

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



## Når forskning blir til praksis 6

Praksis på FINN **10** En kvalitativ studie om ergoterapeuters erfaringer med å bidra til bærekraftige helsetjenester **20** Utfordringer og muligheter i slagrehabiliteringen: En kvalitativ studie om ergoterapeuters erfaringer i møte med innvandrerpasienter **32**

Vi gleder oss til fagkongress i Bodø i 2025 **66**

# ergoterapeuten

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

**Fagredaktører** Unni Sveen,  
Ruca Maass og Eva Magnus  
Vitenskapelige artikler sendes til:  
vitenskap@ergoterapeutene.org

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

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

**Annonsefrister / utgivelse**  
Nr. 2 – 1. april / 30. april  
Nr. 3 – 3. juni. / 28. juni.  
Nr. 4 – 1. aug. / 31. aug.

**Trykkeri** Aksell  
Trykt på miljøvennlig papir.

**Design** Fete Typer  
**Layout** Else Merete Thyness

**Redaksjonskomité**  
Cathrine Hagby / 92 09 23 77  
Merethe Seberg / 90 58 30 96  
Linda Stigen / 93 22 30 19  
Marte B. Størseth / 23 07 29 00  
Susanne Følstad / 91 53 78 27  
Skender E. Redzovic / 73 55 92 29  
Merethe Hustoft / 48 03 78 40



**Norsk Ergoterapeutforbund**  
**Adresse** Stortingsgt. 2, 0158 Oslo  
**Telefon** 22 05 99 00  
post@ergoterapeutene.org  
www.ergoterapeutene.org  
**Generalsekretær**  
Anne Kathrine Devik  
**Forhandlingssjef**  
Hege Munthe  
**Organisasjonssjef**  
Karl-Erik Tande Bjerkaas  
**Fagsjef**  
Kristin Jess-Bakken  
**Seniorrådgiver**  
Kamilla Lemb Herbjørnsen  
Anita Engeset (permisjon)  
**Controller**  
Tove Olsen  
**Controller**  
Snorre A. Nergaard  
**Sekretær**  
Nurdjihan Aliu  
Kristin Pedersen (permisjon)

**Forbundsstyremedlemmer**  
Tove Holst Skyer, forbundsleder  
Tonje Hansen Guldhav, nestleder  
Heidi Elisabeth Fløtten  
Mariette Elise Gjerde  
Judith Ekerhovd  
Kathrine Færestrand  
Nina Røstad  
Tina Brustuen Uri  
Monica Skadsem  
Petter Mansverk Dahle  
1. vararepresentant May Solveig Svandsen  
2. vararepresentant Siv Iren Gjermstad  
June Rondestvedt, varamedlem  
Malin Andrea Midjo, varamedlem  
Birte Sandal Rikstad, varamedlem  
Maria Haven, varamedlem  
Lene Kalvik, varamedlem  
Guro Aakerholt, varamedlem  
Caroline Mostue, varamedlem



6



18



44



66

---

#### REPORTASJE

- 6 Når forskning blir til praksis**  
Av Else Merete Thyness
- 

#### NY ARENA

- 10 Praksis på FINN**  
Av Else Merete Thyness
- 

#### VÅRE TILLITSVALGTE

- 12 Ergoterapeut med tre forskjellige tillitsvern**  
Av Else Merete Thyness
- 

#### KRONIKK

- 14 Jeg jobber frivillig for andre – det er bra for meg også**  
Av Una Margritt Sander, Maria H. B. Nilsen, Ingvill Hagen og Linda Stigen
- 

#### FORBUNDET

- 16 Kjør trygt over fjellet vinterstid**  
Av Roar Hagen
- 17 Utlysning av Ergoterapeutenes FOU-midler**  
Av Kristin Jess-Bakken
- 17 Ønsker du fortsatt Ergoterapeuten på papir?**  
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 

- 17 David Wefring Osen oppnevnt som Unio-tillitsvalgt i NAV**  
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 18 Hva tjener en ergoterapeut?**  
Av Hege Munthe
- 

#### FAGLIG

- 20 En kvalitativ studie om ergoterapeuters erfaringer med å bidra til bærekraftige helsetjenester**  
Av Ine Fjeldberg, Kaja E. Bredesen, Victoria L. Dyrnes og Linda Stigen
- 

#### VITENSKAP

- 32 Utfordringer og muligheter i slagrehabiliteringen: En kvalitativ studie om ergoterapeuters erfaringer i møte med innvandrerpasienter**  
Av Helene Lilja Finnestad Svela og Ingrid Tjøflåt
- 44 Forsker i farten: Merethe Hustoft**  
Av Else Merete Thyness
- 

---

#### AKTUELT

- 46 Fra ide til prosjekt – hvordan planlegge et fagutviklingsprosjekt?**  
Av Ingvild Kjeklen
- 52 Robotassistert trening i rehabilitering av arm og håndfunksjon etter hjerneslag**  
Av Linda Sørensen, Matthijs Wouda og Cilie Åsberg
- 58 Helsepersonell vil ha flere ting på plass hvis innbyggerne skal bo trygt hjemme**  
Av Trude Anita Hartviksen
- 60 Smarttelefon – et verktøy for mestring**  
Av Emilio Jensen Granados, John Ulriksen, Fereshteh Halimi, Thomas Haraldson og Tanja Taugum
- 64 Arbeidsrettet og kognitiv rehabilitering for personer med multipel sklerose**  
Av Inger Grethe Løyning
- 

#### PÅ DE SISTE SIDENE

- 66 Vi gleder oss til fagkongress i Bodø i 2025**  
Av Else Merete Thyness
- 

#### ANNONSER

- 68 Kursannonser**
- 71 Produktregister**
-



## Kunnskapsbroen

**Studier viser at det kan ta 17 år før forskning får betydning for praksis. Dermed oppstår det et gap mellom hva vi vet, og hva vi gjør. Løsningen for å fylle dette gapet er å bygge en bro over avstanden, slik at forskning og praksis kan ha gjensidig nytte av hverandre.**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

### Kunnskapsbasert praksis

handler om å ta faglige avgjørelser basert på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon. Men – det kan være vanskelig både å lese og forstå forskningsartikler og ikke minst tilpasse kunnskapen til eget arbeid. Kunnskapstranslasjon «oversetter» kunnskapen slik at den blir mer anvendelig. Sånn sett fungerer den som en bro mellom forskning og praksisfeltet.

I denne utgaven av fagbladet retter vi søkelyset nettopp mot kunnskapstranslasjon. Vi har møtt professor Randi Wågø Aas, som blant annet underviser i emnet på OsloMet. Hun forteller hvordan vi kan bruke «Kunnskap til handling-modellen» for å implementere forskning i praksis. Vi har også snakket med Ergoterapeutenes fagsjef, Kristin Jess-Bakken, som sier at kunnskapstranslasjon er sentralt i hennes arbeid blant annet i møte med beslutningstakere og myndigheter. Hun valgte kunnskapstranslasjon som et av emnene i Master i Folkehelse med fordypning i ergoterapi. Det samme gjorde spesialergoterapeut Brita Teigen Rognli som sier: «Kunnskapstranslasjon er en

metode som gjør det lettere å forstå forskning og se hvordan den henger sammen med arbeidet jeg utfører».

Februarutgaven av fagbladet byr også på en spennende fagartikkel om ergoterapeuters erfaringer med å bidra til bærekraftige helsetjenester. I artikkelen kommer det fram at ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten opplever utfordringer med å utøve bærekraftig praksis, og at de blant annet ønsker å jobbe mer forebyggende.

Den vitenskapelige artikkelen handler om ergoterapeuters erfaringer i møte med innvandrerpasienter. Funnene viser at ergoterapeuter opplever utfordringer som kommunikasjonsbarrierer og ulik forståelse av aktivitet og rehabilitering, men at kulturell ydmykhet kan styrke behandlingen.

Og sist, men ikke minst, vil vi trekke frem møtet med kongressleder Kjersti Hustoft. Allerede høsten 2025 kan ergoterapeuter igjen treffes til fagkongress i Bodø.

Vi er fremdeles inne i den mørke tiden, men det er mange ergoterapeutiske lyspunkter. Jeg håper denne utgaven av fagbladet vil være en av dem.

# Hovedtariffoppgjør med forventninger

**Jeg er stolt over at vi er den eneste arbeidstakerorganisasjonen som kun organiserer ergoterapeuter. Det gir oss et utrolig viktig mandat til å sikre ivaretagelse av ergoterapeutprofesjonens lønns- og arbeidsbetingelser.**



**TOVE HOLST  
SKYER**  
Forbundsleder

**Med våren kommer** også de sentrale lønnsforhandlingene. I år er det hovedtariffoppgjør, og det skal forhandles om både lønns- og arbeidsbetingelser. Vi er allerede godt i gang med forberedelsene, både i vår egen organisasjon og i Unio. De siste ukene har regionene arrangert sine tariffpolitiske konferanser for å få innspill fra våre tillitsvalgte, til hva som skal være Norsk Ergoterapeutforbunds krav. Innspillene går gjerne hånd i hånd med forventninger og ønsker.

I år mener jeg det er på høy tid med reallønnsvekst. Dette oppgjøret bør gi et resultat som anerkjenner ergoterapeuters kompetanse og innsats.

Jeg sier til stadighet at vi har verdens beste kjernekompetanse. Kompetanse som fremmer mestring, sikrer deltakelse og gjør hverdagsliv mulig. Landets ergoterapeuter bidrar til bærekraft i et hardt presset velferdssamfunn, og det gjør oss helt uunnværlige. Hver ergoterapeut som forebygger eller utsetter en

persons behov for mer langvarige og kostbare tjenester, er verdt sin vekt i gull. Det tar av for presset på en sektor som er under svært høy belastning, med økende etterspørsel og en økende mangel på helsepersonell.

Mangelen på ergoterapeuter har også begynt å gjøre seg gjeldende, og for at innbyggerne i større grad skal ha tilgang på ergoterapikompetanse til rett tid, trengs det flere ergoterapeuter. Da er gode lønns- og arbeidsbetingelser et viktig premiss. Det kan både påvirke unge til å velge ergoterapiutdanning og bidra til at utdannede ergoterapeuter ønsker å jobbe som ergoterapeuter og bruke ergoterapikompetansen.

I dette nummeret kan du lese om årets lønnsundersøkelse. Funnene danner et kunnskapsgrunnlag som er helt avgjørende i forhandlingene. De er som et kart, som er helt nødvendig for å kunne planlegge og gjøre veivalg inn i oppgjøret. Tusen takk til alle som har svart på undersøkelsen.

Ivaretagelse av lønns- og arbeidsbetingelser er noe av det aller viktigste vi driver med, som forbund. Det er også noe av det vanskeligste. Kollektive forhandlinger er krevende fordi arbeidsgiverparten har egne ønsker om hva som skal prioriteres, samtidig som flere ulike hovedsammenslutninger har krav som de mener må bli møtt eller innfridd. Likevel gyver vi på, år etter år, for å jobbe frem det beste forhandlingsresultatet vi kan klare. Som forbund står vi utrettelig på, vel vitende om at ergoterapeutprofesjonen må ivaretas med lønns- og arbeidsbetingelser som kan speile vårt viktige samfunnsoppdrag.

Beskrivelsen av hvorfor ergoterapi er viktig, må være den ustoppelige drivkraften vår fremover – både i sentrale og lokale forhandlinger. Vi har en avgjørende viktig rolle i møtet med samfunnets utfordringer og i innsatsen for bærekraftige helse- og velferdstjenester. Det må verdsettes.

# NÅR FORSKNING BLIR TIL PRAKSIS

Av Else Merete Thyness

**Studier viser at det kan ta 17 år før forskning blir implementert i praksis. – Tiden det tar før forskning kommer til nytte for pasienter og brukere kaller vi «kunnskap til handling-gapet». Kunnskapstranslasjon er en metode for å fylle dette gapet, sier Randi Wågø Aas.**



*Randi Wågø Aas arbeider med å gjøre forskning lettere tilgjengelig. – Fra januar 2025 blir emnet «Kunnskapstranslasjon - Når forskning blir praksis» åpent for alle som er interesserte, sier hun. Foto: Emilie Aas Torland.*

**R**andi Wågø Aas er ergoterapeut og professor ved OsloMet og Universitetet i Stavanger. En fellesnevner for arbeidet hennes er å gjøre forskning lettere tilgjengelig og brukbar for praksis og politikk. Her er kunnskapstranslasjon en nyttig fremgangsmåte.

– Kunnskapstranslasjon er en prosess der vi oversetter og bearbeider forskningen slik at den blir lettere å ta bruk av beslutningstakere i praksisfeltet. Et eksempel på kunnskapstranslasjon er hvis en kunnskapsoppsummering om et tema, gjennom bearbeiding, munnar ut i en terapeutisk metode eller en sjekklister. Da har det forgått en translasjon av kunnskapen til noe konkret. Det kan gjøre det lettere å anvende den slik at den kommer brukerne til gode.

Dessverre finnes det mye forskning som aldri finner veien til praksisfeltet.

– Dermed oppstår det et gap mellom det vi vet og det vi gjør, noe som gjør det vanskelig å oppfylle kravet om kunnskapsbaserte helsetjenester, sier hun.

## STARTET ALLEREDE ETTER FØRSTE VERDENSKRIG

Opprinnelsen til kunnskapstranslasjon og andre «kunnskap til handling-modeller» finner vi i Eu-

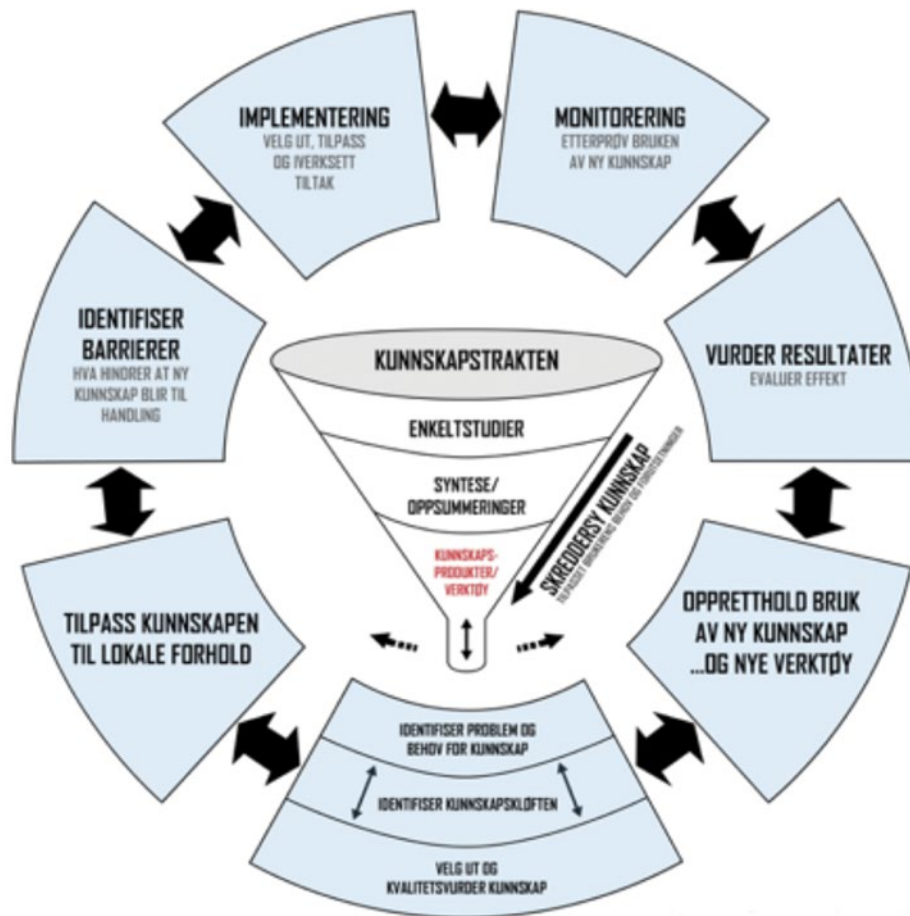
ropa rett etter første verdenskrig. Det var matmangel, og forskere oversatte kunnskap for å informere bøndene om hvordan de kunne forbedre matproduksjonen slik at avlingene ble større.

– Men selv om «kunnskap til handling-modeller» først ble brukt i landbruket, var det i helsevesenet at konseptet virkelig fikk gjennomslag etter år 2000. Det ble utviklet flere ulike modeller som forklarer hva det er vi må forstå, for å kunne overføre forskning på tjenestenivå. En av de som er mest brukt i dag innen kunnskapstranslasjon er den kanadiske «Kunnskap til handling-sirkelen», forteller Wågø Aas.

## FRA KUNNSKAP TIL HANDLING

Den kanadiske modellen er utviklet av professor Ian Graham og kolleger ved universitetet i Ottawa. Den består av to deler: Kunnskapstrakten i midten og en ring rundt som beskriver hvordan kunnskapen kan implementeres. Prosessen starter med å identifisere om det er et gap mellom de intervensjonene pasientene mottar og de metodene som oppsummert forskning viser har best effekt. En annen, og lettere fremgangsmåte er å starte med å finne kunnskapsoppsummeringer.

– Kunnskapsoppsummeringer summerer opp resultater fra



Den kanadiske «Kunnskap til handling-sirkelen» viser hvordan kunnskap fra forskning kan overføres til praksisfeltet.

Graham, Ian D. PhD1; Logan, Jo RN, PhD2; Harrison, Margaret B. RN, PhD3; Straus, Sharon E. MD, MSc4; Tetroe, Jacqueline MA5; Caswell, Wenda RN, MEd2; Robinson, Nicole6. Lost in knowledge translation: Time for a map?. *Journal of Continuing Education in the Health Professions* 26(1):p 13-24, Winter 2006. | DOI: 10.1002/chp.47 Oversatt til norsk av Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR). Gjengitt med tillatelse fra RKR.

en mengde studier og gir oss et bilde av hva som vites om dette temaet i dag. Du kan opprette et varsel hver gang det kommer en kunnskapsoppsummering som er relevant for din egen praksis – for eksempel via Google Scholar, forteller Wågø Aas.

Deretter sammenfattes og skreddersys kunnskapen i kunnskapstrakten slik at den blir mer brukbar for praksis og tilpasset de som skal anvende den.

– Vi oversetter kunnskapen slik at den lettere kan tas i bruk. Det er ikke alltid like enkelt å sette seg ned og lese en lang forskningsartikkel i en travel arbeidshverdag. Kunnskapstranslasjon gjør forskning mer tilgjengelig. Jeg

har valgt å kalle det praksisklar forskning, forteller hun.

Ringene rundt trakten handler om hvordan resultatene fra kunnskapen kan innføres i praksis.

– Kunnskapen må tilrettelegges lokale forhold, barrierer bør identifiseres og det må lages en plan for implementering. Der har vi mange verktøy i skrinet, slik at kunnskapen lettere blir tatt i bruk. Det er ikke nok å bare sende den ut og be ergoterapeuter og andre helsepersonell om å implementere den. Videre er det viktig å overvåke kunnskapsoverføringen slik at det ikke bare blir en happening, men fører til en reell og varig endring i praksisfeltet, sier hun.

## UNDERVISER PÅ OSLOMET

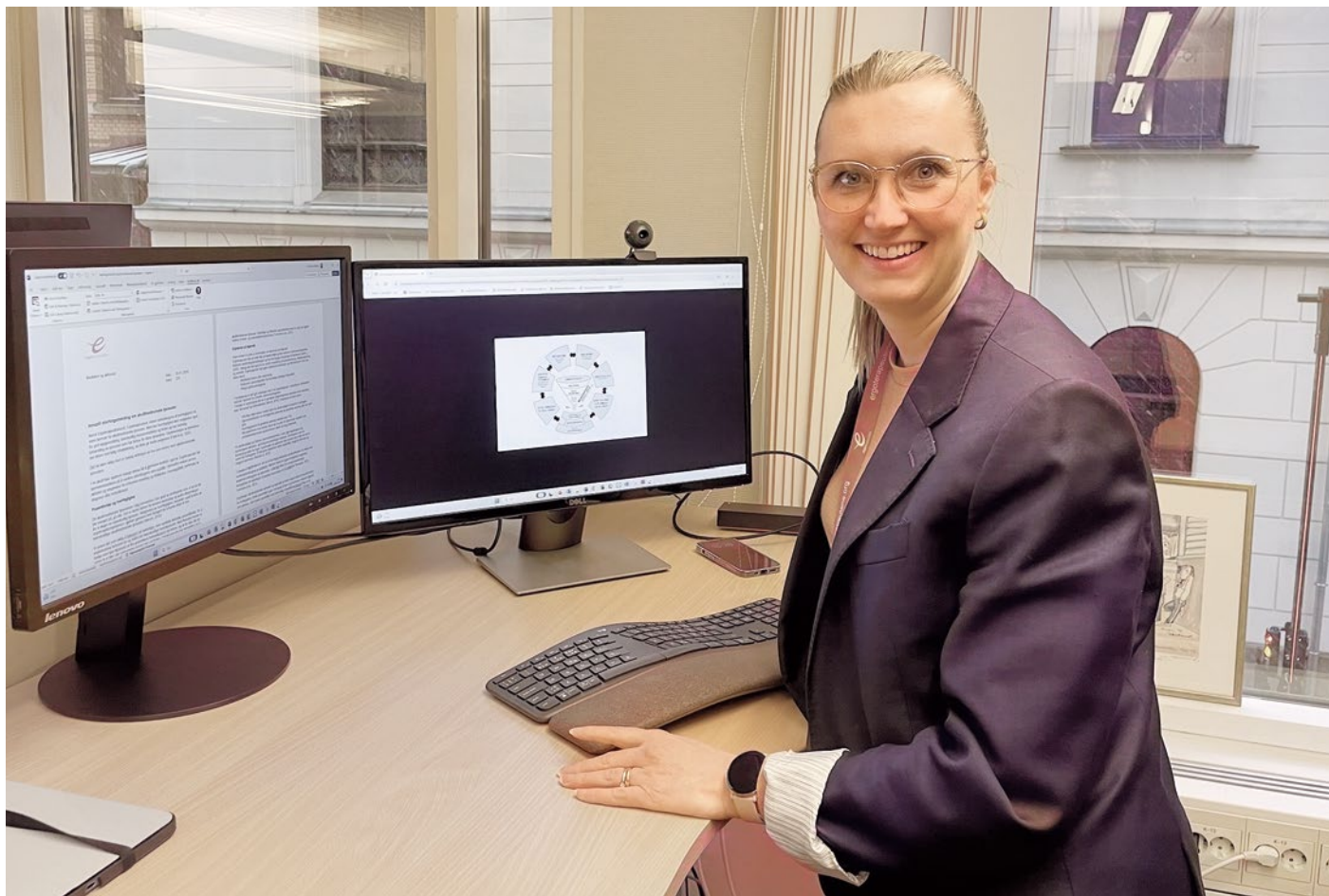
Kunnskapstranslasjon er ett av emnene på Master i helsevitenskap, og her underviser Randi Wågø Aas. Sammen med seg har hun et tverrfaglig veilederteam.

– Studentene får anledning, under kyndig veiledning, til å jobbe med sitt eget kunnskapstranslasjonsprosjekt, som er relevant for deres interesser og praksis.

Emnet har hittil vært forbeholdt masterstudentene i helsevitenskap. Fra januar 2025 blir det åpent for alle som er interessert i kunnskapstranslasjon, dersom de har en bachelorgrad.

– Emnet gir ti studiepoeng. Det er interessant for alle som har lyst





- Kunnskapstranslasjon er svært nyttig i mye av arbeidet jeg gjør som fagsjef, sier Kristin Jess-Bakken.

til å lære hvordan man får oppsummert kunnskap ut i praksisfeltet, enten man er masterstudent og vil bli tryggere på egen kompetanse, eller for de som vil prøve hvordan det er å være i en studiesituasjon igjen, sier Wågø Aas.

#### **MOT BESLUTNINGSTAKERE**

Kristin Jess-Bakken har vært Ergoterapeutenes fagsjef i ett år samtidig som hun tar Master i helsevitenskap med fordypning i ergoterapi ved Oslo Met. Her valgte hun kunnskapstranslasjon som et av emnene.

- En stor del av jobben min som fagsjef, består av kunnskapstranslasjon. Ergoterapeutene arbeider mye med å få forskning ut i praksis, for eksem-

pel når vi utarbeider kursmodulene våre.

Hun forteller at hun også bruker kunnskapstranslasjonsmodellen på systemnivå og trekker frem et referansegruppemøte i Helsedirektoratet som eksempel. Her var en rekke helsefaglige yrkesgrupper invitert for å gi innspill til fremtidens organisering av fastlegekontorene.

- I forkant av denne type møter undersøker jeg først rammene rundt temaet. De finner jeg blant annet i statlige føringer, statistikker fra SSB og andre relevante dokumenter som kan si meg noe om hva det er behov for å endre. I tillegg visste jeg, basert på Ekspertutvalgets rapport «Gjennomgang av allmennlegetje-



## «Kunnskapstranslasjon er en prosess der vi oversetter og bearbeider forskningen slik at den blir lettere å ta bruk i praksisfeltet»

Randi Wågø Aas

nesten», at sykemeldingspraksis var et relevant problemområde, som Helsedirektoratet var opptatt av. Derfor søkte jeg etter kunnskapsoppsummeringer som kunne belyse dette temaet.

I dette tilfellet fant hun «Effectiveness of workplace intervention in a return to work for muscular skeletal related and mental health conditions», en artikkel fra 2018 med Kimberly Cullen som førsteforfatter.

– Artikkelen var relevant. Den ser både på vanlige psykiske plager og muskel- og skjelettplager og vektlegger at i tillegg til helsehjelp og bistand til å koordinere tjenestene, er tiltak som retter seg mot arbeidsplassen og aktivitetene der, særlig effektive for å få folk tilbake i jobb. På bakgrunn av forskning kunne jeg da formidle til Helsedirektoratet at arbeidsplassintervensjoner, som både ser på aktivitetene og omgivelsene, er effektive i oppfølging av sykmeldte.

Hun mener at kunnskapstranslasjon har gjort henne mer bevisst på hvem som er mottakeren, mer effektiv når hun innhenter kunnskapen og at hun lettere ser hva som kan være barrierene for å implementere den. Videre hjelper kunnskapstranslasjon til med å finne og velge gode strategier for å ta kunnskap i bruk.

– Forhåpentligvis fører det til at jeg kan gi bedre innspill på hvorfor ergoterapi er viktig.

Hun er også opptatt av at kunnskapstranslasjon er viktig for

fremtidens helsetjeneste.

– Med demografiske endringer og knapphet på ressurser, må vi jobbe smartere. Det brukes mye ressurser på forskning, men veldig lite av den forskningen fører til en endring av praksis og kommer aldri pasienter og brukere til gode. Kunnskapstranslasjon som verktøy, kan gi oss en raskere kunnskapsoverføring.

### BESTE PRAKSIS

Brita Teigen Rognli er spesialergoterapeut på Klinikk fysikalsk medisin og rehabilitering på Sykehuset i Vestfold. Ved siden av full jobb tar hun Master i helsevitenskap, spesialisering i ergoterapi på OsloMet.

– Jeg var ferdig utdannet på 90-tallet, og da leste vi få artikler. Jeg trengte faglig påfyll for å bli en mer kompetent arbeidstaker, sier Rognli.

Det var naturlig for henne å velge kunnskapstranslasjon som et av masteremnene.

– I praksisfeltet lærer vi ikke hvordan vi skal vurdere forskningsartikler og «oversette» dem slik at de blir relevante for praksis. Det er lett å fortsette i det samme, gamle sporet i den tro at det vi gjør er riktig. Nå har jeg lært en metode som gjør det lettere å forstå forskning og se hvordan den henger sammen med arbeidet jeg utfører. Jeg har også blitt bedre på å formidle det jeg lærer til andre kolleger. Forhåpentligvis vil dette føre til at vi kan tilby pasientene best mulig behandling.



Spesialergoterapeut Brita Teigen Rognli utenfor Kysthospitalet i Stavern, med utsikt mot Stavernodden fyr. – Kunnskapstranslasjon gjør det lettere å forstå forskning og se hvordan den henger sammen med arbeidet jeg utfører, sier hun.


**NAVN**

Ingrid Sofie Nymo

**STILLING**

Student

**HVOR**

OsloMet

## Praksis på FINN

Av Else Merete Thyness

**– Hva studerer du?**

– Jeg studerer ergoterapi ved Oslomet, og nå er jeg på mitt tredje og siste halvår av bachelorprogrammet.

**– Når fikk du praksisplassen på FINN, og hvor lenge varte praksisen?**

– Jeg tok selv kontakt med FINN via mail, og fikk praksis fra 25.09.2023 og hadde en ti ukers praksisperiode hos dem. Under denne perioden fulgte jeg Accessibility-teamet hos FINN.

**– Hadde du ergoterapeut som veileder, hvis ikke, hvordan fungerte veiledningen?**

– Jeg hadde ikke en ergoterapeut som veileder. Min praksisveileder var en utvikler med spisskompetanse innenfor Accessibility, som omhandler at brukere

med forskjellige funksjonsnivå, både fysiske og psykiske, ikke skal møte barrierer som hindrer deres digitale deltakelse. Med dette kunne jeg og min veileder ha interessante diskusjoner om tilgjengelighet, brukergrensesnitt og digital inkludering fra våre ulike perspektiver. Jeg fikk i tillegg ekstra oppfølging fra skolen, hvor min kontaktlærer hadde veiledningstimer med meg underveis i praksis, slik at jeg fikk det ergoterapeutiske påfyllet.

**– Hva var de viktigste arbeidsoppgavene?**

– Det jeg brukte mest tid på, var å reise ut til instanser for å holde intervjuer og aktivitetsanalyse av forskjellige brukergruppers digitale opplevelse. I utvikling av nettsider utføres det ofte brukertester, så jeg knyttet dette opp mot ergoterapeutisk aktivitetsanalyse og systematiserte observasjonene. Jeg observerte hvordan forskjellige brukergrupper navigerer seg digitalt. Deretter utforsket jeg om det var problemstillinger som gikk igjen for gruppene. Dette krevde en del forarbeid og etterarbeid i form av å sende mail og avtale møter, finne problemstillinger å utforske, samt utarbeide intervjuer og samtykkeskjemaer. Ikke minst ble mye tid brukt på å dokumentere data, men det var veldig spennende å få oversikt over mine observasjoner.

Jeg ble veldig interessert i bruk av ikoner og hvordan de oppleves. Jeg utformet intervjuer hvor brukerne skulle gjette betydningen av ikoner man ofte møter digitalt. Dette var for å se hvor intuitive ikoner er. Flere nettsider velger å ha ikoner stående alene uten supplerende tekst. Det kan forårsake forvirring hvis brukeren ikke forstår

ikonets betydning, noe som igjen hemmer selvstendig utførelse. Disse brukertestene var viktig for min praksis som ergoterapeut, siden det forventes at mer og mer av våre daglige aktiviteter utføres digitalt.

Noe av det mest spennende jeg gjorde mot slutten av praksisperioden, var å holde foredrag om mine funn. Her fikk jeg gitt tilhørerne innsikt i ergoterapi-perspektivet. Et av foredragene var digitalt, og over 170 mennesker deltok. Det var flott å se engasjement og interesse for digital inkludering og i tillegg det ergoterapeutiske fagfeltet.

**– Hvordan fikk du brukt ergoterapikompetansen din?**

– Jeg opplever at ergoterapikompetansen bærer vi med oss uansett hva vi jobber med. Jeg fikk brukt min ergoterapikompetanse i møte med de jeg holdt intervju og brukertester med, samt i samtale med både utviklere og designere for FINN. Når jeg forberedte og avholdt brukertestene lente jeg meg stort til EVA som kartleggingsredskap.

I møte med brukere var mitt fokus på deres interesser, kontekster og opplevelser. Ofte når typiske brukertester utføres, testes en liten del av nettsiden, men jeg fokuserte mer på hvordan nettsiden opplevdes i sin helhet. Det ga rom for at jeg kunne finne noe å gjøre som motiverte brukerne og gjorde brukertesten ikke bare lærerik for meg, men interessant for brukeren.

Gjennom mine foredrag fikk jeg også vist de ansatte det komplekse samspillet som kan fremme eller hemme digital inkludering for forskjellige brukergrupper. Jeg fikk delt hvordan de digitale omgivelsene har stor makt i dagens samfunn, og hvor

viktig det er at de blir utformet med tanke på de digitalt sårbare gruppenes rett til deltakelse.

**– Er det viktig at ergoterapeuter jobber på utradisjonelle arbeidssteder?**

– Jeg mener det er særdeles viktig at vi som ergoterapeuter tør å strekke oss ut til nye arenaer og arbeidsplasser. Vi har kompetanse som er allsidig og kan supplere til nye arenaer. Jeg ble selv møtt på praksisplassen med mye interesse for vårt fagfelt og hvordan det kunne passe inn i digitale løsninger. På slutten av min praksis fikk jeg høre av flere som jobbet på FINN at de håpet en ergoterapistilling skulle bli utlyst hos dem.

**– Hva lærte du av dette, og hva lærte arbeidsstedet?**

– Jeg lærte hvor mye som spiller inn for å lage et godt og inkluderende digitalt tilbud.

Jeg ble veldig interessert i WCAG, som står for Web Content Accessibility Guidelines. Dette er retningslinjer for hvordan nettsider utformes slik at de er tilgjengelig for alle. Det er utrolig mange retningslinjer for å sikre

digital inkludering og et godt brukergrensesnitt, både innen programmeringen av nettsiden, men også krav til design, som farger og størrelser.

Jeg lærte også hvor mange forskjellige team og kompetanser som kreves for å skape en god nettside.

Jeg fikk tilbakemelding fra flere av de ansatte på arbeidsplassen at det var lærerikt å få innblikk i brukernes perspektiv. De følger retningslinjer og dette er viktig, men når du ikke ser brukerne som er så avhengig av god utforming, kan det være vanskelig å føle at det du gjør gir en forandring. Det var dermed veldig nyttig å ha noen som kunne ta samtale med brukerne og videreføre deres opplevelser og meninger.

Jeg fikk også tilbakemelding om at jeg var med på å øke bevisstheten internt i forhold til universell utforming ved å holde mitt foredrag.

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

– Jeg føler dette har vært en

uvurderlig opplevelse. Jeg har fått innsikt i hvordan digitale arenaer blir formet og hvordan regler som er satt inn for å sikre inkludering digitalt, derav WCAG, blir fulgt. Det har vært givende å se hvordan ergoterapi passer inn på en slik arena.

Det har i tillegg vært fantastisk å snakke med utviklere, designere og andre ansatte innenfor FINN som er interessert i og ser verdien av ergoterapi.

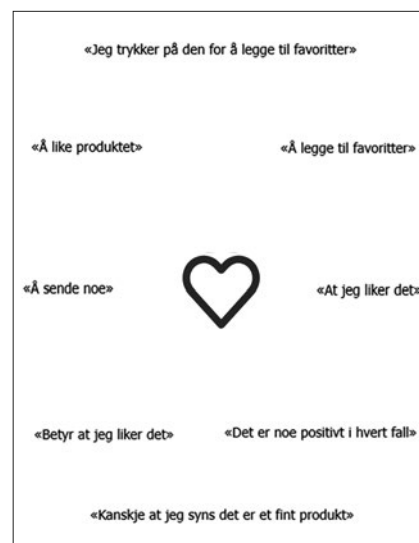
**– Vil du anbefale andre ergoterapeuter å jobbe med det samme?**

– Jeg tror at ergoterapeuter kan sette lys på mye viktig når det kommer til digital inkludering. Vi forstår betydningen av deltakelse og inkludering, og hvilke faktorer som spiller inn slik at mennesker oppnår dette. Vår kompetanse om samspillet mellom aktivitet, mennesket og omgivelser er noe jeg tror kommer til å ta mer plass i utforming av digitale tjenester i fremtiden.

Jeg håper jeg en dag skal få jobbe med å utforme inkluderende, digitale løsninger som ergoterapeut.



Foredrag om funnene fra praksisperioden der tilhørerne også fikk innsikt i ergoterapi-perspektivet.



Foredraget viste eksempler på hva brukere over 60 mente om FINNs ikoner.





#### NAVN

Siv-Hege Madsø

#### VERV

Plasstillitsvalgt for ergoterapeuter i avdeling Barn, unge og familier. Varatillitsvalgt i Bydel St. Hanshaugen. Styremedlem i Region Oslo.

## Ergoterapeut med tre forskjellige tillitsverv

Av Else Merete Thyness

### – Hvor jobber du?

– Jeg arbeider i skolehelsetjenesten og helsestasjonen i Bydel St. Hanshaugen i Oslo kommune.

St. Hanshaugen har om lag 40 000 innbyggere og er en sentrumbydel med en spennende demografisk sammensetning. Vi er også en fraflyttingsbydel, med en relativt høy andel barnefødsler hvert år, samtidig som mange familier flytter ut av bykjernen når de får barn nummer to.

### – Hvilket verv har du som tillitsvalgt?

– Jeg er plasstillitsvalgt for ergoterapeuter i avdeling Barn, unge og familier, varatillitsvalgt i Bydel St. Hanshaugen og styremedlem i Region Oslo.

### – Hva motiverte deg til å ta disse vervene?

– Vi er en liten yrkesgruppe sett oppimot det store flertallet, samtidig som vår stemme er minst like viktig som øvrige yrkesgrupper i bydelen. Ved å representere ergoterapeutene på barnesiden i bydelen, har vi fått gjennomslag for saker som har vært viktige for oss.

Regionstyret har ansvaret for å legge til rette for aktivitet i regionen og er bindeleddet mellom Ergoterapeutenes medlemmer, tillitsvalgte i regionen og forbundstyret. Det er også viktig.



Bydel St. Hanshaugen har 40.000 innbyggere og strekker seg fra øst til vest i Oslo. Foto: Christine Thune.

### – Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Jeg har vært tillitsvalgt i St. Hanshaugen siden 2018 og i regionstyret siden landsmøtet 2023. For fryktelig mange år siden var jeg også tillitsvalgt i det som den gangen het Sør-Trøndelag fylkeskommune, for ergoterapeuter i de videregående skolene.

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

– Mine viktigste oppgaver er å representere våre organiserte ergoterapeuter, uavhengig av stilling. Hos oss har vi hatt ergoterapeuter representert som blant annet saksbehandlere, fagkonsulenter og barnekoordinator, i tillegg til de mer tradisjonelle stillingene som barneergoterapeuter.

Vi er bredt involvert i våre innbyggers hverdagsliv, og dette er det ikke en selvfølge at lederne våre kjenner til. Derfor blir min rolle som tillitsvalgt både å representere faget oppover til ledelsen vår, og å være en vaktbikkje for medlemmenes arbeidsvilkår.

Bydelen vår står nå i sluttspurten av en stor omorganisering, som omfatter rundt 1000 ansatte. Min rolle som tillitsvalgt her, handler om å passe på at også vi, selv om vi er små, blir hørt. Og det har vi blitt. Vi som er utøvende ergoterapeuter på barnesiden har blant annet beholdt våre kontorer,

## - VÅRE TILLITSVALGTE -

noe som har vært viktig for å videreutvikle effektive arbeidsdager i tett samarbeid med helsestasjonen. Vi sto lenge i fare for å bli utsatt for «aktivitets-baserte arbeidsplasser» (les: free seating), noe vi heldigvis klarte å unngå gjennom påvirkningsarbeid som tillitsvalgte. Dette klarte vi i tett samarbeid med barnefysioterapeutene. Vi klarte derimot ikke å forhindre free seating for barnekoordinator og saksbehandlere.

### - Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?

- Jeg opplever at den største utfordringen er å holde oversikt over endringer, og hele tiden sørge for å bli informert. Vi har et solid avtaleverk i trepartssamarbeidet med Oslo kommune, samtidig må jeg likevel aldri ta det for gitt at informasjonen når oss.

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

- Jeg slår et slag for humor, nettverksbygging og tillit til at vi vil hverandres beste! Vi må ha det morsomt sammen på jobb, og jeg må legge til rette for å jobbe samlende.

### - Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

- Mitt beste minne er ferskvare. Siden 2018 har vi jobbet systematisk med registreringer, henvisninger, tellinger og statistikk for å overbevise våre fine ledere om at vi trenger flere ressurser på barnesiden. I desember 2023, etter at budsjettet for 2024 var vedtatt av politikerne, fikk vi gjennomslag for å øke ergoterapiressursen med en full, fast stilling. Nå gleder vi oss stort over at vi snart får en ansatt til med på laget! Det er nok mitt beste minne!

I tillegg til at det var fryktelig stas å være med på landsmøtet 2023. Mekan til engasjerte ergoterapeuter fra (blant annet) region Oslo skal du lete lenge etter.

# Maxi

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

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


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



apoter

Bestilles også på  
[www.apoter.no](http://www.apoter.no)



 Bellman & Symfon®

Telefon: 33 42 72 50 E-post: [info@bellman.no](mailto:info@bellman.no) [bellman.com](http://bellman.com)

# Jeg jobber frivillig for andre – det er bra for meg, også

**«For meg har det betydd veldig mye for min egen fysiske og psykiske helse å få bidra.» Det sier en mann tidlig i 70-årene. For i tillegg til å kunne hjelpe andre, så fikk han en egen glede av å være til nytte.**

Av Una Margritt Sander, Maria H. B. Nilsen, Ingvill Hagen & Linda Stigen



*Una Margritt Sander er ergoterapeut i Nord-Aurdal kommune.*



*Maria H. B. Nilsen er ergoterapeut.*



*Ingvill Hagen er ergoterapeut i Meråker kommune.*



*Linda Stigen er førsteamanuensis ved NTNU i Gjøvik.*

Det er viktig å kjenne til hvorfor noen vil jobbe frivillig, og ikke minst hva det betyr for dem. Det kan si noe om hvordan vi kan legge til rette for frivillighet. Da bør vi forstå hva som gir mange mennesker lyst til å hjelpe andre når de selv forlater yrkeslivet.

I 2021 utførte NTNU i Gjøvik i samarbeid med Interkommunalt politisk råd i Nord-Gudbrandsdalen en befolkningsundersøkelse. Den gjaldt personer over 55 år i regionen. Hva var deres tanker og ønsker om sin alderdom? Undersøkelsen viste blant annet at én av to innbyggere over 55 år som var i jobb, utførte frivillig arbeid. Mange ønsket å utføre enda mer frivillig arbeid når de blir pensjonister.

Gjennom vår bacheloroppgave ved ergoterapiutdanningen NTNU Gjøvik intervjuet vi seks pensjonister, tre menn og tre kvinner i alderen 62-80 år, om deres erfaringer med å engasjere seg i frivillig arbeid. Mannen vi startet dette innlegget med, er én av disse.

De sa at engasjement i frivillig arbeid er positivt for helsen deres. Pensjonistene så på frivillighet som en arena for å holde hodet og kroppen i gang ved å lære noe nytt og treffe mennesker som ga dem et utvidet perspektiv på livet. Alle hadde et ønske og en plan om å bidra som frivillige da de gikk av med pensjon. Gjennom frivillig arbeid følte de seg til nytte, og verdsatt for jobben de utførte.

Det var viktig for pensjonistene at de gjennom frivillig arbeid hadde egne interesser utover å tilbringe tid med familie og venner. Pensjonistene opplevde et positivt, personlig utbytte av å være frivillig og så samtidig viktigheten av frivillighet og





*Frivillig arbeid er ikke bare til nytte for samfunnet, det er også en helsefremmende og meningsfull aktivitet.*

hvordan dette kan bidra til å løse kommende utfordringer i samfunnet.

Følelsen av å bidra både på det personlige, men også på samfunnsnivå, er en viktig motivasjonsfaktor for pensjonistene. Deltagerne i undersøkelsen fra 2021 oppga en rekke aktiviteter de kunne tenke seg å bidra med som frivillige, blant annet praktisk arbeid, matombringing, sjåfør eller besøksvenn. Disse aktivitetene er nært knyttet opp til tjenester som helsevesenet utfører, og har derfor et samfunnsøkonomisk potensial.

Pensjonistene sier at en forutsetning for engasjement i frivillig arbeid er at det skal være frivillig og oppleves som meningsfullt. Muligheten til å engasjere seg i noe de er interessert i, er en viktig faktor for motivasjonen og videre frivillig arbeid. Dette må de frivillige organisasjonene og kommunene legge til rette for.

Som ergoterapeuter jobber vi for at mennesker skal oppleve mestring og mening i hverdagen gjen-

nom aktiviteter. Frivillig arbeid er en arena der man kan utfolde seg og bruke sine ferdigheter, i tillegg til muligheten for å lære nye ting og knytte nye vennskap. Ved å være frivillig kan man oppleve å få nye roller og arbeidsoppgaver, som bidrar til at man kan holde seg aktiv i alderdommen. Når frivillighet omtales i media, ligger ofte oppmerksomheten på samfunnets behov. Ved å løfte frem frivillig arbeid som en meningsfull og helsefremmende aktivitet, kan frivillighet sees i et nytt lys. Å engasjere seg i frivillighet kan nemlig gi en gevinst for den enkelte frivilliges helse, det skal ikke bare dekke behov i samfunnet.

Pensjonister utgjør brorparten av frivillige i Norge, og de vil bli enda viktigere i årene som kommer. Kunnskap om hvordan deltagelse i frivillig arbeid påvirker frivilliges hverdag er viktig når man som samfunn skal legge til rette for økt frivillighet. Som ergoterapeuter har vi kompetanse til å bidra inn i dette arbeidet.

# Kjør trygt over fjellet vinterstid

**Det er viktig å pakke bilen riktig før du skal dra på tur. En fullpakket bil eller tunge gjenstander på taket kan endre kjøreegenskapene radikalt, og gjøre det vanskelig å holde bilen på veien.**

Av Roar Hagen



*Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.*

**E**n skiboks er ikke beregnet for mer enn maksimalt 50-75 kilo. Usikret last medfører fare både for passasjerer og medtrafikanter.

- Pakk de tyngste tingene nederst og helst langt frem i bagasjerommet.
- Unngå løse gjenstander som iPad og kamera i kupéen. Disse kan være livsfarlig ved en hard oppbremsing.
- Sjekk værmelding, vei- og kjøreforhold på strekningen du skal kjøre. Værsituasjonen kan endre seg den nærmeste fremtid.
- Ta med reservenøkkel. Husk at den ikke må ligge i bilen, der

gjør den ingen nytte.

- Pakk med godt med mat og gjerne varm drikke på turen. Ta med varme klær som lue, votter, jakke og gjerne et pledd.
- Ha lykt, slepetau, refleksvest og spade lett tilgjengelig i bilen.

## KOLONNEKJØRING

- Pass på at du selv og passasjerene er godt kledd.
- Still klimaanlegget i bilen på kald luft, og rett den mot front-ruten. Kald kupé forhindrer ising på frontruten og vindusviskere.
- Sett på nødblink, hold øyekontakt foran og bruk tåkelys.
- Kjør med jevn hastighet.

- Kjør aldri ut av kolonnen eller forsøk og snu.
- Om du må stoppe, eller hele kolonnen stopper, må du ikke forlate bilen. Du kan fort risikere å miste bilen av syne og ikke finne tilbake.

NB! Reiseforsikring har du vel allerede ordnet med før du legger ut på tur? Hvis ikke er det ikke for sent. Kontakt oss på Ergoterapeutenes forsikringskontor. Du treffer oss på telefon 22 05 99 15. Ikke betal mer en nødvendig - vi har reiseforsikring til veldig god medlemspris.

*Kilde: Tryg Forsikring.*





# Utlysning av Ergoterapeutenes FOU-midler

**Ergoterapeutenes støtte til forskning og fagutvikling (FoU) skal bidra til ergoterapifaglig fagutvikling og forskning som kommer befolkningen, brukerne og faggruppen til gode.**

Av Kristin Jess-Bakken



Kristin Jess-Bakken er Ergoterapeutenes fagsjef.

Forbundsstyret vedtar årlige prioriteringer med utgangspunkt i fagpolitiske mål. Kun medlemmer av Norsk Ergoterapeutforbund kan søke.

Søknadsfristen er 15. september 2024, og det er vedtatt at 500 000 kroner skal utlyses.

Søknader som innebærer fagutvikling, forskning og innovasjon som bidrar til bærekraftig bruk av ergoterapikompetanse i det helsefremmende og forebyggende

arbeidet, vil bli prioritert.

Støtten gis til kostnader knyttet til å gjennomføre prosjektet, for eksempel: Lønnskostnader, frikjøp, utgifter til gjennomføring av prosjekt eller reise.

Det gis ikke støtte til videre- eller etterutdanning. Det kan derimot søkes om midler til prosjekter knyttet til utdanning. Det gis ikke støtte til avsluttede prosjekter.

For mer informasjon, se [ergoterapeutene.org](http://ergoterapeutene.org).

## Ønsker du fortsatt Ergoterapeuten på papir?

**Fra medlemsundersøkelsene vet vi at noen medlemmer er glade i papirutgaven av fagbladet, mens andre foretrekker den digitale versjonen. Derfor vil vi gjøre endringer fra april-nummeret av bladet.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Vi ber om at medlemmene logger seg inn på «Min side» på [ergoterapeutene.org](http://ergoterapeutene.org) innen 15. april og krysser av for om de fortsatt ønsker å få fagbladet i postkassen.

Ergoterapeutene deltar aktivt i det grønne skiftet og vil redusere vårt klimaavtrykk. Både trykking og distribuering av fagbladet er belastende på miljøet. Vi ønsker derfor å sikre oss at det kun er de medlemmer som ønsker det, som i framtiden får tilsendt papirutgaven av bladet i posten.

Ergoterapeuten vil som tidligere være tilgjengelig på nettsiden [ergoterapeuten.no](http://ergoterapeuten.no), og det vil bli sendt ut til de medlemmene som fortsatt ønsker papirutgaven.



## David Wefring Osen oppnevnt som Unio-tillitsvalgt i NAV

**Unio har oppnevnt Ergoterapeutenes David Wefring Osen som frikjøpt tillitsvalgt for Unio-medlemmene i NAV. David overtar vervet etter Kamilla Lemb Herbjørnsen, som tiltrer stilling i forhandlingsavdelingen på forbundskontoret.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Ergoterapeutene er det nest største Unio-forbundet i NAV, og Unio har igjen valgt å utnevne vår kandidat til et av de to vervene.

- Jeg er glad for at vi også denne gang kan stille med en kompetent kandidat til dette vervet, sier forhandlingssjef Hege Munthe.



David Wefring Osen.



# Hva tjener en ergoterapeut?

**Rapporten fra lønnsundersøkelsen er et viktig hjelpemiddel når du får tilbud om ny jobb, skal fremme lønnskrav eller rett og slett speile din egen lønn mot andre sammenlignbare stillinger.**

Av Hege Munthe



Hege Munthe er forhandlingssjef i Ergoterapeutene.

**D**en årlige lønnsundersøkelsen gir oss også mulighet til systematisk å følge medlemmenes lønnsutvikling over tid.

Rapporten med tabellene som viser gjennomsnittslønn for de enkelte tariffområdene og ansiennitetsnivåene, finner du på nettsiden vår.

Lønnsundersøkelsen er et nyttig verktøy for medlemmene ved skifte av jobb eller ved lokale forhandlinger. Den er også meget viktig for de tillitsvalgte fordi den blant annet gir et innblikk i hvordan lønnsnivået er i andre sammenlignbare tariffområder. Lønnsundersøkelsen kan også brukes i arbeidet med andre former for lønns- og arbeidsforhold.

## LØNSSKALKULATOR

Nytt av året er at vi presenterer resultatet fra undersøkelsen i en lønnskalkulator. Der taster du inn alder

og kjønn og finner den gjennomsnittlige måneds- og årslønnen for denne gruppen. Lønnskalkulatoren finner du på vår nettside.

## LØNN SAMMENLIGNET FRA 2022 TIL 2023 (UNNTATT LEDERE)

I tabell 1 finner du lønn sammenlignet fra 2022 til 2023. Dette er en oversikt over gjennomsnittslønnen for de enkelte tariffområder. Den nederste raden viser alle sektorer under ett.

## DET LØNNER SEG Å FORHANDLE LØNN VED SKIFTE AV JOBB!

40 prosent av de som svarte på lønnundersøkelsen, sier de skiftet jobb de siste fire årene. Det viser at medlemmene er mobile på arbeidsmarkedet.

Av disse var det 50 prosent som forhandlet

	2022		2023		
Sektor	Antall	Årslønn	Antall	Årslønn	Endring
KS	780	549 953	774	577 284	5,0 prosent
Spekter	297	582 224	280	622 131	6,9 prosent
Virke	28	571 120	33	609 635	6,7 prosent
Oslo kommune	132	593 877	117	636 372	7,2 prosent
Staten	103	603 151	122	655 564	8,7 prosent
Privat sektor	5	571 740	3	498 333	-12,8 prosent
Alle sektorer	1345	565 985	1329	599 745	6,0 prosent

Tabell 1 viser lønn sammenlignet fra 2022 til 2023.

lønn ved ansettelse. Det er litt i overkant av hva det var i fjor. Hele 72 prosent fikk høyere lønn enn det de først ble tilbudt. Det er åtte prosent flere enn i 2022, så det lønner seg å forhandle lønn!

### **NEDGANG I ERGOTERAPEUTER SOM HAR FÅTT UTTELLING FOR KOMPETANSE**

Av våre medlemmer som svarte på lønnsundersøkelsen, er det 58 prosent som oppgir at de har relevant videreutdanning. Av disse er det 59 prosent som har fått lønnsmessig uttelling for kompetanse mot 62 prosent i 2022. Det er særlig et tariffområde som skiller seg negativt ut og som ligger på nesten samme nivå som de gjorde i 2021 og 2022. I Oslo kommune er det kun 26 prosent som oppgir at de har fått uttelling for sin relevante videreutdanning.

### **ARBEIDSTID, TURNUS OG MIDLERTIDIGHET**

Det har vært en liten og jevn nedgang av de som oppgir at de jobber deltid de siste årene. Andelen er lav, med ti prosent. Av disse er det 26 prosent som ønsker å få full stilling. Det er hele tolv prosent lavere enn i 2022.

Det er ni prosent som oppgir at de jobber skift eller turnus. Det er en liten nedgang fra 2022, men på samme nivå som i 2021.

Når det gjelder midlertidig arbeid, ligger vi på samme nivå som i 2022, med syv prosent. Dette har holdt seg ganske stabilt, med en marginal nedgang fra 2021. Det er bra å se at dette tallet ikke øker, da regjeringens økonomiske politikk skal bidra til en bærekraftig utvikling med full sysselsetting og høy verdiskapning.

### **BYGGER PÅ MEDLEMMENES BIDRAG**

Det er medlemmene som «lager» lønnsundersøkelsen ved å svare på den årlig. Lønnsundersøkelsen ble sendt ut til alle yrkesaktive medlemmer, og svarprosenten var i år på 44,7 prosent. Det er en noe lavere svarprosent enn de to foregående årene.

### **TAKK TIL ALLE SOM BIDRO!**

Husk at hvis lønnsundersøkelsen skal bli et godt verktøy for medlemmene, er vi avhengige av høyest mulig deltakelse og svarprosent. Jo flere som deltar, jo mer kan vi stole på resultatet.

Når vi ser på hele lønnsundersøkelsen under ett, kan vi danne oss et godt bilde av hvordan situasjonen er for våre medlemmer. Tusen takk til alle som bidro!



*Lønnsundersøkelsen danner et godt bilde av hvordan situasjonen er for Ergoterapeutenes medlemmer.*

## **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)**



«VI HAR IKKE RESSURSER TIL Å ARBEIDE BÆREKRAFTIG»

# En kvalitativ studie om ergoterapeuters erfaringer med å bidra til bærekraftige helsetjenester

Av Ine Fjeldberg, Kaja E. Bredesen, Victoria L. Dyrnes & Linda Stigen

## Sammendrag

**Formål med studien:** Å undersøke ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten sine erfaringer med å bidra til bærekraftige helsetjenester. Valgt problemstilling for studien var «Hvilke erfaringer har ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten med å bidra til bærekraftige helsetjenester?»

**Metode:** Et kvalitativ studiedesign ble benyttet for å undersøke ergoterapeuters erfaringer fra kommunehelsetjenesten. Datainnsamling ble gjennomført med semistrukturert intervju av tre kommunale ergoterapeuter. Ergoterapeutene som ble inkludert i studien var fra en liten kommune, en mellomstor kommune og en stor kommune. Intervjuene ble analysert ved bruk av Malterud (2021) sin systematiske tekstkondensering.

**Resultat:** Gjennom analysen kom vi frem til tre hovedtemaer: «Hjelpemidler kan også være bærekraftig», «Kvantitet er ikke alltid bærekraftig» og «Fremtiden for en bærekraftig helsetjeneste».

**Oppsummering:** Resultatene viser at ergoterapeuter har nyttig kompetanse for å fremme bærekraftig praksis i møte med brukere. Ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten opplever utfordringer med å utøve bærekraftig praksis. Prosjektet har avdekket et ønske blant ergoterapeuter om å endre sine arbeidsoppgaver og arbeidsområder til å inkludere forebyggende arbeid i større grad.

**Nøkkelord:** Ergoterapi, ergoterapeuter, kommuneergoterapi, bærekraft og kommunehelsetjeneste.



*Ine Fjeldberg arbeider som ergoterapeut i Samnanger kommune og ved Betanien rehabilitering og sykehjem. E-post: inefjeldberg@gmail.com.*



*Kaja Bredesen er utdannet ergoterapeut og arbeider for tiden som jobbveileder ved A2G.*



*Victoria L. Dyrnes er utdannet ergoterapeut og arbeider som miljøterapeut i skolen i Vestland fylkeskommune.*



*Linda Stigen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Institutt for helsevitenskap, NTNU Gjøvik, og var ansatt ved Institutt for helse og funksjon, HVL da studien ble gjennomført.*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne fagartikkelen.*



## Introduksjon

Bærekraft er et tema innen ulike samfunnsområder. Eksempelvis blir vi bedt om å kildesortere, ha et generelt lavere forbruk, og plastikkskjeer byttes ut med treskjeer. Men bærekraft er mer enn bare klima (1). Bærekraft handler om å imøtekomme dagens behov uten å hindre kommende generasjoners muligheter til å få dekket sine behov (2). Bærekraft deles inn i tre dimensjoner; klima, økonomi og sosiale forhold (2). Helsetjenester går inn under den sosiale dimensjonen av bærekraft og handler om å sikre mennesker et godt og rettferdig grunnlag for et anstendig liv (3). Å arbeide for at mennesker kan ha god helse og livskvalitet er en del av de Forente Nasjoners 17 bærekraftsmål (4). I tillegg er plikten om å sikre god helse til landets innbyggere nedfelt i Norges grunnlov (2;5). Dette understreker hvor viktig bærekraft er innenfor helsetjenestene, både nasjonalt og internasjonalt.

Dagens helsetjenester er preget av utfordringer i form av et stort press på tjenestene, samtidig som dagens bemanningsnivå og løsninger ikke er bærekraftige (6;7). Ergoterapi blir ofte beskrevet som en del av løsningen på utfordringene helsetjenesten opplever (3;8). Ergoterapeuter tar i bruk blant annet metoder for mestring, kompenserende teknikker og velferdsteknologi og kan på denne måten bidra til faglig omstilling og ressursutløsning (9;10). Bærekraft forstått fra et ergoterapeutisk perspektiv handler om at vår kunnskap bidrar til å utløse ressurser hos innbyggerne (11). Ergoterapi blir beskrevet som et bærekraftig fag som følge av at ergoterapeuter fokuserer på å muliggjøre aktivitet og deltakelse for alle (9). Ergoterapeuter be-

nytter meningsfull aktivitet som middel og mål for å fremme god helse, forebygge og rehabilitere funksjonsnedsettelse (12). Dette kan være bærekraftig ved at man kan unngå kostnadskrevende pleie- og omsorgstjenester (13). Samtidig kan det hindre sosial ulikhet i helse og utenforskap (2). Kommunale ergoterapeuter er en del av kommunens førstelinjetjeneste og er ofte brukerens første møte med kommunehelsetjenesten (14). Det kan derfor tenkes at kommunale ergoterapeuter er godt posisjonert for å kunne bidra til en bærekraftig helsetjeneste. Men hva er egentlig kommunale ergoterapeuters erfaring med å bidra til bærekraftige helsetjenester?

Det finnes lite forskning på ergoterapi i sammenheng med bærekraft (11;8). Det er dermed et kunnskapshull på dette området på både nasjonal og internasjonal basis. Det er derimot forsket mye på kommuneergoterapeuters praksis i Norge (15;16;17;18;19;27). Til tross for at dette ikke fokuserer spesifikt på ergoterapi knyttet til bærekraft, sier det noe om utfordringene ergoterapeuter møter i sin arbeidshverdag. Med bakgrunn i dette ønsket vi å undersøke kommuneergoterapeuters refleksjoner og erfaringer med å bidra til bærekraftige tjenester.

## Metode

### DESIGN

Denne studien har et kvalitativt design, og semistrukturerte intervjuer er benyttet som metode for datainnsamling. Semistrukturert intervju bidrar til at informantene får tid og rom til å uttrykke erfaringer og tanker (20). Ved å benytte kvalitativ metode vil erfaringer og holdninger hos ergoterapeuter omkring det å

bidra til en bærekraftig helsetjeneste bli belyst (20). Litteratursøk i databasen CINAHL ble gjennomført for å identifisere tidlige forskning. CINAHL ble valgt ettersom databasen inneholder kvalitativ forskning innenfor blant annet ergoterapi (21). Søket ble strukturert etter Patient/problem, Interest og Context (PICO-skjema). Søket ga 85 treff, hvor åtte artikler var av interesse. Etter nærmere undersøkelse var det to artikler som ble vurdert som relevante for problemstillingen. Andre forskningsartikler som er benyttet ble identifisert gjennom manuelt søk.

## UTVALG

Metode for utvelgelse av informanter til studien er forskerutvalg. Forskerutvalg innebærer at vi som gjennomfører studien selv tar kontakt med informantene det er ønskelig å intervju (22). For å skape et dekkende og avgrenset utvalg for studien, ble det utarbeidet inkluderings- og ekskluderingskriterier (20). Ett av kriteriene for inkludering til prosjektet var at informantene arbeidet som ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten i Vestland fylke. I tillegg måtte informantene være fast ansatt og yrkesaktive minst de siste seks månedene. Miljøterapeuter ble ekskludert da de ofte har andre arbeidsoppgaver enn kommunale ergoterapeuter. Ergoterapeuter i vikarstillinger ble ekskludert da det var ønskelig å samle erfaringer fra ergoterapeuter med lang erfaring på nåværende arbeidsplass. På bakgrunn av disse kriteriene ble tre informanter kontaktet til studien. Det ble benyttet e-post og telefon for å komme i kontakt med aktuelle ergoterapeuter. Informantene besto av en heterogen gruppe på

tre ergoterapeuter. En heterogen gruppe vil si informanter som er forskjellige fra hverandre i form av arbeidsplass, alder og lengde på yrkeslivet. Dette kan gi studien flere nyanser rundt erfaringene til ergoterapeutene om temaet bærekraft (22). Informantene i studien består av tre ergoterapeuter som arbeider i kommuner av ulik størrelse. Kommunene var en liten kommune, en mellomstor kommune og en stor kommune. Statistisk Sentralbyrås inndeling av kommunestørrelse ble benyttet for å definere størrelsen på kommunene (23). Informantene hadde mellom 10 og 40 års erfaring som ergoterapeut. Alle hadde arbeidserfaring som kommunal ergoterapeut fra andre kommuner enn nåværende.

Å gjennomføre et intervju forutsetter at det er tillit, respekt og trygghet mellom intervjuer og informant (20). Vi kom i kontakt med relevante informanter gjennom e-post og telefon, der vi presenterte oss selv og tema for prosjektet. Vi presenterte problemstillingen og la også frem hva innholdet fra intervjuet skal bli brukt til og hvordan det skal brukes. Informantene ble informert om at det ble tatt lydopptak av intervjuet for at det skulle transkriberes og analyseres senere. Lydopptakene har kun vært tilgjengelige for artikkelens tre hovedforfattere og ble slettet når transkriberingen ble ferdig.

## DATAINNSAMLING

For å innhente subjektive opplevelser, holdninger og erfaringer rundt bærekraftige helsetjenester, ble enkeltpersonintervju benyttet som intervjumetode (22). I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en intervjuguide som ble benyttet gjennom alle tre in-

<b>Åpningsspørsmål</b>
Kan du fortelle om egen utdannings- og yrkesbakgrunn?
Kan du fortelle om en typisk arbeidsdag?
<b>Hovedspørsmål</b>
Hvordan forstår du begrepet bærekraft?
Hva tenker du om bærekraftige helsetjenester?
Hvordan bidrar du til bærekraftige helsetjenester?
Hvordan forstår du, eller hva legger du i bærekraftig ergoterapi?
På hvilken måte arbeider du bærekraftig i din utøvelse av yrket?
På hvilken måte kan helsetjenestene blir bærekraftig i større grad enn i dag? Finnes det noen forbedringspotensialer?
Opplever du utfordringer som hindrer deg i å arbeide bærekraftig?
Hva er etter din mening fremtiden for en bærekraftig ergoterapitjeneste?
<b>Avslutningsspørsmål</b>
Er det noe mer du tenker vi bør snakke om, som kan være relevant for vår bacheloroppgave?
Er det greit om vi kontakter deg i etterkant om det er noe vi har glemt å spørre om?

Tabell 1: intervjuguide.

tervjuene. Intervjuguiden baserte seg på Malteruds (20) anbefalinger, i tillegg til vår interesse og nysgjerrighet, og ble utarbeidet i samarbeid med veileder. Vi fokuserte på å skape en intervjuguide med åpne spørsmål som dekker problemstillingen, for å gi informantene rom til å være fri i formidling av sine tanker og erfaringer (20). Intervjuguiden ble satt opp med syv hovedspørsmål som tok utgangspunkt i problemstillingen (se tabell 1). Informantene fikk ikke tilsendt intervjuguiden på forhånd. På grunn av den pågående COVID-19 smittesituasjonen var det planlagt å gjennomføre digitale intervju. To av intervjuene ble gjennomført digitalt, mens ett ble gjennomført fysisk, etter ønske fra ergoterapeuten. Lydopptak av intervjuene ble utført ved bruk av mobil i flymodus. Under intervjuet var det to observatører og én intervjuer. Intervjueren ledet intervjuet og stilte oppfølgingsspørsmål

underveis. Det var viktig at intervjueren var tålmodig og åpen for alle svar. Det ble gitt god tid til at informantene kunne tenke seg om og reflektere før de svarte på spørsmålene. Dette ble gjort for å skape en god relasjon og gi informantene mulighet til en fri uttalelse om temaet. Intervjuene varte fra 15-25 minutter.

## DATANALYSE

Intervjuene ble transkribert med ordrett gjengivelse fra informantene, inkludert pauser og non-verbale lyder. For å kvalitetssikre det transkriberte materialet ble transkriberingen og lydopptak av intervju gjennomgått i fellesskap av alle prosjektansvarlige. Videre ble intervjuene analysert gjennom de fire trinnene i Malteruds (20) systematiske tekstkondensering (STC). STC ble valgt som analysemetode ettersom den egner seg for nybegynnere. Ett intervju ble analysert om gangen.

I analysens første trinn ble

## Den transaksjonelle modell for aktivitet

Ficher og Marterella utviklet den transaksjonelle modell for aktivitet (TMA) for å vise kompleksiteten rundt aktivitet. Det transaksjonelle perspektivet vektlegger relasjonen mellom person og kontekst, og at aktivitet skjer som en respons på situasjonelle elementer som gjensidig påvirker hverandre. Et slikt helhetlig perspektiv påminner ergoterapeuter om at de ikke kan skille personen fra deres kontekst, tidligere erfaringer, nåværende erfaringer eller fremtidige erfaringer. Dette fordi aktivitet påvirkes av sosiokulturelle, geopolitiske og omgivelsesmessige elementer (26).

Tabell 2: Den transaksjonelle modell for aktivitet.

intervjuene leste gjennom med en nøytral tilnærming for å skaffe overblikk over temaet (20). Videre ble intervjuene gjennomgått for å finne tanker og forståelser av innholdet, som danner foreløpige tema, også kalt kodegrupper. Videre i trinn to ble intervjuene sortert fra relevant og irrelevant tekst med problemstillingen i hovedfokus (20). Tekst som var relevant for oppgavens problemstilling ble sortert til «meningsbærende enheter». I analysens tredje trinn ble de meningsbærende enhetene i de ulike kodegruppene organisert i subgrupper ut ifra deres innhold og særegenheter (20). Deretter ble det laget et kondensat, et kunstig sitat, til hver subgruppe som gjenfortalte i førsteperson hva informanten sa. Det ble så valgt ut et gullsitat som var passende til det kunstige sitatet. I dette trinnet vurderes det også hvilken ergoterapeutisk begrepsmodell som kan bidra til å belyse problemstillingen. Den transaksjonelle modell for aktivitet (TMA) ble valgt som relevant til å belyse ergoterapeuters erfaring med å bidra til bærekraftige helsetjenester ut ifra de situasjonelle elementene (26) (se tabell 2). Avslutningsvis i fjerde trinn rekontekstualiserte vi våre funn (20). Målet var å formidle

en lojal gjengivelse fra informanten. Kondensatene ble brukt til å formulere en analytisk tekst som dannet grunnlag for resultatdel. Et eksempel av dataanalyseprosessen kan ses i tabell 3 (side 24).

Resultatet av intervjuene ble validert ved at vi så tilbake på transkriberingen og sjekket at sammenheng og utsagn var gjenfortalt på riktig vis (20). Da alle intervjuene var analysert, så vi på likheter og ulikheter ved intervjuenes resultater som ble utgangspunkt for resultatdelen. (20).

## ETISKE VURDERINGER

Denne studien ble utført som en bacheloroppgave ved HVL - Høgskulen på Vestlandet. Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) med meldenummer 156908. For å ivareta informantene på en trygg og rettferdig måte, er studien arbeidet ut ifra helseforskningsloven og lov om personvern (24;25). Dette innebærer at vesentlig informasjon om deltakelse ble formidlet til informantene i forkant av intervjuene gjennom et informasjonsskriv. I tillegg signerte alle som deltok i studien under på samtykkeerklæring før deltagelse. På denne måten fikk deltagerne en forståelse av hvordan intervjuene, lydopptak og deres person-

vern ville bli håndtert underveis og i etterkant av prosjektet. Det kan tenkes at informantene kunne blitt gjenkjent dersom sitatene hadde blitt gjengitt på dialekt. Derfor er direkte sitat gjengitt i bokmålsform, for å ivareta deres anonymitet og personvern.

Deltakelse var valgfritt, og informantene ble informert om at de kunne trekke seg når som helst om de skulle ønske det. For å ivareta personvern er informantene og aktuell kommune anonymisert.

Noe som kan påvirke arbeidet er vår forståelse. Forforståelse er informasjon, erfaringer og faglig kunnskap, som vi har i forkant av prosjektets start (20). Som ergoterapeuter har vi kunnskap og erfaringer som kan påvirke vårt arbeid med prosjektet. Dette kan innvirke på prosjektet både positivt og negativt (20). Forforståelsen kan ha hatt en innvirkning på hvordan intervjuene ble gjennomført og hvordan resultatene ble tolket, selv om vi prøvde å legge dette til side i arbeidet med studien.

## Resultat

Hovedfunnene for studien presenteres i de tre temaene:

- 1 «Hjelpemidler kan også være bærekraftig»
- 2 «Kvantitet er ikke alltid bærekraftig»
- 3 «Fremtiden for en bærekraftig helsetjeneste»

## HJELPEMIDLER KAN OGSÅ VÆRE BÆREKRAFTIGE

Gjennomgående i alle intervjuene var at informantene beskrev en arbeidshverdag bestående i stor grad av hjelpemiddelformidling. En av informantene gav uttrykk for at mye av arbeidstiden går til boligtilpasning og saker om hjelpemidler. To informanter meddel-



Kodegruppe	Meningsbærende enhet	Kondensat av subgruppene	Gullsitat
Tverrfaglig samarbeid	<b>Subgruppe 1: arbeide i samme retning</b> «Så er det ikke bare ergoterapien som på en måte som må dra i den riktige retningen, hvis man skal få noe effekt i en organisasjon så må du dra i lag med de andre»  «I tillegg er ergo-fysioterapitjenesten avhengig av å samarbeide med andre yrkesgrupper som går daglig hos brukere for å få effekt av tiltakene vi setter i gang. Det er da en utfordring om de ikke er på samme plassen i trappa som vi er. Det handler om kultur og tradisjon og kommunikasjon og hva vi legger i de ulike begrepene og begrepsbruk. Dette er mye mer utfordrende enn hva man skulle tro. Vi legger ikke det samme i rehabilitering og hverdagsrehabilitering alle. Bare for å ta et eksempel»	<b>Kondensat subgruppe 1:</b> Jeg tenker at fysio og ergoterapeuter er avhengig av å samarbeide med andre yrkesgrupper som går daglig hos brukeren, for å få effekt av tiltakene som settes i gang. Her må alle jobbe i samme retning, mot samme mål og ha god kommunikasjon. Jeg opplever at de ulike yrkesgruppene ikke har samme forståelse av ulike begreper, som for eksempel rehabilitering og hverdagsrehabilitering.	«Så det er ikke bare ergoterapien som [...] må dra i den riktige retningen, hvis man skal få effekt i en organisasjon så må du dra i lag med de andre»
	<b>Subgruppe 2: Ergoterapeutens kompetanse</b> «Jeg tenker at selve kjernekompetansen som det sto noe om i vedlegget deres, til oss ergoterapeuter er jo absolutt bærekraftig i seg selv i og med at det handler om at folk skal klare seg selv lengst mulig. Og at vi skal være modellen som ser gapet eller der det butter for mange. Så det er en god tanke og et godt faglig blikk å ha, men vi klarer ikke redde verden alene tenker jeg»	<b>Kondensat subgruppe 2:</b> Jeg tenker at kjernekompetansen til oss ergoterapeuter er bærekraftig i seg selv. fordi det handler om at vi skal se hvor gapet oppstår slik at folk kan klare seg lengst mulig selv. Det er et godt faglig perspektiv å ha, men vi klarer ikke å redde verden alene.	« det er en god tanke og et godt faglig blikk å ha, men vi klarer ikke redde verden alene tenker jeg»

Tabell 3: Eksempel data analyse.

te at det er uheldig at så mye av arbeidstiden går til hjelpemiddel-formidling. En informant beskrev arbeidshverdagen sin slik:

«Mye dreier seg jo om dessverre, jeg må si dessverre, om hjelpemidler, for vi kommer nok litt sent inn kanskje. Så det er mye fokus på hjelpemidler slik jeg ser det».

Sitatet beskriver en arbeidshverdag hvor mye av arbeidstiden går til hjelpemiddelformidling. Informantene forteller om en arbeidshverdag hvor de opplever det store hjelpemiddelfokus som lite

bærekraftig. Informantene mener forebyggende arbeid og andre ergoterapeutiske intervensjoner vil være mer bærekraftig.

En annen informant trekker frem at hjelpemiddelformidling er en viktig arbeidsoppgave for ergoterapeuter, ettersom det for brukerne kan føre til deltagelse i meningsfulle aktiviteter og i samfunnet. Denne informanten beskriver et eksempel på at hjelpemidler også kan være bærekraftig:

«Jeg vil si at hjelpemidlene også er bærekraftige. Det kan for eksempel være en person

som har behov for noen hjelpemidler for å komme seg til skole eller jobb, og uten hjelpemiddel hadde de kanskje vært hjemme».

Informanten legger vekt på at det er bærekraftig dersom hjelpemidlene brukes på en hensiktsmessig måte. Altså at hjelpemidlene brukes for å oppnå deltagelse i hverdagsaktiviteter og ikke bare for å korte ned ventelisten hos ergoterapitjenesten.

To av informantene formidlet at de ønsker å utøve mer av sin yrkeskompetanse enn hjelpemid-

delformidling. En av informantene utdyper at grunnen til at ergoterapeuter i så stor grad arbeider med hjelpemidler er at ergoterapeutene kommer sent inn i forløpet til brukerne, slik at tiltakene blir kompensatoriske istedenfor forebyggende. En informant utdyper dette slik:

«Jeg føler at vi ergoterapeuter blir kontaktet for seint, og da blir det litt sånn, hva skal jeg si, brannslukking».

Informantene forteller at forebyggende arbeid vil være mer bærekraftig enn hjelpemidler. I tillegg forteller en av informantene at Samhandlingsreformen har ført til at kommunene får folk tidligere hjem fra sykehus enn før. Hun viser til at dette medfører kompliserte og tidkrevende arbeidsoppgaver, og at dette kan være en annen faktor for det store hjelpemiddelfokuset.

Flere informanter fortalte at de opplever at andre profesjoner ser på ergoterapeuter som kun hjelpemiddelformidlere, og trekker frem at dette kan være en grunn til at ergoterapeuter ofte kontaktes for sent. Det blir også utdypet at om ergoterapeuter kunne vist mer bredde i sin kompetanse, kunne ergoterapeutene ha kommet inn i forløpet tidligere. Informantene trekker frem at det er et behov for synliggjøring av ergoterapeuters kompetanse og ferdigheter utenom hjelpemiddelformidling.

### **KVANTITET ER IKKE ALLTID BÆREKRAFTIG**

Informantene beskrev at de opplevde utfordringer som gjorde det vanskelig å arbeide bærekraftig. Et gjentakende tema i alle intervjuene var kommunens økonomi. Alle informantene opplevde

begrensede økonomiske ressurser i ergoterapitjenesten, noe som førte til at ergoterapeutene fikk stor arbeidsbelastning og mange arbeidsområder. Informantene utdypet dette med at det ikke var nok ergoterapeuter på arbeidsplassen. En informant fortalte at hennes kommune følte seg «tvunget» til å arbeide bærekraftig på grunn av kommunens få ressurser og begrensede økonomi. Hun utdyper det slik:

«Så det er få ressurser her, og vi har måttet jobbe smart i mange, mange år, så vi har i grunnen hatt dette her med endring av drift oppe i ja, sikkert i ti år hvert fall».

Videre forteller informantene at det er få ergoterapeuter i kommunen. Dette har ført til at de har måttet vurdere hvilke arbeidsområder som skal prioriteres. Informanten forteller at de blant annet har nedprioritert psykisk helse og demens. En annen informant opplevde at kommunen ikke hadde mer økonomi enn et minimum av det en kommune bør ha. Videre mente en av informantene at det økonomiske perspektivet til kommunen gjorde det vanskelig for kommunen å se effekt av andre tiltak enn hjelpemidler. Hun forteller at hjelpemidler var et kompenserende tiltak som hjelper relativt fort, i motsetning til andre ergoterapeutiske tiltak. Videre forteller hun at andre ergoterapeutiske tiltak kan ha mer langsiktig virkning, som ville vært mer bærekraftig. I tillegg beskrev informantene at kommunen dermed ikke så helhetlig og langsiktig nok i utarbeidelsen av tjenestene, da det ikke var nok økonomiske ressurser for å gjøre dette. Informanten uttrykte dette slik:

«Etter mange år i kommunen

så føler jeg at det er statistikken og antall hoder man teller, men så ser de ikke, at det blir mer kvantitet istedenfor kvalitet på tjenestene (...)».

Informanten fortalte at hun opplever at kommunen så på hvor mange brukere de fikk igjennom ventelisten, og at statistikken betød mer enn kvaliteten på selve tjenesten.

To av informantene ga uttrykk for at de ønsket en endring i ergoterapitjenesten. De uttrykte et behov for endring på systemnivå, slik at kommunene kunne dreie driften fra tjenester som sluker mye ressurser over på forebyggende arbeid som kan være mer bærekraftig. Informantene beskrev et ønske om å endre dagens praksis mot å øke innsatsen til å gjøre brukerne mer aktive og deltagende i egne liv. I tillegg er det behov for at ledelsen får forståelse for arbeidsbelastningen ergoterapeutene opplever. Flere av informantene fortalte om lange ventelister, mange arbeidsfelt og et stort behov for tjenesten. Arbeidsbelastningen og de mange ulike arbeidsområdene kombinert med få ressurser førte til at ergoterapeutene må prioritere hvilke arbeidsområder de skal satse på. En av informantene beskrev situasjonen slik:

«Det jeg sitter igjen med som erfaring er at det er mange festord og festtaler med lovord der det blir skrevet og sagt både lokalt, sentralt og statlig ifra at vi skal ha fokus på mange fine ting, men det er et stort sprik mellom kart og terreng her»

Sitatet sier noe om at informantene opplevde stor forskjell mellom hva det ble snakket om på systemnivå



*Informantene beskrev begrepet bærekraft som en fornuftig fordeling av ressurser og å kunne gi tilbud til flest mulig med minst mulig innsats.*

vå og hva som ble utført i selve ergoterapitjenesten. For eksempel ble det snakket mye om at man skal ha fokus på bærekraft i helse-tjenestene, men kommunene får ikke ressurser til å kunne arbeide mer bærekraftig. En av informantene mente at tjenesten kunne blitt mer bærekraftig dersom de hadde ansatt flere ergoterapeuter slik at man kunne arbeide mer spesialisert.

#### **FREMTIDEN FOR EN BÆREKRAFTIG HELSETJENESTE**

Informantene beskrev begre-

pet bærekraft som en fornuftig fordeling av ressurser og å kunne gi tilbud til flest mulig med minst mulig innsats. Alle informantene mente det var behov for å arbeide forebyggende for å få en mer bærekraftig helsetjeneste. Informantene trakk frem gruppetilbud, hverdagsrehabilitering, dagtilbud, forebyggende hjemmebesøk og velferdsteknologi som satsningsområder for forebyggende arbeid. En av informantene beskrev endring av drift slik:

«[...] hvis vi kunne redusert det [hjelpemidler] noe og heller økt

opp, det at brukerne blir mer aktive og deltagende, så tror jeg det hadde hatt en større effekt på sikt enn slik vi arbeider nå».

Flere av informantene beskrev at mer forebyggende arbeid vil gi større effekt i et langsiktig perspektiv enn slik tjenesten er i dag. En informant trakk frem at det var utfordrende å arbeide forebyggende, fordi det er vanskelig å måle den økonomiske effekten av dette, og beskrev det slik:

«(...) men det er ikke alltid enkelt å si liksom at man skal



dra på et hjemmebesøk for eksempel fordi at man skal være føre var, liksom at behovene er ikke der nå, men de kan komme etter hvert, og så vet man egentlig ikke helt. Og dette er vanskelig å måle i penger da, som gjerne er det kommunene ser på. Til slutt så er alt den der pengesekken»

En fellesnevner for informantene var at de mente at det ville være viktig å synliggjøre ergoterapeutens kompetanse for å vise hva de kan bidra med i en bærekraftig helsetjeneste. To av informantene trakk likheter mellom kjernekompetansen til ergoterapeuter og bærekraft. De forklarte det ved at ergoterapeuter bidrar til at brukere skal klare seg lengst mulig selv og forebygge funksjonsfall. Videre forteller informantene at ergoterapeuter legger til rette for hverdagsaktivitet, deltagelse og mestring.

Den ene informanten ønsket en synliggjøring av fagfeltet opp på systemnivå slik at kommunen kan se behovet for ergoterapeuter. Her ble kartleggingsredskaper og dokumentasjonsarbeid trukket frem som viktige arbeidsoppgaver for å løfte ergoterapi:

«Hver enkelt terapeut kan fronte litt mer hva vi står for og sånn at vi går opp i systemet for å skjønne at det er behov for flere ressurser da og tørre å stå på å vise hva vi gjør».

Videre la informantene vekt på at tverrfaglig samarbeid er en viktig faktor for å oppnå bærekraftige helsetjenester. Den ene informanten fortalte at ergoterapeuter er avhengig av å samarbeide med yrkesgrupper som går daglig hos brukerne for å få resultat av tiltakene som blir satt i gang. En annen

informant formidlet at i en hektisk arbeidshverdag ble kommunikasjon mellom de ulike tjenestene i kommunen nedprioritert:

«(...) den [ergoterapeutiske kompetansen] er en god tanke og et godt faglig blikk å ha, men vi klarer ikke redde verden alene tenker jeg».

## Diskusjon

Under diskusjon vil de empiriske dataene fra intervjuene diskuteres med utgangspunkt i problemstillingen «Hvilke erfaringer har ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten med å bidra til bærekraftige helsetjenester?». Resultatene vil bli diskutert opp mot ergoterapeutisk teori og relevant tidligere forskning.

### HJELPEMIDLER KAN OGSÅ VÆRE BÆREKRAFTIG

Resultater indikerer at ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten bruker mye tid på hjelpemiddelformidling. Bonsaksen et al. (27) viser til at 51 prosent av arbeidstiden til kommunale ergoterapeuter brukes på hjelpemidler. Derimot trekkes det frem i en annen studie at 77 prosent av kommunale ergoterapeuter foretrekker trening av daglige aktiviteter (ADL) som intervensjon, i motsetning til 36 prosent som foretrekker hjelpemidler som intervensjon (19). Altså viser forskning at det brukes mye tid på hjelpemiddelformidling, til tross for at ergoterapeutene ønsker å arbeide med andre intervensjoner. Dette samsvarer med de empiriske dataene fra dette prosjektet, men resultatet er mer entydig.

Til tross for tidsbruken på hjelpemidler, var det en informant som anså hjelpemidler som bærekraftig. Ettersom hjelpemidler er en del av de fysiske omgivelsene,

er dette noe ergoterapeutene kan tilby for å oppnå deltagelse hos bruker (26). Når ett av elementene påvirkes vil de andre elementene også bli påvirket, slik at en oppnår aktivitet og deltagelse (13). Ved å oppnå deltagelse gjennom bruk av hjelpemidler kan dette føre til at en bruker kan komme tilbake til arbeid eller skole. Dette gjenspeiles i en rapport fra regjeringen som viser at hjelpemidler kan øke sannsynligheten for at eksempelvis arbeidstaker ikke faller utenfor arbeidslivet, noe som kan virke økonomisk bærekraftig (13). I tillegg forteller informanten at hjelpemidler er bærekraftig når det fører til deltagelse i samfunnet. Altså erfarer én av informantene at hjelpemidler kan være bærekraftige, mens de to andre informantene ikke nevner dette perspektivet på hjelpemidler. Derimot ønsker alle informantene i større grad å utføre andre ergoterapeutiske tiltak enn hjelpemidler for å arbeide bærekraftig.

Forskning viser også at ergoterapeuter opplever at andre profesjoner ser på dem som kun hjelpemiddelformidlere (18;27). Informantene trekker frem at synet andre profesjoner har på ergoterapeuter, kan være årsak til at ergoterapeuter kontaktes sent og ofte kun for hjelpemidler. Dette underbygges også gjennom en studie fra 2016 som viser til at ergoterapeuter opplever utfordringer med å kommunisere ergoterapeutisk kompetanse (16). I tillegg samsvarer ikke andres forventninger til ergoterapeuten med hvordan ergoterapeuten selv forstår sine arbeidsoppgaver (16;19). Dette viser at de sosiale omgivelsene kan påvirke ergoterapeuters utførelse av tjenesten (26).

Ergoterapeuter angir at de er trygge på egen fagkompetanse og hvilke arbeidsoppgaver som er passende (16). Samtidig viser en annen studie at ergoterapeuter opplever at andre profesjoner undervurderer og underkommunisere ergoterapeutisk kompetanse. (17). Dette viser behovet for å synliggjøre ergoterapi. Andre profesjoners syn på ergoterapeuter kan ses på som en mulighet for ergoterapeuter til å fremme og synliggjøre ergoterapeutisk kunnskap foruten om hjelpemiddelformidling. Informantene understreker at det er behov for å synliggjøre ergoterapeuters kompetanse for å redusere antagelsen knyttet til rollen som hjelpemiddelformidler. Altså kan det å formidle ergoterapeutisk kompetanse føre til at ergoterapeuter kontaktes tidligere, og igjen minske fokuset på hjelpemidler. Dette mener informantene vil være bærekraftig. Hjelpemidler kan være bærekraftige dersom de brukes på en hensiktsmessig måte, men på noen områder er det ønskelig med andre intervensjoner.

### **KVANTITET ER IKKE ALLTID BÆREKRAFTIG**

Resultatene indikerte at kommunenes økonomi påvirket ergoterapeutenes mulighet til å arbeide bærekraftig. Informantene opplevde at de få ressursene førte til at de ikke fikk satset på ulike arbeidsområder. Det kan tenkes at de geopolitiske elementene fra TMA, i form av økonomi, påvirker erfaringene ergoterapeutene har med å bidra til bærekraftige helsetjenester (26). De geopolitiske elementene kan påvirke de tidsmessige elementene i nåtiden, ved at ergoterapeutene får en presset arbeidshverdag

(26). Dette kan igjen påvirke det tidsmessige elementet i fremtiden ved at ergoterapeutene ikke får satset på alle de ønskede satsningsområdene. Eksempelvis fortalte en informant at de i ergoterapitjenesten hadde nedprioritert demens og psykisk helse på grunn av begrensede ressurser. Dette er lite bærekraftig da det kan føre til andre kostnadskrevende tjenester i kommunehelsetjenesten i fremtiden. Videre påvirket de geopolitiske elementene de sosiokulturelle elementene ved at det var knyttet normer og forventninger til ergoterapeutene om at de skulle kunne utføre en tjeneste selv med begrensede ressurser. Altså kan økonomien og ressursene til kommunene påvirke samspillet og dermed erfaringene ergoterapeutene har med å bidra til bærekraftige helsetjenester.

Informantene fortalte om en arbeidshverdag med mange arbeidsområder og arbeidsoppgaver. I studien til Arntzen et al. (15) vises det til at ergoterapeuter i små kommuner ofte definerer seg som «allroundere» (15). Det kan tenkes at kommunens økonomi dermed påvirket rollen som allrounder, fordi de ikke får ressurser til å ansette flere ergoterapeuter og ha spesialiserte arbeidsområder. Det kan trekkes paralleller mellom idealtypen allrounder fra forskningen til Arntzen et al. (15) og slik informantene beskrev sin arbeidshverdag; preget av mange arbeidsområder. Derimot har resultatene ikke funnet en sammenheng mellom kommunestørrelse og allrounder. Både informantene fra den lille, mellomstore og store kommunen erfarte stor arbeidsbelastning og mange arbeidsoppgaver. Informantene utdypet dette med at det ikke var nok ergoterapeuter på arbeidsplassen

som kan skyldes de økonomiske rammene til kommunene. Videre erfarte informantene at kommunens økonomiske rammer førte til kvantitet fremfor kvalitet i ergoterapitjenesten. Dette opplevde informantene som lite bærekraftig, da de ønsket å øke kvaliteten på tjenesten gjennom forebyggende arbeid. På tross av dette viser forskning at det er usikkert om flere ergoterapeuter kan bidra til å utjevne arbeidsbelastningen ergoterapeuter opplever (17). Denne usikkerheten kan være knyttet opp mot at flere ergoterapeuter ikke nødvendigvis gir bedre kvalitet på tjenesten før det skjer en endring i hvordan ergoterapeutiske tjenester utføres.

Resultatene indikerte at det er behov for endring på systemnivå for å kunne arbeide mer forebyggende ettersom det kan gi økt kvalitet i ergoterapitjenesten. En studie som tok for seg kanadiske ergoterapeuters erfaring med bærekraft, konkluderte med at ergoterapeutene opplevde barrierer på systemnivå mot å arbeide bærekraftig (11). Studien til Chan et al., (11) viser at ergoterapeuter opplevde hindringer i å utøve bærekraftig praksis til tross for at de har kunnskap til å gjennomføre det. Studien påpeker at det krever engasjement fra ledere å iverksette endringer til en mer bærekraftig praksis (11). Altså samsvarer forskningen med resultatene fra dette prosjektet da informantene oppgir at de opplever manglende forståelse fra ledelsen og ønsker endring på systemnivå.

### **FREMTIDEN FOR EN BÆREKRAFTIG HELSETJENESTE**

Resultatene viser at informantene erfarte at det er behov for å arbeide mer forebyggende i fremtiden. Informantene opplever at det

er utfordrerne å arbeide forebyggende da det er vanskelig å måle økonomisk effekt av forebyggende arbeid. Samtidig fortalte informantene at de mente en omdreining til forebyggende arbeid kan være mer økonomisk gunstig i et lengre perspektiv. Dette støttes av helsedirektoratets rapport som viser til at forebyggende tiltak som hjelper minst én inaktiv person er samfunnsøkonomisk gunstig sammenlignet med stillingskostnaden (2). Til tross for dette viser forskning at det kan være utfordrerne å utøve forebyggende arbeid dersom brukeren ikke ser behovet her og nå (16). I tillegg viste resultatene at informantene mente det trengs en endring på systemnivå for å implementere forebyggende arbeid i dagens praksis. Det kan tenkes at de sosiokulturelle elementene gjør det vanskelig for ergoterapeutene som enkeltprofesjon å dreie drift til forebyggende arbeid. Videre kan det være utfordrende å bryte med normer knyttet til rollen man har som ergoterapeut (26). Normer og forventningene til ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten kan gjøre det komplisert å endre praksis. Forebyggende arbeid har økonomisk effekt og kan være mer bærekraftig, men samtidig oppleves det utfordrende for informantene å implementere forebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten dersom det ikke skjer i samarbeid med systemnivå.

Informantene beskriver et behov for å synliggjøre at den ergoterapeutiske kompetansen er bærekraftig. Forskning viser til at ergoterapeuter med sitt fokus på aktivitet og deltakelse er en viktig faggruppe for å promotere og utøve bærekraftig praksis på individ- og samfunnsnivå (11). I tillegg viser forskningen at ergoterapeu-

ter kan bruke sin kompetanse til å argumentere for endringer på institusjons- og systemnivå til en mer bærekraftig praksis. Samtidig er det utfordrende for ergoterapeuter å kommunisere sin kompetanse til andre fagprofesjoner (16). Ergoterapeuter opplever også at andres forventninger om hva ergoterapi er, ikke stemmer overens med ergoterapeutenes forståelse av egen profesjon (16). Altså kan det tenkes at ergoterapeuter opplever at den ergoterapeutiske kompetansen er bærekraftig, men at det er et behov for å fremme ergoterapi, slik at andre fagprofesjoner kan få den samme forståelsen for faget. Samtidig trakk informantene frem at samarbeid med andre fagprofesjoner var viktig for å oppnå en mer bærekraftig helsetjeneste. Forskning viser likevel at ergoterapeuter opplever utfordringer i samarbeid med andre tjenester da det mangler en felles begrepsforståelse (16). Dermed kan det å fremme ergoterapi innvirke på samarbeid med andre fagprofesjoner ved å skape felles forståelse og dermed være bærekraftig.

## Oppsummering

Formålet med denne studien var å undersøke ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten sine erfaringer med å bidra til bærekraftige helsetjenester. Resultatene illustrerer utfordringer ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten opplever i sin arbeidshverdag, og som skaper utfordringer med å arbeide bærekraftig. Det kommer frem i prosjektet at ergoterapeutene har mange av de samme utfordringene uavhengig av kommunestørrelse. Samtidig viser resultatene at kommunale ergoterapeuter ser på sitt fag som bærekraftig. Fremtiden for en

bærekraftig helsetjeneste innebærer å prioritere forebyggende arbeid og å synliggjøre ergoterapeuters kompetanse. Informantene trekker frem gruppetilbud, hverdagsrehabilitering, dagtilbud, forebyggende hjemmebesøk og velferdsteknologi som mulige satsningsområder for forebyggende arbeid.

Ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten har kompetanse og ferdigheter til å utøve praksis som er bærekraftig. Det krever derimot at ergoterapeuter får arbeide mer innenfor forebyggende arbeid og ikke kun med hjelpemidler. Funn i studien samsvarer med forskning som tidligere er gjort på kommunale ergoterapeuter. Det kan med fordel forskes mer på ergoterapeuter i sammenheng med bærekraft som inkluderer et bredere og større utvalg av informanter. Likevel viser dette at det foreligger et reelt behov for å inkludere bærekraft i praksis for ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten.

## Referanse

1. Bjerkaas, K.-E. T. (2021). *Bærekraft er mer en klima – spre ordet om ergoterapi og bærekraft*. Ergoterapeutene. <https://ergoterapeutene.org/nyheter/baerekraft-er-mer-enn-klima-spre-ordet-om-ergoterapi-og-baerekraft/>
2. Helsedirektoratet. (2018). *Folkehelse og bærekraftig samfunnsutvikling: Helsedirektoratets innspill til videreutvikling av folkehelsepolitikken* (IS-2748). [https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20baerekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/\\_/attachment/inlinene/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b-8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffd-d0abaa/Folkehelse%20og%20](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-og-baerekraftig-samfunnsutvikling/Folkehelse%20og%20baerekraftig%20samfunnsutvikling.pdf/_/attachment/inlinene/3bee41d0-0b38-4957-913e-bedad965e37a:a89f2b-8d35a30992c90f2f4c4f872d2ffd-d0abaa/Folkehelse%20og%20)



- bærekraftig%20samfunnsutvikling.pdf
3. Ness, N. E. (2020). *Bærekraftig samfunnsutvikling inkluderer ergoterapi*. Dagensmedisin. <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2020/06/03/en-barekraftig-samfunnsutvikling-inkluderer-ergoterapi/>
4. FN-sambandet. (2022). *FNs bærekraftsmål*. FN-sambandet. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekrafts-maal>
5. Norges Grunnlov. (1814). *Kongeriket Noregs grunnlov* (LOV-1814-05-17). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn>
6. Ergoterapeutene. (u.å.). *Ergoterapeuters kjernekompetanse: Alle skal kunne delta*. <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/>
7. Meld. St. 7 (2019-2023). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023*. H.-o. omsorgsdepartementet. [https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=2&fbclid=IwAR0mr3qqPHhbOnxBy-n1v-li5M2\\_4CFv3wG94KRZ9Rgpl-nWD6PPf92fFjjc8](https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-7-20192020/id2678667/?ch=2&fbclid=IwAR0mr3qqPHhbOnxBy-n1v-li5M2_4CFv3wG94KRZ9Rgpl-nWD6PPf92fFjjc8)
8. Wagman, P., Johansson, A., Jansson, I., Lyngnegård, F., Edström, E., Carlstedt, A. B., Morville, A.-L., Ahlstrand, I. & Fristedt, S. (2020). Making sustainability in occupational therapy visible by relating to the Agenda 2030 goals - A case description of a Swedish university. *World Federation of occupational therapists bulletin*, 76(1), 7-14. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/14473828.2020.1718266>
9. Madsen, E. E. & Morville, A.-L. (2019). Grunnleggende værdier og etik i ergoterapi. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4. utg., s. 93-108). Forfatterne og Munksgaard.
10. Skyer, T. H. (2020). Ergoterapi gir bærekraftige helsetjenester. *Ergoterapeutene*, 6.
11. Chan, C., Lee, L. & Davis, J. (2020). Understandig sustainability: Perspectives of Canadian occupational therapists. *World federation of occupational therapists bulletin*, 76(1), 50-59. <https://doi.org/10.1080/14473828.2020.1761091>
12. Peoples, H., Brandt, Å. & Pedersen, U. (2019). Introduktion til ergoterapi. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4. utg., s. 25-28). Forfatterne og Munksgaard.
13. Regjeringen. (2017). *Bakgrunnsnotat for høringsuttalelse om «en mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelforvaltning»*. Regjeringen. no. [https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjOs-9Wno8j3AhXLR\\_EDHarWD2lQFnoE-CCoQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.regjeringen.no%2Fno%2Fdokumenter%2Fhoyring-om-en-mer-effektiv-og-fremtidsrettet-hjelpemiddelforvaltning--for-okt-del-takelse-og-mestring%-2Fid2539843%2FDownload%2F%3FvedleggId%3D5cd6967d-4689-466d-b-9d6-c32ddc5e9b35&usq=AOvVaw2OkVvyVSww8R7mK8ly4Uw](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjOs-9Wno8j3AhXLR_EDHarWD2lQFnoE-CCoQAQ&url=http%3A%2F%2Fwww.regjeringen.no%2Fno%2Fdokumenter%2Fhoyring-om-en-mer-effektiv-og-fremtidsrettet-hjelpemiddelforvaltning--for-okt-del-takelse-og-mestring%-2Fid2539843%2FDownload%2F%3FvedleggId%3D5cd6967d-4689-466d-b-9d6-c32ddc5e9b35&usq=AOvVaw2OkVvyVSww8R7mK8ly4Uw)
14. Kruse-Hansen, H. & Svendsen, A. C. L. (2019). Det ergoterapeutiske ansvars- og arbeidsområde: at muliggjøre aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (4. utg., s. 75-91). Munksgaard.
15. Arntzen, C., Sveen, U., Hagby, C. & Bondsaksen, T. (2019). Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(4), 1-11. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1548647>
16. Gramstad, A. & Nilsen, R. (2016). «Vi blir ikke brukt godt nok» Kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper. *Ergoterapeuten*, 4, 30-39.
17. Maass, R., Bondsaksen, T., Gramstad, A., Sveen, U., Stigen, L., Arntzen, C. & Horghagen, S. (2021). Factors associated with the establishment of new occupational therapist positions in Norwegian municipalities after the coordination reform. *Health services insight*, 14, 1-8. <https://doi.org/doi.org/10.1177/1178632921994908>
18. Stigen, L., Arntzen, C., Horghagen, S., Sveen, U., Gramstad, A. & Bondsaksen, T. (2021). Kjennetegn, styrker og utfordringer ved norske kommuneergoterapeuters praksis. *Ergoterapeuten*, 2, 28-36.
19. Stigen, L., Bjørk, E. & Lund, A. (2022). Occupational therapy interventions for persons with cognitive impairments living in the community. *Occupational therapy in health care*, 1-20. <https://doi.org/10.1080/07380577.2022.2056777>
20. Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
21. Helsebiblioteket. (u.å.). *Alle databaser*. Helsebiblioteket. Hentet 25.04 fra <https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>
22. Nielsen, D. A., Hjørnholm, T. Q. & Jørgensen, P. S. (2021). *Oppgaveskriving og metode i helse- og sosialfag*. Fagbokforlaget.
23. Langørgen, A. & Aaberge, R. (2011). *Gruppering av kommuner etter folkekemengde og økonomiske rammebetingelser 2008* (8/2011). Statistisk sentralbyrå. [https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp\\_201108/rapp\\_201108.pdf](https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/rapp_201108/rapp_201108.pdf)
24. Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
25. Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personvernopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38>
26. Fisher, A. G. & Marterella, A. (2019). *Powerful practice: a model for authentic occupational therapy*. Ciots.
27. Bondsaksen, T., Dolva, A.-S., Horghagen, S., Sveen, U., Hagby, C. & Arntzen, C. (2019). Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a norwegian survey. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 27(1), 39-46. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/11038128.2019.1609085>

Vår nye unike  
**innendørsrullator**  
nå på avtale

Delkontrakt 1  
**Vinner**  
Rullator innendørs  
med smal bredde

■ Med **oppreisningshåndtak**

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

■ Svingradius **kun 78 cm**

■ **Høydejusterbar** uten verktøy

■ Lett å **folde sammen**

Mer informasjon:



**TOPRO Hestia**

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

# Utfordringer og muligheter i slagrehabiliteringen: En kvalitativ studie om ergoterapeuters erfaringer i møte med innvandrerpasienter

Av Helene Lilja Finnestad Svela & Ingrid Tjøflåt



*Helene Lilja Finnestad Svela er ansatt som doktorgradsstipendiat ved Tannhelsetjenestens kompetansesenter – Rogaland.*



*Ingrid Tjøflåt er dosent i sykepleie ved Det helsevitenskapelige fakultet ved Universitetet i Stavanger.*

## Abstract

**Background:** Stroke is a major health problem worldwide. Certain immigrant groups with non-Western backgrounds exhibit a high prevalence of stroke. In health care services, meeting with immigrant patients can be challenging due to communication barriers and cultural differences. The aim of this study was to explore Norwegian occupational therapists' experiences practicing stroke rehabilitation to immigrant patients.

**Method:** An exploratory qualitative design was employed. Individual interviews were conducted with occupational therapists working in specialist or community healthcare services. The data was analyzed using content analysis.

**Findings:** The analysis revealed two descriptive themes: «cross-cultural communication is challenging but feasible» and «cross-cultural meetings are challenging but feasible».

**Conclusion:** The findings indicate that the occupational therapists experienced challenges due to communication barriers, different understandings of activities and rehabilitation and religious differences when providing stroke rehabilitation to immigrant patients. Cultural humility in occupational therapy practice may enhance stroke rehabilitation with immigrant patients.

**Keywords:** Immigrant patients; Stroke; Occupational therapist; Rehabilitation; Qualitative research

Artikkelen ble mottatt 04.04.2023 og godkjent for publisering 16.10.2023.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til artikkelen.



## Introduksjon

Hjerneslag er et vidtomspennende helseproblem globalt. I 2019 ble 101.5 millioner mennesker rammet av hjerneslag på verdensbasis (1), mens det i Norge rapporteres om anslagsvis 15 000 tilfeller av sykdommen hvert år (2). En nasjonal epidemiologisk studie viser til økt forekomst av hjerneslag blant enkelte innvandrergupper med ikke-vestlig bakgrunn. Innvandrerguppene omfatter menn og kvinner fra Sør-Asia, menn fra tidligere Jugoslavia og land sør for Sahara og kvinner fra Øst-Asia. Årsaken til forhøyet forekomst av hjerneslag blant de aktuelle gruppene er relatert til økt risiko for overvekt, diabetes, høyt blodtrykk og kolesterol (3).

Konsekvensene fra hjerneslag kan være store og kan resultere i omfattende funksjonsnedsettelser, som krever langvarig og kompleks oppfølging fra helsetjenesten (4). Ergoterapeuter har en sentral rolle i å fremme menneskets muligheter for aktivitet og deltakelse via tilrettelegging og rehabilitering av motoriske og kognitive funksjoner etter hjerneslag. Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer er førende for rehabiliteringen som utøves etter hjerneslag, hvor rehabiliteringsprosessen består av kartlegging og funksjonsvurdering av pasienten, kartlegging og oppfølging av hjelpemidler, utarbeiding av mål i en rehabiliteringsplan, evaluering av rehabiliteringstiltak og vurdering av behov for tiltak i en senere fase (5). I møte med innvandrerpasienter kan slagrehabiliteringen dog utfordres grunnet språklige barrierer og kulturelle ulikheter. I studier som undersøkte erfaringer fra møter med innvandrerpasienter i slagrehabilitering og/eller ergoterapeutisk praksis, preget språkbarrierer og anvendelse av tolk mulighetene for relasjonsbygging og gjennomføringen av rehabiliteringsprosessen (6,7). Språkbarrierer og kognitiv svikt ble fremhevet som særlig problematisk (7). Andre utfordringer var knyttet til målet om selvhjelpenhet, som ble sett som et lite verdsatt mål blant mange ikke-vestlige pasienter (6-8), fokuset på opptrening, som sto i sterk kontrast til hvordan syke behandles i andre kulturer (8), pårørendes aktive hjelperolle (6-8), samt at enkelte aktiviteter kunne erfares upassende, som eksempelvis kartlegging og trening i personlig stell (6,7).

I møte med norsk helsevesen kan språkbarrierer og kulturelle ulikheter skape begrensninger for innvandrerpasienters muligheter for å kunne nyttiggjøre seg av helsetjenester. Ergoterapeuter kan også erfare utfordringer med å imøtekomme den aktuelle pasientgruppen på bakgrunn av stan-

darder og rutiner tilpasset majoritetsbefolkningens behov (10-11).

## KUNNSKAPSBEHOV OG FORSKNINGSSPØRSMÅL

I Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 etterspørres det mer kunnskap «om innvandreres spesielle helseutfordringer, og om kulturelle og språklige utfordringer som opptrer i møte mellom pasienter med innvandrerbakgrunn og helse- og omsorgstjenesten» (12). Internasjonalt finnes det studier som fokuserer generelt på ergoterapeuters erfaringer fra oppfølging av innvandrerpasienter (6,8), samt enkelte studier fra slagrehabilitering, hvor ergoterapeuter utgjør en liten del av utvalget (7,9). På bakgrunn av omfattende litteratursøk finnes det derimot ingen studier som undersøker norske ergoterapeuters erfaringer fra slagrehabilitering i møte med innvandrerpasienter. Dette danner rasjonale for å utforske ergoterapeuters erfaringer i møte med slagpasienter med innvandrerbakgrunn, hvor kunnskapsbehovet grunnes i;

- (i) økt innvandring til Norge (13)
- (ii) flere tilfeller av hjerneslag blant mange innvandrergrupper (3)
- (iii) ergoterapeutens sentrale rolle i oppfølgingen av slagpasienter (5)

Denne studien søker derfor å besvare forskningsspørsmålet: *Hvordan erfarer ergoterapeuter det å praktisere slagrehabilitering i møte med innvandrerpasienter?* og underspørsmålet: *Hvordan utfordres/muliggjøres slagrehabiliteringen i møte med innvandrerpasienter?*

Hensikten med studien er at den skal kunne fungere som et utgangspunkt for videre refleksjon om hvordan ergoterapeuter kan møte den aktuelle pasientgruppen på best mulig måte i rehabiliteringssammenheng, og dermed fremme målet om likeverdige helsetjenester til alle befolkningsgrupper. Likeverdige helsetjenester innebærer at tjenestene tilpasses individets forutsetninger og behov på bakgrunn av dets livssituasjon, kommunikasjonsferdigheter samt kulturelle og religiøse bakgrunn (12).

## UTFORDRINGER OG MULIGHETER I DET TVERRKULTURELLE MØTET

I denne studien benyttes teoretiske perspektiver om kollektivistisk og individualistisk orienterte kulturer, trosretningers posisjon og betydning og kulturell ydmykhet i ergoterapeutisk praksis.

I møte med innvandrerpasienter kan ulike verdier

bli synlige som følge av en *individualistisk* eller *kollektivistisk* orientert kultur. Geert Hofstede (1980) utviklet betegnelsene for å kunne skille mellom kulturer og deres karakteristiske trekk vedrørende menneskers tilhørighet til grupper (14). Blant helsepersonell i Norge vil individualistiske verdier om autonomi og høyest mulig grad av selvhjelpenhet være styrende for utøvelsen av helsetjenestene. Dette kan stå i kontrast til mennesker med en kollektivistisk orientert tankegang, hvor fellesskap og ivaretagelse står sentralt (15). Andre ulikheter kan knyttes til det åndelige aspektet, hvor religion kan ha en mer fremtredende betydning blant innvandrerpasienter (16). Dette kan stå i motsetning til den posisjon religion har i Norden, hvor individets trosretning gjerne tilhører den private sfære (17). Menneskers livssyn kan være av essensiell betydning for hvordan individet mestrer utfordringer relatert til sykdom og funksjonsnedsettelse (18). For å kunne utøve kompetent helsehjelp i tverrkulturelle møter, fremmer den kanadiske ergoterapeuten og forskeren Karen Whalley Hammell (19) perspektivet *kulturell ydmykhet* i ergoterapeutisk teori og praksis. Perspektivet retter seg mot å oppheve maktbalansen mellom terapeut og pasient gjennom kritisk egenevaluering. Det oppfordres til en kritisk bevissthet vedrørende egne verdier, perspektiver og forutsetninger, og hvordan disse kan virke avvikende i møte med andre mennesker. I en tilnærming basert på kulturell ydmykhet vektlegges pasienters forståelse av eget liv og prioriteringer, og hvordan strukturelle ulikheter påvirker deres muligheter for aktivitet og livskvalitet (19-20).

## Metode

I tråd med studiens forskningsspørsmål, hvor det søkes etter beskrivelser av ergoterapeuters erfaringer, har studien et eksplorerende, kvalitativt design med en induktiv tilnærming. Da det var ønskelig å studere individuelle erfaringer knyttet til forskningsspørsmålet, ble det valgt å gjennomføre individuelle intervjuer (21).

## INKLUSJONSKRITERIER

For å kunne delta i studien ble det satt følgende inklusjonskriterier;

- (i) at ergoterapeutene skulle være ansatt ved behandlingstedet
- (ii) at ergoterapeutene hadde erfaringer fra å praktisere rehabilitering i møte med slagpasienter med innvandrerbakgrunn

Eksklusjonskriteriene var ergoterapeuter som arbeidet i et kortere tidsrom ved behandlingsstedet, som eksempelvis studenter.

## REKRUTTERINGSPROSESSEN

Rekrutteringen av informantene var basert på et strategisk utvalg, som kunne bidra til relevant informasjon knyttet opp mot forskningsspørsmålet (22). Det var ønskelig å rekruttere ergoterapeuter fra både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten for å frembringe beskrivelser om hva som kjennetegner rehabiliteringssituasjoner med pasientgruppen i en tidlig fase etter hjerneslag, samt i en senere fase i rehabiliteringsforløpet. Ergoterapeuter ansatt i spesialisthelsetjenesten eller kommunehelsetjenesten på Østlandet og Vestlandet ble dermed kontaktet via telefon eller e-post, hvor det ble sendt informasjonsskriv til interesserte behandlingssteder. Ved rekruttering ble behandlingssteder på Østlandet vektlagt grunnet landsdelens høye andel av innbyggere med etnisk minoritetsbakgrunn (23).

## STUDIENS UTVALG

Utvalget besto av seks ergoterapeuter. Blant informantene var det fire ergoterapeuter fra Østlandet og to var fra Vestlandet. Tre ergoterapeuter var ansatt i spesialisthelsetjenesten, og tre ergoterapeuter arbeidet i kommunehelsetjenesten, hvorav en arbeidet med hverdagsrehabilitering. Samtlige av informantene var kvinner. En av ergoterapeutene hadde innvandrerbakgrunn selv. Mengde erfaringer i møte med pasientgruppen varierte blant informantene. Ulike egenskaper ved ergoterapeutene ledet til at det oppsto en bredde blant utvalget, noe som ble ansett å kunne bidra til ulike perspektiver i møte med studiens forskningsspørsmål, og dermed styrke studiens troverdighet (24).

## DATAINNSAMLING

Det ble gjennomført seks semistrukturerte intervjuer, hvor det ble benyttet en intervjuguide for å sikre at spesifikke temaer ble gjennomgått under intervjuene (22). For å kunne få innblikk i hvilke eventuelle utfordringer eller muligheter ergoterapeutene erfarte i rehabiliteringsforløpet, ble intervjuguiden utarbeidet på bakgrunn av slagrehabiliteringsprosessens ulike trinn beskrevet i Helsedirektoratets nasjonal faglige retningslinjer for rehabilitering etter hjerneslag (5). Temaene i intervjuguiden omhandlet tidlig mobilisering, kartlegging, målsetting, hjelpemidler og treningssituasjoner. Intervjuguiden inne-

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Kategori	Undertema	Deskriptivt tema
Så er det jo litt den der med «det er greit å få hjelp av familie og da». Og så hvor er motivasjonen til å gjøre det selv?	Så er det litt den «det er greit å få hjelp av familie». Hvor er motivasjonen til å klare det selv?	Greit å få hjelp	Passivitet og forventninger om hjelp	Ulik forståelse av aktiviteter og rehabilitering	Tverrkulturelle møter utfordres og muliggjøres
Det er jo den sykerollen da, ofte «nå er jeg syk, nå skal jeg ha hjelp».	Det er den sykerollen, «nå er jeg syk, nå skal jeg ha hjelp».	Annet syn på det å være syk	Annet syn på smerte, sykdom og alderdom	Familiens omsorgsrolle som begrensning eller ressurs	
De tingene som vi tenkte at han skulle overføre hjemme det fungerte gjerne ikke alltid i huset hans, fordi det var mye besøk og der var folk.	De tingene vi tenkte at han skulle overføre hjemme fungerte gjerne ikke alltid fordi det var mye besøk og der var folk.	Storfamilien forstyrrende for overføringen av rehabiliteringen i hjemmet	Familiens tilstedeværelse som potensiell forstyrrelse		
Det er jo mye familie inni bildet da. Og det som er positivt der på en måte er jo at hvis man ønsker å få noe ordnet så er de jo veldig på tilbudssiden. På en måte sånn, hvis vi trenger noe i forhold til trening eller noen sånne ting, at de kan ordne det	Det er mye familie inni bildet. Det som er positivt, er at hvis man ønsker å få noe ordnet er de veldig på tilbudssiden. Hvis vi trenger noe til trening eller noen sånne ting, at de kan ordne det.	Pårørende som ressurs	Familien som drivkraft		

Tabell 1: Eksempel fra analyse relatert til tema.

holdt også spørsmål om utfordringer i møte med pasientgruppen, samt erfaringer fra praktisering av ergoterapifaget i møte med slagpasienter med innvandrerbakgrunn. Det var ønskelig å få innblikk i generelle erfaringer og spesifikke eksempler i møte med pasientene. Gjennomføringen av intervjuene fant sted ved informantenes arbeidsplass. Intervjuenes varighet varierte fra 35 til 60 minutter. Hvert intervju ble tatt opp på lydbånd for å sikre at informasjonen som fremkom i intervjuet, ble gjengitt nøyaktig. Det ble også gjort notater umiddelbart etter intervjuene for å sikre vesentlig informasjon fra samtalerne. Transkribering av datamaterialet ble utført fortløpende i etterkant av hvert intervju, hvor det muntlige intervjuet ble omgjort til skriftlig tekst.

## ANALYSE

Det ble gjort en kvalitativ innholdsanalyse med utgangspunkt i Graneheim og Lundmans beskrivelser, da innholdsanalysen er en hyppig anvendt metode ved analyse av kvalitative data (24). De transkriberte intervjuene ble lest flere ganger for å bli kjent med innholdet før meningsbærende enheter ble identifisert. Meningsbærende enheter omfatter aktuelle

utdrag fra transkripsjonene som er nært knyttet til studiens forskningsspørsmål. De meningsbærende enhetene ble videre kondensert, som innebærer at overflødige ord og uttrykk ble tatt bort for et mer konsentrert og ryddig uttrykk. Deretter ble de kondenserte meningsbærende enhetene kodet, hvor beskrivende merkelapper ble benyttet. Flere meningsbærende enheter med samme meningsinnhold ble strukturert under én kode. Kodene ble så samlet under 14 kategorier, som gjengir det beskrivende innholdet i datamaterialet. Dataene ble ytterligere tolket for å få tak i dataenes underliggende betydning (24). Analysen endte dermed i seks undertema og to deskriptive tema, som skildrer hvordan ergoterapeuter erfarer det å praktisere slagrehabilitering i møte med innvandrepasienter. Tabell 1 gir et eksempel på analysen for ett av temaene.

## METODEKRITIKK

En styrke med studien er det informasjonsrike datamateriale fra intervjuene med ergoterapeutene. Likevel er enkelte ergoterapeuter blitt mer referert til i studiens resultater, da noen av ergoterapeutene i større grad gav «rike» beskrivelser fra rehabilite-



Deskriptive tema:			
Tverrkulturell kommunikasjon utfordres og muliggjøres		Tverrkulturelle møter utfordres og muliggjøres	
Undertema	Kommunikative barrierer utfordrer rehabiliteringen  Tolk og nonverbale strategier muliggjør rehabiliteringen	Undertema	Ulik forståelse av aktiviteter og rehabilitering  Familiens omsorgsrolle som begrensning eller ressurs  Samhandling og familierelaterte tiltak muliggjør rehabiliteringen  Religiøse retningers synlighet og en opplevelse av «oss og dem»

Tabell 2: Studiens deskriptive tema og undertema.

ringssituasjoner med slagpasienter med innvandrerbakgrunn. Erfaringer fra samtlige ergoterapeuter gjenspeiles dog i resultatene. Førsteforfatter er også tidligere masterstudent og novise når det gjelder forskningsmetode. Analysen har vært en langvarig, kontinuerlig prosess bestående av tilbakemeldinger og revideringer mellom første- og andreforfatter. For å styrke studiens troverdighet og gyldighet er transparens blitt vektlagt ved å vise til detaljerte beskrivelser av analysearbeidet, og ved å fremstille konkrete sitater i resultatene.

### ETISKE OG JURIDISKE OVERVEIELSER

I studiens innledende fase ble prosjektet meldt til og godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD) nr. 961704. Studien er gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer utarbeidet av De nasjonale forskningsetiske komiteene (25). Intervjuene er gjennomført på bakgrunn av muntlig og skriftlig informert samtykke innhentet fra alle ergoterapeutene i studien. Ergoterapeutene ble også gitt informasjon om muligheten for å kunne trekke seg fra studien. Forfatterne har vist aktsomhet for å ivareta personvern og anonymitet.

### Funn

Studiens resultater vil presenteres under deskriptive tema og undertema, hvor aktuelle sitater er benyttet for å underbygge studiens funn. I tabell 2 gis det en oversikt over studiens tema.

### Tverrkulturell kommunikasjon utfordres og muliggjøres

I det aktuelle temaet beskrives det hvordan tverrkulturell kommunikasjon utfordres på bakgrunn av språk- og kommunikasjonsforskjeller samt anven-

delse av tolk. Videre vises det til tilnærminger som ergoterapeutene erfarte var virkningsfulle i møte med kommunikative barrierer.

### KOMMUNIKATIVE BARRIERER UTFORDRER REHABILITERINGEN

Ergoterapeutene ga uttrykk for verbal kommunikasjon som den «største utfordringen» i møte med slagpasienter med innvandrerbakgrunn, hvor mulighetene for det å bli kjent samt utøve rehabiliteringens ulike ledd ble utfordret. Problemstillinger knyttet til kommunikasjonsbarrierer kunne allerede ses i forkant av møtene, hvor organisering av tolk erfartes anstrengende grunnet tidkrevende samkjøring med andre yrkesgrupper. Møtenes kompleksitet kunne dermed oppleves som en byrde:

*Det er jo når de ikke kan språket, eller kan språket veldig, veldig dårlig, at det blir et veldig stort problem. Det skaper hindringer, og man må forberede seg på en annen måte når man går inn der, og av og til så er det nesten som man gruer seg litt da, for det blir litt mer styr med det (Ergoterapeut 4).*

Videre ble det å innhente informasjon om pasienten og det å skape en relasjon uttrykt som utfordrende. Dette kunne grunnes i kommunikasjonsforskjeller, hvor uteblitt blikkontakt kunne vanskeliggjøre det å bli kjent. Andre barrierer kunne knyttes til benyttelsen av tolk, hvor tolketjenester opplevdes å påvirke samtalsens naturlige flyt. Ulike ledd i rehabiliteringen, som det å formidle rehabiliteringens hensikt, kartleggingssituasjoner, målsetting, motiverende samtaler, samt gjennomføre treningssituasjoner erfartes også krevende ved språklige barrierer. Vansker knyttet til kognitive problemstillinger ble særlig fremhevet som komplisert. Utfordringene var knyttet til

det å formidle kognitive vansker til familien, samt det å få en oversikt over potensiell kognitiv svikt. Dette kunne vise seg i form av usikkerhet hvorvidt kommunikasjonsutfordringers opphav var grunnet i språklige barrierer eller kognitive problemstillinger:

*(...) Vi visste ikke hva som var afasi, og hva som var språkutfordringer generelt på grunn av at han var polsk (Ergoterapeut 3.)*

Kartlegging av kognitiv funksjon ble spesielt uttalt som krevende blant flere ergoterapeuter, hvor forståelse for kartleggingsverktøyet blant pasient og tolk samt ordrett tolking, ble beskrevet som essensielt for en vellykket undersøkelse. En ergoterapeut uttrykte i den sammenheng hvordan uteblitt kontroll over hva som videreformidles av tolk kan resultere i usikkerhet omkring resultatenes pålitelighet:

*Jeg har jo ikke noe kontroll på hvordan den tolken ordlegger seg, og når jeg ordlegger meg på norsk, så har jo jeg en mening med hvordan jeg bruker kommunikasjon for å tilrettelegge slik at jeg får observert et kognitivt utfall i en ADL-situasjon. (...) Det kan jo gi et annet utfall av observasjonen hvis tolken gir mer hjelp enn det jeg egentlig ønsker å gi (Ergoterapeut 5).*

## **TOLK OG NONVERBALE STRATEGIER MULIGGJØR REHABILITERINGEN**

Tolketjenester ble erfart som essensielt i rehabiliteringens startfase ved samtaler og i kartleggings- og treningssituasjoner, men kunne sløyfes ved etablering av et rutinepreget behandlingsopplegg. Påførende som tolk ble også beskrevet som en ressurs ved målmøter og i treningssituasjoner, hvor påførende kunne bidra med utvidet informasjon om pasienten og dens sykehistorie. En ergoterapeut med innvandrerbakgrunn ga også uttrykk for hvordan egne språklige og kulturelle kunnskaper fungerte som en ressurs i møte med pasienter med samme etniske opprinnelse:

*Så bruker jeg jo meg selv, fordi jeg kan flere språk enn norsk, og i denne bydelen her så er det jo veldig mange som kan urdu. (...) Det gjør at kartleggingen blir mye bedre, og at jeg forstår deres situasjon og deres kultur. Fordi jeg har jo litt av den kulturen selv (...) (Ergoterapeut 1)*

Videre ble det beskrevet tilnærminger som ble benyttet for å muliggjøre trening og kartlegging ved språklige barrierer. I treningssettinger ble en kjent treningsrutine, speiling og visuelle treningsprogram

sett som hensiktsmessige strategier. I kartleggings-situasjoner ble mindre språkavhengige tester og kartlegging via observasjon vurdert som virkningsfullt, hvor for eksempel en kjent aktivitet kunne bidra til en felles forståelse under observasjonen:

*(...) når du ikke kan kommunisere med språk, så må du jo prøve å finne en eller annen måte å kommunisere på som gjør at vi klarer å forstå samtidig som jeg kunne tilrettelegge for å observere om han mestret å ha oversikt (...) Og da brukte vi puslespill, som Europakart. (Ergoterapeut 5)*

## **Tverrkulturelle møter utfordres og muliggjøres**

I det aktuelle temaet beskrives det hvordan tverrkulturelle møter utfordres på bakgrunn av ulike tilnærminger i slagrehabiliteringen. Videre vises det til tilnærminger som erfartes virkningsfulle i møte med kulturelle ulikheter.

## **ULIK FORSTÅELSE AV AKTIVITETER OG REHABILITERING**

En gjentakende erfaring blant ergoterapeutene var mange innvandrerpasienters manglende motivasjon for rehabilitering, hvor ergoterapeutene uttrykte hvordan pasienter hadde «ingen motivasjon til å gjøre noe som helst selv». Trening i stell ble beskrevet av en ergoterapeut som en aktivitet som særlig vektlegges blant etnisk norske pasienter og helsepersonellet ved slagenheten, men som ikke alltid prioriteres blant innvandrerpasienter. Ergoterapeuten beskrev en konkret hendelse hvor dette ledet til en intrikat situasjon for pasient, ergoterapeut og pleiepersonell, da samhandlingen var preget av ulike ønsker og forventninger for rehabiliteringen:

*(...) her så legger vi jo ofte opp til kartlegging og trening i stell, ikke sant? Det er en av rutineaktivitetene som vi har her. (...) Og nesten uten unntak så er det jo sånn at de norske ønsker å klare seg selv i stell (...) Men i forhold til han, så... Han ønsket det ikke i det hele tatt. Pleierne her ønsket det for de var veldig opptatt av at vi skulle gjøre slik vi alltid hadde gjort. (Ergoterapeut 4)*

I intervjuene beskrev ergoterapeutene implisitt eller eksplisitt mål for slagrehabiliteringen knyttet til det å bli selvhjulpen. Flere ergoterapeuter erfarte dog hvordan ulike mål for rehabilitering preget samhandlingen mellom ergoterapeutene og slagpasienter med innvandrerbakgrunn, hvor oppnåelse av selvhjulpenhet ikke ble prioritert blant pasientene. Det

ble beskrevet hvordan pasienter inntok en passiv rolle, og hvor familien overtok omsorgsoppgavene, noe som sto i strid med rehabiliteringens hensikt om å gjenoppta evnen til selvhjulpenhet:

*Vi har jo hatt gamle pasienter, for eksempel muslimske pasienter, hvor det er helt normalt at ektefelle pleier. De hjelper til med påkledning og vask, og familien ordner opp, og de serverer all mat, og pasienten gjør jo ingenting selv. Og så kommer vi da... (ler). Og prøver å fortelle pasienten, at «jo jo, målet er at du skal bli selvhjulpen. Målet er jo at du skal kunne kle på deg selv. (Ergoterapeut 5)*

Videre ble pasientene forbundet med å ha «en annen smerteterskel», hvor treningsøvelser ble unngått grunnet smerte til tross for øvelsenes nødvendighet. Pasienter ble beskrevet som mer «dramatiske», hvor det ble fremstilt andre måter å uttrykke smerte på, som høylytt klaging. Ergoterapeutene erfarte også et annet syn på sykdom og alderdom blant pasientene, hvor det ble forventet å motta hjelp fremfor å trene på og gjennomføre på egenhånd:

*Jeg tenker også alder har de et helt annet syn enn oss. De er jo «gamle» når de er 50-60, mens vi ser jo på det som veldig ungt, at du skal ha mange år igjen da. At du skal klare deg selv i mange år til. Så det er jo utfordringene vi møter. (Ergoterapeut 2).*

## **FAMILIENS OMSORGSROLLE SOM BEGRENSNING ELLER RESSURS**

Ergoterapeuter fra spesialisthelsetjenesten beskrev pårørendes tilstedeværelse som mer merkbar i form av mange besøkende, og flere, langvarige besøk, noe som kunne resultere i at pasientens muligheter for trening og hvile ble forstyrret. Ergoterapeuter fra kommunehelsetjenesten ga uttrykk for at innvandrerpasienter hadde mer familie i hjemmet, hvor flere generasjoner kunne bo under samme tak. Mye familie til stede kunne dermed virke forstyrrende ved samtaler eller under treningssituasjoner i hjemmet:

*Det var veldig mye familie (...) Alle stilte, og alle ville høre alt, og da når det både er afasi og språkproblemer, og ikke alltid er tolk, så ble det ganske litt sånn kaotiske oppstartsamtaler. (...) det var litt overveldende å forholde seg til. (Ergoterapeut 3)*

En fremtredende omsorgsrolle blant pårørende av innvandrerpasienter var en annen sentral erfaring blant ergoterapeutene. Ergoterapeutene erfarte dette som en annerledes tilnærming, og det sto i

kontrast til ergoterapeutenes fokus på trening for å kunne mestre selv. Det ble dermed stilt spørsmål hvorvidt treningen ville vedlikeholdes i etterkant av endt rehabiliteringsforløp grunnet familiens omsorgsrolle. En ergoterapeut fra kommunehelsetjenesten beskrev en konkret målsetting i rehabiliteringen, men hvor familiens involvering utgjorde en barriere for måloppnåelse:

*En annen målsetting vi hadde, det var på en måte å ha kontroll over sine egne avtaler. (...) Men det også var vanskelig, fordi at når du kommer neste gang, så hadde jo resten av familien tatt litt over (...). Så de hjalp han litt sånn. (Ergoterapeut 3)*

Pårørende av slagpasienter med innvandrerbakgrunn ble samtidig beskrevet som en potensiell ressurs og en «drivkraft» i rehabiliteringen. Det ble gitt uttrykk for hvordan en økt villighet ble sett blant pårørende relatert til å bistå ergoterapeutene med hjelp:

*Det er jo mye familie inni bildet da. Og det som er positivt der på en måte er jo at hvis man ønsker å få noe ordnet så er de jo veldig på tilbudssiden. På en måte sånn, hvis vi trenger noe i forhold til trening eller noen sånne ting, at de kan ordne det. (Ergoterapeut 2)*

## **SAMHANDLING OG FAMILIERELATERTE TILTAK MULIGGJØR REHABILITERINGEN**

I møte med slagpasienter med innvandrerbakgrunn og deres familier ble det vektlagt å gi informasjon om rehabiliteringens formål og treningsprinsipper. Det ble også fokusert på å skape en forståelse for den aktivitetsbaserte tilnærming som benyttes i ergoterapeutisk intervensjon:

*Så må vi kommunisere det tydelig da: Hva er hensikten. Hvorfor skal vi pusle det puslespillet. Hvorfor skal vi spille ludo. Hvorfor skal du plukke opp ting oppi en boks og kjenne på om du kjenner at det er en kloss eller kjenner at det er en kule. Det må jo vi formidle slik at pasienten får en forståelse for hvorfor vi holder på med det. (Ergoterapeut 5)*

Andre fokusområder var å etablere en relasjon med pasientene, noe som ble sett som grunnleggende for å skape motivasjon for slagrehabiliteringen. Det ble vektlagt spørsmål som eksempelvis «hva er viktigst for deg å trene på nå?» og «hvordan ser livet ditt ut?». Ergoterapeut 4 uttrykte i den sammenheng at «kultur blir litt underordnet når man stiller litt de spørsmålene, som vi gjør». Hun beskrev videre



tidligere nevnte rehabiliteringssituasjon i møte med en ung slagpasient, og hvordan relasjonen mellom ergoterapeut og pasient ble styrket da pasientens målsettinger ble vektlagt fremfor rutinemessige mål om selvhjulpenhet i stell:

*(...) for meg er det viktigere å bygge en relasjon med han før vi går i stell. Altså før vi følger våre rutiner her. Så jeg spurte: Hva er viktigst for deg? Jo, han syntes det var veldig viktig å få i gang hånden sin. Så da tenkte jeg at da parkerer jeg det med stell, så bygger jeg en relasjon og så møter jeg han på det at han ønsker det med hånden (Ergoterapeut 4).*

I møte med innvandrerpasienters familie uttrykte en ergoterapeut mulighetene for at familiemedlemmer kunne overnatte ved rehabiliteringsavdelingen. Blant andre ergoterapeuter fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten ble skjerming vektlagt som et prioritert tiltak for å overholde rehabiliteringen. En ergoterapeut fra kommunehelsetjenesten poengterte likevel hvordan dette står i kontrast med ergoterapiens opprinnelige mål om å gjennomføre treningen i pasientens naturlige miljø:

*... hvis det er en storfamilie, og det er mye folk i huset, så kanskje en skal gjøre litt motsatt av det enn tenker er logisk, og dra treningen ut av hjemmet. Men egentlig så er jo ergoterapi å ta treningen i det miljøet du skal gjøre det i. (Ergoterapeut 3)*

## RELIGIØSE RETNINGERS SYNLIGHET OG EN OPPLEVELSE AV «OSS OG DEM»

Ergoterapeutene erfarte at innvandrerpasienter tok mer initiativ til samtaler omkring religion og bønn. Enkelte ergoterapeuter ga derimot uttrykk for et ønske om at samhandlingen skulle preges av religionsnøytralitet og et strikt fokus på rehabiliteringen fremfor samtaler omkring religion. En ergoterapeut eksemplifiserte egne opplevelser fra møter med pasienter hvor samtalen dreide seg om religiøse høytider, noe som sto i strid med ergoterapeutens ønske for interaksjonen:

*Jeg har opplevd at pasienter er veldig opptatt av å fortelle meg om id, og lille-id og store-id, og da har vi fest, og hurra-meg-rundt, og jeg er ikke videre interessert i det. Personlig er jeg ikke så veldig opptatt av kristendom heller. Jeg tenker jo da at religion, det er noe du får praktisere innenfor de rammene du selv har. (Ergoterapeut 5)*

En ergoterapeut vektla hvordan religiøse uttrykk

i form av bekledning kunne skape en opplevelse av «oss» og «dem», hvor hijab ble fremhevet som et plagg som kunne utløse negative følelser. Hun fremhevet hvordan hun likevel forholdt seg profesjonell, og at klesplagget i seg selv ikke ville ha noen innvirkning på interaksjonen med pasientene. Hun beskrev hvordan klesplagget likevel kunne skape en følelse av irritasjon:

*(...) det bidrar til å skape en avstand, som ellers ikke ville vært der hvis de hadde kastet den hijaben. (...) det er jo interessant å se hva... Hvordan fremtoning også kan påvirke hvordan man tenker om ting da, og at det også kan være provoserende for eksempel (Ergoterapeut 4).*

## Diskusjon

I denne studien undersøkes ergoterapeuters erfaringer fra å praktisere slagrehabilitering i møte med innvandrerpasienter, og hvordan slagrehabiliteringen utfordres og muliggjøres i møte med pasientgruppen. Studiens funn kan fungere som et utgangspunkt for videre refleksjon om hvordan ergoterapeuter kan møte den aktuelle pasientgruppen på best mulig måte i rehabiliteringssammenheng og dermed bidra til å fremme målet om likeverdige helsetjenester til alle befolkningsgrupper. I diskusjonen vil studiens funn diskuteres opp mot tidligere forskning og teoretiske perspektiver om kollektivistisk og individualistisk orienterte kulturer, trosretningsposisjon og betydning og kulturell ydmykhet i ergoterapeutisk praksis.

## UTFORDRINGER I SLAGREHABILITERINGEN

Å rammes av hjerneslag kan føre til store konsekvenser for det enkelte individ, hvor omfattende funksjonsnedsettelse og langvarig rehabilitering preger tiden etter hjerneslaget (4). I opptreningen har ergoterapeuter en viktig rolle i å fremme individers muligheter for aktivitet og deltakelse gjennom tilrettelegging og rehabilitering av motoriske og kognitive funksjoner (5). I denne studien vises det hvordan slagrehabiliteringen utfordres i møte med pasienter med innvandrerbakgrunn grunnet språkbarrierer og kulturelle forskjeller, og hvordan dette kan skape barrierer for et likeverdig rehabiliteringstilbud.

Ergoterapeutene i studien fremhever språkbarrierer og benyttelse av tolk som en grunnleggende utfordring i møte med innvandrerpasienter, og hvordan dette vanskeliggjør organisering av rehabiliteringen, relasjonsbygging, kartlegging, målsetting og opptrening. Funnene samsvarer med tidligere

studier hvor språklige barrierer utfordret gjennomførelsen av rehabiliteringsprosessen (6,7) samt førte til særlige utfordringer ved kognitive funksjonsutfall (7). Språkbarrierer og kognitive vansker fremheves også av ergoterapeuter i denne studien som spesielt problematisk, hvor språklige barrierer skaper utfordringer ved kognitive tester, vansker med å skille språkbarrierer og kognitive funksjonsutfall som eksempelvis afasi, samt formidle pasientens kognitive svikt til pårørende.

I studien beskrives også barrierer knyttet til kulturelle forskjeller, hvor møtene preges av ulike forståelser og tilnærminger i slagrehabiliteringen. På bakgrunn av ergoterapeutenes beskrivelser kan utfordringene koples opp mot ulikheter som følge av en kollektivistisk eller individualistisk orientert kultur. I samsvar med kollektivistiske verdier om fellesskap og ivaretagelse (15), forbindes pårørendes tilstedeværelse med langvarige besøk og en fremtredende hjelperrolle. Ergoterapeutene erfarer pårørendes kollektivistiske atferd som et potensielt forstyrrende element, noe som gjenspeiles i tidligere studier, hvor aktiv hjelp fra pårørende av innvandrerpasienter ble sett som en barriere for rehabiliteringen (6-9). Pårørendes rolle og tilstedeværelse kan dermed tyde på å stå i motsetning til ergoterapeutenes individualistiske idealer, hvor autonomi og oppnåelse av selvhjulpenhet vektlegges i høy grad (15). I tidligere studier vises det derimot hvordan opptrening og fokus på oppnåelse av selvhjulpenhet ble sett å stå i sterk kontrast til hvordan man behandler syke i andre kulturer (8), og kan dermed indikere å stå i strid med andre forståelser av sykerollen og verdier om fellesskap og ivaretagelse (15). I den sammenheng kan tilnærmingen virke ukjent og ekskluderende i møte med pasienter med en kollektivistisk kultur. På bakgrunn av ergoterapeuters beskrivelser, kan det tolkes at slagrehabiliteringens utforming i stor grad baseres på rutinemessige og standardiserte mål med fokus på selvhjulpenhet, fremfor å møte det enkelte individs ønsker og behov. Et rehabiliteringstilbud tilpasset majoritetsbefolkningen kan dermed resultere i at pasienter med innvandrerbakgrunn har mindre muligheter for å kunne nyttiggjøre seg av rehabiliteringen (10). Dette kan være en årsak til ergoterapeutenes opplevelser av pasientgruppen som passiv og lite motivert i rehabiliteringsprosessen. I tidligere studier fremheves det også hvordan enkelte aktiviteter kan oppleves upassende i en terapeutisk setting, som eksempelvis trening mot å oppnå selvhjulpenhet i stell (6,7), og kan også ha påvirket

hvorfor enkelte pasienter ikke ønsket rehabilitering.

Ulike religiøse behov og uttrykk var andre funn knyttet til det tverrkulturelle møtet. I studien fremheves ikke religion som en utfordring blant ergoterapeutene, men enkelte ergoterapeuter uttrykker et sterkt ønske om at samhandlingen preges av religionsnøytralitet. Menneskets livssyn kan være en essensiell del av hvordan individet håndterer utfordringer knyttet til sykdom og funksjonstap (18). Ønsket om religionsnøytralitet kan dermed i seg selv utgjøre en potensiell barriere i slagrehabilitering med innvandrerpasienter, hvor en viktig kilde til motivasjon og pågangsmot kan gå tapt (18).

### **KULTURELL YDMYKHET FOR ET LIKEVERDIG REHABILITERINGSTILBUD**

I denne studien trekker ergoterapeutene frem aktuelle tilnærminger og strategier for å muliggjøre slagrehabiliteringen til tross for språkbarrierer og kulturelle forskjeller. Likevel synliggjøres et behov for økt kunnskap om kulturell ydmykhet i ergoterapeutisk praksis, da ulike oppfatninger og verdier i terapeut-pasient relasjonen skaper store utfordringer for praktisering av slagrehabiliteringen i møte med pasientgruppen. Perspektivet kan bidra til å synliggjøre hvordan egne oppfatninger og verdier kan resultere i begrensninger i møte med pasienter med annen kulturell bakgrunn (19). Det vil spesielt være nødvendig med refleksjoner om hvordan individualistiske verdier kan prege tilnærmingen som utøves i møte med pasientene, og hvordan dette i seg selv kan bidra til å skape barrierer for pasienters muligheter for å kunne nyttiggjøre seg av rehabiliteringstilbudet (10). En av ergoterapeutene i denne studien beskrev hvordan standardiserte målsettinger ble vektlagt blant helsepersonell ved rehabiliteringsavdelingen, noe som skapte barrierer for en pasients motivasjon for opptrening. Ergoterapeuten gikk bort fra de rutinepregede målsettingene for å møte pasientens ønsker for rehabiliteringen. Hun fremhevet at dersom man som ergoterapeut evner å stille gode spørsmål og møte den enkelte på dens ønsker og behov, kan man møtes på tvers av kulturer. Ergoterapeutens tilnærming i møte med den aktuelle pasienten kan eksemplifisere en praksis preget av kulturell ydmykhet, hvor den enkelte ble møtt med dens spesifikke ønsker og behov for slagrehabiliteringen. Perspektivet om kulturell ydmykhet kan også bidra til en større bevissthet om hvordan ergoterapeutisk praksis preget av religionsnøytralitet kan eksclu-

dere et viktig livsaspekt blant mange innvandrerpasienter (19). Ved å inkludere åndelige behov i ergoterapeutisk praksis, kan dette ha en viktig rolle for individets mestring av utfordringer relatert til sykdom og funksjonsnedsettelse (18). Gjennom en kritisk bevissthet angående egne verdier, perspektiver og forutsetninger, kan en kulturell ydmyk praksis bidra til å fremme et likeverdig rehabiliteringstilbud til innvandrerpasienter og dermed ha en viktig rolle i pasientgruppens muligheter for aktivitet og livskvalitet (19,20).

## IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG VIDERE FORSKNING

Studien gir uttrykk for hvilke utfordringer som kan oppstå i den ergoterapeutiske intervensjon ved slagrehabilitering av innvandrerpasienter, og hvordan utfordringene kan ligge i pasient-terapeut relasjonen. Vektlegging av kulturell ydmykhet i ergoterapeutisk praksis vil dermed kunne bidra til å fremme et likeverdig rehabiliteringstilbud. For å kunne oppnå et mer fullstendig bilde av den ergoterapeutiske intervensjon i møte med innvandrerpasienter, kan videre forskning søke kunnskap om hvordan innvandrerpasienter erfarer ergoterapeutisk intervensjon i Norge. Andre forslag til videre forskning kan være å kartlegge ergoterapeuters erfaringer med det åndelige aspektet i ergoterapeutisk praksis.

## Konklusjon

Studien beskriver utfordringer og muligheter ved praktisering av slagrehabilitering i møte med innvandrerpasienter. Utfordringer knyttet til kommunikasjonsutfordringer og språkbarrierer ved kognitiv svikt fremheves som særlig problematisk. Andre utfordringer kobles til ulikheter som følge av en individualistisk eller kollektivistisk orientert kultur, og trosretningers posisjon og betydning. I denne studien synliggjøres et behov for økt fokus på kulturell ydmykhet i ergoterapeutisk praksis. Perspektivet kan bidra til en kritisk bevisstgjøring av hvordan egne oppfatninger og verdier kan virke avvikende i møte med mennesker med annen kulturell bakgrunn. En kulturell ydmyk praksis vektlegger pasientens forståelse av eget liv og prioriteringer og kan bidra til å fremme innvandrerpasienters muligheter for aktivitet og livskvalitet. Økt kunnskap om, og fokus på kulturell ydmykhet i ergoterapeutisk praksis kan fremme mulighetene for et likeverdig rehabiliteringstilbud til slagpasienter med innvandrerbakgrunn.

## TAKK

Hjertelig takk til ergoterapeutene for deltakelse i studien.

## Referanser

1. American Heart Association. 2021 Heart Disease & Stroke Statistical Update Fact Sheet Global Burden of Disease [Internett]. United States: American Heart Association; 27. januar 2021 [oppdatert 2021; hentet 01. september 2023]. Tilgjengelig fra: 2021 Heart Disease and Stroke Statistics Update Fact Sheet At-a-Glance
2. Jacobsen D, Kjeldsen SE, Ingvaldsen B, Buanes T, Røise O. Sykdomslære. Indremedisin. Kirurgi. Anestesi. (3. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk; 2017.
3. Rabanal KS, Selmer RM, Igland J, Tell GS, Meyer HE. Ethnic inequalities in acute myocardial infarction and stroke rates in Norway 1994-2009: a nationwide cohort study (CVDNOR). BMC Public Health. 20. oktober 2015;15(1073):1-10.
4. Indredavik B. Hjerneslag. I: Wekre LL, Vardeberg K, red. Lærebok i rehabilitering. Når livet blir annerledes. Bergen: Fagbokforlaget; 2004.
5. Helsedirektoratet. 4. Rehabilitering etter hjerneslag [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; 30. november 2017 [oppdatert 27. april 2020; hentet 02.09.23]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-etter-hjerneslag>
6. Fitzgerald MH, Mullavey-O'Byrne C, Clemson L. Cultural issues from practice. Australian Occupation Therapy Journal; 27. august 2010;44(1):1-21.
7. Taylor E, Jones F. Lost in translation: exploring therapist's experiences of providing stroke rehabilitation across a language barrier. Disability and Rehabilitation; 25. februar 2014;36(25):2127-2135.
8. Kinébanian A, Stomph M. Cross cultural occupational therapy: a critical reflection. The American Journal of Occupational Therapy, 1992;46(8):751-757.
9. Norris M, Jones F, Kilbride C, Victor C. Exploring the experience of facilitating self-management with minority ethnic stroke survivors: a qualitative study of therapists' perceptions. Disabil. Rehabil. 27. mars 2014;36(26):2252-2261.
10. Likestillings- og diskrimineringsombudet. Håndbok for tjenesteytere. Likeverdige tjenester for alle [Internett]. Oslo: Likestilling og diskrimineringsombudet; 2011 [01.03.23]. Tilgjengelig fra: [https://www.ido.no/globalassets/brosjyrer-handboker-rapporter/ido\\_handbok\\_likeverdige\\_tiltrykk\\_10\\_10\\_111.pdf](https://www.ido.no/globalassets/brosjyrer-handboker-rapporter/ido_handbok_likeverdige_tiltrykk_10_10_111.pdf)
11. Munthe-Kaas HM, Bidonde J, Nguyen L, Flodgren G, Meneses J. Effect of system-level healthcare interventions and health equity tools for immigrants: a systematic review [Internett]. Oslo: Norwegian Institute of Public Health; 2018 [hentet fra 04.03.23]. Tilgjengelig fra: Effect of health equity tools for immigrants: a systematic review - NIPH (fhi.no)



12. Helse- og omsorgsdepartementet. Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017 [Internett]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013. Tilgjengelig fra: [innvandrerhelsestrategien.pdf \(regjeringen.no\)](#)
13. Statistisk sentralbyrå. Fakta om innvandring [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2023. Tilgjengelig fra: [Fakta om innvandring - Statistisk sentralbyrå \(ssb.no\)](#)
14. Hofstede G. Dimensionalizing Cultures: The Hofstede Model in Context. Online Readings in Psychology and Culture. 2011; 2(1):1-26
15. Hanssen I. Helsearbeid i lys av en kollektivistisk og individualistisk organisering av samfunnet. I: Debesay J, Tschudi-Madsen C, red. Migrasjon, helse og profesjon. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
16. Leis-Peters A. Religionens nya synlighet. I: Danbolt FT & Nordhelle G, red. Åndelighet – mening og tro. Utfordringer i profesjonell praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
17. Taule L. Religion og livssyn i endring. Norge – et sekulært samfunn? [Internett]. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2014. [hentet 05.02.23]. Tilgjengelig fra: [Norge – et sekulært samfunn? \(ssb.no\)](#)
18. Sørbye LW & Undheim LT. Å ta menneskets åndelige dimensjon på alvor. I: Danbolt TF & Nordhelle G. Åndelighet – mening og tro. Utfordringer i profesjonell praksis. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2012.
19. Hammell KW. Occupational, well-being, and culture: Theory and cultural humility. The Canadian Journal of Occupational Therapy. 2013; 80(4):224-234.
20. Kirmayer LJ. Rethinking cultural competence. Transcultural Psychiatry. 2012; 49(2):149-164.
21. Polit DF, Beck CT. Nursing research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017.
22. Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
23. Høydahl E. Innvandrere på Oslo-kartet. SSB, Samfunns-speilet. 2015;3:30-31.
24. Graneheim UH & Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004;24:105-112.
25. Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven). LOV-2017-04-28-23 [Hentet 10.05.23]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-04-28-23>
26. De nasjonale forskningsetiske komiteene. Generelle forskningsetiske retningslinjer [Internett]. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene; 2019 [Hentet 05.02.23]. Tilgjengelig fra: [Generelle forskningsetiske retningslinjer | Forskningsetikk](#)



# HJELPEMIDDEL S Ø R / Ø S T MESSEN

Vi har gleden av å invitere til  
hjelpemiddelmesse i:

**Skien Fritidspark, Skien**

tirsdag 16. april 2024, kl 10:00-15:00

**Ekeberghallen, Oslo**

onsdag 17. april 2024, kl 10:00-15:00

**Kongstenhallen, Fredrikstad**

torsdag 18. april 2024, kl 10:00-15:00

**Sørlandshallen, Kristiansand**

tirsdag 23. april 2024, kl 10:00-15:00

**Drammenshallen, Drammen**

onsdag 24. april 2024, kl 10:00-15:00

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

Enkel servering

Gratis adgang

Velkommen til en innholdsrik dag!

Hilsen  
Hjelpemiddelleverandørene

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



**NAVN:**  
Merethe Hustoft

**STILLING:**  
Førsteamanuensis på Ergoterapiutdanningen ved Høgskulen på Vestlandet (HVL), nestleder i Senter for Tverrprofesjonell Samarbeidslæring (TVEPS) og forsker ved Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest.

Av Else Merete Thyness

## Forsker på rehabilitering, faktorer som påvirker samarbeid i team og tverrprofesjonell samarbeidslæring

### – Hvem er Merethe Hustoft?

– Jeg er gift, har to voksne barn som studerer og bor sammen med min mann i Bergen. På fritiden liker vi å trene CrossFit og reise til hytten ute på vakre Hellesøy, en øy helt ute på tuppen av Øygarden. Jeg er en ergoterapeut som ble utdannet ved Northumbria University at Newcastle upon Tyne i 1997. Siden jeg kom tilbake fra England, har jeg jobbet store deler av min yrkeskarriere i kommunehelsetjenesten. Først en liten tur i Skien kommune for deretter å flytte til Bergen og Bergen kommune i 1998. Bergen kommune åpnet opp mange muligheter for meg. Jeg startet i det små og tok noen videreutdanninger, men videreutdanning innen rehabilitering ga meg virkelig et boost. Heretter gikk veien videre til Master i kunnskapsbasert praksis i helsefag, deretter to år som prosjektleder for Leve HELE livet i Stavanger kommune og doktorgrad ved Regionalt kompetansesenter for habilitering og rehabilitering i Helse Vest og Universitet i Bergen fra 2014. Fra januar 2019 har jeg hatt førsteamanuensis stilling her på Ergoterapiutdanningen ved Høgskulen på Vestlandet. Jeg er aktiv i ulike forskningsmiljø både her på HVL og kompetansesenteret. Jeg er opptatt av å bidra til at studenter innen helse og sosialomsorg på HVL og UiB utvikler en integrert tverrprofesjonell kompetanse for å sikre utvikling av gode og trygge helsetjenester for fremtiden

### – Hva forsker du på?

– Jeg forsker på flere områder. Ved Regionalt

kompetansesenter for habilitering og rehabilitering er jeg med i forskningsprosjektet Rehabilitering Kohort Vest (REKOVE). Dette er et stort rehabiliteringsprosjekt. REKOVE har inkludert pasienter som har blitt henvist og mottatt rehabilitering fra en av de private rehabiliteringsinstitusjonene, som hadde avtale med helse Vest i perioden 2014 – 2018. Disse pasientene har vi fulgt over tid. I tillegg har vi undersøkt faktorer som påvirker de tverrprofesjonelle teamene i de samme institusjonene. Her har jeg primært forsket på hvilke faktorer som påvirker samarbeid i team og betydningen tverrprofesjonelle team har for pasientens helse og funksjon rett etter og et år etter rehabiliteringen. Vi har også undersøkt om rehabiliteringsresultater har betydning for arbeidsdeltakelse på samme pasientgruppe.

Jeg er med å utvikle et stort forskningsprosjekt ved Senter for Tverrprofesjonell Samarbeidslæring. Studenter fra 18 ulike studieprogrammer ved UiB og HVL, cirka 900 studenter i året, blir satt sammen i tverrprofesjonelle team. Her skal de utvikle en tiltaksplan for to reelle pasienter i kommunehelsetjenesten. Hensikten med TVEPS er å lære seg å jobbe tverrprofesjonelt. Studentene svarer på spørreskjemaet; The Interprofessional Collaborative Competency Attainment Scale (ICCAS) før og etter TVEPS, skriver et refleksjonsnotat og har en refleksjonssamtale med fasilitator. Disse dataene har blitt samlet inn over lengre tid og inkluderes i forskningsprosjektet. Hensikten med prosjektet er å sikre at våre



studenter ved UiB og HVL er rustet for fremtiden, at de har utviklet en integrert tverrprofesjonell kompetanse og at vi da bidrar til bedre og trygge helsetjenester for fremtiden.

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

- Jeg har lest mange forskningsartikler, og det er vanskelig å peke ut en artikkel som jeg mener er best. Jeg er opptatt av tverrprofesjonalitet, og akkurat nå leser jeg en systematisk oversikt som omhandler hvorfor tverrprofesjonell samarbeidslæring er viktig for fremtidens helsetjenester av Scott Reeves med flere (Reeves et al., 2016). I tillegg finner jeg artikkelen til Reinders og Krijnen om utvikling av tverrprofesjonell identitet, spennende (Reinders & Krijnen, 2023). Til slutt vil jeg trekke frem Rogers med flere sin artikkel om rammeverk for tverrprofesjonell samarbeidslæring (Rogers et al., 2017).

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

- Ergoterapifaget er jo så mangfoldig. Vi har virkelig behov for å sette oss tydeligere på kartene

i landskapene vi jobber i, og forskning kan absolutt bidra til å kommunisere den fantastiske jobben vi gjør som ergoterapeuter, ut til massene. En ting er forskning på effekt, det er viktig, men vel så viktig mener jeg er oppsummert forskning som vil gi oss et større bilde på delene i enkeltstudier.

## Referanser

- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., McFadyen, A., Rivera, J., & Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide No. 39. *Med Teach*, 38(7), 656-668. <https://doi.org/10.3109/0142159x.2016.1173663>
- Reinders, J.-J., & Krijnen, W. (2023). Interprofessional identity and motivation towards interprofessional collaboration. *Med Educ*, 57(11), 1068-1078. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/medu.15096>
- Rogers, G. D., Thisthethwaite, J. E., Anderson, E. S., Dahlgren, M. A., Grymonpre, R. E., Moran, M., & Samarasekera, D. D. (2017). International consensus statement on the assessment of interprofessional learning outcomes. *Medical Teacher*, 39(4), 347-359. <https://doi.org/10.1080/07380577.2021.2020389>

# Mino


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

Hjelper brukeren ut av isolering.

apoter

Bestilles også på  
[www.apotera.no](http://www.apotera.no)



 Bellman & Symfon®

Telefon: 33 42 72 50 E-post: [info@bellman.no](mailto:info@bellman.no) [bellman.com](http://bellman.com)

# Fra ide til prosjekt

## – hvordan planlegge et fagutviklingsprosjekt?

Denne artikkelen er ment som en inspirasjon i forbindelse med Fagkongress i ergoterapi 17.-19. september i Bodø. Hensikten er å motivere kolleger til å sette i gang med fagutviklingsprosjekter som kan presenteres på kongressen.

Av Ingvild Kjekken



Ingvild Kjekken er ergoterapeut og professor ved OsloMet og seniorforsker ved Nasjonal Kompetanse-tjeneste for revmatologisk rehabilitering og REMEDY-senteret, Diakonhjemmet Sykehus.

Fagutvikling kan defineres som systematisk virksomhet der man bruker eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og kjennetegnes ved at det har utspring i og er direkte relevant for klinisk praksis. Det starter ofte med at man ønsker å gjøre noe annerledes eller bedre. Kanskje vil man systematisere noe man allerede gjør eller å prøve ut noe man vurderer å innarbeide som en rutine, prosedyre eller tilbud i klinisk praksis.

Hensikten på sikt er å bedre og kvalitetssikre tilbudet til pasienter eller brukere ved å øke helsepersonells kompetanse og/eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer eller tjenester.

Om man har en ide til noe en ønsker å jobbe med er det lurt å organisere gjennomføringen som et prosjekt. Da er det viktig å tenke gjennom hva man skal gjøre og hvorfor man skal gjøre det. Videre bør man definere hvem som er målgruppe, og bestemme hvem man skal samarbeide med, hvordan man skal organisere arbeidet, og hvordan erfaringene skal evalueres og eventuelt innarbeides som del av etablert praksis når prosjektperioden er over. Til sammen utgjør dette en plan som bør nedfelles skriftlig i form av en prosjektbeskrivelse.

I det følgende utdypes de ulike delene i en slik prosjektbeskrivel-

se og illustreres med et eksempel hentet fra et prosjekt på en ergoterapiavdeling ved et somatisk sykehus.

### Hva vi skal gjøre – formålet

Det er lurt å starte med å beskrive bakgrunn og tema for prosjektet, for deretter å formulere et hovedmål som beskriver hva man ønsker å oppnå når prosjektet er gjennomført. Hovedmål kan gjerne utdypes i delmål, som bør være så konkrete at man kan svare ja eller nei på om målet er nådd ved senere evaluering.

### EKSEMPEL: INNFØRING AV COPM

Tema for dette fagutviklingsprosjektet er brukarmedvirkning, nærmere bestemt systematisk innhenting av pasienters opplevde aktivitetsproblemer. I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 understreker man betydningen av medbestemmelse fra brukere om hvordan utredning, behandling og oppfølging skal foregå.

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et individualisert instrument som er utviklet av og for ergoterapeuter for å beskrive og måle pasienters egen vurdering av viktige hverdagsaktiviteter (1). Instrumentet er siden lanseringen i 1991 tatt i bruk i over 35 land, er

oversatt til mer enn 20 ulike språk (inkludert norsk) (2), er kvalitets-sikret i forhold til psykometriske egenskaper (3-7), og er et av de mest brukte instrumentene innen ergoterapi, også i Norge (8).

Overordnet mål i dette fag-utviklingsprosjektet er at alle ergoterapeuter ved sykehuset skal føle seg trygge på å bruke vurderingsinstrumentet the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) der dette ansees som nyttig for planlegging og/eller evaluering av pasienters behandling eller rehabilitering.

Ut fra dette har vi formulert følgende delmål

- Alle ergoterapeuter ved avdelingen skal få opplæring i bruk av COPM
- Alle ergoterapeuter skal i løpet av prosjektperioden gjennomføre COPM -intervjuer med minst fem pasienter
- Alle ergoterapeuter skal i samme periode gjennomføre oppfølging med re-scoring av COPM med minimum tre pasienter

## Hvorfor vi skal gjøre det

Her utdypes begrunnelse for og nytteverdi av prosjektet. Ofte kan det være lurt å bruke områdene fra kunnskapsbasert praksis som en sjekkliste og oppsummere kunnskap og behov påpekt gjennom forskning, formidlet fra pasienter og pårørende, og fra egen og andres kliniske erfaring. Begrunnelsen kan også henvise til politiske strategier og pågående reformer.

### EKSEMPEL

**Fagpolitisk begrunnelse:** Å muliggjøre betydningsfull aktivitet er ergoterapeuters kjernekompetanse (9). Ifølge Ergoterapeutenes profesjonsetikk og yrkesetiske retningslinjer (2017) forplikter

ergoterapeuter seg til å drive kunnskapsbasert praksis som kan begrunnes ut fra brukerperspektiv, aktivitetsperspektiv, egne erfaringer og dokumentasjon i teori og forskning. Systematisk bruk av kvalitetssikrede instrumenter for å innhente pasienters egen vurdering av aktivitetsutførelse er et ledd i å oppfylle denne forpliktelsen.

### Brukerperspektiv og juridisk

**begrunnelse:** Pasienter ønsker og har rett til medbestemmelse i utforming av egen behandling. I Lov om pasient – og brukerrettigheter (2001) paragraf 3-1 står det at «Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon». Å bruke COPM er en (av flere) måter å systematisk innhente pasienters egne vurderinger og dermed ivareta deres rett til medbestemmelse.

**Klinisk erfaring:** Fra vår praksis har vi erfart at når mål i ergoterapi og/eller rehabilitering baseres på pasientens prioriterte aktivitetsutfordringer gir dette økt motivasjon, bedre tilpasset behandling og økt utbytte.

### Forskningsbasert begrunnelse:

COPM er utviklet basert på den kanadiske ergoterapimodellen, og er kvalitetssikret i forhold til gyldighet, pålitelighet, responsivitet og anvendelighet. Instrumentet brukes i økende grad for å dokumentere nytte av ergoterapi i forhold til ulike pasientgrupper og problemstillinger, og brukes i Norge for å utarbeide mål og evaluere effekt av Hverdagsrehabilitering (10, 11). Studier viser at denne typen indi-

vidualiserte instrumenter fremmer brukermedvirkning både ved å gi et godt grunnlag for videre samarbeid om mål og aktuelle tiltak, og ved å innarbeide pasienters egne vurderinger av oppnådd effekt når de scorer de samme områdene etter endt behandling (12, 13). Brukt i større grupper vil man også kunne innhente kunnskap om hva som er vanlige utfordringer for pasienter med samme problemstilling eller diagnose (14, 15). Dermed kan man vurdere om eksisterende behandlingstilbud imøtekommer disse behovene, eller om det er nødvendig å endre eller utvikle nye tilbud.

## Hvem skal delta eller involveres?

«Hvem» kan omhandle både hvilken pasientgruppe prosjektet omfatter, hvem fra personalgruppa som er involvert og hvem man skal samarbeide med underveis.

Når det gjelder pasientgruppe kan det for eksempel være alle pasienter med en spesiell diagnose eller problemstilling, hvor man bestemmer seg for å prøve ut en ny prosedyre eller metode på et bestemt antall pasienter for å få tilstrekkelig erfaring til å vurdere om dette skal innføres mer permanent. Andre ganger kan det være en rutine som man tenker skal gjelde alle pasienter, hvor man avgrenser utprøvingen til et konkret antall deltagere som inkluderes fortløpende. I forhold til samarbeidspartnere kan dette være personer som skal gi praktisk assistanse til for eksempel å utforme maler, gi opplæring i nye undersøkelsesmetoder eller i bruk av ny programvare. Det kan også være lurt å ha med en brukerrepresentant som kan komme med innspill om hva som etterspørres eller erfaringsmessig fungerer godt eller dårlig sett fra brukerens ståsted.

År	Gjennomført innen	Milepæl
2023	1. oktober	Oppstart av prosjekt – prosjektgruppa har hatt minimum ett møte. Avdelingsleder har orientert aktuelle avdelingsledere om prosjektet.
	1. november	Alle ergoterapeuter har lest COPM-manual og sett filmene om COPM på OsloMet's nettsider. To ergoterapeuter har deltatt på kurs i COPM. Ergoterapeutene har orientert aktuelle samarbeidspartnere om prosjektet.
	1. desember	Fagdag om den kanadiske modell og COPM er gjennomført. Kollokviégrupper med 4-5 deltagere er etablert.
2024	1. januar	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum et COPM-intervju og diskutert dette i sin kollokviégruppe.
	15. januar	To eksempler (kasus) med intervju er presentert og drøftet på avdelingsmøte.
	1. mars	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum tre COPM-intervju og diskutert dette i sin kollokviégruppe.
	15. mars	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum en re-scoring av COPM.
	1. mai	Abstrakt om prosjektet er sendt inn til Norsk Fagkongress i Ergoterapi i 2025.
	1. august	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum fem COPM-intervjuer og minimum tre re-scoringer.
	1. september	Fagdag er avholdt hvor erfaringer i prosjektperioden er diskutert/evaluert, og beslutninger om videre praksis er tatt.
	1. oktober	Har fått tilbakemelding på innsendt abstrakt.
	1. november	Erfaringer og konklusjoner fra prosjektperioden er beskrevet i en rapport. Påmelding fagkongress
2025	1. august	Prosjektgruppen har arbeidet fram en poster, presentasjon, workshop eller en rundebordskonferanse.
	17. – 19. september	Prosjektet presenteres på Norsk Fagkongress i Ergoterapi.

Tabell 1: Milepælsplan.

Uansett prosjekttema bør man alltid sikre seg en veileder som kan stille gode spørsmål og komme med innspill underveis i prosessen, og bidra slik at man kommer vel i havn med det planlagte arbeidet.

### EKSEMPEL

Målgruppe for prosjektet er pasienter med (lang)varige funksjonsnedsettelse. I prosjektperioden skal alle pasienter med (lang)varig funksjonsnedsettelse som henvises til ergoterapeut for aktivitetsvurdering intervjues med COPM dersom det vurderes som gjennomførbart og nyttig for videre planlegging og gjennomføring av behandling eller rehabilitering.

Deltagere i prosjektet er alle ergoterapeuter ved sykehuset. Vi

vil også samarbeide med brukerrepresentant EE fra sykehusets brukerutvalg, og med FF ved Ergoterapeututdanningen, som har sagt ja til å være veileder i prosjektet.

Videre orienteres ledere for sykehusets kliniske avdelinger og samarbeidspartnere i de tverrfaglige teamene på disse avdelingene om prosjektet.

### Hvordan vi skal gjøre det (metode)?

I prosjektplanen må det beskrives tydelig hvordan arbeidet skal organiseres, og hva man trenger av ressurser for å kunne gjennomføre det. Et godt tips er så raskt som mulig å forankre prosjektet i ledelsen ved involvere en med lederansvar i prosjektgruppa.

Dersom andre miljøer har gjort noe lignende det man selv har tenkt å gjøre, kan man få til et studiebesøk eller møte hvor det aktuelle miljøet deler sine erfaringer og hvor man kan presentere prosjektet og få innspill og ideer.

De ulike fasene i prosjektet settes så inn i en prosjektplan med milepæler og tidsramme. Dersom prosjektet innebærer ekstra kostnader bør man også sette opp et budsjett.

### EKSEMPEL

Det etableres en prosjektgruppe med prosjektleder AA, avdelingsleder BB og og brukerepresentant EE. Veileder FF og brukerrepresentanten deltar på prosjektmøter, samlinger og avdelingsmøter ved behov. To av avdelingens ergote-



BUDSJETT*		
	Kostnad	Dekkes via
Innkjøp av 4 COPM manualer med scoringskort og 10 testskjema	Kr. 1500.-	Ergoterapiavdelingens driftsbudsjett
COPM-kurs – to deltagere	Kr. 6000.-	Ergoterapiavdelingens kursbudsjett
Veiledning, 20 timer a kr. 500.- Honorar brukerrepresentant, 20 timer a kr. 420.-	Kr. 10 000.- Kr. 8400.-	Søkes dekket via Ergoterapeutforbundets midler til ergoterapirelatert forsknings- og utviklingsarbeid
Presentasjon av prosjektet på Fagkongress i ergoterapi 2025 (en deltager)	Kr. 6000.-	Søkes dekket via sykehusets utviklingsfond
*Ressurser i form av arbeidstid for prosjektleder og ergoterapeuter forutsettes dekket via den tid som er avsatt til fagutvikling og forskning i ergoterapiavdelingen.		

Tabell 2: Budsjett.

rapeuter deltar på kurs om den kanadiske modellen og COPM. Alle avdelingens ergoterapeuter leser den norske COPM-manualen fra 2015. Det gjennomføres en fagdag hvor veileder fra Ergoterapeututdanningen gir en innføring i den kanadiske modellen og COPM, og hvor de som har vært på kurs refererer og deler sine erfaringer fra kurset. Brukerrepresentanten deltar, og ergoterapeutene trener i å gjennomføre COPM-intervju og scoring med brukerrepresentanten og hverandre.

Deretter starter man utprøving. Alle pasienter som henvises til ergoterapivurdering de neste seks månedene intervjues med COPM. Unntak er pasienter i akutt fase, eller pasienter som har kognitiv svikt, da litteraturen viser at COPM ikke er velegnet i forhold til disse. I etterkant av hvert intervju noteres erfaringer og refleksjoner i hver ergoterapeuts individuelle loggbok i forhold til hvorvidt intervjuet ga nyttig og/eller overraskende informasjon (i så fall hva), og om hva som var utfordrende for terapeut og pasient og hvordan dette eventuelt ble løst.

Prioriterte aktiviteter med scoring journalføres for hver enkelt pasient, og informasjon innhentet via COPM-intervjuet formidles til

tverrfaglig team og andre aktuelle samarbeidspartnere.

Erfaringer og refleksjoner rundt bruk av COPM deles og diskuteres i månedlig i kollokviegrupper, og på møter i ergoterapiavdelingen annenhver måned i prosjektperioden. Prosjektleder får avsatt en dag i uken de første to månedene til arbeid med prosjektet, deretter en halv dag i uken ut prosjektperioden.

### Hvordan skal erfaringene evalueres?

Man må også beskrive hvordan man skal evaluere resultatene av prosjektet. Dette innebærer å vurdere om de målene man satte for prosjektet er nådd. Som regel vil man ha møter underveis i prosjektperioden hvor man diskuterer foreløpige erfaringer og eventuelt gjør justeringer i forhold til oppsatt plan. Aktuelle evalueringsmetoder ved prosjektslutt kan være å telle antall aktuelle hendelser, for eksempel gjennomførte vurderinger eller igangsatte tiltak. Registrering av spesifikke negative hendelser kan også være aktuelt, om prosjektet har som mål å redusere forekomst av slike.

Involverte kan også fortløpende føre loggbok hvor de systematisk registrerer hendelser, erfaringer og

refleksjoner. Ved prosjektslutt kan disse notatene oppsummeres og analyseres. Videre kan man intervju noen av de involverte (pasienter, pårørende og/eller ansatte) ved prosjektets slutt for å innhente deres erfaringer.

### EKSEMPEL

Grad av måloppnåelse i prosjektet vurderes på følgende måter:

- Alle ergoterapeuter registrerer antall gjennomførte COPM-intervjuer og re-scoringer i prosjektperioden.
- Basert på egen loggbok og diskusjoner i kollokviegrupper, på fagmøter og i tverrfaglig team oppsummerer hver terapeut egne erfaringer i forhold til om en synes COPM-intervju har gitt nyttig informasjon. Videre hvorvidt det er pasienter, problemstillinger eller situasjoner hvor en vurderer bruk av COPM som spesielt egnet eller uegnet.
- Hver terapeut vurderer egen trygghet i forhold til bruk av COPM på en skala fra en til fire, (1= svært utrygg, 4=svært trygg), og beskriver eventuelle behov for videre opplæring og/eller veiledning.

Terapeutenes vurderinger presenteres og oppsummeres på en

fagdag i avdelingen hvor også veileder og brukerrepresentant deltar. Erfaringer i prosjektperioden diskuteres og evalueres. Basert på dette tas beslutninger om videre praksis.

## Hvordan skal endringer implementeres og vedlikeholdes?

Hvordan erfaringer og tiltak skal videreføres avhenger av hvilke konklusjoner man har kommet til i evaluering av prosjektet. Uansett bør prosjektet oppsummeres i en rapport som gjøres tilgjengelig for alle som har vært involvert. Det vil som regel være naturlig at prosjektleder skriver rapporten, mens deltagerne i prosjektgruppa kommer med innspill underveis i utformingen.

Dersom en ønsker å videreføre ny praksis bør man lage en plan for hvordan dette skal gjennomføres. Basert på erfaringene fra prosjektperioden vil man ofte også gjøre noen justeringer. Aktuelle spørsmål å stille seg er om målgruppen for prosjektet skal utvides eller avgrenses, om det er andre kollegaer som bør involveres, og om noen i staben skal ha et spesielt ansvar for å holde seg oppdatert på tema eller metoden prosjektet omhandler.

Det er også lurt å planlegge et nytt møte noen måneder etter prosjektslutt, hvor en igjen diskuterer og justerer ny praksis.

## Noen praktiske tips

Avslutningsvis følger en liste med faktorer som øker sjansen for å komme vel i havn med et fagutviklingsprosjekt:

- Sikt mot «lite men godt»
- Vær sikker på støtte i ledelsen og personalgruppa
- Sikre at noen har avsatt tid til å planlegge og lede prosjektet
- Involver aktuelle deltagere og brukerrepresentanter så tidlig som mulig
- Etterspør og lær av andres erfaringer
- Ha konkrete og realistiske mål
- Bruk tid på å planlegge
- Vær forberedt på at planen kan forandres underveis
- Ikke undervurder tidsbruk – ting tar gjerne dobbelt så lang tid som man tror
- En god veileder er gull verdt!
- Oppsummer i etterkant
- Del erfaringene med andre

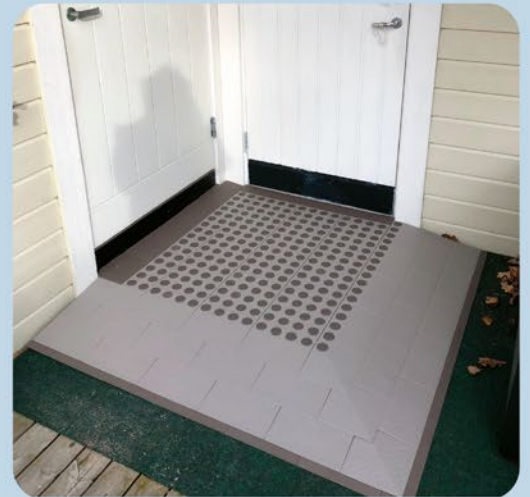
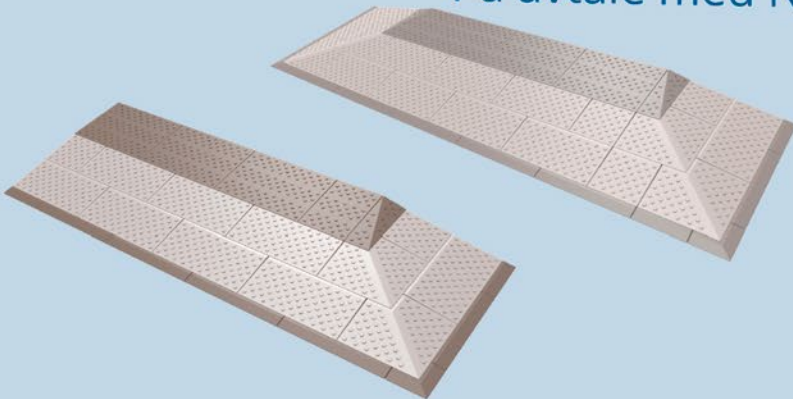
## Referanser

1. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (Manual). 5 ed: CAOT Publications ACE; 2014.
2. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (Manual, norsk versjon). 5 ed: Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering; 2015.
3. Parker DM, Sykes CH. Systematic Review of the Canadian Occupational Performance Measure: A Clinical Practice Perspective. *Br J Occup Ther*. 2006;69:11.
4. Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Can J Occup Ther*. 2004;71(4):210-22.
5. Kjekken I, Slatkowsky-Christensen B, Kvien TK, Uhlig T. Norwegian version of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with hand osteoarthritis: validity, responsiveness, and feasibility. *Arthritis Rheum*. 2004;51(5):709-15.
6. Kjekken I, Dagfinrud H, Uhlig T, Mowinckel P, Kvien TK, Finset A. Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis. *J Rheumatol*. 2005;32(8):1503-9.
7. Tuntland H, Aaslund MK, Langeland E, Espehaug B, Kjekken I. Psychometric properties of the Canadian Occupational Performance Measure in home-dwelling older adults. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2016;9:411-23.
8. Dolva AS, Sveen U, Bonsaksen T, Hagby C, Horghagen S, Solbakken AI, et al. Hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: Del 3. *Ergoterapeuten (norsk)*. 2015(2):44-9.
9. 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>.
10. Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Forland O, Kjekken I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*. 2015;15:145.
11. Langeland E, Tuntland H, Folkestad B, Forland O, Jacobsen FF, Kjekken I. A multicenter investigation of reablement in Norway: a clinical controlled trial. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):29.
12. Wressle E, Eeg-Olofsson AM, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *J Rehabil Med*. 2002;34(1):5-11.
13. Donnelly C, Carswell A. Individualized outcome measures: a review of the literature. *Can J Occup Ther*. 2002;69(2):84-94.
14. 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.
15. Tuntland H, Kjekken I, Folkestad B, Forland O, Langeland E. Everyday occupations prioritised by older adults participating in reablement. A cross-sectional study. *Scand J Occup Ther*. 2019:1-11.

# SecuCare terskeleliminator

- tilpasses enhver terskelutfordring

På avtale med NAV



# Arcona benløfter

- hjelper tunge ben opp i sengen



# iEAT spiserobot

- frihet til å spise uten hjelp fra andre



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

Øvrebo rehab



## NY KUNNSKAPSBASERT FAGLIG RETNINGSLINJE

# Robotassistert trening i rehabilitering av arm- og håndfunksjon etter hjerneslag

**Sunnaas sykehus HF har utviklet en retningslinje for bruk av robottrening for arm- og håndfunksjon for pasienter med hjerneslag.**

Av Linda Sørensen, Matthijs Wouda & Cilie Åsberg

### Bakgrunn

Hjerneslag er en av hovedårsakene til ervervet funksjonshemming hos den voksne befolkningen. Litteraturen viser at 55 til 75 prosent av personer som rammes av hjerneslag får vedvarende redusert motorisk funksjon i en arm, noe mange opplever som svært invalidiserende.

Bruk av robotikk i rehabilitering etter en skade eller sykdom, både som hjelpemiddel og treningsverktøy, vil øke i rekordfart i årene fremover. Norsk helsetjeneste må forholde seg til en verden med stadig nye utfordringer, som mangel på helsepersonell og et inntog av teknologi på flere

arenaer. Flere rehabiliteringsinstitusjoner og kommuner ønsker å ta i bruk robotikk i opptrening av sine pasienter, men mangler erfaring og kunnskap. Det er vanskelig å vite hvilken type robotikk det bør satses på, hvilke pasienter som har best effekt av bruk, dosering samt hvordan robotikktrening bør tilbys.

LHL gjennom LHL Hjerneslag og Afasi ga Sunnaas Sykehus i oppdrag å utvikle en faglig retningslinje for å sikre god kvalitet ved bruk av armrobotikk i rehabilitering av arm- og håndfunksjon hos pasienter som har gjennomgått hjerneslag. Arbeidet er finansiert av stiftelsen Dam. Dette

prosjektet, med navnet ARIS-Armrobotikk i Slagrehabilitering, er nå avsluttet og retningslinjen kan finnes på helsedirektoratet.no. Det er også utviklet et nettkurs som viser hva armrobotikk er, hvordan disse kan brukes og som presenterer anbefalingene fra den kunnskapsbaserte retningslinjen. Dette er publisert på Youtube under Sunnaas sykehus.

### Formål og målgruppe

Formålet med den kunnskapsbaserte, faglige retningslinjen er å gi systematiske og kunnskapsbaserte anbefalinger knyttet til bruk av armrobotikk for pasienter som har gjennomgått hjerneslag i både



Linda Sørensen er ergoterapispesialist og jobber med rehabiliteringsteknologi og robotikk ved Sunnaas sykehus. Hun er ph.d-stipendiat ved Universitetet i Agder.



Matthijs Wouda, ph.d., er leder for Klinisk Fysiologisk lab ved Sunnaas Sykehus og førsteamanuensis ved OsloMet.



Cilie Åsberg er ergoterapispesialist i somatisk helse ved Avdeling for vurdering ved Sunnaas Sykehus HF.



akutt og kronisk fase. Retningslinjen er ment å være et verktøy som kan gjøre treningsformen lettere tilgjengelig for helsepersonell og brukere, som kan ha nytte av det. Den skal være et hjelpemiddel som kan bistå den enkelte kliniker/terapeut til å ta i bruk armrobotikk for pasienter med hjerneslag med grunnlag i eksisterende forskning og erfaringer fra brukere og terapeuter. Dette vil kunne bidra til kunnskapsbasert og systematisk bruk av robotikk i slagrehabilitering både i primær- og spesialisthelsetjeneste.

Retningslinjer er ment som et hjelpemiddel ved avveiningene tjenesteyterne må gjøre for å oppnå forsvarlig og god kvalitet i tjenesten. De er ikke rettslig bindende, men faglig normerende for valg man anser fremmer kvalitet, god praksis og likhet i tjenesten på utgivelsestidspunktet (Helsedirektoratet.no).

Målgruppen for denne retningslinjen er ergo- og fysioterapeuter samt andre faggrupper med kompetanse innenfor rehabilitering av arm- og håndfunksjon hos pasienter som har gjennomgått hjerneslag. Retningslinjen vil kunne benyttes i både primær- og spesialisthelsetjenesten.

## Metode

Ved utvikling av den nye retningslinjen har vi benyttet Helsedirektoratets veileder for utvikling av retningslinjer. Vi vurderte før oppstart behovet og fant at en slik retningslinje hverken finnes nasjonalt eller internasjonalt. Vi opprettet en arbeidsgruppe bestående av personer med erfaring fra feltet, der habilitetsspørsmål og eventuelle interessekonflikter ble vurdert. I tillegg tok vi kontakt med fagpersoner som bidro med sin spesialkompetanse – særlig på



Webinar publisert på Sunnaas Sykehus HF-YouTube.

området kartlegging av funksjon. En bredt sammensatt referansegruppe har vært med på utformingen av prosjektet, gitt innspill på intervjuguider og treningsprotokoll samt bidratt med konkrete innspill til retningslinjen før publisering. Brukermedvirkningen fra Personskadeforbundet og LHL hjerneslag og Afasi har vært viktig helt fra innspillene som startet opp prosjektet til tilbakemeldinger på det ferdige resultatet. Forskningsbasert kunnskap ble innhentet ved å gjennomføre en systematisk oversikt over effekten av kommersielle armroboter, sammenlignet med tradisjonell behandling på personer etter hjerneslag, i subakutt eller kronisk fase. Denne systematiske oversikten er publisert i tidsskriftet RESNA: Assistive technology (Johansen et al 2023).

Den systematiske oversikten la grunnlaget for en treningsprotokoll som ble testet ut på 19 pasienter innlagt ved Sunnaas sykehus. For å kartlegge erfaringer med treningsprotokollen fra både brukeres og terapeuters perspektiv ble det gjennomført semistrukturerte dybdeintervjuer med ti pasienter, samt to fokus-

gruppeintervjuer med 13 driftsansvarlige terapeuter fra robotlab på Sunnaas sykehus.

Resultatet fra den systematiske oversikten og fra intervjuene, sammen med erfaringer fra hospiteringer i Sveits, Tyskland og USA la grunnlaget for retningslinjene og anbefalingene vi gir her.

## Arbeidsgruppen

En prosjektgruppe bestående av fire medlemmer står bak utarbeidelsen av retningslinjen, en ekspertgruppe på tre medlemmer har gitt innspill på trening- og testprotokoll og en referansegruppe bestående av seks representanter har gitt innspill både ved oppstart og underveis i prosessen.

## Anbefalinger

### ARMROBOTIKK

#### – ORGANISERING OG RUTINER

Robotassistert trening kan tilbys som *en-til-en-trening* eller gruppetrening der en *terapeut/ behandler assisterer tre til fire pasienter* på hvert sitt system. Det anbefales en treningssetting med én terapeut/ behandler og flere pasienter, da dette kan være kostnadsbesparende og gi flere pasienter tilgang til mer

trening i løpet av en rehabiliteringsperiode.

## SLAGPASIENTER I SUBAKUTT/KRONISK FASE

**Anbefaling:** Personer som har gjennomgått hjerneslag i både subakutt og kronisk fase kan ha nytte av trening med armrobotikk.

**Begrunnelse:** Resultater fra den systematiske oversikten gjennomført i ARIS-prosjektet viser at man kan forvente tilnærmet lik effekt av robotikktrening i både subakutt og kronisk fase etter et hjerneslag for bedring av hånd- og armfunksjon og reduksjon av spastisitet. Robotikktrening ser ut til å ha en større effekt på styrke i hånd og arm hos pasienter i kronisk fase, men det er stor variasjon i resultatene.

### TYPE ROBOT

**Anbefaling:** Armroboter med 1-7 frihetsgrader kan benyttes i rehabilitering av arm- og håndfunksjon hos pasienter som har gjennomgått hjerneslag.

**Begrunnelse:** I oversiktsartikkelen ble det ikke funnet signifikante forskjeller mellom type robot som ble benyttet for å oppnå effekt på hånd- og armfunksjon, styrke eller aktiviteter i dagliglivet. For reduksjon av spastisitet viser analysene en forskjell, der man har oppnådd større reduksjon hvis man benytter roboter med 1-2 grader av frihet sammenlignet med 3-7 frihetsgrader.

## TRENINGSMENGDE

### Anbefaling

Personer som har gjennomgått hjerneslag anbefales å trene 45 minutter, 3-5 ganger per uke med armrobotikk. Anbefalingen er veiledende og individuelle tilpasninger som treningsmengde, type armrobot og type spill bør vurderes til enhver tid.

Prosjektgruppe	
Linda Sørensen (Prosjektleder)	Ergoterapispesialist i somatisk helse, ph.d.-stipendiat og leder Teknologisk intervensjonssenter ved Innovasjonssenheten, Sunnaas sykehus HF. Epost: Linda.Sorensen@sunnaas.no.
Matthijs Wouda (Prosjektleder)	Fysioterapeut (ph.d.) og leder for klinisk fysiologisk laboratorium, Forskningsavdelingen, Sunnaas Sykehus HF og førsteamanuensis ved OsloMET. Epost: Matthijs.Wouda@sunnaas.no.
Cilie Åsberg (Prosjektkoordinator)	Ergoterapispesialist i somatisk helse og arbeider ved Avdeling for vurdering, Sunnaas Sykehus HF. Epost: Cilie.Asberg@sunnaas.no.
Truls Sveløkken Johansen (Prosjektkoordinator)	Ergoterapispesialist i somatisk helse og ph.d.-stipendiat ved Forskningsavdelingen, Sunnaas sykehus HF. Epost: uxjrul@sunnaas.no.
Ekspertgruppe	
Mette Thomassen	Spesialergoterapeut ved avdeling for oppfølging av hjerneskade, Sunnaas sykehus HF.
Maiken Jørgensen	Fysioterapeut og spesialist i nevrologisk fysioterapi ved avdeling for traumatisk hjerneskade, Sunnaas sykehus HF.
Anne-Margrethe Linnestad	Ergoterapispesialist i somatisk helse, ph.d.-stipendiat og fagansvarlig i klinikk Kompetanseenheten, Sunnaas sykehus HF.
Referansegruppe	
Mari Klokkeud	Ergoterapeut (ph.d.) og instituttleder ved Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helseteknologi, OsloMET.
Hanne Ludt Fossmo	Fysioterapeut, ph.d.-stipendiat og FoU-Leder ved Vikersund Bad Rehabiliteringssenter AS.
Signe Bøvolden	Brukerrepresentant for LHL.
Bente Endresen	Brukerrepresentant for LHL.
Christina Thanger	Organisasjonssekretær i Personskadeforbundet.
Frank Becker	Klinikkoverlege (PhD) ved Sunnaas Sykehus HF og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk medisin Oslo Universitetssykehus.
Hege Anmarkrud	Ergoterapeut i Molde kommune.

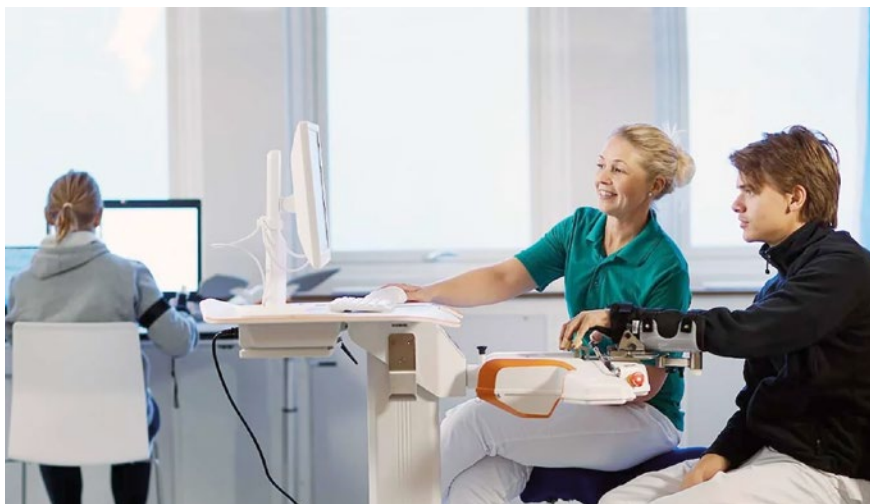
### Begrunnelse

Resultatene fra den systematiske oversikten har ikke ført til en konkret anbefaling om treningsmengde på grunn av for stor variasjon i treningsdosering som ble anvendt i studiene, inkludert i den systematiske oversikten. Retningslinjen gir derfor en anbefaling om trenings-

mengde, basert på litteratur, klinisk erfaring/ekspertise og erfaring/tilbakemeldinger fra brukere.

## TERAPEUTENS/BEHANDLERENS KOMPETANSE

**Anbefaling:** Behandleren bør ha god kompetanse på robotsystemene og kunnskap om hvilke



*En terapeut kan trene flere pasienter samtidig i robotlab ved Sunnaas sykehus.*

justeringsmuligheter (type spill, utstyr, etc.) som finnes for å kunne individualisere treningen.

**Begrunnelse:** Denne anbefaling er basert på tilbakemeldinger fra terapeuter og pasienter som ble intervjuet i prosjektet.

### VARIERT TRENINGSPROGRAM

**Anbefaling:** Innholdet i treningsprogrammet bør varieres (type spill/robot), og vanskelighetsgrad bør justeres for å oppnå bedre effekt og opprettholde treningsmotivasjon.

**Begrunnelse:** Denne anbefaling er basert på tilbakemeldinger fra terapeuter og pasienter som ble intervjuet i prosjektet.

### INDIVIDUELL TILPASNING

Den faglige retningslinjen er veiledende. Det er vesentlig å påpeke at det skal utøves gode vurderinger og faglig skjønn vedrørende den enkelte pasient, samt at helsepersonelloven alltid vil være overordnet retningslinjer.

Tilpasning og justering ved oppstart av trening med armrobotikk bør gjennomføres av en person som har god kjennskap til den aktuelle brukers kognitive og fysiske funksjon. Tett oppfølging ved oppstart er vesentlig

for å tilse at treningsformen er egnet, men også for å sikre ideell tilpasning og grundig innføring. Justering av bevegelsesutslag, avlastning og motstand underveis i treningsperioden er vesentlig for optimalt utbytte av treningen. For å opprettholde motivasjon og øke utfordringen underveis, bør det også gjøres regelmessige endringer i spill og program.

### RELEVANTE EFFEKTMÅL

Anbefalingene av hvilke utfallsmål som kan benyttes for å måle effekten av behandlingen i slagpopulasjonen, er utformet av en tverrfaglig ekspertgruppe. Den er basert på hvilke effektmål som oftest er benyttet i litteraturen knyttet til robottrening i slagpopulasjonen, samt ut fra klinisk erfaring i gruppen. Dersom man skal benytte seg av alle effektmål i testprotokollen, er estimert tidsbruk cirka 60 minutter per pasient, men kan ta lengre eller kortere tid å gjennomføre avhengig av pasientens fysiske- og eller kognitive funksjonsnivå.

Robotsystemene som benyttes, samler inn data gjeldende progresjon i spillene (poeng og tid) og Range of Motion (ROM). Disse testene har per dags dato

ikke gjennomgått validitets- eller reliabilitetstesting. Disse data er per dags dato derfor ikke anvendbare som kliniske effektmål.

I mange tilfeller inngår enkelte av effektmålene i pasientens rehabiliteringsprosess uten at det er knyttet direkte til robotassistert trening. Effektmålene som velges bør være direkte knyttet til den enkeltes mål for rehabilitering. Valg av effektmål bør sees i sammenheng med de øvrige intervensjonene som er en del av rehabiliteringsoppholdet til den enkelte. Dermed anbefales det at en eller flere av følgende tester benyttes:

### ARM- OG HÅNDFUNKSJON: Fugl Meyer Assessment (FMA).

FMA er utviklet spesifikt for vurdering av sensomotorisk funksjon hos personer med hemiplegi etter gjennomgått hjerneslag. Instrumentet måler motorisk funksjon, balanse, sensibilitet, leddutslag og leddsmarter.

### Action Research Arm Test

**(ARAT).** ARAT benyttes for å måle funksjonelle begrensninger i hånd og arm etter hjerneslag eller andre sentrale skader. Testen er egnet til å evaluere endring, samt predikere motorisk funksjon i arm- og hånd.

**Box & Blocks Test (BBT).** BBT er et kartleggingsverktøy som måler grovmotorisk fingerferdighet hos voksne med fysiske funksjonsbegrensninger.

FMA og ARAT er vurdert å måle tilnærmet de samme funksjoner. I utprøving av trenings- og testprotokollen har ARAT blitt benyttet. Dette med bakgrunn i tilgjengelighet av testutstyr, terapeutenes kompetanse i gjennomføring av testen, samt god klinisk erfaring i bruk av ARAT fra tidligere.

## ADL

**Barthel 10.** Barthel 100 er et observasjons- og vurderingsskjema for kartlegging av selvhjulpenhet i daglige aktiviteter (ADL), funksjonell mobilitet og gange.

**ABILHAND.** ABILHAND er et intervjubasert spørreskjema som kartlegger selvpålevde vansker i ulike bimanuelle daglige aktiviteter. Tilbakemeldingen fra enkelte av terapeutene, ansvarlig for gjennomføring av testene i protokollen, tyder på at ABILHAND var lite hensiktsmessig å benytte for pasienter i subakutt fase (ikke testet på pasienter i kronisk fase i ARIS prosjektet).

## SPASTISITET

**Modified Ashworth Scale (MAS).** MAS måler passiv motstand/rigiditet i muskulaturen på en skala fra 0 til 4, hvor 0 er ingen økning av muskeltonus, og 4 er rigiditet i den grad det vanskeliggjør bevegelse av leddet som måles.

## STYRKE

**Jamar dynamometer.** Jamar er et dynamometer som benyttes for å kartlegge grepsstyrke.

**Manuell Muskel Test.** Manuell muskeltest vurderer styrke i ulike muskler, og muskelgrupper. Testen vurderes ut fra bevegelse mot tyngde- og motstandskraft. Den mest benyttede metoden er Medical Research Council Scale (MRC), hvor det skåres kraft på en skala fra 0-5.

## Spesielle hensyn/risiko

I en kunnskapsoppsummering fra Mehrholz (2018) oppsummeres det at uønskede hendelser er sjelden rapportert og at robotikk derfor kan implementeres som en del av rehabiliteringstilbudet av hånd og arm. Dette støttes også av vår kliniske erfaring. Det er

likevel viktig med vurderinger opp mot risiko og aktuelle hensyn for den enkelte pasient.

I retningslinjen og webinarer gir vi en beskrivelse av når det er viktig å være ekstra varsom ved bruk av robotikk, og i hvilke tilfeller man bør velge annen behandling. Hovedsakelig handler dette om utfordringer med smerte, spastisitet, nedsatt kognitiv funksjon og synsproblematikk.

## Kunnskapsoverføring

I tillegg til publisering av retningslinjen og det nettbaserte kurset, tilbyr Sunnaas Sykehus hospitering der det kan være mulig å se og prøve ut arm- og håndrobotikk. I tillegg er personene i prosjektgruppen tilgjengelige for spørsmål, kontakt oss gjerne på mail ([linda.sorensen@sunnaas.no](mailto:linda.sorensen@sunnaas.no))

## Referanser

- Helsedirektoratet. (Helsedirektoratet, [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no), 2012).
- Johansen T, S. L., Kolskår KK, Strøm V & Wouda MF. Effectiveness of robot-assisted arm exercise on arm and hand function in stroke survivors - A systematic review and meta-analysis. *Journal of Rehabilitation and Assistive Technologies Engineering*. 10, 1-18 (2023). <https://doi.org/doi:10.1177/20556683231183639>
- Lyle, R. C. A performance test for assessment of upper limb function in physical rehabilitation treatment and research. *Int J Rehabil Res* 4, 483-492 (1981). <https://doi.org/10.1097/00004356-198112000-00001>
- Lang, C. E., Wagner, J. M., Dromerick, A. W. & Edwards, D. F. Measurement of upper-extremity function early after stroke: properties of the action research arm test. *Arch Phys Med Rehabil* 87, 1605-1610 (2006). <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2006.09.003>
- Mehrholz, J., Pohl, M., Platz, T., Kugler, J. & Elsner, B. Electromechanical and robot-assisted arm training for improving activities of daily living, arm function, and arm muscle strength after stroke. *Cochrane Database Syst Rev* 9, CD006876 (2018). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006876.pub5>
- Fugl-Meyer, A. R., Jaasko, L., Leyman, I., Olsson, S. & Steglind, S. The post-stroke hemiplegic patient. 1. a method for evaluation of physical performance. *Scand J Rehabil Med* 7, 13-31 (1975).
- Mathiowetz, V., Weber, K., Volland, G. & Kashman, N. Reliability and validity of grip and pinch strength evaluations. *J Hand Surg Am* 9, 222-226 (1984). [https://doi.org/10.1016/s0363-5023\(84\)80146-x](https://doi.org/10.1016/s0363-5023(84)80146-x)
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. W. Functional Evaluation: The Barthel Index. *Med State Med J* 14, 61-65 (1965).
- Penta, M., Tesio, L., Arnould, C., Zancan, A. & Thonnard, J. L. The ABILHAND questionnaire as a measure of manual ability in chronic stroke patients: Rasch-based validation and relationship to upper limb impairment. *Stroke* 32, 1627-1634 (2001). <https://doi.org/10.1161/01.str.32.7.1627>
- Bohannon, R. W. & Smith, M. B. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther* 67, 206-207 (1987). <https://doi.org/10.1093/ptj/67.2.206>
- Bakheit, A. M., Maynard, V. A., Curnow, J., Hudson, N. & Kodapala, S. The relation between Ashworth scale scores and the excitability of the alpha motor neurones in patients with post-stroke muscle spasticity. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 74, 646-648 (2003). <https://doi.org/10.1136/jnnp.74.5.646>
- Medical Research Council. Vol. Memorandum no. 45. London (Her Majesty's Stationary Office, London, 1976).
- Paternostro-Sluga, T. et al. Reliability and validity of the Medical Research Council (MRC) scale and a modified scale for testing muscle strength in patients with radial palsy. *J Rehabil Med* 40, 665-671 (2008). <https://doi.org/10.2340/16501977-0235>



# Permobil F3 er optimal til inne- og utebruk

med høy kvalitet og  
moderne design.

**Tettere på**  
med 30° fremover-tilt

**Deltakelse på samme nivå**  
med 300 mm seteløft

**Personlig stil**  
med 13 valgbare farger

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

Vil du vite mer?  
Kontakt oss på tlf. 67070400  
eller besøk



**permobil**

Ergoterapeuten 1-2024



# Helsepersonell vil ha flere ting på plass hvis innbyggerne skal bo trygt hjemme

Det er behov for omfattende omstrukturering av kommunenes helse- og omsorgstjenester hvis vi skal bo trygt hjemme. Ansatte trekker frem på fem områder som bør prioriteres.

Av Trude Anita Hartviksen



Trude Anita Hartviksen er ergoterapeut og Ph.d. ved Senter for omsorgsforskning, nord, UiT Norges arktiske universitet. E-post: [Trude.Hartviksen@vestvagoy.kommune.no](mailto:Trude.Hartviksen@vestvagoy.kommune.no).

**B**åde kvalitetsreformen *Leve hele livet* og *Bo trygt hjemme*-reformen løfter frem betydningen av at eldre får støtte til selv å mestre eget liv. Eldre skal kunne leve et aktivt liv og oppleve trygghet når de bor i egne hjem.

## STADIG MER KOMPLEKST

Flere oppgaver flyttes fra spesialisthelsetjenesten og institusjonstjenesten til tjenester som utøves i innbyggerens eget hjem. Dette betyr flere spesialiserte oppgaver og en økning i kompleksitet for de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Prosessen har så langt vært gjennomført uten en tilsvarende satsing på kompetanseutvikling og ressursmessig prioritering.

Senter for omsorgsforskning har tidligere i år laget en kunnskapsoppsummering om hva eldre selv mener må til for å kunne bo trygt hjemme. Her viser svarene at noe av det viktigste for de eldre selv er å vite at tjenestene er der når de trenger dem. En av studiene viser at forebyggen- de hjemmebesøk kan gi en slik trygghet, flere av studiene viser at det å bli møtt av helsepersonell som kjenner en og gir uttrykk for å være tilgjengelige ved behov, var en stor kilde til trygghet hos de eldre. Også pårørende har en sentral rolle når det gjelder Eldres trygghetsfølelse.

Senter for omsorgsforskning har også laget en kunnskapsopp-

summering om hva de ansatte i helse- og omsorgstjenestene mener må til for å sikre trygge, kommunale hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester.

## BEHOV FOR OMSTRUKTURERING

*Trygg i eget hjem?* – fra et tjenesteperspektiv er basert på 15 vitenskapelige studier fra Skandinavia, som ble publisert i perioden 2018-2023. Behovene de ansatte mener må til for å sikre trygge tjenester kan deles i fem områder. Hensikten med oppsummeringen er å identifisere, beskrive og sammenfatte kunnskap om hvilke forhold som ifølge helsepersonell er viktige for å sikre trygge kommunale hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. Følgende fem tematiske områder ble identifisert: Personsentrert tverrfaglig samarbeid, kompetanseutvikling, organisatorisk stabilitet og fleksibilitet, tillitsbasert ledelse og ressursfordeling.

## PERSONSENTRERT TVERRFAGLIG SAMARBEID

Personsentrert tverrfaglig samarbeid fremhever behovet for en mer personsentrert faglig tilnærming, endringer i verdisyn, en økt grad av tverrfaglig samarbeid og en tydeligere ansvarsavklaring innad i og mellom tjenesteyterne. Det vil kreve en omfattende endring i organisering og strukturering i de kommunale hjemmebaserte helse- og omsorgstjenestene for å kunne





*De ansatte i de kommunale helse- og omsorgstjenestene etterlyser en omfattende omstrukturering av tjenestene, hvis eldre skal bo trygt hjemme i fremtiden.*

gi personsentrert kommunikasjon og omsorg med en helhetlig forebyggende tilnærming.

### KOMPETANSEUTVIKLING

Når flere spesialiserte oppgaver med høyere kompleksitet overføres til de kommunale hjemmebaserte tjenestene, må en tilsvarende satsning på kompetanseheving gjennomføres. Dette gjelder både fagkompetanse og ledelseskompetanse i kommunale hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester.

### ORGANISATORISK STABILITET OG FLEKSIBILITET

Vi har behov for tjenester med større stabilitet, en tydelig struktur og forutsigbarhet, retningslinjer og prosedyrer, et forenklet dokumentasjonssystem og et velfungerende avvikssystem. Men det må også være rom for kreativitet og innovasjon, samt å kunne

håndtere uforutsette situasjoner. Vi trenger en heltidskultur og en forbedringskultur basert på kompetanse og engasjement.

### TILLITSBASERT LEDELSE

Ledelse av kommunale hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester er omfattende, utfordrende og komplekst, der ansattoppfølging, koordinering og faglig ledelse er viktige elementer. Dette fordrer tett lederstøtte med samtidig frihet til å ta egne beslutninger. Det anbefales en tillitsbasert ledelsesform med humor og latter, hvor ansatte opplever å bli sett, og med lederverktøy som støtter refleksjon og dialog. Studiene fremhever også behov for lederstøtte og en styrking av lederrollen.

### RESSURSFORDELING

Økte arbeidsoppgaver overføres til en kommunal hjemmebasert

helse- og omsorgstjeneste som allerede er overbelastet med oppgaver, regulert av tidsbegrensninger, og som opplever bemanningsutfordringer og høy utskiftning.

Det kan være en fare for pasientsikkerheten hvis ikke ressurser omfordles og prioriteres til disse tjenestene i takt med oppgavene. De inkluderte studiene innenfor dette tematiske området viser til at både tjenesteyter og tjenestemottaker bør ha en mer betydningsfull rolle i ressursfordelingen.

### OPPSUMMERT

Temaområdene i kunnskapsoppsummeringen viser behov for gjennomgående utviklingsprosesser i kommunale hjemmebaserte helse- og omsorgstjenester. Kort oppsummert kan dette beskrives som profesjonalisering og bedre samlet ressursutnyttelse.

# Smarttelefon - et verktøy for mestring

Av Emilio Jensen Granados, John Ulriksen, Fereshteh Halimi, Thomas Haraldson & Tanja Teigum

## Sammendrag

**Artikkelen tar for seg hvordan smarttelefoner** kan være et viktig verktøy for mestring for personer med nedsatt syn og hørsel. Johan Haakon har Usher type 2. Han deler erfaringer med å ha kombinert sansetap og hvordan teknologi har vært en integrert del av hans liv siden barndommen.

For Johan har telefonen vært essensiell, og han bruker den til å håndtere hverdagen og kommunikasjonen. Han benytter blant annet kamera-appen med nattmodus for å navigere i dårlig belyste rom. Smarttelefonens tilpasningsmuligheter, som mørk modus, kontrast og lysstyrke, har gjort det lettere for Johan å utnytte synet best mulig.

Belysning er også viktig for personer med Usher, da det kan påvirke synet deres ytterligere. Fagpersoner fra Eikholt nasjonalt ressurscenter for døvblinde forklarer betydningen av tilpasset belysning for mennesker med Usher.

Eikholt-modellen beskriver et livsløpsperspektiv for rehabilitering og tilrettelegging av teknologi for personer som Johan, som trenger kontinuerlig støtte og tilpasninger etter hvert som behovene endres.

**Nøkkelord:** Aktivitet, Usher, rehabilitering, teknologi, hverdagsmestring



*Emilio Jensen Granados er utdannet sykepleier. Han er seniorrådgiver innen informasjon- og kommunikasjonsteknologi på Eikholt – Nasjonalt ressurscenter for døvblinde.*



*John Ulriksen er utdannet innen programmering, matematikk og språk. Han er seniorrådgiver – IKT på Eikholt – Nasjonalt ressurscenter for døvblinde.*



*Fereshteh Halimi har master i økonomi og utvikling og videreutdanning i menneskerettigheter, pedagogikk og synspedagogikk. Hun er seniorrådgiver – IKT og syn på Eikholt – Nasjonalt ressurscenter for døvblinde.*



*Thomas Haraldson er utdannet teknolog med master i informasjonssystemer, fra Norge og Sør-Korea. Han er seniorrådgiver – IKT på Eikholt – Nasjonalt ressurscenter for døvblinde.*



*Tanja Teigum er utdannet ergoterapeut og kommunikasjonsrådgiver, arbeider ved Eikholt – Nasjonalt ressurscenter for døvblinde. Hun har lang erfaring fra spesialisthelsetjenesten og fra leverandørbransjen.*

*Det er ingen interessekonflikter tilknyttet artikkelen. Den er basert på intervju med Johan Haakon, som har Usher syndrom type 2. Han er anonymisert og artikkelen godkjent av intervjuobjekt.*



**S**e for deg at du sitter i et mørkt kafelokale sammen med vennene dine. Du hører lyder av latter, noen som beveger seg og dultar bort i deg. En kjent og ufarlig situasjon for de fleste av oss, men hvordan oppleves dette for en med nedsatt syn og hørsel, og hva gjør du når øyet ikke klarer å tilpasse seg mørket?

Å ha styring over eget liv er viktig for alle. For mennesker med nedsatt syn og hørsel kan opplæring i teknologi bedre hverdagsmestring, gi økt livskvalitet og mulighet for aktiv deltakelse i samfunnet. Smarttelefonen er her et godt verktøy.

### BRUKER TEKNOLOGI AKTIVT

For Johan innebærer det å ha et kombinert sansetap, at hans syn og hørsel er svekket.

Det mest uvanlige med en person med kombinert sansetap er at man er som alle andre.

Johan er 27 år gammel. Han jobber som miljøarbeider ved en skole med hørselshemmede barn som benytter tegnspråk. Johan har diagnosen Usher type 2. Dette fikk han vite da han var 18 år gammel, selv om han har hatt sykdommen hele livet.

For Johan betyr sykdommen at han har sterkt redusert nattsyn. Han har godt skarpsyn, men synsfeltet er betydelig innskrenket. Johan har brukt høreapparat fra han var liten og, som han selv sier:

– Det er en del av min identitet, jeg har ikke kjent et liv uten.

For Johan har derfor teknologi vært en del av livet siden han var baby.

God belysning er noe Johans familie alltid har vært opptatt av. Johan beskriver at i hjemmet finnes det ingen mørke krokar.



Smarttelefonen er et viktig IKT-hjelpemiddel. Foto: Shutterstock.

Familie og venner har alltid vært viktige støttespillere, med stor nysgjerrighet på ny teknologi. Det har gitt Johan bedre mulighet til å mestre sitt eget liv. Johan er også selv aktiv for å orientere seg om ny teknologi.

Johan beveger seg ikke over lengre strekninger i mørket alene. Han er avhengig av å ha noen med seg eller å bruke gode strategier for å klare seg på egenhånd. En lommelykt med styrken til en billykt gir ham bevegelsesfrihet på kjente steder når det er mørkt ute. Ved hjelp av lykten kan han på egenhånd finne veien til en ventende drosje som tar ham dit han vil. Slik har han vunnet en større grad av frihet.

– Lommelykten er en gudegave. Den er frigjørende i seg selv, sier han.

### TELEFONEN LYSER OPP MØRKET

Som bruker av teknologi hele livet, har Johan funnet mange gode løsninger på utfordringer i hverdagen. Johan benytter telefonens kamera for å få oversikt

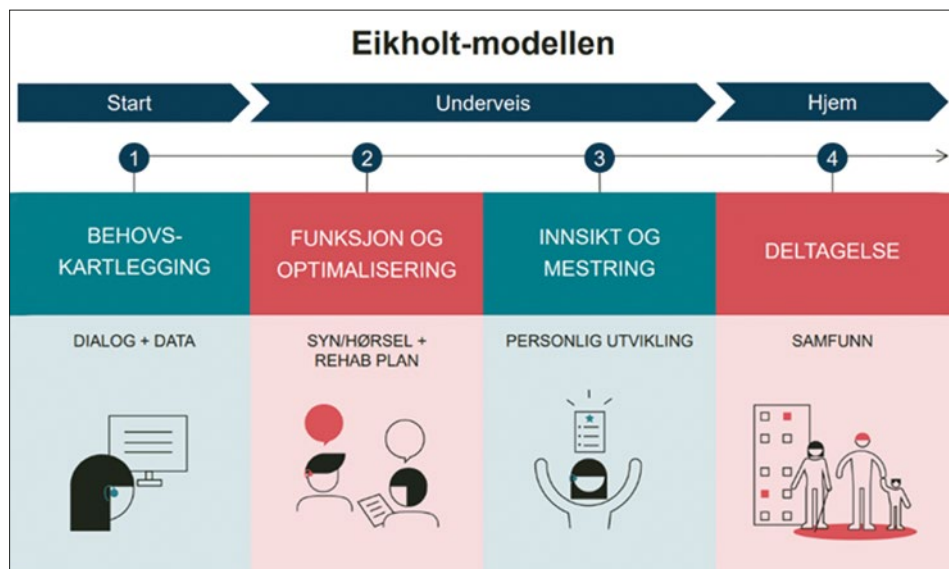
i et rom med dårlig belysning. Det kan for eksempel være på en restaurant eller en konsert. Ved å åpne kamera-appen og bruke nattmodus danner Johan seg et bilde av rommet. Dette har han selv lært seg, og denne funksjonen har han benyttet i mange år.

– Etter hvert blir jo rommet lysere, det tar jo lengre tid med meg. Når jeg føler jeg ikke har oversikt over rommet, eller ser hvor alle sitter, så tar jeg bare en rask skanning som jeg kaller det. Og det vet alle vennene mine, «nå tar han skanning, vi sitter rolig», og så smiler de til kamera når jeg skanner.

### HVORFOR ER BELYSNING SÅ VIKTIG?

Optiker Sigrid Midtbø Storkås og synspedagog Line Hovland ved Eikholt nasjonalt ressurscenter for døvblinde, har lang erfaring med å optimalisere syn for mennesker med Usher.

– Vi mennesker er avhengige av lys for at vi skal kunne se. Blir lyset for skarpt kan det føre til blinding, er lyset for svakt vil de fleste ha



*Eikholt-modellen beskriver hvordan oppfølging av personer med kombinert syns- og hørselsnedsettelse ses i et livsløpsperspektiv. (Lund & Johansson, 2020, s.20.)*

problemer med å se detaljer. Det er store individuelle forskjeller på hvilken type belysning vi foretrekker. Belysningen kan med fordel justeres etter hvilke aktiviteter vi skal utføre. Behovet for lys øker også med alder, og undersøkelser i norske hjem viser at de fleste har for lite lys hjemme. Samtidig

fører blendingskilder i nærheten av skjermer til økt muskelspenning, sier Sigrid Midtbø Storkås

Line Hovland forklarer:

– Mennesker med Usher har i tillegg til dette også andre utfordringer med synet. Økt belysning og kontrast gir bedre mulighet for å utnytte reserver i netthinnen

som er skadet av Retinitis Pigmentosa (RP). RP medfører lang adaptasjonstid, altså øyets evne til å tilpasse seg vekslende lysforhold tar lengre tid. Jevn belysning reduserer risiko for blinding. Ulike skjermer er veldig lysintensive, jevn belysning i rommet der man sitter med skjerm reduserer faren for å bli blendet.

### SMARTTELEFONEN ÅPNET EN NY VERDEN FOR MEG

Johan bruker iPhone til alt. Han bruker den som alle oss andre, og enda mer enn det. Han benytter nemlig den smarte delen av smarttelefonen.

– Jeg kom fort inn i det da jeg fikk iPhone min. Overgangen gikk som en drøm. Det var jo en helt ny verden av kommunikasjon for meg. Den moderne skjermen løftet min kommunikasjon til et nytt nivå. Jeg bruker Facetime mye for å snakke med andre. Nå har jeg også koblet iPhone til høreapparatene via Bluetooth. Det gjør dialogen lettere.



*Line Hovland er seniorrådgiver - syn og mobilitet ved Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde.*



*Sigrid Midtbø Storkås er optiker og seniorrådgiver ved Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde.*

For at Johan skal utnytte synet best mulig, bruker han mørk modus og har tilpasset lysstyrke og kontrast for hans optimale opplevelse. Mye av dette ligger i tilgjengelighetsfunksjoner under innstillinger i smarttelefonen, som mange av oss ikke kjenner til eller benytter. Johan beskriver at han er helt avhengig av god kontrast på skjermene han bruker. Han beskriver de små tilpassingene som avgjørende for hans opplevelse. Tilpasninger på smarttelefon er alltid individuelle, her må den enkelte prøve seg frem til god løsning.

– Det er så mye mer å lære om iPhone som jeg ikke visste, og som jeg har lært mye om siden forrige kurs på Eikholt. Nå har jeg tilpasset telefonen min veldig godt med lysstyrke, forstørrelse, og alt dette handler jo om energisparing for meg, for å belaste øynene mindre og ikke bli sliten. Siden tilpasningene på telefon opplever jeg en merkbar forskjell.

### HVA ER EIKHOLT?

Smarttelefonens forskjellige innstillinger og apper gir unik mulighet til å innhente informasjonen fra omgivelsene, som gir økt hverdagsmestring. Noen mestrer disse tilpasningene på egen hånd, andre trenger veiledning.

Eikholt nasjonalt ressurscenter for døvblinde ligger i Drammen og er en del av Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde (NKDB). Siden 1980 har Eikholt gitt ulike tjenester og tilbud til personer med kombinert syns- og hørselsnedsettelse, deres nærpersoner, fagpersoner og tjenesteapparatet.

Hvert år mottar cirka hver tredje person med døvblindhet ulike tilbud fra oss. IKT-kurs utgjør en stor andel av disse tilbudene.

IKT-kurs på Eikholt omfatter opplæring i alt fra datamaskiner, smarttelefoner og nettbrett til ulike programmer, apper og digitale tjenester som gjør det mulig for oss å samle informasjon, kommunisere og delta aktivt i samfunnet. IKT representerer en enorm ressurs for å oppnå hverdagsmestring i ulike livssituasjoner.

### EIKHOLT-MODELLEN

Rehabiliteringsprosessen på Eikholt bygger på Eikholt-modellen, som er både en modell og en teoretisk beskrivelse av hvordan oppfølging av personer med kombinert nedsatt syns- og hørselsfunksjon ses i et livsløpsperspektiv. Den beskriver vår praksis, hvorfor vi gjør som vi gjør og hva vi ønsker å være for brukerne og deres nærpersoner. Opplæring i teknologi gir bedre hverdagsmestring, økt livskvalitet og mulighet for aktiv deltakelse i samfunnet. Modellen består av fire faser:

- I fase 1 av Eikholt-modellen kartlegges brukers ønsker og behov gjennom dialog.
- I fase 2 kartlegges og optimaliseres syn og hørselsfunksjon i Eikholt AV-klinikk (Audiovisuell). Her har vi fokus på sanse, kommunikasjon, mobilitet og det psykososiale.
- I fase 3 gis individuelt tilpasset kurs med fokus på å gi økte ferdigheter og innsikt for økt mestring.
- I fase 4 er målet å skape aktiv deltakelse i samfunnet der brukeren er til daglig.

Siden Johans symptomer på Usher syndrom vil endre seg over tid, så vil han også få en endring i sine behov og kunnskap. Dette kan handle om kommunikasjonsmetoder, for eksempel behov for

å lære seg tegnspråk. Det kan også handle om endrede behov for å kunne benytte teknologi for å sikre informasjonsinnhenting og kommunikasjon. Oppfølging av Johan har derfor et livsløpsperspektiv, hvilket betyr at rehabiliteringsprosessen hans aldri blir ferdig (Lund & Johansson, 2020).

### Kilder

- Jakobsen, S. E. (2018, 1. september). *Eldre fikk det bedre da de skrudde på lyset*. Hentet fra <https://forskning.no/aldring/eldre-fikk-det-bedre-da-de-skrudde-pa-lyset/1228308>
- Lund, R., Johansson, A. B. (2020). *Eikholt modellen – Vårt teoretiske og ideologiske ståsted (Eikholt nasjonalt ressurscenter for døvblinde, rapport nr 01/20)*. Hentet fra [https://www.eikholt.no/app/uploads/2023/06/Eikholt-rapport-nr-01\\_20-Eikholtmodellen.pdf](https://www.eikholt.no/app/uploads/2023/06/Eikholt-rapport-nr-01_20-Eikholtmodellen.pdf)
- Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde. (u.å.). *Usher Syndrom*. Hentet fra <https://www.dovblindhet.no/usher-syndrom.4856008-480627.html>
- Mork, R. (2019). *Effects of direct glare and interaction between the visual system and the musculoskeletal system during computer work* (Doktorgradavhandling). Universitetet Sør-Øst Norge, Ås/Kongsberg.

### ANDRE KUNNSKAPSSTEDER MED RELEVANT INFORMASJON

Forsiden - Nasjonal kompetansetjeneste for døvblinde ([dovblindhet.no](https://dovblindhet.no)).

Opplæring i mobil og nettbrett for synshemmede | [www.statped.no](https://www.statped.no)

Kunnskapsbanken | Om hjelpemidler, tilrettelegging og tolk



## EUROPEISK FAGMØTE

# Arbeidsrettet og kognitiv rehabilitering for personer med multipel sklerose

**MS-Senteret Hakadal samlet forskere og klinikere fra 11 europeiske land til fagmøte om arbeidsrettet rehabilitering og kognitiv rehabilitering for personer med Multipel Sklerose (MS) 27.-28. oktober 2023.**

Av Inger Grethe Løyning

**D**et var 40 deltakere til stede, hovedsakelig ergoterapeuter, i tillegg til andre faggrupper som psykologer og nevropsykologer, sosionomer, fysioterapeuter, leger og forskere.

### TO VIKTIGE NETTVERK

MS-Senteret Hakadal er medlem i det europeiske nettverket Rehabilitation in MS (RIMS), et nettverk for forskning og best practice innen MS-rehabilitering. Special Interest Group (SIG) Occupation er en undergruppe i nettverket for helsepersonell og forskere, som har en særlig interesse for å fremme aktivitet og deltakelse i hverdagsliv, arbeidsliv og i samfunnet generelt. SIG Psychology & Neuropsychology er en tilsvarende gruppe med særlig interesse for temaer knyttet til hjernehelse, kognisjon og mental helse. I oktober var FOU-leider og ergoterapeut Inger Grethe

Løyning og MS-Senteret Hakadal vertskap for et felles fagmøte mellom SIG Occupation og SIG Psychology & Neuropsychology. Temaet var arbeidsrettet og kognitiv rehabilitering for personer med MS.

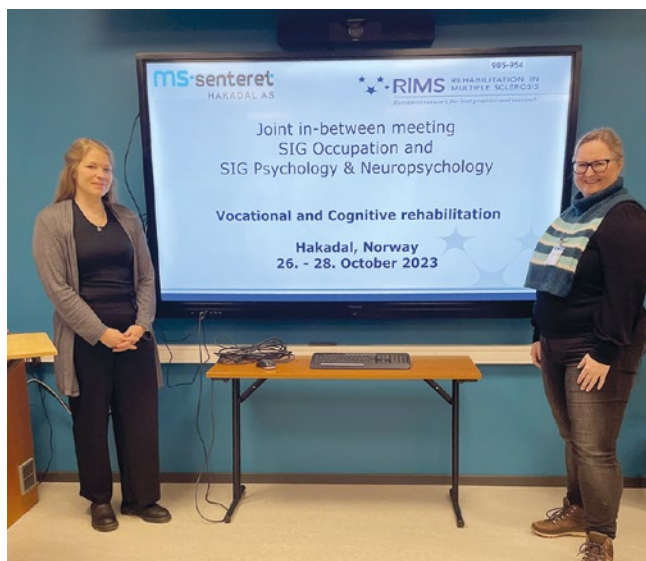
### SPENNENDE PROGRAM

På programmet sto blant annet forelesninger om barrierer for arbeidsdeltakelse og utfordringer i arbeidslivet for personer med MS i Norge og Italia. Vi fikk presentert tall på samfunnskostnadene grunnet MS i Norge. Produksjonstap, altså tapt arbeidsevne, er den største kostnaden. Man kan anta at det er stor samfunnsnytte i å bidra til at personer med MS kan være i jobb eller komme ut i arbeidslivet.

Forsker Blanca de Dios Perez, fra England, presenterte et arbeidsrettet rehabiliteringstilbud levert av ergoterapeuter i Nottingham og et pågå-



*Inger Grethe Løyning, MSc, er spesialergoterapeut og forsknings- og utviklingsleder på MS-Senteret i Hakadal.*



*Inger Grethe Løyning og nevropsykolog Ann Kristin Svendsen ønsker velkommen til fagmøte.*



*Roshan das Nair, innledet med teorigrunnlaget for forskningsmetoder.*



ende forskningsprosjekt som er tilknyttet dette. Vi fikk også høre om et spennende forskningsarbeid fra Oslo Universitetssykehus, der de ser på hvordan metoden Individual Placement and Support (IPS) og rollen til Jobbspesialister hjelper personer med psykoselidelser å finne ordinære jobber.

Kognitiv rehabilitering for personer med MS tilbys ofte som et tverrfaglig tilbud levert av ergoterapeuter og nevropsykologer. På fagmøtet fikk vi høre om kognitive rehabiliteringsprogrammer ved et nevrologisk sykehus i Finland, ved det nasjonale MS-rehabiliteringssenteret i Belgia og fra vår egen institusjon, MS-Senteret Hakadal.

### WORKSHOP

Fagmøtet består alltid av en kombinasjon av forelesninger, drøftingstid og en workshop. Årets workshop handlet om hvordan man kan designe studier med høy kvalitet for kognitiv rehabilitering og arbeidsrettet rehabilitering. Innen MS-forskningen finnes det få effektstudier for disse rehabiliteringstilbudene, og det er mange metodologiske utfordringer i studiedesign på de studiene som er gjort.

Professor i klinisk psykologi og nevropsykologi og forsker ved SINTEF, Roshan das Nair, innledet med teorigrunnlaget for forskningsmetoder før deltakerne gruppevis jobbet frem innspill som kan være relevante og viktige i fremtidige forskningsstudier. Innspillene ble strukturert ved hjelp av PICO (Population/problem, Intervention, Comparison og Outcome). En kjernegruppe av deltakere fra SIG-møtet jobber nå med å videreføre innspillene og håper å kunne presentere en sjekkliste eller guideline for hva som er viktig å vurdere når man skal designe studier på arbeidsrettet og/eller kognitiv rehabilitering for personer med MS.

Det pågår også et forskningsarbeid initiert fra Cochrane Library for å revidere det eksisterende forskningsgrunnlaget for ergoterapi ved MS fra 2003. Arbeidet ledes av professor i ergoterapi Daphne Kos fra Belgia og medlemmer fra SIG Occupation vil involveres på et senere tidspunkt for å gi innspill til hvordan ny forskningskunnskap kan implementeres i ergoterapipraksis i ulike land.

### TILBAKEMELDING FRA TO DELTAKERE

*Hilde Gundersen, ergoterapeut ved MS-Senteret Hakadal:* «Det var fint å dele erfaringer med andre ergoterapeuter som jobber med MS. I tillegg var det inspirerende å høre hvordan psykologer og sosionomer jobber innen feltet.»

*Blanca De Dios Perez, forsker ved University of Nottingham:* «SIG-møtet var en unik mulighet til å dele og lære om den nyeste forskningen og kliniske praksisen innen yrkesrettet og kognitiv rehabilitering for personer med MS. Møtet ga meg innsikt i de vanligste utfordringene i rehabiliteringsprosessene og utforsket muligheter for å løse dem.»



*Blanca De Dios Perez, forsker ved University of Nottingham.*



*Hilde Gundersen, ergoterapeut ved MS-Senteret Hakadal.*

**OSLOMET**

## Master i ergoterapi

En mastergrad gjør deg rustet til å bidra i forskning, utvikling og innovasjon. Fordyp deg innen ergoterapi, og ta valg-  
emner fra hele masterprogrammet i helsevitenskap!

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET





**Søk innen  
15. april!**

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



## Vi gleder oss til norsk fagkongress i Bodø i 2025

**Allerede til neste år kan vi møtes til norsk fagkongress i ergoterapi i Bodø. – Jeg håper flest mulig kjenner sin besøkelsestid. Dette er en unik anledning til å oppleve den kraften som oppstår når så mange ergoterapeuter er i lag, sier kongressleder Kjersti Hustoft.**

Av Else Merete Thyness

**H**un kan feire 30-års-jubileum som ergoterapeut i 2025, samme år som kongressen i Bodø finner sted. Hun var også med å arrangere den første, norske, nasjonale kongressen i ergoterapi.

– Min første jobb som ergoterapeut var i Stavanger kommune, og her ble også den første norske fagkongressen avholdt. Jeg var 25 år og fikk ansvar for kultur og selskapeligheter. Blant annet holdt jeg åpningstalen under festmiddagen. Det var utrolig artig å sette av tre hele dager til ergoterapifaget, sier Kjersti Hustoft.

Nå står den åttende fagkon-

gressen for tur. Denne gangen har hun fått et litt større ansvar. Planleggingen og gjennomføringen av fagkongressen ledes av et kongresstyre fra Ergoterapeutene Nord, og hun er kongressleder.

– Det er fint at ballen er spilt videre til oss i nord, og vi gleder oss til å ønske ergoterapeuter velkomne til noen flotte fagdager.

– *Du har deltatt på flere kongresser. Hvilke erfaringer tar du med deg fra de siste kongressene til denne?*

– Jeg synes kongresstyrene fra både Trondheim og Stavanger var gode på å skape brede programmer, som favnet mange fagom-

*Ergomannen feirer dagen sammen med kongressleder Kjersti Hustoft og ergoterapeutene i Bodø kommune.*

råder. Det mener jeg er viktig. Da vil flest mulig tenke at «hit må jeg dra for å få faglig påfyll».

Samtidig er det også noe hun har lyst til å forandre på.

– Vi ønsker at denne kongressen skal bli mer praksisnær. Noen ganger kan denne type samlinger bli for topptunge. Det blir en overvekt av forskning.

Tilbakemeldinger fra deltakerne på fagkongressen i Stavanger viser det samme.

– Forskningsrelaterte innlegg er viktige og interessante, men samtidig synes folk de kan være vanskelige å relatere til egen arbeidshverdag.



## «Hvis du har hatt en vellykket gruppe for eldre, eller et annet tiltak som har fungert godt, meld deg på og del det.»

Kjersti Hustoft

I 2025 håper de derfor at kongressen vil ha flere gode eksempler fra praksisfeltet.

– Lista for å melde seg på skal ikke være så høy. Hvis du har hatt en vellykket gruppe for eldre, eller et annet tiltak som har fungert godt, meld deg på og del det.

### KRAFT, KULTUR OG KVALITET

Temaet for fagkongressen i Bodø er «Ergoterapi for fremtiden – kraft, kultur og kvalitet».

– Vi går inn i en ny tid hvor både faget og terapeutrollen er i endring. De tre ordene kraft, kultur og kvalitet blir stikkord for hvordan vi kan tenke oss ergoterapi i fremtiden, og hva vi tror fremtiden vil kreve av oss, sier Hustoft.

Hun mener at kraft er et ord som kan trigge kreativiteten i ergoterapeuter. Kraft handler både om den styrken man har som terapeut, men også om den kraften som bor i hvert enkelt menneske.

– Og så tenker vi at Nord-Norge er fullt av kraft. Det er en egen styrke i det nordnorske folket, det ser man ikke minst i alle kraftuttrykkene våre, smiler hun.

– Hva legger dere i kultur?

– Vi har mange ulike kulturer innenfor ergoterapifeltet. De som jobber i psykiatrien har for eksempel sin kultur, mens de som jobber med barn har en annen. Samtidig jobber vi med mennesker fra veldig mange kulturer, både de som er oppvokst i Norge og de som nylig har bosatt seg i landet. Brukergruppen som ergoterapeuter ivaretar, er i endring.

Om kvalitet mener hun at ergoterapeuter er kjent for å ha en faglig tyngde for den jobben de gjør, og at kvalitet vil bli stadig viktigere i fremtiden.

– Vi er vi blitt flinkere til å bruke kvalitative metoder, og vi er blitt bedre på å basere terapien på forskning. Dette er viktig for å styrke faget vårt videre, sier hun.

### KOM TIL BODØ

Abstraktinvasjonen er allerede publisert, og de forskjellige kongresskomiteene er i gang med arbeidet sitt. Kongressen har også en egen Facebook-side og Instagramprofil.

– Arbeidet i styret er godt i gang, og vi gleder oss til å ønske velkommen til fagkongress i Bodø. Det er noe eget med stemningen i en sal med 500 ergoterapeuter, der alle forstår hva du snakker om og hvordan du tenker. Det er bare å sette av tid i kalenderen for datoene 17. til 19. september 2025. Vi har bestilt klarvær og flotte høstfarger.

– Hvordan går man frem hvis man ønsker å sende inn et abstrakt?

– Det ligger lenke til abstraktportalen på kongressens Facebook-side. Her oppretter du en konto, og så er det bare å sende inn abstraktet. Husk at fristen er første mai 2024.

Hun oppfordrer ergoterapeuter til å følge med på Facebook.

– Her vil det legges ut lenke til kongressens nettside når den er klar.



Kjersti Hustoft er ergoterapispesialist i barns helse og jobber i Bodø kommune.



Bodø er den største byen i Nordland fylke og ligger ytterst på en halvøy ut mot Vestfjorden.

- Norsk fagkongress i ergoterapi finner sted 17.-19. september 2025.
- Siste frist for innsending av abstrakter er 01.05.2024.
- Kongressens program publiseres 01.11.2024.
- Påmeldingen åpner 01.11.2024.
- Se kurskalenderen for mer informasjon og lenker til sosiale medier og fagkongressens hjemmeside.

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

## Nytt digitalt kurs i Ergoterapeuter og førerkortvurdering



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

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

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

### MODUL 1. ERGOTERAPEUTER OG FØRERKORTVURDERING.

Modul 1. gir en innføring i krav til ergoterapeuters kompetanse og rolle ved vurdering av helsekrav for førerkort. Det gir også en innføring i aktuelt regelverk, metoder og prosedyrer som kreves

som grunnlag for ergoterapeuters bidrag ved slike vurderinger.

Kurset er meritterende for spesialistordningen med 15 timer som ergoterapifaglig kurs.

**Oppstart 8. mars 2024.** Deltakerne får lenke og tilgang til kurset med litteratur og videoforelesninger.

I mars og april vil det bli arrangert et «Live-arrangement», der forelesere og kursdeltakerne møtes på Teams.

Pris for medlemmer: 2 500 kroner, tillitsvalgte: 1 500 kroner og ikkemedlemmer: 5 000 kroner.

**Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.**





## Nettkurs - Ergoterapi til barn og unge



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

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

Modul 1: Samfunnets utfordringer og ergoterapeuters kompetanse.

Modul 2: Kartlegging og målsetting.

Modul 3: Intervensjon og evaluering.

Modul 4: Utvikling av ergoterapitjenesten.

Målgruppe: Medlemmer av Ergoterapeutene

Arrangører: Ergoterapeutene

Sted: Nettkurs med digitale/fysiske nettverksgrupper

Påmelding: Kontinuerlig via Kurskalenderen på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org),

**Kurset er gratis!**





Aktivitet og  
deltakelse for alle.

Bli medlem!

# 10 gode grunner til å bli medlem

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

[www.ergoterapeutene.org/innmelding](http://www.ergoterapeutene.org/innmelding)



ergoterapeutene

# Ergoterapeutens produktregister – nå kun på nett

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

[Aktivitetshjelpemidler](#) [Datahjelpemidler](#) [Forflytningshjelpemidler](#) [Vinterhjelpemidler](#)  
[Kommunikasjonshjelpemidler](#) [Hørselshjelpemidler](#) [Ortopediske hjelpemidler](#) [Spisehjelpemidler](#)

Under finner du en totaloversikt over hvilke grupper den enkelte bedrift kan legge seg inn under, også med link til sin hjemmeside. Prisen er 1410 kroner per år for første oppføring, og deretter koster det 925 kroner per oppføring. Ved flere enn tre oppføringer avtales rabatter. Beløpet faktureres med 50 prosent to ganger i året.

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

## Behandling/trening

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

## Personlig stell og klær

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

## Forflytning

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

- 1836 - Oppbevaringsmøbler

- K 1 - Kontor-/institusjonsmøbler

## Kommunikasjon/informasjon/varsling

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

## Transportering (flytting, løfting)

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

## Hjelpemidler for barn

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





# JOSI WISMI/PRO E-DRIVE

## En elektrisk vogn til både barn og ungdom!

Josi Pro E-drive og Josi Wismi E-drive representerer en ny standard for elektriske vogner designet for barn og ungdom. Disse vognene kombinerer god posisjonering med imponerende funksjonalitet.

- **LANG REKKEVIDDE**
- **GOD FREMKOMMELIGHET**
- **SAMMENLEGGBAR**
- **STILLEGÅENDE MOTOR**
- **GOD SITTE- OG LIGGESTILLING**



### INTERESSERT?

Scann QR-koden og  
les mer her