

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



## Ukrainske soldater til Norge 6

Jobber som digital veileder **12** Her er de nye regionstyrene **18** A Rasch analysis of the Sunnaas ADL Index for stroke survivors **32** Driver turgruppe for eldre med demens **48**  
Bærekraft – ja takk begge deler **50**

# ergoterapeuten

**Redaktør** Else Merete Thyness

**Mobil** 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

**Fagredaktører** Unni Sveen,

Ruca Maass og Eva Magnus

Vitenskapelige artikler sendes til:

vitenskap@ergoterapeutene.org

## Annonser

Erik Sigurdsson

**Mobil** 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

## Annonsefrister / utgivelse

Nr. 6 – 1. des. / 29. des.

Nr. 1 – 1. feb. / 29. feb.

Nr. 2 – 1. april / 30. april

**Trykkeri** Aksell

Trykt på miljøvennlig papir.

**Design** Fete Typer

**Layout** Else Merete Thyness

## Redaksjonskomité (2020-2023)

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

## Controller

Tove Olsen

## Controller

Snorre A. Nergaard

## Sekretær

Kristin Pedersen

## Forbundsstyremedlemmer

(2020-2023)

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



12



48



52

---

#### REPORTASJE

##### **6 Ukrainske soldater til Norge**

Av Else Merete Thyness

##### **10 GoldiCare-prosjektet vil gjøre arbeidshverdagen helsefremmende**

Av Else Merete Thyness

---

#### NY ARENA

##### **12 Jobber som digital veileder**

Av Else Merete Thyness

---

#### VÅRE TILLITSVALGTE

##### **14 Sitter i styret til Ergoterapeutene Region Midt**

Av Else Merete Thyness

---

#### FORBUNDET

##### **16 Utstyret du må ha i bilen når uhellet er ute**

Av Roar Hagen

##### **17 Dato for tillitsvalgtkursene i 2024 er klare**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

##### **18 Her er de nye regionstyrene**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

##### **20 Rekordmange markeringer av Ergoterapiens dag i år også**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

##### **21 FoU-midler**

Av Kristin Jess-Bakken

---

#### FAGLIG

##### **22 Nytte av gruppeopplæring, individuell ergoterapi og trening ved handartrose: Erfaringar frå eit behandlingstilbod i spesialisthelsetenesta**

Av Ingrid Festø, Rune J. Njål-  
la, Anniken Evjen, Andrea  
Ohna Harjo, Cecilie Wold og  
Ingvild Kjekken

---

#### VITENSKAP

##### **32 A Rasch analysis of the Sunnaas ADL Index for stroke survivors**

Av Kristin S. Loxley og  
Ann-Kristin G. Elvrum

##### **44 Forsker i farten: Anita Dyb Linge**

Av Else Merete Thyness

---

#### AKTUELT

##### **46 Om å vekke «eldrekraften»**

Av Liv Hopen

##### **48 Driver turgruppe for yngre med demens**

Av Jartrud Høstmælingen

---

#### DEBATT

##### **50 Bærekraft – ja takk begge deler**

Av Ergoterapistudentenes  
landsstyre

---

#### PÅ DE SISTE SIDENE

##### **52 Situert aktivitet og hverdagsliv: Europeisk konferanse om aktivitetsvitenskap**

Av Sissel Horghagen



## Krig og kriser

**Når nødsituasjoner inntreffer, øker også behovet for rehabilitering. «Ergoterapi for mennesker i krise» blir dessverre stadig mer aktuelt.**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

**24. februar 2022** gikk regimet i Moskva til fullskala-invasjon av Ukraina. Etter det har ukrainere kjempet en innbitt kamp for landet sitt. Dette er den største krigen i Europa siden andre verdenskrig, og vi er mange som lar oss imponere over den forsvarsviljen Ukraina viser i møtet med Russlands aggresjon.

Men den har sine kostnader. Ifølge New York Times har nærmere 70.000 ukrainske soldater blitt drept og 120.000 skadet siden krigen brøt ut. Da regner de ikke med sivile ofre.

I denne utgaven av Ergoterapeuten har jeg besøkt Sunnaas sykehus, der de hittil har tatt imot 17 krigsskadede pasienter fra Ukraina til rehabilitering.

På Sunnaas ble jeg som vanlig mottatt av profesjonelle og kunnskapsrike ansatte, og jeg møtte to ukrainske pasienter som fortalte historier fra krigen og om rehabiliteringen de fikk i Norge. Begge ville tilbake til Ukraina for å fortsette å bidra i kampen for landet sitt.

I forrige utgave av fagbladet hadde vi en reportasje fra Palestina. Tre norske ergoterapeuter

besøkte Vestbredden for å undersøke hvordan det er å jobbe som ergoterapeut i en palestinsk kontekst. Siden den gang har verden sett et terrorangrep på Israel utført av Hamas, og Israel har erklært at landet er i krig.

Det er heller ikke så lenge siden vi satt i karantene på grunn av den verdensomspennende korona-pandemien. Verdens helseorganisasjon anslår at cirka syv millioner mennesker døde på grunn av viruset, selv om vi aldri vil få et nøyaktig tall på dette, blant annet på grunn av underrapportering av sykdommen.

Dette bringer oss fram til et tema som blant annet ble tatt opp på Verdenskongressen i Paris 2022: «Ergoterapi for mennesker i krise». I en paneldebatt ble det diskutert hvordan ergoterapeuter kan bidra overfor folk som opplever naturkatastrofer, krig og pandemier.

Ergoterapeutenes verdensforbund (WFOT) har engasjert seg i dette arbeidet siden 2005, og de har utarbeidet en opplæringsmodul for akuttmedisin og rehabilitering». Den føler jeg et behov for å se nærmere på.

## Landsmøte og Ergoterapiens dag i skyggene av en urolig verden

**I skrivende stund forbereder vi to store begivenheter; landsmøtet og Ergoterapiens dag. Vi har mye å feire, men samtidig nye mål som skal settes. Fortsatt er det mye viktig jobb å gjøre. Midt oppi alle forberedelsene går tankene stadig til sivilbefolkningene i Ukraina, Israel og Palestina og våre ergoterapeut-kolleger der som i likhet med oss, jobber for aktivitet og deltakelse.**



**TOVE HOLST  
SKYER**  
Forbundsleder

**Vår profesjons historie** startet under første verdenskrig, for 106 år siden. Amerikanske kvinner jobbet på militærsykehus i USA og Europa og bidro til aktivisering og rehabilitering av skadde soldater. Slik ble faget ergoterapi født. Med krig og terrorhandlinger i verden rundt oss tenker jeg på akkurat dette – at faget vårt ble til gjennom arbeid med krigsskader. Jeg tenker også på våre ergoterapeut-kolleger i Ukraina, Israel og Palestina, og forholdene de nå lever og jobber under.

Det er umulig å ikke bli påvirket av at barn rammes, og at selv skoler og sykehus angripes. Nyhetsoppdateringene forteller oss at menneskerettigheter brytes, og at krigsforbrytelser begås. Sivilbefolkningene lever i konstant redsel, og de får hverdagslivet revet fra hverandre.

Selv om følelsen av håpløshet kan gjøre seg gjeldende, er jeg

glad for at Norge har tatt et viktig ansvar for å bidra med evakuering og rehabilitering av krigsskadede ukrainere. I dette nummeret kan du lese om den høyspesialiserte rehabiliteringen Sunnaas sykehus bidrar med. En innsats som gjør meg både imponert og stolt. At de to ukrainerne som intervjues, så tydelig verdsetter de meningsfulle aktivitetene, gjør meg også ekstra stolt over vår fantastiske kjernekompetanse.

Midt oppi dette går organisasjonslivet vårt sin gang. Nye regionstyrer er valgt. De kan du lese om i dette nummeret. Når bladet går i trykken, er det kun dager igjen til landsmøtet skal åpnes. Da skal landsmøteperioden vurderes, og kursen for de neste tre årene skal stakes ut. Vekslingen mellom gammel og ny landsmøteperiode er alltid spennende, blant annet fordi nye styremedlemmer kommer med nye blikk,

erfaringer og impulser. Lagspill er fortsatt et suksesskriterium i Norsk Ergoterapeutforbund. Nye spillere, nye lag og nye målsettinger bidrar også til ny giv og nye muligheter. Det blir spennende å se hva landsmøtet vil prioritere for de neste tre årene.

Innen dette bladet når postkassa di, har vi også gjennomført Ergoterapiens dag. Den årlige festdagen hvor vi markerer, feirer og synliggjør faget vårt. Planleggingen, landet over, er veldig godt i gang, og jeg gleder meg stort til å se all aktiviteten som skal utfolde seg. Festdag eller ei, det er viktig at vi synliggjør hvorfor vi ergoterapeuter er en viktig del av løsningene på samfunnets utfordringer, også når Ergoterapiens dag er over. Samfunnsoppdraget med å gjøre hverdagslivet mulig, er helt nødvendig for utvikling av bærekraftige helse- og velferdstjenester.

# UKRAINSKE SOLDATER TIL NORGE

**Både Serghi Burkov og Serghi Plakhuta ble alvorlig skadet i den ukrainske forsvarskrigen mot Russland. Nå får de rehabilitering på Sunnaas sykehus. – Vi får topp behandling, og alle rundt oss er veldig støttende, sier Serghi Plakhuta.**

Av Else Merete Thyness



*Emilie Woll Jørgenvaag og Maria Hirkow er ergoterapeuter ved Avdeling for multitraume, nevrologi og brannskade på Sunnaas sykehus.*



*En tolk var med oss via PC under hele besøket. Fra venstre: Serghi Burkov, Irene Torkildsen og Serghi Plakhuta.*

**S**erghi Burkov og Serghi Plakhuta har sagt ja til et intervju med fagbladet *Ergoterapeuten*. Sammen med Maria Hirkow og Emilie Woll Jørgenvaag møter de på ergoterapiavdelingen en mandag i midten av september. Begge ergoterapeutene er tilknyttet Avdeling for multitraume, nevrologi og brannskade, men mye av treningen med pasientene foregår i ergoterapeutenes lokaler.

På grunn av språkbarrieren er det behov for en tolk. Før vi kommer i gang med samtalen ringer ergoterapeutene derfor opp tolken Irene Torkildsen via en PC.

– I vanlige terapitimer bruker vi ofte bare en tolkefunksjon på google, men siden dette er et intervju, må vi ha en til stede, forklarer Emilie Woll Jørgenvaag.

## JOBET SOM KOKK

Serghi Burkov og Serghi Plakhuta er navnebrødre. De kjente ikke hverandre fra før, men på Sunnaas sykehus har de blitt gode venner.

Serghi Burkov forteller at han kommer fra Dnipro, en av Ukrainas største industribyer øst i landet. Her jobbet han som kokk før han ble med i krigen mot Russland. Skadene fikk han 15.



*Sunnaas sykehus ligger på Nesodden, bare en kort fergetur utenfor Oslo. Sykehuset tilbyr høyspesialisert rehabilitering til mennesker som har vært utsatt for alvorlig sykdom eller skade.*

mai i fjor da en tung granatkaster eksploderte.

– Jeg fikk revet av flere fingre på høyre hånd og det venstre benet. Først trodde legene at jeg måtte amputere den venstre armen også. Så fort de klarte å stabilisere meg på sykehuset i Ukraina ble jeg sendt til Norge, forteller han.

Maria som har jobbet mye med Serghi Burkov supplerer:

– Da han kom til håndkirurgen på Rikshospitalet, hadde han alvorlige muskel- og skjelettskader samt nerveskader i den venstre armen. Han ble operert flere ganger i venstre arm og hånd og heldigvis klarte legene å redde armen. Opprinnelig trodde de ikke at han ville få tilbake funksjonen i hånden, men vi har kjempet for hver eneste lille bevegelse. Det var stort da han kunne vaske håret sitt selv ved hjelp av begge hender, sier hun.

## UTDANNET INGENIØR

Serghi Plakhuta jobbet opprinnelig som ingeniør, men meldte seg frivillig til militærtjeneste da krigen startet.

– 26. august 2022 ble vi beskutt av artilleri ved fronten i Donetsk. Jeg ble hardt skadet, lå





*Serghi Plakhuta og Serghi Burkov har fått alvorlige krigsskader. Begge har mistet flere fingre og hvert sitt ben. Likevel er de fast bestemt på å fortsette å tjene landet sitt.*

på seks forskjellige sykehus og ble operert 22 ganger i Ukraina før de sendte meg til Norge, forteller han.

I Norge ble det enda flere operasjoner før han kom til Sunnaas sykehus.

– Men nå er det rehabilitering med blant annet ergoterapi og fysioterapi. Her får vi topp behandling, og alle rundt oss er veldig støttende, forsikrer han.

Også Serghi Plakhuta mistet det ene benet i tillegg til flere fingre på den venstre hånden.

### **ERGOTERAPIAVDELINGEN**

Pasientene har et tverrfaglig team

rundt seg, der de to ergoterapeutene hovedsakelig bidrar med arm- og håndtrening, tilpasning av rullestol, hjelpemidler og arm- og håndproteser, tilrettelegging for fritidsaktiviteter og ADL-trening, inkludert kjøkkentrening og personlig stell.

– Serghi Burkov er jo kokk, så det var viktig for han å klare å lage mat igjen. Dette er noe de har hatt glede av å gjøre sammen, sier Maria.

Begge Serghiene ville gjerne forsøke seg på bilkjøring også.

– De har vært gjennom en praktisk kjøretest, og vi har gitt dem anbefalinger for hvilket



*Spill er en del av behandlingen og hjelper til å bedre motorikken samtidig som det er morsomt og sosialt.*



*Å jobbe sammen på kjøkkenet er nyttig for å trene opp bruken av hendene igjen, samtidig som det er en hyggelig aktivitet.*



*Til sammen har Serghi Plakhuta og Serghi Burkov amputert syv fingre.*

spesialutstyr de trenger når de kommer tilbake til Ukraina. Serghi Plakhuta vil ha behov for en venstrebensgass, siden han har mistet det høyre benet, og begge to vil måtte kjøre med automatgir. Vi vurderte også om Serghi Burkov trengte rattkule siden han har mistet flere fingre på høyre hånd, men han har god nok funksjon i begge hender til å klare seg uten, sier Emilie.

– Det var stort for meg å kjøre bil igjen. Det fikk meg til å føle meg som et fullverdig menneske, forteller Serghi Burkov.

Det er Serghi Plakhuta enig i.

– Når du mister et bein, blir du hjelpeløs. Jeg fikk motet tilbake

da jeg kunne sette meg inn i en bil og kjøre, sier han.

Begge er enige i at ergoterapi har betydd mye for dem.

– Det er viktig å trene, men det psykiske og emosjonelle betyr også mye. Sammen med ergoterapeutene har vi spilt TV-spill, laget mat på kjøkkenet og vi har til og med vært på fisketur, forteller Serghi Blakhuta.

Når de er ferdig med rehabiliteringsoppholdet, vil begge to tilbake til Ukraina.

– Med våre skader kan vi ikke delta i kamphandlinger, men vi vil melde oss til andre tjenester ved fronten, sier de.

## NY ERFARING

Sunnaas sykehus er Norges største spesialiserte sykehus innen rehabilitering. Sykehuset har gode erfaringer med pasienter med komplekse funksjonstap, men verken Maria Hirkow eller Emilie Woll Jørgenvaag hadde erfaringer med akutte krigsskader før Sunnaas begynte å ta imot pasienter fra krigen. Nå har de jobbet med flere ukrainske pasienter.

– Skadene deres er mer komplekse enn de vi vanligvis møter. De har skuddskader med store substansstap, nerveskader, hørselsskader, skader i organer og bløtvev, brudd, mange gjenværende granatsplinter, de har tråkket på miner og mange har måttet amputere ben, armer og fingre, sier Emilie.

– Amputasjonene er også traumatiske. Det vil si at hvis personen har blitt truffet av en granat så har hånd eller ben blitt sprengt av på stedet. Ved en planlagt operasjon ville det vært større mulighet for å bestemme hvordan amputasjonsstumpen skal se ut og fungere i for eksempel en protese, supplerer Maria.





*Serghei Burkov har sammen med ergoterapeut Maria Hirkow jobbet intenst med hånddøvelser.*

En annen utfordring er at pasienter som kommer fra sykehus i Ukraina har multiresistente bakterier.

- Det må vi ta hensyn til når de overføres til oss. Flere av denne pasientgruppen må bo på egne smitterom her på Sunnaas. Vi ønsker at de likevel skal kunne benytte seg av treningstilbud, noe som krever at personalet må forholde seg til strenge smittevernsrutiner, sier Maria.

På den andre siden mener begge at dette er en pasientgruppe som er veldig motiverte og derfor lette å inspirere til trening.

- De er så ivrige etter å komme seg videre, ser nytten av behandlingen og er ekstremt takknemlige, sier Emilie.

### **EU MEDEVAC**

Anne-Marthe Sanders, ergoterapeutenes fagsjef, forteller at Sunnaas sykehus hittil har tatt imot 17 pasienter fra Ukraina til rehabilitering.

- De fleste av disse har kommet gjennom EUs ordning for medisinsk evakuering av ukrainske pasienter, EU medevac. Gjennom dette systemet avlaster sykehus i andre europeiske land det ukrainske helsevesenet, forklarer hun.

I Norge har Oslo Universitetssykehus (OUS) det nasjonale ansvaret. Sykehuset fungerer som koordineringssenter, og de fleste av pasientene kommer dit først. Ofte må de behandles kirurgisk på OUS før de eventuelt sendes videre.

- Dette er soldater som er i krise, og de skal tilbake til et land uten primærhelsetjeneste og nesten ingen fysioterapeuter og ergoterapeuter. Det gjør noe med hvordan vi tenker rehabilitering. Vi kan ikke skrive dem ut hvis det er noe som gjenstår i rehabiliteringsforløpet fordi vi ikke kan regne med at de blir fulgt opp når de kommer hjem. Derfor får de lange opphold. I gjennomsnitt ligger de her i 107 dager, sier Sanders.



*EU har organisert medisinsk evakuering av ukrainske pasienter siden krigen startet.  
Foto: European Commission.*



*Anne-Marthe Sanders er fagsjef for ergoterapeutene ved Sunnaas sykehus.*

# GoldiCare-prosjektet vil gjøre arbeidshverdagen helsefremmende

**Fysisk belastende arbeid kan føre til sykdom, mens fysisk aktivitet på fritiden gir helsefordeler. En forskergruppe ved NTNU ser nå på hvordan arbeidshverdagen i hjemmetjenesten kan organiseres slik at den fysiske arbeidsbelastningen kan gi mer av den effekten vi sitter igjen med når vi trener på fritiden. – For eksempel kan den fysiske arbeidsbelastningen fordeles jevnere blant de ansatte med en passende balanse av varighet, intensitet og hvile, sier prosjektleder Skender Redzovic.**

Av Else Merete Thyness



Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) er et statlig universitet med hovedsete i Trondheim.



Målet med GoldiCare-prosjektet er å organisere arbeidshverdagen i hjemmetjenesten slik at jobben får helseeffekt. Foto: Trondheim kommune.

Prosjektet er finansiert av NAV, og det har som mål å begrense de negative effektene av fysisk arbeid og samtidig gjøre det helsefremmende. Dette kan forebygge skader og sykemeldinger, forbedre helse og velvære for enkeltpersoner og gi store økonomiske besparelser for samfunnet. Potensielt kan svarene fra GoldiCare-prosjektet komme en rekke sektorer til gode, fra helse- og omsorgssektoren til bygg og anlegg.

– Det gjenstår å se om vi lykkes, men en ting er sikkert: Vi har allerede oppnådd betydelig innsikt i arbeidssituasjonen til hjemmetjenestens ansatte. Det arbeider vi med å formidle til både praksisfeltet og forskningsmiljøet, sier prosjektleder Skender Redzovic.

## Å TENKE UTENFOR BOKSEN

Mange tilfeller av muskel- og skjelettplager og hjerte- og karsykdommer skyldes eller forverres av dårlig balanse i de fysiske belastningene i arbeidslivet. Disse sykdomsgruppene koster Norge mer enn 250 milliarder kroner årlig. Konsekvensene av arbeidsrelaterte belastninger som fører

til sykdom, er bare den ene siden av regningen. For de som lider av disse plagene, er de personlige kostnadene også betydelige.

– Hjemmetjenester som fremmer ansattes helse vil kunne bidra til bedre tjenester til brukere og mindre kostnader for fellesskapet, men vi er nødt til å tenke nytt for å få til det, sier Redzovic.

Når det oppstår problemer, har målet tradisjonelt vært å redusere den fysiske belastningen på jobben, både i intensitet og varighet. Fysisk belastning i arbeidslivet er nå lavere enn noensinne, likevel sliter mange yrkesaktive med arbeidsskader og plager. I forskergruppen utfordrer de tankegangen om at *less is more*. I samarbeid med ansatte og ledelsen innenfor hjemmetjenesten i Trondheim kommune har GoldiCare-prosjektet utviklet en intervensjon basert på *Gullhår-prinsippene* på jobben.

Hos bjørnene finner Gullhår blant annet ut at sengen til pappa-bjørnen er alt for hard, sengen til mamma-bjørnen er alt for myk mens sengen til den lille bjørnen er akkurat passe. Det er den lille bjørnen som har talentet for å finne det som er passe. I arbeids-



livet gjelder det derfor å finne en balanse mellom arbeid og hvile, som er akkurat passe.

– Dette vil fremme arbeidernes helse, og det kan oppnås ved å fordele den fysiske arbeidsbelastningen blant de ansatte slik at alle arbeidsoppgaver får en passende blanding av varighet, intensitet og hvileperioder. Både de ansattes og ledelsens deltakelse i utarbeidelsen av intervensjonen anses som en suksessfaktor for at endring i aktivitetsmønstre skal forankres i organisasjonen, sier Redzovic.

### **TJENESTEINNOVASJON OG KANSKJE PARADIGMESKIFTE**

Forskergruppen arbeider med tjenesteinnovasjon, en ny måte å organisere arbeidet på som ikke bare begrenser de negative effektene av fysisk aktivitet på jobb, men også fremmer helse. Dette vil forberede en av de viktigste helsetjenestene på fremtidige utfordringer. Hjemmetjenester som fremmer de ansattes helse, kan bidra til bedre tjenester for brukere og reduserte kostnader for samfunnet.

– Hvis vi får det til, ja da er det snakk om paradigmeskifte i forhold til fysisk belastende arbeid, sier Redzovic.

### **TVERRFAGLIGHET OG INTERNASJONALT SAMARBEID**

Forskergruppen er tverrfaglig sammensatt, og de forskjellige team-medlemmene bidrar med ulike kompetanse inn i prosjektet.

Prosjektet har også hatt med seg flere masterstudenter med ulike faglig bakgrunn som har bidratt. Miljøet samarbeider med forskningsgrupper fra Danmark, Sverige, Skottland og Australia som også prøver ut konseptet i ulike bransjer.



Forskningsgruppen fra venstre rundt bordet: Heike Fischer, Marius Steiro Fimland, Skender Redzovic, Ingeborg Frostad Liaset Fredrik Klæboe Lohne. Foto: Kim L'Orange Sørensen/NTNU.



Mye aktivitet i fritiden er positivt, mens det å ha et fysisk belastende arbeid kan være negativt. Dette vil Goldicare-prosjektet endre. Foto: Trondheim kommune.

#### **FORSKERTEAMET**

Skender Redzovic er ergoterapeut, førsteamanuensis og prosjektleder. Marius Steiro Fimland er bevegelsesviter, professor og prosjektmedansvarlig. Fredrik Klæboe Lohne er bevegelsesviter og stipendiat. Ingeborg Frostad Liaset er ergoterapeut og stipendiat. Heike Fischer er sykepleier og prosjektkoordinator i Trondheim kommune.





**NAVN**  
 Ingvild Sandvold  
**STILLING**  
 Digital helseveileder  
**HVOR**  
 PT Gruppen Norge AS

## Jobber som digital helseveileder

Av Else Merete Thyness

### – Hvor jobber du?

– Jeg jobber for PT Gruppen Norge, som er en aktør med et bredt folkehelsefokus. For det meste jobber jeg digitalt, men jeg jobber også to dager i uka på et treningssenter. Her veileder jeg folk gjennom treningsøker.

### – Hva jobber du som?

– Jeg arbeider som digital helseveileder og personlig trener.

### – Hvor lenge har du hatt jobben?

– Denne jobben har jeg hatt i cirka ett år. Jeg fikk jobben samtidig som jeg var 100 prosent ergoterapistudent, så i begynnelsen var det en deltidsjobb.

### – Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– De viktigste arbeidsoppgavene er å lage persontilpassede aktivitetsplaner for de personene jeg følger opp. Hver enkelt skal oppleve mestring og motivasjon uansett forutsetning.

### – Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Som utdannet ergoterapeut ser jeg mange likheter mellom det å være digital helseveileder og ergoterapeut.

Man skal kunne se hvert enkelt individs hverdag, forutsetninger ønsker og behov og implementere aktivitetstilpasninger ut ifra dette. Jeg jobber også gjennom et helseperspektiv og har et holistisk syn på hvert individ som får veiledning. I mitt arbeid er helse et stort begrep som rommer både psykologiske og fysiologiske aspekter av hvert enkelt menneske. Det er viktig for meg at min helseveiledning er for alle som skulle kjenne at de trenger en støttespiller gjennom egen livsstilsendring. Digital helseveiledning gjør det mulig for en større gruppe individer å få veiledning i fysisk aktivitet. Det at det er digitalt gjør det enklere å nå ut til flere med min helsetjeneste. Det kan ha betydning for folkehelsen.

Vi jobber også nå med å realisere digital helseveiledning på grønn resept. Dette vil innebære at vi fortløpende skal jobbe tverrfaglig med fastleger. Da kan pasienter som vil ha nytte av digital helseveiledning, kunne henvises til oss.

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

– Som ergoterapeut vil jeg si det, men vi er en stor faglig gruppe med flere yrkesgrupper som utøver digital helseveiledning. Vi

har sykepleiere, fysioterapeuter og personlige trenere som alle er kjempedyktige i denne jobben.

Samtidig ser jeg, som eneste ergoterapeut, at min kompetanse innen aktivitet og deltakelse spiller en viktig rolle i denne jobben, både nå og på sikt.

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

– Det er det absolutt. Å få jobbe digitalt gir meg en større mulighet til å spre mitt budskap og gi flere den hjelpen som de ønsker og trenger. Det er ikke en veldig typisk ergoterapeutjobb, men jeg vil si at dette gir yrket mitt en mulighet til å utvikle seg og bygge nye broer mellom helse og trening. I dagens samfunn tenker jeg også at det er viktig å ha en yrkesgruppe som ser alle målgrupper og som har en evne til å tilpasse og gi muligheter til alle uansett hvilke forutsetninger hver enkelt har. Så igjen, det er absolutt spennende å jobbe utradisjonelt, men jeg ser også en enorm verdi i å fortsatt holde på det tradisjonelle ergoterapeutiske perspektivet.

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

– Hvis du har et ønske om å jobbe med fysisk aktivitet, utvikle en ny form for veiledning og være med å styrke folkehelsen, så ja, absolutt. Ergoterapeuter har bred kompetanse og er en viktig stemme innenfor dette feltet.



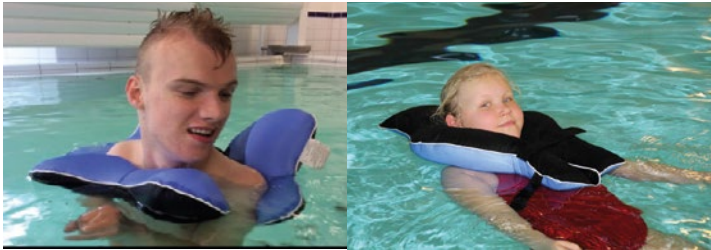
# Arcona posisjoneringsputer

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

På avtale med NAV



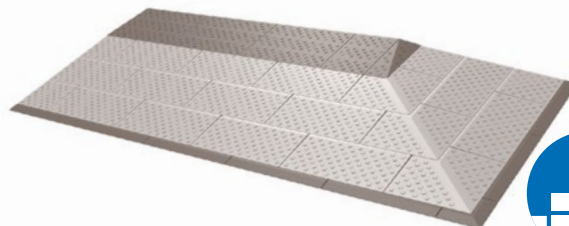
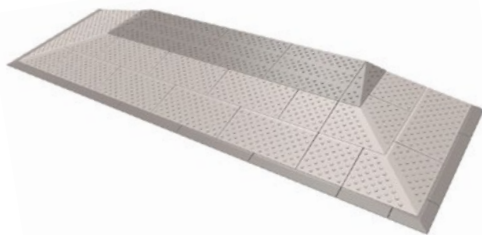
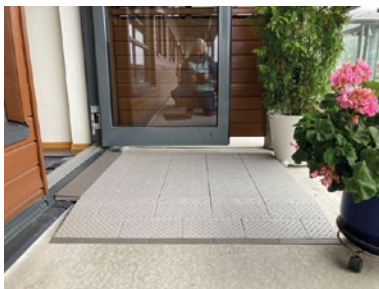
# Corpoform badeputer



# SecuCare terskeleliminator

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

På avtale med NAV



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

øvrebo rehab



NAVN  
Jorunn Kvalø  
Uleberg

VERV  
Styremedlem i  
Ergoterapeutene  
Region Midt

## Sitter i styret til Ergoterapeutene Region Midt

Av Else Merete Thyness

### – Hvor jobber du?

– Jeg jobber for tiden som spesialergoterapeut ved Rehabiliteringsklinikken på St. Olavs hospital. Her har jeg vært fast ansatt siden 2005.

De siste årene har jeg vært tilknyttet Revmatologisk avdeling, men jeg har tidligere vært «potet» og vært innom flere fagfelt som nevrologi, kreft, geriatri og ortopedi, både generell ortopedi og håndterapi.

Jeg ble ferdig med en master i bevegelsesvitenskap i 2010.

### – Hvilket verv har du som tillitsvalgt?

– Høsten 2020 ble jeg valgt inn i regionstyret for Ergoterapeutene Region Midt. Her har jeg i hovedsak hatt medansvar for oppfølging av tillitsvalgte i regionen, samt at jeg har vært nestleder i styret de siste månedene.

Jeg satt i perioden 2012-2022 som hoved- og foretakstillitsvalgt for Ergoterapeutene ved St. Olavs hospital.

### – Hva motiverte deg til å ta dette vervet?

– I mange år kjente jeg på at organiseringen av vårt fagforbund Ergoterapeutene, både sentralt og regionalt, var noe jeg hadde veldig lite kjennskap til. Jeg visste ikke hvordan regionene fungerte, eller

hvordan de ble driftet. Jeg syntes det var vanskelig å vite hva forbundet og regionen kunne gjøre for meg som ergoterapeut, bortsett fra å ivareta mine lønns- og arbeidsbetingelser.

Når det gjaldt fag, hadde jeg i mange år følt på at forbundet kun fokuserte på hverdagsmestring og kommunale ergoterapitjenester og lite på oss som jobber i spesialisthelsetjenesten. I tillegg syntes jeg det var vanskelig å forstå hvordan jeg kunne påvirke forbundet til å jobbe og bistå mer inn mot spesialisthelsetjenesten.

På bakgrunn av dette valgte jeg å si ja til å stille til valg som medlem i regionstyret for tre år siden. Selvfølgelig motiverte det meg ekstra da jeg hørte at andre hadde nominert meg og ønsket meg inn i regionstyret.

Jeg har lært og erfart masse disse tre årene jeg har vært tillitsvalgt i regionen. Jeg har fått en bedre forståelse av hvordan forbundet og regionene driftes, og hvordan vi tillitsvalgte kan bidra overfor våre medlemmer.

### – Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Jeg har vært tillitsvalgt på sykehuset i en ti-års periode, og jeg har vært tillitsvalgt i regionstyret i tre år.

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

– Som tillitsvalgt i regionen tenker jeg at min viktigste oppgave er å være et tydelig bindeledd mellom medlemmene og forbundet.

I regionstyret har jeg vært medansvarlig for oppfølging av andre lokale tillitsvalgte. Vi har arrangert årlige samlinger for våre tillitsvalgte i regionen, noe som vi har fått gode tilbakemeldinger på. Mange har nok en opplevelse av å være «alene» som tillitsvalgt på sin arbeidsplass, så det at vi i regionen kan skape nettverk og gode kontaktpunkter er viktig. I tillegg har jeg bistått tillitsvalgte og medlemmer i spørsmål og utfordringer knyttet til lønn- og arbeidsforhold.

Som tidligere foretakstillitsvalgt for ergoterapeutene på St. Olavs hospital føler jeg at jeg har en del erfaringer, både gode og dårlige, som har vært nyttig ved rådgivning av andre medlemmer og tillitsvalgte. Jeg opplever også at i «min tid» som foretakstillitsvalgt her på sykehuset, var det gode samarbeidet med de andre Unio-forbundene svært viktig for meg i min rolle og utøvelse av vervet. Derfor anbefaler jeg alltid andre tillitsvalg-



te å samarbeide med Unio-forbundene på egen arbeidsplass.

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

– Den største utfordringen er TID. Jeg regner med at de fleste ergoterapeutene i landet kjenner på et krav om å jobbe raskere og mere effektivt hele tiden. Slik er det også for meg, så min utfordring er å ha tid til å ivareta oppgavene som ligger til vervet. Arbeidsoppgavene på egen arbeidsplass blir ikke færre om en går inn i et frivillig verv. Derfor er det viktig å prioritere godt i hverdagen, sette av tid til å jobbe med organisasjonsarbeid og skape en god forståelse hos både kollegaer og arbeidsgiver at organisasjonsarbeid er viktig og lønner seg.

**– Hva tenker du er en viktig kvalitet eller egen-  
skap hos en tillitsvalgt?**

– Tidligere var jeg tydelig på at det var viktig at den tillitsvalgte var en form for vaktbikkje som passet på at alt gikk riktig for seg i arbeidslivet. etter hvert har jeg sett at det er like viktig, om ikke viktigere, å være diplomatisk: Være med på å finne gode løsninger, unngå konflikter, se saker både fra arbeidstakers og arbeidsgivers side og bidra til gode samarbeidsformer.

Det er også viktig at en tillitsvalgt er uredd og tør å stille spørsmål ved ting, selv om en føler at spørsmålene er «dumme». Det er viktig at man tør å ta kamper som arbeidsgiver ikke liker.

Og som tillitsvalgt må en være tålmodig. Noen ganger tar prosesser veldig lang tid, både på godt og vondt.

Mange sier de ikke vil ta på seg verv som tillitsvalgt fordi «jeg ikke passer til det». Akkurat det tror jeg er helt feil. Vi trenger ulike typer inn i tillitsvalgt-apparatet, både på egen arbeidsplass og i regionstyrene. Vi trenger både de som er stille, ydmyke og spørrende samt de som er brautende, skarpe og tydelige. Det viktigste er at en har lyst og interesse for å være tillitsvalgt og ser at arbeidet gir noe ekstra til en selv, samtidig som en kan bidra positivt overfor andre medlemmer.

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

– Fra tiden som foretakstillitsvalgt ved St. Olavs hospital vil jeg trekke frem sykehusstreiken i 2021. Dette var første og eneste gang jeg har vært ute i streik. Som foretakstillitsvalgt ble jeg sittende i den lokale streikekomiteen der jeg samarbeidet med de

andre UNIO-forbundene. Streiken foregikk mens det fortsatt var pandemi og strenge restriksjoner, slik at mye aktivitet måtte foregå over Teams (streikemøter) og på sosiale medier. Streikeperioden kan oppsummeres med ordene: hektisk, morsom, slitsom og veldig lærerik. Alt takket være det gode fellesskapet med de andre Unio-forbundene.

Som tillitsvalgt i regionstyret i Region Midt vil jeg ikke peke på et enkeltstående minne eller hendelse fra perioden. Jeg vil heller trekke frem det gode samholdet og samarbeidet som vi i styret har hatt i denne perioden!

Jeg må ærlig innrømme at jeg syntes det var vanskelig å komme inn som helt nytt og ferskt styremedlem i regionstyret mens vi fortsatt var i en pandemi. Vi kunne ikke treffes fysisk hele det første året, og all styrevirksomhet foregikk via Teams.

Men etter flere kurs, samlinger og fysiske styremøter har jeg vært så heldig å bli mer og mer kjent med en fantastisk gjeng ergoterapeuter, som alle jobber innenfor ulike fagfelt: Kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, utdanning, privat virksomhet, barn, voksne, eldre, somatikk og psykiatri. Vi er mange ulike personligheter som har ulike styrker og svakheter, men som utfyller hverandre veldig godt! Jeg har lært masse av mine kollegaer i styret, og de har gitt meg et bredere syn på ergoterapifaget og organisasjonen.

Jeg vil oppfordre alle andre til å stille til valg som tillitsvalgt i løpet av sin yrkeskarriere, enten som tillitsvalgt på egen arbeidsplass, eller i regionstyrer eller øvrige komiteer i Ergoterapeutene.

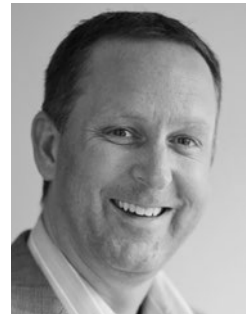


*Jorunn Kvalø Uleberg jobber på St. Olavs hospital i Trondheim. Ergoterapeutene Region Midt består av medlemmer fra fylkene Trøndelag og Møre og Romsdal.*

# Utstyret du må ha i bilen når uhellet er ute

**– Selv om det bare er varseltrekant og refleksvest som er påbudt utstyr i bilen, så finnes det en rekke utstyr som er smart å ha med seg, sier forebyggelsesekspert Øivind Setnes i Tryg Forsikring.**

Av Roar Hagen



*Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.*

Øivind Setnes mener det er viktig å være godt forberedt dersom en uventet situasjon skulle oppstå i trafikken og anbefaler at du har følgende utstyr i bilen hele året.

- varseltrekant
- refleksvest
- lommelykt
- jekk og pluggsett
- startkabler
- spylervæske
- slepetau
- reservedekk eller tetteskum
- førstehjelpsskrin

– Utstyret som er nevnt over, mener jeg alle bileiere skal ha i bilen til enhver tid. Men det er fortsatt

en rekke tilleggsutstyr som er smart å ha med seg. Eksempler på dette er mobillader, solbriller, våtservietter, liten bensinkanne og gode hansker. Det er også lurt å ha hjulboltene i bilen. Det er kjedelig å levere bilen til dekkskift og mangle de riktige boltene. Husk at dersom du får motorstopp på vinterstid, tar det ikke lang tid før det er like kaldt inne i bilen som ute. Varme klær er derfor veldig nyttig, sier Setnes.

## SMART UTSTYR OM VINTEREN

Kulde, is og snø kan gi utfordringer på vinterføre. Da bør du ha følgende med deg i bilen.

- kjetting/kjetting på boks

- varm jakke, hansker, lue og pledd
- is-skrape/kost

## REFLEKSVEST ER PÅBUDT

Både varseltrekanten og refleksvesten er så viktig for din og andre sin sikkerhet at det er påbudt i alle biler.

– Refleksvesten bør ligge i hanskerommet eller i dørsiden, lett tilgjengelig fra føreriset. Varseltrekanten brukes for å markere at det er en trafikkulykke og hindre at det oppstår flere farlige situasjoner. Denne skal plasseres minst 150 meter fra kjøretøyet slik at andre bilister har god tid til å senke farten, sier Setnes.



*Øivind Stenes er forebyggelsesekspert i Tryg Forsikring.*



*Dette utstyret bør du ha i bilen.*

## Dato for tillitsvalgtekursene i 2024 er klare

Vårt mål er at tillitsvalgte skal være motiverte og utrustet med kompetanser og verktøy som gjør dem trygge i rollen sin. Derfor arrangerer vi en rekke kurs som inngår i grunnopplæringen for tillitsvalgte. Kursene vil snart være klare for påmelding i Kurskalenderen på hjemmesiden. Disse kursene vil vi gjerne supplere med andre kurs som de tillitsvalgte har behov for. Ta opp dine behov med din region.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas



Karl-Erik Tande Bjerkaas er Ergoterapeutenes organisasjonssjef.

Grunnkurs 1, alle tariffområder	23.-24. januar	Trondheim
Grunnkurs 2, KS-området	13.-15. februar	Stavanger
Grunnkurs 2, Spekter-områdene 10 og 13	5.-7. mars	Oslo-området
Grunnkurs 2 Del 1, Tariffområdene Staten, Oslo kommune, Virke og Spekter 12	12.-14. mars	Fornebu
Grunnkurs 3, alle tariffområder	9.-11. april	Tønsberg
Grunnkurs 1, alle tariffområder	3.-4. september	Oslo
Grunnkurs 2, KS-området	24.-26. september	Tromsø
Grunnkurs 2 Del 2, Tariffområdene Staten, Oslo kommune, Virke og Spekter 12	28.-29. august	Fornebu
Grunnkurs 3, alle tariffområder	19.-21. november	Bergen

Aktivitet og deltakelse for alle.  
Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem

ergoterapeutene



# Her er de nye regionstyrene

**I september ble det gjennomført elektroniske valg i de syv regionene. Da valget ble avsluttet 15. september hadde til sammen 801 medlemmer deltatt. Resultatet finner du her. Se hvem som skal representere deg og din region.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

**D**et var tilsammen 801 medlemmer som deltok i valget. Dette gir en valgdeltakelse på 24 prosent av de som kunne avgi stemme. Dette er litt høyere enn for tre år siden, og det viser at Ergoterapeutene er et forbund som er både fremtidsrettet og basert på demokratiske prinsipper. Det kom ingen klager på gjennomføringen av valget, og 29. september ble det godkjent av forbundsstyret.

## **STORT ARBEID FRA SYV REGIONALE VALGKOMITEER**

Valgene har vært gjennomført på grunnlag av arbeidet til og en innstilling fra syv regionale valgkomiteer. Valgkomiteen arbeider ut fra egne retningslinjer utarbeidet av forbundsstyret. Til sammen har valgkomiteene lagt ned hundrevis av timer i arbeidet med å finne frem til de riktige kandidatene.

## **EN ORGANISASJON BASERT PÅ DEMOKRATISKE PRINSIPPER**

Gjennomføring av de regionale valgene er en viktig aktivitet i en organisasjon basert på demokratiske prinsipper, og vi vil takke alle som deltok.

Selv om bare en fjerdedel av medlemmene deltok, er dette langt flere enn det ville være mulig å få til ved valg på fysiske møter. Valgdeltakelsen var gjennomgående god. Den var noe lavere enn i 2017, men høyere enn i 2020.

## **DE ULIKE VERVENE**

Regionstyret ledes av en leder. Styret har ansvaret for å legge til rette for aktivitet i regionen for at de vedtakene som er fattet på regionens årsmøte blir gjennomført. Regionstyret er også bindeleddet mellom medlemmene og tillitsvalgte i regionen og forbundsstyret. Størrelsen på styret varierer noe mellom regionene. Regionstyrets leder koordinerer arbeidet i styret og er valgt ved direkte valg.

Alle regioner er representert med hver sin representant i forbundsstyret. I tillegg velger landsmøtet leder, nestleder og to andre styremedlemmer til forbundsstyret. Regionens styrerepresentant inngår også i regionstyret. Det samme gjør dennes vararepresentant. Disse to representantene godkjennes til sist av landsmøtet.

Vi vil her presentere valgresultatet i den enkelte regionen. Du vil etter hvert finne kontakinformasjon til styret på hjemmesiden. De fleste regioner har fått fylt opp de nødvendige vervene.

## **ERGOTERAPEUTENE NORD**

- Marie Kristine Søberg-Klyver, Bodø Kommune, regionleder
- Heidi Fløtten, Nordlandssykehuset, forbundsstyret
- June Rondestvedt, KoRus Nord, vara forbundsstyret
- Eivor Rasmussen, Finnmarkssykehuset, styremedlem
- Pia Birgitte Jessen, privat, styremedlem
- Janne Joakimsen, Tromsø Kommune, styremedlem
- Malin Åkerøy, Helgelandssykehuset, styremedlem
- Bjørn Inge Amundsen, Alta Kommune, styremedlem
- Viviann Nordheim, UNN – Narvik, styremedlem
- Heidi Paulsen, Tromsø Kommune, styremedlem

## **ERGOTERAPEUTENE MIDT**

- Malin Andrea Midjo, Levanger kommune, leder, vara forbundsstyret
- Mariette Elise Gjerde, Ulstein kommune, forbundsstyret
- Reidun Beate Tystad, Alderspsykiatrisk poliklinikk, Nordmøre og Romsdal, vara forbundsstyret
- Malin Eerola, NTNU, styremedlem
- Jorunn Kvalø Uleberg, St. Olavs Hospital, styremedlem
- Siri Grindvik, Nærøysund kommune, styremedlem
- Oda Helen Græsli, Trondheim kommune, styremedlem

- Mathilde Øvestad, Trondheim kommune, styremedlem
- Annfrid Trætli Storvik, Levanger kommune, styremedlem
- Henning Evenshaug, Helse Nord-Trøndelag, Psykisk helsevern og Rus, styremedlem
- Lars Armann Isachsen, Trondheim kommune, 1. vara
- Jim Cato Pedersen Jensen, Trondheim kommune v/Øya helsehus, 2. vara

### **ERGOTERAPEUTENE VEST**

- Oda Ruud Bakke, Bergen kommune – Nav Bergen nord, leder
- Judith B. N. Ekerhovd, Bremanger kommune, forbundsstyret
- Birte Sandal Rikstad, Kinn kommune, vara forbundsstyret
- Olaug Lillehammer Laukeland, Helse Bergen, styremedlem
- David Wefring Osen, NAV, styremedlem
- Cathrine Tufte, Randaberg kommune, styremedlem
- Stefania Danielsdottir, Strand kommune, styremedlem
- Tone Eitrheim, Kvinnherad kommune, styremedlem
- Irene Fjeld, Bergen kommune, Ergo- og fysioterapi-tjenesten for barn og unge, 1. vara
- Morten Eric Christian Mortlock Breirem, Sola kommune, 2. vara

### **ERGOTERAPEUTENE SØR**

- Betina Schmidt Kleggetveit, Kristiansand kommune, leder
- Kathrine Færestrand, Hukommelsesteamet i Kristiansand kommune, forbundsstyret
- Maria Haven, Sørlandet Sykehus HF, vara forbundsstyret
- Erik Frisak, Porsgrunn kommune, styremedlem
- Nina Birgithe Saga-Brune, Åmli kommune, styremedlem
- Irene Honnemyr, Sørlandets Rehabiliteringssenter, Eiken, styremedlem
- Oda Eikenes Røsaaker, Skien kommune, styremedlem
- Karoline Marie Kristiansen, Sandefjord kommune, styremedlem

### **ERGOTERAPEUTENE VIKEN**

- Lene Kalvik, Ringerike kommune, leder,

vara forbundsstyret

- Kamilla Lemb Herbjørnsen, NAV, forbundsstyret
- Marianne Høggaug, Ringerike kommune, styremedlem
- Thomas Andersen, Fredrikstad kommune, styremedlem
- Lene Borgen Clausen, Eidsvoll kommune, styremedlem
- Didrik Brattbakk Kristiansen, Moss kommune, styremedlem
- Stine Marie Hjertaker, Ullensaker kommune, styremedlem
- Inger Marit Hurum, Drammen kommune, styremedlem
- Guro Elde, Flå kommune, styremedlem
- Siv Sommerfelt, A-hus, styremedlem

### **ERGOTERAPEUTENE OSLO**

- Nina Røstad, Norges ME-forening, leder forbundsstyret
- Guro Aakerholt, Fulltids master, UiO, Vara, forbundsstyret
- Nora Guldbrandsen, Oslo kommune, Bydel Søndre Nordstrand, styremedlem
- Rahama Yusuf, Oslo kommune, Bydel Søndre Nordstrand, styremedlem
- Siv-Hege Madsø, Oslo kommune, Bydel St. Hanshaugen, styremedlem
- Thomas Haile, NAV, styremedlem
- Joanna Hansson, Oslo kommune, Bydel Grorud, styremedlem

### **ERGOTERAPEUTENE INNLANDET**

Det var ingen kandidat til vervet som vara for forbundsstyreprerentanten.

- Lene Evensen Juliussen, Sykehuset Innlandet, leder
- Tina Brustuen Uri, Hamar kommune, forbundsstyret
- Britt-Maria Vestli, Fontenehuset Gjøvik AS, styremedlem
- Caroline Mostue, Øyer kommune, styremedlem
- Ingeborg Gjerdengen, Sykehuset Innlandet, Sandderud, styremedlem
- Åse Dorte Gjerlaug Lundberg, Ringsaker kommune, styremedlem
- Thea Kåseth, Sykehuset Innlandet HF, styremedlem
- Martin Røen Myhrengen, NAV Hjelpemiddelsentral Innlandet – Gjøvik, SIHF BUP-døgn enhet for barn og familie, 1. vara
- Ellen Sofia Åstrøm, Vestre Slidre kommune, 2. vara

## Rekordmange markeringer av Ergoterapiens dag i år også

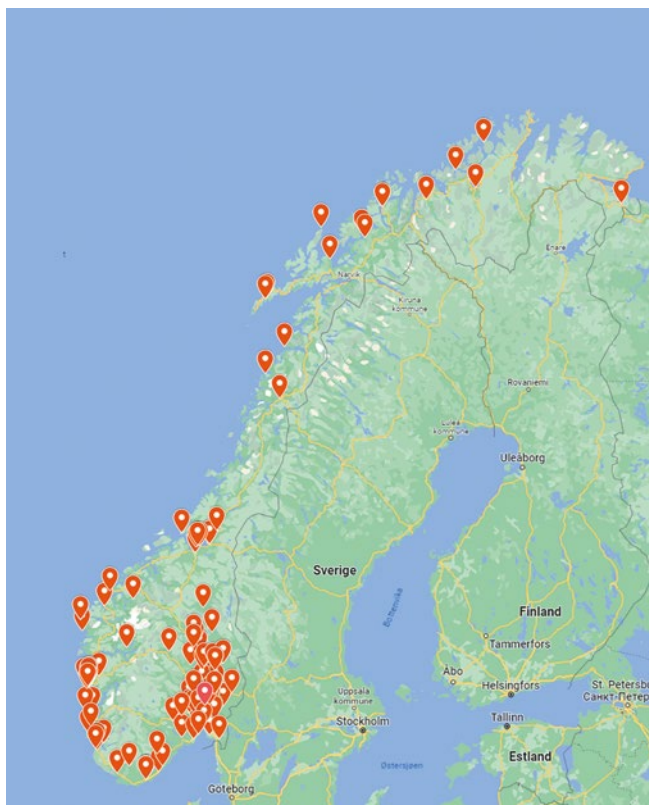
Da Ergoterapeuten gikk i trykken var det ennå ikke klart om vi kom til å slå rekordnoteringen på 150 arrangementer fra i fjor. Interessen for å vise ergoterapeuters bidrag til aktivitet og deltakelse for alle er uansett enorm.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

**E**rgoterapeutene oppfordrer medlemmene til å bruke Ergoterapiens dag til å vise at vi har mange av løsningene på samfunnets utfordringer. Ergoterapiens dag kan brukes til å snakke med politikere, motivere ungdom til å velge ergoterapiutdanning og generelt synliggjøre at ergoterapeuter har avgjørende kompetanse for mer bærekraftige helse- og velferdstjenester. Vis det, på din arbeidsplass og i ditt nærmiljø.

### VI STÅR SKULDER TIL SKULDER MED KOLLEGAER OVER HELE VERDEN

Verdensforbundet, WFOT, legger til rette for markering av dagen over hele verden. På Ergoterapiens dag står vi opp for faget sammen med 633 tusen kollegaer fra hele verden. La deg inspirere og bruk ressursene på WFOTs hjemmesider ([wfot.org](http://wfot.org)). Husk også at du som medlem i Ergoterapeutene har et individuelt medlemskap i WFOT.



27. oktober skal ergoterapeuter verden over markere Ergoterapiens dag. Kartet viser aktiviteten på Ergoterapiens dag landet rundt.

### FYSIKALSKE HJELPEMIDLER FOR BARN, UNGDOM OG VOKSNE

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



Nå med instruksjonsvideoer på helt ny nettside!

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





## FoU-midler

**Tirsdag gikk det ut svar til alle som har søkt om FOU-midler for 2023. Søknadsfristen for FOU-midlene var 15. september. På forbundsstyremøtet i desember 2022, vedtok forbundsstyret at søknader som inneholdt mestring og tidlig innsats for barn og unge skulle prioriteres. I tillegg skulle prosjekter som synliggjør ergoterapeuters bidrag til bærekraft bli prioritert.**

Av Kristin Jess-Bakken



Kristin Jess-Bakken  
er Ergoterapeutenes  
fagsjef.

**F**orbundsstyret vedtok at 500 000 kroner av FoU-midlene skulle lyses ut, mens 200 000 skulle stå til forbundsstyrets disposisjon.

Forbundsstyret vedtok å fordele 50 000 av disse.

Ved søknadsfristen var det kommet inn 14 søknader på til sammen 2 318 817 kroner.

Med dette håper vi at disse seks prosjektene skal bidra til faglig utvikling som kommer medlemmene til gode. Vi håper også at vi får gode bidrag til Fagkongressen i Ergoterapi, som arrangeres i Bodø i 2025.

Følgende fikk midler:

Navn	Tittel på prosjekt	Beløp
Anne-Stine Dolva	Oppvekst med Downs syndrom - muligheter og utfordring-er for mestring og deltakelse	Kr 75 000,-
Anne Birgit Stavenes	En veiledningspakke i bruk av armprotese hos barn og unge med dysmeli - for pårørende og lokale fagpersoner	Kr 80 000,-
Linda Stigen og Helle Gregersen	Effekt av Perceive, Recall, Plan og Perform intervensjon for barn i kommunehelsetjenesten	Kr 82 000,-
Tore Bonsaksen og Skender Redzovic	Friluftsliv og psykisk helse blant unge i Norge - en HUNT-studie	Kr 60 000,-
Inger Hellem	Oversettelse og kulturell tilpasning av Occupational Balance Questionnaire 11 (OB011) og tilhørende manual med SpiderWeb	Kr 153 000,-
Lene Fogtman Jespersen og EVA-gruppen	EVA - Analyse av fysiske omgivelers påvirkning av aktivitetsutførelse	Kr 100 000,-

Oppdater din kompetanse.  
Ta et kurs!

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



## GRUPPEOPPLÆRING, INDIVIDUELL ERGOTERAPI OG TRENING VED HANDARTROSE

# Erfaringar frå eit behandlingstilbod i spesialisthelsetenesta

Av Ingrid Festø, Rune J. Njålla, Anniken Evjen, Andrea Ohna Harjo, Cecilie Wold og Ingvild Kjekken



*Ingrid Festø jobber som ergoterapeut i Helse Førde.*



*Rune J. Njålla er revmatolog ved Nordlandssykehuset HF.*



*Anniken Evjen er sjukepleiar og rådgjevar på Lærings- og mestrings-senteret ved Nordlandssykehuset HF.*

### Samandrag

**Internasjonale retningslinjer anbefaler** at alle pasientar med handartrose skal få informasjon om sjukdommen og ulike behandlingstilbud, få opplæring i handtrening, gode arbeidsmetodar og bruk av enkle hjelpemiddel. Nordlandssjukehuset i Bodø starta i 2020 eit tilbod med kombinert gruppe- og individuell oppfølging for pasientar med handartrose.

Hensikta med denne studien er å undersøke kva utbytte pasientane hadde av å delta i dette tilbodet, med tanke på endringar i handfunksjon, opplevd aktivitetsutføring, og tilfredsheit med tilbodet. Vi målte endringar i grad av smerter og stivheit, bevegelegheit i fingrane, grepskraft og tilfredsheit med behandlingstilbodet. Aktivitetsutføring vart målt ved bruk av the Measure of Activity Performance of the Hand (MAP-hand).

Dette er eit oppfølgingsstudie der 107 pasientar vart vurdert ved oppstart. Åttisju av desse vart også vurdert etter tre månader. Etter tre månader var det signifikante positive endringar i dei fleste måla for symptom og aktivitetsutføring, med større forbetring i dei sjølvvalde aktivitetane enn i dei standardiserte aktivitetane i MAP-Hand.

Studien viser at pasientar med handartrose som deltok i gruppebasert undervisningstilbod, fekk individuell ergoterapi og gjennomførte trening heime, oppnådde auka handfunksjon og aktivitetsutføring, og at dei var særst nøgd med tilbodet.

**Nøkkelord:** handartrose, lærings- og mestringskurs, ergoterapi, MAP-hand, handtrening

*Andrea Ohna Harjo er ergoterapeut og arbeider ved Nordlandssykehuset HF.*

*Cecilie Wold er ortoped og arbeider ved Nordlandssykehuset HF.*

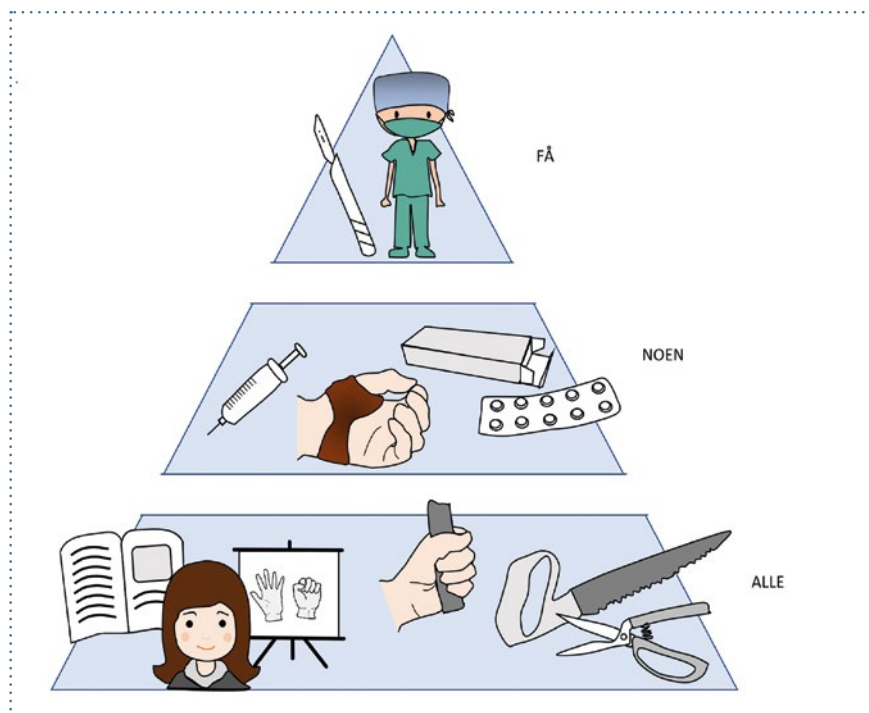
*Ingvild Kjekken er ergoterapeut og forsker og arbeider ved Nasjonal Kompetansetjeneste for Revmatologisk Rehabilitering, REMEDY forskningscenter for behandling innen revmatologi og muskelskjelettsykdommer, Diakonhjemmet Sykehus og Oslo-Met.*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette prosjektet.*

## Bakgrunn

I løpet av livet vil om lag halvparten av alle kvinner og ein fjerdedel av alle menn få handartrose i eitt eller fleire ledd. Risikoen aukar etter fylte 45-50 år (1). Sjukdommen affiserer vanlegvis fingrane sine midt- og ytterledd, og tommelen sitt rotledd. Kliniske kjenneteikn er mellom anna hevelsar i ledd, beinpåleiringar og deformitetar. Symptom ved handartrose er smerter, stivheit og redusert grepsstyrke. Dette kan føre til avgrensing i aktivitetar, som for eksempel å opne flaskekorkar og påleggspakningar, bere tunge ting, vri klutar og skrive på tastatur. Mange opplever avgrensingar i deltaking både heime og i arbeidslivet, som vidare medfører endringar i sjølvkjensle og roller (2-4). Det er ingen medikament som kan kurere handartrose, men det finnst fleire behandlingalternativ som kan redusere symptom og auke funksjon.

The European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) er ein europeisk organisasjon der forskarar, klinikarar og brukarrepresentantar samarbeider om å utvikle best mogleg behandling for pasientar med revmatiske muskel- og skjelettsjukdommar. EULAR understrekar at det er viktig med individualisert behandling ut ifrå grad av artrose, komorbiditet og livssituasjon, og at dette skal vere grunnlag for ei felles beslutning mellom pasient og behandlar. Dei anbefalar vidare at alle pasientar med handartrose skal få informasjon om sjukdommen og ulike behandlingalternativ, samt opplæring i handtrening, gode arbeidsmetodar og bruk av enkle hjelpemiddel (sjå figur 1). Dei med artrose i tommelen sitt rotledd bør også få tilbod om tilpassing av støtteskinne til dette



Figur 1. Anbefalt behandling for personar med handartrose.

Illustrasjon: Anne Therese Tveter.



Sjukdommen affiserer vanlegvis fingrane sine midt- og ytterledd og tommelen sitt rotledd. Foto: Anne Landsem.

leddet (5). Fleire studiar viser at ein kombinasjon av informasjon, handtrening og bruk av hjelpemiddel, ortoser og gode arbeidsteknikkar reduserer smerte og aukar funksjon (6-8).

Eit fåtal av pasientar med

handartrose er aktuelle for kirurgi. Kirurgi skal først bli vurdert når dei konservative behandlingalternativa er forsøkt utan tilstrekkeleg effekt. Likevel syner ein norsk studie at berre 21 prosent av pasientane som vart henvist





Ingrid Festø underviser under kvalitetsforbetringsprosjektet ved Nordlandssjukehuset i Bodø.  
Foto: Anne Landsem.



Testing av kraftgrep med jamar dynamometer. Foto: Anne Landsem.

for kirurgisk vurdering på grunn av artrose i tommelen sitt rotledd, hadde fått tilbud om konservative tiltak før henvisning (9).

Opplæring av pasientar og pårørende er ei av dei fire lovpålagde oppgåvene til spesialisthelsetenesta (10). Pasientopplæring i grupper har vist seg å vere nyttig for pasientar med kronisk sjukdom. I ei gruppe kan ein setje ord på og formidle egne opplevingar, få tilbakemeldingar, tips og korrigeringar frå fagpersonar og medpasientar (11, 12). Gjennom å møte andre kan pasientane oppleve støtte, inspirasjon og motivasjon til å finne nye løysingar. Gruppeopplæring kan difor vere ein fin arena for å dele den grunnleggande pasientinformasjonen anbefalt av EULAR.

Ergoterapeutane ved Nordlandssjukehuset i Bodø har i samarbeid med Lærings- og mestringssenteret (LMS), ortopedisk- og revmatologisk avdeling utvikla eit gruppebasert behandlingstilbod for denne pasientgruppa. Målet med be-

handlingstilbodet er at pasientane skal ta til seg kunnskap, ferdigheter og haldningar dei kan bruke for å mestre kvardagslege og meningsfulle aktivitetar. Tidleg i planlegginga hadde vi møte med forskarar ved Diakonhjemmet sjukehus/Norsk kompetansesenter for revmatologisk rehabilitering (NKRR), som ga rettleiing om innhald og pedagogiske metodar. Ved oppstart av tilbodet i 2020 såg vi det hensiktsmessig å utføre eit kvalitetsforbetringsprosjekt for å evaluere nytta av tilbodet. Hensikta med denne studien er difor å undersøke kva for utbytte pasientar med handartrose har av å delta i gruppebasert opplæring, få individuell ergoterapi og gjennomføre eigentrening. Vi undersøkte endringar i handfunksjon, opplevd aktivitetsutføring, og pasientane si tilfredsheit med tilbodet.

### Metode STUDIEDESIGN

Dette er eit internt kvalitetsforbetringsprosjekt, organisert som eit

oppfølgingsstudie der pasientane vart vurdert ved oppstart og etter tre månader.

### PASIENTFORLØP

Forløpet starta med henvisning frå lege i primær- eller spesialisthelsetenesta til ergoterapiavdelinga. Ergoterapeutane vurderte om pasientane ville ha mest nytte av gruppetilbodet eller om dei skulle komme til tradisjonell individuell oppfølging. Pasientane som kunne ha nytte av gruppeopplæring vart kalla inn og fekk tilsendt to ulike vurderingsskjema som dei returnerte utfylt før kursdagen.

Til kursdagen, som varte i fem og ein halv time, vart åtte til ti pasientar inviterte. Dagen etter kurset vart pasientane sett opp til individuell time med vurdering, aktivitetsrettleiing og tilpassing av ortose.

Etter dette reiste dei heim og vart anbefalt å jobbe med treningsprogrammet minimum tre gongar per veke. Dei vart også oppfordra til å ta i bruk ergono-

miske teknikkar, grepshjelpemiddel og til å bruke ortose tilpassa av ergoterapeut. Etter tre månadar kom pasientane inn til ny individuell kontroll.

### INKLUSJONSKRITERIER

Tilbodet er utarbeida for pasientar med klinisk mistanke om handartrose, det vil seie smerter, stivheit og/eller redusert grepsfunksjon utan at det har vore eit traume eller er mistanke om annan sjukdom/skade. Bildediagnostikk er ikkje eit kriterium. Det er inga definert øvre eller nedre aldersgrense for deltaking. For å delta må pasientane fungere i ei gruppe og ha gode norskkunnskapar. Dei som ikkje tilfredsstiller inklusjonskriteria fekk tilbod om individuell oppfølging.

### INNHALD I KURSET

På kursdagen møtte pasientane ergoterapeut, revmatolog eller ortoped, ein erfaren brukarrepresentant og ein gruppeterapeut. Tema for dagen var informasjon om sjukdommen, moglege behandlingalternativ, aktivitetsbalanse, instruksjon i ergonomiske grep og teknikkar samt informasjon om ortoser og grepshjelpemiddel. I fellesskap gjekk ein gjennom treningsprogram med øvingar vald ut for pasientar med handartrose etter NKRR sine anbefalingar. Brukarrepresentanten delte sine erfaringar om det å leve med handartrose, og gruppeterapeuten leia samtale med fokus på å meistre det å leve med kronisk sjukdom.

Kursdagen starta med forventningsavklaring slik at foredrags-haldarane kunne tilpasse informasjonen etter pasientane sine behov. Pasientane vart oppmoda til å stille spørsmål og dele erfaringar med kvarandre.

### METODE

Ved oppstart innhenta vi opplysingar om kjønn, alder, arbeidssituasjon (er i arbeid heil- eller deltid, ja/nei), sjukdomsvarigheit, tidlegare operasjonar, artrose i andre ledd og medisinerbruk. For å vurdere endringar i funksjon vart følgande vurderingar gjort før kursdagen og ved tremånederskontroll:

*Grad av smerter og stivheit* vart sjølvrapportert på ein skala frå 1 til 10 (1 = ingen smerte eller stivheit).

*Aktivitetsnivå* vart sjølvrapportert på ein skala frå 1 til 10 ut i frå spørsmål om i kor stor grad dei unngjekk aktivitetar eller sosiale situasjonar på grunn av artrose i hendene (1 = unngår ikkje i det heile tatt).

*Bevegelegheit* i fingrar vart vurdert ved å måle i kor stor grad pasientane kunne forme knyttneve (knyttedeficit). Avstand mellom fingertupp og handflate (pulpa-vola-avstand, PVA) ved knytta neve vart målt i millimeter og deretter summert til ein samlescore for andre til femte finger. Bevegelegheit i tommel vart målt ved palmarabduksjon, altså i kor stor grad ein greier å føre tommelen ut frå handflata. Palmarabduksjon vart målt i grader ved bruk av goniometer.

*Grepskraft* vart målt i pund ved bruk av måleinstrumenta Jamar Dynamometer for kraftgrep og Pinch Gauge for to-punkts pinsettgrep (13). Pasienten var sittande på stol, med albogen hengande fritt i cirka 90 grader bøy og handledd i nullstilling. Etter som måleinstrumenta har ei viss eigenvekt vart dei støtta opp av ergoterapeut ved utføring av kraftmåling. Vi følgde standard utføring av test, der ein ser gjennomsnitt etter tre forsøk.

*Aktivitetsutføring* vart vurdert ved at pasientane fylte ut Measure for Activity Performance of the Hand (MAP hand). MAP hand er validert for bruk ved revmatoid artritt og artrose i hender (14-16). I skjemaet rapporterte pasientane utføring av 18 standardiserte aktivitetar og inntil fem eigendefinerte aktivitetar på ein skal frå 1 til 4 (1 = kan utføre utan problem) (14). Ein gjennomsnittsscore vart berekna ved å summere scorane for kvar aktivitet og dele på antal aktivitetar.

*Pasientane si evaluering av gruppeopplæringa.* Kurset vart evaluert munnleg og skriftleg av pasientane. Alle fekk tilsendt tilbakemeldingsskjema i etterkant av kursdagen, der dei graderte tilfredsheit med kurset på ein skala frå 1 til 5 (5 = svært tilfreds) og kommenterte i fritekst kva dei hadde hatt mest nytte av. Tilbakemeldingane vart anonymisert gjennom responsverktøyet Questback.

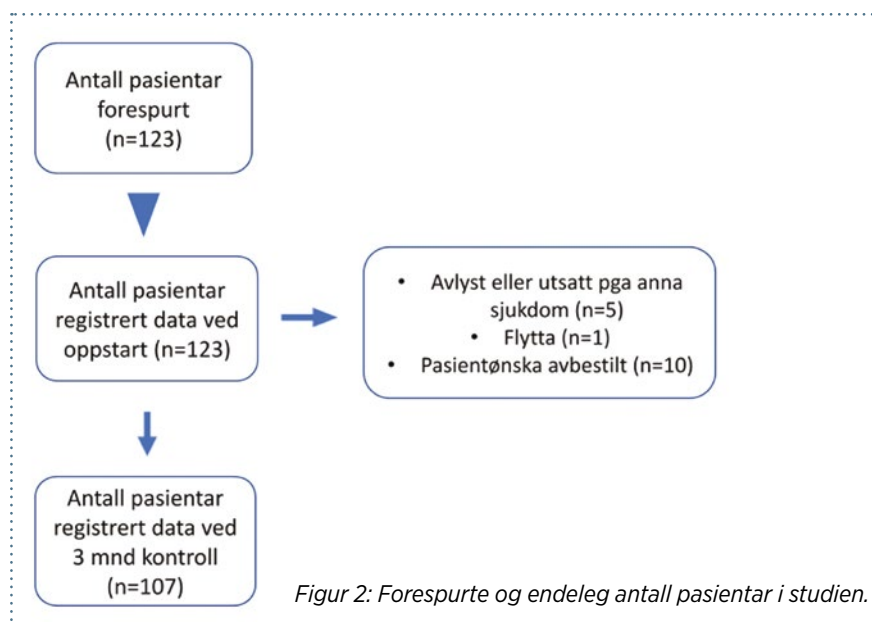
### PERSONVERN

Ved oppstart av prosjektet vart det oppretta ei sikker database for lagring av data som kun prosjektet sine ergoterapeutar og medisinsk fagleg ansvarleg lege hadde tilgang til. Innsamla data vart lagra ut frå npr-ID. Data som blir presentert i denne artikkelen er av personvernombodet vurdert som så generell at skriftleg samtykke ikkje er nødvendig. Det er derfor heller ikkje sendt søknad til Regional komité for medisinsk og helsefagleg forskningsetikk, (REK). Pasientane fekk munnleg informasjon om prosjektet.

### ANALYSAR

*Innhaldsanalysar:* Dei eigendefinerte aktivitetane i PSF vart kategorisert ut ifrå aktivitetsdo-





Tabell 1: Beskrivelse av pasientane (n=107) med hand- artrose ved studie- start. Informasjon er oppsummert som gjennomsnitt med standardavvik eller antal og andelar.

Demografiske variablar	(n=107)
Alder (år)	62.7 (9.9)
Andel kvinner	84 (77.8)
Er i lønna arbeid heil- eller deltid (ja/nei)	49 (45.4)
<b>Sjukdomsvariablar</b>	
Sjukdomsvarigheit (år) < 2 år	27 (25.0)
2 – 5 år	32 (29.6)
> 5 år	49 (45.4)
Operert høgre hand	6 (5.6)
venstre hand	9 (8.3)
begge hender	8 (7.4)
Artrose i hofte(r)	46 (42.6)
knær	49 (45.4)
Brukar smertestillande, ikkje reseptbelagt	26 (24.3)
reseptbelagt	25 (23.4)

mena i the Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (17). I denne modellen blir aktivitetar klassifisert i tre kategoriar: Personlege daglege aktivitetar, produktivitet og fritid. Personlege daglege aktivitetar er igjen inndelt i personleg stell, mobilitet og å fungere i samfunnet. Produktivitet omfattar lønna/ulønna arbeid, husarbeid og leik/skule/utdanning. Fritid inkluderer rolege fritidsaktivitetar, fysisk

krevjande fritidsaktivitetar og sosiale aktivitetar.

Kommentarane om nytte av kurset vart lest og kategorisert ut frå innhald i kommentaren.

**Analysar av talmateriale:** Det vart utført beskrivande analysar med berekning av gjennomsnitt, standardavvik, andelar og frekvensfordelingar. Forskjellar mellom dei som deltok og dei som ikkje deltok ved tremånederskontroll blei analysert ved Chi-kva-

drattesttar og to-utvals t-testar.

Endringar i funksjon og aktivitet utføring mellom oppstart og etter tre månadar vart analysert med parra t-testar. Effektstørrelse for endringane vart berekna som Cohen's *d*, ved at forskjellane mellom oppstart og tremånedersoppfølging i utfallsvariabelen vart dividert med standardavviket for forskjellen i den same utfallsvariabelen (18). Signifikansnivået vart satt til  $p < 0.05$ . Alle statistiske analysar vart utført med IBM SPSS (versjon 28).

## Resultat

### DELTAKARAR I STUDIEN

Alle dei 123 som fekk tilbod om gruppeopplæring i perioden frå september 2020 til april 2022, vart inviterte til å delta og takka ja til dette. Av desse måtte fem utsette oppfølgingstimen, ein flytta og ti pasientar avbestilte siste oppfølgingstime (sjå figur 2). Av dei totalt 107 pasientane på kurset var 78 prosent kvinner. Gjennomsnittsalderen var 63 år, og 45 prosent var i lønna arbeid. Om lag halvparten av pasientane hadde hatt handartrose i over fem år, og halvparten av pasientane hadde også artrose i hofte og/eller kne. Oppsummering av demografiske variablar er vist i tabell 1.

Ved oppstart hadde pasientane i gjennomsnitt moderat grad av smerter og morgonstivheit, redusert evne til å forme knytteneve og redusert utslag ved palmarabduksjon. Dei unngjekk i moderat grad aktivitetar på grunn av hendene sine. I MAP-Hand rapporterte pasientane størst problem (gjennomsnittsscore > 2) med aktivitetar der skru/vridningsbevegelesar blir kombinert med bruk av kraft (å opne skru-korkar, opne lokk på syltetøyglass og å vri klutar), opne hermetikk-

boksar, bere handleposar eller tunge gjenstandar og å klemme ut av tuber.

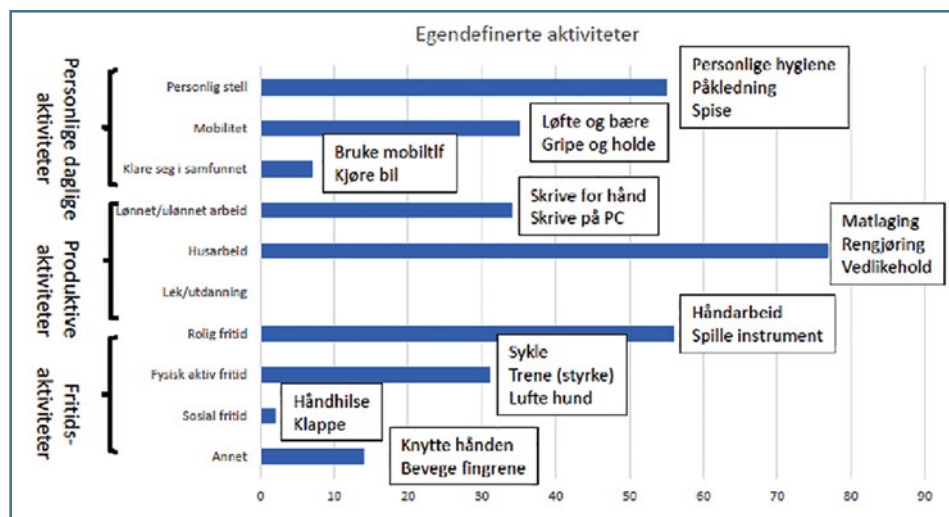
Pasientane beskreiv totalt 311 eigendefinerte aktivitetar i MAP-Hand. Det var flest aktivitetar i kategoriane «personleg stell», «husarbeid» og «roleg fritid» (sjå figur 3), medan dei tre oftast beskrivne enkeltaktivitetane var å strikke (n=18), å løfte og bære tungt (n=14) og å skrive for hand (n=9) (sjå figur 3).

Totalt 87 (79 prosent av pasientane) fullførte målingar ved kontroll etter tre måneder. Det var ingen signifikante skilnader i kjønn, alder, tilknytning til arbeid eller sjukdomsvarigheit mellom dei som fullførte og dei som ikkje fullførte tremåneder kontroll.

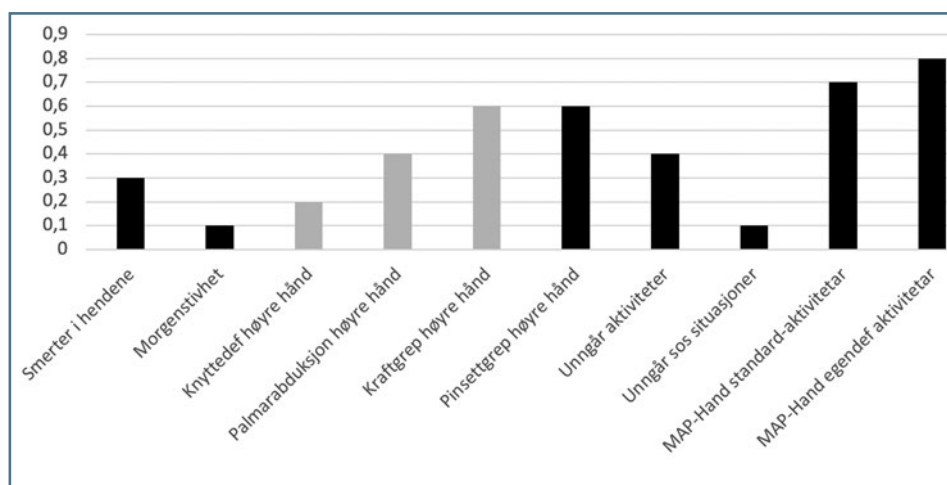
I etterkant av gruppeopplæringa fekk alle pasientane individuell kontroll hos ergoterapeut der det mellom anna vart vurdert behov for ortose. Litt over halvparten av pasientane fekk tilpassa ortose, dei fleste for artrose i tommelen sitt rotledd.

## ENDRINGAR I HANDFUNKSJON OG AKTIVITETSUTFØRING

Etter tre månader var det signifikante positive endringar i dei fleste måla for symptom og funksjon (sjå tabell 2 neste side). Resultata viser vidare at deltakarane hadde eit høgare aktivitetsnivå etter tre månadar, då dei rapporterte at dei i mindre grad unngjekk aktivitetar på grunn av artrose i hendene. I MAP-Hand var det størst betring i følgjande aktivitetar: å opne skrukorkar, opne lokk på syltetøyglass og hermetikkboksar, med å vri klutar, å skjære brød og skrelle rå grønnsaker, og å bere tunge gjenstandar. Pasientane rapporterte større betring i dei sjølvvalde aktivitetane enn i dei standardiserte aktivitetane i MAP-Hand.



Figur 3. Eigendefinerte aktivitetar i MAP-Hand beskrive av 107 pasientar på handartrosekurs.



Figur 4. Endringar i handfunksjon og aktivitetsutføring hjå 87 pasientar på kurs i handartrose 3 månadar etter kurset, uttrykt i effektstørrelse. Svarte søyler markerar endringar med  $p \leq 0.05$ , grå søyler markerar endringar med  $p > 0.05$ .

Samanliknar ein endringar i handfunksjon og aktivitetsutføring (figur 4) var det størst betring i aktivitetsutføring og i kraft i topunkts pinsettgrep.

## PASIENTANE SI EVALUERING AV GRUPPETILBODET

Pasientane var jamt over svært nøgde med tilbodet, med ein gjennomsnittsscore på 4.5 på ein skala frå ein til fem, der fem er svært tilfreds. Flest pasientar opplyste at det mest nyttige var å møte andre og utveksle erfaringar, å få informasjon om handar-

trose og ulike behandlingssalternativ, å få informasjon om bruk av hjelpemiddel og å få rettleiing i treningsøvelsar. Mange nemnde at det også var nyttig å bli sett, få anerkjenning og innsikt og det å bli bevisst på kva ein sjølv kan gjere for å leve best mogleg med sjukdommen. Ein pasient skreiv at det var fint «å få en innsikt i sykdomsforløp, utvikling, og behandling. Å høre andre sine erfaringer, samt tips og råd om trening for å utsette eventuell kirurgisk behandling, og det at leger/ergoterapeuter forklarer gangen i

Symptom og funksjon	Oppstart	3 mnd	Gjennomsn. endring	p-verdi
Smerter i hendene (1-10, 1 = ingen smerte)	5.5 (1.7)	4.9 (1.8)	0.6 (1.8)	0.002
Morgonstivheit i hendene (1-10, 1 = ingen stivhet)	4.8 (2.5)	4.7 (2.5)	0.11 (2.0)	0.57
Knyttedeficit      høyre hand Sum i mm 2-5 finger      venstre hand	5.5 (18.9) 7.7 (20.6)	4.2 (16.7) 5.8 (20.0)	1.3 (9.2) 1.9 (7.7)	0.15 0.01
Palmar-abduksjon      høyre hand Målt i grader      venstre hand	45.2 (8.0) 45.8 (7.2)	47.6 (6.3) 48.5 (7.0)	2.4 (5.6) 2.6 (5.1)	<0.001 <0.001
Kraftgrep      høyre hand Målt i pund      venstre hand	52.5 (26.7) 49.3(26.2)	58.5 (26.3) 54.4 (24.6)	6.0 (10.9) 5.1 (12.4)	<0.001 <0.001
Topunkts pinsettgrep      høyre hand Målt i pund      venstre hand	9.9 (3.8) 9.7 (3.5)	11.0 (3.6) 10.7 (3.5)	1.1 (1.9) 1.1 (1.8)	<0.001 <0.001
Unngår aktiviteter pga hendene (1-10, 1=ingen endring)	4.6 (2.5)	3.7 (2.3)	0.9 (2.3)	<0.001
Unngår sosiale situasjonar pga hendene (1-10, 1=ingen ending)	1.9 (1.8)	1.8 (1.5)	0.2 (1.4)	0.19
MAP-Hand – standardiserte aktiviteter (1- 4, 1= uten problem)	1.8 (0.4)	1.7 (0.4)	0.2 (0.3)	<0.001
MAP-Hand – sjølvvalgte aktiviteter (1- 4, 1= uten problem)	2.6 (0.4)	2.3 (0.6)	0.4 (0.5)	<0.001

Tabell 2. Endringar i smerter, stivheit og aktivitetsutføring etter tre månadar hjå 107 pasientar som har deltatt på handartrosekurs. Gjennomsnittlege endringar vart analysert med parra t-testar.

sykdomsutviklingen på sikt». Ein annan opplyste at det var nyttig «å treffe andre med samme problematikk og dele erfaringer på godt og vondt. Man kan lære mye av andres erfaringer».

## Diskusjon

Hensikta med denne studien var å undersøke kva for nytte pasientar med handartrose har av å delta i gruppebasert opplæring med påfølgande individuell oppfølging av ergoterapeut og individuell trening. Resultata viser at pasientane fekk auka bevegelegheit og kraft, reduksjon i smerter, og auka funksjon i daglege aktiviteter. Vi ser særleg auka funksjon i aktiviteter som krever handkraft og som kombinerer bruk av handkraft med bevegelsar der ein skruer og vrir. Pasientane unngjekk også i mindre grad å bruke hendene i aktiviteter etter at dei hadde deltatt.

Tidlegare studier har vist at

det er samanheng mellom handkraft, smerte, aktivitetsutføring og tru på meistring (19, 20). På kursdagen hadde både ergoterapeuten og legen fokus på å ufarleggjere det å bruke hendene, sjølv om ein kjenner på stivheit og smerter. Gjennom opplæring i gruppe og individuell ergoterapi vart pasientane introdusert for kunnskap, ferdigheiter og haldningar som kan påverke dei til å yte meir og vere meir uthaldande ved trening og i kvardagsaktivitetar. Samla kan dette føre til ein god sirkel der auka kunnskap, betre handfunksjon, mindre smerter og betre meistring av kvardagen gir motivasjon til å oppretthalde trening og bruk av hendene.

Om lag halvparten av pasientane i studien hadde hatt plager i over fem år. Fleire fortalte at dei hadde fått beskjed frå fastlege om at dei hadde slitasje i ledda, og at einaste måte å handtere

smertene på var ved å ta smertestillande medikament. Fleire hadde derfor tenkt at de burde skåne hendene for belastning og hadde brukt hendene mindre i til dømes fritidsaktivitetar. Etter gruppeopplæring, individuell ergoterapi og trening erfarte dei at trening og bruk av ortoser både ga betre handfunksjon og mindre smerter. Ein forklaring på dette funnet kan være at dei, gjennom informasjon og erfaringsdeling, er tryggare på å være i aktivitet for å vedlikehalde funksjon og livskvalitet. Meir bevegelse og kraft i fingrane bidrar til mindre smerter, noko som igjen gjer det lettare å utføre daglege aktiviteter.

I resultata ser vi størst betring i dei eigendefinerte aktivitetane i MAP- hand. Blant desse var det fritidsaktivitetar som til dømes handarbeid, spele instrument og sykle. Under grupeopplæringa sa fleire av pasientane at oppgaver



relatert til arbeidslivet var blitt prioritert framfor fritidsaktivitetar siste åra. Ofte var hendene smertefulle etter ein arbeidsdag, og det var lite fristande å ta fram strikketøyet på kvelden. Resultata kan tyde på at gruppeopplæring, individuell ergoterapi og trening har bidratt til mindre smerter og auka trygghet ved bruk av hendene i fritidsaktivitetar.

Pasientane opplyste at noko av det mest nyttige med gruppeopplæringa var «å dele erfaringar» og «bli bevisst på kva ein sjølv kan gjere for å leve best mogleg med sjukdommen». Dette viser at pasientane var motiverte til å ta i bruk nye løysingar og teknikkar. Samtidig er dei eigendefinerte aktivitetane i MAP-hand noko som i utgangspunktet har stor betyding for den enkelte og som dei dermed er ekstra motiverte for å få til.

Som del av studien kom pasientane tilbake etter tre månader og fekk testa handkraft. Ein kan tenkje seg at pasientane sin motivasjon for trening vart styrka ved at dei skulle tilbake for retest. Med lang reiseveg for pasientane og travle arbeidsdagar for ergoterapeutane er det krevjande å gjennomføre test og retest som del av dagleg praksis. Digitale løysingar, som den nye behandlingsappen «Happy Hands», kan difor vere eit supplement der personar med handartrose får tett oppfølging gjennom informasjon, øvingar og tilbakemeldingar på eigen smarttelefon (21). Det er likevel viktig å ta omsyn til at slik teknologi ikkje fungerer like godt for alle.

AktivA er eit standardisert informasjons- og treningsopplegg for personer med hofte- og/eller kneartrose, som hovudsakleg blir gjennomført i regi av primærhelsetenesta (22). Eit tilsvarende

opplegg for dei med handartrose, kombinert med «Happy Hands» for oppfølging heime, kan vere ei effektiv framtidig løysing for å sikre alle med handartrose eit kunnskapsbasert tilbod.

I Nasjonal sjukehusplan 2020-2023 blir det fastslått at ein skal styrke befolkninga si helsekompetanse og pasienten si moglegheit til å vere aktiv deltakar i eiga helse og behandling(23). Vi valde å gjennomføre opplæringa i gruppe, der pasientane kan dele og samanlikne erfaringar og mestingsstrategiar. Dette bidreg til at dei kan kome på sporet av nye løysingar for å meistre kvardagen med dei utfordringane handartrosen medfører. I ei gruppe lærer pasientane både av å setje ord på og formidle egne opplevingar og ved å få tilbakemeldingar, tips og korrigeringar frå både fagpersonar og av dei andre pasientane i gruppa. I tillegg viser tilbakemeldingane frå pasientane at det blir opplevd som meningsfullt å være del av eit fellesskap der dei kan dele vanskelege ting og ha verdi for kvarandre. Det gir tryggleik og støtte, bekreftelse og aksept, inspirasjon og motivasjon. Fleire av pasientane i denne studien oppgir at erfaringsutveksling og det å møte andre var noko av det mest nyttige med kurstilbodet.

Studier gjort ved NKLMH (Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring innan helse) viser at god pasientopplæring gir pasientane auka håp og tru på framtida, dei opplever færre symptom, handterer symptoma betre og kommuniserer meir effektivt med helsepersonell. Samtidig gir det færre og/eller kortare innleggingar på sjukehus, færre konsultasjonar hjå fastlege og i poliklinikk og færre sjukedagar (24, 25).

Vår erfaring er at pasientane

fekk betre utbytte av gruppeopplæring, individuell ergoterapi og trening enn berre ved individuelle konsultasjonar. I tillegg erfarte vi at denne måten å organisere tilbodet på ga meir effektiv utnytting av sjukehuset sine ressurser, både tidsbruken til dei ulike fagpersonene og reiseutgiftene til pasientreiser. Tidlegare ville pasientar med handartrose først kome til konsultasjon hjå lege på sjukehuset, og ofte måtte dei kome tilbake til ergoterapeut på sjukehuset nokre gongar. Framtidige studiar bør undersøke kva som er den mest kostnadseffektive måten å organisere tilbodet til denne pasientgruppa.

Denne studien har nokre svakheiter. Ei svakheit er utforminga som eit oppfølgingsstudie utan kontrollgruppe. Dette gjer at ein ikkje kan trekke konklusjonar med omsyn til kva som er årsaka til endringane i handfunksjon og aktivitetsutføring. Ei anna svakheit er at pasientane ikkje registrerte etterleving av handtrening og bruk av ortose. Registrering kunne gjort det mogleg å undersøke om det var ein samanheng mellom trening og auka handkraft, og bør leggjast inn i framtidige studiar. Ei styrke med studien er at den er gjennomført som del av dagleg praksis. Tilbodet og resultata kan difor i stor grad overførast til andre sjukehus for denne pasientgruppa.

Oppsummert viser studien at pasientar med handartrose som deltok i eit gruppebasert undervisningstilbod, individuell ergoterapi og trening, oppnådde auka handfunksjon og aktivitetsutføring, og at dei var særleg nøgde med tilbodet. Slike tilbod, i kombinasjon med digitale behandlingsappar, bør vidareutviklast for å gjere kunnskapsbasert behand-

ling tilgjengeleg for alle, uansett kvar ein bur i landet.

## Kjelder

1. Marshall M, Watt FE, Vincent TL, Dziedzic K. Hand osteoarthritis: clinical phenotypes, molecular mechanisms and disease management. *Nature reviews Rheumatology*. 2018;14(11):641-56.
2. Hill S, Dziedzic KS, Ong BN. The functional and psychological impact of hand osteoarthritis. *Chronic illness*. 2010;6(2):101-10.
3. Bukhave EB, Huniche L. Activity problems in everyday life - patients' perspectives of hand osteoarthritis: "try imagining what it would be like having no hands". *Disabil Rehabil*. 2014;36(19):1636-43.
4. Kingsbury SR, Gross HJ, Isherwood G, Conaghan PG. Osteoarthritis in Europe: impact on health status, work productivity and use of pharmacotherapies in five European countries. *Rheumatology (Oxford)*. 2014;53(5):937-47.
5. Kloppenburg M, Kroon FP, Blanco FJ, Doherty M, Dziedzic KS, Greibrokk E, et al. 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(1):16-24.
6. Aebischer B, Elsig S, Taeymans J. Effectiveness of physical and occupational therapy on pain, function and quality of life in patients with trapeziometacarpal osteoarthritis - A systematic review and meta-analysis. *Hand therapy*. 2016;21(1):5-15.
7. Tveter AT, Østerås N, Nossun R, Eide REM, Klokkeide Å, Hoegh Matre K, et al. Short-term effects of occupational therapy on hand function and pain in patients with carpometacarpal osteoarthritis: secondary analyses from a randomized controlled trial. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2020.
8. Dziedzic K, Nicholls E, Hill S, Hammond A, Handy J, Thomas E, et al. Self-management approaches for osteoarthritis in the hand: a 2x2 factorial randomised trial. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(1):108-18.
9. Gravas EMH, Tveter AT, Nossun R, Eide REM, Klokkeide A, Matre KH, et al. Non-pharmacological treatment gap preceding surgical consultation in thumb carpometacarpal osteoarthritis - a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2019;20(1):180.
10. Lov om spesialisthelsetjenesten (spesialisthelsetjenesteloven), (2001).
11. Ivarsson B, Klefsgård R, Nilsson GC. Experiences of Group Education—A Qualitative Study from the Viewpoint of Patients and Peers, Next of Kin and Healthcare Professionals. *Nordic Journal of Nursing Research*. 2011;31(2):5.
12. Moe RH, Grotle M, Kjekken I, Olsen IC, Mowinckel P, Haavardsholm EA, et al. Effectiveness of an Integrated Multidisciplinary Osteoarthritis Outpatient Program versus Outpatient Clinic as Usual: A Randomized Controlled Trial. *J Rheumatol*. 2016;43(2):411-8.
13. Tveter AT, Dagfinrud H, Moseng T, Holm I. Health-related physical fitness measures: reference values and reference equations for use in clinical practice. *Arch Phys Med Rehabil*. 2014;95(7):1366-73.
14. Paulsen T, Grotle M, Garratt A, Kjekken I. Development and psychometric testing of the patient-reported measure of activity performance of the hand (MAP-Hand) in rheumatoid arthritis. *J Rehabil Med*. 2010;42(7):636-44.
15. Fernandes L, Grotle M, Darre S, Nossun R, Kjekken I. Validity and responsiveness of the Measure of Activity Performance of the Hand (MAP-Hand) in patients with hand osteoarthritis. *J Rehabil Med*. 2012;44(10):869-76.
16. Tveter AT, Nossun R, Eide REM, Klokkeide Å, Matre KH, Olsen M, et al. The Measure of Activity Performance of the hand (MAP-Hand) - A reliable and valid questionnaire for use in patients with hand osteoarthritis with specific involvement of the thumb. *J Hand Ther*. 2020.
17. Townsend E, Polatajko H. Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Wellbeing & Justice through Occupation: CAOT Publications ACE; 2013. Available from: <https://www.caot.ca/client/product2/369/item-FromIndex.html>.
18. Hartung J, Knapp G, Sihna B. Statistical meta-analysis with application: Wiley; 2008.
19. Kjekken I, Dagfinrud H, Slatkowsky-Christensen B, Mowinckel P, Uhlig T, Kvien TK, et al. Activity limitations and participation restrictions in women with hand osteoarthritis: patients' descriptions and associations between dimensions of functioning. *Ann Rheum Dis*. 2005;64(11):1633-8.
20. Haugen IK, Aaserud J, Kvien TK. Get a Grip on Factors Related to Grip Strength in Persons With Hand Osteoarthritis: Results From an Observational Cohort Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2021;73(6):794-800.
21. Tveter AT, Blanck T, Nyheim S, Maarnes M, Christensen BS, Pedersen SJ, et al. Development of a smartphone application for treatment of hand osteoarthritis - happy hands. *EULAR 2022; Copenhagen. Ann Rheum Dis 2022*. p. 79.
22. Holm I, Pripp AH, Risberg MA. The Active with OsteoArthritis (Aktiva) Physiotherapy Implementation Model: A Patient Education, Supervised Exercise and Self-Management Program for Patients with Mild to Moderate Osteoarthritis of the Knee or Hip Joint. A National Register Study with a Two-Year Follow-Up. *J Clin Med*. 2020;9(10).
23. Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023. In: omsorgsdepartementet H-o, editor. 2019.
24. Stenberg U, Vågan A, Flink M, Lynggaard V, Fredriksen K, Westermann KF, et al. Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. *Patient Educ Couns*. 2018;101(6):1006-35.
25. Stenberg U, Haaland-Ørby M, Fredriksen K, Westermann KF, Kvisvik T. A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Educ Couns*. 2016;99(11):1759-71.



Hepro 928C

## ELEKTRISKE SCOOTERE FRA HEPRO



Hepro C4



Hepro S19V

Hepro har siden 1987 bidratt til å mestre hverdagen med spesialtilpassede produkter. Våre kvalitetsscootere med høy kjørekomfort gir personer mulighet til å komme seg trygt ut av huset for å handle, kjøre en tur i nærområdet eller treffe venner og familie.

- Sammenleggbare modell - tas enkelt med på reise
- Innebygd scooter med tak og varmeapparat
- For både innendørs og utendørs bruk
- På rammeavtale med NAV
- Lokale representanter i hele landet
- Servicepartnere i Norge



For mer informasjon se:  
**hepro.no**



Ring oss på **46 74 55 55**



# A Rasch analysis of the Sunnaas ADL Index for stroke survivors

Av Kristin S. Loxley & Ann-Kristin G. Elvrum



*Kristin S. Loxley is an occupational therapist, MSc, working at Sunnaas Rehabilitation Hospital and affiliated with Department of Interdisciplinary Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway. Email: kristin.loxley@sunnaas.no*



*Ann-Kristin G. Elvrum is an occupational therapist, ph.d., working at Clinic of Rehabilitation, St. Olav's Hospital, Trondheim University Hospital, Trondheim and Department of Neuromedicine and Movement Science, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim.*

## Abstract

### Sunnaas ADL Index's internal scale validity

**Background:** The Sunnaas ADL Index (SADL) is a generic outcome measure that evaluates independence in activities of daily living (ADL). Acceptable reliability of SADL for patients with stroke has been confirmed, while information concerning construct validity is lacking.

**Aims/Objectives:** The objective of our study was to evaluate SADL's internal scale validity and aspects of reliability for stroke survivors.

**Material and Methods:** Data from 200 patients (136 men, mean age 58 years) admitted to the stroke unit at Sunnaas Rehabilitation Hospital (2012-2017), was included in the Rasch measurement model analyses to evaluate internal scale validity and item and person reliability of SADL.

**Results:** SADL was found to be unidimensional with an item fit of 91.8 percent and excellent person (0.91) and item reliability (0.99). Only one item, communication, showed misfit, but was retained, as removal did not improve fit statistics. The scoring categories functioned well, but mean person ability was higher than mean item difficulty with nine persons reaching maximum scores.

**Conclusion:** The SADL is a valid measure of independence in daily activities for stroke survivors and seems most appropriate for those with moderate to severe disabilities. It should be considered to revise the scoring criteria for the item communication.

**Keywords:** Outcome Measures; Model, Statistical; Psychometrics; Activities of Daily Living

Artikkelen ble mottatt 23.03.2023 og godkjent 22.07.2023.  
Det er ingen interessekonflikter.

## Introduction

Loss of independence in activities of daily living (ADLs) is a devastating consequence for many persons who experience stroke and other brain related injuries (1, 2). It affects their possibility to live independently and safely at home and to participate in work and leisure activities. Regaining independence in daily activities is associated with higher quality of life, reduced caregiver burden and less use of healthcare resources (3, 4). Occupational Therapists (OTs) are especially concerned with enabling performance and participation in everyday activities (5). Therefore, assessments of activity performance are essential for OT's working with rehabilitation of people with acquired brain injuries. Evaluating the performance and level of independence in both primary self-care activities (PADLs) such as eating and dressing and instrumental activities (IADLs) such as cooking and shopping, provide a starting point for goal-setting and planning of interventions and adaptations to promote independence in ADLs (1). To evaluate individual treatment effect, as well as measuring the level of independence, safety, required level of assistance and potential for rehabilitation, assessments of ADL with sound psychometric properties are crucial (3, 6). In addition, valid and reliable outcome measures that are sensitive to change, are important to provide evidence-based knowledge concerning efficacy of various interventions (1, 3, 7).

The Sunnaas ADL Index (SADL) is commonly used by occupational therapists in Norway to evaluate independence in ADLs (8, 9). In addition, the

**Sunnaas sykehus HF**  
**SUNNAAS ADL INDEX**

NAME: \_\_\_\_\_  
D.o.B: \_\_\_\_\_ INSTITUTION: \_\_\_\_\_  
DIAGNOSIS \_\_\_\_\_ OCC.THERAPIST: \_\_\_\_\_

**SCORING:**  
3 = Can manage alone, and does it  
2 = Can manage alone, and does it, under special conditions  
1 = Needs some help or motivation from another person. Alt. can manage alone, but does not do it.  
0 = Can not manage

**INDEPENDENT**  
**DEPENDENT**

**SEE MANUAL FOR SCORING**  
Note! Separate scoring key for spinal cord injured (SCI) for items 2 and 4. Item 2 reads "bladder-management" and item 4 reads "bowelmanagement"

Date:														
	0	1	2	3		0	1	2	3		0	1	2	3
1.EATING														
2.CONTINENCE														
3.INDOOR MOBILITY														
4.TOILET-MANAGEMENT														
5.TRANSFER														
6.DRESSING AND UNDESSING														
7.GROOMING														
8.COOKING														
9.BATH /SHOWER														
10.HOUSEWORK														
11.OUTDOOR MOBILITY														
12.COMMUNICATION														
SUM:														

COMMENTS: \_\_\_\_\_

F:\ERGOTERAPI\Sunnaas ADL index\Engelsk oversettelse\ADL skjema eng.doc  
Postadresse: 1450 Nessodangen Telefon: 66 96 90 00 E-post: firmapost@sunnaas.no  
Telefaks: 66 91 25 76 Giro: 6004 06 57048  
Besøksadresse: Bjerremyrveien Foretaksnr.: 883 971 752  
11  
Copyright: Occupational Therapy department, Sunnaas Hospital, Norway  
ADL=Activities of Daily Living

**HELSE ØST**

Figure 1. Scoring sheet for the Sunnaas ADL Index.

Barthel Index and Functional Independence Measure (FIM) are frequently used to measure ADL outcomes (3). The SADL assesses the level of independence in completing twelve daily activities as well as how much assistance and/or adaptation is needed to complete them (10). Unlike Barthel Index or FIM, the SADL includes items evaluating instrumental ADLs that are relevant for OT interventions (cooking, housework and outdoor mobility) (11). The scoring sheet also provides a visual overview over the level of assistance and adap-

tations needed to perform the included activities (Figure 1) (12). This enables the therapist to easily illustrate for the patient what steps are needed to become independent in these activities and discuss possible interventions.

Although originally created for patients with stroke, the SADL has also been used for geriatric patients and patients with conditions such as spinal cord injuries, multiple trauma, poliomyelitis and osteogenesis imperfecta (8, 10, 13-18). Earlier studies have investigated the psychometric properties of SADL for the joint groups

of stroke and geriatric patients as well as for patients with various neurological diagnosis (14-16, 19, 20). Those studies have indicated that the SADL has good reliability, whereas the findings regarding the scale's validity were less consistent (15, 19-22). The latter specifically concerns whether each item on the SADL assesses the same underlying construct and the functioning of the intervals of the scoring scale (14, 15). Hence, there is still a need to investigate further the internal construct validity of the SADL scale for the group of stroke patients.

Rasch measurement model analysis is the recommended method of evaluating the internal validity and reliability of the item scale for criterion-referenced outcome measures used in rehabilitation (23). Criterion-referenced outcome measures evaluate the patient's performance against pre-specified criteria describing different levels of efficient or independent performance (24). The resulting raw scores are ordinal and do not exhibit basic features of measurement, such as unidimensionality, hierarchical order and equal interval scaling. The use of Rasch measurement model analysis transforms ordinal data into interval equal level data, enabling the use of parametric statistical analyses. In addition, the internal scale validity and reliability of the outcome measure can be established, for example, whether the construct measured by the test items (for example independence in ADLs) remains stable over the range of person abilities in the population of interest (25). Thus far, only one study has used Rasch analysis to investigate the construct validity of the SADL (14). That study, inclu-

Characteristics	
<b>Participants (n (%))</b>	200 (100)
<b>Gender (n (%))</b>	
Men	136 (68)
Women	64 (32)
<b>Age in years (Mean (±SD))</b>	58 (12)
Men	56 (12.6)
Women	59 (11.7)
<b>Diagnosis (n (%))</b>	
Stroke	188 (94)
Others*	12 (6)
<b>T.S.O. (Median (min-max))</b>	33 (6-3195)
*Brain tumour, encephalitis, other neurological diagnosis, n= Number of participants, SD=Standard Deviation; min= minimum, max= maximum, T.S.O. = Time since onset given in days	

Table I. Characteristics of included persons with stroke and other acquired brain injuries.

ding a heterogeneous sample of geriatric patients, indicated that several items did not measure the same construct as the other items (14). However, methodological weaknesses, including missing descriptions of statistical analyses and the resulting estimates, make it difficult to draw firm conclusions from the study. Furthermore, the results for a geriatric patient group may not apply to the population of patients with stroke, for whom the SADL was originally developed.

The aim of our study was therefore to examine the construct validity of the SADL for patients with stroke by exploring its internal scale validity and aspects of its reliability (internal consistency, Rasch analysis based item- and person reliability coefficients and person separation ratios).

## Methods

### STUDY DESIGN AND SAMPLE

We used convenience sampling in our cross-sectional study. The

inclusion criteria were being a patient of at least 18 years old with stroke or similar motor and cognitive impairments following an acquired brain injury. The SADL was administered to 200 patients admitted to the stroke unit at Sunnaas Rehabilitation Hospital in Norway from 2012 to 2017 (see Table I). The stroke unit is a secondary care unit with patients that are referred for complex rehabilitation from primary hospitals in the South-East Health Region of Norway. The average age and length of stay for patients admitted to the stroke unit at Sunnaas Rehabilitation Hospital in 2017 was 54,8 years and 46.5 days (26). The number of persons included in the study was chosen according to recommendations from Linacre (27) in order to obtain precise, robust measurements.

### THE SUNNAAS ADL INDEX (SADL)

The SADL was developed in 1985 by Norwegian occupational the-



rapists at Sunnaas Rehabilitation Hospital (10). The assessment tool was intended to provide an overview over the areas of ADL's relevant to consider the patient's independence. It contains twelve ADL items:

- 1 eating
- 2 continence
- 3 indoor mobility
- 4 toilet management
- 5 transfer
- 6 dressing and undressing
- 7 grooming
- 8 cooking
- 9 bathing and/or showering
- 10 housework
- 11 outdoor mobility
- 12 communication.

Each item has four ordinal scoring categories ranging from 0 to 3 points, for a maximum sum score of 36 points. Scores from 0 to 1 indicate total or partial dependence on assistance, whereas scores of 2 to 3 indicate independence with or without adaptation or assistive devices. The items are structured into three hierarchical groups based on frequency of activity performance and degree of assistance needed. Items 1 to 4 (eating, continence, indoor mobility and toilet management) refer to activities performed several times daily that cannot be planned to occur at a specific time. By contrast, items 5 to 8 (transfer, dressing and undressing, grooming and cooking) refer to activities also performed several times daily, but that can be arranged to occur at a specific time. Items 9 to 11 (bathing and/or showering, housework and outdoor mobility) refer to activities that can be planned, but occur only once or twice a week. Last, item 12, communication, is not included in any group due to its frequency. The SADL

should be administered and scored according to specific criteria outlined in the manual (10).

### DATA COLLECTION

The SADL was administered as part of regular clinical evaluations by occupational therapists or occupational therapy students who were trained in using the SADL. The assessment was completed as an interview with the patient and/or relatives and supplemented by clinical observations when considered to be necessary.

### ETHICS

The study was approved as a Quality Improvement Project by the Data Protection Officer at Oslo University Hospital, Norway. The approved aim of the study was to investigate the measurement properties of the SADL, not to investigate characteristics of the individuals in the group or to produce new knowledge about people or disease. Thus, the study was not required to be evaluated by the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics in Norway, and consent was not obtained from the participants (28). Data was de-identified with the link key stored separately. Thereafter, the data was handled and analysed pseudonymously.

### DATA ANALYSIS

The Rasch measurement model was used to evaluate the SADL's internal scale validity and aspects of item and person reliability using Winsteps version 3.71.0.1. Six areas were investigated in an iterative analytical process:

- (i) functioning of the rating scale
- (ii) unidimensionality
- (iii) targeting of item difficulty to person ability

- (iv) item and person reliability
- (v) item invariance
- (vi) hierarchical structure

### The rating scale model and the functioning of the rating scale

First, rating scale functioning was investigated to determine which derivation of the Rasch polytomous model to use for further analysis (29). For the rating scale to function well, the threshold values should increase by >1.4 logits between each category. A minimum of ten responses for each category is recommended for the scale to function as expected (30).

### Unidimensionality

Unidimensionality was investigated by principal components analysis (PCA) and item and person goodness-of-fit statistics. The PCA may indicate existence of a secondary dimension if the eigenvalue in the first contrast amounts to more than two (31). We also investigated potential multidimensionality by exploring if there was clustering between groups of items. This is more important than whether the loadings exceed certain values (31). Local independence of the items was also explored. Since local dependency may inflate reliability indices, analyses were repeated with testlets (correlated items pooled together) if the standardized residual correlation between two items exceeded 0.3 (32).

Goodness-of-fit statistics indicate how well the items fit the underlying construct and how close to the expected value the persons perform (30). Since misfitting infit statistics pose a greater threat to test validity than misfitting outfit statistics, criterion for an acceptable infit mean square (MnSq)

Nr	Item Name	Measure	Model S.E.	Infit MnSq	Infit Zstd	Outfit MnSq	Outfit Zstd
<b>10</b>	Housework	2.57	0.14	0.93	-0.6	0.94	-0.2
<b>11</b>	Outdoor Mobility	1.49	0.12	0.98	-0.2	0.89	-0.8
<b>8</b>	Cooking	1.42	0.12	1.18	1.6	1.14	1.0
<b>9</b>	Bath/shower	0.82	0.12	0.70	-3.2	0.60	-3.7
<b>3</b>	Indoor Mobility	0.21	0.12	0.82	-1.7	0.80	-1.5
<b>6</b>	Dressing	-0.07	0.12	0.92	-0.6	0.98	0.0
<b>4</b>	Toilet Management	-0.12	0.12	0.47	-5.8	0.43	-4.8
<b>5</b>	Transfer	-0.18	0.12	0.42	-6.6	0.38	-5.4
<b>7</b>	Grooming	-0.44	0.12	0.50	-5.3	0.54	-3.3
<b>1</b>	Eating	-1.61	0.12	1.33	2.7	2.51	4.2
<b>2</b>	Continence	-1.62	0.12	1.31	2.5	1.02	0.2
<b>12</b>	Communication	-2.47	0.13	2.17	7.2	9.90	9.9

SADL = Sunnaas ADL Index, ADL = Activities of daily living, Nr = item number, S.E. = Standard Error, MnSq = Mean Square of residuals, Zstd= standardized t-values.

Table II. Overview of misfit among SADL items, with items presented in hierarchical order from most to least difficult, numbers in bold indicate item misfit.

was set to infit MnSq >1.5 in combination with a standardised Z value (Zstd) >2.0 for the items (33). Mean square values exceeding 2.0 can be degrading for the measurement tool. With those criteria, we could identify items showing underfit in relation to the Rasch model (33). In the iterative process, misfitting items and persons were removed, after which the analyses were repeated.

### Targeting of item difficulty to person ability

When exploring item-person targeting, an equally wide range in item difficulties and person abilities is desired, with an even distribution of persons and items across the entire continuum of the scale (30). To examine targeting, the estimated mean person- and item-related measures and standard deviations (SD) were reviewed. The mean person ability

measure indicates how difficult the items are for the persons in the sample, whereas the SD indicates the range of person abilities and item difficulties. An item-person map was also investigated, which illustrates how the range of person abilities combines with the range of item difficulties (30).

### Item and person reliability of the rating scale

We investigated the item and person reliability coefficients, including Cronbach's alpha and person separation ratios (30). Item reliability indicates whether the hierarchical item estimates can be replicated across other samples, whereas person reliability captures the ability of the scale to reliably rank estimated person-related measures. It is recommended that values exceed 0.9 for item reliability and 0.8 for person reliability. Lower values could indicate too

few persons in the sample or that the instrument is not sensitive enough to differentiate high from low performers (34). The person separation value (G) was used to calculate the number of ability levels that the scale can differentiate using the formula  $(4G + 1) / 3$  (35). The standard errors indicated the precision of the measurements (30).

### Item invariance

Testing for differential item functioning (DIF) was used to investigate invariance of the SADL scale (30). Invariance requires that the items function the same way independently of different attributes of the sample being measured such as gender and age. The DIF contrast should be at least 0.5 logits with a statistical probability of  $p < 0.05$  to be noticeable (36). For age, the groups were divided by the median of 59 years, with Group 1 consisting of persons aged  $\leq 59$  years and Group 2 of persons aged  $\geq 60$  years.

### Hierarchical structure

The Rasch analysis calculates a hierarchical structure based on the average difficulty of each item. The hierarchy of item difficulty was examined and compared with SADL's intended hierarchical group structure (10, 11).

## Results

### SAMPLE

The mean age of participants was 58 years (SD: 12 years) (Table I), which was substantially lower than the mean age of patients with stroke in Norway in 2017 (females = 77 years, males = 72 years) (37). The gender distribution, with 68 percent men, was higher than reported for patients

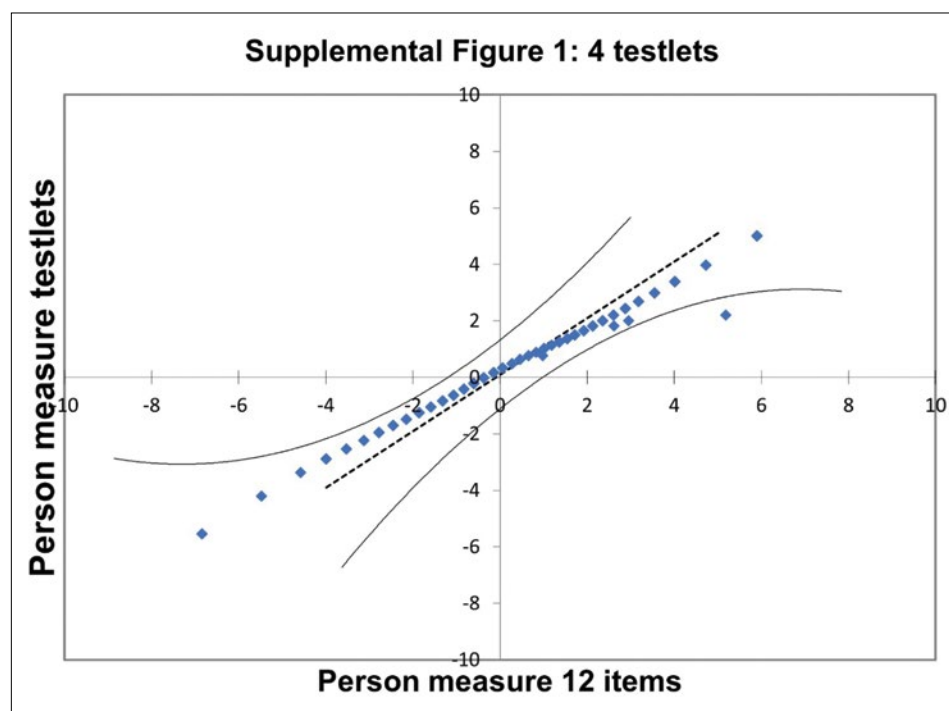
with stroke on a national level (54 percent men), but was in accordance with the gender distribution of patients admitted to the stroke unit at Sunnaas Rehabilitation Hospital in 2017 (68 percent men) (26, 38).

### RATING SCALE FUNCTIONING

Rasch analysis of rating scale functioning indicated that the SADL scale functioned in accordance with the expectations using the rating scale model, meaning that the 4-point rating scale had at least ten observations for each category when all items were considered, and the Rasch-Andrich thresholds increased in value as the category number increased (29). However, the difference in threshold logits between Category 2 (.98) and Category 3 (1.34) was less than the recommended range of 1.4. Category 2 also had the least number of observations ( $n = 361$ ). Compared to the number of observations in categories 0, 1 and 3, a clear underuse of category 2 was found. In iterative analyses, Category 2 was collapsed with Category 3 without creating any mentionable changes to the fit statistics. As a result, we decided to keep all four categories, because Category 2 was considered as clinically relevant to document changes in ADL function and to provide essential patient information at discharge planning.

### UNIDIMENSIONALITY

The results of the PCA showed that 73.9 percent of the variance in the data was explained by the SADL measures, which indicated that the data fit the model well. The eigenvalue of the unexplained variance in the first contrast amo-



Supplemental Figure 1.

unted to 2.4 (5.2 percent). When examining the plot over item loadings, we found no obvious clustering, except between items toilet management and transfer with a local dependency correlation of 0.59. Another item pair with potential local dependency was dressing and grooming (0.34). We therefore combined the two item pairs with local dependency into testlets and ran new analyses. This reduced the eigenvalue of the first contrast to 2.1 and created a minimal change in person reliability from 0.92 to 0.91, while item reliability was constant at 0.99. When cross-plotting the person measures from the analysis including all twelve items against those from the analysis including testlets, the measures were well aligned indicating no noticeable differences (Supplemental Figure 1). This result, together with no obvious clustering in the first contrast, indicated that the SADL in the practical and

clinical sense could be regarded as unidimensional (39, 40).

Infit statistics also indicated unidimensionality with 11 of 12 items fitting the scale (91.8 percent item fit). Item 12 (communication) was the only misfitting item (infit MnSq = -2.47, Zstd = 2.17), as shown in Table II. This result indicated that communication measured a different construct than the other items. However, removing the item did not improve item fit, because other items became more misfitting. Within the Rasch model, a 95 percent item fit is acceptable; therefore, we decided to retain the item in the scale (30). Items 4 and 5 (toilet management and transfer) were overfitting, with MnSq values  $<0.5$ . Because overfitting items do not degrade the scale and both items were considered clinically important, those two items were also retained. Item 12 (communication) also displayed large misfitting



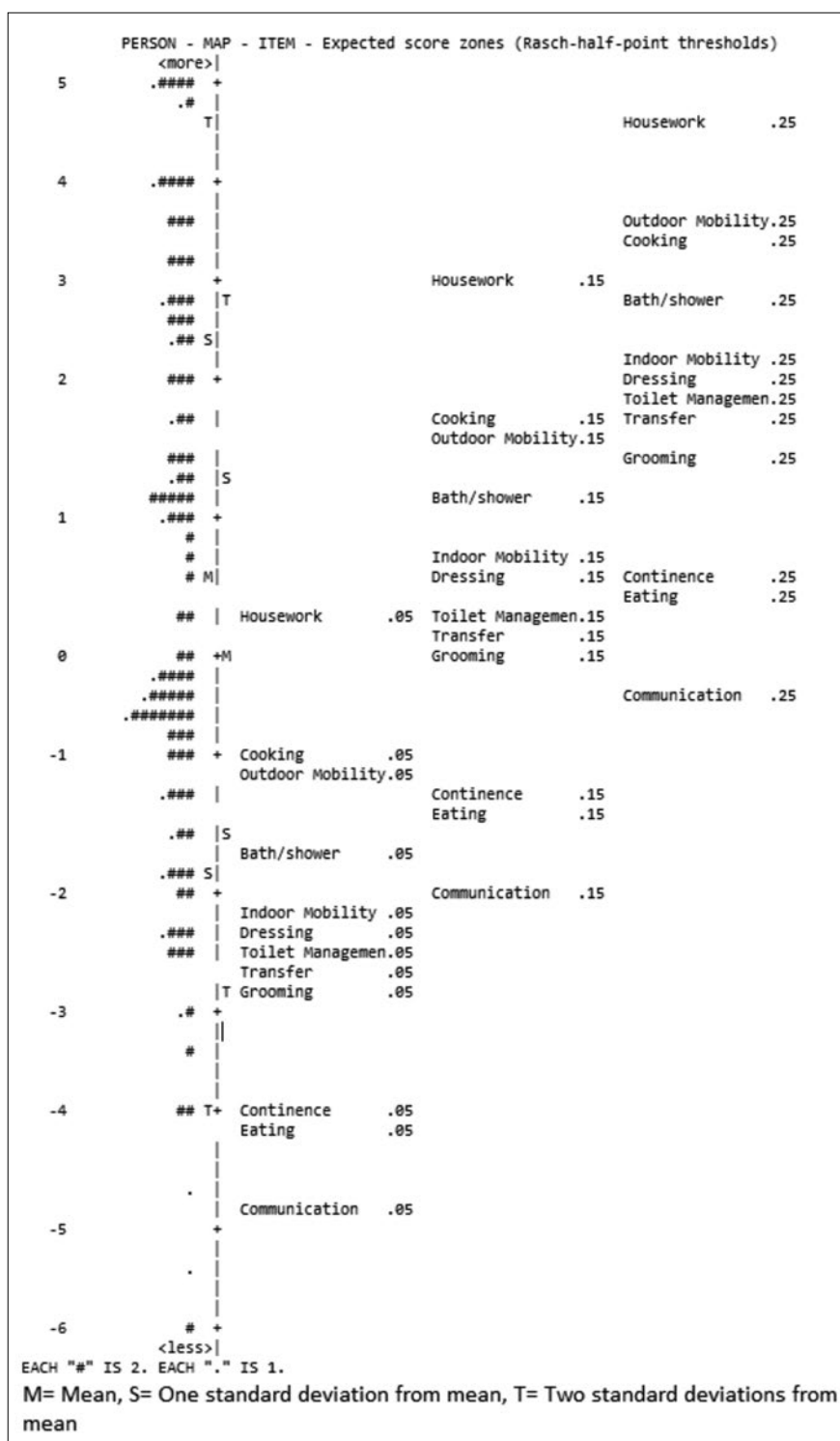


Figure 2. Item-person map of distribution of person abilities and item difficulty with expected scores between scoring categories.

outfit statistics (MnSq = 9.9, Zstd = 9.9), which indicated that some persons scored higher or lower on the item than their estimated ability.

## TARGETING OF ITEM DIFFICULTY TO PERSON ABILITY

Altogether, nine persons achieved maximum scores, whereas two persons had minimum scores,

which constituted a 4.5 percent ceiling and 1 percent floor effect. Together with a mean person-ability measure of 0.51, those results indicate a slight overweight of persons with high abilities in the sample (30). Both the standard deviations of items and persons (Table III) and the item-person map (Figure 2) indicated that the variation among person abilities was wider than among the item difficulties. The item-person map also illustrated that several items were in the middle of the range for difficulty (indoor mobility, dressing and undressing, transfer, toilet management and grooming), whereas fewer items had high difficulty.

## ASPECTS OF THE ITEM AND PERSON RELIABILITY OF THE RATING SCALE

Reliability and separation values for both persons and items were within the desired range (Table III) (39). Cronbach's alpha was .95, which suggests excellent internal consistency. The standard errors of items were reasonably small, which indicates relatively precise measurement of the item difficulties, whereas the larger standard error of the estimated person ability measures indicated more imprecision (Table III). Calculations based on the person separation value showed that the sample of participants could be differentiated into 4.7 different ability levels.

## ITEM INVARIANCE

DIF analysis indicated that item 12 (communication) functioned differently for persons of high versus low age, with a statistically significant DIF-contrast of 0.84 logits ( $p=0.02$ ). No statistically significant DIF-contrast was found

Area of analysis	Statistical approach, criteria	Results SADL	Conclusion
The rating scale functioning (whether the rating scale meets the expectations of the Rasch model).	The threshold values between categories should increase by >1.4 logits and a minimum of 10 observations for each category is required.	The threshold values increased between categories, but threshold between category 2 and 3 was smaller than recommended. Category 2 had the least number of observations (n = 361).	Results indicate acceptable rating scale functioning. No categories should be removed due to clinical importance, consider revising criterion for category 2.
Principal components analysis (PCA) to explore unidimensionality (whether the items measure the same construct, or if several dimensions exist)	Loading <2 in first contrast could indicate multidimensionality, with additional clustering between groups of items. Residual correlations of <0.3 indicate local dependency and may inflate reliability indices. Correlated item pairs can be combined into testlets to explore impact on reliability.	73.9 % of the data variance was explained by SADL with an eigenvalue of 2.4 in the first contrast, and no obvious clustering. Two item pairs had local dependency (correlations: 0.59 and 0.34) and were combined into testlets. New analysis with testlets showed that reliability indices remained high (person reliability changed from 0.92 to 0.91 and item reliability remained at 0.99)	Results indicate that SADL measure one main construct supporting unidimensionality. Local dependency of two item pairs did not cause noteworthy inflation of reliability indices.
Item goodness-of-fit statistics (how well the item responses match the expected responses of the Rasch Model)	Criterion for Item fit: Infit Mean Square (MnSq) <1.5 in combination with standardised Z value (Zstd) <2.0. Acceptable with 5 % item misfit.	11 of 12 items were within acceptable criterion for item fit (91.8 % of the items in the scale). Item 12 (communication) was the only misfitting item (infit MnSq = -2.47, Zstd = 2.17).	Results indicate acceptable item fit and SADL unidimensionality. Removing item 12 (communication) did not improve item fit. Consider revising this item for future research.
Targeting of item difficulty to person ability (how well the range of item difficulty functions with the range of person abilities)	An equally wide range in item difficulties and person abilities, with an even distribution of persons and items across the entire continuum of the scale is desired.	9 persons with maximum scores, 2 persons with minimum scores (4.5 % ceiling and 1 % floor effect). Standard Deviations of items and persons and the item-person map indicated a slightly wider variation among person abilities than among the item difficulties.	Results indicate acceptable targeting. The ceiling effect indicates that SADL might be more suitable for persons with moderate to severe disability.
Item and person reliability of the rating scale (can the scale reliably rank item difficulty and person ability measures? What is the precision of the instrument?)	Recommended values; Person reliability: >0.9 Item reliability: >0.8 Cronbach's alpha: >0.7 Higher S.E. indicate less precision. The person separation value: used to calculate the number of ability levels that the scale can differentiate between.	Reliability values for both persons (0.92) and items (0.99) were above the desired values. Cronbach's alpha (.95) suggests excellent internal consistency. Item S.E. were reasonably small (0.14) and indicates precise measurement of item difficulties, a larger S.E. of person ability measures (0.72) indicated more imprecision. Calculations based on the person separation value (G=3.30) indicate that participants can be differentiated into 4.7 ability levels.	The SADL shows very good reliability values, indicating precision of the item scale hierarchy. Further, the results indicate that the scale can differentiate between almost 5 ability levels of independence in ADLs.
Item invariance (whether the items function differently for different groups of people)	The Differential Item Functioning (DIF) contrast should be at least 0.5 logits with a statistical probability of $p < 0.05$ to be noticeable. This was investigated for age and gender.	Item 12 (communication) functioned differently for persons of high versus low age, with a statistically significant DIF-contrast of 0.84 logits ( $p = 0.02$ ). The DIF-contrast was not statistically significant for any items for gender.	Results indicate that younger persons in this sample were more independent in communication than older persons.
Hierarchical structure: (How is the hierarchy of item difficulty compared with SADL's intended hierarchical group structure?)	The Rasch analysis calculates a hierarchical structure based on the average difficulty of each item.	Three of the four most difficult items (housework, outdoor mobility and bath/shower) were in the group of activities performed once or twice weekly. Furthermore, the two least difficult items (eating and continence) belonged to the group of activities performed daily that could not be preplanned, whereas indoor mobility was found to be a more difficult item.	The hierarchical order of the item difficulty measures partly conformed to the intended group structure, indicating that most patients with stroke are independent in eating and continence, while housework is far more difficult.
<i>n = number of persons, SD = Standard deviation, S.E. = Standard errors</i>			

Table III. Overview of areas of rating scale analysis with the Rasch measurement model for the Sunnaas ADL Index (SADL).

for gender. This indicates that younger persons in this sample were more independent in communication than older persons.

### **HIERARCHICAL STRUCTURE**

The hierarchical order of the item difficulty measures partly conformed to the intended group structure. The IADL items for housework and outdoor mobility were the most difficult, whereas communication was the least difficult item according to the Rasch analyses (Table II). The items with the closest item difficulty were toilet management and transfer. Three of the four most difficult items (housework, outdoor mobility and bath/shower) were in the group of activities performed once or twice weekly (Table II). Furthermore, the two least difficult items (eating and continence) belonged to the group of activities performed daily that could not be preplanned, whereas indoor mobility was found to be a more difficult item. Three of four activities performed daily that could be preplanned (transfer, dressing and undressing and grooming) had a similar order of difficulty, whereas the last, cooking, was the third most difficult item.

### **Discussion**

The results provide evidence of the SADL's internal scale validity, as well as item and person reliability, as a measure of independence in ADLs for patients with stroke. The Rasch analyses indicated that the SADL was unidimensional with an item fit of 91.8 percent. Only one item, communication, did not fit the model. Communication was the only item with potential DIF, as well as the least difficult of the SADL items, while housework

was the most difficult item. Some local dependence was identified and corrected utilising testlets, without significantly impacting on the results on reliability. Lastly, the Rasch analyses indicated that the SADL can differentiate between nearly five ability levels among stroke survivors. This finding may imply that the SADL is a measurement tool that can be sensitive to change, although that possibility needs to be further explored.

Our study is the first to demonstrate internal scale validity of the SADL for patients with stroke. The measurement scale, including the measurement steps, functioned as expected. Furthermore, the eigenvalue and the infit statistics indicated acceptable unidimensionality (30). This unidimensionality is noteworthy given the relatively complex construct that frame independence in ADL. In accordance with our results, Vardeberg (15) found that the SADL consisted of a single dimension, whereas Nielsen & Wæhrens (14) did not find evidence of scale validity due to several misfitting items and poorly ordered measurement steps. These contrasting results may be caused by differences in the patient samples. The study by Vardeberg (15) addressed various neurological diagnoses, including stroke, whereas Nielsen & Wæhrens (14) included a geriatric patient group. This may indicate that items included in the SADL are better fitting for post-stroke patients than for geriatric patients.

The only misfitting item in our analyses was communication. That result aligns with the findings in previous studies (14, 15). The misfit might be caused by unexpected low communication scores for which some persons

with estimated high abilities, or vice versa. Speech impairments such as aphasia do not necessarily affect independence in ADL (41), and communication might therefore be the most difficult item for physically able patients with aphasia, despite being the least difficult item for most of the patients. Another reason for the misfit could be that the complexity of communication is not reflected in the SADL manual, such that patients can achieve the maximum score for communication despite being able to communicate their basic needs only (42). The ability to communicate verbally and physically following stroke can be influenced by several factors, including motor paralysis of face and throat muscles, as well as cognitive impairments (43). A Rasch analysis performed on the Functional Independence Measure also indicated that communication measured a dimension other than the motor-based items (44).

In validating the SADL, we decided to keep the communication item despite its misfit, because removing it only led to the misfit of other items. ADL outcome measures such as the SADL consist of various items, or daily activities, that are required to reflect independence in ADL. Removing too many items may result in an underrepresentation of the construct being assessed and a serious loss of information. Thus, it is recommended to use clinical judgement in addition to considerations of item fit in the validation of an outcome measures (45). Because communication disorders can affect a stroke survivor's required level of assistance in IADLs (46), we considered it important to retain that item in the SADL. However, for future



studies, modifying the description of communication in the SADL manual should be considered to improve item fit and perhaps also remove potential DIF between patients at younger and older ages.

Our results also confirm the reliability of the SADL by indicating trustworthiness in its internal consistency, the reproducibility of the item hierarchy and the distribution of person abilities. Some SADL items displayed local dependency, and the person reliability was slightly lowered from 0.92 to 0.91 when using testlets to absorb the effect of local dependency. The item pairs with local dependence appear to share some similar traits, for example transfer to or from a wheelchair for the items transfer and toilet management. However, combining these two items would mean that important information regarding the person's independence in ADL would be lost. Thus, the content of the items is crucial to consider when handling local dependency (31, 47). The findings regarding internal scale reliability are in accordance with the results of previous studies (13, 15). Past studies have also revealed strong correlations between SADL and other ADL outcome measures, thereby indicating the satisfactory concurrent validity of the SADL (13, 19).

Overall, the hierarchy of difficulty of the SADL items established by the Rasch analysis reflects clinical judgement of item complexity, and we found some similarities with the intended group structure of the SADL. The three most difficult items according to the Rasch analysis (housework, indoor mobility and cooking) are all instrumen-

tal activities. IADLs are more complex activities that require the higher functioning of physical and cognitive capacities than P-ADLs (1). Two of those activities (housework and outdoor mobility) belong to the SADL group of activities performed once or twice weekly, whereas cooking needs to be performed every day. Thus, the information provided in the hierarchy of item difficulty (Table II) may be useful, in addition to the SADL intended group structure, concerning the level of assistance that a person would need to be able to live at home.

Results describing the targeting of the SADL show that the range of item difficulties is somewhat narrower than the range of person abilities (illustrated in Figure 2). In our sample, 4.5 percent of persons reached the ceiling, which indicates that the SADL was too easy for some patients and may not have enough items to assess in detail potential small changes in ADLs for patients with mild disabilities caused by stroke. However, for most patients with stroke, the SADL seems to function well and will probably add useful information in treatment planning and at discharge when considering the need for assistance and adaptations required for independence in ADL.

Furthermore, our results indicate that the SADL can differentiate between nearly five different ability levels among stroke patients. That finding may imply that the SADL is sensitive to change, as previously suggested by Korpelainen, Niilekselä (19), who found the SADL to be responsive and able to detect clinically important changes in P-ADLs and I-ADLs for stroke survivors. Another study, however, found

that the SADL could not identify the minimal detectable change in a geriatric population (13). Those conflicting results, possibly due to different patient populations, also indicate the need for further research to gain more robust knowledge about the responsiveness of the SADL.

## LIMITATIONS

Our study has some limitations. First, our sample included patients undergoing rehabilitation in a secondary care unit, had more men and a lower mean age than in the population of patients with stroke on a national level (37). However, analyses indicated that the items overall did not function differently between men and women or between older and younger persons. Only the communication item functioned differently between younger and older age groups. Thus, it is unlikely that this influenced our main result indicating evidence of the SADL's internal scale validity. Second, data in the study was collected as a part of the usual clinical evaluations. Thus, variation might have occurred in how different therapists asked questions and scored the SADL. However, previous studies have indicated the SADL's good reliability (13, 15, 16), and the use of data collected in the clinic may be regarded as an advantage for the clinical relevance of our results. Third, our patient sample does not include patients with stroke alone, but also patients with other brain-related injuries with similar physical and cognitive impairments. This could have had an impact on the generalization of our results. However, we found no larger changes in the results when excluding these persons from the analyses, which

may indicate similar impairments as the persons with stroke. Last, large variation in time since onset may have contributed to the wide range of person abilities in our study; however, this variation may also be representative of the large group of patients with stroke. Thus, we do not think that the variation systematically affected our results.

## Conclusion

Our study indicates acceptable internal scale validity of the Sunnaas ADL Index for stroke survivors, which suggests that the SADL can provide valid information about their level of independence in performing ADLs. Only one item, communication, did not fit the model, and revision of the scoring criteria for that item is therefore recommended. The SADL scale also displayed good reliability, and the rating scale categories functioned as expected according to the Rasch model. A limited number of patients with stroke reached the ceiling of the SADL. Thus, the SADL can be recommended to validly measure independence in ADL's in patients with stroke overall. However, if the aim is to plan treatment and consider the need of assistance or adaptation in ADL's, then the SADL is probably more useful for those with moderate to severe disabilities. Further studies are required to investigate the SADL's validity in other patient groups as well as its responsiveness.

## Acknowledgements

We would like to express our greatest appreciations towards Ergoterapeutene (the Occupational Therapist Association in Norway) for economic support in the project's initial phase. Advice

given by Arve Opheim, project leader, has been of great significance and help. A special thanks to the Occupational Therapists at Sunnaas Rehabilitation for invaluable help both in collecting data for the research project and for advice and feedback throughout the entire project.

## References

1. Tuntland H. En innføring i ADL : teori og intervensjon. Kristiansand: Høyskoleforlaget; 2006.
2. Teasell R, Hussein N. Background Concepts in Stroke Rehabilitation. 2018 March 2018. In: Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation [Internet]. ebrsr.com: Heart and Stroke Foundation - Canadian Partnership for Stroke Recovery; [34]. Available from: <http://www.ebrsr.com/sites/default/files/v18-SREBR-CH3-NET.pdf>.
3. van Der Putten JJMF, Hobart JC, Freeman JA, Thompson AJ. Measuring change in disability after inpatient rehabilitation: comparison of the responsiveness of the Barthel Index and the Functional Independence Measure. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*. 1999;66(4):480-4.
4. de Weerd L, Rutgers WAF, Groenier KH, van der Meer K. Perceived wellbeing of patients one year post stroke in general practice - recommendations for quality aftercare. *BMC Neurology*. 2011;11(1):42.
5. Ergoterapeutene. Alle skal kunne delta - Ergoterapeutenes kjernekompetanse. [ergoterapeutene.org/ergoterapi](http://ergoterapeutene.org/ergoterapi): Norsk Ergoterapeutforbund; 2017. p. 32.
6. Salter K, Campbell N, Richardson M, Mehta S, Jutai J, Zettler L, et al. Outcome measures in stroke rehabilitation. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation [Internet]. 2013; (20):[1-144 pp.]. Available from: <http://www.ebrsr.com/evidence-review/20-outcome-measures-stroke-rehabilitation>.
7. Indredavik B, Salvesen R, Næss H, Thorsvik D. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. In: Helsedirektoratet, editor. 2 ed. Oslo: Helsedirektoratet; 2017. p. 146-62.
8. Johansen I. Outcome of primary health care rehabilitation of older disabled people in two different settings - an open, prospective, comparative observational study. Oslo: University of Oslo; 2013.
9. Dolva A-S, Sveen U, Bonsaksen T, Hagby C, Horghagen S, Solbakken AI, et al. Hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter? ; resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013. *Ergoterapeuten*. 2015;58(2):44-9.
10. Sunnaas Rehabilitation Hospital. Sunnaas ADL Index [Internet]: Sunnaas Rehabilitation Hospital; 2016 [updated 2016 Oct 19; cited 2017 Sep 09]. Available from: <https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/fag-stoff/sunnaas-adl-index>
11. Vardeberg K, Kolsrud M, Laberg T. Sunnaas index of ADL. *J World Federation of Occupational Therapists Bulletin*1991. p. 30-5.
12. Sunnaas Rehabilitation Hospital. Scoring sheet - Sunnaas ADL Index [www.sunnaas.no](http://www.sunnaas.no)2016 [updated 16.07.2021. Available from: <https://www.sunnaas.no/Documents/Sunnaas%20ADL-index%20scoreboard%20-%20ENG.pdf>.
13. Wales K, Lannin NA, Clemson L, Cameron ID. Measuring functional ability in hospitalized older adults: a validation study. *Disabil Rehabil*. 2018;40(16):1972-8.
14. Nielsen B, Wæhrens EE. Sunnaas ADL-index - en afprøvning. *Ergoterapeuten (danish)*. 1992;54(10):10-4.
15. Vardeberg K. Prosjektrapport - «Sunnaas ADL-index». Nesoddtangen: Sunnaas Rehabilitation Hospital; 1993.
16. Bathen T, Vardeberg K. Test-Retest Reliability of the Sunnaas ADL Index. *Scandinavian Journal of occupational therapy*. 2001;8(3):140-7.
17. Kling C, Persson A, Gardulf A. The ADL ability and use of technical aids in persons with late effects of polio. *Am J Occup Ther*.

- 2002;56(4):457-61.
18. Wekre LL, Frosli KF, Haugen L, Falch JA. A population-based study of demographical variables and ability to perform activities of daily living in adults with osteogenesis imperfecta. *Disabil Rehabil.* 2010;32(7):579-87.
19. Korpelainen JT, Niilekselä E, V MV. The Sunnaas Index of activities of daily living: responsiveness and concurrent validity in stroke. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 1997;4(1-4):31-6.
20. Lund A. Inter-rater reliabilitetstest: Barthel og Sunnaas ADL-indeks. *Ergoterapeuten (norwegian).* 1993;36(7):14-9.
21. Claesson L, Svensson E. Measures of order consistency between paired ordinal data: application to the Functional Independence Measure and Sunnaas index of ADL. *Journal of rehabilitation medicine.* 2001;33(3):137-44.
22. Olsson B-L, Tervald B. Sunnaas ADL-index: en kritisk granskning. *Arbeterapeuten.* 1989;3(12):5-11.
23. Grimby G, Tennant A, Tesio L. The use of raw scores from ordinal scales: Time to end malpractice? *Journal of Rehabilitation Medicine.* 2012;44(2):97-8.
24. Tasmania Uo. Teaching & Learning - Criterion Referenced Assessment: University of Tasmania; 2022 [updated 14.04.2022]. Available from: <https://www.teaching-learning.utas.edu.au/assessment/criterion-referenced-assessment>.
25. Mallinson T. Why Measurement Matters for Measuring Patient Vision Outcomes. *Optometry and Vision Science.* 2007;84(8):E675-E82.
26. Otterlei G, Stensrud TJ, Feragen A, Horn SA, Schjølberg Å, Ingebretsen GS, et al. Quality Report 2017. Sunnaas Rehabilitation Hospital; 2018.
27. Linacre JM. Sample Size and Item Calibration [or Person Measure] Stability. *Rasch Measurement Transactions.* 1994;7(4):328.
28. REC, Regional Committees for Medical and Health Research Ethics. Health Research [Internet]: REC - Regional Committees for Medical and Health Research Ethics; 2012 [cited 2019 Jan 26]. Available from: [https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt?p\\_dim=34997&\\_ikbLanguageCode=us](https://helseforskning.etikkom.no/reglerogrutiner/soknadsplikt?p_dim=34997&_ikbLanguageCode=us).
29. Linacre JM. Optimizing rating scale category effectiveness. *Journal of applied measurement.* 2002;3(1):85-106.
30. Bond TG, Fox CM. Applying the Rasch model : fundamental measurement in the human sciences. 2nd ed. ed. New York: Routledge; 2012.
31. Linacre JM. Dimensionality: contrasts & variances [Internet]2019 [cited 2019 Jan 28]. Available from: <https://www.winsteps.com/winman/principalcomponents.htm>.
32. Ramp M, Khan F, Misajon RA, Pallant JF. Rasch analysis of the multiple sclerosis impact scale (MSIS-29). *Health and Quality of Life Outcomes.* 2009;7(1):1-10.
33. Linacre JM. What do Infit and Outfit, Mean-square and Standardized mean? *Rasch Measurement Transactions.* 2002;16(2):878.
34. Linacre JM. Reliability and separation of measures [Internet]2019 [cited 2019 Jan 24]. Available from: <https://www.winsteps.com/winman/reliability.htm>.
35. Wright BD, Masters G. Number of Person or Item Strata. *Rasch Measurement Transactions.* 2002;16(3):1.
36. Linacre JM. DIF Sample Size Nomogram. *Rasch Meas Trans.* 2013;26(4):1392-402.
37. Norsk Hjernelagregister. Resultater - 2017 [Internet]: Nasjonalt Service-miljø for Medisinske Kvalitetsregistre; 2018 [cited 2019 Mar 29]. Available from: <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/353/resultater/980>.
38. Folkehelseinstituttet. Hjerte- og karregisterets statistikkbank [Statistics bank]. [Internet]: Folkehelseinstituttet; 2018 [cited 2019 Jan 22]. Available from: <http://statistikkbank.fhi.no/hkr/>.
39. Fisher WP. Rating Scale Instrument Quality Criteria [www.rasch.org](http://www.rasch.org)2018 [updated 2.1.2018]. Available from: <https://www.rasch.org/rmt/rmt211m.htm>.
40. Linacre JM. PCA: Data Variance: Explained, Modeled and Empirical. *Rasch Measurement Transactions.* 2003;17(3):942-3.
41. Pedersen PM, Jørgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Olsen TS. The Impact of Aphasia on ADL and Social Activities After Stroke: The Copenhagen Stroke Study. *Journal of Neurologic Rehabilitation.* 1996;10(2):91-6.
42. Sunnaas Rehabilitation Hospital. Sunnaas ADL Index Scoring Manual [Manual]. [Internet]: Sunnaas Rehabilitation Hospital; 2000. Available from: <https://www.sunnaas.no/Documents/sunnaas%20adl%20index%20manual%20engelsk.pdf>.
43. Byeon H, Koh HW. The relationship between communication activities of daily living and quality of life among the elderly suffering from stroke. *Journal of physical therapy science.* 2016;28(5):1450-3.
44. Linacre JM, Heinemann AW, Wright BD, Granger CV, Hamilton BB. The structure and stability of the Functional Independence Measure. *Archives of physical medicine and rehabilitation.* 1994;75(2):127-32.
45. Crişan DR, Tendeiro JN, Meijer RR. Investigating the Practical Consequences of Model Misfit in Unidimensional IRT Models. *Applied psychological measurement.* 2017;41(6):439-55.
46. Lee H, Lee Y, Choi H, Pyun SB. Community Integration and Quality of Life in Aphasia after Stroke. *Yonsei medical journal.* 2015;56(6):1694-702.
47. Linacre JM. Largest residual correlations for items [Internet]: Winsteps Help; 2019 [cited 2019 May 07]. Available from: [https://www.winsteps.com/winman/table23\\_99.htm](https://www.winsteps.com/winman/table23_99.htm).





NAVN:  
Anita Dyb Linge

STILLING:  
Postdoktor ved Høgskulen i  
Volda og Forsking og  
Utviklingsleiar ved  
Muritunet.

Av Else Merete Thyness

## Forskar på fedme og arbeidsdeltaking, rehabilitering og avvergeplikt i møte med partnervalld

### – Kven er Anita Dyb Linge?

– Eg er gift, trebarnsmor og bur i den vakre bygda Valldal på Sunnmøre. Eg brukar nesten all mi fritid til turar ut i fjell og ved fjord, sommar som vinter. Eg vart utdanna ergoterapeut i 2001 i Oslo, har ein Master of Public Administration ved Copenhagen Business School og ein ph.d. frå Høgskulen i Volda. Nå jobbar eg som forskings- og utviklingsleiar ved Muritunet, eit rehabiliteringssenter i spesialisthelsetenesta, og som postdoktor ved Høgskulen i Volda. Eg er aktiv i ulike forskingsnettverk, der i blant medlem i Nasjonalt fagleg råd for arbeid og helse. Vidare likar eg å vere med på å forme framtida og bidra til å skape rehabiliteringstenester som er berekraftige, dynamiske og framtidsretta.

### – Kva forskar du på?

– Eg forskar på fleire områder, men per i dag er hovudtyngda innanfor tematikken fedme og arbeidsdeltaking, rehabilitering generelt og som postdoktor innanfor avvergeplikt i møte med partnervalld.

Avvergeplikt i møte med partnervalld, eller MANREPORT som prosjektet heiter, er det største forskingsprosjektet nasjonalt og internasjonalt som undersøker kunnskap, haldningar og erfaring med bruka av avvergeplikt hos profesjonsutøvarar og personar som er utsett for vald og har utøvd vald.

Avvergeplikt er ein borgarplikt alle i Noreg har, og som er forankra i straffeloven paragraf 196, 282 og 283. Denne plikta handlar om at borgarar i Norge har ei plikt til å avverge straffbare forhold dersom det framstår som sikkert eller mest sannsynleg for at det vil førekome vald i nære relasjonar. Vald omfattar truslar, tvang, fridomsberøving, krenkingar og alvorlege og eller gjentatte mishandlingar. Denne plikta overgår teieplikt som mange av oss kjenner godt. Avvergeplikta er det dessverre ikkje så mange som kjenner godt til, og målet er at denne plikta må bli betre kjent blant profesjonsutøvere og også i befolkninga generelt.

### – Kva for ein forskningsartikkel er den beste du har lest og kvifor?

– Det er vanskeleg å plukke ut ein artikkel, men eg har ekstra glede av å lese artiklar med eit litt meir teoretisk tyngde. Desse kan vi bruke i kvardagen til å forankre korleis vi som menneska handlar. Her vil eg nemne Albert Bandura sine artiklar. Kanskje spesielt artikkelen «Self-Efficacy; Towards Unifying Theory of Behavioral Change» frå 1977. Dette er ein artikkel som handlar om meistringstru og korleis fire kjelder påverkar oss til å bygge trua på å klare ulike oppgåver.

Men sjølvsaft, artiklar som presenterer resultat som ein kan bruke i praktisk kvardag er veldig relevante og.

**- Kva meiner du vi har behov for meir forskning om i ergoterapi?**

- Ergoterapifaget er veldig universelt. Eg har nok ein ekstra interesse for arbeidshelse, og på kva måte ergoterapeutar kan bidra til å påverke at personar kan vere aktivt deltakande i arbeidslivet. Eg har veldig tru på at arbeid og helse heng nært saman, og at arbeidsdeltaking kan vere veldig positivt sjølv om helsa er noko redusert. Eg tenker at det er veldig viktig at vi fokuserer på arbeidsevne og ikkje på helseutfordringar. I tillegg er eg ekstra interessert i korleis høg BMI påverkar oss i arbeidsdeltaking. Det er gjort lite forskning på kryssingsfeltet om vektreduksjon og arbeidsdeltaking.

## MAN REPORT

AVVERGEPLIKT I MØTE MED PARTNERVOLD



**Innovativ styring for elektriske rullestoler**  
munevo DRIVE - styring for elektriske rullestoler, som baserer seg på Smartglasses. Brillene registrerer de lette hodebevegelsene og konverterer disse til styringssignaler, både for å kjøre stolen og justere alle dens elektriske funksjoner.

Gå inn på [www.medema.no](http://www.medema.no) eller bruk QR koden for å lese mer.

**Medema Norge AS - tlf 67 06 49 00**



# Om å «vekke eldrekraften»

I sommer la regjeringen og Helsedirektoratet fram eldre-reformen «Bo trygt hjemme». Målet er å bidra til et alders-vennlig samfunn med mer åpenhet, trygghet og felles-skap. I reformen brukes uttrykket «å vekke eldrekraften» i befolkningen.

Av Liv Hopen



Liv Hopen er leder av Ergoterapeutenes seniorforum.

Styret i Ergoterapeutenes Seniorforum setter pris på at myndighetene ønsker å stimulere eldrekraften i befolkningen. Det er en betydelig ressurs som står til samfunnets disposisjon dersom eldres kunnskap og erfaring gjennom et langt liv blir verdsatt. Forholdene bør bli lagt til rette for at erfaringer og ledige timer kan komme til nytte for samfunnet. For å få til dette må vi sammen skape levende lokalsamfunn som ivaretar aktivitet og fellesskap!

## POSITIV MEDIEOPPMERKSOMHET

Eldre omtales altfor ofte som en økende belastning på samfunnet. Det er viktig å balansere dette med en positiv fokusering på eldres bidrag til befolkningen!

Eldre er en ressurs både for

andre eldre og for yngre generasjoner. Her bør journalister på banen, ikke minst i digitale media, for å bidra til positiv fokusering på eldre som ressurs for samfunnet. En må være oppmerksom på at alle mennesker gjør mer av det de roses for. Eksempler og muligheter mangler ikke, og det bør gå sport i å skrive om den viktige eldrekraften!

## NATURLIGE MØTEPLASSER

Det har betydning å etablere flere bofellesskap. På den måten kan vi skape felles møteplasser hvor det er naturlig å møtes på tvers av generasjoner, og hvor eldre hjelper yngre og omvendt.

I Eldrereformen foreslås å etablere samskappingskoordinatorer, som kan bidra til at lokalsamfunn, frivillighet og kommune samarbeider og samskaper. Styret i





Ergoterapeutenes Seniorforum vil gjerne heie både på dette og på ildsjeler som driver nettverksbygging mellom generasjonene!

### SMART ORGANISERING

Mange eldre driver med frivillig arbeid. Nyby-appen kobler frivillighet og omsorgssektor. ([www.nyby.no](http://www.nyby.no)) Her kan eldre bidra med det de er gode på uten å måtte binde seg langsiktig til faste tider. Det oppleves bra å si ja hver gang det passer og slippe å si nei. Noen trenger leksehjelp, følge til skolen eller hjelp til å få tatt seg middag. Kanskje handler det om å hjelpe en alenemor i tidsklemme som trenger reservebestemor for barna.

### VI MÅ TØRRE Å TENKE NYTT

I storbyene øker antall singelhusholdninger jevnt og trutt, og ensomhet er blitt et folkehelseproblem.

OBOS Living Lab er et prosjekt som viser vei for å finne nye løsninger for fremtidens boliger med fokus på deling, fleksible hjem, enklere hverdag og sunne hjem. Ergoterapeutenes seniorforum vil gjerne oppmuntre til at også eldre kan få betydning som ressurs i slike sammenhenger.

I medlemsmøtet vårt på Litteratur-huset i oktober vil Seniorforum møte både Obos Living Lab og Helsedirektoratet i sammenhengen ovenfor.



**Har du noe på hjertet?  
Delta i debattene i fagbladet!**



## Driver turgruppe for yngre med demens

**Marit Kvamsø har alltid vært glad i friluftsliv og jogging. Selv om ergoterapeuten kaller seg utslitt trebarnsmor, elsker hun prosjektstillingen i Vennesla kommune, der hun organiserer og leder toppturer og rundturer for spreke deltakere med demens. De er fra 50 til 70 år gamle, og setter stor pris på turene i området, som gjennomsnittlig er på seks kilometer.**

Av Jartrud Høstmælingen



*Kvamsø legger opp til nye turer hver gang, så sant det er mulig. Appen UT er i flittig bruk som turplanlegger. Hun sørger for kaffe, niste og sitteunderlag, mens deltakerne har med drikkeflaske. Foto: Marit Kvamsø.*



*– Jeg trives med å jobbe med eldre. Min far fikk demens, så jeg har et litt spesielt forhold til sykdommen, sier ergoterapeut Marit Kvamsø, som synes hun har fått kremjobben.*

*Foto: Per Arne Kvamsø.*

**M**arit Kvamsø startet i jobben i januar. Etter først å ha tatt en prat med de yngre personene i kommunen som er diagnostisert med demens, fant hun ut at fellesnevneren deres var turglede. Slik ble ideen født.

– Noe av det første jeg gjorde som nyansatt, var å ta en tur til Kløverhagen i Kristiansand for å lære av dem. Dagsenteret har et eget tilbud til yngre personer med demens, og gåturer er blant aktivitetene de tilbyr, så ideen min ble ikke tatt helt ut av det blå, forteller hun.

### HA DET TRIVLIG

Hun kombinerer 40-prosentstillingen for kommunen med en stilling som nettverkskoordinator rettet mot seniorer ved Frivilligsentralen i Vennesla.

– Vi har vært heldige med været på alle turene, og når det blir

kjøligere tar vi med stormkjøkken. Det er en fantastisk følelse å ta rastepausen på en topp i solskinnet og skue utover det glitrende havet. Det viktigste er at vi skal ha det trivelig. Det betyr mye for dem å ha en arena der de slipper å komme til kort på grunn av kognitive utfordringer. De er virkelig noen flotte folk. Alltid positive, hjelpsomme og fulle av humor. Vi ler masse på turene, sier hun.

Annenhver uke bytter de på med å gå henholdsvis en og to turer. Kvamsø henter og bringer, og noen ganger går kjøreturen til turstier lenger unna, som til Kristiansand eller Mandal.

– Fysisk aktivitet er positivt for personer med demens, og jeg håper kommunen forlenger dette tilbudet utover prosjektperioden. Det er fint å ha meningsfulle aktiviteter å fylle dagene med, som fort kan bli veldig lange for dem, forklarer Kvamsø.



# Eventyrlig utendørs mestring

Vi introduserer den nye  
**X850 Corpus®** – designet  
for å takle et mangfold av  
terreng, fra snødekte stier  
til skog og bratte bakker.  
Med nytt design, mindre  
fotavtrykk og høyere  
hastighet (15 km/t).

## Vil du vite mer?

Kontakt oss på tlf. 67070400

eller besøk



**permobil**





## SVAR TIL INNLEGG I ERGOTERAPEUTEN 4-2022

# Bærekraft – ja takk, begge deler

**Ergoterapi bidrar til bærekraftige helsetjenester fordi faget utløser ressurser hos brukerne. Vi blir stadig flere eldre, og med færre i arbeid vil Norge snart ha et underskudd av helsepersonell. Det er behov for et fag som fremmer forebygging, mestring og deltakelse.**

Av Ergoterapistudentenes landsstyre

«Bærekraft er mer enn klima» står det i Ergoterapeutenes brosjyre «Vi bidrar til bærekraftige helsetjenester». Den peker på at ergoterapeuter finner løsninger når det oppstår et gap mellom helsen og hverdagslivets krav, og at hverdagsmestring, habilitering og rehabilitering må være bærebjelken i helsetjenestene. Fokus på bærekraftig ergoterapi bidrar til at ergoterapeutiske tjenester kan fortsette å vokse og utvikle seg i årene fremover. Ergoterapistudentenes landsstyre sier «Ja takk begge deler». Bærekraft er ikke bare klima, men vi kan også tenke på klimavennlige løsninger. Som ergoterapistudenter er vi neste generasjon av arbeidsaktive ergoterapeuter. For oss er det viktig at ergoterapi som fagfelt har muligheter for de som er i arbeid, oss som snart skal ut i arbeid samt de som kommer etter oss.

Som studenter ser vi at ergoterapiens utvikling i stor grad preges av teknologisk utvikling, gjennom økt bruk av digitale medier og innovativ velferdsteknologi. Noe som diskuteres er bruk av digitale konsultasjoner. Vi ser på dette som et gunstig alternativ for å spare tid og klima, ved at ergoterapeutene sparer tid og drivstoff ved å slippe reise mellom hjemmebesøk. Spørsmålet vi stiller er om digital samtale vil ta bort noe av det som gjør ergoterapi så spesielt? Vår kjernekompetanse handler om å se mennesket i sammenheng med sine omgivelser. Vil det ikke være vanskelig å få et helhetlig inntrykk av personen når man ikke er fysisk til stede i klientens hjem?

Når det gjelder kommunale ergoterapeuter som drar på hjemmebesøk, har vi også diskutert hvorvidt det er mulig for ergoterapeuter å benytte kollektiv transport eller sykkel fremfor bil. Muligheten for dette

vil variere etter geografiske avstander samt tilgjengeligheten til kollektivtransport i den enkelte kommunen. Kanskje det burde legges større press på kommunene til å investere i el-biler som et klimavennlig tiltak?

Vi tenker også at det er rom for bærekraftige tiltak når det kommer til materialer og hvor mye som kastes kontra å gjenbrukes. Et område er håndortoser. Er ortosene laget av et resirkulerbart materiale? Kan ubrukte ortoser og ubrukt materiale formes om og brukes på nytt? Vi tenker en god investering i miljø og ikke minst økonomisk, er at arbeidsplansen har gode rutiner på materialgjenvinning og gjenbruk. Det samme kan sies når det kommer til hjelpemidler og hjelpemiddelformidling. Her handler det om å ha god kommunikasjon mellom bruker og terapeut, slik at hjelpemidler som ikke brukes blir levert inn igjen og at noen andre kan få nytte av det. De kan også være bevisste på at hjelpemidler som intervensjon er godt begrunnet ut ifra brukers behov, og at det ikke skal være den enkleste og raskeste løsningen.

Avslutningsvis vil vi som fremtidige ergoterapeuter, jobbe for å fremme faget vårt slik at vi blir flere ergoterapeuter med en sterk yrkesidentitet. Ergoterapeuter bidrar til et bærekraftig Helse-Norge!



Ergoterapistudentenes landsstyre.

Send debattinnlegg til: [emt@ergoterapeutene.org](mailto:emt@ergoterapeutene.org).  
Merk mailen med **Debatt**.

**Bærekraft – kan vi gjøre mer?**

Ergoterapeuter bidrar til bærekraftige tjenester. Aktivitet og deltakelse gir et bedre liv for den det gjelder – og det lønner seg for samfunnet. Kan vi likevel, som profesjon, gå ett skritt lenger?

**Av Hildegunn Sævi**

**ER VI FÆRDIG SNACKA?**  
Bærekraftskompetansen sammenheng i en tid hvor bærekraft med en stor sanser seg på tre bær:  
• økonomisk bærekraft  
• miljømessig bærekraft  
• sosial bærekraft

Ergoterapeuter bidrar i stor grad til disse tre bærene. Vi arbeider med trening, rehabilitering, mestring, deltakelse, sosialt nettverk og trykkløst liv for å kunne leve. Derfor kan bærekraften bli et mål, med helse- og velferdstjenester som bidrar til det. Men som utøver ressurser. Ergoterapeutene kan bidra til bærekraften gjennom å hjelpe til med å finne løsninger på de utfordringene som oppstår i livet.

**FLERE MÅL**  
Flere av Sveriges ergoterapeuter argumenterer for at ergoterapi kan være en positiv kraft for miljøet. Peder Wägnert, svensk ergoterapeut og forfatter, beskriver at ergoterapeuter kan støtte bærekraftig utvikling gjennom for eksempel boligtilpassing som gjør det mulig for en person i behov for tilrettelegging, og ved å argumentere for at det ikke er effektivt å transportere mennesker som ikke kan gå til arbeid eller skole. Dette er et eksempel på hvordan ergoterapeuter kan bidra til bærekraft gjennom å hjelpe mennesker til å leve et godt liv.

**GI ENNØY**  
I tillegg til de tre bærene, kan vi også tenke på de utfordringene som oppstår i livet. For eksempel kan vi tenke på hvordan vi kan hjelpe mennesker til å leve et godt liv, og hvordan vi kan bidra til bærekraft gjennom å hjelpe mennesker til å leve et godt liv.

**KLIMAVENNLIGE LØSNINGER**  
Som ergoterapistudenter er vi neste generasjon av arbeidsaktive ergoterapeuter. For oss er det viktig at ergoterapi som fagfelt har muligheter for de som er i arbeid, oss som snart skal ut i arbeid samt de som kommer etter oss.

**SOM STUDENTER**  
Ser vi at ergoterapiens utvikling i stor grad preges av teknologisk utvikling, gjennom økt bruk av digitale medier og innovativ velferdsteknologi. Noe som diskuteres er bruk av digitale konsultasjoner. Vi ser på dette som et gunstig alternativ for å spare tid og klima, ved at ergoterapeutene sparer tid og drivstoff ved å slippe reise mellom hjemmebesøk. Spørsmålet vi stiller er om digital samtale vil ta bort noe av det som gjør ergoterapi så spesielt? Vår kjernekompetanse handler om å se mennesket i sammenheng med sine omgivelser. Vil det ikke være vanskelig å få et helhetlig inntrykk av personen når man ikke er fysisk til stede i klientens hjem?

**NÅR DET GJELDER**  
kommunale ergoterapeuter som drar på hjemmebesøk, har vi også diskutert hvorvidt det er mulig for ergoterapeuter å benytte kollektiv transport eller sykkel fremfor bil. Muligheten for dette vil variere etter geografiske avstander samt tilgjengeligheten til kollektivtransport i den enkelte kommunen. Kanskje det burde legges større press på kommunene til å investere i el-biler som et klimavennlig tiltak?

**VI TENKER OGSÅ**  
at det er rom for bærekraftige tiltak når det kommer til materialer og hvor mye som kastes kontra å gjenbrukes. Et område er håndortoser. Er ortosene laget av et resirkulerbart materiale? Kan ubrukte ortoser og ubrukt materiale formes om og brukes på nytt? Vi tenker en god investering i miljø og ikke minst økonomisk, er at arbeidsplansen har gode rutiner på materialgjenvinning og gjenbruk. Det samme kan sies når det kommer til hjelpemidler og hjelpemiddelformidling. Her handler det om å ha god kommunikasjon mellom bruker og terapeut, slik at hjelpemidler som ikke brukes blir levert inn igjen og at noen andre kan få nytte av det. De kan også være bevisste på at hjelpemidler som intervensjon er godt begrunnet ut ifra brukers behov, og at det ikke skal være den enkleste og raskeste løsningen.

**AVSLUTNINGSVIS**  
vil vi som fremtidige ergoterapeuter, jobbe for å fremme faget vårt slik at vi blir flere ergoterapeuter med en sterk yrkesidentitet. Ergoterapeuter bidrar til et bærekraftig Helse-Norge!

**Kilder**  
1. Sveriges Riksdag (2020). Invester i bærekraft. Ergoterapeuter 2. 2020.  
2. Sveriges Riksdag (2020). Invester i bærekraft. Ergoterapeuter 2. 2020.  
3. Sveriges Riksdag (2020). Invester i bærekraft. Ergoterapeuter 2. 2020.  
4. Sveriges Riksdag (2020). Invester i bærekraft. Ergoterapeuter 2. 2020.  
5. Sveriges Riksdag (2020). Invester i bærekraft. Ergoterapeuter 2. 2020.  
6. Sveriges Riksdag (2020). Invester i bærekraft. Ergoterapeuter 2. 2020.  
7. Sveriges Riksdag (2020). Invester i bærekraft. Ergoterapeuter 2. 2020.  
8. Sveriges Riksdag (2020). Invester i bærekraft. Ergoterapeuter 2. 2020.  
9. Sveriges Riksdag (2020). Invester i bærekraft. Ergoterapeuter 2. 2020.  
10. Sveriges Riksdag (2020). Invester i bærekraft. Ergoterapeuter 2. 2020.

**Sidste debattinnlegg til:** [emt@ergoterapeutene.org](mailto:emt@ergoterapeutene.org).  
Merk mailen med **Debatt**.

Ergoterapeut 4-2022

# 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.







*Sigrunn Jonasdottir og Sissel Horghagen var blant hovedforeleserne på konferansen.*

## SITUERT AKTIVITET OG HVERDAGSLIV

# Europeisk konferanse om aktivitetsvitenskap

**Aktivitetsvitenskap er en tverrfaglig, vitenskapelig disiplin, og i år ble det avholdt europeisk konferanse i Odense i Danmark fra 24. til 26. august. Den engelske tittelen på konferansen var «Situated occupation and everyday life: Towards environmental, economic, social inclusiveness and sustainability».**

Lederen for konferansen var professor Hanne Kaae Kristensen, og den lokket til seg 250 deltakere bare fra Europa. Samtidig kom det også deltakere fra andre verdensdeler.

Målet med konferansen var å få økt oppmerksomhet, refleksjon og dialog om forholdet mellom aktivitet, helse og samfunn for å øke inkludering, likhet og sosial transformasjon. Mange av foreleggene utforsket nye og alternative måter å leve livet på for mennesker med ulike utfordringer som funksjonsnedsettelse, fattigdom og sosialt utenforskap.

Det var både teoretiske, metodiske, utdanningsfokusede og forskningsbaserte fremlegg.

### HANS CHRISTIAN ANDERSEN

Samtidig med den europeiske konferansen om aktivitetsvitenskap, var det jubileumsuke for forfatteren Hans Christian Andersen fra Odense. De fleste av oss husker vel noen av hans eventyr som for eksempel *Piken med svovelstikkene*, *Den standhaftige tinnsoldat* eller *Den grimme elling*. Andersen hadde en fattig oppvekst, og i sitt forfatterskap formidlet han at tilværelsen kan

ikke styres og formes av viljen alene. Man kommer seg ikke fram i livet bare ved å streve. Det er kontekster som kan gjøre livet vanskelig. Piken med svovelstikkene frøs i hjel på julaften til tross for at hun forsøkte å selge fyrstikker.

Konteksters betydning for menneskelig aktivitet var et gjennomgående tema på Occupational Science Europe- konferansen.

### SITUERTE AKTIVITETER I HVERDAGSLIVET

Hovedtittelen på konferansen var *Situerte aktiviteter i hverdagslivet*,

Tekst & foto Sissel Horghagen



## «Tilværelsen kan ikke styres og formes av viljen alene.»

*Hans Christian Andersen*

og det var et gjennomgående tema i de ulike fremleggene. Flere og flere mennesker i Europa så vel som i andre verdensdeler, lever i fattigdom der mulighetene for å foreta aktivitetsvalg begrenses. Situert aktivitet handler om bevissthet og kunnskap om de situasjoner aktiviteter utspiller seg i. Kunnskap om situerte aktiviteter henger sammen med det å ha kunnskap om hverdagslivet. Situering kan handle om betingelsene for aktivitet, men også lærere, terapeuter og forskernes forståelse av betingelser for aktivitet. Det kan også handle om å være seg bevisst sin profesjonelle posisjon i de situasjoner vi arbeider med andre, eller hvilke posisjoner og metoder man bruker i forskning.

### SEKS HOVEDFORELESERE

Seks hovedforelesere fra Spania, Island, Norge, Sverige, Danmark og England var invitert til konferansen.

#### **Claire Hart: Hvordan holdninger skaper aktivitetsvalg.**

Hart utfordret ordtaket. *Man er sin egen lyktes smed.* Med et aktivitetsvitenskapelig perspektiv konkretiserte hun hvordan menneskers muligheter til å velge aktiviteter dannes eller hemmes av ulike faktorer. Hun utforsket hvordan vi danner holdninger, og hvordan holdninger påvirker oss når vi skal ta valg. Valg kan bli påvirket av indre faktorer som blant annet hvordan vi tror på oss selv, og eksterne faktorer som inkluderer det politiske landskapet vi befinner oss i. Hva er i vinden i media og i den politiske opinio-

nen? Hart utfordret deltakerne til å reflektere over hva som styrer våre aktivitetsvalg.

#### **Christine Swane: Hvem er «vi» som representerer samfunnet?**

Swane stilte spørsmål om hvordan vi kan beskrive aldring og alderdom uten å bruke diskriminerende ord. Eldre blir diskriminert og stigmatisert både gjennom språk og i handlinger, noe som blir kalt alderisme (agism). Diskriminerende eller ekskluderende faktorer kan være sosial ekskludering fra yrkesliv, fysiske og sosiale strukturer som fører til isolering, nedsettende omtaler og dårligere behandling i helsetjenestene. Diskriminerende praksiser av eldre forekommer i hele Europa. Forskning foreslår at vi må etablere aldersvennlige, offentlige sfærer for å avkle diskriminerende praksiser. Dobbelt sårbare blir mennesker som blir utsatt for alderisme og som også tilhører marginaliserte grupper. Swane mente at vi må løfte fram disse dilemmaene i utdanning og i helse- og sosialetaters praksiser.

#### **Sissel Horghagen og Sigrun Jonasdottir: Hvordan kontekst på systemnivå påvirker sosial inkludering av funksjonshemmede – relasjonelle, kritiske og menneskerettighetsperspektiver.**

Jonasdottir og Horghagen inntok i sin presentasjon et rettighetsperspektiv, et relasjonelt perspektiv og et kritisk perspektiv på funksjonshemming. De utdypet dette gjennom tre eksempler som var; mennesker med mobilitetsutfor-



*Hans Christian Andersen's forfatterskap kan fortelle mye om hvordan omgivelser og omstendigheter former et menneskeliv.*



*Hanne Kaae Kristensen var leder for konferansen.*



*Dr. Margerita Mondaco, som er leder for nettverket Occupational Science Europe, ønsket velkommen til konferansen.*



Sissel Horghagen, Sissel Alsaker og Staffan Josephsson.



Mariell Høgås, Sissel Alsaker og Sissel Horghagen.



Clare Hocking inviterte til feiring av tidsskriftet *The Journal of Occupational Science*.

dringer, studenter med funksjonsnedsettelse i høyere utdanning og mennesker med funksjonsnedsettelse som lever i fattigdom. De konkretiserte hvordan sosiale, politiske og systemiske barrierer gjør at mennesker med funksjonsnedsettelse opplever å være funksjonshemmet i enkelte situasjoner. I innlegget presenterte de også innovativ og deltakende metodikk for å fremme sosial inkludering.

### **Natalia Rivas-Quarneti: Å se for seg muligheter for forandringer.**

Rivas-Quarneti er særlig opptatt av mennesker som lever i sårbare situasjoner og belyste interseksjonelle former for undertrykkelse når det gjelder migrasjon, tvangsflytting, kjønn, klasse, rase og alder. Interseksjonalitet handler om å se flere former for undertrykkelse samlet. I dette arbeidet hadde hun anvendt deltakende metoder. Rivas-Quarneti var opptatt av å bruke kritisk refleksivitet for å fremme mer bevissthet på interseksjonelle former for undertrykkelse og synliggjøre usynlige undertrykkelser for å gi mer rettferdige muligheter for deltakelse i aktiviteter.

### **Staffan Josephsson: Sårbarhet som en ressurs i arbeidet med menneskelig aktivitet.**

Staffan Josephsson var den siste hovedforeleseren. Han forankret sin presentasjon i teori om narrativ-i-handling ved å bruke teoretiske ressurser fra antropologen Cheryl Mattingly og filosofene Paul Ricoeur og Judith Butler. Han var opptatt av å formidle at mennesker ikke er perfekte. I det ligger en innrømmelse av at vi er sårbare. Poenget hans var at denne sårbarheten er en ressurs fordi sårbarhet gjør mennesker åpne for endringer. Når vi

innser at ingen er perfekte, har vi mer åpenhet for å diskutere hvordan menneskelig sårbarhet kan fremme og legge til rette for menneskelig aktivitet. Han reflekterte også over hvorvidt «ergoterapi er veien til frihet» slik som nattergalens sang var det for den kinesiske keiseren, som H.C. Andersen forteller om i eventyret «Nattergalen».

### **NORSKE DELTAKERE**

I tillegg var det mange fagfellelvurderte presentasjoner i parallellseksjonene.

De norske deltakere var Irma Pinxterhauis og Fanny Aleksander fra OsloMet og Mariell Høgås, Sissel Alsaker og Sissel Horghagen fra Norges Tekniske og Naturvitenskapelige Universitet/ NTNU.

Mariell Høgås og Sissel Alsaker holdt et innlegg om bruk av photovoice som metode i mentale helsetjenester. Innlegget het: Photovoice in Mental Health Service – exploring expression of experienced healthcare.

### **TIDSSKRIFTET AKTIVITETSVITENSKAP FYLLER 30 ÅR**

På konferansen inviterte redaktør Clare Hocking til feiring av tidsskriftet *The Journal of Occupational Science* som «fylte» 30 år. Clare Hocking har vært redaktør siden 1997, da hun tok over etter Ann Wilcock som etablerte tidsskriftet i 1993.

Tidsskriftets impaktfaktor er økene, og har bidrag fra forskere over hele verden. Tidsskriftet blir lest av personer fra alle kontinenter i verden. Det ble registrert over 300 000 nedlastinger sist år og antall nedlastinger er stigende. Alle som presenterte innlegg, ble invitert til å sende inn manus til et spesialnummer av tidsskriftet.





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

Ny versjon  
**Oppdatert  
2023**

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

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

Sjekk ut e-læringskurset på **[basis-fallforebygging.no](https://basis-fallforebygging.no)**





## Trygge og mer tilgjengelige baderom!

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

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



Les mer  
om BVT!