

ergoterapeuten

ÅRGANG 65 • 6 – 2022

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Ergoterapi til barn og unge

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. 1 – 1. feb. / 28. feb.

Nr. 2 – 3. april / 28 april

Nr. 3 – 1. juni. / 30. juni

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

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Hege Munthe

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Fagsjef

Kristin Jess-Bakken

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Tove Holst Skyer, forbundsleder

Tonje Hansen Guldhav, nestleder

Heidi Elisabeth Fløtten

Mariette Elise Gjerde

Judith Ekerhovd

Kathrine 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



REPORTASJE

- 6 Fysio- og ergoterapitjenesten**
Avdeling barn og unge
Av Else Merete Thyness
- 10 Hva er viktig for deg?**
Av Else Merete Thyness

NY ARENA

- 12 Ambulant team for barn og unge**
Av Else Merete Thyness

VÅRE TILLITSVALGTE

- 14 Hovedtillitsvalgt for 18 medlemmer**
Av Else Merete Thyness

KRONIKK

- 16 Å snakke med små barn om hjerneslag**
Av Martin Aasen Wright

YTRING

- 18 Vi burde i større grad være der for de unge**
Av Vår Mathisen, Even Edvardsen, Marianne Olsen, Lene Angell Åsli, Vegard Horne, Mari Hepo-oja, Rita Jentoft, Kari Lena Hansen, og Astrid Vekve Nymo

FORBUNDET

- 20 Forsikringer til medlemspris**
Av Roar Hagen
- 21 Ergoterapeutene vil gratulere våre nye spesialister**
Av Anita Engeset
- 22 Du kan ennå delta i årets lønnsundersøkelse**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 22 Landsmøtet 2023 avholdes 23.-25. oktober**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 23 Ergoterapeutenes midler til fagutvikling og forskning 2022**
Av Toril Laberg
- 24 Anne Kathrine Devik er Ergoterapeutenes generalsekretær fra 2023**
Av Toril Laberg

FAGLIG

- 26 Mestring og tidlig innsats for barn og unge**
Av Tove Holst Skyer og Tone Hansen Guldhav
- 30 Skrivedans i skolen**
Av Anette Pedersen Schmitz og Mari Fjeldsven
- 38 Spillteknologi som intervensjon**
Av Ingunn Dalhaug
- 42 ASK - Alternativ og supplerende kommunikasjon**
Av Hege Marit Lybeck Lund
- 48 Ergoterapeuters arbeid med barn og unges psykiske helse**
Av Line Ryen Svec og Tone Torgersen
- 58 Ervervet hjerneskade hos barn – Hvordan ergoterapeuter kan arbeide med barnet, familien og hverdagen i den tidlige fasen av rehabiliteringen**
Av Håvard Eriksen og Anne-Margrethe Linnestad
- 66 Familieperspektivet i rehabilitering av barn og ungdom med ervervet hjerneskade i kronisk fase, illustrert ved Child in Context Intervention (CICI)-studien**
Av Nina Rohrer-Baumgartner, Ingvil Laberg Holthe og Edel J. Svendsen

VITENSKAP

- 76 Oversettelse av spørreskjemaet «The Family Needs Questionnaire – Pediatric» til norsk**
Av Håvard Eriksen, Anne-Margrethe Linnestad, Ingvil Laberg Holthe, Nina Rohrer-Baumgartner, Marianne Løvstad og Hanne Tuntland
- 86 Forsker i farten: Mona Asbjørnslett**
Av Else Merete Thyness
- 88 Livskvalitet fra perspektivet til unge voksne med Downs syndrom**
Av Kjersti Wessel Jevne, Marit Kollstad og Anne-Stine Dolva

AKTUELT

- 92 Tidlig innsats for barn fra null til to år med risiko for cerebral parese**
Av Monica Skadsem
- 94 Motorisk usikkerhet hos barn – ergoterapi og fysioterapi i kommunehelsetjenesten**
Av Anette Ekren, Monika Ullrich, Unni Vågstøl og Susanne Grødem Johnson
- 96 Sammen er vi sterke – jentegruppe sjette trinn**
Av Ingunn Hauknes Larsen
- 98 EVA: Ergoterapi analyse og vurdering av aktivitetsutførelse med barn og unge**
Av Lene Fogtmann Jespersen og Charlotte Mikkelsen
- 102 Internasjonalt normeringsarbeid for ny sanseintegrasjonstest: EASI**
Av Kjersti Hustoft, Beate Nordnes, Irene Fjeld & Pia Turøy
- 106 MEST i skolehelsetjenesten**
Av Trine Remen Smolan
- 108 Skolesituasjonsintervjuet – tid for en revitalisering?**
Av Vegard Horne
- 107 Ungdoms deltakelsesutfordringer og ergoterapeuters rolle i skolehelsetjenesten**
Av Emilie Aas Torland og Randi Wågø Aas

DEBATT

- 110 Ståstativ og vaterbarn**
Av Vegard Horne

PÅ DE SISTE SIDENE

- 112 Barn og risikofylt lek**
Av Sissel Horghagen og Else Merete Thyness

ANNONSER

- 114 Kursannonser**



Alle skal kunne delta

Da jeg startet arbeidet med dette temanummeret, spurte jeg syv barn og unge «Hva er viktig for deg?» Alle svarte at venner er viktig, og det å gjøre noe med disse vennene. Aktivitet, deltakelse, tilhørighet.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Det å ha venner og å være en del av fellesskapet er en viktig del av barns sosiale, kognitive og emosjonelle utvikling. Gjennom vennskap og å gjøre ting sammen, får de ferdigheter som er avgjørende for å kunne leve et godt liv. Sosialiseringen gir dem emosjonell støtte, anerkjennelse og stabilitet. Noe som igjen er grunnlaget for velfungerende voksne.

Det å forebygge at barn og unge faller utenfor lek, barnehage, skole og fritid er derfor en viktig samfunnsoppgave. Ikke bare for det enkelte barnet her og nå, men også for vår felles framtid. Barna er framtiden vår.

I denne landsmøteperioden er mestring og tidlig innsats for barn og unge et satsingsområde.

Hvorfor trenger barn og unge ergoterapi? Jo, fordi det gir barn og unge mulighet til å mestre meningsfulle aktiviteter. Det kan handle om lek, samspill med andre og å bli selvhjulpen i ulike aktiviteter, også de som er

grunnlaget for andre aktiviteter, som læring i skolen. Barn med sammensatte behov, trenger en tverrfaglig tilnærming, inkludert ergoterapi.

Ergoterapeuters kjernekompetanse er samspillet mellom aktivitet, person og omgivelsene. Utgangspunktet er *Hva er viktige aktiviteter for deg og hvordan vil du delta i familien, på skolen og med venner og andre nærpersoner?* Ergoterapeuten kartlegger hva som støtter og hva som hindrer barnet i å delta i disse aktivitetene og iverksetter tiltak for å utbedre dette.

Mange steder er det i dag et hull i tjenestene til barn og unge fordi ergoterapeuters kjernekompetanse på nettopp mestring og deltakelse mangler. Dette temanummeret viser hva ergoterapeuter får til, der de er til stede.

Og så vil jeg ønske alle ergoterapeuter og lesere av dette fagbladet et riktig godt nytt år.

Mestring og tidlig innsats til barn og unge

Ergoterapeuter legger ned mye viktig innsats for å skape aktivitet og deltakelse for barn og unge. Det er dette temanummeret er en god bekreftelse på. Det er samtidig et godt bidrag til vårt felles arbeid med å fremme mestring og tidlig innsats for de yngste innbyggerne. Kunnskap og deling av erfaringer er drivkrefter som kan inspirere og gi retning i praksisfeltet. Jeg håper årets siste utgave av Ergoterapeuten vil bidra til nettopp det.



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

Bredden i faget vårt er unik, og jeg gjentar til stadighet at vi har verdens beste kjernekompetanse. Vår kompetanse på samspillet mellom personen, aktivitetene og omgivelsene gjør at vi ergoterapeuter løser utfordringer og ser muligheter, nær sagt overalt. Bredden kommer godt til syne i dette temanummeret.

Viktigheten av at barn og unge opplever mestring gjennom oppveksten, er ubestridt. Mestring er nødvendig for gjennomføring av skolegang og utdanningsløp, slik at unge er beredt til å ta steget over i arbeids- og voksenlivet. Arbeidskraft blir en mangelvare i årene som kommer. Samfunnet er derfor avhengig av at færrest mulig havner i utenforskap. Men det er aller viktigst at det enkelte barn og ungdom

opplever mestring fordi det er avgjørende for den psykiske helsen, og fordi mestring bygger selvtillit og utvikling.

Ergoterapeuter møter barn og unge på alle livets arenaer og i mange ulike faser. Vi tar tak i det lille og det store. Vi jobber helsefremmende, behandlende og med alt som er midt imellom. Der mange vektlegger sykdom og diagnose, har vi fokus på funksjon og potensial. Men fortsatt er det for mange barn og unge som ikke har tilgang på ergoterapi. Det er store forskjeller på ergoterapeutressursene, både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I det nye året skal vi, sammen, komme enda noen skritt lenger med å synliggjøre at ergoterapeuters kompetanse er nødven-

dig i den tidlige innsatsen for barn og unge. Kanskje er det i 2023 du skal delta på nettkurset «Ergoterapi til barn og unge» eller kursen i Sensorisk Profil 2, slik at du er enda bedre rustet til å kartlegge sensoriske utfordringer? Uansett er det viktig at vi alle målbærer hvorfor ergoterapeuters innsats er nødvendig i det tverrfaglige laget rundt barn og unge. Vi er eksperter på mestring og deltakelse. Uten oss mangler det viktig kompetanse på blant annet kognisjon og tilrettelegging.

Før vi gyver løs på et nytt år med nye utfordringer, vil jeg benytte anledningen til å ønske dere alle en riktig god jul og et godt nytt år. Takk for all viktig innsats i 2022 med å gjøre hverdagslivet mulig.

STAVANGER KOMMUNE

FYSIO – OG ERGOTERAPITJENESTEN AVDELING BARN OG UNGE

Ergoterapeutene på avdeling barn og unge i Stavanger tilbyr tjenester på helsestasjon, i hjemmet, i barnehager, på skoler og i egne lokaler. – Vi jobber helsefremmende, forebyggende og behandlende, både universelt, på gruppenivå og individuelt, forteller Sekine Skeie.

Av Else Merete Thyness



Sekine Skeie er fagkoordinator for ergoterapeutene på avdeling barn og unge i Stavanger kommunes fysio- og ergoterapitjeneste.



Henriette Bjelland Øyri er blant annet med i kommunens tverrfaglige barnehageteam.

Skeie har en del av stillingen sin knyttet til fagkoordinatorrollen.

– Ergo- og fysioterapitjenesten er organisert under Helse- og velferd i kommunen. Som fagkoordinator jobber jeg med koordinering av tjenestetilbudet og fag. Jeg samarbeider tett med avdelingsleder og fagkoordinator for fysioterapeutene, sier hun.

Sammen med fagkoordinatoren for fysioterapeutene har hun blant annet ansvar for prioritering og inntak av henvisninger.

– Henvisningene kommer vanligvis fra helsestasjonen, helse- sykepleier, skoler og barnehager, habiliteringstjenesten, sykehuse- ne, Helse- og velferdskontoret, Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og fastlegene.

For å sikre at innbyggerne får et mest mulig likeverdig ergo- og fysioterapitilbud og at priorite- ringer er i tråd med gjeldende lover, retningslinjer og nasjonale føringer, bruker de ASSS-priorite- ringsnøkkel for ergo- og fysio- terapi. Prioriteringsnøkkel har en fargekode som henvisningene blir rangert etter.

– Hvis en henvisning får farge- kode rødt, blir det vurdert at rask intervensjon har stor betydning for at bruker kan opprettholde primærfunksjon. De skal ha mak- simal ventetid på syv dager. Hvis henvisninger får oransje betyr det at tidlig intervensjon vil ha stor

betydning for brukers funksjons- og mestringsevne, med oppstart innen 14 dager. Gult nivå innebærer maksimal ventetid på 30 dager, mens med fargekode grønt anser vi at intervensjon kan være hen- siktsmessig, men at den kan plan- legges fram i tid med maksimal ventetid på 90 dager, forklarer hun.

Som fagkoordinator har hun også ansvar for å organisere månedlige fagmøter og å følge opp alle ergoterapeutene en gang i halvåret gjeldende brukergjen- nomgang.

– Vi jobber forebyggende med arbeidsmiljøet og har i de siste årene rettet et søkelys på ivareta- kelse av de som jobber her. Vi ser blant annet på relasjonen mellom terapeut og bruker, hjelperrollen, og hvordan den kan påvirke deg. Mange terapeuter møter foreldre i krise og barn med alvorlige sykdommer, og det er viktig å ha en åpen dialog om hvordan dette kan påvirke deg i hverdagen.

OPPFØLGING PREMATURE BARN

Det er 14 ergoterapeuter på Avde- ling barn, og alle jobber på tvers, samtidig som de ofte spesialiserer seg inn mot noen grupper.

Henriette Bjelland Øyri har arbeidet på Avdeling barn i 11 år, og gjerne med de minste barna. Blant annet er hun med i et tverr- faglig samarbeidsprosjekt mellom helsestasjonen, fysio- og ergote- rapitjenesten, pedagogisk-psyko-



Finmotorisk gruppe i Avdeling barn og unges lokaler.

logisk tjeneste (PPT) og Stavanger universitetssykehus. Sammen gir de tilbud til premature barn.

– Premature barn er født før uke 34 og skal ha oppfølging av prematurteamet. Helsestasjonen følger opp disse barna tett med jevnlige kontroller. Ergoterapeutene blir kalt inn når barnet skal til femårskontroll blant annet for å sikre en god overgang mellom barnehage og skole. Barn som er født for tidlig kan ha problemer med sanseprosessering, øye-hånd koordinasjon og finmotorikk, ned-satt styrke i kjernemuskulaturen og ofte har de en sårbarhet med seg som innebærer at de lettere føler seg utrygge, sier hun.

Når hun møter barna for første gang, foretar hun en grundig kartlegging. For eksempel kan hun sammen med foreldrene fylle ut en Sensorisk profil, som er en standardisert og strukturert un-

dersøkelse for å se hvordan barn bearbejder sanseinntrykk.

– Hvis det er behov for tiltak, forsøker vi gjerne mer generelle først, som å anbefale at barnehagen skjermer barnet fra støy og uro, eller at alle barna i klassen har tilgang på øreklokker, sier hun.

Noen av barna strever med finmotorikk, som problemer med av- og påkledning, kneppe knapper, bruke en saks eller holde i en blyant. De kan få tilbud om finmotorisk førskolegruppe på avdelingen.

– Den holder jeg sammen med en kollega. Barna kommer med en følgesperson, med hensikt at tiltak skal følges opp på barnets arena i hverdagen. I gruppen brukes blant annet skrivedans og stasjoner med ulike finmotoriske og grovmotoriske aktiviteter. Gjennom de ulike aktivitetene er målet å øke mestringstro og ferdigheter.

TVERRFAGLIG BARNEHAGETEAM (TBT)

Henriette Bjelland Øyri er også involvert i kommunens tverrfaglige barnehageteam. Alle barnehagene i Stavanger kommune har tilbud om et tverrfaglig barnehageteam i sin bydel. Teamet består av representanter fra helsestasjonen, barnevernet, fysio- og ergoterapitjenesten og PPT i tillegg til en representant fra Johannes læringssenter, som har kompetanse på flerkulturelle barn. Målet for barnehageteamet er å bidra til at barn og barnegrupper som trenger ekstra støtte, får den hjelpen de trenger så tidlig som mulig.

– Teamet er en videreføring av «rett hjelp tidlig», initiert av Øyvind Kvello, der Stavanger kommune ønsket å kvalitetssikre barnehagen og bedre samarbeidet mellom det kommunale



Gutt som tegner under skrive-dansgruppe.

hjelpeapparatet seg imellom og overfor barnehagene, sier Øyri.

Teamet møtes en gang i uken. Her har barnehagene mulighet til å ta opp situasjoner de gjerne vil reflektere over sammen med teamet og felles komme fram til hvordan håndtere utfordringer. Det kan være saker på system-, gruppe- eller individnivå.

– Alle kommunale barnehager og de fleste private får ett besøk årlig. Formålet er å gi barnehagene felles kompetanseheving og utvikle kunnskap, holdninger og ferdigheter, sier hun.

Det hender også at de observerer enkeltbarn, da med godkjenning fra foreldrene.

– Som ergoterapeut tar jeg da utgangspunkt i aktivitetsanalyse og ser for eksempel på hvilke krav som stilles til barnet, hva barnet mestrer og hvor mye barnet deltar i lek med andre barn.

En gang i året arrangerer TBT også en kompetansedelingsdag for barnehagene der ulike temaer står på agendaen. Tema på kompetansedelingsdagen planlegges ut fra satsingsområder og behovene i barnehagene.

– Poenget er å skape en felles grunnmur for alle som arbeider



Stavanger kommune jobber aktiv med helsefremming og forebygging for barn og unge.

med barna – til det beste for barna, sier Øyri.

TVERRFAGLIG SKOLEHELSETJENESTE

Avdeling barn og unge har lenge jobbet helsefremmende og forebyggende sammen med skolene på ulike måter, og i 2017 kom det nye faglige retningslinjer for skolehelsetjenesten.

– Det ble starten for et samarbeidsprosjekt mellom skolehelsetjenesten og fysio- og ergoterapitjenesten i Stavanger kommune. Hittil har skolehelsetjenesten primært bestått av helsesykepleier. Med de nye, faglige retningslinjene er det mer fokus på tverrfaglig satsning i skolehelsetjenesten og å bringe inn flere faggrupper for helsefremmende og forebyggende arbeid i Stavanger-skolene, sier Laila Våge.

Sammen med Sekine Skeie er hun en del av tverrfagligheten i skolehelsetjenesten. I tillegg til dem består skolehelsetjenesten i Stavanger av helsesykepleier, to psykiatriske sykepleiere, tre psykologer og fem fysioterapeuter. De har faste, faglige møter og samarbeider ute på skolene.

– Vi har jobbet mye med å

finne felles vei for å utvikle en tverrfaglig skolehelsetjeneste. Det er 52 skoler i Stavanger og derfor nødvendig å fokusere på det systemrettede samarbeidet med skolene. Vi har prøvd ut mye forskjellig og ser at det viktigste er å ha felles rammer for samarbeid og et felles rammeverk. Vi har fremdeles en vei å gå, særlig med tanke på samarbeid på tvers av støttetjenester som PPT og skolehelsetjenesten, sier Skeie.

I 2021 ble det ansatt psykologer i skolehelsetjenesten, og det siste året har de jobbet med «hjernevennlig skole» hvor de tar utgangspunkt i den nevrosekvensielle modell som forklarer hvordan hjernen er satt sammen av tre deler: sansehjernen, følelhjernen og tenkehjernen. Sansehjernen utvikles først. Den styrer livsnødvendige funksjoner og lagrer det sansene våre opplever, som lukter og smaker. I løpet av barneårene modnes også følelhjernen som ligger høyere opp. Den styrer trygghet og tillit til andre mennesker og lagrer både gode og vonde følelser. Tenkehjernen modnes også gradvis gjennom oppveksten, men den er ikke ferdig utviklet før vi er i 20-årene.

Her finner vi språket, evnen til å analysere og til å gjennomføre.

De har hatt undervisning og workshop for lærere, vært i ulike klasser med aktiviteter og utført refleksjonsmøter sammen med lærere og pedagogisk personal.

– Denne kunnskapen kan benyttes for å legge opp skolehverdagen til barn og unge best mulig. Hvis barn skal lære, må de være mottakelige, men det er vanskelig hvis de for eksempel ikke opplever mestring, har sittet for lenge stille, er sultne eller føler seg utrygge. Da overtar følelhjernen og vi kan få rastløse, ukonsentrerte og noen ganger utagerende barn. Kunnskap om dette kan bidra til at lærere forstår når barna er mottakelige for læring, og hvor viktig bruk og regulering av ulike sanser gjennom aktivitet og lek er i hverdagen, sier Våge.

– Når en skal jobbe tverrfaglig inn i skolen er det viktig med felles referanserammer, og det er det vi prøver å få til med «hjernevennlig skole». Vi ser at vår kompetanse om barns aktivitet og deltakelse, barns utvikling, sanseprossesering og organisering og planlegging kan plasseres inn i et slikt rammeverk, supplerer Skeie.

TEAM FOR UNGDOM MED ME

Som de andre ergoterapeutene har også Ingrid Engeseth varierte arbeidsdager. Det kan være besøk i barnehage, skole, søknad om hjelpemidler og barn som kommer til henne på avdelingen. Hun er også med i et team som følger opp personer med ME (kronisk utmattelsessyndrom). Teamet består av to fysioterapeuter og en ergoterapeut.

– Generelt ser jeg en del unge med utmattelsesproblematikk i min arbeidshverdag. De kan ha vansker med å mestre skole og

fritidsaktiviteter, sier hun.

Når Engeseth møter brukerne for første gang er foreldrene med, og hun foretar en grundig kartlegging for å få oversikt over situasjonen.

– Ofte ser jeg at ungdommen har en hektisk timeplan, og det går i ett med skole og fritidsaktiviteter. Det er lagt inn lite tid til hvile i løpet av dagen. Kartleggingen kan være bevisstgjørende i seg selv, både for barn og foreldre.

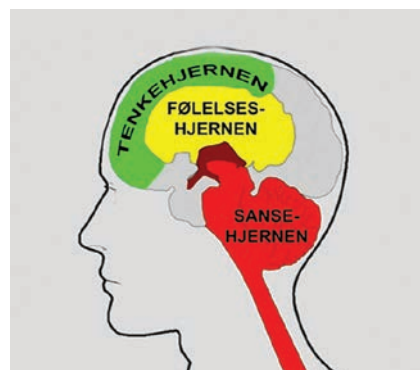
Etter dette treffer hun ungdommen alene, og informasjon om tilstanden er viktig for å forstå og mestre bedre situasjonen de er i.

Jeg veileder i aktivitetsavpasing og energiøkonomisering. Vi gjør en helhetlig kartlegging av skole, hjem og det sosiale for å få mest mulig oversikt over dagen. Samarbeid og god tilrettelegging med skolen er viktig, og vi er ofte en «brobygger» inn mot skolen. Det er viktig med nok informasjon om sykdommen slik at ungdom skal forstå situasjonen de befinner seg i og kunne gi dem «verktøy» for en bedre hverdag og livskvalitet.

Med noen bruker hun også aktivitetskalkulator, som hun er sertifisert i. Dette er en metode utviklet av ergoterapeuter der brukeren selv registrerer hvilke aktiviteter han eller hun gjør i løpet av dagen – over noen dager. Etterpå kategoriseres aktivitetene etter hvor mye energi de koster eller gir. Dette kan gi et utgangspunkt for planlegging av daglige aktiviteter.

– Vi kan for eksempel lage dagsplaner eller ukesplaner der vi passer på at dagene har en god struktur og nok pauser. Mange har god nytte av å skrive «aktivitetsdagbok». Vi kan også jobbe med energiøkonomiserende tiltak, og i noen saker kan hjelpemidler som avlastning være nødvendig. Hvis for eksempel en ungdom synes

det kan være tungt å dusje, kan en dusjkrakk være nyttig for å spare energi. Andre kan ha nytte av rullestol ved forflytning over lengre distanser. Noen ganger ser vi at ungdommen må droppe skolefag for å prioritere helsen eller ha nok energi til venner. God tilrettelegging på skolen er viktig for at ungdom skal fortsette å delta i undervisning, sier hun.



Den tredelte hjernen består av sanseshjernen, følelhjernen og tenkehjernen.



Laila Våge er en del av tverrfaglig skolehelsetjeneste.



Ingrid Engeseth arbeider med ungdom med utmattelsesproblematikk.

Hva er viktig for deg?

Vi har spurt syv barn og unge hva som gjør dem glade, og hva de bekymrer seg for eller blir lei seg av.



SIGURD, 6 ÅR

- Jeg blir glad når jeg kan leke ute i friminuttet med de jeg kjenner, og så blir jeg glad hvis jeg er lei meg og noen trøster meg, og hvis jeg får se på TV etter en hel dag uten TV.
- Jeg skulle ønske at vi ikke skulle øve så mye til juleforestillingen. Vi har sikkert sunget sangene 30 ganger eller noe. Jeg vet om en annen ting som var veldig trist, og det var da mamma skulle ta toget for å reise på jobbtur. Da ble jeg veldig lei meg.



KENZA, 7 ÅR

- Jeg synes det er bra at barn leker med andre barn. Den leken jeg liker best er tannbørsteleken. Da er ett barn tannbørste, og hun eller han skal prøve å fange de andre, som er godteri. Hvis du blir fanget blir du en tannbørste selv også. Jeg liker også fargehar'n. Det er masse farger på lekeplassen på skolen så ingen har lov til å tråkke på grønt, men klatrestativet er lov, og hvis du blir tatt, må du opp i tårnet.
- Det er dumt når barn mobber andre barn. Det liker jeg ikke. Det er ikke noe gøy.



EMMETT, 8

- Jeg liker best i hele verden å feire julaften. Da er vi sammen med hele familien. Det er koselig. Jeg liker også å game med venner fordi det er lagarbeid, og så liker jeg å skate. Når det går i full fart, gir det en god følelse i magen.
- Jeg synes det er trist når folk dør. Jeg ble lei meg da oldefar døde.



SCOTT, 11

– Jeg liker å være med venner. Aller best liker jeg å spille fotball, klatre i klatrestativ eller game, og så liker jeg å leke med Mio, det er hunden vår, eller å være med familien. For noen dager siden gikk vi på naturhistorisk museum. Der så vi forskjellige dyr og mennesker fra fortiden, og de hadde mange ulike steiner som gull og sølv og andre mineraler.

– Jeg synes det er synd at noen steder bor det barn som ikke har tak over hodet, og som ikke får gå på skole. Jeg har lært på skolen om barn som har det sånn. Jeg er også bekymret for at kloden skal bli varmere og varmere, og at vi fortsetter å kaste plast.



ALVA, 12

– Venner er noe av det viktigste i livet mitt. Fotball er også viktig fordi jeg gleder meg til å spille, og fordi jeg treffer vennene mine. Jeg liker også godt å være sammen med familien min. For eksempel gleder jeg meg til lillejulaften i Ålesund med mormor og morfar. Da leker vi pakkeleker, spiller Kahoot, snakker og koser oss.

– Akkurat nå er jeg redd for at det skal bli krig i Norge.



LUKA, 13

– Det som gjør meg mest glad av alt, er når jeg får til noe i en fotballkamp, som jeg er fornøyd med. Jeg liker også å være med venner, bare henge rundt der vi bor, på skolen etter skoletid, eller i gatene, og jeg liker å være med familie. Akkurat nå gleder jeg meg til å feire jul.

– Det som bekymrer meg nå, er at jeg er redd for at livet mitt skal bli kjedelig når jeg blir voksen. At jeg ikke kommer til å bli fornøyd med jobben min. Det er fint å være ung.



FAM, 18

– Det viktigste for meg er å ha nok energi til å være sammen med vennene mine. Og - jeg er glad i estetikk, at ting ser pent ut. Jeg liker å gå på kunstutstillinger eller sy klær som er fine. Noe annet som er veldig viktig for meg, er at jeg gjennomfører de aktivitetene jeg bestemmer meg for å gjøre, som å trene Pilates to ganger i uken. Jeg føler meg dårlig hvis jeg bare sitter inne hele tiden.

– Jeg bekymrer meg for å bli voksen. Jeg er redd for at jeg ikke skal lykkes med å få det livet jeg ønsker meg, som en god jobb og fine barn.



NAVN
Bente Hatlelid
STILLING
Prosjektleder
HVOR
Fredrikstad kommune

Ambulant team for barn og unge

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg arbeider i Fredrikstad kommune.

– Hva jobber du som?

– Jeg arbeider som prosjektleder. I prosjektet har vi prøvd ut ambulant team for barn og unge innen habilitering og barnepalliasjon, med oppfølging på barnets arenaer. På Helsedirektoratets nettsider står det at: «Barn og ungdom i Norge med livstruende og livsbegrensende sykdom og deres familie bør tilbys palliativ oppfølging i henhold til WHOs definisjon og utdyping. Barnepalliasjon er en aktiv og helhetlig støtte til barnet og familien.»

Behandlingsforløpet kan

strekke seg fra uker, måneder til år. Det handler om å hjelpe barnet og familien til å leve best mulig. Bare en femtedel av disse barna eller ungdommene har onkologiske sykdommer, mens resten vil omfatte misdannelser, nevrologiske sykdommer og sjeldne tilstander.

Dette er en spennende og viktig jobb, og Fredrikstad kommune har MERK som sitt verdigrunnlag. Dette er et akronym for: Modig, engasjert, romslig og kompetent. I dette legger kommunen blant annet:

- **Modig:**
Vi tenker nytt, ser etter gode løsninger og stiller konstruktive spørsmål.
- **Engasjert:**
Vi ivrer for å gjøre Fredrikstad til et godt sted å leve.
- **Romslig:**
Vi møter og inkluderer mennesker med åpenhet, respekt og tillit.
- **Kompetent:**
Vi benytter og utvikler vår kompetanse slik at vi kan møte dagens og morgendagens utfordringer.

Kommunen ønsker at Fredrikstad skal være et godt sted å leve, og at vi skal møte folk med respekt og tillit.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg har hatt den i ett år.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Jeg bidrar til videreutvikling av kommunenes helsetjenester for barn og unge med å bygge opp et ambulant team som skal møte barnet, ungdommen og familien der de oppholder seg i sine hverdagsliv.

Jeg koordinerer og strukturerer oppfølgingen fra spesialisthelsetjenesten og kommunen. Vi ser at barn og unge som er alvorlig syke, overføres raskere til kommunene. Da er det viktig å opprette *samsone*. Samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten må fungere slik at barnet og familien opplever at tjenestene henger godt sammen, og ansvarsforholdene for de enkelte elementene i tilbudet må være tydelige.

Jeg koordinerer og samkjører oppfølgingen mellom blant annet hjem, skole, barnehage, avlastning og spesialisthelsetjenesten.

Jeg samhandler også med en rekke andre fagpersoner som fysioterapeuter, helsesykepleierne, ernæringsfysiologer, logopeder vernepleiere, leger og nærpersoner rundt barnet. Det er et stort nettverk rundt barna i habiliteringstjenesten.

Jeg deltar i planarbeid for oppfølging av barn og unge samtidig som vi også forbereder funksjonsfall eller dødsfall.

Jeg omtaler meg som kommuneklovner. Da jeg tok videreutdanning i barnepalliasjon hospiterte jeg hos sykehusklovner, men nå som barna oppholder seg mer ute i kommunene mener jeg vi trenger klovner her også. Barns viktigste aktivitet er lek, og jeg har alltid med meg leker når jeg skal ut og treffe barn.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Ergoterapi handler om å se mulighetene og de gode løsningene. Det kommer godt med på dette feltet.

Det er stort fokus på helhetlig oppfølging av barna for å fremme mestring og deltakelse. Her er kunnskap om nettverksbygging,

hvordan skape gode relasjoner og ikke minst hvordan legge til rette for lek og aktivitet, viktig.

Kunnskapen om vaner, rutiner og kartlegging av daglige aktiviteter er meget aktuelt når vi skal se på samspillet mellom hvile og aktivitet.

Som ergoterapeut kjenner jeg til hvordan god kommunikasjon fremmer aktivitet og deltakelse for barn. Her er ulike verktøy og kompetanse om ASK nyttig. Ergoterapeuter kjenner til ulike verktøy for å tilrettelegge for kommunikasjon, eller de bør skaffe seg kunnskap om det.

Jeg benytter meg også av min kompetanse om hvordan posisjonering i sittende, liggende og stående stilling kan øke livskvalitet, respirasjon, aktivitet og deltakelse.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– I arbeid med barn og unge innenfor barnepalliasjon vil jeg påstå at ergoterapeuter er viktige. Vi har lang erfaring med å jobbe med barn, vi har fokus på livskvalitet og vi spør barnet og familiene om hvilke aktiviteter som er viktige for dem.

Det samme gjelder for barn og unge i habilitering.

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

– Det har vært spennende og krevende å jobbe med å videreutvikle tjenester for barn og unge.

Jeg mener det er viktig at ergoterapeuter søker utradisjonelle stillinger slik at vi sprer vår kompetanse. Det er veldig mange som ikke kjenner til hva vi gjør, særlig innenfor utdanning og oppvekstsektoren.

– Vil du anbefale andre

ergoterapeuter å jobbe med det samme?

– Ja, det er viktig at flere ergoterapeuter jobber med barn og unge fordi mange barn og unge nettopp har behov for ergoterapi. Vi ser for eksempel et økende antall av barn med skolevegring. Da trengs det kunnskap om samspillet

mellom mennesket, omgivelser aktivitet og deltakelse. Vi ser også flere barn med diagnoser innenfor autismespekteret. Her passer blant annet vår kompetanse om sanseapparatet inn. Da jeg leste stillingsteksten for denne prosjektlederstillingen tenkte jeg: «Yes, denne stillingen har jeg ventet på».



Fredrikstad er en kommune i Viken fylke ved munningen og nedre løp av Glomma på Østlandet i Norge. Den har cirka 83 193 innbyggere og er østlandets tredje største by.



Bente Hatlelid er gjerne kommunens klovn.

**NAVN**

May Solveig Svendsen

VERVHovedtillitsvalgt i
Gjøvik kommune

Hovedtillitsvalgt for 15 medlemmer

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg arbeider i Gjøvik kommune og er eneste ergoterapeut som jobber med barn og ungdom. Gjøvik kommune har i overkant av 30.000 innbyggere.

– Hvor er du tillitsvalgt?

– Jeg er hovedtillitsvalgt i Gjøvik kommune. Vi er 15 medlemmer, noen er miljøterapeuter, noen i prosjektstillinger og de fleste er kommuneergoterapeuter.

– Hvorfor ble du tillitsvalgt?

– Første gang jeg ble hovedtillitsvalgt, var det den hovedtillitsvalgte for fysioterapeutene som overtalte meg til å melde meg. Det viste seg at det var gøy og lærerikt! Dermed har det blitt forskjellige verv opp gjennom årene.

– Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Jeg ble først hovedtillitsvalgt i Gjøvik kommune fra 2006 til 2012, med en pause for foreldrepermisjon. I 2011 ble jeg med i fylkestyret i Oppland, og i 2014 ble jeg leder for Region Øst og regionsrepresentant i Forbundsstyret. Det eventyret tok slutt på landsmøtet i 2020 etter to perioder (var nestleder i Region Øst andre perioden). 10. mars 2020 ble jeg hovedtillitsvalgt igjen. Ingen andre hadde mulighet til å ta vervet akkurat da. Det ble en litt spennende start på vervet den gangen, så det var godt å ha erfaring fra tidligere og kunnskap om bruk av Skype og Teams.

– Hva er de viktigste oppgavene dine som tillitsvalgt?

– HMS-arbeid (helse, miljø og sikkerhet) og IA-ar-

beid (inkluderende arbeidsliv) i Helsefremmende tjenester er nok noe av det viktigste. Jeg deltar også på møter med de andre hovedtillitsvalgte, med ledelsen for hele kommunen, og ledelsen i Helse-Omsorg. Dette er viktig for å kunne påvirke og vise at vi er viktige bidragsyttere for å gi bærekraftige tjenester. I høst har jeg også gitt innspill i budsjettprosessen for å forsøke å redde stillinger i tjenesten vår, slik at vi kan fortsette å gi gode tjenester!

– Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?

– Det ene er å få tiden til å strekke til, og det andre er å påvirke politikerne. Ettersom jeg ikke er frikjøpt og heller ikke har kontor på Rådhuset, er det krevende å drive påvirkningsarbeid i en travel hverdag.

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

– Det er viktig at den tillitsvalgte er engasjert og interessert i å gjøre en innsats.

– Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

– Den første perioden som hovedtillitsvalgt synes jeg det var veldig godt med de møtene bare vi hovedtillitsvalgte i kommunen hadde. Det var et avbrett i hverdagen, og det var god takhøyde for å stille spørsmål og drøfte problemstillinger. På grunn av pandemien har det vært endret møtestruktur og dermed færre av disse møtene, men nå har vi heldigvis kommet i gang med mer samarbeid igjen.

I de andre vervene i fylke/region og forbundsstyre, er det mange gode minner som er nært knyttet til alle de flotte ergoterapeutene jeg har møtt rundt om i landet. Det har vært mye latter, mange gode diskusjoner, mange artige opplevelser og mange gode vennskap.

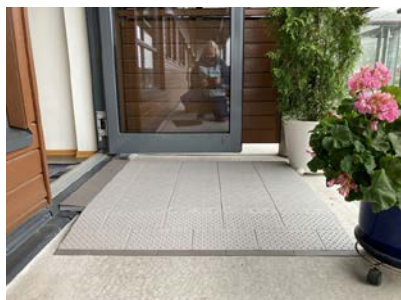
Så en oppfordring til ergoterapeuter i det neste halvåret, er å takke ja når valgkomiteén ringer!



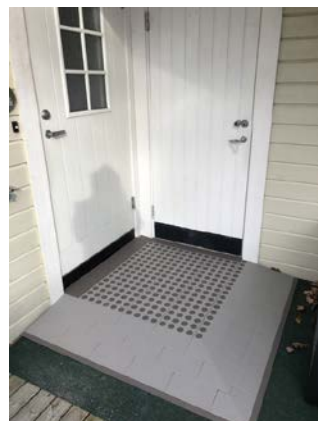
Gjøvik er en kommune i Innlandet fylke. Kommunesenteret er byen Gjøvik som ligger ved Mjøsa.

SecuCare terskeleliminator

- påkjøring fra flere sider og mulighet for reposløsning



På avtale med NAV



Arcona og Lasal posisjoneringsputer

- posisjonering - avlastning - stillingsforandring



Corpoform badeputer - støtter, stabiliserer og gir trygghet



iFLOAT NG Active armstøtte - hjelp for svake armer



www.ovrebo.no

Øvrebo rehab

HEI, ALLE LANDETS ERGOTERAPEUTER!

Å snakke med små barn om hjerneslag

De minste barna forstår mer enn vi trolig tenker over når alvorlig sykdom rammer familien. Mitt råd er å være konkret og ærlig og snakke et språk barnet forstår. Et viktig tiltak for å få til det er en strukturert og forutsigbar hverdag.

Av Martin Aasen Wright

Hei, alle landets ergoterapeuter! Her om dagen sa min eldste sønn til meg: «Hvor mange hjerneslag har du hatt egentlig?». Vi stod midt i en ganske så gjennomsnittlig småbarnsfamiliesituasjon, vil jeg tro: Sønn (7 år) nekter å gjøre som pappa (46 år) sier han skal gjøre. Sønn blir frustrert når pappa står på prinsippene, og ikke gir etter for presset.

Forskjellen fra en gjennomsnittlig familiesituasjon er at denne faren, altså jeg, hadde hjerneslag for fem år siden. Jeg har siden den gang lært meg teknikker for å regulere min egen atferd. En av teknikkene har vært en åpen dialog med sjuåringen. I dag har vi to det fint sammen. Det er lite i dag som tyder på at jeg har hatt slag med fatigue og kognitive utfall som usynlige senskader, men sønnen min har fått med seg det vi har snakket om, og kan derfor komme med trefende kommentarer som nettopp bekrefter det.

PASIENTENS HELSEVESEN

En viktig nøkkel for å mestre hverdagen med usynlige senvirkninger etter slag er en strukturert hver-

dag med forutsigbare og gode rutiner. For det handler ikke bare om å hjelpe pasienten, men vel så mye de nærmeste pårørende, barna og ektefellen/samboeren/partneren.

Skal den slagrammede småbarnsfamilien være et trygt sted for barna, er min erfaring at veien dit er åpenhet og dialog på en måte som også inkluderer barna. For å legge til rette for det trenger den slagrammede i startfasen en skjematisk hverdag. Det lærte jeg mye om under mitt rehabiliteringsopphold på Sunnaas, mye takket en dyktig ergoterapeut. De første månedene etter var jeg som en robot etter ukeplanen. På veien glemte jeg riktignok min kone som stod for alt hjemme som for eksempel planlegging av aktiviteter, sørge for at barna hadde klær i rett størrelse, bursdager, venner og familie. Jeg mener mye av årsaken til det er at helsevesenet er mest til for pasienten. Den pårørende står ikke helt uten tilbud om hjelp, men det er ikke så langt unna. Er man heldig, kan man få delta på pårørendeseminarer eller få en egen samtale med psykolog eller sykepleier. Men i all hovedsak handler behandling og

rehabilitering om at den slagrammede skal hjelpes og tas vare på. Jeg har ennå ikke nevnt barna.

TELLE TIL TI

Etter at jeg hadde slag i lillehjernen i 2017, har jeg opplevd å ha ukontrollert sinne og frustrasjon, og manglende mental kapasitet og utholdenhet. Det tok meg to år før jeg begynte å se ringvirkningene av min endrede atferd.

For tre år siden overreagerte jeg overfor den eldste sønnen min som da var fire år. Jeg skulle legge ham, og pusset tennene hans med fysisk tvang. Jeg krysset en grense som jeg ikke hadde grunnlag til å forutse. Fatiguen styrte meg, og jeg hadde ikke kontroll på egen atferd. Den kvelden ble mitt store vendepunkt. Siden den gang har jeg trent på konkrete teknikker for at jeg skal klare å bevare tålmodigheten når det «koker over». Jeg har øvd mye på å telle til ti, gå ut av rommet og til og med en runde i nabolaget når det blir for mye småbarnsstrass. Det er bedre at jeg teller til ti enn at jeg overreagerer på en atferd hos en liten gutt som er helt normal. For det er ikke hans feil at



Martin Aasen Wright er 46 år, småbarnspappa og fikk hjerneslag i 2017.

jeg hadde slag, men han kan lett bli et offer for det.

Det kan høres banalt ut å telle til ti, men det virker fordi jeg har trent regelmessig på det, også når det har vært rolige kvelder uten trassanfall. Da sitter teknikken mer som en refleks.

KONKRET OG ÆRLIG

Som familie må man klare å tenke helhetlig og være konsekvent overfor barna. Derfor mener jeg at jeg som pappa må vise at jeg klarer å innrømme når jeg har overreagert. Da blir det også mer troverdig når jeg forteller hvorfor jeg noen ganger kan bli frustrert og sint.

Å snakke med små barn om hjerneslag handler om å bruke et konkret språk som barna forstår. Små barn oppfatter sin verden helt konkret. Jeg har brukt mye tid på å snakke med sønnen min om at «da pappa hadde vondt i hodet ble han hentet i sjukebil, og derfor kan han noen ganger bli sint og dum». Vondt i hodet var hjerneslag. Hentet i sjukebil, det så sønnen min da ambulansen kom hjem til oss. Ord som sint, dum og frustrert, forstår små barn.

Og stiller barnet spørsmål, skal du være ærlig. Det betyr ikke at du nødvendigvis forteller hele sannheten med alle alvorlige detaljer, det kan gjøre barnet redd, men fortell nok til at barnet forstår hvorfor mamma eller pappa oppfører seg annerledes enn forventet.

Jeg har også god erfaring med å bruke inntoningsteknikker (som kona mi og jeg lærte på et foreldreveiledningskurs som het «Tuning into kids») i pressede situasjoner når det kommer sterke følelsesutbrudd. Det vil si at jeg forsøker å lese følelsene og reaksjonsmønstrene hans og svare bekræftende og anerkjennende på



UFARLIGGJØRING: Barna forstår trolig mer enn vi noen ganger vil innse, og de snakker med et konkret språk. Vi må møte barna gjennom åpenhet og dialog på en måte som de har språk for, oppfordrer Martin Aasen Wright. Bildet er fra innspillingen av webinarret «Det usynlige etter hjerneslaget» (LHL Hjerneslag, 2021). FOTO: Privat

det. Samtidig som jeg er tydelig på grensene, uten at han tror at jeg ikke forstår ham. Blir sønnen min for ukontrollert sint, kan jeg holde rundt ham og gi ham en klem. Det roer oss begge to ned.

FREMTIDIG REHABILITERING

Jeg tror mer på den korte og gode samtalen i hverdagen enn det ene store familierådet én gang i halvåret. Som småbarnspappa har jeg lært meg at små barn har mange tanker og ideer i hodet, gjerne samtidig, og at oppmerksomhetsspennet deres er på noen sekunder, kanskje opp mot ett minutt på en god dag.

Jeg tror på ufarliggjøring i små doser. Jeg skal hverken gjøre det mer eller mindre farlig at jeg fikk slag. Hjerneslag er en alvorlig sykdom, men jeg vil heller ikke være «pappaen med hjerneslag». Jeg vil være pappa. Å bidra til mer

åpenhet om problematikken er en viktig sak som ikke skal dominere familielivet, uten at alvoret heller blir underkommunisert.

Jeg tror ergoterapeuter kan være viktige nøkkelpersoner for å hjelpe småbarnsfamiliene på veien til å snakke med barna om den nye situasjonen. Jeg mener vi snakker for lite om småbarnsfamilier, og særlig barna når det kommer til hjerneslag, og at fremtidig rehabilitering i større grad enn i dag må innlemme de pårørende, barn som voksne. Min kone og jeg lærte i stor grad dette på egen hånd.

Martin Aasen Wright har delt sine erfaringer som slagpappa på bloggen Slagpappa og gjennom intervjuer i pressen og foredrag. Ved spørsmål, ta gjerne kontakt: martin.aasen.wright@gmail.com

Vi burde i større grad være der for de unge

Et sentralt prinsipp for FNs bærekraftsmål er at alle skal inkluderes. Det vi likevel ser er at stadig flere unge opplever utenforskap. Hvordan kan vi som samfunn sørge for at unge blir fremtidens ressurser?

Av Vår Mathisen, Even Edvardsen, Marianne Olsen, Lene Angell Åsli, Vegard Horne, Mari Hepo-oja, Rita Jentoft, Kari Lena Hansen & Astrid Vekve Nymo

Om lag 1,2 milliarder av verdens befolkning er i alderen 15-24 år. Det betyr at unge utgjør hver sjettede person på jorda. Her i Norge har majoriteten av unge det bra. Undersøkelser viser at unge i skolen har høy grad av trivsel og opplever å ha god livskvalitet. I grove trekk hadde de det greit under pandemien. Samtidig har vi en stor gruppe unge mennesker som faller utenfor eller er i risiko for det. Konsekvensene av dette kan bli alvorlige. Spørsmål vi alle bør stille oss er: Hvordan kan vi som samfunn sørge for at unge blir fremtidens ressurser?

UTENFORSKAP BLANT UNGE VOKSNE

Utenforskap er en betegnelse som brukes i dagligtalen for å beskrive en manglende sosial tilknytning i samfunnet. Når vi snakker om ungt utenforskap, er det gjerne sett i lys av manglende deltakelse i utdanning, arbeid eller kvalifiseringsløp. For Norge er det en samfunnsutfordring som bør uroe oss: 23 prosent av unge fullfører ikke videregående skole og 9 prosent av de mellom 16 og 29 år er ikke i arbeid eller utdanning. Utfordringen er sammensatt og konsekvensene er mange. Det kan påvirke helse og livskvalitet, med sosial eksklusjon og tap av opplevelse av egenverdi og verdsette roller. Det rammer individer, men også familier og samfunnet som helhet.

MESTRING OG TILHØRIGHET

Vi er en profesjon som vektlegger tilhørighet og det å få til aktiviteter du ønsker å gjøre og som forventes av deg. Å kjenne på mestring og tilhørighet fremmer trivsel og livskvalitet! Det kan være å ha gode venner som bryr seg om deg, og som du kan

dele gleder og bekymringer med. Å ha familie rundt deg uten for eksempel økonomiske bekymringer, er også sentralt. Deltakelse i fritids- og kulturtilbud skaper tilhørighet og gode opplevelser. Det handler om å delta, tilhøre og mestre – å kunne ha frihet til å velge i hverdagen. Samlet gir slike ressurser gode vilkår for et trygt og stabilt sosialt nettverk og overskudd til å klare hverdagen.

Ungdomstiden er en fase som gir stor variasjon av muligheter, behov og utfordringer. Mange av oss husker kanskje denne fasen som utfordrende, og litt overveldende? Rent juridisk er en ungdom på 18 år voksen. Likevel definerer FN ungdom som en gruppe mellom 15 og 24 år, nettopp for å sikre rettigheter og kontinuitet inn i voksenlivet. Overgangene mellom livsfasene oppleves forskjellig, men vi ser at overgangen fra barn til «voksen» er særlig utfordrende for en stor gruppe mennesker.

UTFORDRINGER I MESTRING AV STUDIER OG ARBEIDSLIV

Det er en klar økning i forekomst av unge som gir uttrykk for psykososiale utfordringer og psykisk uhelse i rollen som elev eller student. Dette støttes av *Studentenes helse- og trivselsundersøkelse* (SHoT) 2022 som viser til en økning av selvrapporterte psykiske lidelser blant studenter: Hver femte student rapporterer å ha psykisk lidelse og søvnproblemer, en av fem svarer at de har skadet seg med vilje, fem prosent oppgir å ha forsøkt å ta sitt eget liv, 29 prosent opplever seg ensomme og savner noen å være sammen med og føler derfor sterkt på utenforskap. Vi mener at vi må prioritere de unge voksne i studiesituasjon. Disse psykiske helseutfordringene har ikke oppstått over natta når de entrer studenttilværelsen. Her skal de også mestre balanse mellom studier, jobb og privatøkonomi.

Statistisk sentralbyrås undersøkelse om livskvalitet i Norge fra 2021 viser at arbeidsledige er overrepresentert blant de som rapporterer om lav tilfredshet

Alle forfatterne jobber på ergoterapeututdanningen i Tromsø, UiT Norges arktiske universitet.

En litt lengre versjon av denne kronikken ble trykket i Altaposten i forbindelse med Ergoterapiens dag 28. oktober 2022.

med livet. Vi vet også at utdanning og tilknytning til arbeidsliv er viktige ingredienser for «det gode liv» når vi ser på sammenheng med livskvalitet og helse. Mangel på mestring i utdanning og arbeidsliv er blant de største driverne for tap av livskvalitet og helse.

VI MÅ BRUKE STEMMEN VÅR

Ergoterapeuter jobber for å skape muligheter for alle aldersgrupper i befolkningen. En vanlig oppfatning vi møter, er at ergoterapeuter primært bistår eldre med hverdagsmestring. Det er bare en liten del av arbeidsfeltet til ergoterapeuter da vi jobber med barn, ungdom, unge voksne, godt voksne og eldre i ulike deler av helse- og velferdstjenestene. Vi er allerede der i «hverdagsmestringsrommet», men burde i større grad være der for de unge. I utdanningen lærer studentene våre blant annet om psykisk helsearbeid, arbeidsinkludering, helsefremming og betydning av mestring av utdanning og arbeidsliv. Vi ønsker i større grad å bidra i arbeidet med å snu trenden med utenforskap blant unge.

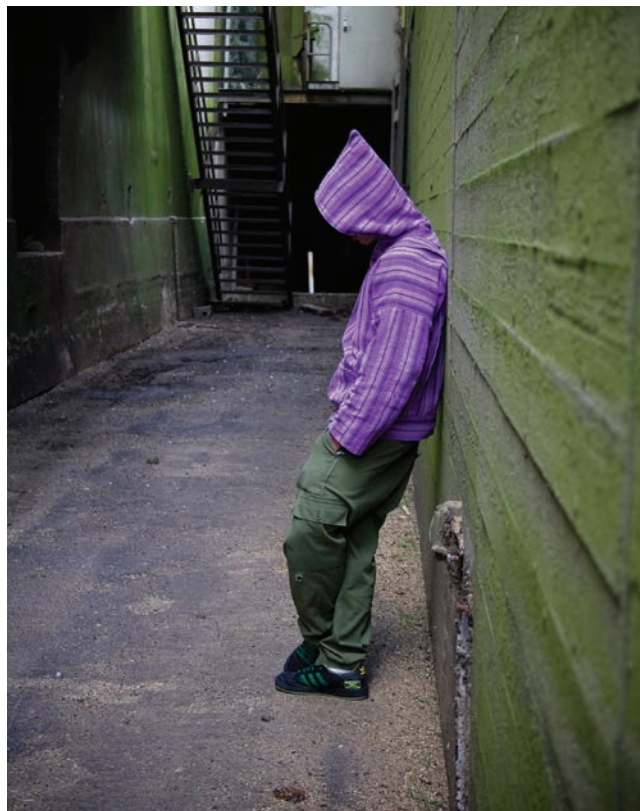
HVORDAN KAN ERGOTERAPEUTER BIDRA?

Ergoterapeuter både kan og vil bidra i skole, utdanning og arbeidslivet. Her er noe av det ergoterapeuter kan bidra med slik at unge kan få flere opplevelser av å mestre hverdagen:

Styrke det helsefremmende perspektivet: Folkehelse og livsmestring blir nå sentrale tema i de nye læreplanene. Skal alle unge oppleve tilhørighet og mestring, må skoler og utdanningstilbud legge vekt på inkludering og sosialt fellesskap. Det krever samarbeid av fagfolk med ulik kompetanse. Et mer tverrfaglig fokus på opplæring vil gi nye utviklingsmuligheter.

Tenke bredere og mer inkluderende om betydningen av å delta i meningsfull aktivitet: Forskning viser at ergoterapeuter har kunnskaper om hvordan bruke aktiviteter nettopp for trivsel og bygging av sosiale relasjoner. Siden vi ikke har så mange mandater i våre kompetansebeskrivelser, har vi mulighet til å jobbe på mange arenaer. Vi jobber med unge en-til-en, i grupper og med familier, på skoler, i hjemmet og/eller på fritiden, der det måtte gjelde.

Utvikle mestringskompetanse: Forskning viser at ikke-akademiske aktiviteter som forming, gym og spennende valgfag bidrar til mestring og trivsel og forebygger frafall. Ergoterapeuter kan bidra med veiledning gjennom bruk av ulike redskaper i fag som kunst og håndverk og i mat og helse, samt i andre oppgaver som krever godt håndlag. Forskning viser også at ergoterapeuten kan støtte lærere i valg



Ergoterapeuter både kan og vil bidra i skole, utdanning og arbeidslivet.

av oppgaver og aktiviteter som treffer den enkelte elevs styrker og utfordringer på en måte som gir godt læringsutbytte for unge.

Dekke behov for kunnskap om psykisk helse: Forskning viser at unge selv etterlyser kunnskap om hva psykisk helse er – og hva som foregår i en person som sliter. Som en ungdom skrev i Aftenposten: *Det er paradoksalt å bli fortalt om viktigheten med å være åpen om psykisk helse, uten å ha lært om hva det er.* Ergoterapeuter kan undervise og/eller ha gruppetilbud om mestring av psykisk helse.

Fremheve sosiale aktiviteters betydning: Forskning viser at sosiale aktiviteter som skaper trivsel og sosiale relasjoner på skolen oppleves som viktige for unge, og forebygger frafall i skole og utdanning. Ergoterapeuter anvender kreative aktiviteter og arbeidsmetoder og har basiskompetanse til å jobbe med grupper. Vår ergoterapifaglige kompetanse tilsier at vi kan ha en naturlig plass i rådgiver-tjenesten i videregående skole. Vi bør være der de unge er og være godt synlig i miljøet. Vi mener også at tiden er inne for å ha et lignende tilbud i høgskoler og universitet. Vi vil være synlige personer til stede som utvikler og gjennomfører helsefremmende tiltak for unge.

Forsikringer til medlemspris

Som medlem kan du kjøpe forsikring på praktisk talt alt du eier, gjennom Ergoterapeutenes forsikringstilbud. Det betyr at du kan spare mye penger på helt nødvendige forsikringer, og det viser seg at Ergoterapeutenes medlemmer vet å benytte seg av forsikringstilbudet. Den mest populære medlemsforsikringen er innboforsikringen, etterfulgt av livs- og uføreforsikringene.

Av Roar Hagen

Du og din ektefelle/samboer kan kjøpe disse kollektive medlemsforsikringene til faste ferdigforhandlede priser:

- innboforsikring
- reiseforsikring
- barneforsikring
- livs- og uføreforsikringer
- kritisk sykdomsforsikring
- ulykkesforsikring
- studentforsikringer

De kollektive medlemsforsikringene leveres av Tryg, Storebrand og AIG. Les mer om forsikringstilbudet på: www.ergoterapeutene-forsikring.org.

Høsten 2022 ble det gjennomført anbud på forbundets reiseforsikring. Etter en helhetsvurdering falt valget på AIG som ny leverandør. Dette innebærer at fra 1.10.2023 flyttes ergoterapeutenes reiseforsikring. Flytting av forsikringen skjer automatisk. Du som medlem trenger ikke å foreta ta deg noe.

OBLIGATORISK GRUNNFORSIKRING

Med virkning fra 1.1.2023 reguleres prisen på den obligatoriske grunnforsikringen fra kroner 169 per måned til kroner 179. Økningen skyldes i hovedsak høye erstatningsutbetalinger.

INDIVIDUELLE SKADEFORSIKRINGER

Tryg har vært hovedleverandør av medlemsforsikringer gjennom flere år. I tillegg til å være best på pris og vilkår på mange av medlemsforsikringene nevnt ovenfor, har de også et attraktivt fordelsprogram som kan gi deg inntil 27 prosent rabatt på individuelle skadeforsikringer. Dette kan for eksempel være forsikring på bil, hus, hytte og båt. I tillegg til rabatten får du også tilgang på en rekke andre fordeler:

- Tryg ID – hjelp ved Id-tyveri eller ved misbruk av profiler og bilder på nettet.
- Tryg Bolighjelp – gratis telefontjeneste som gir deg råd og veiledning om vedlikehold, påbygg og forebygging av skader på eiendommen din.
- Tryg Omsorg – tilgang til profesjonell samtalepartner ved personlig krise.

OPPSIGELSESFRIST

Det er en måneds oppsigelsesfrist på individuelle skadeforsikringer. Dersom du har betalt for en lengre periode enn det, vil du få refundert overskytende premie når forsikringene er flyttet. Du trenger altså ikke vente til du har hovedforfall med å flytte indivi-



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.



Tryg har vært hovedleverandør av medlemsforsikringer gjennom flere år.

duelle skadeforsikringer. Det kan du gjøre når som helst i året.

TILBUD ELLER SPØRSMÅL

Ønsker du tilbud på forsikringene dine, eller har du noe du lurer på? Ta kontakt med Ergoterapeutenes forsikringskontor på telefon 22 05 99 15.

NB. Har du allerede dine individuelle skadeforsikringer i Tryg? Undersøk forsikringsdokumentene dine, slik at du er sikker på at du har rabatt for ditt medlemskap gjennom Ergoterapeutene. I forsikringsdokumentene skal det fremkomme at du er medlem. Dersom dette ikke fremkommer – ta kontakt!

Ergoterapeutene vil gratulere våre nye spesialister!

Ergoterapeutene har den glede å gratulere våre nye spesialister og samtidig gratulere arbeidsgiver med en medarbeider som har fått tittelen ergoterapispesialist. En ergoterapispesialist har avansert kunnskap om ergoterapi og en styrking innen spesialistområdet.

Av Anita Engeset



Anita Engeset er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

I 2022 ble det totalt godkjent 11 spesialister, en førstegangssøknad og ti fornyet sin søknad. Søknadene fordelte seg slik: to Allmennhelse, to Barns helse, en Eldres helse, en Folkehelse, en Psykisk helse og fire Somatisk helse.

NY SØKNAD

- Barns helse – Monica Skadsem

FORNYET GODKJENNING:

- Allmennhelse – Elin Svendsen
- Allmennhelse – Trude Krogs vold
- Barns helse – Tone Mj øen
- Eldres helse – Irmelin Smith Eide
- Folkehelse – Eli Nordvik
- Psykisk helse – Tore Bonsaksen
- Somatisk helse – Elisabeth Olaus Strand
- Somatisk helse – Inger Helen Bolstad

- Somatisk helse – Monica Helen Risvik Buseth
 - Somatisk helse – Trine Bathen
- Se oversikt over alle godkjente ergoterapispesialister.
<https://ergoterapeutene.org/godkjente-spesialister/>

TAKK FOR INNSATSEN

Ergoterapeutene vil takke spesialistkomiteene og rådet for innsatsen. Det legges ned et stort frivillig arbeid i behandling og godkjenning av ergoterapeuters spesialistkompetanse.

Komiteene er sammensatt av ergoterapeuter som har utmerket seg innen det aktuelle fagområdet, fortrinnsvis ergoterapispesialister. Lederne i spesialistkomiteene utgjør spesialistrådet.

Her finner du oversikt over våre formelle organ, informasjon om deres rolle og hvordan du skal komme i kontakt med dem: <https://ergoterapeutene.org/forbundet/organisasjonsledd-styrer-komiteer-utvalg/>.

E-læring skal trygge tillitsvalgte i arbeidet for bedre arbeidsmiljø!

Unio-forbundene har i samarbeid med Arbeidstilsynet laget en e-læring i arbeidsmiljøarbeid for tillitsvalgte.

E-læringen skal gjøre tillitsvalgte tryggere i samarbeidet med ledere og vernetjeneste. Vår seniorrådgiver Anita Engeset har deltatt i utviklingsarbeidet.

– Arbeid fremmer helse, og arbeidslivet må bli tilgjengelig for enda flere, sier seniorrådgiver i Ergoterapeutene, Anita Engeset.

Et godt arbeidsmiljø er lønn-

somt! Ikke bare fordi det påvirker de ansattes helse, men også fordi det påvirker jobbengasjement og lønnsomhet i virksomheten.

– Denne e-læringen handler om nettopp det – om hvorfor det er viktig å jobbe med arbeidsmiljøet, hva en skal jobbe med, og hvordan en kan gjøre det, sier Engeset.

Hun har deltatt i arbeidsgrup-

pen som har utviklet e-læringen som nå er tilgjengelig for alle interesserte.



Du kan ennå delta i årets lønnsundersøkelse

Alle yrkesaktive medlemmer fikk i slutten av november en invitasjon på epost med oppfordring til å delta i Lønnsundersøkelsen 2022. Jo flere som deltar, jo bedre blir kvaliteten på undersøkelsen.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Forhandlingssjef Hege Munthe oppfordrer alle medlemmer, uansett stilling, til å delta i lønnsundersøkelsen.

– Jo flere som deltar, desto bedre blir kvaliteten på undersøkelsen. Vi oppfordrer derfor alle til å lete fram siste lønnsslipp og sette av fem minutter til å dele sine lønnsopplysninger, sier Munthe.

Resultatene fra fjorårets undersøkelse finner du på hjemmesiden til forbundet.

ET TVERRSNITT

Hvert enkelt medlem betyr mye i en liten organisasjon. Derfor er ditt bidrag så viktig.

– Vi ønsker oss et godt bilde av lønnsforholdene til medlemmene, så vi oppfordrer alle til å delta enten du ligger på grunnlønn eller langt over, sier Munthe.

Som en ekstra gulrot trekkes det et gavekort på 1000 kroner blant de som deltar.

HØYERE LØNN

Resultatene fra lønnsundersøkelsen kan du bruke til å argumentere for høyere lønn i forhandlingene, ved tilsettinger eller i andre sammenhenger der lønns- og arbeidsforhold er et tema. Konkret kan dette være:

- sjekke om du lønnsmessig er på rett nivå

- lokale lønnsforhandlinger
- finne ut hvilket lønnsnivå du kan forvente ved skifte av jobb
- forventet lønnsutvikling i yrket over tid



Forhandlingssjef Hege Munthe oppfordrer alle medlemmer, uansett stilling, til å delta i lønnsundersøkelsen.

Landsmøtet i 2023 avholdes 23.-25. oktober

Ifølge forbundets vedtekter innkalles det til ordinært landsmøte hvert tredje år. Forbundsstyret fastsetter tidspunkt. Sted og tidspunkt skal gjøres kjent med ett års varsel.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

LANDSMØTEFORBEREDELSE

Det nærmeste året vil preges av landsmøteforberedelser både på forbundskontoret, i regionene og i forbundsstyret. Dette er aktuelle datoer 2023:

- 1. januar – Grunnlag mandatbehandling på landsmøtet (administrasjonen)
- 5. juni – Frist for regionene og sentrale komiteer og utvalg for å fremme saker til landsmøtet. 20 uker (regionstyrene og komiteer/utvalg)
- 25. august – Siste frist for for-

slag fra de regionale valgkomiteene (valgkomiteene)

- 11. september – Frist for utsendelse av landsmøtepapirer (forbundsstyret og administrasjonen)
- 15. september – Frist for avslutning av regionale, elektroniske valg (administrasjonen)
- 29. september – Første mulige tidspunkt for forbundsstyrets godkjenning av regionale valg (forbundsstyret)
- 1. oktober – Antatt frist for påmelding av delegater og obser-

vatører til landsmøtet (regionene og andre med møterett og plikt)

- 23.-25. oktober – Landsmøte

FRIST FOR Å FREMME SAKER

Som oversikten viser har regionene frist til 5. juni for å fremme saker for landsmøtet, og forbundsstyret har en frist til 11. september for utsending av sakspapirer og forslag til landsmøtet. Har du saker som du vil ha behandlet på landsmøtet, kan du ta det opp med din region.

Ergoterapeutenes midler til fagutvikling og forskning 2022

Ergoterapeutenes støtte til forskning og fagutvikling (FoU) skal bidra til ergoterapifaglig fagutvikling og forskning. Bare medlemmer av Ergoterapeutene kan søke.

Av Toril Laberg

FOU 2022

Landsmøtet 2020 vedtok at det i 2022 skal avsettes 700.000 kroner i støtte til fagutvikling og forskning, FoU. For 2022 vedtok forbundsstyret at 500.000 kroner skulle utlyses, og at 200.000 kroner skulle avsettes til forbundsstyrets disposisjon for bestilling av fagutvikling og forskning.

Forbundsstyret vedtok at i 2022 skulle fagutvikling og forskning som omhandler mestring og tidlig innsats for barn og unge prioriteres. I tillegg skulle prosjekter som inkluderer dokumentasjon av samfunnsøkonomisk nytte av ergoterapi bli prioritert.

SØKNADER 2022

Fristen for å søke Ergoterapeutenes FoU-midler er 15. september, hvert år. I år kom det inn ni søknader fra åtte medlemmer. Det ble søkt om 1 642 669,00 kroner.

Forbundsstyret behandlet søknadene i oktober og vurderte at fire av søknadene ikke var innenfor prioritert område for 2022. I sin behandling av søknadene tildelte forbundsstyret hele årets beløp til FoU. Det vil si både det som var utlyst og midlene som står til forbundsstyrets disposisjon for bestilling av kjøp av FoU.

Det ble gjort fordi forbundsstyret ikke hadde disponert noe av sitt beløp og fordi to av

FoU-søknadene hadde en særskilt interesse for forbundet.

VI GRATULERER

Vi gratulerer mottakerne (se tabell under) og har minnet dem om at de skal sende en artikkel til Ergoterapeuten når prosjektet er avsluttet. Vi har også oppfordret til å sende inn bidrag til Norsk Fagkongress i Ergoterapi i 2025, i Bodø.

FOU 2023

Landsmøtet vedtok et budsjett på 700 000 kroner til FoU i 2023. Innretning og prioritering for 2023 blir vedtatt av forbundsstyret i desember. Vedtaket publiseres på Ergoterapeutenes nettsider.

Navn	Prosjektets tittel	Beløp
Tina Taule med flere	Aktuelle forskningsområder innen ergoterapi	Kr 120.000
Trine Remen Smolan	Tett på – tidlig innsats for barn og unge i Trondheim kommune	Kr 240.000
Ann Kristin Gunnes Elvrum	Longitudinal development of hand function in children with cerebral palsy	Kr 140.000
Linda Stigen	Effekt av Perceive, Recall, Plan og Perform-intervensjon for barn i kommunehelsetjenesten	Kr 120.000
Linda Stigen med flere	Kommuneergoterapi: Kjennetegn før og etter å ha blitt en lovpålagt tjeneste	Kr 80.000



STARTER I JANUAR 2023

Anne Kathrine Devik er Ergoterapeutenes generalsekretær

Ergoterapeutene får ny generalsekretær fra 2023, da nåværende generalsekretær Toril Laberg går av med pensjon.

Av Toril Laberg



Toril Laberg er generalsekretær i Ergoterapeutene fram til januar 2023.



– Å jobbe i fagbevegelsen er et verdivalg, ikke bare en jobb, sier Anne Kathrine Devik.



– Vi har hatt en lang og grundig ansettelsesprosess, sier Tove Holst Skyer.

Anne Kathrine Devik har blant annet studert organisasjonssosiologi og ledelse. Mesteparten av sitt yrkesliv har hun vært ansatt i fagbevegelsen, blant annet som organisasjonssekretær i Handel og Kontor. Hun har også vært avdelingsleder for LO Kurs og Konferanse og er vant til å samarbeide med politisk ledelse i ulike forbund.

Hun kommer fra jobben som veileder i Frisk Utvikling AS, der hennes arbeidsoppgaver var knyttet til avklaring av menneskers funksjonsevne og karriereveiledning.

TRYGG ORGANISASJONSKULTUR

Den nye generalsekretæren sier at det å jobbe i fagbevegelsen er et verdivalg for henne og ikke bare en jobb. Anne Kathrine mener

at innsats for de tillitsvalgte er viktig, slik at de er kompetente, selvstendige og handlekraftige. Hun ønsker å bidra til en trygg organisasjonskultur hvor vi er rausere med hverandre og gjør hverandre gode. Måltrettet arbeid preget av tillit, engasjement, handlekraft og arbeidsglede er viktig, sier Anne Kathrine.

FORNØYD FORBUNDSLEDER

– Vi har hatt en lang og grundig ansettelsesprosess, og jeg er veldig fornøyd med at Anne Kathrine har takket ja til å bli vår neste generalsekretær. Hun har erfaring, kompetanse og egenskaper som er viktig og riktig for oss i Norsk Ergoterapeutforbund. Jeg ser fram til at organisasjonen skal bli kjent med henne, sier forbundsleder Tove Holst Skyer.

Ny makskontingent fra nyttår

Ergoterapeutene får ny kontingent.

For yrkesaktive medlemmer i Ergoterapeutene er kontingenten 1,6 prosent av brutto lønn, med en øvre grense som kalles maks-

kontingent. Makskontingenten er regulert av lønnsoppgjøret i KS. Årets lønnsoppgjør ga økte minstelønnsseter, og derfor endres makskontingenten for yrkesak-

tive til 707 kroner i måneden fra første januar. Denne justeringen medfører også endringer i de andre medlemskategoriene i Ergoterapeutene.

Det skjer ikke meg! Eller...?

Du eller din partner kan ikke erstattes - men, det kan inntektene. En forsikring ved dødsfall kan hjelpe deg eller dine etterlatte økonomisk hvis en av dere dør som følge av en ulykke eller sykdom.



60%

Vi har sammenlignet priser!

Som medlem i Ergoterapeutene kan du kjøpe alle dine viktigste forsikringer til fast lav medlemspris.

Resultatet fra prissammenligningen viser at du i gjennomsnitt sparer inntil 60 % ved å kjøpe livsforsikringen hos oss. Det er også lurt å sikre eget inntektstap hvis man skulle bli arbeidsufør, det gjør du ved å kjøpe uføreforsikring – til samme gode betingelser.

Kontakt Ergoterapeutenes forsikringskontor for en uforpliktende gjennomgang av ditt forsikringsbehov. Vi gir deg råd basert på dagens inntekt, gjeld og livssituasjon.

Telefon: 22 05 99 15 | post@ergoterapeuteneforsikring.org | www.ergoterapeuteneforsikring.org

Mestring og tidlig innsats for barn og unge

Utenforskap er en av samfunnets store utfordringer, og det er bred enighet om at tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid er viktig for å sikre mestring og deltakelse for barn og unge. Likevel mangler ofte ergoterapeuters kompetanse på dette området. Derfor er det et satsningsområde for Ergoterapeutene å fremme denne innsatsen. I denne artikkelen vil vi knytte ergoterapeuters kompetanse til innsatsområdet og synliggjøre mulighetsrom innenfor ergoterapeuters bidrag til mestring for barn og unge.

Av Tove Holst Skyer & Tonje Hansen Guldhav

UTFORDRINGSBILDET

Alle barn og unge har rett til deltakelse og inkludering på alle hverdagslivets arenaer, men utenforskap er et stadig økende problem og forsterker det demografiske utfordringsbildet. Det blir flere eldre per person i yrkesaktiv alder, og det er et stort behov for å forebygge at ungdom og unge voksne faller utenfor utdanning og arbeid (1). I forbundets standpunktokument «Barn og unges deltakelse og inkludering» (2), beskrives samfunnets utfordringer knyttet til barn og unge slik:

De aller fleste barn og unge i Norge lever trygt og godt. Likevel hindres mange i å delta i lek, barnehage, skole og fritid sammen med venner og nærpersoner. Mange opplever uoverkommelige krav og forventninger, noe som kan føre til utstøting og opplevelse av utenforskap.

FNs bærekraftsmål nummer fire

pålegger Norge å sikre inkluderende, rettferdig og god utdanning og fremme muligheter for livslang læring for alle (3). Frafall i utdanning gir utfordringer på arbeidsmarkedet, med stram privatøkonomi, opplevelse av utenforskap og sosial ulikhet i helse som konsekvenser. Dette kan påvirke deltakelse og mestring av hverdagslivet i voksen alder. Frafall i utdanning er ekstra utfordrende i Norge, fordi et økende antall jobber krever høyere utdanning.

Veikart Universelt utformet nærscole 2030 (4) anbefaler at alle grunnskoler skal være universelt utformet innen 2030. I dag er 80 prosent av alle grunnskoler utilgjengelige, ifølge Norges Handikapforbund (5).

I en undersøkelse utført av Unge funksjonshemmede angir kun 17 prosent av skolene at de har god kompetanse om universell utforming (6). Dette til tross

for at vi vet at flesteparten av personer med funksjonshemming blir stående uten utdanning og faller ut av arbeidslivet (5).

HULL I TJENESTENE

Vi startet denne landsmøteperioden med å kartlegge hva som er viktig for medlemmene våre i arbeid med barn og unge. Responsen synliggjorde ulikheter i bemanning og tilbud, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Mange barn og unge får ikke tilbud om ergoterapi. Innspill fra medlemmer på regionale konferanser vektlegger at vi må fange opp barn og unges mestringsutfordringer før problemene blir for store. Vi må komme på banen der hvor barna er, tidlig nok. Medlemmer nevner ofte at det er behov for ergoterapeuter i skolene.

Forskning på kommuneergoterapeuters praksis har vist at små utkantkommuner produserer



Tove Holst Skyer er Ergoterapeutenes forbundsleder.



Tone Hansen Guldhav er Ergoterapeutenes nestleder.



generalister, mens ergoterapeuter i større kommuner med flere ergoterapeuter blir mer spesialisert (7). Møter med medlemmer og tillitsvalgte gir oss stadige bekræftelser på dette. De som jobber alene sier det er vanskelig å, for eksempel, prioritere barn og unge, fordi de må smøre tiden sin tynt utover alle fagområder og alle innbyggere, uansett alder. En spørreundersøkelse gjennomført av Bonsaksen med flere (2020), viste at så mange som 33 prosent av de deltagende ergoterapeutene ikke var samlokalisert med andre ergoterapeuter (8).

Det er i dag et hull i tjenestene til barn og unge fordi ergoterapeuters kjernekompetanse på mestring og deltakelse, i stor grad, mangler. Forskjellene er store, kommuner imellom og helseforetak imellom. Noen kommuner har definerte stillinger til barneergoterapi, andre ikke. Noen sykehus har ergoterapeuter som dekker opp barneavdeling eller barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, andre ikke. Bare unntaksvis finner vi eksempler på ergoterapeuter som er ansatt i barnehager og skoler, og ved inngangen til 2022 var det 43 kommuner som ikke engang hadde ergoterapeut i kommunehelsetjenesten.

POLITISKE PRIORITERINGER

I perspektivmeldingen fra 2021 beskrives strategier for å møte samfunnsutfordringene vi står i nå, og fremover i tid. «Bærekraftige velferdsordninger» er en av de overordnede strategiene. Løsninger som nevnes er forebygging i skolene og bedre hjelp til elever som sliter, samt forebygging av utenforskap. Dette beskrives som sentrale tiltak for å bremse utgiftsveksten og prioritere de riktige tilbudene (1).

I Hurdalsplattformen (9) skisserte regjeringen blant annet at de vil gjennomføre Veikart for universelt utformet nærscole innen 2030, styrke helsestasjons- og skolehelsetjenesten, styrke laget rundt eleven og styrke den tidlige, tverrfaglige innsatsen.

Regjeringen vil i 2023 legge frem en opptrappingsplan for psykisk helse som vil ha hovedfokus på brede forebyggende tiltak og lavterskeltilbud i kommunene. Jonas Gahr Støre uttaler at bakgrunnen for denne planen blant annet er en sterk økning blant barn og unge som sier de har psykiske utfordringer (10). Regjeringen vil også lansere en ny folkehelsemelding våren 2023. Begge disse dokumentene vil inngå i de overordnede føringene for prioriteringer rettet mot tidlig innsats.

Statsbudsjettet er avgjørende for virkeliggjøring av de politiske prioriteringene. For 2023 har regjeringen blant annet foreslått å styrke FACT-ung, øremerke midler til helsestasjons- og skolehelsetjenesten, etablere et nasjonalt tverrfaglig kompetansemiljø for helsestasjons- og skolehelsetjenesten og innføre en ny ungdomsgaranti hvor målet er at flere skal fullføre utdanning og komme seg i arbeid (11). Det er ikke foreslått midler til gjennomføring

av veikart for universelt utformet nærscole innen 2030. Budsjettforhandlingene foregår i skrivende stund, men det er tydelig signaler om økonomisk prioritet rettet mot barn og unges psykisk helse samt tidlig tverrfaglig innsats.

BARN OG UNGES PSYKISKE HELSE

Altfor mange barn og ungdommer strever, og det utfordrer opplevelsene av mestring. Det er derfor både bra og viktig at det er en tydelig politisk prioritering av barn og unges psykiske helse.

I ungdomsundersøkelsen fra 2021 angir over 50 prosent av elevene at de ofte eller svært ofte opplever stress i skolehverdagen (12). I Helsedirektoratets rapport «Stress og mestring» fra 2017 beskrives samspillet mellom individet og miljøet som avgjørende for om en person opplever et krav eller en utfordring som en stressbelastning eller en mestringsopplevelse, og det vises til sosial ulikhet i menneskers opplevelse av stress og mestring. Mennesker med færre sosioøkonomiske ressurser rapporterer ofte høyere grad av stress og mindre opplevelse av mestring enn de med flere sosioøkonomiske ressurser (13). Når vi samtidig vet at manglende mestring er en risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser (14), er det helt sentralt at vi sikrer alle barn og unge tilgang på helsepersonell med mestringskompetanse.

Forskere ved Folkehelseinstituttet har sett på hvilke helseproblemer som går mest ut over ungdommers skoleprestasjoner (15). Psykiske lidelser utgjør den største byrden. De nasjonale Ungdata-undersøkelsene viser at psykiske plager er vanlig for både gutter og jenter – flere i videregående skole enn i ungdomsskole



og flere jenter enn gutter (12).

Mestring er viktig for å forebygge psykisk uhelse og utenforskap, og samfunnet må vektlegge å gi hjelp før psykiske lidelser oppstår. Samtidig må nødvendig behandling gis når det er behov for det, både i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Tjenestene må generelt styrkes, og ergoterapeuters mestringskompetanse må brukes i mye større grad.

TIDLIG, TVERRFAGLIG INNSATS

Det er bred enighet om behovet for et bredere og sterkere lag rundt barn og unge. For å løse en av våre største samfunnsutfordringer; den store andelen utenforskap, og for å sikre alle barn muligheten til å delta på egne premisser - må derfor flere faggrupper inn i den tidlige innsatsen.

Helsetasjions- og skolehelsetjenestene er i stor grad barn og ungdoms helsefremmende og forebyggende tjenester. Det er

bra og viktig med politisk satsning på disse tjenestene. I de nasjonale faglige retningslinjene for helsetasjions- og skolehelsetjenesten står det at bemanningen *skal* bestå av helsesykepleier og lege, *bør* bestå av fysioterapeut samt *kan* bestå av psykolog og ergoterapeut (16). Det store spennet av individuelle ulikheter hos barn og unge krever et mangfold i kompetansesammensettingen rundt dem. Dette underbygges av konklusjonene i sluttrapporten for det nordiske 0-24 samarbeidet (17). Rapporten løfter også viktigheten av individorientert og helhetlig tilnærming.

Ergoterapeuter har viktig kompetanse på hvordan kognitiv, sosial, motorisk og sensorisk funksjon påvirker aktivitetsutførelse, og ikke minst på hvordan vi kan tilrettelegge og trene i aktiviteter for å øke mestringen av det som er viktig for barnet eller ungdommen. Dette er et helt nødvendig supplement til de andre profesjonene i den tidlige innsatsen. For at barn og unge skal være sikret rett innsats til rett tid, må derfor ergoterapeuter være en selvsagt del av bemanningen i eksempelvis helsetasjions- og skolehelsetjenesten.

NØDVENDIG KJERNEKOMPETANSE

Ergoterapeuter kartlegger ressurser, interesser, vaner, roller og muligheter for aktivitet og deltakelse, og setter inn tiltak for å fremme dette. Tiltak kan rette seg mot det lille eller det store; fra blyantgrep til universell utforming av skoler. Deltakelse og inkludering utløser ressurser hos barn og unge, og dermed for familien, kommunen og samfunnet for øvrig. Ergoterapeutene mener at kjernekompetansen er nødvendig for barn og unge fordi ergoterapeuter:

- ser sammenhengen mellom barnet eller ungdommens ferdigheter, aktiviteter og omgivelser.
- ser sammenhengen mellom hverdagsaktiviteter og sansemotorikk, kognisjon og kommunikasjon og supplerer pedagogisk kompetanse.
- bidrar til gode aldersrelaterte overganger, for eksempel ved skolestart og flytting til eget bosted. Overganger kan blant annet kreve nye tiltak med tilrettelegging av aktiviteter og omgivelser.
- har kjernekompetanse i å legge til rette for aktivitet og deltakelse for barn med nedsatt funksjonsevne. Ergoterapeuters kompetanse må være tilgjengelig for alle, på helsetasjoner og i skolehelsetjenester.
- sin kunnskap om universell utforming, tekniske hjelpemidler og velferdsteknologi vil bidra til å gjøre barnehager, skoler og samfunnet mer tilgjengelig.
- legger til rette for mestring gjennom å finne aktivitetsbalanse gjennom hele døgnet.

Ergoterapeuter bidrar til et godt samspill mellom barn og unges funksjon og ønskede aktiviteter i tilrettelagte, inkluderende omgivelser. Dette gir barnet eller ungdommen nødvendig grunnlag for læring og utvikling (2).

VEIEN VIDERE

Medlemmer har denne landsmøteperioden uttrykt behov for kompetansehevende kurs. Forbundet har derfor prioritert å arrangere kurs rettet mot fagområdet barn og unge. Kurs i ulike redskaper er gjennomført, og nettkurset «Ergoterapi til barn og unge» ligger åpent for kontinuerlig påmelding. Kurset er gratis

og gjennomføringen er fleksibel. Så langt har 236 deltakere gjennomført kurset, med gode tilbakemeldinger. Vi håper fortsatt på mange flere deltakere.

Arbeidet med å fremme mestring og deltakelse for barn og unge krever både kompetanseheving, fagutvikling, påvirkningsarbeid og, generelt, langsiktig innsats. Det er rimelig å anta at én landsmøteperiode ikke er nok for å oppnå adekvat endring. For at barn og unge skal få tilgang på ergoterapeuters mestrings- og tilretteleggingskompetanse, må det opprettes flere stillinger og mer dedikerte ressurser til ergoterapi til barn og unge. Dagens virkelighet er at mange ergoterapeuter jobber under for stort press, med for lite tid til å ivareta alle områdene og arbeidsoppgavene som stillingene kan romme.

Det forventes fortsatt en kraftig økning i etterspørselen etter ergoterapeuter, i takt med den demografiske utviklingen (18). Sammen med fortsatt innsats for flere studieplasser og stillinger, kan veien videre redusere antall generalister. Flere ergoterapeuter på hver arbeidsplass, som kan dele på oppgavene, kan gi muligheter for forsterket innsats rettet mot barn og unge.

All kunnskap peker på at barn og unge trenger et bredt lag rundt seg når de opplever aktivitets- og/eller mestringsutfordringer i hjem, barnehage, skole eller i fritiden. De politiske prioriteringene peker også i retning av tidlig innsats og tverrfaglig kompetanse. Det er på høy tid at laget rundt barna innehar en bredere kompetanse enn i dag, slik at den riktige innsatsen kan settes inn tidlig nok. Det må være en selvfølge at ergoterapeuters kompetanse er tilgjengelig, over-

alt hvor barn og unge opplever mestringsutfordringer. De må sikres tilgang på ergoterapi til rett tid, både fordi det er til det beste for den enkelte, men også fordi det er nødvendig for et bærekraftig samfunn hvor deltakelse og inkludering er selvsagt. Alle barn og unge har rett til å delta, oppleve mening og være aktive i sine hverdagsliv.

Kilder:

- 1 Finansdepartementet. (2021). Perspektivmeldingen 2021. (meld. St. 14 (2020-2021)) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-14-20202021/id2834218/>
- 2 Ergoterapeutenes f orbundsstyre. (2019, 6.-7. mars) Barn og unges deltakelse og inkludering. Dette mener Norsk Ergoterapeutforbund om ergoterapi og barns helse. Norsk Ergoterapeutforbund. Forbunds-kontoret - Barn og unges deltakelse og inkludering - Dette mener Ergoterapeutene om ergoterapi og barns helse.pdf - Alle dokumenter (sharepoint.com)
- 3 FN-sambandet. (2022) FNs bærekraftsmål. <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal> <https://www.fn.no/>
- 4 Bufdir (2018). Veikart universelt utformet nærscole 2030. https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/Veikart_Universelt_utformet_naerscole_2030.pdf?_gl=1*1b46k5a*_ga*ODkwNDM-1MTc2LjE2MTMwMjc5Nzg.*_ga_EOH-BEISMJD*MTY2NzZM5NjI0Ny40LjAuMTY2NzZM5NjI0Ny4wLjAuMA..
- 5 Norsk Handikapforbund. (u.å) Fakta om tilgjengeligheten på norske skoler. NHF. Skole – Norges Handikapforbund (nhf.no)
- 6 Unge funksjonshemmede. (2021) Universelt uformede skoler, Hvor er vi i 2021? Bufdir. <https://ungefunksjonshemmede.no/ungefunksjonshemmede-no/wp-content/uploads/2021/09/universell-utforming-skjerm-enkel.pdf>
- 7 Arntzen, C., Sveen, U., Hagby, C., Bonsaksen, T., Dolva, A.S. & Horghagen, S. (2019) Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 2019/26 (issue 5), 371-381. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1548647>
- 8 Stigen, L., Arntzen, C., Horghagen, S., Sveen, U., Gramstad, A. & Bonsaksen, T. (2021). Kjennetegn, styrker og utfordringer ved norske kommuneergoterapeuters praksis. Ergoterapeuten, 2021/2, 28-37.
- 9 Statsministerens kontor. (2021-2025) Hurdalsplattformen. Regjeringen. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/hurdalsplattformen/id2877252/>
- 10 Helse- og omsorgsdepartementet. (2022, 6. april) Opptappingsplanen for psykisk helse. Regjeringen.no. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/opptappingsplan-psykisk-helse/id2907606/>
- 11 Prop. 1 S (2022-2023) FOR BUDSJETTÅRET 2023 — Utgiftskapitler: 700–783 og 2711–2790 Inntektskapitler: 3701–3748, 5572 og 5631. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20222023/id2931020/>
- 12 Bakken, A. (2021). Ungdata 2021. Nasjonale resultater. NOVA rapport 8/21. (No. 8/21). NOVA, OsloMet.
- 13 Samdal, O., Wold, B., Harris, A. og Torsheim, T. (2017). Stress og mestring. (08/2017) Helsedirektoratet.
- 14 Folkehelseinstituttet. (2009) Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. (08/2009). rapport-20098-pdf-.pdf (fhi.no)
- 15 Nordmo, M., Kinge, J.M., Reme, B-A., Flato, M., Suren, P., Wörn, J., Magnus, P., Stoltenberg, C. og Torvik, F.A. (2022) The educational burden and disease: a cohort study. The Lancet Public Health. 2022/7 (issue 6). E549-E556. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00059-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00059-7)
- 16 Helsedirektoratet (u.å.) Helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Nasjonal faglig retningslinje. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-ledelse-styring-og-brukermedvirkning#kompetanse-ledelsen-skal-sikre-tilstrekkelig-fagkompetanse-i-helsestasjon-skolehelsetjeneste-og-helsestasjon-for-ungdom-praktisk>
- 17 Hansen, I. L. S., Jensen, R. S og Hansen, H. C. (2020) Mind the gap! Nordic 0–24 collaboration on improved services to vulnerable children and young people Final report from the process evaluation (Fafo-report 2020:21). FAFO. 20756.pdf (fafo.no)
- 18 Statistisk Sentralbyrå (2019) Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035. (Rapport 2019/11) Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2035 - SSB

Skrivedans i skolen

Av Anette Pedersen Schmitz & Mari Fjeldsven



Anette Pedersen Schmitz er spesialergoterapeut for barn og unge i Hamar kommune.
E-post: Anette.schmitz@hamar.kommune.no



Mari Fjeldsven er spesialergoterapeut for barn og unge i Hamar kommune.
E-post: Mari.fjeldsven@hamar.kommune.no

Sammendrag

Håndskrift er en del av dagliglivet for barn og voksne og er en av de mest krevende finmotoriske aktivitetene vi utfører. Det er stadig flere barn i skolealderen som har utfordringer med denne ferdigheten. Skrivedans brukes av ergoterapeuter i arbeid med barn. For å vurdere om skrivedans egner seg som brobygger over til skole og som metode for lese- og skriveopplæring har vi utført et prosjekt med formål å dokumentere effekten av skrivedans for 1. trinnelever på en skole i Hamar. Formålet med dette prosjektet var å se hvordan skrivedans kan fremme skriveferdigheter hos 1. trinnelever.

Arbeidsprosessen: Ergoterapeutene har samarbeidet med en skole hvor 19 1.trinnelever gjennomført «Skrivedanstest» før og etter skrivedansperioden på 6 uker. «Skrivedanstest» er en kartleggingsoppgave som presenteres i boken «Skrivedans» av Raghild Oussoren (1995). Halvparten av elevene fikk skrivedans systematisk i 6 uker. Den andre halvparten hadde annen undervisning. Resultatet etter skrivedanstesten før og etter ble analysert, og resultatene baseres på en sammenligning mellom første og andre test på hver enkelt elev.

Resultat: Resultatet viste at elevene som deltok på skrivedans i seks uker hadde stor utvikling i sine tegne- og skriveferdigheter. Dette kan vi påstå da elevene som deltok på skrivedans, sammenlignet med egen baseline, hadde samlet skår på 147 poeng mot 69 poeng hos elevene som deltok i annen undervisning.

Nøkkelord:

Skrivedans, barnevern, mestrings, utvikling, tidlig innsats, ferdighetstrening, motivasjon, meningsfull aktivitet, lystbetont, barns helse, sanser, lek, stimulering, samarbeid, ergoterapi i skole.

Innledning

Ergoterapitjenesten for barn og unge i Hamar kommune implementerte skrivedans som tiltak for førskolebarn i alle Hamars barnehager i samarbeid med barnehageledelsen. Etter dette har det blitt stilt spørsmål om skrivedans også kan brukes i skriveopplæring i skolen, som en videreføring og brobygger fra førskole til første trinn.

Bakgrunn og hensikt

Ergoterapitjenesten for barn og unge i Hamar kommune er organisert under helsestasjonen i Opplæring og oppvekst. Vi jobber ute der barna har sin aktivitet i hverdagen og jobber tverrfaglig med pedagoger i barnehager, skoler og andre helsetjenester og etater rundt barnet.

Ifølge Hamar kommunes oppvekstplan 2018–2025 er det cirka 3200 elever i Hamarskolene i dag. Ergoterapitjenesten for barn og unge ønsker å bidra med kunnskapsdeling om hvordan barn kan utvikle grunnleggende finmotoriske ferdigheter som er viktig for hverdagslæring.

Hamar kommune har en intensjon om tidlig innsats for barn og unge (Hamar Kommune, kommunepplan, s.7). Ergoterapitjenesten for barn og unge erfarer å få henvisning større barn med utfordringer innenfor områdene finmotorikk og håndskrift. Dette er bakgrunnen for hvorfor vi ønsket å arbeide med og dele kunnskap om tidlig innsats på en ferdighet som er avgjørende for læring, utvikling og mestring i skolen. Vi ser også på om skrivedans som metode for førskolebarn, kan anvendes med godt resultat for skolebarn.

Det er en gevinst både for den enkelte og for samfunnet dersom barn og unge får oppfølging som



Bilde 1. Robot i barberskum.

sikrer mestring, utvikling og læring (Hamar kommune, Oppvekstplan, s.7), og som med det etablerer en funksjonell håndskrift tidlig. Tidlig innsats er derfor å forstå både som innsats på et tidlig tidspunkt i et barns liv, men også tidlig inngripen når problemer oppstår eller avdekkes gjennom oppveksten (ibid). Hartingveldt og Vries (2021) mener at fokus på håndskrift i de første skoleårene vil være kostnadseffektivt.

Formålet med dette pilotprosjektet er å undersøke om skrivedans kan anvendes for førstetrinnsbarn og med det gi bedre skriveferdigheter.

Teori

Barn utvikler seg gjennom lek og aktivitet, i samspill med sine fysiske og sosiale omgivelser (Ergoterapeutene, u.å.). Barnas utvikling av ferdigheter påvirkes av barnets egne interesser og motivasjon, aktivitetens krav og omgivelse-nes påvirkning (ibid). Dette har innvirkning på barnets deltakelse og utvikling (Bergen kommune, 2015, s.21-22).

FINMOTORIKK OG SKRIVEFERDIGHETER

«It's not possible to learn to use your hands by just watching», sa terapeuten Nancie Finnie (Bergen kommune, 2015, s.69). Barn utvikler seg både fysisk og kognitivt gjennom å utføre aktiviteter i hverdagen (Ergoterapi og barn, 2019). Gjennom deltakelse i aktivitet kan barnet ha en omfattende og gjentagende læring i eksempelvis bevegelse, koordinasjon, kroppsbevissthet, hukommelse og evne til planlegging (ibid). Etter hvert som barnet blir eldre blir finmotoriske krav større, og kravet til aktivitetene øker. For å utvikle finmotorisk funksjon er det viktig at barn bruker hendene og fingrene i aktivitet (ibid). Barnets motivasjon er en avgjørende faktor, og vil gi barnet mengdetrening i den finmotoriske aktiviteten (Hartingveldt, M. v. m.fl, 2021, s. 94).

Ved å bruke hendene i ulike aktiviteter stimulerer en til finmotorisk kontroll, manipulering og todelt bruk av hånd (Hartingveldt & Vries, 2021, s.25). Dette er



Bilde 2. Røyk fra gamle tog.

grunnleggende ferdigheter som er nødvendig for å oppnå gode ferdigheter i kopiering, tegning og håndskrift. Finmotorikk består av stabilitet og mobilitet og kreves for å ha en funksjonell håndskrift. I tillegg er visuell motorisk integrasjon en annen viktig faktor for håndskrift (ibid).

Håndskrift er en del av dagliglivet for barn og voksne (Hartingvældt & Vries, 2021, s.21). Vi skriver handleliste, bursdagskort og lager notater når vi snakker i telefonen. Håndskrift brukes i de fleste fag på skolen og håndskrift forblir viktig i utdanning (ibid). Definisjonen på en funksjonell håndskrift, som er målet med skriveopplæringen er at

- 1 Skriften *bør kunne leses med normal lesehastighet* og være i samsvar med den allment aksepterte standarden for håndskrift.
- 2 Skriveren kan *forme skriften så raskt at den ikke tar fokuset bort fra de andre viktige elementene* som skjer i en komplisert skriveprosess (NTNU – Skrivesenteret, u.å.c).

Læreplanverket definerer skriving som ett av fem grunnleggende ferdigheter, som en del av den faglig kompetansen og som et nødvendig redskap for læring og faglig forståelse (Utdanningsdi-

rektoratet, u.å. b). Kompetansemål etter andre trinn er at elevene blant annet skal kunne beskrive og fortelle muntlig og skriftlig, skrive tekster for hånd og med tastatur, samt bruke store og små bokstaver, punktum, spørsmålstegn og utropstegn i tekster (Utdanningsdirektoratet, u.å. a). *Læreren skal legge til rette for elevmedvirkning og stimulere til lærelyst ved å la elevene være i bevegelse, leke, undre seg og bruke sansene sine* (ibid).

Å lære håndskrift har innvirkning på kognisjon (Hartingvældt & Vries, 2021, s.21). I tillegg til håndskrift som kommunikasjonsmåte er håndskrift også avgjørende for læring av lesing og staving av ord. Forskning viser at det er nære funksjonelle relasjoner mellom lese- og skriveprosesser i hjernen. Derfor er håndskrift en viktig ferdighet å lære også i en tid med PC, smart-telefoner og læringsbrett (ibid).

Hekneby mener at skriving er en sammensatt motorisk ferdighet som forutsetter modning og integrering av både kognitive, perseptuelle og motoriske ferdigheter (2005). Barnet må mestre alle delferdighetene dersom de skal kunne forme bokstaver på en hensiktsmessig måte (ibid).

Stortingsmelding nummer 47 *Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid* skal blant annet bidra til at barn og unge med problemer, skal få hjelp på riktig nivå så tidlig som mulig (Helse og omsorgsdepartementet, 2009). Vi erfarer at det kan være viktig å tilrettelegge for det enkelte barnet for å oppnå dette, slik at skolestart blir en positiv opplevelse. Tidlig innsats – rett hjelp på rett sted – til rett tid – er av stor betydning for fremtidig læring og helse (Helhetlig

barne/ ungdomspolitik i Hamar, 2015-2025, s. 13).

SKRIVEDANS FOR INNLÆRING AV BEVEGELSER

Skrivedans er en leken og lystbetont metode for stimulering av tegne- og skriveferdigheter, og er utviklet av skriftpedagog, skriftpsykolog og grafolog Ragnhild Astrid Oussoren (Oussoren, 1995, s.4). Skrivedans stimulerer barn til bevisstgjøring av rette og runde streker og disse i kombinasjon, som vil si alle tall og bokstaver. Skrivedans handler ikke om innlæring av bokstaver, men om innlæring av forberedende bevegelser, mens barna samtidig venner seg til å «se» og «leke» med bokstavene (ibid).

Skrivedans krever samarbeid mellom barnets motorikk, persepsjon og kognisjon. I skrivedans stimuleres barna til å bli bevegelsesmodne (Oussoren, 1995, s.3). I skrivedans bruker man flere sanser, både hørsel, syn, berørings, likevekt «balanse» og muskel – og leddsans. Målet er at barna skal gå fra frie bevegelser til konkrete linjer. Hensikten er at denne metoden skal ha en positiv effekt på konsentrasjon, kreativitet og positivt selvbylde (ibid). Metoden er mestringsorientert uten regler på rett og galt, og resultatet blir ikke vurdert.

Skrivedans brukes for å skape en flytende, sunn og sammenhengende håndskrift ved å kombinere pennens bevegelser med de grovmotoriske bevegelsene. Dette gjøres ved hjelp av musikk, rytme og fantasi (Oussoren, 1995). Metoden stimulerer også barna til å bruke ulikt trykk mot papiret, ulik hastighet i forming av streker og flyt i bevegelsene gjennom bruk av musikk. Videre gjør det barna bevisst hvilke former i omgivelse-

ne gjenstandene har, og hvordan denne kunnskapen kan knyttes til formene til ulike bokstaver og tall (ibid).

I skrivedans benyttes korte fettstifter og små svamper for å stimulere til et mer hensiktsmessig blyantgrep hvor barna stimuleres til å holde med fingertuppene og todele hånden (Hartingveldt & Vries, 2021, s.98). Schneck og Amundson (2010) skriver i «Occupational therapy for children» at når et blyantgrep har blitt etablert er det vanskelig å endre det, og etter andre trinn anses det så krevende å endre at det må vurderes opp mot barnets motivasjon for endring av grep (Case-Smith og O'Brien, 2010).

Skrivedans består av ni temaer som jobbes med gjennom grovmotoriske øvelser med musikk, individuelle øvelser, lek med farger og papir (Oussoren, 1995, s.4). I Hamar kommune har vi valgt ut de seks mest grunnleggende temaene i skrivedansprogrammet for å lage et program som er realistisk å gjennomføre i en barnehageavdeling eller skoleklasse. De seks vi har plukket ut representerer de grunnleggende bevegelsene i skrivedans. De tre gjenstående temaene er repetisjon og kombinasjon mellom de seks første temaene. Se tabell 1.

INNHold I SKRIVEDANS

Skrivedans utføres etter en fast handlingsrekkefølge med følgende punkter:

- samtale om ukens tema (bruk av bilder, film og konkrete)
- store bevegelser i luften (inkludert parøvelser)
- mindre bevegelser på papiret
- avslutning og «skrivedans»-rope
- lekse hvor barna skal se etter ukens form/ tema i omgivelsene

Tema	Beskrivelse
Vulkan	Avspenning og frie bevegelser i skuldre. Bruk av pust.
Krongelidong-dyr	Fantasi og kreativitet, utvikling av selvet, generell avspenning. Runde og rolige bevegelser, trene kontinuerlig linje. Forberedelse til bokstavene med buet linje, sammenbinding.
Pannekake	Generell avspenning, flyt i skrivebevegelsen, kryssing av midtlinjen.
Robot	Kraft i skrivegrepet, jeg-følelsen og koordinasjon øye-hånd/arm-ben.
Tog	Retningsendring, skrivehastighet/bokstavsammenbinding. Avspenning gjennom bevissthet om basal pust.
Havet og bølger	Flytende skrivebevegelser, bevissthet om forskjell mellom spenning/avspenning.

Tabell 1. Oversikt over temaene i skrivedans.

Skole	Anonym
Ansatte ved skolen	Rektor, kontaktlærer og fagarbeider
Trinn	1. trinn 21/22
Elever	19 fordelt på to grupper - «Skrivedansgruppen» og «Kontrollgruppen»
Prosjektperiode	Uke 34-39 - 2021
Antall økter	30 min ganger 3 per uke, 6 uker
Kartlegging	Skrivedanstest i uke 34 og 39 på alle elevene.

Tabell 2. Rammer for prosjekt skrivedans.

Øvelsene gjennomføres både i gruppe, i par og individuelt. Barna utfordres til ulike utgangstillinger med kroppen, hvor de jobber sittende, stående og gående ved bord, sittende og liggende på gulv, bevegelser i luften og stående ved vegg. For å stimulere til styrke og stabilitet i skulder og håndleddet er det hensiktsmessig å jobbe på vegg og ligge i mageleie.

Øktene blir gjennomført med bevegelser med og uten musikk, med musikken som motor og til hvert enkelt tema med variasjon med rytme og hastighet. I skrivedansøktene brukes ulikt materiell for å lære gjennom flere sanser som korte fettstifter, barberskum og maling, såpe og maling, vannmaling, svamp, konkrete for å vise former, rektangulære bokser og øyemaske.

Prosjekt Skrivedans PROSJEKTMÅL

Målet for prosjektet var å kart-

legge effekten av skrivedans for elever i første trinn. Formålet med dette pilotprosjektet er å undersøke om skrivedans kan anvendes for førstetrinnelever og med det gi bedre skriveferdigheter. For å kartlegge effekten brukte vi «skrivedanstesten». Utfyllende informasjon om testen kommer senere i artikkelen.

METODE OG DESIGN

Prosjektet foregikk på en barneskole. Halvparten av elevene i første trinn deltok på skrivedans, og den andre halvparten fulgte annen undervisning. Se tabell 2 for prosjektets rammer for skrivedansøktene.

ORGANISERING AV PROSJEKTET

Ergoterapitjenesten samarbeidet med en skole hvor vi nylig hadde utført skrivedans som tiltak for en enkeltelev. Fagarbeider var derfor kjent med metoden fra før.

1	Linje	Plassering	Rettere					3
2	Linje	Plassering	Størrelse	Lukket	Rundere			5
3	Linje	Plassering	Størrelse	Lukket	Rundere	Oppå hverandre		6
4	Linje	Plassering	Størrelse	Luftigere	Tilegnet			5
5	Linje	Plassering	Størrelse	Luftigere	Tilegnet			5
6	Linje	Plassering	Størrelse	Vinkel	Tilegnet	Mellomrom		6
7	Hjelpe X	Plassering	Størrelse	Jevne sirkler	Tilegnet	Mellomrom	Rundere	7
Navn	Størrelse	Tilegnet	Lesbar					3
Total sum test								40

Tabell 3. Vurderingskriterier.

Ergoterapitjenesten tok initiativ og sendte henvendelsen til administrasjonen på barneskolen i Hamar. Skoleledelsen, sammen med førstetrinnlærere ønsket å være med i dette prosjektet. Vi hadde to samarbeidsmøter før oppstart av Skrivedans. I juni informerte vi rektor og kontaktlærer om skrivedansmetoden og rammer for gjennomføring av prosjektet. I august 2021 hadde vi et arbeidsmøte hvor fagarbeider også var med. På dette møtet planla vi den praktiske gjennomføringen. Elevene ble informert om at de skulle deles i to med ulik aktivitet og innhold. Foresatte ble ikke informert spesifikt om skrivedans da det ble en del av det ordinære aktivitetene ved oppstart i første trinn.

Kontaktlærer gjorde et tilfeldig utvalg helt i starten på skoleåret. Første trinn ble deretter delt i to grupper, «Skrivedansgruppen» med ni elever og «kontrollgruppen» med ti elever. Kontaktlærer hadde ansvar for innhold og aktivitet med barna i kontrollgruppen, mens skrivedansgruppen hadde skrivedans. Elevene var delt i disse gruppene tre økter på 30 minutter per uke. Skrivedansøktene ble gjennomført av ergoterapeut i to økter og fagarbeider en økt per uke. Det ble gjennomført en skrivedanstest før og etter skrive-

dansperioden på alle elevene.

Elevene var kun delt i disse gruppene under skrivedans. Alle elevene fikk ordinær undervisning sammen i den resterende skoletiden i de seks ukene prosjektet pågikk.

GJENNOMFØRING AV SKRIVEDANSØKTENE

Skrivedansgruppen deltok på skrivedans i en intensiv periode: 30 minutter ganger tre per uke. Prosjektperioden varte over seks uker hvor hver uke hadde eget tema. Innholdet i temaene var etter oppsett som er beskrevet i teoridelen tidligere i denne artikkelen. Skrivedansøktene ble utført i skolens skolefritidslokaler. Øktene ble gjennomført av ergoterapeut og fagarbeider. «Kontrollgruppen» hadde aktivitet i klasserom eller ute sammen med kontaktlærer.

Evalueringsprosjektet SKRIVEDANSTEST

For å kunne vurdere effekten av skrivedans som tiltak har både «skrivedansgruppen» og «kontrollgruppen» gjennomført skrivedanstest. Testen ble gjennomført i samlet klasse i skolefritidslokalene både før og etter endt skrivedansperiode. Skrivedanstesten er hentet fra boken «Skrivedans» (Oussoren, 1995, s.16). Se bilde 3.

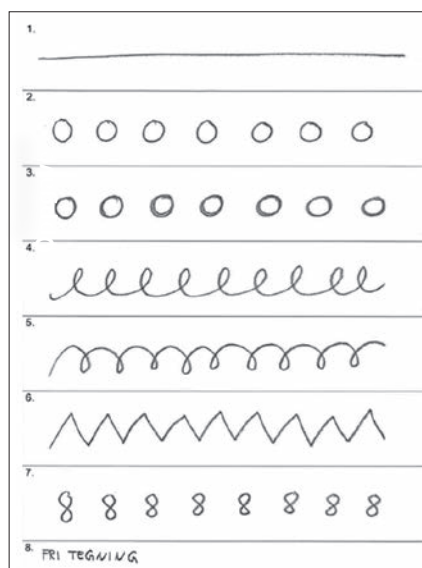
Hensikten med skrivedanstesten er å se ferdighetsnivå og måle fremgang (Oussoren, 1995, s.16). Testen tar omtrent fem til syv minutter å gjennomføre. Barna kan selv se framskritt og utfordringer ved å sammenligne resultatene med en voksen(ibid).

For å kunne sammenligne resultater etter skrivedanstest har vi valgt ut kriterier i hver oppgave som grunnlag for vurdering. Elevene har fått poeng for hvert kriterie som har forbedret seg fra kartlegging før og etter skrivedansperioden. Tabell 3 viser hvor mange poeng eleven kan få per oppgave og i testen som helhet. Alle elevene sammenlignes med «baseline» som er «0» etter første test.

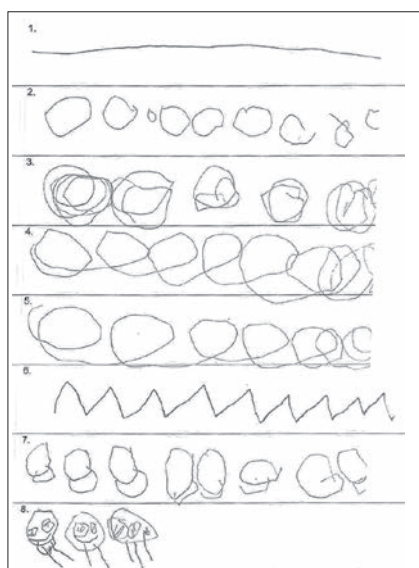
Skrivedanstesten ble gjennomført for alle elevene samlet. Oppgavene ble presentert gjennom muntlig og visuell instruksjon på tavle av ergoterapeutene. Pedagog og fagarbeider fikk instruksjon om å ikke hjelpe elevene i testsituasjonen. Resultatene fra den siste kartleggingen vil gi svar på om elevene har hatt effekt av skrivedans.

For å formidle hvordan vi har skåret testresultatet vil vi vise et eksempel på hvordan vi har vurdert og skåret test til elev «B» før og etter skrivedansperioden.

Da vi sammenlignet testene til elev «B» (bilde 4 og 5) ble



Bilde 3. Skrivedanstest.



Bilde 4. Første skrivedanstest elev «B».
(Før 23.08.2021)



Bilde 5. Andre skrivedanstest elev «B».
(Etter 30.09.2021).

Oppgave

Begreper							Total sum oppgave	
1 Linje	Plassering	Rettere					0/	3
2 Linje	Plassering	Størrelse	Lukket	Rundere			3/	5
3 Linje	Plassering	Størrelse	Lukket	Rundere	Oppå hverandre		4/	6
4 Linje	Plassering	Størrelse	Luftigere	Tilegnet seg			3/	5
5 Linje	Plassering	Størrelse	Luftigere	Tilegnet seg			2/	5
6 Linje	Plassering	Størrelse	Vinkel	Tilegnet seg	Mellomrom		2/	6
7 Hjelpe X	Plassering	Størrelse	Jevne sirkler	Tilegnet seg	Mellomrom	Rundere	2/	7
Navn	Størrelse	Tilegnet seg	Lesbar				3/	3
Total sum test							19/	40

Tabell 4. Skjema for vurdering skrivedanstest elev «B».

eleven vurdert til å vise fremgang i kriteriene som er markert med rosa i tabell 4. Vi teller opp antall markeringer per oppgave og summerer poeng per oppgave og poeng samlet for hele testen. Sammenlignet med seg selv, hvor «0» var baseline før skrivedan, har eleven totalt fått 19 poeng i skår på skrivedanstest tatt etter skrivedanperioden.

På grunn av anonymitet kan vi ikke vise hvordan eleven har løst oppgaven med å skrive navnet sitt.

SKÅRING OG RESULTAT

I «skrivedansgruppen» (SG) var det totalt ni elever, og i «kontrollgruppen» (KG) var det totalt ti elever. På neste side, i tabell 5 og 6 presenteres resultatene for hver

gruppe. Tabellene viser hvilke oppgaver hver enkelt elev (fra A til S) har fått i poeng, poengsum per oppgave, samlet totalsum per elev og samlet poengsum totalt for «skrivedansgruppen» og «kontrollgruppen».

Tabell 7 viser en sammenligning av resultater etter oppsummering av resultatene etter skrivedanstesten før og etter skrivedan, sett gruppene opp mot hverandre.

Resultater oppsummert

Skrivedanstesten ble valgt som metode for å evaluere denne metoden i første trinn. Testen er enkel å gjennomføre samlet i stor gruppe, og alle elevene fikk samme instruksjon i testsituasjonen. Det er denne testen som brukes i

skrivedans, og vi vurderte derfor ingen annen test for å evaluere resultatet. Testen slik den presenteres i skrivedansboken inneholder ikke konkrete kriterier for vurdering av fremgang. Testen er ikke validert og kvalitetssikret av andre. Dette var grunnen til at vi selv laget kriterier for hver oppgave som mal for evaluering av hver enkelt oppgave for alle elevene i forkant av prosjektet. Det ble da lettere for å oss å vurdere og skåre de samme kriteriene på alle oppgavene i skrivedanstesten. (Se tabell 3 – Vurderingskriterier).

At ergoterapeutene etter hvert gjennom de seks ukene ble kjent med elevene i skrivedansgruppa kan ha innvirkning på resultatet til dette prosjektet. Det kan også være en svakhet at vi visste

	1	2	3	4	5	6	7	Navn	Total per elev
A	0	2	3	0	0	1	4	0	10
B	0	3	4	3	2	2	2	3	19
C	0	3	6	3	3	0	2	1	18
D	0	0	3	0	4	4	3	0	14
E	0	1	3	2	5	2	1	0	14
F	3	0	2	3	4	4	0	0	16
G	2	2	3	0	5	1	3	0	16
H	3	4	4	0	4	5	1	0	21
I	0	2	3	4	5	1	2	2	19
Total per oppgave	8	17	31	15	32	20	18	6	147

Tabell 5. Skåring Skrivdansgruppen.

	1	2	3	4	5	6	7	Navn	Total per elev
A	0	2	3	0	0	1	4	0	10
B	0	3	4	3	2	2	2	3	19
C	0	3	6	3	3	0	2	1	18
D	0	0	3	0	4	4	3	0	14
E	0	1	3	2	5	2	1	0	14
F	3	0	2	3	4	4	0	0	16
G	2	2	3	0	5	1	3	0	16
H	3	4	4	0	4	5	1	0	21
I	0	2	3	4	5	1	2	2	19
Total per oppgave	8	17	31	15	32	20	18	6	147

Tabell 6. Skåring Kontrollgruppen.

hvem elevene i gruppene var da vi tolket resultatet. Siden vi har brukt en fast mal for vurdering på hver enkelt oppgave mener vi selv at vurdering og resultat er troverdig og kan etterprøves. Det er mange andre faktorer som kan ha påvirket resultatet som trygghet i testsituasjonen, at elevene i skrivdansgruppa var bedre kjent med begreper, mengdetrening på rette og runde streker, motivasjon og glede ved å bruke papir og blyant, trivsel og dagsform.

Vår tolkning av resultatene er at elevene som har hatt skrivdans i seks uker har stor utvikling i sine tegne- og skriveferdigheter. Dette kunne vi anta på forhånd da elevene som hadde skrivd-

ans fikk mengdetrening på det vi testet gjennom «skrivdanstesten». «Skrivdansgruppen» har samlet skåret 147 mot 69 poeng hos «kontrollgruppen». I tillegg var skrivdansgruppen en elev mindre. Disse tallene sier oss noe om at elevene i skrivdansgruppen har bedre forutsetninger for å lære å skrive tall og bokstaver, fordi de har blitt bedre på å tegne og skrive rette og runde streker og kombinere dem. Vi vil også påstå at elevene har tilegnet seg begreper som gjør det enklere å huske hvordan en skal forme streker eller hvordan de ulike rette og runde strekene ser ut.

En ukjent faktor er om resultatene som kommer frem i dette

prosjektet har effekt på skriveferdighetene til elevene over tid og skrivdansens påvirkning på leseferdigheter da det er nære funksjonelle relasjoner mellom lese- og skriveprosessen i hjernen. For å avklare dette må prosjektet følges opp med nye skrivdanstester.

Slik vi har erfart skrivdans er det en hensiktsmessig metode for å gjøre barna bevegelsesmodne, få et positivt syn på papir og blyant og innlæring gjennom flere sanser. Likevel kan den vurderes som noe mer krevende å gjennomføre på skolen på grunn av mindre voksenressurser i skolen sammenlignet med en barnehage. Dette kan medføre at en må tenke skrivdans i en annen form enn den vi bruker i barnehagene.

På bakgrunn av erfaring med skrivdans, testresultatene i dette prosjektet og vår faglige kunnskap om barn og finmotorisk utvikling vurderer vi skrivdans som hensiktsmessig som metode for førstetrinnselever. Slik vi skriver i teoridelen har håndskrift en positiv innvirkninger på lese- og skriveferdigheter. Disse ferdighetene betegnes som grunnleggende ferdigheter og er nødvendig redskap for læring og faglig forståelse.

Vi mener at metoden Skrivdans sprer skrive- og bevegelsesglede som gir motivasjon til den mengdetreningen barna trenger for å mestre tegne- og skriveferdigheter.

Videre arbeid

Vi ser at skrivdans slik det utføres i barnehagene i Hamar kommune i dag kan være utfordrende å utføre på samme måte i en skoleklasse. Årsaken kan være større barnegrupper med mindre voksentetthet og mulig utfordring med tilgang på egnet lokale. Dette er imidlertid kjente

barrierer som kan imøtekommes som for eksempel med inndeling i mindre grupper på tvers og ved implementering i ulike fag. En kan for eksempel implementere skrive-dans på tvers av fag som kunst og håndverk, kroppsøving, norsk, matte og «sosialtimen». Skrive-dans kan brukes som metode i hel klasse, eller i mindre grupper med elever som for eksempel har utfordringer med finmotorikk.

Skrivedans er allerede implementert tiltak i Hamar kommunes førskolegrupper, og kan etter vår mening være en hensiktsmessig brobygger i overgangen mellom barnehage og skole. Fra praksis har vi erfart at skriveopplæring i skolen kan variere fra skole til skole og fra lærer til lærer. Gjennom vårt erfaring med barn i skolealder vet vi at innlæring er mer hensiktsmessig enn avlæring av ferdigheter.

Ergoterapeuters kjernekompetanse ligger i forståelsen av samspillet mellom barnet, aktiviteten og omgivelsene, og kan være en viktig samarbeidspartner i arbeid med barn som skal utvikle seg og lære.

Vi vil takke barnehage- og skoleledelsen for tilliten og muligheten til å bidra til utviklingsarbeid i Hamar kommune, og takke ansatte ved skolen for gjennomføring av skrive-dansprosjektet

Referanseliste

- Andersen, I. V., Lauritzen, G. Q. & Stokholm, G. (2015) *Ergoterapi og barn: utvikling, aktivitet og deltakelse*. 2. utg., København: Munksgaard.
- Bergen kommune (2015) *Metodeperm – Finmotorisk utvikling og funksjonell håndskrift*.
- Case-Smith, J. & O'Brien, J.C. (2010) *Occupational therapy for children*. 6.

Oppgave	Resultatet
1 - rett strek	Skrivedansgruppen har dobbelt så mye fremgang. SG = 8 poeng / KG= 4 poeng
2 - sirkel	Skrivedansgruppen har bedre resultat, liten forskjell. SG= 17 poeng / KG= 14 poeng
3 - Sirkler på hverandre	Stor fremgang hos skrive-dansgruppen. SG = 31 poeng / KG= 8 poeng
4 - Oppover røyk	Noe mer fremgang hos skrive-dansgruppen. SG = 15 poeng / KG= 10 poeng
5 - Nedover røyk	Svært stor fremgang hos skrive-dansgruppen. SG = 32 poeng / KG= 6 poeng
6 - Zikk-Zakk	Stor fremgang hos skrive-dansgruppen. SG = 20 poeng / KG= 5 poeng
7 - 8 tall	Skrivedansgruppen har bedre resultat, liten forskjell. SG = 18 poeng / KG= 16 poeng
Skrive eget fornavn	Skrivedansgruppen har bedre resultat, liten forskjell. SG = 6 poeng / KG= 5 poeng

Tabell 7. Oversikt over forskjell i resultater i skrive-danstesten.

- utg. Maryland Heights.
- Ergoterapeutene (u.å.) *Ergoterapi og barns helse. Brosjyre: Deltakelse og inkludering for barn og unge*. Tilgjengelig fra: <https://ergoterapeutene.org/barn/> (Hentet: 9. November 2021)
- Hamar kommune (u.å.) *Oppvekstplan 2018-2025: Hamarbarnehagen/hamarskolen – oppvekst og kunnskap for fremtiden*. Tilgjengelig fra: <https://www.hamar.kommune.no/getfile.php/13441690-1549265090/Bilder/Hamar/Artikkelbilder/Organisasjonen/Oppvekst%20og%20opp-l%C3%A6ring/OPPVEKSTPLAN%202018%202025.pdf> (Hentet: 29. November 2021)
- Hartingsveldt, M. v., & Vries, L. d. (2021). *Ready for handwriting? WRITIC – Theory – assessment and recommendations*. Amsterdam University of Applied Sciences.
- Oussoren, R. (1995) *Skrivedans: Hvordan frie bevegelser bliver til konkrete linier*. 1. utg.: Klitrose.
- Schneck, C. M., & Amundson, S. J. (2010). *Prewriting and handwriting skills*. I: J. Case-Smith & J. C. O'Brien (Eds.), *Occupational therapy for children* (6 utg.). Maryland Heig
- Utdanningsdirektoratet (u.å. a) *Kompetansemål og vurdering: Kompetansemål etter 2.trinn*. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/lk20/nor01-06/kompetansemal-og-vurdering/kv116> (Hentet: 18. November 2021)
- Utdanningsdirektoratet (u.å. b) *Prinsipper for læring, utvikling og dannning: Grunnleggende ferdigheter*. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/lk20/overordnet-del/prinsipper-for-laring-utvikling-og-danning/grunnleggende-ferdigheter/> (Hentet: 17. November 2021)
- NTNU – Nasjonalt senter for skriveopplæring og skriveforskning (u.å.c) *Håndskrift eller skrivning på tastatur?* Tilgjengelig fra: <https://skrivesenteret.no/ressurs/handskrift-eller-skriving-pa-tastatur/> (Hentet: 30.11.21)
- Hekneby, G.: «*Elevers håndskrift – Skriftforming i grunnskolen*». Universitetsforlaget 2005.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009) St. mld nr 47 Samhandlingsreformen – rett behandling – på rett sted – til rett tid
- file:///C:/Users/h33942/Downloads/st-m200820090047000dddpdfs.pdf
- Helhetlig barne/ ungdomspolitik i Hamar, 2015-2025, Hamar Kommune. <https://www.hamar.kommune.no/getfile.php/135457-1643118724/Hamar%20kommune/Kategorier/Barnehage%20og%20skole/Helhetlig%20barne-%20og%20ungdomspolitik%20ved-tatt%20i%20k-styret.pdf>

PROSJEKTET «MIN FRITID – MED VELFERDSTEKNOLOGI»

Spillteknologi som intervensjon

Siden 2018 har ergoterapi- og fysioterapitjenesten til barn og unge i Bodø kommune vært med i Nasjonalt velferdsteknologi-program (NVP), som en del av satsningen på velferdsteknologi til barn og unge. Tjenesten er organisert i sektor for oppvekt og kultur i barne- og familieenheten, og er samlokalisert med andre støttetjenester til barn og unge, som PPT, spesialpedagogisk fagteam, psykisk helsetjeneste med flere.

Av Ingunn Dalhaug



*Ingunn Dalhaug arbeider i Ergoterapi- og fysioterapitjenesten til barn og unge i Bodø kommune.
E-post: Ingunn.Dalhaug@bodo.kommune*

Målet for prosjektet «Min fritid – med velferdsteknologi» har vært å utarbeide nye verktøy for kartlegging, oppfølging og ergoterapeutisk arbeidsprosess for velferdsteknologi. I tillegg har det vært en målsetting å se på hvilke muligheter velferdsteknologi gir i intervensjon, og å dele kunnskap og erfaring til kommuner, utdanning og andre interessenter.

Gjennom de fire årene tjenesten har vært med i NVP, har vi implementert ny arbeidsprosess og verktøy, gjennomført undervisning for flere kull med bachelorstudenter i ergoterapi og studenter ved videreutdanning i velferdsteknologi ved OsloMET. Vi har møtt ergoterapeuter og prosjektledere i andre kommuner både fysisk og digitalt for å snakke om og dele erfaringer knyttet til velferdsteknologi, og vi har et Teams-nettverk med over 100 ulike kommuner.

I prosjektet har vi hatt en vid definisjon av begrepet velferdsteknologi og tenkt at dette er all teknologi som kan gi økt selvstendighet, deltagelse og mestring. Det å benytte en vid definisjon

har vært utfordrende i det at den stiller krav til oss terapeuter med tanke på kunnskap og erfaring med teknologi. Det har også gitt oss muligheten til å lære en del nytt og se ressursene i den teknologien vi alle omgir oss med. Det kan for eksempel være hva det å skru på tilgjengelighetsfunksjon på mobiltelefonene kan gi av muligheter for den enkelte for opplesning av meldinger eller forenklet visning. Hverdagsteknologien som mobiltelefon, iPad og elektrisk tannbørste gir mange muligheter og rom for mestring når vi tar den i bruk for å løse en aktivitetsutfordring. En del av teknologien var allerede kjent, som for eksempel kognitive hjelpemidler fra NAV Hjelpemiddelsentral og den velferdsteknologien kommunen allerede hadde tilgjengelig som GPS, medisindispenser og RoomMate. Vi har også valgt å inkludere spillteknologi i prosjektet og i vår forståelse av velferdsteknologi.

Hvorfor er spillteknologi viktig?

Vi har valgt å fokusere på spillteknologi fordi dette er en arena

de fleste barn og unge deltar i. Tall fra medietilsynet i 2020 viser at 96 prosent av guttene og 76 prosent av jentene mellom ni og 18 år spiller dataspill. Seks av ti ungdommer mener at gaming er sosialt. Hvis da dette er en arena du ikke får til å delta i, får det store konsekvenser både sosialt og for mestringsfølelsen. Vi vet også at unge snakker og gjør avtaler om andre ting enn spill mens de gamer. Hvis en da ikke gamer, taper en dobbelt. Man er ikke en del av det sosiale rundt gaming og heller ikke en del av de andre avtalene og samtalene som gjennomføres, som avtaler om å spille fotball, dra på kino og snakke om det som skjedde på skolen i dag. Nyere forskning fra 2022 viser også at unge som spiller, kan få bedre kognitive ferdigheter som å opprettholde konsentrasjon over tid, evne til problemløsning og bedre arbeidsminne.

Det er viktig at spillarenaen gjøres tilgjengelig ved at en kan øve på ferdighetene en trenger for å spille. Vi som terapeuter må være med på utviklingen og benytte oss av mulighetene

spillteknologi gir oss for å bidra til mestring, deltagelse og motivasjon for de unge.

Hvilke muligheter gir ulik spillteknologi i ergoterapeutisk intervensjon?

Den spillteknologien vi har i tjenesten vår gir ulike muligheter og benyttes til ulike formål. Vi har VR-briller, Xbox med adaptive controller, alternativ joystick og brytere, Nintendo switch med Fit ring adventure adventure og Hopspots. Spillteknologien benyttes på ulike måter og det er ulikt hvor mye den kan tilpasses den enkelte.

VR-BRILLER

VR-brillene er lett å ta i bruk og kan tilpasses til om man sitter i rullestol eller er gående. Det er et stort utvalg av spill å velge mellom ut fra hva man ønsker å ha fokus på og vanskelighetsgraden kan tilpasses. Man kan finne spill som passer til de på seks år og de til de på 17 år. Vi kan jobbe med finmotorikk, grep, øye-håndkoordinasjon, balanse, romretningsvansker, konsentrasjon og problemløsning. Vi kan jobbe med praktiske ferdigheter, løse enkle oppgaver, «lage mat» og følge en rekkefølge. Vi opplever at VR-brillene skaper motivasjon og glede, en glemmer bort at en trener på ferdigheter. Vi ser at de tar med seg de nye ferdighetene, den økte konsentrasjonsevnen og koordinasjonen inn i andre aktiviteter. VR-brillene skaper også stor motivasjon hos en del av de unge som er lei av å være med på trening, de vi har fulgt opp over år og som kanskje ikke er så interessert i å møte oss en gang uka. Vi kombinerer ofte bruken av VR-brillene med annen intervensjon. Hvis vi har fokus på finmotorikk kan

vi jobbe med treningsdeig eller annet først, også avslutte med VR-brillene.

XBOX MED ADAPTIVE CONTROLLER

Xbox med adaptive controller gir muligheten til å koble til brytere og alternative joysticks, slik at en også kan spille om en har nedsatt finmotorikk. Vi har utprøving hos oss hvor vi kan teste ut plassering av brytere, skal den ene være under en fot, ved kneet eller skulder. Vi kan prøve ut joystick med ulikt grep (ball, pinne, T-pinne), og de kan få prøve å spille sammen med en co-pilot. Co-piloten kan ta over noen av bryterne eller knappene som en trenger for å kunne spille ulike spill. Barn og unge kommer gjerne flere ganger for å prøve ut, og vi kan øve sammen med dem på de spillene vi har tilgjengelig hos oss. Noen ganger finner vi ikke en løsning som fungerer, andre ganger opplever vi at den alternative løsningen var det som skulle til for at de kan spille. Xbox og adaptive controller må en kjøpe selv, mens vi bistår med å søke om brytere og joystick fra NAV Hjelpemiddelsentral. Vi bruker ikke denne spillteknologien direkte i intervensjon eller med mål om økte ferdigheter, men som en mulig inngang til gaming-verdenen og muligheten til å spille sammen med venner.

NINTENDO SWITCH MED FITRING ADVENTURE

Dette er hovedsakelig et aktivitetsspill, der man kan tilpasse hvor mye styrke man trenger for å gjøre enkelte av bevegelsene. De fleste av spillene gjøres stående, og en benytter hele kroppen for å kunne spille. En benytter begge hender, slik at en kan trene koordinasjon, kroppsbevissthet,

styrke og balanse. Dette spillet er nytt for oss, men vi ser mulighet for å benytte det i intensiv trening sammen med barn og unge som har oppfølging fra oss. Vi kan for eksempel bruke noen av spillene for å få ut fullt bevegelsesutslag eller øve på rom-retning og høyre-venstre.

HOPSPOTS

Hopspots består av interaktive fliser som kobles til en iPad via app. Her kan en lære gjennom bevegelse i de fem ulike spillene, med ulik vanskelighetsgrad. Flisene kan plasseres på gulv, stol, bord, ja i hele rommet. Flisene reagerer på berøring, man kan enten trykke på dem med hendene, føttene, sitte på dem med rumpen eller kjører over dem med rullestol. Spillene har mange muligheter. Man kan spille ulike instrumenter med flisene, lage en sang, spille Memo-spill og lage sitt eget memospill. Flere kan spille mot hverandre og jage lyset eller lage en aktivitetsløype hvor flisene har ulikt lys, og de forteller hva man skal gjøre når man trår på en flis. Vi benytter spillene sammen med barn i barneskolealder og ungdomsskoleelever og opplever at de er motiverende og skaper mye aktivitet og bevegelsesglede. Barna kan også være delaktige i å programmere i noen av spillene, noe som skaper mulighet for utforskning. Vi benytter Hopspots som en del av intensivt treningsopplegg sammen med fysioterapeut eller som en avsluttende aktivitet etter finmotorisk trening.

POSITIVE GEVINSTER VED Å BENYTTE SPILLTEKNOLOGI?

Spillteknologien gir motivasjon, glede og mestring for de barn og unge vi har benyttet det sammen med. For de som har hatt opp-

følgning over år, er dette noe nytt og spennende, som kan gi ny iver og interesse i å fortsette trening og øving av ferdigheter. For dem som benytter rullestol i sin hverdag, ser vi at de får opp pulsen og blir andpustne på en annen måte, og at vi kan trene mer intensivt enn i tradisjonell intervensjon. Vi kan benytte spill som deres jevnaldrende spiller, som de selv kjenner fra for eksempel YouTube, og som de synes er kult. Vi kan også flytte fokus fra noe de synes er utfordrende til å mestre spillet, og dermed kanskje også mestre det som er utfordrende. Vi kan ivareta brukermedvirkningen i intervensjonen ved at de kan være delaktig i å lage spill.

Det er en ny måte å jobbe på for oss ergoterapeuter, som gir andre muligheter og rom for utvikling.

ERFARINGER

Underveis i prosessen med å ta i bruk spillteknologi i tjenesten, har vi hatt utfordringer med tilgang til rom vi kan benytte spillteknologien i på egen arbeidsplass. Dette har gjort at vi ikke har kunnet benyttet spillteknologien i like stor grad som ønskelig. Eget teknologiroom er nå på plass i våre lokaler og ble innviet i slutten av juni. Vi kan nå tilby denne intervensjonsformen til flere barn og unge.

Vi har benyttet en del tid til opplæring internt i den ulike teknologien, og vil nok bruke tid på dette fremover også da vi som terapeuter må være trygge på bruken av teknologien og være kjent med de ulike spillene for å kunne gi veiledning underveis til barn og unge.

Ny teknologi krever også at vi tenker nytt og ser muligheter for hvordan vi kan benytte teknologien i egen tjeneste. Her vil vi



Hopsots består av interaktive fliser som kobles til en iPad via app. Her kan barna lære gjennom bevegelse i de fem ulike spillene, med ulik vanskelighetsgrad. Flisene kan plasseres på gulv, stol, bord, ja i hele rommet.

nok se både flere muligheter og gevinster etter hvert som dette blir en integrert del av tjenesten og intervensjonen hos oss.

Den viktigste erfaringen vi tar med oss er at små grep og endringer kan føre til at barn opplever økt medvirkning og mestringstro i eget liv. Enkle grep som det å aktivere tilgjengelighetsfunksjoner på mobiltelefonen, kan gi mestring til det enkelte barn eller ungdom. Det kan igjen være et springbrett for at de ønsker å mestre andre aktiviteter og trene på andre ferdigheter. Som for eksempel å kunne komme seg til og fra skolen på egenhånd. Barn og unge er delaktig i kartleggingen og valg av velferdsteknologisk løsning, stemmen deres kommer tydelig frem. Vi ser at dette bidrar til at de opplever å bli hørt og tatt med i beslutninger. Det gir igjen ringvirkninger, som eksempelvis

at de ønsker å være mer delaktige i beslutninger som tas og ser betydningen av at de sier ifra.

Referanser:

- Statistikk på hvor mange som spiller*
<https://www.medietilsynet.no/digitale-medier/dataspill/-dataspill-star-i-sterk-kontrast-til-ut-pa-tur-aldri-sur/>
- Tall fra Medietilsynet 2020* <https://www.medietilsynet.no/globalassets/publikasjoner/barn-og-medier-undersokelser/2020/201015-barn-og-medier-2020-hovedrapport-med-engelsk-summary.pdf>
- Erfaringsrapporten* <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/velferdsteknologi-til-barn-og-unge-med-funksjonsnedsettelse>
- Forskning.no*
<https://forskning.no/barn-og-ungdom-psykiske-lidelser/gutter-som-spilte-data-spill-jevnlig-hadde-lavere-risiko-for-depresjon/1817744>
- <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2797596>



X850

Tar deg frem
på vinterstid

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

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

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

permobil

permobil.no



ASK - Alternativ og supplerende kommunikasjon – et spennende fagfelt for ergoterapeuter

Barnets språkutvikling starter før de første ordene kommer. Allerede før fødselen kommuniserer det lille barnet og omsorgspersonene. Barn begynner å «snakke» med babling før det kommer enkeltord og etter hvert små setninger. Deretter skyter språkutviklingen fart, og barnet utvikler gode språkferdigheter før skolealder. Noen barn har en avvikende utvikling, og utvikler ikke tale som forventet. Da kan barnet ha behov for Alternativ og supplerende kommunikasjon, ASK, en felles betegnelse for forskjellige uttrykksmåter en person kan kommunisere med som mimikk, kroppsspråk, peking, håndtegn eller bruk av grafiske tegn.

Av Hege Marit Lybeck Lund



Hege Marit Lybeck Lund er ergoterapeut og har jobbet i Habiliteringstjenesten SI, avdeling Lillehammer, siden 2007. Fra november 2020 til juli 2021 hadde hun et vikariat på Rikshospitalet ved Seksjon nevrohabilitering barn og Kommunikasjons-teamet. Hun tok ASK 1-utdanning i 2010. E-post: Hege.Marit.Lund@sykehuset-innlandet.no.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til artikkelen.

INNLEDNING

Jeg jobber som ergoterapeut i Habiliteringstjenesten på Lillehammer, Sykehuset Innlandet, i et tverrfaglig team som utreder og følger opp barn med medfødte eller tidlig ervervede skader, syndromer eller tilstander av ulik art. Jeg møter mange barn med omfattende og sammensatte vansker, som regel også bevegelsesvansker. Muligheten til selvstendig kommunikasjon kan være svekket. Det kan være barn med cerebral parese (CP), genetiske avvik eller barn som ikke har diagnose enda. Som en del av dette arbeidet veileder jeg i individualsaker der barn har avvikende språkutvikling av ulike årsaker. Målet er å finne de beste løsningene for barnet og veilede fagpersoner og foreldre i å bruke ASK-løsningene i sin kommunikasjon med barnet.

Prinsippene og tankene bak ASK-tiltakene er de samme uavhengig av hvilken ASK-form som velges. Når et barn har behov for ASK er det tidlig innsats som gjelder. For barn som ikke har utviklet tale innen to årsalderen må alternativer vurderes.

I denne artikkelen vil jeg blant annet beskrive hva ASK er, det

tverrfaglige samarbeidet, innsatsen som kreves, hvilke kartleggingsverktøy som kan benyttes og hvordan vi jobber i en «vanlig» ASK-sak. Jeg vil også gi noen tips dersom noen lesere vil fordype seg mer. Formålet med artikkelen er å vekke interesse og nysgjerrighet for dette fagområdet, målet er ikke å gi en fullstendig gjennomgang av ASK. Jeg skulle ønske at flere ergoterapeuter hadde en større rolle i disse sakene. Jeg mener at ergoterapeuter har mye å bidra med når det gjelder tilrettelegging av hverdagen for et barn som har behov for en alternativ måte å snakke på. Som menneske vil vi kommunisere. Tilrettelegging med ASK-tiltak er viktig og må skje på alle arenaer.

I ASK-saker møter jeg som regel barn som har vært til utredning ved Habiliteringstjenesten. Ofte har barnet vært gjennom medisinsk, motorisk, språklig og gjerne kognitiv utredning. Dette gjøres ved bruk av standardiserte tester, dialog med foresatte og fagpersoner og tett tverrfaglig samarbeid mellom fagpersoner i avdelingen. Dette danner et bilde av barnets funksjon og grunnlaget for å foreslå ASK-tiltak når

språket er forsinket. Vurdering av syn- og hørselsfunksjon kommer i tillegg. Dersom et barn har avvikende språkutvikling, samarbeider vi i Habiliteringstjenesten med foreldrene og kommunalt hjelpeapparat og legger en plan for hvordan vi går frem. Når det er ønskelig med veiledning har vi mulighet til å tilby det.

Barn med avvikende språkutvikling som ikke henvises til tverrfaglig utredning ved Habiliteringstjenesten, vil Pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) ha et naturlig ansvar for. Disse barna beskrives ikke her.

HVA ER ASK?

ASK er en forkortelse for alternativ- og supplerende kommunikasjon. Alternativ kommunikasjon vil si at personen har en annen måte å kommunisere på enn tale. Personen kan bruk håndtegn, grafiske eller materielle tegn, eller skrift som sin alternative kommunikasjonsform. Supplerende kommunikasjon betyr støtte- eller hjelpekommunikasjon (1). Supplerende kommunikasjon har en dobbel målsetting: Å fremme og støtte personenes tale, og å sikre en alternativ kommunikasjonsform hvis personen ikke utvikler evnen til å snakke.

Når et barn har behov for språklig tilrettelegging er det som regel en sammensatt problemstilling, og det er naturlig at fagpersoner jobber i team rundt barnet og i tett samhandling med foreldrene.

HVEM HAR BEHOV FOR ASK?

Mennesker som har behov for ASK er en heterogen gruppe. Tetzchner og Martinsen (2004) har definert tre funksjonelle hovedgrupper (1):

- Uttrykksmiddelgruppen



Babyer er programmert til å lære språk og babler lenge før de begynner å snakke.

Foto: Mostphotos/Alexandr Davydov.

- Støttespråkgruppen
- Språkalternativgruppen

UTTRYKKS MIDDELGRUPPEN

Uttrykksmiddelgruppen (1) beskriver mennesker som forstår mye av språket, men strever med å uttrykke seg verbalt. De har god forståelse for talespråk, men mangler tilstrekkelig kontroll over taleorganet til å produsere tale selv. I gruppen finner vi personer med omfattende motoriske utfordringer, for eksempel cerebral parese (CP). De har gjerne store utfordringer med bevegelsesapparatet, og grafisk kommunikasjon er et naturlig valg. Målsettingen er å skaffe en språklig uttrykksform de er i stand til å bruke. Behovet for ASK er varig.

STØTTESPRÅKGRUPPEN

Støttespråkgruppen (1) deles i to undergrupper: utviklingsgruppen og situasjonsgruppen.

Utviklingsgruppen kjennetegnes ved at behovet for ASK ikke er varig, men språkutviklingen er forsinket. Alternativ kommunikasjon er et skritt i retning mot selvstendig tale. ASK-tiltak hindrer ikke utvikling av selvstendig tale,

der personen har mulighet for det. Hensikten med tiltakene vil være å løse de sosiale problemene som kan oppstå fordi personen har vansker med å uttrykke seg.

Personer i *situasjonsgruppen* (1) har verbal tale, men artikulasjonsvansker. ASK er et supplement og ikke hovedkommunikasjonsform. Kjente personer vil kunne forstå dem, spesielt når temaet er kjent. I støyende miljø, i samtale med ukjente samtalepartnere eller om et ukjent tema, vil det være vanskelig for andre å forstå hva vedkommende sier. Hjelpetiltak som symboler, skrift eller håndtegn, kan være aktuelle, supplerende kommunikasjonsformer. Personer i denne språkgruppen må lære når de skal bruke alternative eller supplerende kommunikasjonsformer for å bli forstått.

SPRÅKALTERNATIVGRUPPEN

I språkalternativgruppen (1) finner vi mennesker som bruker alternative kommunikasjonsformer både når de kommuniserer med andre og når andre kommuniserer med dem. Mennesker i denne gruppen bruker tale i liten grad, og ASK

blir det språket de bruker hele livet. I denne gruppen finner vi personer med alvorlig lærehemming. ASK blir deres morsmål, og opplæringen retter seg mot forståelse og bruk.

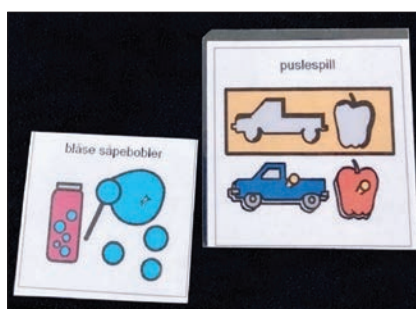
Kunnskap om språkgruppe-
ne gir en forståelse av barnets
utfordringer, som igjen påvirker
valg av intervensjon, mål, tiltak og
opplæring. Jeg møter barn i alle
de funksjonelle språkgruppene,
hver med sine utfordringer og
behov for individuell tilretteleg-
ging. I veiledning gis opplæring
til arbeidsgruppa rundt barnet
og foreldrene om hvordan man
bruker ASK til dette barnet. Det er
også et gensidig samarbeid.

KARTLEGGING

Barn som har behov for ASK har ulike behov, og det er viktig å kartlegge barnets utfordringer og ressurser. Kartlegging kan bestå av formelle tester, observasjoner og drøftinger mellom fagpersoner og foresatte. Det finnes mange kartleggingsverktøy som er mer «ASK-spesifikke», for eksempel «Kartlegging av kommunikative forutsetninger og behov i personenes miljø» (2), eller «Planarbeid for oppfølging av alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK)» inklusive eksempelmaal for oppfølging (3). Disse verktøyene gir et godt grunnlag for å samle kunnskap om barnets kommunikasjon og ferdigheter som virker inn på kommunikasjonen, slik at man kan danne seg en forståelse av kompleksiteten i saken. Standardisert kartlegging og evaluering av barnets responser over tid gir et utfyllende bilde av funksjonsnivået. Barn med ASK-behov kan ha utfordringer knyttet til konsentrasjon, tempo, latenstid, oppmerksomhet, arbeidsminne og evnen til å holde fokus over



Bilde 1. Pekeprat er når du peker på symbolet «synge» og sier «vi skal synge».



Bilde 3. Barnet velger ved å peke på den aktiviteten det ønsker å gjøre.

tid. Kognitiv kapasitet kan også være påvirket og vil ofte ha innvirkning på læreeevnen.

I ASK-veiledning benytter jeg kartleggingsskjema fra Statped, «planarbeid for oppfølging av alternativ og supplerende kommunikasjon» (3), da jeg mener dette er et godt verktøy for tverrfaglig samarbeid rundt et barn som bruker ASK.

PEKEPRATE SOM METODE

Når språket skal tilrettelegges med symboler, brukes pekeprating som metode for å støtte verbal kommunikasjon. Statped har laget en informasjonsfilm som forklarer hva det vil si å pekeprate (4). Et tilgjengelig språk øker deltagelse og mulighet til påvirkning i kommunikasjon og aktiviteter barnet deltar i.

Begrepet pekeprate er sammensatt av verbene å peke og å prate, og dette beskriver det vi gjør. Vi peker på symbolet og prater ved å si hva symbolet represen-



Bilde 2. Tematavlen er bygd opp med ulike symboler om samme tema og ord i ulike ordklasser.



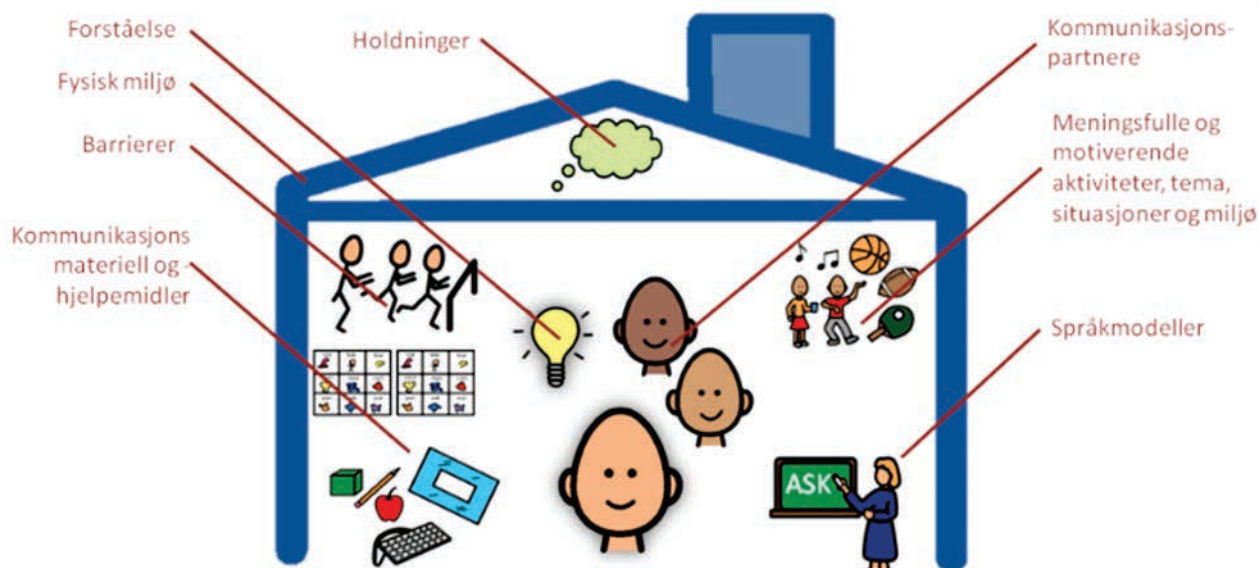
Bilde 4. Skal vi gjøre det en gang til?



Bilde 5. Kommunikasjonsboken skal være med overalt.

terer. For eksempel kan jeg peke på symbolet «syng» og si «vi skal syng», så kommer handlingen altså sangen. Se bilde 1. Gjennom gjentakelser knytter barnet mening og forståelse til symbolet for sang. Når vi pekeprater, er vi språkmodeller for barnet. Vi viser gjennom handling hva vi ønsker at barnet skal gjøre ved å bruke symboler i kommunikasjonen.

I starten bruker vi enkeltsymboler, slik at barnet lærer innholdet i symbolene. I innlæringen bruker vi pekeprating i motiverende aktiviteter. Når barnet kjenner innholdet i flere symboler setter



Figur 1. Jørn Østvik har laget en modell som viser de ulike sidene av språkmiljøet.

vi flere symboler sammen til en tematavle. Tematavlen er bygd opp med ulike symboler om samme tema og ord i ulike ordklasser. Det gjør at vi kan sette sammen flere ord, vi pekeprater, og barnet lærer å uttrykke seg med flere ord i setningen. Vi tilpasser språket til det nivået barnet er på, og vi ligger litt foran barnets utvikling slik at barnet har noe å «strekke seg etter». Se bilde 2.

Hva skal vi gjøre? Blåse såpebobler eller legge puslespill? Barnet velger ved å peke på den aktiviteten det ønsker, så gjennomføres aktiviteten. Skal vi gjøre det en gang til? Se bilde 3 og 4.

Når barnet behersker flere symboler, er det naturlig å lage en kommunikasjonsbok hvor flere symboler og tema er tilgjengelig. Noen velger å lage en selv, mens andre foretrekker å skaffe en gjennom hjelpemiddelsentralen. En kommunikasjonsbok skal alltid være tilgjengelig og det er naturlig at en voksen har ansvar for dette. Se bilde 5.

Mange barn bruker elektronisk talemaskin. Her kan barnet «få en stemme» ved å pekeprate på symbolene i maskinen. Talemas-

kiner kan betjenes ved at barnet peker direkte på touch-skjermen og pekeprater som i en kommunikasjonsbok. Noen barn peker ikke med hånden, men kanskje de blikkpeker, bruker hodemus, eller bruker andre metoder for å betjene talemaskinen. Det finnes flere ulike talemaskiner på markedet. Det gjelder å velge en maskin med programvare som passer barnet, gi rett og tilstrekkelig opplæring og integrere bruk i hverdagen på alle arenaer. Barn må lære hvordan de bruke ASK-hjelpemidlene sine, også de mer avanserte talemaskinene.

Barn som skal bruke ASK har en ekstra utfordring i innlæring av språket ved at de skal lære det talte ordet i tillegg til symbolet for samme ord. Barnet må lære hvor det skal finne symbolet i sitt ASK-hjelpemiddel. Det er viktig at barnet og kommunikasjonspartneren mestrer å navigere i systemet, uavhengig av om det er en bok eller en talemaskin.

SPRÅKMILJØ

Barn lærer det språket som omgir dem. Slik er det også for barn som skal lære alternative språk-

former, ASK. Innlæring av språk avhenger av et stimulerende språkmiljø som består av ulike faktorer. Jørn Østvik har laget en modell som visualiserer ulike sider ved språkmiljøet (5). Se Figur 1.

Modellen viser hvordan kommunikasjonspartnere, det fysiske miljøet, meningsfulle og motiverende aktiviteter og temaer, situasjoner og miljø, kommunikasjonsmateriell og -hjelpemidler, språkmodeller og holdninger er viktige faktorer i et språkmiljø.

Når et barn skal lære en alternativ kommunikasjonsform, må språkmiljøet tilpasses den alternative språkformen barnet skal lære, og det må legges til rette for meningsfulle aktiviteter for barnet, der den aktuelle språkformen benyttes. Barnet skal alltid ha tilgang til ASK-hjelpemidlene sine eller mulighet til å be om dem. En kommunikasjonspartner skal kjenne barnet godt og tilrettelegge slik at barnet kan kommunisere mest mulig selvstendig. I tillegg skal en kommunikasjonspartner kunne bruke barnets kommunikasjonsmetoder for å kunne være språkmodell. ASK skal brukes i alle situasjoner gjennom hele

dagen i barnehagen, hjemme og andre arenaer.

I ASK-veiledning har vi fokus på hvordan språkmiljøet for barnet er. Har barnets språkmodeller god nok kunnskap til å fylle rollen? Er det tilgang på motiverende og tilrettelagte aktiviteter? Er det forståelse for at barnet med ASK-behov trenger tilrettelegging gjennom hele dagen?

KOMPETANSE FOR KOMMUNIKASJON

Når et barn skal starte med ASK, er det mange ferdigheter som skal læres, både av barnet, og av de som er med barnet. Janice Light og David McNaughton (6), har beskrevet kommunikative kompetanseområder som er viktig for at barnet med ASK-behov, foreldrene og arbeidslaget rundt barnet skal lykkes med ASK-tiltak. Dette er språklig, operasjonell, strategisk og sosial kompetanse. I tillegg er psykososiale faktorer viktige.

Språklige kompetanse dreier seg om hva barnet forstår av språket og hva det kan uttrykke. Formelle tester sammen med observasjoner av barnet i lek og aktivitet hvor ASK benyttes, gir informasjon om barnets språklige ferdigheter og hvordan barnet responderer på ASK-intervensjon.

Operasjonell kompetanse beskriver barnets motoriske ferdigheter og hvordan motorikk kan påvirke barnets muligheter til å betjene et kommunikasjonshjelpemiddel, utføre håndtegn, peke på et symbol, trykke på skjerm eller bryter, peke med øynene eller signalisere ja og nei for å navigere.

Operasjonell kompetanse beskriver barnets evne til å betjene ASK-hjelpemiddelet sitt. Hvilke strategier eller teknikker kan barnet bruke? Hvordan navigerer

og betjener det hjelpemidlene? ASK-løsningen skal gi mulighet til en så effektiv og presis kommunikasjon som mulig. Barnets motoriske ferdigheter påvirker muligheter til å betjene et kommunikasjonshjelpemiddel, som å peke på et symbol, trykke på skjerm, peke med øynene eller signalisere ja og nei for å navigere. Noen barn må peke med øynene eller bruke en form for skanning sammen med sin kommunikasjonspartner. Barn må lære hvordan de betjener sine ASK-løsninger.

Noen barn kan ha noe å hente på å øve på motoriske ferdigheter som styrker deres kommunikative uttrykk. Det kan være at barnet kan øve på å peke tydelig med pekefinger, eller et barn som bruker blikkpeking, kan øve på å flytte blikket i alle retninger for å bli bedre rustet til å håndtere sin kommunikasjonsform. Det er til stor hjelp hvis barnet har signal for ja og nei. Hvis barnet ikke kan signalisere dette, kan det være fint å forsøke å øve inn ferdigheten. Tilpasset sittestilling kan være helt avgjørende for barnets motoriske prestasjoner.

Strategisk kompetanse beskriver hvordan barnet bruker sine ferdigheter når det kommuniserer. Hvordan viser barnet at det har noe å si, markerer sin vilje, tar initiativ i dialog, ber om oppmerksomhet, sier fra når noe ble galt, og retter opp i misforståelser? For mange barn er dette kompetanse som krever bevisst trening og målrettet jobbing over tid.

Sosial kompetanse handler om hvordan barnet kommuniserer og samhandler med andre. Det handler både om å kunne tilpasse seg miljøet og å hevde sin plass. Ferdigheter som å kunne gi øyekontakt, ta tur, signalisere ja og nei, starte og avslutte en samtale,

spørre etter noe eller noen, handler om sosial kompetanse.

Psykososiale forhold virker også inn på hvordan barnet utvikler sine kommunikasjonsferdigheter. Barnet må oppleve å bli møtt på en positiv og støttende måte når det tar initiativ til å kommunisere, slik at barnet lærer å bli trygg på sin uttrykksform og får lyst til å prøve mer. Holdningene barnet møter, påvirker hvordan det vil utforske sin kommunikasjonsform sammen med andre. Det er motiverende å bli møtt med interesse, anerkjennelse, forståelse og positive holdninger ovenfor sitt kommunikasjonsuttrykk. En kommunikasjonspartner med god innsikt og kunnskap er vesentlig for at ASK-brukeren skal lykkes og motiveres i sin kommunikasjon.

I ASK-veiledning har vi fokus på de ulike kommunikative kompetanseområdene. Hvor har barnet sine styrker og utfordringer sett i lys av disse faktorene. Hvilke av de ovenfornevnte områdene kan det jobbes med for at barnet skal bli bedre rustet til å uttrykke sine meninger og kan fortelle oss hva det ønsker og er opptatt av? Statped sin «Planarbeid for oppfølging av alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK)» med eksempelmaal for oppfølging (3) bygger på kompetanseområdene.

DEN VIKTIGE LEKEN

Barn lærer gjennom lek, og leken forandrer seg gjennom hele livet. For barn som bruker ASK, er det viktig å tilby lek som er tilrettelagt med den ASK-formen barnet bruker. Barnet skal få passe mye hjelp og støtte i leken for å kunne lære å leke og samhandle ved bruk av de støttetiltakene det har behov for. Gjennom leken lærer barn nye ord, hvordan de skal samhandle

med andre, si sin mening og bruke sine ASK-hjelpemidler i aktivitet. Lek er en viktig inngangsport til barns læring, og vi må sørge for at leken til enhver tid er godt tilrettelagt med aktuelle symboler og kompetente kommunikasjonspartnere, både voksne og andre barn. Fordi leken endrer karakter i takt med barnets utvikling, må også ASK-tiltakene endres. Barnet er avhengig av at de voksne tar ansvar for ASK-tiltakene, og har forståelse for å endre symboler og symbolkombinasjoner i takt med utvikling og endringer i lek, aktiviteter og andre oppgaver.

OVERGANGER OG MILJØSKIFTE

Overganger mellom barnehage og barneskole, og fra barneskole til ungdomsskole og bytte av fagpersoner er utfordrende for en ASK-bruker. Tiltakene er gjerne skreddersydd det enkelte barnet, og barnet er avhengig av kjente, gode kommunikasjonspartnere.

Kunnskapsdepartementet poengterer i veilederen «Fra eldst til yngst – Samarbeid og sammenheng mellom barnehage og skole» (7) at det er viktig å styrke sammenhengen og samarbeidet mellom barnehage og skole for å skape gode overganger. Det handler om å legge til rette for et helhetlig opplæringsløp som ivaretar barnets behov for trygghet i overgangsprosessen, og som bidrar til at opplæringen tilpasses enkeltbarnet allerede fra første skoledag. Det må være sammenheng og progresjon i læringsinnholdet i barnehage og skole. Dette gjelder også ASK-brukere. Foreldrene skal ha muligheter for aktiv medvirkning.

ERGOTERAPEUTER OG ASK?

Jeg mener at ergoterapeuter har en naturlig rolle i teamet rundt

et barn med ASK-behov. Dette er ofte omfattende saker hvor det kreves tverrfaglig samarbeid over lengre tid. Ergoterapeuters kunnskap om for eksempel barns utvikling, aktivitetsanalyse, lekens betydning, hverdagsmestring og tilrettelegging av daglige aktiviteter er viktige faktorer inn i det tverrfaglige teamet.

Mange ergoterapeuter har ansvar for barn fra 0 til 18 år. Det betyr at vi følger barnet i alle overganger fra barnehagen til videregående skole. Det er viktig at noen som kjenner barnets kommunikasjonsmetode fortsetter å være en stabil relasjon.

Ergoterapeutforbundet har et slagord som jeg liker godt: «hva er viktig for deg?». Det er jo nettopp det ASK handler om! Målet med ASK-intervensjon er å lære barnet hvordan det kan fortelle oss at «dette er viktig for meg!». Personen skal bli i stand til å bruke sitt ASK-utstyr til å kommunisere så selvstendig som mulig med venner, familie og også ukjente på ulike arenaer.

VIL DU LÆRE MER?

For deg som vil lære mer om ASK finnes det flere muligheter:

- Statped's e-læring grunnkompetanse i alternativ og supplerende kommunikasjon (8).
- NAVs nettside kunnskapsbanken.net (9) har et hovedtema kommunikasjon (ASK) med flere undertema.
- ISAAC Norge er en organisasjon som arbeider for å bedre kommunikasjonsmulighetene for barn og voksne med omfattende kommunikasjonsvansker. De har egen nettside. (10)
- Universitetet i Sørøst-Norge tilbyr deltidsstudium i Alternativ og Supplerende kommunikasjon (11).

Kilder og nyttige lenker

1. Tetzchner og Martinsen 2004: Alternativ og supplerende kommunikasjon (2. utg). Oslo: Gyldendal.
2. Kunnskapsbanken. Oppdatert 05.09.2018, hentet 15. mai 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.kunnskapsbanken.net/kartleggingsverktoy-ved-overganger/>
3. Statped. Oppdatert 04.04.2022, hentet 21.04. 2022. Tilgjengelig fra: <https://www.statped.no/laringsressurser/ask/planarbeid-for-oppfolging-av-alternativ--og-supplerende-kommunikasjon-ask/>
4. Statped. Oppdaterte 04.04.2022, hentet 21.04.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.statped.no/laringsressurser/ask/pekeprate-hver-dag---eksempler-pa-tematavler/>
5. Østvik, J. Språkmiljø – tanker om prinsipielle og praktiske sider. Kunnskapsbanken, NAV, 15. april 2018. Hentet 21.04.2022
Tilgjengelig fra: <https://www.kunnskapsbanken.net/sprakmiljo-tanker-om-prinsipielle-og-praktiske-sider/>
6. Communicative Competence for Individuals who require Augmentative and Alternative Communication: A New Definition for a New Era of Communication? Janice Light 1, David McNaughton 1, 2014
7. Kunnskapsdepartementet. Oppdatert 17.06.2008. Hentet 17.06.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/stoltenberg-ii/andre-dokumenter/kd/2008/fra-eldst-til-yngst-samarbeid-og-sammenh/id517292/?q=fra%20eldst%20til%20yngst>
8. Statped. Oppdatert 07.12.2021, hentet 17.06.2022. Tilgjengelig fra: <https://statped.no/laringsressurser/ask/e-laring-grunnkompetanse-i-alternativ-og-supplerende-kommunikasjon-ask/>
9. Kommunikasjon (ASK) | Kunnskapsbanken Hentet 07.10.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.kunnskapsbanken.net/kommunikasjon/>
10. ISAAC Norge » Hjem. Hentet 07.10.2022. Tilgjengelig fra: <https://isaac.no/>
11. USN – Universitetet i Sørøst-Norge. Hentet 07.10.2022. Tilgjengelig fra: <https://www.usn.no/studier/alternativ-og-supplerende-kommunikasjon/>

BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRISK POLIKLINIKK (BUP)

Ergoterapeuters arbeid med barn og unges psykiske helse

Av Line Ryen Svee og Tone Torgersen



Line Ryen Svee er klinisk spesialergoterapeut og spesialist i barn og unges psykiske helse. Hun arbeider som behandler ved BUP Poliklinikk, Tynset, Sykehuset Innlandet. E-post: Line.ryen.svee@sykehuset-innlandet.no.



Tone Torgersen er ergoterapispesialist i psykisk helse og har Master i psykisk helsearbeid. Hun arbeider som fagleder for Kompetansetjenesten for pasient- og pårørendeopplæring, Sykehuset Innlandet

Abstrakt

Artikkelen er et samarbeid mellom artikkelforfatterne med bakgrunn i en veiledningsprosess. Tone Torgersen, som er ergoterapispesialist i psykisk helse og har erfaring med å jobbe som ergoterapeut ved BUP akutt, ble forespurt om å være veileder for Line Ryen Svee i forbindelse med spesialistprogrammet til Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP).

I denne prosessen så vi på ergoterapeutens bidrag inn i helsevern for barn og unge. Det er få ergoterapeuter som jobber i dette fagfeltet, men vår erfaring er at ergoterapeutkompetansen er høyst relevant og et viktig bidrag inn i det tverrfaglige samarbeidet ved BUP.

Nøkkelord: barn og unge, psykisk helse, aktivitetsanalyse, EVA

Det er ingen interessekonflikter knyttet til artikkelen.

Innledning

En rekke overordnede føringer fra helsemyndighetene understreker viktigheten av aktivitetsdeltakelse, og å være et aktivt og produktivt medlem av samfunnet (Regjeringen, 2016; Helsedirektoratet, 2021; Meld. St. 18 (2020–2021)). Dette er kjernen i ergoterapeuters kompetanse. Vårt utgangspunkt for å skrive denne artikkelen er basert på vår erfaring som ergoterapeuter ved poliklinikk og døgninstitusjon i Barne- og ungdomspsykiatri (BUP). BUP skal gi et utrednings- og behandlingstilbud til barn og unge i alderen 0 til 18 år, hvor det er mistanke om eller påvist psykiske lidelser. Målet er at tilbudet skal bidra til økt livskvalitet og mestring. Enhetene samarbeider med barnets/ungdommens foresatte og familie, kommunale tjenester og andre etater.

BUP er et ledd i spesialisthelsetjenesten, og henvisninger må komme fra fastlege, annen lege, psykolog eller barneverntjenesten. Eksempler på vansker som følges opp ved BUP er emosjonelle vansker som angst og depresjon, utviklingsforstyrrelser som autismespektervansker og ADHD, rusproblemer, spiseforstyrrelser, traumer og personlighetsforstyrrelser. Ofte er barn og unge symptombærere av psykososiale vansker, slik som mobbing, foreldrekonflikt, omsorgssvikt eller samspillsvansker i familien. Ved BUP arbeider vanligvis ulike yrkesgrupper som psykologer, leger, pedagoger, sykepleiere, barnevernspedagoger og sosionomer. De fleste har en spesialisering innen barne- og ungdomspsykiatri. Som ergoterapeuter i BUP har vi opplevd oss som en noe mer «sjelden rase». Dette synes vi er synd, da vi tenker vi har mye å bidra med innenfor dette feltet. Vi vil i det følgende se på hvilke overordnede føringer helsemyndighetene setter for arbeidet med barn og unges psykiske helse, og på bakgrunn av et praksiseksempel drøfte hvordan ergoterapi har sin plass i dette feltet.

Overordnede føringer

Regjeringens strategi for realisering av pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte, er nedfelt i *Nasjonal helse- og sykehusplan* (Regjeringen, 2016). Å gi gode og sammenhengende helse- og omsorgstjenester er et felles ansvar for helseforetak og kommuner. I *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023* (NHSP) er dette noe av det som legges til grunn for å opprette 19 helsefellesskap, bestående av helseforetak og kommunene i det aktuelle opptaksområdet. Helsefellesskapene skal være en samarbeidsarena mellom helseforetak og omliggen-

de kommuner, hvor eksisterende samhandling skal videreutvikles. Tjenestene innenfor respektive helseforetak, skal utvikles i samarbeid mellom de aktuelle partene fra helseforetak, kommuner, fastleger og brukere. De prioriterte gruppene som det særlig skal samarbeides om gode tjenester for, er barn og unge, pasienter med alvorlige psykiske lidelser og rus, pasienter med flere kroniske lidelser og skrøpelige eldre (Helsedirektoratet, u.å.).

Norsk Ergoterapeutforbund er også opptatt av bærekraftige helse- og velferdstjenester og vil sikre at morgendagens utfordringer blir møtt med en ressursutløsende og samfunnsøkonomisk tilnærming, gjennom fokus på personers rett til aktivitet og deltakelse (ergoterapeutene.org). En bærekraftig helsetjeneste er et overordnet mål, som begrenses av de ressursrammene samfunnet kan stille til rådighet over tid, og det er en erkennelse at arbeidskraft vil være en framtidig knapphetsressurs. Det er derfor essensielt at framtidens helsetjeneste jobber effektivt ved at vi utnytter både teknologiske muligheter og de ansattes kompetanse på best mulig måte (Regjeringen, 2016).

Regional Utviklingsplan 2040 for Helse Sør-Øst RHF erkjenner utfordringer knyttet til riktig og tilstrekkelig kompetanse i helsetjenesten, samt hensiktsmessig bruk av den kompetansen tilgjengelige fagfolk innehar (Helsesorost, u.å.). Samtidig poengterer NHSP at dersom vi skal imøtekomme framtidens krav til helsetjenestene, er det behov for økt kompetanse og utdanningskapasitet blant sykepleiere (Regjeringen, 2016).

I *Stortingsmelding nummer 18 (2020–2021): Oppleve, skape, dele – Kunst og kultur for, med og av barn og unge*, framheves det blant annet at deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter er en viktig kilde til fellesskap, identitet og mestring for barn og ungdom er (Regjeringen, 2016; Jacobsen, Andersen, Nordø, Sletten og Arnesen, 2021). Norsk Ergoterapeutforbund støtter dette, og mener dessuten at helse er relatert til aktivitet og deltakelse, og at helsen påvirkes og skapes i samspill mellom person, aktivitet og omgivelser (Ergoterapeutene, 2017).

Fritidserklæringen (Regjeringen, 2016) bygger på artikkel 31 i FNs barnekonvensjon, som understreker barns rett til fritid og lek og til deltakelse i kunst og kulturliv. Erklæringen er signert av Regjeringen, Kommunesektorens organisasjon (KS), og en rekke frivillige organisasjoner, hvilket innebærer partenes anerkennelse av barnets rett til hvile og fritid samt til å delta i alderstilpasset lek og aktivitet. Signerin-

gen er også en forpliktelse til å fremme tilgjengelighet, rett til deltakelse og inkludering i fellesskapet for slik å oppleve tilhørighet og mestring, hvilket også danner noe av grunnlaget for ergoterapeuters kjernekompetanse (Ergoterapeutene, 2017; Regjeringen, 2016). Meld. St. 18 (2020–2021) setter likhetstegn mellom kulturell deltakelse og livskvalitet, menneskelig vekst, dannelse, utdanning, tilhørighet og identitet. NOVA-rapport 2/21 bekrefter at deltakelse på fritidsarenaen, kombinert med en kultur for deltakelse for alle, er en av de mest sentrale arenaene for sosialt samvær med jevnaldrende (NOVArapport 2/21).

I *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* beskrives hva som forventes av kompetanseprofilen i BUP. Veilederen definerer kompetanse som «det sett av kunnskaper, ferdigheter og holdninger som er relevant og nødvendig i utrednings- og behandlingsarbeidet, i det interne samarbeidet på poliklinikken og i samarbeidet med andre tjenester» (Helsedirektoratet, 2008).

Gangen i et pasientforløp ved BUP

Det ovennevnte legger føringer for hvordan et behandlingsforløp i BUP skal foregå. Vi vil i det følgende vise hvordan man kan benytte ergoterapeutisk intervensjon for å imøtekomme disse føringene.

PAKKEFORLØP

Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge ble publisert og implementert i 2018. Pakkeforløp beskriver hva som er forventet gjennomført i løpet av oppfølgingen, og innenfor hvilke tidsrammer de ulike intervensjonene skal gjennomføres. Henvisning til psykisk helsevern forutsetter ett eller flere tegn på alvorlig psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2018). Pakkeforløpet er basert på nasjonale faglige retningslinjer, alternativt på best tilgjengelig kunnskap der retningslinjer mangler. Det beskriver hvordan utredning, behandling og oppfølging skal organiseres, kommunikasjon med pasient og pårørende, ansvarsfordeling og tidsfrister for de ulike komponentene i forløpet (Helsedirektoratet, 2019). Dersom det er behov for øyeblikkelig hjelp, noe som vanligvis innebærer risiko for selvmord, pågående voldsutsatthet eller voldsutøvelse, skal barnet henvises direkte til akutt-tilbudet i BUP (Helsedirektoratet, 2018).

De ulike poliklinikkene organiseres noe ulikt, og størrelsen og den tverrfaglige sammensetningen på de ulike poliklinikkene er også svært forskjellige.

Større poliklinikker er gjerne organisert i ulike team, med spisskompetanse på spesifikke fagområder eller aldersgrupper. Mindre poliklinikker består av generalistteam som kan litt om mye. Pasienten har gjerne en hovedbehandler som er den de i hovedsak forholder seg til. Andre medarbeidere trekkes inn ved behov, og diagnoser og behandling drøftes i tverrfaglige team. Tilsvarende forskjeller finner man også innenfor ulike BUP døgnenheter.

UTREDNING

I praksis innebærer pakkeforløp blant annet at når det henviste barnet kommer til BUP er de første seks ukene satt av til basisutredning. Basiskartleggingen er en grovkartlegging av ressurser, symptomer og funksjon. Hovedfokus er på barnets/ungdommens egne vansker/forstyrrelser og livssituasjon (eksempelvis stress, belastninger i eller omkring familien og omsorgsgiver). Basisutredningen skal gi grunnlag og retning/hypoteser for eventuell spesifikk utredning og differensialdiagnostisk. Etter endt basisutredning skal det tas en klinisk beslutning om behov for videre tiltak. Dette skal gjøres i samarbeid med pasient/familie og drøftes gjerne i tverrfaglig team. Spesialist i psykiatri/psykologi skal delta i drøftingen. Det tas en klinisk beslutning om det:

- er behov for behandling innen psykisk helsevern
- er behov for behandling og oppfølging fra annen instans enn psykisk helsevern
- ikke er behov for videre oppfølging
- er behov for utvidet utredning innen psykisk helsevern

Erfaring viser at man gjerne trenger mer enn seks uker på en tilstrekkelig utredning, og man tar da en utvidet utredning som gir rom for ytterligere seks ukers utredning. Utredning skjer via samtaler med barnet og familien, ved utfylling av kartleggings-skjema, bruk av semistrukturerte intervjuer, innhenting av komparentoppysninger (eksempelvis skole/barnehage, PPT, helsesykepleier, barnevern), ulike tester og gjennom observasjon. Sistnevnte kan skje på barnets arenaer i hjemmet, skole, eller i aktivitet på BUP.

Rammene og føringene for arbeidet ved BUP er gitt, men det er til en viss grad opp til den enkelte behandler å vurdere i samarbeid med pasient og familie hvordan man gjennomfører utredningen. Det foreligger noen yrkesspesifikke utredningsmomenter, eksempelvis legeundersøkelse. I tillegg er det pedagoger og psykologer som utfører en del av

testbatteriet som gjennomføres blant annet ved mistanke om nevroutviklingsforstyrrelser som ADHD. Da det sjelden er ansatt ergoterapeuter ved poliklinikkene, er det også ytterst sjeldent det knyttes spesifikke utredningsoppgaver til ergoterapeuten.

Vår erfaring er at vi tar med oss «det ergoterapeutfaglige» inn i vår terapeutiske prosess. I veilederen for BUP beskrives det at utredningen i tillegg til psykologiske, medisinske, pedagogiske og psykososiale forhold, må dekke døgnrytme, kostvaner og fysisk aktivitet og munne ut i en konkret beskrivelse av vanskene man antar hindrer barnet/ungdommen og familien i deres hverdagsfungering. Dette mener vi treffer godt innen kjernekompetansen i ergoterapi. Gjennom vår kjennskap til aktivitetsvitenskap er vi opptatt av hvordan døgnet struktureres ved hjelp av aktivitet, hvordan fysisk aktivitet påvirker psykisk helse og betydningen av samhandling med omgivelsene gjennom aktivitet (Jahoda, 1981). Vi er opptatt av hvordan den psykiske helsen påvirker menneskets evne til aktivitetsutførelse og hvordan aktivitet også påvirker den psykiske helsen.

Aktivitetsanalyse, som vi kommer tilbake til med et eksempel, er et bidrag til utredning som er spesifikt for ergoterapeuten. Ut over dette påvirker også viten om aktivitet vår måte å stille spørsmål på, og hva vi er opptatt av i kartleggingen. I innledende samtaler med barn og unge og deres familier spørres det om vanskenes påvirkning på funksjon. Dette konkretiseres gjennom å ta utgangspunkt i aktivitet. Ergoterapeuten spør etter endringer i aktivitetsmønster og -utførelse, hva barnet har likt og liker å holde på med, hvor det opplever mestring og hva det skulle ønske å få til bedre. I ergoterapeuters kjernekompetanse inngår også omgivelser og omgivelsenes samspill med person og aktivitet. Tradisjonelt tenker man kanskje først og fremst på de fysiske omgivelsene, men omgivelser kan også handle om kulturell, holdningsmessig, institusjonell, digital og sosial kontekst (Ergoterapeutene, 2017). Alt dette er viktig å kartlegge når det gjelder barn og unge. Hvordan er de relasjonelle båndene hjemme, med venner og andre voksne på skolen? Hva er den sosioøkonomiske situasjonen til familien? Hvilke holdninger har omgivelsene til barnet? Hvordan ser de fysiske omgivelsene til et barn som strever med konsentrasjon ut?

POLIKLINISK BEHANDLING

Etter endt utredning i pakkeforløp går man videre til en behandlingsfase, hvor det også er rammer for

evalueringspunkter, først etter seks uker og videre hver tolvte uke. Dette nedfelles i behandlingsplanen sammen med behandlingsmål og øvrige rammer for behandlingen. Rammer for behandlingen kan eksempelvis innebære hvilken behandlingsmetode/-tilnærming som brukes, hyppighet på samtaler, forventet varighet på behandlingen, eventuelt rammer for samarbeid med andre involverte parter. For en behandler som har bakgrunn som ergoterapeut er det naturlig å samarbeide med pasient om målsettinger med utgangspunkt i aktiviteter som pasienten/familien ønsker å mestre på en mer tilfredsstillende måte. Dette erfarer vi også er til hjelp for å ha konkrete og evaluerbare mål.

I behandlingen er fokuset for en ergoterapeut på samspillet mellom personen, aktiviteten og omgivelsene. For eksempel kan depresjon hos en ungdom med manglende energi, initiativ samt nedstemthet, føre til isolasjon og tilbaketrekking. Dette medfører at ungdommen er mindre aktiv enn tidligere, deltar i liten grad på fritidsaktiviteter og har vansker med å møte på skolen. Med andre ord har den psykiske lidelsen påvirket evnen til å stå i aktiviteter som tidligere gav mening og mestring. På den andre siden er vi opptatt av hvordan isolasjon og tilbaketrekking opprettholder eller forverrer den depressive tilstanden, hvordan aktivitetsutførelsen påvirker den psykiske helsen. Manglende aktivitet og deltakelse vet vi fra aktivitetsvitenskap har en uheldig effekt på menneskets utvikling (Andersen, Lauritzen og Stockholm, 2020). Ergoterapeutens vei til endring går gjennom aktivitet, og sammen med ungdommen ser man på muligheter for å komme i gang med aktivitet for å kunne endre på den depressive tilstanden.

DØGNBEHANDLING

Av og til blir vanskene så store eller oppstår så akutt at de ikke kan dekkes av en poliklinisk oppfølging. Alternativet da er døgnbehandling. Døgnbehandling i BUP deles inn i akutt behandling, som skal dekke øyeblikkelig hjelp, og elektive innleggelser, som er planlagte innleggelser. De elektive plassene «eies» av poliklinikkene, slik at henvisningene går via poliklinikken, og poliklinikken er selv med på å drøfte hvem som har størst behov for døgninnleggelse. Det gjøres mye av de samme utredningene og kartleggingene i døgnavdeling som i poliklinikk, men observasjoner på døgninstitusjoner gir en god anledning for en bredere analyse av hverdagsaktiviteter (innenfor rammen av institusjonen), fordi det kan legges til rette for observasjoner gjennom hele

døgnet, og for observasjon over tid i sammenheng.

BUP Innlandet har i dag ingen stillinger for ergoterapeut innenfor noen av sine fem døgnenheter, men er absolutt en arena hvor ergoterapeuten kan bidra med både utredning og behandling på samme måte som beskrevet under punkt for poliklinisk utredning og behandling.

Eksempel på ferdighetsanalyse med utgangspunkt i EVA-skjema

Som ergoterapeuter i et fagfelt hvor det kan være lite kjennskap til vår kompetanse, tenker vi det kan være hensiktsmessig å bruke profesjonsspesifikke verktøy som kan bidra til å synliggjøre ergoterapeuters bidrag inn i det tverrfaglige arbeidet. Vi erfarer at EVA-skjema (Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system) kan være et verdifullt bidrag inn i utredning av barn og unge. I litteraturen som foreligger, tas det oftest utgangspunkt i funksjonsvansker som rammes i den eldre populasjonen, som ved slag og demens, når man skal eksemplifisere bruken av skjema. Det har vært noe utfordrende og overføre dette til utredning innenfor vansker som oppstår i spekteret av psykiske vansker for barn og unge. Ferdighetene som analyseres er likevel gyldige uansett alder og årsak til funksjonsnedsettelse.

EVA-skjema gir mulighet til å analysere og vurdere aktivitet og identifiserer faktorer som påvirker aktivitetsutførelsen, herunder fysiske, sosiale og kulturelle rammefaktorer, krav til personen som fysisk og psykisk kapasitet samt personlig motivasjon. I tillegg vurderes handlingssekvenser og ferdigheter som inngår i aktiviteten. Analyse av aktivitet er utgangspunktet for kartlegging og vurdering av personers prestasjon, kapasitet, ferdigheter og muligheter for å kunne utføre aktiviteter (Elingham m.fl. 2015). EVA er til hjelp for systematisk aktivitetsobservasjon og vurdering og krever ingen sertifisering. Det er ulike skjema som kan velges og kombineres ut ifra analysens hensikt, og i utredning ved BUP er det ofte hensiktsmessig å gjennomføre en virksomhetsanalyse. Dette er en helhetlig analyse som omfatter alle deler av mennesket-aktivitet-omgivelse (MAO)-samspillet. Analyse foretas av ulike grunner, for eksempel i utredning rettet mot barnets evne til å håndtere en skolehverdag. I slike intervensjoner trenger man innsikt i barnets kapasitet til å møte skolehverdagens krav innenfor skolens fysiske og sosiale rammer. Det er tradisjon i det polikliniske arbeidet i BUP å benytte sko-

leobservasjoner som ledd i utredningen, spesielt der det framkommer vansker i skolehverdagen slik som for eksempel ved mistanke om utviklingsforstyrrelser (som ADHD, Tourettes syndrom eller autismespektervansker), psykososiale vansker eller angstproblematikk. For ergoterapeuter er virksomhetsanalyse, som eksempelvis EVA, et nyttig verktøy i så måte. Eleven observeres i aktivitet i samspill med sine omgivelser. Man ser på hvordan kontekst og de ytre rammene legger til rette for deltakelse og aktivitet

Alternativt kan en slik aktivitetsanalyse være aktuelt i et avgrenset formål, som for eksempel vurdering av et barns evne til å utføre aktiviteter som krever strukturering av aktiviteten. I slike tilfeller kan man for eksempel begrense utvalget til skjema som omhandler prosessferdigheter. En slik aktivitetsanalyse kan eksempelvis gjøres gjennom å spille et spill med barnet, sandkasselek på lekerommet, pusle puslespill, bake, tegne eller male. Aktiviteter kan også gjøres utenfor institusjon, som å gå på butikk eller kafé eller spille ballspill.

Et praksiseksempel

EVA består av ulike skjemaer som belyser og inngår i menneskers utførelse av aktivitet. Vi vil i det følgende ta for oss et eksempel på observasjon med utgangspunkt i tre EVA-skjemaer.

I eksempelet observeres Jonas på elleve år som er henvist BUP i forbindelse med mistanke om oppmerksomhetsforstyrrelser. I observasjonen brukes skjema for

- motoriske ferdigheter (ferdigheter knyttet til forflytting og bevegelse av seg selv og objekter under aktivitetsutførelsen),
- prosessferdigheter (ferdigheter knyttet til strukturering og styring av aktivitetsutførelse)
- kommunikasjons- interaksjonsferdigheter (ferdigheter knyttet til sosial omgang og samarbeid med andre mennesker).

AKTIVITET

Jonas observeres på BUPs aktivitetsrom. Der har han valgt å male et bilde på lerret. Det er en aktivitet han er kjent med fra tidligere. Rommet er også kjent fra tidligere besøk. Rommet er cirka seks kvadratmeter med to hyller med diverse kreativt utstyr, samt et skap og en vask. I hyllene er det også utstyr som ikke benyttes til maling. Det er kun ergoterapeuten og Jonas i rommet. Det er et vindu hvor man ser ut på en skog.

MOTORISKE FERDIGHETER

Pasienten er observert med fokus på kroppsholdning, mobilitet, koordinasjon, tilpasset kraft og utholdenhet

Jonas stabiliserer kroppen og har god balanse når han beveger seg rundt i rommet. Han strever noe med å plassere seg i forhold til gjenstander rommet, går på bordet ved to-tre anledninger når han skal hente utstyr fra hyllene. Han viser tilfredsstillende bruk av finmotorikk i maleaktivitet, men det kan virke som om han har noen utfordringer med å tilpasse kraft når han blant annet skal klemme ut maling fra tuber. Det er også vansker med å samordne bevegelser og ha flyt i bevegelsene. Dette kommer tydelig fram når han har funnet fram mye utstyr. Eksempelvis velter han et glass med vann og legger genserermet oppi maling. Han viser god energi igjennom aktiviteten og ingen tegn til utmattelse.

PROSESSFERDIGHETER


Pasienten er observert med fokus på oppmerksomhet, anvendelse/søk av kunnskap, organisering av tid, organisering av gjenstander/rom og avpassing.

Pasienten har et noe varierende tempo gjennom aktiviteten. Ved to tilfeller blir han avledet av at han observerer noe i rommet han vil undersøke nærmere, men klarer å vende tilbake til aktivitet på eget initiativ. Han anvender redskapene på en passende måte og stiller spørsmål når det er noe han lurer på. Han starter med aktiviteten uten å nøle, men starter opp før han har funnet fram alt aktuelt materiell. Etter hvert fyller han på med så mange gjenstander (ulik maling, limtuber, glitter, pensler) at det blir fullt på bordet, og tingene kommer i konflikt med hverandre, faller ned og velter. Vet ett tilfelle leter han etter en saks og leter på samme sted flere ganger. Han virker å lete uten klar søkestrategi. Selv om rommet er kjent fra tidligere aktivitet, ser det ut som om han strever med å finne fram. Han rydder opp etter seg, men glemmer hvor han fant en del av gjenstandene og spør ergoterapeuten.

KOMMUNIKASJONS- OG INTERAKSJONSFERDIGHETER

Pasienten er observert med fokus på bruk av kroppen, informasjonsutveksling og relasjoner

Pasienten bruker kroppen på en adekvat måte gjennom blant annet øyekontakt og gestikulasjon. Han søker aktivt informasjon når det er noe han lurer på og viser affekter som gjenspeiler hvordan han har det i situasjonen. Han gjør seg godt forstått



Analyse av motoriske ferdigheter anvendt i en aktivitet
 Analyse av aktivitetsform ☐ Vurdering ut fra aktivitetsutførelse ☐

Aktør: _____

Aktivitet og kontekst: _____

Dato: _____ Vurdert av: _____

Kroppens stilling

Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Stabiliserer		0 1
Retter seg opp		0 1
Posisjonerer		0 1

Få tak i og holde gjenstander

Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Når		0 1
Bøyer seg		0 1
Griper		0 1
Manipulerer		0 1
Koordinerer		0 1

Forflytte seg selv og gjenstander

Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Flytter		0 1
Løfter		0 1
Går		0 1
Transporterer		0 1
Kalibrerer		0 1
Beveger jevnt		0 1

Opprettholde utførelse

Ferdighet	Kommentarer	Gradering
Holder ut		0 1
Holder tempo		0 1

Kommentarer/konklusjon	Gradering ved analyse av utførelse 0 1
------------------------	--

Skjemaet baseres på felles terminologi for EVA, AMPS og OTIPM (Fisher og Martorella 2019)

EVA-skjema for motoriske ferdigheter.

med det han har å meddele, snakker mye av tiden, og er opptatt av å fortelle ergoterapeuten fra egen hverdag, samt gi umiddelbar respons på det han holder på med. I så måte viser han liten gjensidighet i samhandlingen.

VURDERING OG KONKLUSJON

Jonas viser aldersadekvat selvstendighet i aktiviteten. Observasjon av motoriske ferdigheter indikerer at han kan ha vansker med koordinasjon og romretning, samt noe reguleringsvansker når det gjelder kraft. Han viser også noe utfordringer knyttet til planlegging og organisering av aktiviteten. Han er noe impulsiv i sin stil og går løs på oppgaven før han rekker å tenke seg om. Oppmerksomhetsvansker kommer til uttrykk gjennom at han blir avledet av responsen har får på det han observerer, og at han glemmer hvor ting skal være. Når det gjelder kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter kan mangelen på gjensidighet omhandle alder/modenhet. Ut fra observasjonene kan forslag til tiltak/tilpassning være å trene på å planlegge aktiviteten før man starter opp, lage enkle handlingsoppskrifter, hjelp til organisering gjennom støtte og veiledning. Han framstår noe lett avledbar og vil kunne



En studie blant norske ungdommer konkluderer med at fysisk aktivitet, lavt forbruk av sosiale medier og gaming, sunt kosthold og sunne livsstilsvaner gir signifikant lavere forekomst av depresjonssymptomer.

nyttiggjøre seg å jobbe med oppgaver i noe skjermede omgivelser, spesielt med tanke på komplekse aktiviteter.

På tross av utfordringer kommer han seg igjen om aktiviteten på en tilfredsstillende måte. Han får malt et bilde han er godt fornøyd med. Hans styrke er blant annet at han aktivt stiller spørsmål når det er noe han lurer på, men søker å finne ut av det på egenhånd først. Han er kreativ og foretaksom.

Observasjonen må ses i sammenheng med annen utredning.

Ergoterapiens plass i BUP-feltet

Sett i lys av bærekraft, vil en særlig prioritering av gode helsetjenester for barn og unge være en hensiktsmessig strategi for å forsøksvis forhindre vedvarende sykdom eller forbygge behov for helsetjenester senere i livet. Når flere sentrale dokumenter på ulike vis understreker aktivitetsdeltakelse som en forutsetning for livskvalitet, menneskelig vekst, danning, utdanning, tilhørighet og identitet (Meld. St. 18 (2020–2021); NOVA-rapport 2/21; Regjeringen, 2016), forundrer det oss at ikke ergoterapeuter i tydeligere grad er tatt med i løsningen for å møte framtidens krav til helsetjenestene. *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* løfter fram behovet for tverrfaglig kompetanse og at poliklinikkene bør kunne tilby et bredt spekter av metodiske tilnærminger i utrednings- og behandlingsarbeidet (Helsedirektoratet, 2008). Mangfoldet og kompleksiteten i oppgavene som poliklinikken skal ivareta, krever at praksisen bygger på ulike kunnskapskilder. Ergoterapeuten kan i høy grad bidra inn i dette tverrfaglige arbeidet.

Når *Nasjonal helse- og sykehusplan* foreslår løsninger for å imøtekomme framtidens krav til helsetjenestene, løftes det fram et behov for økt kompetanse og utdanningskapasitet blant sykepleiere (Regjeringen, 2016), og det kan synes som om andre yrkesgrupper ikke er tatt med i regnskapet i samme grad. Ergoterapeuters kjernekompetanse sikrer deltakelse og inkludering ved å jobbe med personers aktivitetsutførelse, tilrettelegging av aktiviteter og inkluderende omgivelser (Ergoterapeutene, 2017). En nyere studie blant norske ungdommer konkluderer med at fysisk aktivitet, lavt forbruk av sosiale medier og gaming, sunt kosthold og sunne livsstilsvaner gir signifikant lavere forekomst av depresjonssymptomer (Kleppang, Haugland, Bakken og Stea, 2021), noe som understreker viktigheten av aktivitet og deltakelse for barn og unge. Samtidig

er det avdekket sosiale forskjeller i barn og unges deltakelse i organisert aktivitet (Jacobsen, Andersen, Nordø, Sletten og Arnesen, 2021). Dersom man skal klare å sikre aktivitet og deltakelse for barn og unge, er kunnskap om aktivitetsanalyse helt sentral. Gjennom aktivitetsanalysen kan ergoterapeuter undersøke hvor i prosessen det blir utfordrende for barnet/ungdommen, for å så å iverksette treffsikre tiltak, rettet mot akkurat det området utfordringen ligger.

Vår kliniske erfaring er at det kan være flere grunner til at barn og unge med psykiske utfordringer ikke deltar i aktivitet og samhandling med jevnaldrende. Det kan handle om at den unge selv ikke ønsker det, slik at det er et bevisst og ønsket valg, men det kan også handle om opplevd avvisning eller en opplevelse av egen utilstrekkelighet. Vi har også sett eksempler på at barn og unge som har opplevd å bli avvist, velger miljøer som er preget av helsehemmende eller uønskede, risikofylte aktiviteter, fordi det er i disse miljøene de får innpass, og behovet for et sosialt miljø veier tyngre enn de aktivitetene som preger miljøet. Dette er momenter som er viktig at fanges opp, noe som lar seg gjøre gjennom en EVA-analyse eller andre ergoterapeutiske aktivitetsanalyser.

Det er en erkjennelse at medikamentell behandling inngår i behandlingen av psykiske lidelser, og det er et lovpålagt krav at behandlingsinstitusjonene har medisinsk kompetanse. Hvis vi ser på noen av de store diagnosegruppene, som angst, depresjon, spiseforstyrrelser og psykose, er medikamentell behandling i de fleste tilfellene betraktet som en underordnet del av behandlingen når det gjelder barn og unge (Helsenorge, 2019; Helsenorge, 2022; Helsedirektoratet, 2015; NHI, u.å.). Kun når det gjelder behandling av psykose, er medikamentell behandling en likestilt del av behandlingen, men også her blant flere andre ikke-medikamentelle tiltak (Helsenorge, 2022).

Forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften), paragraf 4. Krav til bemanning, krever at «Institusjonen skal ha tilsatt personell med tilstrekkelig nivå og bredde i kompetansen slik at institusjonen til enhver tid kan tilby diagnostisk kompetanse og de mest sentrale anerkjente behandlingsformer for institusjonens pasientgruppe.» Ergoterapeuter har ikke kompetanse til å sette diagnoser, men vår erfaring er at de observasjonene og kartleggingene vi gjør, bidrar til å få fastsatt diagnosen.

Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for barn og unge sier at: «Utredning og behandling må ofte ses som habiliterende, med fokus på tilrettelegging for barnet/ungdommen i familie, barnehage, skole og fritid.» (Helsedirektoratet, 2015). God tilrettelegging forutsetter en grundig kartlegging av person, aktivitet, omgivelser, og deres gjensidige samspill og innflytelse, slik at man kan fatte hensiktsmessige beslutninger om virksomme tiltak der det trengs. Jonas i vårt eksempel henvises med mistanke om oppmerksomhetsforstyrrelser, noe som i første rekke er å betrakte som en psykisk forstyrrelse. Likevel viser EVA-analysen at han også har motoriske utfordringer. En eventuell manglende deltakelse handler derfor kanskje ikke om at Jonas ikke klarer å konsentrere seg om en oppgave over tid, og at han dermed kjeder seg. Kanskje skyldes det at han utestenges fordi han mangler kontroll på hvor stor kraft han bruker i ulike anledninger og dermed kan ha forvoldt vennene sine smerte, uten å mene det. Barns rett til fritid og alderstilpasset lek, aktivitet og deltakelse er nærmest samstemt i *Fritidsferklæringen* (Regjeringen, 2016) og *ergoterapeuters kjernekompetanse om barns helse* (Ergoterapeutene u.å.). Når denne retten ikke innfris, må man vite hva dette skyldes for å kunne iverksette treffsikre tiltak.

Når et barn eller en ungdom henvises til BUP, opplever man i de aller fleste tilfeller at den daglige funksjonen er påvirket på en eller annen måte, enten som følge av psykiske belastninger, utviklingsforstyrrelser hos individet, eller som følge av psykososiale faktorer som urimelige krav og forventninger, utestenging eller foreldrekonflikt. Gjerne er det en kombinasjon av flere faktorer, noe også fastlegene rapporterer (Johnsen, Norberg, Helgetun Krogh, Sigurdsson og Getz, 2020). Helsedirektoratet anbefaler tverrfaglig samarbeid som metode i komplekse utfordringer (Helsedirektoratet, 2018), og helsefellesskapene skal bidra til samarbeid på tvers av tjenestenivå, for å gi gode og sammenhengende helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet, u.å.). Vansker som avdekkes i spesialisthelsetjenesten skal ofte avhjelpes på kommunalt nivå. Vår kliniske erfaring tilsier at barn og unge som henvises til BUP ofte har falt ut av fritidsaktiviteter og ofte også skole. Svært mange har mobbehistorikk. Dette er utfordringer som i hovedsak må løses lokalt. Det er også kommunene som er tildelt hovedansvaret for barn og unges deltakelse i barnehage, skole og fritidsaktiviteter (Helsedirektoratet, 2021). Vi håper derfor helsefellesskapene blir den samarbeidsare-

naen den er planlagt som, noe som i stor grad vil avhenge av hvordan vi som jobber i tjenestene går inn for å videreutvikle og forbedre allerede eksisterende samhandling. For oss ergoterapeuter, som er en liten faggruppe, gir dette også en mulighet til å etterspørre ergoterapi når vi ser at det er behov for funksjonskartlegging og/eller oppfølging av funksjon, aktivitetsdeltakelse eller aktivitetsutførelse.

Konklusjon

Samarbeid på tvers av tjenestenivå bidrar til gode helsetjenester. Dersom andre yrkesgrupper ikke etterspør ergoterapikompetanse når pasienter henvises mellom nivåene, la oss gjøre det selv, også når vi vet at tjenesten ikke finnes på det aktuelle tjenestenivået. «Pasienten har behov for tilrettelagte aktiviteter for å kunne delta, har dere en ergoterapeut?» «Pasienten har behov for en grundig funksjonskartlegging, har dere en ergoterapeut?» «Pasienten har falt ut av skole og fritidsaktiviteter, har dere en ergoterapeut?»

Vi mener at ergoterapeuter har sin soleklare plass innenfor BUP, og ikke minst er det et spennende felt. Selv om ikke ergoterapeuter som yrkesgrupper etterspørres tydelig i overordnede retningslinjer, etterspør dokumentene i høy grad ergoterapeuters kjernekompetanse. Dette underbygger ergoterapeuter som en nødvendig ressurs for å imøtekomme både dagens og morgendagens krav til gode, forsvarlige og bærekraftige helsetjenester. Når vår kompetanse likevel ikke konkret etterspørres, verken av overordnede dokumenter eller av helseforetakene, indikerer dette et behov for at ergoterapeuter fortsatt har en jobb å gjøre når det gjelder promotering av eget fag. Ikke bare som en diffus del av et tverrfaglig team, men som en selvstendig yrkesgruppe med en tydelig særkompetanse.

Referanser

- Andersen, I. V., Stokholm, G., & Lauritzen, G. Q. (Eds.). (2020). *Ergoterapi og børn: udvikling, aktivitet og deltagelse*. Munksgaard Danmark.
- Ellingham, B., Clark, Ellen G., Jespersen Lene F. (2020). *Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalysesystem. Manual for kartlegging og vurdering av ferdigheter i aktivitetsutførelse*. OsloMet. <https://uni.oslomet.no/evablogg/wp-content/uploads/sites/48/2021/01/eva-2020-manualen-aktivitetsutforelse.pdf>
- Ergoterapeutene (2017). *Ergoterapeuters kjernekompetanse*. <https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommu->

- nikasjon%20og%20markedsf%c3%b8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkeltider.pdf?ga=1
- Ergoterapeutene (u.å.). *Ergoterapi og barns helse*. <https://ergoterapeutene.org/barn/>
- Eriksen, I. M. og Andersen, P. L. (2021). *Ungdoms tilhørighet, trivsel og framtidsplaner i distrikts-Norge. En flermetodisk analyse av betydningen av bosted, kjønn og sosioøkonomiske ressurser*. (NOVA-rapport 2/21). Oslo Met. <https://oda.oslomet.no/oda-xmlui/bitstream/handle/20.500.12199/6519/NOVA-Rapport-2-2021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. ISBN: 978-82-8081-107-3.
- Helsedirektoratet (2015). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge*. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 02. november 2015, lest 18. juli 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (25. april 2017). *Generelt om behandling for spiseforstyrrelser*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser/om-spiseforstyrrelser/generelt-om-behandling-for-spiseforstyrrelser#generelt-om-behandling-for-spiseforstyrrelser>
- Helsedirektoratet (2018). *Pakkeforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 24. juni 2022, lest 01. september 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/pakkeforlop/psykiske-lidelser-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet (2019). *Om Helsedirektoratets normerende produkter* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (lest 01. september 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/produkter/om-helsedirektoratets-normerende-produkter>
- Helsedirektoratet (2021). *Kommunen bør aktivt fremme sosial støtte og mestring for barn og unge på deres arenaer* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 23. november 2021, lest 20. juli 2022). <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/lokale-folkehelseiltak-veiviser-for-kommunen/psykisk-helse-og-livskvalitet-lokalt-folkehelsearbeid/kommunen-bor-aktivt-fremme-sosial-stotte-og-mestring-for-barn-og-unge-pa-deres-arenaer>
- Helsedirektoratet (u.å.). *Helsefellellskap*. Hentet 20.juli 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsefellellskap>
- Helsedirektoratet (u.å.). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 17. januar 2018). Hentet 18. juli 2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Helsenorge (30. april 2019). *Depresjon hos barn og unge* <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/depresjon/depresjon-hos-barn/#behandling-av-depresjon-hos-barn-og-unge>
- Helsenorge (18. januar 2022). Psykose. <https://www.helsenorge.no/sykdom/psykiske-lidelser/psykoser/#behandling>
- Helse Sør-Øst RHF (u.å.) *Regional Utviklingsplan 2040. Del 1. Trender og satsingsområder*. Hentet 20. Juli 2022 fra https://helse-sorost.no/Documents/Store%20utviklingsprosjekter/Regional%20utviklingsplan%202035/RUT_DEL1_v2.pdf
- Jacobsen, S. E., Andersen, P. L., Nordø, Å. D.; Sletten, M. og Arnesen, D. (2021). *Sosial ulikhet i barn og unges deltakelse i organiserte fritidsaktiviteter*. Institutt for samfunnsforskning. <https://samfunnsforskning.brage.unit.no/samfunnsforskning-xmlui/handle/11250/2728534>
- Jahoda, M. 1981 Work, employment and unemployment values, theories and approaches in social research. *American Psychologist*, 36, s. 184 – 191
- Johnsen, T. M.; Norberg, B. L.; Helgetun Krogh, F.; Sigurdsson, J. A.; Getz, L. O. (2020). Komplekse problemstillinger i allmennpraksis-en prevalensstudie. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 2020, 140 (10). Lokalisert 18.07.22 på: <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/2994920/Johnsen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Kleppang, A.L., Haugland, S.H., Bakken, A. et al. Lifestyle habits and depressive symptoms in Norwegian adolescents: a national cross-sectional study. *BMC Public Health* 21, 816 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10846-1>
- Meld. St. 8 (2018–2019). *Kulturens kraft – Kulturpolitikk for framtida*. Kulturdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-8-20182019/id2620206/>
- Meld. St. 7 (2019 –2020). *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/95ec808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 18 (2020–2021). *Oppleve, skape, dele – Kunst og kultur for, med og av barn og unge*. Kulturdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-18-20202021/id2839455/>
- Norsk Helseinformatikk (u.å.). *Behandling av generalisert angstlidelse*. <https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/angsttilstander/generalisert-angst-behandling/?page=2>
- Regjeringen (2016, 7. juni). *Fritidserklæringen*. https://www.regjeringen.no/contentassets/42fc032208724215886755da5d165f1e/folder_fritidserklaeringen.pdf

Ervervet hjerneskade hos barn - Hvordan ergoterapeuter kan arbeide med barnet, familien og hverdagen i den tidlige fasen av rehabiliteringen

Av Håvard Eriksen & Anne-Margrethe Linnestad



Håvard Eriksen er ergoterapispesialist, MSc, ved Enhet for barn og unge, Sunnaas sykehus, E-post: Havard.Eriksen@sunnaas.no.



Anne-Margrethe Linnestad er ergoterapispesialist, Mphil, og helsefaglig rådgiver ved Regional Kompetansetjeneste for Rehabilitering Helse Sør Øst, Sunnaas sykehus.

Abstrakt

Rehabilitering av barn og unge med ervervet hjerneskade utfordrer ofte et tett samarbeid mellom flere aktører i henhold til konteksten de lever i. Samarbeid med familien, skole og tjenesteapparat er viktige faktorer for et godt hverdagsliv. Uventede brudd som følge av skade og sykdom, kan påvirke hverdagslivet og gjøre at man må omorganisere roller, vaner og levesett. Det kan medføre at en trenger hjelp med nye behov som oppstår over tid.

Ergoterapeuter er en naturlig del av tjenesteapparatet til barn og unge når det gjelder hverdagslivets utfordringer etter en ervervet hjerneskade.

En familiesentrert tilnærming gjennom alle faser i rehabiliteringen, med oppmerksomhet på familiens skiftende behov etter hvert som hverdagen tar form, kan være avgjørende for et velfungerende hverdagsliv

Artikkelen søker å presentere et teoretisk grunnlag for en familiesentrert tilnærming og gi eksempler på hvordan ergoterapeuter, som jobber med barn og unge etter ervervet hjerneskade, kan medvirke i den tidlige fasen av rehabiliteringen.

Nøkkelord: Barn, ervervet hjerneskade, rehabilitering, familie, brukermedvirkning

Det er ingen interessekonflikter knyttet til artikkelen.

INNLEDNING

Ergoterapeuter inngår som naturlige samarbeidspartnere i alle faser av rehabiliteringsarbeidet etter en ervervet hjerneskade hos barn og deres familie. Ergoterapeuten kan ha en sentral rolle i å bidra til at hver enkelt familie kan finne individuelle løsninger på de utfordringer som oppleves. Umiddelbart, etter en brått oppstått skade, vil det være naturlig å jobbe med funksjonsforbedrende tiltak samt tiltak rettet mot kompensering av endret funksjon gjennom å ta i bruk strategier eller hjelpemidler (Gan, DePompei & Lash, 2013). Tradisjonelt sett har hovedvekten av arbeidet vært rettet mot det enkelte barnet som er direkte berørt av skaden, mindre vekt har vært lagt på andre nære relasjoner som barnet også er en del av for å leve et meningsfullt og innholdsrikt liv (Gan et al., 2013). Følgene av hjerneskaden kan virke inn i familielivet og ha innvirkninger på hvordan familien lever sammen og hvilke behov som skapes (Killi, 2014). Ikke bare på grunn av, men også på tross av hjerneskaden. I en pågående randomisert kontrollert studie (RCT) fremheves dessuten også verdien av hverdagslivet og konteksten som barna og den enkelte familie er en del av og som blir spesielt viktig for barna (Rohrer-Baumgartner et al., 2022).

Ervervet hjerneskade inkluderer alle typer skader som oppstår i hjernen etter en periode med normal utvikling etter fødsel. Ervervet hjerneskade kan ha flere ulike årsaker, som for eksempel traume, infeksjoner og inflammasjonstilstander i hjernen, hjerne slag, anoksi og hjernesvulst (Anderson, Catroppa, Morse, Haritou & Rosenfeld, 2005; McKinlay et al., 2008). Behandling av barn etter ervervet hjerneskade foregår på ulike nivåer i helsetjenesten, og i Helse Sør Øst er det nylig blitt laget en behandlingslinje for barn med ervervet hjerneskade, «BHL ervervet hjerneskade for barn og unge 0-18 år» (Metodebok.no). Liknende behandlingslinjer er også under utarbeidelse i resten av landets helseregioner. Behandlingslinjen er delt inn i følgende faser:

Fase 1 og 2:

Akutt/intensivbehandling og tidligere-/habilitering

Fase 3:

Institusjons- og poliklinisk re-/habilitering

Fase 4:

Oppfølging og behandling ved barnehabilitering/kommune

Rehabilitering i spesialistpsykehus sorterer for eksempel inn under fase 3.

Ergoterapifaget støtter seg på et grunnsyn som

forklarer menneskelig aktivitet som en sammenheng mellom person, aktivitet og omgivelser (Ergoterapeutene, 2022; Townsend & Polatajkon, 2008). Disse faktorene påvirker hverandre gjensidig og bidrar til hvordan vi erfarer og mestrer livet. Gap eller endringer som oppstår innenfor hver enkelt faktor kan gjøre det utfordrende å utføre aktiviteter som tidligere (Brandt, Peoples & Pedersen, 2019).

Familien er selve ankerpunktet for barnets oppvekst, og det er derfor viktig at familiene får den støtten og hjelpen som de kan trenge for å mestre en ny tilværelse etter en ervervet hjerneskade. Ergoterapeuter arbeider i ulike deler av helsetjenesten både innen rehabilitering og habilitering, fra sykehus til hjemkommune, og kan møte barn og deres familier i ulike tidsperioder etter en skade. Det er sentralt for ergoterapeuter å hjelpe barn og deres familier når det er behov for bistand og hjelp til å mestre utfordringer knyttet til hverdagsliv. Foreldre vil være en naturlig del av barns hverdag og ergoterapeuten vil tenke helhetlig rundt barnet og familien om hvilke tiltak som kan være til hjelp med bakgrunn i tilgjengelig kunnskap (Case-Smith & O'Brien, 2015; Ergoterapeutene, 2022; Vej Andersen, Quist Lauritzen & Stokholm, 2010).

Denne artikkelen ønsker å rette oppmerksomheten mot hvordan ergoterapeuter kan starte arbeidet i den tidlige fasen av rehabiliteringen etter ervervet hjerneskade hos barn. Dette vises gjennom teori og ved praktiske eksempler fra arbeidet i et spesialistpsykehus. Artikkelen trekker fram teorien til Michael Bury som en beskrivelse av det bruddet familiene kan oppleve i det livet de lever. Videre presenteres Uri Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell for å belyse hvordan samfunnet vi lever i også kan være med på å påvirke opplevelsene til den enkelte familie. Underveis vises det til intervensjoner som kan benyttes av ergoterapeuter i arbeidet med barnet og familiene, særlig i en tidlig fase i rehabiliteringen. Innholdet i artikkelen er en modifisert del av en masteroppgave som ble skrevet av en av hovedforfatterne (HE).

BEHOV TIL BARN MED ERVERVET HJERNESKADE OG DERES FORELDRE

Internasjonalt er det forsket mye på den akutte fasen og de medisinske behovene ved traumatisk hjerneskade. Fasen etter utskrivelse og den ervervede hjerneskadens konsekvenser for familien, er det forsket mindre på (Catroppa, Anderson, Beauchamp & Yeates, 2016; McKinlay et al., 2016).

Den langsiktige omsorgen, som noen ganger er nødvendig for et barn etter en ervervet hjerneskade, kan legge en betydelig belastning på familien (Gan, Gargaro, Brandys, Gerber & Boschen, 2010; Keetley, Radford & Manning, 2019; McKinlay et al., 2016).

Familier og omsorgspersoner kan oppleve vansker med å få tilstrekkelig informasjon og oppfølging i tiden etter utskrivelse (McKinlay et al., 2016; Savage, DePompei, Tyler & Lash, 2005), og noen familier har rapportert at slike belastninger over tid kan medføre psykiske helseproblemer, økonomiske vanskeligheter og sosial isolasjon (Jones, Davis & Tyson, 2017; Killi, 2014). Behovene kan deles inn i to kategorier: *personrelaterte* og *tjenesterelaterte*.

Personrelaterte behov er: Ungdomsrelaterte behov, hjelp med kognitive vansker, emosjonelle, sosiale, fysiske vansker og hjelp med praktiske problemer.

Tjenesterelaterte behov er: informasjon om helse og prognose, hjelp med overgangsfaser og tilrettelegging i skole, utdanning og samfunnet. De fant videre ingen måleinstrumenter som var i bruk for å avdekke behov hos familiene (Jones et al., 2017). Family Needs Questionnaire-Pediatric (FNQ-P), er et verktøy som kan være nyttig å ta i bruk for å kartlegge hvilke behov som kan være relevante for den enkelte. Redskapet blir presentert i sin helhet i temanummeret om barn, Ergoterapeuten nummer 6, 2022.

Familien er en svært viktig ressurs i den langvarige oppfølgingen av et barn med ervervet hjerneskade (Gan et al., 2010; Rohrer-Baumgartner et al., 2022). Det er derfor viktig å se på barnet og familien som en helhet. Tiltak som gir støtte til å mestre situasjonen har vist seg virkningsfulle. Gan et al (2010) fant i et fokusgruppeintervju med familier og omsorgspersoner at det å få veiledning og råd, pusterom, avlastning samt kortere ventetider på tilbud var til hjelp. Involvering av familier gjennom såkalte familieintervensjonsprogrammer har videre vist seg å være nyttige (Laatsch et al., 2020). Familieintervensjonsprogrammer som beskrives av Laatsch og kollegaer inkluderer tilbud om veiledning, undervisning og hjelp til håndtering av de utfordringene skaden gir for barnet og familien i hverdagen. Det er fokus på «problemløsning» og tilbudet har flere møter enten fysiske, digitale eller i gruppe.

Mange foreldre har uttrykt at det kan være vanskelig å få til et godt samarbeid med fagpersoner i skolen og i helsetjenesten, og flere foreldre forteller at kunnskap om egne barn ofte ikke blir anerkjent (Killi, 2014). Atter andre forteller om opplevelser der de ikke blir hørt, lyttet til eller blir mistrodd i

kontakten med skole og hjelpeapparat (Killi, 2014). Det kan se ut til at handling omkring samarbeid og tilrettelegging først skjer når fagpersonene selv oppdager vanskene til barnet, eller når behovene defineres gjennom kontakt med spesialisthelsetjenesten. Selv om det finnes lover, forskrifter og rettigheter om koordinerte tjenester tilpasset den enkelte, så fungerer det i praksis ikke alltid slik at det dekker behovene. Killi (2014) anbefaler strukturelle og institusjonelle rammebetingelser som gjør det mulig for foreldre og profesjonelle i fellesskap å komme til forståelse av barnets og foreldrenes behov. Dette vektlegges og anses som nødvendig for å kunne understøtte barnets læring og utvikling etter hjerneskade.

Det er spesielt viktig med informasjonsdeling blant helsepersonell, skolepersonell og andre involverte som arbeider med barn og unge med ervervet hjerneskade, for å få til et godt samarbeid (McKinlay et al., 2016) Informasjon handler om kunnskap om hvordan håndtere følgene etter hjerneskaden, og hvordan eventuelle endringer kan være med på å prege hverdagen. Det hevdes videre at det er behov for en langvarig oppfølging (McKinlay et al., 2016). Helsepersonell må trenes til å kunne yte senfaserehabilitering. Retningslinjer og føringer for en langvarig oppfølging og hva den innebærer er nødvendig. Bruk av familieintervensjon og involvering av hele familien er avgjørende. Familien må få være med i avgjørelser, få informasjon, hjelp til å håndtere utfallene og tjenester som kan støtte og avlaste dem i omsorgen for barnet (McKinlay et al., 2016).

BIOGRAFISKE BRUDD

Den britiske sosiologen Michael Bury var den som første anvendte begrepet biografiske brudd (Bury, 1982). Bury (1982, 1991) forklarer at mennesket ser på livet sitt som en selvbiografi. Ifølge Bury er menneskers helse en naturlig del av vårt levde liv. Så lenge vi er friske, er forholdet vårt til helse gjerne noe vi tar for gitt, og det er sjelden gjenstand for nærmere ettertanke. I utførelsen av daglige aktiviteter blir det tatt valg på bakgrunn av hva kroppen forteller oss. Dette kan være å ta stilling til kosthold eller kjenne på fysiske forutsetninger som for eksempel dagsform. Det er først når vi opplever at sykdom skaper utfordringer i aktiviteter som vi tidligere har tatt for gitt, at vi må forholde oss til konsekvensene det har for vår kropp og helse (Bury, 2007). Noen aspekter er spesielt fremtredende ved brudd og kronisk sykdom. Det handler om brud-

det med en «tatt-for-gitt-antagelse om livet», der vi havner i et «hva-er-det-som-skjer-stadie», der opplevelsen av kaos skaper spørsmål som «hvorfor meg?» og «hvorfor nå?». Det blir et brudd i måten vi normalt forklarer livet vårt på. Vi må finne en ny måte å fortelle vår livshistorie, noe som innebærer en grunnleggende revurdering av vår selvbiografi og selvforståelse.

Bury hevder at biografiske brudd oppstår når daglige aktiviteter blir vanskelige å utføre på grunn av kronisk sykdom (Bury, 1982). Tidligere innlærte strategier og rutiner fungerer ikke lenger for å få utført daglige aktiviteter. Når biografiske brudd oppstår, utfordrer det en anerkjennelse om at kronisk sykdom medfører omstrukturering av rutiner og strategier. Fremtidsplaner trenger reorganisering og må planlegges på nytt. Gjenopprettelse av normalitet blir skapt på bakgrunn av gjenoppbygning av selvopplevelse, identitet og sosial handling. Personen går inn i et arbeid med å skape og gjenskape kontinuitet. Prosessene som inngår i dette identifiseres av Bury som mestring, strategier og stil (Bury, 1991). Mestring handler ifølge forfatteren, om en opplevelse av sammenheng. Strategier handler om hva personen velger å gjøre i møte med sykdom og skade, ut ifra personens kultur og sosiale kontekst. Stil handler om å finne en måte å leve livet på med den funksjonsnedsettelsen som sykdommen gir (Bury, 1997). Kronisk sykdom krever ofte et større behov for støtte fra omgivelsene, noe som kan utfordre familien og sosialt nettverk fordi normale regler for gjensidighet blir utfordret (Bury, 1982, 1997).

Eksempelvis er hendelsen med at barnet pådrar seg en ervervet hjerneskade et dramatisk brudd. Bruddet i livshistorien kan antas å påvirke både barnet og familien som helhet. En forståelse av hvordan endret livshistorie kan påvirke barnet og familien, er nyttig for å kunne håndtere emosjonelle reaksjoner og ivareta behov for støtte, omsorg og oppfølging. Endret funksjon vil kunne medføre at den det gjelder i større grad vil kunne oppleve å merke overganger i livet (Lund, Sveen, Asbjørnslett & Raanaas, 2017). Eksempler på dette kan være inn- og utskrivelser fra helseinstitusjoner og i større grad være utsatt for bytte av nære personer i skole- og oppvekstssammenheng. En forsinket utvikling som følge av skaden, kan oppleves sår og merkbar for barnet og familien når man ser andre barn utvikle seg og mestre oppgaver som en selv ikke gjør på tidspunkter der en gitt utvikling eller atferd vanligvis forventes.

DEN UTVIKLINGSØKOLOGISKE MODELLEN

For å forstå samfunnet og hvordan kultur, relasjoner og miljø påvirker individers utvikling kan det være nyttig å bruke Urie Bronfenbrenners utviklingsøko-logiske modell (Bronfenbrenner, 1979). Modellen forklarer utvikling og vekst som gjensidige påvirkningsprosesser mellom individ og miljø. Med individer forstås både barnet og den voksne. Faktorer på mange nivåer, fra økonomiske og politiske institusjoner til familie og vennerelasjoner, forstås å ha betydning for individers utvikling og atferd. Bronfenbrenner har fremhevet hvor viktig miljøet er for læring og utvikling. Han beskriver de ulike påvirkningsprosessene mellom individ og miljø og hvordan dette påvirker individers atferd og utvikling. Dette deler han inn i fire nivåer:

- Mikronivået er der barnet har sin rolle og familie, hjemmet, sine venner, de helt nære ting, der man befinner seg i det daglige. Utvikling skjer gjennom tre komponenter: aktiviteter, relasjoner og roller.
- Mesonivået er der hvor det foregår samhandling med mikro nivåer. Samhandling kan skje mellom hjem og skole eller barnehage, fritids/idrettsaktiviteter og helsetjenesten i nærmiljøet.
- Eksonivået er de sosiale institusjoner som myndigheter og forvaltning, arbeidsplasser, habiliteringstjenesten, fysioterapi, ergoterapi, rådgivende organer, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), støtteordninger og hjelpemidler.
- Makronivået er det overordnede for samfunnet som økonomi, lover, politiske systemer og strategier, ideologier, kulturer, verdier og tradisjoner som preger det miljøet som barnet vokser opp i. Dette nivået virker nedover i systemet slik at eksosystemet vil handle etter de føringer som ligger i makronivået. Disse to nivåene er barnet sjelden i direkte kontakt med, men det påvirker barnet, familien og de rundt ut fra de føringer som nivåene gir.

Nivåene er faktorer som virker inn på barnets utviklingsprosess og oppvekstsvilkår (Bronfenbrenner, 1979). Modellen fremhever nødvendigheten av å legge til rette forholdene for barn og unge i nærmiljøet og i storsamfunnet for å oppnå helse og trivsel (Bronfenbrenner, 1979). For at helsepersonell skal kunne legge til rette for en god utvikling og mestring av helseutfordringer trenger man å ha en forståelse av sosiale, kulturelle, økonomiske og politiske rammer (Heggen, 2007). For barn som har fått en ervervet hjerneskade, kan det handle om at man kan trenge hjelp og støtte fra de ulike nivåene



Det kan ha stor verdi å ta med skolen på utforming av mål og gi den opplæring i hvordan ulike mål og aktiviteter kan deles opp for at de kan bli håndgripelige, realistiske og innen rekkevidde for alle parter.

for å legge til rette for en god utvikling. Hva som finnes av tjenester, ressurser og lovgivning som styrer dette, kan videre ha betydning for hvilken støtte og hjelp man kan forvente. Her vil det blant annet kunne variere hvilke ressurser som eksisterer på hjemstedet til den enkelte, og det kan bli viktig å kjenne til hvordan overordnede forhold kan bidra med ulike ordninger i en habiliteringsprosess for barnet. Eksempelvis vil foreldrene erfare hvordan nivåene fungerer sammen når de kommer hjem fra sykehuset og skal fungere i hjemmemiljøet og i samhandling med skole eller barnehage. Foreldre kan møte på både barrierer og støttende tiltak i samfunnet. Som en del av rehabiliteringen kan det derfor allerede tidlig være aktuelt å legge til rette for møter eller andre treffpunkter der barnet, foreldrene og ressurspersoner i hjemkommunen kan bli kjent med hverandre, enten det er i møter på sykehuset eller ved ulike hjemmebesøk under innleggelse.

Urie Bronfenbrenners modell er relevant for å vise til hvordan samfunnet fungerer rundt barnet, familien og fagpersoner. Med bakgrunn i modellen kan vi forstå hvordan samfunn og kultur kan påvirke situasjonen. Denne kunnskapen kan igjen bidra til å

forstå hvordan forventninger skapes blant foreldre og fagpersoner om at et barn for eksempel skal få tjenester, støtteordninger og oppfølging i skole. Den utviklingsøkologiske modellen viser til en forståelsesramme for hvordan vi blir preget og formet av det samfunnet vi lever i. Hvordan kulturer og ideologier påvirker oss i tenkemåte, valg og forventninger til hva som skal være mulig. Modellen inkluderer hvordan foreldre kan oppleve støtte gjennom systemene eksempelvis ved å ha jobb og gå til, som gir foreldre påfyll og utvikling, som gjør at de kan ha overskudd til barnet og familien (Bronfenbrenner, 1979). Videre kan modellen brukes til å forstå hvordan nivåene kan bidra med tjenester som virker støttende inn på livet til familien. Støtte kan være avlastning, støttekontakt, rådgivning, oppfølging fra fagpersoner med flere. Tidlig kunnskap om samfunn og kulturelle oppfatninger kan bidra til å rette oppmerksomhet mot tiltak som indirekte er med på å heve livskvaliteten til barnet, for eksempel gjennom avlastningstiltak som ivaretar foreldrenes behov for egentid og personlig vekst som igjen kan gi overskudd til å ivareta viktige omsorgsoppgaver. På den andre siden kan opplæring i bruk av strategier som

både kan anvendes av barnet, foreldrene og skolen være av høy verdi. Det å ta med skolen på utforming av mål og gi dem opplæring i hvordan ulike mål og aktiviteter kan deles opp for at de kan bli håndgripelige, realistiske og innen rekkevidde for alle parter, kan være av stor verdi.

INTERVENSJONER SOM KAN STYRKE SOSIALE OMGIVELSER

Det finnes intervensjoner som kan være en støtte i å styrke sosiale omgivelser. I litteraturen presenteres styrkebasert og familiesentrert tilnærming som anbefalte metoder (Brandt et al., 2019; Case-Smith & O'Brien, 2015; Gan et al., 2013). En familiesentrert tilnærming innebærer at familiens ressurser, motivasjon og deres utfordringer tas med i betraktning når rehabiliteringen planlegges. Dette kan være relevante metoder for ergoterapeuter å benytte i prosessen med å hjelpe barnet og familien som en helhet. En styrkebasert tilnærming kan bidra til at foreldre kan se mer nytte av å bruke de sterke sidene til barnet i hverdagen. Ofte er det fokus på utfordringer og vansker. Litteraturen argumenterer for at ved å snu dette fokuset kan det å jobbe mer med styrkene til barnet brukes som en positiv inngangsport til å mestre flere daglige aktiviteter (Case-Smith & O'Brien, 2015). Det hevdes at denne metoden kan ha positive ringvirkninger. Når familien erfarer barnets sterke sider, så blir det mer motiverende for familien å sette av tid til å gjøre aktiviteter som oppleves meningsfulle (Case-Smith & O'Brien, 2015). På den måten kan barn som har behov for trening og stimulering, få mer aktivitet inkludert i hverdagen som igjen kan styrke dem i videre utvikling. Ved å innta et familiesentrert perspektiv vil foreldre og øvrig familie som kjenner barnet sitt best, kunne bidra med viktig informasjon. På den annen side vil det å innta et familieperspektiv også ta hensyn til opplevde ønsker og behov noe som kan bidra til økt motivasjon og engasjement i rehabiliteringen.

Det har blitt argumentert for at det å innta en likeverdig samarbeidsrolle i møte med familiene er virkningsfullt (Case-Smith & O'Brien, 2015; Gan et al., 2013). Det vil si at det er tre «eksperter» som jobber sammen, for eksempel ergoterapeuten, barnet og foreldrene. Det å bruke hverandres kompetanse i fellesskap kan være verdifullt i planlegging av mål og gjennomføring av tiltak. En slik arbeidsmetode kan i noen tilfeller være relevant. Det finnes utfordringer ved arbeidsmetoden som kan gjøre at man må vurdere når den er best egnet (Hanna & Rodger, 2002). Forhold

som kan være verdt å vurdere er skadens omfang av kognitive vansker. Kognitive vansker kan medføre at barnet har vanskelig for å adressere mål og finne rett mestringsnivå av aktiviteter. Mangel på eksempelvis innsikt kan gjøre at terapeuter og foreldre må lage mål og angi grad av mestring. Det kan også være kulturelle hensyn å ta i møte med familiene (Hanna & Rodger, 2002) eller forhold i en familie som ikke nødvendigvis er oppbyggelige, men som også kan være ødeleggende. I noen tilfeller kan det forventes at fagpersoner gir råd og tar avgjørelser som er hensiktsmessige. Det vil derfor være nyttig å vurdere familiens situasjon ut ifra skadens omfang, tid siden skade og familiens forventninger for å avgjøre hva som er hensiktsmessig. Det kan tenkes at metoden fungerer best i fasen etter utskrivelse fra sykehus og når familien og barnet har fått noe erfaring med hverdagslivet.

Andre tiltak som er anbefalt er intervensjoner som gir kunnskap om ervervet hjerneskade til både foreldre og søsken (Gan et al., 2013; Laatsch et al., 2020). Dette kan være relevante tiltak for ergoterapeuter å jobbe med i møte med familier som har barn med ervervet hjerneskade.

Ved Sunnaas sykehus jobbes det kontinuerlig med å inkludere søsken, venner og familien under rehabiliteringen. Under dette forløpet inviteres søsken til å komme på en søskendag, hvor de får være med på pasientens program i løpet av en dag. Det legges opp til felles aktiviteter og involvering slik at søsken kan få forståelse av hva deres bror eller søster jobber med i sykehuset og hvordan den generelle sykehushverdagen ser ut. Det tilbys eksempelvis aktiviteter som matlaging på kjøkken, klatring, basseng, skoletime eller kreative aktiviteter i samarbeid med terapeuter. Aktivitetene kan være med på å fasilitere fellesskap som igjen kan gi viktige innfallsvinkler til å stille spørsmål som søsken kan ha tenkt på. Søsken tilbys også individuelle samtaler med lege og psykolog dersom det er mer aktuelt. Venner kan også komme på besøk og få et tilsvarende tilbud. Erfaringen fra dette er positive da pasientene kan få vise fram hva de jobber med og trener på, samtidig som det gir mulighet for å være sammen med sine nærpå personer. For både søsken og venner kan slike møter være verdifulle da de gir et realistisk bilde og bidrar til økt innsikt i situasjonen fra ulike synsvinkler. Undervisning for pårørende, såkalte «pårørendedager» eller «seminarer», hvor de lærer om skaden, medisinske og psykologiske forhold, rehabilitering og sosiale støtteordninger kan være nyttig for mange i den tidlige fasen. Bruk av selvrapporteringsskjema

som kartlegger familiens behov kan være til hjelp for å finne ut hva familien trenger av oppfølging der de er nå i rehabiliteringen. Spørreskjemaet «Family Needs Questionnaire – Pediatric (FNQ-P) adresserer slike behov og kan derfor være et nyttig vurderingsredskap i denne sammenheng.

OPPSUMMERING

Denne artikkelen retter oppmerksomhet mot barn med ervervet hjerneskade og familiære behov som kan oppstå i en tidlig fase av rehabiliteringen. Prosessene som barnet og familien kan oppleve er belyst gjennom teori. Det er trukket fram eksempler på intervensjoner som ergoterapeuter kan benytte i arbeidet med familien og barnet. Forhåpentligvis kan dette være til inspirasjon om hvordan man kan tenke og handle som ergoterapeut. Forslagene som presenteres er ikke uttømmende og andre teorier, tiltak eller forståelsesrammer vil helt sikkert også kunne være relevante. En familiesentrert tilnærming kan være avgjørende for å få til godt samarbeide mellom barnet, familien og nødvendig støtteordninger og for å vise at barnets utfordringer ikke bare oppstår i et vakuum alene, men også i samspill med både nære og ytre omgivelser.

Referanser

- Anderson, V., Catroppa, C., Morse, S., Haritou, F. & Rosenfeld, J. (2005). Functional plasticity or vulnerability after early brain injury? *Pediatrics*, 116(6), 1374-1382. doi: 10.1542/peds.2004-1728
- Brandt, Å., Peoples, H. & Pedersen, U. (2019). *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (4. udg. utg.). København: Munksgaard.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*: Harvard university press.
- Bury, M. (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health & illness*, 4(2), 167-182.
- Bury, M. (1991). The sociology of chronic illness: a review of research and prospects. *Sociology of health & illness*, 13(4), 451-468. doi: 10.1111/j.1467-9566.1991.tb00522.x
- Bury, M. (1997). *Health and illness in a changing society*. London: Routledge.
- Bury, M. (2007). *Sundhed og sygdom* (Health and illness). København: Akademisk Forlag.
- Case-Smith, J. & O'Brien, J. C. (2015). *Occupational therapy for children and adolescents* (7th ed. utg.). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Catroppa, C., Anderson, V., Beauchamp, M. & Yeates, K. (2016). New Frontiers in Pediatric Traumatic Brain Injury: An Evidence Base for Clinical Practice: Routledge.
- Ergoterapeutene. (2022). Ergoterapi og barns helse. Hentet 13.08.2022 fra <https://ergoterapeutene.org/barn/>
- Gan, C., DePompei, R. & Lash, M. (2013). Family assessment and intervention IN. D. Zasler, D. I. Katz & R. D. Zafonte (Red.), *Brain injury medicine: principles and practice* (s. 621-634)
- Gan, C., Gargaro, J., Brandys, C., Gerber, G. & Boschen, K. (2010). Family caregivers' support needs after brain injury: A synthesis of perspectives from caregivers, programs, and researchers. *NeuroRehabilitation*, 27(1), 5-18. doi: DOI: 10.3233/NRE-2010-0577
- Hanna, K. & Rodger, S. (2002). Towards family-centred practice in paediatric occupational therapy: A review of the literature on parent-therapist collaboration. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49(1), 14-24.
- Heggen, K. (2007). Rammer for mestring. I T.-J. Ekeland & K. Heggen (Red.), *Meistring og myndiggjøring: - reform eller retorikk?* (s. 64-82). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jones, S., Davis, N. & Tyson, S. F. (2017). A scoping review of the needs of children and other family members after a child's traumatic injury. *Clinical rehabilitation*, 0269215517736672. doi: DOI: 10.1177/0269215517736672
- Keetley, R., Radford, K. & Manning, J. C. (2019). A scoping review of the needs of children and young people with acquired brain injuries and their families. *Brain injury*, 33(9), 1117-1128. doi: DOI: 10.1080/02699052.2019.1637542
- Killi, E. M. (2014). Når ulykken rammer et barn - Foreldreperspektivet etter en traumatisk hjerneskade. *Psyke & Logos*, 35(2), 21.
- Lund, A., Sveen, U., Asbjørnslett, M. & Raanaas, R. K. (2017). Livsfaser, overgange og brud i relation til aktivitet. I H. Kaas Kristensen, A. S. B. Schou & J. L. Mærsk (Red.), *Nordisk aktivitetsvidenskab* (s. 149-170). København: Munksgaard.
- Laatsch, L., Dodd, J., Brown, T., Ciccio, A., Connor, F., Davis, K., . . . Lundine, J. (2020). Evidence-based systematic review of cognitive rehabilitation, emotional, and family treatment studies for children with acquired brain injury literature: From 2006 to 2017. *Neuropsychological rehabilitation*, 30(1), 130-161.
- McKinlay, A., Grace, R. C., Horwood, L. J., Fergusson, D. M., Ridder, E. M. & MacFarlane, M. R. (2008). Prevalence of traumatic brain injury among children, adolescents and young adults: prospective evidence from a birth cohort. *Brain Inj*, 22(2), 175-181. doi: 10.1080/02699050801888824
- McKinlay, A., Linden, M., DePompei, R., Aaro Jonsson, C., Anderson, V., Braga, L., . . . Hermans, E. (2016). Service provision for children and young people with acquired brain injury: practice recommendations. *Brain injury*, 30(13-14), 1656-1664. doi: DOI: 10.1080/02699052.2016.1201592
- Metodebok.no. BHL ervervet hjerneskade for barn og unge 0-18 år. Hentet 13.08.2022 fra <https://metodebok.no/index.php?action=topic&item=Kp7ZZ3bJ>
- Rohrer-Baumgartner, N., Holthe, I. L., Svendsen, E. J., Røe, C., Egeland, J., Borgen, I. M., . . . Øra, H. P. (2022). Rehabilitation for children with chronic acquired brain injury in the Child in Context Intervention (CICI) study: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 1-14. doi: DOI: 10.1186/s13063-022-06048-8
- Savage, R. C., DePompei, R., Tyler, J. & Lash, M. (2005). Paediatric traumatic brain injury: A review of pertinent issues. *Pediatric rehabilitation*, 8(2), 92-103.
- Townsend, E. & Polatajkon, H. (2008). *Menneskelig aktivitet II*: Munksgaard Danmark.
- Vej Andersen, I., Quist Lauritzen, G. & Stokholm, G. (2010). *Ergoterapi og børn: udvikling, aktivitet og deltagelse* (2. udg. utg.). København: Munksgaard.

ERGOSEAT

-NÅR KVALITET BETYR NOE!



VISSTE DU AT ERGOSEAT:

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

-Designer, utvikler og produserer i Norge.

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

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



Familieperspektivet i rehabilitering av barn og ungdom med ervervet hjerneskade i kronisk fase, illustrert ved Child in Context Intervention (CICI) studien

Av Nina Rohrer-Baumgartner, Ingvil Laberg Holthe & Edel J. Svendsen

Abstrakt

Ervervet hjerneskade hos barn er en skade på hjernen grunnet ulykke eller sykdom etter en periode med normal utvikling etter fødsel. Det er ofte en kronisk tilstand som påvirker mange livsområder hos barnet og familien. Mange familier har behov for oppfølging av helsepersonell også flere år etter skaden. Familiefungering er en av flere viktige prognostiske faktorer for barnet. Fokus i rehabiliteringen bør rettes mot både fysiske, kognitive, psykiske, atferdsmessige og sosiale aspekter.

Denne artikkelen beskriver betraktninger rundt familieperspektivet ved rehabilitering av barn. Den tar utgangspunkt i våre erfaringer fra klinisk virksomhet og arbeidet med studien The Child In Context Intervention (CICI), en pågående klinisk studie ved Sunnaas sykehus. Artikkelen belyser viktige familiefaktorer ved rehabilitering av barn med ervervet hjerneskade samt relevante faktorer ved selve rehabiliteringen og det eksisterende rehabiliteringstilbudet i Norge i dag.

Nøkkelord: familie, barn, ervervet hjerneskade, rehabilitering, brukermedvirkning



*Nina Rohrer-Baumgartner, PhD, er spesialist i klinisk nevropsykologi og postdoktor ved Forskningsavdelingen ved Sunnaas sykehus HF.
Epost: uxronb@sunnaas.no.*



Ingvil Laberg Holthe er spesialist i klinisk nevropsykologi, PhD-kandidat ved Forskningsavdelingen, Sunnaas Sykehus og universitetslektor ved Psykologisk Institutt.



Edel J. Svendsen, PhD, er spesialsykepleier for barn ved Forskningsavdelingen, Sunnaas sykehus og førsteamanuensis ved Institutt for sykepleie og helsefremmede arbeid, OsloMet.

Introduksjon

«Brain damage is a family affair» var tittelen på en artikkel nevropsykologen Muriel Lezak publiserte i 1988 (1). Med dette satte Lezak ord på noe viktig som tidligere hadde blitt oversett: En hjerneskade oppstår ikke i et vakuum, og vi som fagpersoner kan ikke forholde oss til en hjerneskade som om den kun angår personen som har blitt rammet. Konsekvensene av skaden påvirker også familien i høyeste grad. Lezak omtalte i artikkelen i hovedsak voksne med hjerneskade. Men budskapet hennes er kanskje enda viktigere når det gjelder barn som får en skade på hjernen, ettersom barn er enda mer avhengig av konteksten de lever i enn det voksne er. Denne artikkelen beskriver derfor betraktninger rundt familieperspektivet ved rehabilitering av barn, med utgangspunkt i erfaringer vi har gjort oss i vår kliniske virksomhet og i arbeidet med studien *The Child In Context Intervention (CICI)* ved Sunnaas sykehus.

Ervervet hjerneskade (EHS) er en skade på hjernen som inntreffer etter en periode med normal utvikling. Det kan for eksempel være forårsaket av slag mot hodet eller ulykker (traumatiske hjerneskader), blødning eller blodpropp i hjernen (hjerneslag), mangel på oksygen til hjernen ved for eksempel drukning eller kvelning (anoksiske hjerneskader), tumor (godartede eller kreft) eller andre typer sykdommer, som encefalitter (betennelser i hjernen) eller leverencefalopati (alvorlig leversykdom). Hjerneskade er en av tilstandene som gir størst funksjonsnedsettelse over tid (2, 3). Dersom hjerneskaden oppstår i ung alder kan den påvirke resten av livsløpet i ekstra stor grad og kan medføre enorme omkostninger for barnet, familien og samfunnet (4). Mange barn med EHS strever med ettervirkningene etter skaden i lang tid og noen for resten av livet. Før trodde man at hjernen i ung alder klarer å «reparere seg selv» etter skade, nå vet vi at dette er feil. Selv om hjerneområdene rundt skaden også hos barn ofte klarer å overta noe av funksjonene som ble skadet, får barn ofte større vansker etter hjerneskade enn voksne. Dette er fordi hjernen ikke er ferdig utviklet og dermed tåler skade dårligere. EHS i barnealder kan påvirke grunnlaget for funksjoner som skal utvikle seg på et senere tidspunkt i barne- og ungdomsårene. Derfor, og fordi krav til barn øker med økende alder, kan nye vansker bli synlig flere år etter skaden, og det kan være nødvendig med oppfølging fra helsevesenet over lang tid.

Grunnet tidligere misoppfatninger om ervervet hjerneskade hos barn, har det blitt forsket lite på hvordan vi kan hjelpe barn med en skade på hjernen. Vi har derfor et svært mangelfullt rehabiliteringstilbud til disse barna i kronisk fase, det vil si når det har gått mer enn ett år etter at barnet ble sykt eller skadet. Barn med «usynlige» vansker som følge av skaden, slik som fatigue, kognitive, sosiale vansker og problemer med å regulere følelser, er ekstra utsatt for å få lite oppfølging av helsepersonell over tid. Ofte fokuseres det på fysiske behov i langtidsrehabiliteringen etter EHS, mens det finnes lite rehabilitering som dekker kognitive, emosjonelle og familiemessige behov – hvilket er problematisk, siden disse symptomene ofte vedvarer lenge og skaper utfordringer i hverdagen for pasientene (5) og deres familier.

I praksis er det foreldrene som bærer hovedtyngden av barnets rehabilitering. Ikke bare må de koordinere tjenester som barnet eventuelt mottar, men også prøve å finne ut hva slags tjenester barnet trenger, legge til rette for barnets vansker, tenke ut kompenseringer strategier som de kan bruke i hverdagen og hjelpe barnet til å bli mer selvstendig.

Jobben som mange foreldre gjør med barnets hverdagsrehabilitering, kommer i tillegg til delvis store belastninger og omstillinger etter barnets skade. Mange foreldre til barn med EHS opplever økt stress, flere bekymringer og psykiske helseplager (6, 7). Dette er spesielt uheldig, siden foreldres fungering og familiefungering er blant faktorene som påvirker prognosen til barn med EHS (8-10). Ved å hjelpe foreldrene til å oppnå bedre psykisk helse vil vi altså kunne påvirke barnets prognose positivt. Familiesentrert behandling betyr at foreldre og familie står sentralt i å fremme barnets helse og velvære, og at hjelpen er basert på respekt og samarbeid mellom helsepersonell og familien. Å arbeide familiesentrert betyr for eksempel å involvere foreldre, søsken og nærmiljø der det er relevant. Det finnes sterk evidens for at foreldrene og familien bør inkluderes i kognitiv og atferdsmessig rehabilitering av barn med traumatisk hjerneskade (11), og det er ingenting som tilsier at dette ikke også gjelder for barn med andre typer EHS.

Søsken påvirkes også av sykdom eller skade i familien. De reagerer ulikt på belastninger i familien, avhengig av alder, personlighet og foreldrenes evne til å ta vare på dem. Mange søsken klarer seg bra og tar med seg viktig lærdom videre i livet. Sett på gruppenivå, opplever søsken til barn med

ervertet hjerneskade flere belastninger og flere symptomer på psykisk uhelse enn andre søsken, særlig dersom de opplever lite sosial støtte og dersom det skadde barnet har utagerende atferd (12). Noen søsken kan streve med traumer dersom de var tilstede da barnet ble skadet, eller de kan oppleve at deres egne utfordringer ikke blir gitt nok oppmerksomhet i familien. Noen søsken kan påta seg en voksenrolle for å skåne foreldrene. I noen familier er det flere barn med ekstra behov, som påvirker familiedynamikken og foreldres evne til å ta hånd om barna ytterligere.

Til tross for de store belastningene på familien til barn med EHS og familiens viktige betydning for barnets prognose, er helsevesenets tilnærming til pårørende stedvis manglende, ujevn og usystematisk. Hvor nedprioritert denne pasientgruppen har vært, vises blant annet ved at det finnes svært lite forskning om deres behov og behovene til familiene deres. Tilbakemeldinger fra pårørende (både voksne pårørende til voksne med ryggmargsskade eller hjerneskade og fra foreldre til barn med EHS) fra forskning (13-16) har imidlertid vist oss at de ønsker seg:

- mer stabil oppfølging over tid, inkludert oppsøkende hjelp i hverdagen der det er lettere å se barnas behov. Mer stabil oppfølging gjør det også mulig å fokusere på forebygging av senfølger, slik som psykiske vansker. Mange familier opplever at de først får hjelp «når det er krise».
- bedre informasjon om skaden og dens konsekvenser over tid – ikke kun gitt en gang i tidlig fase etter skaden. Barn utvikler seg og symptomene kan endre uttrykk etter hvert som barnet gjør det.
- bedre informasjon om hva slags hjelp som finnes (ulike instanser) og en koordinator. De ønsker seg også god informasjon til barn tilpasset deres nivå
- å bli behandlet med respekt
- oppmuntring til å fortsette med sine aktiviteter og opprettholde en viss grad av normalitet der det lar seg gjøre. De ønsker hjelp til at skaden ikke blir familiens sentrum, til å bygge bro tilbake til livet før skaden, til å finne tilbake til livet man var glad i og hjelp til familien med å beholde håpet.
- råd og veiledning i foreldrerollen og i hvordan håndtere atferdsmessige utfordringer og symptomer hos barnet

For å jobbe i tråd med disse ønskene kan fagpersoner jobbe i et familieperspektiv, som innebærer å

sette seg nøye inn i familiens utfordringer og rutiner, hjelpe dem med å få tilgang til ressurser og iverksette rehabilitering som er i overensstemmelse med familiens motivasjon, kapasitet og prioriteringer. I CICI-studien (17) jobber vi tett med familier til barn med EHS i kronisk fase, det vil si når det har gått mer enn ett år siden skaden.

I denne artikkelen skal vi beskrive hvordan familieperspektivet kan anvendes i arbeidet med barn med EHS i kronisk fase med utgangspunkt i forskningslitteraturen og ved å bruke eksempler fra CICI studien og annen klinisk erfaring.

Metode

Metoden er målrettet og skreddersydd rehabilitering i et familieperspektiv. CICI studien er et pågående forskningsprosjekt som tester ut om en ny type rehabilitering for barn med EHS i kronisk fase og deres familier, har effekt. Det er en randomisert kontrollert studie (RCT) der deltagerne blir tilfeldig fordelt til enten en kontrollgruppe, som fortsetter livene sine som før, eller en behandlingsgruppe, som mottar målrettet rehabilitering over cirka fem måneder. Det er for tidlig å konkludere med om selve behandlingen har effekt, men tilbakemeldinger fra de om lag 25 familiene som hittil har fått behandlingen, er positive.

CICI-studien er modellert etter to studier som er gjennomført med voksne pasienter med EHS (18, 19) og er tilpasset til barnepopulasjonen blant annet ved tett inkludering av foreldre og samarbeid med skoler. Her beskrives i hovedsak hvordan vi arbeider individualisert og målrettet og i tråd med en familiesentrert tilnærming.

Ved starten av studien spørres alle deltagerne om hva som er de tre mest utfordrende områdene i hverdagslivet, relatert til barnets skade. Både barnet selv og hver av foreldrene får dette spørsmålet, og jobber sammen med en terapeut (nevropsykolog eller spesialsykepleier for barn) frem de områdene som oppleves mest krevende. For deltagerne i behandlingsgruppen utformes SMART-mål (Spesifikke, Målbare, Oppnåelige (Attainable), Realistiske og Tidsavgrensede) (20) som regel med utgangspunkt i de utfordrende områdene. Minst ett av målene som settes er relatert til barnets egen opplevelse av utfordringer i hverdagen. Målene utformes som et samarbeid mellom familien og terapeuten, og tar i betraktning familiens ønsker, motivasjon og gjennomførbarheten av målet.

Et slikt mål kan for eksempel være relatert til at

barnet skal oppleve mer energi i hverdagen. For å gjøre målet «SMART» og for å nå dette målet utarbeides en «Måltrapp» (vår barnetilpasning av GAS (21), som gjør målet målbart. I tillegg utarbeides konkrete strategier familien skal arbeide med mellom hvert møte som å kartlegge hvilke aktiviteter som gjør barnet slitent og hvilke som gir energi, prøve ut mer effektive pauser samt psykoedukasjon til familien om fatigue. Strategiene er basert på det eksisterende kunnskapsgrunnlaget om rehabilitering av barn med EHS (11, 22-27) og i tillegg tilpasses evidensbaserte rehabiliteringstiltak for voksenpopulasjonen (28). Vi har syv møter med varighet 1,5 timer på videokonferanse med hver familie. I møtene diskuteres nytteverdien av strategiene, nye strategier og fremgangen til familiene, og nødvendige justeringer foretas. Som en del av målarbeidet får familien psykoedukasjon om utfordringene de opplever, tilpasset både barnet og foreldrene. Nye mål kan settes når arbeidet med et annet mål er godt i gang. Ved intervensjonens slutt kartlegges måloppnåelsen. En rekke andre områder kartlegges også hos både foreldre og barn både i starten og etter intervensjonens slutt (cirka seks måneder) samt ni måneder etter oppstart. En grundig oversikt over hva som kartlegges samt en detaljert oversikt over hva som inngår i studien finnes i den publiserte protokollartikkelen til studien (17). Erfaringer etter en utprøvningsstudie (feasibility-studie) med seks familier er også publisert (29). En artikkel om hvordan familiene opplevde å delta i utprøvningsstudien er under utarbeidelse (30).

Resultater

Gjennom prosjektet har vi fått erfaringer fra arbeidet med familier til barn med EHS i kronisk fase.

Vi presenterer våre erfaringer og kunnskap fra litteraturen om familieperspektivet i rehabilitering med barn med EHS under følgende tre emner:

- faktorer ved familien
- faktorer ved rehabiliteringen (type behandling, intensitet, varighet, faktorer ved fagpersonene)
- faktorer ved det eksisterende rehabiliteringstilbudet til denne gruppen (hvilke tilbud får barn med EHS i kronisk fase)

FAMILIEFAKTORER

Ulike familie faktorer påvirker måten en jobber med rehabiliteringsmål på. Intervensjonen må for eksempel tilpasses barnets utviklingsnivå. Tid siden barnets skade vil også påvirke hvilke valg en tar i

rehabiliteringen, blant annet fordi det tar tid å bli kjent med hvordan følgene etter skaden påvirker hverdagen.

Uavhengig av situasjon er det viktig å spørre *både barnet og foreldrene* om vansker og om udekkede helsebehov, siden de kan ha forskjellig innsikt i og opplevelse av vanskene. Det er ønskelig at rehabilitering av barn med EHS inkluderer barnet aktivt, samtidig som foreldrene bidrar som eksperter på sitt eget barn og veiledes deretter. Enkelte ganger er dette imidlertid utfordrende å få til. Her følger noen eksempler som viser henholdsvis hvordan det noen ganger kan være hensiktsmessig å arbeide med konteksten rundt barnet i stedet for å jobbe direkte med barnet selv, og eksempler på hvorfor det noen ganger kan være nødvendig å forstå foreldrenes følelsesmessige reaksjoner og/eller bidra til økt kunnskap og forståelse hos foreldre før man kan få til en hensiktsmessig rehabilitering av barnet.

Noen barn, og kanskje særlig ungdommer, er så lei av skaden sin og redde for å skille seg ut sammenlignet med andre på deres alder, at de ikke vil drive med rehabilitering eller snakke om skaden sin. I slike tilfeller er det en fare for at barnet ikke mottar rehabilitering. Helsepersonell gir opp fordi de «ikke kommer i posisjon». Hvis en inntar familieperspektivet, kan foreldrene læres opp til å bruke strategier eller andre hjelpetiltak uten at barnet trenger å være mer involvert på dette tidspunktet. Foreldre kan for eksempel få veiledning i hensiktsmessige kompenseringstrategier for barnets kognitive vansker eller måter å møte barnets følelser på, uten at dette gjøres uttalt for barnet. Barn er i stadig utvikling og deres forståelse av vanskene og deres evne til å ta imot behandling endrer seg over tid. Det vil også være annerledes å jobbe med et barn som mangler innsikt i senfølgene etter EHS enn med barn som har innsikt i og er åpne om egne utfordringer og rehabiliteringsmål.

I andre familier i kronisk fase etter EHS kan det være hensiktsmessig at foreldrene får hjelp til å mestre sine egne utfordringer relatert til barnets EHS før eller mens det jobbes med barnets utfordringer. I få tilfeller kan for eksempel en forelders traumereaksjoner være såpass sterke at de utløser en unngåelsesatferd som gjør det vanskelig for forelderen å ta inn over seg barnets utfordringer og å være til stede for barnet. Fornektelse og unngåelsesatferd hos foreldrene er forbundet med lite mestring og dårligere prognose for barnet (31-33). I slike



Foreldrene er eksperter på sitt eget barn. Derfor må rehabilitering skreddersys til hvert enkelt barn og barnets familie.

Foto: Colourbox.

tilfeller vil noen barn ta hensyn til forelderens ved å ikke dele det som er vanskelig og trekke seg tilbake. Barnets vansker kan dermed bli et «ikke-tema» i familien. Når foreldres følelsesmessige fungering blir såpass påvirket av de pågående belastningene at forelderens ikke er i stand til å se barnets behov på en objektiv måte og respondere hensiktsmessig, er det tilrådelig å henvise forelderens til individuell oppfølging, mens man jobber skånsomt og på en ikke-anklagende måte for å hjelpe forelderens til å ta barnets perspektiv.

Andre foreldre mangler kunnskap om «usynlige» vansker etter EHS og kan oppleve at barnet deres ikke trenger behandling, siden barnet ikke klager over for eksempel fatigue, synsforstyrrelser eller smerter. Psykoedukasjon om vanlige vansker etter EHS og informasjon om mulige måter å kompensere for vanskene på vil da være det første steget for behandling. Dette kan være viktige

bidrag til familier med barn hvor det har gått både ett eller flere år siden skaden. Igjen er det viktig å gjøre dette på en ikke-anklagende måte, for å unngå unødvendig skam fra foreldres side over deres tidligere manglende erkjennelse av barnets vansker.

Foreldre og familier har ulike utfordringer og ressurser som påvirker rehabiliteringsarbeidet. Antall barn i familien kan påvirke foreldres kapasitet, særlig hvis flere av barna er små og/eller har spesielle behov. Skilte foreldre som er i konflikt eller har vanskelig for å samarbeide er en annen utfordring for familiesentrert rehabilitering. Likevel kan det være mulig å nå et rehabiliteringsmål, dersom begge foreldrene ser viktigheten av å hjelpe barnet og er motivert for å gjøre en innsats for det. Et fokus på svært konkrete strategier som implementeres i begge hjem vil øke sjansen for å nå målet.

FAKTORER VED REHABILITERINGEN

Ulike faktorer ved rehabiliteringen betyr i denne sammenhengen type behandling, intensitet og varighet, samt ulike faktorer ved fagpersonene som tilbyr rehabilitering i et familieperspektiv.

Mens vi fagpersoner er eksperter på tilstander, senskader og behandling, er foreldrene eksperter på sitt eget barn. I rehabilitering fungerer ikke «one size fits all», derfor må rehabilitering skreddersys til hvert enkelt barn og barnets familie. Fagpersoner kan foreslå tiltak, men drøftingen med familien om hvordan tiltaket kan inkorporeres i hverdagen står sentralt for at fremgang blir mulig. Det er blant annet svært viktig å ta hensyn til familiens motivasjon. Motivasjon er en forutsetning for at hverdagsrehabiliteringen kan gjennomføres og den henger sammen med hvilken forståelse foreldrene har av ulike årsaksmekanismer, hva de har tid til og hva de føler seg kompetent til. Det er derfor viktig å stille seg følgende spørsmål: Hvilke områder er familien motivert for å jobbe med? Hvilke verktøy, strategier eller hjelpemidler trenger foreldrene opplæring i for å ta i bruk? Hva er gjennomførbart? Strategier og hjelpemidler som forblir ubrukt fordi de blir for omstendelige å bruke i en travel hverdag, gir ingen nytte. Likeså er det lite realistisk å få til store mål eller mange mål på en gang. Noen få, avgrensede, konkrete og realistiske mål som familien er motivert for å jobbe med fordi de føles relevante for deres hverdag, er en lovende fremgangsmåte.

En felles forståelse av barnets vansker er en nødvendig felles plattform som muliggjør en realistisk tilnærming til hverdagsrehabilitering som inkluderer familien. Her spiller psykoedukasjonen en viktig rolle. Symptomene til barn med ervervet hjerneskade kan misforstås selv av de beste foreldrene. Vi illustrerer dette ved et enkelt eksempel:

Et barns stadige irritasjon og sinne kan av foreldrene forståelig nok tolkes som et resultat av søvn-mangel. Denne forståelsen hos foreldrene kan, i kombinasjon med et sterkt ønske om å hjelpe barnet sitt, føre til at de får et økt fokus på tidlige leggetider og jobber for å få poden tidlig i seng. Dette høres helt rimelig ut, men kan i enkelte familier medføre økt konflikt mellom foreldre og barn fordi fremgangsmåten av barnet kan oppfattes som straff (tidlig legging) for noe de ikke kan noe for (vansker med å styre følelsene sine), som igjen kan forsterke barnets irritasjon og sinne. I dette tilfellet vil for eksempel psykoedukasjon om organisk betingede reguleringsvansker og fatigue

kunne føre til at familien forstår at søvn-mangel ikke er (den eneste) årsaken til barnets vansker med å styre følelsene sine. Dermed vil foreldrene se behovet for at det også trengs andre tiltak. Barnet vil i større grad føle seg forstått og sammen kan det lages gode strategier som hjelper barnet til å for eksempel sove bedre og regulere følelsene sine på en bedre måte. Slike strategier vil kunne være kommunikasjonsråd til foreldrene om hvordan de skal reagere når barnet er irritert og sint, kompensere for barnets fatigue ved å lage gode dags- eller ukeplaner og legge inn gode hjerne-pauser i løpet av skoledagen og før aktiviteter. Enkelte eldre barn og ungdommer vil dessuten kunne klare å bruke problemløsningsstrategier for å hjelpe dem å styre følelsene på en mer direkte måte. Tiltak mot søvnvansker kan også kunne være aktuelle, dersom barnet strever med søvn. Forskningslitteraturen og erfaringer fra CICI-studien viser at målene for rehabiliteringen bør utformes på en SMART måte (20), ved at de er Spesifikke, Målbare, Oppnåelige (Attainable), Realistiske og Tidsavgrensede. Rehabiliteringsstrategiene bør være konkrete og følges opp med få ukers mellomrom for å sikre kontinuitet og opprettholdelse av fokus. De færreste familier har evne og kapasitet til å følge opp strategiene på egenhånd uten tett veiledning fra en fagperson.

Et tverrfaglig blikk er ofte nødvendig for å avdekke forskjellige rehabiliteringsbehov. Et tverrfaglig team som følger opp rehabiliteringen vil ha de beste forutsetninger for å både erkjenne og for å jobbe med forskjellige typer problemstillinger. Til sist må det nevnes at rehabiliteringens varighet bør avhenge av familiens behov, ikke en fast, angitt tidsramme. Ikke alle familier har behov for oppfølging over lang tid, men det bør være enkelt å gjenoppta saker som har blitt midlertidig avsluttet, siden vi vet at nye vansker kan dukke opp over tid og spesielt ved overgang fra barne- til ungdomsårene, ved overgangen til ny skole og ved overgangen fra ungdoms- til voksenlivet.

FAKTORER VED DET EKSISTERENDE REHABILITERINGSTILBUDET TIL DENNE GRUPPEN

Rehabiliteringstilbudet for barn med ervervet hjerneskade i kronisk fase er mangelfullt i Norge, både ved at det finnes lite rehabilitering for barn med EHS generelt og fordi rehabiliteringen sjelden innehar et familieperspektiv, men i stedet ofte fokuserer på en spastisk arm eller et ben som ikke re-



Ikke alle lærere vet at de har et barn i klassen som har en ervervet hjerneskade. Da er det lett å feiltolke barnet som lat eller umotivert, selv om barnet gjør så godt det kan. Foto: Mostphotos.

agerer like raskt som det andre. Grunnet mangel på kunnskap er et tverrfaglig rehabiliteringstilbud for barn med EHS i kronisk fase aldri blitt bygget ut. Det finnes imidlertid store forskjeller fra kommune til kommune både når det gjelder kompetanse og kapasitet til oppfølging av disse barna. Mange steder er det dessverre slik at barn med EHS møter én faggruppe en gang i halvåret, deretter muligens en annen fagperson når en annen problemstilling dukker opp, men uten at disse to samarbeider over tid. En høy andel barn med EHS har ingen form for oppfølging. Noen av disse familiene har fått høre at

det var «flaks at skaden inntraff såpass tidlig i barnets liv, fordi da går den over av seg selv», til tross for at forskning og erfaring viser at det er risiko for betydelige senskader ved tidlig EHS.

Vi møter ofte familier som har udekkede helsebehov, selv om barnet mottar noe oppfølging. Det er ikke uvanlig hos barn med synlige motoriske vansker etter en skade, at bredden i hjerneskadesymptomer aldri har blitt adressert. Barn med cerebral parese (CP) kan være et eksempel på dette, selv om bevisstheten om at barn med CP også kan ha kognitive problemer har økt betydelig både blant fagfolk og foreldre de senere årene. Ikke-motoriske symptomer kan for eksempel være nedsatt tempo, konsentrasjonsevne, simultankapasitet og evne til planlegging, synsvansker slik som dobbeltsyn eller snevert synsfelt, vansker med tolkning av sanseinntrykk, saktere innlæring, visuospasiale vansker, språklige vansker, sosiale vansker og fatigue. Disse og andre «usynlige» vansker er det viktig å ha fokus på ved kjent hjerneskade. Vi har hatt mange hjerteskjærende møter med barn med slike vansker etter EHS som ikke mottar relevant oppfølging eller tilrettelegging fordi de ikke har «synlige», det vil si motoriske vansker, og de «usynlige» vanskene ikke har blitt forstått som en følge av EHS.

Rehabiliteringstilbudet til barn med EHS bør involvere skolen i større grad enn det gjøres nå. Barn tilbringer store deler av oppveksten sin på skolen og skolen er ikke bare den viktigste arenaen for faglig vekst men også for sosiale relasjoner, som er særdeles viktig for barnets dagligliv og livskvalitet. Ikke alle lærere vet at de har et barn i klassen som har en EHS (34, 35). Da er det lett å feiltolke barnet som lat eller umotivert, selv om barnet gjør så godt det kan. Blant lærere som kjenner historien og diagnosen til barnet, er det mange som ikke forstår at vanskene ikke blir borte med årene (36). «Det hjerneslaget er jo flere år siden, det har da ikke noe mer å si for dette barnet nå», har vi hørt lærere si. Her trengs økt kunnskap blant fagpersonene som jobber aller mest med disse barna: «educating the educators», som det heter på engelsk. Statped er et statlig veiledningsorgan med spesialkompetanse på blant annet ervervet hjerneskade og syns- og hørselsutfordringer som kan bistå med å veilede pedagogisk-psykologisk tjeneste (PP-tjenesten) og skolene. For å få hjelp fra Statped må PP-tjenesten henvise det aktuelle barnet med EHS. For at dette gjøres i tilstrekkelig grad, må PP-rådgivere ha kunnskap om kroniske vansker etter EHS. Mange

steder fungerer dette samarbeidet godt. Vi har dessverre også sett tilfeller der foreldre er fortvilet over den manglende tilretteleggingen til barnet på skolen, og der PP-tjenesten ikke finner det nødvendig å ta kontakt med Statped, selv om de selv mangler kunnskap om senfølger etter EHS.

Heldigvis er det en økende bevissthet rundt barn med EHS og deres plager over tid. Det er nylig utarbeidet en behandlingslinje for barn med EHS i Helse Sør-Øst, og arbeid pågår med å utarbeide lignende linjer i landets øvrige helseregioner. Behandlingslinjen beskriver anbefalt behandling og oppfølging av denne gruppen fra akuttforløpet og til og med senfase og beskriver dermed behandlingsanbefalinger ved akuttpsykiatri, primærrehabilitering ved rehabiliteringssykehus eller rehabiliteringsavdeling, anbefalt langtidsoppfølging via habiliteringstjenestene og Statped avdeling EHS. I tillegg finnes det et senfase gruppeopphold ved Sørlandet sykehus, og barn kan henvises til vurderingsopphold ved Enhet for Barn og Unge, Sunnaas sykehus, hvilket kan danne et grunnlag for videre anbefalinger av rehabiliteringstiltak.

(Behandlingslinjen i sin helhet finner man her: <https://metodebok.no/index.php?action=chapter&item=BJLJRAWY>.)

Diskusjon

Det er behov for at ergoterapeuter, psykologer, helsepsykiatere, leger og annet helsepersonell i kommunene bidrar aktivt til rehabilitering av barn med ervervet hjerneskade. Rehabiliteringen bør være tverrfaglig og individualisert ved at den tar hensyn til dagliglivet til barnet i den konteksten barnet lever i. Foreldre bør inkluderes som en naturlig del av rehabiliteringen. De fleste foreldre er en stor ressurs i behandlingen av barnet og deres ekspertrolle overfor barnet bør anerkjennes, i tillegg til at foreldre ofte både ønsker og trenger opplæring i hvordan rehabiliteringstiltak kan implementeres i hverdagen. Det kan imidlertid oppstå utfordringer i samarbeid med familier dersom for eksempel:

- foreldres egne psykiske reaksjoner står i veien for et objektivt syn på barnets utfordringer eller fører til sterkt redusert kapasitet hos forelderen til å følge opp rehabiliteringen,
- foreldre har samarbeidsutfordringer seg imellom eller har svært forskjellig syn på barnets vansker
- når barnet ikke ønsker behandling

Ved å innta et familieperspektiv, kan styrker og

svakheter i barnets umiddelbare miljø identifiseres og tas hensyn til i rehabiliteringen. Slik kan man oppnå bedre resultater av rehabiliteringstiltakene. I beste fall kan det skapes synergieffekter ved at familiemedlemmer som inkluderes i rehabiliteringsarbeidet og helsepersonell samarbeider om å lage realistiske, oppnåelige rehabiliteringsmål som familien, ved hjelp av fagpersoner, klarer å jobbe med i hverdagen. En hjelp for å kartlegge familiens behov for rehabiliteringstiltak og støtte kan være kartleggingsskjemaet *Family Needs Questionnaire – Pediatric Version*, utviklet av Gan og Wright i 2019 (37), som nylig ble oversatt til norsk (38). Videre er det viktig at både mentale og sosiale utfordringer adresseres, og at det settes inn tiltak både hjemme og på skolen dersom slike vansker er til stede.

Skolen er en svært viktig samarbeidsarena for rehabilitering, men overses ofte. Å informere lærere om barnets vansker og sammen finne gode strategier for å legge til rette for barnet, gjerne sammen med Statped, kan i noen tilfeller gi enorme positive endringer for barnet.

Dessverre ser vi en tendens til at barna med EHS i kronisk fase som får oppfølging av helsepersonell, i hovedsak får hjelp for sine motoriske vansker, mens andre vansker, slik som kognitive vansker, vansker med å regulere følelser og sosiale vansker, overses. Med andre ord er det ofte slik at barn med EHS får det tilbudet «som det er vanlig å tilby», og at det i mindre grad tas hensyn til hva barnet og familien trenger for at barnet skal oppleve færre symptomer i hverdagen og ha bedre forutsetninger for å delta på skole og i fritidsaktiviteter. Vi ønsker at barnets og familiens utfordringer settes i sentrum. Der helsepersonell ikke har kompetanse til å jobbe med enkelte utfordringer, vil det være viktig at de drøfter utfordringene med annet rehabiliteringspersonell, sørger for at relevant personell trekkes inn i saken og at barnet henvises til aktuelle instanser ved behov.

Det er nødvendig at helsevesenet får kunnskap om ervervet hjerneskade i barndommen som en kronisk tilstand som ofte krever rehabilitering over svært lang tid. I disse dager er det en trend i helsevesenet at behandling, dersom mulig, tilbys utenfor spesialisthelsetjenesten og at pasienter og pårørende tar en større rolle i arbeidet, mens helsepersonell støtter og veileder. Dette betyr også at kravene til kompetanse for en rekke tilstander øker i primærhelsetjenesten. Det er imidlertid en fare for at spesialisthelsetjenesten slipper tak i disse pasientene uten

at kommunene har nok kunnskap og ressurser for å behandle barn med ervervet hjerneskade og til å støtte og styrke foreldrene som står i denne krevende situasjonen over tid.

Konklusjon

Hjerneskade hos barn er ofte en kronisk tilstand som påvirker mange livsområder til familien.

Helsepersonell har en viktig jobb i å veilede familiene. Fokus bør rettes mot både fysiske, mentale, atferdsmessige og sosiale aspekter.

Kunnskap om senskader ved EHS i barndommen bør styrkes i kommunene og på skoler, og spesialisthelsetjenesten bør tilby poliklinisk oppfølging i kronisk fase for de familiene som har behov for det. Et godt samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og kommune er viktig.

Et familieperspektiv innebærer at familiens ressurser, motivasjon og deres utfordringer tas med i betraktning når rehabiliteringen planlegges. Foreldre bør involveres som eksperter på barnet sitt, og barnas opplevde ønsker og behov bør lyttes til.

Referanser

1. Lezak MD. Brain damage is a family affair. *J Clin Exp Neuropsychol*. 1988;Jan(1):111-23.
2. Anderson V, Catroppa C, Morse S, Haritou F, Rosenfeld J. Functional plasticity or vulnerability after early brain injury? *Pediatrics*. 2005;116(6):1374-82.
3. McKinlay A, Grace RC, Horwood LJ, Fergusson DM, Ridder EM, MacFarlane MR. Prevalence of traumatic brain injury among children, adolescents and young adults: Prospective evidence from a birth cohort. *Brain Injury*. 2008;22(2):175-81.
4. Babikian T, Merkley T, Savage RC, Giza CC, Levin H. Chronic Aspects of Pediatric Traumatic Brain Injury: Review of the Literature. *J Neurotrauma*. 2015;32(23):1849-60.
5. Andelic N, Roe C, Tenovuo O, Azouvi P, Dawes H, Majdan M, et al. Unmet Rehabilitation Needs after Traumatic Brain Injury across Europe: Results from the CENTER-TBI Study. *J Clin Med*. 2021;10(5).
6. Prigatano GP, Gray JA. Parental concerns and distress after paediatric traumatic brain injury: A qualitative study. *Brain Injury*. 2007;21(7):721-9.
7. Aitken ME, McCarthy ML, Slomine BS, Ding R, Durbin DR, Jaffe KM, et al. Family burden after traumatic brain injury in children. *Pediatrics*. 2009;123(1):199-206.
8. Gerring JP, Wade S. The essential role of psychosocial risk and protective factors in pediatric traumatic brain injury research. *J Neurotrauma*. 2012;29(4):621-8.
9. Yeates KO, Taylor HG, Walz NC, Stancin T, Wade SL. The family environment as a moderator of psychosocial outcomes following traumatic brain injury in young children. *Neuropsychology*. 2010;24(3):345-56.
10. Tuerk C, Gagner C, Dégeilh F, Bellerose J, Lalonde G, Landry-Roy C, et al. Quality of life 6 and 18 months after mild traumatic brain injury in early childhood: An exploratory study of the role of genetic, environmental, injury, and child factors. *Brain Res*. 2020;1748:147061.
11. Laatsch L, Dodd J, Brown T, Ciccio A, Connor F, Davis K, et al. Evidence-based systematic review of cognitive rehabilitation, emotional, and family treatment studies for children with acquired brain injury literature: From 2006 to 2017. *Neuropsychol Rehabil*. 2020;30(1):130-61.
12. Ownsworth T, Karlsson L. A systematic review of siblings' psychosocial outcomes following traumatic brain injury. *Disabil Rehabil*. 2022;44(4):496-508.
13. Gan C, Gargaro J, Brandys C, Gerber G, Boschen K. Family caregivers' support needs after brain injury: a synthesis of perspectives from caregivers, programs, and researchers. *NeuroRehabilitation*. 2010;27(1):5-18.
14. Kirk S, Fallon D, Fraser C, Robinson G, Vassallo G, Id, et al. Supporting parents following childhood traumatic brain injury: A qualitative study to examine information and emotional support needs across key care transitions. *Child: care, health and development*. 2015;41(2):pp.
15. Brown FL, Whittingham K, Sofronoff K, Boyd RN, Id, Whittingham KO. Parenting a child with a traumatic brain injury: Experiences of parents and health professionals. *Brain Injury*. 2013;27(13-14):pp.
16. Schanke AK et al. Fokus på familien ved store skader. Et utviklingsprosjekt mellom Sunnaas sykehus HF og Familievernet. Sluttrapport; 2015. Lastet ned fra [https:// dam.no/prosjekter/fokus-pa-familien-ved-store-skader/](https://dam.no/prosjekter/fokus-pa-familien-ved-store-skader/)
17. Rohrer-Baumgartner N, Holthe IL, Svendsen EJ, Roe C, Egeland J, Borgen IMH, et al. Rehabilitation for children with chronic acquired brain injury in the Child in Context Intervention (CICI) study: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2022;23(1):169.
18. Winter L, Moriarty HJ, Robinson K, Piersol CV, Vause-Earland T, Newhart B, et al. Efficacy and acceptability of a home-based, family-inclusive intervention for veterans with TBI: A randomized controlled trial. *Brain Inj*. 2016;30(4):373-87.
19. Borgen IMH, Løvstad M, Andelic N, Hauger S, Sigurdardottir S, Søberg HL, et al. Traumatic brain injury-needs and treatment options in the chronic phase: Study protocol for a randomized controlled community-based intervention. *Trials*. 2020;21(1):294.
20. Bovend'Eerd TJ, Botell RE, Wade DT. Writing SMART rehabilitation goals and achieving goal attainment scaling: a practical guide. *Clin Rehabil*. 2009;23(4):352-61.
21. Turner-Stokes L. Goal attainment scaling (GAS) in rehabilitation: a practical guide. *Clinical Rehabilitation*.

- 2009;23(4):362-70.
22. Catroppa C, Soo C, Crowe L, Woods D, Anderson V. Evidence-based approaches to the management of cognitive and behavioral impairments following pediatric brain injury. *Future Neurol.* 2012;7(6):719-31.
 23. Catroppa C, Anderson V, Beauchamp MH, Yeates KO. *New frontiers in pediatric traumatic brain injury : an evidence base for clinical practice.* New York, NY: Routledge; 2016.
 24. Schrieff-Elson L.E. TKGF, Rohlwick U.K. *Pediatric Traumatic Brain Injury: Outcomes and Rehabilitation.* In: Di Rocco C. PD, Rutka J., editor. *Textbook of Pediatric Neurosurgery.* Cham: Springer; 2017.
 25. Limond J, Leeke R. Practitioner review: cognitive rehabilitation for children with acquired brain injury. *J Child Psychol Psychiatry.* 2005;46(4):339-52.
 26. Laatsch L, Harrington D, Hotz G, Marcantuono J, Mozzoni MP, Walsh V, et al. An evidence-based review of cognitive and behavioral rehabilitation treatment studies in children with acquired brain injury. *J Head Trauma Rehabil.* 2007;22(4):248-56.
 27. Resch C, Rosema S, Hurks P, de Kloet A, van Heugten C. Searching for effective components of cognitive rehabilitation for children and adolescents with acquired brain injury: A systematic review. *Brain Injury.* 2018;32(6):679-92.
 28. Sohlberg MM. *Cognitive Rehabilitation Manual: Translating Evidence-Based Recommendations into Practice.* Arch Clin Neuropsych. 2012;27(8):931-2.
 29. Laberg Holthe I, Rohrer-Baumgartner N, Svendsen EJ, Hauger SL, Forslund MV, Borgen IMH, et al. Feasibility and Acceptability of a Complex Telerehabilitation Intervention for Pediatric Acquired Brain Injury: The Child in Context Intervention (CICI). *J Clin Med.* 2022;11(9).
 30. Svendsen EJK, Killi EM, Rohrer-Baumgartner, N, Laberg Holthe, I, Sandhaug, M, Wade, S, Løvstad, M, Kildal Bragstad L. Children's, parents', and teachers' experiences of the feasibility of a tele-rehabilitation intervention for children with acquired brain injury in the chronic phase; a qualitative study of acceptability and participation in the Child in Context Intervention (CICI) study. Under utarbeidelse. 2022.
 31. Narad ME, Yeates KO, Taylor HG, Stancin T, Wade SL. Maternal and Paternal Distress and Coping Over Time Following Pediatric Traumatic Brain Injury. *J Pediatr Psychol.* 2017;42(3):304-14.
 32. Compas BE, Boyer MC. Coping and attention: implications for child health and pediatric conditions. *J Dev Behav Pediatr.* 2001;22(5):323-33.
 33. Wade SL, Borawski EA, Taylor HG, Drotar D, Yeates KO, Stancin T. The relationship of caregiver coping to family outcomes during the initial year following pediatric traumatic injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.* 2001;69(3):406-15.
 34. Linden MA, Braiden HJ, Miller S. Educational professionals' understanding of childhood traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2013;27(1):92-102.
 35. Glang A, Todis B, Ettel D, Wade SL, Yeates KO. Results from a randomized trial evaluating a hospital-school transition support model for students hospitalized with traumatic brain injury. *Brain Inj.* 2018;32(5):608-16.
 36. Kingery KM, Narad ME, Taylor HG, Yeates KO, Stancin T, Wade SL. Do Children Who Sustain Traumatic Brain Injury in Early Childhood Need and Receive Academic Services 7 Years After Injury? *J Dev Behav Pediatr.* 2017;38(9):728-35.
 37. Gan C, Wright FV. Development of the family needs questionnaire - pediatric version [FNQ-P] - phase I. *Brain Inj.* 2019;33(5):623-32.
 38. Eriksen H, Linnestad A-M, Laberg Holthe I, Rohrer-Baumgartner N, Løvstad M, Tuntland H. Oversettelse av spørreskjemaet «The Family Needs Questionnaire - Pediatric» til norsk. *Ergoterapeuten.* 2022;6.

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.

Oversettelse av spørreskjemaet «The Family Needs Questionnaire - Pediatric» til norsk

Av Håvard Eriksen, Anne-Margrethe Linnestad, Ingvil Laberg Holthe, Nina Rohrer-Baumgartner, Marianne Løvstad & Hanne Tuntland

Abstract

Background: Many families with a child with acquired brain injury (ABI) experience unmet health care needs. There has however been a lack of questionnaires in Norwegian for assessing health care needs.

Aim: To translate «The Family Needs Questionnaire - Paediatric» into Norwegian.

Method: The translation followed a ten-step procedure, including a forward and backward translation. An expert group assessed the translation, cultural adaptation, and validity. Cognitive interviews were conducted to examine the questionnaire from seven informants' perspectives. Interviews were audiotaped and transcribed. Analysis was conducted with «The Respond Problem Matrix».

Results: The linguistic translation of the instrument was good. The questions were acceptable and understandable. Key findings were related to what timeframe the questions were meant to cover and that an instructional text was overlooked. Other minor findings were related to terms that were adapted to the Norwegian language, including adding terms describing the Norwegian welfare system.

Conclusion: The translation and adaptation to Norwegian language has enabled the use of the FNQ-P in a Norwegian setting, providing a useful tool for assessing unmet health care needs in the pediatric ABI population.

Key words: Translation, family needs questionnaire, acquired brain injury, paediatric brain injury, measurement instrument.



Håvard Eriksen er ergoterapispesialist, MSc, ved Enhet for barn og unge, Sunnaas sykehus. E-post: Havard.Eriksen@sunnaas.no.



Anne-Margrethe Linnestad er ergoterapispesialist, Mphil, og helsefaglig rådgiver ved Regional Kompetansetjeneste for Rehabilitering, Helse Sør Øst, Sunnaas sykehus.



Ingvil Laberg Holthe er spesialist i klinisk nevropsykologi, PhD-kandidat ved Forskningsavdelingen, Sunnaas Sykehus og universitetslektor ved Psykologisk Institutt.



Nina Rohrer-Baumgartner, PhD, er spesialist i klinisk nevropsykologi og postdoktor ved Forskningsavdelingen ved Sunnaas sykehus HF.



Marianne Løvstad er fagsjef i psykologi ved forskningsavdelingen ved Sunnaas sykehus. Hun er professor ved Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.



Hanne Tuntland er førsteamanuensis ved OsloMet, Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helse teknologi og dosent ved Høgskulen på Vestlandet, Institutt for helse og funksjon.

Manuset ble mottatt 02.09.2021 og godkjent 09.05.2022.
Det er ingen interessekonflikter.

Introduksjon

Ervervet hjerneskade er en paraplybetegnelse som beskriver skade på hjernen som har oppstått etter fødselen. Skaden kan være av traumatisk eller sykdomsrelatert art (Teasell et al., 2007). Barn og ungdom som rammes av en ervervet hjerneskade kan ha behov for oppfølging av kognitive og fysiske følgeeffekter, sosiale og emosjonelle utfordringer og forhold knyttet til oppvekst, skole og utdanning (Anderson, Catroppa, Beauchamp & Yeates, 2016). Ervervet hjerneskade hos barn påvirker hele familien. Familier som rammes av at barnet får en ervervet hjerneskade har ofte særegne behov som krever langvarig oppfølging (McKinlay et al., 2016; Savage, DePompei, Tyler & Lash, 2005). Litteratur fra andre land viser at mange slike familiebehov er udekket (McKinlay et al., 2016; Savage et al., 2005), noe som også er tilfelle i Norge for voksne med ervervet hjerneskade (Andelic, Soberg, Berntsen, Sigurdardottir & Roe, 2014; Røe et al., 2020). Frem til nå har det imidlertid manglet en god måte å kartlegge udekkede familiebehov på etter pediatrik hjerneskade i Norge. «The Family Needs Questionnaire - Pediatric (FNQ-P)» er et spørreskjema som kartlegger familiers behov etter ervervet hjerneskade hos barn (Gan & Wright, 2019). Oversettelsen av spørreskjemaet til norsk var en del av et masterprosjekt i ergoterapi ved Storbymetropolitan Universitetet OsloMet og ble utført ved et rehabiliteringssykehus i Norge.

BEHOV HOS BARN MED ERVERVET HJERNESKADE OG DERES FAMILIE

En ervervet hjerneskade kan medføre både umiddelbare og langsiktige endringer for barnet og familien (Anderson et al., 2016). Mange familier der barnet får en ervervet hjerneskade kan oppleve den første tiden som svært belastende, med sorg og krisereaksjoner, usikkerhet og mulig skyldfølelse (Kirk, Fallon, Fraser, Robinson & Vassallo, 2015). Etter hvert som den akutte medisinske situasjonen til barnet stabiliserer seg, vil foreldrene kunne erfare en ny fase i rehabiliteringen. Her involveres som oftest foreldrene aktivt i barnets behandling og videre forløp (Gan, DePompei & Lash, 2013).

Konsekvensene av en ervervet hjerneskade i barneårene kan bli mer synlige over tid, både fordi kravene fra omgivelsene endres i takt med økende alder, og fordi skaden i seg selv kan medføre unormale modningsprosesser i hjernen. Når barnets utfordringer endrer seg over tid, vil også familiens opplevde behov kunne endre seg. Foreldrene vil

kunne oppleve å få utilstrekkelig informasjon og oppfølging i tiden etter utskrivelse fra sykehus (Gan et al., 2013; Gan, Gargaro, Brandys, Gerber & Boschen, 2010; Keetley, Radford & Manning, 2019; McKinlay et al., 2016; Savage et al., 2005) og å stå alene og savne å møte andre i samme situasjon (Kirk et al., 2015). Barnets behov for omsorg og støtte i hverdagslivet kan dessuten gjøre at tid og ressurser til søsken og andre familiemedlemmer blir redusert (Keetley et al., 2019). Over tid kan vansker på skolen bli mer fremtredende og synlige. Styrker og ressurser i familien og hvordan man håndterer dette er avgjørende. Det å få anerkjennelse for utfordringene og støtte til å håndtere situasjonen kan være en viktig hjelp (Gan et al., 2013; Laatsch et al., 2020). Strukturert kartlegging av familiens konkrete hjelpebehov er viktig fordi behovene kan være svært ulike og kan endre seg over tid.

FAMILY NEEDS QUESTIONNAIRE – PEDIATRIC (FNQ-P)

FNQ-P er et tværfaglig utredningsverktøy som kartlegger udekkede helsetjenestebehov hos familiemedlemmer til barn med ervervet hjerneskade (Holland Bloorview, 2020). Skjemaet er utviklet av Gan og Wright (2019) etter modell fra spørreskjemaet «The Family Needs Questionnaire – Revised (FNQ-R)» for voksne (Kreutzer & Marwitz, 2008). Spørreskjemaet har 40 spørsmål omkring rehabiliteringsforløpet fra akutt- til senfase. Spørsmålene er inndelt i seks kategorier: helseinformasjon, følelsesmessig støtte, praktisk bistand, kommunal støtte, faglig støtte og familiesentrerte tjenester. Spørreskjemaet er basert på selvrapportering fra foreldrene og svar gis på en femdel skala fra 1 (overhodet ikke dekket) til 5 (fullstendig dekket). Foreldrene krysser av for «ikke behov» dersom spørsmålet ikke oppleves som relevant på nåværende tidspunkt. I tabell 1 (neste side) vises eksempler på spørsmål som inngår i FNQ-P.

RELIABILITET OG VALIDITET

En pilotstudie har undersøkt reliabilitet og begrepsvaliditet ved FNQ-P (Gan et al., 2020). Resultatene viste at reliabiliteten var god. Designet som var valgt for å undersøke begrepsvaliditet viste seg å ha noen svakheter, og det ga følgelig ingen assosiasjon til vurderingsredskapene som ble sammenlignet. Dette forklares med at studien ble gjennomført i fem ulike land, noe som medførte forskjeller i helsesystemene, språklige og kulturelle forskjeller, samt at målein-

Kategori	Spørsmål
Helseinformasjon	2. Å være informert om hvordan hjerneskaden vil påvirke mitt barns evner i fremtiden og inn i voksenlivet, inkludert informasjon om prognose. 4. Å få informasjon fra fagpersoner forklart på en måte og med et språk som jeg kan forstå. 5. Å forstå hva jeg kan forvente meg av rehabiliteringen, inkludert hvem som er i mitt barns team, forventet lengde på oppholdet, utskrivelse til kommunen, familieinvolvering osv.
Følelsesmessig støtte	11. Å dele mine følelser omkring barnet mitt med noen som har gått gjennom noe lignende. 12. Å ha tilgang til rådgivning som kan hjelpe meg til å mestre og forstå de ulike følelsene jeg har (f.eks. sinne, følelsesmessig berg- og dalbane). 14. Å få støtte til å opprettholde håp, positivitet og optimisme om fremtiden til barnet mitt.
Praktisk støtte	17. Å få hjelp til opplæring og involvering av familie og venner slik at de deler mine utfordringer og ansvar for barnet mitt. 19. Å få hjelp til å dekke behovene til mine andre barn og familiemedlemmer. 20. Å få støtte til å være oppmerksom på min egen helse, personlige behov, arbeid eller interesser.
Kommunal støtte	23. Å vite hvor jeg skal henvende meg eller navnet på en kontaktperson når jeg trenger mer hjelp i kommunen. 24. Å få informasjon om hvordan jeg skal få tilgang til støtte og tjenester i fremtiden (f.eks. overgang til voksenlivet, arbeid, høyere utdanning). 25. Å få barnets støtteapparat (f.eks. skoleansatte, helsepersonell, venner, åndelige ledere, trenere eller ledere i fritidsaktiviteter) til å forstå hans/hennes utfordringer, behov og sterke sider.
Faglig støtte	27. Å få hjelp til å forstå hvordan hjerneskaden til barnet mitt påvirker familien min nå og i fremtiden. 28. Å få bistand til å argumentere for at mitt barn skal få skolefaglig støtte til å håndtere sine endrede skoleferdigheter og andre spørsmål knyttet til skolegang. 31. Å få strategier og mestringsverktøy som kan hjelpe meg til å forstå og håndtere mitt barns følelser/oppførsel.
Familiesentrerte tjenester	33. Å oppleve at helse- eller rehabiliteringspersonell viser respekt for mitt barns og familiens behov og ønsker. 34. Å bli vist at mine meninger og forslag blir lyttet til når mitt barns behandling, rehabilitering eller utdanning skal planlegges. 35. Å bli involvert i mitt barns behandling, lære hvordan jeg kan hjelpe til med fremgangen til barnet mitt og bli komfortabel med omsorgsoppgavene.

Tabell 1. Eksempler på spørsmål som inngår i FNQ-P.

strumentene som ble benyttet for å sammenligne begrepsvaliditet, viste seg å være lite egnet.

STUDIENS FORMÅL

Denne studiens formål var å oversette spørreskjemaet «The Family Needs Questionnaire - Pediatric» til norsk, og å presentere dette arbeidet for ergoterapeuter i Norge, slik at det blir mulig å få mer strukturerte og standardiserte kartlegginger av udekkede helsetjenestebehov. Denne artikkelen beskriver oversettelsesprosessen med tilhørende drøftinger og refleksjoner.

Metode

INNHALDSVALIDITET

Validitet (gyldighet) omhandler kartleggingsverktøyets evne til å måle det fenomenet som det er ment å måle (De Vet, Terwee, Mokkink & Knol, 2011). Det er et av flere områder som er i fokus ved psykometrisk testing av instrumenters måleegenskaper (Mokkink

et al., 2010). Innholdsvaliditet innebærer en vurdering av om spørsmålene måler alle relevante aspekter ved fenomenet (De Vet et al., 2011). Den første vurderingen av «face validity», om spørreskjemaet intuitivt virker å måle det som det skal, ble foretatt av artikkelforfatterne. Spørreskjemaet fremsto som aktuelt og relevant for å undersøke familiebehov. Aspekter ved innholdsvaliditet ble vurdert på to ulike måter. Hvorvidt oversettelsen favner det samme faktiske innhold som originalen, ble grundig vurdert av forfatterne i oversettelsen ved ord og uttrykk i spørreskjemaet. Hvorvidt det som spørres om i spørreskjemaet er valid i den kulturelle konteksten, ble undersøkt gjennom kognitive intervjuer med informanter fra spørreskjemaets målgruppe.

OVERSETTELSE

Oversettelse av spørreskjemaet ble gjennomført etter anbefalt prosedyre fra Wild et al. (2005). I en slik oversettelsesprosess anbefales det at det foretas

en grundig vurdering av kulturelle forskjeller, samfunnsmessige ulikheter, om fenomenet forstås på samme måte og om det kan undersøkes med de samme spørsmålene som i originalversjonen (De Vet et al., 2011; Swaine-Verdier, Doward, Hagell, Thorsen & McKenna, 2004; Wild et al., 2005). Wild og kollegaer (2005) anbefaler ti trinn som fremgangsmåte for oversettelse. I det følgende blir disse ti punktene presentert med redegjørelse for hva som er gjort i denne studien under hvert punkt.

Trinn 1 – Forberedelser: Forfatterne AML og ILH tok kontakt med originalforfatterne Caron Gan og Wirginia Wright som godkjente igangsetting av en prosess med oversettelse til norsk.

Trinn 2 – Utforming av flere oversettelser: To ergoterapeuter, HE og AML, foretok separate oversettelser av spørreskjemaet fra engelsk til norsk. HE og AML ble deretter enige om én norsk versjon som ble vurdert av en ekspertgruppe.

Trinn 3 – Konsensus om en oversettelse: Ekspertgruppen besto av tre spesialister i klinisk nevropsykologi (forfattere ILH, ML og NR-B) som alle har lang erfaring med nevrorehabilitering, inkludert med barn og deres familier, og som har erfaring med faglig oversettelsesarbeid. Ekspertgruppen bidro til å utvikle en endelig norsk versjon.

Trinn 4 – Tilbakeoversettelse til originalspråket: Norsk versjon ble sendt til et profesjonelt oversettelsesfirma hvor en person oversatte tilbake til engelsk.

Trinn 5 – Vurdering av tilbakeoversettelsen: Den tilbakeoversatte engelske versjonen ble vurdert i fellesskap av ekspertgruppen, HE, AML og oversetteren før den ble oversendt til originalforfatterne for vurdering.

Trinn 6 – Harmonisering i tilfeller av uoverensstemmelser mellom originalredskapet og tilbakeoversettelsen: Etter små justeringer godkjente Gan og Wright den oversatte versjonen.

Trinn 7 – Kognitiv debriefing i form av en pilotstudie og kognitive intervjuer med undersøkelse av informantenes forståelse av spørsmålene i spørreskjema: Kognitiv debriefing i form av en pilotstudie er ikke blitt utført. Kognitive intervjuer, i form av kvalitative intervjuer, ble gjennomført med syv informanter fra spørreskjemaets målgruppe. Intervjuene ble utført av HE. Intervjuene ble tatt opp og resultatene transkribert.

Trinn 8 – Vurdering av funn fra pilotstudien og ferdigstilling av oversettelsen: Analysen: materialet ble lest og helhetsinntrykket ble sammenfattet. «The Respond Problem Matrix» (Conrad & Blair, 1996;

Drennan, 2003) ble benyttet for koding av spørreskjemaspørsmål. Analysen ble gjennomført av HE og AML som kom til enighet om kodingen. Resultatene ble skrevet ut i en sammenhengende tekst og oversendt til originalforfatterne av FNQ-P for vurdering av tilpasninger som var ønskelige å gjøre i den norske versjonen. Oversettelsen ble så endelig ferdigstilt med de endringene som ble omforent med originalforfatterne.

Trinn 9 – Korrekturlesning: En person som ikke hadde vært med i prosessen, foretok korrekturlesning, og innspillene ble bearbeidet av HE, AML og ekspertgruppen.

Trinn 10 – Avsluttende rapport og publisering av det oversatte spørreskjemaet: Denne artikkelen utgjør rapporteringen fra dette arbeidet.

INFORMANTER

Informantene i de kognitive intervjuene ble rekruttert fra en barneenhet ved ett og samme rehabiliteringssykehus. Inklusjonskriterier var:

- å være omsorgsperson til barn med ervervet hjerneskade i alderen 0-17 år
- det skulle ha vært minst fire uker siden skaden
- informantene måtte ha norsk som morsmål.

Informantene var syv foreldre som hadde til sammen fem barn med ervervet hjerneskade i alderen 6-14 år. Det var tre menn og fire kvinner, i alderen 40 til 50 år. Alle informantene hadde høyere utdanning. Fire av informantene hadde barn i tidlig fase etter skaden, 1-3 måneder. Barna til tre av informantene var i senfase etter skaden, 1-3 år. Intervjuene var individuelle og varte i cirka 90 minutter.

KOGNITIVE INTERVJUER

Kognitive intervjuer er en psykologisk orientert metode som kan benyttes i empiriske studier av hvordan individer prosesserer og svarer på spørreskjemaer (Willis, 2004). Det kognitive intervjuet er designet for å belyse fire viktige kognitive prosesser eller stadier:

- 1 forståelse av spørsmålet
- 2 hente informasjon fra hukommelsen som brukes til å forberede et svar på spørsmålet
- 3 beslutnings-/estimeringsprosesser som kan påvirke informantenes behandling eller rapportering av et svar
- 4 svarprosessen, der informanten produserer et svar på spørreskjemaspørsmålet (Willis & Miller, 2011)

Hensikten med de kognitive intervjuene var å få

innsikt i tankeprosessene til foreldrene som svarte, for å vurdere om spørsmålene kan gjøres tydeligere eller lettere å svare på og dermed redusere feilkilder. Informantene ble derfor bedt om å «tenke høyt» og oppfølgingsspørsmål ble stilt der det var ønskelig med mer informasjon.

Deltakelse i studien var basert på frivillig, informert samtykke og informantene kunne når som helst trekke seg fra studien. Det ble innhentet godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD), referansenummer 748364.

Resultater

På bakgrunn av oversettelsen og informantenes tilbakemeldinger under kognitive intervjuer, vurderte forfatterne at spørreskjemaets spørsmål er dekkende og relevante. Videre ble spørsmålene vurdert å være dekkende for å undersøke familiebehovene bredt.

Gjennomgående rapporterte informantene at de opplevde spørreskjemaet som nyttig. De svarte at spørreskjemaet inneholdt relevante spørsmål, og at det var til hjelp at spørsmål/behov var listet opp slik at man slapp å komme på behovene selv. Imidlertid fremkom det at noen områder knyttet til tidsaspektet de skulle svare for, samt oppfattelse av instruksjonsteksten til de tre siste spørsmålene, var utfordrende. Det var også noen begreper som man måtte finne gode norske oversettelser for. I det følgende utdypes resultater av relevans for validiteten.

FORHOLD KNYTTET TIL OVERSETTELSEN

Drøftingene i konsensusgruppen og tilbakeoversettelsesprosessen var viktige for det endelige resultatet fordi det er mange nyanser i språket som kan være krevende å balansere på en god måte. I det følgende vises det til noen eksempler fra oversettelsen av påstandene i spørreskjemaet.

Den innledende instruksjonen i originalteksten *How much has each need been met at this point in time?* åpner for ulike tolkninger av hvilket tidsaspekt respondentene skal se for seg når de besvarer spørsmålene. I oversettelsen trinn 1-6 diskuterte forfatterne om tidsaspektet kunne forstås som tiden *fra barnet ble skadet og frem til nå*, eller om det handlet om *akkurat nå*. Dette ble undersøkt med originalforfatter Gan og Wright som bekreftet at tidsaspektet det henvises til er *akkurat nå*. Den endelige oversettelsen ble derfor: *I hvilken grad har hvert behov blitt dekket på nåværende tidspunkt?*

Spørsmål 13: *To receive strategies to help me come to terms with the changes in my child.* Uttryk-

ket *come to terms with* ble diskutert. På norsk kan dette forstås som å *akseptere*, men det ble vurdert som et for sterkt ord. Oversettelsen ble: *Å få strategier som kan hjelpe meg til å avfinne meg med endringene hos barnet mitt.*

Spørsmål 17: *To have help to educate and involve family and friends to share my challenges and responsibilities for my child.* Ord som ble diskutert var *educate*, det var forslag om *lære opp* og *informere*. Under diskusjon ble det imidlertid enighet om at «*educate* er noe mer enn å informere. Det ble enighet om at *opplæring* er et mer dekkende ord.

FORHOLD KNYTTET TIL DE KOGNITIVE INTERVJUENE

Instruksjonen for de tre siste spørsmålene i spørreskjemaet skiller seg fra de tidligere spørsmålene. Et hovedfunn fra de kognitive intervjuene var at informantene overså instruksjonsteksten til disse tre spørsmålene (38-40), og besvarte dem med utgangspunkt i instruksjonen som gjaldt spørsmål 1-37. Resultatet var at spørsmål 38-40 ikke ble besvart korrekt. Da informantene ble gjort oppmerksom på dette, var deres tilbakemelding at instruksjonen var for lite synlig. Utviklerne Gan og Wright hadde ikke fått rapportert denne utfordringen tidligere, men de opplyste at den som administrerte spørreskjemaet hos dem hadde gjort respondentene oppmerksomme på den nye instruksjonsteksten for spørsmål 38-40 før de begynte å fylle ut spørreskjemaet. Det ble derfor tilføyet i manualen til FNQ-P at man skulle informere respondentene på forhånd om instruksjonsteksten som gjelder for spørsmål 38-40.

Noen av spørsmålene ble av informantene oppfattet som at de ble spurt om flere forhold i ett og samme spørsmål, og at det var vanskelig å vurdere og besvare hele spørsmålet på en gang. Et eksempel er spørsmål 5: *Å forstå hva jeg kan forvente meg av rehabiliteringen, inkludert hvem som er i mitt barns team, forventet lengde på oppholdet, utskrivelse til kommunen, familieinvolvering osv.* Derfor valgte informantene å skåre spørsmålet som dekket i lavere grad selv om noen av forholdene kunne oppleves som fullt dekket.

I de kognitive intervjuene fremkom også utfordringer knyttet til tidsaspektet informantene skulle svare innenfor. De opplevde at det var vanskelig å besvare spørsmålene konsekvent ut fra tidsavgrænsningen «nåværende tidspunkt». Spørsmålene adresserer ulike forhold i hele rehabiliteringsprosessen, hvilket fører til at enkelte spørsmål passer bedre en-

ten i tidlig eller sen fase etter skaden. For informantene som hadde barn i tidlig fase etter hjerneskadene var det relevant å svare på spørsmål om medisinske forhold, emosjonell støtte og spørsmål knyttet til den tidlige rehabiliteringsprosessen. Det kom frem at informantene sjelden krysset av for «ikke behov», selv på spørsmål som gjaldt fremtiden, som umulig kan være dekket. Dette gjaldt eksempelvis spørsmål 28: *Å få bistand til å argumentere for at mitt barn skal få skolefaglig støtte til å håndtere sine endrede skoleferdigheter og andre spørsmål knyttet til skolegang.*

Informantene som hadde barn i senere fase etter skade opplevde at spørsmål om medisinske forhold kunne peke tilbake i tid. I tillegg kunne behovene endre seg over tid, hvilket gjorde det utfordrende å besvare noen av spørsmålene. Eksempelvis gjaldt dette spørsmål som omhandlet det å få *fortløpende informasjon*, hvilket var et behov som ble mindre uttalt over tid, for eksempel spørsmål 8: *«Å ha tilgang til fortløpende informasjon om mitt barns fysiske utfordringer...».*

Spørsmål knyttet til den tidlige rehabiliteringsprosessen opplevde informantene i senfase seg ferdig med ettersom det var gått 1-3 år siden skaden. Det var likevel sjelden at de svarte «ikke behov».

Oppsummert viste funnene omkring vanskene med tidsaspektet to forhold.

- 1 Vansker med å forstå instruksjonsteksten med hensyn til tid.
- 2 Hvordan besvare spørsmål som egentlig omhandler en fase man ikke er i akkurat nå.

I spørsmål 25 er det ulike eksempler på støtteapparat, inkludert åndelige ledere. Flere informanter ga uttrykk for at det er uvant å tenke på åndelige ledere i Norge. I spørsmålet ble det lagt til andre type ledere som «trenere eller ledere i fritidsaktiviteter», da mange barn i Norge deltar i slike aktiviteter på fritiden.

En informant kommenterte at norske velferdsordninger burde komme bedre fram. Eksempler på aktuelle rettigheter var pleiepenger, omsorgslønn, hjelpestønad og personlig assistent. Disse velferdsordningene ble inkludert som eksempler i spørsmål 40: *Å ha tilgang til ressurser for meg selv eller familien min (for eksempel økonomisk støtte som pleiepenger, hjelpestønad, omsorgslønn, personlig assistent, støttekontakt, juridisk veiledning, avlastning, støtte fra sosialt nettverk, rådgivning, barnehage, skolefritidsordning (SFO)/aktivitetsskolen (AKS),*

annet: på norsk. Oversettelsen ble: *Å få hjelp til opplæring og involvering av familie og venner slik at de deler mine utfordringer og ansvar for barnet mitt.*

Diskusjon

Hensikten med denne studien har vært å oversette spørreskjemaet «The Family Needs Questionnaire - Pediatric» til norsk og kunne presentere dette arbeidet for ergoterapeuter i Norge, slik at man kan få mer strukturerte og standardiserte kartlegginger av udekkede behov. Alt i alt oppfattes spørreskjemaet nå å være oversatt med god kvalitet, og at skjemaet kan tas i bruk i klinisk praksis i Norge, selv om det er behov for større, kvantitative norske valideringsstudier.

VALIDITET

Et av hovedfunnene som handlet om vansker med tidsaspektet som skulle tas i betraktning ved svar, var sentralt da det kan påvirke validiteten til FNQ-P. Utfordringen var kjent for utviklerne gjennom deres pilottesting (Gan & Wright, 2019). De hadde foretatt noen endringer som følge av sine funn, men det viste seg etter den norske oversettelsen og kognitive intervjuer at dette fortsatt var en utfordring. Voksenversjonen FNQ-R har også samme tidsaspekt med «akkurat nå». Man kan tenke seg at det å avgrense spørsmålene til eksempelvis å gjelde siste uke eller måned kunne gjort det noe enklere. I den norske FNQ-P har man valgt å legge seg nært opptil originalversjonen, og derfor ikke endret på formuleringen vedrørende tidsaspektet, men forsøkt å klargjøre instruksjonsteksten.

En annen mulig utfordring er at spørsmålene favner flere faser etter skaden. Utvikleren har opplyst at dette var et ønske fra brukerrepresentanter da de arbeidet med utviklingen av barnevernsversjonen (Gan & Wright, 2019). Det kan være både en styrke og en svakhet ved spørreskjemaet at det prøver å favne så bredt, for eksempel kan det være bra å unngå etablering av ulike spørreskjemaer for ulike faser i rehabiliteringen. Et tredje aspekt knyttet til tid og forløp var at informantene som hadde barn i tidlig fase, sjelden krysset av for «ikke behov» når det gjaldt spørsmål om fremtiden. Dette antyder at spørreskjemaet kan være særlig nyttig i den sene fasen av rehabiliteringen, når respondentene har fått mer erfaring med sin situasjon.

På generell basis er det slik at spørsmål med flere fokus bør unngås da de blir vanskelige å besvare (De Vet et al., 2011). Noen informanter rapporterte at de valgte å svare midt på skalaen for å løse opp-

gaven og komme videre i spørreskjemaet, noe som utgjør en mulig validitetstrussel. Spørsmål med flere fokus inneholder imidlertid ofte forhold som hører sammen. En oppdeling av samvirkende forhold kan også bidra til at spørreskjemaet oppfattes som lengre, som igjen kan skape en trussel mot validitet fordi informantene mister tålmodigheten. Vi valgte derfor å ikke avvike i for stor grad fra originalteksten og beholdt de flerleddete spørsmålene.

Foreldrene oppfattet spørsmål om de har fått informasjon, støtte og hjelp som relevante. Informantenes tilbakemelding om at hjelp, støtte og informasjon ble opplevd som mangelfull stemte godt overens med hva som er funnet i tidligere studier om udekkede behov hos foreldre (Keetley et al., 2019; McKinlay et al., 2016; Savage et al., 2005). Liknende erfaringer bekreftes i Norge (Andelic et al., 2014; Røe et al., 2020). Spørreskjemaet bekreftet at noen familier opplever å få for lite støtte, og at FNQ-P fanger dette opp, som igjen tyder på tilfredsstillende innholdsvaliditet. Dette må imidlertid undersøkes empirisk i kvantitative valideringsstudier.

Når det gjelder kulturelle forskjeller, så kom det fram at å ha åndelige ledere ikke er så utbredt i Norge, og dette ble erstattet med trener og ledere i fritidsaktiviteter. Gan opplyste at «åndelige ledere» hadde kommet med i spørreskjemaet etter tilbakemeldinger fra oversettelse fra et annet land. Velferdsordningene i Norge skiller seg fra de fleste andre lands systemer (Sperre Saunes, Karanikolos, Sagan & World Health Organization, 2020). Norge har et offentlig finansiert helse-system med rettigheter og tjenester som er tilgjengelig for alle. Det kan ha bidratt til at informantene savnet at slike velferdsordninger ikke var nevnt. Følgelig ble navn på norske velferdsordninger tilføyet i spørsmål 40.

ETISKE BETRAKTNINGER

Det kan være en fare for at utfylling av spørreskjemaer om sensitive temaer kan oppleves belastende for respondentene, særlig i en akutt fase. Dersom spørreskjemaet imidlertid avdekker helsebehov som fører til igangsetting av nødvendige tiltak, vil det kunne veie opp for et mulig ubehag ved utfyllingen. Noen foreldre vil også kunne føle seg sett og forstått ved at behovet for oppfølging adresseres. Likeså vil bruk av skjemaet i forskningsøyemed kunne bidra til kunnskap om en pasientgruppe vi vet for lite om, og dermed bidra til at gruppen som helhet vil kunne få et bedre behandlingstilbud på sikt.

NYTTEVERDI OG ANVENDELSE FOR ERGOTERAPEUTER OG ANDRE FAGGRUPPER

Det er kjent at foreldre til barn med ervervet hjerneskade kan ha udekkede behov og utfordringer med hverdagslivet (McKinlay et al., 2016; Savage et al., 2005). Rehabilitering etter hjerneskade hos barn er avhengig av innsats på flere livsområder, der barnets bedring også påvirkes av hvordan familiesystemet fungerer (Gan et al., 2013; Laatsch et al., 2020). Dette peker på viktigheten av å ikke se på ergoterapeutens rolle som knyttet kun til barnets behov, men at ergoterapeuter i samarbeid med annet helsepersonell kan bidra til å dekke familiens samlede behov i rehabiliteringen. I en slik sammenheng vil det være av betydning å ha et vurderingsredskap som undersøker familiens behov som er tilpasset konteksten det brukes i. I et tverrfaglig samarbeid vil spørreskjemaet kunne bidra til å identifisere tiltaksområder og danne et grunnlag for å vurdere hvilke profesjoner som kan være aktuelle i arbeidet med å møte familiens behov.

Spørreskjemaet adresserer flere områder som er meget relevante for ergoterapeuter, slik som barnets hjelpebehov, fysisk og kognitiv funksjon, treningsbehov i dagliglivets aktiviteter, samt kartlegging av barnets og familiens ressurser. Spørreskjemaet tar opp forhold omkring rehabiliteringsprosessen, målarbeid, informasjonsbehov, involvering og opplæring av pårørende og andre sentrale personer i barnets hverdag. Videre tar FNQ-P opp hvordan foreldre prioriterer tid til seg selv og egen helse samt ivaretagelse av søsken sine behov. Andre områder som er relevante er spørsmål om praktisk støtte, hjelpemidler, tilrettelegging og kommunale tiltak. Oppsummert vil FNQ-P kunne bidra til at man møter foreldrene i henhold til deres eventuelle bekymringer knyttet til barnets behov, og man vil kunne bruke skjemaet som et felles utgangspunkt for samarbeid med familien om målrettet prioritering i rehabiliteringen, slik det anbefales av Gan et al. (2020). Der det er sentralt for ergoterapeuten å bidra, vil det selvsagt være relevant å utvide undersøkelsen med fagspesifikke kartleggingsredskaper for å vurdere aktivitet og deltakelse.

Klinikere som ønsker å benytte FNQ-P bør fortrinnsvis gjennomføre dette som intervju eller at man setter av tid til samtale etter utfylling. Ved selvrapportering er det en fordel om en behandler er til stede, for å avklare spørsmål underveis. Det er viktig at alle spørsmål og instruksjoner blir lest og forstått slik at respondentens svar blir så gyldige som mulig.

Foreldrene kan også få spørreskjemaet på forhånd, for eksempel når de er hjemme, slik at de kan forberede seg for så å gå gjennom i en klinisk samtale etterpå. Det å fylle ut skjemaet hjemme kan tenkes å bidra til at det er enklere å besvare hvordan behov er dekket «akkurat nå». Spørreskjemaet kan være ekstra verdifullt i en senere fase, når foreldrene har fått oversikt over egne behov. Skjemaet kan være nyttig både i spesialist- og i primærhelsetjeneste for adekvat behandlingsplanlegging som sikrer at tiltak settes inn der skoen trykker mest og ikke der man har ressurser tilgjengelig eller der behandlerne tror skoen trykker.

Den norske versjonen av FNQ-P kan bestilles uten kostnader fra hjemmesiden til Holland Bloorview <https://hollandbloorview.flintbox.com/#technologies/1d57b9da-f3b4-499b-b350-ba1c9549e1f3>. Her finner man alle de oversatte versjonene av spørreskjemaet og manualen. Utviklerne ønsker å registrere dem som benytter spørreskjemaet slik at de kan kontaktes når det er oppdateringer. FNQ-P er også omtalt på Ergoterapeutenes oversikt over kartleggingsredskaper, men selve spørreskjemaet er ikke tilgjengelig der.

FORSKNINGSBEHOV

De Vet et al. (2011) anbefaler at det gjennomføres psykometrisk testing etter oversettelse av spørreskjema. Fremtidig kvantitativ undersøkelse av måleinstrumentets validitet, reliabilitet og responsivitet i en norsk kontekst vil være viktig. FNQ-P inngår i forskningsprotokollen til to pågående norske studier (Rohrer-Baumgartner et al., 2022; Soberg et al., 2021), slik at mer empirisk dokumentasjon av psykometriske egenskaper kan forventes de kommende årene.

STYRKER OG SVAKHETER MED STUDIEN

En styrke ved studien er at oversettelsen fulgte en anbefalt prosedyre, og at arbeidet ble gjennomført av en tverrfaglig gruppe. To ergoterapeuter og tre psykologspesialister bidro i oversettelsen og vurderingen av innholdsvaliditet. En fordel med kognitive intervjuer var at det ga nærhet til informantene og deres historier om hva som opplevdes som utfordrende og hensiktsmessig. Dette ga verdifull informasjon som har medført tilpasninger i spørreskjemaet. En styrke med utvalget var deltakelse av informanter av begge kjønn, og at de representerte både tidlig og sen fase i rehabiliteringsforløpet. Videre var det en variasjon i barnas funksjon fra mild

til alvorlig skade, i motsetning til studiene fra Gan og kollegaer (2019; 2020) hvor det var et flertall av kvinnelige respondenter med barn som hadde alvorlig skade. Alle informantene hadde utdanning fra høyskole/universitet, hvilket kan ha gitt en skjevhet i svarstil. En annen mulig kilde til skjevhet er at alle informantene ble rekruttert fra spesialisthelsetjenesten og at de besvarte skjemaet under et opphold i spesialisthelsetjenesten. Hadde informantene besvart spørsmålene hjemme kunne det gitt ytterligere informasjon om de opplevde de samme vanskene med tidsaspektet «akkurat nå». Et annet forhold er den kvalitative tilnærmingen med kognitive intervjuer hvor informantene måtte forholde seg til en intervjuer. Det kan gjøre besvarelsessituasjonen noe annerledes, enn det å fylle det ut alene. En kvantitativ studie kunne gitt informasjon om hvordan spørreskjemaet og spørsmålene fungerer når respondenter fyller ut spørreskjemaet for seg selv. Det å tillegge en kvantitativ studie og øke antall respondenter kunne styrket studien.

Konklusjon

Denne studien har bidratt til at vi har et tilgjengelig vurderingsredskap på norsk som undersøker familiers behov etter ervervet hjerneskade hos barn. For ergoterapeuter er det dessuten spesielt relevant at FNQ-P kan benyttes for å undersøke sosiale omgivelser og forhold som påvirker aktivitet og deltakelse i hverdagslivet. FNQ-P vil videre kunne være nyttig i arbeidet med å adressere familienes behov og derigjennom vektlegge den holistiske rehabiliteringen av barn med ervervet hjerneskade og deres familier. Familienes behov endres med tiden etter et barns skade, og FNQ-P vil kunne hjelpe helsepersonell til å avdekke udekkede behov på ulike tidspunkt, og dermed bidra til at familiene får rett hjelp til rett tid, og at man sikrer at rehabilitering har et fokus som oppleves relevant for familien.

TAKK

Takk til Norsk Ergoterapeutforbund som har bidratt med FOU-midler til å gjennomføre oversettelsen og publisering av resultater i tidsskriftet Ergoterapeuten.

Referanser

- Andelic, N., Soberg, H. L., Berntsen, S., Sigurdardottir, S. & Roe, C. (2014). Self-perceived health care needs and delivery of health care services 5 years after moderate-to-severe traumatic brain injury. *Pm r*, 6(11), 1013-1021; quiz 1021. doi:

- 10.1016/j.pmrj.2014.05.005
- Anderson, V., Catroppa, C., Beauchamp, M. & Yeates, K. (2016). *New Frontiers in Pediatric Traumatic Brain Injury: An Evidence Base for Clinical Practice*: Routledge.
- Conrad, F. & Blair, J. (1996). *From impressions to data: Increasing the objectivity of cognitive interviews*. Paper presented at Proceedings of the Section on Survey Research Methods, Annual Meetings of the American Statistical Association. Hentet fra <https://www.bls.gov/osmr/research-papers/1996/pdf/st960080.pdf>
- De Vet, H. C., Terwee, C. B., Mokkink, L. B. & Knol, D. L. (2011). *Measurement in medicine: a practical guide*: Cambridge University Press.
- Drennan, J. (2003). Cognitive interviewing: verbal data in the design and pretesting of questionnaires. *Journal of advanced nursing*, 42(1), 57-63. doi: DOI:10.1046/j.1365-2648.2003.02579.x
- Gan, C., DePompei, R. & Lash, M. (2013). Family assessment and intervention IN. D. Zasler, D. I. Katz & R. D. Zafonte (Red.), *Brain injury medicine: principles and practice* (s. 621-634)
- Gan, C., Gargaro, J., Brandys, C., Gerber, G. & Boschen, K. (2010). Family caregivers' support needs after brain injury: A synthesis of perspectives from caregivers, programs, and researchers. *NeuroRehabilitation*, 27(1), 5-18. doi: DOI: 10.3233/NRE-2010-0577
- Gan, C., Van't Hooft, I., Brookes, N., Prasauskiene, A., Wales, L. & Wright, F. V. (2020). First stage international validation of the pediatric family needs questionnaire (FNQ-P). *Brain injury*, 34(8), 1074-1083. doi: DOI: 10.1080/02699052.2020.1782474
- Gan, C. & Wright, F. V. (2019). Development of the family needs questionnaire-pediatric version [FNQ-P]-phase I. *Brain injury*, 33(5), 623-632. doi: DOI: 10.1080/02699052.2019.1566836
- Holland Bloorview. (2020). The Family Needs Questionnaire Pediatric. Hentet 30.09.20 fra <https://www.hollandbloorview.ca/research-education/bloorview-research-institute/outcome-measures/family-needs-questionnaire>
- Keetley, R., Radford, K. & Manning, J. C. (2019). A scoping review of the needs of children and young people with acquired brain injuries and their families. *Brain injury*, 33(9), 1117-1128. doi: DOI: 10.1080/02699052.2019.1637542
- Kirk, S., Fallon, D., Fraser, C., Robinson, G. & Vassallo, G. (2015). Supporting parents following childhood traumatic brain injury: a qualitative study to examine information and emotional support needs across key care transitions. *Child: care, health and development*, 41(2), 303-313. doi: DOI: 10.1111/cch.12173
- Kreutzer & Marwitz. (2008). Family needs questionnaire-revised: administration and scoring manual. *Richmond, VA: VCU PM&R; Neuropsychol.*
- Laatsch, L., Dodd, J., Brown, T., Ciccía, A., Connor, F., Davis, K., . . . Lundine, J. (2020). Evidence-based systematic review of cognitive rehabilitation, emotional, and family treatment studies for children with acquired brain injury literature: From 2006 to 2017. *Neuropsychological rehabilitation*, 30(1), 130-161. doi: DOI: 10.1080/09602011.2019.1678490
- McKinlay, A., Linden, M., DePompei, R., Aaro Jonsson, C., Anderson, V., Braga, L., . . . Hermans, E. (2016). Service provision for children and young people with acquired brain injury: practice recommendations. *Brain injury*, 30(13-14), 1656-1664. doi: DOI: 10.1080/02699052.2016.1201592
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., . . . De Vet, H. C. (2010). The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Quality of life research*, 19(4), 539-549. doi: DOI: 10.1007/s11136-010-9606-8
- Rohrer-Baumgartner, N., Holthe, I. L., Svendsen, E. J., Røe, C., Egeland, J., Borgen, I. M., . . . Øra, H. P. (2022). Rehabilitation for children with chronic acquired brain injury in the Child in Context Intervention (CICI) study: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 1-14. doi: DOI: 10.1186/s13063-022-06048-8
- Røe, C., Anke, A., Arango-Lasprilla, J. C., Andelic, N., Caracul, A., Rivera, D. & Norup, A. (2020). The Family Needs Questionnaire-Revised: a Rasch analysis of measurement properties in the chronic phase after traumatic brain injury. *Brain Inj*, 34(10), 1375-1383. doi: 10.1080/02699052.2020.1802664
- Savage, R. C., DePompei, R., Tyler, J. & Lash, M. (2005). Paediatric traumatic brain injury: A review of pertinent issues. *Pediatric rehabilitation*, 8(2), 92-103. doi: DOI: 10.1080/13638490400022394
- Soberg, H. L., Moksnes, H. Ø., Anke, A., Røise, O., Røe, C., Aas, E., . . . Helseth, E. (2021). Rehabilitation Needs, Service Provision, and Costs in the First Year Following Traumatic Injuries: Protocol for a Prospective Cohort Study. *JMIR Research Protocols*, 10(4), e25980. doi: DOI: 10.2196/25980
- Sperre Saunes, I., Karanikolos, M., Sagan, A. & World Health Organization. (2020). Norway: Health system review. Hentet 01.05.22 fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331786/HiT-22-1-2020-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Swaine-Verdier, A., Doward, L. C., Hagell, P., Thorsen, H. & McKenna, S. P. (2004). Adapting quality of life instruments. *Value in health*, 7(s1). doi: DOI: 10.1111/j.1524-4733.2004.7s107.x
- Teasell, R., Bayona, N., Marshall, S., Cullen, N., Bayley, M., Chundamala, J., . . . Hartridge, C. (2007). A systematic review of the rehabilitation of moderate to severe acquired brain injuries. *Brain injury*, 21(2), 107-112. doi: DOI: 10.1080/02699050701201524
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in health*, 8(2), 94-104. doi: DOI: 10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x
- Willis, G. B. (2004). *Cognitive interviewing: A tool for improving questionnaire design*: sage publications.
- Willis, G. B. & Miller, K. (2011). Cross-Cultural Cognitive Interviewing: Seeking Comparability and Enhancing Understanding. *Field Methods*, 23(4), 331-341. doi: 10.1177/1525822X11416092



ASSISTEP

Bidrar til egenmestring og selvstendighet



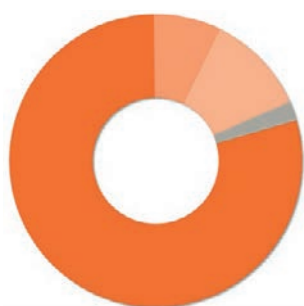
VINNER
POST 17

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

ASSISTEP LEVERT TIL HJEMMEBOENDE 2017 - 2019:



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



FORDELENE MED ASSISTEP

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

 RING OSS PÅ
46 74 55 55

www.assistep.no

FORHANDLES AV
HEPRO



NAVN:
Mona Asbjørnslett
STILLING:
**Førsteamanuensis ved Fakultet
for helsevitenskap ved OsloMet.**

Av Else Merete Thyness

Forsker på barn og unges helse i lys av aktivitetsvitenskap

– Hvem er Mona Asbjørnslett?

– Jeg er førsteamanuensis ved Institutt for rehabiliteringsvitenskap og helseteknologi, ved OsloMet – storbyuniversitetet

– Hva forsker du på?

– Jeg forsker på litt ulike temaer, skriver artikler sammen med andre kolleger og veileder. Blant annet er Karen Synne Groven, Unni Sveen og jeg så heldige å være veiledere i Ingvill Drevland sitt Ph.d.-prosjekt «Helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot ungdoms psykiske helse – et tverrfaglig og tverrsektorielt ansvar». Dette er et prosjekt om barn- og unges psykiske helse i eget hverdagsliv, der ungdommene selv forteller om aktiviteter som bidrar til god helse. Prosjektet ser også på hvordan kommunehelsetjenesten og skolesektoren kan arbeide sammen for å forebygge psykisk helseplager hos ungdom. Det vil gi oss viktig kunnskap ikke minst fra barn og unge selv. Kanskje psykisk helse bør være det neste satsningsområdet i ergoterapi?

På ergoterapeututdanningen har vi også hatt et prosjekt gående om studenters hverdagsliv, der studentene våre har intervjuet andre studenter gjennom flere år, også internasjonalt og gjennom Covid perioden der konsekvenser av nedstengningen har vært et tema. Jeg driver også med prosjekter om internasjonal forståelse av ergoterapi, som er spennende.

Et annet tema er refleksjoner rundt metode

når det gjelder forskning med barn og unge. Her er vi opptatt av å reflektere og analysere selve forskningsprosessen. Vi har stilt kritiske spørsmål til vår egen rolle som forskere i forhold til egne erfaringer og hvilke reaksjoner og forståelser vi har møtt hos barn. Dette har gitt oss nyttig og viktig kunnskap for å komme videre i å forstå ulike perspektiver hos barn. Vi har et stort ansvar for den prosessen som handler om å skape mening sammen med barna, en prosess der det skapes ulike følelser og kroppslige reaksjoner, som motstand og entusiasme. Participatory sense-making er enda et spennende begrep om deltakelse, og dette er et begrep vi bruker for å se på hvordan barn forstår seg selv i samskaping av forskning med oss forskere. Forskningsprosessen er altså ikke en nøytral prosess, men noe vi gjør sammen (1).

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

– I dag vil jeg fremsnakke Sissel Horghagens publikasjoner om bruk av blant annet teater som aktivitet i arbeidet med marginaliserte grupper. Les for eksempel «Fra avmakt til makt over eget hverdagsliv gjennom kulturelle aktiviteter». (2) Selv om denne ikke handler om barn og unge, er budskapet overførbart fordi det handler om hvordan aktiviteter kan bidra til at utsatte grupper blir sett og hørt og ikke minst skape anerkjennelse og økt selvrespekt hos utsatte grupper. Gjennom teater forteller de

sine historier til andre og bidrar til kunnskap. Se for eksempel hvordan aktiviteten *Fargespill* har fått mange barn fra ulike kulturer til å skinne gjennom en inkluderende og positiv aktivitet. Hovedaktiviteten er sceneforestillinger med musikk og dans. Gjennom ukentlige møteplasser utforsker barn og unge med ulik kulturell bakgrunn hverandres kulturarv med respektfull nysgjerrighet.

Sissel har skrevet flere artikler, men poenget mitt i dag er å løfte frem at ergoterapi bør ha mer fokus på arbeid med psykisk helse og marginaliserte grupper, som for eksempel asylsøkere. Det å skape møteplasser med meningsfulle aktiviteter som har en hensikt for de det gjelder, løfter perspektivet vårt fra individualisert tenkning til å kunne forstå et mer sammensatt bilde av aktivitet og deltakelse i samfunnet vårt.

Også artikkelen til Michael Gallagher «Foucault, power and participation» (3) har fulgt meg i mange år. Den handler om deltakelse som makt, det vil si, at deltakelse må skje i praksis, for at det skal være reell deltakelse eller makt. Gallagher skriver at lover og regelverk om retten til deltakelse kun er «luftige avgjørelser». Dersom rettighetene ikke kan ses utført i praksis, er det ikke reell deltakelse. Et viktig forskningsspørsmål i tråd med denne tanken er: *Hvordan praktiseres reell inkludering og sosial deltakelse blant marginaliserte grupper i samfunnet?*

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

– For meg er aktivitetsvitenskap både viktig og spennende, fordi jeg mener at det er nødvendig å forstå sammenhengen mellom for eksempel barns hverdagsliv, funksjonshemming og/eller sykdom. Det samme gjelder for andre grupper, som mennesker med psykiske lidelser eller rusproblematikk. Jeg mener at vi har mye å gå på når det gjelder å få flere ergoterapeuter inn i arbeidet med blant annet barn og unge som sliter med psykisk helse.

Vi trenger mer forskning om den positive betydningen aktiviteter kan tilføre egen helse og livskvalitet. Jeg vet at flere ergoterapeuter gjør en svært viktig jobb på dette området. Jeg har akkurat vært på praksisbesøk og latt meg imponere over god ergoterapi. Det er derfor viktig å kunne dokumentere betydningen av ergoterapi for disse barna og ungdommene, samt å begrunne hvilke tiltak som kan styrke barn- og unges psykiske helse, spesielt i nærmiljøet. Hvordan kan vi bidra til bærekraft i kommunene når det gjelder psykisk helse, det vil si,

hvilke aktivitetsbaserte tiltak kan fremme helse hos barn og unge? Svaret sitter de med selv.

Referanser

1. Bjorbækmo, W. S; Greve, A. & Asbjørnslett, M. (2022). «This is Not Me» – A Critical Discussion About Methodological Issues Concerning Agency and Participatory Sense-Making in Qualitative Research with Children. *International Journal of Qualitative Methods*. Volume 21: 1–11. DOI: 10.1177/16094069221118990
2. Horghagen, S. Fra avmakt til makt over eget hverdagsliv gjennom kulturelle aktiviteter. *Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid* (6.30.05.2016, <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2016-01-02-13>).
3. Gallagher, M. (2008). Foucault, power and participation. *The International Journal of Children's Rights*, 16(3), 395–406. <https://doi.org/10.1163/157181808X311222>



Aktiviteter, som Fargespill, kan bidra til at utsatte grupper blir sett og hørt og ikke minst skape anerkjennelse og økt selvrespekt hos utsatte grupper. Foto: Tor Høvik/BT.

OPPSUMMERT FORSKNING

Livskvalitet fra perspektivet til unge voksne med Downs syndrom

Hva skal til for å leve et godt voksenliv? Denne studien utforsket tankene til åtte 22 åringer med Downs syndrom om hva som er betydningsfullt når en er i overgang til voksenlivet. Studien er publisert i Journal of Intellectual Disabilities i 2021, og oppsummeres her på norsk.

Av Kjersti Wessel Jevne, Marit Kollstad og Anne-Stine Dolva

Kjersti Wessel Jevne er stipendiat og spesialpedagog.

Marit Kollstad er førsteamanuensis, sosialpedagog og helsesykepleier.

Anne-Stine Dolva er professor og ergoterapeut.

Alle tre er ansatt ved Høgskolen i Innlandet (HINN) og medlemmer av den tverrfaglige forskergruppen Funksjonshemming og deltakelse ved fakultet for helse og sosialvitenskap ved HINN.

BAKGRUNN

Det skjer en gradvis overgang fra ungdom til voksenliv. Denne prosessen, emerging adulthood, referer til aldergruppen 18-25 år (Arnett, 2007). En litteraturstudie, i hovedsak basert på foreldres perspektiv, beskriver at unge med Downs syndrom står overfor store utfordringer i denne overgangsperioden. Dette gjelder særlig relatert til arbeid eller sysselsetting, men også fritid og sosial deltakelse (Foley et al., 2012). Disse funnene peker imidlertid også på betydningen av å utforske de unges eget perspektiv, og hva de selv tenker skal til for å få et godt voksenliv.

Studien tar utgangspunkt i begrepene livskvalitet og well-being, som betegnes som to nært beslektede begrep (Camfield & Skevington, 2008). Livskvalitet er et komplekst fenomen som gjenspeiler dynamikken mellom individuelle ønsker i møte med objektive livsbetingelser. I tilknytning til mennesker med utviklingshemming handler livskvalitet om faktorene uavhengighet og selvstendighet, trivsel



The perspective of emerging adults with Down syndrome – On quality of life and well-being ble publisert i 2021 i Journal of Intellectual Disabilities.

og sosial deltakelse (Verdugo et al., 2012). Well-being knyttes til den enkeltes subjektiv mening og engasjement (Schueller & Seligman, 2010). En studie av Scott et al. (2014) utforsket well-being fra perspektivet til unge voksne med Downs syndrom. Her bekreftes de samme faktorene, men i tillegg fant de at selvbestemmelse knyttet til arbeid var spesielt viktig for uavhengighet.

I Norge tar politikken for mennesker med utviklingshemming utgangspunkt i internasjonale rettigheter og verdier. Målet er at alle borgere skal ha samme muligheter til utdanning, bolig, arbeid og fritid. Praksis viser at det er utfordringer med å innfri mål om deltakelse på alle disse områdene. Likevel har de fleste unge med Downs syndrom i Norge avsluttet et ordinært skoleforløp (Dolva, Kollstad og Jevne, 2019). Etter videregående har folkehøgskole vært et alternativ til videre skolegang for noen, deretter er arbeid/dagaktiviteter og flytting fra foreldrehjemmet neste skritt. Fra 18 år får alle med Downs syndrom uføretrygd,

nærmest automatisk. Når det gjelder arbeid eller dagaktiviteter er tilrettelagt arbeid med bonus-lønn eller dagsenter mest vanlig (Proba Samfunnsanalyse, 2016). I en litteraturstudie fant Kocman og Weber (2018) at arbeidslivstilfredshet for unge mennesker med utviklingshemming omhandler det samme som for mennesker generelt. Det handler om å få brukt sin kompetanse, mestre arbeidet, oppleve personlig vekst og delta i sosialt liv.

De fleste med en utviklingshemming vil ha behov for en form for hjelp eller støtte for å mestre hverdagsliv og bosituasjon (Kittelsaa, 2008; Midjo & Aune, 2018). I Norge er bofellesskap en vanlig boform der det kan tilrettelegges for individuell bistand. Mange med utviklingshemming er opptatt av å klare seg selv med tilpasset hjelp, og slik hjelp er også nødvendig for å kunne delta i aktiviteter på fritiden (Kollstad, 2008; Kittelsaa, 2018).

MÅL, DELTAKERE OG METODISK TILNÆRMING

Det er svært begrenset kunnskap om hva unge mennesker med utviklingshemming eller Downs syndrom vokst opp i en norsk kontekst tenker er betydningsfullt for å leve et godt voksenliv, forstått som livskvalitet og well-being. Tilnærmingen var kvalitativ med individuelle intervjuer, og deltakerne ble bedt om å bruke egne bilder som understøttelse for intervjuet. Det var utarbeidet en fleksibel intervjuguide, og det ble skrevet feltnotater. Data ble analysert med utgangspunkt i innholdsanalyse basert på Grane-



Formålet med studien var å undersøke hva unge voksne med Downs syndrom tenker skal til for å ha et godt voksenliv. Foto: Most photos, Dean Drobot.

heim og Lundman (2004). Studien var vurdert av NSD.

Deltakere ble rekruttert fra et langtidsprosjekt som har fulgt en alderskohort gjennom deres oppvekst. Ved tidspunkt for datainn-samling var de 22 år. Invitasjon til deltakelse gikk til 38 unge voksne, og åtte samtykket til å delta. Dette var fem kvinner og tre menn. Deltakerne var i ulike livssituasjoner. Fem bodde med sine foreldre, en delvis med foreldre og delvis i bofellesskap, en i bofellesskap og en i egen leilighet. Fem var i jobb på ulike arbeidststeder. Det var enten i tilrettelagt arbeid på skjermede arbeidsplasser, i dagsenter, i matbutikker eller eldrebolig. To gikk fortsatt på videregående skole og en var nettopp ferdig på folkehøgskole.

Intervjuene fant sted der deltakerne ønsket det, de fleste

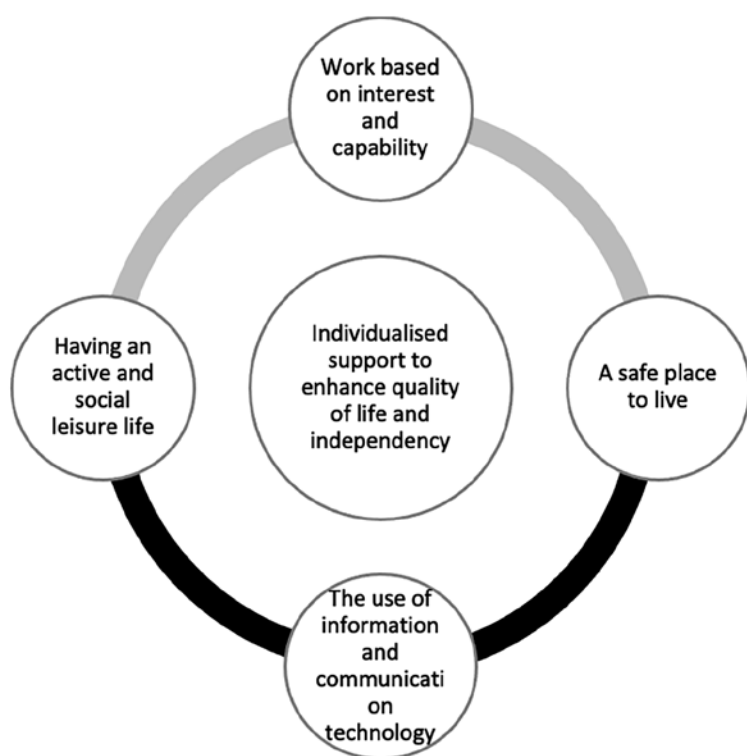
på deres egen arbeidsplass eller hjemme. Alle bortsett fra en ønsket å ha foreldrene i nærheten dersom de fikk behov for hjelp. Foreldrenes rolle var avklart, de skulle bistå bare dersom det var behov. Intervjuene varte fra én til to timer.

HVA SKAL TIL FOR Å LEVE ET GODT VOKSEN LIV?

Det ble indentifisert fire temaer som oppsummerer de unges betraktninger om livskvalitet og well-being:

- 1 arbeid basert på interesser og evner
- 2 aktiv fritid og sosialt liv
- 3 et trygt sted å bo
- 4 bruk av informasjon- og kommunikasjonsteknologi

Først presenteres de fire temaene, og deretter er kontekstrelatert mønster.



Figur: Individuell støtte for å øke livskvalitet og selvstendighet.

ARBEID BASERT PÅ INTERESSE OG EVNER

Jobben var et viktig utgangspunkt for å lære, mestre og for å delta i et sosialt fellesskap. Det var i tillegg av betydning at jobben var basert på interesser og evner. Å utføre arbeidsoppgaver basert på interesser og evner bidro til at man ble tryggere på jobben man gjorde, noe som igjen førte til at det var enklere å kunne avansere og få nye arbeidsoppgaver. Hjelp og støtte var nødvendig for å klare arbeidsoppgavene. Det kunne være lister med arbeidsoppgaver man skulle følge eller det å vite hvem en kunne kontakte for å be om hjelp. De som ikke hadde jobb, hadde drømmer om et fremtidig yrke basert på egne interesser. En var god til å skrive og ønsket å bli forfatter, en annen var sterk og likte fysisk arbeid og ville derfor jobbe på gård.

AKTIV FRITID OG SOSIALT LIV

Fritidsaktiviteter opplevdes som morsomme og kunne gi mestringfølelse. Aktivitetene kunne være både uformelle aktiviteter initiert av de unge selv eller organiserte tilrettelagte aktiviteter. Flere var aktive i organiserte, tilrettelagte aktiviteter og ønsket å fortsette med det. De var avhengige av støtte av foreldre, søsken eller assistenter for å kunne delta i disse aktivitetene. Av uformelle aktiviteter var film og bøker og ikke minst nettbasert aktivitet viktig. For å møte venner hjemme eller utenfor organiserte aktiviteter var de også avhengig av hjelp. Igjen var foreldre og søsken gode støttespillere. Bruk av mobiltelefon og sosiale medier var faktorer som bidro til å holde kontakt med venner og oppleve sosialt samhold. De fleste hadde venner som selv hadde en utviklingshemming.

ET TRYGT STED Å BO

En som bodde i egen leilighet, klarte det med støtte av teknologi for å bli påminnet daglige rutiner. Ved bruk av mobil kunne han tilkalle hjelp fra ansatte i en bolig i nærheten, noe som ga følelse av trygghet. Han ønsket å være selvstendig og selv kunne be om hjelp. Fire var i en prosess for å flytte ut av foreldrehjemmet, og var motivert for det. De skulle flytte til bofellesskap som var under bygging. Dette var bofellesskap med egne leiligheter og enkelte fellesrom. En annen ventet på å flytte ut av foreldrehjemmet og i mellomtiden øvde hun på å gjøre husarbeid og lage mat. To av de unge voksne ga uttrykk for at de ikke var klare for å flytte fra mor og far.

BRUK AV INFORMASJONS- OG KOMMUNIKASJONSTEKNOLOGI

De unge var opptatt av at mobil og nettbrett var en god støtte for å klare seg selv. Mobilen ble brukt som vekkeklokke og alarm, for å tilkalle hjelp og holde kontakt med familie, venner og støttepersoner. Mobilen ble i tillegg oppfattet som en trygghet når en var ute på egenhånd og for eksempel ikke fant veien hjem. Spesielt ble Facebook, Snapchat, Messenger og Instagram brukt flittig i tillegg til bruk av relevante apper for eksempel for å kjøpe bussbillett.

KONTEKSTRELATERTE MØNSTRE

Temaene sett i sammenheng avdekker to mønstre som er av betydning for å leve et godt voksenliv og ha god livskvalitet: Ett mønster beskriver hjelp og støtte som er nødvendig for å utføre et selvstendig arbeid. Det andre mønsteret handler om hjelp og støtte de unge er avhengige av for å kunne oppnå selvsten-

dighet i sosial fritid og relatert til bosted. Det gode liv og dermed livskvalitet og well-being for de åtte unge voksne i denne studien handlet om å leve selvstendige liv med tilpasset hjelp og støtte ved behov. Figuren under viser sammenhengen mellom kontekst og individuell støtte og den betydning dette har for livskvalitet og selvstendighet. I tillegg viser den at bruk av ulike informasjons- og kommunikasjonsteknologi spiller en større rolle i fritid og bosted enn i jobb.

KONKLUSJON

Funnene i denne studien viser at livskvalitet og well-being for de åtte unge voksne i denne studien handler om forhold som bidrar til at de kan leve selvstendig liv med

individuelt tilpasset hjelp. I tilknytning til bosted, arbeid og aktiv og sosial fritid spiller både menneskelig bistand og teknologi en viktig rolle.

Disse unge menneskene har vokst opp under en politikk som har som mål å inkludere utviklingshemmede som likeverdige medlemmer av samfunnet i utdanning, arbeid og fritid. Deres perspektiver gir et bidrag til den begrensede kunnskapen som finnes om unge med utviklingshemming sine egne tanker og ønsker for et godt liv.

HER KAN DU FINNE ORIGINALARTIKKELEN

Sage Journals: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/17446295211030097>

FINANSIERING

Studien var finansiert av forskergruppen Funksjonshemming og deltakelse med interne midler fra Høgskolen i Innlandet.

REFERANSER TIL ANDRE RELEVANTE PUBLIKASJONER

- Dolva, A-S., Kollstad, M., & Jevne, K.W. (2019). Et skoleforløp for elever med Downs syndrom. *Spesialpedagogikk* 3, 59-69.
- Solheim, L.J., Kollstad, M., Jevne, K.W. & Dolva, A-S. (2020). Arbeid som trening og mening – fra skole til arbeid for unge voksne med Downs syndrom. *Spesialpedagogikk* 4, 63-74.



Plages du av kulde, regn og snø?

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

For mer informasjon, kontakt oss på 67 06 49 00 eller www.medema.no



medemagruppen



Tidlig innsats for barn fra null til to år med risiko for cerebral parese

Forskning viser at tidlig diagnostisering av risiko for cerebral parese (CP) er mulig, og at tidlig innsats er viktig fordi hjernens evne til reorganisering er stor fra fødsel og de første leveårene (Novak et al. 2017). I Sandnes kommune ønsker vi å oppdage barn med risiko for CP tidlig og gi dem en god kunnskapsbasert oppfølging for å utnytte vinduet hvor hjernens plastisitet er stor.

Av Monica Skadsem

Vi ønsker å forebygge komplikasjoner og støtte foreldre i en sårbar fase. Vi tilbyr tverrfaglig, intensivt og målrettet oppfølging for å fremme best mulig utvikling og funksjon, ved å stimulere barnets egenaktivitet gjennom lek og samspill.

Fysio- og ergoterapi avdeling barn hadde prosjektet «Tidlig innsats» i 2018-2020. Vi satte oss inn i og gjorde oss erfaringer med Small Step Program (SSP) (Eliasson et al. 2015), Goals - Activity - Motor Enrichment (GAME) (Morgan et al. 2015), Hand Assessment for Infants (HAI) (Krumlinde-Sundholm et al. 2017), Mini-Assisting Hand Assessment (Mini-AHA) (Greaves et al. 2013) og Baby-CIMT (Sjøstrand og Eliasson 2015).

SSP og GAME er dokumenterte familiesentrerte metoder for tidlig innsats rettet mot barn med risiko for CP. Begge metoder anbefaler å legge til rette for et stimulerende hjemmemiljø og fremme barnets egenaktivitet med passe utfordrende og motiverende aktiviteter, gjennom veiledning og opplæring til foreldrene. Small Step Program deles inn i fem bolker à seks uker

med fokusområder håndfunksjon, mobilitet, kommunikasjon og samspill. GAME er et målrettet intensivt motorisk treningsprogram som aktivt involverer foreldre og inkluderer strategier for å berike barnets omgivelser med tanke på motorisk læring.

Vi hjelper foreldrene å sette realistiske og hensiktsmessige målsetninger. Vi har fokus på å oppmuntre foreldrene til å lokke fram babyens egenaktivitet basert på hva de vet at barnet liker, og hva som er viktig for dem. Vi graderer aktivitetene og tilrettelegger miljøet slik at babyen mestrer hele eller deler av aktiviteten selvstendig. Når en ferdighet er innlært gjøres den mer avansert for å øke variabilitet og generalisere aktiviteten. Treningen innebærer alltid tidlig vektbæring med tanke på senere mobilitet og rekke- og gripeferdigheter for å fremme håndfunksjon. Vi tilbyr Baby-CIMT eller bimanuell trening hvis barnet viser asymmetrisk håndbruk. Veiledning til foreldre innebærer å lære foreldrene enkel aktivitetsanalyse. Vi hjelper dem å optimalisere babyens våkentid, slik at treningen kan foregå når barnet er mest opplagt, uthvilt og mett. Vi lar foreldrene observere



Monica Skadsem er ergoterapispesialist i Barn Helse og arbeider ved Fysio- og ergoterapi avdeling barn i Sandnes kommune.

oss og deretter prøve selv. Vi bruker mye tid på å gi informasjon og snakker høyt om hva vi gjør og hvorfor. Tilrettelegging av miljøet innebærer å lage et lekemiljø som utfordrer barnets egenaktivitet og stimulerer til aktiv utforskning. Når vi greier å vekke barnets nysgjerrighet og egenaktivitet, genererer det mange repetisjoner og øker intensiteten i treningen. Utfordringene økes gradvis slik at det hele tiden er en progresjon i utviklingen. Tilretteleggingen innebærer også valg av leker og utgangsstilling for aktivitet.

CASE

Vi har gjennomført flere tidlige intervensjoner og her følger et anonymisert praksiseksempel. Vi fikk henvist et barn som hadde risiko for CP etter en tøff fødsel. Da vi observerte barnets spontanmotorikk rundt tre til fire måneders alder, var det tydelig at barnet hadde asymmetrisk bruk av hendene. Det så vi i form av økt bruk av den foretrukne høyre hånda. Det er i denne alderen det forventes at barn begynner å interessere seg for leker og gripe etter dem med begge hender (Ek et al. 2018). Vi startet da stimulering av venstre hånd ved å

veilede foreldrene til å gi barnet leker i affisert hånd og plassere barnet hensiktsmessig i forhold til lekene i aktivitet. Vi fokuserte også på å forklare og begrunne tiltakene for foreldrene med bakgrunn i prinsippene om hjernens plastisitet.

Foreldrene var engasjerte, og barnet viste framgang uke for uke. Ved fem måneders alder startet vi en treningsperiode med Baby-CIMT. Vi fulgte manualen systematisk. Foreldrene gjennomførte minst 30 minutters daglig trening i seks uker, med ukentlig veiledning fra ergoterapeuten. Det ble gjort HAI-test før og etter treningsperioden. Barnet viste klar fremgang med affisert hånd, ved å gripe flere ganger på eget initiativ fra tilpasset posisjon, holdt leker mer stabilt, og justerte arm/hånd bedre for å gripe leker. Deretter hadde vi seks uker pause fra Baby-CIMT, mens fysioterapeut veiledet en seks ukers treningsperiode med fokus på mobilitet. Dette gjentok vi to runder før barnet ble et år. Ved test og retester viste barnet god motorisk fremgang, og foreldrene opplevde mestring ved å stimulere barnets utvikling etter vår veiledning. Foreldrene opplevde å få kunnskaper og eierskap til oppfølgingen. Barnet fikk diagnosen unilateral CP, og startet i barnehage ved et års alder. Vi fortsatte da samme oppfølging med veiledning til personalet i barnehagen.

PRAKSISENDRING

Prosjektet har ført til praksisendring. Vi har utarbeidet en tverrfaglig rutine og etablert et samarbeid med pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) som gir oppfølging i forhold til kommunikasjon og samspill. Tradisjonelt har de minste barna bare



hatt oppfølging fra fysioterapeut. Nå har vi etablert et tilbud der ergoterapeutene har faste timer på helsestasjonen hver uke. Fysioterapeut henviser til ergoterapeut på helsestasjonen ved spørsmål om nedsatt håndfunksjon. Ergoterapeuten observerer da barnets spontanmotorikk og håndfunksjon med nøye utvalgte leker. Det kan gjøres HAI-test for å avdekke eventuell asymmetrisk håndfunksjon. Dersom barnet viser asymmetrisk håndfunksjon henviser vi til spesialisthelsetjenesten for utredning, samtidig som vi starter oppfølging med utgangspunkt i SSP og GAME. De ergoterapeutiske tiltakene er gjerne Baby-CIMT-trening, hvor en benytter Mini-AHA for å guide og evaluere treningen.

Ergoterapeutenes erfaringer med å være tilgjengelig ukentlig på helsestasjonen er at vi fanger opp flere barn tidligere og får satt i gang tiltak tidligere. Vi opplever at vi fanger opp barn med risiko for lett grad av CP som ikke fanges opp på sykehuset ved fødsel. Vi fanger også opp andre barn som har behov for ergoterapioppfølging. Vi komplementerer fysioterapeutene på helsestasjonen og har et godt samarbeid med dem. Den ergoterapeutiske

kompetansen har blitt mer synlig og etterspurt.

Ved å følge opp barn på denne familiesentrerte systematiske måten erfarer vi at vi fremmer barnets utvikling mens hjernens plastisitet er størst, samt at vi ivaretar barnet og familie på en bedre og mer helhetlig måte enn tidligere praksis.

Kilder

-
- Ek, Eliasson, Socola, Sjøstand, Guzetta, Sgandurra, Cioni and Krumlinde-Sundhold (2018) «Hand Assessment for Infants: normative reference values»
- Eliasson og Sjøstrand (2015) «Baby-CIMT Manual», Karolinska Institutet
- Graves et al. (2013) Development of the Mini-Assisting Hand Assessment: Evidence for content and internal scale validity. *Developmental Medicine and Child Neurology*. 55(11): 1030-7.
- Krumlin-Sundholm et al. (2017) Development of the Hand Assessment for Infants: evidence of internal scale validity. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 59(12):1276-1283.
- Morgan, Novak, Dale og Badawi (2015) Optimising motor learning in infants at high risk of cerebral palsy: a pilot study. *BMC Pediatrics* (2015) 15:30
- Novak et al. (2017) Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. *Journal. JAMA Pediatrics*. 171(9):897-907.

Motorisk usikkerhet hos barn – ergoterapi og fysioterapi i kommunehelsetjenesten

I Ergo- og fysioterapitjenesten for barn og unge i Bergen kommune var det registrert et behov for mer kvalitetsikrede, likeverdige, systematiserte og helhetlige tjenester for barn med motorisk usikkerhet. Det var ønskelig å utvikle en kunnskapsbasert fagprosedyre med en tverrfaglig forankring grunnet tett samarbeid mellom ergo- og fysioterapeuter i praksis.

Av Anette Ekren, Monika Ullrich, Unni Vågstøl & Susanne Grødem Johnson

I denne fagprosedyren er barn med usikker motorikk definert som *barn fra fire år med langvarige, ikke progredierende, spesifikke motoriske vansker, som ikke er forårsaket av annen kjent medisinsk eller psykososial årsak*. Barn med psykisk utviklingshemming er ikke inkludert. Internasjonalt benyttes definisjonen Developmental Coordination Disorder (DCD). I Norge brukes diagnosen F82: Spesifikk utviklingsforstyrrelse i motoriske ferdigheter.

Motorisk usikkerhet kan oppstå sammen med en eller flere nevrologiske eller utviklingsmessige forstyrrelser slik som ADHD, spesifikke språkvansker, spesifikke læringsvansker og autismespekterforstyrrelser. Det sees gjerne i

sammenheng med prematuritet og lav fødselsvekt.

BEHOV FOR VÅRE TJENESTER?

Litteraturen viser til at forekomsten av motorisk usikkerhet er cirka fem til seks prosent av alle barn. For 50 til 70 prosent av disse barna vedvarer vanskene inn i ungdomsalder og videre inn i voksen livet. Dette er barn og ungdom som i tillegg til sine motoriske problemer, også gjerne har lav selvtilit, lav sosial kompetanse og motivasjon, samt psykiske vansker som angst og depresjon. De er mindre fysisk aktive og faller oftere utenfor lagsport, en kjent viktig arena for sosialt fellesskap. Ettersom motorisk usikkerhet påvirker barnets dagligdagse aktiviteter, skoleprestasjoner, sosial deltakelse og psykisk helse, er den sosiale og økonomiske byrden betydelig. Derfor er det viktig at disse barna får oppfølging av helsetjenesten, og at det skapes forståelse for barnets vansker i barnets nærmiljø.

METODE

Fagprosedyren er utviklet med bakgrunn i metodebeskrivelse for kunnskapsbaserte fagprosedyrer,

der det er hentet inn forsknings-, erfarings- og brukerbasert kunnskap.

Det ble gjennomført erfaringsseminar med ergo- og fysioterapeuter ansatt i Bergen kommune, for å inkludere dagens praksis i prosedyren. Det ble også utført et systematisk og bredt databasesøk i samarbeid med bibliotekar ved Høgskulen på Vestlandet, hvor totalt 25 referanser ble inkludert i fagprosedyren. Prosedyren ble sendt på høring til relevante instanser i Norge.

RESULTAT

Denne prosedyren gir et strukturert oppsett for kartlegging og anbefalinger knyttet til tiltak for barn med motorisk usikkerhet. Kartlegging bør bygge på International Classification of Functioning, Disability and Health for Children and Youth (ICF- CY), da dette gir et helhetlig perspektiv på barnets vansker og behov. Det er også viktig med tett samarbeid og dialog mellom ergo- og fysioterapeuter gjennom hele kartleggingsprosessen. Videre anbefales det at kartlegging innbefatter følgende:

- Innhenting av allsidig infor-

Anette Ekren arbeider som ergoterapeut i Ergo- og fysioterapitjenesten i Bergen kommune.

Monika Ullrich arbeider som fysioterapeut ved Strandgaten fysioterapi i Bergen.

Unni Vågstøl er fysioterapeut og førstelektor ved Høgskolen på Vestlandet i Bergen.

Susanne Grødem Johnson er ergoterapeut og høgskolelektor ved Høgskulen på Vestlandet (HVL) i Bergen.

masjon om barnet fra barnet selv, foreldre, barnehage eller skolepersonell. Dette gjøres gjennom samtale og eventuelt ved bruk av standardiserte spørreskjema. Vedlagt i prosedyren finner man forslag til samtalemaler og anbefalte standardiserte verktøy.

- Observasjon av barnet i aktivitet i sitt naturlige miljø.
- Konkret undersøkelse i henhold til ICF-CY. For ergoterapeuter finner vi spesifikke anbefalinger i forskningen om at ADL, fritid, lek, håndskrift og skriving på tastatur bør kartlegges.
- Bruk av standardisert kartleggingsverktøy, som Movement-ABC 2. Hvorvidt bruk av en standardisert test er riktig for barnet blir en klinisk vurdering som må tas i hvert enkelt tilfelle.

Hovedbudskapet er at barn med motoriske vansker av betydning for dagliglivet bør motta tilbud om tiltak og tiltakene bør gis så tidlig som mulig for å fremme barns motoriske utvikling. Intervensjonen bør i midlertidig fokusere på funksjonalitet og ikke normalitet.

Det anbefales en aktivitets- og deltakelsestilnærming i barnets daglige miljø, som fokuserer direkte på funksjonelle ferdigheter. Da inkluderes reelle situasjoner i dagliglivet som er viktige for barnet. En aktuell tilnærming kan være CO-OP: Cognitive Orientation to daily Occupational Performance.

Barnets målsetninger og funksjon styrer hvilke tiltak som igangsettes. Det kan være enkelttiltak eller en kombinasjon av tiltak. Det anbefales å vurdere å bruke små grupper i forhold til ressursbruk og mulighet til å gi tilbud til flere barn. Gruppetiltak viser bedring av motoriske ferdigheter, men en



Ergoterapeutene og fysioterapeutene i Bergen kommune utviklet en fagprosedyre for barn med motorisk usikkerhet. Foto: Vibeke Linn Blich/Bergen Kommune



Barna observeres i aktivitet i sitt naturlige miljø. Foto: Marius S. Anfinssen/Bergen Kommune.

klinisk vurdering må gjøres for å vurdere om gruppetrening egner seg for det enkelte barn.

SAMARBEID VIKTIG

Barnet trenger rikelige muligheter til å trene for å lære ferdigheter. Derfor er samarbeid mellom ulike personer i barnets omgivelser viktige for å oppnå tilstrekkelig mengdetrening. Hyppige og kortvarige tiltak ser ut til å ha størst effekt, og finmotorisk utvikling trenger ofte mer intensiv trening enn grovmotorisk utvikling. Håndskrift synes å være vanskeligere enn andre finmotoriske ferdigheter og trenger derfor lengre tid

for utvikling og forbedring. Evaluering av måloppnåelse er viktig.

INDIVIDUELLE KLINISKE VURDERINGER

Det er en stor heterogenitet blant barn med motorisk usikkerhet, noe som stiller store krav til individuelle kliniske vurderinger og tilpasninger fra fagpersoner. De har ofte et stort behov for sammensatte og tverrfaglige tiltak over tid.

Fagprosedyren er tilgjengelig via HVL Open: Fagprosedyre: Motorisk usikkerhet hos barn - ergoterapi og fysioterapi i kommunehelsetjenesten (unit.no)

Sammen er vi sterke – jentegruppe sjette trinn

SteinSaksPapir er strategien for å bygge sterke barnefellesskap i Trondheim kommune. I stedet for å snakke om mobbing, seksuell trakassering og netthets, spør vi om barn og unges ressurser og drømmer. I stedet for å se på det enkelte barnet som bærer av sitt problem, peker vi på fellesskapets ansvar. For å lykkes med strategien er vi avhengig av nettopp det: At alle barn er alle voksnes ansvar. Skole, nærmiljø, barnehage, idrettslag og korps.

Av Ingunn Hauknes Larsen

I Trondheim kommune har ergoterapeuter siden 2017 vært en del av bemanningen i skolehelsetjenesten. Vi jobber i faste team på hver skole, bestående av helsesykepleier, fysioterapeut, ergoterapeut og rådgivende skolelege. Vi følger Helsedirektoratets retningslinje for skolehelsetjenesten, og i tillegg har vi en samarbeidsavtale med skolene som forplikter oss gjensidig til felles innsats for elevenes helse. I vårt arbeid ut på skolene – uansett om vi snakker til elever, lærere eller foreldre – har vi fokus på at å ha god helse handler om mer enn å spise riktig, være fysisk aktiv og sove nok. God helse handler mest om å ha det bra, og å kjenne tilhørighet – være en del av et fellesskap. Dette er også noe av grunnmuren til oppvekststrategien i Trondheim kommune; «SteinSaksPapir».

MYE URO BLANT JENTENE

Under en lunch med skolehelsetjenesten på en av skolene «mine» i desember 2020 for-

talte helsesykepleier om en klar tendens hun så. Mange av jentene på sjette trinn oppsøkte henne nesten daglig, alene eller i små grupper. De fortalte om mye uro, utestengning, konflikter og «drama» blant jentene på trinnet. Hun så at det var noen få av jentene som var drivkraften for dette, og at de var de samme jentene som hadde stort behov for oppfølging gjennom individuelle samtaler. Vi så at utfordringen ikke kunne løses med enkeltsamtaler alene – at det var behov for innsats på systemnivå. I samråd med lærerne på trinnet tilbød skolehelsetjenesten derfor jentegruppe til trinnet. Vi ønsket gjennom dette tiltaket å styrke miljøet på trinnet gjennom å sette jentene bedre i stand til å bidra til et mer helsefremmende klasse- og trinnmiljø. Hva skal til for at alle har det bra? I tillegg hadde vi med oss Peter Hjorts kloke ord: «God helse har den som har evne og kapasitet til å mestre og å tilpasse seg livets uunngåelige vanskeligheter og hverdagens krav».



*Ingunn Hauknes Larsen er ergoterapeut i Avdeling barn og unge, Enhet for ergoterapitjeneste, Trondheim kommune
E-post: Ingunn-hauknes.larsen@trondheim.kommune.no.*

Med utgangspunkt i et gruppeopplegg som helsesykepleier hadde gjennomført på en annen skole tidligere la vi opp til fire møter med alle jentene på trinnet samlet, en skoletime i uka over fire uker. Hver time hadde eget tema, som blir beskrevet senere. Vi startet hver time med en kort innledning, brukte videosnutter, gruppe- og plenumsrefleksjon og avsluttet med praktiske øvelser eller lek som gjenspeilet tema. For hele opplegget laget vi en Google-presentasjon som vi brukte i timene og også delte med lærerne. På den måten kunne de ta opp temaene videre i sin dialog med jentene.

TEMAENE

Vennskap var første tema. Da så vi «Venner på skolen»-filmen og en film om skjult mobbing. Vi snakket om vennskap i fellesskap som man ikke velger selv, hvorfor vennskap er viktig og at det kan være vanskelig, også for oss voksne.

Tema to var selvbylde og selv-

tillit. Vi reflekterte sammen om forskjellen på disse to begrepene, så videoklipp om hva som påvirker hvordan vi ser på oss selv og hadde praktiske øvelser i små grupper hvor jentene skulle finne en god egenskap hos seg selv og hverandre.

Tema tre var å ta ansvar for at man selv har det bra. Vi så videoklipp om tanker og følelser, brukte et bilde for å illustrere og snakke om at livet og hverdagen består av mange følelser, at det er normalt å ha både grønne og røde tanker (relatert til redskapet Psykologisk førstehjelp) og reflekterte i plenum om hva det kan være lurt å gjøre dersom man har mange tanker og følelser som det er vanskelig å håndtere alene.

Den siste timen hadde vi fokus på hva hver enkelt kunne gjøre for jentemiljøet på trinnet. Vi så tilbake på de temaene vi hadde vært igjennom tidligere, brukte uavsluttede setninger slik som: «En god venn er en som.....», «Å lyve for en venn er....», «Det å være lojal mot en venn er viktig fordi.....», «Jeg er god venn fordi.....».

MER RO

Jentene var litt stille og virket usikre i starten av den første timen, men vi kom raskt i dialog med dem. De hadde gode refleksjoner om hva å ha det bra betyr for helse og gruppa i skolehverdagen og hadde mange gode eksempler selv på hvordan de kunne bidra. Vi opplevde at de kunne «teorien» om vennskap, inkludering, hva som er bra å gjøre og hva som ikke er bra, og at de hadde de «rette» svarene, men også at det kunne være vanskelig for dem å anvende det i hverdagen (Og det kan man heller ikke forvente av barn sett i lys av forskning på hjernens utvikling).



Bildet er hentet fra filmen «Pust ned en venn» fra Livetogsånn.



Bildet er hentet fra filmen «Venner på skolen» fra Livetogsånn.

Vi så at videoklipp, lek og øvelser engasjerte jentene. De fikk etterhvert en forventning om at timene skulle bestå av noe mer enn bare prat, og det opplevdes som positivt for både dem og oss. Lærerne opplevde mer ro mellom jentene, og henvendelsene til helsesykepleier ble sterkt redusert resten av skoleåret. De jentene som hadde behov for individuell oppfølging fortsatte med dette.

EN MAL FOR ANDRE

Vi hadde ønsket å involvere foreldrene mer. På grunn av pandemi

og økte smittetall i perioden tiltaket foregikk, fikk vi ikke arrangert foreldremøte, noe vi ser kunne vært hensiktsmessig. I ettertid har også opplegget vært «mal» for gruppetiltak på andre skoler og andre trinn - også til gutter. Det er på ingen måte en «quick-fix», men det er et lavterskeltiltak som skal være lett å ta i bruk.

Jeg håper jeg med dette kan inspirere andre til å gjøre lignende tiltak, og jeg deler gjerne presentasjon og materiale som vi brukte på den norske fagkongressen for ergoterapi.

EVA: Ergoterapi analyse og vurdering av aktivitetsutførelse med barn og unge

Som ergoterapeuter observerer vi pasienter og brukere i utførelse av aktiviteter – det å gjøre noe. Under observasjon av aktivitetsutførelse er hovedfokuset å beskrive det vi ser- selve aktivitetsutførelsen.

Av Lene Fogtmann Jespersen & Charlotte Mikkelsen

Lene Fogtmann Jespersen er fagutviklingsergoterapeut og studentkoordinator ved Oslo Universitetssykehus (OUS).

Charlotte Mikkelsen er ledende ergoterapeut ved Spesialsykehuset for Epilepsi (SSE).

Ergoterapi analyse og vurdering av aktivitet (EVA) er et verktøy som består av et utvalg av skjemaer som skal bidra til å systematisk analysere ulike deler av samspillet mellom menneske, aktivitet og omgivelser. De tre EVA-analyseskjemaene beskriver observerbare utførelsesferdigheter som inngår i gjennomføring av aktiviteter. Termer og definisjoner for motoriske ferdigheter og prosessferdigheter er oversatt til norsk i samarbeid med Anne Fisher og er lik terminologien som anvendes i AMPS og vurderingsskjemaene i OTIPM (Fisher & Martella, 2019; Hansbø et al., 2020). Termer og definisjoner for kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter er oversatt til norsk fra Assessment of Communication and Interaction skills (ACIS) (Bonsaksen & Ellingham, 2012). På EVA-bloggen finner du manualen, skjemaer, hjelpekort og annet aktuelt materiale. Her ligger også dato for kurs og kontaktinformasjon dersom du har spørsmål om EVA: <https://uni.oslomet.no/evablogg>

På Oslo Universitetssykehus (OUS) har ergoterapitjenesten gjennom flere år jobbet for å fremme aktivitetsperspektivet i spesialisthelsetjenesten. Dette har man gjort ved å ha et systematisk fokus på synliggjøring av analyser og beskrivelser av det komplekse samspillet mellom mennesket, aktivitet og omgivelser i de ulike fasene av ergoterapiprosessen.

Denne artikkelen viser hvordan ergoterapeuter kan benytte EVA-analyseskjemaene som redskap i observasjon av aktivitetsutførelse med barn og unge og som grunnlag for intervensjon. For å illustrere bruken av redskapet, er det tatt utgangspunkt i et kasus fra ergoterapitjenesten ved Spesialsykehuset for Epilepsi (SSE) i OUS. SSE består av flere sengeposter for barn og voksne. Ergoterapeutene er fordelt på alle postene og samarbeider i tverrfaglige team.

Observasjon og vurdering av aktivitetsutførelse

For å synliggjøre aktivitetsperspektivet bruker ergoterapeutene blant annet EVA-analyseskjemaer som er aktivitetssentrerte, aktivitetsfokuserte og aktivitetsbaserte. I snitt kartlegger hver ergoterapeut aktivitetsutførelse tre til fire ganger ukentlig, og på ulike arenaer. På SSE har de tilgang på barnehage, skole, aktivitetsrom, aktivitetskjøk-

ken og lekeplass. Ergoterapeutene kartlegger alltid aktivitetsutførelse i de tilfeller der barnet eller ungdommen strever med fungering i hverdagsaktiviteter fordi dette gir mye nyttig informasjon.

Kasus med bruk av EVA-analyseskjemaer

For å vurdere og analysere pasientens utførelse av aktivitet, vil det med utgangspunkt i et kasus illustreres hvordan EVA-analyseskjemaer kan benyttes i en kartleggingsprosess. I forkant av observasjon i aktivitet gjennomføres det alltid et aktivitetsintervju. I dette kasuset ble det først gjort et aktivitetsintervju med mor og en samtale med pasient.

UTDRAG FRA HENVISNING TIL ERGOTERAPEUT

Even er en 11 år gammel gutt som er henvist til Spesialsykehuset for Epilepsi (SSE) for tverrfaglig utredning. Even har epilepsi og ADHD. Under innleggelsen henvises han til ergoterapeut fordi pårørende har rapportert om vansker med mestring av hverdagsaktiviteter både hjemme og på skolen.

UTDRAG: AKTIVITETSINTERVJU MED MOR

Mor beskriver hyppige diskusjoner rundt avslutning av aktiviteter. Even strever med å mestre forståelse av tid, huske og holde styr

på egne ting og blir raskt stresset ved mangel på oversikt. Foreldrene opplever at stress kan trigge epilepsianfall. Even blir raskere sliten og mangler utholdenhet til å kontrollere og regulere seg gjennom lange dager. Det øker stressfaktoren og derav hyppigere anfall. Even trenger mye hjelp i overgangssituasjoner. Morgensituasjonen blir ofte svært utfordrende. Det samme med overgang til fotballtrening eller ved leggetid. Han trenger hjelp og veiledning til å kle på seg, komme i gang med aktiviteter som spising, stelle seg og komme seg av gårde på skolen. Han har behov for at mor eller far er tett på. Mor forteller at de er slitne og ytrer ønske om at Even skal bli mer selvstendig i aktivitetsutførelser.

Styrker og utfordringer i aktivitetsutførelse

Med bakgrunn i aktivitetsintervjuet valgte ergoterapeuten å lage en liste over Evens utfordringer i hverdagen i samarbeid med mor. Her er to eksempler:

- Even strever med igangsetting og å komme seg videre i aktiviteter. Han avslutter ofte før han er ferdig. Mor beskriver det som at Even «ikke kommer i mål» med noe av det han skal gjøre i løpet av dagen.
- Even blir raskt stresset i overgangssituasjoner og strever når han må forholde seg til flere ting samtidig eller når omgivelsene er uoversiktlige.

Det samme ble gjort i forhold til hva Even mestrer i hverdagen. Sammen med mor ble det laget en oversikt over dette. Her er to eksempler:

- Even mestrer overganger best når han får forklart tydelig hva som skal skje og når

- Når det er ryddig rundt Even, og ting er synlige, er det enklere for Even å finne tingene sine

Etter dette ble det konkretisert en oversikt over Evens aktivitetsutfordringer, to eksempler:

- Even strever med å pakke sekken og få med seg tingene sine hjem etter skole og trening.
- Even strever med rekkefølge av en del sammensatte aktiviteter, som morgenrutiner. Han starter ofte med uhensiktsmessig aktivitet, for eksempel begynner han å leke eller se på iPad før han har kledd på seg og spist frokost. Dette fører til at morgene ofte blir stressende og til masing fra mor og far (som igjen kan forsterke negativ atferd).

Valg av aktivitet

Sammen med mor og Even ble det utarbeidet flere aktivitetsmål. Basert på Evens mål og hans aktivitetsutfordringer, ble det avtalt at ergoterapeuten skulle observere og vurdere Even i en aktivitet. Evens mål, erfaringer og motivasjon påvirket hensikt og valg av aktivitet.

Aktiviteten som ble valgt var: «Å pakke skolesekk og kle på seg yttertøy etter endt skoledag» *Even skal samle sammen ting og legge i sekken som han skal ha med hjem fra skolen samt kle på seg før han går hjem for dagen. Aktiviteten utføres i garderoben tilknyttet skolen ved hans garderobe plass. Tøy og utstyr ligger i garderobeskap.*

Aktiviteten ble klart og tydelig definert, den sier noe om hvem, hva og hvor. Grunnen er at ergoterapeuten skal kunne vite hva som skal observeres, vurderes og dokumenteres ut ifra. I dette kasuset ble aktiviteten utført på skolen i tilknytning til SSE.

Analyse og vurdering av aktivitetsutførelsen

Etter gjennomført observasjon i aktivitet, anvender ergoterapeuten de tre EVA-skjemaene for utførelsesferdigheter som utgangspunkt for analyse og vurdering av aktivitet.

SKJEMA FOR PROSESSFERDIGHETER - EKSEMPLER:

Ergoterapeuten observerte at Even blir avledet av kamerat og opprettholder ikke tempo gjennomgående i aktiviteten. Han holder seg ikke til hele oppgaven og rekkefølgen slik som avtalt. Han stopper opp og fortsetter ikke på neste delhandling på eget initiativ. Han gjennomfører i noe tilfeldig rekkefølge, og har en del behov for hjelp og påminnelse underveis.

Han finner jakke og sekk som er plassert i øyehøyde, men *samler ikke sammen* andre ting som vi har blitt enige om i forkant. Når han gjøres oppmerksom på å lete andre steder, gjør han delvis dette, men *tilpasser ikke* handlingene sine og trenger en del hjelp til å finne ut hvor han skal lete.

SKJEMA FOR MOTORISKE FERDIGHETER - EKSEMPLER:

Ergoterapeuten observerte at Even fomler ved manipulering av snor og spenne på sekk, og han griper spennen på sekken på en slik måte at denne *glipper* fra fingrene hans. Dette påvirker *flyten* og gjennomføringen. Dette er et lite utdrag med noen nøkkelpunkter. I tillegg har ergoterapeuten også kartlagt hva som gikk bra, altså Evens ressurser.

SKJEMA FOR KOMMUNIKASJON OG INTERAKSJONSFERDIGHETER - EKSEMPLER:

Under kommunikasjon og interaksjonsferdigheter observerte

ergoterapeuten at Even mestrer flere ferdigheter. Han forholder seg upåfallende til terapeuten som er til stede og inntar en væremåte som sikter mot å etablere god kontakt. Han lar seg likevel avlede, retter ikke alltid oppmerksomhet mot den felles aktiviteten og har behov for noe hjelp til å gjenfinne fokus.

Oppsummering

Gjennom observasjon i aktivitet kom det frem at Even hadde utfordringer med prosessferdigheter innen ferdighetsområdene *organisering av tid, rom og gjenstander og opprettholde utførelse*. Dette påvirket kvaliteten på ferdigheter relatert til å *initiere og fortsette handling, gjøre i rekkefølge, holde fokus på oppgaven og finne/samle sammen ting* (som ikke var direkte synlige for han). Han ble tidvis uoppmerksom og mistet fokus mot den felles aktiviteten. Dette innvirket på hans selvstendighet og effektivitet. Han hadde behov for en del verbal støtte og påminnelser for å sikre fremdrift.

Even hadde også lette motoriske utfordringer knyttet til ferdighetsområdene å *få tak i og holde gjenstander*. Dette påvirket kvaliteten på ferdigheter relatert til å *gripe og manipulere* spenne og snor på sekk, som også innvirket på effektivitet og flyt. Even samhandlet godt, viste gode og hensiktsmessige kommunikasjons og interaksjonsferdigheter og relaterte godt til terapeuten som var til stede. Han orienterte seg hensiktsmessig frem til sin garderobeplass og lokaliserte og samlet sammen de tingene som var lett synlige for ham.

Videre plan og tiltak

Med utgangspunkt i funnene fra

kartleggingen i aktivitet og aktivitetsintervju med mor og Even, har terapeuten laget et eksempel på hvordan man kan benytte vurderingen i forhold til videre tiltak for å nå Evens mål. I tabell 1 er det skissert eksempler på ressurser og utfordringer samt aktuelle tiltak.

Tiltakene ble en kombinasjon av kompenserende tiltak og trening/veiledning i aktivitet for å drille aktivitetsutførelse som igjen kan bidra til automatisering og økt selvstendighet. I tillegg er samarbeidet mellom skole og hjem viktig. Mange av tiltakene som man kom frem til i skolesituasjon, hadde derfor også overføringsverdi til hjemmesituasjon.

I rapporten og overføringsmøte med kommunal instans ble de aktuelle tiltakene diskutert, og det fremkom behov for videre oppfølging av ergoterapeuten i Evens hjemkommune.

På SSE kommer ofte pasientene tilbake for videre utredning. Dette gir ergoterapeutene mulighet til å følge opp hvordan tiltak og samarbeid har fungert i hjemkommunen, og om det er behov for noen justeringer, nye aktivitetsvurderinger og videre samarbeid.

Tilbakemeldinger ved bruk av EVA-analyse

Som ergoterapeuter på SSE har vi fått tilbakemeldinger på at vurderingene våre ved bruk av EVA er til stor nytte for pasienter, pårørende og kollegaer. De ergoterapeutiske vurderingene som kommer frem gjennom observasjon av aktivitetsutførelse er konkrete og strukturerte ved bruk av EVA-skjemaene. For det tverrfaglige teamet er denne informasjonen nyttig for å skape et helhetlig bilde av pasientens fungering i hverdagen. Fra for-

eldre hører vi ofte kommentarer som «Du traff spikeren på hodet», og at fagspråket er forståelig for dem. I dette kasuset var tilbakemeldingene at både mor og Even fikk eierskap til ergoterapiprosessen, og at de begge fant mening i vurderingen som ble gjort og tiltakene som ble anbefalt.

Erfaringer med bruk av EVA-analyseskjemaene

Ergoterapeutene ved SSE benytter skjemaene etter observasjon av aktivitetsutførelsen. Når man har brukt EVA noen ganger, vil terminologien feste seg, man lærer seg mye av det utenat og vet hva man skal se etter. Som fersk EVA-bruker erfarer vi at det er nyttig å ha skjemaene med ferdigheter og tilhørende definisjoner foran seg under observasjonen og notere ned noen stikkord i skjemaene. Vi anbefaler derfor å ha en systematisk tilnærming til bruken av redskapet. Ved SSE har vi nytte av å benytte laminerte EVA-hjelpekort før, under og etter observasjon.

Dokumentasjon

I journalsystemet vårt har ergoterapimiljøet på OUS utarbeidet fraser med hjelpetekster. Frasene er fra EVA-manualen. Det å ha slike ferdige fraser klare i journaldokumentet letter på tidsbruken, hjelper oss med å få lik struktur i journalføringen og sørger for at vi holder oss til fagterminologi og at vi formidler på en systematisert, strukturert måte. Vi opplever at dette bidrar til å kvalitetssikre fagutøvelsen. I tillegg er dette en måte å få frem kjernekompetansen til ergoterapeuter. Er man derimot ny EVA-bruker trenger man gjerne mer enn bare hjelpekortet. Da er det nyttig å ha en aktiv tilnærming og bruke EVA-manualen.

Kvalitetssikring av fagutøvelsen

- Bruk av EVA i tillegg til aktivtetsintervju og selvrappotering kan bidra til en systematisk beskrivelse og vurdering av kvaliteten på aktivitetsutførelse. Vurderingen vil også kunne bidra til å løse brukerens aktivi-

tetsutfordringer i hverdagen.

- Kartlegging ved bruk av EVA er et viktig supplement som underbygger og begrunner de igangsatte og/eller anbefalte intervensjonene.
- Bruk av EVA kan strukturere dokumentasjon i journal og bidra til enhetlig begrepsbruk.

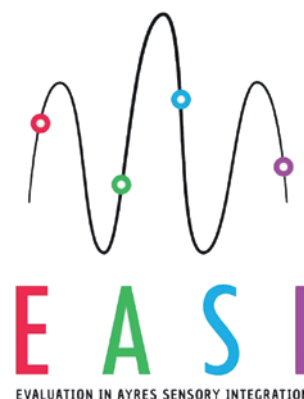
Det anbefales deltagelse i kurs og opplæring for faglig kvalitetssikring. Dette både for kvalitetssikring av bruken av redskapet, men også for egen læringsprosess og implementering som del av egen fagutøvelse. Dato for kurs finner du på EVA-bloggen eller på forbundets kurskalender.

Ferdighetsområder		Eksempler på intervensjon
Utfordringer	Ressurser	
Holde fokus på oppgaven, lar seg avlede	Orienterer seg, finner frem til garderobeplass. Mestrer når han får tydelig oversikt over hva han skal gjøre. Mindre stresset når han kan gjøre en ting av gangen	På skolen: Mulighet for å gå ut av klasserommet noen minutter før de andre, slik at han kan pakke sekk og kle på seg i ro og fred før garderoben blir støyete. Garderobeplass i enden av gangen, evt. nærmest klasseromsgang (tenke plassering av plassen hans), dette for å minimere distraksjoner fra flere sider. (omgivelsestilpasninger) På skolen/hjemme: Sjekkliste (visuell og skriftlig) som henger på garderobeplass med oversikt over hver ting som alltid skal med i sekken før Even går hjem/til skolen Veiledning/trening sammen med (hjelpe)lærer/foreldre/ergoterapeut: Øve på å bruke sjekkliste (sammen, så alene) Trening på å gå ut av klasserommet noen min før, følge m/hjelpelærer ut i garderoben.
Initiere og fortsette handling Oppfattelse av tid	God på ipad, teknisk forståelse, god til å lese Motivert Samhandler godt	På skolen/hjemme: Hjelpemidler til bruk på skolen/hjemme: Memoplanner for oversikt og struktur over dagens aktiviteter, når aktiviteter skal starte og slutte. Timestokk for hjelp til tidsoppfatning og avslutning av oppgaver. Veiledning/trening med ergoterapeut og mor/far: Utprøving av memoplanner og timestokk (m/ergoterapeut) Veiledning og trening i bruk av memoplanner og timestokk i den/de aktuelle aktivitetene
Gjøre i rekkefølge	Mestrer når han får tydelig oversikt over hva han skal gjøre.	På skolen: Oppskrift (visuell og skriftlig) på innsiden av skapdør med oversikt over hvilke plagg han skal ha på seg og i hvilken rekkefølge og ved ulike årstider/temperaturer. Hjemme Oppskrift (visuell/skriftlig) med oversikt over hva han skal ha på seg, rekkefølge. Synlig plassert. Vurdere om en slik oppskrift også skal henge på skapdør på Evens rom. Veiledning/trening sammen med lærer/ergoterapeut/foreldre: Øve på å bruke oppskrift/sjekkliste. Drilling. Trening ferdigheten i reel aktivitet.
Finne/samle sammen ting/gjenstander som ikke er direkte synlig for han Distrahert av rotete omgivelser	Finner/samler sammen ting/gjenstander som er synlige for ham. Er motivert for å klare selv Trives best med å ha det ryddig og oversiktlig rundt seg.	På skolen: Gjennomskjulte plastbokser inni garderobeskap med klistrelapper med bilder av klesplagg, slik at det er mer forutsigbart hvor luer/votter, sko og jakke skal være enklere å finne frem. Veiledning/trening sammen med lærer/ergoterapeut: Øve på å bruke boksene i aktiviteten Andre forslag: Øve på rutine der han legger leksebøker rett i sekken med en gang han får de utlevert på skolen. Alternativt: Få et ekstra sett med leksebøker slik at han kan ha et sett liggende hjemme på pulten? Hjemme: Vurdere om man kan skape samme system hjemme i gangen? Rydder vekk ting og tang som kan skape kaos og uoversikt i gangen. Veiledning/trening sammen med foreldre/ergoterapeut: Øve på å bruke boksene hjemme i aktiviteten

Tabell 1 viser eksempler på ressurser og utfordringer samt aktuelle tiltak for Even.

Internasjonalt normeringsarbeid for ny sanseintegrasjonstest: EASI

EASI – Evaluation in Ayres Sensory Integration – er et nytt, standardisert og internasjonalt validert redskap for å teste og utrede barn som har problemer med å bearbeide sanseinntrykk. Testen skal være kostnadslav og med et lett tilgjengelig, digitalt skåringsprogram.



Av Kjersti Hustoft, Beate Nordnes, Irene Fjeld & Pia Turøy



Kjersti Hustoft er spesialist i barns helse i Ergo- og fysioterapi-tjenesten ved Barne- og familieenheten i Bodø kommune.



Beate Nordnes er ergoterapispesialist i Barns Helse og arbeider på Nevropsykiatrisk Barne- og ungdomspoliklinikk ved Sykehuset i Vestfold HF.



Irene Fjeld er ergoterapeut i Bergen kommune.



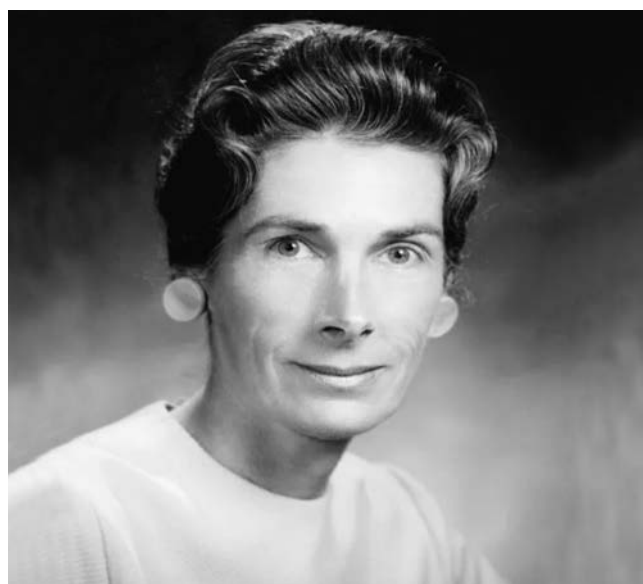
Pia Turøy er spesialergoterapeut i Ergo- og fysioterapi-tjenesten for barn og unge ved Barne- og familietjenesten i Fyllingsdalen og Laksevåg i Bergen kommune.

De siste årene har det vært gjennomført solid forskning på Ayres Sanseintegrasjon (ASI) gjennom randomiserte, kontrollerte studier, og forskningen viser at sanseintegrasjonsterapi er en intervensjon som har gode resultater for barn med autismespekterforstyrrelser. Blant annet gir foreldre tilbakemelding på at terapien fremmer økt sosial deltakelse hos barnet og familien og reduserer stress knyttet til dagliglivet, spesielt daglig stell (Schaaf & Mailloux, 2015; Dunn, 2001; Omairi & Mailloux 2022; Miller, 2005; 2017).

Det har vært forsket mindre på sanseintegrasjonsterapi knyttet opp mot andre diagnosegrupper som for eksempel barn med ADHD. Dette er nå i endring og forskningen på andre diagnosegrupper øker.

OPPHAVSKVINNEN

Jean Ayres (1920-1988) var en amerikansk professor, ergoterapeut og psykolog, som regnes som grunnleggeren for teorien om sanseintegrasjonen, slik vi kjenner den innenfor ergoterapi.



Jean Ayres regnes som grunnleggeren av sanseintegrasjon.

Ayres utviklet teorien om sanseintegrasjon og sanseintegrasjonsterapi gjennom flere tiår. Hun tok utgangspunkt i egen klinisk erfaring og sine studier i nevropsykologi og nevrofysiologi da hun utviklet sin teori. Hennes første bok om sanseintegrasjon, teori og praksis kom ut i 1972 (Ayres, 1972; Ayres 1984). Denne boken har siden vært revidert flere ganger, senest i 2020, ved hjelp av ergoterapeutene Anita Bundy og Shelly J. Lane (Bundy & Lane, 2020). I 2015 ble det også utgitt en guide-bok «Clinician's guide for Implementing Ayres Sensory Integration» av Roseann Schaaf og Zoe Mailloux (Schaaf et al. 2015)

NY KLINISK TEST

Jean Ayres utviklet en klinisk test innen sanseintegrasjon: SIPT «Sensory Integration and Praxis test». Denne amerikanske, standardiserte testen kom på markedet i 1989. Fordi samfunnet, og verden, er i endring, er det behov for en modernisert utgave tilpasset dagens barn, og hvor normene er oppdaterte og kulturelt valide. Arbeidet med en ny klinisk test innen kartlegging av sanseintegrasjon, ble påbegynt i 2017 av ergoterapeutene og testutviklerne Zoe Mailloux, Susanne Smith Roley og Diane Parham. Testen er ferdigstilt denne høsten og gjøres tilgjengelig online fra november 2022. Testen heter «EASI - Evaluation in Ayres Sensory Integration».

Formålet med å utvikle en ny test var, som nevnt, å få oppdaterte, moderne, kulturelt valide normer, samt gi oss adekvat informasjon til bruk i planlegging av målrettede tiltak. Den skal være en kostnadslav test med digitalt skåringsprogram og materiale som kan skaffes online, og de varene det er behov for, som for eksempel fargestifter, skal finnes tilgjengelig i hvert enkelt land og med lav kostnad.

SANSEINTEGRASJON

Sentralnervesystemet har evne til å samordne to eller flere sanseimpulser og gi en meningsfull motorisk, perseptuelt, innlærings- og atferdsmessig respons. Sanseintegrasjon skjer i et forutsigbart mønster som en del av barnets normale neurobiologiske utvikling. Når sanseintrykkene blir integrert på en velorganisert måte, kan hjernen bruke sanseimpulsene til å forme persepsjon og motorisk respons til læring.

Sanseintegrasjon handler om hjernens neuroplasticitet; at hjernen er plastisk og har evne til endring. Det vil si at hjernens ulike deler samarbeider og påvirker hverandre. Nyere forskning viser at hjernen



EASI - Evaluation in Ayres Sensory Integration er en kostnadslav test.

er enda mer plastisk og kompleks enn det Ayres trodde tidligere.

Jean Ayres beskriver (Bundy&Lane,2020) at teorien om sanseintegrasjon omhandler tre hovedområder. Den første delen handler om at læring er avhengig av å ta inn og prosessere (bearbeide) stimuli fra kroppens bevegelser og miljøet rundt oss. Videre at vi bruker dette til å planlegge og organisere vår adferd. Den andre delen handler om hvilke konsekvenser det får når mennesker har nedsatt evne til å prosessere stimuli. En slik vanske kan gi utfordringer med å reagere og handle adekvat utfra de stimuli som mottas. Det fører igjen til vansker med ny innlæring og tilpassing av adferd. Den tredje og siste delen handler om hvordan man kan bruke teorien til å forstå hvordan man kan gi stimuli i akkurat passe mengde gjennom meningsfulle aktiviteter og skape mulighet for lek.

EASI

Arbeidet med denne testen startet i USA ved Jefferson University, avdeling for Occupational Therapy. Roseann Schaaf (ph.d., OTR) er hovedleder for prosjektet (Mailloux et al. 2018).

Prosjektet ble påbegynt i 2018 og studietittelen var: «The Evaluation in Ayres Sensory Integration (EASI)-US Normative Data Collection Project». Ergoterapeutene Susanne Smith-Roley, Zoe Mailloux og Dianne Parham har vært testutviklere og pådrivere. Dette er ergoterapeuter som alle har lang fartstid innen feltet (over 40 år), og som har samarbeidet med Jean Ayres over flere år.

EASI er en omfattende test som nå i datainnsam-



Irene Fjeld og Kjersti Hustoft sammen med ergoterapeuter fra Australia, Brasil og Sør-Afrika i et EASI-basseng.

lingen består av 20 deltestområder. Den vil etter datainnsamlingen er avsluttet, bli tilpasset, kortet ned og det innføres stoppkriterier. EASI har mange spennende oppgaver som barna liker. De får vise kreativitet og lekenhet gjennom oppgaver som: «Hva kan du gjøre med kroppen din?» «Hva kan du gjøre med dette utstyret?» «Se på dette roterommet, kan du ordne det slik at det blir som på bildet?» Samt oppgaver som tester balanse, kraft, øyebevegelser, taktil sans og bilaterale oppgaver.

NORSK ARBEIDSGRUPPE

Arbeidet med EASI og normering av testen innenfor de nordiske landene, startet med kurs i Finland i 2018 der Sverige, Danmark, Island, Estland og Norge ble region Norden. (Nordic-Baltic Region). Ergoterapeut Helena Tigerstedt ble regionleder. Beate Nordnes ble leder for arbeidet i Norge og samlet en gruppe barneergoterapeuter som kunne tenke seg å delta i normeringsarbeidet for EASI. Arbeidsgruppa på fem norske ergoterapeuter: Ingunn Fredheim Auestad, Linda Kindt Hasle, Margunn Sognnæs og Kjersti Hustoft ble da samlet i Tønsberg ved Sykehuset i Vestfold, for den første Workshop i Norge, for å lære seg testen og planlegge arbeidet for normeringen. 30 norske barn ble inkludert i studien, hvor hver og en i gruppa tok ansvar for å samle deltakere til prosjektet. Barna som ble inkludert i studien, var friske barn i alderen tre til tolv år uten diagnose eller noen form for sansetap. Barna er fra ulike deler av Norge, fordelt på by og land, og for-

eldres utdanningsnivå var forskjellig (sosio-økonomisk). Kjønn og alder ble registrert, samt en kartlegging av daglige ferdigheter og sosial deltakelse, ble fylt ut av foresatte. Foreldrene har samtykket og alle barna har fått diplom og en liten påskjønnelse for å delta. Vi har brukt et bekvemmelighetsutvalg når vi har funnet barn til testingen.

Testingen av barna startet i 2019 og skulle sluttføres 2020, men på grunn av COVID ble fristene stadig utsatt, og slutføringsdatoen er nå satt til utgangen av desember 2022. De norske resultatene samles i tillegg til en verdensomspennende gruppe, også inn i en egen gruppe for de nordiske landene. Dette er gjort for at de lettere kan se forskjeller mellom ulike områder i verden. Er det for eksempel forskjell på skåringsresultater mellom amerikanske og nordiske barn?

RESYME AV PROSESSEN

Alle testerne gjennomførte nettbasert opplæring i regi av CLASI (The Collaborative for Leadership in Ayres Sensory Integration). Vi fikk godkjent en prøve for gjennomføring av skåring av hver enkelt deltest, før vi begynte testingen av barna. Materialet til testen ble kjøpt inn med delvis finansiering av utdanningsfondets midler og avtale med hver enkelt ergoterapeuts arbeidsplass. Arbeidet med å lære testen, skaffe materiale, oversette testinstruksjon og utarbeide layout på invitasjoner, brev og diplom til barna og samtykkeskjema for foreldre, var omfattende. Margunn og Linda bidro i oversettelsesarbeidet, og vi var så heldige å få hjelp av ergoterapeut Miriam Ghannan til layout. Hun bidro også i oppstart av testingen av barna i Tønsberg. Dataene kommer fra over 60 land og 5000 barn er testet. Innsamlingen fortsetter ut 2022. I Norge mangler vi kun noen få barn før våre data er fullført.

Resultatene på verdensbasis så langt viser lite variasjon i testresultatene etter fylte ni år. Det kan virke som barn når et visst nivå innenfor ferdigheter som er avhengig av sanseintegrasjon, ved denne alderen. Det registreres lite hypo/hyper reaksjoner med tanke på sensorisk reaktivitet, og det sees lite forskjeller mellom kjønn så langt.

NORDISK-BALTISK UTDANNING

Universitetet i Tallin (nordisk-baltisk samarbeid og ERASMUS fond subsidiert) startet en basis utdanning på tre moduler innen sanseintegrasjon, våren/høsten 2021, som alle i arbeidsgruppen deltok på og fullførte med eksamen i september 2021 (11 studie-

poeng). Det deltok cirka 50 ergoterapeuter fra de nordiske landene på denne utdanningen, som ble gjennomført digitalt på grunn av COVID.

SERTIFISERINGSPROGRAM

I mai 2018 og i september 2019 ble forbundet kontaktet av leder for ergoterapitjenesten på Malta. Malta hadde fått norske prosjekteringsmidler til blant annet å gjennomføre et sertifiseringsprogram for Ayres Sanseintegrasjon og to plasser var øremerket norske ergoterapeuter. Irene Fjeld og Pia C.K. Turøy søkte Malta og ble godkjent til å delta på utdanningen. Utdanningen var i regi av CLASI i USA. Fire moduler skulle være nettbasert, mens to moduler skulle være fysiske på Malta. Zoe Mailloux og Susanne Smith-Roley var foreleserne på de to modulene som skulle vært fysisk. Dessverre ble alle modulene online, grunnet COVID. I den siste modulen av videreutdanningen, skulle Pia og Irene teste to barn hver med EASI. CLASI bestemte at disse fire barna skulle innlemmes i det norske normeringsarbeidet. Dermed ble Irene og Pia innlemmet i arbeidsgruppen høsten 2020.

ISIC (INTERNATIONAL SENSORY INTEGRATION CONGRESS)

Sommeren 2020 skulle det være en 100 års markering for Jean Ayres med en internasjonal sanseintegrasjons konferanse i Los Angeles. Denne konferansen måtte utsettes på grunn av Covid og ble satt opp igjen juli 2022. Her var Irene Fjeld og Kjersti Hustoft så heldige å få delta fysisk, mens Pia C.K. Turøy og Beate Nordnes deltok online. Tre innholdsrike dager sammen med mange av «guruene» i fagfeltet gjorde inntrykk. Utrolig flott å kunne møte storheter som Anita Bundy, Susan Knox og Roseann Schaaf. Mye spennende forskning ble lagt frem, status for datainnsamlingen og fokus på betydning av kartlegging før tiltak. Disse erfarne ergoterapeutene delte interessante historier fra sin tid sammen med Jean Ayres. Det å treffe ergoterapeuter fra store deler av verden som brenner for fagfeltet, og som gjerne deler erfaringer og kunnskap, gir både inspirasjon og motivasjon. Vi (Kjersti og Irene) reiste hjem med påfyll i alle sanser, hode, kropp og sinn. Vi har lært at barna må kartlegges med en standardisert test, før vi setter i gang tiltak med sanseintegrasjon. En må vite hvor barnet har sine sterke sider og utfordringer, samt skjonne sammenhengen mellom ulike nevrologiske prosesser og reaksjoner på stimuli, samt hvordan dette påvirker barns aktivitet.

Vi fikk høre siste nytt innen forskningen som gjøres på feltet. Resultatene viser at spesifikke sanseintegrasjonstiltak som rettes mot barns sensoriske reaksjoner, har effekt, spesielt for diagnosegruppene autismespekter forstyrrelser og ADHD. Her viser resultatene både større evne til selvregulering og økt mestring av hverdagsaktiviteter. Vi fikk besøkt et privat senter hvor barn kommer for å få behandling, og hvor det jobbes med sanseintegrasjonstiltak og kartlegging. Neste ISIC-konferanse er i Brasil i 2023.

INTERNASJONALT ARBEID

Internasjonalt jobbes det også med å starte basisutdanning i Ayres teori om sanseintegrasjon i flere land, både online og ved oppmøte. Danmark er det nyeste landet hvor CLASI starter opp en seks moduls deltidsutdanning med oppstart i oktober 2022. (Samme utdanningen som Pia og Irene tok på Malta.)

Helena Tigerstedt vil ta ansvar for å kalle sammen et nordisk nettverk av ergoterapeuter som jobber med sanseintegrasjon. Dette gjøres for å dele erfaringer med både EASI-testen og oppfølging av barn med sanseintegrasjonsvansker.

Vi håper at denne oppsummeringen har gitt leserne ny innsikt om Ayres sanseintegrasjon og pirret nysgjerrigheten til å undersøke mer om dette feltet. Med dette vet dere at det finnes et nytt verktøy (EASI) som er til hjelp for barns mestring av hverdagsaktiviteter. Lev og jobb sanselig!

Referanseliste:

-
- Ayres, A.J. (1972). *Sensory integration and learning disorders*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Ayres, A.J: (1984). *Sanseintegrasjon hos barn*. København: Munksgaard.
- Bundy, A.C. & Lane, S.J. (2020). *Sensory Integration. Theory and Practice* (3. Ed.) F.A. Davis Company, Philadelphia, PA.
- Dunn, W. (2001). The sensations of everyday life: empirical, theoretical, and pragmatic considerations. *Am J Occup Ther*, 55(6), 608.620
- Mailloux, Z., Parham L.D. & Roley, S.S.: Introduction to the Evaluation in Ayres Sensory Integration (EASI). *Am J Occup Ther*, 2018, 72(1), research.aota.org
- Schaaf, R.C. & Mailloux, Z. (2015): *Clinician's Guide for Implementing Ayres Sensory Integration: Promoting participation for children with autism*. Bethesda, MD: AOTA Press
- Schaaf, Roseann C., and Lucy Jane Miller. "Occupational therapy using a sensory integrative approach for children with developmental disabilities." *Mental retardation and developmental disabilities research reviews* 11.2 (2005): 143-148.

MEST i skolehelsetjenesten

– Å GI UNGDOM VERKTØY FOR Å MESTRE VANLIGE HVERDAGSUTFORDRINGER

MEST står for MESTRING av normale hverdagsutfordringer og er en arbeidsstrategi i den tverrfaglige skolehelsetjenesten i Trondheim kommune.

Av Trine Remen Smolan

BAKGRUNN

I 2017 ble det skrevet under en samarbeidsavtale mellom skolehelsetjenesten og alle grunnskolene i Trondheim kommune. Det ble bestemt at den tverrfaglige skolehelsetjenesten ved hver skole består av helsesykepleier, skolelege, fysioterapeut og ergoterapeut. Vi har sammen et felles ansvar for en helsefremmende skole. Skolehelsetjenesten har samarbeidsmøter en til to ganger i året med ledelsen ved alle skoler, hvor skolehelsetjenesten sine aktiviteter planlegges i samarbeid med skolen. Vi har fordelt oss på alle grunnskolene, slik at det er et fast skolehelsetjenesteteam ved hver skole. Det gjør at teamet kan bli kjent, og det er lettere å ta kontakt med hverandre for å få gjennomført felles opplegg inn i skolen.

MEST er en av arbeidsstrategiene som benyttes for å fremme god helse hos ungdom. Utviklings-

arbeidet ble igangsatt av helsesykepleiere i 2014 og har blitt en tverrfaglig arbeidsmetodikk.

MÅL

Målet er å styrke elevenes helsekompetanse, slik at de kan ta gode valg. Vi ønsker å gi elevene kunnskap om helse, hva de kan gjøre for å ta vare på helsa si og hva de kan gjøre når de opplever utfordringer i ungdomstida. Grunnlaget elevene har med seg hjemmefra er ulikt, og derfor er det viktig å sørge for at alle elever får det samme tilbudet.

HVA GJØRES?

En tverrfaglig arbeidsgruppe har jobbet med å sette sammen ulike klasseromsseminar til bruk i ungdomsskolen, med ulike tema innenfor helse. Det er opprettet en intern nettside hvor klasseromsseminarene legges og deles med alle i skolehelsetjenesten.

Skolehelsetjenesten ved de ulike skolene kan ta utgangspunkt i det som er laget og tilpasse de til sin skole. Det gjør at det utformes mange varianter innenfor de ulike temaene, som lagres i mapper

som alle har tilgang til. Vi blir inspirert av hverandre, og delingen gjør at terskelen for å gjennomføre et opplegg ut i klassene blir lavere. Vi må fornye oss hele tiden for å følge med på det ungdom ønsker av kunnskap, og da er det en fordel å kunne bruke oppdaterte klasseromsseminar.

Det er fast at den tverrfaglige skolehelsetjenesten er inne i alle åttende-klassene hvert år og har et seminar om God helse. For å kunne treffe elevene i klasserommene, må vi ha lærerne med på laget. Vi snakker med dem, hører om det er noe som rører seg på trinnet og om det er noen temaer vi skal ha spesielt fokus på. Klasseromsseminarene gjennomføres i hver klasse, cirka en til tre timer, og de er bygd opp slik at de kan inneholde både teoretisk helsekunnskap, gruppeoppgaver, caser og praktiske øvelser.

Temaer som taes opp i åttende trinn er saker som ungdom ofte lur på, og som de tidligere har kommet til helsesykepleier for å få individuelle samtaler om. Det skal gi et overblikk over ulike aspekter innen helse, både psykisk, fysisk,

Trine Remen Smolan er ergoterapeut og arbeider ved Enhet For Ergoterapi I Trondheim Kommune.



Temaer som taes opp i åttende trinn er saker som ungdom lurar på, som psykisk helse.

seksuell helse. En fordel med å gjennomføre klasseromsseminarene, er at alle hører det samme, at klassen blir vant til å snakke om ulike temaer, og det fører forhåpentligvis til at de kan diskutere slike temaer med hverandre videre også.

ERGOTERAPEUTENES ROLLE

Vi ser at dette arbeidet absolutt kan være en del av vårt samfunnsoppdrag. Ergoterapeuter har kompetanse på helsefremmende arbeid og hvordan øke befolkningens helsekompetanse.

- I utarbeidelsen av klasseromsseminarene har barneergoterapeutene stort fokus på aktivitet. Vi har funnet ulike praktiske øvelser til hvert tema, og har fokus på en aktiv tilnærming.
- Vi er opptatt av hva som er meningsfulle aktiviteter for ungdom, og at de skal mestre

vanlige hverdagsutfordringer.

- Vi er opptatte av at alle skal delta, og hvordan vi skal få til dette i ungdomsskolen. Ved å dele inn i små grupper og gi konkrete oppgaver, ser vi at det er lettere å inkludere alle elevene og engasjementet og deltakelsen øker. Det er lavere terskel for ungdom å uttale seg i små grupper enn til hele klassen, og praten blir mer uformell.
- Ergoterapeuters kjernekompetanse på meningsfull aktivitet og deltakelse har virkelig kommet til nytte i dette tverrfaglige arbeidet.

RESULTAT/ERFARINGER

MEST i skolehelsetjenesten tilbys nå til alle ungdomsskoler i Trondheim kommune. Det gjennomføres av en tverrfaglig skolehelsetjeneste. Ergoterapeuter som jobber med barn og unge er en del

av skolehelsetjenesten ved alle skolene i Trondheim. Dette bidrar til et tettere og mer forpliktende samarbeid med både fagpersoner i skolehelsetjenesten og med hver enkelt skole.

KONKLUSJON

MEST i skolehelsetjenesten er et bidrag for å styrke helsekompetansen til alle ungdommer i kommunen. Modellen for det tverrfaglige arbeidet fører til en mer tilgjengelig og tverrfaglig skolehelsetjenesten, som kommer flere elever til gode.

BETYDNING FOR PRAKSIS

Ergoterapeutene i Trondheim kommune har fått verdifull kompetanse med helsefremmende arbeid for barn og unge. Det har også ført til en synliggjøring av hva ergoterapeuter kan bidra med inn i skolen, både på systemnivå og til enkeltelever

Skolesituasjonsintervjuet – tid for en revitalisering?

Barn med funksjonsnedsettelse i den norske skolen, kan oppleve lavere grad av deltakelse og inkludering i en skolehverdag som stadig setter høyere krav til den enkelte eleven. Samtidig vet vi lite om hvordan disse barna faktisk opplever skolehverdagen. Vi vet også lite om hvordan barna opplever overganger innad i grunnskolen og til videregående.

Av Vegard Horne

Etter min mening er det aller viktigste å få frem det enkelte barnets stemme, men hvordan skal man kunne vite noe om hvordan barnet opplever skolehverdagen? Er det behov for et slikt redskap i den norske skolen, og i så fall hvorfor? Her har den enkelte ergoterapeut et særdeles viktig redskap tilgjengelig.

16 OMRÅDER

Skolesituasjonsintervjuet ble utviklet i Sverige på 1990-tallet som et samarbeid mellom Gary Kielhofner og flere svenske ergoterapeuter. En norsk versjon har eksistert siden 2005 (1). Opprinnelig var intervjuet laget for å følge opp barn med motoriske utfordringer, og det er min erfaring at dette er den gruppen barn den treffer mest. Intervjuet har som hensikt å kunne finne eventuelle behov for tilpasninger sett fra elevens perspektiv. Fokusområdet er den enkelte elevens aktivitet i skolehverdagen. Med andre ord kan man si at intervjuet retter søkelyset på hvordan omgivelsene er en sentral faktor for barnets deltakelse. Intervjuet er utviklet for barn fra ti-årsalderen. Det tar utgangspunkt i seksten spørsmålsområder som omhandler ulike skoleaktiviteter. Grovt sett dreier disse områdene seg om elementer som tar for seg det å delta i klasserommet, friminuttene, tilgang til skolelokalene og samarbeid med personalet på skolen.

Til hvert spørsmålsområde bes eleven svare på hvordan vedkommende faktisk utfører den enkelte aktivitet, eller hvordan det fungerer når hen skal gjøre noe. Eleven bes også svare på om vedkommende har noen spesifikke tilpasninger. Hvis barnet har tilpasninger ber man eleven svare på hvordan tilpasningen fungerer. Videre bes eleven reflektere over hva som vil kunne gjøre det enklere. Sammen med barnet vurderer du som intervjuer på en skala fra en til fire i hvor stor grad vedkommende har behov for tilpasning eller ikke. Dine og barnets erfaringer kan bidra til en mer inkluderende hverdag. Dette er klientsentrering og brukermedvirkning satt i system.

VALIDITET OG RELIABILITET

Studier viser at instrumentet har god validitet og reliabilitet (2,3) som også er et godt argument for å bruke det i kunnskapsbasert praksis. Det er særdeles viktig at barnet deltar i beslutningsprosesser omkring deres liv. Dette kan medføre at tilpasningene er mest mulig tilpasset deres behov. At barn opplever at deres mening faktisk har en effekt på deres egen hverdag, vil etter min mening bidra til at de samme barna blir mer bevisste og deltagende voksne.

Mine erfaringer ved bruken av SSI er i stor grad positive. Det har bidratt til å få et systematisk utgangspunkt for å få et bredt inn-

trykk av barnets unike opplevde hverdag. Utfordringen kan handle om barnets manglende eller reduserte evne til verbal kommunikasjon. Barnet må også ha en viss forståelse for situasjonen sin, samt kunne reflektere omkring hva som kunne vært annerledes.

Det er underlig at SSI ikke er én av de tjue mest anvendte kartleggingsredskapene av ergoterapeuter i Norge. Er det fordi det er få ergoterapeuter som arbeider med barn, eller er redskapet er ukjent for dem? Uansett er det behov for en revitalisering av Skolesituasjonsintervjuet.

Vi ønsker derfor å utfordre flere ergoterapeuter som arbeider opp mot barn i skolealder å ta i bruk Skolesituasjonsintervjuet. Det er tid for en revitalisering!

Referanser

1. Hemmingson, H., Egilson, S., Hoffman, O. og Kielhofner, G. 2005. Skolesituasjonsintervjuet (SSI). Norsk oversettelse ved Asbjørnslett, Mona. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter.
2. Yngve, M., Munkholm, M., Lindström, H., Hemmingsson H., Ekbladh, E. (2018) Validity of the school setting interview for students with special educational needs in regular high school – a Rasch analysis. *Health and Quality of Life Outcomes* 16:12
3. Hemmingsson H., Kottorp, A., Bernspång B. (2004) *Validity of the school setting interview: An assessment of the student-environment fit. Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 11:4,171-178

RESULTATER FRA INSCHOOL-PROJECT

Ungdoms deltakelsesutfordringer og ergoterapeuters utvidede rolle i skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenestens mandat er å bedre barn og unges helse. Kjernekompetansen til ergoterapeuter er å oppnå mestring i meningsfylte aktiviteter og å bidra til deltagelse på viktige samfunnsarenaer. Dette gjør skoleergoterapeuter sentrale ved en utvidelse av skolehelsetjenestens rolle til også å gjelde unges deltakelsesutfordringer.

Av Emilie Aas Torland & Randi Wågø Aas

EN SKOLEHELSETJENESTE I ENDRING

En rekke kjente faktorer bidrar til skolefravall, men vi vet mindre om elevenes opplevelse av skolesituasjonen som forklaring til dette. Det er ofte få med helsekompetanse som er involvert i utredning og tiltak for å forebygge skolefravall. Satsningen på å omdanne skolehelsetjenesten til en mer tverrfaglig tjeneste i tråd med Helsedirektoratets ambisjon er positiv, og bør bidra til en utvidelse av mandatet til skolehelsetjenesten til å gjelde både helse og deltagelse. Mer fokus på deltagelse vil bidra til bedre helse både på kort og lang sikt blant de unge – som å forebygge psykisk uhelse og motvirke tidlig uføretrygding.

PROSJEKTETS MÅL OG METODE

I prosjektet INSchool er unges skoledeltakelse og skolen som deres aktivitets- og deltakelsesarena i fokus. Målet med studien var å undersøke sammenhengen mellom elevenes opplevde skolekrav og tanker om å slutte på videregående skole, samt om elevenes opplevde kontroll over beslutninger og sosial støtte i skolesituasjonen modererte denne sammenhengen.

I denne tverrsnittstudien samlet vi data ved hjelp av en tilpasset versjon av Karaseks Krav, kontroll og støttemodell og spørreskjemaet Job Content Questionnaire som er mye brukt til å forstå stress-, helse- og deltakelsesutfordringer i arbeidslivet. Data fra 249 elever fra videregående skoler i Norge ble analysert ved bruk av en sekvensiell logistisk regresjonsmodell.

HVA VI FANT UT

Elever som opplevde høye psykologiske og fysiske skolekrav hadde i større grad tanker om å slutte på skolen, sammenlignet med de som erfarte lavere krav og høy sosial støtte. Sosial støtte, spesielt fra medelever, men også lærere ga beskyttelse. Elev-

ens opplevde kontroll over beslutninger viste ingen effekt på tanker om å slutte på skolen.

SKOLEERGOTERAPEUTERS OPPGAVER

Tidligere forskning har vist sammenheng mellom tanker å slutte på skolen og det å droppe ut av skolen. Høye krav kan øke sannsynligheten for å vurdere å avslutte skolegangen. Sosial støtte, og da spesielt støtte fra andre elever, kan minske slike tanker. Det å kartlegge om elever har tanker om å slutte på skolen, kan gjøre det mulig å identifisere de som står i fare for å droppe ut av videregående skole. Kunnskap om hva som bidrar til at elever får tanker om å avslutte skolegangen, muliggjør tidlig innsats. Studien kan derved brukes blant annet av skoleergoterapeuter som ønsker å jobbe med å forebygge skolefravall.

UTVIKLE VERKTØY

Det jobbes nå videre i prosjektet INSchool med å utvikle et verktøy til bruk i ungdomsskole og videregående skole i første omgang. Vi er derved interessert i å komme i kontakt med skoleergoterapeuter som vil bistå i utprøving av verktøyet. E-post: ranwaag@oslomet.no.



Ståstativ og vaterbarn

Det er, etter min mening, særdeles viktig å være kritisk til veletablert praksis få stiller spørsmålstegn ved. Dette gjelder spesielt ved manglende overbevisende evidens. Enda viktigere er det å være oppmerksom på dette når det angår umyndige mennesker. Anvendelse av ståstativ overfor barn er et eksempel på dette.

Av Vegard Horne



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

Hva er egentlig et ståstativ? Brukerne av ståstativ beskrives som personer med «(...) ingen eller kun noe selvstendig ståfunksjon» (1). Et ståstativ kan i forlengelse av dette beskrives som et stasjonært, teknisk hjelpemiddel som skal gi tilstrekkelig støtte slik at vedkommende kan stå oppreist. Tallmateriale fra NAV viser at over 90 prosent av brukerne av ståstativ i Norge er barn (2). Anvendelsen av ståstativ bør derfor anses som primært rettet mot barn. Ståstativ til barn brukes på steder som barnehage, skole og i hjemmet. Barn er i stor grad umyndige. Samtidig er de barna som anvender ståstativ gjenstand for sterke forventninger med bakgrunn i dere funksjonsnedsettelse. Denne kombinasjonen gjør dem spesielt sårbare for normativ påvirkning.

PARADOKSAL PRAKSIS

Dessverre vil det for barna vise seg at barndomstiden i ståstativ var nytteløs. Det er etter min mening tungtveiende grunner for at anvendelsen av ståstativ overfor barn bør opphøre som helhet som praksis i Norge. Det er mye som

tyder på at den menneskelige kostnaden det enkelte barnet må betale er uforholdsmessig høy med tanke på hva barnet bokstavelig talt står igjen med. Altså en voldsom innsats med lite eller ingen gevinst. Dette er hva man kan kalle et terapeutisk paradoks. Forskning viser at ståstativets påstøtte effekter på barnekroppen er tvetydige, motsigende og ikke mulig å konkludere på bakgrunn av (3,4,5,6). Hvordan kan man ende opp med en praksis som virker mer basert på tradisjon enn med basis i forskning? Et raskt riss i ståstativets framvekst kan gi noen forklaringer. På slutten av 1800-tallet ble det tatt patent i ulike former for modifiserte senger med hensikt å reise opp ikke-stående voksne pasienter i USA (7,8). De påfølgende tiårene sofistikeres ståhjelpemidlene til å ligne mer de vi kjenner til i dag (9,10). Hensikten var å reise opp de ikke-stående kroppene for å oppnå en rekke antatte helseeffekter. Barn som brukere av ståinnretninger nevnes ikke før slutten av 1930-tallet (11). Anvendelse i Norge kan dokumenteres fra midten av 1950-tallet (12). Norske

kilder fra 1950- og 1960-tallet beskriver en praksis som i stor grad er lik den i dag. Altså kan man si at dagens anvendelse har relativt dype historiske røtter.

Den første perioden med anvendelse kan til dels forsvares med uvitenhet. De praktiserte i en samtid hvor den gryende rehabiliteringsmedisinens hovedmål var å tilstrebe å oppnå «den normale kroppen». Barna skulle stå fordi mennesket ble ansett som en stående skapning. Ved å reise opp barnet fikk man kanskje bekreftet det terapeutiske oppdraget; å konstruere og kultivere kompetente mennesker. Ikke bare skulle barna stå, de skulle også stå på korrekt måte. Det var en tilstrekkelig begrunnelse i seg selv. Fagpersonene hadde heller ikke tilstrekkelig teknologi for å måle alt det de påsto. Kanskje var det ikke så stor interesse for det heller? Kanskje var det antatt som noe selvsagt og selvfølgelig? Fortsatt så sent som midt på 1970-tallet beskrev kanadiske leger at man ikke trengte bevis for å vite at det å bruke ståinnretninger til barn var bra. Et barns smil var bevis nok i seg selv (13). Dette

er vel begrunnelser vi i dag ikke ville brukt? Med tanke på dagens kunnskap framstår anvendelsen av ståstativ overfor barn mer eller mindre paradoksale. Spørsmålet er hvorfor en slik anvendelse skal fortsette når stadig mer forskning viser at det bare har en begrenset og kortvarig effekt på enkelte kropsfunksjoner?

DOMINERENDE PÅSTANDER

Ergoterapeuter og fysioterapeuter ytrer dominerende påstander overfor NAV for hvorfor ståstativet bør anses som viktig for det enkelte barnet. Dette kan leses direkte ut fra hjelpemiddelsøknader. Det kan for eksempel være at man må tilstrebe en symmetri, forebygge feilstillinger, styrke muskler og skjelett, bedre fordøyelsen og hjerte- og karsystemet. Samtidig beskrives ståstativet for disse barna som en forutsetning for sosial deltakelse. Påstandene er dominerende i den forstand at de gjentas på tvers av et stort antall begrunnelsestekster over en rekke år (14). Påstandene i tekstene er ekko av de opprinnelige påstandene over ståstativets betydning for barnet. Det å bruke ståstativet ble, og blir kanskje fortsatt, ansett både som et mål og et middel i seg selv. Barnet skal stå og det skal stå korrekt. Per i dag påstår også firmaene som selger ståstativene via Folketrygden mye av det samme uten at de trenger, eller faktisk kan, dokumentere det de hevder. Men uansett hvor etablert disse påstandene er, viser som nevnt forskning, at slike argumenter har lite, eller ingen rot i virkeligheten. Det finnes heller ikke noen reelle nasjonale eller internasjonale anbefalinger for hvor lenge, eller hvordan barn egentlig skal stå i stativet. Motsetningen forsterker

inntrykket av at anvendelsen er basert på tradisjoner og normative forventninger. Dette bærer anvendelsens fortsatte eksistens. Hvilken kostnad har anvendelsen for barnet? Hva vil man egentlig oppnå?

BARNES OPPLEVELSER

Et sentralt tema bør jo være hvordan barn selv opplever det å bruke ståstativet. Man vet at jo yngre barna er, jo mer negative er de til ståstativet. Det samme gjaldt barn med medfødte funksjonsnedsettelse (15). Mange barn beskriver smerter under og etter anvendelse, samt at det hindret deres selvstendighet og deltakelse (16). Samtidig beskriver barn visse forventninger i omgivelsene, noe som kan tolkes som en motivasjon i seg selv. Andre beskriver at de synes at det å bruke ståstativ er positivt. Altså kan man av dette lese sterke motsetninger og ambivalens blant barna. Sammenligner man dette med forskning som heller sår tvil om antatte effekter, framstår anvendelsen ytterligere paradoksal.

Med tanke på at anvendelsen framstår basert på tradisjon og motsigende og ikke-konkluderbar forskning, samt kan påføre barn smerte og ubehag – bør vi spørre oss hvem ståstativet egentlig eksisterer for. Er det barnet, eller egentlig dets hjelpere som har behov for å anvende ståstativet? Det er på tide å drøfte ståstativets videre eksistens.

Referanser

1. NAV Hjelpemiddelsentral. Definisjon per september 2022.
2. NAV Hjelpemiddelsentral. Tallmateriale for året 2021 utlevert til innleggets forfatter.
3. Salem, Y., Lovelace-Chandler, V., Zabel R.J. og Gross McMillan, A.

2010. Effects of Prolonged Standing on Gait in Children with Spastic Cerebral Palsy. *Physical & Occupational Therapy In Pediatrics*, 30:1, 54-65.
4. Pin, T., Dyke, P., Chan, M. 2006. The effectiveness of passive stretching in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 48: 855-862.
5. Pin, Tamis. 2007. Effectiveness of static weight-bearing exercises in children with cerebral palsy. *Pediatric Physical Therapy*.
6. Caulton, J.M., Ward, K.A., Alsop, C.W., Dunn, G., Adams, J.E. og Mughal M.Z. 2004. A randomized controlled trial of standing programme on bone mineral density on non-ambulant children with cerebral palsy. *Arch Dis Children*; 89:131-135.
7. Farmer, M.G. 1886. Adjustable bed for invalids
8. Gorham, G. E. 1894. Invalid bedstead.
9. Gavan, M.D. 1912. Invalid bed
10. Crawford, J.W. 1925. Invalid bed.
11. Pahle, Solveig. 1956. Problemer i den første undervisning av cerebral parese barn. *Norsk Pedagogisk Tidsskrift*. Vol. 40, s.62
12. Stevenson, J.L. 1939. What Is Orthopedic Nursing? *The American Journal of Nursing*. Vol. 39, No. 1.
13. Rosenberger R., Stewart, M., og Bunch, W. 1975. A standing frame for paraplegic children. *Journal of the Association of Childrens Prosthetic-Orthotic Clinics*. Vol. 14, nr. 2.
14. Horne, Vegard. Ståstativet – om normalitet og avvik. Et dokumentstudie av begrunnelsestekster for ståstativ til barn. 2015. Mastergradsoppgave. Universitetet i Nordland.
15. Nordström, B, Näslund, A., Ekenberg, L. og Zingmark, K. 2014. The ambiguity of standing frame devices: a qualitative interview study concerning children and parents experiences of the use of standing devices. *Physiotherapy Theory and Practice*, 30:7, 483-489.
16. Goodwin, J. et al. 2018. Understanding frames: a qualitative study on young people's experiences of using standing frames as a part of postural management for cerebral palsy. *Child Care Health Dev.* 2018;44:203-211.

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



Anita Bundy besøkte nylig Trondheim.
Foto av Bundy i Trondheim: Sissel Alsaker.

Barn og risikofylt lek

Anita Bundy er et kjent ansikt – og navn – for ergoterapeuter som arbeider med barn. Hennes interesse for barn og sanseintegrasjon har vært en inspirasjon for mange, det samme har hennes innsikt i barns lek. For tiden er hun involvert i et forskningsprosjekt i Trondheim som ser på risikofylt lek, og hva barn lærer gjennom den.

Av Sissel Horghagen og Else Merete Thyness

Anita Bundy er professor og leder av fakultetet for ergoterapi ved Colorado State University. Hun forteller at interessen for barn og ergoterapi ble vekket da hun som tenåring jobbet som frivillig ved et senter for barn med cerebral parese i Detroit.

– Jeg jobbet sammen med ergoterapeuter på en sommerleir arrangert av senteret og ble fascinert av både ergoterapi og betydningen av barns lek.

Senere utdannet hun seg til ergoterapeut og beholdt interessen sin for barn.

Forskningsprosjektene hennes har blant annet satt søkelys på hvordan man kan øke barns aktivitetsnivå og sosiale forhandlings-evne gjennom lek, og hvordan man kan unngå at dagens helikopterforeldre, som gjør alt for å beskytte barna sine, noen ganger ødelegger for den gode leken.

– Jeg pleide å spøke med mine ergoterapikolleger om at hvis forskningen min kan bli finansiert, kan hvem som helst få midler, smiler hun.

For øyeblikket er hun særlig opptatt av hvordan barn, både med og uten funksjonshem-

ninger, utvikler seg gjennom å håndtere risiko.

FORSKNINGSPROSJEKT I TRONDHEIM

Selv om Anita Bundy har fylt 70 år, er hun fremdeles i full vigør. Nylig var hun på besøk i Trondheim i forbindelse med sitt samarbeid med professor Ellen Beate Sandseter ved Dronning Mauds Minne, Høgskole for barnehagelærerutdanning. Sandseter leder et treårig forskningsprosjekt finansiert av Norsk Forskningsråd som heter «Virtuell risikohåndtering» - å undersøke effekter

«Det handler om jakten på spenningsfylte opplevelser og det å få til noe som er skummelt og litt vanskelig»

Ellen Beate Sandseter

av barns tidligere risikoerfaring gjennom innovative metoder» og forkortes til ViRMA.

– Hva er målsettingen med det dette prosjektet?

– Målet med ViRMA er å utforske hvordan barn utvikler risikovurdering og risikohåndteringsferdigheter gjennom risikofylt lek og andre barndomserfaringer.

I ViRMA skal dette undersøkes på en sikker og etisk hensiktsmessig måte ved bruk av virtuell virkelighet (VR.) Resultatene fra prosjektet skal gi kunnskap om hvordan barn utvikler risikohåndteringsevner, og hvordan man kan forebygge ulykker og skader, sier Bundy.

Det har blitt gjort store framskritt globalt når det gjelder forebygging av ulykker blant barn. Skader er imidlertid fortsatt den viktigste dødsårsaken.

– Forskning indikerer at barn trenger erfaringer med risiko for å lære å håndtere det. Det er som en muskel som må bygges og trenes. I dagens samfunn blir mange barn overbeskyttet, og de mangler de erfaringene de kunne fått gjennom lek som er mer utfordrende, sier Bundy.

KJENNE PÅ EGET MOT OG SELVTILLIT

Ellen Beate Sandseter møtte Anita Bundy første gang i 2009 i Sydney. Da ledet Bundy et stort prosjekt om barns lek: «The Sydney Playground Project».

– Jeg holdt på med en doktortrad i risikofylt lek, hun ble

interessert i mitt prosjekt og har jobbet videre med dette.

– Har barn behov for risikofylt lek?

– Studier viser at når barn får leke det de selv har lyst til, med varierte lekemuligheter, er rundt ti prosent av leken risikofylt. Det gjelder både gutter og jenter, i alle aldre. I mitt doktorgradsarbeid så jeg på hvorfor barn ønsker å teste ut risiko. Det handler om jakten på spenningsfylte opplevelser og det å få til noe som er skummelt og litt vanskelig. Det er viktig for barn å få utføre skummelt-artige aktiviteter, som gir intense opplevelser.

Sandseter mener at det er mye læring i denne type lek, barna får kjent på eget mot og egen selvtillit.

– Det kan ha antifobisk effekt og gjøre oss mer robuste for psykiske problemer senere i livet. Noe som er bra for utvikling og læring. Barn bør få lære å håndtere risiko

– Hvordan bruker dere VR for å simulere risikofylte situasjoner?

– Vi har VR-designere som lager virtuelle scenarioer hvor barn for eksempel kan krysse en vei med mye trafikk, eller balansere på en planke over en elv.

– Hva håper du forskningen deres kan føre til?

– At vi får mer kunnskap om hvilken betydning risikofylt lek har for hvordan du håndterer annen type risiko senere. Jeg har forsket på dette i over 20 år, og samfunnet går i feil retning.



Ellen Beate Sandseter har forsket på barns risikofylte lek i 20 år.



Ellen Beate Sandseter og Øyvind Kvalnes har gitt ut boken «Risikofylt lek».

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

BLI TRYGGERE I TILLITSVALGTROLLEN

Meld deg på tillitsvalgtkurs i 2023

Du som er ny i vervet som tillitsvalgt eller til deg som er erfaren og trenger oppfriskning og påfyll, her er noe for deg!

Nå finner du 2023-kursene for tillitsvalgte i kurskalenderen på hjemmesiden vår.

Kursene er delt inn i forskjellige nivåer og vi anbefaler at du starter opp med grunnkurs 1 og jobber deg videre til vårt Grunnkurs 3. Målet er at du som tillitsvalgt skal føle deg kompetent og rustet for de utfordringene du som tillitsvalgt kommer bort i.

OM GRUNNKURSENE

På Grunnkurs 1 lærer du om organisasjonen vår, rollen som tillitsvalgt og verktøy i arbeidet som tillitsvalgt. Hvordan og hva kan du som tillitsvalgt bidra med i et inkluderende arbeidsliv? Du får kjennskap til ergoterapeuters kjernekompetanse, hvordan bruke dette i vervet ditt, innføring i arbeidsgivers styringsrett, hva en arbeidskontrakt skal inneholde, hvordan bruke regionene og hva de kan bidra med samt få vite om aktiviteter regionen

tilbyr både medlemmer og tillitsvalgte.

Grunnkurs 2 er et mer spesifikt kurs som tar for seg avtaleverket for ditt tariffområde. Her plukker vi ut viktige temaer som skal gi deg trygghet i å beherske alle sider ved det å være tillitsvalgt. Som tillitsvalgt skal du bli bevisst på hvordan du kan bruke mulighetsrommet for å fremme ergoterapi. Vi avslutter grunnkurs 2 med rollespill i forhandlinger.

Grunnkurs 3 er for deg som er erfaren tillitsvalgt eller som har gjennomgått grunnkurs 1 og 2 samt utført nettkurset «*tillitsvalgte og ergoterapeuters kjernekompetanse*». Du skal etter endt kurs være bevisst på hvordan du kommuniserer, kunne ta i bruk argumenter for å oppnå dine mål og hvordan du kan se samfunnets utfordringer og mulighetsrommet for ergoterapeuters bærekraftige kompetanse. Du får øve deg på det du har lært ved å legge frem en tentativ sak.

Grunnkurs	Hvem	Når	Hvor
Grunnkurs 1	Alle tariffområder	25.-26. januar	Oslo
Grunnkurs 2	KS, kommunesektoren	14.-16. februar	Bergen
Grunnkurs 2	Spekter 10 og 13	14.-16. mars	Lillestrøm
Grunnkurs 3	Alle tariffområder	28.-30. mars	Fredrikstad
Grunnkurs 1	Alle tillitsvalgte	6.-7. september	Drammen
Grunnkurs 2	KS, kommunesektoren	26.-28. september	Trondheim
Grunnkurs 3	Alle tariffområder	7.-9. november	Bodø

Kursoversikt over nye kurs 2023			
Hva	Tidspunkt	Beskrivelse	Hvor
Ergoterapi til barn og unge	Kontinuerlig	Kurset har som formål å styrke ergoterapeuters kjernekompetanse knyttet til arbeid med barn og unge. Består av 4 moduler og er gratis	Digitalt
Fagdag- Ergoterapeutens rolle i fremtidens bærekraftige helsetjenester	16.februar 2023	Helsetjenestene står overfor store fremtidsutfordringer, samtidig er det mangelen på helsepersonell. Hvor har ergoterapeutene sin plass i dette fremtidsbildet? Kurset er utviklet i samarbeid med Sykehuset innlandet.	Region Innlandet
Ergoterapeuter og Førerkort vurdering Modul 1	6. mars 2023	Kurs utviklet av Ergoterapeutene i samarbeid med ergoterapeuter ved Sunnaas sykehus og utviklere av P-Drive	Digitalt
Kurs i Sensorisk Profil 2, (SP2)	2. – 4. mai 2023	Sensorisk Profil 2 er en standardisert og strukturert undersøkelse ved hjelp av spørreskjema for å avdekke sensoriske modulasjonsforstyrrelser hos barn og unge.	Region Midt
Percieve, Recall, Plan and Perform (PRPP)	28. - 31. august 2023	Kurs i kartleggingsmetoden PRPP på norsk.	Region Innlandet
Ergoterapeuter og Førerkort vurdering Modul 2	18. september 2023	Praktisk kjørevurdering og P-Drive. Kurs utviklet av Ergoterapeutene i samarbeid med ergoterapeuter ved Sunnaas sykehus og utviklere av P-Drive	Digitalt
ADL-Taxonomien	16. oktober 2023	Bruk av ADL Taxonomien som kartleggingsverktøy.	Digitalt
Deltakelse og mestring for eldre	Kontinuerlig, men siste påmelding 31.12.2022	Gi kompetanse og motivere ergoterapeuter til å ta i bruk mulighetsrommet som kvalitetsreformen «Leve hele livet» gir.	Digitalt
Alle skal kunne delta	Kontinuerlig, men siste påmelding 31.12.2022	Kurset tar utgangspunkt i ergoterapeuters kjernekompetanse og er relevant for alle ergoterapeuter, uavhengig av hvilket fagområde eller nivå i helsetjenesten deltakerne er ansatt.	Digitalt
Planlagte kurs 2023:			
Hva	Tidsramme	Beskrivelse	Hvor
Lederkurs	I løpet av 2023	Kurs for ergoterapeuter som er ledere eller ønsker å bli det	

Fag til lunsj vår 2023:

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

Husk!

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

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

Digitalt kurs i Ergoterapeuter og førerkortvurdering



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

Alt undervisnings materiell vil bli tilgjengelig på egen lukket hjemmeside; videoforelesninger, litteratur til forberedelse, øvingsoppgaver individuelt og i grupper. I tillegg vil det bli arrangert livearrangement med utgangspunkt i øvingsoppgaver.

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

MODUL 1. ERGOTERAPEUTER OG FØRERKORTVURDERING.

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

Kurset er meritterende for spesialistordningen med 21 timer som ergoterapifaglig kurs. Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.

Oppstart 6.mars 2023 – da vil deltakerne få lenke og tilgang til kurs-siden med litteratur og videoforelesninger.

I løpet av denne modulen vil det bli arrangert tre «Livearrangement», der forelesere og kursdeltakerne møtes på Teams. Dato for disse arrangementene kommer senere.

Pris for medlemmer kr. 2 500,-, tillitsvalgte kr. 1 250,-, ikkemedlemmer kr. 5 000,-

MODUL 2. PRAKTISK KJØREVURDERING OG P-DRIVE

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

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

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

Oppstart 18.september 2023 – da vil deltakerne få lenke og tilgang til kurs-siden med litteratur og videoforelesninger.

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

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

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

Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.

KALIBRERING

Etter det første året med vurderinger, vil deltakerne har mulighet for kalibrering og kalibrerings-sertifikat med ytterligere 15 timer meritterende til spesialistordningen. Pris: 1 000,- NOK. Frist for innlevering av kalibrering juni 2023. Kartlegginger sendes til Ann-Helen Patomella. E.post: ann-helen.patomella@ki.se.

Følg med i kurskalenderen.



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



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

P RPP er et standardisert system som ble utviklet av og for ergoterapeuter, for å identifisere menneskers bruk av kognitive strategier, og for å igangsette relevante tiltak for å benytte disse mer effektivt i utførelse av hverdagsaktiviteter. Basert på kartleggingen gjør PRPP-intervensjonen det mulig å igangsette tiltak relatert til utfordringene som ble identifisert.

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

Kurset varer i fem dager med oppfølging på Teams i etterkant. Det gir sertifisering til bruk av PRPP og er meritterende med 55 timer til ergoterapispesialistordningen.

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangør: Ergoterapeutene Innlandet

Tid: 28.august - 1.september 2023

Sted: Hamar og oppfølging på Teams

Påmelding: <https://ergoterapeutene.org/kursskalender/>

Påmeldingsfrist: 1. august 2023

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



DIGITALT KURS I ADL-TAXONOMIEN



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

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

Kurset er meritterende med 20 timer til ergoterapispesialist.

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

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangør: Ergoterapeutene

Sted: Nett og Teams

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org, innen 1. oktober 2023.

Tid: Oppstart 16. oktober 2023.

Livearrangement på Teams 30. oktober 2023.

Livearrangement på Teams 20. november 2023.

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

Ergoterapeutens rolle i fremtidens bærekraftige helsetjenester – fagdag Ergoterapeutene Innlandet



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

Helsetjenestene står overfor store fremtidsutfordringer. Nye behandlinger og ny teknologi innebærer at flere vil leve lenger med sammensatte og komplekse helseutfordringer, samtidig som mangelen på helsepersonell som kan ta vare på oss når vi blir syke og pleietrengende øker. Vi må rigge helsesystemet slik at vi kan ta i bruk nyvinninger, kunnskapsbasert praksis og ny avansert behandling. Hvor har ergoterapeutene sin plass i dette fremtidsbildet?

Målgruppe: Ergoterapeuter som jobber på alle tjenestenivå i kommunen og spesialisthelsetjenesten.

Arrangør: Ergoterapeutene Innlandet og Sykehuset Innlandet.

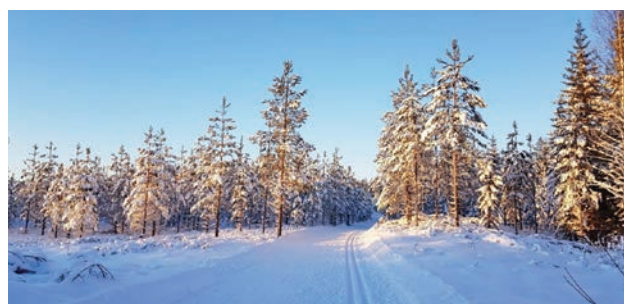
Tid og sted: Festsalen, Sanderud, Sykehuset Innlandet, 16.februar 2023.

Kurset er godkjent med 6 timer meritterende til ergoterapispesialist.

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

Pris: medlemmer 1 000,-, tillitsvalgte 750,- og ikke-medlemmer 2 000,-.

Påmeldingsfrist 1.februar 2023.



Kurs i Sensorisk profil 2, SP2



Sensorisk Profil 2 er en standardisert og strukturert undersøkelse for å avdekke sensoriske modulasjonsforstyrrelser hos barn og unge. SP2 er forankret i nevrovitenskap og Winnie Dunns rammeverk for å forstå sensorisk prosessering.

Mange barn strever med å ta inn og tolke sanseinntrykk på en adekvat måte. Det påvirker hvordan de møter omgivelsene og mestrer ulike aktiviteter i for eksempel barnehage og skole.

Tid og sted: 2.- 4. mai 2023, Clarion Hotel Trondheim

Målgruppe: Ergoterapeuter som jobber med barn og unge, eller med voksne med en mental utviklingsalder mellom 3 mnd. og 14 år.

Kursarrangør: Ergoterapeutene Midt

Foreleser: Ulla Sparholt fra Danmark, spesialergoterapeut, har ph.d. i psykologi og Ms i Læreprosesser.

Kurset er godkjent med som ergoterapispesifikt

kurs meritterende med 25 timer til spesialistordningen.

Pris: medlemmer: kr 7000, tillitsvalgte kr 3500, ikke-medlemmer: kr 14.000

Påmeldingsfrist 15. februar 2023.



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 - Proteser

Personlig stell og klær

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

Forflytning

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

- 1836 - Oppbevaringsmøbler

- K 1 - Kontor-/institusjonsmøbler

Kommunikasjon/informasjon/varsling

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

Transportering (flytting, løfting)

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

Hjelpemidler for barn

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



Les mer på vår nye hjemmeside



Vi ønsker velkommen til en helt ny generasjon med rullestoler!

Eloflex er en serie med sammenleggbare elektriske rullestoler med lang rekkevidde som gir brukeren av hjelpemiddelet mer etterlenget frihet. Frihet til å bevege seg hvor man vil, når man vil. Vi kan tilby flere forskjellige varianter utfra ulike behov og livstil.

Ta gjerne en titt på vår nye hjemmeside og vær mer delaktig i hverdagen med Eloflex.

- Lang rekkevidde
- Sammenleggbar og delbar
- Lav vekt