

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Det trygge huset 6

Representant i Ergoterapeutenes forbundsstyre **12** Rehabilitering etter synsfeltutfall som følge av hjerneslag – En klinisk audit **30** Videre refleksjoner rundt aktivitetens mørke sider **46**
Æresforeleser på norsk fagkongress i ergoterapi **48**

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 Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / utgivelse

Nr. 4 – 1. aug. / 31. aug.

Nr. 5 – 3. okt. / 31. okt.

Nr. 6 – 1. des. / 31. des

Trykkeri 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Linda Stigen / 93 22 30 19

Marte B. Størseth / 23 07 29 00

Susanne Følstad / 91 53 78 27

Skender E. Redzovic / 73 55 92 29



Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Hege Munthe

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrun Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Tove Holst Skyer, forbundsleder

Tonje Hansen Guldhav, nestleder

Heidi Elisabeth Fløtten

Mariette Elise Gjerde

Judith Ekerhovd

Kathrine Færeststrand

Kamilla Lemb Herbjørnsen

Siv Iren Gjermstad

Kristin Haugen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

1. vararepresentant Karina Kolnes

2. vararepresentant Ingjerd Elisabeth Valbekmo

June Rondestvedt, varamedlem

Tori Almaas, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

Yvonne Daus Børslid, varamedlem

Monica Frovik, varamedlem

Ane Larsen Mjøen, varamedlem

Jane Helen Sveen, varamedlem



6



12



40



48

REPORTASJE

- 6 Det trygge huset**
Av Else Merete Thyness

NY ARENA

- 10 Jobber for
Kompetansesenter rus**
Av Else Merete Thyness

VÅRE TILLITSVALGTE

- 12 Representant i
Ergoterapeutenes
forbundsstyre**
Av Else Merete Thyness

KRONIKK

- 14 Hvordan møter vi ulike
kulturer?**
Av Katrine Wølstad-
Knudsen, Cathrine
Akerhaugen og Linda Stigen

FORBUNDET

- 16 Sommeren er høysesong
for lynnedslag**
Av Roar Hagen
- 18 Akkurat godt nok resultat til
at vi har unngått streik**
Av Hege Munthe
- 20 Programmet for Norsk
fagkongress i ergoterapi**
- 21 Hvem skal få
tillitsvalgtpreisen i 2022?**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

FAGLIG

- 22 Er de nye studieplanene for
ergoterapeututdanningene
i samsvar med Nasjonal
forskrift for retningslinjer for
ergoterapeututdanninger?**
Av Sissel Horghagen, Rita
Jentoft og Heidi Elisabeth
Fløtten

VITENSKAP

- 30 Rehabilitering etter
synsfeltutfall som følge av
hjerneslag – En klinisk audit**
Av Eline Aase Kordt, Trine
Lise Hansen, Anne Helen
Jacobsen, Tina Taule og
Anne Kristin Snibsør
- 40 Forsker i farten:
Mona Michelet**
Av Else Merete Thyness

AKTUELT

- 42 Fire foredragsholdere på
fagkongressen**
Av Anette Eidesen
- 44 Bli med på norsk
fagkongress i ergoterapi**
Av Else Merete Thyness
- 45 Unni Sveen blir professor
emerita i ergoterapi**
Av Else Merete Thyness

DEBATT

- 46 Videre refleksjoner rundt
aktiviteters mørke sider**
Av Vegard Horne og
Even Elias Edvardsen

PÅ DE SISTE SIDENE

- 48 Æresforeleser på den norske
fagkongressen i ergoterapi**
Av Else Merete Thyness
- 51 Etterlyser kandidater til
fokusgruppeintervjuer**
Av Linda Stigen

ANNONSER

- 52 Kursannonser**

Sol, sommer og snart fagkongress

Etter to utsettelse er det endelig klart. Den norske fagkongressen i ergoterapi venter oss rett etter sommerferien.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Det er 25 år siden den første norske fagkongressen i ergoterapi i Stavanger, samme by som nå skal huse den syvende. Jeg husker godt både spenningen og gleden over å samle så mange ergoterapeuter under ett tak for første gang. Kongressen hadde 435 deltakere, og det i en tid da forbundet ikke hadde mer enn 1200 medlemmer.

Keynote-speaker var stortingsrepresentant og SV-leder Kristin Halvorsen som snakket om menneskelig kapital. Hun trakk fram betydningen av å heie på seg selv og fortalte at når hun sto opp om morgenen og så seg selv i speilet sa hun: «Hei du, menneskelige kapital».

På denne kongressen ble det også for første gang delt ut en Erganepris. Den gikk til Nils Erik Ness, og det ble utviklet en logo, som er like spill-levende i dag: Ergomannen.

Jeg husker også godt da Ergoterapeutene i 2009 arrangerte fagkongress i Bergen med tema: «Kunnskapsbasert ergoterapi for

befolkning og samfunn». Fagbladet allerede hatt flere artikler om temaet. Året før hadde vi sågar et temanummer om kunnskapsbasert praksis. Likevel lurte jeg på om det var nok forskningsprosjekter blant ergoterapeuter i Norge til å fylle en hel kongress. Det ble også diskutert hvorvidt forskning kunne føre til at helsefagene ble snevrere. Kongressen ble en stor suksess, og i dag vet vi at forskning og fagutvikling går hånd i hånd.

Og nå står en ny fagkongress for tur. Temaet denne gangen er «Mangfold, muligheter, mestring i samfunn, fag og forskning». I denne utgaven av fagbladet har vi et intervju med æresforeleser Ingvild Kjekken. Hun oppfordrer ergoterapeuter til å stå sammen om å få fram mer god forskning. Vi har også en kort presentasjon av fire foredragsholdere på kongressen.

Da gjenstår det bare å ønske dere alle en riktig god sommer, og så håper jeg vi sees på kongress til høsten.

Lønnsforhandlinger og ærefrykt

Som medlem i Norsk Ergoterapeutforbund skal du vite at en av våre aller viktigste oppgaver er å ivareta dine lønns- og arbeidsbetingelser. Det er en av de oppgavene jeg utfører med størst ærefrykt. – På vegne av deg, som er medlem i Ergoterapeutene.



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

Medlemsundersøkelser har vist oss at dere, medlemmene, er like opptatt av lønns- og arbeidsbetingelser som av ergoterapifaget. Lønn er og forblir viktig. Det er lønna som skal sørge for at vi kan håndtere alle hverdagens utgifter. Det er lønna som skal sikre oss muligheten til å få boliglån. Arbeidsbetingelsene skal være forutsigbare, og det skal være helsefremmende å jobbe.

Sentrale forhandlinger foregår på hovedsammenslutningsnivå, og vår hovedsammenslutning er Unio. Det er Unio som forhandler på vegne av alle sine medlemsorganisasjoner, og vi er en del av Unios forhandlingsutvalg. Når det forhandles, forhandler arbeidsgiverparten også med de andre hovedsammenslutningene parallelt; LO, YS og Akademikerne. Vi sitter altså ikke alene ved bordet, hverken Ergoterapeutene eller Unio. Det er mange krefter som påvirker et forhandlingsresultat.

Hvis det blir brudd i forhandlingene, slik som i år, skal det

mekles. Riksmekleren skal da hjelpe partene frem til en enighet og unngå konflikt. Når flere hovedsammenslutninger går til brudd, skal meklerens forslag til løsning treffe alle parter, så godt som mulig. Lurer du på hvordan det lar seg gjøre? Det er vel ingen hemmelighet at det nesten er umulig, med mindre alle strekker seg langt og er svært løsningsorienterte.

Noen ganger gir meklingsskissen så dårlig uttelling at vi ikke kan takke ja. Slik var det i fjor. Da ble det streik i flere tariffområder. Andre ganger er meklingsskissen akkurat bra nok til at vi ikke kan takke nei. Slik ble det i år, i kommunesektoren, Oslo kommune og staten. I kommunesektoren var Unio imidlertid delt, og Utdanningsforbundet stemte blankt fordi skissen slo veldig ulikt ut for Unios medlemsorganisasjoner. For oss var ikke resultatet noe å rope hurra for, men det var ikke dårlig nok til å ty til streik.

I skrivende stund er vi nett-

opp ferdige med forhandlingene i Spekter-området. Der ble det hverken forhandlingsbrudd eller «akkurat godt nok». Vi fikk fremforhandlet et økonomisk resultat som tar oss et godt skritt i riktig retning, og det er jeg glad for. Vi fikk på ingen måte alt vi krevde, men det kommer flere oppgjør og flere omkamper, i alle tariffområdene.

Jeg er svært ydmyk for det ansvaret vi som arbeidstakerorganisasjon har, og den tilliten du som medlem viser oss, nettopp ved å være medlem. Jo flere vi er, jo sterkere blir vi. Ved å engasjere deg i de tariffpolitiske prosessene i forkant av hovedoppgjørene, bidrar du også til å påvirke hvilke prioriteringer vi skal ta med inn i forhandlingene.

Kampen fortsetter for lønns- og arbeidsbetingelser som skal sikre at den ressursutløsende ergoterapikompetansen verdsettes og reflekterer utdanning, kompetanse og ansvar. Takk for at du er med på laget.

DET TRYGGE HUSET

Trondheim krisesenter har hemmelig adresse. Hit kan voldsutsatte voksne og barn komme når de vil eller må ut av skadelige forhold. – Her kaller vi dem ikke ofre, men overleve fra vold i nære relasjoner, sier Anders Holthe, ergoterapeut og driftskoordinator på krisesenteret.



Anders Holthe er ergoterapeut og driftskoordinator på Trondheim krisesenter.



Grete Ulvesli er ergoterapeut og arbeider på Trondheim krisesenter.

Av de elleve miljøterapeutene som arbeider på huset er det to ergoterapeuter. Anders Holthe og Grete Ulvesli. Holthe har allerede jobbet her i fire år og har nå stillingen som driftskoordinator. Før han begynte her, jobbet han på Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt for kvinner og Trondheim fengsel.

– Jeg var ferdig utdannet ergoterapeut i 2011 fra Høyskolen i Sør-Trøndelag, og rett etter det dro jeg til Costa Rica og jobbet som frivillig med barn med funksjonsnedsettelser. Det var faktisk i en hengekøye i Costa Rica at jeg søkte jobb på Bredtveit kvinne-fengsel.

I seks år arbeidet han som miljøterapeut med syv kvinner med forvaringsdom.

– Det var et spesielt arbeidssted med et veldig spennende fagmiljø. Mandatet vårt var endringsterapi fra en kriminell livsstil til en lovgyltig en, og målet var at alle skulle tilbake til samfunnet. Da trengte de kunnskaper om hvordan fungere som en vanlig medborger. Inne på fengselet jobbet vi med aktiviteter som å trimme, botrening eller sysselsetting i arbeidsstue eller skole. Utenfor fengselsområdet øvde vi på alt fra å kjøre trikk, bruke bankkort og handle inn mat, men først og fremst handlet det om sårbare mennesker og mellommenneskelige relasjoner.

Av Else Merete Thyness

I 2018 søkte han jobben som miljøterapeut på krisesenteret. Stillingen ble omgjort til ergoterapeut da faglig forankring styrer dette i Trondheim kommune.

– Etter å ha jobbet med mennesker som har utøvd vold, hadde jeg lyst til å arbeide med de som har vært utsatt for vold og med mennesker som ikke er påtvunget hjelp, men som selv søker støtte. Inngangen til relasjonsbyggingen er veldig annerledes, sier han.

MENNESKER I KRISE

Grete Ulvesli utdannet seg også til ergoterapeut i Trondheim. Hennes yrkeskarriere startet i psykiatrien, deretter i kommunehelsetjenesten, men i 2002 fikk hun jobb på et asylmottak med ansvar for voksenopplæring. På denne tiden var det krig i Irak, så mange av beboerne var derfra. I tillegg var det flyktninger fra blant annet Iran, Afghanistan, Kongo og Sudan.

– Jeg opplevde det som nybrottsarbeid med mye miljøarbeid og stort behov for meningsfull aktivitet, forteller hun.

Etter noen år som ergoterapeut på mottak, jobbet hun først med flyktninger bosatt i kommunen før hun reiste til Irak hvor hun jobbet som frivillig helsearbeider på en klinikk.

– Etter hvert begynte jeg her på krisesenteret, og nå har jeg jobbet her i overkant av ett år. De som kommer hit er kvinner, barn og også menn som er utsatt



- Et av våre fokusområder er å ivareta barnas beste, sier Anders Holthe. - Da er aktiviteter viktig, supplerer Grete Ulvesli. Her er de på lekeloftet.

for vold. Felles for dem alle er at de er mennesker i krise. Mange er deprimerte, og noen er redde, forteller hun.

DET TRYGGE HUSET

Trondheim krisesenter er en del av Enhet for psykisk helse og rus i Trondheim kommune og er et interkommunalt lavterskeltilbud for alle beboere i Trondheim, Melhus, Malvik og Midtre Gauldal kommune. Krisesenteret har et poliklinisk tilbud og døgnåpen telefontjeneste i tillegg til botilbud for de som har akutt behov for midlertidig beskyttelse.

- Hvis du er utsatt for vold av en nær relasjon kan du ringe direkte til senteret og få et botilbud med en gang. Det er ingen søknadstid eller behov for vedtak, sier Holthe.

Huset har ni rom for beboere. Av disse er det fem familierom og fire individuelle rom.

- Totalt har vi belegg for ni voksne og 13 barn på selve huset. Dersom det kommer menn hit, har vi eksterne boenheter for dem, med eller uten barn. Det varierer veldig hvor mange som bor her, men jeg har opplevd flere ganger at det har vært fullt, sier han.

I løpet av 2021 hadde krisesenteret besøk av 47 kvinner, 28 barn og 6 menn. Dette var et annerledes år med tanke på korona-pandemien. Tallene er vanligvis høyere. Av disse hadde 68 prosent minoritetsbakgrunn.

- Hvis du har fått opphold i Norge på grunnlag av familie-gjenforening med ektefelle og så velger å forlate han, kan det oppleves som ekstra sårbart. Du må søke om opphold på nytt grunnlag, og det er ingen garanti for at du ikke må reise tilbake til eget hjemland, sier Ulvesli.

Personalet er tverrfaglig, og

HVA ER VOLD?

Vold er enhver handling rettet mot en annen person som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sine vilje eller slutte å gjøre noe den vil. (Per Isdal, 2000)



De aller fleste følger opp sine egne hverdagslige sysler som jobb og skole når livssituasjonen deres er avklart. De ordner også med sin egen mat, men to ganger i uken lager personalet middag.

alle utfører de samme arbeidsoppgavene og har det samme oppfølgingsansvaret overfor beboerne.

– Det handler blant annet om at vi jobber i turnus, og at beboerne ikke behøver å være avhengige av at en spesiell person skal komme på jobb for å få bistand, forklarer Holthe.

– Samtidig er det naturlig at de forskjellige yrkesgruppene har sine styrker, for eksempel at sosionomen er drillet på søknad til NAV, mens ergoterapeuter er gode på aktivitet og deltakelse, sier Ulvesli.

RECOVERY-PERSPEKTIV

Alle som kontakter huset, får en kartleggingsamtale ved ankomst. Her blir de ansatte kjent med personen og det blir klarlagt hvor alvorlig vold de er utsatt for, trusselformidlingen, hvilket nettverk de har, helse, økonomi og generell status.

– Etter dette handler det mye om relasjonsbygging og å skape

tillit slik at vi kommer i posisjon til å forstå og hjelpe personen. Vi forsøker hele tiden å jobbe ut fra recovery-perspektivet der det handler om å legge til rette for brukernes ønsker for sitt eget liv, bedre den mentale helsen og hjelpe dem å oppnå selvstendighet ved å ta egne valg, sier Holthe.

Vold i nære relasjoner handler om at en som står deg nær, enten det er kjæreste, ektefelle, søsken eller forelder eller en annen omsorgsperson, utøver vold mot deg. Volden kan være fysisk, psykisk, seksuell, materiell eller økonomisk. Ofte har personen levd i et kontrollregime hvor hun eller han ikke har fått være med å bestemme over eget liv og med lite sosial kontakt.

– Vi møter mange ulike mennesker, i sine mest sårbare øyeblikk, og mye av jobben handler om å bli med på og legge til rette for prosessen med å bearbeide

traumatiske opplevelser og finne tilbake til seg selv og sin egen integritet – uten voldsutøver, sier han.

Det går også mye tid på praktiske oppgaver som å få plass samlivsavtale, kontakt med barnevern, skifterett, advokat og å finne ny bolig. Noen vil gjerne ha følge til offentlige kontorer som NAV eller politiet. I tillegg kan krisesenteret sette brukerne i kontakt med andre tjenester. Dette kan for eksempel være Barne- og familietjenesten som blant annet tilbyr familieveiledning, Alternativ til vold, et behandlings- og kompetansesenter på vold, eller Helse- og velferdskontoret hvis det er aktuelt med kommunale tjenester etter at de har flyttet ut fra krisesenteret.

– Vi skal hjelpe folk å komme seg videre slik at de får et meningsfullt hverdagsliv med gode relasjoner i det vi kan kalle det normale samfunnet, sier Ulvesli.

«Det handler mye om relasjonsbygging og å skape tillit slik at vi kommer i posisjon til å forstå og hjelpe personen»

Anders Holthe

ERGOTERAPEUTENS ROLLE

Både Holthe og Ulvesli opplever at det er nyttig å være ergoterapeut i arbeidet på krisesenteret.

– Jeg tror at min ergokompetanse skinner gjennom ved at jeg ønsker å se løsninger heller enn problemer. Jeg håper det kan ha en smittende effekt på brukerne av tjenesten vår. Vi bidrar med positive aktiviteter mens de bor på senteret enten de er voksne eller barn, sier Holthe.

Mange av beboerne opplever et akutt redusert funksjonsnivå fordi de er havnet i en krise. Språket, konsentrasjonen og gjennomføringsevnen kan bli dårligere, og de kan også oppleve redusert omsorgskapasitet overfor egne barn. Mange kommer fra forhold hvor de har gjort seg avhengige av den andre parten, noe som også kan være en medvirkende årsak til at de blir i destruktive forhold.

– Da kan vi bidra til at de finner tilbake til normal funksjonsevne. På krisesenteret veileder vi i foreldrerollen, ofte i samarbeid med barnevernet. Et av våre fokusområder er å ivareta barnas beste, sier han.

Grete Ulvesli er en del av gruppen på fire som har et spesielt ansvar for barna på huset, og her er aktivitet særlig viktig.

– Barn er individuelle brukere av tilbudet vårt, og de har enten vært vitne til vold eller blitt direkte utsatt for vold. Når jeg skal bli kjent med barna, legger jeg til rette for aktiviteter som å leke gjemsel og legge puslespill eller å dra på sykkel- eller skiturer. Aktiviteten skaper grunn-

laget for de gode samtalenes med barna. Når de er trygge, kommer ordene. Jeg kan også bruke leken for å involvere en mor som kanskje er deprimert og sliten.

OPPFØLGING I REETABLERINGSFASEN

Personalet følger opp kontakten med personer og familier etter at de har flyttet fra krisesenteret. Graden av oppfølging varierer, fra sporadisk telefonkontakt til mer faste avtaler om bistand og støttesamtaler.

– Denne oppfølgingen varer vanligvis i inntil tre måneder eller frem til andre instanser tar over et eventuelt videre behov for oppfølging, sier Holthe.

– Det er viktig å støtte dem i å bygge nye relasjoner og nettverk slik at de blir deltakende i samfunnet, sier Ulvesli. Selv følger hun opp en beboer som har flyttet ut.

– I begynnelsen møttes vi og gikk i svømmehallen slik at hun skulle lære seg å bli trygg i vannet med meg som ledsager. Etter hvert viste det seg at svømmeaktiviteten hjalp henne ut av lette depresjoner og hun fikk bedre funksjonsnivå. Hun opplevde mestring, fikk gode kroppsopplevelser og går nå i bassenget på egenhånd.

Cirka 80 prosent av de som kontakter krisesenteret klarer å rive seg løs og skape egne, nye liv.

– Det er svært givende å jobbe her. Vi får være med på en ny start i mange menneskers liv, og vi bidrar med å tilrettelegge for at det skal gå bra, sier Ulvesli.



Det kommer mennesker med forskjellige nasjonaliteter til senteret, og ofte har de stor glede av å se på det store kartet i gangen.



Krisesenteret i Trondheim har fem familierom.

DØGNÅPEN TELEFON:
TRONDHEIM KRISESENTER
73 52 34 20

OSLO KRISESENTER:
22 48 03 80

BERGEN KRISESENTER
55 31 50 50

TROMSØ KRISESENTER
77 61 10 60



NAVN
June Rondestvedt
STILLING
Seniorrådgiver
HVOR
KORUS Nord

Jobber for Kompetansesenter rus

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg arbeider i KORUS Nord (Kompetansesenter rus).

– Hva jobber du som?

– Jeg arbeider som Seniorrådgiver.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg har hatt den i litt over ett år.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– KORUS Nord er et av syv regionale kompetansesentre innen rusfeltet i Norge. Vi jobber på oppdrag fra Helsedirektoratet og tilbyr kompetanseheving og veiledning innen rusforebygging, tidlig innsats, skadereduksjon, oppfølging og behandling. Det viktigste i jobben min er å bidra til tjenesteutvikling og styrke kompetansen på rusfeltet i kommunene. Dette innebærer både kursvirksomhet, undervisning, veiledning, koordinering og møtevirksomhet. Arbeidet stiller krav til faglig bevissthet og systematisk innhenting og oppdatering av kunnskap. Jeg er i kontinuerlig dialog med ansatte i kommunene i vår region, brukerrepresentanter og andre samarbeidspartnere. Noe av det viktigste er å lytte til og anerkjenne de erfaringer og behov brukere, pårørende og ansatte i kommunene har. Mitt faglige bidrag tilpasses og tar utgangspunkt i disse.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Mange mennesker som har problemer knyttet til rus, opplever utenforskap. De er i begrenset grad inkludert og delaktige i samfunnet. Nettopp derfor er det viktig å rette oppmerksomheten mot hva som skal til for å hindre og/eller forebygge utenforskap.

Det er også viktig å forstå hva som skal til for å bli en del av samfunnet igjen om en har falt utenfor. Målet med ergoterapi er deltakelse og inkludering. Dette gjelder for alle mennesker, også de som opplever utfordringer knyttet til rus. Vår kompetanse og forståelse for hvordan deltakelse og inkludering skjer og oppstår i spillet mellom person, omgivelser og aktivitet er unik. Den gir meg mulighet til å systematisere og formidle hvordan tiltak kan og bør rettes mot flere ulike områder om en skal forebygge utenforskap og fremme den enkeltes muligheter for mestring.

Jeg anvender min ergoterapi-kompetanse i det meste jeg gjør. Dette gjelder både i undervisnings- og veiledningssammenheng og i forum der det er mulighet for å komme med faglige innspill. Vår kjernekompetanse kan være med på å løse samfunnets helse- og velferdsutfordringer om vi kommer i posisjon til å påvirke.

Jobben her på KORUS Nord gir meg muligheten til å påvirke på et systemnivå. Jeg har muligheten til å formidle hva jeg som ergoterapeut mener bør vektlegges når tjenestene til brukerne skal utvikles. Eksempler på dette er at tjenester rettet mot å fremme meningsfull aktivitet bør prioriteres, at fokuset på den enkeltes ressurser er vel så



KORUS
Nord

viktig som begrensningene og ikke minst at det er brukerne selv som står i sentrum av sitt eget liv. Tjenestene bør organiseres på en slik måte at de bidrar til å styrke den enkelte og øker hans eller hennes mulighet for å mestre hverdagslivet, uavhengig av om målet er å bli rusfri, hindre utvikling av rusproblemer eller leve med rusproblemer på en sikrere måte eller forhindre tilbakefall.

Det er min ergoterapikompetanse, i kombinasjon med annen kunnskap og føringer for praksis, som gjør at jeg kan undervise, veilede og komme med innspill i arbeidet her på KORUS Nord.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Jeg mener at det er viktig og riktig å ha en ergoterapeut i denne jobben. Vi arbeider tverrfaglig og er sammensatt av mange ulike yrkesgrupper. Jeg er den eneste ergoterapeuten her på KORUS Nord, og jeg mener at vår kjernekompetanse og faglige bidrag er viktig i både undervisning, veiledning og påvirkningsarbeid.

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

– Det er svært spennende å jobbe på en slik måte. Jobben

byr på nye utfordringer og stiller store krav til kunnskap og faglig trygghet. Det liker jeg, samtidig som jeg verdsetter muligheten til å påvirke.

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

– Jeg vil anbefale ergoterapeuter å arbeide på et kompetansesenter. Spesielt om du har interesse for å arbeide på systemnivå og ønsker muligheten til å arbeide med tjenesteutvikling. Vår kjernekompetanse er viktig i dette arbeidet, både innen rusfeltet og på andre områder.



medemagruppen

Till/Till contour

Dette er et ståstativ velegnet for personer med kontrakturer, da alle støtteflater kan reguleres / justeres for å følge kroppens fasong.

Produktet leveres i 4 størrelser og er velegnet for personer mellom 75 cm og 185 cm.

Hofte- og ryggdelen på Contour modellen er dynamisk og sikrer gunstig avlastning.



Har du spørsmål ta kontakt på tlf 67 06 49 00 eller se mer info på www.medema.no


NAVN

Kristin Haugen

VERV

Region- og
forbundsstyremedlem

Representerer Ergoterapeutene Innlandet

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg arbeider ved Stiftelsen Hernes Institutt (HI) med arbeidsrettet rehabilitering.

– Hvor er du tillitsvalgt?

– Jeg sitter som forbundsstyrerepresentant for Innlandet i Ergoterapeutenes forbundsstyre.

– Hvorfor ble du tillitsvalgt?

- Jeg ble tillitsvalgt fordi jeg ville:
- benytte min medbestemmelsesrett og få påvirkningsmuligheter
- bli kjent med Ergoterapeutene som fagforbund
- etablere nettverk og bli kjent med andre ergoterapeuter
- få faglige oppdateringer og bli tryggere på kjernekompetansen

– Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Jeg var min egen tillitsvalgt i mange år, og da vi ble flere ergoterapeuter var det ønskelig at jeg fortsatte som tillitsvalgt. Jeg satt også en periode som tariffansvarlig i Hedmark fylkesstyre (2008-2014). Jeg har vært og er forbundsstyrerepresentant for denne landsmøteperioden (2020-2023). Jeg var også aktiv i Ergoterapistudentene i studietiden.

– Hvem representerer du i forbundsstyret?

– Jeg representerer Region Innlandet.

– Hvordan er forbundsstyret bygget opp?

– Forbundsstyret er valgt på landsmøtet, og det er forbundets øverste organ mellom landsmøtene. Det består av leder, nestleder og ni styremedlemmer

hvor syv er representanter fra hver region, to er øvrige og en er observatør fra Ergoterapistudentene.

– Hva er de viktigste oppgavene i forbundsstyret?

– Forbundsstyret jobber med ulike oppgaver som strategioppgaver, organiseringsoppgaver, kontroll-oppgaver og egenoppgaver, samt at styret er rådgivende for administrasjon og generalsekretær.

Jeg opplever også at vi er et bindeledd mellom forbundskontoret, regionstyret og medlemmene. Vi jobber ut fra vedtektene, programmet og budsjettene som er blitt vedtatt på landsmøtet. Vi er med på å lage årlige handlingsplaner og påser at disse handlingene blir gjennomført.

– Hva er den største utfordringen?

– Det kan være en utfordring å få oversikt over alle sakene vi skal jobbe med, spesielt når det er store og krevende saker som for eksempel høringer innen andre fagfelt enn det du selv jobber med.

Det er også utfordrende å etablere gode måter for å få innspill fra medlemmer for å sikre at man er et godt bindeledd inn til regionstyret.

– Hva tenker du er en viktig kvalitet eller egen-skap hos et medlem i forbundsstyret?

– Det er viktig å være engasjert, villig til å sette av litt tid til ekstra arbeid og bidra med sin kunnskap inn i et samarbeid hvor alle sitter med ulike kompetanse, kunnskap, erfaringer og personlighet.

– Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

– Generelt må det være det sosiale og faglige fellesskapet med andre ergoterapeuter. Muligheten til å få innblikk i andre fagområder enn mitt eget samt det å få en større forståelse for aktivitetene i forbundet.



Kristin Haugen arbeider til daglig ved Stiftelsen Hernes Institutt med arbeidsrettet rehabilitering.

Roltec BOA2 - KUN 36 cm setehøyde - smal - alle setefunksjoner



Lasal posisjoneringsputer - posisjonering - avlastning - stillingsforandring



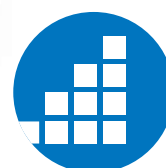
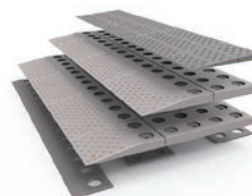
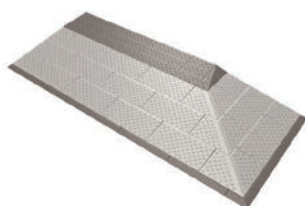
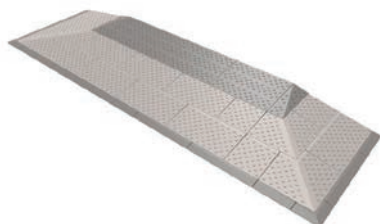
Corpoform badeputer - støtter, stabiliserer og gir trygghet



Arcona posisjoneringsputer - posisjonering - avlastning - stillingsforandring



SecuCare - terskeleliminator med mulighet for reposløsning



www.ovrebo.no

Øvrebo **rehab**

Hvordan møter vi ulike kulturer?

Pasienten hadde god fremgang da de trente ham i å gå på vannklosett på institusjonen. Da ergoterapeuten skulle på et hjemmebesøk for oppfølging så han at toalettet var et hull i bakken. Det er ikke én fasit på hva som er universell verdi for brukeren. Hvordan håndterer vestlige helsearbeidere og våre utdanninger dette?

Av Katrine Wølsted-Knudsen, Cathrine Akerhaugen & Linda Stigen



Katrine Wølsted-Knudsen er ergoterapeut og student ved master i Helsevitenskap på OsloMet.



Cathrine Akerhaugen er ergoterapeut og student ved master i Helsevitenskap på OsloMet.



Linda Stigen er ergoterapeut, studentveileder og førsteamanuensis ved NTNU Gjøvik.

Om du mister muligheten til å kle på deg eller gå på do alene, er det nærliggende å tenke at det viktigste vil være å gjenvinne ferdighetene slik at du igjen blir i stand til å klare deg selv i disse aktivitetene.

Dette er imidlertid ikke en universell verdi. Vestlig kultur og perspektiver prioriterer pasienters selvstendighet, individualiserte intervensjoner, egenomsorg og produktivitet. Disse verdiene representerer ikke nødvendigvis verdiene til majoriteten av verdens befolkning.

KOMMER TIL BYENE FOR Å FÅ OPPTRENING

Som studenter ved ergoterapiutdanningen ved NTNU Gjøvik intervjuet vi seks palestinske ergoterapeuter om hvordan de utøver faget i sin kulturelle kontekst, og hvordan geopolitiske og sosiokulturelle faktorer påvirker praksisen.

I Palestina kan forskjellene mellom bygd og by være store når det gjelder fasiliteter og levestandard. Ergoterapeutene holder ofte til i byene der mulighetene for aktiviteter og behandling er større enn på landsbygden. På bakgrunn av dette bringes pasientene inn til byene for å trene på institusjoner med ressurser og fasiliteter som ligner mer de vi møter i Vesten. Pasientens

naturlige omgivelser endres, og det skapes naturligvis store miljømessige forskjeller.

FOLK ER IKKE I SENTRUM

«Til tross for all retorikken om at folk det angår skal være i sentrum, er det en konflikt mellom teoretiske humanitære verdier og det faktum at folk som blir berørt, ikke er i sentrum for hvordan humanitær bistand blir planlagt eller gitt», uttalte Patrick Saez ved Center for Global Developments i Storbritannia i september 2021.

En ergoterapeut vi intervjuet beskrev hvordan en av pasientene hadde sagt at «Jeg har lært å spise, kle på meg og forflytte meg med rullestol. Det er veldig fint, men jeg vet ikke hvordan jeg skal få utført bønn, eller komme meg til moskeen».

Dette er et eksempel på utfordringene palestinske ergoterapeuter møter med en vestlig fagkompetanse i en østlig kultur. Det skaper konflikt i forventningene fra pasienten til dem og deres forventninger til pasienten.

FAMILIENS HJELP ER VIKTIG

I en østlig kultur er ikke ønsket om å bli selvstendig alltid det ultimate målet. Derimot er verdiene og forventningene knyttet til å bli ivaretatt av familie og andre nære relasjoner høyere verdsatt enn individuell selvstendighet i

for eksempel stell, påkledning og matlaging. Derfor passer det ikke med teorier og modeller utviklet av den vestlige verden i en østlig kultur. Helseutdanningene – og en rekke andre utdanninger, må altså forbedre og utvikle sin praksis slik at menneskene kan bli møtt der de er. Det hjelper ikke at ergoterapeutene eller annet helsepersonell spør pasienten «hva er viktig for deg?» når vi blir møtt med holdninger om at «den hvite frakken» vet best. Pasientens forventninger er derfor at ergoterapeuten eller annet helsepersonell skal ha svaret på hva som skal gjøres. Dette utfordrer helsepersonell og andre som har med seg vestlige utdanninger.

MÅ FORSVARE RETTEN TIL HJELPEMIDDEL

I velferdsstaten Norge har vi et bra helsesystem. Hvis du blir utsatt for en ulykke og blir lam, søker ergoterapeuten hjelpemidler for deg. Staten sørger for at du får en hendig elektrisk rullestol og kanskje en spesialtilpasset bil som du kan kjøre, sittende i rullestolen.

Store deler av verden har ikke et slikt helsesystem, og ergoterapeuter i Palestina opplever å måtte bruke det de har liggende for å tilrettelegge for pasienter. Om du bor i Gaza, blir lam og trenger en rullestol, må ergoterapeuten møte i retten og forsvare pasientens behov for rullestol og helsetjenester.

Hvis vi skal utvikle en universell måte å jobbe på, må vi også samarbeide om utviklingen av teorier og modeller utenfor den vestlige verden. En vestlig forståelse av selvstendighet er ikke en universell verdi, men hvis vi utvider begrepsforståelsen kan det bidra til at det inkluderes fle-



Et vestlig tankesett rundt hva som er hensiktsmessig å fokusere på i rehabilitering etter sykdom og skade, passer ikke alle brukere eller pasienter.

re kulturelle perspektiver når vi utvikler nye teorier og modeller.

Kunnskapen vi opparbeidet oss gjennom dette arbeidet tar vi, Katrine og Cathrine, med oss

inn når vi nå er masterstudenter i helsevitenskap ved OsloMet. Planen er å reise til Palestina for å gjøre datainnsamling til våre masteroppgaver høsten 2022.

Sommeren er høysesong for lynnedslag

De fleste av oss forbinder juli måned med det gode liv bestående av ferie, sol og bading. Men det er faktisk også høysesong for tordenbyger. I løpet av et år slår lynet ned cirka 120 000 ganger i Norge. Mer enn en tredjedel av disse lynnedslagene skjer nettopp i juli – mens veldig mange av oss ikke er hjemme i egen bolig.

Av Roar Hagen

Aunngå skader sparer deg for både tid og penger. Du slipper å bruke tid på å dokumentere og melde skaden, og ikke minst slipper du å betale egenandel. Hvis færre av oss trenger å bygge eller kjøpe nytt – så er det bra for både deg, oss og kloden vår.

Her er noen gode råd for å unngå skader når det lynet:

HJEMME ELLER PÅ HYTTA

- Overspenningsvern er en enhet i sikringsskapet som beskytter ditt strømnnett mot for eksempel lynnedslag. En slik enhet er det beste forebyggende tiltaket mot lynskader. Bor du i bolig bygget i 2012 eller senere så har du nok overspenningsvern i henhold til krav og forskrifter.
- Trekk ut stikkontakter til elektriske enheter når det lynet – eller før du drar på ferie. Dette gjelder også elbiler som står og lader.
- Har du noen som vanner planter eller lignende mens du er på ferie, avtal gjerne at de sjekker om strømmen har gått etter en tordenbyge. Får du slått på strømmen igjen, kan du unngå at alle frysevarer du har blir ødelagt før du kommer hjem.



- Hold deg borte fra vinduer, åpne dører og metallkonstruksjoner.

UTENDØRS

- Søk ly innendørs hvis mulig.
- Hold deg i bilen hvis du er ute og kjører.
- Unngå å fylle drivstoff på bil eller båt.
- Unngå å oppholde deg i småbåt.
- Unngå fjell- og bakketopper eller åpne sletter. Hold deg også

unna høye trær som står alene.

- Slå ned paraplyen. Det er bedre å bli våt enn å bli truffet av lyn.
- Hvis det begynner å tordne mens du bader, bør du komme deg på land snarest mulig.

Ergoterapeutenes forsikringskontor ønsker alle medlemmer en god sommer. NB! Husk å ha reiseforsikringen i orden om du skal ut på tur! www.ergoterapeuteneforsikring.org.

Kilde: Tryg Forsikring.



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.



Gode sommerminner venter

Føl deg trygg på reisen

MyPermobil* er en gratis app som kobler den elektriske rullestolen til servicesenteret og gir deg verdifulle ytelses- og bruksdata. Få rask oversikt over tilbakelagt kjørelengde, batteristatus og setefunksjoner, slik at du kan planlegge sommerdagen bedre.

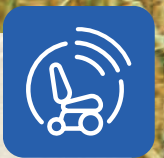
Vil du vite mer?

Kontakt oss på tlf. 67 070 400
permobil.no



*MyPermobil er kompatibel med M3 Corpus, M5 Corpus, F3 Corpus, F5 Corpus og F5 Corpus VS levert etter 1. april 2020.

permobil



LØNNSOPPGJØRET SÅ LANGT:

Akkurat godt nok resultat til at vi har unngått streik

Ergoterapeutenes mål med årets lønnsoppgjør var økt kjøpekraft for medlemmene og et ønske om å ta igjen etterslepet fra privat sektor, frontfaget.

Av Hege Munthe

Hverken i 2020 eller i 2021 fikk ergoterapeuter og andre med høyskoleutdanning det frontfaget endte opp med. Under pandemien hadde vi tariffoppgjør med usedvanlig lite penger i potten. Ergoterapeuter og medlemmer i de andre Unio-forbundene har stått i første rekke under pandemien, men tall fra det tekniske beregningsutvalg for inntektsoppgjørene (TBU) og Statistisk sentralbyrå (SSB) har vist at offentlig sektor kom svært dårlig ut. Derfor var det viktig at årets ramme i de offentlige oppgjørene ble høyere enn frontfagsrammen som i år endte på 3,7 prosent.

ENIGHET I ALLE TRE TARIFFOMRÅDENE

I alle tariffområdene har Ergoterapeutene hatt én representant i Unios forhandlingsutvalg. Forhandlingsutvalgene i Unio forhandler på vegne av alle medlemmene i de respektive forbundene.

Unio og Ergoterapeutene kom til enighet i Staten, KS og Oslo kommune, etter mekling på overtid. Det er vi veldig godt fornøyd med. Sammen med våre Unio-kolleger klarte vi å få en høyere ramme i alle tre tariffområdene enn i frontfaget. Offentlig sektor endte opp med en ramme på 3,84 prosent, og det var viktig for oss for å få tatt igjen noe av etterslepet fra de to foregående lønnsoppgjørene. Dersom offentlig sektor taper kampen om arbeidskraft, kan det resultere i at den ikke klarer å levere den kvaliteten på tjenesten innbyggerne og næringslivet forventer og har krav på.

KREVENDE MEKLINGER

Årets tariffoppgjør var et hovedoppgjør, der hele innholdet i tariffavtalene eller overenskomstene er gjenstand for forhandlinger.

Meklingene i år var krevende, og alle tariffområdene meklet på overtid. Når vi nå har fått resultat i disse tre tariffområdene, har vi ikke fått gjennomslag for

alle kravene våre. Forhandlinger og mekling handler om å se helhetsbildet og bygge sten på sten.

Forhandlingene for våre medlemmer i helseforetakene skjer etter at dette bladet har gått i trykken, mens forhandlingene i Virke-området først skjer i midten av september.

Resultatet i KS

24. mai ble det lagt frem en skisse til løsning i KS-området, der alle kommuner utenom Oslo er berørt. Alle Unio-forbundene aksepterte med unntak av Utdanningsforbundet. Dette innebar at lærerne måtte ut i streik. Resultatet slo så forskjellig ut for Unios medlemsorganisasjoner at det var vanskelig for Utdanningsforbundet å takke ja til det endelige resultatet. Et resultat vi i Ergoterapeutene ikke er veldig godt fornøyd med, men som vi samtidig ikke vurderte å streike på.

GARANTILØNN OG TILLEGG FOR ANSIENNITET

For Ergoterapeutene betyr resultatet at alle ansatte får et lønnstillegg fra 1.5.2022 på mellom 12 000 og 16 800 kroner, avhengig av utdanningsnivå og ansiennitet. I tillegg erstattes de laveste ansiennitetstrinnene med en ny, høyere startlønn som tilsvarer fire års ansiennitet (Se tabell 1).

For fagledere og ledere i kapittel 4 gis et lønnstillegg på 2,6 prosent av den enkeltes grunnlønn per 30.4.2022 med virkningsdato for ny lønn fra 1.5.2022.

LØRDAGS-, SØNDAGS-, KVELDS- OG NATTILLEGG MED VIRKNING 1.1.2023

For våre medlemmer som har lørdag- og søndagstillegg, betales det med virkning fra 1.1.2023 et tillegg på minst 22 prosent og ikke lavere enn 70 kroner per arbeidet time. For kvelds- og nattillegg betales det et tillegg for ordinært arbeid mellom klokka



Hege Munthe er Ergoterapeutenes forhandlingssjef.

21.00 og 06.00 på minst 25 prosent per arbeidet time og ikke lavere enn minst 70 kroner per arbeidet time. Virkningsdato er 1.1.2023.

ENDRINGER I KAPITTEL 1 FELLESBESTEMMELSER

Vi er ikke fornøyd med at arbeidsgiver fikk igjen-
nom sitt krav om å begrense bestemmelsen om
ammefri til barnets første leveår.

Ved beregning av ansiennitet skal nå all privat
tjeneste godskrives i lønnsansienniteten. Dog endrer
ikke dette lønnsansiennitet for arbeidstakere som
har tiltrådt før 1.5.2022.

LOKALE FORHANDLINGER

Det er ikke avsatt pott til lokale forhandlinger.

Resultatet i staten

Unio Stat har siden høsten 2021 hatt sonderinger
med Akademikerne om et tariffsamarbeid i statlig
sektor. Med bakgrunn i disse sonderingene gikk
Unio til årets lønnsforhandlinger med mål om en ny,
felles tariffavtale med Akademikerne. Nå er dette
en realitet, og det innebærer at alle lønnstillegg skal
fordeles lokalt ved den enkelte virksomhet. Kollektiv
lønnsdannelse er et viktig element i avtalen, med
mulighet for både generelle tillegg og gruppetillegg.
Målet har hele tiden vært å sikre bedre lønnsutvik-
ling for gruppene i staten med høyere utdanning.
Ikke minst vil avtalen sikre Unio større handlefrihet
over lønnsmassen til våre medlemmer. Den økono-
miske rammen ble på totalt 3,84 prosent, som er over
frontfagsrammen. Avsetning til lokale forhandlinger
blir 2,46 prosent per 1. mai 2022. Disse forhandlinge-
ne skal være gjennomført før 31.10-2022.

Med dette resultatet har vi dessverre ikke klart å
ta igjen hele lønnsgapet som har bygget seg opp,
men det er alt i alt et positivt resultat for ansatte i
staten. I tillegg til den økonomiske rammen har vi
fått gjennomslag for flere positive endringer i ho-
vedtariffavtalen.

LØNSSSTIGER

Lønssystemet er modernisert, og store medlems-
grupper er sikret en automatisk lønnsutvikling i 10
eller 16 år. Tidligere har et foreldet lønssystem snytt
flere av våre medlemmer for automatiske opprykk.
Lønnsplanheftet viser hvilke stillinger som skal plas-
seres i lønnsstigen kort (10 år) og lang (16 år).

LOKALE BESTEMMELSER

Vi har fått styrket de tillitsvalgte i lokale forhand-

Ansiennitet	Ergoterapeut	Spesialergoterapeut
0 år	35 600	36 000
2 år	24 900	25 200
4 år	14 700	14 800
6 år	14 700	14 800
8 år	14 700	14 800
10 år	14 700	15 800
16 år	14 800	16 800

Tabell 1: For KS – kommunesektoren. Alle ansatte får et lønnstillegg
fra 1.5.2022 på mellom 12 000 og 16 800 kroner.

linger på virksomhetene. Blant annet skal ingen
selv forhandle egen lønn, men ivaretas av en annen
organisasjon fra egen hovedsammenslutning. En
annen seier er at tillitsvalgte skal omfattes av den
lokale lønnspolitikken og ikke tape lønnsmessig på
vervet.

Vi klarte ikke å komme i mål om en sentral min-
stelønn på utdanningsnivå, men i utarbeidelse av
lokal lønnspolitikk, oppfordres partene til å etable-
re minstelønnsnivåer for stillinger hvor det kreves
bachelor- og masterutdanning. Dette kommer Unio
og Ergoterapeutene til å følge tett opp videre.

Resultatet i Oslo kommune

Før forhandlingene prioriterte Unio Oslo kommune
en høyere ramme enn frontfaget. Den økonomiske
rammen i Oslo kommune ble på 3,84 prosent. Alle
får et generelt tillegg på 3.71 prosent på lønnsta-
bellen, minimum 18 800 kroner med virkning fra
1.5.2022.

Det er et akseptabelt lønnsmessig resultat for ut-
danningsgruppene. Lønnsoverhenget er noe lavere
i Oslo kommune, enn de andre tariffområdene, noe
som gjør at det er mer penger til fordeling. Helgetil-
leggene er økt noe som ikke har skjedd på 10 år.

Formulering rundt uttelling for kompetanse er
blitt styrket. Nå stilles det større krav til arbeidsgiver
om å sikre en systematisk vurdering av kompetan-
seheving som får betydning for arbeidsoppgaver,
lønnsutvikling og eventuell innplassering i ny stil-
lingskode som reflekterer kompetanseutviklingen.

PARTSARBEID

Det er nedsatt partsarbeid om arbeidstøy, og det
skal arbeides med bruken av profesjonskoder for å
synliggjøre den ansattes kompetanse og utdanning.

LOKALE FORHANDLINGER

Det er ikke avsatt pott til lokale forhandlinger.



Mangfold, muligheter og mestring i samfunn, fag og forskning

Norsk fagkongress i ergoterapi
Stavanger 19.-21. september 2022

Mandag 19. september

- 08:30-10:00 **Registrering og kaffe**
- 10:00-11:00 **Åpning av kongressen**
Kulturinnslag
Velkommen ved kongressleder Randi Skumsnes
Hilsen fra ordfører i Stavanger kommune Kari Nessa Nordtun
Hilsen fra helseminister Ingvild Kjerkol
Åpningstale ved forbundsleder Tove Holst Skyer
- 11:00-11:45 **Medborgerskap, menneskerettigheter og like muligheter**
Førstelektor Kjersti Helene Haarr
- 12:00-13:00 **Enabling Social Inclusion and Belonging: A Decolonial Approach**
Professor Elelwani Ramugondo
- 13:00-14:00 Lunsj**
- 14:00-15:30 **PARALLELLESJON 1 A-L**
- 15:30-16:00 **Utstilling og kaffe**
- 16:00-17:30 **PARALLELLESJON 2 A-K**
- 19:00 **Posters and People**

Tirsdag 20. september

- 08:45-09:10 **Kulturinnslag**
- 09:10-09:55 **Aktivitetsvidenskap – en viktig videnskilde for aktivitetsfokus i ergoterapeutisk praksis**
Professor Hanne Kaae Kristensen
- 10:00-10:45 **Visjoner om funksjonshemming, inkludering og barns deltakelse**
Førsteamanuensis Mona Asbjørnslett
- 10:45-11:45 **Utstilling, postere og kaffe**
- 11:45-12:00 **Kulturinnslag**
- 12:00-13:00 **Helsefremming og forebygging. Muligheter og utfordringer i kommunal ergoterapi**
Førsteamanuensis Ruca Maass
Meningsfulle aktiviteter på norske asylmottak
Neststyrelser og daglig leder Tadalla Weriku Birmadji
- 13:00-14:00 Lunsj**
- 14:00-15:30 **PARALLELLESJON 3 A-K**
- 15:30-16:00 **Utstilling, postere og kaffe**
- 16:00-17:30 **PARALLELLESJON 4 A-L**
- 19:45 **Kongressmiddag**

Onsdag 21. september

- 09:00-09:10 **Kulturinnslag**
- 09:15-10:00 **Innspill fra to rundebordskonferanser om bærekraftig ergoterapi**
Generalsekretær og fagsjef Toril Laberg og Seksjonsleder, PhD Else Marit Holen Gravås
Pasientens rolle i endring fra 1950-2020
Leder for Ergoterapeutenes seniorforum Liv Hopen
- 10:00-10:30 **Utstilling, postere og kaffe**
- 10:30-11:30 **Æresforelesning: Hva er viktig for oss? Fremtidig fokus i ergoterapiforskning**
Seniorforsker og professor Ingvild Kjekken
- 11:30-12:00 **Trådtrekking fra kongressen**
Programleder Ingunn Myraune og Siv Iren Gjermstad
- 12:00-12:15 **Presentasjon av neste kongressby**
- 12:15-13:00 **Avslutning**
- 13:00-14:00 Lunsj og vel hjem**



Les mer om alle foredragsholdere, samt hele programmet med oversikt over alle innleggene, workshoper og rundebordskonferanser i parallellsesjonene på www.ergoterapeutene.org/fagkongress. Her finner du også en oversikt over alle posterne som blir presentert.

På nettsiden finner du også påmeldingsinformasjon og priser, hvis du enda ikke har fått meldt deg på. Alle påmeldte vil i slutten av august få tilgang til vår kongressAPP med alt du trenger av informasjon! Vi tar forbehold om at det kan bli endringer i programmet.

Hvem skal få tillitsvalgtprisen i 2022?

Kjenner du en tillitsvalgt som har gjort en vesentlig innsats? Nominer hen til Tillitsvalgtprisen 2022! Mer informasjon finner du på nettsiden vår. Husk at det er en stor glede og inspirasjon å bli nominert til prisen.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Tillitsvalgtprisen deles ut til et medlem av Norsk Ergoterapeutforbund som har gjort vesentlig innsats som tillitsvalgt. Årets tillitsvalgte kan ha utmerket seg gjennom for eksempel:

- langsiktig arbeid for å fremme ergoterapeuters vilkår og betingelser
- å være en viktig rollemodell for kollegaer og andre tillitsvalgte
- svært god forståelse for sammenhengen mellom ergoterapi som fag og betingelser i arbeidslivet
- å ha stått i spesielt krevende prosesser på vegne av sine medlemmer
- å ha utvist mot og handlekraft i krevende saker eller prosesser på vegne av sine medlemmer
- å ha gjort en særlig innsats for å aktivere, rekruttere og beholde medlemmer



Marianne Boye ble tildelt Tillitsvalgtprisen for 2021.

An advertisement featuring a close-up of a young woman with long brown hair and blue eyes. A red circular graphic on the right contains the text 'Aktivitet og deltakelse for alle.' and 'Bli medlem!'. At the bottom left, a blue banner reads '10 gode grunner til å bli medlem'. At the bottom right is the logo for 'ergoterapeutene', which consists of a red stylized 'e' and the text 'ergoterapeutene' below it.

Aktivitet og deltakelse for alle.

Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem

ergoterapeutene

Er de nye studieplanene for ergoterapeututdanningene i samsvar med Nasjonal forskrift for retningslinjer for ergoterapeututdanninger?

Våren og høsten 2021 iverksatte Kunnskapsdepartementet ved Nasjonalt organ for kvalitet i utdanning (NOKUT) evaluering av studieplanene til landets ergoterapeututdanninger. Formålet med evalueringen var å undersøke om de nye studieplanene er i samsvar med Nasjonal forskrift for retningslinjer for ergoterapeututdanninger som ble iverksatt fra 2020. Sammen med ansatte i Kunnskapsdepartementet fikk Horghagen, Jentoft og Fløtten evalueringsoppdraget. I denne artikkelen belyser vi prosessen og resultatet av denne evalueringen.

Av Sissel Horghagen, Rita Jentoft & Heidi Elisabeth Fløtten



Sissel Horghagen er ergoterapeut, førsteamanuensis og studieprogramleder for ergoterapeututdanningen ved NTNU, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.



Rita Jentoft er ergoterapeut og dosent ved ergoterapeututdanningen ved UiT, Norges arktiske universitet.



Heidi Fløtten er ergoterapeut og spesialist i barns helse. Hun arbeider ved Nordlands-sykehuset i Bodø.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

Introduksjon

FORMÅLET MED EVALUERINGEN

Kunnskapsdepartementet ved Nasjonalt organ for kvalitet i utdanning (NOKUT) iverksatte i 2021 evaluering av implementeringen av de nye studieplanene for helse- og sosialfagutdanninger. Formålet var å vurdere om implementeringen av de nye studieplanene var i tråd med *Retningslinjer for Helse- og Sosialfagutdanninger*, også omtalt som RETHOS. Evalueringen var basert på tre delkartlegginger:

- kartlegge studieplanenes etterlevelse av nasjonal forskrift for retningslinjer
- kartlegge universitetenes og høgskolenes erfaringer med de nasjonale retningslinjene
- kartlegge tjenestenes erfaringer med denne prosessen. Tjenestene er i denne sammenheng representanter fra praksisfeltet.

HVILKE UTDANNINGER BLE MED I EVALUERINGEN

NOKUT var særlig interessert i å framskaffe erfaringer som kan deles og bidra til utvikling og læring ved de ulike institusjonene. Det var også ønskelig at disse erfaringene kunne bidra til forbedringsarbeid blant tjenestene og av styringsgruppen for RETHOS. Evalueringen tok for seg et utvalg av utdanninger. Det ble begrenset til fire utdanninger fra fase 1 og fire utdanninger fra fase 2 (Se tabell 1).

Studieprogrammer som tilhører fase 1, iverksatte studieplanen høsten 2020, mens fase 2 iverksatte studieplanen høsten 2021. Totalt innbefattet dette 51 studieprogram ved åtte ulike universiteter og høyskoler.

Ergoterapeututdanningene ble valgt med sine fem studieprogram i Norge:

- Høgskulen på Vestlandet (HVL),
- Norges Tekniske og Naturvitenskapelige Universitet (NTNU)
- Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UIT)
- Oslo Metropolitan University (OsloMet)
- VID vitenskapelige høyskole (VID)

NTNU har studieprogram både på Gjøvik og i Trondheim, men de utgjør ett studieprogram. Alle de fem studieprogrammene i ergoterapi iverksatte de nye studieplanene høsten 2020. Hovedspørsmålet som ble reist for ergoterapeututdanningene var: *Er de nye studieplanene for ergoterapeututdanningene i samsvar med Nasjonal forskrift for retningslinjer for ergoterapeututdanninger?* Resultatene som er presentert i denne artikkelen, er fra NOKUT-rapporten

Fase 1	Fase 2
Ergoterapi	Medisin
Sosialt arbeid	Paramedisin
Barnevern	Psykologi
Bioingeniør	Tannpleie

Tabell 1: Utdanninger som ble innbefattet i evalueringen.

samt selvevalueringene (Haakens, Bogen, Aarstad, Fløtten, Horghagen & Jentoft, 2022).

HVORFOR NYE STUDIEPLANER

RETHOS er et svar på *Stortingsmelding nr. 13* (2011-2012) og *Stortingsmelding nr. 16* (2016-2017) som handler om kvalitet og faglig relevans i helse- og sosialfagutdanningene. Stortingsmeldingene påpekte at helse- og velferdstjenestene ikke hadde god nok innflytelse på utdanningenes faglige innhold, og at utdanningene var for statiske. Konsekvensen av det var at kompetansen til nyutdannede kandidater ikke i tilstrekkelig grad imøtekom tjenestenes kompetansebehov og brukernes behov for kvalitet i tjenestene. Meldingen konkluderte med behov for bedre styring og bedre mekanismer på nasjonalt nivå. Etableringen av RETHOS, er tidligere beskrevet i *Ergoterapeuten* av Jentoft, Bonsaksen, Horghagen, Fløtten, Osen, Kjølstad, Hurlen og Storvik (2020).

Målet med det nye styringssystemet er at utdanningene skal være framtidsrettede og i tråd med tjenestenes kompetansebehov. Retningslinjene skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå slik at kandidatene som uteksamineres, har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon. De nasjonale retningslinjene skal være førende for institusjonenes eget arbeid med utdanningene, ikke minst utviklingen av lokale studieplaner. For å kunne ha et nasjonalt likeverdig faglig nivå er læringsutbyttene i retningslinjene helt sentrale (Kunnskapsdepartementet, 2017).

Samtidig understrekes det i RETHOS' mandat at det skal være handlingsrom innenfor retningslinjene til faglig utvikling, nyskaping og institusjonell tilpassning ved den enkelte institusjon. Institusjonene kan legge til, omformulere eller dele opp læringsutbytter i studieplanene. De kan derimot ikke gjøre endringer som bidrar til at studentene ikke oppnår læringsutbyttene. Studentenes sluttkompetanse trenger ikke være «lik», men «likeverdig». Alle studieplanene som hører til helse- og sosialfagutdanningene, har tolv felles læringsutbyttebeskrivelser. Her er kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse generiske, det vil si ikke fagspesifikke.

DEN NASJONALE FORSKRIFTENS SEKS KOMPETANSEOMRÅDER

Formålet med ergoterapeututdanninger er å utdanne kandidater med kjernekompetanse i å forstå og endre samspill mellom person, aktivitet og omgivelser for å fremme helse, deltakelse og inkludering (Jentoft, Bonsaksen, Horghagen, Fløtten, Osen, Kjølstad & Hurlen, 2020). *Forskrift om nasjonal retningslinje for landets ergoterapeututdanning* konkretiserer seks kompetanseområder. Hvert av disse kompetanseområdene er inndelt i kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse (Kunnskapsdepartementet, 2017):

- aktivitet og deltakelse i hverdagslivet
- ergoterapeutisk profesjonsutøvelse
- rehabilitering, habilitering og behandling
- tilgjengelighet, teknologi og tilrettelegging
- inkludering, deltakelse og tilhørighet
- innovasjon, fagutvikling og ledelse

Tidligere styrte rammeplanen hva studentene skulle lære, inndelt i fag og studiepoeng. Det var fag som anatomi, fysiologi, psykologi, pedagogikk, sosiologi og sykdomslære. Den nasjonale forskriften er ikke inndelt i slike fag, men i de kompetanseområdene som er beskrevet over. Nå er det læringsutbyttebeskrivelsene under hvert kompetanseområde som sier hva studentene skal lære.

METODER OG GJENNOMFØRINGEN AV EVALUERINGEN

NOKUT arrangerte et informasjonsmøte i forkant av evalueringen i april 2021 der formål og framgangsmåte for evalueringen ble presentert. NOKUT ville evaluere om de nye studieplanene var i overensstemmelse med den nasjonale forskriften. Noen universitet- og høyskoleansatte mente at det ikke var gunstig å foreta en evaluering rett etter iverksettelsen av studieplanen, før utdanningene hadde gjennomført første studieår. Utdanningene som tilhørte fase 2 hadde ennå ikke iverksatt studieprogramplanene sine. Andre argumenter mot å gjøre evalueringen på dette tidspunktet, var covid-19-pandemien som gjorde arbeidssituasjonen utfordrende og uvanlig. NOKUT og Kunnskapsdepartementet valgte likevel å gjennomføre evalueringen.

Selvevalueringen ble først gjennomført. Den ble sendt ut i etterkant av informasjonsmøtet og ga studieprogrammene en frist på sju uker til besvarelse (mai 2021). NOKUT oppfordret de som hadde hatt i oppgave å utarbeide studieplanen å involvere seg i selvevalueringen.

NOKUT oppnevnte et sakkyndig utvalg for hver utdanning for å vurdere i hvilken grad de nye studieplanene var utviklet i samsvar med de nasjonale retningslinjene. NOKUT valgte dosent Rita Jentoft fra UiT til leder av komiteen, som videre ble supplert av spesialistergoterapeut Heidi Fløtten fra Nordlands-sykehuset og førsteamanuensis Sissel Horghagen fra NTNU. De sakkyndige ble vurdert å være inhabile i vurderingen av eget studieprogram, så vurderingen av disse ble gjennomført av de andre sakkyndige.

Datagrunnlaget for sakkyndigvurderingen var basert på selvevaluering fra institusjonene og studieplaner med emnebeskrivelser. NOKUT hadde laget et oppsett for spørsmål og analyse av studieplanene som blant annet tok utgangspunkt i de seks kompetanseområdene i forskriften. Dette oppsettes skulle følges både i selvevalueringen og i evalueringen av forskriften:

- introduksjonen til institusjonen og studieprogrammet
- grad av etterlevelse av retningslinjene i den lokale studieplanen
- Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «aktivitet og deltakelse i hverdagslivet» i den lokale studieplanen?
- Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «ergoterapeutisk profesjonsutøvelse» i den nye studieplanen?
- Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «rehabilitering, habilitering og behandling» i den nye studieplanen?
- Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «tilgjengelighet, teknologi og tilrettelegging» i den nye studieplanen?
- Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «inkludering, deltakelse og tilhørighet» i den nye studieplanen?
- Er det mulig å gjenfinne læringsutbyttebeskrivelsene fra kompetanseområdet «innovasjon, fagutvikling og ledelse» i den nye studieplanen?
- Vurder i hvilken grad studieplanen ivaretar retningslinjenes krav til studiets oppbygging.
- Vurder i hvilken grad studieplanen ivaretar retningslinjenes krav til praksisstudier.
- Har sakkyndige tillit til at studentene ved studieprogrammet vil kunne oppnå det intenderte læringsutbyttet som er fastsatt i retningslinjen?
- I hvilken grad har institusjonen benyttet muligheten for lokal tilpasning?

For å samle data om tjenestenes erfaringer gjen-

nomførte NOKUT individuelle intervjuer samt fokus-gruppeintervju med tjenesteaktører (blant annet ergoterapeuter fra spesialisthelsetjenesten, privat og kommunal praksis) som har bidratt i utviklingen av studieplaner ved ulike studieprogram

Det ble stilt spørsmål ved om evalueringene kunne ha hatt et mer pedagogisk mål. For eksempel kunne man ha evaluert sammenhenger mellom prosesser av læringsutbyttebeskrivelser, undervisning og vurderingsformer, slik det blant annet beskrives gjennom begrepet *constructive alignment* (Biggs & Tang, 2011) som nettopp handler om at disse tre elementene henger tett sammen. I denne artikkelen tar vi ikke opp debatten om ulike pedagogiske syn på RETHOS-prosessen og NOKUT-evalueringen, men presenterer resultatet av evalueringen. Samtidig ser vi som forfattere viktigheten av pedagogiske diskusjoner om studieplanutvikling, og det å få til gode sammenhenger mellom læringsutbyttebeskrivelser, undervisning og vurderingsformer.

Resultat

RETNINGSLINJENES ANVENDELIGHET

Overordnet beskriver alle fem ergoterapeututdanningene at de er tilfredse med retningslinjenes anvendelighet, men melder likevel om noen utfordringer. Dette handler blant annet om dekningsgrad, detaljeringsgrad og omfanget av læringsutbyttebeskrivelser i retningslinjene. En utdanning fant det utfordrende at de nye retningslinjene legger opp til at utdanningene selv må vurdere om læringsutbytterne fra RETHOS skulle legges på programnivå eller på emnenivå. Det at RETHOS' kompetanseområder ikke var fordelt på studiepoeng, er også trukket fram som en utfordring fra utdanningene. Ettersom kompetansebeskrivelsene var lite spesifikke på støttefagene (anatomi, fysiologi, psykologi, pedagogikk, sosiologi og sykdomslære) som tradisjonelt har fått mye plass i ergoterapiutdanningene, beskriver utdanningene at det har vært vanskelig å vurdere hvor mye fokus og tid som skulle tilegnes disse ulike områdene.

Det har vært annerledes å lage studieplaner basert på læringsutbyttebeskrivelser enn den tidligere rammeplanen som var basert på fag. Høgskulen på Vestlandet beskriver retningslinjene som oversiktlige, men omfattende. Kompleksiteten gjorde det utfordrende å operasjonalisere og innpasse dem i ulike emner med ulikt taksonomisk nivå. (Taksonomi er et system som klassifiserer informasjon om vanskelighetsnivået, i dette tilfellet læringsutbyttebeskrivelser). Det var en del usikker-

het knyttet til om alle læringsutbyttebeskrivelsene måtte inngå i flere emner av hensyn til progresjon som er beskrevet gjennom taksonomiene, og om enkelte læringsutbyttebeskrivelser ble trukket inn i for mange emner på ulikt taksonomisk nivå. Med tanke på at retningslinjene inneholdt mange læringsutbyttebeskrivelser, ble det krevende å sikre tilstrekkelig bruk av de enkelte læringsutbyttebeskrivelsene og i tillegg vurdere mulighetene for lokal tilpasning av dem.

LOKALE STUDIEPLANER

Utdanningene beskriver at retningslinjene er et godt utgangspunkt for utvikling av lokal studieplan. De ulike utdanningene har valgt seg lokale profiler, og de nasjonale retningslinjene gir rom for dette.

Utdanningene rapporterer at de gjennom de nye studieplanene har løftet fram kunnskap om ergoterapifagets kjerneforståelse – aktivitet og deltakelse i hverdagslivet – gjennom beskrivelsene av de seks kompetanseområdene. Det har blant annet ført til diskusjoner om man innledningsvis i utdanningen skal presentere den medisinske kunnskapen eller fagets kjerneforståelse om aktivitet og deltakelse. Generelt har man gjennom studieplanene valgt å presentere kunnskap om aktivitet og deltakelse tidligere i studiet og begrunner at dette gir studentene en god faglig identitet og profesjonell tydelighet.

ULIKE TAKSONOMIER – ULIKE VERB

NOKUT-evalueringen viser at det er utfordrende å vurdere vanskelighetsgraden i læringsutbyttebeskrivelsene fordi Kunnskapsdepartementet og utdanningene bruker ulike taksonomier. Kunnskapsdepartementet hadde sin egen taksonomi, og denne hadde verb som var mer egnet til teoretiske fag enn til fag i kategorien profesjonsutøvelse. En læringsutbyttebeskrivelse består som oftest av tre elementer: et aktivt verb som beskriver hva studenten skal kunne gjøre eller kunne av kunnskap, et objekt som beskriver det som det skal gjøres noe med og så en eventuell forutsetning for det som skal gjøres. Under beskriver vi noen eksempler på ulike nivå av kunnskap. I for eksempel Blooms taksonomi (1956), et klassifiseringssystem for ulike læringsmål som pedagoger setter for sine studenter, er det seks hierarkiske ordnede klasser:

- kunnskap – å kunne gjengi innlært stoff
- forståelse – å kunne sammenfatte og gjengi kunnskap med egne ord

- anvendelse – å kunne bruke kunnskap og forståelse i konkrete situasjoner
- analyse – å kunne se sammenhenger
- syntese – å kunne trekke egne slutninger, utlede abstrakte relasjoner
- vurdering – å kunne bedømme noe ut fra forskjellige kriterier

De ulike universitetene og høgskolene tok egne valg i bruk av taksonomier slik som Blooms taksonomi (1956) eller SOLO-taksonomien (Biggs, 2012). Det som er utfordrende med dette, er at det brukes ulike verb, og det innebærer mye tolkning når man skal forsøke å sammenstille ulike verbs styrker/vanskelighetsgrader med andre taksonomier. Når Kunnskapsdepartementet skriver «skal ha bred kompetanse» hva er da tilsvarende til det i de andre taksonomiene? Man kan stille spørsmålstegn ved om ikke universitet, høgskoler og Kunnskapsdepartementet kunne ha blitt enige om bruk av en felles nasjonal taksonomi.

EMNESTØRRELSER

De ulike universitetene og høgskolene i Norge bruker ulike systemer for emnestørrelser (antall studiepoeng). Noen bruker for eksempel systemet med 5, 10, 15, 20, 25 eller 30 studiepoeng mens andre bruker systemet med 7, 5, 15, 22,5 eller 30 studiepoeng. Det hadde vært enklere ved planlegging av utdanning og emner og i utviklingen av en delingskultur dersom universitet og høgskoler hadde hatt samme system for emnestørrelser. Se tabell 2.

Data fra studieplanene viser også ulikhet når det gjelder størrelse på bacheloroppgavene. Det er utfordrende å få til transparente systemer når universitetene har ulike systemer for emnestørrelser. Her er det et potensiale for utjevning i framtidige revideringer. Se tabell 3.

SELVEVALUERING

Hver utdanning var pålagt å sende inn en selvevaluering som en del av NOKUTs evaluering. Her kom det blant annet fram at en av de fem utdanningene måtte omgjøre de nasjonale læringsutbyttebeskrivelsene fra 62 til 20 læringsutbyttebeskrivelser av egen institusjon. Det er klart at da får disse læringsutbyttebeskrivelsene en annen utforming og endrer også på de faglige beskrivelsene. Videre måtte disse 20 læringsutbyttebeskrivelsene, som er sluttkompetanser på hva studenten skal kunne ved ferdig studium, få nye formuleringer i de ulike emnene. Da sier det seg selv at arbeidet med å se om de nye

Utdanning	Antall emner	Gjennomsnittlig emnestørrelse
UiT	12	15
HVL	14	12,8
OsloMet	15	12
VID	15	12
NTNU	17	10,6

Tabell 2: Antall emner i de nye studieplanene og emnenes gjennomsnittlige størrelse.

Utdanning	Studiepoeng	Antall ord
UiT	15	4000/7000
HVL	15	8000
OsloMet	20	8000
VID	20	12000
NTNU	22,5	8000

Tabell 3: Studiepoeng på bacheloremnene.

studieplanene er i samsvar med de nasjonale planene, er vanskelig å evaluere. Her kan man sette spørsmålstegn ved om universitet og høgskoler hadde mandat til å stille seg over den nasjonale forskriften og endre den nasjonale forskriften.

PRAKSISSTUDIER

Forskriften anbefaler praksisperioder på 15+15+20 studiepoeng fordelt med en praksisperiode på hvert studieår. Det utgjør 30 uker praksis gjennom studiet. Noen utdanninger har fulgt forskriften med tre lange praksisperioder, mens andre har laget hybridløsninger der studentene er noen dager i uken på praksis og andre dager på studiestedet. Noen utdanninger har begrunnet hybride løsninger med at det er mangel på praksisplasser med veiledning av ergoterapeut. Noen studiesteder inkluderer for- og etterarbeid på campus som en del av ekstern praksis, men dette er ikke anbefalt av forskriften.

Enkelte utdanninger har emner med tverrfaglig samarbeid og/eller tverrfaglig samarbeidslæring samt tilbud om internasjonal praksis i tredje studieår. Studieplanene viser at det er lagt opp til progresjon gjennom de tre studieårene gjennom praksisemnene. Noen utdanninger beskriver at praksisperioden i tredje studieår med fordel kan være mer utradisjonell relatert til utviklingen i ergoterapifaget. Det kan innebære det å arbeide på nye områder og på andre måter enn å ha individuell klinisk praksis, som for eksempel i frivillig sektor, folkehelsearbeid, arbeid med mennesker med sosiale utfordringer og byplanlegging relatert til universell design.

SAMARBEID MED TJENESTENE

Samtlige institusjoner innen studieprogrammet ergoterapi rapporterte om samarbeid med tjenestene i utarbeidelsen av studieplanene. Tre av institusjonene opprettet referansegrupper med representanter fra tjenestene. En institusjon hadde både referansegruppe og styringsgruppe, mens den siste institusjonen valgte å organisere samarbeidet ved bruk av et dialogmøte og deretter en dialogkafe. Alle de fem institusjonene beskriver samarbeidet med tjenestene som viktig og nyttig i utviklingen av studieplanene, men at det også har bydd på utfordringer. OsloMet skriver for eksempel at det er både en ressurs og en utfordring at ergoterapeuter kan arbeide på mange ulike arenaer og spesialisere seg innen ulike fagfelt. Dersom utdanningene skal imøtekomme alle ønskene fra tjenestene, måtte utdanningene være på mer enn tre år. Tjenestenes forventning om at studentene skal ha bred kunnskap på mange felt tidlig i studiet, er krevende. En slik forventning har utdanningen måttet veie opp mot pedagogikk, progresjon og organisering av emner, innhold og rammer rundt studiet. Det nære samarbeidet mellom institusjonene og tjenestene beskrives av utdanningene gjennom det å utarbeide samarbeidsprosjekter, å ha dialog om praksis og gjennom oppgavene som studentene skal gjøre. Utdanningene skriver i selvevalueringene at studentene er gode brobyggere mellom profesjonsutdanning og tjenestene gjennom praksisperiodene. Fire av de fem institusjonene gjør en vurdering av om tjenestene har fått større eller mindre innflytelse på utformingen av studieplanen sammenlignet med tidligere. To studieprogram beskriver at tjenestene har fått større innflytelse nå enn tidligere, mens to vurderer at innflytelsen er den samme som før. Tjenestene sitter også i studieprogramråd for flere av utdanningene.

SAMARBEID MED ANDRE FAGOMRÅDER

Alle studieprogrammene rapporterer om samarbeid med andre helse- og sosialfagutdanninger i arbeidet med ny studieplan. Mens noen tverrfaglige prosjektgrupper har hatt mest søkelys på koordinering og erfaringsutveksling underveis i arbeidet med planene, har andre vært innrettet mot utvikling eller revidering av spesifikke fellesemner. Samarbeidsprosjektene med andre utdanninger har stort sett tatt utgangspunkt i de 12 læringsutbyttebeskrivelsene som utdanningene har felles med andre helse- og sosialfaglige utdanninger. Flere utdanninger har utviklet nye fellesemner og beskriver at samarbeidet

med å utvikle emner på tvers gir gode muligheter, for at studentene blir kjent med andre utdanninger og også får øve seg på å presentere sin utdanning for andre. Samtidig understreker utdanningen at det er krevende å lage nye tverrfaglige emner når mange parter er involvert.

SAMARBEID MED ANDRE AKTØRER

Utdanningene viser til samarbeidet i *Nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning for ergoterapiutdanninger* når det gjelder det å utvikle et felles emne. Det har vært et nasjonalt samarbeid mellom ergoterapeututdanningene om å lage felles læringsutbytter og arbeidskrav i emnet «Aktivitetsanalyse» i første studieår og i alle praksisperioder. Dette har ført til økt samarbeid om pensum, læringsformer og undervisningsopplegg relatert til aktivitetsanalyse.

Gjennom selvevalueringene trekkes det også fram hvordan undervisningspersonalet har samarbeidet med studenter og de studieadministrative tjenestene om utformingen av studieplanen.

RETHOS-prosessen har bidratt til nye tverrprofesjonelle samarbeidsallianser. Nå samarbeider for eksempel ergoterapiutdanningen ved UiT med Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i utforming av digitale læringsressurser innen eldre og velferdsteknologi. Utdanningene trekker også fram det nasjonale Diku-prosjektet LOVU og prosjektet DigiSam-Digital sikkerhetskompetanse i helse og sosialfag. Ved OsloMet har programplankomiteen samarbeidet med OsloMet-akademiet om utvikling og oppbygging av læringsutbyttebeskrivelser. Dette har bidratt til at det er lettere å se sammenhengen mellom læringsutbyttebeskrivelser og vurderingsformer i emner. Både NTNU og VID beskriver at de har iverksatt prosjekter for kombinerte stillinger mellom utdanningene og henholdsvis Haukeland universitetssykehus og St. Olavs hospital. Her arbeides det med integrert bruk av læringssituasjoner i praksisemnene. UIT beskriver blant annet hvordan institusjonen har laget undervisning relatert til læringsutbyttebeskrivelsene om samers rettigheter og kulturforståelse og delt dette i LOVU-banken, som er en lærings- og vurderingsbank for de 12 felles læringsutbyttebeskrivelsene for helse- og sosialfagutdanningene. LOVU-banken skal fremme et digitalt, tverrprofesjonelt og nasjonalt utdannings-samarbeid.

ANDRE UFORUTSETTE KONSEKVENSER

Flere institusjoner rapporterer at arbeidet med ny program- og studieplan har krevd store ressurser,

uten at det har blitt tilført ekstra midler til studieplanutviklingen. En institusjon uttrykker at de er skeptiske til så mange og detaljerte læringsutbytter, særlig i praksisemnene, og at dette kan virke overveldende både for studenter og veiledere. En institusjon påpeker at fordi retningslinjene og studieplanen har lagt opp til en tydeligere ergoterapiprofil, må utdanningen nå ha økt fokus på å tydeliggjøre for tjenestene hvilken kompetanse kandidatene har innen ulike områder. Det må kommuniseres at studentene også kvalifiserer til stillinger som ikke er utlyst som ergoterapeutstillinger. To institusjoner påpeker at situasjonen med covid-19 har gjort implementeringen av ny studieplan krevende. Samtidig beskriver utdanningene at arbeidet med revideringen har ført til tettere samarbeid mellom ergoterapiutdanningene. Flere viser også til at tilbakemeldinger fra praksisfeltet tyder på at studentene har bedre kunnskaper om person, aktivitet og deltakelse etter implementeringen av de nye studieplanene.

Diskusjon

Flere av institusjonene understreker at den nasjonale forskriften i stor grad var lik fagmiljøenes ønsker om endringer, og at de seks kompetanseområdene (Kunnskapsdepartementet, 2019; Jentoft et al., 2020) er brukt aktivt som et styringsdokument for de nye studieplanene. Det er ingen innsigelser på innholdet i de seks kompetanseområdene. De seks kompetanseområdene leder fram til tydelige og gjennomgående aktivitets- og deltakelsesfokus i de lokale studieplanene. Evalueringen til NOKUT har undersøkt hvordan hvert eneste kompetanseområde gjenfinnes i emnene i studieplanene, og om det er god nok progresjon fra første til tredje året. Noen av utdanningene må bedre progresjonen særlig når det gjelder læringsutbyttebeskrivelsene som handler om kunnskap (Haakens, Sinderud, Aarstad, Jentoft, Fløtten & Horghagen, 2022).

De nye studieplanene er designet for å oppnå bærekraftige og fleksible utdanninger. For å få til dette har NOKUT-evalueringen lagt vekt på innspill fra tjenestene. Det er nytt å gi tjenestene en stor plass både i arbeidet med å utforme den nasjonale forskriften, men også ved å invitere de inn i evalueringen. Det vil vise seg etter iverksettelsen av de nye studieplanene om tjenestene har en reell mulighet for påvirkning. Utdanningene kan i fortsettelsen også bruke *Studieprogramrådet* til å få innspill på de enkelte studieplanene. Institusjonene beskriver også at det har vært diskusjoner om det å gå over fra å ha en

rammeplan med fag som har studiepoeng, til å ha en studieplan som er styrt av læringsutbyttebeskrivelser. Det er en annen måte å planlegge utdanning på. Dette har vært og er en krevende øvelse for ansatte og studenter, og fremtiden vil vise om studieplanene kan være like nok, eller utvikle seg til å bli mer forskjellige enn tidligere, og hvor tydelig lokal profil det er ønskelig at hver utdanning skal ha. Det kan også ta tid å venne seg til å tenke annerledes om studieplanarbeidet, at vi ikke har hovedfag og støttefag, men er styrt av læringsutbyttebeskrivelser.

Det kom fram i evalueringen, men også som diskusjoner i for eksempel Khrono (Johansen, 2018), om det skulle ha vært lagt mer vekt på sammenheng mellom læringsutbyttebeskrivelser, pedagogiske læringsformer og evalueringsformer i det nasjonale arbeidet, jamfør beskrivelser om «constructed alinement» (Biggs & Tang, 2011). Opp imot dette beskriver Johansen, som er ansatt i Kunnskapsdepartementet, at det er en misforståelse å tro at de nasjonale retningslinjene skal beskrive pedagogiske metoder eller undervisningsformer. De nasjonale retningslinjene er en del av det nye styringssystemet som definerer sluttkompetanse og ikke innsatsfaktorer. Hun understreker at departementet ikke legger seg opp i hvordan sluttkompetansene oppnås.

Evalueringen viser at det på enkelte områder kunne ha vært mer nasjonal samstemthet, slik som felles taksonomier og felles system for emnestørrelser. Det reflekteres at økt samstemthet kunne legge et bedre grunnlag for å utvikle en delingskultur mellom utdanningene. Det har også vært diskusjoner om det er nødvendig at hver institusjon utvikler sin egen studieplan. Dette er en diskusjon som blant annet har vært reist av studentorganisasjonen, men også blant ansatte på utdanningene i forbindelse med utviklingen av de nye studieplanene. Arbeidet med å utvikle lokale programplaner er utfordrende og tidkrevende. Samtidig gir det rom for å utvikle lokale profiler. Det har i forbindelse med dette vært diskusjoner om Norge skulle følge trenden fra mange andre land, der man har ergoterapeututdanning kun som en masterstudie. Det er Kunnskapsdepartementet som fatter slike vedtak, og de opprettholder foreløpig at ergoterapeututdanninger i Norge er på bachelornivå. Norge ble mer samstemt med europeisk utdanning etter Bologna prosessen (Rauhvargers, Deane & Pauwels, 2009).

Alle utdanningene har erfart at de har blitt pålagt å ha fellesemner med andre program fra sin egen institusjon. Dette har ført til diskusjoner om hvor stor

del av emnene som skal være generiske emner opp imot profesjonsspesifikke emner. I de gamle rammeplanene var flere studiepoeng knyttet til generiske emner. I den nasjonale forskriften for retningslinjer for ergoterapeututdanninger er det 12 felles læringsutbyttebeskrivelser. Det er opp til hvert studiested i hvor stor grad de kan relatere felles generiske læringsutbyttebeskrivelser til feltet ergoterapi, men studentene skal ha oppnådd læringsutbyttebeskrivelsene i de generiske emnene. Dette er utfordrende balanseangler.

Praksis har fått økt fokus i den nye forskriften, og flere av studiestedene bruker mange ressurser på å skaffe praksisplasser. Flere av utdanningene beskriver det som utfordrende å skaffe nok praksisplasser. Det er behov for at flere ergoterapeuter veileder studenter i praksis, og her trengs også nasjonale tiltak. Det kom også tydelig fram av evalueringen at studiestedene har noe ulike forståelse av forskriftens paragraf 23 angående praksisstudier. Utdanningene organiserer praksis ulikt. Noen studenter har sammenhengende ti uker i praksisfeltet, mens andre har en kombinasjon av dager i praksisfeltet og arbeid på campus i de samme ukene. Evalueringsrapporten til NOKUT oppfordrer utdanningene til å følge forskriften.

Konklusjon

Sakkyndiggruppen vurderer at studieplanene i all hovedsak er i tråd med de nasjonale retningslinjene. De påpeker imidlertid flere forbedringspunkter, blant annet knyttet til progresjon av læringsutbyttebeskrivelser i praksis. Flere læringsutbytter er også gjengitt på et lavere nivå enn i retningslinjene, som blant annet kan skyldes at bruk av ulike taksonomi har gjort vurderingen av etterlevelse utfordrende.

Generelt er institusjonene tilfredse med retningslinjenes anvendelighet, men de opplever detaljnivået og det store antallet læringsutbytter som utfordrende. De beskriver at retningslinjene gir rom for lokale tilpasninger, men at handlingsrommet kan bli borte i møte med lokale retningslinjer. Institusjonene beskriver samarbeidet med tjenestene som viktig og nyttig. Samtidig opplever de at fagfeltets bredde gjør det krevende å skulle imøtekomme de ulike tjenestenes ønsker innenfor et studium på tre år. RETHOS-prosessen har bidratt til mer tverrfaglig samarbeid.

Tjenesterepresentantene har ulike erfaringer med implementeringen. De ønsker å bli involvert tidlig i prosessen slik at de kan være med og påvirke den overordnede tematikken i studieplanarbeidet. De understreker at det må være en bredde i utvalget av

tjeneste- og studentrepresentanter. Institusjonene må følge opp tjenesterepresentantene godt både før, underveis og etter innspillsprosesser, slik at tjenesterepresentantene er godt informert om forventninger til arbeidet. Da kan de forankre innspill i egen virksomhet og se resultater av samarbeidet. Det gjenstår å se om det nye styringssystemet fremmer dette. Retningslinjene skal sikre et nasjonalt likeverdig faglig nivå, slik at kandidatene som uteksamineres, har en felles sluttkompetanse, uavhengig av utdanningsinstitusjon.

Det understrekes i RETHOS' mandat at det skal være handlingsrom innenfor retningslinjene til faglig utvikling, nyskaping og tilpasning ved den enkelte institusjon. Institusjonene kan legge til, omformulere eller dele opp læringsutbytter i studieplanene. De kan derimot ikke gjøre endringer som bidrar til at studenten ikke oppnår læringsutbyttene. Studentenes sluttkompetanse skal ikke være «lik», men «likeverdig».

Referanser

- Anderson LW, Krathwohl DR. A (2001). taxonomy for learning, teaching, and assessing: a revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. *New York NY: Longmans*.
- Biggs, J.B., & Tang, C. (2011). Teaching for quality learning at university: what the student does. 4th edition. *Berkshire: Society for Research into Higher Education & Open University Press*.
- Bloom, B (1956). The Taxonomy of Educational Objectives, The Classification of Educational Goals. *New York NY: Longmans, Green*.
- Haakens, M., Sinderud, M.B., Aarstad, Å.K., Jentoft, R., Fløtten, H. & Høghagen, S. (2022). Evaluering av implementering av RETHOS for studieprogrammene i ergoterapi. *Oslo: Nokut Rapportnummer 4-2022*.
- Jentoft, Rita; Bonsaksen, Tore; Høghagen, Sissel; Fløtten, Heidi E.; Osen, David W.; Kjølstad, Eva S.; Hurlen, Ane-Berit Storvik (2000). RETHOS - utdanning av framtidens ergoterapeuter. *Ergoterapeuten* 63(4); 20-30
- Johansen, T. (2018). Misforståelser om RETHOS-arbeidet. *Khrono* 30.09.2018
- Kunnskapsdepartementet (2011-2012). Meld. St. 13: Utdanning for velferd – Samspill i praksis. <https://www.regjeringen.no>
- Kunnskapsdepartementet (2017). Mandat RETHOS. 2020
- Kunnskapsdepartementet (2017). Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene.
- Kunnskapsdepartementet (2017). Meld. St. 16 (2016–2017) Kultur for kvalitet i høyere utdanning.
- Kunnskapsdepartementet (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning. <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2019-03-15-413>
- Rauhvargers, A., Deane, C., & Pauwels, W. (2009, April). Bologna process stocktaking report. In Erişim: http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/conference/documents/Stocktaking_report_2009_FINAL.pdf.

Rehabilitering etter synsfeltutfall som følge av hjerneslag – En klinisk audit

Av Eline Aase Kordt, Trine Lise Hansen, Anne Helen Jacobsen, Tina Taule & Anne Kristin Snibsøer

Eline Aase Kordt er ergoterapispesialist og arbeider ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk ved Haukeland universitetssjukehus i Bergen. Masteroppgaven, som artikkelen er basert på, utgikk fra Fagseksjon kunnskapsbasert praksis, Institutt for helse og funksjon, Fakultet for helse og sosialvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet i Bergen.

Trine Lise Hansen er ergoterapispesialist og arbeider ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus i Bergen.

Anne Helen Jacobsen er ergoterapeut og arbeider ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus i Bergen og ved Bachelor i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, Fakultet for helse og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet i Bergen.

Tina Taule er ergoterapispesialist og arbeider ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus i Bergen.

Anne Kristin Snibsøer er sykepleier og førsteamuensis ved Fagseksjon kunnskapsbasert praksis, Institutt for helse og funksjon, Fakultet for helse og sosialvitenskap ved Høgskulen på Vestlandet i Bergen og ved Bachelor i sykepleie, Institutt for helse- og omsorgsvitenskap ved Fakultet for helse og sosialvitenskap, Høgskulen på Vestlandet i Bergen.

Rehabilitering etter synsfeltutfall som følge av hjerneslag – En klinisk audit

Abstract

Objective: For patients with visual field deficits after stroke, the Norwegian guideline for stroke management recommends compensatory treatment with training in visual search strategy. The objective of this quality improvement project was to identify the extent to which patients with visual field deficits after stroke received training in visual search strategy and, if necessary, implement a tailored strategy to improve practice.

Methods: A criteria-based clinical audit was performed at a rehabilitation clinic. We reviewed patient records retrospectively and measured documented practice against criteria related to training in visual search strategy. The audit was conducted on 35 patient records, followed by the development and execution of an implementation strategy tailored to local barriers. Re-audit was performed on 13 patient records.

Results: At audit, visual search strategy was described in 14 percent of patient records. At re-audit, the proportion increased to 77 percent ($p < 0,001$). The pre-defined standard of 90 percent was not met.

Conclusions: The proportion of patients who received training in visual search strategy was low at audit and increased at re-audit. A criteria-based clinical audit with a tailored implementation strategy may improve training in visual search strategy. Further cycles of the clinical audit process are needed before standards are met.

Key words: Occupational Therapy, clinical audit, compensatory treatment, evidence-based practice, stroke, visual field, rehabilitation

Manuset ble mottatt 18.10.2021 og godkjent 25.02.2022.

Det er ikke knyttet interessekonflikter til det innsendte manuskriptet.

Introduksjon

På verdensbasis er det årlig 15 millioner mennesker som får hjerneslag (1). Tilsvarende tall for Norge er 10-11 000 (2), og av disse vil inntil 60 prosent oppleve synsvansker (3,4). En av de mest vanlige synsvanskene er synsfeltutfall (5). Personer med synsfeltutfall får få eller ingen signaler til hjernen når gjenstander eller personer befinner seg i eller forsvinner fra den delen av synsfeltet hvor det er utfall (6). Følgelig kan synsfeltutfall ha stor innvirkning på utførelse av daglige aktiviteter som for eksempel å lese og/eller orientere seg i omgivelsene (7,8).

For pasienter som får synsfeltutfall etter et hjerneslag, er trening i kompensatoriske strategier anbefalt både i Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (9) og i nyere oppsummert forskning (6,10,11). I retningslinjen anbefales fire ulike kompensatoriske strategier:

- 1 trene på visuelle søkestrategier
- 2 trene øyebevegelser for lesing
- 3 bruke blinklys eller fargetegn
- 4 trene i å utføre daglige aktiviteter (9)

Nyere systematiske oversiktsartikler viser at trening i visuell søkestrategi kan ha betydning for livskvalitet hos pasienter med synsfeltutfall etter hjerneslag (6,10,11).

Resultater fra en norsk auditstudie tyder på at mindre enn ti prosent av pasienter med hjerneslag innlagt i sykehus blir henvist til undersøkelse av synsfelt, og at kun to prosent blir henvist videre til synsrehabilitering (12). Studien viser at helsepersonell sannsynligvis fokuserer for lite på synsfunksjon etter hjerneslag. Funnet støttes av nyere forskning som i tillegg viser at også pasienter har tilsvarende erfaringer (13,14). Nasjonal hjernehelseterapi fremhever i tillegg at kvaliteten på tjenestene innenfor syn må forbedres (15).

Kvalitetsforbedring skjer gjennom systematiske endringer av praksis hvor hensikten er å oppnå bedre helse for den enkelte pasient, bedre systemutnyttelse og/eller bedre faglig utvikling (16). For å øke kvaliteten på synsrehabiliteringen som tilbys pasienter med hjerneslag og synsfeltutfall, er det derfor viktig at ergoterapeuter og annet helsepersonell stiller seg kritiske til eget arbeid, systematisk vurderer dagens praksis og implementerer beste praksis.

Hensikten med denne kvalitetsforbedringsstudien var:

- 1 å kartlegge om pasienter med synsfeltutfall etter hjerneslag får trening i visuell søkestrategi

Kriterium	Standard	Referanser
Alle pasienter med synsfeltutfall etter hjerneslag bør få behandling med kompensatoriske tiltak i form av visuell søkestrategi	90%	(6,9-11)

Tabell 1. Kriterium og standard for beste praksis.

- 2 om nødvendig iverksette kvalitetsforbedrende tiltak og undersøke om andelen pasienter som får trening i visuell søkestrategi endrer seg

Metode

Vi gjennomførte en kriteriebasert klinisk audit basert på den sykliske modellen til Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP) (17). I en klinisk audit blir gjeldene praksis kartlagt og målt opp mot kriterier hentet fra kunnskapsbaserte retningslinjer og/eller systematiske oversikter. Metoden består av fire steg;

- 1 forberede og planlegge studien, inkludert å sette kriterium og standard for beste praksis
- 2 kartlegge praksis (audit)
- 3 igangsette tiltak for å endre praksis
- 4 opprettholde endringene av praksis, inkludert gjennomføring av reaudit (17)

SETTING

Studien ble gjennomført ved en rehabiliteringsavdeling i spesialisthelsetjenesten i Norge. Avdelingen har en sengepost for pasienter med hjerneslag, hvor det i løpet av et år blir innlagt mellom 70 og 80 pasienter. Det er 5,2 årsverk for ergoterapeuter tilknyttet sengeposten. Studien var forankret i ledelsen og gjennomført av en prosjektgruppe bestående av ergoterapeuter. I tillegg til synsfaglig kompetanse, hadde deltagerne i prosjektgruppen kompetanse innen hjerneslag og rehabilitering.

KRITERIUM, STANDARD OG KUNNSKAPSGRUNNLAG

I forberedelsesfasen utarbeidet vi ett kriterium og satte standard for beste praksis (tabell 1). Standard ble satt til 90 prosent fordi kunnskapsgrunnlaget bak anbefalingen var svak (9). I tillegg tok vi hensyn til at mange pasienter innlagt til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten har en sammensatt og kompleks problemstilling med både motoriske og kognitive vansker. Basert på pasientens ønsker og mål for behandlingen kan det i enkelte tilfeller være nødvendig å nedprioritere trening i visuell søkestrategi fremfor andre rehabiliteringstiltak. Vi vurderte

Auditverktøy- kartlegging av tiltak for pasienter med hjerneslag og synsfeltutfall

Opplysninger knyttet til utfylling av skjema	
Navn på utfyller	
Dato for utfylling	

Opplysninger knyttet til pasient	
Auditnummer	
ICD 10 kode	
Fødselsår	
Kjønn	
NIHSS skår	

Står det beskrevet i *ergo sluttnotat* eller i *ergo notat* at pasienten har fått trening i visuell søkestrategi?

Ja ☐ Nei ☐

Står det beskrevet i *ergo sluttnotat* eller i *ergo notat* at pasienten har fått oppmerksomhetstrening mot venstre eller høyre?


Ja ☐ Nei ☐

Står det beskrevet en begrunnelse i *ergo sluttnotat* eller i *ergo notat* om hvorfor pasienten ikke har fått trening i visuell søkestrategi eller oppmerksomhetstrening?

Ja ☐ Nei ☐

Hvis mulig gjengi type oppmerksomhetstrening beskrevet i journal:

Gjengi begrunnelse gitt i journal:


HELSE BERGEN
 Haukeland universitetssjukehus

Figur 1. Auditverktøy for kartlegging av trening i visuell søkestrategi.

kriteriet med gitt standard som gjennomførbart for ergoterapeuter og akseptabelt for pasientene.

Vi evaluerte kvaliteten på den nasjonal faglige retningslinjen (9) ved bruk av Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE) II (18). I retningslinjen er anbefalingen om kompensatoriske tiltak angitt som svak, og det konkluderes med at fordelene antagelig veier opp for ulempene ved tiltakene (9). De systematiske oversiktsartiklene (6,10,11) ble vurdert ved bruk av Risk of bias in systematic reviews (ROBIS) (19).

UTVALG

Utvalget besto av pasientjournaler. Journaler ble inkludert dersom pasienten var innlagt med International Statistical Classification of Disease (ICD10) og kodene subaraknoidalblødning (I-60), hjerneblødning (I-61) eller hjerneinfarkt (I-63) (20). I tillegg måtte lege ha påvist hemianopsi ved bruk av testledd 3 i National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS, score 1-3) (21). Testledd 3 er en fingertellingøvelse i laterale synsfelt hvor skåren 1-3 indikerer grad av hemianopsi.

STYRKEBEREGNING

Antall journaler som måtte inkluderes for å besvare

forskningsspørsmålet ble beregnet ved hjelp av et epidemiologisk verktøy fra Ausvet (22). Beregningene viste at med en styrke på 80 prosent måtte 57 journaler (38 ved audit og 19 ved reaudit) inkluderes for å finne statistisk signifikant endring i etterlevelse av trening i visuell søkestrategi fra 50 prosent (forventet nivå ved audit) til 90 prosent (anslått nivå ved reaudit).

UTVIKLING AV AUDITVERKTØY

I planleggingen av studien fant vi ikke et auditverktøy som var egnet til å måle om pasienter med hjerneslag og synsfeltutfall fikk trening i visuell søkestrategi. Vi utarbeidet derfor et eget auditverktøy (figur 1) for innhenting av bakgrunnsvariabler og data om kriterium.

Auditverktøyet ble i henhold til gitte anbefalinger (23) vurdert for face- og innholdsvaliditet og pilottestet før bruk. For face-validitet vurderte tre ergoterapeuter om verktøyet fremsto forståelig og klinisk fornuftig. Deres tilbakemeldinger medførte at opplysningene ble samlet i færre spørsmål. I tillegg ble utformingen av verktøyet endret fra tabell til flytdiagram.

Innholdsvaliditet ble evaluert av et tverrfaglig ekspertpanel bestående av fysioterapeut (n=2), lege

Innholdsvaliditet index (CVI)			
Analysebeskrivelse	Bakgrunn (n=7)	Kriterium (n=3)	Referanseverdi for god innholdsvaliditet ^a
I-CVI ^b Andel eksperter som skåret spørsmålene som «ganske relevant» og «svært relevant», delt på antall eksperter	> 0,8	1	≥ 0,78
S-CVI/Ave ^c Gjennomsnittlig samleskår for spørsmål skåret som «ganske relevant» og «svært relevant»	0,91	1	≥ 0,90

Tabell 2. Innholdsvaliditet indeks (CVI) for spørsmål om bakgrunnsvariabler og kriterium.

^a Ved evaluering med tre eller flere eksperter (23)

^b Item content validity index

^c Scale content validity index/gjennomsnittsverdier

(n=1), logoped (n=1) og ergoterapeut (=1). Gruppen hadde kompetanse innen forskningsmetode, samt kunnskap om hjerneslag og synsrehabilitering. Panelet vurderte verktøyet med tanke på språklig klarhet og uklarhet, innholdsmessige mangler og spørsmålenes relevans for gitt kriterium. Spørsmålenes relevans ble vurdert på en firetrinns skala, der 1=ikke relevant, 2=litt relevant, 3=ganske relevant og 4=svært relevant. Data ble videre analysert ved bruk av innholdsvaliditet index (CVI). Relevansen ble vurdert som god for alle spørsmål (tabell 2), og ekspertene hadde ingen kommentarer om innholdsmessige mangler eller språklige uklarheter.

Videre ble auditverktøyet pilottestet av fire ergoterapeuter. Uavhengig av hverandre brukte de verktøyet til å samle data fra ti journaler, tilfeldig valgt ved bruk av programmet Random.org (24). Denne pilottesting synliggjorde behovet for å utvikle en veileder til auditverktøyet. Veilederen inneholdt forklaringer til hvert spørsmål og bidro til å presisere hvor i journalen data skulle hentes fra. Etter endt pilottesting ble samsvar mellom ergoterapeutenes vurderinger analysert ved bruk av Fleiss' Kappa. Med unntak av spørsmålet «gjengi begrunnelse gitt i journal» (figur 1) som hadde en skår på 0,1 var Fleiss' Kappa ≥ 0,8, noe som indikerer meget godt samsvar mellom ergoterapeutenes vurderinger (25).

DATASAMLING

Data ble innhentet retrospektivt fra legejournal og ergoterapijournal lagret i det elektroniske pasientjournalssystemet Distribuert Informasjons- og Pasientdatasystem i Sykehus (DIPS versjon 7.4). Pasienter med påvist synsfeltutfall etter hjerneslag ble identifisert via legejournal, basert på NIHSS og ICD10 kode.

Kriterium ble regnet som oppfylt når det var

dokumentert i ergoterapijournal at pasienten hadde mottatt trening i visuell søkestrategi. Hvis kriterium ikke var oppfylt ble ergoterapijournal lest igjen for å undersøke om det var oppgitt en begrunnelse for hvorfor pasienten ikke hadde fått trening i visuell søkestrategi.

Datainnsamlingsperioden var fra 01.01.2018 til 31.12.2019 for audit og fra 22.06.2020 til 31.03.2021 for reaudit.

STATISTISK ANALYSE

Statistiske analyser ble gjennomført ved bruk av Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 26.0 (26). Signifikansnivå ble satt til fem prosent. Bakgrunnsvariabler er presentert med antall og prosent. Vi brukte Fisher's Eksakt Test for å undersøke forskjeller i kjønn mellom audit og reaudit. Forskjeller i aldersgruppe, ICD-10 diagnose og NIHSS totalskår ble undersøkt med Freeman Halton Test. Z-pooled eksakte test ble brukt for å undersøke endring i etterlevelse av kriterium mellom audit og reaudit. Den statistiske programpakken R (27) ble benyttet til å beregne 95 prosent konfidensintervall (KI) for endring i etterlevelse av trening i visuell søkestrategi.

IMPLEMENTERING

Vi utarbeidet en implementeringsstrategi basert på en barrierekartlegging og et systematisk litteratursøk etter implementeringsforskning. Barrierekartleggingen ble gjennomført som en idédugnad med alle ergoterapeutene i avdelingen. På et avdelingsmøte skrev ergoterapeutene ned hvilke faktorer de mente hemmet og fremmet trening i visuell søkestrategi. Hemmende og fremmende faktorer ble deretter systematisert i et fiskebeinsdiagram etter modellen til Wensing og Bosch (28). Kartleggingen avdekket

Identifiserte barrierer	Tiltak (Referanser)	Lokal implementeringsstrategi	Gjennomføring
Manglende kunnskap om kompensatoriske tiltak og trening i visuell søkestrategi	Opinionsledere (29-31)	Identifisere lokale opinionsledere Bruke opinionsledere i avdelingen til å – spre kunnskap om trening i visuell søkestrategi – være tilgjengelige ressurspersoner som andre kan spørre ved behov	Prosjektleder identifiserte opinionsledere (n=2) Opinionslederne hadde god kunnskap i synsrehabilitering. De var tilgjengelige for alle i avdelingen, informerte og svarte på spørsmål om begrepsbruk, trening i visuell søkestrategi og dokumentasjonspraksis.
	Interaktiv og deduktiv undervisning (31-35)	Utvikle tre undervisnings-sesjoner 1) Undervise om kunnskapsgrunnlag og begrepsavklaring 2) Informere/repetere lovverk om journaldokumentasjon Diskutere trening i visuell søkestrategi i små grupper 3) Oppsummere erfaringer og repetere tidligere informasjon	Prosjektleder utviklet skriftlig informasjonsmateriale etter ønske fra ergoterapeutene. Dette materiale ble brukt i undervisningen og delt ut til alle ergoterapeuter.
Ulik begrepsbruk for kompensatoriske tiltak	Skriftlig informasjonsmateriale (32-35)	Utvikle skriftlig informasjonsmateriale som beskriver kunnskapsgrunnlaget, begrepet visuell søkestrategi og forslag til hvordan det kan trenes	Prosjektleder og opinionsledere utviklet og gjennomførte tre undervisningssesjoner i perioden juni-oktober 2020. Hver sesjon varte i cirka 45 min. Målgruppen var alle ergoterapeutene i avdelingen.
Ulik praksis for dokumentasjon i ergoterapijournal	Audit og feedback (36)	Evaluerer ergoterapeutens praksis med presentasjon av audit og foreløpige reaudit data som en del av undervisningssesjonene	Prosjektleder samlet inn data og presenterte resultater for trening i visuell søkestrategi, begrepsbruk og dokumentasjonspraksis etter audit og reaudit. Resultatene ble presentert for alle ergoterapeutene.
	Påminnere (37)	Bruke muntlig påminning om trening i visuell søkestrategi i møter hvor pasienter diskuteres	Prosjektleder og opinionslederne brukte mandagsmøter (og andre møter der pasienter ble diskutert) aktivt til å minne om trening i visuell søkestrategi og dokumentasjonspraksis.

Tabell 3. Implementeringsstrategi med identifiserte barrierer og tiltak hentet fra implementeringsforskning.

barrierer knyttet til manglende kunnskap om kompensatoriske tiltak og trening i visuell søkestrategi, ulik begrepsbruk for kompensatoriske tiltak og ulik praksis for dokumentasjon av synsrehabilitering i ergoterapijournal.

For å overkomme våre lokalt identifiserte barrierer gjennomførte vi deretter et litteratursøk etter anbefalte implementeringstiltak. Litteratursøket ble utført i databasene Epistemonikos og Cochrane Library, som begge inneholder systematiske oversikter over kliniske spørsmål. I tillegg ble det søkt både i PubMed, som er en av verdens største databaser innenfor medisin, og i tidsskriftene PubMed Topic Specific Queries and Implementation Science

som begge fokuserer på implementeringsforskning. Systematiske oversikter som beskrev implementeringstiltak i spesialisthelsetjenesten rettet mot ergoterapeuter eller annet helsepersonell, ble kvalitetsvurdert med sjekklister tilpasset studiedesign.

Implementeringsstrategien (tabell 3) var rettet mot alle ergoterapeutene i avdelingen. De fem implementeringstiltakene som ble identifisert i litteratursøket, ble gjennomført i løpet av en intensiv periode på seks måneder. Vi startet med å identifisere opinionsledere og gi de en grundig innføring i prosjektet. Deretter gjennomførte vi undervisning for alle ergoterapeuter. Vi utviklet skriftlig undervisningsmaterieell etter ønske fra ergoterapeutene

	Audit n (%)	Reaudit n (%)	p-verdi
Kjønn (menn)	24 (69)	11 (85)	0,466 ^a
Aldersgruppe			0,435 ^b
18-50	1 (3)	1 (8)	
51-70	12 (34)	6 (46)	
71+	22 (63)	6 (46)	
ICD^c -10 kode			1,000 ^b
I61 Hjerneblødning	7 (20)	3 (23)	
I63 Hjerneinfarkt	25 (71)	9 (69)	
I61 og I63 Både hjerneblødning og hjerneinfarkt	3 (9)	1 (8)	
NIHSS^d -totalskår, gruppert			0,551 ^b
Mild (0-5 poeng)	8 (22)	5 (38)	
Moderat (6-14 poeng)	8 (23)	3 (23)	
Alvorlig (>14 poeng)	5 (14)	5 (38)	
Missing	14 (40)	0 (0)	

Tabell 4. Bakgrunnsvariabler for pasienter inkludert i audit (n=35) og reaudit (n=13).

a Fishers Eksakte Test

b Freeman-Halton Test

c International Statistical Classification of Disease

d National Institutes of Health Stroke Scale

i avdelingen og presenterte resultater fra audit og reaudit på møter og undervisningssesjoner. Parallelt med disse tiltakene gjennomførte opinionslederne muntlig påminning i alle ergoterapimøter hvor pasienter ble diskutert. Implementeringsperioden varte fra mai til oktober 2020.

ETIKK

Studien er meldt til lokalt Personvernombud (ID1274/2019). Prosjektet er et kvalitetsforbedringsprosjekt og godkjent av lokalt Personvernombud uten krav til informert samtykke. Alle data ble behandlet uten navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger. Dataene ble lagret på foretakets kvalitetsserver og behandlet konfidensielt.

Resultat

Vi inkluderte totalt 48 pasientjournaler; 35 i audit og 13 i reaudit. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom pasienter inkludert i audit og reaudit når det gjelder kjønn, alder, ICD-10 diagnose eller alvorlighetsgraden av hjerneslaget (NIHSS-skåre) (se tabell 4).

Andelen journaler hvor trening i visuell søkestrategi ble beskrevet var 14 prosent ved audit (n=5) og økte til 77 prosent ved reaudit (n= 10). Økningen var statistisk signifikant ($p < 0,001$; 95 prosent KI = 32,1–80,8). Det var ingen begrunnelser i ergoterapijournal om hvorfor pasientene ikke hadde fått trening i visuell søkestrategi.

Diskusjon

Auditkartleggingen viste at det var få pasienter med synsfeltutfall etter hjerneslag som fikk trening i

visuell søkestrategi. Etter innføring av kvalitetsforbedrende tiltak for å fremme etterlevelse av kriterium observerte vi en statistisk signifikant økning i antall pasienter som fikk trening i visuell søkestrategi. Optimal standard for etterlevelse av trening i visuell søkestrategi ble imidlertid ikke nådd.

HVORDAN KAN ETTERLEVELSEN AV TRENING I VISUELL SØKESTRATEGI FORSTÅS?

Den lave etterlevelsen vi fant i audit kan ha sammenheng med manglende kunnskaper om syn og kompensatorisk trening. Ergoterapeutene som deltok i barrierekartleggingen, beskrev dette som en viktig faktor for hvorfor pasienter ikke fikk tilbud om trening i visuell søkestrategi. At helsepersonell mangler kunnskap om synsvansker, fremkommer også i regional plan for habilitering og rehabilitering (38) og i kvalitative studier (13,14, 39). I en norske studie gav pasienter innlagt i en slagenhet uttrykk for at helsepersonell hovedsakelig fokuserte på deres fysiske funksjon og manglet fokus, bevissthet og oppmerksomhet på deres synsvansker (13). I denne studien ble synsvansker omtalt som usynlige, både for helsepersonellet og pasientene selv. En annen studie beskriver hvordan pasienter innlagt i sykehus opplevde å ikke bli vist strategier for å håndtere sine synsvansker, men heller ble overlatt til seg selv for å finne løsninger (39). Mathisen og medforfattere (14) viser at begrenset kunnskap om synsvansker blant tverrfaglig helsepersonell er en viktig barriere for implementering av synsrehabilitering i kommunehelsetjenesten. Funnene fra vår barrierekartlegging og tidligere forskning kan tyde på at det er behov for å øke kunnskap om synsrehabilitering hos ergoterapeuter og annet helsepersonell som jobber med rehabilitering etter hjerneslag.

Ergoterapeutenes usikkerhet rundt forståelsen av begrep for kompensatoriske tiltak innen synsrehabilitering kan være en annen forklaring til den lave etterlevelsen av trening i visuell treningsstrategi. Det er mulig at ergoterapeuter kan ha brukt begreper som ikke ble fanget opp av auditverktøyet. Det er også tenkelig at noen pasienter kan ha mottatt trening i visuell søkestrategi, uten at dette ble dokumentert i pasientjournalen. I tolkning av resultatene må det tas høyde for at analyserte data gjenspeiler behandling som er beskrevet i pasientjournal og ikke nødvendigvis behandlingen pasienten mottok. Helsepersonell skal imidlertid dokumentere opplysninger om pågående behandling og helsehjelp skal kunne kontrolleres i ettertid (40). For å sikre at behandlingen som blir gitt dokumenteres i pasientjournal rettet vi implementeringstiltak både mot begrepsbruk og journalføring.

Vi observerte en stor forbedring i etterlevelse av kriterium fra audit til reaudit. Resultatet i denne studien bygger imidlertid på få observasjoner, noe som kan gi mindre presise estimater enn større utvalg (41). Få observasjoner ved første måling, i vårt tilfelle 14 prosent, kan også gi et statistisk signifikant resultat selv med små endringer. I tillegg var konfidensintervallet vidt, og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet.

REFLEKSJONER OVER VALGTE KRITERIUM OG SATT STANDARD

I denne studien kartla vi trening i visuell søkestrategi og ikke andre kompensatoriske tiltak innen synsrehabilitering. Tiltaket *trening i å utføre daglige aktiviteter* er tett knyttet til kjernekompetansen i ergoterapi og intervensjonen faggruppen skal tilby slagpasienter (42). Det kan derfor diskuteres om trening i å utføre daglige aktiviteter også burde vært definert som et kriterium. Trening i daglige aktiviteter er imidlertid komplekst. Et slikt kriterium kunne for eksempel like godt omhandlet trening på enhåndsstrategi i daglige aktiviteter på grunn av en parese i høyre arm, som trening på kompensatoriske tiltak for synsfeltutfall. Dermed kunne et slikt kriterium vært iverksatt med et helt annet formål. Å hente data retrospektivt fra journaldokument har sine begrensninger (43), og kriterium rettet mot trening i å utføre daglige aktiviteter ble dermed vurdert som upresist.

En sterk anbefaling kan være viktig for helsepersonell sin motivasjon for endring og etterlevelse av trening i visuell søkestrategi (31). Vi fant en statistisk

signifikant endring i etterlevelse av kriterium ved reaudit, selv om kriterium i denne studien bygger på en svak anbefaling (9). Intervensjoner innen ergoterapi er ofte komplekse, og de kan ha store ulikheter knyttet til populasjon og gjennomføring. Det kan derfor være vanskelig å oppnå sterke anbefalinger for ergoterapiintervensjoner (44,45). Per i dag er det ingen intervensjon med sterk anbefaling for pasienter med synsfeltutfall etter hjerneslag. Å bruke best tilgjengelig forskning, sammen med erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, kan derfor være riktig og nødvendig for å sikre at pasienter får helsetjenester av best mulig kvalitet (46).

Selv om det ikke fremkom noen begrunnelser i ergoterapijournal for hvorfor pasientene ikke hadde fått trening i visuell søkestrategi, kan vi ikke utelukke at pasientene våre hadde så komplekse utfordringer at de ikke var tilgjengelig for trening i visuell søkestrategi. Standard bør gjenspeile klinisk viktighet, gjennomførbarhet og aksept for kriterium (47). At vi ikke oppnådde en standard på 90 prosent kan skyldes at standard var satt urealistisk høyt. I en fremtidig audit bør det vurderes om standard kan settes til et lavere nivå.

IMPLEMENTERING AV SKREDDERSYDDE TILTAK

På grunn av manglende etterlevelse av kriterium ved audit ble det utarbeidet og iverksatt en implementeringsstrategi med flere kvalitetsforbedrende tiltak. Implementeringsforskning gir ikke et entydig svar på hvilke implementeringstiltak som har best effekt på endring av praksis (33), og vi har ikke evaluert effekten av selve strategien i denne studien. En skreddersydd implementeringsstrategi tilpasset lokale barrierer kan ha fra liten til moderat effekt på å forbedre helsepersonell sin praksis og utfallsmål hos pasienten (48).

Vi iverksatte en implementeringsstrategi der flere tiltak ble gjennomført parallelt. Prosjektet var forankret i ledelsen, og det var dermed enkelt å få satt av tid til undervisning og muntlig påminning i møter der pasienter ble diskutert. Vi hadde videre en tett og fortløpende dialog med ergoterapeutene i avdelingen hvor vi var lydhøre for deres ønsker og innspill. Noen av tiltakene, som skriftlig undervisningsmaterieell, ble gjennomført etter deres oppfordring. Opinionslederne var motiverte ergoterapeuter i avdelingen som tilegnet seg god kunnskap i synsrehabilitering generelt og i visuell søkestrategi spesielt. Disse lederne ble brukt aktivt i avdelingen de første månedene av implementeringsperioden,

men mindre etter hvert som ergoterapeutene i avdelingen tilegnet seg mer kunnskap selv.

Implementeringsperioden i vår studie varte i seks måneder og vi inkluderte pasienter til reaudit i samme tidsperiode som implementeringstiltak var pågående. For å vise etterlevelse av trening i visuell søkestrategi og mulig varig endring over tid bør en fremtidig audit inkludere måletidspunkt som strekker seg over en lengre periode etter endt implementering (47).

METODISKE STYRKER OG SVAKHETER

Denne studien har en systematisk tilnærming og er gjennomført ved bruk av rammeverket fra HQIP (17). Det er også en styrke at auditverktøyet ble undersøkt for face- og innholdsvaliditet ved bruk av anbefalte og standardiserte metoder (23). I tillegg ble verktøyet pilottestet og undersøkt for interrater reliabilitet. Erfaringene fra valideringene og pilottestingen ble brukt til å kvalitetssikre auditverktøyet ytterligere.

I løpet av datainnsamlingsperioden var antallet pasienter innlagt med synsfeltutfall som følge av hjerneslag lavere enn beregnet. Vi inkluderte dermed færre pasientjournaler enn styrkeberegningen tilsa. Begrenset utvalgsstørrelse gir gjerne lav statistisk styrke og er en svakhet ved studien som leseren må være klar over.

I denne studien samlet vi ikke opplysninger om mengde og intensitet i treningen. At vi manglet precise data om omfanget av kompensatorisk trening, er en svakhet ved studien. Mengde og intensitet i treningen dokumenteres imidlertid ikke alltid helt nøyaktig i journal, og da vi samlet data retrospektivt var det ikke mulig å finne denne type informasjon. I planlegging av nye audit kan det være interessant også å innhente informasjon om mengde og intensitet på trening i visuell søkestrategi. Rutiner for at dette dokumenteres i journal må også utarbeides.

Konklusjon

Andelen pasienter med synsfeltutfall etter hjerneslag som fikk trening i visuell søkestrategi, var lav ved audit. Etter implementering av skreddersydde tiltak rettet mot manglende kunnskap og ulik begrepsbruk blant ergoterapeuter, økte andelen pasienter som fikk trening i visuell søkestrategi signifikant ved reaudit.

En kriteriebasert klinisk audit med implementering av kvalitetsforbedrende tiltak kan øke andelen pasienter som får trening i visuell søkestrategi. Økt

kunnskap om og et felles språk for synsrehabilitering blant ergoterapeuter og annet helsepersonell kan være viktig for at pasienter med synsfeltutfall etter hjerneslag skal få helsetjenester av god kvalitet.

Referanser

1. WHO. Global burden of stroke 2004 [Internett]. Dato [hentet 31.08.21]. Tilgjengelig fra: https://www.who.int/cardiovascular_diseases/en/cvd_atlas_15_burden_stroke.pdf?ua=1.
2. Fjærtøft H, Skogseth-Stephani, R, Indredavik B, Bjerkvik TF & Varmberg T. Norsk Hjerneslagregister. Årsrapport 2020. Trondheim, St. Olav hospital HF, 2021.
3. Hepworth LR, Rowe FJ, Walker MF, Rockliffe J, Noonan C, Howard C, et al. Post-stroke visual impairment: a systematic literature review of types and recovery of visual conditions. *Ophthalmology Research: An International Journal*. 2016;1-43.
4. Rowe FJ, Hepworth LR, Howard C, Hanna KL, Cheyne CP, Currie J (2019) High incidence and prevalence of visual problems after acute stroke: An epidemiology study with implications for service delivery. *PLoS ONE* 14(3): e0213035.
5. Hepworth LR, Rowe FJ. Visual impairment following stroke-the impact on quality of life: a systematic review. *Ophthalmology Research: an international journal*. 2016;1-15.
6. Pollock A, Hazelton C, Rowe FJ, Jonuscheit S, Kernohan A, Angilley J, et al. Interventions for visual field defects in people with stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(5).
7. Warren M. Pilot study on activities of daily living limitations in adults with hemianopsia. *American Journal of Occupational Therapy*. 2009;63(5):626-33.
8. Tharaldsen AR, Sand KM, Dalen I, Wilhelmsen G, Naess H, Midelfart A, Rødahl E, Thomassen L, Hoff JM; NOR-OCIP Research Group. Vision-related quality of life in patients with occipital stroke. *Acta Neurol Scand*. 2020 Jun;141(6):509-518. doi: 10.1111/ane.13232. Epub 2020 Mar 18. PMID: 32078166.
9. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag [nettdokument] Oslo: Helsedirektoratet 2017 [updated 27. april 2020. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/hjerneslag>.
10. Smallfield S, Kaldenberg J. Occupational therapy interventions to improve reading performance of older adults with low vision: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*. 2020;74(1):7401185030p1-p18.
11. Hanna, Hepworth, Rowe. The treatment methods for post-stroke visual impairment: A systematic review. *Brain and behavior*. 2017;7(5):e00682.
12. Sand K, Thomassen L, Næss H, Rødahl E, Hoff J. Diagnosis and rehabilitation of visual field defects in stroke patients: a retrospective audit. *Cerebrovascular diseases extra*. 2012;2(1):17-23.
13. Falkenberg HK, Mathisen TS, Ormstad H, Eilertsen G. "Invisible" visual impairments. A qualitative study of stroke

- survivorsexperience of vision symptoms, health services and impact of visual impairments. *BMC Health Services Research*. 2020;20:1-12.
14. Mathisen TS, Eilertsen G, Ormstad H, Falkenberg HK. Barriers and facilitators to the implementation of a structured visual assessment after stroke in municipal health care services. *BMC Health Serv Res*. 2021 May 24;21(1):497. doi: 10.1186/s12913-021-06467-4. PMID: 34030691; PMCID: PMC8147019.
15. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal hjernehelsetrategi (2018-2024). 2018.
16. Batalden PB, Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? : BMJ Publishing Group Ltd; 2007.
17. Dixon N, Pearce M, Quest HQ. Guide to using quality improvement tools to drive clinical audits. Healthcare quality improvement partnership London: HQIP. 2011.
18. Canadian Institutes of Health Research. APPRAISAL OF GUIDELINES FOR RESEARCH & EVALUATION II. Intrument. 2016.
19. Whiting P, Savović J, Higgins JPT, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, et al. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *Journal of Clinical Epidemiology*. 2016;69(Supplement C):225-34.
20. Kokotailo RA, Hill MD. Coding of stroke and stroke risk factors using international classification of diseases, revisions 9 and 10. *Stroke*. 2005;36(8):1776-81.
21. Brott T, Adams Jr HP, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Biller J, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke*. 1989;20(7):864-70.
22. Sergeant E. EpiTools Epidemiological Calculators 2018 [Internett]. Dato [2020- 01-15]. Tilgjengelig fra: <http://epi-tools.ausvet.com.au>.
23. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. COSMIN checklist manual. Amsterdam: University Medical Center. 2012.
24. Random.org. Random Integer Set Generator 2020 [Internett]. Dato [hentet 2020-01-08]. Tilgjengelig fra: <https://www.random.org/integer-sets/>.
25. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use. Fifth edition. ed. Oxford: Oxford: Oxford University Press; 2015.
26. IBM Corp. IBM SPSS Statistics for Windows. In: Armonk, editor. 26 ed. NY: IBM Corp; 2019.
27. The R-Foundation. The R Project for Statistical Computing. The R-Foundation; 2015.
28. Wensing M, Bosch M, Grol R. Methods to identify determinants of change in healthcare In: Grol R, Wensing M, Eccles M, Davis D, redaktører. Improving patient care : the implementation of change in health care. 2 ed. Chichester: Wiley-Blackwell BMJ Books; 2013. s. 151-63.
29. Flodgren G, O'Brien MA, Parmelli E, Grimshaw JM. Local opinion leaders: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;6:CD000125.
30. Boaz A, Baeza J, Fraser A, Group EISC. Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *BMC research notes*. 2011;4(1):212.
31. Donnellan C, Sweetman S, Shelley E. Health professionals' adherence to stroke clinical guidelines: a review of the literature. *Health Policy*. 2013;111(3):245-63.
32. Fretheim A, Flottorp S, Oxman AD. Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015.
33. Jones CA, Roop SC, Pohar SL, Albrecht L, Scott SD. Knowledge Translation and Implementation Special Series. Translating Knowledge in Rehabilitation: Systematic Review. *Physical Therapy*. 2015;95(4):663-77.
34. Menon A, Korner-Bitensky N, Kastner M, McKibbin K, Straus S. Strategies for rehabilitation professionals to move evidence-based knowledge into practice: a systematic review. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2009;41(13):1024-32.
35. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(2):CD003030.
36. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane database of systematic reviews*. 2012(6).
37. Cheung A, Weir M, Mayhew A, Kozloff N, Brown K, Grimshaw J. Overview of systematic reviews of the effectiveness of reminders in improving healthcare professional behavior. *Systematic reviews*. 2012;1(1):36.
38. Helse Vest. Regional plan for habilitering- og rehabilitering 2016 – 2020. Bergen 2015.
39. Rowe. Stroke survivors' views and experiences on impact of visual impairment. *Brain and behavior*. 2017;7(9):e00778.
40. Forskrift om pasientjournal (FOR-2019-03-01-168), (2019).
41. Polit, Beck CT. Nursing Reserach; generatig and assessing Evidence for Nursing Practice 8th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2004.
42. Legg LA, Lewis SR, Schofield-Robinson OJ, Drummond A, Langhorne P. Occupational therapy for adults with problems in activities of daily living after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017(7).
43. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*. 2005;83(4):691.
44. Bennett S, Bennett JW. The process of evidence based practice in occupational therapy: Informing clinical decisions. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2000;47(4):171-80.
45. Jamtvedt G, Nortvedt MW. Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til bedre praksis! *Ergoterapeuten*. 2008;1(8).
46. Hoffmann T, Del Mar C, Bennett S, editors. Evidence-Based Practice Across the Health Professions. 3 ed. Sydney: Elsevier; 2017.
47. Burgess R. New principles of best practice in clinical audit. New Zealand: Radcliffe Publishing; 2011.
48. Baker, Camosso-Stefinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al. Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015(4):CD005470.

Bidrar til egenmestring og selvstendighet

«Dette er en løsning vi kommer til å ha i mange år fremover»

- Andrea Elisabeth (71 år)



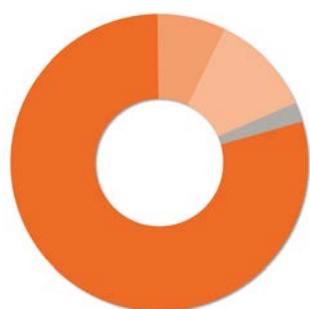
AssiStep er trappeassistenten som gir støtte og trygghet til å fortsatt kunne gå trappen på egenhånd.

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

Siden oppstarten har AssiStep blitt montert i over 1.000 hjem. Statistikken viser at for det store flertallet av brukere, så er AssiStep en varig løsning som legger til rette for egenmestring og oppretholdelse av funksjon. Av alle AssiStep'er som ble montert i perioden 2017 - 2019 er over 80% fortsatt i daglig bruk.



ASSISTEP LEVERT TIL HJEMMEBOENDE 2017 - 2019:



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

FORDELENE MED ASSISTEP

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

 RING OSS PÅ
46 74 55 55

www.assistep.no

FORHANDLES AV
HEPRO



NAVN:
Mona Michelet
STILLING:
Fagkonsulent og forsker

Av Else Merete Thyness

Forsker på temaer knyttet til demens og kognitiv svikt

– Hvem er Mona Michelet?

– Hovedgrunnen til at jeg valgte å bli ergoterapeut er at jeg er opptatt av mestring og selvstendighet, og jeg ønsket å bidra til at personer med sykdom eller skade kunne fortsette å mestre hverdagsaktiviteter som er viktige for dem.

Jeg ble utdannet ergoterapeut i Oslo 1995 og ble ansatt på Ullevål Universitetssykehus, nå Oslo Universitetssykehus. Der jobbet jeg på flere avdelinger som fysikalsk medisin og rehabilitering, hjerneslagrehabilitering og ulike medisinske poster. Jeg var også med å starte en studentdrevet medisinsk sengepost.

I 2007 fikk jeg delvis permisjon fra stillingen min i fire år for å jobbe som forskningsassistent i Anne Lunds doktorgradsprosjekt om senfaserehabilitering etter hjerneslag. Prosjektet var tilknyttet universitetsenheten ved medisinsk divisjon, og vi delte kontorlokaler med Nasjonalt senter for aldring og helse (heretter Aldring og helse). Derfra var veien kort til en

jobb i Aldring og helse, hvor jeg fortsatt jobber.

Aldring og helse bidrar med utvikling av kunnskap og kompetanse om aldring, eldre helse og demens. Vi jobber med forskning, holder kurs og konferanser og er tilgjengelig for veiledning. Gjennom utviklingsprosjekter under de nasjonale Demensplanene jobber vi med tjenesteutvikling og systematikk i oppfølging av hjemmeboende med demens

Det er ti ergoterapeuter i Aldring og helse, ingen av oss er ansatt i ergoterapeutstillinger. Demensomsorg i Norge er en tverrfaglig oppgave, der det er behov for de faglige bidragene til alle fagdisiplinene. For eksempel arrangerer Aldring og helse kurset «Livet er bedre med aktivitet», som et samarbeid mellom sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter. Her trekker vi fram betydningen av aktivitet og hvordan vi kan tilrettelegge for mer mestring og aktivitet hos personer med demens gjennom hele sykdomsforløpet. Vi ergoterapeutene

har et eget forum, og ledelsen oppmuntrer oss til å jobbe med fagutvikling og spille inn hvordan vårt faglige perspektiv kan bidra til å løfte den tverrfaglige tilnærmingen til personer med demens.

– Hva forsker du på?

– Mitt arbeidsområde i Aldring og helse er kartlegging og oppfølging av personer med demens som bor hjemme. Jeg samarbeider mye med kommunale hukommelsesteam, som har et hovedansvar for dette i kommunene, og det er temaer fra deres arbeids hverdag jeg forsker på.

Jeg har vært internfinansiert stipendiat hos Aldring og helse, og min forskning er basert på temaer det var behov for å løfte i den kliniske hverdagen til hukommelsesteam og annet helsepersonell i kommunehelsetjenesten. Doktorgradsarbeidet mitt handlet om hva det er behov for å kartlegge for å kunne diagnostisere demens og for å planlegge god oppfølging etter diagnose. En del av arbeidet var en valideringsstudie av

«Kognitivt Funksjonsinstrument (KFI)» – et skjema med spørsmål rundt endringer i fungering og kognisjon. Skjemaet foreligger i en selvrapportert og en pårønderapportert versjon og viste seg nyttig til å identifisere personer som bør utredes for kognitiv svikt. Videre har jeg undersøkt hvilke symptomer personer som utredes for demens av sin fastlege har, og funnet at denne gruppa har mange utfordringer, som for eksempel redusert ADL-funksjon og depresjonssymptomer. Jeg har også forsket på behov for daglig aktivitet og sosial kontakt og funnet at det er sammenheng mellom slike udekkede behov og affektive og psykotiske symptomer ved demens. Disse studiene, og kanskje mest sistnevnte, tydeliggjør betydningen av aktivitet.

Gjennom deltakelse i et EU-prosjekt har jeg vært med på å forske på tilgang til offentlige tjenester for personer med demens, både faktorer som påvirker tilgang, som for eksempel informasjon og det å ha en fast kontaktperson, og faktorer som blir påvirket av tilgangen til tjenester, som for eksempel livskvalitet hos personer med demens og pårørende.

For tiden jobber mine kollegaer og jeg med å få i gang en pilotering i Norge av en intervensjon med kognitiv rehabilitering for personer med demens i tidlig fase. Vi har fått tillatelse til å bruke metoden GREAT Cognitive Rehabilitation som er utviklet av en gruppe i Exeter i England og oversetter nå dette til norsk. Rehabiliteringen tar utgangspunkt i mål som personen selv definerer, relatert til aktivitetsproblemer han/hun opplever i hverdagen. Tanken er ikke at personen skal bli kvitt demensen eller den kognitive svikten, men at han/hun skal fungere på sitt optimale

og mestre hverdagen så godt som mulig, med demens.

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

– Det er mange å velge i. Jeg vil trekke fram en forskningsartikkel som har hatt stor betydning for det jeg jobber med akkurat nå: Linda Clare et al 2019 *Individual goal-oriented cognitive rehabilitation to improve everyday functioning for people with early stage dementia: A multicentre randomised controlled trial (the GREAT trial)* (1). I denne britiske studien gjorde de en randomisert kontrollert studie der de prøvde ut metoden for kognitiv rehabilitering med personer med demens. Førsteforfatter er psykolog, og det er ergoterapeuter i medforfattergruppa. Metoden ble prøvd ut som en tverrfaglig intervensjon, men de fleste som tilbød intervensjonen i studien var ergoterapeuter, og ergoterapikompetanse regnes som sentral i metoden. Hovedutfallsmålet i studien var deltakernes egen vurdering av måloppnåelse (i de målene de selv definerte ut fra sine opplevde aktivitetsproblemer). Jeg syns denne artikkelen gir en god beskrivelse av hvordan vi som helsepersonell kan bidra til mestring i hverdagen gjennom konkrete metoder.

Som ergoterapeut som jobber med demensomsorg, kan jeg ikke la være å nevne artikkelen til Maude Graff og kollegaer: *Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study* (2). Denne studien viste at ergoterapi for hjemmeboende personer med demens ikke bare ga en forbedring i fungering i daglige aktiviteter hos personen med demens og økte pårørendes

opplevelse av kompetanse, men også var kostnadseffektiv. Artikkelen var banebrytende da den kom i 2008.

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

– Som ergoterapeuter har vi en viktig rolle i kartlegging og oppfølging av personer med demens og kognitiv svikt. Vårt aktivitetsfokus kan bidra til en bedre hverdag ved demens. Jeg ønsker meg flere studier som bruker ergoterapimodeller og teorier til å forstå hverdagen til personer med demens, og hvordan vi som ergoterapeuter kan bidra til et bedre liv med demens.

Selv om betydningen av konkrete tiltak som fremmer aktivitet framheves i demensomsorg internasjonalt, er det behov for forskning som på en systematisk måte undersøker effekt av slike tiltak/intervensjoner og deltakernes erfaringer med disse. I Norge forventes det at antall personer med demens vil øke fra dagens drøyt 100.000 til mer enn 238.000 i 2050. Vi må finne ut hvilke konkrete ergoterapi-intervensjoner som hjelper!

Referanser

1. Clare L, Kudlicka A, Oyeboode JR, Jones RW, Bayer A, Leroi I, et al. Individual goal-oriented cognitive rehabilitation to improve everyday functioning for people with early-stage dementia: A multicentre randomised controlled trial (the GREAT trial). *Int J Geriatr Psychiatry*. 2019;34(5):709-21.
2. Graff MJ, Adang EM, Vernooij-Dassen MJ, Dekker J, Jonsson L, Thijssen M, et al. Community occupational therapy for older patients with dementia and their care givers: cost effectiveness study. *Bmj*. 2008;336(7636):134-8.

Fire foredragsholdere på fagkongressen

Fra 19. til 21. september blir det norsk fagkongress i ergoterapi i Stavanger. Her er fire av våre foredragsholdere.



Kjersti Helene Haar.

- **Hvor ble du utdannet?**
 - Jeg tok bachelor ved Ergoterapihøyskolen i Oslo og master ved Universitetet i Oslo.
- **Kan du gi en kort oppsummering av din arbeidserfaring?**
 - Jeg har jobbet cirka 16 år i ulike kommunale og fylkeskommunale praksiser, hovedsakelig med re-/habilitering for barn, unge og voksne. Deretter har jeg jobbet cirka 15 år som lektor ved bachelorutdanning i ergoterapi og nå fem år som lektor og studieleder ved tverrfaglig master i medborgerskap og samhandling, ved det som nå heter VID vitenskapelige høgskole.

- **Hvilket tema skal du presentere på fagkongressen?**

- Plenumpresentasjon er kalt «medborgerskap, menneskerettigheter og like muligheter», parallellpresentasjon heter «delaktelse, sivilsamfunn og medborgerskap i eldre år», pluss at jeg stiller med en poster.

- **Hva er en setning som beskriver en aktivitet som er viktig for deg?**

- Det å sykle langs en landevei for å oppdage nye steder og folk, og det å bevege meg utendørs og relativt langsomt på sykkel og samtidig få nye (sanse)inntrykk – det betyr mye for meg.



Hanne Kaae Kristensen.

- **Hvor ble du utdannet?**
 - Jeg ble utdannet på Ergoterapeututdannelsen i Odense i Danmark.
- **Kan du gi en kort oppsummering av din arbeidserfaring?**
 - Jeg er nå ansatt som dosent på UCL Erhvervsakademi og Profesjonshøyskole, samt som professor i Forskningsenheten for Rehabilitering ved Rehabiliteringsavdelingen på Odense Universitetshospital og Klinisk Institutt på Syddansk Universitet. Jeg har i en lengre årrekke arbeidet innenfor nevrorehabilitering som ergoterapeut, leder og klinisk underviser. Min forskning omhandler tverrsektorielt sosial- og helsesfaglig praksis, som foregår i tett samarbeide med regionale og kommunale arbeids-

steder. Mine aktuelle forskningsfelt er: aktivitetsvitenskap, ergoterapi, demens, rehabilitering og implementeringsforskning. Her prioriterer jeg særlig forskning, som utvikler og implementerer ny kunnskap i et tverrprofesjonelt og internasjonalt perspektiv med vekt på brukermidvirkning og deling av kunnskap.

- **Hvilket tema skal du presentere på fagkongressen?**

- Jeg skal presentere «Aktivitetsvitenskap - en viktig kilde til kunnskap om aktivitetsfokus i ergoterapeutisk praksis».

- **Hva er en setning som beskriver en aktivitet som er viktig for deg?**

- Jeg trives i hagen min, hvor jeg dyrker mange forskjellige blomster og bærbusker.



Ingvild Kjeklen.

- Hvor ble du utdannet?

- Jeg gikk ut i 1983 fra Ergoterapihøgskolen i Oslo.

- Kan du gi en kort oppsummering av din arbeidserfaring?

- Jeg jobbet først to år i psykiatri, siden har jeg jobbet innen revmatologi, først som «vanlig» ergoterapeut, deretter som leder. I 1999 begynte jeg ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering. Der har oppgavene i hovedsak vært fagutvikling, forskning og formidling. Jeg har også jobbet mange år på Høgskolen i Oslo og Akershus, (nå OsloMet), i det siste som professor i ergoterapi. Der bruker jeg mye av tiden på masterstudenter som fordypet seg i ergoterapi.

- Hvilket tema skal du presentere på fagkongressen?

- Jeg skal delta i tre workshops – en om behandling av håndartrose, en om jobbgledning og en om kvalitet i rehabilitering. Jeg skal også holde æresforelesningen. Der vil jeg snakke om hva som er viktig å forske på innen ergoterapi.

- Hva er en setning som beskriver en aktivitet som er viktig for deg?

- Jeg er heldig og har mye jeg liker å holde på med. Felles for mange av aktivitetene er at de foregår ute!



Mona Asbjørnslett.

- Hvor ble du utdannet?

- Jeg tok utdanningen min i Trondheim – den fineste byen.

- Kan du gi en kort oppsummering av din arbeidserfaring?

- Jeg har hovedsaklig jobbet med: barn, unge, habilitering, kommuneergoterapi og undervisning på høgskolen. Nå er jeg førsteamanuensis.

- Hvilket tema skal du presentere på fagkongressen?

- Min plenumforelesning heter

«Visjoner om funksjonshemming, inkludering og barns deltakelse». Den skal jeg holde tirsdag 20 september.

- Hva er en setning som beskriver en aktivitet som er viktig for deg?

- Å strikke gir meg ro og glede og det innbyr til et sosialt strikkefellesskap.



Bli med på norsk fagkongress i ergoterapi

Til høsten blir det endelig norsk fagkongress i ergoterapi i Stavanger. – Folk kan melde seg på helt fram til kongressen starter 19. september, sier Anette Eidesen i kommunikasjonskomiteen.

Av Else Merete Thyness

Den norske fagkongressen finner sted fra 19. til 21. september. Vertskapet er Ergoterapeutene region vest.

– Dette er den største ergoterapeut-«eventen» i Norge. Hit kommer det både internasjonale og nasjonale forelesere, sier Eidesen.

Programmet er omfattende og spennende med både plenumsforedrag, parallellsesjoner, postere, sosiale treffpunkt og

utstillere som viser sine produkter og løsninger.

– Innholdet er veldig variert og her er det gode muligheter til å treffe gamle kjente og knytte nye bekjenskaper, lover hun.

Dette er den syvende norske fagkongressen, som er et samlingspunkt for ergoterapeuter fra hele landet.

– Kongressen har allerede cirka 500 påmeldte, men det er plass til flere, sier hun.



– Meld dere på, sier Anette Eidesen.



Kongressen har allerede cirka 500 påmeldte, men ergomannen venter på flere.

Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.



- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling



For mer informasjon se:
www.bamseprodukter.no
www.hjelpemiddeldatabasen.no
Varekataloger og brosjyrer.

Unni Sveen blir professor emerita i ergoterapi

8. juni ble Unni Sveen takket av etter et langt og innholdsrikt arbeidsliv. Arrangementet fant sted på OsloMet, med både kolleger, venner og familie til stede.

Av Else Merete Thyness

Unni startet opp på ergoterapeututdanning i Oslo i 1976 og ble autorisert ergoterapeut i 1979. Etter det har det gått slag i slag.

I 2000 ble hun ergoterapeutspecialist i somatisk helse. Fra 2001 til 2004 var hun stipendiat og forsker ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Oslo universitetssykehus.

I 2004 fikk hun graden dr. philos. ved det Medisinske Fakultet ved Universitetet i Oslo med avhandlingen «Activities and well-being after stroke». Og med det fikk norske ergoterapeuter sin første doktor.

Et annet stort høydepunkt, både for Unni og for ergoterapi i Norge, var da hun i 2014 ble vår første norske professor i ergoterapi sammen med Ingvild Kjeklen. Hun er også vitenskapelig redaktør i Ergoterapeuten.



Unni Sveen fikk blomster og vase av Ergoterapeutene.



Jobber du med barn med behov for palliasjon?

Ikke alle barn har fremtiden foran seg. Noen har tilstander som er uforutsigbare og livstruende. For disse barna er det viktig at ikke alt handler om sykdom og begrensninger, men at det legges til rette for livskvalitet og gode opplevelser her og nå.

Målet med et barnepalliativt tilbud er at barnet og familien skal kunne leve et så godt liv som mulig – med bistand fra helhetlige og koordinerte tjenester, gjennom hele sykdomsforløpet og etter barnets død.

Stiftelsen Frambu - Leve NÅ har høy tverrfaglig kompetanse på barnepalliasjon. Vi tilbyr individuelt tilpassede tjenester basert på familiens behov, i nært samarbeid med lokale instanser. Leve NÅ bidrar også med støtte, veiledning og kompetanseheving til lokale tjenesteytere.

Tilbud fra Leve NÅ 2022

- Femdagers familieopphold på Frambu senter.
- Helgesamling på Frambu senter for familier som har mistet barn.
- Webinarer:
 - 7. sept. Ivaretagelse av hjelpere
 - 19. okt. Besteforeldre
- Lokale tjenester tilpasset familiens eller tjenesteapprates ønsker/behov.

Les mer om tilbudet på levenaa.no
Eller ta kontakt på:
levenaa@frambu.no / 64 85 60 00

Videre refleksjoner rundt aktivitetens mørke sider

Debattinnlegget vårt om aktivitetens såkalte mørke sider (1) engasjerte. Kolleger ute i felten ga uttrykk for å finne tema interessant, og Johnson (2) kom med et tilsvarende i forrige utgave. Som følge av flere diskusjoner med fagfeller og med hverandre ønsker vi imidlertid å reflektere videre omkring temaet. Vi mener at temaet synliggjør et generelt behov for å integrere humanistisk tenking og kritisk diskusjon i fagfellesskapet.

Av Vegard Horne & Even E. Edvardsen



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



Even Elias Edvardsen er universitetslektor ved bachelorprogrammet i ergoterapi ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT, Norges arktiske universitet.

ET TEMA SOM ENGASJERER

Først, vi synes at det er positivt at tematikken om «mørke aktiviteter» engasjerer. Samtidig mener vi at engasjementet synliggjør et underliggende behov. Ettersom teorier om menneskelig aktivitet angår individer, er det nødvendig å gi rom for utvikling av nyanserte forståelser. Vi tenker at tilbakemeldingene vi har fått synliggjør et behov for å integrere mer humanistisk, kritisk tenking og en åpen diskusjon omkring teori- og verdigrunnlaget i faget i større grad. Når vi ønsker å reflektere videre omkring temaet er det tre gjenstander vi har identifisert som interessante:

1. paternalisme og problemene som oppstår når denne opererer på et skjult nivå
2. klientsentreringens problematiske sider – hva mener vi egentlig med autonomi?
3. u diskutert moralisme innad i profesjonsutøvelsen

PATERNALISMENS BEGRENSNINGER

Det første punktet er kanskje det som har plaget oss mest. En intensjon med det første debattinnlegg vårt var å avsløre holdninger. Det vi kanskje kan lese av Johnsons svar, er et konkret eksempel på myk paternalisme der man forsøker å påvirke en person til å

gjøre som noen andre egentlig vil, uten bruk av sterke virkemidler. Som vi var inne på i vårt første innlegg: Om et menneske selv ønsker å røyke, er det uansett diagnose deres personlige valg. Det relaterer seg prinsipielt og verdimessig til autonomibegrepet. Det er mange måter å være et menneske på.

Vi kan informere om røykingens ulike utfordringer, men det bør i så fall være alt. Paternalisme som endringsmodell kan ha gode intensjoner, men realiteten antyder at det har lite for seg. Selv når vi blir konfrontert med budskapet fra en lege om at vi kan dø hvis ikke endrer livsstilen, er det så få som en av syv som lykkes med å legge om livet sitt (3). Hva kan vel være mer motiverende enn livet i seg selv, men det synliggjør kompleksiteten ved endring og behovet for nyansert forståelse. Paternalismen har begrensninger, men vi mener det er spesielt problematisk når den opererer i det skjulte, utenfor bevissthetens våkne blikk.

AUTONOMI OG VERDIKONFLIKTER

Det andre punktet dreier seg om at klientsentrering kan utfordre vårt forhold til autonomi som grunnleggende verdi. For i et møte mellom individer er det ver-

dier i bevegelse. Vi kan bli støtt av andres verdier. Autonomibegrepet og autonomi som grunnverdi i faget kan utfordre oss på et personlig plan. I Norges grunnlov paragraf 94 (4) kan man lese at alle har rett til respekt for privatlivet, og at man må ha *grunnlag i lov* for å gripe inn overfor enkeltmenneskets faktiske frihet. Vi er av den oppfatning at deler av grunnloven som omhandler dette faktisk bør henge på ethvert kontor og klasserom der det befinner seg ergoterapeuter og ergoterapistudenter. Rammene for vår profesjonsutøvelse starter allerede i Grunnloven.

Selv våre opprinnelige yrkesetiske retningslinjer (5) påpeker hvor viktig klientenes selvbestemmelse var. Det påpekes at klientenes syn skal «(...) være styrende for utformingen av behandlingstilbudet». Respekten for vedkommendes «(...) verdier og vaner uansett eget livssyn og personlige oppfatninger» ble presisert. Det ble videre påpekt hvor viktig det var at «(...) klientens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser (...)» ble fremmet. Dette har i prinsippet vært etiske bærebjelker i over tretti år.

Men er dette et faktisk problem i dag? Ja. Vi vet at det finnes ergoterapeuter og samarbeidspartnere som faktisk ønsker å innskrenke klienters selvbestemmelse, og som mener at det i større grad bør være opp til tjenesteyterne å definere hva som er viktigst for vedkommende. Vi tenker at de som ikke har intensjon om å følge de etiske retningslinjer er de som har bevisbyrden over at alternativet deres er bedre.

BEHOV FOR ÅPEN OG KRITISK DISKUSJON?

Det tredje punktet knytter seg an

til det vi erfarer som manglende diskusjon omkring moralisme. Hvis ergoterapeuten har antakelser om at det er en moralsk plikt å ikke anerkjenne «mørke sider» ved klientens aktivitetsmål- og preferanser, løper det en risiko etter vårt syn. Risiko for fremmedgjøring og opplevelse av avmakt i relasjonen mellom terapeut og klient, mener vi er nærliggende dersom det legges betingelser i klientsamarbeidet som bygger på hva som er «moralisk riktig» for terapeuten.

Heldigvis lærer studenter ved ulike helsefaglige profesjonsutdanninger å ha fokus på de etiske aspektene ved vår gjerning. Ved UiT er for eksempel Wifstads (6) bok om helsefagenes etikk kjerne-litteratur. Studenter på samtlige helsefag lærer altså tidlig å identifisere paternalistiske holdninger i seg selv og hos andre og *hvorfor* akkurat dette er viktig. Når det gis rom for det i klasserommet finner vi at studentene uten unntak ønsker å ta utgangspunkt i nettopp enkeltindividets preferanser, og hvor viktig det da er å nettopp arbeide individfokustert.

OPPSUMMERENDE REFLEKSJONER

Ordutvekslingene og engasjementet – her i Ergoterapeuten og med fagfeller rundt omkring – mener vi synliggjør et behov for, og glede med å diskutere nyanser i teori og praksis. Å skape rom for mer kritisk og åpen diskusjon omkring teorier, verdier og antakelser i faget kan hjelpe oss mot en mer nyansert forståelse og reflektert profesjonsutøvelse. Ulempene ved å la være synes å være større enn fordelene. Ureflekterte profesjonsutøvere mener vi risikerer dessverre å bli føyelige funksjonærer.

SVAR TIL DEBATTINNLÉGG I ERGOTERAPEUTEN 2-2022

Stiller vi spørsmål ved valg av «mørke» aktiviteter?

Inspilert til Vegard Horne og Elen Edvardsen, Motivasjon i «mørket», var tankevekkende og interessant. Det å utføre «mørke» aktiviteter kan gjøre at en har en følelse av autonomi og kontroll over egne valg i livet.

Av Susanne Grødem Johnson



Susanne Grødem Johnson er ergoterapeut og stipendiat ved Høgskolen på Vestlandet.

Jeg kom likevel til å tenke på at mennesker med alvorlig psykisk lidelse har redusert frihet i forhold til mennesker uten psykiske vansker (1). Det er mange grunner til dette, men en grunn som oppgis er at flere mennesker med psykiske vansker reiser (2). Både anner er det dobbelt så mange mennesker med angst og depresjon som reiser enn den almenne befolkning (2). En viktig målsetting for helsevesen til mennesker vil blant annet være å forebygge og redusere reising (3). Det er en viktig forutsetning i ergoterapi at alle mennesker har rett til selv å velge aktiviteter de ønsker å utføre. Brukermotivasjon og selvbestemmelse verdsettes høyt. Det er likevel et paradoks at forventet levetid er så mye lavere for mennesker med psykiske lidelser. Hvis vi ikke setter selvstyre på reiseavveining og mulighet til å stumpe reisen, gjør vi kanskje disse menneskene en tjenesteforring. Begrunnelse kan og skal aldri bygges på noen, men tilbud og mulighet til å kunne gjøre denne endringen i livet bør i alle fall gis. Utenfor vi å ta opp tematikken fordi vi er for opptatt av at alle har rett til å velge sine aktiviteter, inkludert de «mørke»?

A utjevne helseforskeligheter er viktig for ergoterapeuter i tråd med Occupational Justice (4): rett til aktivitet, men overanstrengelse. For å bidra til å utjevne helseforskeligheter må man ta tak i de bakgrunnsforholdene, hvor levetid, sosial støtte og andre relasjoner har en direkte innvirkning på helse (5). Å henge om at alle har rett til å velge sine egne aktiviteter, inkludert de «mørke» aktiviteter, er

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

54

Ergoterapeuten 2-2022

Dette debattinnlegget er et svar til Susanne Grødem Johnsons innlegg: «Stiller vi spørsmål ved valg av «mørke» aktiviteter?» og en rekke andre debattinnlegg som handler om temaet Aktivitetenes mørke sider.

Referanser

- Horne V, Edvardsen EE. Motivasjonen i «mørket». Ergoterapeuten. 2022; 64 (1): 60-61.
- Johnson, SG. Svar til «Aktivitetsens mørke side». Ergoterapeuten. 2022; 64 (2): 54.
- Kegan, R, Lahey, LL. Immunity to change. Boston, MA: Harvard Business Review Press; 2009.
- Kongeriket Norges Grunnlov. LOV-1814-05-17 [hentet 31.05.22] Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn>
- Liabø, K., Kullerud G. og Hopen, L. Forslag til yrkesetiske retningslinjer for NETF. Ergoterapeuten. 1988: nr. 1. Side 4.
- Wifstad, Å. Helsefagenes etikk. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget; 2020. Universitetsforlaget.

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



Æresforeleser på den norske fagkongressen i ergoterapi

Av Else Merete Thyness

I september står Ingvild Kjekken på scenen i Stavanger. Tittelen på forelesningen er: «Hva er viktig for oss? Fremtidig fokus i ergoterapiforskning». – Som profesjon må vi stå sammen om enda mer god forskning, ikke minst i kommunehelsetjenesten, sier hun.

Det er en tidlig maidag på Diakonhjemmet sykehus. Gamle hus står side om side med moderne nybygg, og de ser ut til å trives utmerket sammen. Her arbeider Ingvild Kjekken som seniorforsker ved Nasjonalt kompetansesenter for revmatologisk rehabilitering.

– Da Diakonhjemmet i 1985 lyste ut stillinger til en nyopprettet revmatologisk avdeling, søkte jeg og siden er det knapt en avdeling jeg ikke har vært innom, forteller hun.

Den nye avdelingen hadde en stor sengepost og en bitteliten poliklinikk. I dag er det igjen seks senger, mens poliklinikken er stor.

– Det handler blant annet om at

vi har fått medisiner som stopper eller bremser betennelsestilstanden i sykdommen. De fleste som får revmatoid artritt i dag, kan leve et tilnærmet normalt liv med noe oppfølging. Her er ergoterapeuter særlig aktuelle når det gjelder fatigue og det å kunne bli i jobb.

ANDRE ERGOTERAPEUT MED DOKTORGRAD I NORGE

I 2006 disputerte Ingvild som den andre ergoterapeuten i Norge med avhandlingen «Involvement and participation in rheumatology care». Det tok mange år fra hun begynte å drømme om et hovedfag til hun ble doktor.

– Riktignok fikk jeg studieplass på hovedfag i ergoterapi etter

noen år i arbeidslivet, men så ble jeg gravid, sier hun.

Tre små gutter senere var hun i gang, og siden hun lenge hadde vært opptatt av brukermedvirkning, bestemte hun seg for at oppgaven skulle handle om å kvalitetssikre kartleggingsverktøyet COPM. Hun hadde allerede oversatt instrumentet til norsk.

– I hovedfaget skrev jeg om tyve pasienter, men jeg hadde testet drøyt hundre. Jeg hadde så mye materiale at jeg i tillegg skrev to forskningsartikler som ble publisert i internasjonale tidsskrifter. Da sa min daværende leder, professor Arnstein Finseth, at jeg allerede var godt på vei mot en doktorgrad, og slik ble det.

«Behandlingen fungerer mye bedre når vi alle samarbeider»

Ingvild Kjekken

Temaet for doktoravhandlingen var «Brukerinvolvering i beslutninger om egen behandling».

– På Diakonhjemmet var vi tidlig ute med å organisere brukermedvirkning i forskning, blant annet etablerte vi et pasientråd. Det tar tid å endre strukturer i helsevesenet, men nå gjennom-syrer brukermedvirkning hele organisasjonen, forteller hun.

Ergane-prisen, som hun ble tildelt på Den norske fagkongres-sen i ergoterapi i 2013, var også knyttet til innsatsen hennes for brukermedvirkning.

– Jeg ble skikkelig glad for den prisen, og jeg «deler» den selv-sagt med kolleger og ikke minst brukerne. Behandlingen fungerer mye bedre når vi alle samarbeider.

LOKALSYKEHUS SOM SATSER PÅ FORSKNING

Diakonhjemmet sykehus ble etablert i 1890. Grunnleggere tilhørte indremisjonen, og de ønsket at Diakonhjemmet skulle bli et kraft-senter for et kirkelig redningsar-beid for mennesker i utsatte livssi-tuasjoner. I dag er institusjonen et veldrevet lokalsykehus med ansvar for akutt- og selektiv behandling innen medisin, kirurgi, revmatologi, psykisk helsevern og spesialisert rusbehandling for bydelene Vestre Aker, Ullern og Frogner. Ingvild Kjekens egen yrkeshistorie er nært knyttet til dette sykehuset.

– Diakonhjemmet er en god arena for samarbeid mellom forskere og klinikere. Jeg jobber tett sammen med ergoterapeute-ne som er i direkte kontakt med pasientene på revmatologisk avdeling, både her og ved andre

sykehus. Sammen finner vi de gode forskningsspørsmålene og samler inn dataene. Når de som jobber i praksis er med på å ut-forme forskningen, eier de resul-tatene. Da tar det kortere tid før resultatene når ut i praksis.

Akkurat nå står de midt i en stor studie der 400 pasienter med håndartrose er inkludert. Et av formålene med studien er å evaluere om et ergoterapeutledet forløp er like trygt, effektivt og kostnadseffektivt som et rev-matologledet forløp for denne pasientgruppen.

– Dette er et jobbglidnings-prosjekt. Resultatet kan bli at vi overtar mer av ansvaret for denne pasientgruppen fra revmatolo-gene. Pasienter med håndartrose har først og fremst behov for in-formasjon, enkle hjelpemidler og å trene opp håndkraften. Da har ergoterapeuter mest å tilby.

Sammen med to brukerrepres-entanter og klinikere har de også utviklet behandlingsappen «Happy hands». Den skal gjøre kunnskaps-basert behandling tilgjengelig for pasientene og støtte dem i å gjennomføre enkle øvelser for å vedlikeholde håndfunksjonen.

–I utviklingen av denne appen har brukerne vært geniale, ikke minst når det gjelder hvordan vi skal utforme den. «Happy Hands» er blitt et eget forskningsprosjekt der vi har pilottestet 70 brukere for å se om appen hjelper, og hva som eventuelt kan gjøre den bedre. Til høsten skal den prø-ves ut med 400 deltagere i en randomisert kontrollert studie der ergoterapeuter over hele landet er med å inkludere pasienter.



Under doktorgraden samarbeidet Ingvild Kjekken tett med fysioterapeut Hanne Dagfinrud om datainn-samling. De er fremdeles gode kolleger.



Diakonhjemmet ble etablert i 1890, og her står Ingvild Kjekken foran en av de eldste bygningene.



Ingvild Kjekken kombinerer forskerstillingen med gårdsdrift på Kopseng gård i Eggedal.



Styreleder REMEDY og administrerende direktør Diakonhjemmet sykehus, Anders Mohn Frafjor, senterleder Espen A. Haavardsholm, Olav Thon og leder for porteføljestyret Helse i Forskningsrådet Ole Johan Borge ved åpningen av senteret. Foto: Pernille L. Mørkhagen, Diakonhjemmet sykehus.

REMEDY

I mai åpnet sykehuset forsknings-senteret ReMeDy, som er finansiert av Norges Forskningsråd. Her skal de gjennom kliniske studier evaluere nytten av behandling og rehabilitering for folk med revmatiske sykdommer.

– Senteret har syv arbeidspakker hvor jeg skal lede den ene med temaet: «Empowering The Individual: Mestre hverdagen med revmatisk sykdom». Dette kommer jeg til å bruke mye tid på fremover, sier hun.

PROFESSOR I ERGOTERAPI

Hun går neppe tom for arbeidsoppgaver. I 2014 ansatte OsloMet de to første norske professorene i ergoterapi: Unni Sveen og Ingvild Kjekken. Her jobber hun i en 20 prosent stilling blant annet med å undervise og veilede Masterstudenter med spesialisering i ergoterapi.

Og da er vi over på Ingvild Kjekens æresforelesning som skal handle om fremtidens ergoterapiforskning.

– Det er viktig for oss som profesjon å få frem enda mer god forskning om nytten av ergoterapi, ikke minst i kommunehelsetjenesten, sier hun.

Nå vil hun oppfordre ergoterapeuter til å stå sammen om forskningen.

– Forskerne må ha store ører og lytte til hva klinikerne sier, mens de på sin side må være villige til å justere praksis hvis den viser seg ikke å være effektiv. Hvis vi er fremoverlente, endringsvillige og samarbeider, kan vi også skape mer sammen.

GÅRD I EGGEDAL

Også privat er Ingvild Kjekken en travel dame. For noen år siden overtok hun og mannen Gudmund Olsen Kopseng gård i Eggedal.

Den siste tiden har de pendlet mellom gården og jobb i Oslo.

– Her har jeg mange prosjekter, med drivhus, Hugelbed og rehabilitering av gamle bygninger. Det gir en fin avveksling til forskerlivet i byen, sier hun.

KOMMUNEERGOTERAPIPROSJEKTET

Av Linda Stigen

Etterlyser kandidater til fokusgruppeintervjuer

Vi er veldig glade for den gode responsen vi fikk på spørreundersøkelsen til kommuneergoterapiprosjektet. I undersøkelsen var det også mulig å krysse av for om man ville delta i fokusgruppeintervjuer både knyttet til denne undersøkelsen og til en undersøkelse om barn og unge. Vi fikk overveldende mange positive svar på dette, men siden undersøkelsen er anonym, har vi ingen mulighet til å vite hvem dere er. Ta derfor gjerne kontakt med Linda Stigen hvis dere fortsatt vil være med: linda.stigen@ntnu.no.

Tusen hjertelig takk til alle dere 617 ergoterapeuter, ansatt i ulike norske kommuner, som tok dere tid til å delta i spørreundersøkelsen vår som nylig er avsluttet. Vi har så vidt begynt å se på resultatene, og det skal bli veldig spennende og interessant å gå dypere inn i dette i månedene som kommer.

FOKUSGRUPPEINTERVJUER

Som dere vet, stilte vi spørsmål om noen av dere kunne tenke dere å delta i fokusgruppeintervju til høsten og i en videre undersøkelse knyttet til barn og unge. Mange av dere krysset av for at dere kunne tenke dere dette, og det er vi veldig fornøyd med. Imidlertid har de fleste av dere ikke sendt meg en e-post hvor dere legger igjen e-postadressen og informasjon om hvor dere jobber.

Vi vil med dette be om at de

av dere som ønsker å være med i enten fokusgruppeintervju til høsten eller delta i spørreundersøkelsen knyttet til barn og unge, sender en e-post til linda.stigen@ntnu.no og gir beskjed om dette.

Ha en fin sommer så lenge. Vi gleder oss til å fortsette en spennende datainnsamling til høsten.

Linda Stigen og resten av forskningsgruppen.



Linda Stigen etterlyser kandidater til fokusgruppeintervjuer.

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

Ergoterapeutenes nettbaserte kurs

**UTFASING AV TO KURS**

Ergoterapeutene startet med nettbaserte kurs i 2019 da kurset *Deltakelse og mestring for eldre* ble laget for å motivere ergoterapeuter til å engasjere seg i kvalitetsreformen *Leve hele livet*.

Under pandemi-året 2020 introduserte vi et nettbasert kurs til, *Alle skal kunne delta*, som tar utgangspunkt i ergoterapeuters kjernekompetanse, og hvordan vi kan bidra til mer bærekraftige helsetjenester.

Deltakelse og mestring har hatt cirka 570 deltakere, *Alle skal kunne delta* hadde cirka 270 deltakere. Det kommer fremdeles en og annen påmelding, men få. Det tar derfor tid fra en melder seg på til det er nok påmeldte til å danne en nettverksgruppe. Et annet poeng er at innholdet i kursene kan bli utdatert.

Disse to kursene vil derfor fjernes i løpet av 2022, så meld deg på i dag dersom du ønsker å ta ett av disse kursene, eller begge.

ERGOTERAPI TIL BARN OG UNGE

Dette er et nettbasert kurs med formål å synliggjøre ergoterapeuters kjernekompetanse knyttet til barn og unge. Kurset består av fire moduler og er gratis. Hver modul består av videoforelesninger, litteratur som selvstudium og refleksjon i nettverksgrupper.

Dette kurset er nytt, siste modul ble lagt ut

15.mai 2022. Det er fremdeles mulig å melde seg på. Mer informasjon og lenke til påmelding for alle kursene: <https://ergoterapeutene.org/nettkurs/>.



Velkommen til kurs i CO-OP



Medlemmer har etterspurt kurs i Cognitive Orientation of daily Occupational Performance (CO-OP) Approach. Dette er en klientsentrert metode som baserer seg på at personen setter mål for sin aktivitetsutførelse og finner egne kognitive problemløsnings-strategier som å prosessere en aktivitet fra start til mål.

Målgruppen metoden egner seg til er personer med nevrologiske sykdommer/skader, som CP, hodeskade, slag, rykkmargsbrokk og nevropsykiatriske diagnoser.

Kurset holdes av de svenske ergoterapeutene Marie Penny-Dahlstrand, dosent ved Gøteborgs Universitet, Ann-Marie Öhrvall, dr med, Karolinska Institutet og Lena Bergkvist, dr med, Gøteborgs universitet. Kurset har noe forberedelse på forhånd, fysiske dager i Oslo 8. og 9. november 2022 og en digital oppfølgingsdag 14.mars 2023, hvor egne erfaringer presenteres.

Før kurset må deltakerne kjøpe boken: Polatajko, H.J. & Mandich, A. (2004): «Enabling occupation in children: The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) Approach» fra nettstedet CAOT website. Den koster cirka 500 kroner.

Norsk Ergoterapeutforbund godkjenner CO-OP-kurset som ergoterapispesifikt kurs meritterende med 40 timer til ergoterapispesialist.

- Målgruppe:** Ergoterapeuter
Arrangør: Ergoterapeutene
Tid: 8. og 9. november 2022 fysisk, digital oppfølgingsdag 14. mars 2023
Sted: Felix konferansesenter, Oslo
Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org innen 1.oktober 2022
Kursavgift: Medlemmer 5000 kroner, tillitsvalgte 2500 kroner, ikke-medlemmer 10.000 kroner



Nettkurset «Tillitsvalgte og ergoterapeuters kjernekompetanse»



De første gruppene er nå i gang med dette nettkurset. Kurset er en del av implementeringen av det nye opplærings- og utviklingsprogrammet for tillitsvalgte.

Dette nettkurset skal gi tillitsvalgte trening i å beskrive ergoterapeuters kjernekompetanse, og hvorfor ergoterapi bidrar til deltakelse, inkludering og bærekraftige helsetjenester. Målet er at de tillitsvalgte skal utforske mulighetsrommet på sin arbeidsplass.

SELVSTUDIUM ELLER FULL PAKKE

Man kan enten gjennomføre kurset som et selvstudium eller delta i refleksjonsgrupper og dermed oppnå sluttkompetanse i form av kursbevis. Vi anbefaler full pakke for størst utbytte.

Kurset er gratis, og som deltaker vil du få best utbytte av kurset dersom du har gjennomført Grunnkurs 1 og Grunnkurs 2 først.

Du melder deg på i kurskalenderen på hjemmesiden.



Ergoterapeutens produktregister – nå kun på nett

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

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

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

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

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

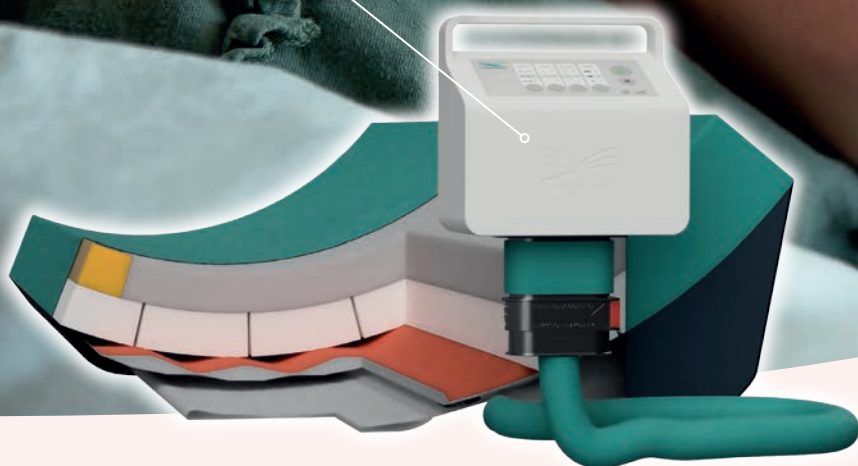
Hjelpemidler for barn

- 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



Nyhet

Stillegående pumpeenhet
– oppleves som lydløs



Tidewave - Norges første og eneste vendemadrass for barn

Riktig posisjonering fra tidlig alder er et avgjørende forebyggende tiltak, og som regel med mest fokus på dagtid i rullestol. Ved komplekst sykdomsbilde trenger mange barn stillingsendring i løpet av natten. Pårørende eller helsepersonell må utføre manuelle vendinger opptil flere ganger.

Manuell vending kan medføre svært mye ubehag, da dette resulterer i tonusøkning, spasmer og påfølgende smerter. Noen får til og med anfall, og faren for trykksår øker.

Med Tidewave vendemadrass er det slutt på de manuelle vendingene. Madrassen krummer seg rundt barnet og gir kontinuerlig bevegelse og økt bevegelsesstimuli.



Det som er spesielt positivt med Tidewave-madrassen er at den gir barnet bevegelsesstimuli om natten, når kroppen er avslappet.

Anja Aakre, Sykepleier og miljøterapeut

Resultater etter bruk av madrassen:

- Ingen behov for manuell stillingsendring
- Mindre spasmer og smerter
- Mindre stivhet i ledd
- Forebygger trykksår
- Bedre sammenhengende søvn
- Stor innvirkning i allmenntilstand

Bardum