Nå må behovet for flere studieplasser tas på alvor, sier en bekymret forbundsleder Tove Holst Skyer.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

SSB sin rapport «Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040» blir det anslått at etterspørselen etter ergoterapeuter kan komme opp i 6 300 årsverk i 2040. Det betyr at vi om 17 år vil mangle 1100 ergoterapeuter, noe som i rapporten beskrives som «en liten underdekning».

– Jeg er svært bekymret. Jeg forstår ikke hvordan en situasjon der en sjettedel av behovet for ergoterapeuter ikke blir dekket, kan beskrives som en liten underdekning, sier forbundsleder Tove Holst Skyer.

## BEHOVET KAN BLI STØRRE

SSB legger til grunn at aldringen av befolkningen vil gi en betydelig vekst i tallet på brukere av tjenestene ergoterapeuter tilbyr, og de har også lagt til grunn en vridning i ressursbruken i favør av ergoterapeuter.

– Vårt inntrykk er at stadig flere innser at ergoterapi til rett tid, er en forutsetning for å sikre bærekraft i tjenestene. Jeg tror at behovet i 2040 vil ligge nærmere SSBs «høyalternativ». Ved dette alternativet vil det mangle hele 2100 ergoterapeuter i 2040, sier Tove Holst Skyer.

## UTVIKLINGEN I FEIL RETNING

For fire år siden anslo SSB at det i 2035 ville mangle mellom 500 og 1300 ergoterapeuter i 2035. Når byrået nå anslår at det vil mangle mellom 1100 og 2100 i 2040, viser det at utviklingen går i feil retning.

– Samtidig viser det at vi går i riktig retning, og at medlemmenes arbeid for å sikre befolkningen deltakelse og aktive hverdagsliv, blir lagt merke til. Vi anses som en viktig del av løsningen, påpeker forbundslederen.

## KREVENDE Å IMØTEKOMME BEHOVET

Skal målet om 1100 flere ergoterapeuter i 2040 nås, må det utdannes nesten 80 flere ergoterapeuter i året enn vi gjør i dag.

– Det vil være krevende å øke utdanningskapasiteten fra dagens 250 kandidater, men dette arbeidet vil forbundet og medlemmene våre bidra til, lover lederen til landets ergoterapeuter.

Hun peker på at sykepleiermangelen ikke kun kan løses med flere sykepleiere

– Sykepleiermangelen er høyst reell, men som SSB skriver i sin rapport, blir ikke situasjonen



*Det må utdannes og ansettes flere ergoterapeuter, mener forbundsleder Tove Holst Skyer.*

bedre av at det samtidig ser ut til å bli økende mangel på helsefagarbeidere, vernepleiere og ergoterapeuter.

Hun mener at det derfor må utdannes og ansettes flere ergoterapeuter. Dette vil bidra til å dempe det økende behovet for sykepleiere.

– Det er på høy tid at vi også prioriterer løsninger som skaper mer bærekraftige helsetjenester. Tjenester som bidrar til mestring, lengst mulig, oppfordrer hun.



*SSB sin rapport «Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040».*

LURER DU PÅ HVA EN ERGOTERAPEUT TJENER?

## Lønnsundersøkelsen for 2022 er her!

**Lønnsstatistikken er et viktig hjelpemiddel for deg når du får tilbud om ny jobb, skal fremme lønnskrav eller rett og slett speile din egen lønn mot andre sammenlignbare stillinger. Den årlige lønnsundersøkelsen gir oss mulighet til systematisk å følge medlemmenes lønnsutvikling over tid.**

Av Hege Munthe



*Hege Munthe er  
forhandlingssjef i  
Ergoterapeutene.*

### DU FINNER SVARENE I LØNNSUNDERSØKELSEN

Lønnsundersøkelsen ble sendt ut til alle yrkesaktive medlemmer, og svarprosenten var i år på 46,3 prosent. Det var litt i underkant av svarprosenten vi hadde i fjor. Tabellene som viser gjennomsnittslønn i de enkelte tariffområdene og ansiennitetsnivåer finner du på nettsiden vår. I tillegg til gjennomsnittslønnen har vi gjort noen andre interessante funn.

### MOBILE PÅ ARBEIDSMARKEDET

Nesten 40 prosent av de som svarte på lønnsundersøkelsen, sier de har skiftet jobb de siste fire årene. Det viser at medlemmene er mobile på arbeidsmarkedet. Dette er nesten likt som året før.

### FORHANDLE LØNN VED SKIFTE AV JOBB

Nesten halvparten av de som skiftet jobb de siste fire årene forhandlet lønn ved ansettelse, og av disse fikk to tredjedeler høyere lønn. Andelen av de som forhandler lønn ved skifte av jobb og som får uttelling, er ganske stabil. Dette viser at det lønner seg å forhandle lønn ved ansettelse. Et mål for oss er at alle som skifter jobb, benytter seg av muligheten til å forhandle lønn ved ansettelse.

### ØKNING AV ERGOTERAPEUTER SOM HAR FÅTT UTTELLING FOR KOMPETANSE

Nesten 60 prosent oppgir at de har relevant videreutdanning. Av disse oppgir nå to tredjedeler at de har fått lønsmessig uttelling for kompetanse mot litt over en tredjedel i 2021. Det er særlig tariffområdet Oslo kommune som skiller seg negativt ut, og som ligger på samme nivå som 2021. Her har kun en fjerdedel av de 43 prosentene som oppgir at de har relevant videreutdanning, fått uttelling for dette.

### ARBEIDSTID, TURNUS OG MIDLERTIDIGE

Det har vært en liten nedgang av de som oppgir at de jobber deltid. Andelen er lav, med 11 prosent. Av disse igjen er det 38 prosent som ønsker å få full stilling. Det er noe høyere enn i fjor.

Ti prosent oppgir at de jobber i turnus. Det er en marginal oppgang fra 2021 og samme nivå som i 2020. Det er også en marginal nedgang fra 2021 av midlertidig arbeid. Av de som svarte på lønnsundersøkelsen, er det syv prosent som oppgir at de jobber midlertidig. Det er bra at dette tallet går ned. Regjeringen har et mål om full sysselsetting. Det fremkommer av Hurdalsplattformen fra oktober 2021.

### TAKK FOR AT DU BIDRO

Husk at lønnsundersøkelsen blir ikke bedre enn det dere som medlemmer bidrar med. Det er dere som «lager» lønnsundersøkelsen ved at dere svarer på den årlig. Vi er helt avhengig av høyest mulig deltakelse og svarprosent hvis den skal være et egnet verktøy.

Lønnsundersøkelsen er nyttig for medlemmene ved skifte av jobb og ved lokale forhandlinger. Den er også nyttig for de tillitsvalgte som trenger innblikk i hvordan lønnsnivået eller andre forhold er i andre sammenlignbare tariffområder. Lønnsundersøkelsen kan også brukes i arbeidet med andre former for lønns- og arbeidsforhold.

Det må tas med i betraktningen av en slik undersøkelse, at noen av svarene har marginale endringer, og vi kan selvfølgelig ikke med sikkerhet si at det har vært en markant endring eller ei. I enkelte tariffområder er det lav svarprosent og respondentene varierer fra år til år. Men, når vi ser på hele lønnsundersøkelsen under ett, kan vi danne oss et bilde av hvordan situasjonen er for våre medlemmer.

# Speilterapi – en illusjon som kan fremme aktivitet og deltakelse?

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

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



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



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

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

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

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

### Sammendrag

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

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

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

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

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

**Nøkkelord:** Amputasjon, ergoterapi, fantomsmerter, speilterapi, spesialisthelsetjenesten

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne fagartikkelen.*



## Introduksjon

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

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

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

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

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



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

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

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

## Metode

### DESIGN

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

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

### DELTAKERE

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

### DATAINNSAMLING

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

### DATAANALYSE

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

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

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

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

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

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

### ETISKE BETRAKTNINGER

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

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

## Resultat

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

### FORDELER OG UTFORDRINGER MED SPEILTERAPI

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

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

### MINDRE SMERTE KAN GI BEDRE MULIGHETER FOR AKTIVITET OG DELTAKELSE

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

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

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

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

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

### MANGEL PÅ EN PROSEDYRE OG TID TIL OPPFØLGING

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

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

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

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

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

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

### **TRE ELEMENTER SOM KAN BIDRA TIL Å LYKKES MED SPEILTERAPI**

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

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

### **SPEILTERAPI MÅ STRUKTURERES UT FRA PASIENTENS ØNSKER OG BEHOV**

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

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

Informantene forteller at pasientene kan oppleve

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

### **SPEILTERAPI MÅ INNEHOLDE RIKTIG KOMBINASJON AV HYPPIGHET, VARIGHET OG INNHOLD**

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

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

### **ROLIGE OG TRYGGE OMGIVELSER GJØR SPEILTERAPI MER REALISTISK FOR PASIENTENE**

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

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



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

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

## Diskusjon

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

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

## SPEILTERAPI SOM ET MIDDEL TIL Å OPPNÅ SELVSTENDIGHET I HVERDAGEN

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

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

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

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

## SAMSPILLET MELLOM PERSON, AKTIVITET OG OMGIVELSER

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

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

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

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

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

## METODEDISKUSJON

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

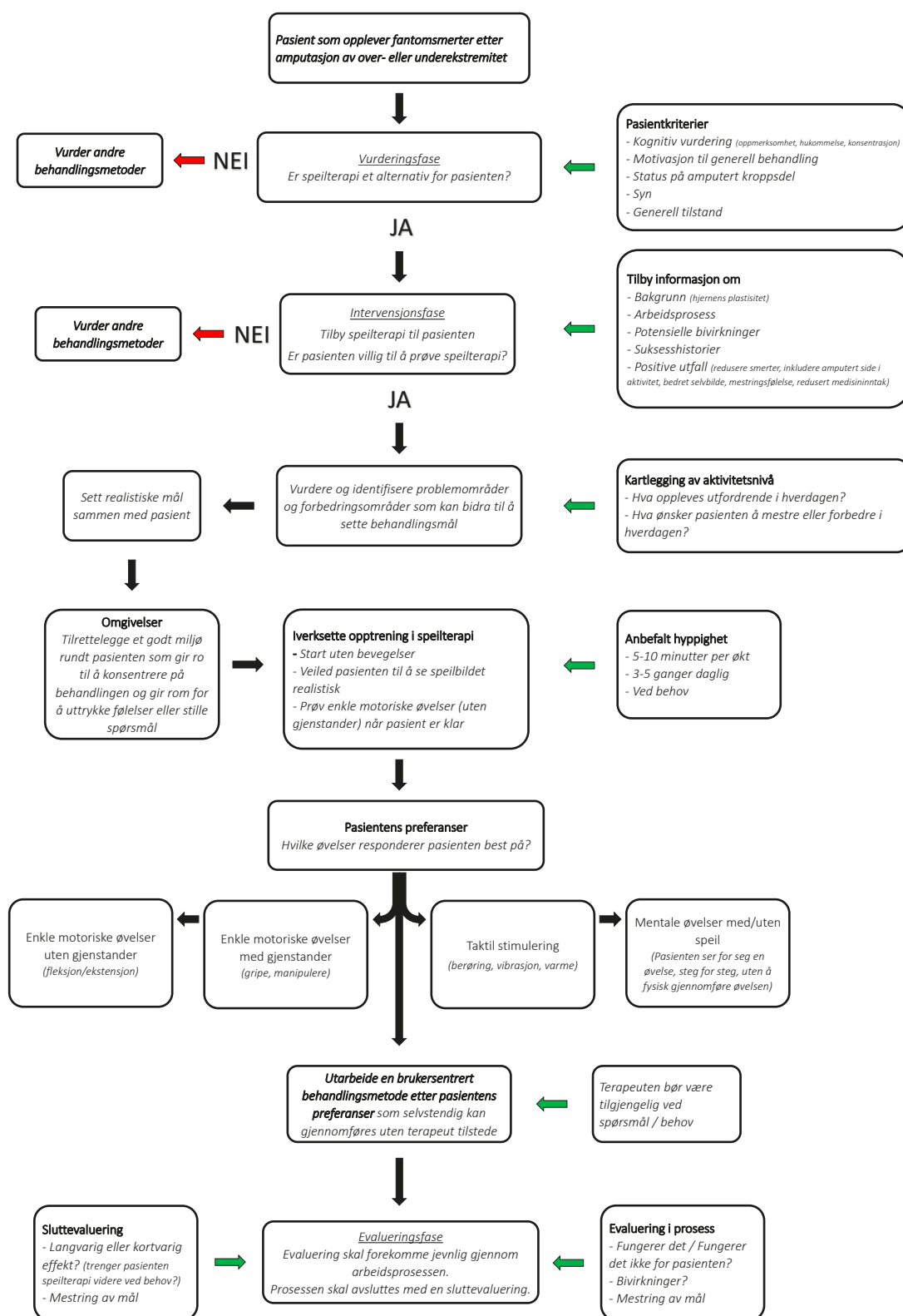
## Nytteverdi for praksis

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

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

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

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



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

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

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

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

## Konklusjon

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

## Referanser

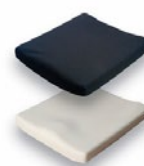
1. Jepsen, B.G., Larsen, A.E. Basisbog i ergoterapi: intervensjon. 3.utg. Danmark: Munksgaard; 2013. 574 s.
2. Schlichting, E. Amputasjon [Internett]. 13.02.2009 [opdatert 24. aug 2018; hentet 23.apr 2021] Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/amputasjon>
3. Kaur, A., Guan, Y. Phantom limb pain: A literature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



# JAY®

## Det enkle valget!

Fra enkel til maks  
stabilitet og  
trykkfordeling  
- vi har hele  
utvalget på ny  
kontrakt!



JAY Basic Cushion



JAY Easy Visco  
Cushion



JAY Easy Fluid  
Cushion



JAY Xtreme Active  
Cushion std



JAY Xtreme Active  
Cushion large



JAY Balance Cushion  
fluid



JAY Balance  
Cushion DC fluid



JAY J2 Cushion



JAY J2 Cushion DC

- Klar til bruk ut av eske!
- Enkelt vedlikehold!
- Trygghet i hverdagen!

Les mer om JAY sitteputer med  
trykksårforebyggende egenskaper  
på våre hjemmesider!



# Å være ektefelle til samboende partner med demens

Av Per Ivar Hagen & Arne H Eide



Per Ivar Hagen er førstelektor på NTNU ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap.  
E-post: per.i.hagen@ntnu.no



Arne Henning Eide er Sjef forsker ved SINTEF Digital.

## Abstract

### Being the spouse to co-habiting partner with dementia

**Background:** Dementia is an increasing health problem with strong impact on affected individuals and their next-of-kin.

**Aim:** To analyse the impact on next-of-kin co-habiting with their spouse who is living with dementia.

**Method:** In-depth, semi-structured interviews with six spouses, of which four were women. Data was analysed by means of constant-comparative method as in Grounded Theory. Results: The main category was «Life has become different». The four first level sub-categories were «loss and adversity», «commitments as spouse», «utilize own resources», and «dilemmas when receiving professional care services».

**Conclusion:** The results provide enhanced understanding of factors that strengthen the resilience and capability of spouses as caregivers. Further research on the interplay between next-of-kin as caregivers and professional services is required.

**Keywords:** Dementia, Informal care, living in place, resilience, coping, care services

Manuset ble mottatt 22.07.2022, og det ble godkjent for publisering 13.09.2022.

## Introduksjon

Demografiske endringer fører til en økende andel eldre som lever med demens i befolkningen. Dette innebærer større krav til planlegging og gjennomføring av tiltak og tjenester innen helse- og omsorgstjenesten (Livingston et al., 2017). I Norge er antall personer som lever med demens i 2020 beregnet til 101 000, og det forventes mer enn en dobling innen år 2050 (Gjæra et al., 2021). Det økende presset på helse- og omsorgstjenestene er en av årsakene til at flere land nå tilrettelegger for at de som har demens kan bo hjemme lengst mulig med adekvat hjelp (World Health Organization, 2012; Livingston et al., 2017).

På grunn av begrensninger i ressursene til både hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester, vil mer hjemmebaserte tjenester innebære at pårørende i større grad forventes å supplere og/eller erstatte offentlige omsorgstjenester (World Health Organization, 2012). Dette gjelder spesielt forventninger til ektefeller/samboere og voksne barn som utgjør den største andelen av pårørende (Livingston et al., 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

Demens er en kronisk og progressiv sykdom som medfører reduksjon av språk, hukommelse, persepsjon, kognitive ferdigheter og endring av personlighet. Svekkelser i disse funksjonene påvirker alle aspekter ved personens liv og nære relasjoner (Engedal et al., 2018) og gir et økende omsorgsbehov. Uformell omsorg og kommunale omsorgstjenester representerer to forskjellige støttesystemer av primære og sekundære relasjoner (Schieffloe, 2015). Primære relasjoner er kjennetegnet av en personlig relasjon, og at omsorgsgivere bruker gjennomgående mye tid på omsorg, mens sekundære relasjoner er forholdet til profesjonelle utøvere.

Det dokumenteres flere helseproblemer blant pårørende som yter omsorg for en som har demens, både psykisk, mentalt og sosialt sammenlignet med tilsvarende befolkning uten omsorgsansvar (Adelman et al., 2014) og høyere andel av depresjon, engstelse, håpløshet og nedsatt velvære sammenlignet med andre grupper som mottar bistand (Sørensen et al., 2006; Fonareva og Oken, 2014). I hvilken grad helse- og omsorgstjenesten blir involvert, er avhengig av flere faktorer (Hagen og Eide, 2020; Kim et al., 2012), og mange må yte en betydelig og kontinuerlig innsats for at den som lever med demens fortsatt skal kunne bo hjemme. For omsorgsgiver medfører omsorgsansvar forandringer i rolle, identitetsopplevelse, kommunikasjon, rutiner og planer. Blant pårørende er ektefeller spesielt sårbare som følge av

tap, sorg og psykiske påkjenninger over tid (Lethin et al., 2016b; Davis et al., 2014; Ingebrechtsen og Solem, 1998; Clemmensen et al., 2019), og dessuten har de større risiko for å bli isolert fra sitt sosiale nettverk (Nordtug og Holen, 2011). Selv om belastningen er stor, kan omsorgen også gi pårørende positive opplevelser som ny innsikt, kompetanse, tilfredsstillelse og mestring av relasjonsforholdet og meningsfulle opplevelser (Tarlow et al., 2004; Autio og Rissanen, 2018; Hellström, Nolan og Lundh, 2007; Shim, Barroso og Davis, 2012; Wogn-Henriksen, 2012).

Flere studier viser svakheter i den offentlige omsorgen. Kitwood er den mest anerkjente kritiker av demensomsorgens manglende person-orientering (Kitwood, 1997). Noen forfattere (Vik og Eide, 2012; Anker-Hansen et al., 2018) etterlyser bedre tilrettelegging for deltagelse i utforming av omsorgsytelser, andre peker på behovet for bedre kompetanse hos fagpersonalet i utvikling av sosial støtte til pårørende (Fjetland og Tokovska, 2021), mens andre igjen etterlyser psykiatrisk bistand i demensforløpet (Ulstein, 2007) og individuelt tilpassete tiltak (Hagen og Eide, 2020; Ablitt, Jones og Muers, 2009). Det argumenteres for ulike støtteprogram til pårørende (Milne, Guss og Russ, 2014; Hotvedt, 2016) og bedring av relasjonskompetanse hos fagpersonalet i gruppeorienterte tiltak (Kjallman Alm, Hellzen og Norbergh, 2014).

Det foreligger et betydelig antall undersøkelser som belyser ulike sider av ektefelles erfaringer i omsorgen for hjemmeboende personer med demens (Wadham et al., 2016; Pozzebon, Douglas og Ames, 2016; Colquhoun, Moses og Offord, 2019; Merrick, Camic og O'shaughnessy, 2016; Ingebrechtsen og Solem, 1998), og hvordan negative, ambivalente, positive følelser i rollen som omsorgsgiver skal håndteres (Shim, Barroso og Davis, 2012; Davis et al., 2014). Imidlertid foreligger få studier om faktorer som stimulerer ektefelles motstandskraft i samspill med offentlig hjelp i et livsløpsperspektiv (Cherry et al., 2013; O'Dwyer et al., 2017; Deist og Greeff, 2015; Jones, Mioshi og Killeth, 2019; Kim et al., 2018; Thorsen, 1996). Det handler om å identifisere ektefelles omsorgsressurser, tidligere omsorgserfaringer, forventninger til rollen som omsorgsgiver i parforholdet og å motta omsorgstjenester/tiltak som stimulerer egen innsats. Å støtte opp under ektefelles egen motstandskraft og å finne gode samarbeidsløsninger mellom privat og offentlig omsorg, vil ha betydning for hvordan vi som samfunn håndterer det økende omsorgsbehovet i årene som kommer.

Målet med denne studien er en utvidet forstå-



Overordnet kategori	Livet er blitt annerledes			
Hovedkategorier	Tap og motgang	Forpliktelse som ektefelle	Ta i bruk egne ressurser	Dilemmaer i bruk av helse- og omsorgstjenester
Underkategorier	Endring av adferd og personlighet	Tap av fellesskap	Styrke i omsorgserfaringer	Informasjon og samarbeid
	Behov for hjelp	Endring av rolle	Sosial støtte	Ektefelles og partners behov
				Kompetanse og omsorgstiltak

Tabell 1. Kategorier i henhold til dataanalyse.

else av faktorer som styrker ektefelles mestring av demens i parforholdet. Artikkelen belyser erfaringer ektefeller gjør som omsorgsgiver og sentrale faktorer i samspillet mellom offentlig og uformell omsorg.

## Metode

### UTVALG

Studien er gjennomført i en større bykommune i Midt-Norge. Deltagerne ble rekruttert av avdelingsleder ved et av kommunens dagsentre som også var leder for Nasjonalforeningens lokale demensforening. Inklusjonskriteriene omfatter medlemskap i demensforeningen, ektefeller som har deltatt i støt-tegruppe for pårørende i regi av demensforeningen, og er samboende med partner som har demens, og som får kommunale omsorgstjenester. Alle som lever med demens og deres ektefeller i studien har mottatt hjemmesykepleie i et par års tid, to kombinert med dagsenter og avlastning i sykehjem, fire på intervjutidspunktet innlagt i sykehjem<sup>1</sup>. Etter samtykke om å bli med i undersøkelsen, ble alle ektefellene skriftlig informert og deretter kontaktet per telefon av førsteforfatter om sted og tidspunkt for samtale. Utvalget var seks ikke-yrkesaktive deltagere, fire kvinner og to menn.

### DATAINNSAMLING

Bortsett fra ett intervju på deltagers tidligere arbeidsplass, ble alle intervjuene gjennomført av førsteforfatter i ektefellers hjem uten ektefelle til stede. Lydopptak av intervju på en og en halv til to timer ble transkribert. Intervjuguide var utarbeidet på forhånd. Følgende fire tema lå til grunn for intervjuet:

- opplevelser av demensforløpet
- å være ektefelle og samtidig omsorgsgiver
- håndtere daglige utfordringer
- erfaringer i å motta omsorgstjenester og sosial støtte

Alle navn i de transkriberte intervjuene er anonymiserte. Undersøkelsen ble gjennomført i 2014. Undersøkelsen ble forelagt Regional komite for

medisinsk forskningsetikk, Helseregion Midt-Norge, som vurderte at den falt utenfor REK sitt mandat. Prosjektet er innrapportert og vurdert av Norsk Senter for forskningsdata (NSD – ref.nr. 896520).

### DATAANALYSE

Analysen fulgte retningslinjene i Grounded Theory (Charmaz, 2014). Første steget var utvikling av initiale koder. Teksten i intervjuene ble delt opp i små sammenhengende og meningsbærende avsnitt for på den måten å hente ut essensen og kodene. Denne prosessen resulterte i bortimot 20 koder, eksempelvis «uventet atferd», «stå i konflikter», «vise styrke», «nytte av støtte». Det neste steget var fokuserte koder som sorterte materialet ytterligere og resulterte i underkategorier basert på en konstant sammenlignende prosess i lys av tekst og den initiale kodingen. Gjennom denne prosessen ble hovedkategoriene formulert. De fire hovedkategoriene «tap og motgang», «forpliktelse som ektefelle», «ta i bruk egne ressurser» og «dilemmaer i bruk av helse- og omsorgstjenester» uttrykker ektefellenes erfaringer. I løpet av den analytiske prosessen vokste den overordnede kategorien «livet er blitt annerledes» fram. Den uttrykker hvordan ektefellenes omsorgsgivere opplevde positive og negative erfaringer (tabell 1).

### Funn

Sammenhengen mellom overordnet kategori «Livet er blitt annerledes» og hovedkategoriene «tap og motgang», «forpliktelse som ektefelle», «ta i bruk egne ressurser» og «dilemmaer i bruk av helse- og omsorgstjenester» illustrerer hva det innebærer å være ektefelle til partner med demens. Den overordnede kategorien oppsummerer ektefelles erfaringer når egne behov skal ivaretas samtidig med partners behov, i samspill med offentlig omsorg.

### TAP OG MOTGANG

Alle ektefellene forteller på forskjellig måte og i ulik grad hvordan de opplever starten på demens-



utviklingen og den hjelpen de gir. Karakteristisk er snikende og gradvise forandringer i partners kognitive kapasitet, atferd, personlighet og deres behov for hjelp.

Fellestrekk hos ektefellene er opplevelse av at noe ved partneren er endret. Berit (4) forteller «*Spesielt etter at han ble pensjonist, merket jeg forskjell på ham... i væremåten liksom...jeg vet ikke helt hva det var, men han dro seg unna, ville ikke være med... var ikke med i diskusjoner og sånt.*» Eller slik Nils (6) opplever «*Det begynte med en slags beslutningsvegring... jeg skulle bestemme... hvilke restauranter vi skulle velge og hva vi skulle spise... hun overlot til meg å bestemme alt.*» Eller som Ellen (5) uttrykker «*Når jeg tenker tilbake, var han veldig flink å skjule ting. Han snakket rundt tingene og lot andre svare for seg, men det verste var glemsomheten ... i tillegg til at all piffen forsvant. Før var han aktiv i hagen.. ivrig å stille med planter og trær.. var med i fagforeninga ... gnikket og stelte på bilen... men mistet etter hvert interessen for alt.*»

Flere av ektefellene fikk bekreftet mistanken om at noe var endret ut fra reaksjonene fra barna og familie. Dordi (1) sier «*Ja, det var en gang jeg hadde besøk av et barnebarn nordfra. Hun hadde truffet Thorvald på butikken og så helt forfjamset ut. Hun gikk bort til ham og spurte hva det var... Jo, han skulle kjøpe noe, men husket ikke hva. Hun regnet opp forskjellige ting... men kom ikke på noe. En annen gang skulle han på butikken med tippinga, men kom hjem med pengene og ikke levert kupongen. Jeg spurte hvorfor? Nei, han visste ikke hva han skulle med pengene.*»

Utvikling av demens ble i enkelte tilfeller oppfattet som psykiske lidelse før diagnosen ble konstatert. I ettertid sier Nils (6): «*Hun var nok deprimert, men jeg vet ikke hva som kom først og sist... om det var demens eller depresjon?*».

Flere av ektefellene begynte å bli usikre på hva grunnen kunne være til partnerens avvikende atferd; om det var deres egen feil og/eller problemer i samlivet». Dordi (1) uttrykker «*En dag spurte han hva jeg gjorde om dagen...du sitt bare i stolen og søv du... og alltid var det jeg som hadde sagt eller gjort feil... det var så ulikt ham...jeg ble både fortvilt og sint...når jeg tenker på alt jeg hadde gjort.*» Eller slik Ellen (5) opplever det «*En dag jeg besøkte ham på dagsenteret, fant jeg han på et annet rom sammen med en dame. Jeg måtte hilse på den nye kona hans...Jeg ble både sjokkert og såret.*»

Det gradvise tapet av partner som person var en

sterk påkjenning. Endringene kunne etter hvert bli ekstreme med episoder av aggresjon, vrangforestillinger og synshallusinasjoner. Roar (3) opplevde at kona falt ut av senga en natt. Han prøvde å hjelpe henne, men hun nektet hjelp, skrek og sparket etter han. Dordi (1) illustrerer hvor dramatisk dette kunne være. Fra å være en stabil og forutsigbar partner, ble han plutselig svært aggressiv og truende, noe som gjorde henne svært utrygg. «*Da jeg foreslo for ham en kveld at tiden var inne å gå til sengs, reiste han seg plutselig, gikk inn på kjøkkenet, reiv opp kjøleskapsdøra, tok tak i et syltetøyglass og slukte innholdet, kom tilbake på stua, satte seg på en stol, holdt i peissettet ved siden av seg liksom for å forsvare seg.*»

Alle ektefellene rapporterte tiltagende hjelpebehov slik Ellen (5) forteller «*Jeg måtte være til stede hele tiden. Han greide nesten ikke noe selv...måtte ha hjelp til dusjing og påkledning. Da han fikk hjelp av hjemmesykepleier, satt jeg i full beredskap utenfor badet...hvis noe skulle skje.*» Situasjonen ble så belastende at det var nødvendig med innleggelse på sykehjem. Astrid (2) sier «*Det ble veldig slitsomt.. jeg greide ikke mer...legen og hjemmesykepleien så det visstnok og fikk ham plassert på sykehjemmet, men han maser jo stadig om å komme hjem...så jeg vet ikke hva jeg skal gjøre*»...

## FORPLIKTELSE SOM EKTEFELLE

Ektefellene skisserer varierende grad av fellesskap med partner også før sykdommen brøt ut. Noen har levd i ekteskapet med stor grad av nærhet og tett tilknytning til partner, mens andre beskriver et samliv preget av distanse og uavhengighet. Felles for alle er at demensprosessen endret utgangspunktet for samlivet, og at det nå handler om å holde sammen i gode og onde dager. Ektefellene forteller om en prosess preget av sorg og håp, og at de gled gradvis inn i rollen som pleie- og omsorgsgiver. Mens de tidligere utfylte hverandre i daglige gjøremål, er det andre oppgaver som vektlegges. Astrid sier (2) «*Mannen min er jo borte...jeg må nesten gjøre alt...lage mat, hjelpe ham på badet selv om vi har hjemmesykepleier to ganger i uka...og ordne med det praktiske i hage og hus.*» Eller slik Ellen (5) uttrykker «*Før var forholdet oss imellom som mann og kone og delte slik vi gjør i ekteskapet. I dag har jeg fått et barn...jeg blir jo som en mor for ham...jeg er ikke kona hans mer.*»

Selv om ektefellene opplever tap av fellesskap, prøver de likevel å ivareta relasjonen på best mulig måte. Dordi forteller (1) «*Jeg besøker ham annen-*

hver dag, sitter hos ham uten at han sier så meget. Jeg trøster meg med at han husker meg fortsatt». Roar sier (3) «Jeg tenker mye på henne...jeg har sånn skyldfølelse av at hun har det slik...men det har vært umulig å ha henne hjemme...så lenge hun er på syke-hjemmet får hun pleie og stell... og besøk av meg og barna. Det som gleder meg mest, er når jeg besøker henne...hun klapper i hendene og sier....her er man-nen min og smiler». Eller slik Ellen opplever det (5) «Med kone så forbinder jeg alt ... praktiske ting og følelser...men det går over til omsorg».

Rollen som omsorgsgiver har konsekvenser for egen identitet og selvoppfatning for ektefellene. Å kombinere rollen som kone og omsorgsgiver blir vanskelig, også fordi andre forventer dette. Nils sier (6) «Det var mange prosesser her...i tiden med bi-stand fra hjemmesykepleien hadde vi flere episoder der hun hadde piggene ute etter bare en liten be-merkning fra min side ...det førte til at jeg måtte hele tiden gå rundt å be om unnskyldning, noe jeg mener jeg ikke hadde grunn til...for å si det mildt».

Svikt i språk, hukommelse og atferd umuliggjør utveksling av personlige historier, samtale og små-prat i hverdagen. Roar (3) uttrykker «Jeg kan ikke sitte og prate på samme måte som før...ikke skjønner hun hva jeg sier og husker lite hva jeg snakker om... det fører til savn og ensomhet». Eller som Dordi (1) forteller «Før snakket vi mye om ting som skjedde og om barna og hva vi skulle gjøre, men det kan jeg ikke nå. Føler jeg er ikke meg selv lenger».

Å forstå og forholde seg til endringene tvinger ektefellene til å justere og finne andre måter å oppfatte og reagere på. Berit sier (4) «Han var omsorgsfull, snill og omgjengelig, ansvarsbevisst og ga meg sånn trygghet». Andre nevner at utfordringen truer menin-gen med tilværelsen. Dordi (1) «Thorvald er ikke den han var. Jeg synes å ha mistet liksom fotfestet i livet».

## TA I BRUK EGNE RESSURSER

Som følge av endringer i parforholdet, nevner ektefellene at de ofte føler seg maktesløse samtidig som de prøver å håndtere situasjonen så godt de kan. Noen av ektefellene retter søkelyset på hva de har mistet i rollen som omsorgsgiver, mens andre ved å ta i bruk egne mestringsressurser, lærte nye ferdig-heter for bedre å kunne møte partnerens behov. Det har tatt tid, men gitt dem erfaringer som har ført til bedre kontroll over situasjonen. Dordi sier (1) «Jeg tar en dag om gangen...jeg har lyst mang en gang å dra dyna over hodet og ikke stå opp...men nei...jeg sier til meg selv at dette skal jeg komme igjennom».

Eller slik Ellen forteller (5) «Den følelsesmessige belastningen har vært stor, men når ting går meg imot, lett å dette ned i skoa før jeg må bygge meg opp igjen». Felles for informantene er at de må gjøre alt som de tidligere har vært to om. Dette har gitt negative og positive erfaringer. Astrid mener (2) «Det er ingen andre som kan fortelle meg hvordan jeg skal gjøre det...utfordringene har vært mange... men jeg har greid det».

Noen ektefeller refererer til hendelser under oppveksten som har gitt nyttige erfaringer. Ellen sier (5) «For egentlig er jeg et sånn krigsbarn nordfra... jeg har opplevd brenning og evakuering....jeg mis-tet mamma tidlig og måtte ta ansvar for tre yngre søsken og en pappa som var blitt såret under krigen.. og var veldig bortkommen...alt dette har gjort at jeg måtte stole på meg selv...det hjelper meg nå». Astrid forteller (2) «Jeg er jo skilsmissebarn under krigen og ble bortsatt til bestemor, onkler og tanter...måtte tidlig ta vare på meg selv...har ikke hatt noen som har piffet meg opp...jeg har vært selvstendig».

Andre ektefeller forteller hva de har lært ved å ta ansvar for syke barn og svigerforeldre. Roar forklarer (3) «Jeg er nokså rolig av meg. Da gutten vår fikk poliomyelitt, var det jeg som måtte trå til, også når dattera vår døde brått...Det gjelder å ståsette seg og kjempe i mot». Berit forteller (4) «Jeg har lært å håndtere utfordringer i livet. Vi mistet tidlig to av sønnene våre...jeg måtte vise styrke siden Hans holdt på å gi opp». En forteller at han mener å ha utviklet styrke i å mestre utfordringer eller slik Nils opple-ver (6) «Etter at kona ble syk, måtte jeg også hjelpe svigermor i sin sorg over å ha mistet mannen sin. Jeg kan fortelle deg i mitt stille sinn...hvorfor sørger jeg ikke mer?...jo, jeg har kommet til at jeg er løsnings-orientert i alt jeg gjør...jeg prøver å finne løsninger... tror en må ha en passe blanding av empati og kreati-vitet for ikke å bli overmannet av følelser».

Alle ektefellene har deltatt i samtalegrupper i den lokale demensforeningen. De sier dette har vært til hjelp. Dordi mener (1) «Kurset har gitt meg nye måter å forstå kommunikasjonen med Thorvald på». I tillegg til kunnskap om demens og hjelpetilbud har det gitt dem anledning til å bearbeide den følelses-messige belastningen. Ellen forteller (5) «Å oppdage at vi alle er i samme båt, har vært en styrke, synes jeg...også at vi kunne dele sorger og bekymringer... ikke minst kunne le av pussige situasjoner».

Ektefellene gir uttrykk for at kunnskapen om sykdommen har gitt bedre innsikt i hvordan de skal forholde seg til partneren, og de har lært hvordan

de skal kommunisere med barna og slektninger om situasjonen. Nils (6) illustrerer dette slik «Jeg må hele tiden tenke på hva om det var jeg som satt der...når vi var på reise for eksempel og vi skulle legge oss i en fremmed seng...da tenkte jeg om jeg var i en jungel fylt av fremmede lyder...hvordan ville jeg ha tatt det? Tror det er viktig å skape slike bilder for å skjønne hva det dreier seg om». Flere beskriver episoder hvor de forsøker å gjøre ting sammen i håp om å oppnå stimulering og bedre kontakt. Et eksempel er Dordi (1) «For å få Thorvald i bedre humør tar jeg ofte med ham til et sted ved Nidelva han likte seg godt og der vi ofte sang Otto Nilsens sang Trondhjem, Trondhjem att æ reist i fra dæ». Noen gir uttrykk for at de har forsonet seg med situasjonen. Ellen forklarer (5) «Jeg føler...tross alt jeg har det bra...jeg er på leting etter den indre gleden...opplevde det et par ganger...også på grunn av den styrke jeg får av døtrene mine...jeg har vel omtrent 15 år igjen å leve...kanskje faller mannen min fra før...men jeg har tenkt å leve aktivt...få mest mulig ut av det». Også Dordi (1) er inne på de samme tankene «Når andre spør hvordan jeg orker...svarer jeg at jeg vil gjøre det beste ut av situasjonen...besøke ham på hjemmet og ellers finne min egen vei». Ektefellene opplyser at ikke alle barna forsto fullt ut hvor ille det var før etter en tid. Det beskrives som belastende, men var en stor lettelse og støtte når de registrerte det selv. Berit forteller (4) «Ja, nå skjønner jeg hvor vanskelig far kan være og hvor tøft du har hatt det mor», etter at sønnen hadde overnattet hos henne noen døgn.

## DILEMMAER I BRUK AV HELSE- OG OMSORGSTJENESTER

Alle i utvalget har helse- og omsorgstjenester. Dette er hovedsakelig bistand fra hjemmesykepleier samt avlastning i dagsenter og innleggelse i sykehjem. Kunnskap om hjelpetilbudet har de fått mer eller mindre tilfeldig. Noen ganger har de fått opplysninger av sin fastlege, andre ganger ved å kontakte kontoret for hjemmebaserte tjenester. Kunnskap gjennom den lokale demensforeningen har vært til stor hjelp.

Ektefellene beskriver dilemmaer i samarbeidet med omsorgstjenestene. De refererer til episoder de oppfattet som kritikkverdige. Astrid forteller (2) «Når unge jenter fra hjemmesykepleien skal hjelpe ham på badet...var redd han kunne misforstå når de tøyset og lo med ham...redd for at han kunne bli aggressiv...det skjer jo ofte han slår meg når han nektet å ta på seg klærne». Roar sier (3) «Det skjedde så

fort...etter innleggelsen på sykehuset ble hun flyttet til sykehjemmet uten at jeg visste om det før etter det skjedde...jeg savner at noen hadde snakket med meg om det forhånd».

Andre ektefeller savner samtaler om de følelsesmessige belastninger de opplever. Samtalen med hjemmesykepleier dreier seg om partners behov, men i liten grad hvordan de selv opplever det. Ellen sier (5) «Jeg er glad for at han fikk tilbudet på daghjemmet, men skulle ønske de så hvordan jeg har det». Berit sier (4) «Det gikk én måned før jeg greide å besøke ham, og nå gruer jeg meg hvis han skrives ut...trenger hjelp til å forklare hvor vanskelig det vil bli». Dordi forteller (1) «Jeg plages innimellom av fryktelig dårlig samvittighet, men vet ikke om personalet skjønner meg fullt ut.»

Noen ektefeller nevner enkelte omsorgstiltak som ville ha vært til hjelp. Ellen sier (5): «Jeg skulle ønske Jon kunne få en støttekontakt jeg kan stole på. Jon er jo fysisk i bra form, men trenger noen som kan ta seg av seg av ham...for eksempel gå turer og sånt». Nils (6) beskriver eksempelet på et botilbud han lyktes å få til etter store anstrengelser «I stedet for innleggelse i sykehjem, leide vi en trygdebolig der jeg sov om natta og hadde tilsyn med henne...og når jeg var på jobb...overtok omsorgstjenesten...en ordning som fungerte utmerket».

## Diskusjon

Undersøkelsen viser at demens i parforholdet endrer livet til ektefelle, og at dette har sammenheng med endring i rollen fra å være ektefelle til å bli omsorgsgiver som følge av demensprosessen, grad av kvalitet i parforholdet, ektefelles mestring av personlige omsorgserfaringer og bruk av hjelp og støtte.

Tap og belastninger er sentrale begrep for å forstå hva ektefeller har å stri med under partners demensutvikling. Dette er vel kjent i litteraturen (Adelman et al., 2014; Lethin et al., 2016a; Bastawrous, 2012; Wogn-Henriksen, 2012) og bekreftes i denne studien, som viser betydningen av gradvis svekkelse av partners psykiske og fysiske funksjon, begrensning i kommunikasjon og tap og savn av fellesskap og samhørighet. Vår undersøkelse er på linje med to studier som beskriver utviklingen av demens i tre faser (Johannessen et al., 2017; Clemensen et al., 2019). Den første fasen er preget av engstelse og forandringer i personens ferdigheter, deretter av behovet for å tilrettelegge hjelp og støtte og til slutt av forandringer som endrer familiens situasjon. Dette illustreres godt av Astrid (2) der

mannen er «borte for henne» og hun må overta alt ansvar for hus og hjem, samt Ellen (5) som sier at før var forholdet som mann og kone og de delte på arbeidsoppgavene i hjemmet, nå er han som et barn og hun som mor for ham. Det handlet ikke bare om å gi omsorg, men også å finne balanse mellom reduksjon av partners selvfølelse på grunn av tiltagende kognitiv svikt og å gi partneren et akseptabelt stressfritt liv. Ektefelles erfaringer er i så måte nært knyttet til erkjennelsen av tap og motgang i utviklingen av demens og ønske om å ivareta gode minner fra samlivet i ekteskapet.

Ektefelles grad av tilknytning og relasjon til sin partner har vist seg å få konsekvenser for hvordan en mestrer og opplever det å gi omsorg til en partner som har demens (Engedal et al., 2018; Ingebrechtsen og Solem, 2002). Sentralt i Ingebrechtsen og Solem sitt arbeid er hva ektefelle har hatt behov for av sin partner opp gjennom livet, og at de ulike «relasjonskontraktene» antas å spille en viktig rolle i ektefelles tilpasning til partners sykdomsprosess. Vår studie har ikke spesifikt undersøkt type «kontrakt» mellom ektefellene, men indikerer at forpliktelsene i ekteskapet har styrket deres mestringserfaringer. Det å holde sammen i gode og onde dager ansees å være en sterk motivasjonsfaktor i tillegg til hva de har lært av å yte omsorg under oppveksten og for familiemedlemmer. Spørsmålet er likevel hva som ligger til grunn for individuelle forskjeller hos omsorgsgiver (Shim, Barroso og Davis, 2012). Om informantene i denne studien tilhører en negativ, ambivalent eller positiv gruppe i omsorgen kan vi ikke med sikkerhet si, men det er grunn til å tro at ektefellene ikke tilhører den negative gruppen siden alle på forskjellig vis har forholdt seg aktivt til tapet av ektefelle, opplevelse av sorg og krise og vist vilje til å stå på videre. Dette sammenfaller med andre studier (Pozzebon, Douglas og Ames, 2016; Wadham et al., 2016; Colquhoun, Moses og Offord, 2019; Merrick, Camic og O'shaughnessy, 2016; Hellström, Nolan og Lundh, 2007). Å stole på egne krefter og ta i bruk fleksible mestringsstrategier (Ingebrechtsen og Solem, 2002) i tillegg til hva de har lært av kunnskap om demens ved hjelp og støtte, har gitt dem styrke i å håndtere utfordringene i omsorgen (Jakobsen og Homelien, 2011).

Ektefellene beskriver dilemmaer i møte med den kommunale omsorgstjenesten. Selv om tjenestene tydeligvis har hatt positiv betydning, er erfaringene blandete. Tjenesten beskrives i noen grad å være utilstrekkelige og gjennomføres av og til på en

uheldig måte som gjør at det kan stilles spørsmål ved personalets faglige kompetanse. Dette dokumenteres på forskjellig vis også i andre studier siden offentlige tjenester ikke alltid støtter pårørendes prioriteringer og at bedre samarbeid vil stimulere omsorgsmottagers egen styrke og motstandskraft (Jones, Mioshi og Killett, 2019; Vik og Eide, 2012; Nordtug et al., 2021; Fjetland og Tokovska, 2021). På den annen side dokumenteres positive erfaringer med å delta i gruppesamtaler med pårørende, deling av kunnskap og erfaringer. Det gir styrke og overskudd (Kjallman Alm, Hellzen og Norbergh, 2014; Johannessen, 2006; Hotvedt, 2016).

Slik denne undersøkelsen viser, innfrir ikke hjelp og støtte fullt ut ektefelles behov og forventninger. Det er grunn til å reise spørsmålet om kunnskapsgrunnlaget blant personalet i helse- og omsorgstjenesten er tilstrekkelig, og i hvilken grad dette påvirker utforming og gjennomføring av tjenestene. Litteraturen etterlyser utvidet kunnskap hos profesjonelle hjelpere for å møte omsorgsmottakere på en grundigere og mer personsentrert måte (Hansen, Hauge og Bergland, 2017; Kitwood, 1997). Bakgrunnen for denne kritikken kan ha sammenheng med at det naturvitenskapelige paradigme lett undervurderer personlige, sosiale og kontekstuelle faktorer (Ekeland et al., 2009; Kitwood, 1997). Andre peker på at utfordringen er å løfte fram systemteoretisk kunnskap som framhever kommunikasjon, relasjoner og samspill (Snoek og Engedal, 2017; Jakobsen og Homelien, 2011). Mer spesifikt handler det om en helhetlig tilnærming og større oppmerksomhet mot pårørendes erfaringer (O'Dwyer et al., 2017) og faktorer som bygger opp om det som kan stimulere pårørendes styrke og motstandskraft (Cherry et al., 2013; Deist og Greeff, 2015).

For ergoterapeuter/ansatte i hjemmetjenesten understreker denne studien behovet for å se pårørende som en ressurs og samarbeidspartner, og at det er av betydning å ha oppmerksomheten mot pårørendes situasjon, behov og ressurser. Variasjon i behov, ressurser og relasjoner innebærer at individer må møtes på forskjellige måter innenfor de rammene en ergoterapeut arbeider under i hjemmetjenesten. Å støtte opp under pårørendes mestring av omsorgsoppgaven kan være en viktig nøkkel til et samarbeid som er til nytte både for pårørende, personer med demens og for tjenesteutøveren. Det følger videre av denne studien at kjennskap til de som mottar tjenestene og deres pårørende, er viktig for å kunne gjøre individuelle tilpasninger og fremme gode relasjoner.



Dette er et sentralt argument for å sikre kontinuitet og å organisere tjenestene slik at det blir færrest mulig tjenesteutøvere å forholde seg til.

## STYRKER OG BEGRENSNINGER

I motsetning til forskning som i stor grad dokumenterer belastning og negative aspekter i demensomsorgen, peker denne undersøkelsen på potensialet som kan styrke ektefelles mestringsressurser. Utvalget er strategisk valgt og kan neppe generaliseres, men antas å ha relevans i nordisk kontekst ut fra likheter i helse- og velferdssystemer. Undersøkelsen er kun basert på intervjuer av ektefeller. Vi kan anta at intervju av ektefeller sammen med partner ville ha gitt ytterligere innsikt i temaet.

## Konklusjon

Denne studien bidrar til økt forståelse av demens i et parforhold. Resultatene indikerer behov for individuelle tiltak ut fra helhetlig tilnærming basert på ektefelles personlige mestringsressurser, relasjonelle forpliktelser og støtte i gruppesamtaler. Våre funn peker på mangler i demensomsorgen og tiltak som styrker ektefelles motstandsressurser og samspillet med offentlige tjenester. Studien avdekker behov for forskning om metoder som kan gi økt innsikt i hvordan tilrettelegge ektefelles involvering og mestring og engasjement som omsorgsgiver, på en proaktiv måte.

## Fotnote

<sup>1</sup> Dette dreier seg om korte opphold og/eller en situasjon som har vart en kort tid. Pårørende har lang tids erfaring som omsorgsgiver til en hjemmeboende person, og det er dette intervjuene handlet om.

## Referanser

- Ablitt, A., Jones, G. V. og Muers, J. (2009) Living with dementia: A systematic review of the influence of relationship factors, *Aging & Mental Health*, 13(4), s. 497-511. doi: 10.1080/13607860902774436.
- Adelman, R. D. et al. (2014) Caregiver Burden: A Clinical Review, *JAMA*, 311(10), s. 1052-1060. doi: 10.1001/jama.2014.304.
- Anker-Hansen, C. et al. (2018) The third person in the room: The needs of care partners of older people in home care services—A systematic review from a person-centred perspective, *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), s. e1309-e1326. doi: 10.1111/jocn.14205.
- Autio, T. og Rissanen, S. (2018) Positive emotions in caring for a spouse: a literature review, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), s. 45-55. doi: 10.1111/scs.12452.
- Bastawrous, M. (2012) Caregiver burden—A critical discussion, *International Journal of Nursing Studies*, 50(3). doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.10.005.
- Charmaz, K. (2014) *Constructing grounded theory*. 2nd ed. London: Sage.
- Cherry, M. G. et al. (2013) Factors influencing the resilience of carers of individuals with dementia, *Rev. Clin. Gerontol*, 23(4), s. 251-266. doi: 10.1017/S0959259813000130.
- Clemmensen, T. H. et al. (2019) The family's experience and perception of phases and roles in the progression of dementia: An explorative, interview-based study, *Dementia (London)*, 18(2), s. 490-513. doi: 10.1177/1471301216682602.
- Colquhoun, A., Moses, J. og Offord, R. (2019) Experiences of loss and relationship quality in couples living with dementia, *Dementia*, 18(6), s. 2158-2172. doi: 10.1177/1471301217744597.
- Davis, L. L. et al. (2014) Adapters, Strugglers, and Case Managers: A Typology of Spouse Caregivers, *Qualitative Health Research*, 24(11), s. 1492-1500. doi: 10.1177/1049732314548879.
- Deist, M. og Greeff, A. P. (2015) Resilience in Families Caring for a Family Member Diagnosed with Dementia, *Educational gerontology*, 41(2), s. 93-105. doi: 10.1080/03601277.2014.942146.
- Ekeland, T.-J. et al. (2009) Hva er «original» vitenskap?, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 129(10), s. 1009-1009. doi: 10.4045/tidsskr.09.0081.
- Engedal, K. et al. (2018) *Demens : sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forl. aldring og helse akademisk.
- Fjetland, K. J. og Tokovska, M. (2021) «I need you to pick him up.» Next of kin's experiences with social support in Dementia, *Kontakt*, 23(2), s. 104-110. doi: 10.32725/kont.2021.010.
- Fonareva, I. og Oken, B. S. (2014) Physiological and functional consequences of caregiving for relatives with dementia, *Int. Psychogeriatr*, 26(5), s. 725-747. doi: 10.1017/S1041610214000039.
- GjØra, L. et al. (2021) Current and Future Prevalence Estimates of Mild Cognitive Impairment, Dementia, and Its Subtypes in a Population-Based Sample of People 70 Years and Older in Norway: The HUNT Study. doi: <https://doi.org/10.3233/JAD-201275>.
- Hagen, P. I. og Eide, A. H. (2020) Omsorgsbelastning for pårørende til hjemmeboende personer med demens, *Tidsskrift for velferdsforskning*, 23(4), s. 237-248.
- Hansen, A., Hauge, S. og Bergland, Å. (2017) Meeting psychosocial needs for persons with dementia in home care services – a qualitative study of different perceptions and practices among health care providers, *BMC Geriatrics*, 17(1). doi: 10.1186/s12877-017-0612-3.
- Hellström, I., Nolan, M. og Lundh, U. (2007) Sustaining 'couplehood': Spouses' strategies for living positively with dementia, *Dementia*, 6(3), s. 383-409. doi: 10.1177/1471301207081571.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015) Omsorg 2020 - Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020: Helse- og

- omsorgsdepartementet.
- Hotvedt, K. (2016) Samarbeid og nye muligheter. Utviklingsprogram om tilbud til pårørende-pårørendeskoler og samtalegrupper. Demensplan 2015: Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse.
- Ingebretsen, R. og Solem, P. E. (1998) Spouses of persons with dementia ; attachment, loss and coping, *Norsk epidemiologi*, 8(2), s. 149-156. doi: 10.5324/nje.v8i2.457.
- Ingebretsen, R. og Solem, P. E. (2002) *Aldersdemens i parforhold*. Oslo: Nova.
- Jakobsen, R. og Homelien, S. (2011) *Pårørende til personer med demens : om å forstå, involvere og støtte de pårørende*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A. (2006) *Pårørende til personer med demens: Evaluering av en psykoedukativ intervensjon rettet mot pårørende*.
- Johannessen, A. et al. (2017) Experiences and needs of spouses of persons with young onset frontotemporal lobe dementia during the progression of the disease, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 31(4), s. 779-788. doi: 10.1111/scs.12397.
- Jones, S. M., Mioshi, E. og Killett, A. (2019) Coping but not allowing the coping to be everything: Resilience in informal dementia care, *Health Soc Care Community*, 27(4), s. e289-e297. doi: 10.1111/hsc.12732.
- Kim, G. M. et al. (2018) A model of adaptation for families of elderly patients with dementia: focusing on family resilience, *Aging & Mental Health*, 22(10), s. 1295-1303. doi: 10.1080/13607863.2017.1354972.
- Kim, H. et al. (2012) Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia, *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), s. 846-855. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05787.x.
- Kitwood, T. (1997) *Dementia reconsidered : the person comes first*. Buckingham: Open University Press.
- Kjallman Alm, A., Hellzen, O. og Norbergh, K.-G. (2014) Experiences of long term ongoing structured support in early stage of dementia - a case study, *International Journal of Older People Nursing*, 9(4), s. 289-297. doi: 10.1111/opn.12034.
- Lethin, C. et al. (2016a) Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), s. 526-534. doi: 10.1111/scs.12275.
- Lethin, C. et al. (2016b) Family caregivers experiences of formal care when caring for persons with dementia through the process of the disease, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(3), s. 526-534. doi: 10.1111/scs.12275.
- Livingston, G. et al. (2017) Dementia prevention, intervention, and care, *The Lancet*, 390(10113), s. 2673-2734. doi: 10.1016/s0140-6736(17)31363-6.
- Merrick, K., Camic, P. M. og O'shaughnessy, M. (2016) Couples constructing their experiences of dementia: A relational perspective, *Dementia*, 15(1), s. 34-50. doi: 10.1177/147130121513029.
- Milne, A., Guss, R. og Russ, A. (2014) Psycho-educational support for relatives of people with a recent diagnosis of mild to moderate dementia: an evaluation of a 'Course for Carers', *Dementia (London)*, 13(6), s. 768-787. doi: 10.1177/1471301213485233.
- Nordtug, B. og Holen, A. (2011) Similarities and Differences in Caring Burden of Home Dwellers With Partners Suffering From Chronic Obstructive Pulmonary Disease or Dementia, *Home health care management & practice*, 23(2), s. 93-101. doi: 10.1177/1084822310368633.
- Nordtug, B. et al. (2021) Informal caregivers and persons with dementia's everyday life coping, *Health Psychology Open*, 8(1), s. 20551029211000954. doi: 10.1177/20551029211000954.
- O'Dwyer, S. T. et al. (2017) In Their Own Words: How Family Carers of People with Dementia Understand Resilience, *Behavioral Science*, 7(3), s. 57. doi: 10.3390/bs7030057.
- Pozzebon, M., Douglas, J. og Ames, D. (2016) Spouses' experience of living with a partner diagnosed with a dementia: a synthesis of the qualitative research, 28(4), s. 537-556. doi: 10.1017/S1041610215002239.
- Schiefloe, P. M. (2015) *Sosiale landskap og sosial kapital : nettverk og nettverksforskning*. 2. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Shim, B., Barroso, J. og Davis, L. L. (2012) A comparative qualitative analysis of stories of spousal caregivers of people with dementia: Negative, ambivalent, and positive experiences, *International Journal of Nursing Studies*, 49(2), s. 220-229. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.09.003.
- Snoek, J. E. og Engedal, K. (2017) *Psykatri : for helse- og sosialfagutdanningene*. 4. utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Sörensen, S. et al. (2006) Dementia care: mental health effects, intervention strategies, and clinical implications, *Lancet Neurology*, 5(11), s. 961-973. doi: 10.1016/S1474-4422(06)70599-3.
- Tarlow, B. J. et al. (2004) Positive Aspects of Caregiving: Contributions of the REACH Project to the Development of New Measures for Alzheimer's Caregiving, *Research on Aging*, 26(4), s. 429-453. doi: 10.1177/0164027504264493.
- Thorsen, K. (1996) *Livshistorier, livsløp og alderdom*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Ulstein, I. (2007) *Dementia in the family*. Oslo: Universitetet i Oslo, Det medisinske fakultet.
- Vik, K. og Eide, A. H. (2012) The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care: The exhausting dilemmas faced by home-care service, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(3), s. 528-536. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00960.x.
- Wadham, O. et al. (2016) Couples' shared experiences of dementia: a meta-synthesis of the impact upon relationships and couplehood, *Aging & Mental Health*, 20(5), s. 463-473. doi: 10.1080/13607863.2015.1023769.
- Wogn-Henriksen, K. (2012) «Du må ... skape deg et liv» : en kvalitativ studie om å oppleve og leve med demens basert på intervjuer med en gruppe personer med tidlig debuterende Alzheimers sykdom, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Psykologisk institutt.
- World Health Organization (2012) *Dementia : a public health priority*. World Health Organization.





# X850

Tar deg frem  
på vinterstid

X850 er den perfekte utendørs rullestolen, retningsstabil og lett å kjøre. Den har kraftige motorer men er allikevel stillegående. Ta med hunden eller venner til koselig tur i parken og nyt den friske vinterluften.

Å være ute en kald vinterdag kan gjøre en helt ordinær dag til noen helt spesielt.

Kontakt oss for mer informasjon  
tlf. +47-67 07 04 00

permobil

[permobil.no](http://permobil.no)





**NAVN:**  
**Ruca Elisa Katrin Maass**

**STILLING:**  
**Førsteamanuensis/  
PostDoc ved NTNU**

## Forsker på helsefremming

Av Else Merete Thyness

### – Hvem er Ruca Elisa Katrin Maass?

– Jeg er ergoterapeut, forsker, mor, aktivist, venn og nabo – blant annet. Jeg kom til Norge fra Tyskland i 2000, mer eller mindre på slump, men trivdes så godt i Trondheim at jeg ble der. Det har jeg ikke angret på ennå. Her har jeg alt jeg trenger for et godt liv: Et trygt hjem, et sterkt nettverk, en spennende jobb, masse muligheter til artige aktiviteter og følelsen av å høre til og bety noe for noen.

### – Hva forsker du på?

– Jeg forsker på helsefremming i ulike sammenhenger som helsefremming i kommunal ergoterapi, helsefremmende nabolag og samarbeidsprosesser og politiske virkemidler for en helsefremmende samfunnsutvikling. Jeg synes helsefremming er et spennende felt. Det handler

om samspillet mellom det individuelle, hva hver enkelt av oss opplever og gjør, omgivelsene, de settinger og sammenhenger som vi lever våre liv i og hvilke muligheter og barrierer vi møter. Dette er ikke helt ulikt kjernen i ergoterapifaget.

For tiden er jeg permittert fra min faste stilling som førsteamanuensis ved ergoterapeututdanningen ved NTNU for å fullføre et postdoktor-prosjekt som handler om «policy coherence», altså det å følge opp politiske vedtak på en måte som gjør det lettere å omsette dem lokalt. Et eksempel på dette er å sørge for at nye oppgaver også vises i fagspesifikke planer og følges opp gjennom budsjettet.

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

– Det er vanskelig å si. Jeg oppdager jo stadig nye artikler

som kan være viktige på mange måter. Ofte er det jo kanskje den siste artikkelen jeg har lest som jeg også har best i minne.

En artikkel som jeg har tenkt mye over de siste ukene er «Norwegian policies to reduce social inequalities in health: Developments from 1987 to 2021» av Elisabeth Fosse (2022). Det jeg liker ved den er at den så tydelig peker på en av de største utfordringene ved norsk folkehelsepolitikk: At kommunene har ansvar for å utjevne sosial ulikhet, samtidig som det er nasjonale lover og omfordelingspolitikk som skaper ulikheten. Kommunene kan egentlig ikke gjøre noe med urettferdigheten som ligger i bunn, men er henvist til å «reparere» konsekvensene av den. Ikke at dette egentlig er noe nytt, men det er sjeldent at forskningsartikler adresserer slike komplekse sammenhenger. Innimellom er



det akkurat det vi trenger for å komme oss videre.

Generelt liker jeg artikler som får meg til å tenke nytt. God forskning handler ikke bare om å dokumentere og sammenligne, men også å tenke over hva funnene betyr for verden, og også for hvordan vi forstår verden og oss selv i forhold til den. Det er det som jeg synes er spennende.

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

- Nå motsier jeg kanskje meg selv, men det som etterspørres er

dokumentasjon av effekten av ergoterapi, behandlinger og tilnærminger, gjerne i kroner, ører og sparte utgifter. Det trenger vi nok mer av for å vise betydningen av faget, særlig i forhold til omstillingene helsevesenet står overfor. Å kunne vise til at en forebygger framtidige behov for helsetjenester kan bli et viktig argument for ergoterapi når budsjettene strammes inn.

Samtidig tenker jeg at ergoterapifaget i seg selv på ingen måte kommer til å bli mindre aktuelt framover, og her er det mye som gjenstår å forstå: Hvordan kan vi

styrke enkeltmenneskers og gruppers muligheter og kompetanse for meningsfull aktivitet gjennom livet? Det er ingen liten oppgave, det der!

---

**Referanse**

Fosse, E. 2022. Norwegian policies to reduce social inequalities in health: Developments from 1987 to 2021. *Scandinavian Journal of Public health*. 50:882-886. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/14034948221129685>



## OPPSUMMERT FORSKNING

# Erfaringer rundt hjelpemiddelsituasjonen for ALS-pasienter

**Amyotrofisk Lateral Sklerose** (ALS) er en nevrodegenerativ sykdom, hvor nerveceller som gir liv til viljestyrt muskulatur dør gradvis. Dette fører til pareser og ulike type funksjonsutfall. ALS er en heterogen sykdom som utvikler seg med ulik hastighet, noe som medfører funksjonsutfordringer i hverdagen etter hvert som sykdommen progredierer. Det finnes per i dag ingen kurativ behandling, og gjennomsnittlig overlevelse er to til tre år (1).

Forskning indikerer at oppfølging fra tverrfaglige ALS-team med høy kompetanse forlenger overlevelse og gir økt livskvalitet (2,3,4). Hjelpemiddelsituasjonen for pasienter med motornevronsykdom (MND), inkludert ALS, er i liten grad beskrevet. Som ergoterapeut opplever man at kompleksiteten i sykdomsbildet medfører store utfordringer i å tilrettelegge for aktivitet og deltagelse.

---

Av Mari-Anne Myrberget, Tore Wergeland Meisingset & Jenny Pernilla Rolland



*Mari-Anne Myrberget er ergoterapispesialist ved Klinikk for kliniske servicefunksjoner ved St. Olavs hospital. Epost: mari-anne.myrberget@stolav.no*



*Tore Wergeland Meisingset er nevrolog ved Avdeling for nevrologi og nevrofysiologi ved St. Olavs hospital.*



*Jenny Pernilla Rolland var medisinstudent ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU og er nå ansatt som LIS-lege ved St. Olavs hospital.*

Utgangspunktet for denne artikkelen er en kvalitativ studie som i 2019 ble gjennomført av medisinestudent Jenny Pernilla Rolland som del av en hovedfagsoppgave ved NTNU, med tittel «Hjelpemiddelsituasjonen for ALS-pasienter i Norge» (5). Nevrolog Tore Wergeland Meisingset og ergoterapispesialist Mari-Anne Myrberget ved St. Olavs hospital var veiledere. Hensikten med studien var å utforske hvordan pasient, pårørende og terapeuter opplever dagens hjelpemiddelsituasjon i vid forstand. Temaer for intervjuene var: Egne erfaringer med hjelpemidler, mangelområder, anskaffelsesprosesser og oppfølging fra helsevesenet.

I denne artikkelen ønsker vi å framheve, tydeliggjøre og nansere kompleksiteten i funnene fra den kvalitative studien. Vi vil først presentere et sammendrag av metode og resultater fra den kvalitative studien, før dette diskuteres opp imot erfaringer og perspektiv som ergoterapeut i tverrfaglig ALS team ved St. Olavs Hospital.

Grupper	Antall
Pasienter	9
Pårørende	8
Terapeuter	7
Deltakere totalt	24

Tabell 1: Studiedeltakere.

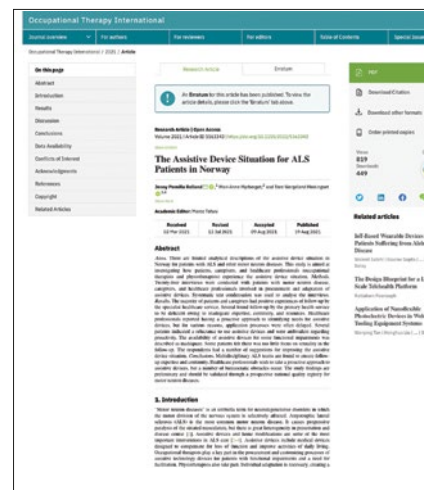
## Sammendrag kvalitativ studie

### METODE

Det ble rekruttert 24 deltagere fra tre ulike helseregioner: Helse Midt, Helse Sør-Øst og Helse Nord. Alle studiedeltakere ble fulgt opp av ALS-team ved henholdsvis St. Olavs hospital HF, UNN Tromsø, Sykehuset Østfold Kalnes og Drammen sykehus. Studiedeltakere ble informert om muligheten til å delta via lege eller annet tilknyttet helsepersonell. Terapeuter ble rekruttert ved de nevnte sykehusene. Det ble benyttet kvalitativ forskningsmetode der det ble gjennomført individuelle intervjuer med pasienter (n=9), pårørende (n=8) og terapeuter (n=7). Analyse av transkriberte intervju ble utført med systematisk tekstkondensering etter Malterud (6).

### RESULTATER

Studien viste at de fleste pasienter og pårørende hadde gode erfaringer med oppfølging fra tverrfaglige ALS-team i spesialisthelsetjenesten, mens erfaringene fra primærhelsetjenesten varierte



Den kvalitative studien er publisert i tidsskriftet *Occupational Therapy International*. «The assistive device situation for ALS patients in Norway», vol 2021. I tillegg ble refleksjoner rundt praksis presentert på Den Norske Fagkongressen i Ergoterapi.

i større grad. Kommunale terapeuter hadde tydelige proaktive holdninger, men kom som oftest for sent inn.

Enkelte pasienter opplevde høy terskel for å ta i bruk hjelpemidler og var ambivalente til proaktivitet. Respondentene formidlet mangel på hjelpemidler utviklet for flere typer funksjonstap, særlig for overekstremiteter

Pasientkarakteristika	Total (N=11 <sup>a</sup> )
Gjennomsnittsalder, år (variasjonsbredde)	61,6 (45-74)
Gjennomsnittlig sykdomsvarighet, år (variasjonsbredde)	7,0 (0,83-21)
Kjønn, n (%)	
Menn	6 (54,5)
Kvinner	5 (45,5)
Median ALSFRS-R <sup>b</sup>	25 (10-42)

Tabell 2. Pasientkarakteristika.

<sup>a</sup>: Ni pasienter ble intervjuet direkte, mens to pasienter ble beskrevet av pårørende uten pasientintervju.

<sup>b</sup>: Funksjonsskår for åtte pasienter.

%, prosent, N: antall, ALSFRS-R: Amyotrophic Lateral Sclerosis Functioning Rating Scale-Revised.





*ALS, eller motornevronsykdom, er en gruppe sykdommer hvor de motoriske nervecellene dør, noe som gjør at muskler mister sin kraft og lammes (ALS-Norge). Foto: Colourbox*

og ved rask sykdomsprogresjon. Seksualitet som tematikk kom fram som et lite fokusert område, særlig hos pasienter som har hatt sykdommen over flere år.

## KONKLUSJON

Tverrfaglige ALS-team sikrer kompetanse og kontinuitet i oppfølgingen, noe som i større grad savnes i primærhelsetjenesten. Ergoterapeuter har et ønske om proaktiv tilnærming til hjelpemiddelformidling, mens pasienter har et mer ambivalent forhold. Flere byråkratiske hindre forekommer. Validering av funn i studien ønskes utført gjennom et prospektivt nasjonalt kvalitetsregister for Motornevron sykdom (MND).

## BETYDNING FOR PRAKSIS

Nasjonale retningslinjer/veile-

dere ønskes utviklet for å effektivisere hjelpemiddelformidling for ALS-pasienter, men er dette mulig for en pasientgruppe med så heterogen utvikling og behov for individuell tilpasning? Hvordan kan vi ivareta autonomi opp mot proaktiv tilnærming?

## Erfaring/refleksjon

Jeg ønsker her som ergoterapeut å belyse noen av de utfordringene vi som terapeuter står overfor i møtet med pasientgruppen og se dette ut i fra resultatene i studien. Grunnet stor heterogenitet og ulikhet i sykdomsbildet vil man være avhengig av ulike ergoterapiintervensjoner. Hjelpemiddelsituasjonen vil være forskjellig på tvers av blant annet kjønn, alder, geografi, funksjonsutfall, kognisjon, psykisk tilstand, samt

personlige og sosiale faktorer. Å gjenspeile hele bredden i sykdomsbildet er av den grunn utfordrende.

Målet med ergoterapiintervensjon er at pasienten til tross for store funksjonstap skal kunne delta i meningsfulle hverdagsaktiviteter ut fra egne ønsker, behov og forutsetninger. Fokuset på hva som er viktig endrer seg som oftest igjennom sykdomsforløpet. Pasientens autonomi er viktig å ta hensyn til etter som pasienten mister mer og mer funksjon. De vil etter hvert være avhengig av hjelp til alt av daglige gjøremål, der andre fort kan ta over kontrollen.

## PROAKTIVITET

Pasientens stemme må komme tydelig fram underveis i behand-



lingsforløpet. Forskning viser at 50-60 prosent av de som får en ALS-diagnose utvikler en grad av kognitiv svikt grunnet panne-lappsaffeksjon (1). Klinisk kan pasientene få personlighetsendringer med apati, ambivalens og dysekutive symptomer (1). Dette gjør at det for enkelte pasienter også kan være vanskelig å ta beslutninger underveis i behandlingsforløpet, og noen ønsker å avvente tiltak så lenge som mulig. Dette kan gjøre at prosessen med proaktiv tilrettelegging av hjelpemidler og tilpasning forsinkes. Imidlertid har pasientene rett til å bestemme selv. I en slik situasjon er det viktig at vi som terapeuter, informerer om de mulighetene som finnes, samt forklare hensikten med de tiltakene vi presenterer. Dersom det gjelder tiltak opp mot sikkerhet, må vi være enda tydeligere.

Det å få en ALS-diagnose, er såpass tøft og sårt at det å skulle forholde seg til ulike tiltak, blir for mange uoverkommelig. «Timing», samt proaktivitet blir sentrale begrep i oppfølgingen fra kommunale terapeuter. Dette for ikke å komme på etterskudd med tanke på hjelpebehov.

Hastigheten på sykdomsutvikling er avgjørende. Rask sykdomsprogresjon setter særlig høye krav til løpende hjelpemiddeltilpasning. Kompetanse og ikke minst at man er trygg i terapeutrollen er også essensielle faktorer. Man må tørre å gå nært inn på pasient og pårørende, og man må tørre å snakke om de vanskelige tingene. Erfaringsvis ser man at enkelte pasienter nekter på alt av tiltak, da det å skulle ta imot et hjelpemiddel blir som en bekreftelse på sykdomsprogresjon. For å unngå å komme på etterskudd må vi som terapeuter være tidlig ute.

Vi må «luften» hvilke hjelpemidler som kan være aktuelle, selv om pasienten ikke har de store funksjonsutfordringene per dags dato. Behandlingstiden på hjelpemidler kan mange ganger ta tid, ofte uker eller måneder. Dette gjelder eksempelvis søknad om bil, elektriske rullestoler, boligtilpasninger, kommunikasjonshjelpemidler og omgivelseskontroll. Spesialtilpasninger tar også lengre tid. For å forutse i hvilken retning sykdommen utvikler seg, kreves noe mengdetrening.

### DE PÅRØRENDE

I forbindelse med anskaffelse av hjelpemidler er det viktig å inkludere, samt ivareta pårørende. I tillegg til den sorgen de bærer på er det å få hjemmet sitt invadert av hjelpemidler en stor omveltning og omstilling. Boligen må kanskje ombygges for å få mest mulig funksjonalitet, noe som kan medføre en ekstrakostnad for familien. Det er viktig å tenke på at det er de etterlatte som blir sittende igjen med eksempelvis lån. Dette kan skape en del etiske problemstillinger som det er viktig å være åpne om underveis, samt tørre å snakke om. Det må sees på muligheter og begrensninger i boligen, samt eventuelt ta stilling til om man ønsker å skifte bolig eller ikke. Dersom det er barn inne i bildet, er det viktig å ta dette med i betraktningen. Det beste for barna er som regel å få være i vante og trygge omgivelser.

### ALS-TEAM

I studien kom det fram ønske om anbefalinger på hjelpemidler spesielt for ALS pasienter. Det at det nå finnes ALS-team på enkelte hjelpemiddelsentraler i Norge hjelper betraktelig. De kan bidra og være en god støtte for terapeuter i primærhelsetjenesten som

har lite erfaring med sykdommen, i tillegg til ALS-team på sykehusene rundt om i landet. Man jobber med pasient og pårørende i en meget sårbar situasjon, så vi er avhengig av å ha system som er så strømlinjeformet som mulig. Den største utfordringen er den store variasjonen i sykdomsbilde, at man må ligge i forkant og at det ikke finnes noe fasitsvar. Det er avgjørende at man setter i verk tiltak til riktig tid!

Selv om det ut fra studien kom fram at pasient og pårørende hadde gode erfaringer med oppfølging fra tverrfaglige ALS-team i spesialisthelsetjenesten og at erfaringene fra primærhelsetjenesten hadde større variasjon med tanke på kompetanse, har nok dette endret seg de siste par årene. Jeg erfarer at de store kommunene har fått mer mengdetrening og kompetanse. Det har blitt større fokus på denne pasientgruppen, og de kommunale terapeutene har opparbeidet seg mye mer kunnskap. De kommunale terapeutene har en meget sentral rolle gjennom hele sykdomsforløpet. Som ergoterapeut i spesialisthelsetjenesten blir vår rolle i hovedsak å gi råd og veiledning samt være en støttespiller underveis i forløpet.

Vedrørende hjelpemidler er ALS-pasienter en gruppe som har stort behov for nye innovative løsninger, særlig opp mot arm- og håndfunksjon. Som ergoterapeuter har vi en bred kompetanse og erfaring som er sentral inn i innovasjonsprosjekter, for eksempel ved utvikling av nye funksjonelle hjelpemidler. Ut ifra egne erfaringer oppfordrer jeg andre ergoterapeuter som har gode ideer til å starte opp prosjekt i samarbeid med aktuelle aktører som blant annet universitet og forsknings-

miljø samt innovasjons -og oppstartsmiljø som for eksempel Aleap (Oslo) (7), Norway Health Tech (Oslo) (8) eller The Factory (Trondheim) (9).

De pasientene som utvikler en bulbær ALS, det vil si symptomer som rammer muskler i svelg, tunge og gane (1), utvikler etter hvert dysartri (utydelig tale) (1) i varierende grad, noe som igjen kan utvikle seg til en anartri (manglende eller nedsatt artikkelasjon) (1). Det er viktig at man oppfordrer pasient og pårørende til å snakke om hvilke ønsker og behov han eller hun har framover, mens pasienten fortsatt har talen intakt. Det anbefales å starte opp med ASK-hjelpemidler (Alternativ Supplerende Kommunikasjon) så tidlig som mulig, slik at pasient og pårørende blir fortrolig med hjelpemiddelet den dagen pasienten ikke lenger klarer å kommunisere. Dersom pasienten også har nedsatt arm og håndfunksjon må man tidlig læres opp i bruk av eventuelt øyestyring. Opplæring i bruken av utstyret er det som regel Voksenopplæringen i tilhørende kommune som tar seg av. Ifølge Opplæringsloven (10) har pasienten krav på opplæring, så lenge det er et behov.

Ut fra studien kom det fram at seksualitet som tematikk var et forsømt fokusområde. Dette bør være et tema som blir tatt opp med pasient/pårørende på lik linje med andre problemstillinger, samt at det bør settes mer på dagsorden. Dersom det er snakk om hjelpemidler må de rekvireres av lege gjennom Hjelpemiddelsentralen. (11,12)

Selv etter å ha jobbet med dette over mange år står vi stadig overfor nye utfordringer. Utfordringene gjelder løsninger på systemnivå som individnivå, pa-

sienter med ulik sykdomsprogresjon, pårørende med forskjellige meninger og synspunkt, hastighet, timing, rett hjelpemiddel til rett tid, spesialtilpasninger, psykologiske og kognitive aspekter, sykdomsinnsikt og boligsituasjon.

## OPPSUMMERING

ALS er en sykdom som utfordrer oss som ergoterapeuter på mange ulike områder. Vi må tenke langsiktig, samtidig som vi tar hensyn til individualiteten i sykdomsbildet. I tillegg må man ha såpass erfaring at man vet når det er riktig tidspunkt å introdusere ulike hjelpemidler, samt tilstrekkelig kompetanse til å velge riktig hjelpemiddel til riktig tid. Alt dette med mål om at pasienten skal få mulighet for aktivitet og deltagelse, samt være selvstendig så lenge som mulig.

Nasjonalfaglige retningslinje/veiledere i forhold til hjelpemiddelformidling kan være en støtte for terapeuter som har liten eller ingen kompetanse på sykdommen fra tidligere. Dette vil være med på å kvalitets-sikre hjelpemiddelformidlingen. Helsedirektoratet har allerede en arbeidsgruppe som jobber med nasjonale faglige råd i forhold til behandling og oppfølging av ALS-pasienter slik at de får et likeverdig tilbud uavhengig av hvor de bor (13,14). Her er hjelpemiddelformidling en av punktene. Individuell tilpasning er nødvendig og gir behov for et bredt spekter av hjelpemidler, samt ergoterapi-intervensjoner.

I tillegg er hyppig dialog samt forventningsavklaring mellom pasient/pårørende og behandlingsteamet rundt pasienten avgjørende for å få et vellykket behandlingsforløp. Dette kan også bidra til å motvirke skuffelser fra pasienter og pårørende, samt ska-

pe trygghet. Dersom man er forberedt på behandlingstid er det lettere å akseptere ventetid. Dette støttes av resultatene fra den kvalitative studien der respondentene mente at kommunal oppfølging fungerte tilfredsstillende dersom ansatte i hjemmetjenesten var flinke til å kontakte oppfølgende sykehus fortløpende for råd og veiledning.

## Referanser

- 1 Nevrologi.legehandboka.no
- 2 Radunovic A, Mitsumoto H, Leigh PN: Clinical care of patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet Neurol* 2007, 6(10):913-925.
- 3 Rooney J, Byrne S, Heverin M, Tobin K, Dick A, Donaghy C, Hardiman O: A multidisciplinary clinic approach improves survival in ALS: a comparative study of ALS in Ireland and Northern Ireland. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015, 86(5):496-501.
- 4 Aridegbe, T., R. Kandler, et al. (2013). "The natural history of motor neuron disease: assessing the impact of specialist care." *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration* 14 (1): 13-19.
- 5 Rolland J.P.: Hjelpemiddelsituasjonen for ALS-pasienter i Norge, Hovedoppgave profesjonsstudium i medisin, 2020
- 6 Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2012;40(8):795-805.
- 7 <https://www.aleap.no/>
- 8 <https://www.norwayhealthtech.com>
- 9 <https://www.thefactory.no/>
- 10 Opplæringsloven § 5-1 eller § 9a-2
- 11 Storaas, Embla Marie; Lilleseth, Taran Karoline G.: Seksuell helse som meningsfull aktivitet På hvilken måte kan ergoterapeuter bruke sin kompetanse om meningsfull aktivitet til å jobbe med seksuell helse for personer med ulike funksjonsnedsettelser? Bachelor thesis 2020. <https://hdl.handle.net/11250/2660390>
- 12 Hjelpemiddelsentralen.no
- 13 Helsedirektoratet.no
- 14 Helsenorge.no



## Bidrar til egenmestring og selvstendighet



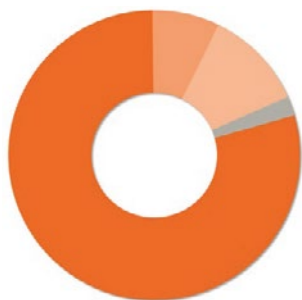
VINNER  
POST 17

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

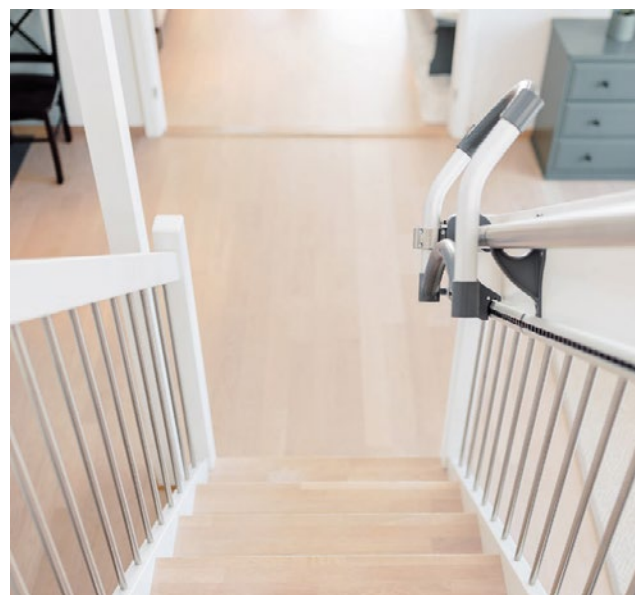
Ny norsk forskning viser at personer som fortsetter å gå trappa har betydelige helsegevinster. AssiStep kan både hindre fall og gi ergonomisk støtte for å kunne oppnå denne helsegevinsten.

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

### ASSISTEP LEVERT TIL HJEMMEBOENDE 2017 - 2019:



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



### FORDELENE MED ASSISTEP

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

 RING OSS PÅ  
**46 74 55 55**

[www.assistep.no](http://www.assistep.no)

FORHANDLES AV  
**HEPRO**



## REISEBREV FRA NEW ZEALAND

# Refleksjoner om ergoterapi og aktivitetsvitenskap fra den andre siden av jordkloden

Høsten 2022 var jeg invitert til ergoterapeututdanningen ved Auckland University of Technology på New Zealand eller Aotearoa som det også heter. I denne artikkelen beskriver og reflekterer jeg over det som gjorde mest inntrykk på meg og som er relevant for ergoterapi og aktivitetsvitenskap i Norge både når det gjelder fagutøvelse, utdanning og forskning. Vi kan lære mer om oss selv ved å se på andre lands praksis og forskning.



*Sissel Horghagen er ergoterapeut, førsteamanuensis og aktivitetsvitenskapsforsker ved Fakultet for medisin og helsevitenskap ved NTNU. Epost: sissel.horghagen@ntnu.no*

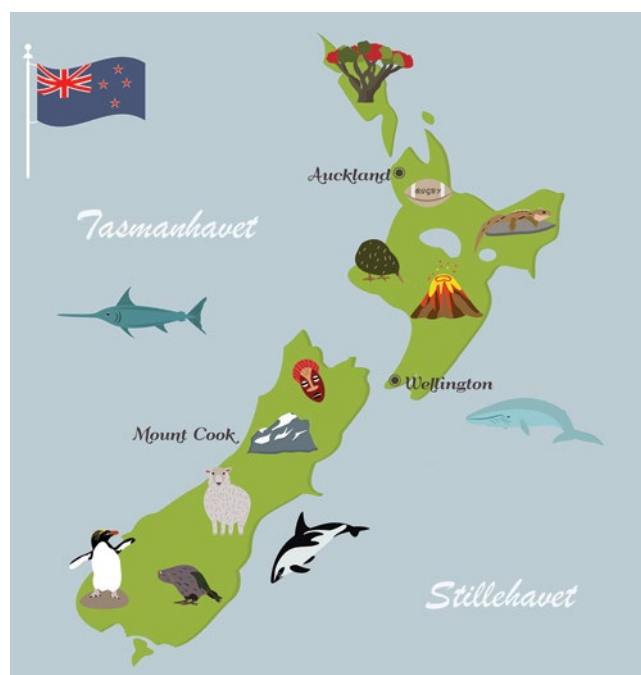
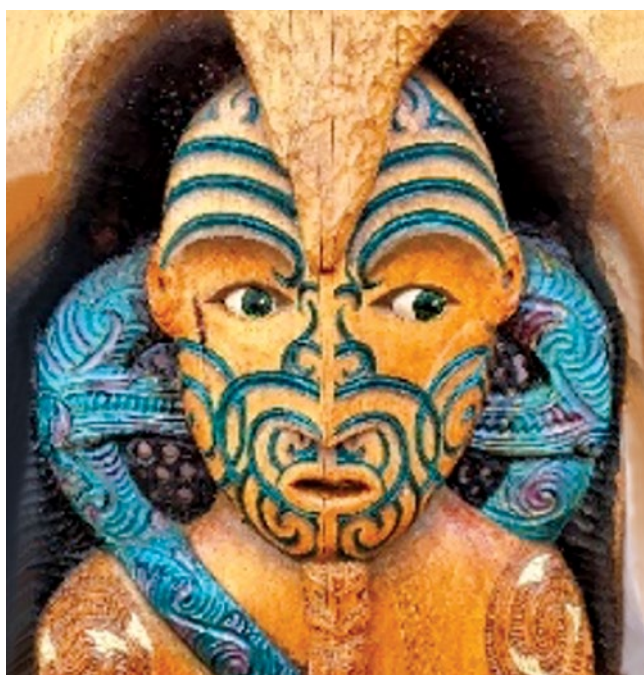
Av Sissel Horghagen

New Zealand og Norge ligger på motsatt side av jorda, på hver sin side av ekvator. Her går sola og biler på motsatt vei av det vi er vant til. Begge landene har kongedømme og urbefolkning, og vi har cirka samme innbyggertall på drøye fem millioner. Mye er ulikt, men noe er likt.

## REFLEKSJON 1: DEKOLONIALISERING OG INTEGRERING AV URBEFOLKNING

Tidligere har jeg oppfattet New Zealand som bri-

tisk. Derfor ble jeg overrasket over hvor integrert māorikulturen var på New Zealand. Her hilste de fleste på hverandre med Kia Ora som kan oversettes til «ha et godt liv» på māori-språket. Māoriene er urbefolkningen i New Zealand og var de første menneskene som bosatte seg her. De kom i kanoner fra Polynesia fra 1300-tallet og framover, mens europeerne kom med skuter og kanoner i 1642. I 1840 undertegnet representantene for den engelske kronen og flere māoriledere *Treaty of Waitangi*.





Denne traktaten gjorde New Zealand til en del av det britiske imperiet og ga garanterte māoriene status og trygghet. I praksis konfiskerte europeerne mye av landet som tilhørte māoriene. Vestlige sykdommer som māoriene ikke tålte, spredde seg og førte til mange dødsfall og konflikter. På starten av 1960-tallet startet māoriene en protestbevegelse for oppreisning etter en systematisk undertrykkelse. I dag utgjør māoriene cirka 15 prosent av befolkningen (Gray & McPherson, 2005).

Samene er Norges urbefolkning. Den samiske befolkningen i Norge har vært utsatt for statens fornorskingspolitikk. Den hadde som mål å assimilere samene inn i den norske majoritetskulturen, og mange sluttet å si at de var samer. Samene har gjort opprør mot denne politikken, slik som māoriene. For mange ble Alta-aksjonen (1968-1982) det som satte den samiske selvråderetten på dagsorden. Diskusjonene om urbefolkning ble også reist av FN på 1980-tallet og legitimerte at opprinnelige folkegrupper har særlig rett til å opprettholde sitt samfunnsliv og sin kultur. På FNs konferanse om rasisme i 1978, erklærte utenriksminister Torvald Stoltenberg at samene var Norges urbefolkning. Det har ført til økt bevissthet om undertrykkelsen av den samiske befolkningen, og samene har i dag status som urfolk med eget språk- og forvaltningsområde og eget parlament. Dette gir samene en sterk, rettslig status i Norge (Hansen, 2016).

Hva har dette med ergoterapi å gjøre? Jo, det handler om koloniseringspolitikk som ergoterapeuter har satt på dagsorden både nasjonalt (Thyssen, 2022) og gjennom Verdensforbundet (Sveen, 2022). Det handler om ivaretagelse av menneskerettigheter og om bevisstgjøring om rasistiske og diskriminerende praksiser. Når Kunnskapsdepartementet vedtok felles læringsutbyttebeskrivelser for alle landets helse- og sosialfagutdanninger, ble alle helse- og sosialfagutdanningene pålagt å ha et overordnet læringsutbytte om kunnskap om den samiske befolkningen (Jentoft, Bonsaksen, Horghagen, Fløtten, Osen, Kjølstad og Hurlen, 2000):

*Kandidaten har kunnskap om og forholder seg til helse- og sosialpolitikk og kan anvende oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, lover, regelverk og veiledere i sin tjenesteutøvelse. Kandidaten skal også kjenne til samers rettigheter, og ha kunnskap om og forståelse for samenes status som urfolk.*

Samtidig som vi har hatt politisk og faglig fokus på integrering av innvandrere, kan det synes som om

oppreisningen av århundrer med en undertrykkende fornorskingspolitikk er lite tydelig. Mathisen og Sørly (2022) hadde nylig en god artikkel om dette i *Ergoterapeuten*. Jeg hadde en student som spurte: «I den obligatoriske skolen lærer vi engelsk og nynorsk og etter hvert får vi lære oss andre språk som for eksempel fransk eller spansk, men samisk er ikke et tilbud. Hvorfor er ikke det et valg?» En annen student sa: «I ergoterapi lærer vi mye om hverdagslivet. Men jeg er samisk, og kjenner ikke helt igjen mitt hverdagsliv som det vi lærer om her.» Her har vi som ergoterapeuter mye ugjort.

## REFLEKSJON 2: GRATIS OG LIK RETT TIL HØYERE UTDANNING

I New Zealand er masterutdanning prisbelagt. Det fikk meg til å reflektere over viktigheten med gratis utdanning. Norge er et av de siste landene i Europa med gratis høyere utdanning. Prislegging av høyere utdanning har ført til studentdemonstrasjoner i Europa. Demonstrasjonene har vært imot høyere utdanningsavgifter og dårligere studietilbud (Martin, 2022). Flere politiske partier i Norge sier at de nå vil innføre skolepenger for internasjonale studenter. Vi har seks ergoterapeututdanninger i Norge, og vi har flere masterutdanninger både for nasjonale og internasjonale studenter (Ness & Horghagen, 2021).

Jeg håper vi kan fortsette å tilby gratis høyere utdanning både for norske og utenlandske studenter, fordi vi må opprettholde prinsippet om lik rett til utdanning. Utdanning er avgjørende for demokrati og samfunnsutvikling og må være tilgjengelig for



Sissel Horghagen og Clare Hocking. Foto: Knut Ivar Johansen

alle. Det at utenlandske studenter kommer til Norge og at norske studenter reiser til utlandet, bidrar til økt kulturforståelse og kunnskapsutvikling som kommer samfunnet til gode. Om vi skal ta betalt, blir utdanning forbeholdt de med god råd. Selv om man oppretter stipendordninger, vil en innføring av studieavgifter høyne terskelen for å ta høyere utdanning. Det vil sannsynligvis øke terskelen for deltagelse enda mer for studenter med funksjonsnedsettelse (Goodall, Mjøen, Witsø, Horghagen & Kvam. 2022).

Betaling av høyere utdanning har ført til at utdanningsinstitusjoner i Europa har begynt å orientere seg strategisk etter hvilke internasjonale studenter som kan gi inntjening for universitetet. Det fører til at utdanningskvaliteten ikke nødvendigvis står høyt på prioriteringslisten, men de studentene som man tjener mest på å ha. Ifølge Wiers-Jenssen (2019) tjener Norge økonomisk på å ha utenlandske studenter. Mange som blir kompetente på sine fagområder, forblir i Norge. Antall som tar høyere utdanning teller positivt for et lands brutto nasjonalprodukt.

### REFLEKSJON 3: ERGOTERAPI, BÆREKRAFT, HELSE OG POLITIKK

Det var markante klimaendringer på New Zealand. Det er den østlige kystlinja som er mest utsatt. Kraftig regn og vind har ført til oversvømmelser og jordras. Hus har rast utfor skrenter og har medført dødsfall. Mennesker har flyttet fra hjemmene sine, og store beiteområder er rammet av jordras.

Vi ser tilsvarende klimaendringer i Norge. Vi utfordres til å finne bærekraftige tiltak mot klima-

endringene og se sammenhenger mellom helse og klima (Leal Filho, Ternova, Fayyaz, Abubakar, Kovalova, Donkor, ... & Begum, 2022; Hessen & Vandvik, 2022; Maass, Lillefjell & Anthun, 2021). Relatert til disse temaene mener jeg vi bør gjøre en revidering på nasjonalt nivå. Da *Nasjonal Forskrift for Ergoterapeututdanninger i Norge* ble vedtatt (Kunnskapsdepartementet 2017), sto ikke klima og bærekraft på dagsorden i Kunnskapsdepartementet. Klima og bærekraft ble derfor ikke en av de felles læringsutbyttebeskrivelsene. I ettertid kan vi se at universitet og høyskoler skulle ha hatt klima og bærekraft som obligatoriske læringsutbyttebeskrivelser. Det blir uttalt av UNIO at de skal bidra til å følge opp FNs bærekraftsmål. En bærekraftig utvikling består av faktorer som klima, miljø, økonomi og sosiale forhold. Vi må revidere vår nasjonale forskrift og inkludere en læringsutbyttebeskrivelse som inkluderer at framtidens ergoterapeuter har kunnskap og ferdigheter om en bærekraftig og klimavennlig profesjonsutøvelse.

Forskning, kunnskap og kompetanse er grunnleggende dersom vi skal løse lokale og globale klima- og miljøutfordringer (Lillefjell & Maass, 2021). Vi må få mer miljøvennlige varer og tjenester og begrense bruken av ikke-fornybare ressurser. Klima- og bærekraftsperspektivet må innpasses i utdanningsløpet og bidra til at ergoterapeuter kan ta informerte valg i sin yrkesutøvelse. Slik jeg ser det, handler en bærekraftig utdanning også om å tilrettelegge slik at studenter kan fullføre påbegynte studier og også i større grad der det er mulig, på normert tid.



Det er stor innsats i New Zealand for bevaring av natur.  
Foto: Sissel Horghagen.

### REFLEKSJON 4: ØKONOMI, HØYERE UTDANNING OG KORONA-PANDEMI

I Auckland kom jeg til et fakultet med store, økonomiske utfordringer, og der den valgte konsekvensen var oppsigelser av cirka 230 ansatte. Dette skjedde til tross av at regjeringen hadde gitt ekstrabevilgninger til universitetene under korona-pandemien. Universitetet hadde opplevde at færre studenter søkte om opptak, og muligens var dette knyttet til at det var stort behov for ufaglært arbeidskraft. Fagforeningene uttrykte at oppsigelsene var korttenkte og sjokkerende. I tillegg til oppsigelser skulle det også spares ved å stanse ulike emner ved enkelte studieprogram for eksempel ved *Faculty of Design of Creative Technologies* og *Faculty of Culture and Society*. Auckland University of Technology har hatt en satsning for å få flere māori-studenter (førstegenerasjonsstudenter) til å ta høyere utdanning for



å fremme ønskede samfunnsendringer. kutt i programmer gikk blant annet ut over denne satsningen (Ham & McCulloch, 2022).

Vi ser lignende tendenser ved våre universitet. Tendensene handler ikke bare om selve nedskjæringene, men ved at faglig ansatte blir satt til å gjøre økende grad av administrative oppgaver. Mohamed, Tlemsani og Matthews (2022) skriver at globaliseringen kan føre til at høyere utdanning vil gjennomgå store endringer i tiden som kommer. Krig, verdensøkonomien, teknologiske muligheter, internasjonale kunnskapsnettverk og globale maktsystemer skaper forandringer og ustabilitet. Dette er også til dels overgripende den makten som ethvert enkelt universitet har. Det er viktigere enn noen gang at vi bruker forbundet vårt også for det som skjer i høyere utdanning i samarbeid med andre forbund.

### REFLEKSJON 5: NASJONALE KOMPETANSEOMRÅDER FOR ERGOTERAPEUTUTDANNINGENE OG ETIKK

New Zealand har to og Norge har seks ergoterapeututdanninger. Den ene utdanningen på New Zealand ligger i Auckland på den nordlige øya og i Dunedin som ligger på den sørlige øya. De har cirka 90 studenter i en klasse. Ergoterapeututdanningen er på bachelornivå, mens flere ergoterapeututdanninger i verden er på masternivå. Både New Zealand og Norge har nasjonale kompetanseområder som er styrende for studieplanene. Norge har seks overordnede kompetanseområder (Jentoft et al., 2020) og New Zealand har fem (Occupational Therapy Board of New Zealand, 2022).

New Zealands fem kompetanseområdene er:

- Applying whakaora ngangahau occupational therapy knowledge, skills, and values
- Responsiveness to Tiriti o Waitangi
- Developing and sustaining partnerships
- Practising in a safe, legal, ethical, sustainable and cultural competent way
- Practising responsively and upholding the occupational therapy profession

Her ser dere hvordan begreper på māori er integrert i de nasjonale kompetanseområdene. Jeg våger meg ikke på en oversettelse, men det er mulig å gå inn og se på referansen. Vi kan se noen likheter mellom deres og våre nasjonale kompetanseområder:

- Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet
- Ergoterapeutisk profesjonsutøvelse



Sentrale lærere og forskere ved Ergoterapeututdanningen på Auckland University of Technology: Melissa Evans, Margareth Jones, Heleen Reid, Wendy Burrows. Utdanningen har en professor og det er Clare Hocking. Foto: Sissel Horghagen.



Maorikvinner ønsker velkommen til et seminar og helse og design. Foto: Sissel Horghagen.

- Rehabilitering, habilitering og behandling
- Tilgjengelighet, teknologi og tilhørighet
- Inkludering, deltagelse og tilhørighet
- Innovasjon, fagutvikling og ledelse

Generelt var māorikulturen integrert i utdanningen. Når vi startet fagmøter på universitetet innledet en person alltid med noen faste ord som ble lest opp på māorispråket. Alle møtene ble også avsluttet på denne måten. Det ble gjort enten noen māorier var til stede, eller ikke. Et annet rituale som var forskjellig fra vårt, var hvordan man presenterte seg. På New Zealand gjorde man det på māori-språket. Da jeg holdt et seminar, presenterte jeg meg ut fra retningslinjene for pākehā & tauiwi som betyr for fremmede/ikke māori.

Mitt Pepeha lød da som følger:

*Ko Våttakammen* (fjell i Trondheim) *te maunga e rū nei taka ngākau* = Våttakammen is the mountain that speaks to my heart

*Ko Nidelven* (elv i Trondheim) *te awa e mahea nei aku māharara* = Nidelven is the river that alleviates my worries

*Nõ Trondheim ahau*= I am from Trondheim  
*E mihi ana ki ngā tohu o nehe, o Trøndelag e noho neu au*= I recognise the ancestral and spiritual landmarks of Trøndelag where I live  
*Nõ reirã, tena koutou katoa*= Thus, my acknowledgement to you all.

Da jeg skulle holde min første Pepeha-presentasjon, tenkte jeg å gjøre det for høflighets skyld, men mens jeg forberedte det, kjente jeg at dette gjorde jeg for meg selv. Samlet sett var dette en spennende erfaring, og jeg anbefaler dere å besøke andre utdanninger og praksissteder dersom dere får mulighet til det.

## Referanser

- Jentoft, Rita; Bonsaksen, Tore; Horghagen, Sissel; Fløtten, Heidi E.; Osen, David W.; Kjølstad, Eva S.; Hurlen, Ane-Berit Storvik (2020). RETHOS - utdanning av framtidens ergoterapeuter. *Ergoterapeuten* 63(4); 20-30
- Goodall, G., Mjøl, O. M., Witsø, A. E., Horghagen, S., & Kvam, L. (2022). Barriers and facilitators in the transition from higher education to employment for students with disabilities: A rapid systematic review. *Frontiers in Education*, 2022.
- Gray, M., & McPherson, K. (2005). Cultural safety and professional practice in occupational therapy: A New Zealand perspective. *Australian occupational therapy journal*, 52(1), 34-42.
- Ham, K. & McCulloch, G. (2022). More than 200 redundancies expected at Auckland University of Technology | Stuff.co.nz
- Hansen, K. L. (2016). Selvopplevd diskriminering av samer i Norge. *I Samiske tall forteller*, 9, 124-47.
- Hessen, D. O., & Vandvik, V. (2022). Buffering climate change with nature. *Weather, Climate, and Society*, 14(2), 439-450.
- Kunnskapsdepartementet (2017). Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene. Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger - Lovdata
- Leal Filho, W., Ternova, L., Fayyaz, M. M., Abubakar, I. R., Kovalova, M., Donkor, F. K., ... & Begum, H. (2022). An analysis of climate change and health hazards: results from an international study. *International Journal of Climate Change Strategies and Management*, (ahead-of-print).
- Lillefjell, M., & Maass, R. E. K. (2021). Involvement and Multi-Sectoral Collaboration: Applying Principles of Health Promotion during the Implementation of Local Policies and Measures—A Case Study. *Societies*, 12(1), 5.
- Martin, C. (2022). *The right to higher education: A political theory*. Oxford University Press.
- Maass, R., Lillefjell, M., & Anthun, K. S. (2021). Can salutogenesis contribute to prepare cities for climate change? In *City Preparedness for the Climate Crisis* (pp. 93-105). Edward Elgar Publishing.
- Mohamed Hashim, M. A., Tlemsani, I., & Matthews, R. (2022). Higher education strategy in digital transformation. *Education and Information Technologies*, 27(3), 3171-3195.
- Mathisen, V. & Sørly, R. (2022). Vi vil ikke prate om sykdom, men om hverdagen. *Ergoterapeuten* 65(5);62-64
- 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.
- Occupational Therapy board of New Zealand (2022). Competences for Registration and Continuing Practice for Occupational Therapists. Wellington: [www.otboard.org.nz](http://www.otboard.org.nz)
- Occupational Therapy New Zealand Whakaora Ngangahau Aotearoa - Occupational Therapy New Zealand Whakaora Ngangahau Aotearoa - Home ([otnzwna.co.nz](http://otnzwna.co.nz))
- Sveen, U. (2022). Paris åpnet dørene for verdens ergoterapeuter. *Ergoterapeuten*, 22(5), 6-11
- Thyness, E.M. (2022). Mangfold, mulighet, mestring i samfunn, fag og forskning. *Ergoterapeuten*, 22(5), 14-17.
- Wiers-Jenssen, J. (2019). Paradoxical attraction? Why an increasing number of international students choose Norway. *Journal of Studies in international Education*, 23(2), 281-298.



## HJELPEMIDDELBASEN

*Innovativ plattform for registrering av kommunale og statlige hjelpemidler*

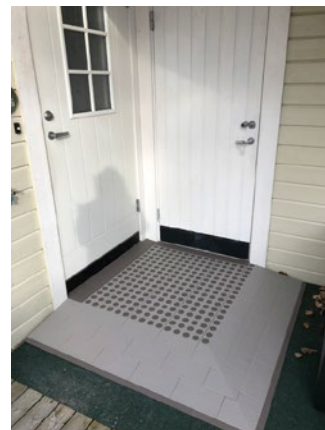
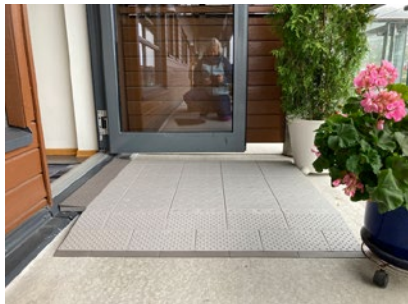
**Hjelpemiddelbasen.no**





## SecuCare terskeleliminator

- påkjøring fra flere sider og mulighet for reposløsning



## Arcona og Lasal posisjoneringsputer

- posisjonering - avlastning - stillingsforandring



## Corpoform badeputer - støtter, stabiliserer og gir trygghet



## iFLOAT NG Active armstøtte - hjelp for svake armer



## REISEBREV FRA GEORGIA

# En students reise til ENOTHE 2022

**For over ett år siden fikk jeg verv som internasjonal kontakt i Ergoterapistudentenes landsstyre. Sammen med vervet, kom muligheten for å delta på den årlige konferansen med European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE).**

Av Julie Sletten Langeland



*Julie Sletten Langeland er tredjeårsstudent ved ergoterapiutdanningen på NTNU i Trondheim og internasjonal kontakt for landsstyret i Ergoterapistudentene.*



*Tbilisi skyline.*



*Med utsikt over byen.*



*Alle studentene samlet.*

**D**estinasjonen var bestemt, og jeg skulle dra til det fjerne landet i øst, Georgia. Selv satt jeg i et kollektiv på Møllenberg. Da jeg ringte de der hjemme for å fortelle nyheten, var de mildt sagt imponerte over min «tøffhet». Tøff, var jeg tøff? Personlig viste jeg ikke da hvor tøff jeg ville føle meg da jeg satte meg på flyet hjemover fra konferansen.

Mye hadde skjedd etter jeg fikk vervet. Krig i Georgias naboland, streik i flyselskaper, eksamen i «Deltakelse i Arbeid og Ut-danning» og prosjektpraksisplass for høsten 2022. Jeg visste ikke om turen ville la seg gjennomføre, men en del flybilletter og hotellbestilling senere, var turen bestilt og tilrettelagt etter mine behov.

En uke før avreise begynte forventningene å stige i takt med forberedelser og reisefeber. Hvordan er utdanningen lagt opp i Georgia, og er gatene trygge å bevege seg i? Kunne jeg klare å reise til et helt nytt land, alene? Ikke minst måtte jeg lese meg opp på de ulike foredragsholderne, finne ut av hvilke workshops

jeg skulle delta på og planlegge innleggene på landsstyrets Instagramkonto.

Reisen begynte med tog til Værnes, fly til München via Oslo og til slutt fly fra München til måldestinasjonen. Flyet landet i Georgias hovedstad 04:30 og jeg var ved hotellet klokken 06:00. Konferansen hadde start seks timer senere, men jeg hadde ikke tilgang til hotellrommet før rundt samme tidspunkt.

### OVERORDNET TEMA

Etter litt fram og tilbake, hadde jeg fått deltakerbevis rundt halsen og satt på en stol inne på universitetet. Torsdagen var «tuning day», og konferansens overordnede tema om «Designing transitions: are we ready for the unexpected» ble presentert av adjunkt professor Hanneke van Bruggen fra Nederland. Innenfor hovedtemaet ble tre undertema forklart: overganger i ergoterapi (utdanning, paradigmer, status, forskning, kultur, digital tilgjengelighet), sosiale overganger (utdanning/læreplaner, utvikling av



fagfeltet, adressering av forskjeller) samt designing av bærekraft («Green Programmes», Green Environments).

## WORKSHOP

Etter en god natts søvn på hotellet var det tilbake på universitetet for fredagens første workshop. Hanneke van Bruggen snakket om vedvarende globale og lokale utfordringer, klimaendring, fattigdom og en økende helsemessig og sosial ulikhet. Hun sa at disse overgangene krever et paradigmeskifte i utdanningen og ergoterapeutisk praksis. Hun forklarte også hvordan ergoterapiutdanningen ble etablert i Georgia. Videre tok hun for seg tre pedagogiske tilnærminger og vi diskuterte våre egne undervisningserfaringer i mindre grupper.

Senere forklarte Nino Rukhadze hvordan utdanningen fungerte i Tbilisi, og konferansedeltakerne delte erfaringer fra etablering av masterprogrammer på sine universiteter. Selv ble jeg overrasket over hvor høy etterspørsel det var for ergoterapeuter over hele Georgia, men at det i snitt bare er fire ferdigutdannede ergoterapeuter hvert år. Vi ble også presentert for Georgias historie og en visjon om framtidens georgiske ergoterapeuter.

Etter lunsj ble utdanningsspørsmålene tatt opp i et globalt perspektiv av Robert Wagenaar. Digitalisering, internasjonalisering, endringer i arbeidsmarkedet og nye sosiale utfordringer var stikkord i hans presentasjon. Andre av fredagens foredrag handlet om studenter fra Georgias prosjekt med flyktninger, meningsfull aktivitet for mennesker i fare for sosial isolasjon, styrke sykehjemmets stab, masterstudieretninger og ergoterapiutdanningens utvikling



*Jeg deler mine erfaringer fra masterstudiet.*

fra kunst, håndverk til fokus på kunnskapsbasert praksis.

## MULIG Å MINGLE

Under hele konferansen var det mulig å mingle med andre studenter, foredragsholdere og ergoterapeuter. I starten ble jeg overrasket over hvor åpne, hyggelige og imøtekommende alle kursdeltakerne var, men i løpet av helgen var det klart at disse egenskapene er jo ergoterapeutenes viktigste personlige- og samarbeidskompetanser! For meg som faktisk reiste nedover, som eneste representant for norske ergoterapeuter, var det

viktig å finne studenter jeg kunne tilbringe helgen sammen med. Fra første dagen møtte jeg en del studenter i SPOTeurope (Student Platform of Occupational Therapy in Europe), og jeg tilbragte mesteparten av tiden sammen med disse. Det kan nevnes at jeg fortsatt, i skrivende stund, har kontakt med dem.

## FRAMTIDENS SAMARBEID

Lørdagens konferanse var fylt med nye workshops og foredrag. Vanessa Rozalina, lederen for SPOTeurope, snakket om framtidens samarbeid med studenter



*Student-workshop i street art.*

på tvers av landegrenser. Guram Cheishvili fra Georgia fortalte om tilpasning av pasienters hverdag tilbake i arbeid, utvikling av alternative sosialstøtter til Georgias voksne. Julie Valckx fra SPOTeu-rope løftet fram globalisering. På kvelden ble alle kursdeltakerne invitert til en felles middag med veldig god georgisk mat.

### STREET ART

Siste dag deltok jeg på en spennende workshop med Larisa Baciuc og Barbara Prinz-Buchbeger fra Østerrike. De presenterte en dokumentasjons-app for ergoterapeuter. Appen skal brukes for å kvalitetssikre ergoterapeutisk intervensjon. Forskjellige kartleggingsverktøyene er implementert

i teknologien. Deres prosjekt ble igangsatt for å dekke et behov for standard dokumentasjon på tvers av arbeidsplassene til Østerriks ergoterapeuter. Her fortalte jeg hvordan dokumentasjonen hadde foregått i min praksis i Norge og viste EVA-skjema og tanker jeg har rundt dokumentasjon på sykehus og fra praksis på et aktivitetssenter. Senere på dagen var jeg med på workshop om bruk av Street Art i terapi for personer med PTSD, ADHD og andre kognitive utfordringer. Konferansens slutt ble markert med å presentere neste års ENOTHE-møte og en avslutningsseremoni.

### STORE KONTRASTER

Helgen var plutselig over. Natt til mandag gikk flyet mitt fra Tbilisi, og jeg var på vei vestover igjen. Tre fly senere var jeg tilbake i Trondheim. De neste dagene ble brukt i praksis og på prosessering av inntrykkene fra en spennende og lærerik tur. Kontrastene mellom Trondheim og Tbilisi var store. Fra en østblokk-by med høye felleferdige leilighetskomplekser og løshunder, til Trondheims livlige, stabile og forutsigbare gater. Fra et ergoterapistudie hvorav det største kullet var på 12 studenter, til en foredragssal med nesten 60 Trondheim-studenter. Tross kontrastene finner jeg likheter mellom studentenes snille og omsorgsfulle personlighetstrekk.

Til slutt vil jeg takke Ergoterapistudentenes landsstyre og forbundet for muligheten og tilliten. Jeg føler meg «tøff» etter en tur alene til et helt nytt land og en ny kultur, der jeg måtte finne trøsten i meg selv i møte med det ukjente. Jeg er veldig takknemlig for opplevelsene, og gleder meg til å ta dem med meg videre i utdanningen og arbeidslivet.



# ERGOSEAT

## -NÅR KVALITET BETYR NOE!



### VISSTE DU AT ERGOSEAT:

-Aldri har blitt slått på kvalitet siden det ble etablert i 2004.

-Designer, utvikler og produserer i Norge.

-Leverer individuelle produkter for sitte- stå- og toalett løsninger som alle er på rammeavtale.

-Har terapeuter som ivrer etter å hjelpe deg, uansett hvor du bor i landet.



# Ståstativ og vaterbarn

I Ergoterapeuten 6-2022 publiserte vi debattinnlegget «Ståstativ og vaterbarn» av Vegard Horne. Det samme innlegget ble publisert på Fysioterapeutens nettside. I innlegget stiller Horne seg kritisk til bruken av ståstativ og skriver blant annet: «Dessverre vil det for barna vise seg at barndomstiden i ståstativ var nytteløs. Det er etter min mening tungtveiende grunner for at anvendelsen av ståstativ overfor barn bør opphøre som helhet som praksis i Norge». Disse tilsvarene sam-publiseres med Fysioterapeuten.

## Ståstativ og vaterbarn

Det er, etter min mening, særdeles viktig å være kritisk til vaterbarn praksis for å opprettholde en god praksis. Dette vil gi barna en bedre og mer trygg barndomstid.

**Ståstativ og vaterbarn**

Det er, etter min mening, særdeles viktig å være kritisk til vaterbarn praksis for å opprettholde en god praksis. Dette vil gi barna en bedre og mer trygg barndomstid.

**Ståstativ og vaterbarn**

Det er, etter min mening, særdeles viktig å være kritisk til vaterbarn praksis for å opprettholde en god praksis. Dette vil gi barna en bedre og mer trygg barndomstid.

**Ståstativ og vaterbarn**

Det er, etter min mening, særdeles viktig å være kritisk til vaterbarn praksis for å opprettholde en god praksis. Dette vil gi barna en bedre og mer trygg barndomstid.

## TILSVAR TIL VEGARD HORNE FRA NINA KLØVE

# Tiltak og intervensjon – til besvær i en evidensbasert praksis?

Universitetslektor Vegard Horne ved bachelorprogrammet i ergoterapi ved UiT skriver i et innlegg i Ergoterapeuten nr 6 2022 og i Fysioterapeuten 5. januar om bruk av ståstativ til barn og unge (1). Han stiller spørsmål ved praksisens evidens og berettigelse. Hornes budskap ser ut til å være at ståstativ som intervensjon og behandlingstiltak ikke kan legitimeres, verken ut fra kunnskap fra forskning, fagfolks erfaringer eller på bakgrunn av erfaring fra barn og foreldre.

Av Nina Kløve

## STÅSTATIV ER ET BEHANDLINGSTILTAK

Kronikkens inspireres ofte av uenighet, og her er vi uenige. Kritisk perspektiv på etablert praksis er avgjørende og helt nødvendig, så JA, vi kan diskutere begrunnelsen knyttet til ståstativ som tiltak, men NEI – ikke ståstativets eksistens. En stor andel barn og unge med funksjonsnedsettelse har i lengre perioder av småbarns- og

barneliv og for noen i ungdomstid og voksenalv, ståstativ som et behandlingstiltak. For barn og unge med cerebral parese (CP) får vi gjennom Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP) også konkret kunnskap om dette (2).

Barn med begrenset mulighet til å oppnå selvstendighet i stående, eller ingen/begrenset gangfunksjon er i risiko for lav

bentetthet, patologiske frakturer (3), og utvikling av kontrakturer (4). Vi vet at tilrettelegging av vektbæring er en hyppig grunnleggende for ståstativ som tiltak. Ginny Paleg beskriver i en artikkel fra 2021 at det er svært få studier som har undersøkt om vektbæring faktisk forekommer (5). Her trengs det ny forskning. Like ofte begrunnes ståstativ som tiltak for å påvirke muskeltonus og leddbe-



Nina Kløve er fysioterapeut og arbeider ved Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese (NorCP) og Oslo Universitetssykehus.

vegelighet, og her har vi evidens å lene oss på. Paleg (2013) konkluderer i en oversiktsartikkel fra 2013 at ståstativ fem dager per uke kan redusere spastisitet og bidra til å opprettholde leddbevegelighet i kne og hofter (6). Vi har også kunnskap om at det er en sammenheng mellom kontrakturer og smerter senere i livet for personer med CP (7), slik at det vil være etisk uforsvarlig å ikke vurdere behandlingstiltak og intervensjoner som kan påvirke nettopp dette. I en nylig publisert artikkel (scoping review) beskrives kunnskap knyttet til utkomme og erfaringer hos barn, unge og unge voksne med CP som bruker ståstativ (8). Studien konkluderer med at det er begrenset evidens, men erfaringsbasert kunnskap og kohortdata indikerer at tiltak som ståstativ integrert i et hverdagsliv og med aldersrelevante og meningsfulle aktiviteter, kan bidra til økt funksjon og deltakelse.

Et nasjonalt kvalitetsregister som NorCP bidrar også med kunnskap. Over 90 prosent av alle barn og unge med CP i Norge følges i registeret med regelmessig registrering av motorisk funksjon. I protokoller registreres hvilke tiltak barnet har, inkludert ståstativ og begrunnelse for tiltaket (2). Samlet er dette en kunnskapsbank med data som kan gi unik kunnskap om tiltak hvor vi er usikre på betydningen.

### IKKE SORT/HVITT

Verden er ikke sort/hvit, heller ikke i et debattperspektiv. Jeg skal ikke gå i fella å tolke teksten din i verste mening. Takk for at du understreker barn og unges stemme i habilitering. Barn og unge har en lovfestet rett til å medvirke i beslutningsprosesser og utforming av tiltak (Pasient og Bruker-

rettighetsloven 3-1). Forskning fra OsloMet (9) har vist hvordan tiltak fra fagprofesjoner som fysio- og ergoterapeuter kan gripe inn i barns hverdagsliv og forstyrre sosial deltakelse. Du viser i din kronikk til Goodwins studie hvor tolv ungdom med CP er intervjuet om sine erfaringer med ståstativ (10). De lager en kunnskapsbank som bør og skal ha betydning for vår praksisutøvelse.

Så på hvilken måte kan vi bruke innsikten Goodwin gir oss, og hvordan kan vi gi kunnskapen gyldighet til akkurat «vårt» barn? Generalisering i kvalitativ forskning er en het debatt, med innspill om at kvalitativ forskning både kan og ikke kan produsere empiriske generaliseringer (11).

En konklusjon om hva som er «sannheten» er mest sannsynlig usannsynlig, så hva lener vi oss til da? Vi må i hvert fall være reflektert på hvilken for forståelse vi har med når vi leser og tolker fagartikler som utgjør vår begrunnelse for praksis. Det bringer oss begge til en annen felle, vi finner det vi ser etter. Mens du ser refleksjoner fra ungdommen knyttet til negative erfaringer i Goodwins artikkel, fanger andre refleksjoner meg.

Kunnskap fødes gjennom debatt og uenighet, sies det. Muligheten for at middelet overskygger budskapet er alltid til stede, men ditt innlegg ga meg et inspirasjon til faglig refleksjon over egen begrunnelse for praksis. Slik kan paradokser kanskje endres?

### Referanser

1. Horne, V. Ståstativ og vaterbarn. Ergoterapeuten nr 6 2022
2. Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for cerebral parese. NorCP - Sykehuset i Vestfold (siv.no)
3. Uddenfeldt Wort U, Nordmark E,

Wagner P, Duppe H, Westbom L. Fractures in children with cerebral palsy: a total population study. Dev Med Child Neurol. 2013;55(9):821-6.

4. Rodby-Bousquet E, Czuba T, Hagglund G, Westbom L. Postural asymmetries in young adults with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2013;55(11):1009-15
5. Paleg G, Altizer W, Malone R, Ballard K, Kreger A. Inclination, hip abduction, orientation, and tone affect weight-bearing in standing devices. J Pediatr Rehabil Med. 2021;14(3):433-441.
6. Paleg GS, Smith BA, Glickman LB. Systematic review and evidence-based clinical recommendations for dosing of pediatric supported standing programs. Pediatr Phys Ther. 2013 Fall;25(3):232-47.
7. Casey J, Rosenblad A, Rodby-Bousquet E. Postural asymmetries, pain, and ability to change position of children with cerebral palsy in sitting and supine: a cross-sectional study. Disabil Rehabil. 2022 Jun;44(11):2363-2371.
8. McLean, LJ, Paleg, GS, Livingstone, RW. Supported-standing interventions for children and young adults with non-ambulant cerebral palsy: A scoping review. Dev Med Child Neurol. 2022; 00: 1- 19.
9. Gulbrandsen, LM (red). Barns deltakelse i hverdagsliv og profesjonell praksis. En utforskende tilnærming. Universitetsforlaget, Oslo 2014
10. Goodwin J, Lecouturier J, Crombie S, Smith J, Basu A, Colver A, Kolehmainen N, Parr JR, Howel D, McColl E, Roberts A, Miller K, Cadwgan J. Understanding frames: A qualitative study of young people's experiences of using standing frames as part of postural management for cerebral palsy. Child Care Health Dev. 2018 Mar;44(2):203-211.
11. Nadim, M. Generalisering og bruken av analytiske kategorier i kvalitativ forskning. Sosiologisk tidsskrift. 2015 Vol 23. utg 3:129-148

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



VEGARD HORNES TILSVAR TIL NINA KLØVE

## Å lene seg til ståstativet

**Når man skal drøfte om, eller hvordan, ståstativ i framtiden skal anvendes – så er det faktisk dets eksistens vi debatterer. Kløve beriker debatten ved å vise til mer forskning.**

Av Vegard Horne

### STÅSTATIVETS EKSISTENS

Ironisk nok bekrefter forskningen uvisshet og tvetydighet i dominerende påstander omkring ståstativets påståtte effekter. Er det ikke interessant at det selv etter mange tiårs anvendelse fortsatt er uvisshet om ståstativet faktisk fungerer etter sin hensikt? Jeg utfordrer den enkelte til selv å lese kildene det refereres til.

Paleg (3) fant at det å stå i ståstativet én time hver dag i fem dager kan ha en viss effekt på enkelte kroppsfunksjoner. Andre studier sett på av McLean et al. (4), viste at hvis barn stod i ståstativ to til tre timer, syv dager i uken, ville også dette gi resultater. Hvorfor skal man da bare nøye seg med én time hvis man ser andre positive effekter med lengre økter i ståstativet? Utfordringen ved ståstativ, og hovedpoenget med det opprinnelige debattinnlegget, er at det er altfor mange «kan» til at det legitimerer anvendelsen. Det bør også være av relevans at Helsedirektoratet definerer ståstativet som et «mekanisk tvangsmiddel» (5). Kategorien defineres blant annet ved at det er noen av de mest innegripende tiltakene da det hindrer bevegelsesfrihet. Altså vil ståstativet som av mange sies å skape frihet, hindre nettopp dette. Og jeg spør igjen – er anvendelsen verdt den menneskelige kostanden? Får barna en bedre livskvalitet?

### MYNDIGGJØRINGENS PARADOKS

Tallmateriale fra NAV Hjelpemid-

delsentral (6) viser et tydelig mønster. Det er en drastisk reduksjon i antall ståstativ fra året brukerne fyller 17 år. I 2015 var det 13 personer i aldersgruppen 17 år som brukte ståstativ. Fem år senere var det ingen som brukte ståstativ lengre. Av 16 personer på 17 år som brukte ståstativ i 2016, var det kun én som brukte dette fem år senere. Hvorfor er det slik? Kan det være at når der blir myndige, velger de bort ståstativet? Eller har ståstativene fungert så bra at det ikke er behov for det lengre?

Kløve nevner en studie (4) som viser at hvis ståstativet integreres i aldersrelevante og meningsfulle aktiviteter, kan det bidra til økt funksjon og deltakelse. For meg er det tankevekkende at et barn forventes å være oppreist for å kunne delta i en meningsfull aktivitet. Det samme gjelder forventningen om at barn må stå oppreist for å kunne ha en adekvat sosial interaksjon. Sier ikke det mer om de sosiale omgivelsene enn om barnet selv? Når det såkalt «normale barnet» er referansepunktet – vil barnet som avviker noen gang framstå som godt nok?

### HVILKEN MEDVIRKNING?

Kløve understreker at barn har lovfestet rett til medvirkning i beslutningsprosesser og utforming av tiltak. Men vet vi i hvilken grad dette faktisk gjøres ved implementering av ståstativet? Kartlegges dette for eksempel gjennom NorCP? Hvis barnet sier at det ikke vil stå i stativet – slipper det da?

Et konkret forslag kan være at NAV Hjelpemiddelsentral kunne hatt et eget vedlegg til hjelpemiddelsøknader om ståstativ med å dokumentere barns reaksjoner, opplevelser og meninger. Slik kan man bidra til ansvarliggjøring av de som implementerer ståstativet. Det vil også bidra til å danne grunnlag for å kartlegge barns faktiske meninger om ganske innegripende tiltak også i Norge.

Kløve spør hva man skal lene seg til når man ikke kan definere «sannheten». Ironien blir jo at man i dette tilfellet lener seg til den faglige krykken ståstativet fortsetter å være.

### Referanser

- 1 Horne, V. Ståstativ og vaterbarn. Fysioterapeuten.no (publisert 1.januar 2023)
- 2 Kløve, N. Tiltak og intervensjon- til besvær i en evidensbasert praksis? Fysioterapeuten.no (publisert 5. januar 2023)
- 3 Paleg GS, Smith BA, Glickman LB. Systematic review and evidence-based clinical recommendations for dosing of pediatric supported standing programs. *Pediatr Phys Ther.* 2013 Fall;25(3):232-47
- 4 McLean, LJ, Paleg, GS, Livingstone, RW. Supported-standing interventions for children and young adults with non-ambulant cerebral palsy: A scoping review. *Dev Med Child Neurol.* 2022; 00: 1– 19.
- 5 Helsedirektoratet. 2015. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9. Rundskriv IS-10/2015.
- 6 Statistikk utlevert til V. Horne på forespørsel. Tallmaterialet viser antall brukere, aldersfordelt i årene 2013-2022.



NINA KLØVES TILSVAR TIL VEGARD HORNE

## Fag og praksis – når det ikke finnes fasitsvar

**Makt i språk kan være vanskelig å oppdage. Tekst, ord og språk er ladet, gir assosiasjoner og trigger følelser.**

Av Nina Kløve

### ORD OG MAKT

Horne refererer til Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9 i rundskriv 15/2015 fra Helsedirektoratet, og viser til at Helsedirektoratet definerer ståstativ som et «mekanisk tvangsmiddel» (4). Fra et etisk perspektiv er det både vanskelig og ubehagelig å argumentere for opprettholdelse av en intervensjon som settes i en slik ramme. Men Helsedirektoratet nyanserer. Ikke mer enn ett komma unna Hornes referanse skrives dette: «posisjoneringstiltak som gå- og ståstativ og formstøpte rullestoler vil i utgangspunktet falle innenfor definisjonen, men slike tiltak og hjelpemidler vil i de fleste tilfeller være å anse som helsehjelp, og vil dermed ikke omfattes av kapittel 9». Dette unnlater Horne påfallende nok å opplyse oss om. Slik blir ord makt.

### TALL UTEN KONTEKST

Horne refererer til tall fra Nav (fra 2015) som angir hvor mange unge voksne som har vedtak på ståstativ. Han viser til en betydelig nedgang i antall brukere i ungdom og ung voksegruppen, og tillegger dette en betydning som styrker hans påstand om at ståstativet ikke har legitimitet.

Vi følger barn, ungdom og unge voksne i et livsløp. Det er soleklart og en selvfølge at tiltak ikke skal opprettholdes år etter år. Tall sier lite uten kontekst, og vi har ikke kunnskap om konteksten knyttet til tallene fra Nav. Det

er likevel fristende å spekulere. Ja, nedgangen kan knyttes til en forståelse som Horne argumenterer for, men like gjerne kan tallene reflektere andre begrunnelser knyttet til for eksempel endring i funksjon, fokus og målområder.

### BEGRUNNELSER FOR PRAKSIS

Som fysio- eller ergoterapeut utøver vi vår yrkespraksis i en tid som legger til grunn at praksis er kunnskapsbasert. Vi må vite hva som virker. Horne vektlegger i sitt tilsvaer at det finnes svært begrenset kunnskap fra forskning vedrørende evidens på ståstativ. Dette er vi ikke uenige i. Den manglende forskningsevidens gjelder på mange områder innen vårt fagfelt, og det setter oss i en knipe.

Jeg vil illustrere dette for Horne med et eksempel. I en studie fra 2021 er det gjort en systematisk gjennomgang av 83 systematiske oversikter om effekt av behandlingstiltak og intervensjoner for barn og unge med cerebral parese (5). Tatt i betraktning antall artikler indikerer dette en god bredde på behandlings-tiltakene. Forfatterne har gjort en systematisk vurdering av metodisk kvalitet og finner at denne er gjennomgående er lav for hele 88 prosent av artiklene som er inkludert. Vi mangler altså sikker forskningsevidens for nesten ALT vi gjør for barn og unge i denne diagnosegruppen, dessverre.

Så hva gjør vi da, «avlyser» vi alt? Nei, vi lener oss til at en kunnskapsbasert praksis har flere søyler,

og at det er en tenke- og arbeidsmåte for å utvikle praksis gjennom systematisk og reflektert bruk av ulike kunnskapskilder (6). Vi skal hele tiden minne oss om at bak hvert tiltak skal det være en faglig og etisk vurdering og en forankring av tiltaket hos den det gjelder.

Vi skal unngå at denne debatten, med ståstativet som innsats, blir en runddans mellom Horne og undertegnede, så dette tilsvaret blir en avslutning fra min side. Det sies at en avslutning bare er en annen begynnelse. Oppfordrer kollegaer der ute til å starte sin begynnelse – sett temaet på diskusjonslisten. Lykke til!

### Referanser

1. Horne, V. Ståstativ og vaterbarn. Fysioterapeuten.no (publisert 1.januar 2023)
2. Horne, V. Å lene seg til ståstativet. Fysioterapeuten.no (publisert 10 januar 2023)
3. Kløve, N. Tiltak og intervensjon- til besvær i en evidensbasert praksis? Fysioterapeuten.no (publisert 5. januar 2023)
4. Helsedirektoratet. 2015. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9. Rundskriv IS-10/2015.
5. Kolaski K, Romeiser Logan L, Goss KD, Butler C. Quality appraisal of systematic reviews of interventions for children with cerebral palsy reveals critically low confidence. Dev Med Child Neurol. 2021 Nov;63(11):1316-1326. doi: 10.1111/dmcn.14949. Epub 2021 Jun 6. PMID: 34091900
6. Å bruke forskningsbasert kunnskap i praksis. [https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/2020/bu21\\_praksis.pdf](https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/2020/bu21_praksis.pdf)

VEGARD HORNES SVAR TIL NINA KLØVE

## Det statiske ståstativet

**Kløve har rett i at ord er makt. Språk er meningskonstituerende og bidrar til å skape og opprettholde forståelseshorisonten vår. Dette ble tydelig for meg etter å ha studert begrunnelsestekster for ståstativ til barn.**

Av Vegard Horne



*Vegard Horne er universitetslektor ved bachelorprogrammet i ergoterapi ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT, Norges arktiske universitet.*

Det ble beskrevet hvordan barnets «tilstand» var i den skrivende stund, og hvordan det enkelte barnet «egentlig» burde være. Ståstativet kunne på bakgrunn av dette tolkes til å være et konkret sted, nesten som et stillas hvor fysisk utvikling, oppvekst og sosialisering skulle konstrueres og kultiveres (2). Jeg mener funnene bekrefter definisjonsmakten blant annet fysioterapeuter og ergoterapeuter besitter. Det er i forlengelse av dette interessant å lese ledende leverandørers informasjonsbrosjyrer om ståstativ (3, 4). Leverandører som tjener millioner av kroner på produkter uten å tilsynelatende utfordres av fagfeltet eller deres hovedkunde Nav. Leverandørene har for øvrig heller ikke noen dokumenter som indikerer kartlegging av barnets opplevelse eller mening (5, 6, 7). Tvert imot mener én at det ikke finnes kontraindikasjoner på å bruke ståstativ overfor barn (7). Dette tydeliggjør for meg hvor nyttig det er at ulike meninger kommer fram og utfordres. Dette viser at ulike instanser bør møtes på scenen for en debatt om ståstativets eksistensgrunnlag.

Kløve viser til min unnlattelse om å informere om helheten i Helsedirektoratets (8) beskrivelse av ståstativet som et mekanisk tvangsmiddel. Takk for at dette

påpekes og derfor belyser hovedpoenget med mitt opprinnelige debattinnlegg (9). Utelatelsen ble gjort med viten og vilje. Påpekningen framtvinger hele sitatet og avslører en stadig oppfatning og unnskyldning av ståstativet som et akseptabelt tvangsmiddel siden det tilsynelatende bidrar til det vage begrepet «helsehjelp». Helsedirektoratets sitat kunne ikke satt bedre ord på ståstativets paradoksale eksistens.

### OBSKUR TALLBRUK

Når det gjelder tallmaterialet fra Nav (10) som beskriver antall ståstativ fordelt på alder, mener Kløve at disse presenteres uten kontekst. Det var ikke meningen å påstå noe påfallende ved det dramatiske frafallet kort tid etter myndig alder. Det var heller ikke meningen å påstå noe påfallende ved at mønsteret fortsetter hos kull etter kull. Selvsagt er jeg enig i at vi ikke vet noe om årsak. Men i mangel på andre forklarende variabler er det fristende å påpeke et (påfallende) mønster.

### TYNNE BEGRUNNELSER FOR LEGITIMITET

Kløve innrømmer at evidens for ståstativets påståtte effekter er begrenset. Likevel forsvares anvendelsen. Begrunnelsen framstår å være en ellers (urovek-kende) mager evidens for mye

man praktiserer (11). Dette er en påminnelse om at man stadig tar utgangspunkt i selvsagtheter og tradisjon. Er det fordi at man i mangel på noe bedre heller velger å gjøre noe? Erfaringsbasert kunnskap er en viktig søyle i kunnskapsbasert praksis. Men man bør tenke på at «erfaringsbasert» per definisjon kan være synonymt med «anekdotisk». Hvis vi lener oss for mye på fortellinger, får begrunnelse for og anvendelse av ståstativ et tilnærmet religiøst preg. Det er derfor særdeles viktig å belyse påstander med evidens når «vi bare vet» at noe er bra. Man bør virkelig se seg selv i speilet og spørre om det man gjør er «rett». Der kan våre profesjonsetiske retningslinjer være en veileder. Jeg vil påstå at

det er få tiltak som er like inngripende som ståstativ i et barns liv. Jeg mener derfor fortsatt at ståstativ mangler legitimitet i et sekulært samfunn.

Avslutningsvis vil jeg berømme Kløves påminnelse om at tiltak skal forankres hos barnet både faglig og etisk. Men jeg er redd for at «faglig» og «etisk» i dette tilfellet dessverre går på bekostning av hverandre og blir dyrt for barnet.

#### Referanser

1. Kløve, N. Fag og praksis – når det ikke finnes fasitsvar. Fysioterapeuten.no (publisert 16. januar 2023).
2. Horne, Vegard. Ståstativet – om normalitet og avvik. Et dokumentstudie av begrunnelsestekster for ståstativ til barn. 2015. Mastergradsoppgave.

Universitetet i Nordland.

3. Hjelpemiddelspesialisten AS. Ella ståstativ brosjyre. Januar 2023.
4. Etac. R82 Produktark. 2021.
5. Hjelpemiddelspesialisten AS. Ella ståstativ bruksanvisning. 2021.
6. Etac. Utprøvningsprotokoll. R82 Caribou. 01.03.2021.
7. Etac. Pre-sales information. 2020.
8. Helsedirektoratet. 2015. Rettsikkerhet ved bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. Lov av 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9. Rundskriv IS-10/2015
9. Horne, V. Ståstativ og vaterbarn. Fysioterapeuten.no (publisert 1.januar 2023)
10. Nav Hjelpemiddelsentral. Tallmateriale utlevert til innleggets forfatter.
11. Kolaski K, Romeiser Logan L, Goss KD, Butler C. Quality appraisal of systematic reviews of interventions for children with cerebral palsy reveals critically low confidence. Dev Med Child Neurol. 2021 Nov;63(11):1316-1326. doi: 10.1111/dmcn.14949. Epub 2021 Jun 6. PMID: 34091900



**40**  
medemagruppen  
1983 • 2023

## Plages du av kulde, regn og snø?

Mini Crosser med kabin leveres med varmeapparat og vindusvisker m/spyler, kan også leveres med piggdekk.

For mer informasjon, kontakt oss på 67 06 49 00 eller [www.medema.no](http://www.medema.no)





*Ingvild Kjekken og Line Kildal Bragstad lover god oppfølging av studentene på Masterstudiet.*

## OsloMet har masterstudie i helsevitenskap med spesialisering i ergoterapi

**– En mastergrad er ikke bare for de som har jobbet lenge eller som vil bli forskere. Det er en faglig fordypning som alle kan ha glede av, sier Ingvild Kjekken og Line Kildal Bragstad.**

Av Else Merete Thyness

**K**jekken og Bragstad er begge professorer ved OsloMet og jobber med masterstudiet i helsevitenskap med spesialisering i ergoterapi, som er et deltidsstudie over tre år.

– Vi følger våre studenter tett i de modulene som er spesifikke for ergoterapeuter. De får mye tilbakemelding på oppgavene de leverer underveis, sier Kjekken.

Studiet får gode tilbakemeldinger på at studentene allerede den første dagen begynner med temaet for masteroppgaven sin.

– Studentene starter i første semester med litteratursøk på sitt tema og vurdering av litteraturen de finner. Dette arbeidet drar studentene direkte nytte av når de starter arbeidet med selve masteroppgaven litt senere i studiet, sier Bragstad.

### FORDEL MED MASTER

I USA er ergoterapeututdanningen allerede på masternivå. I Norge diskuterer helseprofesjonene om dagens studenter har behov for mer kunnskap enn det de får gjennom en bachelorgrad.

– Dagens helsetjenester stiller høye krav til dokumentasjon og kritisk vurdering av kunnskap. Mange ergoterapeuter ønsker også å delta i fagutvikling og forskning og har behov for gode redskaper for dette, sier Kjekken.

– *Hva lærer studentene på studiet?*

– Studentene får et bredere grunnlag for å forstå de aktivitets- og deltakelsesutfordringene som kan knyttes til en stadig mer mangfoldig og flerkulturell befolkning i Norge. De lærer også å finne og vurdere forskningslitteratur, og kan

dermed jobbe kunnskapsbasert i egen praksis. Studiet kvalifiserer til leder-, utdannings- og fagutviklingsstillinger på ulike nivåer i helsetjenesten. Mastergraden kvalifiserer også til opptak på doktortragsprogram, gitt at karakteren på masteroppgaven tilfredsstiller opptakskravet, sier Bragstad.

### FRA BACHELOR TIL MASTER

Maren Høgblad Aas gikk rett fra bachelor i ergoterapi til master i helsevitenskap med spesialisering i ergoterapi.

– Å skrive bacheloroppgaven inspirerte meg til å styrke kompetansen min på fagutvikling og forskning. Dessuten visste jeg at jeg vil bli spesialist og da må man ha en master, sier hun.

– *Hvorfor valgte du akkurat dette masterprogrammet?*



## «Dagens helsetjenester stiller høye krav til dokumentasjon og kritisk vurdering av kunnskap.»

*Ingvild Kjekken*

– Dette var den eneste masteren i Norge med fordypning i ergoterapi. Jeg hadde lyst til å lære mer om ergoterapifaget.

Hun mener det fungerte fint å gå rett fra bachelor til master.

– Jeg hadde friskt i minne hvordan man skriver akademiske oppgaver, sier hun.

Samtidig var det en fordel at andre på studiet hadde erfaring fra praksis.

– Vi ble en fin gruppe med forskjellig kompetanse som kunne hjelpe hverandre.

Tittelen på masteroppgaven hennes var «Aktivitetsbasert praksis i spesialisthelsetjenesten».

– I etterkant har jeg publisert en artikkel basert på masteren i Scandinavian Journal of Occupational Therapy. Så det er en annen fordel med å ta master: Du kan publisere en forskningsartikkel.

Hun søkte jobb før hun var ferdig med studiet og kunne gå rett ut i arbeid da oppgaven var levert.

– Det virker som om det er interessant for arbeidsgiverne at man har en master, og at det øker jobbmulighetene, sier hun.

### ØNSKET Å STYRKE SEG FAGLIG

Trine Brun Kittelsen hadde jobbet i 20 år som barneergoterapeut i Larvik da hun først tok videreutdanning i ergoterapi innen allmennhelse og deretter masterstudie i helsevitenskap med fordypning i ergoterapi – på OsloMet.

– Jeg hadde jobbet tverrfaglig i mange år og følte at jeg trengte å styrke stammen min som ergoterapeut. Selv om jeg selvsagt har lært mye av å være i praksis, ville jeg være sikker på at jeg var oppdatert

på hvordan vi tenker i faget i dag.

– *Hvorfor valgte du akkurat dette masterprogrammet?*

– Jeg fikk et veldig godt inntrykk av OsloMet da jeg tok videreutdanningen og hadde lyst til å fortsette å fordype meg i ergoterapi. I etterkant vil jeg si at jeg er imponert over nivået på lærerne og over hvor mye jeg lært om forskning.

Siden studiet var deltid, valgte hun å jobbe 100 prosent ved siden av.

– Jeg fikk permisjon til samlingene og eksamensdagene, men resten gjorde jeg ved siden av full jobb. Masteren var motiverende å jobbe med og ga mye påfyll. Det at studiet var så godt organisert, gjorde det også lett å planlegge i forhold til jobben.

I Masteroppgaven skrev hun om «Fagpersoners møte med sorg hos foreldre til barn med funksjonsnedsettelse».

– Dette er et tema som har opptatt meg lenge. Som nyutdannet barneergoterapeut ble jeg ofte overrasket over hvor stor del av jobben som innebar samarbeid med foreldrene og ikke bare oppfølging av barnet. Foreldrene kunne noen ganger oppleves som både sinte og frustrerte, noe som kan handle om uttrykk for sorg. Derfor er det viktig å vite hvordan man kan møte disse følelsene.

Etter masteren gikk hun rett videre på et ph.d-løp.

– Jeg søkte en stipendiatstilling på OsloMet og forsker nå på hvordan det er å leve med en livstruende eller livsbegrensende tilstand, for barnet selv og for foreldre og søsken.



*Å skrive bacheloroppgave inspirerte Maren Høgblad Aas til styrke kompetansen sin på fagutvikling og forskning.*



*Etter 20 år i et tverrfaglig team ønsket Trine Brun Kittelsen å fordype seg i ergoterapifaget og å lære mer om forskning.*

**KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN**

ADDmedia AS

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

**DIGITALT KURS I ADL-TAXONOMIEN**

**Velkommen til digitalt kurs i ADL-Taxonomien på Teams. Kurset er en kombinasjon av egenstudier, videoforelesninger og praktisk utprøving.**

**A**DL-Taxonomien er et valid og reliabelt redskap for å undersøke og vurdere aktivitetsevne. ADL-Taxonomien er oversatt til norsk, og deltakerne får tilsendt et eksemplar av manualen før kurset starter, sammen med tilgang til litteratur til forberedelse og videoforelesninger på Teams.

Kurset er meritterende med 20 timer til ergoterapispesialist.

Les mer om kurset på <https://ergoterapeutene.org/digitalt-kurs-i-adl-taxonomien/>

**Målgruppe:** Ergoterapeuter

**Arrangører:** Ergoterapeutene

**Sted:** Nett og Teams

**Påmelding:** Kurskalenderen på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org), innen 1. oktober 2023.

**Tid:** Oppstart 16. oktober 2023.

Livearrangement på Teams 30. oktober 2023.

Livearrangement på Teams 20. november 2023.

**Kursavgift:** Medlemmer/tillitsvalgte/ikke medlemmer kr 2000,-/kr 1000,-/kr 4000,-



Oppdater din kompetanse.  
Ta et kurs!

[ergoterapeutene.org/kurskalender](http://ergoterapeutene.org/kurskalender)



Kursoversikt over nye kurs 2023			
Hva	Tidspunkt	Beskrivelse	Hvor
Ergoterapi til barn og unge	Kontinuerlig	Kurset har som formål å styrke ergoterapeuters kjernekompetanse knyttet til arbeid med barn og unge. Består av 4 moduler og er gratis	Digitalt
Ergoterapeuter og Førerkort vurdering Modul 1	6. mars 2023	Kurs utviklet av Ergoterapeutene i samarbeid med ergoterapeuter ved Sunnaas sykehus og utviklere av P-Drive	Digitalt
Percieve, Recall, Plan and Perform (PRPP)	28. - 31. august 2023	Kurs i kartleggingsmetoden PRPP på norsk.	Region Innlandet
Ergoterapeuter og Førerkort vurdering Modul 2	18. september 2023	Praktisk kjørevurdering og P-Drive. Kurs utviklet av Ergoterapeutene i samarbeid med ergoterapeuter ved Sunnaas sykehus og utviklere av P-Drive	Digitalt
ADL-Taxonomien	16. oktober 2023	Bruk av ADL Taxonomien som kartleggingsverktøy.	Digitalt
Deltakelse og mestring for eldre	Kontinuerlig, men siste påmelding 31.12.2022	Gi kompetanse og motivere ergoterapeuter til å ta i bruk mulighetsrommet som kvalitetsreformen «Leve hele livet» gir.	Digitalt
Alle skal kunne delta	Kontinuerlig, men siste påmelding 31.12.2022	Kurset tar utgangspunkt i ergoterapeuters kjernekompetanse og er relevant for alle ergoterapeuter, uavhengig av hvilket fagområde eller nivå i helsetjenesten deltakerne er ansatt.	Digitalt
Planlagte kurs 2023:			
Hva	Tidsramme	Beskrivelse	Hvor
Lederkurs	I løpet av 2023	Kurs for ergoterapeuter som er ledere eller ønsker å bli det	

#### Fag til lunsj vår 2023:

- Oppgaveglidning
- Litteratursøk og kunnskapsbasert praksis
- Hvordan opprette nye stillinger
- Miljøveileder i skole

#### Husk!

Som medlem i Norsk Ergoterapeutforbund får du også medlemspris på kurs arrangert av det svenske forbundet: <https://www.arbetssterapeuterna.se/foerbundet/kalendarium/>

Mange av våre kommende og planlagte kurs er også høyst relevante for ergoterapeuter som jobber som miljøterapeuter.

# Digitalt kurs i Ergoterapeuter og førerkortvurdering



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

**A**lt undervisnings materiell vil bli tilgjengelig på egen lukket hjemmeside: Videoforelesninger, litteratur til forberedelse og øvingsoppgaver individuelt og i grupper. I tillegg vil det bli arrangert livearrangement med utgangspunkt i øvingsoppgaver.

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

## MODUL 2. PRAKTISK KJØREVURDERING OG P-DRIVE

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

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

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

**Oppstart 18.september 2023** – da vil deltakerne få lenke og tilgang til kurssiden med litteratur og videoforelesninger.

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

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

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

Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.

## KALIBRERING

Etter det første året med vurderinger, vil deltakerne har mulighet for kalibrering og kalibrerings-sertifikat med ytterligere 15 timer meritterende til spesialistordningen.

**Pris:** 1 000,- NOK. Frist for innlevering av kalibrering juni 2023. Kartlegginger sendes til Ann-Helen Patomella. E.post: ann-helen.patomella@ki.se. *Følg med i kurskalenderen.*





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



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

**P**RPP er et standardisert system som ble utviklet av og for ergoterapeuter, for å identifisere menneskers bruk av kognitive strategier, og for å igangsette relevante tiltak for å benytte disse mer effektivt i utførelse av hverdagsaktiviteter.

Basert på kartleggingen gjør PRPP-intervensjonen det mulig å igangsette tiltak relatert til utfordringene som ble identifisert.

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

Kurset varer i fem dager med oppfølging på

Teams i etterkant. Det gir sertifisering til bruk av PRPP og er meritterende med 55 timer til ergoterapispesialistordningen.

**Målgruppe:** Ergoterapeuter

**Arrangør:** Ergoterapeutene Innlandet

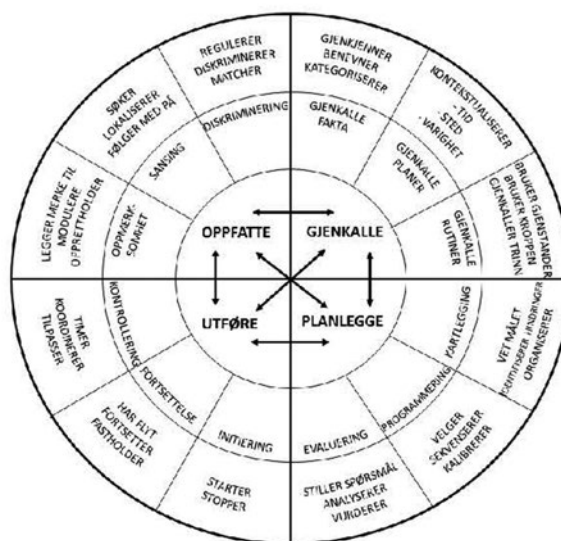
**Tid:** 28.august - 1.september 2023

**Sted:** Hamar og oppfølging på Teams

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

**Påmeldingsfrist:** 1. august 2023

**Pris:** medlemmer 8 000,-, ikke-medlemmer 16 000,-. Dette inkluderer kursmateriel, dagpakke med måltider på hotellet.



OSLOMET

## Master i ergoterapi

En mastergrad gjør deg rustet til å bidra i forskning, utvikling og innovasjon. Fordyp deg innen ergoterapi, og velg blant spennende valgemenner fra hele masterprogrammet i helsevitenskap!

[www.oslomet.no/master](http://www.oslomet.no/master)

Søk innen  
15. april!

*- Jeg ble en helt annen fagperson etter masterstudiet. Øyvør Haugsbakk Talåsen*

Aktivitet og  
deltakelse for alle.

Bli medlem!

10 gode grunner  
til å bli medlem

  
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](http://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 lenke til sin hjemmeside. Prisen er 1410 kroner per år for første oppføring, og deretter koster det 925 kroner per oppføring. Ved flere enn tre oppføringer avtales rabatter. Beløpet faktureres med 50 prosent to ganger i året.

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

## Behandling/trening

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

## Personlig stell og klær

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

## Forflytning

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

- 1836 - Oppbevaringsmøbler
- K 1 - Kontor-/institusjonsmøbler

## Kommunikasjon/informasjon/varsling

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

## Transportering (flytting, løfting)

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

## Hjelpemidler for barn

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





Les mer!

## Bano vendbart toalett (BVT)



### 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