

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne 6

Tillitsvalgt på Mork rehabiliteringssenter **14** Flere stillinger og færre kutt **20** Kjennetegn, styrker og utfordringer ved norske kommuneergoterapeuters praksis **28** «Det var en jo en voldsom åpenbaring» – En studie av nettbrettbruk i hverdagslivet til Omsorg+-beboere **38**

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. 3 – 1. juni / 30. juni

Nr. 4 – 2. aug / 31. aug

Nr. 5 – 1. okt. / 29. okt.

Trykkeri 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Linda Stigen / 93 22 30 19

Marte B. Størseth / 23 07 29 00

Susanne Følstad / 91 53 78 27

Skender E. Redzovic / 73 55 92 29



Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Hege Munthe

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrun Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Tove Holst Skyer, forbundsleder

Tonje Hansen Guldhav, nestleder

Heidi Elisabeth Fløtten

Mariette Elise Gjerde

Judith Ekerhovd

Kathrine Færeststrand

Kamilla Lemb Herbjørnsen

Siv Iren Gjermstad

Kristin Haugen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

1. vararepresentant Karina Kolnes

2. vararepresentant Ingjerd Elisabeth Valbekmo

June Rondestvedt, varamedlem

Tori Almaas, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

Yvonne Daus Børslid, varamedlem

Monica Frovik, varamedlem

Ane Larsen Mjøen, varamedlem

Jane Helen Sveen, varamedlem



6



8



52



60

REPORTASJE

- 6 Konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne**
Av Else Merete Thyness

- 8 Menneskerettigheter for alle**
Av Else Merete Thyness

NY ARENA

- 12 Jobber som innføringsressurs**
Av Else Merete Thyness

VÅRE TILLITSVALGTE

- 14 Tillitsvalgt på Mork rehabiliteringssenter**
Av Else Merete Thyness

KRONIKK

- 16 Hvor likestilte er vi egentlig?**
Av Tove Linnea Brandvik

FORBUNDET

- 18 Søk godkjenning som ergoterapispesialist elektronisk**
Av Anita Engeset
- 19 Ergoterapispesialist og merittering av ergoterapifaglige kurstimer**
Av Solrun Nygård

- 20 Flere stillinger og færre kutt**
Av Solrun Nygård
- 24 Lønnsoppgjøret må reflektere ergoterapeuters utdanning, kompetanse og ansvar**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 26 Du kan ulykkesforsikre deg for seks millioner kroner**
Av Roar Hagen

FAGLIG

- 28 Kjennetegn, styrker og utfordringer ved norske kommuneergoterapeuters praksis**
Av Linda Stigen, Cathrine Arntzen, Sissel Horghagen, Unni Sveen, Astrid Gramstad og Tore Bonsaksen

VITENSKAP

- 38 «Det var en jo en voldsom åpenbaring» – En studie av nettbrettbruk i hverdagslivet til Omsorg+-beboere**
Av Anne Myhre Sølvberg og Anne Lund
- 48 Forsker i farten: Marte Ørud Lindstad**
Av Else Merete Thyness

AKTUELT

- 50 Kompani-Covid**
Av Else Merete Thyness
- 52 Unios likestillingspolitiske frokostseminar**
Av Else Merete Thyness
- 54 Utenlandspraksis i Palestina**
Av Morten Eric Christian Mortlock Breirem og Ingvild Kvalvik
- 56 Vi søker ergoterapeuter i primærhelsetjenesten for utprøving og utvikling av metoden «Weer aan het Werk» (Tilbake til arbeid)**
Av Irma Pinxsterhuis og Edith Brocken

DEBATT

- 58 Er virksomhetsteorien fremdeles relevant?**

PÅ DE SISTE SIDENE

- 60 Ergoterapeutenes forhandlingssjef**
Av Else Merete Thyness

ANNONSER

- 60 Kurs- og stillingsannonser**
63 Produktregister

En vår med nye muligheter

Våren byr på mye. Vaksiner, lønnsoppgjør og ikke minst et ekstra gir for nye prosjekter. Når det gjelder fagbladet, innleder vi våren med to nye spalter: Våre tillitsvalgte og Debatt.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

De tillitsvalgte er bærebjelken i den norske frontfagsmodellen og fundamentet i Ergoterapeutene. De ivaretar medlemmenes lønns- og arbeidsforhold, bidrar til et godt arbeidsmiljø og sørger for gode rammebetingelser for fagutøvelsen i virksomheten.

De tillitsvalgte i Ergoterapeutene har ulike verv og ulik fartstid, de jobber på forskjellige områder, som kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og de representerer medlemmer i store og små virksomheter.

Det kan også være ulike grunner til at de har påtatt seg vervet. Det kan være på grunn av et stort engasjement, fordi de vil være med å påvirke beslutninger på arbeidsplassen, fordi de er interesserte i fagforeningsarbeid, eller de kan ha blitt oppfordret til å gjøre det.

Uansett gjør de et stort og viktig stykke arbeid, og dette vil vi løfte enda tydeligere fram i lyset. I hver utgave vil vi presentere en ny tillitsvalgt. Her er det fritt fram for forslag, enten du melder deg selv til «tjeneste» eller vil foreslå en annen.

Den andre spalten vi starter

opp, er Debatt. Diskusjon er viktig for fagutøvelsen, og her vil fagbladet gjerne bidra. Redaksjonen kommer til å oppfordre ergoterapeuter som vi mener har et interessant syn på en sak, til å ytre seg, men også her er vi åpne for innspill eller bidrag fra de av dere som har en sak dere vil debattere.

I denne utgaven har Kari Opsahl og Kjell Emil Granå tatt imot utfordringen og skrevet et innlegg der de hevder at virksomhetsteorien fremdeles er relevant for ergoterapi. Er dere enige? Enten svaret er ja eller nei, del gjerne meningene deres med Ergoterapeutens lesere.

Det har som alltid vært en glede å jobbe med en utgave av Ergoterapeuten. I tillegg til de to nye spaltene har vi også en reportasje om Konvensjon om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjon. 9. mars stemte Stortinget nei til å innlemme den i norsk lov. Videre har vi en fagartikkel fra kommuneergoterapiprojektet og en forskningsartikkel som ser på nettbrettbruk i hverdagslivet til Omsorg+-beboere. Her er det bare å glede seg.

God vår!



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

Verdsetting og lønn

Frontfagsmodellen har som utgangspunkt at lønnsveksten skal tilpasses hva konkurranseutsatt sektor i industrien (frontfaget) kan leve med over tid. Med andre ord fungerer virksomheter som er konkurranseutsatt som en norm for våre forhandlingsområder. Frontfagsmodellen har hatt god oppslutning i mange år, men det er problematisk når resultatet i frontfaget praktiseres som et øvre tak i offentlig sektor og ikke som retningsgivende. Spesielt problematisk er det når resultatet i frontfaget praktiseres som et øvre tak i offentlig sektor, mens industrien selv går over lønnsrammen som ble lagt. Det skjedde i fjor.

Koronapandemien har tydelig vist hvor viktig det er med en velfungerende, sterk, offentlig sektor. Når en krise oppstår, er det avgjørende å opprettholde forsvarlig drift av kritiske samfunnsfunksjoner, blant annet

ergoterapi. Helt eller delvis nedstengte ergoterapitjenester i den mest uoversiktlige perioden i fjor vår viste hva som skjer når innbyggerne ikke får de ergoterapitjenestene de trenger. Funksjon går tapt, pårørende får urimelig ekstrabelastning, og det blir behov for mer kostbare tjenester som hjemmesykepleie, institusjonsplasser og spesialisthelsetjeneste. Det er alvorlig for både enkeltmenneskene og samfunnet når ergoterapi ikke gis til rett tid.

Jeg er stolt av at svært mange ergoterapeuter viste sitt løsningsorienterte fokus da de tidlig i pandemien ble kastet ut i både smittesporing, hjemmetjenester, informasjonsarbeid og andre alternative oppgaver. Konsekvensene av å fjerne ergoterapeuter fra sine vanlige, samfunnskritiske oppgaver er imidlertid for store.

Derfor er jeg glad for at Unio i år krever en tydelig verdsetting

av verdiskapingen i offentlig sektor. Kompetansen og tjenestene som ergoterapeuter, sykepleiere, fysioterapeuter, lærere og barnehagelærere står for, er avgjørende for den samlede verdiskapingen i samfunnet.

Nå må det verdsettes i lønn, slik at resultatet reflekterer både utdanning, kompetanse og ansvar. I tillegg må vårens lønnsforhandlinger rette opp skjevhetene fra fjorårets oppgjør. Vi kan ikke gå for samme moderasjon og nøkternhet som i fjor, da vi tydelig endte opp som den tapende parten.

Omtrent når dette bladet lander i postkassen din, er vi ved fristen for vårens lønnsoppgjør. La oss forvente at arbeidsgiverne tar sitt ansvar på alvor, slik at det blir enighet om et resultat som gjenspeiler det viktige samfunnsoppgjøret vi har med å skape mestring og deltakelse og utløse innbyggernes ressurser.

Konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne

Av Else Merete Thyness

I følge Verdens helseorganisasjon lever cirka 15 prosent av verdens befolkning med en form for funksjonshemming. Dette gjør personer med nedsatt funksjonsevne til verdens største minoritet. FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne skal sikre at funksjonshemmede får innfridd menneskerettighetene sine på samme måte som alle andre.

Selv om menneskerettighetskonvensjonene gjelder for alle mennesker, ekskluderes funksjonshemmede fra mange viktige områder i samfunnet, som utdanning, helse og arbeid. Derfor vedtok FN en egen konvensjon for mennesker med funksjonshemminger i 2006. Den er ofte omtalt som CRPD, som står for *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.

Konvensjonen slår fast at funksjonshemmede har de samme menneskerettighetene som alle andre, og den stiller krav til hvordan medlemslandene skal legge til rette for at også funksjonshemmede kan få oppfylt disse menneskerettighetene.

RETTIGHETENE TIL PERSONER MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE I NORGE

Norge skrev under på FN-konvensjonen i 2007 og ratifiserte den i 2013. Det betyr at staten er forpliktet til å følge det som står i konvensjonen.

I Norge har vi i tillegg en egen *diskriminerings- og tilgjengelighetslov* som gjør det forbudt å diskriminere funksjonshemmede i utdanning, i arbeidsliv og på andre samfunnsområder.

50 ARTIKLER

Konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne består av en fortale og 50 korte artikler. Disse artiklene utdyper hvordan menneskerettighetene skal beskyttes for mennesker med nedsatt funksjonsevne, og tjenesteyters rolle i arbeidet med å sikre at disse menneskerettighetene deres oppfylles. Artikkel 1 til 4 inneholder formålet med konvensjonen, definisjoner, generelle prinsipper og generelle forpliktelser. Artikkel 5 til 32 inneholder konkrete rettigheter. Artikkel 33 til 50 handler hovedsakelig om iverksettning og overvåkning av konvensjonen.



I fortalen står det blant annet at *de statene som er part i konvensjonen, erkjenner at funksjonshemming er et begrep i utvikling. Videre erkjenner statene at funksjonshemming er et resultat av interaksjon mellom mennesker med nedsatt funksjonsevne og holdningsbestemte barrierer og barrierer i omgivelsene, som hindrer dem i å delta fullt ut i samfunnet på lik linje med andre.*

I artikkel 1 står det at *formålet med konvensjonen er å fremme, verne om og sikre mennesker med nedsatt funksjonsevne full og likeverdig rett til å nyte alle*



Alle barn skal ha de samme rettighetene til å delta i skole- og fritidsaktiviteter. Foto: Colourbox.

menneskerettigheter og grunnleggende friheter og å fremme respekten for deres iboende verdighet.

Kapitel 30 slår blant annet fast at *barn med nedsatt funksjonsevne skal ha samme mulighet som andre barn til å delta i lek, fornøyer, fritidsaktiviteter og idrettsaktiviteter, også de aktiviteter som finner sted i skolen.*

GJENNOMFØRING

Som med andre menneskerettighetskonvensjoner har konvensjonspartene forpliktet seg til jevnlig å rapportere til FN om arbeidet sitt med å sikre at rettighetene blir oppfylt. Etterlevelse av konvensjonen overvåkes av FNs *komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*. Medlemslandene leverer rapporter til komiteen hvert fjerde år.

STEMT NED TRE GANGER

Forslaget om å innlemme *konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne* i det norske lovverket er nå stemt ned tre ganger i Stortinget. *Kvinnekonvensjonen* og *barnekonvensjonen* er begge gitt denne forrang gjennom menneske-

rettsloven, mens *rasediskrimineringskonvensjonen* er tatt inn gjennom *likestillings- og diskrimineringsloven*. Dette innebærer at CRPD er den eneste sektor-overskridende konvensjonen som ikke har blitt tatt inn i lovverket.

Norge ratifiserte konvensjonen i 2013 og er forpliktet til å følge den, men slik regelverket er i dag, trumfer norsk lov over konvensjonen dersom de kommer i konflikt. Hvis konvensjonen blir innlemmet i loven, gjelder konvensjonen over norsk lov. Samtidig får funksjonshemmede en høyere klageinstans.

Kilder:

[://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne](https://www.fn.no/om-fn/avtaler/menneskerettigheter/konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne)
https://snl.no/FN-konvensjon_om_rettigheter_for_personer_med_nedsatt_funksjonsevne
https://www.buudir.no/Nedsatt_funksjonsevne/fn_konvensjonen_om_rettighetene_til_mennesker_med_nedsatt_funksjonsevne_crpdc/
<https://www.ifo.no/aktuelt2/2019/norge-bryter-menneskerettighetene-for-funksjonshemmede2/>

MENNESKERETTIGHETER FOR ALLE

Av Else Merete Thyness

Barnekonvensjonen, kvinnekonvensjonen og rasediskrimineringskonvensjonen er del av det norske lovverket. 9. mars stemte Stortinget for tredje gang nei til å innlemme FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne. – Det er uforståelig at menneskerettigheter ikke skal gjelde for alle, men at vi sorterer ut en gruppe av befolkningen, sier Alette Reinholdt, landstyremedlem i Norsk forbund for utviklingshemmede.



Linn ble født i 1989 med et sjeldent kromosomavvik. – Jeg ønsker at hun skal få muligheten til å bli den beste versjonen av seg selv, sier moren Alette Reinholdt.



Linn og Alette på Stolthetsparaden i 2019.

Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, også omtalt som CRPD, ble vedtatt av FN i 2006. Norge ratifiserte den i 2013, men den er altså ikke en del av det norske lovverket.

– Konvensjonen består av en rekke artikler som skal forhindre diskriminering av mennesker med nedsatt funksjonsevne eller legge til rette for at de kan delta i samfunnet på lik linje med andre, sier Reinholdt.

– Hvorfor tror du konvensjonen ble stemt ned for tredje gang?

– Jeg tror det blant annet handler om de holdningene mange i vårt samfunn har til mennesker med funksjonshemninger. Norge er et veldig homogent samfunn, og det fører til at aksepten for mangfold og variasjon blir mindre.

Selv om den norske velferdsstaten er en av de beste i verden, mener hun den likevel byr på noen problemer.

– Velferdsstaten er basert på å kategorisere mennesker, ofte med et medisinsk og individuelt fokus på funksjonshemming. Vi har en rekke institusjoner som har likhet som ideal, men som samtidig skaper snevre rammer for normalitet.

Hun peker på at arbeidslinja kan være med på å forsterke dette.

– For å være et dyktig menneske skal du være i arbeid. De som ikke er dyktige, sorteres ut og stenges ute fra samfunnet. Det finnes mange ulike måter å leve et liv på som bør verdsettes i et mangfoldig samfunn. Når det er sagt, er det viktig å understreke at svært mange funksjonshemmede opplever diskriminering i form av utestengelse fra arbeidslivet.

KREVER MYE AV FAMILIEN

Datteren Linn ble født i 1989 med et sjeldent kromosomavvik, noe som har gitt henne en stor og sammensatt funksjonshemming.

– Hvilke utfordringer støttere dere på da dere fikk et barn med funksjonshemming?

– Det krever enormt mye av en familie å få et barn med funksjonshemming. Det største problemet er å få den rette hjelpen, og det gjelder fremdeles, selv om Linn nå er 32 år. Du er helt avhengig av å bo i den rette kommunen og treffe på de riktige personene i hjelpeapparatet for å få den støtten du egentlig har krav på.

For Linns familie førte dette til at Alette Reinholdt ble delvis



– Når skal mennesker med funksjonshemming få status som borgere med fulle menneskerettigheter i Norge? spør Alette Reinholdt. Her er hun sammen med datteren Linn.

hjemmeværende for å ta vare på datteren.

– Jeg opplever at tjenestene har vært for dårlige. Jeg har ikke tall på hvor mange møter vi har hatt i hjelpeapparatet der jeg har fått følelsen av at Linn ikke har det samme menneskeverdet og de samme rettighetene som andre mennesker. Det gjør noe med deg som mor. Hvis Linn skal bli den beste versjonen av seg selv og leve et godt liv, må hun få den hjelpen hun trenger.

Det var først da Linn ble voksen og flyttet til en bolig tilpasset hennes behov, at Alette tok opp igjen utdannelsen innenfor sosialantropologi. Her skrev hun masteroppgave om brukerstyrt personlig assistanse (BPA) og

retten til å være *sjef* i eget liv, noe som skulle gi henne arbeid i Jag Assistanse, som skreddersyr BPA.

Hun ble også nylig valgt som landsstyremedlem i Norsk forbund for utviklingshemmede.

– Det blir spennende, og her er det uuttømmelig med oppgaver. Det er så lett å ta rettigheter fra denne gruppen mennesker som vi andre tar som en selvfølge. Det har vi ikke minst sett nå under pandemien, som har rammet funksjonshemmede hardt.

DE SAMME RETTIGHETENE

– *Hvilke konsekvenser vil det få hvis CRPD blir tatt inn i det norske lovverket?*

– Det ville stadfestet at alle mennesker skal ha de samme ret-

tighetene, og det ville gitt mennesker med nedsatt funksjonsevne større rettsikkerhet.

Hun mener verken staten eller fylker og kommuner er spesielt flinke til å følge opp forpliktelsene i CRPD i dag.

– KS har gjentatte ganger hevdet at kommunene ikke er bundet av konvensjoner, kun av lov og forskrift gitt i lov. Mennesker med nedsatt funksjonsevne bor i kommunene, og det er her de trenger tilrettelegging og tjenester. Så lenge Stortinget ikke gjør CRPD til norsk lov, blir det mennesker med funksjonsnedsettelse og deres interesseorganisasjoner som får jobben med å sikre at staten oppfyller sine forpliktelser.



Tove Linnea Brandvik er leder av Norges Handikapforbund. – Det kan bli dyrt å stenge mennesker med funksjonshemming ute fra arbeid og andre samfunnsoppgaver, sier hun. Foto: Tine Poppe.



Da Tove Linnea Brandvik fikk fast plass på Stortinget, sørget de blant annet for en egen pult tilpasset mennesker som bruker rullestol.

Foto: Det norske Arbeiderpartiet

ALLE HAR SAMME VERDI

Tove Linnea Brandvik har en lang merittliste. Hun er utdannet diplomøkonom og har vært musikk-skolelærer, dørvakt, ordfører – og en av de første rullestolbrukerne på Stortinget.

– Lars Ødegård var førstemann på Stortinget i rullestol. Han måtte løftes inn. Da det ble klart at jeg hadde fått fast plass, måtte Stortinget universelt utformes, forteller hun.

I dag er hun leder av Norges Handikapforbund. De har satt likestilling på dagsordenen.

– Vi ønsker å jobbe for et mer likestilt samfunn, der alle mennesker får sine rettigheter ivaretatt og alle mennesker har like stor verdi. Når mennesker med funksjonshemming forskjellsbehandles, understøtter det holdningen om at det er enkeltindividet det er noe feil med, ikke strukturene i samfunnet.

– *Hvorfor er CRPD så viktig?*

– CRPD beskriver rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne og hvordan vi som

samfunn kan bygge ned de barrierene som hindrer noen i å delta i arbeids- og samfunnslivet.

Hun forklarer at CRPD dekker mange områder hvor funksjonshemmede opplever diskriminering, som retten til utdanning, arbeid og skole

– For eksempel har alle barn rett til å gå på sin nærscole, men dette er ofte umulig fordi den ikke er tilgjengelig. Er det da feil på barnet eller på skolen? Hvis vi lærer barn fra tidlig av at folk som er annerledes, skal behandles annerledes, blir det vanskelig å endre holdningene i samfunnet.

ØKTE KOSTNADER

– *Hvorfor tror du Stortinget stemte nei til at CRPD skulle bli en del av norsk lov?*

– Høyre og Frp uttrykte bekymring over å la FN-konvensjonen stå sterkere enn norsk lov. Men de har valgt å gjøre det med barnekonvensjonen og kvinnekonvensjonen. Hvorfor er det da bare denne ene konvensjonen der man ikke vil ha innblanding?

«Hvis vi ønsker flere folk ut i arbeid, må vi gjøre det mulig for folk å komme seg på jobb»

Tove Linnea Brandvik

Hun mener videre at mange politikere frykter at CRPD kan føre til økte kostnader for stat og kommune i form av store tiltak for å fjerne utestengende barrierer og å sikre deltakelse.

– Jeg tror det kan bli dyrere å stenge mennesker med funksjonshemming ute fra arbeid og andre samfunnsoppgaver. Vi vet at vi blir stadig flere eldre og samtidig færre i yrkesaktiv alder til å forsørge dem. Hvis vi ønsker flere folk ut i arbeid, må vi gjøre det mulig for folk å komme seg på jobb. Universell utforming av samfunnet er god samfunnsøkonomi.

– *Hvordan vil dere jobbe videre med denne saken?*

– Vi vil fortsette med vårt påvirkningsarbeid. Det er kun Høyre og Fremskrittspartiet som ikke har tatt dette inn i partiprogrammene sine, så det er et politisk flertall for å innlemme konvensjonen i lovverket. Forrige gang var det bare åtte som stemte for, denne gangen var det 42. Vi tror på seier i neste runde.

HVILKET SAMFUNN VIL VI HA?

Ergoterapeutenes landsmøteprogram viser tydelig at organisasjonen skal jobbe for et samfunn som inkluderer alle. I forkant av lovavstemningen 9. mars var ergoterapeuter aktive på sosiale medier.

– Vi var tydelige på vårt standpunkt for inkorporering av CRPD. Vi ville vise hvor vi sto og bidra til å legge press på sentrale politikere i avgjørende partier, sier Ergoterapeutenes forbundsleder Tove Holst Skyer.

– *Hvorfor er det viktig å innlem-*

me CRPD i det norske lovverket?

– Norges signering og ratifisering av konvensjonen har vist seg ikke å være adekvat. Likestillings- og diskrimineringsombudet rapporterer at personer med nedsatt funksjonsevne i Norge ikke får menneskerettighetene sine oppfylt, og dette bekreftes av brukerorganisasjonene. Det må tas på alvor. I 2019 kom FN-komiteen for funksjonshemmedes rettigheter med tydelig kritikk til norske myndigheter, blant annet fordi det er store forskjeller mellom tjenestetilbud i kommunene, økende institusjonalisering og vi ikke har tatt CRPD inn i lovverket.

– *Hvorfor tror du lovforslaget ble stemt ned?*

– Både Venstre og KrF har politiske plattformer som er for inkorporering av CRPD. Da er det nærliggende å anta at avgjørende stemmer var bundet opp av regjeringssamarbeidet med Høyre i denne saken.

Hun peker på at et bærekraftig samfunn er avhengig av at alle får ta i bruk sine iboende ressurser.

– Som ergoterapeutforbund retter vi først og fremst innsatsen mot at alle skal ha rett til å være aktive og deltakende i samfunnet, og inkorporering av CRPD vil bidra til å styrke den rettigheten. Barnekonvensjonen, kvinnekonvensjonen og rasediskrimineringskonvensjonen er inkorporert i norsk lovgivning, og det er selvsagt at konvensjonen om funksjonshemmedes rettigheter også må på plass. Det dreier seg om hva slags samfunn vi vil ha.



– Det er selvsagt at CRPD må på plass i det norske lovverket, sier Ergoterapeutenes forbundsleder Tove Holst Skyer.


NAVN

Liv Braathen

STILLING

Innføringsressurs

HVOR

Norsk helsenett

Jobber som innføringsressurs

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg arbeider i Norsk helsenett – et statlig foretak som er eid av Helse- og omsorgsdepartementet. Vår oppgave er å utvikle, forvalte og drifte de nasjonale e-helseløsningene, helsenorge.no, kjernejournal og e-resept, samt grunndata i ulike registre. Vi sørger for sikker samhandling i helsesektoren.

– Hva jobber du som?

– Jeg er innføringsressurs i ulike prosjekter. De siste tre årene har jeg jobbet i Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Målgruppen er ansatte i helsetjenestene, både i kommuner og på sykehus.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg har hatt jobben siden

februar 2016, da jeg startet i Direktoratet for e-helse. I 2020 ble utviklings- og driftsoppgaver overført til Norsk helsenett. Mine oppgaver med innføring passer godt gjennom hele utviklingsløpet – fra vurdering av behov for nye tjenester til løsningene tas i bruk ute i helsetjenestene.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Vi jobber med innføring av trygghets- og mestringsteknologi i kommuner, velferdsteknologi for barn og unge med funksjonsnedsettelse, digital hjemmeoppfølging og standardisering av grensesnitt for ulike velferdsteknologiløsninger. Den siste oppgaven er teknisk rettet. Min motivasjon er at løsningene skal være enkle og driftssikre for helsepersonell. Nasjonalt velferdsteknologiprogram jobber for at brukere, helsepersonell og samfunnet skal oppleve økt kvalitet på tjenestene, frigjort tid til andre faglige oppgaver og å unngå kostnader. Målet er at velferdsteknologi skal tilbys på lik linje med persontjenester i kommunene.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Det er viktig med analytiske ferdigheter, relasjonskompetanse og ulike observasjons- og kartleggingsmetoder i innføringsoppgavene. Aktivitetsanalyse sitter i ryggmargen og kommer godt med i risikovurderinger.

Som ergoterapeut i rehabiliteringsfeltet fikk jeg erfaring med å se mønster i aktivitet og utførelse, og at det alltid er behov for tilpasninger til hver enkelt bruker. Tilrettelegging og bruk av hjelpemidler som kompenserende metoder er også relevant. Jeg har jobbet i NAV med inkluderende

arbeidsliv og hjelpemiddelformidling. Det er viktige erfaringer og nettverk. I innføringsprosessen er det mye endringsarbeid, men vi bygger helst på planer og modeller som finnes i eksisterende strukturer.

Det største prosjektet jeg jobber med, heter «Trygghet og mestring», så det treffer rett i ergoterapihertet. Jeg håper velferdsteknologi kan tas i bruk tidlig når bruker ønsker det, for å forebygge ensomhet og isolasjon, øke aktivitet og oppleve mestring. Det er mange ergoterapeuter som jobber med velferdsteknologi i kommunene, både som fagressurser og prosjektledere.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Nei, vi er ulike yrkesgrupper som jobber med innføring. Det er viktig med prosess- og endringskunnskap. Jeg har ofte jobbet med endringsprosesser i tidligere roller. Ergoterapeuter er en liten gruppe, eller de jobber alene. Da lærer man seg å gi og få i relasjoner, blant annet i rehabiliteringssamarbeid. Etter hvert blir individkunnskapen til systemkunnskap som kan overføres til andre felt. Alle erfaringene med mange yrkesgrupper kommer godt med, men også styrken i selve faget. Jeg har jobbet i store ergoterapeutavdelinger, opplevd egenutvikling gjennom å ha studenter i praksis, undervist på utdanningen og vurdert eksamensoppgaver. Jeg likte godt å følge med i faget.

Ergoterapeuter kan søke jobber i direktorater og departementer, bruke systemkunnskap og påvirke utvikling på mange områder. Vi må ha forståelse for hverandres ståsted og jobbe for felles mål med ulik vinkling og vektlegging.

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

– Jeg har alltid blitt trukket mot det jeg ikke kan, men som må fungere for at alt skal henge sammen. Roller og oppgaver må sees i en helhet. Det var tøft i starten, men så blir det ekstra nyttig etter hvert. Jeg opplever respekt for yrket og er glad for at ergoterapi har blitt lovpålagt tjeneste i kommunene.

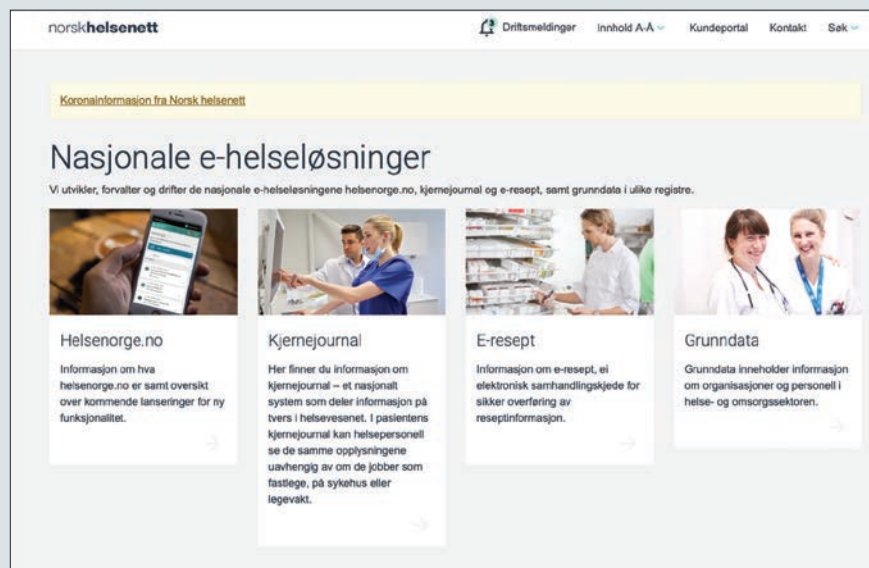
– Vil du anbefale andre ergoterapeuter å jobbe med det samme?

– Ja, absolutt. Mange kombinerer helsefag med teknologi, og e-helse bør inn i grunn- og videreutdanning etter hvert. Alle må forholde seg noe til teknologi i helseyrkene.

– Har noen av arbeidsoppgavene dine forandret seg på grunn av koronapandemien?

– Jeg har alltid likt å møte pasienter og helsepersonell på hjemmebane. Det kan jeg ikke

nå. Digitale møteplasser har økt voldsomt. Det har gitt en boost i innføring av velferdsteknologi, og flere ser nytten av bruk av teknologi. Men jeg hadde gjerne sett en annen årsak til denne endringen.



REGULERBAR TRYKKFRIHET STIMULITE® CONTOURED ADJUSTABLE

Luftig stabil setepute med justeringsmulighet

konturert, sidestabil pute for para- og tetraplegikere med høy risiko for trykksår som trenger å kunne justere sittestillingen.

Ring 48 50 32 97 eller
send en e-post til
julia@rehabshop.com
for mer informasjon



GÖRAN SJÖDÉN'S REHABSHOP NORGE AS

Postadresse: Bamse Brakars vei 17 3042 Drammen
Tel: 48 50 32 97 www.rehabshop.as



**NAVN**

Marte Husøy

TARIFFOMRÅDE

Spekter

Tillitsvalgt på Mork rehabiliteringssenter

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg arbeider på Mork rehabiliteringssenter i Helse Møre og Romsdal.

– Hvilket tariffområde tilhører du?

– Jeg tilhører Spekter tariffområde.

– Hvor mange er du tillitsvalgt for?

– Jeg har flere tillitsvalgtroller. Jeg er tillitsvalgt for tre ergoterapeuter på Mork rehabiliteringssenter. I tillegg er jeg klinikktiltillitsvalgt for ti ergoterapeuter i Klinikk for kreftbehandling og rehabilitering i Helse Møre og Romsdal. Jeg har også rolle som plasstillitsvalgt på Mork rehabiliteringssenter, som betyr at jeg representerer de ansatte på Mork på tvers av fagforbund i saker som omhandler alle.

– Hvorfor ble du tillitsvalgt?

– Jeg har lett for å bli engasjert! Før jeg ble tillitsvalgt hadde jeg også vært med i forbundsarbeid gjennom landsstyret i Ergon (nå Ergoterapistudentene) og det som da var fylkesstyret i Møre og Romsdal.

– Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Jeg har vært tillitsvalgt i 12 år.

– Hva er de viktigste oppgavene dine som tillitsvalgt?

– Jeg informerer og involverer dem jeg er tillitsvalgt for i aktuelle saker, som et bindeledd mellom ansatte og ledelse på flere nivå. I mange saker kan

jeg bidra til at de som skal ta avgjørelser har et best mulig beslutningsgrunnlag gjennom å formidle fag-, arbeidstaker- eller arbeidsmiljøperspektiv.

– Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?

– Det kan noen ganger være utfordrende å velge hvilke kamper en skal ta og ikke ta. Det er selvsagt også en utfordring å få timene til å strekke til når en ikke har frikjøpt tid.

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

– Jeg tenker det viktigste er å kunne være ryddig, løsningsorientert og samarbeidsvillig. Noen ganger er det nødvendig å krangle litt, men jeg mener man stort sett kommer lengst med å skape gode relasjoner og samarbeidsklima, selv om en ikke alltid er enig. I mange situasjoner er det viktig å ha evnen til å løfte blikket og se det store bildet.

– Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

– Det må være når vi nå i desember fikk styrevedtak på at Mork rehabiliteringssenter skulle få holde fram som før, etter å ha vært truet med nedlegging siden 2011. Og selvsagt å få Ergoterapeutenes Tillitsvalgtpreis i 2020!

– Hva har du ennå ikke oppnådd som tillitsvalgt?

– Lønn for relevant kompetanse bør bli en selvfølge.

– Vil du anbefale andre å bli tillitsvalgt?

– Ja! Det er spennende, lærerikt og utviklende å være involvert og ha innvirkning på det som skjer på arbeidsplassen.



Mork rehabiliteringssenter er en del av den spesialiserte rehabiliteringstjenesten i Helse Møre og Romsdal.

Roltec BOA2

På rammeavtale
med NAV
i post 16 + 18



Setehøyde: 36 cm
Totalbredde: 59 cm
Seteløft 30 cm
Setetilt: 0-50 grader
Ryggregulering: 45 grader
Alle setefunksjoner
Gode tilpasningsmuligheter



www.ovrebo.no

Øvrebo rehab

Hvor likestilte er vi egentlig?

Vi liker å tenke på Norge som et av verdens beste land å leve i. Et land der likestillingen har kommet langt, og der alle har de samme mulighetene. Vi hører ofte våre folkevalgte politikere si at de vil ha det slik i Norge. Virkeligheten, derimot, er en annen.

Av Tove Linnea Brandvik



Tove Linnea Brandvik er leder av Norges Handikapforbund.

Dette er Norge i dag: Marianne er en ung kvinne. Hun er venninne, kjæreste, artist, samfunnsdebattant og student. Hun har framtiden foran seg. Eller har hun egentlig det? Hun måtte kjempe seg til skolegang. Lærerne og skoleledelsen mente hun ikke trengte undervisning, hun som ikke kom til å bli noe likevel. Vil arbeidsgiverne hun en gang skal møte, mene det samme? Vil de se at hun har den kompetansen de trenger, eller vil de bare se stolen som hun beveger seg med?

Amir er en ung Osloborger som gjerne er ute med venner og vil engasjere seg i organisasjonslivet. Det er like spennende hver gang han skal ta bussen hjem: Blir han frakjørt denne gangen også? Og hvor mye hat og trakassering vil han møte på veien?

Heidi valgte å flytte nærmere jobben for å gjøre hverdagen enklere, men opplevde plutselig at hun ikke fikk assistent de timene hun trenger. Hennes egne og legenes vurderinger av hvilke gjøremål hun trenger hjelp til, hadde ikke lenger verdi. Nå lurer hun på hva slags liv hun skal få lov til å leve. Kommer hun til å måtte jobbe mindre, være mindre sammen med familien, leve mindre?

LIKESTILLING FOR ALLE

Omtrent 17 prosent av den norske befolkningen, rundt regnet 850 000 mennesker, møter tilsvarende og liknende utfordringer som Marianne, Amir og Heidi, fordi samfunnet ikke er innrettet slik at folk kan delta uavhengig av sin biologiske markør. Kan vi akseptere at gener og kropp legger premissene for hvor likestilt du er? Vi aksepterer definitivt ikke et slikt premiss for kvinner, men vi opplever at det er andre regler for oss som har en funksjonsnedsettelse.

I over 40 år har norsk politikk hatt som mål å fremme funksjonshemmedes deltakelse i samfunnet og likestilling for alle. I 2001 kom den offentlige utredningen NOU 2001:22 «Fra bruker til borger», som slår fast at funksjonshemmedes muligheter for deltakelse handler om grunnleggende menneskerettigheter. Det samme prinsippet lå til grunn da diskriminerings- og tilgjengelighetsloven ble vedtatt i 2009, og da Norge ratifiserte FNs konvensjon for funksjonshemmedes rettigheter i 2013. Likevel blir funksjonshemmede fremdeles utsatt for systematisk diskriminering. Da Norge ble hørt i FN i 2019 om hvordan funksjonshemmedes menneskerettigheter



Ser arbeidsgiverne mennesket eller rullestolen? Foto: Mostphotos/VOY

blir oppfylt, fikk norske myndigheter krass kritikk både av Ligestillings- og diskrimineringsombudet, sivilsamfunnet og FN selv.

Samfunnet er i liten grad universelt utformet, det klippes stadig større hull i velferdsstatens sikkerhetsnett, og holdningen til oss er at vi har andre behov enn folk flest. Vi blir sett på som syke og omsorgstrengende, som personer det er noe feil med, og vi blir ikke anerkjent som likeverdige borgere i samfunnet. Lovverket er ikke godt nok, og det er store kommunale forskjeller. Tidsfrister og finansiering mangler for universell utforming av skoler og transport. Retten til å leve et

selvstendig liv og være en del av samfunnet er ikke sterk nok i praksis. Konsekvensene er at vi ikke kan leve frie liv og delta på lik linje med andre i utdanning, arbeid, kultur og samfunn. Og fremdeles ser vi at en ligestillingspolitikk for funksjonshemmede så å si er totalt fraværende.

Vi vet hva som skal til for å oppnå likestilling for funksjonshemmede.

- For det første må det jobbes systematisk med å endre holdningene til oss som mennesker, slik at vi blir sett som samfunnsborgere med fulle rettigheter og plikter.
- For det andre trengs det en

styrking av lovverket og finansiering for å sikre likestilling og innfri våre menneskerettigheter.

- For det tredje må det sikres en universell samfunnsutforming og gode individuelle rettigheter som gjør at vi kan delta fullt ut i samfunnet.

Kvinnens likestilling kom ikke av seg selv, men krevde systematisk innsats over tid. I dag er det ingen i tvil om at det lønte seg. Funksjonshemmede både kan og ønsker å bidra i samfunnet. Det er på høy tid å endre oppfatning om hvilken plass vi skal ha. Ikke på utsiden, ikke på sidelinjen, men likestilt.

Søk godkjenning som ergoterapispesialist elektronisk

Du kan nå søke godkjenning som ergoterapispesialist elektronisk. Du kan påbegynne registreringen av søknaden din, lagre den underveis og levere den på et senere tidspunkt.

Av Anita Engeset



Anita Engeset er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

Dette forenkler søkeprosessen og gir deg bedre oversikt over hvilken kompetanse du mangler for å kunne sende inn søknaden. Dette gjelder også fornyet godkjenning. Lenken til søknadsskjemaet er www.ergoterapeutene.org/spesialist.

I tillegg har ergoterapeutene oppdatert informasjonen og hjemmesidene om spesialistordningen. **Søknadsfristen er 15. september.**

OM ERGOTERAPEUTENES SPESIALISTORDNING.

Ergoterapeutenes spesialistordning er likeverdig med sammenlignbare profesjoners ordninger og omfatter syv spesialistområder: allmennhelse, arbeidshelse, barns helse, eldres helse, folkehelse, psykisk helse og somatisk helse.

For å søke spesialistgodkjenning må du ha norsk autorisasjon som ergoterapeut og medlemskap i Ergoterapeutene.

Det kreves utdanning på masternivå med ergoterapifaglig eller relevant tverrfaglig master med 120 studiepoeng. I tillegg kreves arbeidserfaring og veilednings- og formidlingskompetanse.

Godkjenningen gjelder for syv år. For å beholde spesialisttittelen må en søke fornyet godkjenning.

Mer om kriterier og ordningen her: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/spesialist/>

BEHANDLING AV SØKNADER

Ergoterapeutenes spesialistkomiteer vurderer søknadene etter gjeldende krav og utformer komiteens innstilling. Spesialistrådet fattet vedtak om godkjenning eller ikke godkjenning. Forbundsstyret er klageinstans.



 Evaluering | Spesialistgodkjenning | Spesialistrådet |  Anita Engeset

Sjekk at opplysningene vi har registrert om deg er korrekt

Du kan straks sette i gang med å fylle ut søknaden for spesialistgodkjenning, men først:

- Sjekk at navn og e-postadresse vi har registrert på deg i vårt medlemsregister er korrekt.
- Velg spesialistområde for godkjenning.

Personalia

Dette er opplysningene vi har registrert om deg i vårt medlemsystem. Dersom noen av opplysningene ikke er riktig oppdaterer du disse her.

Fornavn *

Etternavn *

E-postadresse *

Flere stillinger og færre kutt!

Artikkelen omhandler ergoterapistillinger i kommunene. Den gir forslag om hvordan ledere og tillitsvalgte kan bygge opp argumentasjon for flere stillinger og forhindre reduksjon i ergoterapitilbudet.

Av Solrun Nygård



Solrun Nygård er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

Grunnlaget for både vekst og eventuelle kutt i antall ergoterapeutstillinger vedtas i de kommunale budsjettene på slutten av hvert år. Arbeidet med budsjettene starter om våren. Det er nå ledere og tillitsvalgte kan legge grunnlaget for å få hyggelige resultater i desember og unngå de mindre hyggelige overraskelsene.

HVA ER DE STORE HELSE- OG VELFERDSUTFORDRINGENE I DIN KOMMUNE?

Kommunene har mange overordnede planer de styrer etter. I planene beskrives de kommunale utfordringene og hvilke tiltak politikerne vil iverksette for å møte disse. Den mest overordnede planen er kommuneplanen. I den beskrives kommunens visjoner, mål, utfordringer og strategier. Hva sier planen for eksempel om befolkningsutvikling, nødvendig vridning av tjenester eller tidlig innsats?

Kommunene har i tillegg planer som springer ut av kommuneplanen, som plan for folkehelse, helse- og omsorgsplan, rehabiliteringsplan, «Leve hele livet»-plan, boligsosial plan og oppvekstplan, for å nevne noen. I disse planene beskrives utfordringer og hvilke tiltak kommunen ønsker å



Ifølge Norsk Ergoterapeutforbund er ergoterapidekningen stort mellom kommunene.

Foto: Jan Haas / NTB

» PUBLISERT 19.03.2021 15:34

Ergoterapeutforbundet: – 10 måneders ventetid for ergoterapitjenester

Kommune-Norge fikk 56,9 flere ergoterapeutårsverk i løpet av fjoråret. Norsk Ergoterapeutforbund mener veksten går for sent.

ELIN SVENDSEN
917 34 715

Fra 1. januar 2020 trådte bestemmelsen om at alle kommuner skal ha ergoterapeut i kraft. Mens det fra 2018 til 2019 ble 100,9 flere ergoterapeutårsverk i kommunene, var økningen 56,9 i fjor.

MER OM

» NYHETER

FHI åpner for å la lærere rykke framover i vaksinekøen

Regjeringsutvalg foreslår «betydelig skjevfordeling» av vaksiner

Faksimile fra Kommunal Rapport (kommunal-rapport.no) publisert 19.03.2021.

iverksette for å nå ønskede mål innenfor et avgrenset område. Planene vedtas av de kommunale politikerne.

For å påvirke innholdet i planene er tidspunkt avgjørende. De beste er å melde deg og din

kompetanse som aktuell når arbeidet med en ny plan skal starte. Slik kan du være med å beskrive utfordringsbildet og komme med forslag til tiltak.

Når planene er vedtatt i kommunestyret, er kunnskap om

innholdet og politikerens prioriteringer et godt og nødvendig utgangspunkt for å beskrive behovet for ergoterapistillinger. Etterspør med jevne mellomrom hvordan det går med oppfølgingen av de ulike målene og foreslåtte tiltakene i de ulike planene. Lederne kan etterspørre i lederorganer og via tjenestevei. Tillitsvalgte kan spørre i kommunale samarbeidsorganer, i møte med ledelsen eller direkte til politikerne.

Det er en utfordring at nødvendige midler for å iverksette tiltakene i de ulike planene blir henvist til budsjettdebatten, hvor ulike tiltak settes opp mot hverandre og ikke alle får gjennomslag. Kommunen skal dekke mange ulike behov og må gjøre krevende prioriteringer av det som oppleves som begrensede midler. I budsjettarbeid er også tid viktig. Arbeid med budsjett er ikke avgrenset til hektiske uker opp mot jul hvert år. Arbeidet med et budsjett starter på nyåret året før. Rammene for budsjettet vedtas før sommeren i de fleste kommuner.

BRUK AV KOSTRA

En viktig kilde for å forstå kommunens bruk av midler er KOSTRA, som står for Kommune-Stat-Rapportering. Kommunene rapporterer en rekke styringsdata til Statistisk sentralbyrå (SSB), som sammenligner kommuner når det gjelder bruk av midler, prioriteringer og måloppnåelse. Kommunal Rapport lager hvert år en rangering av alle kommuner, hvor det fremkommer hvem som er «best» innenfor de ulike kommunale tjenestene når det gjelder innhold og økonomi. KOSTRA er viktig for mange rådmenn og økonomisjefer.

Sjekk hvordan din kommune ligger an i forhold til andre

Informasjon om hvor mange ergoterapeuter kommunen din har per 10 000 innbyggere, finner du i tabell 12191 i SSBs statistikkbank.

sammenlignbare kommuner. Søk under Helse- og omsorgstjenester i KOSTRA nøkkeltall. Der finnes for eksempel tall på hvor mye din kommune bruker på institusjonsplasser. Det er også dokumentert hvor stor andel av kommunens driftsutgifter som benyttes til omsorgstjenestene.

DEKNINGSGRAD OG VENTELISTER

KOSTRA gir også informasjon om hvor mange ergoterapeuter kommunene har per 10 000 innbyggere. Snittet for Norge i 2020 er 4,6 ergoterapeuter i den kommunale helsetjenesten per 10 000 innbyggere. Finn tallet for din kommune i tabell 12191 i SSBs statistikkbank. Ligger kommunen under snittet, kan dette brukes som et argument. Hvis det kan

vises til kommuner med høyere dekningsgrad og gode resultater ellers, for eksempel i form av lavere kostnader til institusjoner, er dette noe som kan tas med i argumentasjonen.

Det er ikke vedtatt noen minimumsnorm for antall ergoterapeuter en kommune skal ha per innbyggere. Et gjennomsnittstall på 4,6 er ikke noe mål på om tilbudet er godt. Like viktig er det å kunne vise til ventelister som et uttrykk for at etterspørselen er større enn tilbudet. Forbundsleder Tove Holst Skyer uttaler i en artikkel i Kommunal Rapport 19. mars 2021 at kommuner kan melde om 10-12 måneders ventetid for å få ergoterapitjenester. Koronapandemien har ført til etterslep i tjenestene, fordi tilbudet om ergoterapi har vært svært redusert. Forbundsle-

deren uttaler videre at det først og fremst er innbyggerne som taper dersom kommunene ikke sørger for å ansette flere ergoterapeuter. Rehabilitering er viktig for å kunne mestre hverdagen.

ERGOTERAPI GIR BÆREKRAFTIGE TJENESTER

Et ergoterapeutårsverk koster om lag like mye i året som en institusjonsplass. Det er en viktig sammenlikning, fordi en ergoterapeut kan bidra til at institusjonsinnlegger blir utsatt eller unngått.

Politikerne har alltid utfordringer med å få budsjettene til å gå i balanse. Dette er en situasjon som kan bli verre dersom kommunene fortsetter å møte et økende antall eldre med pleie, omsorg og institusjonsplasser. I tillegg til at kostnadene vil fortsette å øke, vil det oppstå en u håndterlig mangel

på personell. Innsatsen må dreies mot mer ressursutløsende tjenester. Den demografiske utviklingen skjer samtidig med en forventet nedgang i oljeinntekter og økonomiske etterdønninger etter koronapandemien. Dette krever innovasjon. Vi må yte tjenester på nye, ressursutløsende og bærekraftige måter.

Et grunnleggende prinsipp i ergoterapi er å utløse innbyggernes ressurser og dermed bidra til en bærekraftig utvikling. Ergoterapeuter gjør innbyggernes deltakelse og hverdagsliv mulig, noe som bidrar til redusert behov for kompenserende tjenester. Denne innsatsen er helsefremmende og ressursutløsende og dermed et sterkt bidrag for en bærekraftig utvikling.

Ta denne argumentasjonen med i begrunnelsen, enten det er for å få nye eller flere ergoterapeutstillinger eller forhindre kutt i stillinger.

HVA KAN DU SOM TILLITSVALGT ELLER LEDER GJØRE?

- Engasjer deg i utarbeidelse av overordnede planer i din kommune.

- Sett deg inn i de planene som finnes. Hva er utfordringene, og hvilke tiltak er vedtatt for å løse disse?
- Etterspør oppfølging av vedtatte planer.
- Sett deg inn i KOSTRA-tallene for din kommune og kommuner det er naturlig å sammenligne den med. Hvis kommunen har høye utgifter til pleie og omsorg, og få ergoterapeutårsverk i forhold til innbyggertall, kan du argumentere med behovet for mer bærekraftige tjenester.
- Kommuniser konsekvensene av lange ventelister.
- Be om møte med ledelsen for å presentere hva ergoterapeuter kan bidra med. Bruk «Alle skal kunne delta – ergoterapeuters kjernekompetanse».
- Tillitsvalgte og ledere har en spesiell rolle når det gjelder å involvere seg, blant annet i budsjettprosesser. Forbered dere i god tid, helst før forslag til budsjett foreligger.
- Allier deg med andre profesjoner eller brukergrupper hvis det er mulig.
- Skriv leserinnlegg i lokalavisen.

ANDRE NYTTIGE RESSURSBANKER:

Ressursportalen.no

Folkehelseprofiler og oppvekstprofiler på folkehelseinstituttet.no

FoU-midler 2021

Ergoterapeutenes støtte til forskning og fagutvikling (FoU) skal bidra til ergoterapifaglig fagutvikling og forskning. Økonomisk støtte kan gis til frikjøp, arbeidsstipend, reisestipend og dekning av prosjektkostnader. Bare medlemmer av Ergoterapeutene kan søke.

Forbundsstyret har vedtatt at et prioritert område for tildeling av FoU midler i 2021 skal være fagutvikling og forskning som omhandler

mestring og tidlig innsats for barn og unge, der bærekraft er et av temaene.

Forbundsstyret har vedtatt at 550 000 kroner skal utlyses til forskning og fagutvikling i 2021.

Søknadsfrist: 15. september 2021.

Les mer om Ergoterapeutenes FoU-midler på Ergoterapeutenes hjemmeside.

Fremmer tidlig læring

Explorer Mini gir de minste barna muligheten til å bli mer selvstendige gjennom utforskning. Det er en trygg elektrisk rullestol der de selv kan ta i bruk plassen rundt seg for å utforske omgivelsene.

Den unike konstruksjonen gir barnet akkurat den støtten det trenger for å utvikle styrke, utholdenhet og holdningskontroll.

Kontakt oss for mer informasjon

tlf. +47-67 07 04 00

ks@permobil.com

permobil.com

permobil



VÅRE KRAV:

Lønnsoppgjøret må reflektere ergoterapeuters utdanning, kompetanse og ansvar

Ergoterapeutene har nå fremmet sine krav til lønnsoppgjøret gjennom vår hovedorganisasjon Unio. Resultatet må reflektere utdanning, kompetanse og ansvar, samt fremme likestilling og likelønn.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

– **Våre medlemmer** har det siste året jobbet under stort press og har som resten av helsevesenet fått sin arbeidshverdag satt på prøve. Store etterslep i tjenestene har vist at innbyggerne taper funksjon når de ikke får ergoterapi til rett tid. Dette er inngangen for våre krav til årets lønnsoppgjør i de ulike tariffområdene, sier forhandlingssjef Hege Munthe i Ergoterapeutene.

GIKK TAPENDE UT AV FJORÅRETS LØNNSOPPGJØR

Den foreløpige rapporten fra det tekniske beregningsutvalget for inntektsårene viser at våre grupper kom tapende ut av fjorårets lønnsoppgjør.

– Det viser seg at offentlig sektor har vært lojale til den ekstremt nøysomme rammen, mens privat sektor ikke har forholdt seg til den avtalte rammen, slår forhandlingssjefen misfornøyd fast.

Kravene i de fleste tariffområdene er nå oversendt fra Ergoterapeutene til forhandlingsutvalgene i hovedorganisasjonen vår, Unio, som skal behandle kravene før de presenteres for arbeidsgiver i løpet av april.

Ergoterapeuters lønn og pensjon må utvikles slik at kjøpekraften opprettholdes eller styrkes. Medlemmer i offentlig og privat virksomhet skal ha likeverdige arbeidsbetingelser og tariffavtaler. I hovedsak skal lønnspolitikken baseres på sentrale kollektive tariff- og pensjonsavtaler, sier Munthe.

ÅRETS LØNNSOPPGJØR ER ET MELLOMOPPGJØR

I oddetallsår har vi det som kalles mellomoppgjør. Da er det bare lønn, og ikke hovedtariffavtalene og overenskomstene, som skal forhandles.



Karl-Erik Tande Bjerkaas er organisasjonssjef i Ergoterapeutene.



Ergoterapeutenes forhandlingssjef Hege Munthe mener at Ergoterapeuters lønn og pensjon må utvikles slik at kjøpekraften opprettholdes eller styrkes.

– Ergoterapeutene krever i år at kjøpekraften må styrkes betraktelig for å kompensere for resultatet av lønnsoppgjøret i fjor. Vi ser også behov for å rette opp i lokale skjevheter og krever derfor en pott til lokale forhandlinger, sier Munthe.

FØLG LØNNSOPPGJØRET

Vi vil samle informasjon om lønnsoppgjøret på ergoterapeutene.org/tariff2021.



ASSISTEP

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

- Andrea Elisabeth (71 år)

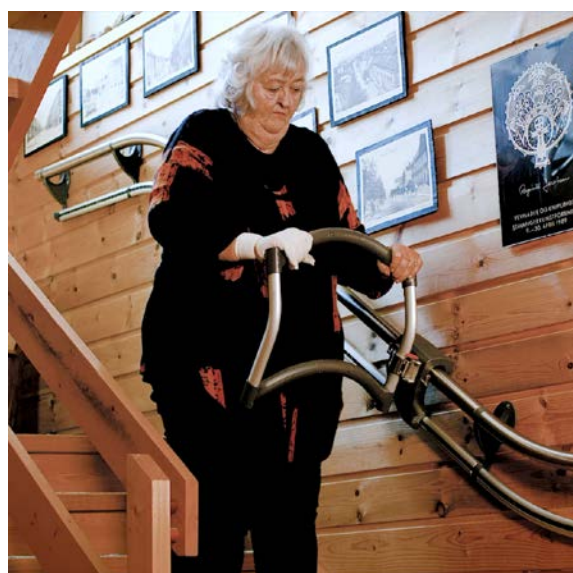


Bidrar til egenmestring og selvstendighet

- ✓ Fallsikring og støtte for å gå trappen selv
- ✓ Service-fri 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

Meld deg på webinar 19. mai!

I webinaret får du en innføring i hvordan AssiStep tilpasses ulike typer trapper og hvilke brukergrupper det kan være nyttig for. Meld deg på ved å scanne QR-koden eller ved å besøke hepro.no/assistep-webinar



 RING OSS PÅ
46 74 55 55

www.assistep.no

FORHANDLES AV

HEPRO

Du kan ulykkesforsikre deg for seks millioner kroner



Dersom du er enslig, kan du kjøpe ulykkesforsikring med forsikringssum på seks millioner kroner gjennom medlemskapet i Ergoterapeutene. Har du ektefelle eller samboer og barn, må du dele med dem, men du har fortsatt god dekning til meget lav pris. Les her hvordan du skaffer deg en slik forsikring.



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

Av Roar Hagen

Alle nye medlemmer (med unntak av studentmedlemmer) blir automatisk med på vår obligatoriske grunnforsikring (forutsatt at man ikke reserverer seg mot forsikringen). Forsikringen består av livsforsikring, uføreforsikring og kritisk sykdom for deg som medlem, samt en ulykkesforsikring som også dekker familien.

Familieulykkesforsikringen dekker hele familien ved ulykke som fører til varig medisinsk invaliditet. Forsikringssummen avhenger av familiens sammensetning på ulykkestidspunktet. Er du enslig, får du alt, og har du familie, må du dele. Se tabellen, som viser forsikringssummene ved 100 prosent invaliditet.

Enslig medlem	1 500 000 kroner
Medlem Ektefelle, samboer	750 000 kroner 750 000 kroner
Medlem Ektefelle, samboer Barn	450 000 kroner 450 000 kroner 900 000 kroner
Medlem Barn	750 000 kroner 900 000 kroner

Forsikringssummene ved 100 prosent invaliditet. For fullstendige opplysninger vises det til forsikringsvilkårene.

HA HØY NOK DEKNING FOR ALLE MEDLEMMENE I FAMILIEN

Dersom du synes disse dekningene er for snaue, kan du kjøpe vår frivillige familieulykkesforsikring i tillegg. Er du enslig, dekker den hele 45 G – vel 4,5 millioner – ved 100 prosent medisinsk invaliditet.

Dette kommer i tillegg til dekningen på 1,5 millioner som ligger i den obligatoriske forsikringen. Har du ektefelle eller samboer, er dekningen på den frivillige familieulykkesforsikringen 2,28 millioner på deg og det samme på din partner.

Har du barn under 21 år, er hvert barn dekket med minst 20 G (over 2 millioner).

Ulykkeseksempel:

Et medlem i Ergoterapeutene har forbundets obligatoriske ulykkesforsikring. I tillegg har medlemmet kjøpt frivillig familieulykkesforsikring. Medlemmet, som har både ektefelle og to barn, blir utsatt for en ulykke, og både medlemmet og barna blir 50 prosent medisinsk invalide.

Erstatningen blir som følger:

Medlemmet får erstatning på 985 000 kroner. Hvert av barna får erstatning på 1 463 000 kroner. Utbetaling fra andre forsikringer vil kunne komme i tillegg.

PRIS

Den frivillige familieulykkesforsikringen koster 879 kroner per år.

BESTILL

Den frivillige familieulykkesforsikringen kan du bestille på telefon 22 05 99 15 eller på e-post post@forsikring.ergoterapeutene.org. Du kan også bestille den direkte på www.ergoterapeuteneforsikring.org.



10 gode grunner til å bli medlem

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

www.ergoterapeutene.org/innmelding

ergoterapeutene

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.



Kjennetegn, styrker og utfordringer ved norske kommuneergoterapeuters praksis

Av Linda Stigen, Cathrine Arntzen, Sissel Horghagen, Unni Sveen, Astrid Gramstad & Tore Bonsaksen

*Linda Stigen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Institutt for helsevitenskap, NTNU Gjøvik.
E-post: linda.stigen@ntnu.no.*

Cathrine Arntzen er ergoterapeut og professor ved Institutt for helse- og omsorgsfag, Norges arktiske universitet UiT.

Sissel Horghagen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Institutt for nevro-medisin og bevegelsesvitenskap, NTNU.

Unni Sveen er ergoterapeut og professor ved Institutt for ergoterapi og ortopedi-ingeniørfag, OsloMet.

Astrid Gramstad er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Institutt for helse- og omsorgsfag, Norges arktiske universitet UiT.

Tore Bonsaksen er ergoterapeut og professor ved Seksjon for psykisk helse og rehabilitering, Høgskolen i Innlandet.

Sammendrag

Samhandlingsreformen har reformert kommunehelsetjenesten, og etter implementeringen i 2012 har ergoterapeuter i norske kommuner fått nye utfordringer. I tillegg til kommunereformen, som ble iverksatt 1. januar 2020, ble ergoterapi da en lovpålagt tjeneste i kommunehelsetjenesten. Med bakgrunn i dette ble det i 2017 igangsatt et nasjonalt prosjekt som hadde til hensikt å beskrive kommunal ergoterapi i sammenheng med politiske føringer, lokale forhold og prioriteringer som styrer ergoterapipraksis og kompetanse i bestemte retninger. En spørreundersøkelse gikk ut til ergoterapeuter ansatt i kommunehelsetjenesten, i tillegg til at det ble gjennomført fokusgruppeintervjuer med 10 kommuneergoterapeuter. Basert på datamaterialet fra spørreundersøkelsen og intervjuene er til nå seks artikler publisert i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter. Denne artikkelen vil diskutere noen overordnede tematikker fra disse arbeidene. Formålet er å beskrive kommuneergoterapeuters praksis og arbeidsvilkår da datainnsamlingen ble gjennomført i 2017.

Nøkkelord: kommunal ergoterapi, samhandlingsreformen, hjelpemiddelformidling, kommunereform

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

BAKGRUNN

Samhandlingsreformen har endret kommunehelse-tjenestens innhold, struktur og arbeidsvilkår. Kommunenenes helse- og omsorgstjeneste skal i dag være grunnmuren i den norske helsetjenesten. Det skal være flere og bedre tjenester der pasientene bor, og helsetjenestene skal være mer spesialiserte. De politiske føringene i Samhandlingsreformen er også i tråd med endringer i helsetjenestene globalt, hvor man ser en stor økning i antall eldre mennesker i forhold til befolkningen som helhet, og sykdomsutfordringer i årene som kommer (1). Dette påvirker også ergoterapeuters yrkesutøvelse i kommunene, og sett i et historisk perspektiv er satsningen på kommune-ergoterapitjenester i befolkningen ny.

Ergoterapifaget ble etablert i USA for over 100 år siden og har, som andre fag, blitt preget av verdenshendelser, personligheter, faglige interesser og politiske og sosioøkonomiske strømninger (2). I Norge var det psykiatriske sykehus som først ansatte ergoterapeuter, og etter hvert ble også somatiske sykehus og sykehjem arbeidsplasser for ergoterapeuter. På slutten av 1970-tallet ble det politisk diskutert hvorvidt det var nødvendig med flere yrkesgrupper i hjemmebaserte tjenester, i tillegg til sykepleie, på grunn av brukernes differensierte behov. En evalueringsrapport fra Sosialdepartementet i 1981 konkluderte blant annet med at 25 prosent av brukerne som mottok hjemmetjenester, hadde behov for ergoterapi (3).

Da Lov om helsetjenesten i kommunene trådte i kraft i 1984, ble ergoterapi ikke vurdert som en lovpålagt tjeneste, blant annet på grunn av lav utdanningskapasitet og få ergoterapeuter i landet (4). Fra begynnelsen av 70-tallet og utover 80-tallet var altså hjemmebasert ergoterapi lite utbygget. Ergoterapeuter var mangelvare, og det var vanskelig å rekruttere folk til stillingene, men innen 1987 var kommuneergoterapi etablert i 11 prosent av norske kommuner (5). Med implementering av Samhandlingsreformen i 2012 fikk ergoterapeuter i norske kommuner nye utfordringer (1, 6, 7). Med Samhandlingsreformen tildeles kommunene en større og mer sentral rolle i å ivareta innbyggernes behov for helsetjenester (1). Innovasjon i kommunene fremholdes som et klart politisk grep for å imøtegå framtidens behov for tjenester. Innovasjon er beskrevet som å iverksette noe nytt som skaper verdi for innbyggerne og for samfunnet, og innovasjon kan åpne for å tenke nytt om hvordan Norge kan løse store samfunnsoppgaver og utvikle offentlig sektor, og på den måten bidra til langsiktig og bærekraftig effektivitet (8).

I 2019 var det registrert 2439 ergoterapeuter i norske kommuner (9), som er en økning på 441 stillinger de siste fem årene (10, 11). En politisk initiert kommunereform for å redusere antall kommuner ble iverksatt første januar 2020. Som resultat av denne ble 475 kommuner redusert til 356. I alt 119 kommuner slo seg sammen og dannet 49 nye. Før sammenslåingen hadde 406 av 475 kommuner (84 prosent) ergoterapistillinger. Samtidig med den nye kommunereformen ble ergoterapi fra første januar 2020 en lovpålagt tjeneste i norske kommuner (8). Det vil si at alle kommuner nå er pliktige til å tilby ergoterapi til innbyggere som har behov for det (12). Det foreligger per i dag ikke oppdaterte tall på hvor mange kommuner som ikke har ergoterapistillinger.

Flere nasjonale studier har i de siste årene fokusert på ergoterapi i kommunehelsetjenesten. Temaer som har vært undersøkt, er knyttet til ergoterapi for personer med kognitiv svikt (7, 10, 13), hva kommuneergoterapeuter ser for seg at det er viktig å forske på (14), og ikke minst utfordringer de opplever i arbeid med brukere, andre faggrupper og tjenestens rammebetingelser (15). Internasjonale studier understreker hvor viktig forståelse av ergoterapeuters kompetanse (på alle nivåer) er for å få forvaltet den kompetansen de besitter, til det beste for brukerne og pårørende (16, 17). Andre studier framhever betydningen av å markedsføre ergoterapi for å gjøre ergoterapeuters bidrag mer synlige (18, 19), og for at ergoterapeuter skal få mulighet til å benytte bredden i kompetansen sin (3). Kommuneergoterapeuter beskriver at de opplever utfordringer med å kommunisere kompetansen sin, og at andres forventninger til ergoterapitjenester ikke nødvendigvis stemmer overens med ergoterapeuters egen forståelse av tjenestene som skal utføres (7, 15, 20). En studie med mål om å identifisere og prioritere relevante temaer for forskning innen kommunehelsetjenesten viste at ergoterapeuter ser behov for forskning på for eksempel ergoterapeutiske intervensjoner knyttet til personer med kognitiv svikt, hverdagsrehabilitering, ME/CFS og helsefremmende og forebyggende arbeid (14).

Vi vet altså litt om kommuneergoterapeuters erfaringer og utfordringer knyttet til sin praksis, men det foreligger begrenset oversikt over ergoterapitilbudet i norske kommuner med hensyn til omfang, hvilket felt ergoterapeuter arbeider innenfor, og hvilke arbeidsoppgaver og prioriteringer som kjennetegner tjenesten. Med bakgrunn i dette ble det i 2017 igangsatt et nasjonalt prosjekt som hadde til hensikt å beskrive

kommunal ergoterapi i sammenheng med politiske føringer, lokale forhold og prioriteringer som styrer ergoterapipraksis og kompetanse i bestemte retninger. I prosjektet var det ønskelig å undersøke ergoterapitilbudet før og etter at ergoterapi ble en lovpålagt tjeneste i norske kommuner fra 2020. Prosjektet har fått navnet Kommune-Ergoterapi-studien (KE-studien) og har som helhet et følgeforskningsdesign. Følgeforskning innebærer å foreta systematisk innsamling av data med siktemål om å analysere virkninger av en endring innenfor et bestemt område over tid (21). Tidsrommet som disse endringene skjer innenfor, er de siste årene før og etter at ergoterapi innføres som en lovpålagt helsetjeneste i kommunene. Prosjektperioden er fra 2017 til 2024. Denne artikkelen vil sammenstille hovedresultatene fra artiklene som til nå er publisert etter den første datainnsamlingen i 2017, og videre drøfte noen utvalgte overordnede tematikker som vi mener har særlig relevans for utøvelse av framtidens kommuneergoterapi.

DESIGN OG METODE FOR KE-STUDIEN

Delstudiene som presenteres her, stammer fra prosjektets fase 1 og tar utgangspunkt i to ulike former for datainnsamling. Prosjektgruppen hadde sitt utspring i redaksjonskomiteen i Ergoterapeuten og besto hovedsakelig av ergoterapeuter innen akademia som hadde ulike forskningsinteresser. I tillegg var leder av redaksjonskomiteen Cathrine Hagby og redaktør av Ergoterapeuten Else Merethe Thyness med i gruppen. I mai 2017 ble en spørreundersøkelse sendt ut til 1767 ergoterapeuter som var: (i) medlemmer av Ergoterapeutene og (ii) registrerte som tilhørende KS-området.

Undersøkelsen omfattet spørsmål om deltakernes bakgrunn, om kommunen eller bydelen hvor de arbeidet, om ergoterapitjenesten og dens organisering, om stillingen til den enkelte deltaker, samt om dennes arbeidsområder og samarbeid med andre. I alt 561 ergoterapeuter besvarte alle spørsmålene. Spørreundersøkelsen har så langt gitt datamateriale til fire av studiene som presenteres her (22-25).

Det ble i tillegg gjennomført fokusgruppeintervjuer med ti kommuneergoterapeuter, hvor temaene var: beskrivelse og vurdering av egen praksis, samarbeid og samhandling, kompetansebehov, grad av autonomi i utforming av tjenesten, ressurser, faglig innhold, kompetanse, utfordringer og tanker om hvordan tjenesten kan forbedres, samt prioriteringer og dilemmaer knyttet til deres praksis. Fokus-

Studie	Forfattere	Tittel	Tidsskrift
1	Bonsaksen, Sveen, Dolva, Horghagen, Thyness, Hagby & Arntzen, 2018	Perceived Influence on Service Goals Among Community-Working Occupational Therapists in Norway	<i>Journal of Primary Care & Community Health</i>
2	Bonsaksen, Dolva, Hagby, Sveen, Horghagen, Thyness & Arntzen, 2018	Involvement in Research and Development Projects Among Community-working Occupational Therapist in Norway	<i>Occupational Therapy in Health Care</i>
3	Bonsaksen, Dolva, Horghagen, Sveen, Hagby, Arntzen, 2019	Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a Norwegian survey	<i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>
4	Arntzen, Sveen, Hagby, Bonsaksen, Dolva & Horghagen, 2019	Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities	<i>Scandinavian Journal of Occupational Therapy</i>
5	Bonsaksen, Dolva, Horghagen, Sveen, Hagby & Arntzen, 2019	Community-Working Occupational Therapists Serving as Field-work Supervisors: Characteristics and Associated Factors	<i>The Open Journal of Occupational Therapy</i>
6	Horhagen, S. et al. (2020)	Generalist, specialist and generic positions experienced by occupational therapists in Norwegian municipalities	<i>The Irish Journal of Occupational Therapy</i>

Tabell 1 er en oversikt over de seks artiklene som foreløpig inngår i studien.

gruppeintervjuene har gitt datamateriale til to av studiene som presenteres her (26, 27). Deskriptive analyser av kvantitative data ble brukt for å beskrive utvalget i spørreundersøkelsen. Fokusgruppeintervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert. Analysemetoden systematisk tekstkondensering, utviklet av Malterud (28), ble benyttet i en tverrgående analyse av temaer fra intervjuene. Mer detaljert beskrivelse av analysene er presentert i originalartiklene.

Resultatene fra de seks originalartiklene som

Nøkkelord	Forskningsspørsmål	Metode	Resultater
Assistive technology, community-based practice, job satisfaction, occupational therapy	Undersøke opplevd påvirkning kommuneergoterapeutene hadde på tjenestemål i deres organisasjoner Kartlegge sosiodemografiske og arbeidsrelaterte faktorer som var assosiert med opplevd nivå av påvirkning	Spørreundersøkelse Frekvenser & prosent, tester for å identifisere signifikansnivå mellom variabler	<ul style="list-style-type: none"> • Opplevd påvirkning varierte fra «lite» til «middels» • Menn opplevde mer påvirkning • Mastergrad og deltakelse i FoU førte til større grad av påvirkning • Arbeid med tekniske hjelpemidler førte til mindre grad av påvirkning
Assistive technology, community-based, project involvement, reablement, research and development	Å undersøke deltakelse i forsknings- og fagutviklingsprosjekter og faktorer assosiert med deltakelse Å klassifisere og rangere temaer i pågående og ønskede forsknings- og utviklingsprosjekter	Spørreundersøkelse Frekvenser & prosent, tester for å identifisere signifikansnivå mellom variabler	<ul style="list-style-type: none"> • 245 (43,7 %) deltok i prosjekt- og fagutviklingsarbeid • 220 (69,6 %) av dem som ikke deltok, ønsket å delta • Deltakelse avtok med alder • Deltakelse økte med arbeidserfaring og å ha videreutdanning
Assistive technology, local healthcare, municipalities, primary care	Å karakterisere ergoterapi i kommunehelsetjenesten, inkludert aspekter av ergoterapeutenes praksis og kommunene hvor de jobbet	Spørreundersøkelse Frekvenser & prosent, tester for å identifisere signifikansnivå mellom variabler	<ul style="list-style-type: none"> • 93 % kvinner, gj.sn alder 42 år • Gj.sn arb.erf 16,5 år • 48 % av tiden brukt på klientrettet arbeid • 87 % jobber med hj.mdl • 51 % av tiden brukes på hj.mdl • 33 % ikke samlokalisert med andre ergoterapeuter
Primary care, health care services, occupational therapy practice, qualitative study, assistive devices	Å undersøke hvordan kommuneergoterapeuter posisjonerte seg selv i forhold til oppgavene de utførte	Fokusgruppeintervju Systematisk tekst-kondensering	4 idealtyper: <ul style="list-style-type: none"> • Allrounderen • Brannslukkeren • Innovatøren • Hjelpemiddelformidleren
Community-based, fieldwork, occupational therapy, students, supervision	Å generere kunnskap om faktorer som var assosiert med å være praksisveileder blant kommuneergoterapeuter	Spørreundersøkelse Frekvenser & prosent, tester for å identifisere signifikansnivå mellom variabler	<ul style="list-style-type: none"> • 156 (27,8 %) hadde vært veileder for minst én student siste år • Å være samlokalisert med andre ergoterapeuter økte sjansen for å være veileder
Community-based occupational therapy practice, Generalist, Specialist, Generic role, Health care, Core knowledge	Å utforske hvordan ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten har utformet sine roller etter innføringen av Samhandlingsreformen	Fokusgruppe intervju Systematisk tekst-kondensering	4 tema: <ul style="list-style-type: none"> • Eksterne faktorer som rammer og former ergoterapeuters rolle i kommunen • Styrker og dilemma ved generalistrollen • Den problematiske generiske posisjonen • Styrker og dilemma ved spesialistposisjonen

presenteres i denne artikkelen, ble analysert med en overordnet tematisk analyse (29). Det vil si at artiklene ble undersøkt på tvers for å finne temaer som kunne gjenkjennes i de ulike studiene. De tverrgående temaene blir presentert i diskusjonen.

HOVEDFUNN FRA DATAINNSAMLING I 2017

Det har til nå blitt publisert seks artikler i internasjonale vitenskapelige tidsskrifter basert på materialet som kom fram gjennom datainnsamlingen. Tabell 1

viser en sammenfatning av de ulike artiklene med referansehenvisning, forskningsspørsmål, metode for datainnsamling og dataanalyse, i tillegg til hovedresultatene. Se tabell 1.

Resultatene fra spørreundersøkelsen (artikkel 1, 2, 3 og 5) viser at det var flest kvinner som deltok, og at de hadde en gjennomsnittlig arbeidserfaring på 16,5 år. De rapporterte at de brukte omtrent halvparten av arbeidstiden sin på direkte brukerarbeid. For mange var arbeid med hjelpemiddelformidling

en hovedoppgave, som de brukte omtrent halvparten av tiden sin på. Av deltakerne rapporterte 94,5 prosent at deres høyeste utdanning var bachelorgrad, mens 5,5 prosent hadde mastergrad. Litt over halvparten, 53,3 prosent, rapporterte at de hadde videreutdanning, og 3,6 prosent hadde spesialistgodkjenning (23). Halvparten av deltakerne rapporterte at de deltok i forskning og utviklingsprosjekter. Analysene viste at de deltakerne i studien som var yngre, dem som hadde videreutdanning, og de med lang yrkeserfaring deltok oftere i forskning og utviklingsprosjekter. Temaene for prosjektene handlet i hovedsak om hverdagsrehabilitering og formidling av hjelpemidler. Av deltakerne som ikke var involvert i prosjekter, ønsket cirka 70 prosent å få muligheten til å bli det (22). Å ha en mastergrad, å være involvert i forskning og utviklingsprosjekter og ikke å jobbe med hjelpemidler viste seg gjennom analysene å være assosiert med høyere opplevd innflytelse på tjenestemål (25). Av deltakerne i undersøkelsen hadde 156 veiledet student det siste året. Sjansen for å være veileder økte dersom man jobbet fysisk sammen med andre ergoterapeuter (24). En liten del av deltakerne (3,4 prosent) jobbet i kommuner som hadde blitt sammenslått, men flere (27 prosent) jobbet i kommuner hvor det var tatt en avgjørelse om sammenslåing og forberedelser var i gang (23).

I fokusgruppeintervjuene (artikkel 4 og 6) beskrev deltakerne innholdet, dilemmaer og prioriteringer i sin praksis (26). De beskrev rollene sine som generalister, spesialister og generiske ergoterapeuter og styrker og dilemmaer knyttet til disse (27). De poengterte samtidig ulike eksterne faktorer som rammet inn og formet rollen deres i kommunehelsetjenesten. Basert på deltakernes beskrivelse av egen praksis identifiserte forskerne fire forskjellige idealtyper – allrounder, brannslukker, innovatør og hjelpemiddelformidler – som tjener til å få fram særtrekk og dilemmaer knyttet til dagens kommuneergoterapipraksis (26). I fokusgruppeintervjuene var tendensen at ergoterapeutene fra små, landlige kommuner så på seg selv som generalister og allroundere, mens de fra mer folkerike kommuner og byer erfarte større grad av spesialisering og spissing av egen praksis (27).

Resultatene fra dette prosjektet så langt illustrerer ulike sider ved kommuneergoterapeutenes praksis, de kontekster de arbeider innenfor, og dilemmaer de opplever knyttet til sitt arbeid. Når man ser på de seks artiklene samlet, virker det som deltakerne

har opplevd en utvikling av arbeidsoppgaver knyttet til implementering av samhandlingsreformen. De opplever utfordringer knyttet til hjelpemiddelformidling, utilstrekkelig autonomi og at de ofte er alene som ergoterapeut i en kommune. Det kommer også fram at mulighetene for fag- og kompetanseutvikling er noe som deltakerne ser på som viktig. Etter en gjennomgang av studienes samlede resultater identifiserte vi fem overordnede tematikker som vi mener beskriver kommuneergoterapeuters praksis og arbeidsvilkår. Vi vil i det følgende løfte fram og drøfte følgende temaområder: «nye roller etter implementering av Samhandlingsreformen», «utfordringer knyttet til hjelpemiddelformidling», «utilstrekkelig autonomi», «alene som ergoterapeut i en kommune» og «behov for innovasjon og fagutvikling».

NYE ROLLER ETTER IMPLEMENTERING AV SAMHANDLINGSREFORMEN

Studiene får fram at det å arbeide som kommuneergoterapeut kan være utfordrende, men at det også er en posisjon som gir muligheter. Å være kommuneergoterapeut er en meningsfylt, givende og spennende posisjon å ha. Dilemmaer som løftes fram av deltakerne, er blant annet knyttet til ulike posisjoner (generisk, generalist og spesialist) man identifiserte seg med (27).

Rollen som kommuneergoterapeut er under press etter implementeringen av Samhandlingsreformen i 2012, og dette presset opplevdes som en individuell kamp som ikke har blitt adressert på et strukturelt eller politisk nivå (27). Brukere skrives tidligere ut fra sykehusene enn før, og det var forventet at ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten skulle utføre spesialiserte tjenester, uten at det nødvendigvis tilrettelegges for å utvikle mer spesialisert kompetanse. Samtidig opplever mange at de nettopp som kommuneergoterapeuter skal være generalister, og at styrken i det er muligheten til omstilling og variasjon i oppgaver og roller (27).

Mange kommuneergoterapeuter som jobbet i små kommuner hvor de har ansvar for alt av ergoterapioppgaver, så på seg selv som «all-roundere» (26). Å identifisere seg som en generalist eller allrounder reiser imidlertid atskillige dilemmaer, og ett handler om grader av kompetanse. Når man har ansvar for alt av ergoterapifaglige tjenester i kommunen, er det begrenset hvor mye spesialisert kunnskap og erfaring man har anledning til å bygge opp. Samhandlingsreformen og kravet som rettes til kommunene

om å tilby rette tjenester, til rett tid og på rett sted, vil kunne utfordre denne posisjonen. Vil det holde å være generalister, eller vil det bli behov for mer spesialisering gjennom de stadig nye og mer komplekse oppgavene som tillegges kommunale tjenester?

Å være generalist eller «all-rounder» er noe som er verdsatt av ergoterapeuter, og det er en rolle som beskrives med en høy grad av autonomi, selvstendighet og frihet (26). Samhandlingsreformen la til grunn at den forventede veksten i behov i en samlet helsetjeneste i størst mulig grad måtte finne sin løsning i kommunene. Den hadde søkelys på at det var datidens og framtidens helse- og omsorgsutfordringer som sto i fokus. I Samhandlingsreformen ble det understreket at kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (1). For å være i stand til dette er det behov for mer spesialisert kompetanse, men dette bør ikke nødvendigvis være etter mal fra spesialisthelsetjenesten. Det må utvikles helt andre måter å forvalte spesialisering på, som passer inn i den kommunale konteksten, og som tar høyde for variasjon i vilkår, slik en av studiene påpeker (26).

HJELPEMIDDELFORMIDLING

I fokusgruppeintervjuene beskrev deltakerne at de hadde ulike forhold til hjelpemiddelformidling. Noen beskrev hjelpemiddelformidling som sin kjernevirksomhet, mens andre var opptatt av å synliggjøre andre sider ved ergoterapipraksisen enn det ledere og andre faggrupper oppfattet som en vanlig eller tradisjonell ergoterapioppgave, slik det også er beskrevet i tidligere forskning (7, 13). Fokus på og problematikk rundt hjelpemiddelformidling understøttes også av at så mange som 87 prosent av deltakerne i spørreundersøkelsen rapporterte at de formidlet og tilpasset hjelpemidler, og i gjennomsnitt ble 51 prosent av tiden deres brukt til dette (24).

I fokusgruppeintervjuene kom det fram at ergoterapi fremdeles assosieres med hjelpemidler av folk flest, og deltakerne hadde ulike meninger om dette. Hjelpemiddelformidling var for noen en viktig ferdighet som ga en klar posisjonering opp mot andre faggrupper, mens det for andre var betraktet som bare en av flere mulige løsninger. Noen posisjonerte seg tydelig i rollen som ekspert på hjelpemidler og fysisk tilpasning og anså det for å være deres sentrale rolle, mens de fleste plasserte seg utenfor dette og opplev-

de en slik rolle som lite tilfredsstillende. Et sterkt ytre press og tydelige forventninger fra andre faggrupper eller ledere om å formidle og tilpasse hjelpemidler var utfordringer flere deltakere erfarte (26). I tillegg til at mange opplevde oppgaven som lite tilfredsstillende, viste spørreundersøkelsen at personer som formidlet og tilpasset hjelpemidler opplevde mindre grad av påvirkning på tjenestene (20).

Tidligere studier har vist at det ergoterapeuter gjør i praksis, ofte er preget av andres forventninger til hva man skal gjøre (7, 30, 31). Henvisningene som ergoterapeuter mottar, definerer ofte hva som blir sett på som ergoterapeutens ansvar, og bidrar derfor til å regulere hva de velger å bruke tid på. I fokusgruppene kom det fram at ergoterapeuter av og til mottar henvisninger fra annet fagpersonell som mente at brukere trengte et spesifikt hjelpemiddel, og det harmonerte ikke bra med ergoterapeutenes arbeidsmetoder og selvbylde (26). Å ta ansvar for og gjennomføre oppgaver som ingen andre ser på som sitt ansvar, har blitt kalt «gap-filling» (31), og arbeid med hjelpemiddelformidling kan i noen tilfeller oppleves av ergoterapeuter på denne måten (7, 26). Man bør imidlertid reflektere rundt hvorvidt det er hensiktsmessig å prioritere å bruke ergoterapeuters kompetanse på denne måten. Man burde kanskje heller arbeide for å benytte ergoterapeuters kompetanse på flere områder i tillegg til hjelpemiddelformidling for å levere gode, helhetlige kommunale helsetjenester til innbyggerne. Ergoterapeuters kompetanse er innrettet på å understøtte mestring av hverdagsaktiviteter. Aktivitetsanalyse er i så måte en sentral og særfaglig arbeidsmetodikk for å kartlegge aktivitetens mening og betydning. Bruk av aktivitetsanalyse bidrar også til å avdekke aktivitetsmuligheter og hindringer på individ og omgivelsenivå (32). Den ergoterapifaglige grunnmetodikken, som er ment å sikre en helhetlig og personsentrert faglig tilnærming, kan bli vanskelig å utføre hvis kommuneergoterapeuter ender opp som forvaltere av deloppgaver definert og bestilt av andre faggrupper og ledere, som en studie peker på (26). Den faglige og helhetlige vurderingen står i fare for å falle bort hvis ergoterapeutene blir «gap-fillers».

UTILSTREKKELIG AUTONOMI

Tuntland (3) fant allerede i 1998 at ergoterapeuter i kommunene ofte jobber alene, og at de ikke opplevde at de fikk utnyttet kompetansen sin på best mulig måte på grunn av andres forventninger til hva de skulle gjøre (3). Gramstad og Nilsen (15) rapporterte



Aktivitetsvitenskap og forskning har gitt ergoterapi en sterkere teoretisk forankring. Foto: Trygve Stigen.

at kommuneergoterapeuter opplever utfordringer med å kommunisere sin kompetanse til andre, og at andres forventninger til deres rolle ikke stemmer overens med deres egen forståelse av hva man gjør som ergoterapeuter. Dette stemmer godt overens med funn fra fokusgruppeintervjuene (26, 27).

Er det slik at ergoterapeuter ikke har vært gode nok til å synliggjøre faggruppens kompetanse, ettersom ergoterapeuter fremdeles erfarer at både brukere og samarbeidspartnere kan se ut til å ha en oppfatning av hva som er vårt ansvar som ikke alltid samsvarer med ergoterapeuters syn eller oppfatning (7, 15, 26)? Mattingly og Fleming beskrev allerede i 1994 at ergoterapeuter uttrykte bekymring rundt hvorvidt ergoterapeutiske intervensjoner ble sett på som «profesjonelle» nok i deres kollegers øyne. I tillegg har aktivitetsperspektivet i ergoterapi blitt kritisert for ikke å være vitenskapelig nok, men heller vurdert som noe dagligdags som ikke er verd å problematiseres (33). Med innføring av aktivitetsvitenskap og forskning knyttet til dette, har ergoterapi og betydningen av aktivitetsperspektivet imidlertid fått en sterkere teoretisk forankring. Selv om det rapporteres at ergoterapeuter har vansker med å formidle sin kompetanse til andre faggrupper (15), har vi nå et sterkere teoretisk fundament for å forankre tiltak vi igangsetter knyttet til aktivitetsperspektivet, og dette kan muligens gjøre det enklere for oss å argumentere for viktigheten av å fokusere på dette perspektivet i praksisutøvelsen. Her i Norge er det mange flere som forsker innenfor ergoterapeuters praksis i kommunehelsetjenestene enn for bare fem år siden, og dette gir et mulighetsrom også for kommuneergoterapeuter til å ta del i ulike

studier. Spørreundersøkelsen viste at rundt halvparten av deltakerne var involvert i FoU-prosjekter, og av dem som ikke var det, ønsket 70 prosent å bli involvert (22). Som et resultat av dette kan man anta at fagets egenart, autonomi og legitimitet vil kunne synliggjøres og styrkes på den nasjonale arenaen i årene som kommer. Faggruppen og utdannings- og forskningsinstitusjonene har slik sett et stort ansvar for å utvikle og synliggjøre tjenesten i tråd med nasjonale føringer.

Både fokusgruppeintervjuene (26) og tidligere forskning (7) viser til at ergoterapeuter opplever misforståelser rundt hvordan ergoterapeuters kompetanse skal forstås, og hva man skal bruke den til. Dette er interessant og kan henge sammen med mange forhold, som at faggruppen er liten og har få ansatte ute i de kommunale tjenestene, og at en ikke har kommet ut av stereotype oppfatninger av hva ergoterapi er. Forskning, dokumentasjon samt langsiktige og helhetlige planer for markedsføring og profilering av hva kommuneergoterapi er og skal være i framtiden, kan bidra til å styrke profesjonens autonomi.

ALENE SOM ERGOTERAPEUT I EN KOMMUNE

Spørreundersøkelsen viste at så mange som 33 prosent av deltakerne ikke var samlokalisert med andre ergoterapeuter (23). Det vil altså si at ganske mange ergoterapeuter jobber alene, uten noen å diskutere ergoterapifaglige problemstillinger med. Det vil også si at de heller ikke hadde noen andre ergoterapeuter å dele oppgavene med.

I fokusgruppene kom det fram at noen av deltakerne så på seg selv som brannslukkere. Denne rollen ble beskrevet som preget av tilfeldigheter, mangel på planlegging og prioritering, og at de ble involvert relativt sent i tiltaksprosesser (26). Ergoterapeuter fra små kommuner identifiserte seg ofte med en slik rolle, da de i mange tilfeller var den eneste ergoterapeuten i kommunen, og brannslukking derfor var den eneste løsningen. Brannslukkerne beskrev at tid var en begrensning. I tillegg møtte de utfordringer som lange ventelister og dårlig samvittighet over ikke å rekke over alt de skulle ønske (26). Å prioritere og sette grenser for hva de engasjerte seg i, var utfordrende, i tillegg til å skulle følge opp henvisninger fra spesialisthelsetjenesten. Spesifikt ble det understreket et behov for mer kompetanse og bedre tid knyttet til personer med kognitive utfordringer (26), som tidligere studier også har vist (7, 10, 13, 14). At kommuneergoterapeuter mangler kompetanse og

ser et behov for å utvikle denne, har kommet fram i tidligere studier (7, 10, 13, 14, 20).

Den generiske posisjonen ble diskutert i fokus-gruppeintervjuene og ble beskrevet både som en utfordring og en fallgrube, men deltakerne framhevet også denne posisjonens styrke (27). Styrken viser til at ergoterapeuter er dyktige til å jobbe i tverrfaglige team. En fallgrube kan det derimot være dersom man blir sett på som lik de andre på laget og med den samme kompetansen. En fallgrube for ergoterapeuter i den generiske posisjonen kan også være at de i mindre grad får muligheter til å utvikle egne fagspesifikke kompetanser. En generisk posisjon kan føre til at man blir usikker på hvordan man kan definere sin unike posisjon i et tverrfaglig team. Usikkerheten kan påvirke brukerne dersom ergoterapeutene er uklare med tanke på hvordan de definerer sine roller og hvilket ansvar de har (34). Ergoterapeuter må være klar over sin rolle i tverrfaglige team, og myten om at man må være like i slike team, begrenser verdien av forskjellene. Team som verdsetter forskjeller, vil kunne utvikle effektive samarbeidsforhold med klientsentrerte tilnærminger (35). Det kan imidlertid være lett å føle et behov for å passe inn i resten av teamet når man kanskje jobber som den eneste ergoterapeuten i kommunen. Det er likevel en grunn til at tverrfaglige team består av ulike faggrupper. Ergoterapeuter burde heller styrkes i sin yrkesidentitet for å kunne komme med sitt unike bidrag enn å gå inn i en rolle hvor man gjør det samme som de andre.

Norge er geografisk et stort land med mange kommuner. Med kommunereformen i 2020 har vi nå 356 kommuner, som sammen har ansvar for å tilby gode og likeverdige tjenester (36). Det er imidlertid fremdeles kommuner som ikke har ergoterapeuter ansatt, i tillegg til at mange kommuner har ergoterapeuter i små stillinger. Så mange som 33 prosent av deltakerne i spørreundersøkelsen var som sagt ikke samlokalisert med andre ergoterapeuter. Dette gjør at den ergoterapifaglige hverdagen kan bli ganske ensom. Ergoterapiforbundet igangsatte høsten 2019 et nettbasert kurs for kommuneergoterapeuter, hvor deltakerne ble delt inn i refleksjonsgrupper hvor hensikten var å diskutere og koble temaer fra forelesningene opp mot sin egen praksis (37). Å bygge slike nettverk på tvers av kommuner kan være en strategi for at ergoterapeuter som jobber alene som ergoterapeut i sin kommune, kan delta i faglig utvikling sammen med andre ergoterapeuter og på den måten få støtte til å utvikle sin faglige identitet.

BEHOV FOR INNOVASJON OG FAGUTVIKLING

I spørreundersøkelsen kom det fram at 44 prosent av deltakerne var engasjert i forskning og fagutviklingsprosjekter. Av dem som ikke deltok i slike prosjekter, ønsket 70 prosent å få muligheten til det (22). Det kom også fram at deltakere som var med i slike prosjekter, opplevde en større grad av påvirkning på hvilke mål som skulle styre virksomheten som de var en del av (25). I fokusgruppeintervjuene kom det fram at rollen som inkluderte å være med på å utvikle tjenestene i nye og mer effektive retninger, ble betegnet som en «innovatør», og dette var en rolle mange av deltakerne identifiserte seg med (26). Å utvikle en følelse av egenverd eller selvtillit kan knyttes til utvikling av kompetanse. Gjennom trening, hardt arbeid og å ta sjanser kan man oppnå økt kompetanse (38). Å delta i faglig utvikling kan gjøre ergoterapeuter i stand til å nå sine mål om økt kompetanse både i arbeid med personer med kognitive utfordringer, som de spesifikt uttrykte et behov for (26), men også med tanke på andre problemstillinger som de jobber med. I tillegg vil ergoterapeuters deltakelse i forskning og utviklingsprosjekter føre til viktige bidrag for samfunnet og helsetjenestene.

Kunnskap kan knyttes til begrepet makt, og forskning viser at personer som opplever kontroll over egne arbeidsoppgaver, opplever mer jobbtilfredshet, har mindre sjanse for å bli utbrente og produserer bedre pasientresultater (39-41). På den andre siden kan personer som opplever at de er maktesløse overfor sine arbeidsoppgaver, også være kontrollert av andre og ikke være i stand til å utnytte sitt fulle potensial og benytte sine kompetanser og ferdigheter (42). Med tanke på Samhandlingsreformens forventning om at kommunene skal ta ansvar for en del arbeidsoppgaver de tidligere ikke har hatt tradisjon for, vil det være naturlig å tenke at kommuneergoterapeuter så vel som kommunene på en generell basis jobber med kompetanseutvikling i årene som kommer. Dette vil igjen kunne virke inn på rollene som generalister versus spesialister, som deltakerne tok opp i fokusgruppeintervjuene.

KONKLUSJON

Funnene i studiene illustrerer styrker og utfordringer ergoterapeutene har i sin praksis. Kommuneergoterapeuter har ulike arbeidsforhold, fra den som arbeider i en halv stilling i en kommune, til de som arbeider i store team i byene. Uavhengig av arbeidsforhold trenger vi å utfordre den generiske posisjonen ergoterapeuter opplever at de noen ganger

har, slik at ergoterapeuter er bevisste sin kjernekompetanse for å kunne promotere faget og utvikle yrkesrollen. Funnene i prosjektet så langt tilsier at flere eksterne faktorer, som nasjonale helsereformer, geografi, ulik befolkningssammensetning og forventninger fra spesielt ledere, utfordrer kommuneergoterapeuter til å utvikle sin profesjonelle rolle. Samhandlingsreformen understreker at en framtidig kommunerolle vil kreve en tydeligere politikktutforming med hensyn til innhold, fagutvikling/kvalitet, kompetanse, utdanning og forskning. Med utgangspunkt i resultatene fra studiene som er presentert i denne artikkelen, vet vi mer nå enn før om arbeidsvilkårene og praksisen til norske kommuneergoterapeuter. Likevel reises nye spørsmål. Det vil bli spennende å se hvorvidt en utvikling av kommunerollen og at ergoterapi ble en lovpålagt tjeneste, i tillegg til forskningsresultatene, vil føre til en endring i selvforståelse og yrkesidentitet for kommuneergoterapeuter. Hvorvidt det vil dannes flere og mer robuste ergoterapifaglige miljøer og nettverk, og om disse vil ha betydning for utøvelsen av faget, er også interessant å følge med på. En planlagt oppfølgingsstudie i 2022 vil sikte mot å etablere mer kunnskap om ergoterapeuters rolle og praksis i tillegg til flere av spørsmålene som har blitt belyst i denne artikkelen. Vi håper at så mange kommuneergoterapeuter som mulig vil ønske å ta del i denne.

Referanser

1. Meld. St. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. [Coordination Reform. The right treatment – at the right place – at the right time]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2008.
2. Christiansen C, Heartl K. A Contextual History of Occupational Therapy. In: Boyt Schell BA, Gillen G, editors. Willard & Spackman's Occupational Therapy. 13 ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019. p. 11-42.
3. Tuntland H. Ergoterapeuters yrkesutøvelse og rolleutvidelse i kommunehelsetjenesten [Occupational therapists' professional practice and role expansion in municipal health services] [Master thesis]. Oslo: Universitetet i Oslo; 1998.
4. Helse- og sosialtjenesten i lokalsamfunnet. Nyhus P, editor. Oslo: Universitetsforlaget; 1979. 262 s. ill. 4° p.
5. Aas RW, Grotle M. Clients using community occupational therapy services: Sociodemographic factors and the occurrence of diseases and disabilities. *Scand J Occup Ther*. 2007;14(3):150-9.
6. Barnes MP, Radermacher H. Neurological Rehabilitation in the Community. *J Rehab Med*. 2001;33(6):244-8.
7. Stigen L, Bjørk E, Lund A. The conflicted practice: Municipal occupational therapists' experiences with assessment of clients with cognitive impairments. *Scand J Occup Ther*. 2019;26(4):261-72.
8. Meld. St. 30. En innovativ offentlig sektor. Kultur, ledelse og kompetanse [An innovative public sector. Culture, management and competence]. In: Moderniseringsdepartementet DKK-o, editor. Oslo: Det Kongelige kommunal- og moderniseringsdepartementet; 2019-2020.
9. SSB Scb. Norwegian occupational therapists 2019 [Available from: <https://www.ssb.no/statbank/table/12191/>].
10. Stigen L, Bjørk E, Lund A, Småstuen M. Assessment of clients with cognitive impairments: A survey of Norwegian occupational therapists in municipal practice. *Scand J Occup Ther*. 2018;25(2):88-98.
11. SSB Scb. 12191: Kommunehelse – supplerende grunnlagstall og nøkkeltall, etter region, statistikkvariabel og år. 2020.
12. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) [Law on municipal health- and caringservices (health- and caring services law)], (2011).
13. Stigen L, Bjørk E, Lund A. The power of observation. Occupational therapists' experiences of doing observations when assessing people with cognitive impairments. *Scand J Occup Ther* Under review. 2020.
14. Gramstad A, Nilsen R. Prioriterte områder for forskning blant kommuneergoterapeuter i Norge. [Prioritized topics for research amongst Norwegian occupational therapists]. *Ergoterapeuten*. 2017(3):36-45.
15. Gramstad A, Nilsen R. "Vi blir ikke brukt godt nok" Kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper ["We are not used well enough" Municipal occupational therapists experiences with challenges in their work with clients and other professionals]. *Ergoterapeuten*. 2016(4):30-9. Norwegian.
16. Donnelly C, Brenchley C, Crawford C, Letts L. The integration of occupational therapy into primary care: a multiple case study design. *BMC Family Practice*. 2013;14(60):60.
17. Muir S. Occupational Therapy in Primary Health Care: We Should Be There. *Am J Occup Ther*. 2012;66(5):506-10.
18. Jacobs K. Marketing Occupational Therapy. *Am J Occup Ther*. 1987;41(5):315-20.
19. Jacobs K. Innovation to Action: Marketing Occupational Therapy. *Am J Occup Ther*. 1998;52(8):618-20.
20. Stigen L. A multifaceted practice? An investigation of methods used among occupational therapists in municipal services when assessing persons with cognitive impairments [PhD thesis]. Oslo: OsloMet Oslo Metropolitan University; 2018.
21. Lindøe P, Mikkelsen A, Olsen O-E. Fallgruver i følgforskning. *Tidsskrift for Samfunnsforskning*. 2002;43(2):191-217.
22. Bonsaksen T, Dolva A-S, Hagby C, Sveen U, Høghagen S, Thyne EM, et al. Involvement in Research and Development Projects Among Community-working Occupational Therapists in Norway. *Occup Ther Health Care*. 2018;1-15.
23. Bonsaksen T, Dolva A-S, Høghagen S, Sveen U, Hagby C, Arntzen C. Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a Norwegian survey. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2020;27(1):39-46.
24. Bonsaksen T, Dolva A, Høghagen S, Sveen U, Hagby C, Arntzen C. Community-Working Occupational Therapists Serving as Fieldwork Supervisors: Characteristics and Associated Factors. *The Open Journal of Occupational Therapy*. 2019;3(7):1-8.

25. Bonsaksen T, Sveen U, Dolva A-S, Horghagen S, Thyness EM, Hagby C, et al. Perceived Influence on Service Goals Among Community-Working Occupational Therapists in Norway. *J Prim Care & Com Health*. 2018;9:2150132718813491.
26. Arntzen C, Sveen U, Hagby C, Bonsaksen T, Dolva A-S, Horghagen S. Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities. *Scand J Occup Ther*. 2019;1-11.
27. Horghagen S, Bonsaksen T, Sveen U, Dolva A-S, Arntzen C. Generalist, specialist and generic positions experienced by occupational therapists in Norwegian municipalities. *Irish J Occup Ther*. 2020;48(2):133-46.
28. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring. Oslo: Universitetsforlaget; 2011.
29. Aveyard H. Doing a Literature Review in Health and Social Care. A practical guide. 3 ed. Berkshire: Open University Press; 2014.
30. Fleming MH, Mattingly C. The Underground Practice. In: Mattingly C, Fleming MH, editors. *Clinical Reasoning Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1994.
31. Fortune T. Occupational therapists: Is our therapy truly occupational or are we merely filling the gaps? *Br J Occup Ther*. 2000;63(5):225-30.
32. Crepeau EB, Schell BAB, Gillen G, Scaffa ME. Analyzing Occupation and Activity. In: Schell BAB, Gillen G, Scaffa ME, editors. *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. 12 ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p. 234-48.
33. Hasselkus BR. Meaning in Everyday Occupation. In: Hasselkus BR, editor. *The Meaning of Everyday Occupation*. 2 ed. Thorofare, NJ: SLACK Incorporated; 2011.
34. Fox V. Professional Roles in Community Mental Health Practice: Generalist Versus Specialist. *Occupational Therapy in Mental Health*. 2013;29(1):3-9.
35. Fossey E. Effective interdisciplinary teamwork: an occupational therapy perspective. *Australasian Psychiatry*. 2001;9(3):232-5.
36. Regjeringen. Kommunereform 2020 [Available from: <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/id751048/>]
37. Ergoterapeutene. Deltagelse og mestring for eldre 2019 [Available from: <https://ergoterapeutene.org/nettkurseldre/>]
38. Clark FA. Power and confidence in professions: lessons for occupational therapy. *Can J Occup Ther*. 2010;77(5):264-9.
39. Leiter M, Laschinger H. Relationships of Work and Practice Environment to Professional Burnout 2006. 137-46 p.
40. Laschinger HK, Havens DS. Staff nurse work empowerment and perceived control over nursing practice, Conditions for work effectiveness. *J Nurs Adm*. 1996;26(9):27-35.
41. Manojlovich M, DeCicco B. Healthy work environments, nurse-physician communication, and patients' outcomes. *Am J Crit Care*. 2007;16(6):536-43.
42. Nancarrow SA, Borthwick AM. Dynamic professional boundaries in the healthcare workforce. *Sociol Health Illn*. 2005;27(7):897-919.

Kunsten
er samspillet mellom
bruken av riktig tilbehør
og individuell tilpasning
for å oppnå best mulig
funksjonalitet.

medemagruppen

MC 1124 Low Rider - Godkjent for bruk i bil og på kontrakt med Nav.
For mer informasjon gå til www.medema.no eller ring oss på 67 06 49 00.

«Det var en jo en voldsom åpenbaring»

– En studie av nettbrettbruk i hverdagslivet til Omsorg+-beboere

Av Anne Myhre Sølvberg & Anne Lund



Anne Myhre Sølvberg har mastergrad i ergoterapi fra OsloMet. Hun er universitetslektor ved NTNU, Institutt for helsevitenskap, Gjøvik. E-post: anne.solvsberg@ntnu.no



Anne Lund er professor i ergoterapi ved OsloMet, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag.

Abstract

«Det var en jo en voldsom åpenbaring» – En studie av nettbrettbruk i hverdagslivet til Omsorg+-beboere

Background: Assistive technology is increasingly promoted to provide older adults the opportunity to live independently, to preserve quality of life and coping in everyday life. There is a further need to understand how computer tablets are used in everyday life.

Aim: To explore how four residents (67+) living in an assisted living facility experienced using computer tablets and its user interface.

Methods: Observation combined with a think-aloud approach were used to investigate the participants' thoughts, feelings and decisions while performing self-chosen occupations on their own computer tablets.

Analysis: The audio and video recordings were analyzed using systematic text condensation and videography. The concept «transition» was used to interpret the findings related to the participants' use of computer tablets.

Results: The use of computer tablets can be understood as transition, as the participants started to perform familiar occupations in new ways by using technology and maintained belonging to family and friends. Through developing coping strategies toward experienced barriers, the participants created successful transition.

Conclusion: Older adults can gain successful transitions through using computer tablets and developing strategies to meet barriers for use in everyday life. Occupational therapists should address these aspects in assistive technology interventions with older adults.

Keywords: older adults, computer tablet, successful transition

Manuset ble mottatt 05.08.2020

og godkjent 15.02.2021.

Forfatterne har ingen interessekonflikter.

Introduksjon

De kommende tiårene vil andelen eldre i befolkningen øke (1). Norske helse- og sosialpolitiske føringer vektlegger tilrettelegging for at eldre som ønsker det, kan bo i eget hjem og mestre hverdagslivet (2). Omsorg+ er kommunale omsorgsboliger for personer over 67 år med langvarig nedsatt funksjonsevne som kan bo selvstendig i en tilrettelagt leilighet (3). Tjenesten er samlokalisert med kafeteria og aktivitetssenter som er åpen for alle, døgnbemannet resepsjon med husvert og tilbud om gratis langtidslån av nettbrett. Nettbrett er en bærbar datamaskin, større enn en mobiltelefon, utstyrt med berørings-skjerm, kameraer og mikrofoner (4). Nettbrett kan ses på som velferdsteknologi, også omtalt som «hverdagsteknologi», hvor hensikten er å bidra til deltakelse i hverdagsaktiviteter og til å kunne bo lenger hjemme (5, 6). Ergoterapeuter har kompetanse om bruk av velferdsteknologi for å fremme aktivitet og deltakelse for alle (7).

Samfunnets infrastruktur digitaliseres i stadig større grad og setter krav til at befolkningen skal tilegne seg informasjon og tjenester via teknologiske løsninger, som eksempelvis velferdsteknologi (8). Norske myndigheter ønsker at eldre tar i bruk ny teknologi som kan bidra til mestring, aktivitet og deltakelse (9). Mange eldre opplever imidlertid at de av ulike grunner ikke klarer å henge med i den teknologiske utviklingen, og det skapes derfor et skille mellom dem som tar i bruk ny teknologi og dem som ikke gjør det (10). Skillet, som på engelsk kalles «digital divide», kan hindre deltakelse på viktige samfunnsarenaer (10, 11), noe som kan gi negative konsekvenser for helse, trivsel og aktivitet (12). Det er derfor viktig å forsøke å redusere dette digitale skillet (13, 14).

OVERGANGER I LIVET

Overganger i livet kan være hendelser som skaper et skille i menneskers liv ved at de gir endringer i blant annet hverdagsaktiviteter og sosiale relasjoner (15-17). Overganger kan både være positive eller negative, ventede eller uventede, og kan skape emosjonelle reaksjoner (16, 18). Overganger kan forstås som prosesser som kan endre betydningen av kjente aktiviteter, hvordan de gjøres, og hvordan vi oppfatter oss selv (16), og kan skape en diskontinuitet i livsløpet (17). I denne studien forstår vi det å få tildelt nettbrett som en uventet overgang, og vi ønsker å undersøke noen beboere i Omsorg+ og deres bruk av nettbrett.

Ergoterapeuter oppfordres til å fokusere på

hvordan brukere anvender teknologi i hverdagslivets aktiviteter (19, 20). Det viser seg at eldre, både med og uten kognitiv svikt, kan ha nytte og glede av nettbrett i hverdagen (4). Det er behov for mer kunnskap om hva som kan bidra til at aleneboende eldre tar i bruk nettbrett i hverdagen (21), samt hvordan nettbrett kan brukes som støtte for at eldre skal kunne delta i meningsfulle aktiviteter (20). Det finnes kun begrenset kunnskap om eldre i Omsorg+ og bruk av nettbrett, foruten studiene til Woll (22) og Fjeldberg og Lund (23).

Hensikten med denne studien er å undersøke hvordan noen beboere i én Omsorg+ bruker nettbrett i hverdagen. Forskningsspørsmålene er: *Hvilke erfaringer har fire beboere med bruk av nettbrett i hverdagslivet? Hvordan kan brukergrensesnittet hemme eller fremme bruken av nettbrett?*

Metode

OBSERVASJON MED «TENKE-HØYT-TILNÆRMING»

Observasjon (24) ble brukt for å undersøke hvordan beboerne, heretter kalt deltakerne, brukte nettbrett. Ifølge Hocking gir observasjon mulighet til å få innsikt i ulike sider ved meningsfulle aktiviteter, som hvor og hvordan aktiviteter gjøres og hvilke krav de stiller til personen og omgivelsene (24). For å få innsikt i hva deltakerne erfarte og hvordan de reflekterte mens de brukte nettbrettet, ble observasjon kombinert med «tenke høyt-tilnærming» (på engelsk kalt «think-aloud»).

«Tenke høyt-tilnærming» beskrives som en unik måte å få innblikk i menneskers tankeprosesser på, og deltakerne ble bedt om å fortelle høyt hva de tenkte mens de utførte aktiviteter på nettbrettet (25). Deltakerne ble bedt om å velge et par aktiviteter de gjorde regelmessig, eller som de synes var utfordrende, eksempelvis lese nettavis eller ringe et familiemedlem via en kommunikasjonsplattform på nett.

For å forstå komplekse sider ved aktivitet oppfordres det til bruk av video i forskning (26). Da studien både søkte deltakernes beskrivelser, å forstå hvordan de brukte nettbrettet, og hvordan de erfarte brukergrensesnittet, ble deltakernes hender mot nettbrettet filmet, samtidig som videoopptaket registrerte det de sa. Brukergrensesnittet er den delen av teknologien brukeren interagerer med (27).

REKRUTTERING AV DELTAKERE

Deltakerne i studien ble rekruttert gjennom et større prosjekt, Assisted Living Project (28). Inklusjonskri-

Navn	Alder	Hvor lenge hatt nettbrett	Utdanning	Tidligere erfaringer med teknologi	Hvor ofte nettbrettet brukes
Agate	80-årene	1,5 år	Høgskole /universitet	Noe erfaring med PC fra jobben, mobil	Daglig
Bodil	80-årene	7 år	Realskole/grunnskole	Mobil	Månedlig
Clara	80-årene	4 år	Realskole/grunnskole	Smarttelefon	Daglig
David	70-årene	5 år	Høgskole/universitet	PC privat og i jobben, mobil	Daglig

Tabell 1: Beskrivelse av deltakerne.

teriene var at de måtte være over 67 år, beboere i en Omsorg+ i en kommune i Norge, samtykkekompetente og brukere av nettbrett. Andreforfatter kontaktet husverten i Omsorg+, som hadde god kjennskap til beboerne, og som forespurte og formidlet et informasjonsskriv om studien til aktuelle deltakere ut ifra inklusjonskriteriene. De beboerne som samtykket til å delta, ble kontaktet direkte av førsteforfatter. Alle beboerne hadde enten nedsatt fysisk, psykisk eller sosial funksjonsevne. I tillegg bor de i Omsorg+ over mange år hvor funksjonsevnen er i fare for å endres. Vi rekrutterte derfor gjennom husvert, som er fagperson og i stand til å vurdere samtykkekompetanse.

Fem deltakere ønsket å være med, men én trakk seg av personlige årsaker før datainnsamlingen ble gjennomført. Fire deltakere ble inkludert i studien (tabell 1). Fysisk og kognitiv funksjon ble ikke kartlagt, men flere av deltakerne brukte rullator ved forflytning. Alle deltakerne bodde alene i selvstendige boenheter.

DATAINNSAMLING

Førsteforfatter gjennomførte datainnsamlingen i deltakernes eget hjem eller annet sted deltakerne valgte. To av deltakerne ønsket å gjennomføre aktiviteten i kaféområdet tilknyttet Omsorg+. Det ble gitt mulighet for at deltakerne kunne ha pårørende til stede under datainnsamlingen, noe ingen av dem ønsket. Aktivitetene som ble observert, varte mellom 14 og 77 minutter og ble strukturert av et observasjonsnotat med blant annet spørsmål for å bli kjent, samt instruksjoner som:

- Jeg ønsker at du nå setter deg der du pleier å sitte når du bruker nettbrettet.
- Kan du velge ut et par aktiviteter du pleier å bruke nettbrettet til, som du kan gjøre mens jeg ser på?
- Mens du bruker nettbrettet nå, ønsker jeg at du hele tiden forteller høyt hva du gjør, tenker, føler og forklarer hvorfor du velger å gjøre slik du gjør. Ettersom dette var uvant for mange, ble deltakerne

gitt mulighet til å prøve ut metoden før observasjonen startet (25). Ingen av deltakerne benyttet seg av dette. Datainnsamlingen bidro til både visuelle og auditive data. Videokameraet ble plassert bak eller ved siden av deltakerne.

ETIKK

Studien er tilknyttet Assisted Living-prosjektet (ALP) ved OsloMet – storbyuniversitetet. ALP er vurdert av Norsk senter for samfunnsdata (NSD) med prosjektnummer 47996. En endringsmelding ble sendt NSD høsten 2018 for å opplyse om at masterstudien ville omfatte innsamling av deltakernes erfaringer ved bruk av nettbrett og filming av deltakernes hender. Endringsmeldingen ble godkjent av NSD 12.11.18.

For å gi deltakerne tid til å vurdere om de ønsket å delta, fikk de i forkant av datainnsamlingen muntlig og skriftlig informasjon om studiens formål, hva deltakelsen ville innebære, og at de når som helst kunne trekke seg fra studien uten begrunnelse. Informert skriftlig samtykke ble innhentet før datainnsamlingen startet av førsteforfatter. Personer og steder ble gitt fiktive navn for anonymisering. For å ivareta personvern ble deltakernes bruk av nettbank ikke inkludert i observasjonen.

ANALYSEPROSESS

Både det auditive og det visuelle datamaterialet i videoopptakene ble transkribert av førsteforfatter. Deltakernes uttalelser ble skrevet ned ordrett, med hørbare nonverbale uttrykk som eksempelvis latter og sukking (29). Deretter ble deltakernes handlinger på nettbrettet beskrevet så detaljert som mulig, slik at hver handling ble beskrevet i den rekkefølgen de ble utført (30). Første- og andreforfatter diskuterte kontinuerlig gjennom hele analyseprosessen.

Videre i analyseprosessen ble en induktiv tilnærming til det transkriberte *auditive materialet* benyttet med utgangspunkt i systematisk tekstkon-

Deltaker	Foreløpig tema	Kode	Kondensert meningsenhet	Endret navn på kode	Rekontekstualisering
Bodil	Hva bruker de nettbrettet til?	Aktivitet	Det som er viktig for meg, er at jeg får betalt regningene mine. Det har jo blitt helt annerledes nå enn det var før. Før kunne en betale regninger med brevgiro, men nå er alt på data, og da må en lære seg det.	Endringer i hvordan de utfører aktiviteter	Flere av deltakerne beskriver aktivitetene de gjør nå som en fortsettelse av det de har gjort tidligere i livet

Tabell 2: Utdrag fra analysen av det auditive materialet.

Tema	Undertema
Fra skepsis til glede	Nettbrett til nytte og fornøyelse
Å gjøre kjente aktiviteter på nye måter	Et ønske om å lære mer
Nettbrett for å opprettholde tilhørighet	Tilhørighet til samfunnet Tilhørighet til venner og familie
Hva hemmer og fremmer bruk av nettbrett?	
Strategier for å fremme bruk av nettbrett	Berøring av skjermen Å tilpasse skjermen Betydningen av å få mulighet til å spørre om hjelp

Tabell 3: Oversikt over temaer og undertemaer framkommet i analysen av det transkriberte auditive og visuelle materialet.

densering (31). Hvert opptak ble lyttet til, og første-forfatter skrev ned førsteinntrykket før foreløpige temaer ble utviklet i en diskusjon mellom første- og andreforfatter. Eksempler på foreløpige temaer var «Hva bruker de nettbrettet til?» og «Å holde seg oppdatert» (tabell 2). Meningsenheter fra hver av deltakerne ble plassert inn i de foreløpige temaene. Arbeidet førte til sju ulike koder, eksempelvis «aktivitet», «læring» og «opplevelse av mestring». I neste steg ble meningsenhetene i hver kode kondensert. Deretter ble kondensatene sortert i undergrupper under hver av kodene som var identifisert tidligere. Flere av kodene endret navn og nye kom til, eksempelvis «strategi for å mestre» og «endringer i hvordan de utfører aktiviteter». Deretter ble dataene rekontekstualisert for å sikre at kondensatene reflekterte den opprinnelige sammenhengen. Dette arbeidet innebar å skrive om kondensatene under hver kode til en syntese, eller en fortelling, for å få fram innhold og mening (31).

Deretter ble det *visuelle materialet* analysert med utgangspunkt i videografi (30). Femten sekvenser som var interessante for forskningsspørsmålet, ble valgt ut og deretter kodet i en innholdslogg. Sekvenser er handlinger organisert i den rekkefølgen de ble gjennomført (30). Deretter ble det gjennomført sekvensanalyse av hver sekvens, som innebar en detaljert rekonstruksjon av handlingsrekkefølgen med beskrivelser av hva deltakerne gjorde. Handlingene ble så fortolket for å forstå konteksten og deltakernes

utførelse på nettbrettene. Etter sekvensanalysene ble sekvensene forsøkt sammenlignet med hverandre (30). Det ble vektlagt å gjøre kvalitative beskrivelser av det deltakerne sa og gjorde, ved bruk av hverdagslig språk, for å holde resultatene tett opp til det innsamlede datamaterialet (32).

På bakgrunn av analysen av *det auditive materialet* ble kodene bearbeidet til fire temaer, som videre dannet grunnlag for resultatenes inndeling (tabell 3). Et femte tema, «strategier for å fremme bruk av nettbrett», kom til i analysen av *det visuelle materialet*, i tillegg til sider ved brukergrensesnittet deltakerne erfarte som fremmende og hemmende for bruken.

Underveis i analyseprosessen ble det vurdert som hensiktsmessig å anvende deduktiv analyse, hvor funnene ble sett i lys av aktivitetsvitenskap, med fokus på overganger, som teoretisk rammeverk (33). Å kombinere induktive og deduktive analyser på denne måten kalles abduktiv tilnærming til analyse og brukes for å forstå hvordan brukerne brukte nettbrettet (33).

Resultat

Resultatene presenteres med eksempler ut fra temaene nevnt i tabell 3.

FRA SKEPSIS TIL GLEDE

Deltakerne fortalte at de først hadde vært skeptiske og avvisende til å prøve nettbrett, men at de etter

hvert erfarte glede og nytte. Clara fortalte at da husverten hadde informert om at hun kunne få låne nettbrett, hadde hun sagt: «du må ikke tenke på meg, ... for det klarer jeg overhodet ikke». Hun hadde ikke selv trodd hukommelsen var god nok, men husverten fikk likevel overtalt henne til å prøve. Etter å ha prøvd nettbrett endret hun mening: «i grunnen [pause] så synes jeg det var akkurat noe for meg», «Det var det som var rart, at det gikk så fint! [Jeg] lærte det jo veldig fort!». Agate hadde også hatt liten tro på at hun kom til å lære å bruke nettbrettet, men hadde likevel takket ja til å prøve, da både husverten og en bekjent hadde støttet henne i at hun ville få det til. Hun fortalte hva hun hadde tenkt da den bekjente viste henne hvordan hun kunne søke i Google: «jeg synes det [var] spennende... også synes jeg det [var] litt moro. Morø ja, for... jeg tenkte: i all verden, har jeg greid dette!». Hun uttrykte videre: «...det var jo en voldsom åpenbaring».

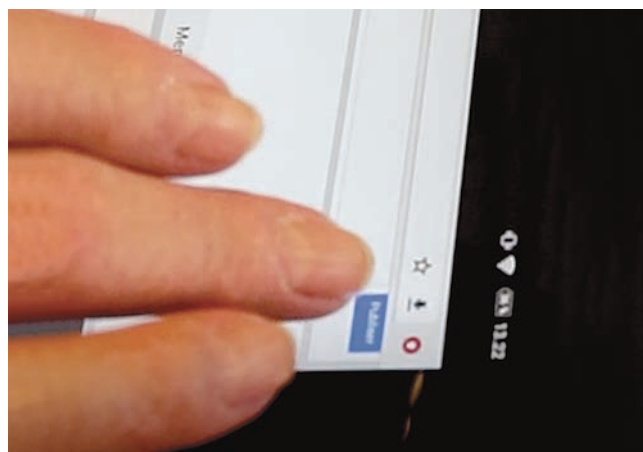
Selv om deltakerne var positive til bruk av nettbrett, oppga enkelte at de var usikre på hvilke konsekvenser bruken kunne få. Agate uttrykte usikkerhet rundt hvilke opplysninger hun ville få om andre og andre ville få om henne. Clara fortalte at hun var engstelig for å gjøre feil i nettbanken, og at sønnen derfor så over regelmessig. Observasjonene viste også at det var mye deltakerne ikke kunne eller behøvde hjelp til, men at de til tross for dette uttrykte glede over å bruke nettbrettet.

Nettbrett til nytte og fornøyelse

Deltakerne beskrev mange aktiviteter de brukte nettbrettet til i hverdagen, eksempelvis å bestille matvarer, holde seg oppdatert på moter og lytte til musikk. David søkte opp biler og hytter på internett og la til: «det er mest for moro». Clara brukte nettbrettet før hun skulle kjøpe noe, ved å gå inn på butikkens nettside og se på utvalget før hun dro i butikken. Hun la til: «Jeg bruker'n til veldig mye da».

Å GJØRE KJENTE AKTIVITETER PÅ NYE MÅTER

Deltakerne beskrev at aktivitetene som var meningsfulle å gjøre på nettbrettet, ofte hadde vært meningsfulle tidligere også, uten bruk av nettbrett. Eksempelvis fortalte de at avislesing var viktig for å holde seg oppdatert, og at de før leste papirutgavene, men at de nå leste på nettbrettet. Betaling av regninger var viktig for flere av dem. Tidligere måtte de oppsøke en bankfilial eller bruke brevgiro, men nå ytes banktjenester nesten utelukkende gjennom nettbank. Bodil beskrev overgangen til nettbank slik:



Figur 1. Den blå knappen ble erfart som liten og vanskelig å treffe.

«Det har jo blitt helt annerledes nå enn det det var før vet du, da du bare kunne sende det inn. Nå er alt på data, så jeg måtte lære meg det».

Et ønske om å lære mer

Flere av deltakerne erfarte at de ikke kunne nok om bruk av nettbrett, for som Bodil sa: «Jeg er ikke så flink». Flere av deltakerne ønsket derfor å lære mer, noe som kom til uttrykk i utsagn som: «Men det får jeg vel lære meg etter hvert». Agate ønsket å lære mer fordi hun synes nettbrettet var morsomt å bruke.

Ønsket om å lære ble også knyttet til aktiviteter deltakerne håpet de kunne gjøre på nettbrettet. Bodil fortalte at hun ønsket å kunne skrive meldinger og kommentarer til bekjente på Facebook, ikke bare se bilder og lese det andre la ut.

Flere av deltakerne hadde yngre familiemedlemmer de lærte av, og både Agate og Clara fortalte at de lærte nye funksjoner på nettbrettet av sønnene sine. Begge hadde også barnebarn som villig lærte bort. Clara fortalte at om det var noe hun ikke forsto, sa barnebarna: «Vi kan lære deg det vi bestemor».

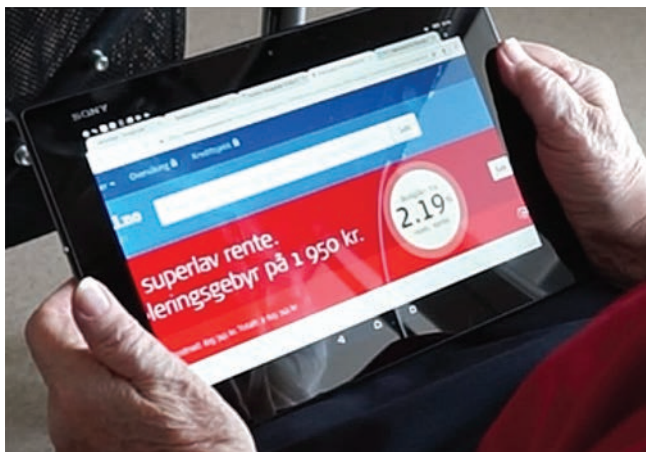
NETTBRETT FOR Å OPPRETTHOLDE TILHØRIGHET

Tilhørighet til samfunnet

Deltakerne erfarte at nettbrettet ga dem mulighet til å følge med på det som skjedde i samfunnet. Flere av dem fulgte med på nyhetene nasjonalt og internasjonalt gjennom å lese aviser på nett. Clara fulgte med på lokalavisen fra tidligere bosted på nett. Slik fikk hun med seg om bekjente skulle selge huset eller hadde gått bort, for som David sa: «Det er jo kommunikasjonen med omverdenen».

Tilhørighet til venner og familie

Sosiale medier ga deltakerne blant annet mulighet



Figur 2. Mye reklame fylte skjermen ved søk på internett.

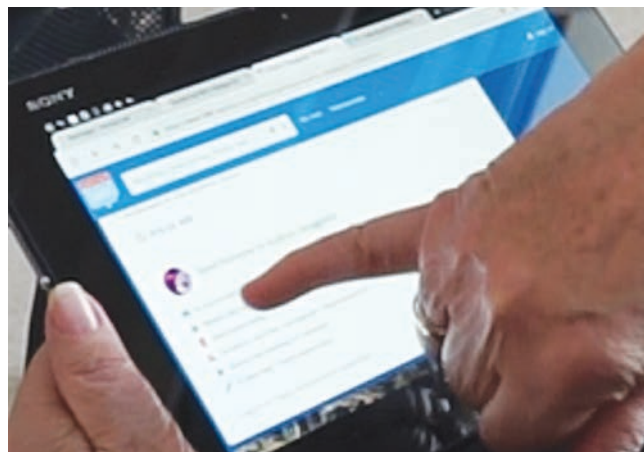
til å kunne følge med på hva venner og familie la ut av bilder og kommentarer. Bodil fortalte at hun hadde mange venner på Facebook. Mens hun viste hvordan hun brukte Facebook, så hun stadig bilder av familie, venner og tidligere kollegaer og fortalte om tilhørigheten til dem: «Der er sønnen min...» og «Hun er datteren til min eldste bror». Hun fortalte at hun også fulgte med på bilder og kommentarer barnebarnet i Australia la ut.

HVA HEMMER OG FREMMER BRUK AV NETTBRETT?

Observasjonene viste at deltakerne ofte trykte utenfor når knapper eller lenker hadde liten størrelse, og de måtte da trykke flere ganger for å igangsette funksjonen (figur 1). Motsatt erfarte flere av dem at store knapper gjorde at de klarte å trykke der de ønsket. Observasjonene viste at deltakerne navigerte raskt mellom ulike funksjoner, og de fant fram i en app med få funksjoner og store knapper. Flere deltakere beskrev at de opplevde nettbrettet som enkelt å bruke, da de raskt fant fram til det de skulle bruke det til.

Internettsider med mye informasjon kan gi utfordringer med å bruke dem. Agate demonstrerte dette mens hun søkte i Google og en nummeropplysnings-side. Hun hadde blant annet vanskeligheter med å forstå hvor hun skulle trykke for å skrive inn det hun skulle søke på, og ble lett avledet av ulike reklame på nettsidene (figur 2). David søkte også i Google. Han var nok bedre kjent med å søke, og søkte raskt opp det han ønsket.

Observasjonene viste også at det var mange ulike begreper innenfor teknologi som var vanskelige for deltakerne å forstå. Agate oppdaget at det sto «Les melding» på nettbrettet og fortalte at hun kalte SMS på mobilen for melding. Dette gjorde henne forvirret



Figur 3. Agate tilpasset lillefingrens posisjon mot skjermen for å treffe liten lenke.

med tanke på meldingsfunksjonen på nettbrettet. Det var flere begreper hun hadde hørt andre si, som hun ikke forsto, eksempelvis «.no». Hun fortalte at det på tv ofte blir henvist til at en kan lese eller se mer på nettsider som slutter med «.no», men at hun ikke hadde forstått betydningen.

Flere av deltakerne viste også at lange negler hemmet bruken av nettbrettet. Agate erfarte at hun trykte på skjermen uten at noe skjedde, fordi hun kun hadde berørt skjermen med en negl, og ikke fingertuppen. Hun fortalte at hun måtte ha hjelp til å klippe neglene. Clara fortalte at hun hadde fått nettbanken sperret fordi hun hadde skrevet passordet feil tre ganger, da neglene gjorde at hun trykte feil.

STRATEGIER FOR Å FREMME BRUK AV NETTBRETT

Berøring av skjermen

Deltakerne hadde ulike strategier for å trykke på og berøre skjermen. Noen valgte kun å bruke én hånd og én finger, mens andre vekslet. Bodil hadde en nettbrettspenn som var laget for å trykke på berøringsskjermer, som hun brukte der feltet hun skulle trykke på, var lite. Agate valgte hvilken finger hun skulle bruke ut fra størrelsen på feltet hun skulle trykke på: På store felter ble pekefinger benyttet, på små lillefinger. Hun tilpasset også lillefingerens posisjon mot skjermen ved å løfte skulder og overarm, for å treffe en ekstra liten lenke i en lenkeliste (figur 3). Alle demonstrerte at de navigerte oppover og nedover på nettsider ved å scrolle. David viste også at han bladde i e-aviser ved sveiping.

Å tilpasse skjermen

Flere av deltakerne tilpasset skjermen på nettbrettet der dette var nødvendig. Bodil erfarte at lampene

i taket over der hun satt, lagde gjenskinns og skapte utfordringer med å se innholdet. For å redusere gjenskinnet forsøkte hun å legge brilleetui og nøkkelknippe under øvre del av skjermen. David snudde nettbrettet fra horisontalt til vertikalt for å tilpasse brukergrensesnittet på e-aviser slik at innholdet bedre ble tilpasset skjermen og han fikk en bedre leseopplevelse.

Betydningen av å få mulighet til å spørre om hjelp

For å tilegne seg ny kunnskap og løse utfordringer med nettbrettet fortalte flere av deltakerne at de spurte om hjelp fra andre. Bodil fortalte: «hvis det er noe jeg ikke forstår, så forsøker jeg å få dem til å forklare meg det». Husverten og nærmeste familie var dem som oftest ble nevnt, og som hadde betydning for å motta hjelp. Under observasjonene spurte flere av deltakerne førsteforfatteren om hjelp.

Diskusjon

Formålet med studien var å undersøke hvilke erfaringer fire beboere i en Omsorg+ hadde med bruk av nettbrett i hverdagslivet, og hvordan brukergrensesnittet kunne fremme eller hemme bruken av nettbrettet. Deltakerne erfarte glede og nytte ved å bruke nettbrettet og demonstrerte at de brukte det på ulike måter i aktiviteter de opplevde som meningsfulle. Samtidig ønsket de å lære mer. De opplevde tilhørighet til andre, erfarte ulike hemmere og fremmere for bruken og viste ulike strategier i bruken av teknologien.

Resultatet i vår studie demonstrerer at å begynne med nettbrett har medført en langvarig overgang, hvor deltakerne har redefinert hverdagsaktiviteter og egen identitet i samspill med omgivelsene (16, 17, 34), fra å gjøre aktiviteter uten nettbrett til å bruke nettbrett. Det er av betydning å forstå overganger i samspill med omgivelsene (17). For deltakerne er Omsorg+ en stor del av disse omgivelsene, sammen med et økende krav om digitalisering i samfunnet og tilbudet om lån av nettbrett.

Overganger kan være utfordrende og komplekse og innebærer en tilpasning hvor hva den enkelte gjør i overgangsprosessen, og hvordan vi skaper mening i konteksten, har betydning for hvordan overgangen blir (17). Deltakerne har valgt å ta imot tilbudet om nettbrett og gitt det mening ved å innlemme det i hverdagslivets aktiviteter og rutiner.

BRUK AV NETTBRETT I ULIKE AKTIVITETER

Da deltakerne ble introdusert for nettbrettet, hadde

de først uttrykt skepsis, da de ikke trodde de ville få til å bruke det. At eldre er tilbakeholdne til nettbrett i starten, er også funnet i andre studier (21). Skepsisen kan forstås som at å være nettbrettbruker ikke var en del av deltakernes aktivitetsidentitet. Aktivitetsidentitet er nært tilknyttet det vi gjør, og hvordan vi forstår det vi gjør i konteksten av våre relasjoner til andre (35). Overganger kan ha betydning for utvikling, opprettholdelse og endring av menneskers identitet (17, 36). Ut fra denne forståelsen kan det å ta i bruk nettbrettet ha bidratt til at deltakerne endret aktivitetsidentitet. At husverten, familie og andre fortalte at nettbrettet var enkelt å bruke, og at de hadde tro på at deltakerne ville få det til, førte til at de ønsket å prøve, og støttes av Larsen et al. (37). De støttende omgivelsene kan derfor forstås som mestringsstrategier i overgangen og i formingen av aktivitetsidentiteten.

Deltakerne har tatt i bruk nettbrettet i ulike meningsfulle aktiviteter i hverdagen, som eksempelvis til å lese aviser, betale regninger, høre musikk, se bilder og ha kontakt med familie og venner. Lignende funn er også gjort i andre studier (20, 38). «Å gjøre» er essensielt i overganger (36). Gjennom å gjøre, å ha tatt i bruk nettbrettet i meningsfulle aktiviteter, demonstrerte deltakerne at de tok kontroll over livene sine og overgangen (15, 39). De har skapt forandring og kontinuitet i aktiviteter som har vært og er viktige for dem (15, 17). Bodil beskrev at digitaliseringen av banktjenester har ført til at betaling av regninger nå må gjøres på en helt annen måte enn tidligere, og at hun derfor har måttet lære seg å utføre banktjenester ved bruk av nettbrettet. Deltakerne gjorde med andre ord kjente aktiviteter på nye måter i en ny kontekst, som også er beskrevet av andre (23, 40). Å kunne knytte bruken av nettbrettet til meningsfulle aktiviteter kan være en mestringsressurs i overgangen til bruken av den nye teknologien.

Da deltakerne prøvde nettbrettet, erfarte de brukergrensesnittet som enkelt å bruke og lett å lære, og dette er også funnet i lignende studier (13, 20, 21). Dette skapte glede, og sammen med nytteverdien og å kunne bruke det til meningsfulle aktiviteter førte det til at de ønsket å lære mer. Deltakerne uttrykte også at de syntes det var moro å bruke nettbrettet, noe Swan også beskriver (20). Det er imidlertid interessant hvordan de beskrev glede ved å bruke det til tross for at de også opplevde at det var mye de ikke kunne. At deltakerne så positive sider ved nettbrettbruk, var derfor viktig for overgangen (16) og for utviklingen av aktivitets-

identiteten (35). Positive erfaringer kan bidra som mestringsstrategier i overgangen.

Deltakerne har i løpet av de siste årene flyttet til Omsorg+, noe som medførte en endring i kontekst – endring av relasjoner til personer og steder de har bodd gjennom livsløpet. Bruk av nettbrett for å opprettholde tilhørighet og relasjoner og følge med på hva som skjedde lokalt, nasjonalt og internasjonalt var derfor viktige grunner til at deltakerne tok i bruk nettbrettet, og er funnet i lignende studier (20, 23, 37). Deltakernes bruk av nettbrett ble også motivert av et ønske om å skape tilhørighet til familie og bekjente. Hammell beskriver hvordan aktiviteter ofte er motivert av tilhørighet til andre (41) og har betydning i livsløpet (15). Samtidig som sosiale relasjoner er svært viktig for helse og livskvalitet (42), kan opprettholdelse av relasjoner til personer og samfunnet også betraktes som mestringsstrategier for overganger.

Sentralt i vellykkede overganger er mobilisering av mestringsstrategier, noe som også vises i andre studier (16, 17, 36).

ERFARINGER MED BRUKERGRENSESNITT

Da deltakerne brukte nettbrett, demonstrerte de ulike hemmere og fremmere for bruken i denne overgangen. Eksempler på hemmere deltakerne erfarte, og som støttes av annen forskning, er små knapper og liten skrift (21), reklame (43), mye informasjon (44), teknologibegreper (45) og frykt for negative konsekvenser eller for å gjøre feil (20). Lange negler som hemmet bruk av skjermen ble demonstrert av deltakerne, men er ikke funnet beskrevet i andre studier. Fremmere for bruk kan være store knapper, scrolling, nettsider og apper hvor det er lett å finne fram, og er beskrevet av andre (46).

Deltakerne har imidlertid funnet ulike strategier for å håndtere de hemmende faktorene, for eksempel ved å bruke nettbrettpenn, bytte finger ut fra størrelsen på det som skal trykkes på, snu skjermen og spørre om hjelp. Strategiene kan derfor forstås som mestringsstrategier de anvender i overgangen.

METODEKRITIKK

Kombinasjonen av observasjon, «tenke høyt-tilnærming» og videoopptak ble anvendt for å utforske deltakernes bruk av nettbrett, hvordan de erfarte å bruke det i hverdagslivet og hvordan brukergrensesnittet fremmet eller hemmet bruken.

Datainnsamlingen ga et rikt datamateriale og er en styrke ved studien (31). Samtidig er fire deltakere

få og kan ha begrenset bredden i datamaterialet. Bruk av få deltakere har støtte i kvalitativ metode-litteratur, hvor det å gå grundig i dybden på noen få deltakere kan gi nyttige bidrag til forskning (33).

Både første- og andreforfatter er utdannet som ergoterapeuter, noe som har innvirket på analyseprosessen og utvikling av temaer. Førsteforfatter var masterstudent og novise i forskningsmetoder, og andreforfatter professor med mye erfaring fra analyse av kvalitativt datamateriale. Første- og andreforfatter har hatt kontinuerlige diskusjoner gjennom analyseprosessen. Vi har tilstrebet transparens ved å beskrive detaljerte analyseprosesser av det auditive og visuelle materialet, og samtidig tilstrebet å holde oss nært opp til det deltakerne sa og gjorde. Videre har vi trukket ut noen eksempler for å presentere i resultater. Til sammen tenker vi dette bidrar til å demonstrere troverdighet og gyldighet i analyseprosessene (33).

Fire deltakere med ulike erfaringer og bakgrunn fra samme Omsorg+ ble inkludert. Ettersom deltakerne hadde tatt i bruk nettbrettet, var det ikke overraskende at de var positive til bruken av det. Det kunne derfor vært interessant å undersøke hvorfor andre beboere har valgt ikke å bruke det.

Konteksten har betydning for hvordan deltakerne utførte aktiviteten (39). Deltakerne ble observert samtidig som observatøren (førsteforfatter) tilstrebet en mest mulig tilbaketrukket rolle. Observatørrollen ble utfordret av deltakerne som tydelig ønsket å uttrykke sine refleksjoner gjennom «tenke høyt-tilnærmingen» i en dialog, samtidig som de også spurte om hjelp. Ved å hjelpe bidro observatøren til at enkelte fikk til mer enn de hadde fått til på egen hånd, samtidig som det gjorde at de kom seg videre i aktiviteten (47).

Studien er tilknyttet eldre i samme Omsorg+, og resultatene kan derfor ikke direkte overføres til andre Omsorg+ eller eldre generelt. Det er imidlertid trolig at resultatene i noen grad kan overføres til eldre i en likende bosituasjon, eksempelvis i omsorgsbolig og til liknende teknologier.

Konklusjon

Studien viser at deltakerne brukte nettbrettet til å gjøre ulike aktiviteter i hverdagslivet, aktiviteter som hadde vært meningsfulle for dem store deler av livet. De erfarte glede ved å bruke det, samtidig som de også opprettholdt tilhørighet til familie, venner og resten av samfunnet. Selv om deltakerne hadde funnet ulike mestringsstrategier, erfarte de likevel

hemmere i både brukergrensesnittets design, teknologibegreper og i forhold til lange negler, som er vanskelige eller umulige for dem selv å gjøre noe med.

Studien synliggjør at å ta i bruk nettbrett kan erfares som en overgang hvor deltakerne viser en vellykket bruk av nettbrett. Fem mestringsstrategier for overgangen ble identifisert: støttende omgivelser, meningsfulle aktiviteter, positive erfaringer, opprettholdelse av relasjoner til personer og samfunn og strategier for bruk. Gjennom kartlegging av hemmere og fremmere for bruken av nettbrettet og tilrettelegging for mestringsressursene hos hver enkelt aktuell nettbrettbruker, kan ergoterapeuter bidra til vellykkede overganger, aktivitet og deltakelse, helse og trivsel, og til å redusere det digitale skillet mellom dem som bruker teknologi og dem som ikke gjør det, slik at flere kan ta i bruk ny teknologi.

Framtidig forskning bør søke kunnskap om hvordan ergoterapeuter kartlegger hemmere og fremmere for teknologibruk hos den enkelte og dens omgivelser, og tilrettelegger for mestringsstrategier til dem som skal ta i bruk ny teknologi.

En stor takk rettes til deltakerne i studien og husverten for hjelp til rekruttering av deltakere.

Referanser

1. European Commission. The 2018 ageing report: underlying assumptions and projection methodologies, Institutional Paper 065 Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017 [hentet 10. oktober 2019]. Tilgjengelig fra: https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/2018-ageing-report-underlying-assumptions-and-projection-methodologies_en.
2. Meld. St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013 [hentet 22. februar 2017]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>.
3. Forskrift om tildeling av bolig i Omsorg+. Forskrift om tildeling av bolig i Omsorg+, Oslo kommune, Oslo [Internett]; 2010 [hentet 3. april 2017]. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/OV/forskrift/2010-12-15-1896>.
4. Ramprasad C, Tamariz L, Garcia-Barcena J, Nemeth Z, Palacio A. The Use of Tablet Technology by Older Adults in Health Care Settings-Is It Effective and Satisfying? A Systematic Review and Meta Analysis. Clin Gerontol. 2019;42(1):17-26. doi: <https://doi.org/10.1080/07317115.2017.1322162>.
5. NOU 2011: 11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011 [hentet 5. februar 2017]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/5fd24706b4474177bec0938582e3964a/no/pdfs/nou201120110011000dddpdfs.pdf>.
6. Thygesen H. Velferdsteknologi og nye tjenesteløsninger. I: Moser I, red. Velferdsteknologi : en ressursbok. Oslo: Cap-pelen Damm akademisk; 2019. s. 25-32.
7. Ergoterapeutene. Ergoterapeuters kjernekompetanse; alle skal kunne delta [Internett]. Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund; 2017 [hentet 28. mai 2018]. Tilgjengelig fra: https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsføring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkelt sider.pdf?&originalPath=aHR0cHM6Ly9lcmdvdGVyYXBlbXRl-bmUuc2hhcmVwb2ludC5jb20vOml6L2cvRVhTbnZwaVd-PcmxBdTIHWIB6V0V4a3dCVWpubXdT2ZjJNFjUdEdxLT-Fwc0VLZz9ydGltZT1ZSkRGZGpscDEWZw
8. Meld. St. 27 (2015-2016). Digital agenda for Norge : IKT for vekst og verdiskaping. Oslo: Fornyings- administrasjons- og kirkedepartementet; 2016 [hentet 01. mai 2017]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-27-20152016/id2483795/>.
9. Meld. St. 19 (2018-2019). Folkehelsemeldinga : gode liv i eit trygt samfunn. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019 [hentet 10. oktober 2019]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/84138eb559e94660bb-84158f2e62a77d/nn-no/pdfs/stm201820190019000dddpdfs.pdf>.
10. van Dijk JA. Digital divide research, achievements and shortcomings. Poetics. 2006;34(4-5):221-35. doi: <https://doi.org/10.1016/j.poetic.2006.05.004>.
11. Satariano WA, Scharlach AE, Lindeman D, Michael YL, Yen IH. Aging, Place, and Technology: Toward Improving Access and Wellness in Older Populations. J Aging Health. 2014;26(8):1373-89. doi: <https://doi.org/10.1177/0898264314543470>.
12. Wilcock AA, Hocking C. An occupational perspective of health. 3. utg. Thorofare, N.J: Slack Incorporated; 2015.
13. Tsai H-yS, Shillair R, Cotten SR, Winstead V, Yost E. Getting Grandma Online: Are Tablets the Answer for Increasing Digital Inclusion for Older Adults in the U.S.? Educ Gerontol. 2015;41(10):695-709. doi: <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1048165>.
14. Kottorp A, Nygård L, Hedman A, Öhman A, Malinowsky C, Rosenberg L, et al. Access to and use of everyday technology among older people: An occupational justice issue – but for whom? J Occup Sci. 2016;23(3):382-8. doi: <https://doi.org/10.1080/14427591.2016.1151457>.
15. Hammell KW. Dimensions of Meaning in the Occupations of Daily Life. Can J Occup Ther. 2004;71(5):296-305. doi: <https://doi.org/10.1177/000841740407100509>.
16. Anderson ML, Goodman J, Schlossberg NK. Counseling Adults in Transition: Linking Schlossberg's Theory With Practice in a Diverse World [Internett]. New York: Springer; 2012 [hentet 15. September 2019]. Tilgjengelig fra: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=450166&site=ehost-live>.
17. Lund A, Sveen U, Asbjørnslett M, Raanaas RK. Livsfaser, overgange og brud i relation til aktivitet. I: Kaae Kristensen H, Schou ASB, Mærsk JL, red. Nordisk aktivitetsvidenskab. København: Ergo/Munksgaard; 2017. s. 149-70.
18. Crider C, Calder CR, Bunting KL, Forwell S. An Integrative Review of Occupational Science and Theoretical Literature

- Exploring Transition. *J Occup Sci.* 2015; 22(3):304-19. doi: 10.1080/14427591.2014.922913
19. Nygård L, Rosenberg L. How attention to everyday technology could contribute to modern occupational therapy: A focus group study. *Br J Occup Ther.* 2016;79(8):467-74. doi: <https://doi.org/10.1177/0308022615613354>.
 20. Swan J, Hitch D, Pattison R, Mazur A, Loi S, Westphal A, et al. Meaningful occupation with iPads: Experiences of residents and staff in an older person's mental health setting. *Br J Occup Ther.* 2018;81(11):649-56. doi: <https://doi.org/10.1177/0308022618767620>.
 21. Tsai H-yS, Shillair R, Cotten SR. Social Support and "Playing Around": An Examination of How Older Adults Acquire Digital Literacy With Tablet Computers. *J Appl Gerontol.* 2017;36(1):29-55. doi: <https://doi.org/10.1177/0733464815609440>.
 22. Woll A. Use of Welfare Technology in Elderly Care [Doktorgradsavhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2017 [hentet 6. juni 2018]. Tilgjengelig fra: <http://urn.nb.no/URN:NBN:-no-58321>.
 23. Fjeldberg I, Lund A. "Dette å føle at du er med, med i det som skjer, og det de unge gjør". Beboere i omsorg+ og deres erfaringer med bruk av nettbrett. *Ergoterapeuten.* 2019;62(6):78-86.
 24. Hocking C. The challenge of occupation: Describing the things people do. *J Occup Sci.* 2009;16(3):140-50. doi: <https://doi.org/10.1080/14427591.2009.9686655>.
 25. Jaspers MWM. A comparison of usability methods for testing interactive health technologies: Methodological aspects and empirical evidence. *Int J Med Inform.* 2009;78(5):340-53. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijmed-inf.2008.10.002>.
 26. Bailliard AL. Video methodologies in research: Unlocking the complexities of occupation: Les méthodologies de la vidéo dans la recherche : déverrouiller les complexités de l'occupation. *Can J Occup Ther.* 2015;82(1):35-43. doi: <https://doi.org/10.1177/0008417414556883>.
 27. Nordbø T. Introduksjon til interaksjonsdesign. Oslo: Universitetsforlaget; 2017.
 28. Forsberg E-M. Om Assisted Living-prosjektet [Internett]. Oslo: Wordpress.com; 2016 [hentet 29.03.19]. Tilgjengelig fra: <https://assistedlivingweb.wordpress.com/>.
 29. Kvale S. Doing Interviews [Internett]. London: SAGE Publications, Ltd; 2007 [hentet 6. mai 2019]. Tilgjengelig fra: <http://methods.sagepub.com/book/doing-interviews>.
 30. Knoblauch H, Tuma R, Schnettler B. Videography : introduction to interpretive videoanalysis of social situations. Frankfurt am Main: PL Academic Research; 2015.
 31. Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health.* 2012;40(8):795-805. doi: <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>.
 32. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Res Nurs Health.* 2000;23(4):334-40. doi: [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G).
 33. Kvale S, Brinkmann S. Det kvalitative forskningsintervju. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
 34. Bury M. Chronic illness as biographical disruption. *Sociol Health Illn.* 1982;4(2):167-82. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11339939>.
 35. Christiansen CH. Defining lives: Occupation as identity: An essay on competence, coherence, and the creation of meaning - The 1999 Eleanor Clarke Slagle lecture. *Am J Occup Ther.* 1999;53(6):547-58. doi: <https://doi.org/10.5014/ajot.53.6.547>.
 36. Blair SEE. The Centrality of Occupation during Life Transitions. *Br J Occup Ther.* 2000;63(5):231-7. doi: <https://doi.org/10.1177/030802260006300508>.
 37. Larsen SM, Hounsgaard L, Brandt Å, Kristensen HK. "Becoming acquainted": The process of incorporating assistive technology into occupations. *J Occup Sci.* 2019;26(1):77-86. doi: <https://doi.org/10.1080/14427591.2018.1542337>.
 38. Neves BB, Franz R, Judges R, Beermann C, Baecker R. Can Digital Technology Enhance Social Connectedness Among Older Adults? A Feasibility Study. *J Appl Gerontol.* 2019;38(1):49-72. doi: <https://doi.org/10.1177/0733464817741369>.
 39. Yerxa EJ. An Introduction to Occupational Science, A Foundation for Occupational Therapy in the 21st Century. *Occup Ther Health Care.* 1990;6(4):1-17. doi: https://doi.org/10.1080/J003v06n04_04.
 40. Raanaas RK, Lund A, Sveen U, Asbjørnslett M. Re-creating self-identity and meaning through occupations during expected and unexpected transitions in life. *J Occup Sci.* 2019;26(2):211-8. doi: <https://doi.org/10.1080/14427591.2019.1592011>.
 41. Hammell KW. Self-Care, Productivity, and Leisure, or Dimensions of Occupational Experience? Rethinking Occupational "Categories". *Can J Occup Ther.* 2009;76(2):107-14. doi: <https://doi.org/10.1177/000841740907600208>.
 42. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Med.* 2010;7(7):e1000316. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>.
 43. Fischl C, Asaba E, Nilsson I. Exploring potential in participation mediated by digital technology among older adults. *J Occup Sci.* 2017;24(3):314-26. doi: <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1340905>.
 44. Mitzner TL, Boron JB, Fausset CB, Adams AE, Charness N, Czaja SJ, et al. Older adults talk technology: Technology usage and attitudes. *Comput Human Behav.* 2010;26(6):1710-21. doi: <https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.06.020>.
 45. Eisma R, Dickinson A, Goodman J, Syme A, Tiwari L, Newell A. Early user involvement in the development of information technology-related products for older people. *Universal Access Inf.* 2004;3(2):131-40. doi: <https://doi.org/10.1007/s10209-004-0092-z>.
 46. Zhou J, Rau P-LP, Salvendy G. Use and Design of Handheld Computers for Older Adults: A Review and Appraisal. *Int J Hum-Comput Int.* 2012;28(12):799-826. doi: <https://doi.org/10.1080/10447318.2012.668129>.
 47. Haahr A, Norlyk A, Hall EOC. Ethical challenges embedded in qualitative research interviews with close relatives. *Nurs. Ethics.* 2013;21(1):6-15 pp. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733013486370>.

Kognitive vansker og aktivitetsbasert kommuneergoterapi

Av Else Merete Thyness

– Hvem er Marte Ørud Lindstad?

– Jeg ble utdannet i Oslo i 1997 og dro rett til Tyskland for å få se litt av verden før jeg skulle hjem til Toten. Der fikk jeg en nyttig lærdom av å være arbeidsledig i «hele» to måneder, før jeg fikk min første jobb i en privatpraksis som arbeidet med barn og sans-eintegrasjon. De to ledige månedene lærte meg mye i praksis som var formidlet teoretisk på ergoterapistudiet: hvordan viljen henger sammen med vaner og rutiner, viktigheten av sosiale omgivelser, barrierer i kulturelle og politiske omgivelser og hvordan aktivitet strukturerer dagen. Jeg hadde all verdens tid, men fikk ikke gjort noen ting og fikk ikke spesielt trua på meg selv av det.

Da jeg ble ansatt i et inspirerende miljø ved hjerneskadeavdelinga på Sunnaas sykehus, startet egentlig interessen for det jeg nå forsker på. Jeg jobbet en periode med pasienter som hadde kognitive vansker, men lite fysiske utfall. Likevel var det gjerne fysioterapi vi greide å få til av oppfølging ved overføring til hjemkommunen. Det gjorde at jeg var innstilt på å følge opp disse brukerne da jeg senere jobbet i kommunen, men jeg slet med å finne en god form på arbeidet i den konteksten. Masteren min handlet om å snakke med personer med kognitive vansker fem år etter traumatisk hjerneskade for å høre deres erfaringer med kom-

munehelsetjenesten, hva som bidro til bedring, og om det var noe de ønsket av oppfølging som de ikke hadde fått. Disse personene lærte meg mye om viktigheten av at bruker og fagpersoner likestilt deler kunnskap med hverandre.

– Hva forsker du på?

– Vi holder på med kompetanseheving blant de ansatte ved ergoterapeututdanninga på Gjøvik. Siden starten i 2013 har to tatt master, én doktorgrad, to er i førstelektorløp, og så har jeg fått muligheten til et doktorgradsløp på interne midler i instituttet. Det gjorde at jeg var fri til å velge prosjekt selv, så lenge det omhandlet ergoterapi. På den måten kunne det være en slags fortsettelse på egen master, i tillegg til mine kollegaers forskning på kartlegging av kognitive vansker i kommunehelsetjenesten (Linda Stigen) og kommuneergoterapeuters yrkesidentitet (Guri Einbu). Jeg skal se på kartlegging og intervensjon i kommunehelsetjenesten i arbeidet med personer med kognitive vansker etter ervervet hjerneskade, og spesifikt effekten av PRPP-intervensjon (Perceive, Recall, Plan and Perform System of Assessment and Intervention). Fordelen med verktøyet er at det er standardisert, men kan brukes i arbeid med ulike brukere med vansker med informasjonsbehandling, til å kartlegge hvilken som helst aktivitet og i hvilken som helst kontekst. Intervensjo-



NAVN:

Marte Ørud Lindstad

STILLING:

Stipendiat og universitetslektor ved ergoterapeututdanninga, Institutt for Helsevitenskap Gjøvik, NTNU

nen rettes mot å mestre aktiviteter ved bruk av strategier. For å avmystifisere PRPP litt er systemet veldig gjenkjennelig for oss som er vant til aktivitetsanalyse. Jeg er så heldig å samarbeide med engasjerte ergoterapeuter i to kommuner som skal gjøre datainnsamlingen med sine brukere i sin praksis. Metoden vil være single case experimental design, helt konkret multiple baseline design på tvers av deltakere, noe som egner seg godt til klinisk forskning i nevrorehabilitering. I tillegg til å kunne si noe om effekt av intervensjon, kan man ta mer hensyn til at brukerne og omgivelsene kan være ulike. Deltakerne blir sammenlignet med seg selv i en baselinefase, intervensjonsfase, avslutningsfase og oppfølgingsfase. Det er jobbet godt med å øke kvalitetsstandarden på dette designet de siste ti årene, og det er en fin mulighet for intervensjonsstudier dersom man ikke har nok deltakere til en god RCT-studie eller ikke greier

få det praksisnært nok (se egen boks for mer informasjon om metoden).

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

– Det er vanskelig å skulle plukke ut én blant mange øye-åpnere og mye spennende forskning. Cicerone et al. (2019) «Evidence-based cognitive rehabilitation: systematic review of the literature from 2009 through 2014» og tidligere versjoner av den systematiske oversikten har jeg vært veldig glad i. De har støvsugd databaser på temaet fra tidenes morgen. Denne siste konkluderer blant annet med at det er behov for forskning som evaluerer rehabilitering i hverdagsaktiviteter, ikke bare på kroppsfunksjonsnivå. Den har en fin oversikt over evidens innen kognitiv rehabilitering, noe som gjør at vi kan være sikrere på valg vi gjør i praksis. I tillegg lærte jeg mye om viktigheten av kritikk, og hvordan kritikk kan bringe teorier videre, av å lese Hammell & Beagan (2016) «Occupational injustice: A critique».

– Hva mener du vi trenger vi mer forskning om innen ergoterapi?

– Grunn teorier innen aktivitetssvitenskap som viser sammenhengen mellom aktivitet og helse og det å få brukt sine evner og kapasitet, samt både effektstudier og kvalitative studier som ser på praksisnære og gjennomførbare intervensjoner der ergoterapeuter bruker aktivitet både helsefremmende og rehabiliterende. For øyeblikket er jeg også opptatt av å utforske begrepet selvstendighet (etter workshop på WFOT 2018) og inspirert av tittelen på et Ekko-radioprogram: Velferdssta-

ten gjør oss mer ensomme. Jeg har ikke fått med meg at dette er mye offentlig diskutert? Vi ergoterapeuter har potensial til å bidra til endring i holdninger og kultur innen helseområdet i tråd med Ergoterapeutenes satsning på å muliggjøre hverdagslivet og ressursutløsende strategier.

Referanser

Cicerone, K. D., Goldin, Y., Ganci, K., Rosenbaum, A., Wethe, J. V., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., Kingsley, K., Nagele, D., Trexler, L., Fraas, M., Bogdanova, Y. & Harley, J. P. (2019). Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Systematic

Review of the Literature From 2009 Through 2014. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 100(8), 1515-1533. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.apmr.2019.02.011>

Hammell, K. R. W. & Beagan, B. (2016). Occupational injustice: A critique. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 0008417416638858. <https://doi.org/10.1177/0008417416638858>

Tate, R. L. & Perdices, M. (2019). *Single-Case Experimental Designs for Clinical Research and Neurorehabilitation Settings. Planning, Conduct, Analysis and Reporting*. Routledge.

The OCEBM Levels of Evidence Working Group (2011). *The Oxford 2011 Levels of Evidence*. Oxford Center for Evidence-Based Medicine. Hentet 20.05. fra <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>

Single-case experimental designs (SCED) metodologi har lange tradisjoner innenfor læring og kliniske settinger der man evaluerer effektiviteten av ulike intervensjoner med enkeltindivider eller med få deltakere. Denne metodologien kalles også ofte N-of-1 studier og er nok foreløpig ikke så vel ansett som RCT (Randomized Controlled Trials – ofte kalt gullstandarden innenfor effektstudier), men som systematiske oversikter er både N-of-1 og RCT listet som Nivå 1-evidens i Levels of evidence (The OCEBM Levels of Evidence Working Group, 2011).

Multiple Baseline Design (MBD) er en type design blant mange under denne metodologien. Den kan brukes når du forventer en bedring som ikke kan avlæres igjen når du tar bort intervensjonen, noe som ofte er tilfellet i rehabilitering. I motsetning til RCT, som ofte bare har ett målepunkt før og etter intervensjon og så ser gjennomsnittet fra to grupper med deltakere opp mot hverandre, måles det i MBD minst fem ganger i en baselinefase (før intervensjon). På den måten søker man et stabilt mønster som man måler de andre fasene opp mot. Det som måles, kan være en adferd eller utførelse av en aktivitet heller enn et standardisert skjema. På den måten kan dette fungere veldig praksisnært og tilpasses den enkelte ved å bruke de aktivitetene personen faktisk ønsker eller må gjøre. Det måles også minst fem ganger underveis i intervensjonsfasen, og i post-intervensjonsfasen (og eventuelt videre faser). Da måles dette enkeltindividet opp mot seg selv, og man har et veldig godt grunnlag for å si noe om hvorvidt intervensjonen er effektiv for akkurat denne personen. For å måle opp mot andre individer må man ha minst tre personer i samme samling. De får intervensjonen med forskjøvet starttidspunkt, og man kan dermed si noe om hvorvidt det er naturlig bedring eller om det faktisk er intervensjonen som virker. Resultatet kan ikke generaliseres etter bare en slik gruppe, men det kan gi indikasjoner på om noe er effektivt, og man kan gjenta samme forsøket med flere slike grupper og på den måten styrke indikasjonene.

Kompani-Covid

8. mars starter ergoterapeut Oda Mølmesdal Flaten og fysioterapeut Mariell Solberg Medås opp et rehabiliteringstilbud for covid-19-pasienter. Dette er det første kommunale tiltaket i Norge for denne pasientgruppen.

Av Else Merete Thyness

Både Flaten og Solberg er ansatt ved habiliterings- og rehabiliteringstjenesten i Fyllingsdalen og Laksevåg i Bergen.

– Da pandemien kom, var vi forberedt på å ta imot pasienter med ettervirkninger av covid-19, men i hele 2020 fikk vi bare to henvisninger. Da begynte vi å gjøre undersøkelser selv og forsto at behovet for tilbud likevel var stort, forteller de.

Med full støtte av enhetsleder Mona Moan startet de arbeidet med å utvikle et gruppetilbud. De samlet informasjon om ettervirkninger av covid-19 og tok også kontakt med rehabiliteringssentre med erfaring med korona. Rapporten «Pasientforløp for rehabilitering av pasienter innlagt med covid-19-sykdom i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst» var også viktig bakgrunnsinformasjon. 8. mars er Flaten og Solberg klare for å ta imot den første gruppen på ti.

– Dette er mennesker i yrkesaktiv alder som har vært vant til et aktivt liv med jobb, barn, fysisk aktivitet og et sosialt liv. Etter sykdommen erfarer de at de ikke klarer å ta hverdagen tilbake. De sliter med fatigue, tung pust, hukommelsesvansker, konsentrasjon og oppmerksomhet, og de fleste av dem er delvis eller helt sykmeldte, sier Oda Mølmesdal Flaten.

Gruppeopplegget skal gå over åtte uker med to ukentlige samlinger, og det skal være et mestringstilbud med undervisning i aktuelle temaer som energiøkonomisering, pusteteknikker og avspenning og gradvis styrke- og utholdenhetstrening.

– Vi vil gi dem en verktøykasse slik at de kan mestre hverdagen bedre, sier Mariell Solberg Medås.

Det var hun som fant på navnet Kompani-Covid.

– Kompani handler om fellesskap, om å gjøre hverandre gode og løfte hverandre opp og fram.



Ergoterapeut Oda Mølmesdal Flaten og fysioterapeut Mariell Solberg Medås ønsker å bidra til at de som sliter med ettervirkninger av covid-19, skal oppleve økt mestring og bedre muligheter for aktivitet og deltakelse.

Dette tilbudet skal også være en form for likepersonarbeid der folk møter andre i samme situasjon og ser at de ikke er alene om dette, men en del av et samhold, sier hun.



ergoterapeutene



Forsikring til medlemspris

Som medlem av Ergoterapeutene får du svært gunstige betingelser på forsikring. Du får blant annet:

- ✓ Gjennomsnittlig 60 % besparelse på livs- og uføreforsikring
- ✓ Kollektiv innbo-, reise- og barneforsikring med gode vilkår til stabilt lave priser
- ✓ Inntil 27 % rabatt på individuelle skadeforsikringer som bil-, hus- og hytteforsikring
- ✓ Rådgiving når du trenger det
- ✓ Profesjonell bistand ved eventuell tvist om skadeoppgjør

Bruk
medlems-
fordelene
dine

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

Kvinner i koronaens tid – hvordan hindre backlash?

8. mars arrangerte Unio et digitalt likestillingspolitisk frokostseminar. – Hva skjedde med likestilling i familiene og i arbeidslivet da Norge stengte ned? spurte Unios leder Ragnhild Lied.

Av Else Merete Thyness



En av Norges mest kjente jazzsangere, Hilde Louise Asbjørnsen, var konferansier, og sto også for den musikalske underholdningen.

– I alle livets kamper er det viktig at vi løfter hverandre opp og inspirerer hverandre – og kanskje særlig i kampen for likestilling og likeverd, sa hun.

Deretter sang hun sin egen våpendragerlåt *Red Lips* sammen med bandkollega Svein Erik Martinsen.

RETTE TIL ARBEID

Etter dette fikk kultur- og likestillingsminister Abid Raja ordet. Han startet friskt – helt uten lyd. Da han fikk orden på mikrofonen, sa han at det var viktig å øke andelen kvinner med innvandrerbakgrunn i arbeidslivet.

– På selveste kvinnedagen vil jeg understreke at alle skal ta del i det likestilte Norge. Hvis vi reduserer gapet i yrkesdeltakelsen mellom majoritetskvinnen og innvandrerkvinnen, vil det være et viktig skritt for å opprettholde offentlige velferdsordninger.

Han var også opptatt av negativ sosial kontroll overfor innvandrerjenter.

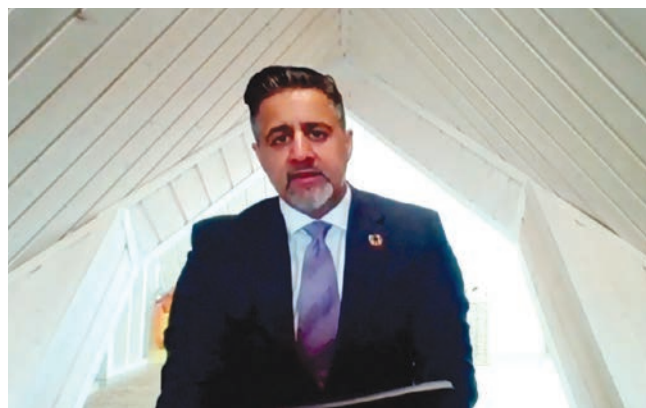
– Mange unge innvandrerjenter får verken delta i idretten eller bestemme hva de skal ha på seg. Det er heller ikke sikkert de får velge hvem de skal gifte seg med. Hva med om de vil bo alene og forsørge seg selv? Alle kvinner i Norge skal ha de samme mulighetene og rettighetene. Det gjelder også retten til å jobbe.

LIKESTILLING UNDER KORONA

Lars Kolberg er seniorrådgiver ved Likestillingssenteret på Hamar. Han fortalte at senteret har foretatt en undersøkelse om likestilling under korona som viser at stengte skoler og barnehager, permitteringer og økt bruk av hjemmekontor har forsterket det tradisjonelle kjønnsrollemønsteret.



Hilde Louise Asbjørnsen sang «Red lips» med bandkollega Svein Erik Martinsen.



– Alle skal ta del i det likestilte Norge, sa kultur- og likestillingsminister Abid Raja.

– Kvinner har brukt mye mer tid enn menn på stell, pass, lek og aktivisering av barn og på matlaging og husarbeid. Dette har skjedd til tross for at flere menn enn kvinner er blitt permittert eller har fått hjemmekontor, og til tross for at flere kvinner enn menn er i jobber som defineres som samfunnskritiske.

Men undersøkelsen viser også at både menn og kvinner er mer fornøyde med tilværelsen.

– Kanskje korona har blitt et pusterom for fami-



Unio arrangerte digitalt frokostseminar 8. mars. Foto: Mostphotos/Igor Sapozhkov.

lier, der vi tross alt har fått mer tid til hverandre og opplever mindre stress, sa han.

HØFLIG APPLAUS

Mari Teigen, leder for Core – Senter for likestillingsforskning, snakket også om likestillingen under korona.

- De utfordringene som var i arbeidslivet før pandemien, har nå blitt flombelyst, sa hun.

Hun pekte på blant annet på det store rekrutteringsbehovet til yrker i offentlig sektor.

- Det betaler seg dårlig å jobbe i offentlig sektor, og det er for mye deltid. Du får ikke menn inn i disse yrkene så lenge de taper lønnsmessig og arbeidstidsmessig. Derfor må vi ta grep.

Hun trakk også fram lønnsstatistikken fra fjoråret som viser at offentlig sektor var taperne.

- Helsesektoren har stått i koronapandemiens frontlinje. Vi trodde innsatsen som ble gjort, skulle lønne seg, men det motsatte skjedde. Helsearbeidernes belønning ble lite mer enn høflig applaus fra folks balkonger, sa hun.

HYLLET BOKKEN LASSON

Til slutt hyllet Hilde Louise Asbjørnsen en av sine heltinner, Bokken Lasson, med et utdrag fra en forestilling som egentlig skulle gått på Edderkoppen, men som er utsatt på grunn av koronaen.



Lars Kolberg, seniorrådgiver ved Likestillingssenteret på Hamar, viste funn fra en undersøkelse om likestilling under korona.



Mari Teigen viste til at både dårlig lønn og for mye deltid er hindre for å rekruttere menn til offentlig sektor.

Utenlandspraksis i Palestina

Vi er to eventyrlystne ergoterapistudenter som nå går siste semester på VID vitenskapelig høgskole i Sandnes. For et år siden kom vi hjem fra praksis i Palestina.

Av Morten Eric Christian Mortlock Breirem & Ingvild Kvalvik

Vi visste begge to at om vi fikk muligheten, ville vi gjennomføre en praksisperiode i utlandet. Vi var heldige og fikk reise til Palestina. Her ventet det oss en ny kultur og mange spennende opplevelser.

BARNESKOLE FOR BLINDE

Praksisplassen vår var på en skole for blinde og synshemmede barn. Skolen hadde også en barnehage som var delt i to avdelinger: én for blinde og synshemmede og én MDVI-avdeling (Multiple Disabled Visually Impaired). De fleste av barna bodde på skolen fra mandag til fredag, fordi det er veldig tungvint å ferdes innad i Palestina. Veiene mellom byene minner om våre landeveier, av den typen hvor det kan stikke opp en løvetann eller fem. Det er også mange sjekkpunkter innad i landet som er kontrollert av Israel.

Som studenter hadde vi vår base i ergoterapeutavdelingen på skolen. Her deltok vi med kartlegging og intervensjoner på gruppe- og individnivå. Vi fikk et godt innblikk i hverdagen til barna og lærte mye om de utfordringene man har med nedsatt syn eller som blind i et samfunn som ikke har fokus på universell utforming.



Morten og Ingvild hadde praksis på en barneskole i Palestina.

Vi fikk utfordret oss selv, og vi lærte å være kreative med tanke på kommunikasjons- og språkutfordringer.

HØYT FAGLIG NIVÅ

Det faglige nivået var høyt, og vi fikk godt faglig utbytte av praksistiden. Vi var heldige og fikk kontakt med andre ergoterapistudenter som gikk på universitetet i Betlehem. De fortalte oss om sin studiehverdag og praksis.

I Palestina er utdanningen fireårig, og de har flere praksisperioder på forskjellige institusjoner. Det siste året på utdanningen har de praksis på et sted uten ergoterapeut, slik at de må jobbe selv-

stendig og fremme faget. Dette virker spennende og lærerikt.

GODT TATT VARE PÅ

Gjennom hele oppholdet ble vi tatt godt vare på av alle vi hadde kontakt med, noe som gjorde at det føltes trygt å være så langt hjemmefra. Vi hadde ukentlig kontakt med lederen for ergoterapiutdanningen på universitetet i Betlehem, med veileder på praksisplassen, som var ergoterapeut, og med en akademisk veileder som også fulgte oss opp. De var flinke til å passe på at læringsmålene våre ble oppnådd, og de var trygge i sine roller som ergoterapeuter og veiledere. I tillegg til at

vi jobbet med læringsutbyttene fra VID, ble vi også innrullert i deres undervisning.

Vi fikk tilbud om å besøke andre institusjoner og ble med noen studenter på et rehabiliteringssenter i Ramallah for å erfare hvordan ergoterapeuters arbeidsdag var der. Ellers besøkte vi et barnehjem og et gamlehjem. Disse besøkene gjorde sterkt inntrykk på oss, og vi er glade for å ha fått denne muligheten. Blant annet opplevde vi hvor takknemlige folk ble da de fikk hjelp.

Planen var også at vi skulle besøkt et psykiatrisk sykehus, men det rakk vi ikke, da vi måtte dra hjem i hui og hast tre uker før tiden på grunn av Covid-19. Men på tross av et litt forkortet opphold fikk vi likevel to måneder med mange opplevelser og læringssituasjoner.

GJESTFRITT FOLKESLAG

Palestinere er et særdeles gjestfritt folkeslag, og vi følte oss ivaretatt og velkomne. Man finner alltid noen å snakke med, og

terskelen er lav for å bli invitert på middag, kaffe eller te. Det var rørende og fint å oppleve en slik gjestfrihet.

Når verden returnerer til «normalen» og det blir mulig å reise igjen, anbefaler vi andre studenter å ta praksis i utlandet, og gjerne i Palestina. Du lærer ikke bare mye faglig, men også mye om deg selv som person. Du får en unik mulighet til å utvikle deg og være selvstendig på en måte som er vanskelig å få til i en «trygg og velkjent» hverdag i Norge eller i et land med lignende kultur som vår.

I helgene tok vi oss tid til flere utflukter og reiste rundt i både Palestina og Israel. Det tar litt tid å komme seg rundt med de forskjellige transportmidlene, men det er verdt det. Noen byer vi vil anbefale å besøke er Jerusalem, Jeriko, Eilat, Ramallah og Nablus. Her skal vi ikke glemme de kulinariske opplevelsene, som humus og falafel. Det mangler heller ikke på søtsaker, og når man er i Nablus er knafeh et must. Palestinere sier det er der man får den beste.



Klokketårnet i Nablus, den største palestinske byen på den Israel-okkuperte Vestbredden av Jordanelva.



I Nablus er knafeh et must.



Morten Breirem og Ingvild Kvalvik setter sine siste spor i Betlehem.



ER DU KLAR FOR EN UTFORDRING?

Vi søker ergoterapeuter i primærhelsetjenesten for utprøving og utvikling av metoden «Weer aan het Werk» (Tilbake til arbeid)

Hensikten med «Tilbake til arbeid» er å sette ergoterapeuter uten spesialisering innen arbeidshelse i stand til å veilede brukere som er sykmeldte tilbake til nåværende stilling hos egen arbeidsgiver.

Av Irma Pinxsterhuis & Edith Brocken



Irma Pinxsterhuis er ergoterapeut og førsteamanuensis ved OsloMet.



Edith Brocken er nederlandsk ergoterapeut og arbeider med «Weer aan het Werk».

Metoden har blitt utviklet av ergoterapeut Edith Brocken på grunnlag av praktiske erfaringer med målgruppen. Hensikten med «Tilbake til arbeid» er å gjøre ergoterapeuter uten spesialisering innen arbeidshelse i stand til å veilede brukere som er sykmeldte tilbake til nåværende stilling hos egen arbeidsgiver.

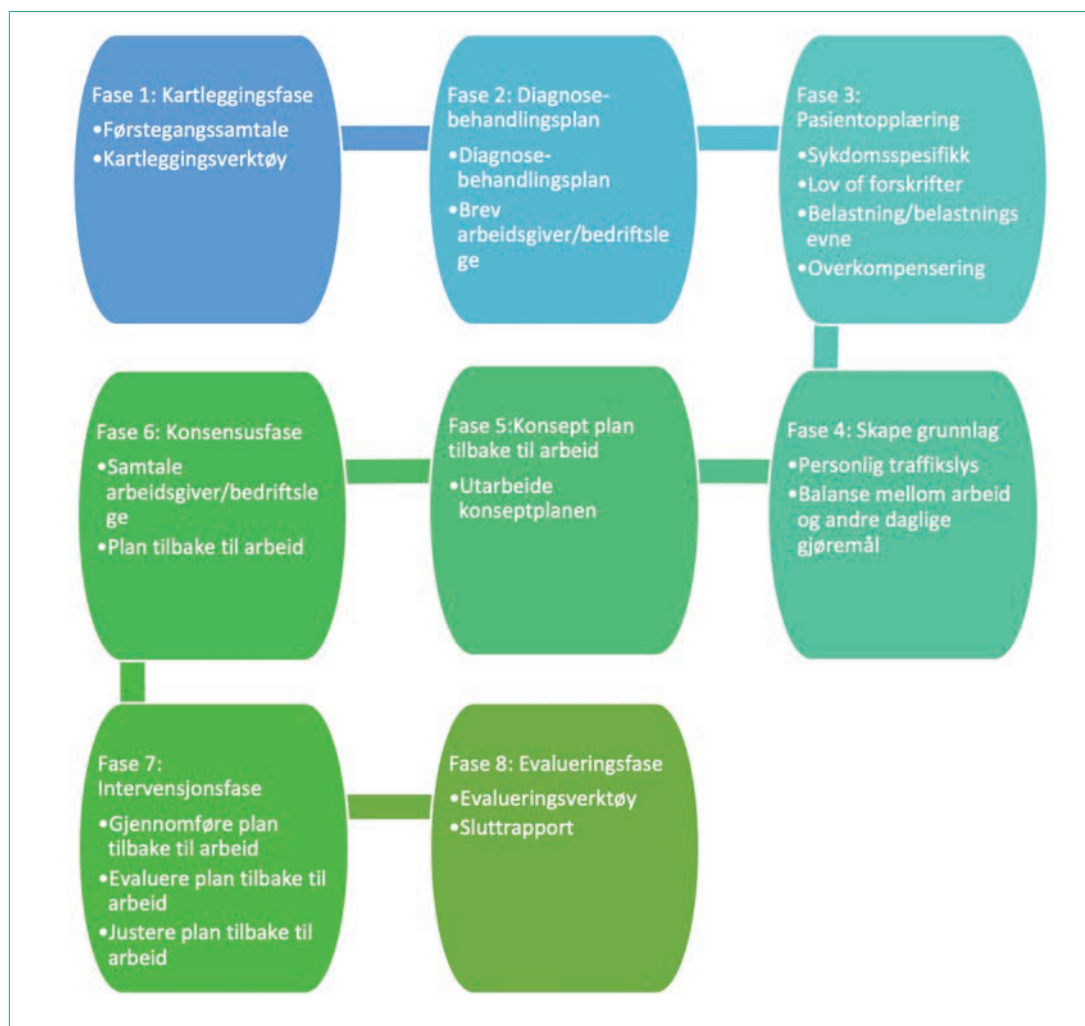
Arbeid sees som del av den enkeltes hverdagsliv, og i metoden fokuseres det på betydningen av aktivitetsbalanse. Figur 1 viser fasene i metoden. Metoden er basert på empowerment for å fremme arbeidsdeltakelse gjennom selvmanagement. Ergoterapeuten samarbeider og deltar på møter med NAV, arbeidsgiver, lege eller andre involverte ved behov.

DELTAKELSE OG INKLUDERING

Arbeidshelse er ett av syv fagområder i ergoterapi. For å fremme arbeidsdeltakelse kan ergoterapeuter jobbe med arbeidsrehabilitering, arbeidstrening og

arbeidstilrettelegging i for eksempel NAV, bedriftshelsetjenesten og ved arbeidsmarkedsbedrifter (1). I spesialisthelsetjenesten kan ergoterapeuter også ha oppgaver knyttet til arbeidsdeltakelse i tiltak som «Raskere tilbake» og «HelselArbeid». Hva med ergoterapeuter som jobber i primærhelsetjenesten?

Ergoterapeuter bistår brukere i å nå mål om deltakelse og inkludering i hverdagslivet (1). For mange voksne er arbeid en del av hverdagslivet. Noen brukere med kroniske sykdommer kan over tid få problemer med å opprettholde aktivitetsbalanse når arbeidsdeltakelse går på bekostning av andre meningsfulle aktiviteter. For andre med kroniske sykdommer kan utførelse av daglige aktiviteter bli så krevende at det påvirker arbeidsdeltakelse. Det kan føre til hyppige sykemeldinger. Også brukere med følgetilstander etter akutt sykdom, som en hjernerystelse eller korona, eller brukere som trenger en lengre



Figur 1. Fasene i metoden «Tilbake til arbeid».

oppbyggingsperiode etter for eksempel ryggoperasjon eller kreftbehandling, kan få problemer med å opprettholde aktivitetsbalanse når de begynner å jobbe igjen. Mange av disse brukerne får ikke den oppfølgingen de trenger i sykmeldingsperioden for å komme helt eller delvis tilbake i arbeid og unngå nye sykmeldinger.

I Nederland får disse målgruppene nå i økende grad oppfølging av ergoterapeuter som jobber i primærhelsetjenesten gjennom behandlingsmetoden «Tilbake til arbeid».

TO ARBEIDSMANUALER

«Tilbake til arbeid» (Weer aan

het Werk) består av to arbeidsmanualer som kan tas i bruk av ergoterapeuter som har deltatt på et tredagers sertifiseringskurs i Nederland. Deler av metoden har blitt oversatt av Irma Pinxsterhuis og Edith Brocken.

Vi søker noen ergoterapeuter som, etter gratis digital opplæring, vil prøve ut metoden «Tilbake til arbeid» i primærhelsetjenesten. Hvis erfaringene med metoden viser seg å være positive, ønsker vi å søke om prosjektmidler for å kvalitetssikre oversettelsen og tilpasse metoden til norske forhold.

Det er viktig at ergoterapeuter som deltar i utprøvingen,

kan tenke seg å delta i eller ta hovedansvaret for dette oppfølgingsprosjektet. Mer informasjon (på nederlandsk) finnes på: www.wahw.nl

Interesserte bes å ta kontakt med Irma Pinxsterhuis:
irma@oslomet.no

Referanse:

- 1) Norsk ergoterapeutforbund [internett]. Oslo: Ergoterapeuters kjernekompetanse/Fagområder i ergoterapi/Ergoterapi og arbeidshelse. Tilgjengelig på: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/fagomrader-i-ergoterapi/ergoterapi-fagomradet-arbeidshelse/> (lest 01.04.2021)

Er virksomhetsteorien fremdeles relevant?

Vi fikk nylig refusert en artikkel om dynamisk kartlegging basert på virksomhetsteorien til Ergoterapeuten. I stedet ønsket redaktøren et debattinnlegg om hvorfor vi mener at virksomhetsteorien fremdeles har relevans for ergoterapeuter. Som vi ser det, kan virksomhetsteorien fungere som et helhetlig og tverrfaglig teoretisk rammeverk for ergoterapeuter og som et rammeverk for å hente inn ulike kunnskaper og begreper.

Av Kari Opsahl og Kjell Emil Granå

VIRKSOMHETSTEORI

Virksomhetsteorien, også kalt «cultural historical activity theory», er en forskningsbasert teori om menneskets utvikling, læring og forandring gjennom handlinger, aktiviteter, virksomheter (Leontjev, 2002; Enerstvedt, 1982; Jerlang og Ringsted, 2000; Opsahl og Ravn, 2003). Teorien forklarer dette grundigere enn andre tilnærminger og modeller. Virksomhetsteorien ser menneskets meningsfulle aktiviteter eller virksomheter, og deltakelsen i disse, som den avgjørende faktoren for menneskets utvikling. Virksomhetsteorien er et grunnleggende aktivitetsperspektiv som harmonerer godt med ergoterapeutiske modeller og praksis.

ANVENDELSE

Etter hvert har virksomhetsteorien utviklet seg til et åpent teoretisk system, der teorier og kunnskaper fra andre forskningstradisjoner blir hentet inn (Nygren, 1995, s. 115; Knutagård, 2007, kap 13). Virksomhetsteorien som rammeverk danner i dag utgangspunkt for nasjonal, nordisk og internasjonal forskning og praksis innenfor mange ulike disipliner, som filosofi, pedagogikk, psykologi, sosiologi, helse- og sosialfag og medisinske fag. Virksomhetsteorien har vært brukt og brukes av danske og norske ergoterapeuter og står på pensumlister i ulike

utdanninger. Den er ikke en fagspesifikk teori, men den gir ergoterapeuter muligheter for en felles forståelsesramme og begrepsbruk i tverrfaglig samarbeid.

Noen vil kanskje mene at den er utdatert, men internasjonal utvikling, anvendelse og anerkjennelse tilsier noe annet. Andre vil mene at vi ikke trenger virksomhetsteorien i ergoterapeutisk sammenheng, siden vi har tilstrekkelig med ergoterapispesifikke teorier og modeller. Vi mener at virksomhetsteorien kan bidra med fruktbare og utdypende perspektiver og kunnskaper, som kan berike og tydeliggjøre ergoterapeutiske modeller og praksis.

OMRÅDER FOR BRUK

Vi vil framheve noen områder hvor virksomhetsteorien kan bidra:

- Menneskesynet
- Læringsperspektivet og dynamisk kartlegging
- Motiv og motivasjon

MENNESKESYNET

I Hans Knutagårds bok «Introduksjon till verksamhetsteori» diskuteres temaer som *samfunnet i individene og individene i samfunnet*. Mennesker og omgivelser ses i et sammenhengende gjensidig vekselvirkende forhold, der menneskene former omgivelsene gjennom sine aktiviteter og virksomheter (eksternalisering) samtidig som de formes av omgi-

velsene (sosialisering og internalisering).

Menneskene har mulighet:

Vitenskapsteorien ser mennesket som et «fritt» individ med mulighet for å velge, men innenfor de rammer som biologiske, psykologiske, sosiale, materielle og kulturelle livsvilkår setter.

Menneskene utvikler seg dialektisk i en historisk sammenheng og relatert til den materielle verden:

Menneskenes utvikling ses som en dialektisk-materialistisk utviklingsprosess. Omgivelsene eksisterer uavhengig av våre forestillinger om dem. Mennesket er et handlende og skapende subjekt som inngår i gjensidige, dialektiske interaksjoner med sine omgivelser. På denne måten forandrer mennesket sin omverden, samtidig som disse forandringene virker tilbake og forandrer mennesket. Få ergoterapeutiske modeller har et så positivt og godt forankret menneskesyn som virksomhetsteorien.

LÆRINGSPERSPEKTIVET

I det daglige ergoterapeutiske arbeidet møter vi utfordringer med hensyn til menneskers utvikling og læring. «Learning is a primary therapeutic mechanism underlying many if not all occupational therapy interventions» (Flinn and Radomski, 2008, s. 284). Læringsteori er av stor relevans og nytte for ergoterapeuter i praksis. I artikkelen vår «Virksomhetsteorien

og den nærmeste utviklingssonen – et lærestykke» (Granå, Opsahl og Ravn, 2018) ser vi på ergoterapeutisk arbeid og virksomhetsteorien fra et sosiokulturelt perspektiv. Her er læring og assistert læring det overordnede tema. I forlengelsen av denne artikkelen har vi arbeidet med begrepet «dynamisk kartlegging» som et vesentlig supplement til tradisjonell, ergoterapeutisk kartlegging. Dynamisk kartlegging gir oss informasjon om hva bruker kan gjøre med adekvat hjelp og støtte, og hva slags hjelp og støtte bruker trenger for å gå videre i virksomheten. På denne måten blir dynamisk kartlegging et nødvendig utgangspunkt for tilrettelegging av læring.

Dynamisk kartlegging har teoretisk utgangspunkt i virksomhetsteoriens nærmeste utviklingssone, virksomheter som bruker ikke mestrer alene, men som bruker kan mestre med hjelp og støtte. Læring og utvikling kan kun finne sted i den nærmeste utviklingssonen. Det individet ikke mestrer ennå, men har som mål, kalles det potensielle utviklingsnivået.

Artefakter er fysiske og intellektuelle redskaper som menneskene tar i bruk gjennom sine virksomheter for å forstå omverdenen og handle i den. Vi kan ikke se menneskene som løsrevet fra sine artefakter. Se for eksempel Fjeldberg og Lund (2019, s. 80).

Disse begrepene kan være nyttige innenfor ergoterapeutisk praksis. Tilrettelegging og intervensjon må alltid ligge innenfor klientens nærmeste utviklingssone om utvikling skal finne sted.

MOTIV OG MOTIVASJON

Begrepene motiv og motivasjon er et gjennomløpende diskusjonstema i virksomhetsteorien. Menneskelig virksomhet karakteri-

seres ved alltid å være motivert og målrettet. Motivet er drivkraften i en virksomhet, og det motsvarer alltid et behov hos mennesket. Menneskets behov kan beskrives som en mangeltilstand, som sultfølelse. Denne tilstanden formes og gis innhold i en vekselvirkning med omgivelsene. Motivet oppstår når vi i samspill med omverdenen finner en mulighet for tilfredsstillelse av mangeltilstanden. Behovet alene setter ingenting i gang. Motivet er alltid gjenstandsrettet, for eksempel pannekaker. Vi kan si at denne gjenstanden er virksomhetens virkelige motiv. Motivet kan være av materiell eller av ideell art og kan komme fra fantasien eller persepsjonen. Motivet er en forestilling om det som vil tilfredsstille behovet og dermed gi mulighet for igangsetting av handling og virksomhet (Leontjev, 1983 hos Opsahl og Ravn, 2003, s. 56).

Fortmeier og Thannings (2003) virksomhetsteoretiske tilnærming til pasienters motivasjon for behandling er interessant å gå videre på her.

Virksomhetsteorien beskriver og behandler betydningen av motiv og motivasjon på en mer omfattende og utdypende måte enn mange andre tilnærminger.

TIL DEBATT

Vi mener at virksomhetsteorien har verdi for ergoterapeuter som et helhetlig, tverrfaglig rammeverk, eller som et rammeverk der ulike teoretiske kunnskaper og begreper kan hentes inn. Hva kan være problematisk med denne påstanden?

Når ergoterapeuter i sin konkrete praksis tilrettelegger for læring av aktiviteter ut fra sine ulike modeller, hvilke forskjeller kan vi finne i forhold til en virksomhetsteoretisk tilnærming?

Kartlegging er et nødvendig utgangspunkt for tilrettelegging av læring. Hvordan kan vi best kartlegge når vi tilrettelegger for læring, jamfør «dynamisk kartlegging» (Granå og Opsahl, 2021, upublisert manus)? Hva legger ergoterapeuter mest vekt på?

Når det gjelder motivasjon og læring, vil tilbakemelding, forsterkning, belønning og oppmuntring være viktige å bruke (Granå, Opsahl og Ravn, 2018). Hvordan og hvorfor gir ergoterapeuter tilbakemeldinger i sin konkrete praksis ut fra sine modeller?

I det terapeutiske forholdet mellom bruker og ergoterapeut, i den nærmeste utviklingssonen, kan det være en fare for at vi kanskje legger mer vekt på hva bruker skal «bli» enn hva bruker «er og selv vil». Hvorledes unngår dette?

Kilder

- Enerstvedt, R. (1982). Mennesket som virksomhet. Innledning til en teori. Grunnleggende begreper i samfunnsvitenskapene. Oslo: Tiden Norsk Forlag.
- Flinn, A. N. and Radomski, M. V. (2008). Learning: I C. Trombly & M. V. Radomski (ed.), Occupational Therapy for Physical Dysfunction (6. ed.), (s. 283-297). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fortmeier, S. og Thanning, G. (2003). Set med patientens øjne. Ergoterapi og rehabilitering som patientens egen virksomhed (2. udg.). København: FADL.
- Granå, K. E., Opsahl, K. og Ravn, G. (2018). Virksomhetsteorien og den nærmeste utviklingssonen – et lærestykke. Ergoterapeuten, 2, 26-35.
- Jerlang, E. og Ringsted, S. (2000). Den kulturhistoriske skole: Vygotskij, Leontjev, Elkonin. I Egeberg, S. m.fl. Utviklingspsykologiske teorier (3. utgave), (s. 312-376). København: Munksgaard
- Knutagård, H. (2003). Introduktion till verksamhetsteori. Lund: Studentlitteratur.
- Leontjev, A. N. (1983). Virksomhed-bevissthed-personlighed. Sputnik/Progres.
- Leontjev, A. N. (2002). Virksomhed, bevidsthed, personlighed. København: Hans Reitzels Forlag.
- Nygren, P. (1995). Profesjonelt barnevern som barneomsorg. Fra teori til verktøy. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Opsahl, K. og Ravn, G. (2003). Virksomhetsteorien – den kulturhistoriske skole. Ergoterapeuten, 11, 54-61.

Svar på debattinnlegg kan sendes til: emt@ergoterapeutene.org.

Merk mailen med **Debatt**.



ERGOTERAPEUTENES FORHANDLINGSSJEF

Da Hege Munthe begynte i den nye jobben som forhandlingssjef hos Ergoterapeutene, stengte hele samfunnet ned på grunn av pandemien. – Det jeg gleder meg mest til nå, er å holde fysiske tillitsvalgtkurs og møte mine nye kollegaer, sier hun.

Hege Munthe er forhandlingssjef i Ergoterapeutene. – Jeg vet godt hvor skoene trykker hos ergoterapeuter, sier hun.

Av Else Merete Thyness

Hege Munthe er opprinnelig Asker-jente, men da hun var åtte år, overtok faren odelsgården, og familien flyttet til Sogndal. Her bodde hun til hun var 16. Da startet hun på skigymnas i Oppdal.

– Det var en spennende tid. Du blir fort voksen når du må klare alt selv fra å smøre matpakker til å preppe ski og samtidig følge opp skolearbeid, sier hun.

Etter videregående bodde hun flere år i Tyskland, først som au pair og senere som student

ved fysioterapeututdanning i Dresden.

– Da jeg kom hjem igjen til Norge, startet jeg opp som helprivat fysioterapeut, men etter hvert fikk jeg en 50 prosent stilling i Bøler bydel. Mesteparten av denne stillingen var knyttet til rehabiliteringsavdelingen ved Langerud sykehjem, og jeg har jobbet med rehabilitering hele min yrkeskarriere.

ORGANISASJONSARBEID

I 2010 ble Hege hovedtillitsvalgt i sykehjemsetaten, og i 2012 ble

hun hovedtillitsvalgt i Oslo. Dette året tok arbeidstakerorganisasjonene LO, YS og Unio ut over 25 000 ansatte i stat og kommune i en streik som startet i slutten av mai.

– Dette var mitt første møte med Unio. Jeg satt i konfliktberedskapsutvalget for Oslo kommune. I 2013 ble det et nytt møte, da satt jeg i forhandlingsutvalget.

I 2014 deltok hun på Genève-skolen, et fire ukers kurs som starter med en langhelg med opplæring om internasjonale

– PÅ DE SISTE SIDENE –

arbeidsforhold i Stockholm og fortsetter med fire uker i Genève under ILO-konferansen (The International Labour Conference).

– Dette var en fantastisk opplevelse. ILO er FNs organisasjon for arbeidslivet, og de arbeider med å sikre arbeideres rettigheter verden over. Under konferansen fikk jeg høre mange sterke historier om hvordan arbeidere i andre land har det. Det var mange som ønsket seg den nordiske modellen med trepartssamarbeid, der alle tre partene gjennom gode diskusjoner blir enige om hvordan arbeidslivet skal se ut.

VENDEPUNKTET

Så skjedde det som skulle bli et vendepunkt i livet hennes – hun ble alvorlig syk.

– I 2015 ble jeg diagnostisert med Addisons sykdom som skyldes ødeleggelse av binyrenes barkvev. Dette førte til at jeg må gå på livsviktige medisiner resten av livet, men med medisiner fungerer jeg helt som normalt.

Omtrent samtidig ønsket sykehjemsetaten at fysioterapeuter og ergoterapeuter skulle gå i turnus.

– I min situasjon var det for slitsomt å starte med turnusarbeid. I stedet fikk jeg muligheten til å jobbe i Norsk Fysioterapeutforbund som rådgiver med lønn og arbeidsforhold. Jeg jobbet også en periode i fagavdelingen, og jeg ble hos fysioterapeutene til jeg søkte jobb hos Ergoterapeutene.

FORHANDLINGSSJEF

Hun mener stillingen som forhandlingssjef er både variert og interessant.

– Denne typen jobber vokser ikke på trær. Samtidig krever den spisskompetanse, og jeg har blant annet god erfaring fra KS og Oslo kommune. Dessuten liker jeg nye

utfordringer – det henger nok igjen fra alpinistkarrieren.

Hun synes også det er et pluss å jobbe med ergoterapeuter.

– Ergoterapeuter og fysioterapeuter jobber tett sammen. Jeg vet godt hvor skoen trykker hos ergoterapeuter, og kan lett sette meg inn i medlemmenes problemstillinger.

Arbeidsoppgavene hennes handler hovedsakelig om lønn og arbeidsvilkår for medlemmene, kursing av de tillitsvalgte og lønnsforhandlinger.

– Samarbeid med de andre Unio-organisasjonene er en annen viktig bit, blant annet holder vi felles tillitsvalgtkurs med Norsk Fysioterapeutforbund. En gang i uken møter jeg også de andre forhandlingssjefene i Unio. Dette er en god møteplass, hvor jeg får større innsikt og bedre samarbeid på tvers av Unio-forbundene.

Det beste med jobben mener hun er muligheten til å bistå andre mennesker, gi dem råd og se at de blir glade for hjelpen de får.

– Jeg blir engasjert når jeg hører om arbeidsgivere som ikke holder seg til avtaleverket. Da får jeg lyst til å reise ut i kommunen og fortelle dem om reglene i arbeidslivet. Både arbeidsgiver og arbeidstaker må forholde seg til de lover og regler som ligger til grunn.

KORONAFAST

For tiden jobber hun hjemmefra, noen ganger sammen med to tenåringsgutter på 14 og 17 år. De har delvis digital skole, avhengig av hvilket fagenivå skolene deres er på.

– Det var utfordrende å starte opp i ny jobb og gå rett på hjemmekontor. Jeg skulle gjerne blitt bedre kjent med både mine nye kollegaer og med medlemmene.



Ergoterapeutenes nye forhandlingssjef var en dreven alpinist.



i 2014 deltok Hege Munthe på Geneve-skolen.

Hun forteller at koronapandemien har ført med seg flere problemstillinger for medlemmene, som endret arbeidstid og arbeidsoppgaver.

– Medlemmene våre har jammen stått i det. Det er ikke bare sykepleierne som har støtt på utfordringer.

Nå gleder hun seg til hverdagen blir mer normalisert.

– Jeg gleder meg til å treffe kollegaer og til å holde fysiske tillitsvalgtkurs. Vi har også planer om å utvide tilbudet til de tillitsvalgte. Et forslag er «Lønn til lunsj», en variant av «Fag til lunsj». Jeg tror det blir fint for de tillitsvalgte med et lavterskeltilbud på Teams der de kan bygge nettverk, avslutter hun.

Nytt digitalt kurs: Ergoterapeuter og førerkortvurdering



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

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

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

MODUL 1: ERGOTERAPEUTER OG FØRERKORTVURDERING.

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

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

Oppstart september 2021. Deltakerne får lenke og tilgang til kurset med litteratur og videoforelesninger.

I slutten av september 2021 vil det bli arrangert et livearrangement der forelesere og kursdeltakerne møtes på Teams.

Pris for medlemmer kr 2000, tillitsvalgte kr 1000, ikke-medlemmer kr 4000.

Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.

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

P-Drive er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse. Deltakerne må ha gjennomført modul 1 eller deltatt på det tidligere kurset «Ergoterapeuter og førerkortvurdering».

Modulen er meritterende for spesialistordningen med 30 timer som ergoterapifaglig kurs.

Oppstart 15. mars 2022. Deltakerne får lenke og tilgang til kurset med litteratur og videoforelesninger.

Det vil bli arrangert et oppstarts- og et oppsummerings-livearrangement, der forelesere og kursdeltakerne møtes på Team. Dato for disse arrangementene kommer senere

Pris for medlemmer kr 3000, tillitsvalgte kr 1500 og ikke-medlemmer kr 6 000.

P-Drive-manualen er inkludert i kursavgiften.

Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.

Kalibrering

Etter det første året med vurderinger vil deltakerne ha mulighet for kalibrering og kalibreringssertifikat med ytterligere 15 timer meritterende til spesialistordningen.

Følg med i kurskalenderen.



1.BEHANDLING/TRENING
0330
HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING
CYPROMED AS

Vikaveien 17, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 44 33, fax: 62 57 44 34
wes@cypromed.no www.cypromed.no
Elektriske varmemidler for alle.
MINITECH AS
Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 78 00, fax: 62 57 77 51
mail@minitech.no www.minitech.no
Elektriske varmemidler til barn og voksne

0333

Antitrykksårhjelpe midler/
trykkløstbyggende hjelpe midler
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
TOGEMOMEDICALSUPPLY AS
P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11
company@mail.togemo.no
Dekker alle behov for trykkavlastning

0348
BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR
BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpe midler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0606/0612/0618 ORTOSER
OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo
Tlf.: 23 14 26 00, fax: 23 14 26 56
info@ottobock.se www.ottobock.no
Ortoser blir bra!

0630
PROTESER
NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 44 44, fax: 62 57 44 45
nto@ortonor.no www.ortonor.no
Spesialist i armproteser.

3. PERSONLIG STELL OG KLÆR
0903
KLÆR OG SKO
ØYTEX AS

6917 Batalden
Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77
post@oytex.no www.oytex.no
Uteklær for rullestolbrukere
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona tørkler, Arcona smekker

0909
HJELPEMIDLER FOR
AV- OG PÅKLEDNING

Ronda Hjelpe midler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0912

Hjelpe midler ved toalettbesøk
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpe midler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0912 B
HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK

BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpe midler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0933
HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

BARDUM AS
Tlf.: +47 64 91 80 60
post@bardum.no www.bardum.no

ERGOGRIIP AS

Skeistøa 199, 5217 Hagavik
Tlf.: 92209399
aase.rokne@ergogrip.no www.ergogrip.no
Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer servanter
Ronda Hjelpe midler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf.: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

0933 B
HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpe midler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

Y 1
YRKESKLÆR/SKO
4. FORFLYTNING
1203/1206
GANGHJELPEMIDLER

BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
EASYWALK
Tlf. 64808062
post@easywalk.no
www.easywalk.no
FOLLO FUTURA AS
Brekkeveien 43, 1430 ÅS
Tlf.: 64 94 21 65
www.follo-futura.no
Gåbord
Ronda Hjelpe midler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf.: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

Her finner du leverandører til helsesektoren, sortert etter type produkt firmaet selger.

Kr. 1.210,- per år for fire linjer for første produktgruppe.

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

Rabatt kan avtales ved flere oppføringer. Beløpet faktureres md 50% 2 ganger i året.

Oppføringene inkluderer og oppføringer på internett, <http://www.ergoterapeuten.no/produktregister>

- PRODUKTREGISTER -

1218

SYKLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89

www.alurehab.no

Sykler - man. og el.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1221

RULLESTOLER - MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89

www.alurehab.no

Rullestoler - man. og el.

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59

firmapost@permobil.com

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Ers Roltec BOA2

1221 B

RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89

www.alurehab.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59

firmapost@permobil.com, www.permobil.com

PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo

post@picomedmobility.no

www.picomedmobility.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1224

TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89

www.alurehab.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59

firmapost@permobil.com, www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona benløfter og Arcona løftestropp

1236

LØFTEHJELPEMIDLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60

post@bardum.no www.bardum.no

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

Tlf.: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17

post@hcn.no www.hcn.no

Leverer Roomer takheis - fra rom til rom uten

gjennomgående skinne

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona benløfter

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGING

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT

armstøtte

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

1803

BORD

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal

Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1812

SENGER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE

TILSATSER TIL MØBLER

1818

STØTTEANORDNINGER

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

– PRODUKTREGISTER –

1821

DØR-, VINDUS- OG GARDIN- ÅPNERE/-STENGERE

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEISER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar
Tlf.: 95 76 10 00, faks: 62 51 85 01
www.accesstrappeheiser.no
eva@accessvital.no
Heiser: Løfteplattformer,
Trappeheiser og Ramper

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra
individuelle behov

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/

VARSLING

(Se også 0342, og 10. Hjelpemidler for barn)

2103

OPTISKE HJELPEMIDLER

2109

TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
tobii dynavox
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen
Tlf.: 55 55 10 60
E-post:sales.no@tobiidynavox.com
www.tobiidynavox.no

2110 KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64 91 80 60
post@bardum.no www.bardum.no
COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no
MYLIFEPRODUCTS AS
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo
Tlf: 92631425
post@mylifeproducts.no
www.mylifeproducts.no
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

1527

IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler

Randbergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
GN RESOUND AS
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord
Tel: 33473347, fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2139

LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2142

SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
COGNITA AS
Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no
GN RESOUND AS
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no
tobii dynavox
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen
Tlf.: 55 55 10 60
E-post:sales.no@tobiidynavox.com
www.tobiidynavox.no

2144

GYNGETERAPI

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vekttdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
2145 Høreapparater

2146

HØRSELTEKNISKE HJELPEMIDLER

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2147

SOVEHJELPEMIDLER

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vekttdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Kastanjedynen, Arcona posisjoningsputer,
Askle posisjoningsputer, Inmutouch

- PRODUKTREGISTER -

2148

VARSLINGSHJELPEMIDLER

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

E-post: mona@cognita.no www.cognita.no

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50

info@gnresound.no www.gnresound.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Varsling

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2149

POSISJONERINGSPUTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60

post@bardum.no www.bardum.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona posisjoneringsputer,

Asklø posisjoneringsputer

2151

ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2221

BETJENINGSHJELPEMIDLER IKT

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

E-post: mona@cognita.no www.cognita.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01

access@access-gruppen.no

www.accessgruppen.no

Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2418

GREPTILPASNINGER OG HJELPEMIDLER

SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER

HÅND- OG/ELLER FINGERGREP

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51

post@picomed.no www.picomed.no

3003

LEKER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

3006

SPILL

BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60

post@bardum.no www.bardum.no

3009

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80

www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

(For andre hjelpemidler for barn, (Se også

3.Personlig stell og Klær og 4. Forflytning.)

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,

Krabatskjerf, sikleskjerf

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER

FOR BARN

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

– PRODUKTREGISTER –

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

B.ROL

ROLLATORER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50,

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng, Arcona reiseseng

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51

post@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg, 5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/Sansemotorikk, Kastanjedynen, Inmutouch

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no



★
Prisforhandlet
i flere
størrelser



+ Flere girvalg

+ Kontroll på bredden

+ Lavt innsteg

+ Optimal sittestilling

+ Fulldemping

★ Se bardum.no eller Hjelpemiddeldatabasen for flere prisforhandlede sykler

AKT 26

Stønad til aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år.

Aktivitetshjelpemidler er hjelpemidler som er spesielt utviklet for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i aktivitet alene eller sammen med andre.

(Kilde: regjeringen.no)

Trehjulssykkelen som gir deg en aktiv hverdag

Scorpion er en serie tøffe fulldempede sittesykler med tre hjul og fantastisk komfort og fremkommelighet. Det tilbys mange ulike seter i forskjellige høyder og bredder til Scorpion-syklene for å sikre optimal sittestilling og komfort for brukere i alle størrelser.

Scorpion er et glimrende valg for brukere som skal ferdes på ulike veier og underlag. Med solide dekk og enestående uavhengig demping får du god fremkommelighet i svært variert terreng 📌

Med fs 20 har vi nå også en fulldempet juniormodell!

Bardum

☺ Vi har gode smittevernrutiner som sikrer trygge utprøvinger. Vi tilbyr også digitale visninger om ønskelig.