



Høgskulen på Vestlandet

BER332 -

Bacheloroppgave

BER332-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	01-05-2021 09:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	14-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
SIS-kode:	203 BER332 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	336
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7690
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har Ja
registrert
oppgavetittelen på
norsk og engelsk i
StudentWeb og vet at
denne vil stå på
vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	13
Andre medlemmer i gruppen:	328

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

En illusjon som kan fremme aktivitet og deltakelse

En kvalitativ studie om ergoterapeuters erfaringer med speilterapi som et ergoterapeutisk tiltak i spesialisthelsetjenesten for pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon av over- eller underekstremitet.

An illusion that can promote occupation and participation

A qualitative study of occupational therapists' experience with mirror therapy as an occupational therapy intervention in the specialist health service for patients who experience phantom limb pain following amputation of upper- or lower limb.

Kandidatnummer: 336 & 328

Bachelor i ergoterapi

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Veileder: Kari Margrete Hjelle

Ordtelling: 7690

Innleveringsdato: 14.05.21

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. *Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.*

Forord

Vi vil starte med å takke alle som har bidratt med informasjon og kunnskap til denne bacheloroppgaven. Vi ønsker å uttrykke en spesiell takk til vår veileder Kari, som har gitt oss verdifull veiledning gjennom hele prosjektet. Vi ønsker også å uttrykke en stor takk til alle informantene som stilte opp til intervju og delte meningsfull informasjon som har bidratt til verdifulle funn i oppgaven. Også en stor takk til våre nære og kjære medstudenter som har gjort de siste tre årene til en overkommelig og minnerik periode.

Prosjektprosessen har til tider vært krevende, men vi har gjennom et godt samarbeid alltid arbeidet med en innstilling om at vi til slutt skulle komme i mål med en god og nyttig bacheloroppgave. Vi er stolte av oppgaven og håper at resultatene kan sette et lite spor i en eventuell videre utvikling av en systematisk anvendelse av speilterapi for pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon. Vi ser på dette som et viktig tema å belyse og har jobbet iherdig for å komme med et godt resultat som kan være til nytte for både terapeuter som anvender speilterapi og spesielt pasienter som mottar behandlingsmetoden.

Sammendrag

Tittel: En illusjon som kan fremme aktivitet og deltakelse

En kvalitativ studie om ergoterapeuters erfaringer med speilterapi som et ergoterapeutisk tiltak i spesialisthelsetjenesten for pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon av over- eller underekstremitet.

Formål: Utforske hvilke erfaringer ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten har med å anvende speilterapi for pasienter med fantomsmerter etter amputasjon, og hvilken nytteverdi behandlingsmetoden har. Målet var å få en innsikt i hva ergoterapeuter opplever som styrker og svakheter med behandlingsmetoden og hvilke elementer som må være til stede for at speilterapi skal fungere optimalt.

Forsknings spørsmål: *“Hvordan erfarer ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten nytteverdien av speilterapi for å bidra til at pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon kan delta i hverdagens meningsfulle aktiviteter på egne premisser?”*

Metode: Kvalitativt design med semistrukturert intervju ble brukt som metode for datainnsamling. Fire ergoterapeuter fra spesialisthelsetjenesten med variert erfaringer med bruk av speilterapi for pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon ble intervjuet. Malteruds (2018) systematiske tekstkondensering ble benyttet som metode for å analysere innsamlet data.

Resultat: Innsamlet data indikerer at informantene har varierende erfaringer med bruk av speilterapi for pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon. Hovedfunnene fra de empiriske dataene er presentert i to resultat kategorier med subgrupper. Første resultat kategori er «Kjerneelementer i speilterapi» som er elementer informantene fremmer bør være i fokus for at behandlingsmetoden skal fungere optimalt. Den andre resultat kategorien er «Fordeler og utfordringer med speilterapi».

Konklusjon: Våre funn indikere at speilterapi kan bidra til å redusere fantomsmerter, men behandlingsmetoden bør brukes som et supplement og skal ikke erstatte konvensjonelle behandlingsmetoder. Ved å redusere fantomsmerter kan behandlingsmetoden resultere i mer energi, økt aktivitet på den amputerte siden og fremme selvstendighet og mestring i hverdagsaktiviteter. Manglende evidensgrunnlag indikerer et behov for ytterligere forskning som undersøker anvendelsen av speilterapi med tanke på hyppighet, varighet og innhold. Et forslag til anvendelse av speilterapi med fokus på funnene i oppgaven blir presentert i vedlegg 3.

Nøkkelord: Speilterapi, Fantomsmerter, Ergoterapi, Spesialisthelsetjenesten

Abstract

Title: An illusion that can promote occupation and participation

A qualitative study of occupational therapists' experience with mirror therapy as an occupational therapy intervention in the specialist health service for patients who experience phantom limb pain following amputation of upper- or lower limb.

Aim: The aim of this bachelor's thesis has been to research occupational therapists', in the specialist health service, experiences with mirror therapy for patients who experience phantom limb pain following amputation. We wanted to gain insight into what occupational therapists describe as strengths and weaknesses with mirror therapy and what elements are needed for the intervention to work.

Research Question: *"How do occupational therapists in the specialist health care services experience the use of mirror therapy to help patients who experience phantom limb pain following amputation to participate in meaningful everyday activities on their own terms?"*

Method: Qualitative methods with semi-structured interviews were used to collect data. Four occupational therapists from the specialist health service were interviewed. They had varied experiences with the use of mirror therapy with patients experiencing phantom limb pain following amputation. Malteruds (2018) systematic text condensation was used to analyze the collected data.

Findings: The collected data indicate that occupational therapists have varied practical experiences with mirror therapy for patients who experience phantom limb pain following amputation. The main findings from the empirical data are presented in two result categories with subgroups. The first result category is "Core elements in mirror therapy", which presents the elements that are needed for the intervention to work. The second result category is "Benefits and challenges with mirror therapy".

Conclusion: Our research findings indicate that mirror therapy has the potential to reduce phantom limb pain and could be used as a supplement treatment alongside conventional treatment. Mirror therapy can result in more energy, increased activity in the amputated limb and promote independence and feeling of achievement in everyday living. The lack of evidence on how to perform mirror therapy in terms of frequency, duration and content indicates a need for more research on these elements. However, a proposal on how to perform mirror therapy step by step in light of the results is presented in attachment 3.

Key words: Mirror Therapy, Phantom Limb Pain, Occupational Therapy, The Specialist Health Care Services

Innhold

1.0	Introduksjon	1
1.1	En god relasjon mellom ergoterapeut og pasient.....	2
1.2	Tidligere forskning.....	3
1.3	Nytteverdi.....	5
1.4	Forskningsspørsmål.....	5
1.5	Begrensninger og avgrensninger.....	5
1.6	Oppgavens oppbygging.....	6
2.0	Metode	6
2.1	Design.....	6
2.2	Forskningsetikk og forskerrollen.....	6
2.3	Forforståelsen.....	7
2.4	Utvalg.....	7
2.5	Datainnsamling.....	8
2.5.1	Intervjuguide.....	8
2.5.2	Gjennomføring av intervju.....	8
2.6	Dataanalyse.....	9
2.6.1	Transkribering.....	9
2.6.2	Systematisk tekstkondensering.....	9
3.0	Resultat	11
3.1	Kjerneelementer i speilterapi.....	11
3.1.1	En god relasjon – Kommunikasjon og motivasjon.....	11
3.1.2	Hyppighet, varighet og innhold.....	12
3.1.3	Optimale omgivelser.....	14
3.2	Fordeler og utfordringer med speilterapi.....	14
3.2.1	Fordeler – Speilterapi kan fremme aktivitet og deltakelse.....	15
3.2.2	Utfordringer – Mangel på rutiner og tid til oppfølging.....	16

4.0	Resultatdiskusjon	18
4.1	Speilterapi som et middel	18
4.2	Samspillet mellom person, speilterapi og omgivelser	20
4.3	Speilterapi i spesialisthelsetjenesten	21
5.0	Metodediskusjon	22
5.1	Utvalg.....	22
5.2	Intervjuguide	22
5.3	Datainnsamling.....	23
5.4	Dataanalyse	23
5.5	Reliabilitet og validitet.....	24
6.0	Konklusjon	24
6.1	Speilterapi fra start til slutt	25
7.0	Referanseliste	26
8.0	Vedlegg	28
8.1	Vedlegg 1 – Samtykkeskjema	28
8.2	Vedlegg 2 – Intervjuguide.....	31
8.3	Vedlegg 3 - Forslag til en systematisk arbeidsprosess i anvendelsen av speilterapi.....	33

1.0 Introduksjon

For at alle utøverne i en profesjon skal ha en felles profesjonell identitet er det nødvendig med en samling av felles perspektiver, ideer og verdier, som definerer deres arbeidsmetode, karakter og formål, også kalt et paradigme (Kielhofner, 2010a, s. 22). Fokuset i ergoterapeutens paradigme er aktivitet og deltakelse for alle, og målet med ergoterapi er deltakelse og inkludering. Ergoterapeuten har fokus på deltakelse i meningsfulle aktiviteter, og arbeider med å fremme aktivitetsutførelse, tilrettelegge aktiviteter og fremme inkluderende omgivelser (Brandt, Madsen & Peoples, 2013, s. 17). Helsen påvirkes og skapes i samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. Aktivitet kan ha både positiv og negativ påvirkning på helse, identitet og sosiale nettverk. Når det oppstår et gap mellom helsen og hverdagens krav til deltakelse og utførelse av aktiviteter kan ergoterapeuter bidra med ressurser og løsninger som kan redusere eller lukke gapene (Jessen-Winge & Riddersholm, 2013, s. 27-32).

Ergoterapeuter kan arbeide innen spesialisthelsetjenesten på rehabiliteringsavdelinger (Jepsen & Larsen, 2013, s. 345-352). Her kan de møte personer med ulike og komplekse aktivitetsutfordringer, blant annet relatert til amputasjon av en kroppsdel. Amputasjon er å operativt fjerne et organ eller en kroppsdel, og etter en slik operasjon får alle pasienter tverrfaglig rehabilitering (Schlichting, 2018). Fantomsmerter er smerter eller ubehag som kan oppstå etter amputasjon og utløses fra nerveendene i en amputasjonsstump (Jansen, 2021). Smertene oppstår når hjernen fortsatt har hukommelse av den amputerte ekstremiteten og sender signaler til kroppsdelene. Når signalene ikke får respons tolker hjernen det som en feilmelding og reagerer ved å utløse smerte (Lindvåg, 2014). Mellom 60-80% av pasienter som har amputert en ekstremitet opplever fantomsmerter i ulik grad. Fantomsmerter kan påvirke en persons utførelse av hverdagsaktiviteter i hjem og arbeid, og redusere deltakelse i egen hverdag (Padovani et al., 2015).

Ergoterapeutiske tiltak inkluderer aktivitet som mål eller middel (Fisher & Marterella, 2019, s. 94). Aktivitet som mål er å trene på bedring av aktivitetsutførelse og fremme mestring i en utvalgt aktivitet som pasienten ønsker eller trenger å utføre i hverdagen. Aktivitet som

middel vil si å benytte aktivitet i intervensjoner for å fremme mestring i mål eller delmål (Gillen et al., 2014, s. 326). Speilterapi er en behandlingsmetode brukt i rehabilitering for pasienter med fantomsmerter etter amputasjon. Behandlingsmetoden er basert på visuell stimulering og er en øvelsesbasert intervensjon med mål om å bedre motorisk funksjon (Solberg, 2016, s. 25). Bevegelse eller berøring skal få hjernen til å reagere hensiktsmessig på den nye tilstanden kroppen er i. Ergoterapeuter og fysioterapeuter er spesielt egnet til å utføre sansestimulerende behandling da de har en grunnleggende forståelse av nevroanatomi, nevrofysiologi og hvordan sansene samarbeider med hverandre. De kan dermed velge, gradere og justere sanseintrykkene og omgivelsene for å oppnå best mulig resultat (Gammeltoft, 2009, s. 17).

Speilterapi utføres ved at pasienten plasserer den friske over-/underekstremiteten foran et speil, og den amputerte over-/underekstremiteten bak speilet (Solberg, 2016, s. 25). Pasienten utfører øvelser med den friske ekstremiteten foran speilet for å skape en illusjon og gi input til hjernen om at bevegelsen gjøres bilateralt. Speilterapi er en behandlingsmetode som skal fungere som et supplement til konvensjonell behandling (Solberg, 2016, s. 25), og et middel til å oppnå økt aktivitet og deltakelse i hverdagen. I Norge er speilterapi rangert som en "svakt anbefalt" behandlingsmetode for pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon (Østlie et al., 2019). De norske dysmeli- og armamputasjon-teamene har varierte erfaringer med anvendelse av speilterapi, men har en felles opplevelse av manglende kunnskap om hvordan anvende speilterapi i henhold til hyppighet, varighet og innhold (Østlie et al., 2019).

1.1 En god relasjon mellom ergoterapeut og pasient

Speilterapi kan for mange være en emosjonell opplevelse som kan fremkalle følelser som sorg eller lettelse, og en avgjørende del av behandlingsprosessen er forholdet mellom terapeut og pasient. Mangel på grunnleggende forståelse og tillit i pasient-terapeut forholdet kan føre til et negativt utfall (Bonsaksen, Vøllestad & Taylor, 2013, s. 27). Modellen for tilsiktet samspill (IRM) forklarer hvordan ergoterapeuten kan anvende ulike terapeutiske modus for å fremme aktivitet, engasjement og skape en positiv og trygg behandlingsprosess

for pasienten (Kielhofner, 2010, s. 143). Modusene er advokerende, samarbeidende, empatisk, oppmuntrende, instruerende og problemløsende (Kielhofner, 2010a, s. 146). Ergoterapeuten bør bli kjent med pasientens interpersonelle karakter og velge det moduset som best kommer overens med pasienten for å kunne møte pasientens følelser og oppnå best mulig resultat (Kielhofner, 2010a, s. 146).

1.2 Tidligere forskning

Vi har funnet én kvalitativ studie relevant for oppgavens forskningsspørsmål.

Forskningsartikkelen av Rothgangel et al. (2015) beskriver utviklingen og innholdet i et klinisk rammeverk for speilterapi for pasienter med fantomsmerter etter amputasjon. Det ble utført litteratursøk og semistrukturerte intervju for å samle forskning og erfaringer rundt temaet. Litteratursøkene resulterte i 3 kontrollerte kliniske studier, 9 kasusstudier, 4 kasusrapporter, 4 behandlingsprotokoller og én delphi studie. Det ble gjennomført intervju med 6 pasienter, 5 fysioterapeuter og 5 ergoterapeuter.

Resultatene avslører likheter mellom funn i litteratur og intervju (Rothgangel et al., 2015). Det er viktig å gi tilstrekkelig informasjon til pasientene om bakgrunn, arbeidsprosess og potensielle bivirkninger før behandlingsstart. Det er klare kriterier for valg av pasienter, som tilstrekkelig kognitive evner (oppmerksomhet, hukommelse og konsentrasjon), en smertefri intakt kroppsdelen å speile og tilstrekkelig syn. Den amputerte kroppsdelen må også vurderes. Alle protokoller påpeker at visuelle merker som smykker, tatoveringer og arr bør fjernes eller dekkes over for å gjøre speilbildet mest mulig realistisk. Det er fremmet å individuelt tilpasse treningsprogrammet ut fra pasientens preferanser (Rothgangel et al., 2015). Det ble identifisert fire kategorier for anvendelse av øvelser i speilterapi:

1. Observasjon av ulike stillinger i speilbildet, uten bevegelse.
2. Enkle motoriske øvelser, med eller uten gjenstander.
3. Sansøvelser med ulike teksturer.
4. Mentale øvelser – med eller uten speil

Pasientene meddeler at tilstrekkelig informasjon og fortellinger om suksesshistorier fremmer motivasjon. Mange pasienter opplyser om bedret selvbilde, mestringsfølelse og redusert medisininntak etter speilterapi. Noen pasienter bekrefter kortvarige bivirkninger som kvalme og svimmelhet (Rothgangel et al., 2015). Alle dataene ble samlet og gruppert, og ut fra dataene ble det utviklet et flytskjema. Skjemaet skal fremme en logisk måte å gjennomføre fasene i det strukturerte kliniske rammeverket utviklet i studien (Rothgangel et al., 2015). Forfatterne bekrefter i diskusjonen at en studie for å teste det kliniske rammeverket i praksis skal gjennomføres, men vi har ikke lyktes med å finne resultater fra dette studiet.

Sammen med bibliotekar har vi utført databasesøk, og fikk ingen flere treff på kvalitative studier som belyser oppgavens forskningsspørsmål. Vi fikk treff på to kvantitative studier som bekrefter at speilterapi har positiv effekt på fantomsmerter, og i studiene bekrefter pasienter god erfaring med speilterapi. Funnene kan styrke hvorfor speilterapi bør være et behandlingstilbud for pasienter med fantomsmerter etter amputasjon.

I en kvantitativ studie av Tilak et al. (2015) ble effekten av speilterapi målt opp mot transkutan nervestimulering. Studien inkluderte 26 deltakere; en gruppe utførte speilterapi, den andre utførte transkutan nervestimulering. Deltakernes smerter ble målt før, under og etter behandling med to skalaer; "Visual analogue scale" (VAS) og "universal pain score" (UPS). Gruppen som utførte speilterapi hadde økter på 20 minutter, fire dager på rad. Etter fire dager ble det utført en ny evaluering av deltakernes opplevelse av smerte. Både speilterapi og transkutan nervestimulering kunne redusere fantomsmerter, men studien konkluderer med at det vil være behov for lengre oppfølging for å se om effekten er langvarig (Tiltak et al., 2015).

I en studie av Chan et al. (2007) ble 22 deltakere med fantomsmerter etter benamputasjon fordelt i tre grupper. Én gruppe utførte speilterapi, én gruppe utførte covered mirror og siste gruppe utførte mental visualization med en oppfølgingstid på fire uker. Anvendelse av intervensjonene er ikke grundig beskrevet i studien. Studien resulterte i at speilterapi gav en

bedre effekt på å redusere fantomsmerter enn “covered mirror” og “mental visualization”. Flere studier viser at speilterapi kan ha positiv effekt på å redusere fantomsmerter, men noen pasienter opplever bivirkninger ved bruk av speilterapi. I studien av Chan var det to deltakere som rapporterte bivirkninger etter speilterapi i form av sorg, men ingen forverret smerter (Chan et al., 2007).

1.3 Nytteverdi

Få kvalitative studier undersøker ergoterapeuters erfaringer knyttet til gjennomføring av speilterapi for fantomsmerter etter amputasjon. Dette tyder på et kunnskapshull.

Nytteverdien med oppgaven er å beskrive ergoterapeuters erfaringer med bruk av speilterapi i spesialisthelsetjenesten. Hensikten med vår kvalitative studie er å synliggjøre ergoterapeuters erfaringer med speilterapi, både positive og negative sider. Målet med studien er å motivere, inspirere og bidra til at ergoterapeuter kan utarbeide en systematisk anvendelse av speilterapi ut fra forskning og ergoterapeuters erfaringer.

1.4 Forskningsspørsmål

Forskningsspørsmålet som skal besvares er:

“Hvordan erfarer ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten nytteverdien av speilterapi for å bidra til at pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon kan delta i hverdagens meningsfulle aktiviteter på egne premisser?”

1.5 Begrensninger og avgrensninger

Forskningsspørsmålet er avgrenset til å beskrive hvilke erfaringer ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten har med anvendelse av speilterapi for pasienter med fantomsmerter etter amputasjon. oppgaven er også avgrenset med å ekskludere andre pasientgrupper som blir tilbudt speilterapi (eks. hjerneslag). Vi ser en overføringsverdi i speilterapi for pasienter som har amputert over- og/eller underekstremitet og velger å inkludere amputasjon av begge ekstremitetene. Amputasjon av både over- og underekstremitet vil videre i oppgaven bli omtalt som amputasjon.

1.6 Oppgavens oppbygging

Innledningsvis i oppgaven er bakgrunnsinformasjon for valgt tema presentert. Ved å følge trinnene i kunnskapsbasert praksis ble det først utført søk etter tidligere forskning. Vi har reflektert over forforståelsen og egen praksis, spørsmålsformulering, innhenting og kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap. Innhentet forskning danner grunnlaget for oppgavens forskningsspørsmål, nytteverdi og avgrensning. Annen teori som er relevant for forskningsspørsmålet blir også presentert og er strukturert etter kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi; paradigme, begrepsmodeller og relatert viten. Videre blir oppgavens kvalitative forskningsmetode beskrevet, hvor semistrukturert intervju er blitt benyttet for å innhente data. Deretter blir våre funn, inndelt i to resultat kategorier med subgrupper, presentert. Videre blir funnene diskutert opp mot forskning og det teoretiske grunnlaget, samt drøfting rundt vår gjennomførelse av den kvalitative metoden. Avslutningsvis presenteres en konklusjon på oppgaven.

2.0 Metode

2.1 Design

Kvalitativt design med semistrukturert intervju er brukt som metode for datainnsamling. Denne intervjuformen gir mulighet til å utforske og få innsikt i et spesifikt tema (Malterud, 2018, s. 134). Ved å benytte den kvalitative metoden vil det være mulig å utforske ergoterapeuters erfaringer og meninger med speilterapi for fantomsmerter etter amputasjon. Ved å benytte en kvalitativ metode er det mulig å innhente informasjon fra et lite utvalg informanter og gå i dybden i erfaringene til informantene (Malterud, 2018, s. 31).

2.2 Forskningsetikk og forskerrollen

De Nasjonale Forskningsetiske Komiteene og Regionale Komiteer for Medisinsk og Helsefaglige Forskningsetikk har dannet prinsipper og hensyn som er viktig å ha kunnskap om når en utfører en studie som inkluderer informanter. For å gjennomføre vår studie etisk riktig har det vært viktig å danne trygge rammer og betingelser for intervjuene.

Informantene ble tilsendt et informasjonsskriv i forkant av intervjuene hvor de gir samtykke

til intervju, og informasjon om hvordan dataene ville bli håndtert (Vedlegg 1). Prosjektet er godkjent av Norsk Senter for Forskningsdata (NSD) (ref. nummer: 415729). Grunnet omstendighetene rundt covid-19 ble intervjuene gjennomført digitalt. I henhold til retningslinjene fra NSD ble det tatt lydopptak på en mobiltelefon i flymodus. Lydopptaket ble overført til passord-beskyttet PC og slettet etter transkripsjon. Informantene ble informert om at anonymitet og personvern ville bli ivaretatt gjennom prosjektet (Malterud, 2017, s. 214).

2.3 Forforståelsen

Forforståelsen er kunnskapen og informasjonen vi har i forkant av forskningsprosjektet om forskningstemaet, egne erfaringer, teori og faglig perspektiv (Malterud, 2018, s. 46). Som ergoterapistudenter har vi paradigme integrert i vår tankeprosess. Vi har kunnskap om at hensikten med ergoterapeutiske tiltak er å gjenvinne eller øke individets forutsetninger for aktivitet og deltakelse i hverdagen (Brandt, Madsen & Peoples, 2013, s. 17). Forforståelsen kan påvirke hvordan vi tolker resultatene, ved at vi ser etter funn som samsvarer med ergoterapi. Selv har vi ingen erfaringer med å benytte speilterapi for fantomsmerter etter amputasjon. Vi fikk interesse for temaet etter praksis hvor det har vært ønskelig å benytte speilterapi, men ikke er oppstartet grunnet manglende kunnskap om behandlingsmetoden. Vi ble nysgjerrig på hvordan ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten anvender speilterapi, og ønsket å undersøke erfaringer fra praksisfeltet.

2.4 Utvalg

I rekruttering av informanter ble det gjennomført et søk etter rehabiliteringssteder i Norge som tilbyr rehabilitering for personer med amputasjon. Søket resulterte i to oversikter fra Helse Norge med 15 mulige rehabiliteringssentre. Et strategisk utvalg av informanter ble utført, hvor utvalget bestod av ergoterapeuter som anvender eller har anvendt speilterapi med pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon. Videre tok vi kontakt over e-post med de ulike sykehusene og rehabiliteringssentrene som arbeider med amputasjon, og etterspurte ergoterapeuter som har erfaring med behandlingsmetoden. Flertallet av responsen var at rehabiliteringsstedet ikke benyttet speilterapi, eller at det ikke var

ergoterapeuter som arbeidet med behandlingsmetoden. Deretter tok vi kontakt med aktuelle sykehus, som ikke hadde respondert på e-post, over telefon.

Utvalget består av fire informanter med ulik arbeidserfaring ved bruk av speilterapi for personer med fantomsmerter. Informantene er fra spesialisthelsetjenesten hvor to av informantene jobber på samme rehabiliteringsavdeling.

2.5 Datainnsamling

Vi har benyttet kvalitative forskningsmetode med fire semistrukturert intervjuer for å belyse forskningsspørsmålet.

2.5.1 Intervjuguide

Semistrukturert intervju er en kvalitativ metode som kan sørge for struktur i intervjuet slik at informantens tanker, erfaringer, holdninger og opplevelser kan belyse forskningsspørsmålet (Malterud, 2018, s. 133). Intervjuguiden ble laget på bakgrunn av tidligere forskning, samt vår interesse omkring ergoterapeuters erfaringer med speilterapi (Vedlegg 2). Det ble laget åpne spørsmål slik at informantene kunne dele sine erfaringer uten begrensninger, men også innenfor en ramme (Malterud, 2018, s. 134). Innledningsspørsmålene i intervjuguiden omhandler informantens kliniske erfaringer som ergoterapeut. Hovedspørsmålene var knyttet til speilterapi som behandlingsmetode og erfaringer med pasienter. Intervjuformen ga mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål for å bekrefte informantens svar dersom noe var uklart eller om det var ønskelig at informantene skulle utdype svarene sine.

2.5.2 Gjennomføring av intervju

Alle informantene fikk tilsendt et samtykkeskjema for å bekrefte at deres informasjon kan benyttes i vår bacheloroppgave. Informantene ble også tilsendt intervjuguiden på forhånd slik at de kunne forberede seg og reflektere rundt spørsmålene før intervjuet. Intervjuene hadde en varighet på 30-50 minutter og ble gjennomført over Zoom og Join med videosamtale. Under intervjuene vekslet vi mellom rollene som intervjuer og observatør slik

at vi fikk erfare begge rollene. Det var satt av tid mot slutten av intervjuet dersom informantene hadde mer å tilføye eller om vi hadde oppfølgingsspørsmål. I etterkant av intervjuene møttes vi for å diskutere innhentet data og reflektere rundt hvordan vi opplevde intervjusituasjonene.

2.6 Dataanalyse

Ved å transkribere og analysere intervjuene er innsamlet data omgjort til empiriske data. Vi har benyttet systematisk tekstkondensering for å systematisere og organisere datamaterialet. Fordelen med å benytte systematisk tekstkondensering er at den kan brukes uten omfattende kunnskap om fenomenologisk filosofi og vil dermed være egnet for nybegynnere i forskningsfeltet (Malterud, 2018, s. 98).

2.6.1 Transkribering

Transkripsjon innebærer å detaljert overføre en samtale, ord for ord, til ny form slik at den innsamlede dataen er oversiktlig og klar for videre analyse (Malterud, 2018, s. 77-78). Formålet med å transkribere er å fange opp essensen i intervjuene som representerer erfaringene og kunnskapen til informanten på best mulig måte. En viktig del med transkripsjon er at den skriftlige formen ivaretar det opprinnelige materialet (Malterud, 2018, s. 77-78). Intervjuene ble transkribert kort tid etter gjennomført intervju. Gjennom denne prosessen har vi forsøkt å gjengi den verbale informasjonen så detaljert som mulig. Ikke-verbale uttrykk som; pustepauser, kremt og hm ble ikke inkludert i transkriberingen. Vi gikk deretter gjennom transkripsjonen for å kvalitetssikre de empiriske dataene.

2.6.2 Systematisk tekstkondensering

I kvalitative studier er det ofte mye tekstmateriale, som kan gjøre det utfordrende å omdanne materialene til konsise funn. For å systematisere og organisere datamaterialet har vi benyttet systematisk tekstkondensering av Malterud (2018). Formålet med fenomenologiske analyser er å utvikle kunnskap basert på informantenes livsverden og erfaringer innenfor et bestemt felt. Analysemetoden gjennomføres i fire trinn;

helhetsinntrykk, identifisere meningsbærende enheter, abstraksjon av de meningsbærende enhetene og sammenfatte betydningen av innhold (Malterud, 2018, s. 98).

Det første trinnet i analysemetoden er å få oversikt over datamaterialet og danne et helhetsinntrykk (Malterud, 2018, s. 99). For å danne helhetsinntrykket ble det transkriberte materialet gjennomgått gjentatte ganger og potensielle temaer ble notert. I trinn to sorterte vi datamaterialet som var relevant for å besvare forskningsspørsmålet (Malterud, 2018, s. 100). De meningsbærende enhetene fra intervjuene ble samlet og sortert inn til 11 koder (Malterud, 2018, s. 101). Noen av kodene tok for seg ergoterapeutens erfaringer med speilterapi i henhold til hyppighet, varighet og innhold, samt pasienterfaringer med speilterapi. Kodene ble skrevet inn i et nytt word-dokument slik at råmaterialet opprettholdt sin opprinnelige form. Deretter ble det transkriberte materialet organisert i henhold til kodene, slik at relevante data for forskningsspørsmålet ble strukturert og oversiktlig.

I trinn tre arbeidet vi med å lage et kondensat hvor materialet fra kodene ble kondensert til abstrahert meningsinnhold (Malterud, 2018, s. 105). Det transkriberte materialet ble omformulert til meningsfulle setninger og kondensatet ble skrevet i jeg-form (Malterud, 2018, s.105) Materialet som ble transkribert fra intervjuene ble direkte sitert etter hvordan informantene uttrykket og formidlet innholdet. Ikke-verbale uttrykk ble utelatt slik at setningene hadde et logisk oppsett uten å miste informantenes meninger og tanker om temaet. Fra kondensatet ble sitater som reflekterte og besvarte forskningsspørsmålet utvalgt (Malterud, 2018, s. 107).

I fjerde og siste trinn ble den kondenserte teksten rekontekstualisert til beskrivelser og begreper som presenterte våre funn (Malterud, 2018, s.108-109). I dette trinnet var det viktig at resultatene beholdt den originale konteksten av informantenes erfaringer og opplevelser med speilterapi. Hovedfunnene ble skrevet om til tredjeperson, og muntlig tale ble omskrevet til skriftlig språk (Malterud, 2018, s. 108-109). Vi har brukt den ergoterapeutiske begrepsmodellen Model of Human Occupation (MoHO), og analyserte innsamlet data i lys av begrepsmodellens kjernebegreper; menneske, aktivitet og miljø.

MoHO tar for seg samspillet mellom de tre elementene og hvordan de er med på å påvirke aktivitetsutførelsen (Kielhofner, 2010b, s.17). Modellen gir ergoterapeuter en bedre forståelse for aktivitetsutfordringer og hvordan utførelsen av speilterapi påvirkes av menneskets motivasjon, livsstil og ferdigheter i sammenheng med omgivelsene (Kielhofner, 2010b, s. 19). Relevant informasjon ble skrevet som en analytisk tekst, og sammen med "gullsitatene" som var aktuelle for forskningsspørsmålet ble grunnlaget for resultatdelen dannet (Malterud, 2018, s. 109-110).

3.0 Resultat

I denne delen av oppgaven vil vi presentere våre funn i to resultat kategorier med subgrupper. Første resultat kategori er «Kjerneelementer i speilterapi» som er elementer informantene fremmer bør være i fokus for at behandlingsmetoden skal fungere optimalt. Den andre resultat kategorien er «Fordeler og utfordringer med speilterapi». Informantene har ulike erfaringer med behandlingsmetoden, men er klare på at det er relevant å belyse både styrker og svakheter rundt speilterapi for at behandlingsmetoden skal kunne bedres.

3.1 Kjerneelementer i speilterapi

Vi har gjennom tekstkondensering identifisert tre områder informantene belyser som viktige å fokusere på for at speilterapi skal lykkes. Det første er pasienten, kommunikasjonen med pasienten og motivasjonen til pasienten. Det andre er hyppighet, varighet og innhold. Dette opplevdes vanskelig for informantene å gi informasjon om ettersom dette er kunnskapshullet hos de fleste som anvender speilterapi i spesialisthelsetjenesten. Det siste elementet er omgivelsene rundt pasienten, både det fysiske og sosiale.

3.1.1 En god relasjon – Kommunikasjon og motivasjon

Noen pasienter har hørt om speilterapi og foreslår det som en mulig behandlingsmetode, mens andre er skeptisk til metoden. For at speilterapien skal fungere må pasientene være villig til å gi et reelt forsøk og sette seg inn i tankesettet om at speilbildet er ekte, samt at bevegelsene utføres bilateralt.

«Da prøver jeg å forklare dem hvordan speilterapi virker og hvordan man rett og slett kan gjøre en kortikal reorganisering i hjernen og hva nevroplastisitet er. Jeg prøver å forklare litt det grunnleggende teoretiske bak og da er det egentlig mange som blir nysgjerrige og har lyst til å finne ut mer om det»

Brukermedvirkning er et nøkkelbegrep for at speilterapi skal lykkes. Pasientenes behov og ønsker skal alltid komme først, og pasientene må være motivert gjennom hele prosessen for at behandlingsmetoden skal fungere. Alle pasienter er ulike og opplever behandlingsmetoden ulikt. Noen opplever umiddelbar virkning med speilterapi og får til å slappe av i muskulaturen, mens andre har behov for speilterapi flere ganger om dagen for å få den samme opplevelsen.

«For å vite om noe fungerer eller ikke så er det viktig å forklare til pasienten at en må gjøre det flere ganger. Det er ikke sikkert at en får ønskelig effekt allerede etter første behandling»

«Det som er viktig er at pasienten er med på det. Om det er en pasient som får speilterapi og opplever det positivt så kan man tilby det igjen. Om de opplever at dette var ikke så bra så kan man spørre om de vil prøve en gang til. Det må være ut fra deres ønsker og behov»

3.1.2 Hyppighet, varighet og innhold

Speilterapi er en behandlingsmetode som ifølge informantene bør være en individuelt tilpasset behandlingsmetode. Hyppighet, varighet og innhold avhenger av pasientens situasjon og behov. Informantene anbefaler korte økter flere ganger for dagen. Øktene kan vare 5-10 minutter og gjennomføres 3-5 ganger daglig. Det er viktig å huske at speilterapi er en krevende og utmattende behandling, og pasientene skal dermed ikke ha lange økter. En informant sier: *«En kan si at en blir sliten av å gjøre de øktene med speilterapi, så 5 minutter tenker jeg er basis som en bør tilstrebe».*

Informantene uttrykker at det er utfordrende å finne tid til å gjennomføre flere økter daglig. Terapeutene ønsker å være til stede i oppstarten av behandlingsmetoden for å instruere og

støtte pasientene gjennom behandlingen. Dette er viktig ettersom noen pasienter kan oppleve følelsesmessige reaksjoner eller ha spørsmål som terapeutene kan besvare.

«Jeg har gjort det en gang til dagen, mellom 5-10 minutter per gang. Så har jeg tenkt at en burde ha få minutt, men har det hyppig, for eksempel 4-5 ganger i løpet av dagen, men det får vi ikke til i virkeligheten»

Hvor lenge pasientene skal utføre speilterapi over tid er også individuelt. Pasientene får tilbud om behandlingsmetoden gjennom hele rehabiliteringsoppholdet, og etter hjemreise er det individuelt om de ønsker å fortsette eller ikke. Terapeutene har dessverre ikke mulighet til å følge opp pasientene etter hjemreise, men oppfordrer til å nytte speilterapi hjemme om pasienten har godt utbytte av behandlingsmetoden.

«Noen kan holde på med speilterapi i 4 uker så har de ikke behov for speilterapi lengre, mens andre som har vedvarende fantomsmerter bruker speilterapi etter de er utskrevne»

Innholdet i speilterapi er en usikkerhet blant informantene. Vi får ingen konkrete svar på hva speilterapi skal inneholde i løpet av behandlingen. Informantene har hatt fokus på større kroppslige bevegelser og søkt kunnskap i forskning når speilterapi skal benyttes.

«Pasientene kan ofte oppleve at de kan sitte med hånden i en klo-stilling eller en litt bøyd stilling, så det å finne muligheten til å strekke ut og kanskje slappe av i hånden, det går jo mer på den kroppslige bevegelsen»

Gjennom forskning er det funnet ulike øvelser som har vært aktuelle, blant annet taktil sansestimuli gjennom berøring av omgivelser og ulike tekstiler. Informantene meddeler at dette ikke har blitt utøvd i praksis, men ser en nytteverdi i øvelsen. Noen pasienter kan være redd for berøring av stumpen da den kan være overfølsom og berøring av stumpen kan oppleves smertefullt. Ved å legge dette inn i behandlingen kan pasientene øve på å stimulere stumpen og etter hvert redusere overfølsomheten og smertene.

«Når en kommer lenger og får kontroll [på motoriske bevegelser] er det jo interessant å komme borti ulike gjenstander og ulike teksturer eller begynne å ta på speilet, så det er sikkert nyttig, men i riktig rekkefølge»

3.1.3 Optimale omgivelser

For at pasienten skal få mest utbytte av speilterapi er det viktig å tilpasse omgivelsene slik at de får ro til å fokusere og konsentrere seg. De riktige omgivelsene kan gjøre det lettere å fokusere på tanken om at speilbildet er realistisk og følelsene rundt behandlingen. Det kan også være lettere for pasienten å uttrykke følelser i et rolig og trygt miljø, og terapeuten kan fokusere på å støtte pasienten gjennom de vanskelige delene av terapien og gi relevante instruksjoner ut fra pasientens tanker og følelser. En informant sier: *«Jo bedre tilrettelagt omgivelsene er, jo lettere er det for meg å få gjennomført behandlingsmetoden»*

«Det som er viktig med speilterapi og at det skal fungere er at en har fasilitetene til stede. En er nødt til å være på et rolig sted og det er nødt til å være et sted hvor en opplever at det er realistisk»

Noen av informantene opplever at speilterapi kan være utfordrende å gjennomføre i spesialisthelsetjenesten da det ofte er mange mennesker på avdelingen, støy og potensielle forstyrrelser. I et av intervjuene kommer det frem at det er en mulighet for å lære pasientene å bruke speilterapi på rehabiliteringsopphold, for så at pasientene kan utføre det i ro og stillhet hjemme.

3.2 Fordeler og utfordringer med speilterapi

Informantene har varierte erfaringer med speilterapi for pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon. Det informeres om flere fordeler med speilterapi, men uten en systematisk metode oppleves det også flere utfordringer. For å forbedre speilterapi som behandlingsmetode er det nødvendig å belyse både styrker og svakheter.

3.2.1 Fordeler – Speilterapi kan fremme aktivitet og deltakelse

Informantene beskriver at en styrke med speilterapi er at det kan fremme aktivitet og deltakelse. Speilterapi kan bidra til at pasientene slapper av, noe som kan føre til økt konsentrasjon i hverdagen. Når fokuset ikke er på smertene kan pasientene få overskudd til å mestre mer med kropp og i aktivitet. En informant sier: *«Mindre smerte gir bedre mulighet for aktivitet og deltagelse»*

Noen pasienter har en overfølsom stump og velger å ikke inkludere den i aktivitet i frykt for smerter og ubehag. Speilterapi kan dempe smertene og ubehaget, som kan føre til mer energi og kapasitet i aktiviteter og økt bruk av den amputerte kroppsdelene. Det anbefales å utføre speilterapi før en krevende treningsmetode eller aktivitet ettersom det kan gi pasienten en opplevelse av ro og overskudd før aktiviteten. Ved at den amputerte siden er delaktig i aktivitet kan pasienten oppleve økt selvstendighet, noe som kan medføre bedre humør og livskvalitet.

Enkelte pasienter må amputere etter en traumatisk ulykke og sitter igjen med en følelse av at den amputerte kroppsdelene er låst i en ubehagelig posisjon slik den var under ulykken. Informantene meddeler at flere pasienter opplever speilterapi som nyttig da behandlingen gir opplevelsen av å kunne strekke ut kroppsdelene som føles låst. Ifølge forskning kan noen pasienter oppleve bivirkninger etter bruk av speilterapi, men ingen av informantene har opplevd at pasienter har fått bivirkninger som følge av behandlingsmetoden. Pasienter som ikke har gjennomgått traumatiske ulykker kan også oppleve følelsen av å kunne strekke ut og kontrollere bevegelsene på den amputerte siden, og det i seg selv gir smertelindring. Informantene sier: *«Den følelsen av at en får rettet ut enten arm eller ben er det veldig mange som beskriver»* og *«Noen har sagt at dette var godt, og kjente en endring og en lettelse etterpå»*

Informantene uttrykker et ønske om å benytte speilterapi som behandlingsmetode hyppigere ettersom det er en enkel og billig intervensjon. Pasienter har uttrykt ønske om å ha et speil lett tilgjengelig da det gir mulighet for å benytte behandlingsmetoden ved behov.

Da kan det være nødvendig å lage instruksjer på behandlingsmetoden. En informant sier:
«Hvis dette fungerer for pasienten så lager jeg en instruksjon og tilrettelegger slik at pasienten kan gjennomføre det på rommet sitt eller på avdelingen på kveldstid»

3.2.2 utfordringer – Mangel på rutiner og tid til oppfølging

En utfordring som informantene beskriver er tid og oppfølging. Før en igangsetter speilterapi er det viktig å ta en grundig vurdering med tanke på tid slik at behandlingen ikke avsluttes halvveis i behandlingsprosessen. En annen utfordring er når i behandlingsforløpet en skal igangsette speilterapi og når på døgnet det vil være optimalt. Det er også utfordrende å ha kontroll på pasientens egentrening. En informant sier: *«Det er vanskelig med oppfølging av at det gjøres riktig og at det gjøres daglig»*

De fleste pasientene som opplever fantomsmerter etter amputasjon får medikamentell behandling. Dette kan påvirke hvor mye kroppen tåler å ta innover seg på samme tid. Dette informerer informantene er et dilemma. Når smertene dempes i behandlingsprosessen kan det være utfordrende å vurdere om det er nødvendig å redusere medisintaket eller speilterapi. Det tverrfaglige teamet må ta en felles vurdering sammen med pasient om speilterapi skal tilbys før medikamentell behandling, etter medikamentell behandling eller samtidig.

«Noe vi må ta hensyn til er jo det nære samarbeidet med lege når de er ganske nye i rehabilitering, for ofte begynner de på medisin, og så kan en si at om det blir nedgang i fantomsmerter, skal en da gå ned på medisin? Skal en slutte med speilterapi? Noen får speilterapi uten å få medisiner, mens noen får medisin i tillegg, skal en gjøre begge deler eller skal en kutte ned på noe?»

Informantene forteller at mangel på faste rutiner for speilterapi gjør at flere velger bort behandlingsmetoden. Uten en standardisert behandlingsmetode lager terapeutene egne rutiner som fører til at behandlingsmetoden anvendes ulikt og pasientene får ulik opplæring. Informantene uttrykker at det er utfordrende å sette seg inn i behandlingsmetoden ettersom forskningen gir forskjellige svar på nytteverdien av speilterapi.

«Vi skulle hatt en skikkelig rutine på det. Om vi skulle gjort det mer strukturert her hadde vi hatt et behov for å gjøre det tilsvarende likt. Det er alltid viktig når en skal implementere noe å gjøre noen tiltak for å ha gode rutiner og god struktur på hvordan vi skal gjøre det»

Bare en liten prosentandel av pasientene på en rehabiliteringsavdeling er pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon. Én informant forteller at det imidlertid vil komme flere pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon, og da vil det være viktig å få en rutine på plass. Informantene har varierte erfaringer med pasientgruppen og begrenset kunnskap om speilterapi, noe som gjør det utfordrende å utvikle en systematisk metode. Det varierer hvor mange som benytter behandlingsmetoden og hvem som får tilbud om speilterapi. En informant sier: *«Det blir nok litt personavhengig om pasienten får tilbudet»*

Uten faste rutiner for speilterapi er det ikke standardisert at alle pasienter med fantomsmerter skal få tilbud om behandlingsmetoden. Pasienter kan ha omfattende skader hvor amputasjon er én av flere skader. Det må dermed tas hensyn til type amputasjon, årsak til skade og antall amputasjoner. Det er også viktig å bli kjent med pasientens bakgrunn med tanke på tidligere skader, sykdom og psykiatrisk bakgrunn. Disse elementene er med på å danne grunnlaget for om speilterapi vil være en aktuell behandlingsmetode og om den kan utføres realistisk. Med tanke på at det er mange elementer som skal tas med i betraktningen forteller samtlige av informantene at det er utfordrende å vurdere hvem speilterapi er aktuell for. En informant sier: *«Kanskje en kunne vært tydeligere å definere «aktuelt for» og at det kunne hjulpet flere til å benytte speilterapi»*

I noen tilfeller er det utfordrende å plassere speilet tett nok inntil kroppen til pasienten grunnet amputasjonsform. Dette er med på å påvirke pasientens opplevelse om at illusjonen i speilterapien er realistisk. En informant sier: *«Jeg skulle ønske at det fantes kroppsformet speil som var designet for at en kunne ha speilet tettere inn på kroppen»*

Noen pasienter kan utføre speilterapi uten å oppleve nytte av det. Andre gir uttrykk for at de kjenner kriblinger langs armen eller benet, men om det er en god eller vond følelse er usikkert. Det er viktig å være bevisst på at noen kan få bivirkninger eller økt smerte ved bruk av speilterapi. Når det er mange elementer som tilsier at speilterapi vil være mer energi- og tidkrevende enn nyttig kan det være behov for å vurdere andre behandlingsmetoder.

4.0 Resultatdiskusjon

4.1 Speilterapi som et middel

I ergoterapi blir meningsfulle aktiviteter for pasienter brukt som mål eller middel (Fisher & Marterella, 2019, s. 94). Pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon beskriver at smertene går ut over deres daglige aktiviteter. I våre empiriske data er speilterapi benyttet som et middel som kan fremme aktivitet og deltakelse for pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon. Enkelte pasienter kan oppleve sterke smerter og bruker mye energi på å fokusere på dem. Speilterapi er en behandlingsmetode som kan dempe fantomsmerter og fremme aktivitet og deltakelse ved at pasientene har mer energi og kapasitet til å delta i aktiviteter.

Studiene av Tilak et al. (2015) og Chan et al. (2007) indikerer at speilterapi gir positiv effekt ved å redusere fantomsmerter til deltakerne, men mangler detaljert forklaring på hvordan behandlingsmetoden ble utført. Disse kvantitative studiene har en overføringsverdi til vår kvalitative studie da de bekrefter at speilterapi har positiv effekt, noe som kan styrke bruken av speilterapi som behandlingsmetode. Våre empiriske data indikerer at den største utfordringen med å anvende speilterapi er at det ikke er faste rutiner, men en skal med den grunn ikke utelukke behandlingsmetoden. Informantene har varierte erfaringer om speilterapi har effekt på fantomsmerter. For enkelte kan speilterapi være en optimal behandlingsmetode hvor de opplever at smertene forsvinner. Andre opplever at smertene forsvinner, men kommer tilbake og benytter speilterapi ved behov. Speilterapi er en enkel og billig behandlingsmetode som krever lite utstyr. Mange pasienter foretrekker å ha speil lett tilgjengelig på rehabiliteringsopphold, da det gir pasienten mulighet til å gjennomføre

behandlingsmetoden selvstendig. Speilterapi er også en enkel og billig behandlingsmetode for pasientene å benytte etter hjemreise.

Noen pasienter kan oppleve bivirkninger etter bruk av speilterapi. Studien av Chan et al. (2007) rapporterer at to av deltakerne opplevde bivirkninger i form av sorg, men ingen av deltakerne opplevde forverret smerter. I våre empirisk data kommer det frem at informantene ikke har opplevd at pasienter har fått bivirkninger eller forverret smerter etter bruk av speilterapi. Det er viktig å ta i betraktning at noen pasienter kan oppleve bivirkninger når en vurderer hvem speilterapi er aktuell for. I en situasjon hvor pasienten er sårbar er det viktig med en god relasjon mellom terapeut og pasient fra starten av behandlingsprosessen (Bonsaksen, Vøllestad & Taylor, 2013, s. 27). I våre funn kommer det tydelig frem at terapeuten har stort fokus på relasjonsbygging mellom terapeut og pasient. Tid med pasient etter speilterapi er viktig for lykkes med behandlingsmetoden. Når det oppstår en interpersonell handling, for eksempel at en pasient opplever bivirkninger, kan ergoterapeuten ved veiledning av IRM-modellen lære å reagere hensiktsmessig på slike situasjoner. Alle pasienter er ulike og krever ulik tilnærming. Grunnlaget terapeuten legger i relasjonsbygging er viktig for at terapeuten skal ha en hensiktsmessig og god relasjon til alle pasientene. Dersom pasienten opplever bivirkninger må terapeuten og pasienten sammen vurdere om de skal avslutte behandlingsmetoden.

Det kommer frem i vår empiriske data at speilterapi kan bidra til økt bruk av den amputerte siden. Pasientene fremstår mer villig til å inkludere den amputerte kroppsdelene i aktivitet når de vet at det ikke fører til mer smerte. Informantene uttrykker at økt aktivitet på den amputerte kroppsdelene kan bidra til at pasientene blir mer selvstendig i hverdagen. Det er ikke funnet forskning som støtter at speilterapi kan bidra til økt aktivitet i den amputerte kroppsdelene, men informantens erfaringsbaserte kunnskap indikerer at noen pasienter opplever dette. Økt aktivitet i den amputerte kroppsdelene er en faktor som styrker nytteverdien av speilterapi. Speilterapi kan være et middel for å dempe fantomsmerter og bedre aktivitetsutførelsen slik at pasienten kan delta i hverdagens meningsfulle aktiviteter på egne premisser.

4.2 Samspillet mellom person, speilterapi og omgivelser

I resultat kategorien «kjerneelementer i speilterapi» ser vi en sammenheng med kjernebegrepene i MoHO. I MoHO fremheves det at for å oppnå god aktivitetsutførelse i meningsfulle aktiviteter er godt samspill mellom person, aktivitet og omgivelser avgjørende (Kielhofner, 2010b, s. 17) . Personen skal alltid være inkludert i avgjørelser angående aktivitet og omgivelser. For at speilterapi skal fungere for pasienten må terapeuten ha klare kriterier ved vurdering av hvilke pasienter behandlingsmetoden kan være aktuell for. Pasientens vilje, vaner og motivasjon er avgjørende for at behandlingen skal fungere. Pasienten må være villig til å gi et reelt forsøk i behandlingen og være motivert til å utføre metoden og legge den inn som en daglig vane, selv om det kan oppstå komplikasjoner, eller ta lengre tid en forventet før de opplever resultat. Forskningsartikkelen til Rothgangel et al. (2015) anbefaler å vurdere om pasienten har tilstrekkelig syn og kognitive evner, to elementer som spiller inn på hvor god illusjonen i speilterapi vil bli.

Aktiviteten speilterapi er et middel hvor elementene hyppighet, varighet og innhold må være tilpasset for å oppnå gode resultater av behandlingen. Behandlingsmetoden er brukersentrert og det er anbefalt å tilpasse anvendelsen av speilterapi til hver enkelt pasient da alle har ulike preferanser og opplevelser av egen tilstand og situasjon. Ut fra funn i intervju og forskning finner vi at anbefalt hyppighet og varighet er 5-10 minutter, 3-5 ganger daglig. Det er imidlertid stor forskjell på 5 minutter 3 ganger daglig og 10 minutter 5 ganger daglig. Vi ser derfor behov for videre forskning på hyppighet og varighet, og anbefaler per nå å finne den kombinasjonen av minutter og økter som fungerer best for pasienten.

Siste element som må optimaliseres for at behandlingen skal fungere er omgivelsene, som skal skape ro og trygghet for pasienten. Å ha et rom tilpasset for behandlingsmetoden, eller speil tilgjengelig slik at pasienten kan gjennomføre behandlingen på eget rom ved behov kan være optimalt. I intervju kommer det frem at noen pasienter blir ekskludert grunnet mangel på tilpasset speil for mer kompliserte skader. Speilet skal ideelt være nær kroppen og kunne dekke den amputerte kroppsdelen for å skape en realistisk illusjon i anvendelsen av speilterapi. Det kan være ideelt å få tilpasset speil slik at pasienter som har utfordrende

skader også får muligheten til å nytte behandlingsmetoden. En annen del av omgivelsene rundt pasienten er terapeuten, som skal sikre at pasient-terapeutforholdet er bygget på tillit ved å være bevisst på hvilken modus som kommer overens med den interpersonelle karakteren til pasienten.

4.3 Speilterapi i spesialisthelsetjenesten

I denne oppgaven har vi sett på speilterapi som en behandlingsmetode i spesialisthelsetjenesten i pasientens rehabiliteringsfase, en fase tett etter akutfase. Pasienten får tverrfaglig oppfølging i rehabiliteringen og har ofte mange behandlingsmetoder å forholde seg til. Dette har ifølge informantenes erfaring ført til utfordringer ved anvendelsen av speilterapi, og det kan diskuteres om det er i denne delen av rehabiliteringen pasienten bør få tilbudet om behandlingsmetoden.

Det kan være en fordel for pasientene å lære speilterapi tidlig i behandlingsforløpet da det kan spare dem for mye smerte om speilterapien er en egnet behandlingsmetode for dem. Om pasienten går lenge med smertene kan det resultere i at det blir en vane å være inaktiv i den amputerte siden, og innøvde vaner er vanskeligere å bryte. Det viser seg imidlertid å være utfordrende å tilpasse omgivelsene optimalt på en rehabiliteringsavdeling, samt få tid til daglige gjennomføringer og oppfølging av behandlingsmetoden. Som resultat av dette kan det være aktuelt å vurdere om speilterapi er en behandlingsmetode best gjennomført hjemme hvor pasientene har ro, realistiske omgivelser og kan bruke behandlingsmetoden ved behov. En utfordring ved å utføre speilterapi hjemme vil være opplæring og oppfølging.

I forskningsartikkelen til Rothgangel et al. (2015) anbefaler terapeutene å starte speilterapi med et mål om at pasienten skal kunne benytte behandlingsmetoden som egentrening etter endt opplæring. Ut fra våre funn og forskning kan det være optimalt å identifisere pasientens preferanser rundt hyppighet, varighet og innhold, for så å utarbeide en brukersentrert behandlingsprotokoll tilpasset hver pasients ønsker og behov. Slik vil hver pasient få en behandling som fungerer optimalt for dem. Med tanke på oppfølging forteller

terapeutene i forskningsartikkelen til Rothgangel et al. (2015) at de har benyttet et loggsystem med pasienten. Dette gir pasienten mulighet til å loggføre hvor ofte speilterapi utføres etter hjemreise og vurdere hvordan det fungerer dag for dag, samt ha mulighet til å stille spørsmål. Slik har pasienten hatt en digital relasjon til terapeuten etter hjemreise og fått oppfølging ved behov. Ergoterapeuten i spesialisthelsetjenesten har imidlertid mange pasienter å følge opp på avdeling, og det kan dermed være utfordrende å måtte følge opp pasienter etter hjemreise. En løsning på dette kan være å overføre oppfølgingsansvaret til en kommunal ergoterapeut som også har mulighet til å dra på hjemmebesøk om pasienten har behov for det. Om det er mulig å overføre pasienten til kommunal ergoterapeut er spekulativt da ergoterapeutene i kommunen også har travle arbeidsdager.

5.0 Metodediskusjon

5.1 Utvalg

Vi har benyttet et strategisk utvalg av tilgjengelige informanter, og valgt ergoterapeuter med klinisk erfaring med anvendelse av speilterapi for pasienter med fantomsmerter etter amputasjon. Flere av rehabiliteringsavdelingene vi oppsøkte ga tilbakemelding om at de ikke hadde ergoterapeuter som praktiserer behandlingsmetoden, men fysioterapeuter som kunne stille til intervju. Vi fikk også tips om kommunale ergoterapeuter som kunne være kandidater å intervju om temaet. Vi gjorde et bevisst valg om å begrense informantene til ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten for å få relevant kunnskap knyttet til forskningsspørsmålet. Å intervju ergoterapeuter i kommunen og fysioterapeuter med erfaring med speilterapi kunne imidlertid gi oss ny og relevant kunnskap. Et bredere mangfold av informanter kan ifølge Malterud (2018) bidra til en bredere forståelse av anvendelsen av speilterapi for pasienter med fantomsmerter etter amputasjon.

5.2 Intervjuguide

Intervjuguiden ble utformet tidlig i skriveprosessen som et semistrukturert intervju med åpne spørsmål som ga informantene mulighet til å fortelle åpent om sine erfaringer med temaet. Dette førte til mange utfyllende og gode svar som ga relevant kunnskap om temaet.

Vi ser imidlertid at spørsmålene er overskygget av forforståelsen av temaet og er preget av å ha blitt utformet i tidlig fase av oppgaveskrivingen. Oppgaven har endret seg flere ganger gjennom prosessen, noe som har medbrakt flere relevante spørsmål som kunne vært inkludert i intervjuguiden, samt gjort oss oppmerksom på spørsmål intervjuguiden kunne vært foruten. Vi savner blant annet informasjon om oppfølging av speilterapi etter hjemreise og mulighetene for, eller informasjon om nåværende, samarbeid mellom ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten og kommunen.

5.3 Datainnsamling

Digitale intervju medfører fordeler og ulemper. En fordel var at ergoterapeuter kunne stille til intervju uavhengig av hvor i landet de holdt til, men å utføre intervjuene digitalt kan også ha påvirket relasjonen vi fikk til informantene. Forsinkelser i lyd hvor lydene noen ganger overlappet hverandre og bakgrunnsstøy påvirket flyten i samtalen. Under andre omstendigheter hadde det vært ønskelig å utføre intervjuene fysisk med informantene i samme rom uten forstyrrelser, noe som ville ført til at samtalene fikk bedre flyt. Lydopptaket av intervjuene er en metodisk styrke som sikrer at informantenes kunnskap ble ivaretatt. Det at vi begge var med på intervjuene ses også på som en metodisk styrke ettersom det ga mulighet for observatøren å supplere med oppfølgingsspørsmål.

5.4 Dataanalyse

Ved å benytte systematisk tekstkondensering som metodisk framgangsmåte har vi trinnvis arbeidet med å systematisere og strukturere materialet. Transkribering av intervju ble utført separat, deretter gikk vi grundig gjennom det transkriberte materialet for å kvalitetssikre de empiriske dataene. Analysetrinnene ble gjennomgått i fellesskap, noe som har bidratt til god diskusjon rundt alle innhentede data. Å følge en trinnvis analyseprosedyre har bidratt til at informasjonen ikke ble tolket før de empiriske dataene ble sammenfattet til resultater. Vi arbeidet grundig, systematisk og strukturert for å beholde meningen i det informantene meddelte.

5.5 Reliabilitet og validitet

For å undersøke forskningsspørsmålet ble det innhentet erfaringsbasert- og forskningsbasert kunnskap. Vi har i en bacheloroppgave ikke godkjenning til å gjennomføre intervju med pasienter, noe som gjør at oppgaven mangler brukererfart kunnskap. Dette kan være en faktor som påvirker oppgavens reliabilitet, men gjennom intervju med informantene fikk vi imidlertid et indirekte innblikk i brukererfart kunnskap. Enda en faktor som påvirker oppgavens reliabilitet er informantenes begrensede bruk av speilterapi og varierte erfaringer med behandlingsmetoden. Våre empiriske data kan bidra til diskusjon, inspirere og motivere til at en standardisert metode for speilterapi blir utarbeidet. Til tross for informantens ulike erfaringer med utførelse av speilterapi har vi sammenfallende funn på hvordan speilterapi kan være et ergoterapeutisk tiltak, samt hvilke elementer som bør være tilrettelagt for å øke sjansen for at speilterapi gir positive resultater.

6.0 Konklusjon

Formålet med dette prosjektet var å undersøke ergoterapeuters erfaringer knyttet til speilterapi som behandlingsmetode for pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon. Vi ønsket å undersøke fordeler og utfordringer med speilterapi for å kunne diskutere bruken av speilterapi som ergoterapeutisk tiltak og besvare problemstillingen; "Hvordan erfarer ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten nytteverdien av speilterapi for å bidra til at pasienter som opplever fantomsmerter etter amputasjon kan delta i hverdagens meningsfulle aktiviteter på egne premisser?"

Våre funn tilsier at speilterapi kan dempe fantomsmerter, og forskning viser at det ikke er betydelig forskjell på effekten av speilterapi og andre alternative behandlingsmetoder. Speilterapi er en behandlingsmetode som bør tilbys som et supplement til konvensjonell behandling, ettersom effekten ikke er lik for alle. I lys av kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi kan speilterapi brukes som et middel til å fremme aktivitet og deltakelse for pasienter som opplever fantomsmerter. Våre funn indikerer at behandlingsmetoden kan bidra til redusert smerte, som kan resultere i mer energi, økt aktivitet i den amputerte kroppsdelen og fremme selvstendighet og mestring i hverdagen på egne premisser. En svakhet med

behandlingsmetoden er at det ikke er utarbeidet en systematisk metode, som kan føre til at ergoterapeuter velger bort behandlingsmetoden ettersom det oppleves utfordrende og tidkrevende å praktisere. Speilterapi er en svakt anbefalt behandlingsmetode i retningslinjene for overekstremitetsamputasjon, men det betyr ikke at behandlingsmetoden ikke skal praktiseres. Behandlingsmetoden er svakt anbefalt grunnet manglende evidensgrunnlag på hvordan anvende speilterapi steg for steg, noe som indikerer et kunnskapshull som må tettes. Vi ser derfor et behov for flere forskningsartikler som undersøker anvendelsen av speilterapi angående hyppighet, varighet og innhold.

6.1 Speilterapi fra start til slutt

Ut fra funnene fra intervju og forskning ønsker vi å presentere et forslag til en systematisk arbeidsprosess i anvendelsen av speilterapi; fra utvalg av pasienter til evaluering av behandlingsprosess før hjemreise. Forslaget vårt er ikke en fasit, men kan være en inspirasjon og motivasjon til å utarbeide en systematisk anvendelse av speilterapi ved en senere anledning. Mange av elementene fra flytskjemaet i artikkelen av Rothgangel et al. (2015) har sammenheng med resultatene i denne oppgaven. Vårt forslag vil derfor være preget av dette flytskjemaet. Det er relevant å nevne at flytskjemaet heller ikke er en fasit, da dette også er et forslag av forfatterne i artikkelen, og en praktisk test av det kliniske rammeverket ikke er gjennomført. Som ergoterapeuter vil forslaget vårt også være preget av kjernebegrepene fra MoHO-modellen og modellens arbeidsprosess. Forslaget blir presentert i vedlegg 3.

7.0 Referanseliste

- Bonsaksen, T., Vøllestad, K. & Taylor, R. R. (2013). The Intentional Relationship Model – Use of the therapeutic relationship in occupational therapy practice. *Ergoterapeuten*, 2013, nr.5, side 26-31.
- Brandt, Å., Madsen, A. J. & Peoples, H. (2013). Introduktion til ergoterapi. I Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 17-24). Munksgaard.
- Chan, B. L., Witt, R., Charrow, A. P., Magee, A., Howard, R., Pasquina, P.F., Heilman, K.M. & Tsao, J.W. (2007). Mirror Therapy for phantom limb pain. Hentet fra: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMc071927?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed
- Fisher, A. G., & Marterella, A. (2019). Powerful practice: A model for authentic occupational therapy. Fort Collins, CO: Center for Innovative OT Solutions.
- Gammeltoft, B. C. (2009). *Sansestimulering for voksne* (1.utg.). fa. Gammeltoft.
- Gillen, G. (2014). Occupational Therapy Interventions for Individuals. I B. A. B. Schell, G. Gillen & M. E. Scaffa (Red.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (s. 322-341). Lippincott Williams & Wilkins.
- HelseNorge. Rehabilitering: Amputasjoner overekstremitet. Hentet fra: <https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted/behandler/ventetider-for?bid=327>
- HelseNorge. Rehabilitering: Amputasjoner underekstremitet. Hentet fra: <https://tjenester.helsenorge.no/velg-behandlingssted/behandler/ventetider-for?bid=328>
- Jansen, E. (2021, 6. januar). Fantomsmerter. I store medisinske leksikon i snl.no. Hentet fra: <https://sml.snl.no/fantomsmerter>
- Jepsen, B. G. & Larsen, A. E. (2013). Ergoterapeutisk intervention. I Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 213-226). Munksgaard.
- Jessen-Wings, C. & Riddersholm, L. (2013). Ergoterapi i det danske sundhedsvæsen. I Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (s. 25-34). Munksgaard.
- Kielhofner, G. (2010a). *Ergoterapi i praksis - det begrepsmæssige grundlag* (3. utg.). Munksgaard.

- Kielhofner, G. (2010b). MOHO: Modellen for menneskelig aktivitet: Ergoterapi til utdanning og praksis (2. utg.). Munksgaard.
- Lindvåg, D. (2014). Speilterapi hjelper mineskadde i Kambodsja. Hentet fra: <https://fysioterapeuten.no/amputasjoner-speilterapi/speilterapi-hjelper-mineskadde-i-kambodsja/107585>
- Malterud, K. (2018). Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag (Vol. 4). Oslo Universitetsforlaget.
- Padovani, M. T., Martins, M. R. I., Venâncio, A. & Forni, J. E. N. (2015). *Anxiety, depression and quality of life in individuals with phantom limb pain*. Hentet fra: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4813406/>
- Schlichting, E. (2018, 24. august). Amputasjon. I store norske leksikon. Hentet fra: <https://sml.snl.no/amputasjon>
- Solberg, S. (2016). Speilterapi i rehabilitering av arm- og håndfunksjon etter hjerneslag. *Ergoterapeuten*, 2016, nr. 3, s. 24-27.
- Tilak, M., Isaac, S. A., Fletcher, J., Vasanthan, L. T., Subbaiah, R. S., Babu, A., Bhide, R. & Tharion, G. (2015). Mirror Therapy and Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Management of Phantom Limb Pain in Amputees – A Single Blinded Randomized Controlled Trial. Hentet fra: <https://onlinelibrary-wiley-com.galanga.hvl.no/doi/pdfdirect/10.1002/pri.1626>
- Østlie, K. (2019). Kunnskapsbasert faglig retningslinje for rehabilitering etter ervervet overekstremitetsamputasjon i Norge. Tilgjengelig fra: <https://app.magicapp.org/#/guideline/3491>

8.0 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1 – Samtykkeskjema

Vil du delta i bachelorprosjektet Ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet, 2021

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et bachelorgradsprosjekt hvor formålet er å intervjuere ergoterapeuter om deres opplevelser og refleksjoner rundt arbeidet som ergoterapeut. I dette skrivet gir vi deg informasjon om formålene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Spørsmålene handler om ergoterapeutens eller annen fagperson sin rolle og hvordan disse fagpersonene jobber enten i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Du bestemmer selv hvor mye du ønsker å dele av dine erfaringer.

Formål

Dette er et bachelorgradsprosjekt som vil danne grunnlaget for bacheloroppgave i Ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet. Formålet med prosjektet er å undersøke hvilke kunnskap, erfaringer og roller ergoterapeuten eller annen fagperson har med arbeid i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten. Vi ønsker å fokusere på ergoterapeuter i nøkkelposisjon i ulike innsatsområder relatert til regjeringens satsing, studentens personlige interesser, samt den forventede omstruktureringen av helsetjenester.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskulen på Vestlandet og førsteamanuensis Merethe Hustoft (Merethe.Hustoft@hvl.no) er ansvarlig for prosjektet. Personvernombud Trine Anikken Larsen (Trine.Anikken.Larsen@hvl.no).

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om delta på bakgrunn av din erfaring som ergoterapeut eller annen relevant fagperson på den aktuelle problemstillingen for bacheloroppgaven beskriver.

Hva innebærer det for deg å delta?

Dersom du velger å delta i dette prosjektet vil du bli intervjuet av studenter som har forberedt en intervjuguide. Intervjuet vil enten foregå via telefon, digital plattform eller ved avtalt egnet plass for fysisk intervju, avhengig av tilgjengelighet og ønske fra den som blir intervjuet. Intervjuet vil bli tatt opp på en mobil enhet som er satt i flymodus. Lydfilen vil bli overført direkte etter intervju til en passord-beskyttet PC. Lydfilen vil bli transkribert. Lydopptaket blir deretter slettet etter prosjekt er gjennomført 30. september 2021). Intervjuet vil ta ca. 30 minutter.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Dersom opplysninger eller omtale om pasienter/brukere kommer frem i intervjuene skal studenten utelate direkte og indirekte personidentifiserbare opplysninger, det vil si opplysninger som navn, navn på institusjoner,

tidspunkter, spesielle diagnoser, hendelser eller liknende. Veileder har særskilt ansvar for at studenten behandler taushetsbelagte opplysninger etter gjeldende retningslinjer.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent. Prosjektet skal etter planen være slutt september 2021. Lydfilene og transkribert materiale vil bli slettet, anonymisert materiale vil bli oppbevart konfidensielt. Det vil ikke bli lagret data som kan bidra til at du blir gjenkjent. Prosjektansvarlig og bachelorstudenter er ansvarlig for behandling av dataene.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler informasjonen som du har gitt gjennom intervjuet basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskulen på Vestlandet ved Førsteamanuensis Merethe Hustoft har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- HVL ved førsteamanuensis Merethe Hustoft, merethe.hustoft@hvl.no
- HVL ved personvernombud Trine Anikken Larsen, trine.anikken.larsen@hvl.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Merethe Hustoft
(Prosjektansvarlig)

Student

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [sett inn tittel], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju
- at informasjonen jeg bidrar med i anonymisert form kan brukes i bacheloroppgaven, veiledning og undervisning.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

8.2 Vedlegg 2 – Intervjuguide

Intervjuguide

Bakgrunn:

1. Hvor lenge har du jobbet som ergoterapeut?
2. Hvor lenge har du jobbet med rehabilitering av personer som opplever fantomsmerter etter amputasjon?

Speilterapi:

1. I de nasjonale retningslinjene er speilterapi gradert som svakt anbefalt. Hvilke vurderinger har dere gjort på avdelingen før dere valgte å benytte speilterapi som en behandlingsmetode?
2. Har dere en systematisk behandlingsmetode for speilterapi?
 - JA: Kan du fortelle oss om hvordan du gjennomfører behandlingsmetoden med tanke på hyppighet, varighet og innhold?
Stikkord hyppighet/varighet: Daglig, ukentlig, månedlig.
Stikkord innhold: Før, under og etter terapien. Motivasjon.
 - Har du gode tips til hvordan motivere pasientene å komme inn i tankegangen om at speilbildet er "virkelig"?
 - Etter terapien er over kan det kanskje være følelser i spill da speilterapi for noen kan være både fysisk og psykisk vondt for mange. Har du tips til god oppfølging direkte etter terapien er over?
 - NEI: Hvorfor ikke?
 - Hvordan gjennomfører du speilterapi uten en behandlingsmetode?

Bruk av speilterapi

1. Får alle som har amputert og opplever fantomsmerter tilbudet om speilterapi?
 - Om nei: Hvorfor ikke?
 - Hvordan vurderer du eventuelt hvem som får tilbudet og ikke?
2. Kan du fortelle oss om pasientenes erfaringer med speilterapi?
 - Er pasientene ofte mottakelige til speilterapi?
3. Kan du fortelle oss om eventuelle utfordringer knyttet til speilterapi?
4. Hvordan benytter du speilterapi for å fremme aktivitet og deltakelse for pasienter med fantomsmerter?

Egne erfaringer:

1. Hva er din erfaring med å bruke speilterapi?
 - Hva funker/hva funker ikke?
2. Hva synes du kan gjøres for å bedre behandlingsmetoden?
 - Hva mangler?
3. Flere forskningsartikler viser at speilterapi kan ha god effekt. Hva tenker du om at det ikke har blitt laget en standardisert metode å utføre speilterapi på?
4. Tenker du at speilterapi burde blitt benyttet mer i rehabilitering i spesialhelsetjenesten?
 - Hvorfor / Hvorfor ikke
5. Har du noe å tilføye?

8.3 Vedlegg 3 - Forslag til en systematisk arbeidsprosess i anvendelsen av speilterapi

