

# ergoterapeuten

ÅRGANG 63 • 6 – 2020

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



## **Temanummer om ergoterapi og bærekraft**

# ergoterapeuten

**Redaktør** Else Merete Thyness

**Mobil** 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

**Fagredaktører** Unni Sveen,

Ruca Maass og Eva Magnus

Vitenskapelige artikler sendes til:

vitenskap@ergoterapeutene.org

## Annonser

Erik Sigurdssøn

**Mobil** 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

## Annonsefrister / utgivelse

Nr. 1 – 1. feb / 27. feb

Nr. 2 – 1. april / 30. april

Nr. 3 – 1. juni / 30. juni

**Trykkeri** 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

**Design** Fete Typer

**Layout** Else Merete Thyness

## Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Linda Stigen / 93 22 30 19

Marte B. Størseth / 23 07 29 00

Susanne Følstad / 91 53 78 27

Skender E. Redzovic / 73 55 92 29



## Norsk Ergoterapeutforbund

**Adresse** Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

**Telefon** 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

**Generalsekretær/fagsjef**

Toril Laberg

**Forhandlingssjef**

Hege Munthe

**Organisasjonssjef**

Karl-Erik Tande Bjerkaas

**Seniorrådgiver**

Anita Engeset

**Seniorrådgiver**

Solrun Nygård

**Advokat**

Berit Førli

**Controller**

Tove Olsen

**Controller**

Snorre A. Nergaard

**Sekretær**

Kristin Pedersen

## Forbundsstyremedlemmer

Tove Holst Skyer, forbundsleder

Tonje Hansen Guldhav, nestleder

Heidi Elisabeth Fløtten

Mariette Elise Gjerde

Judith Ekerhovd

Kathrine Færeststrand

Kamilla Lemb Herbjørnsen

Siv Iren Gjermstad

Kristin Haugen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

1. vararepresentant Karina Kolnes

2. vararepresentant Ingjerd Elisabeth Valbekmo

June Rondestvedt, varamedlem

Tori Almaas, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

Yvonne Daus Børslid, varamedlem

Monica Frovik, varamedlem

Ane Larsen Mjøen, varamedlem

Jane Helen Sveen, varamedlem



6



12



62



90

---

## REPORTASJE

### **6 Hvordan arbeide bærekraftig?**

Av Else Merete Thyness

---

## NY ARENA

### **10 Jobber som fagkoordinator med friskliv og mestring**

Av Else Merete Thyness

---

## KRONIKK

### **12 Menneskerettigheter er miljøvennlig**

Av Ingrid Thunem

---

## FORBUNDET

### **14 Ikke legg landsmøteprogrammet til resirkulering – ennå!**

Av Tonje Hansen Guldhav

### **16 Notiser**

### **19 Møt det nye forbundsstyret**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

### **20 Ergoterapeutenes forbundsstyremedlemmer**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

### **22 Tannhelseforsikring**

Av Roar Hagen

### **24 Rekordmange søkere**

Av Anita Engeset

### **26 Årshilsen fra Ergoterapistudentenes landsstyre**

Av Renée Ivonn Nord

---

## FAGLIG

### **28 Hvordan bidrar ergoterapeuter til å nå FNs bærekraftsmål**

Av Nils Erik Ness og  
Tove Holst Skyer

### **34 Greta, Gro och alla världens arbetsterapeuter**

Av Ida Kählin

### **38 Universell utforming gir bærekraft**

Av Tove Holst Skyer

### **42 Hållbar ergoterapi**

Av Magnus Zingmark

### **46 Økt kunnskap – bedre praksis**

Av Anne Bough Wisnes og  
Gunhild Grue

### **56 Et framtidsrettet og bærekraftig hjelpemiddelsystem**

Av Marthe Sørsum Aas,  
Vegard Forøy, Kristin Horn  
og Trygve Kalvenes

### **60 Vil digitalisering revolusjonere hjelpemiddelformidlingen?**

Av May Britt Blymke og  
Alf Inge Solbakken

### **62 Ergoterapeututdanningen i Tromsø fyller 30 år**

Av Vår Mathisen, Gunn  
Nilsskog, Marianne Olsen,  
Astrid Vekve Nymo, Lene  
Angell Åsli, Mari Hepo-oja  
og Rita Jentoft

### **72 Sharing is caring**

Av Malin Eerola

---

## VITENSKAP

### **76 Tid brukt på daglige aktiviteter og alkoholbruk**

Av Marte Slemskogen Hartz  
Moe, Randi Wågø Aas og  
Mikkel Magnus Thørrisen

---

## AKTUELT

### **88 Grønt skifte krever de beste virkemidlene**

Av Jon Olav Bergene og  
Inger Marie Hagen

---

## PÅ DE SISTE SIDENE

### **90 Dette mener Ergoterapeutene om bærekraft**

Av Else Merete Thyness

---

## ANNONSER

### **92 Kurs- og stillingsannonser**

### **95 Produktregister**

## En bærekraftig framtid

**Koronakrisen har vist oss hvilken omstillingsevne som bor i oss mennesker. I løpet av noen få døgn flyttet vi arbeidsplassene våre hjem, etablerte hjemmeskole for ungene våre og holdt møtene våre på Teams. Kanskje kan korona gi oss en grønn omstart?**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

**Det var en milepæl** da FN-landene i 2015 ble enige om de 17 målene for bærekraft som kalles Agenda 2030. Nå hadde vi en felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringen. Vi var forpliktet til å dra i samme retning.

Ergoterapeutene har hatt bærekraft i landsmøteprogrammet sitt siden 2017 og har satt som hovedmål at forbundet skal arbeide for et inkluderende og bærekraftig samfunn. Forbundet peker på at dersom bærekraftsmålene skal nås innen 2030, må helse- og velferdstjenestene dreies mot tjenester som utløser ressurser, og det må legges vekt på forebygging, mestring og deltakelse. Ergoterapeuter er nyttige aktører i dette paradigmeskiftet fordi fagets kjernekompetanse nettopp er samspillet mellom mennesker og deres aktiviteter og omgivelser.

Brundtland-kommisjonen sammenlignet i sin tid bærekraft med en stol som sto på tre ben: økonomisk bærekraft, miljømessig

bærekraft og sosial bærekraft. Dersom du mangler ett ben, så velter hele stolen.

Ergoterapeuter bidrar innenfor alle disse tre områdene, noe dette temanummeret viser klart: Ergoterapeuter arbeider med forebygging, helsefremming, rehabilitering, universell utforming og digitalisering, for å nevne noe, og ergoterapi er samfunnsøkonomisk. En stor takk til alle som har bidratt til dette bladet! Jeg har lært mye, og det håper og tror jeg andre vil gjøre også.

Kanskje har korona gitt klimasaken en nødvendig dytt. Færre flyreiser og mindre biltrafikk har gjort luftkvaliteten bedre, og to norske undersøkelser viser at folk kaster mindre mat etter korona-utbruddet.

De fleste av oss har også fått en (ufrivillig) timeout der vi har kunnet reflektere over hvilke aktiviteter vi vil opprettholde, og hvilke som ikke er bærekraftige framover.

Godt, nytt, bærekraftig år til alle!





**TOVE HOLST  
SKYER**  
Forbundsleder

## Ergoterapi gir bærekraftige helse- og velferdstjenester!

**Jeg kan knapt tenke meg** en viktigere ressurs enn innbyggerne selv, og jeg kan knapt tenke meg en faggruppe som bidrar mer til å utløse de ressursene enn oss ergoterapeuter.

Det er viktigere enn noen gang at politikere og ledere prioriterer tjenester som utløser ressurser og bidrar til bærekraft. Det er viktigere enn noen gang at det forebyggende, helsefremmende, habiliterende og rehabiliterende feltet styrkes. Det er viktigere enn noen gang at vi ergoterapeuter synliggjør hvordan vi er en del av løsningen på samfunnets utfordringer.

Den demografiske utviklingen med flere eldre er allment kjent. I tillegg får vi færre yrkesaktive i forhold til pensjonister. Nå har vi

fått en pandemi på toppen av det hele. Covid-19 har gitt etterslep i helse- og velferdstjenestene og har forsterket presset på kommunenes og sykehusenes ergoterapiressurser. Paradigmeskiftet til ressursutløsende og bærekraftige helse- og velferdstjenester kan ikke komme fort nok, men det vil ikke komme av seg selv. Det vil kreve en tydelig prioritering av ressursutløsende kompetanse.

Bærekraftig utvikling blir snakket om over alt, innen alle samfunnsområder. Men altfor få snakker om det som ikke dreier seg om klima og miljø. Vårt samfunnsoppdrag som ergoterapeuter er å fremme aktivitet og deltakelse for innbyggerne. Det betyr å sørge for at ingen blir stående utenfor.

Tenk over det. Rams opp alle typer stillinger hvor du kjenner til en ergoterapeut. Det er ikke få. Uansett hvor vi jobber, dreier oppgavene seg om å utløse noens ressurser: Klare seg selv. Mestre lek, skole, jobb, fritidsaktiviteter, sosial deltakelse og relasjoner. Vi legger til rette for et samfunn som har plass til alle.

Dette temanummeret om bærekraft vil forhåpentligvis både bevisstgjøre og inspirere deg. Sammen skal vi bli tydeligere og bedre til å synliggjøre og utvikle ergoterapeuters bidrag til et bærekraftig samfunn og til bærekraftige helse- og velferdstjenester. La oss kalle det en vinn-vinn-situasjon. Det bidrar til å løse samfunnets utfordringer, og det bidrar til aktivitet og deltakelse for alle.

# HVORDAN ARBEIDE BÆREKRAFTIG?

**Bærekraftig utvikling handler om at mennesker som lever i dag, får dekket sine behov uten å ødelegge framtidige generasjoners mulighet til å dekke sine. – Bærekraftbegrepet har en sosial, en økonomisk og en miljømessig komponent. Vi kan bidra innen alle disse områdene, blant annet gjennom folkehelsearbeid, sier Ergoterapeutenes nestleder Tonje Hansen Guldhav.**

Av Else Merete Thyness

**G**od folkehelse utløser ressurser hos befolkningen. Det er billigere å fremme bedre helse for alle og forebygge for risikogrupper enn å «reparere» senere. Samtidig kan reelle deltakelsesmuligheter for alle bidra til å utjevne sosiale forskjeller ved at flere fullfører skole eller kommer seg i betalt arbeid.

– Sosioøkonomisk status er en av de viktigste faktorene for helse målt i leveår, og arbeid er i seg selv en helsefremmende faktor. Her er det mange elementer som henger sammen. Nettopp derfor er folkehelsearbeid et tverrfaglig, tverrsektorielt og tverretattlig arbeid som må inkludere hele samfunnet vårt. Det handler om strukturene, systemene, mulighetene, omgivelsene og holdningene våre. Folkehelsearbeid er helt nødvendig for at vi skal få bærekraftige helse- og velferdstjenester, sier Hansen Guldhav.

## AKTIVITET OG DELTAKELSE

– *Hva er ergoterapeutenes viktigste bidrag innenfor folkehelse?*

– Vi fremmer folkehelsen når vi tilrettelegger for meningsfull aktivitet og deltakelse. Her kommer vår kjernekompetanse til sin rett.

Vår forståelse av det dynamiske samspillet mellom aktivitet, person og omgivelser, og av hvordan dette fremmer eller hemmer deltakelse, er sentral.

Hun peker på at universell utforming er en forutsetning for at alle skal kunne delta.

– Både omgivelser og tjenester må være tilgjengelige, forståelige og anvendbare. Jeg mener vår kunnskap om funksjonsvariasjoner og hvordan omgivelsene fremmer eller hemmer sikker, effektiv, selvstendig og kvalitetsmessig aktivitetsutførelse, bør med i planleggingen av både uteområder, bygg og samfunn.

Som eksempel nevner hun at dersom den elektriske uterullestolen lagres og lades ute, må det sikres godt markert og framkomlig gangvei til der den står.

– Da tar vi hensyn til sikkerhet, effektivitet og selvstendighet, noe som kan bidra til at det er større sjanse for at aktivitet forekommer. Det kan igjen generere fysisk aktivitet, selvstendighet og sosial deltakelse. Det er ikke sikkert det er så store barrierer som skal minimeres før det utgjør en forskjell. Disse små, men viktige elementene kan bidra til helse og

livskvalitet samt utløse ressurser hos innbyggerne våre. Her må vi by på kompetansen vår.

## FOREBYGGING

Forebyggende arbeid retter seg i større grad mot risikogrupper. Her er det en tydelig sammenheng mellom leveår og sosioøkonomisk status. For eksempel viser det seg at barn fra fattige familier, mennesker med innvandringsbakgrunn og personer med nedsatt arbeidsevne er ekstra utsatt.

– Også her tenker jeg innsatsen handler om å muliggjøre deltakelse, enten det er i hverdagslige hjemmeaktiviteter, i barnehage, skole, arbeidsliv, organisasjonsliv, kultur eller andre fritidsaktiviteter. Veien dit avhenger av behovene og ønskene til gruppen vi jobber med, og hvilke miljøer de trenger og ønsker å delta i. Denne personsentreringen brukes i alt folkehelsearbeid og er en selvfølge for ergoterapeuter.

Hun finner mange gode eksempler på forebyggende innsats hvor ergoterapeuter er med.

– Ergoterapeuter jobber i skoler, helsestasjon- og skolehelse-tjeneste, frisklivsentraller, helses-



– Folkehelsearbeid er helt nødvendig for en bærekraftig helse- og velferdstjeneste, sier Tonje Hansen Guldhav.

tasjon for eldre, «Beste årgang», forebyggende hjemmebesøk, ulike gruppetilbud og lavterskeltilbud, for å nevne noen. Hvilke tilbud som er relevante, avhenger av den aktuelle befolkningen. Det er ikke sikkert Trondheim og Mosjøen kommune har de samme behovene. Folkehelseinstituttet har gode oversikter over folkehelsestatusen i kommunene. De kan være fine å ta utgangspunkt i, sier hun.

### **TIDLIG INNSATS**

Ett av hjertebarne til Tonje Hansen Guldhav er Tidlig innsats i helsetjenestene.

– Helsearbeidere kommer alt for ofte for seint inn med innsatsen sin. Jeg tør påstå at dette gjelder mange områder. Her har ergoterapeuter en viktig rolle i å argumentere for nødvendigheten av kompetanse som kan fange

opp aktivitets- eller deltakelsesvansker tidlig. Får vi adressert vanskene raskt, er det større mulighet for å forebygge at aktivitetsubalansen preger helsen i for stor grad. Det er lettere enn å endre godt etablerte vaner eller barrierer som bringer uhelse. Dette gjelder for hele livsløpet. Jeg skulle ønske det var tverrfaglige team på legekantorene. Der tror jeg potensialet er stort for å fange opp flere tidlig, i alle aldre.

### **UTJEVNE SOSIAL ULIKHET**

– *Hvordan kan ergoterapeuter jobbe for å utjevne sosial ulikhet?*

– Vi kan arbeide for retten til å delta, bidra i det forebyggende, helsefremmende, rehabiliterende og habiliterende arbeidet, samt argumentere for tidlig innsats. På denne måten fremmer vi deltakel-

sesmuligheter, som igjen kan gi mer sosial rettferdighet gjennom eksempelvis integrering, fullført skolegang og arbeidsdeltakelse.

Hun peker på at ergoterapeuters ressursutløsning også bidrar til økonomisk bærekraft.

– For eksempel er arbeidsdeltakelse en sosial helsedeterminator samtidig som den generer verdier for samfunnet, og tidlig innsats kan bidra til lavere pleiekostnader gjennom egenmestring og selvstendighet. Vi kan også benytte kompetansen vår på å fremme klimavennlige aktivitetsvaner i et folkehelseperspektiv. Det kan handle om å gjøre gang- og sykkelveier tilgjengelige og fremme miljøvennlige aktiviteter som kildesortering. Ergoterapeuter er med andre ord viktige bidragsyttere for et bærekraftig samfunn, på flere områder!



– Ergoterapeuter kan også inkludere et økologisk perspektiv i sitt arbeid, sier Petra Wagman.

## Ergoterapi og økologisk bærekraft

Petra Wagman er ergoterapeut, forsker og førsteamanuensis ved Jönköping University i Sverige. Hun er også hovedforfatter av den oppdaterte versjonen av det svenske ergoterapiforbundets hefte «Bærekraft – ergoterapi kan gjøre en forskjell».

– Med dagens situasjon har alle et ansvar for økologisk bærekraft. Det gjelder både som privatpersoner og som arbeidstaker. I arbeidslivet kan vi bli mer oppmerksomme på å stille oss selv spørsmål som «hva er den sosiale konsekvensen av min profesjonelle beslutning?» og «hvilken kostnad har den for miljøet?» Her skiller ikke ergoterapeuter seg ut. Det spesielle med vår profesjon er kunnskapen om hverdagsaktiviteter, og det at vi er vant til å arbeide med forandringer i aktivitetsmønstre. Å støtte en bærekraftig utvikling kan være

en motivasjon for endring, og her kan vårt aktivitetsperspektiv komme til nytte – i samarbeid med andre profesjoner. Mange aspekter innenfor bærekraft, som klimændringer, forbruk og produksjon, er relatert til menneskelig aktivitet. Dermed kan ergoterapeuter gi viktige bidrag til en bærekraftig utvikling, sier hun.

– *Hvordan kan ergoterapeuter konkret legge til rette for økologisk bærekraft?*

– Vi kan inkludere et økologisk perspektiv i vårt arbeid på flere områder, og et av dem er universell utforming av boliger. Hvis vi kommer tidlig nok med i planleggingen, kan de utformes slik at mennesker i alle aldre og med funksjonsnedsettelse kan bo der, uten spesielle tilpasninger eller at de må flytte. Det samme gjelder offentlig kommunikasjon. Det må være tilgjengelig for alle så det blir lett å foreta bærekraftige valg dersom man ønsker det.

Hun mener at ergoterapeuter bør ha i bakhodet at for mange mennesker er det viktig å ha en økologisk bærekraftig livsstil, som å sortere søppel og prioritere offentlig kommunikasjon framfor bil.

– Vi kan ha med denne dimensjonen i vårt arbeid når vi sammen med brukeren velger hvilke aktiviteter vi skal arbeide med, slik at de har muligheten til å leve i samsvar med sine verdier også i det aspektet.

En tredje måte ergoterapeuter kan bidra til bærekraft, er ved å søke seg til utradisjonelle stillinger som gir mindre økologiske fotavtrykk. Som eksempel nevner hun virksomheter som Fretex, som både er en arbeids- og inkluderingsbedrift og en second-hand-kjede.

– Denne typen virksomheter bidrar til et bedre miljø gjennom salg av brukte klær og gjenstander, og gir arbeidstrening til folk som ellers ville hatt problemer med å få seg en jobb.

Hun har selv undervist i ergoterapi og bærekraft og mener det bør komme inn som et tema i utdanningen.

– Jeg tror at mange ergoterapeuter er interessert i bærekraft privat, men at ikke alle har tenkt på dette perspektivet i sitt arbeid – hvilken kompetanse de besitter og den nytten de kan gjøre.

## Ergoterapi og helseøkonomi

Rapporten *Ergoterapi og helseøkonomi* (Occupational therapy and Health economics) er et resultat av samarbeidet mellom ergoterapiforbundene i Danmark, Finland, Island, Sverige og Norge og nordiske forskere. Målet med rapporten er å fremme en grunnleggende forståelse for helseøkonomi og øke



## «Kjernen i helseøkonomi er at med begrensede ressurser kan vi ikke gjøre alt vi vil hele tiden.»

Magnus Zingmark

kunnskapen om den økonomiske nytten av ergoterapitiltak.

Rapporten består av tre kapitler. Det første er en kort introduksjon til de viktigste aspektene ved økonomisk evaluering som identifiserer, måler, evaluerer og sammenligner kostnader og effekter av forskjellige behandlinger. Kapittel to er en systematisk oversikt som ser på vitenskapelige bevis for kostnadseffektiviteten av intervensjoner som ergoterapeuter kan bruke for mennesker med psykisk uhelse. Kapittel tre er en litteraturstudie som viser kost/nytte-effekten av ergoterapeutisk intervensjon for eldre. Magnus Zingmark er forsknings- og utviklingsansvarlig i Östersund kommune og gjesteforsker ved Umeå universitet i Sverige. Han var hovedforfatter av denne artikkelen.

– Hva er helseøkonomi?

– Helseøkonomi handler om å få mest mulig helse for pengene. Med begrensede ressurser trenger vi metoder for å sammenligne hvilke effekter intervensjonen har for helsen, og hva de koster.

Han forteller at litteraturstudien viste at i flere land har ergoterapiintervensjon positiv effekt for eldres helse, og at de samtidig er kostnadseffektive.

– I denne typen studier er det vanlig å sammenligne en type intervensjon med en annen. Hvis man for eksempel skal undersøke kostnadseffektiviteten for brukere som får hverdagsrehabilitering, sammenligner man gjerne med

brukere som kun mottar hjemmetjeneste. De studiene som inngikk i vår oversikt, viste at ergoterapi ofte gir bedre helseeffekter og er billigere enn de intervensjonene ergoterapi ble sammenlignet med.

– Hvordan kan ergoterapeuter benytte denne rapporten?

– Det er særlig to måter ergoterapeuter kan bruke rapporten på. For det første er det lettere å kommunisere nytten av ergoterapi overfor politikere og de som tar beslutninger, når vi selv forstår helseøkonomi. For eksempel viser studiene at hverdagsrehabilitering fører til at individet kan utføre flere aktiviteter, som igjen påvirker behovet for pleie og omsorg. Hvis eldre mennesker ikke lenger trenger dyre helsetjenester, er det bærekraftig, forklarer han.

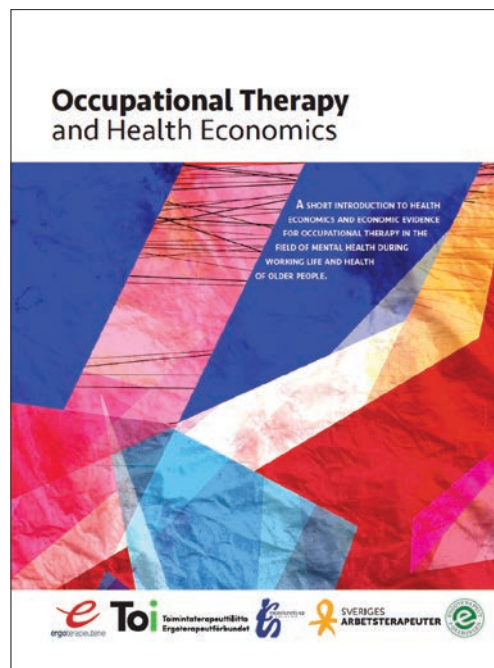
En annen måte ergoterapeuter kan benytte seg av rapporten på er i valget av intervensjoner.

– Ergoterapeuter velger ofte individorienterte intervensjoner, samtidig som gruppeintervensjoner kan vise seg å være mer bærekraftige. Gjennom å tenke helseøkonomisk blir vi mer bevisste på de aktivitetene vi velger. Kjernen i helseøkonomi er at med begrensede ressurser kan vi ikke gjøre alt vi vil hele tiden. Vi må finne metoder som hjelper oss å bestemme hva som gir mest nytte. Ergoterapi er bærekraftig fordi det utløser ressurser. Hvis det samtidig fører til lavere samfunnskostnader, er det win-win, sier Magnus Zingmark.



– Helseøkonomi handler om å få mest mulig helse for pengene, sier Magnus Zingmark.

Foto: Ulrika Paulsson.



Rapporten *Ergoterapi og helseøkonomi* (*Occupational therapy and Health economics*) er et resultat av samarbeidet mellom ergoterapiforbundene i Danmark, Finland, Island, Sverige og Norge.


**NAVN**

Thomas Wilhelm Andersen

**STILLING**

Fagkoordinator

**HVOR**

Fredrikstad kommune

## Jobber som fagkoordinator med friskliv og mestring

Av Else Merete Thyness

**– Hvor jobber du?**

– Jeg arbeider i Etat Friskliv og Mestring i Fredrikstad kommune. Etatens hovedoppgaver er å redusere forekomsten av livsstilssykdommer, angst, depresjon og rusmiddelproblemer, samt sørge for medisinsk rehabilitering, rehabilitering og sosial og psykososial oppfølging ut fra behov. Mye av arbeidet er enten forebyggende eller vi kommer inn med tidlig intervensjon.

**– Hvor lenge har du hatt jobben?**

– Jeg har arbeidet her i syv år.

**– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?**

– Noen av de oppgavene som vektlegges, er utredning, tjenestetutvikling og forbedrings- og kvalitetsarbeid. Et slikt arbeid kan ha mange uttrykk, men et godt eksempel er det nasjonale forbedringsarbeidet som kalles DigiHot.

DigiHot er et samarbeid mellom NAV og KS og dreier seg om digitalisering av hjelpemiddeformidlingen i NAV og kommunene. Dette er et forbedringsarbeid som bygger på «smidig» tilnærming. En smidig tilnærming baserer seg på at arbeidsomfanget deles opp i flere, mindre leveranser som utføres innen korte tidsrammer. Kvaliteten sikres gjennom kontinuerlig brukertesting og tilbakemeldinger som gir grunnlag for læring og endring. Hvis en ny tjeneste ikke tåler tilbakemeldinger fra brukerne, må den endres raskt eller legges ned.

For de kommunene som også arbeider med «Bruker og pasientsikkerhet 24/7», bygger dette på samme forbedringsmodell. Arbeidet med DigiHot glir derfor rett inn i kommunens øvrige forbedringsstrategi og arbeidsmodell, som jeg jobber mye med. Prosjektet skal utvikle en sømløs, digital plattform mellom partene innenfor hjelpemiddeformidlingen som skal:

- ivareta felles behov for dialog, innsyn, behovsmelding, vurdering, gjenbruk, utlån, sporing av hjelpemidler og koordinering av service/reparasjon
- utfordre dagens ansvarsdeling

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

– I en slik rolle og stilling vil det være mange andre oppgaver enn ergoterapifaglige. Lysten til

å gå fra det faglige og til ledelse og senere rådgiverrollen ble nok vekket da jeg tok videreutdanning i ergoterapi og allmennhelse. Dette var det første kullet Dorthe og Lena hadde, og her ble min interesse for det mer administrative arbeidet vekket. Ved å benytte min kompetanse og framsnakke mestring for bærekraft og brukere som ressurs, har jeg kunne bidra inn i mange spennende prosjekt og organisasjonsutviklinger.

**– Hvordan bidrar denne stillingen til en bærekraftig helse-tjeneste?**

– Ved å fremme aktivitet og deltakelse inn i organisasjonsutvikling, prosjekter og forbedringsarbeid på systemnivå kan en slik stilling bidra til en bærekraftig utvikling.

**– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?**

– Det handler om øyet som ser. Det vi som arbeidstakere tar med oss inn i arbeidet, preges ofte av kultur og utdanning. Som ergoterapeuter kan vi bidra med et mestringssyn og tro på menneskers evner og selvstendighet. Å kunne bidra slik er et privilegium, men kan til tider oppleves litt ensomt.

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

– Jeg er så heldig å være representant inn i KS ASSS Helse-tjenester. Dette er et samarbeidsforum som KS organiserer for de ti største kommunene. Gjennom dette nettverket treffer jeg ledere og andre ergo- og fysioterapeuter som har tilsvarende roller, ansvar og oppgaver. Å jobbe på tvers av storkommuner har vært



helt fantastisk og helt nødvendig. Det er ingen andre ergoterapeuter med tilsvarende rolle i min kommune.

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

– Absolutt. Det er et svært spennende arbeidsområde med mange muligheter. Å være leder var gøy, men ble preget av stort press i forhold til opprettholdelse av produksjon og oppfølging av ansatte. Som rådgiver kan man arbeide mer med utvikling,

prosjekt og fag. Beslutningsmyndigheten forsvant, dessverre, men det gjorde også driftsansvar. Dersom man ønsker å kunne bidra med utvikling og fag, er dette en fin måte å gjøre det på.

**– Hvordan forandret arbeidsoppgavene seg under koronapandemien?**

– I denne perioden ble det først og fremst hjemmekontor og digitale møter. I første fase var jeg med på å utvikle «sikker videokommunikasjon» sammen med Sunnaas og vår eHelse-avdeling.

Vi var en av de første som begynte å bruke Join.no (Norsk helsenetts løsning). Det var spennende å være med på å teste løsninger, lage prosedyrer og veiledere og gi opplæring til flere hundre ansatte via Teams.

Mange av de mer langsiktige utviklingsarbeidene ble satt på vent, og andre oppgaver ble prioritert. Målet om å opprettholde drift av god kvalitet på tross av restriksjoner bidro til et tettere samarbeid med tjenestene, og da særlig ergo- og fysioterapi-tjenestene.



*Fredrikstad kommune er en kommune i Viken fylke. Den ligger ved utløpet av Norges lengste elv, Glomma. Foto: Mostphotos.*

# Menneskerettigheter er miljøvennlig

**I 2019 fikk Norge sterk kritikk av FN fordi vi enda ikke har inkorporert funksjonshemmedekonvensjonen i lovverket. Det vil si at det er norsk lov som gjelder, selv når den bryter menneskerettighetene til personer med funksjonsnedsettelser.**

Av Ingrid Thunem

Norge anerkjenner ikke funksjonshemmedes rettigheter på lik linje med resten av befolkningen. Barne-, rase- og kvinnekonvensjonen er inkorporert, men ikke funksjonshemmedekonvensjonen (CRPD). Dette er ikke bare et problem for oss som har en funksjonsnedsettelse, men en stor utfordring for det norske samfunnet. Det er hele 104 000 personer med funksjonsnedsettelser som står ufrivillig utenfor arbeidslivet. Skal vi løse klimautfordringene som verden står overfor, er det stor enighet om at det kreves en klimadugnad. Skal vi komme i mål med dugnaden, må alle inviteres.

## GOD HELSE OG LIVSKVALITET

Det mest sentrale bærekraftsmålet for oss i Unge funksjonshemmede er nummer tre, «God helse og livskvalitet». Skal verden oppnå dette og løse framtidsutfordringene, må alle kunne bidra. Funksjonshemmede opplever ofte å ikke få jobben grunnet fordommer og manglende vilje til å tilrettelegge. Dette taper både enkeltindivider og samfunnet på. Mange av oss som har en funksjonsnedsettelse, er vant

til å møte motgang og barrierer. Dette kan gjøre oss svært løsningsorienterte og nytenkende, noe som burde gjøre oss til gode kandidater for å arbeide med de klimautfordringene samfunnet står overfor.

## PÅ SIDELINJEN

Arbeidsløsheten er større blant personer med funksjonsnedsettelser enn resten av befolkningen. Det er også en utfordring blant yngre med funksjonsnedsettelser at færre har høyere utdanning. Det kan se ut til at den tidligere trenden der flere med funksjonsnedsettelser tok høyere utdanning, har snudd. Årsakene til dette er nok sammensatte. Det kan handle om manglende assistanseordninger for høyere utdanning, begrensede muligheter for høyere utdanning dersom man mottar arbeidsavklaringspenger, og manglende tilrettelegging på studiet. Personer med riktig utdanning, som kunne ha bidratt til samfunnet, blir sittende på sidelinjen. Dette skaper utenforskap og manglende livskvalitet. I en ny undersøkelse fant Statistisk sentralbyrå (SSB) at ungdommer med funksjonsnedsettelser har

dårligere livskvalitet enn resten av befolkningen (<https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/livskvalitet-i-norge-2020>).

## UNIVERSELL UTFORMING

Det å skulle leve miljøvennlig og bærekraftig trenger ikke å være særlig krevende. Det snakkes ofte om de små valgene. En av utfordringene personer med nedsatt funksjonsevne møter når de skal være miljøvennlige, er mangelfull universell utforming. Når avisene til stadighet rapporterer om at busselskaper kjører fra personer i rullestol, blir det lettere å ta bilen.

Flere transportmidler er lite tilgjengelige, og mange opplever å måtte melde fra 24 timer på forhånd for eksempel når man skal ha med rullestol på flybussen. Det blir lettere å ta egen bil når du ikke kan stole på de miljøvennlige alternativene.

Jeg bruker selv elektrisk rullestol. Da jeg skulle ta nattoget fra Kristiansand til Oslo, var det så vidt plass til rullestolen min i sovekupeen. Det var en såkalt tilrettelagt kupé, men den hadde ikke tatt hensyn til at det også kreves gulvplass for forflytning til



*Ingrid Thunem er spesialrådgiver i Medvind Assistanse. Hun er andre vara i Unge funksjonshemmede.*



seng. Det ble lange timer sittende i rullestolen.

Manglende opplesning av holdeplassene eller skjermer med digitale trafikkopplysninger skaper barrierer for synshemmede og hørselshemmede. Mange ansatte i Vy og busselskapene gjør en kjempebra jobb. Men svært mange rullestolbrukere og andre med funksjonsnedsettelse opplever systematisk diskriminering når de forsøker seg på kollektivtrafikken. Denne typen diskriminering kan prege deg og gjøre noe med humøret. Det er derfor lettere å ta bilen i stedet for å møte hverdagsdiskrimineringen som ofte forekommer i offentlig transport.

De nye trikkene i Oslo er universelt utformede, og dette skaper en mulighet for at å reise kollektivt i større grad kan bli et valg også for dem av oss som har nedsatt funksjonsevne. Det kan ikke stoppe i hovedstaden. Hele landet trenger universell utforming av transportmidlene, slik at det blir mulig å ta grønne transportvalg for alle, uavhengig av om du har hjul eller ikke.

### LIKESTILLINGSVERKTØY

Når du har et assistansebehov, er du helt avhengig av at kommunen din anerkjenner ditt reelle behov. Brukerstyrt Personlig Assistanse (BPA) skal være et likestillingsverktøy som gir personer med store funksjonsnedsettelse mulighet til å leve frie liv. Vi i Unge Funksjonshemmede har hørt flere historier der kommunen stikker kjepper i hjulene for ungdommers ønsker om å bidra i klimadugnaden.

Ifølge en nylig rapport lansert av Uloba, opplever 42 prosent ikke å få tilstrekkelig med assistansetimer (<https://www.uloba.no/slik-fungerer-bpa-ordning>



*Hvis bussen kjører fra deg når du sitter i rullestol, blir det lettere å ta bilen.*

*Foto: Mostphotos/ Michael Erhardsson*

gen-i-norge/). En ung jente jeg snakket med, opplevde at det ikke var nok tid til at hun kunne kildesortere avfallet sitt. Det var heller ikke tid i vedtaket til å lage økologisk vegetarmat fra bunnen av. Hun måtte derfor ofte velge ferdigmat. Å reparere klær og gjenstander tar lengre tid enn bare å kjøpe nytt. Det er viktig at ungdom med funksjonsnedsettelse innvilges tilstrekkelig med BPA-timer, slik at de kan leve så miljøvennlig som de ønsker. Nettopp da blir BPA et likestillingsverktøy.

### INKLUDER ALLE

Skal Norge og verden nå sine bærekraftsmål, er vi helt avhengige av at hele befolkningen inkluderes. Det å inkorporere

menneskerettighetskonvensjonen til personer med funksjonsnedsettelse må være en prioritet, skal vi komme i mål. Mennesker som får oppfylt sine menneskerettigheter, har god helse og høy livskvalitet. Dette vil sikre FNs bærekraftsmål 3, samtidig som det vil åpne dørene for at flere av oss kan bli med i klimadugnaden, enten det er som privatperson eller i arbeidslivet.

Unge funksjonshemmede ønsker først og fremst å bli sett som den ressursen vi kan være. Klimadugnaden kan bare komme i mål når alle er med på laget. Bærekraftsmålenes mantra «Leave no one behind» kan kun oppnås ved å anerkjenne personer med nedsatt funksjonsevne. Sammen kan vi gjøre jorda grønnere.

## Ikke legg landsmøteprogrammet til resirkulering – enda!

**Jeg skal innrømme at landsmøteprogrammet var et ganske perifert dokument for meg før jeg ble tillitsvalgt. Selv om jeg pliktoppfyllende leste det, og syntes det var fornuftig det som sto, var jeg ikke god nok til å bruke det. Sånn er det kanskje for deg også?**

Av Tonje Hansen Guldhav

Programmet er både fra og til medlemmene. Det er et dokument som alle medlemmer kan dra nytte av. Det er bestillingen fra landsmøtet som sier noe om hvilken retning Ergoterapeutene skal gå, men det er også et dokument som forteller hvem vi er.

### LANDSMØTEPROGRAMMET ER MER ENN LESESTOFF

Landsmøteprogrammet har betydning for at vi skal nå våre mål, for vår troverdighet og vår gjenomslagskraft. Derfor er hvert enkelt bidrag så utrolig viktig!

For å bygge på dette lagspillet er landsmøteprogrammet sentralt. Det bidrar til felles språk, forankring og prioriteringer. Derfor, kjære medlemmer og tillitsvalgte, har vi valgt å sende ut landsmøteprogrammet i papirform med denne utgaven av bladet. Vent med å legge det til resirkulering, helst til tampen av 2023. Ta vare på det, og bruk det!

### STYRKER SELVTILLITEN TIL MEDLEMMER OG TILLITSVALGTE

Som lokal tillitsvalgt kunne jeg noen ganger være usikker på om det jeg skulle si var «riktig», og jeg hadde ved flere anledninger behov for å forankre budskapet

mitt. I slike situasjoner kan prinsippene i landsmøteprogrammet være til god hjelp.

Prinsippene beskriver hvordan Ergoterapeutene ønsker at samfunnet vårt, faget vårt, arbeidslivet og -betingelsene våre samt organisasjonen vår skal være. Disse prinsippene er vår rettesnor hele tiden, i alt Ergoterapeutene gjør. De beskriver på sett og vis vår drømmeverden.

Du kan bruke dem som utgangspunkt når du ønsker å påvirke og fremme et budskap, eller når du blir bedt om å mene noe om utspill fra arbeidsgiver eller andre.

Tar du utgangspunkt i landsmøteprogrammet, har du hele organisasjonen i ryggen! Vårt øverste organ har vedtatt de prinsipielle grunnverdiene i det du formidler. Det kan gi både selvtillit og trygghet.

### BIDRAR TIL Å GJØRE OSS TYDELIGE OG SYNLIGE

Strategiene i programmet beskriver prioriteringene og retningen Ergoterapeutene skal ta denne landsmøteperioden. Ut fra strategiene lager forbundsstyret hvert år en handlingsplan for *hele* organisasjonen vår.

Handlingsplanen utarbeides

i tett samarbeid med regionstyrene, som er det konkrete bindeleddet mellom forbundsstyret, medlemmer og tillitsvalgte.

Handlingene i handlingsplanen skal bidra til at hele organisasjonen målrettet drar i samme retning – den retningen Landsmøtet har vedtatt at vi skal gå. Når vi drar i samme retning, bidrar det til tydelighet og synlighet, slik at det blir lettere for andre å forstå hva vi mener og hva vi vil.

Er det noe du synes er viktig? Ta gjerne kontakt med regionstyret ditt, og følg med i din regionale Facebook-gruppe!



*Tonje Hansen Guldhav  
er Ergoterapeutenes  
nestleder.*



# FLERE NYHETER I NY KONTRAKT

## **Empulse** DRIVAGGREGATER

Redusert belastning og lenger rekkevidde! Finn det drivaggregatet som passer ditt behov best.



**NYHET!**

Empulse F55 med 14" hjul for bruk ute.



**NYHET!**

Empulse F55 med 8,5" hjul for bruk inne/ute.



Wheeldrive drivhjul med motor. Hjulene kan enkelt tas av og på for å bytte med dine vanlige drivhjul.

## **SPØR OSS OM MANUELLE RULLESTOLER OG DRIVAGGREGATER**

Ta kontakt med en av våre representanter i ditt distrikt så bistår vi med å finne den beste løsningen som dekker ditt behov.



**SUNRISE  
MEDICAL**

T: 66 96 38 00  
E: [post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)  
[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)

Sunrise Medical er stolte av å presentere ny aktiv rullestol, Quickie Nitrum!

LES MER OM VÅRE MANUELLE RULLESTOLER PÅ:

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



# NITRUM

ENERGY INTO MOTION



# Nasjonal veileder

GODE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL  
PERSONER MED UTVIKLINGSHEMMING

**Vi har gitt vårt høringssvar til «Nasjonal veileder – Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming».**

Målsettingen om å sikre deltakelse, funksjons- og mestringsevne og utvikling på egne premisser blir bare delvis fulgt opp i veilederens anbefalinger.

– Veilederen har store hull. Mestring av hovedaktivitetene i hverdagen, som for eksempel ADL og arbeid, må komme tydeligere fram i veilederen, skriver forbundsleder Tove Holst Skyer.

*Les hele høringssvaret på våre nettsider.*

## Rødt, gult eller grønt smittevernnivå?

Dokumentet «Ergoterapi og koronapandemien» inneholder råd til ergoterapeuter uansett smitte-trykk. Du finner det på hjemmesiden.

– Dokumentet kan benyttes i lokale vurderinger og i argumentasjon for å sikre at ergoterapeuters kjernekompetanse ikke blir nedprioritert i tider med stort behov for rehabilitering, sier Ergoterapeutenes forbundsleder Tove Holst Skyer.

## Vil du bare lese Ergoterapeuten på nett?

Som et ledd i vårt arbeid med å gjøre driften av forbundet mer bærekraftig, vil vi gjøre det enklere for medlemmer å melde fra om at de ikke ønsker fagtidsskriftet Ergoterapeuten tilsendt på papir. En avkrysning på Min side skal være nok. Inntil da må du sende en e-post til forbundet dersom du bare vil lese Ergoterapeuten på nett.

### Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.



- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling



For mer informasjon se:  
[www.bamseprodukter.no](http://www.bamseprodukter.no)  
[www.hjelpemiddeldatabasen.no](http://www.hjelpemiddeldatabasen.no)  
Varekataloger og brosjyrer.

Ikke medlem enda?  
Meld deg inn!

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







## Roltec BOA2

- Midthjulsdrift
- **LAV** setehøyde - kun 36 cm!
- Liten totalbredde - kun 59 cm!
- Alle setefunksjoner
- Gode tilpasningsmuligheter



## Corpoform badeputer

- støtter og stabilisere brukere i vann
- gode flyteegenskaper
- god førlighet med vannet

## Arcona posisjoneringsputer

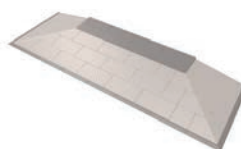
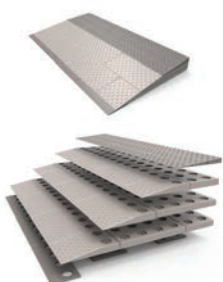
- Gir god komfort, understøttelse og trykkfordelig
- Tyngde i putene gir stabilitet
- Putene brukes blant annet innen: nevrologi, demens, bariatri, geriatri, palliasjon...
- Putene er fylt med en blanding av viskoelastisk skum og polyesterenkuler.



## SecuCare terskeleliminator

Modulsystem med store tilpasningsmuligheter

- Bygges med 1, 2 eller 3-sidig påkjøring
- Reposløsninger



øvrebø rehab

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



Aktivitet og  
deltakelse for alle.

Bli medlem!

# 10 gode grunner til å bli medlem

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

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

ergoterapeutene



# Møt det nye forbundsstyret

**Det nyvalgte forbundsstyret var samlet i november til både opplæring og sitt første styremøte. Like etter stengte faren for koronasmitte ned alle fysiske samlinger i forbundet. Bli litt bedre kjent med styremedlemmene og det styret arbeider med.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas



*Karl-Erik Tande Bjerkaas er organisasjons-sjef i Ergoterapeutene.*

**F**orbundsstyret velges på landsmøtet og er forbundets øverste organ mellom landsmøtene. Deres politiske ansvar og fullmakter ligger innenfor rammen av vedtektene, programmet og budsjettene som landsmøtet vedtar.

Forbundsstyret består av:

- leder og nestleder

- ni styremedlemmer: syv styremedlemmer fra regionene og to øvrige styremedlemmer
- én representant fra Ergoterapistudentene som observatør

Forbundsleder er heltidslønnet. Nestleder er for tiden frikjøpt i halv stilling.








*Forbundsstyret i landsmøteperioden 2020-23. Bak fra venstre: Kristin Haugen, Kathrine Færestrand, Mariette Gjerde, Heidi Fløtten og Kamilla Lemb Herbjørnsen. Foran fra venstre: Malin Mongs, Judith B. N. Ekerhovd, Tove Holst Skyer (forbundsleder), Tonje Hansen Guldhav (nestleder) og Siv Iren Gjermstad. Morten Severin Hoel var dessverre ikke til stede da bildet ble tatt.*

*Foto: Linda Cartridge*


# Ergoterapeutenes forbundsstyremedlemmer

Her er de elleve forbundsstyremedlemmene med informasjon om hvor de jobber og kontaktinformasjon. De vil gjerne ha kontakt med deg. I tillegg til disse elleve møter Ergoterapistudentene med en representant som observatør i forbundsstyret. For tiden er det Johannes Hoon Løvås som leder Ergoterapistudentene, og han studerer i Trondheim.

| Navn   | Verv        | E-post                  | Mobil    |  |
|--|-------------|-------------------------|----------|--|
| <div>Tove Holst Skyer</div>           | Leder       | ths@ergoterapeutene.org | 97743640 | Tove er forbundets øverste politiske leder mellom forbundsstyremøtene. Hun har 100 prosent permisjon fra stilling i Skien kommune. |
| <div>Tonje Hansen Guldhav</div>      | Nestleder   | thg@ergoterapeutene.org | 91133348 | Tonje er forbundsleders stedfortreder. Hun arbeider halv stilling i Skien kommune.   |
| <div>Heidi Elisabeth Fløtten</div>  | Styremedlem | hef@ergoterapeutene.org | 95162926 | Heidi representerer Ergoterapeutene Nord i forbundsstyret, og arbeider til daglig ved Nordlandssykehuset i Bodø.                   |
| <div>Mariette Gjerde</div>          | Styremedlem | mg@ergoterapeutene.org  | 90987109 | Mariette representerer Ergoterapeutene Midt i forbundsstyret, og arbeider til daglig i Ulstein kommune.                            |
| <div>Judith B. N. Ekerhovd</div>    | Styremedlem | jbe@ergoterapeutene.org | 99738159 | Judith representerer Ergoterapeutene Vest i forbundsstyret, og arbeider til daglig i Bremanger kommune.                            |



- FORBUNDET -

| Navn  | Verv        | E-post                  | Mobil    |  |
|---|-------------|-------------------------|----------|--|
| Kathrine Færestrand<br>      | Styremedlem | kf@ergoterapeutene.org  | 40214098 | Kathrine representerer Ergoterapeutene Sør i forbundsstyret, og arbeider til daglig i Kristiansand kommune.  |
| Kamilla Lemb Herbjørnsen<br> | Styremedlem | klh@ergoterapeutene.org | 92495217 | Kamilla representerer Ergoterapeutene Viken i forbundsstyret, og arbeider til daglig som frikjøpt hovedtillitsvalgt for Unio-medlemmene i NAV. Hun har permisjon fra stilling i NAV i Drammen. |
| Siv Iren Gjermstad<br>      | Styremedlem | sig@ergoterapeutene.org | 91550326 | Siv Iren representerer Ergoterapeutene Oslo i forbundsstyret, og arbeider til daglig i Oslo kommune.   |
| Kristin Haugen<br>         | Styremedlem | kha@ergoterapeutene.org | 95154504 | Kristin representerer Ergoterapeutene Innlandet i forbundsstyret, og arbeider til daglig ved Stiftelsen Hernes Institutt.  |
| Malin Mongs<br>            | Styremedlem | mmo@ergoterapeutene.org | 90661023 | Malin Mongs arbeider som fagutviklingsergoterapeut ved Oslo universitetssykehus.   |
| Morten Severin Hoel<br>    | Styremedlem | msh@ergoterapeutene.org | 40200768 | Morten arbeider til daglig i Arbeidstilsynet i Trondheim.  |

## Tannhelseforsikring – nyhet fra Ergoterapeutenes forsikringskontor

**Det nærmer seg 15 år siden Ergoterapeutene fikk sitt eget forsikringskontor. Etter som tiden har gått, har forsikringstilbudet blitt godt kjent blant medlemmene, og flere medlemmer benytter seg av det gunstige tilbudet. Oppslutningen blant medlemmene har aldri vært høyere enn nå. Til sammen kan du velge mellom ni kollektive medlemsforsikringer.**

Av Roar Hagen

**V**i har i en periode hatt økt etterspørsel etter tannhelseforsikring, som vi tidligere ikke har tilbudt. Nå er produktet lansert, og både medlem, ektefelle/samboer og barn/barnebarn over 18 år kan forsikres! Forsikringen får du til gunstig medlemspris hos oss.

### TANNHELSEFORSIKRING

Et tannlegebesøk kan bli langt dyrere enn det du hadde sett for deg. Det kan unngås ved å kjøpe en tannhelseforsikring.

Etter bil er tannlegebehandling den største uforutsette utgiften i familieøkonomien, og mange prioriterer bort tannlegebesøk i frykt for store kostnader. Tannhelseforsikringen dekker utgifter til tannbehandling som overstiger beløpet du betaler for vanlig kontroll hos tannlege.

Forsikringen omfatter de fleste ordinære behandlingsbehov som ikke dekkes helt eller delvis av det offentlige trygdesystemet (Helfo). Eksempler på behandling kan være karies, trekking av tenner, rotfylling og bedøvelse eller kroner, broer og implantater.

### SØLV, GULL ELLER PLATINA

Avhengig av hva du ønsker inkludert i forsikringen, kan du velge mellom tre ulike produkter.

Forsikringen har som krav at du går til kontroll hos tannlegen hver 15. måned.

Det er ingen krav til helseskjema, tannstatusskjema eller egenerklæring for å kjøpe forsikringen. Forsikringen dekker ikke behandlingsbehov som har oppstått før kjøp av forsikringen, og som ikke er ferdig behandlet.



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.




Forsikringen kan kjøpes fra 18–69 år og gjelder ut det året du fyller 70 år. Ektefelle/samboer og barn over 18 år kan også kjøpe forsikringen til samme gode pris som deg som medlem.

### HVORFOR TANNHELSEFORSIKRING?

- økonomisk forutsigbarhet ved uforutsette utgifter hos tannlegen
- mulighet til å fordele betalingen i flere terminer
- egenandelen er kun kr 750 per skade
- mulighet til å forsikre partner og familiemedlemmer på samme polise
- ingen behov for dyre nedbetalingsordninger

### BESTILL FORSIKRING

Les mer på [ergoterapeuteneforsikring.org](http://ergoterapeuteneforsikring.org), eller kontakt forsikringskontoret på 22 05 99 15.

| <br>SØLV<br>FORSIKRING | <br>GULL<br>FORSIKRING | <br>PLATINA<br>FORSIKRING |
|--|---|--|
| Pris per år: kr 993  | Pris per år: kr 2 115   | Pris per år: kr 2 882  |
| Forsikringssum:<br>Inntil kr 10 000  | Forsikringssum:<br>Inntil kr 20 000   | Forsikringssum:<br>Inntil kr 40 000  |
|  | Kr 15 000 ved diagnostisert<br>kreft i munnhulen  | Kr 30 000 ved diagnostisert<br>kreft i munnhulen   |
| Egenandel per skade for alle produktene er kr 750.   |   |  |



| Vilkår og priser gjeldende fra 01.01.2021 |                |                  |                  |
|---|----------------|------------------|------------------|
| Beskrivelse                               | Sølv           | Gull             | Platina          |
| Aldersgruppe                              | 18-69          | 18-69            | 18-69            |
| Forsikringssum                            | NOK 10 000     | NOK 20 000       | NOK 40 000       |
| Primærkreft i munnhulen                   | x              | NOK 15 000       | NOK 30 000       |
| Akuttbehandling                           |                |                  |                  |
| Røntgen/OPG v/behandling                  |                |                  |                  |
| Bedøvelse                                 |                |                  |                  |
| Hull i tenner                             |                |                  |                  |
| Trekking av tenner                        |                |                  |                  |
| Bytte av fyllinger                        | Maks 2         | Maks 3           | Maks 6           |
| Rotfylling                                |                |                  |                  |
| Kroner                                    | x              |                  |                  |
| Broer                                     | x              |                  |                  |
| Implantater                               | x              |                  |                  |
| Karenstid                                 | 90 dager       | 90 dager         | 90 dager         |
| Regelmessig kontroll                      | 15 måneder     | 15 måneder       | 15 måneder       |
| Egenandel per skade                       | NOK 750        | NOK 750          | NOK 750          |
| <b>Årspremie</b>                          | <b>NOK 993</b> | <b>NOK 2 115</b> | <b>NOK 2 882</b> |



# Rekordmange søkere

**Ergoterapeutene mottok i år rekordmange søknader fra ergoterapeuter som vil bli spesialister. Mange arbeidsgivere innser at arbeidstakere med høy kompetanse er en forutsetning for å utvikle tjenester med høy kvalitet. Derfor er det viktig at våre medlemmer svarer på denne utfordringen ved å dyktiggjøre seg enda mer i faget.**

Av Anita Engeseth



Anita Engeseth er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

## HVA ER EN ERGOTERAPISPECIALIST?

En ergoterapispesialist har avansert kunnskap om ergoterapi og fordypning i sitt spesialistområde. Ergoterapeutenes forbundsinterne spesialistordning omfatter syv spesialistområder: Allmennhelse, Arbeidshelse, Barns helse, Eldres helse, Folkehelse, Psykisk helse og Somatisk helse.

På spesialistrådsmøtet 28. oktober 2020 ble totalt 54 ergoterapispesialister godkjent – 28 nye og 26 som fikk fornyet sin spesialistgodkjenning.

## ERGOTERAPEUTENE GRATULERER NYE ERGOTERAPISPECIALISTER!

Allmennhelse – Helle Lund Kaad Lykke Gregersen  
Allmennhelse – Hilde Trollsen  
Barns helse – Heidi Sørli Myhre  
Barns helse – Lene Bobakk  
Barns helse – Ingrid Bjørkøy  
Eldres helse – Nina Merete Berg Bolghaug  
Psykisk helse – Ann-Hege Dalseng Andersen  
Somatisk helse – Lene Meinskar Hovde  
Somatisk helse – Christina Mol Slettenes  
Somatisk helse – Camilla Nadheim  
Somatisk helse – Maria Hirkow  
Somatisk helse – Tyri Karoline Aukland  
Somatisk helse – Trine A Magne  
Somatisk helse – Trine Lise Hansen  
Somatisk helse – Anette Westberg  
Somatisk helse – Mari-Anne Myrberget  
Somatisk helse – Marianne Larsen-Lund  
Somatisk helse – Marit Oseland  
Somatisk helse – Cilie Åsberg  
Somatisk helse – Brynhild Krog Eriksen  
Somatisk helse – Silvia Elisabeth Hansbø  
Somatisk helse – Hege Kleiven Rynning  
Somatisk helse – Sanna Langfeldt  
Somatisk helse – Siri Lysgård

Somatisk helse – Eva Anette Gryttingslien Thorsen  
Somatisk helse – Eli Færevaa Jacobsen  
Somatisk helse – Leif Ståle Nævestad  
Somatisk helse – Tone Vaksvik

## FORNYEDE GODKJENNINGER:

Allmennhelse – Linda Stigen  
Allmennhelse – Guri Einbu  
Allmennhelse – Tone Authen  
Arbeidshelse – Sidsel Nerheim  
Barns helse – Inger Beate Nordnes  
Barns helse – Lillian Åldstedt  
Barns helse – Margunn Sognnæs  
Eldres helse – Sangeeta Sharma  
Eldres helse – Helene Johansen  
Eldres helse – Hilde Fleitscher  
Psykisk helse – Line Merete Libak  
Psykisk helse – Hilde Kristin Szabo  
Psykisk helse – Gro Krefting  
Psykisk helse – Gitte Ravn  
Somatisk helse – Ellisiv Mehammer  
Somatisk helse – Anne-Margrethe Gericke Linnestad  
Somatisk helse – Anne Bough Winsnes  
Somatisk helse – Anne-Marthe Sanders  
Somatisk helse – Tina Kopseng  
Somatisk helse – Anne Helen Jacobsen  
Somatisk helse – Silje Karin Pedersen  
Somatisk helse – Håvard Eriksen  
Somatisk helse – Tina Taule  
Somatisk helse – Unni Elisabeth Steen  
Somatisk helse – Irma Pinxsterhuis  
Somatisk helse – Toril Hennig

## OM ERGOTERAPEUTENES SPESIALISTORDNING

Ergoterapeutenes spesialistordning tar utgangspunkt i brukergrupper og helse- og velferdspolitiske prioriteringer for å tydeliggjøre ergoterapeuters

kompetanse og rolle i samfunnet. Den skal være likeverdig med sammenlignbare profesjoners ordninger.

Det kreves utdanning på masternivå, med ergoterapifaglig eller relevant tverrfaglig master med 120 studiepoeng. I Norge har vi per i dag bare en master i ergoterapi, som startet opp høsten 2016 ved OsloMet. Søkere med tverrfaglig master, må ha fordypningsemne eller masteroppgave med et tydelig ergoterapifaglig fokus. Søkeren må selv begrunnet relevansen for ergoterapi og spesialistområdet.

Læringsutbytte for det enkelte spesialistområdet og veiledning gitt av godkjent veileder, skal sikre at den enkelte har de nødvendige kunnskaper, ferdigheter og den generelle kompetansen som er nødvendig for sitt spesialistområde.

Veiledet praksis krever målrettet planlegging av veiledningen for å sikre nødvendig kompetanse innen det aktuelle fagområdet. Mange søkere opplever utfordringer med å nå dette målet, ofte fordi de oppdager kravet for sent. Ergoterapeutene må derfor vurdere å gjøre noen grep for å tydeliggjøre og tilrettelegge ytterligere for veiledet praksis i spesialistordningen.

I kriteriene for spesialistgodkjenning inngår:

- medlemskap i Ergoterapeutene og autorisasjon som ergoterapeut
- tre års arbeidserfaring hvorav to årsverk er innenfor spesialistområdet
- ergoterapifaglig eller relevant tverrfaglig master med 120 studiepoeng
- veiledning og veiledet praksis
- fagutvikling og formidling

Mer om ordningen: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapeutenes-spesialistordning/>

### **FORNY DIN GODKJENNING!**

Godkjenningen gjelder for syv år, og for å beholde spesialisttittelen må en søke fornyet godkjenning. Det bidrar til kvalitet i helse- og velferdstjenestene, og sikrer at ergoterapispesialister har nødvendig og oppdatert kompetanse. Du må ha vært medlem i Ergoterapeutene siden forrige godkjenning.

### **TAKK TIL SPESIALISTKOMITEER OG RÅD**

Ergoterapeutene retter en stor takk til alle i spesialistkomiteene og rådet for innsatsen i Landsmøteperioden 2017-2020. Komiteene er sammensatt av ergoterapeuter som har utmerket seg innen det aktuelle fagområdet, fortrinnsvis ergoterapispesialister. Forbundsstyret oppnevner komiteer og råd for kommende landsmøteperiode.

### **HØY KOMPETANSE – EN FORUTSETNING FOR KVALITET I TJENESTENE**

Arbeidstakere med høy kompetanse har ikke bare et fortrinn når de konkurrerer om ledige stillinger, men har også et godt argument i lønnsforhandlinger. Kollegaer i andre helseprofesjoner har tilsvarende spesialistordninger. På mange områder samarbeider vi, og på enkelte konkurrerer vi, om de samme stillingene. Da må også ergoterapeuter ha mulighet til å vise til dokumentert kompetanse utover grunnutdanningen. Ved ellers like utdanningsnivåer kan spesialistkompetanse utgjøre en forskjell ved ansettelser.

Ergoterapeutforbundet ser fram til å motta flere søknader om å bli ergoterapispesialist, slik at flere medlemmer opplever faglige og økonomiske gevinster, og slik at ergoterapi blir et enda mer tydelig, kunnskapsbasert fag. På denne måten blir spesialistordningen lønnsom for alle.

### **HELSE- OG VELFERDSTJENESTENE TRENGER FLERE ERGOTERAPISPEIALISTER**

Ergoterapeutene har 171 godkjente ergoterapispesialister. Av disse er tolv innen Allmennhelse, fem innen Arbeidshelse, 19 innen Barns helse, 15 innen Eldres helse, én innen Folkehelse, 21 innen Psykisk helse og 98 innen Somatisk helse. En stadig større andel av spesialistene er godkjent innen Somatisk helse, og andelen innen alle de andre områdene går ned.

Ergoterapeutene vil ha flere ergoterapispesialister. Antallet spesialister hadde vært langt høyere hvis flere spesialister fornyet sin godkjenning.

#### **Søknadsfrist er 15. september hvert år.**

Les mer om ordningen og hvordan du søker på: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/spesialist/>  
Spørsmål kan rettes til seniorrådgiver Anita Engeset.  
E-post: [ae@ergoterapeutene.org](mailto:ae@ergoterapeutene.org)  
eller mobil: 92408247.



*Ergoterapeutene har 171 godkjente ergoterapispesialister.*

# Årshilsen fra Ergoterapistudentenes landsstyre

**15.-17. januar neste år arrangeres det årlige landsmøtet til ergoterapistudentene med nytt valg av de ulike vervene til landsstyret. Vi i det sittende styret vil i den anledningen si noen ord som takker for oss før vi trer av og ønsker andre ergoterapistudenter velkommen etter oss.**

Av Renée Ivonn Nord



**Johannes Hoon Løvås,  
leder**

Til alle ergoterapeuter og ergoterapistudenter: Uforutsigbart, utfordrende, snodig er noen av mange ord som beskriver året 2020. Vi kan alle si oss enige om at dette året ikke har vært lett. Hverdagen har blitt snudd på hodet. Vi har støtt på

nye utfordringer, og vi har måttet venne oss til nye daglige vaner og rutiner. Allikevel har dere alle vist tålmodighet overfor hverandre og andre. Med klokskap har dere vært med å bidra til å finne fleksible løsninger på ulike arenaer som i hjemmet, skole, jobb og blant venner. Dere har vist solidaritet og tatt samfunnsansvar. Som leder i Ergoterapistudentene sier jeg tusen takk for et vel gjennomført 2020, til tross for alle utfordringer! Må 2021 bli bedre!



**Renée Ivonn Nord,  
Ergoterapeuten-kontakt**

Tusen takk for et lærerikt år i landsstyret til Ergoterapistudentene. Det har vært et år jeg ikke ville vært foruten, og det har vært fint å etablere bånd på tvers av studiestedene, bli mer bevisst på mulighetene vi har, og kunne dele

erfaringer i det som har vært et annerledes år. Jeg håper det neste landsstyret til ergoterapistudentene får et like godt mangfold og samarbeid som det vi har hatt. Å være en del av landsstyret har i hvert fall gjort meg mer sikker i formidling av eget fag, og det har vært et viktig bidrag til å vokse på veien mot å bli ergoterapeut.



**Morten Eric Christian  
Mortlock Breirem,  
nestleder**

Takk for tilliten jeg har blitt vist i landsstyret, og for motivasjonen jeg tar med meg videre. Det er med vemod jeg teller ned dagene som nestleder, samtidig som jeg gleder meg til å tre over til den yrkesfaglige

hverdagen. Da jeg startet på studiet, ble vi ønsket velkommen som «framtidens ergoterapeuter», og det er nettopp det jeg vil være. Hvorfor tenke tradisjonelt når man kan dra det mye lenger? Takk for meg – både for det jeg har lært, og for de nye vennskapene.



**Philippe Hveem,  
internasjonal kontakt**

Å arbeide sammen med forbundet og landsstyret har vært en utfordrende og lærerik opplevelse. Det er nesten litt vakkert å vite at det er et slikt forbund som holder ting sammen og arbeider med å forbedre studenthverdagen på denne

måten, spesielt nå som vi har hatt en krevende periode å forholde oss til. Det er godt å vite at man har noen i ryggen. Ved å bli internasjonal kontakt i landsstyret lærte jeg at det ikke trenger å være skremmende å ta på seg litt ekstra ansvar og ta del i noe større. Det er helt overkommelig og innafor å dyrke ambisjoner og utvikle nye ferdigheter, spesielt når man samarbeider med en god gjeng som dette her. Takk for et fantastisk samhold og samarbeid, og takk for all støtte!





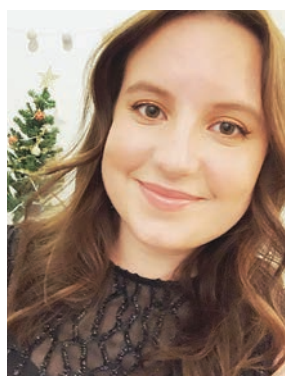
**Sara Kristiansen,  
kommunikasjonsansvarlig**

Det har vært utrolig hyggelig å bli kjent med ergoterapistudenter fra alle studiestedene i Norge. Tross situasjonen som har vært det siste året, føler jeg at vi har bidratt til å påvirke faget og hatt det koselig som et styre med digitale møter og middag over Teams.



**Carina Isabell Haugnes,  
Ergoterapeutene-kontakt**

Kjære ergoterapeuter og medstudenter! Et år som Ergoterapeutene-kontakt i landsstyret nærmer seg slutten. Året har bydd på uvante utfordringer og kreative løsninger, og jeg takker styret for samholdet gjennom året.



**Marthe Johansson,  
økonomiansvarlig**

Takk for mulighetene jeg har fått i Ergoterapeutstudentene. Dette har vært et rart år for alle, men takket være Ergoterapeutstudentene hadde jeg et fristed. Jeg har fått sjansen til å vokse og lære enda mer om faget jeg elsker. Det har vært interessant å bli kjent med folk

fra hele Norge. Jeg gleder meg til et år til i denne fine organisasjonen og for flere vennskap.



**Andreas Trædal,  
kommunikasjonsansvarlig**

Tusen takk for et lærerikt og utfordrende år. Dette året har jeg fått muligheten til å styrke min faglige identitet og blitt kjent med utrolig kjekke folk. Til tross for omstendighetene i år synes jeg vi har fått til et bra samarbeid i styret, og vi har fått utrettet mange av de

målene vi satte oss i februar.



**Marte Lillebrygfjeld,  
regionskontakt**

Det har vært veldig gøy å bli kjent med ergoterapistudenter rundt i landet og høre hvordan de ulike studiestedene fungerer. Jeg synes også at vi har klart å opprettholde god kontakt med hverandre til tross unntakstilstanden i 2020.



**Magnus Wicklund-Hansen,  
styremedlem**

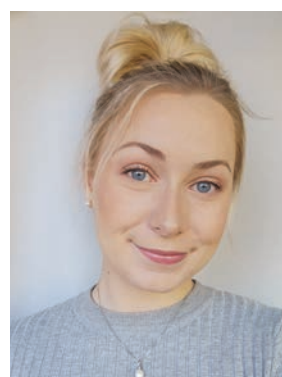
Jeg har hatt rollen som styremedlem i årets styre, noe som innebærer mer generelle oppgaver. Selv om året dessverre har blitt betydelig redusert, har ergoterapien utviklet seg videre. Jeg gleder meg til fortsettelsen og takker for et rart, men fint år!



**Sindre Müller Lysebo,  
tillitsvalgtkontakt**

Tusen takk for et lærerikt og givende år i Ergoterapistudentenes landsstyre. Det har resultert i sterke bånd til flinke ergoterapistudenter fra hele det langstrakte landet vårt. Med forbundet i ryggen har vi hatt påvirkningskraft til å videreutvikle studiet. Som tillitsvalgt-

kontakt har jeg vært så heldig å være landsstyrets ansikt utad til studentene, og jeg har kunnet bidra til den gode kontakten vi har med framtidens ergoterapeuter. Jeg ønsker den som tar over vervet mitt lykke til!



**Nora Gulbrandsen,  
UNIO-kontakt**

Til tross for pandemi, hjemmekontor og sosial distansering, var jeg så heldig å bli kjent med ergoterapistudentenes fantastiske landsstyre. I tillegg ble jeg valgt til Unio-kontakt, hvor jeg fikk møte flere engasjerte studenter og ferdig utdannede innenfor andre helsefag.

Her fikk jeg bidratt i saker og diskusjoner og vist fram ergoterapistudentene. Jeg har møtt folk som brenner for faget, vi har stiftet vennskap og samhold på tvers av studiestedene og vi har kost oss hele veien! Jeg vil takke for et fantastisk og lærerikt år jeg ikke ville vært foruten.

# Hvordan bidrar ergoterapeuter til å nå FNs bærekraftsmål?

**For ergoterapeuter er innsatsen for FNs bærekraftsmål mye mer enn å sykle til jobben, kjøre el-bil eller arbeide papirløst. I denne artikkelen vil vi tydeliggjøre forbundets standpunkt og eksemplifisere hvordan vi kan bidra til en mer bærekraftig utvikling. Ergoterapeutenes ståsted er tydeliggjort gjennom standpunktdokumentet «Ergoterapi og bærekraftig utvikling» (september 2020) og i landsmøteprogrammet for 2020–23, publisert på våre nettsider.**

Av Nils Erik Ness & Tove Holst Skyer



Nils Erik Ness er tidligere forbundsleder i Ergoterapeutene.



Tove Holst Skyer er Ergoterapeutenes forbundsleder.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

## FNs bærekraftsmål – ingen skal utelates

FNs 17 bærekraftsmål ble vedtatt i 2015. Dette er en global felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. Et sentralt prinsipp for FNs bærekraftsmål er at ingen skal utelates (*Leaving no one behind*). Dette inkluderer personer med funksjonsnedsettelse, eldre, og personer som faller utenfor i samfunnet vårt. Prinsippet peker også på sammenhengen mellom bærekraftsmålene, menneskerettighetene og konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne. Dette er et viktig utgangspunkt og viser til at bærekraftsmålene angår mer enn miljøgifter og karbonutslipp. FNs bærekraftsmål reflekterer både miljøforhold, sosiale forhold og økonomiske forhold. Disse tre innsatsområdene henger sammen og påvirker hverandre. Manglende prioritering av rehabilitering og forebygging vil for eksempel gi økte kostnader til pleie, og samtidig redusert selvstendighet og sosial deltakelse for innbyggere.

## Ergoterapi og bærekraftig utvikling

Ergoterapeutene har hatt bærekraftig samfunn i sitt landsmøteprogram siden 2007. Arbeidet for å vise ergoterapeuters innsats for et bærekraftig samfunn har likevel vært intensivert de senere årene, særlig på grunn av demografiutviklingen.

I Norge blir det færre yrkesaktive i forhold til antall pensjonister. Hvis vi fortsetter å møte et økende antall eldre med pleie, omsorg og institusjonsplasser, vil vi få en uhåndterlig mangel på personell. Innsatsen må dreies mot mer vektlegging av 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, slik at framtidige generasjoner også kan få dekket sine behov.

Bærekraftig utvikling skal innlemmes i alle samfunnsområder. Vi må alle gjøre vår del. Verdensforbundet for ergoterapeuter (WFOT



*FNs bærekraftsmål (fn.no).*

2012, 2016, 2018, 2020) oppfordrer ergoterapeuter og ergoterapeututdanninger til innsats for bærekraftig utvikling. Det svenske ergoterapeutforbundet har i mange år vært pådrivere for å tydeliggjøre ergoterapeuters rolle for bærekraftig utvikling (Sveriges Arbetsterapeuter, 2017). Vår hovedorganisasjon Unio er internasjonalt i forkant som fagbevegelse med å ta bærekraftsmålene inn i sin politiske plattform og i forhandlinger og avtaler om arbeidsforhold.

### Eksempel fra virkeligheten

En av våre tillitsvalgte har delt dette eksemplet, som mange kan kjenne seg igjen i: En eldre mann, som bodde alene, måtte bruke trygghetsalarm for å gi beskjed om hjelp til dobesøk. Pleiepersonalet måtte kjøre i ti til tolv minutter for å hjelpe. Dette skjedde flere ganger i døgnet. Dette viser en helsetjeneste som ikke er bærekraftig. Det viser også et dårlig brukerforløp, for sein tverrfaglig

innsats og unødig bilkjøring. En annen rutine i hjemmetjenesten ville med fordel kunne gjøre tjenesten mer bærekraftig og samtidig bedre for brukeren.

Tilfeldigvis ble dette fanget opp og vurdert av ergoterapeut, som med tilrettelegging og trening fikk brukeren selvhjelpen til dobesøk.

### Ergoterapeutenes seks prinsipper

I Ergoterapeutenes standpunkt-dokument (2020) beskrives seks prinsipper. Bærekraftig utvikling krever prioritering av:

- innsats for deltakelse og hverdagsmestring
- ressursutløsning i befolkningen og samfunnet
- delingskultur og gode samarbeidsformer
- tidlig innsats og gode, effektive forløp
- innovative løsninger og velferdsteknologi
- helseøkonomisk og kunnskapsbasert praksis

Disse punktene er ment som en bevisstgjøring av vår innsats og en hjelp i argumentasjon for ergoterapeuter og tillitsvalgte, for eksempel i forhandlinger og politisk påvirkning. Som ergoterapeuter må vi alltid argumentere for de beste og kunnskapsbaserte tjenester for innbyggerne. I tillegg vil det framover være en klok strategi og vise hvordan ergoterapi samtidig er bærekraftig.

### INNSATS FOR DELTAKELSE OG HVERDAGSMESTRING

Ergoterapeuter innleder innsatsen sin ved å stille spørsmålene «Hva er viktige aktiviteter for innbyggerne, og hvordan kan de selv delta? Hvordan kan samfunnet og nærmiljøet utformes for å sikre inkludering og deltakelse?» Ergoterapeuter gjør innbyggernes deltakelse og hverdagsliv mulig, noe som bidrar til redusert behov for kompensierende tjenester. Denne innsatsen, for eksempel universell utforming, er helsefremmende og ressursutløsende og dermed et





*Tidlig innsats for barn og unge er bærekraftig. Foto: Mostphotos, Gabby Baldracco*

sterkt bidrag for en bærekraftig utvikling.

### **RESSURSUTLØSING I BEFOLK- NINGEN OG SAMFUNNET**

Et grunnleggende prinsipp i ergoterapi er å utløse innbyggernes ressurser og dermed bidra til en bærekraftig utvikling. Ergoterapeuter har kunnskap om samspillet mellom innbyggernes helse, deres hverdagsaktiviteter og deltakelse i eget nærmiljø. Ergoterapeuters kjernekompetanse innebærer kartlegging og endring av samspillet mellom personer, deres hverdagsaktiviteter og omgivelser. Med dette muliggjør vi deltakelse og inkludering i hverdagslivet.

### **DELINGSKULTUR OG GODE SAMARBEIDSFORMER**

Når utgangspunktet alltid er brukernes egne mål, inviterer dette til

godt tverrfaglig samarbeid. Ofte er det også helt nødvendig. Dette dreier seg om samarbeid med nærmeste kollegaer og team, men også på tvers av siloer med for eksempel Nav, skole, spesialisthelsetjeneste og pleie- og omsorgstjenester. Erfaringene de senere årene med for eksempel hverdagsrehabilitering viser at en åpen innstilling til å dele kunnskap også synliggjør bedre hva ergoterapeuter bidrar med, og gir oss en tydeligere stemme i samarbeidssituasjoner.

### **TIDLIG INNSATS OG GODE, EFFEKTIVE FORLØP**

Forebygging er alltid bedre for innbyggerne og samtidig mer bærekraftig, selv om det ofte kan være vanskelig å dokumentere at «det verste» ikke skjedde. Med tidlig innsats mener vi innsats for barn og unge, og innsats tidlig i

et sykdomsforløp eller før funksjonsfallet inntreffer. Gode eksempler er innsats i helsestasjon- og skolehelsetjenesten for å hindre utenforskap, forebyggende og helsefremmende hjemmebesøk samt frisklivsarbeid.

Eksempelet innledningsvis viste et lite effektivt brukerforløp, der ergoterapeuten kom inn veldig seint i forløpet. Flere kommuner har vektlagt tidlig innsats fra ergoterapeut og fysioterapeut for å finne løsninger med egen mestring for eldre før kompensierende hjemmetjenester. For eksempel tilrettelegging og trening i å mestre støttestrømper, dobesøk og dusjing, som er noen av de vanligste praktiske utfordringene.

### **INNOVATIVE LØSNINGER OG VELFERDSTEKNOLOGI**

Teknologiske løsninger kan lette sosial kontakt og kommunikasjon,

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Deltakelse</b>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• muliggjøre aktivitetsutføring og deltakelse på alle livsarenaer: hjemme, på arbeid, i barnehage, skoleutdanning og fritid</li> <li>• styrke selvstendighet, autonomi, empowerment</li> <li>• personsentrert praksis</li> <li>• støtte sosial deltakelse</li> </ul>  |
| <b>Inkludering</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• utvikle universelt utformede tjenester og lokalmiljø</li> <li>• utvikle aldersvennlig samfunn</li> <li>• tilrettelegge omgivelser for å muliggjøre aktivitetsutføring og deltakelse</li> <li>• tilpasse alternative digitale og teknologiske løsninger</li> <li>• samarbeide med nærpersoner og frivillige</li> </ul> |

Tabell 1. Ergoterapeutenes to store innsatsområder.

trygge og muliggjøre hverdagsaktiviteter eller gi mer effektiv opptrening med spillteknologi. Tjenesteinnovasjon og implementering av velferdsteknologi er viktig for å møte den demografiske utviklingen, men det forutsetter at teknologien matcher enkeltpersonene som skal bruke den. Ergoterapeuters tilretteleggingskompetanse bør i større grad benyttes til dette arbeidet. Vi kan nevne flere eksempler:

- Mange eldre med demens som bor alene, kan ha nytte av GPS, spesielt dersom de lett går seg vill på tur. Trondheim kommune er i forkant og har med hell utprøvd GPS til personer etter grundig funksjonsvurdering av ergoterapeut. Dette gjør at personen kan bo lenger hjemme, og i tillegg kan kommunen utsette eller slippe kostnader til sykehjemsplass.
- Med spillteknologi kan terapeuten trene med flere brukere samtidig, eller kommunehelsetjenesten kan følge opp trening sammen med spesialisthelsetjenesten. Erfaringene fra blant annet Sunnaas sykehus og Indre Østfold viser at spillteknologi gir effektiv trening og godt supplement til direkte terapeutkontakt (omtalt i Ergoterapeuten nr. 3/2016, nr. 2/2017 og nr. 1/2019).
- Koronapandemien utløste økt

bruk av telefon- og videokonsultasjoner. Faktisk har noen ergoterapeuter erfart fordeler med denne kontakten, fordi bruker eller ergoterapeut slipper reising og raskt kan avklare tiltak av enklere art.

- Etter politisk innsats fra Ergoterapeutene blir prosessen med hjelpemiddelsøknader nå digitalisert. Det er nesten ufattelig at søknadsprosessen til nå har skjedd ved hjelp av utskrifter, kopimaskin, frankert postgang og ved å gjenta den samme informasjonen på flere ulike skjemaer. Dette må være eksempel på noe av det mest ressurskrevende i ergoterapeuters arbeidshverdag. Nå skjer det endelig noe på dette området.

### HELSEØKONOMISK OG KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS









Vi argumenterer ofte for de beste kunnskapsbaserte tiltakene for våre innbyggere. I de senere årene har vi også sett betydningen av, og ansvaret for, å argumentere samfunnsøkonomisk. Ofte må vi her basere oss på eksempler fra praksis og vise til logisk argumentasjon, for eksempel at tilrettelegginger for å bo hjemme lengst mulig utsetter kostnadskrevende institusjonsopphold. Dersom ergoterapeuter lager et enkelt regnestykke på antall personer som

i løpet av siste år kan bo hjemme med tilrettelegginger i stedet for sykehjemsplasser, kan dette raskt illustrere samfunnsgevinsten. Artikkelen i dette nummeret om at universell utforming gir bærekraft, peker til økonomiske gevinster. Illustrasjonen av brukbarhetspyramiden viser hvordan universell utforming og tilrettelegging er god samfunnsøkonomi samtidig som omgivelsene kan brukes av flere.

Det er forholdsvis få studier på kost/nytte av ergoterapi, men likevel flere som det er nyttig å være oppdatert på, for eksempel:

- Den nordiske rapporten Occupational Therapy and Health Economics (Scandinavian Journal of Occupational Therapy Foundation, 2020) løfter betydningen av kost/nytte-studier av ergoterapi. Den nordiske rapporten har to reviews på kost/nytte-studier, én på innsats for arbeidsdeltakelse for personer med psykisk uhelse, og den andre på innsats for hverdagsmestring for eldre. Rapporten omtales nærmere i dette nummeret.
- Et litteratursøk på kost/nytte-studier av hverdagsrehabilitering (reablement) vil gi flere treff, for eksempel kost/nytte-studie fra Voss kommune (Kjerstad og Tuntland, 2015), Kunnskapsoppsummering ved



| Bærekraftsmålene  |   | Ergoterapeuters innsats  |
|---|---|--|
|    | <b>Sikre god helse og fremme livskvalitet for alle, uansett alder</b>   | <p>Minimerer barrierer for å sikre deltakelse og inkludering</p> <p>Tilbyr innsats for meningsfull aktivitet og hverdagsmestring (alternativ til medikamentell behandling)</p> <p>Re/habilitering</p> <p>Folkehelse</p> <p>Helsefremmende aktivitetsbalanse</p> <p>Vurderer og formidler tekniske hjelpemidler for å sikre aktivitetsutføring ved funksjonshemming</p> |
|    | <b>Sikre inkluderende, rettferdig og god utdanning og fremme muligheter for livslang læring for alle</b>          | <p>Legger til rette for læring med inkluderende og tilgjengelige barnehager og skoler</p> <p>Bruker hjelpemidler og velferdsteknologi til kommunikasjon, strukturering og opplæring</p> <p>Kartlegger og trener utførelse av hverdagsaktiviteter og finmotoriske skoleaktiviteter</p>  |
|    | <b>Fremme varig, inkluderende og bærekraftig økonomisk vekst, full sysselsetting og anstendig arbeid for alle</b> | <p>Framsnakker arbeid som viktig faktor for å bevare helse</p> <p>Kartlegger deltakelsesbarrierer</p> <p>Tilrettelegger for arbeidsdeltakelse (personer med nedsatt funksjon, langtidssykmeldte)</p> <p>Legger til rette for at eldre kan stå lenger i arbeid</p> <p>Tilbyr ekspertbistand (IA-avtalen)</p> <p>«Place-train» framfor «train-place»</p>                 |
|   | <b>Bygge solid infrastruktur, fremme inkluderende og bærekraftig industrialisering og bidra til innovasjon</b>    | <p>Bidrar til utvikling og tilpassing av velferdsteknologi for trygghet og hverdagsmestring</p> <p>Bruk av videokonsultasjoner og avstandsoppfølging</p> <p>Utvikling av spillteknologi</p>  |
|  | <b>Redusere ulikhet i og mellom land</b>  | <p>Fremmer arbeidsdeltakelse</p> <p>Fremmer deltakelse og inkludering</p> <p>Medlemskap i WFOT og COTEC</p> <p>Ergoterapeutenes solidaritetsprosjekt</p> <p>Disaster preparedness (WFOT)</p>   |
|  | <b>Gjøre byer og bosettinger inkluderende, trygge, motstandsdyktige og bærekraftige</b>                           | <p>Sikrer tilgjengelighet og universell utforming</p> <p>Bidrar til trygge og inkluderende ute- og lekeplasser</p> <p>Boligtilpassing og boligtekniske hjelpemidler</p> <p>Bidrar til aldersvennlige samfunn</p>   |
|  | <b>Sikre bærekraftig forbruk og produksjon</b>  | <p>Bevisstgjøring rundt aktivitetsvaner og hvordan de påvirker og påvirkes av omgivelsene</p> <p>Bidrar til effektive, trygge og ressursutløsende forløp (Lean-prinsippene)</p> <p>Tidlig intervensjon (før pleiebehov)</p> <p>Bidrar med kostnadseffektive helsetjenester med vekt på re/habilitering og folkehelse</p>   |
|  | <b>Styrke gjennomføringsmidlene og fornye globale partnerskap for bærekraftig utvikling</b>                       | <p>Bidrar til samarbeid med fag- og brukerorganisasjoner</p> <p>Oppfordrer til lokalt, tverrfaglig samarbeid innen og utenfor helsetjenesten</p> <p>Bidrar til internasjonal utveksling av erfaring og samarbeid med nordiske forbund, COTEC og WFOT</p>   |

Tabell 2. Eksempler på ergoterapeuters innsats knyttet til noen av bærekraftsmålene (ikke uttømmende).



Førland og Skumnes (2016) og Helsedirektoratets følgevalue-ring av hverdagsrehabilitering i 43 kommuner (Langeland m.fl. 2016).

- I rapporten «Et godt bad forlenger livet (i egen bolig)» fra Agenda Kaupang (2018) dokumenteres det at om lag 35 prosent av boligene som hjemmetjenesten besøker, har fysiske hinder med betydning for ressursbruken i pleie- og omsorgstjenestene. For 90 prosent av disse boligene finnes det tiltak som kunne gjort brukeren mer selvhjulpent, redusert behovet for hjemmetjeneste og/eller utsatt flytting til omsorgsbolig eller sjukeheim. Rapporten konkluderer blant annet med at ergoterapeuter må tas med tidligere og i større grad i utformingen av et tjenestetilbud til brukere som over tid kan antas å få problemer med å klare seg selv i egen bolig.

## Innsatsområder for ergoterapeuter

Ergoterapeutenes standpunkt-dokument oppsummerer to store innsatsområder. Ergoterapeuter bidrar med å utløse ressurser både ved å stimulere til innbyggernes egen aktivitet, selvhjelpenhet og deltakelse og ved å tilrettelegge omgivelsene for bedre inkludering. Se tabell 1.

I egen tabell, som er vedlagt standpunktdokumentet, er det også eksempler som tydeliggjør ergoterapeuters innsats knyttet til noen av bærekraftsmålene. Se tabell 2.

## Forbundets innsats for bærekraftig utvikling

Forbundet fremmer bærekraft gjennom å argumentere for en samfunnsutvikling som utløser

ressurser. Dette forutsetter prioritering av riktig fagkompetanse til riktig tid, hvor ergoterapeuter må være en naturlig del av løsningen fordi ergoterapi er ressursutløsende både for den enkelte og for samfunnet. Forbundet jobber derfor kontinuerlig for flere ergoterapeutstillinger, for synliggjøring av ergoterapeuters kjernekompetanse og for betingelser som gir ergoterapeuter mulighet til å utøve kunnskapsbasert ergoterapi. Ergoterapeuter kan argumentere for kunnskapsbasert og best mulig praksis for innbyggerne. For noen kan FNs 17 bærekraftsmål virke fjerne. I virkeligheten bidrar ergoterapeuter hver dag til et mer bærekraftig samfunn. Denne innsatsen kan vi med fordel bedre bevisstgjøre og artikulere. Framover er det naturlig at ergoterapeuter foreslår og krever mer bærekraftige løsninger. Dette er en del av vårt samfunnsoppdrag.

## Litteratur

- Brundtlandkommisjonen (1987) Vår felles framtid. FNs verdenskommisjon for miljø og utvikling Rapport Tiden Norsk Forlag
- Ergoterapeutene (2020) Ergoterapi og bærekraftig utvikling, Standpunkt-dokument vedtatt i forbundsstyret, september 2020
- FN (2015) FNs bærekraftsmål <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>
- FN (2015) UN Sustainable development goals <https://www.un.org/sustainabledevelopment/>
- FN (2006) Konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne <https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne>
- Førland, O og Skumsnes, R (2016) En oppsummering av kunnskap – Hverdagsrehabilitering, Omsorgsbiblioteket
- Kjerstad E, Tuntland HK (2015) Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health Econ Rev.* 2015;6(1):15.
- Langeland, E m.fl. (2016) Modeller for hverdagsrehabilitering – en følgevalueing i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene? Rapportserie nr 6/2016. Senter for omsorgsforskning, vest
- Royal College of Occupational Therapists (2016) Campaign: Improving lives - saving money <https://www.rcot.co.uk/promoting-occupational-therapy/occupational-therapy-improving-lives-saving-money>
- Scandinavian Journal of Occupational Therapy Foundation (2020). Occupational Therapy and health economics: A short introduction to health economics and economic evidence for occupational therapy in the field of mental health during working life and health for older people (kan søkes opp på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org))
- Sveriges Arbetsterapeuter (2017) Hållbar utveckling [https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1465/hallbar\\_utveckling-webb.pdf](https://www.arbetsterapeuterna.se/media/1465/hallbar_utveckling-webb.pdf)
- WHO (2018) The Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All
- WFOT (2012) Environmental Sustainability, Sustainable Practice within Occupational Therapy ([www.wfot.org](http://www.wfot.org), gå til Resources, søk 'sustainability')
- WFOT (2016) Ethics, Sustainability and Global Experiences ([www.wfot.org](http://www.wfot.org), gå til Resources, søk 'sustainability')
- WFOT (2018) Sustainability matters: Guiding Principles for Sustainability in Occupational Therapy Practice, Education and Scholarship ([www.wfot.org](http://www.wfot.org), gå til Resources, søk 'sustainability')
- WFOT (2020) Temanummer om bærekraft og ergoterapi: World Federation of Occupational Therapists Bulletin, Vol. 76, No. 1, 2020, Taylor & Francis Online
- WFOT (2020) Quality Evaluation Strategy Tool (QEST) <https://wfot.org/quest>

# Greta, Gro och alla världens arbetsterapeuter

**Att synliggöra arbetsterapeuters bidrag i utvecklingen av ett hållbart samhälle är sedan 2015 en del av Sveriges Arbetsterapeuters vision. Som professions- och fackförbund har vi ett självklart ansvar för att driva frågor som leder till en ekologisk, ekonomisk och socialt hållbar samhällsutveckling. Som profession kan vi göra skillnad och som ett starkt professionsförbund har vi kraften att förändra.**

Av Ida Kåhlin



*Ida Kåhlin er ergoterapeut, doktor i filosofi, universitetslektor i arbetsterapi ved Linköpings universitet og forbundsleder i Sveriges Arbetsterapeuter.*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.*

**A**ldrig har fokuset på hållbar utveckling varit större. Även om vi sedan 1970-talet har sett ett successivt ökat intresse för miljö, klimat och hållbarhet så är dessa frågor nu mer eller mindre en integrerad del av såväl politiska diskussioner som vardagliga samtal. Greta Thunberg betraktas idag som en av de främsta katalysatorerna bakom det ökade intresset för hållbarhets- och klimatfrågor. Endast sjutton år gammal, men med ett brinnande engagemang har hon fått ledare över hela världen att lyssna till det tydliga budskapet – gör som klimatforskarna säger. Greta har fått miljontals människor runt om på vår planet att gå samman och manifestera för en hållbar utveckling. Kraften i sociala medier ska inte underskattas.

Även FN:s Agenda 2030 (1) har fått ett stort genomslag i samhället. Både små och stora organisationer inom såväl offentlig som privat verksamhet strävar efter att tydliggöra hur de på

olika sätt bidrar till de 17 globala målens huvudsakliga syften; att utrota fattigdom, stoppa klimatförändringar och skapa fredliga och trygga samhällen. Även om coronapandemin dämpat hållbarhetsdebatten något så finns frågorna med i bakgrunden. Hur kan vi med gemensamma krafter förändra våra levnadssätt så att vi får jordens resurser att räcka till? Hur kan vi tillsammans nå en ekologisk, ekonomisk och social hållbar utveckling?

## GRO OCH GRETA

Ur ett mer nutidshistoriskt perspektiv kan begreppet hållbar utveckling relateras till ännu en stark nordisk kvinna, Gro Harlem Brundtland. Gro och Greta – kvinnor av olika generationer, men lika starka i sin övertygelse. Det var nämligen i mitten av 1980-talet i samband med *FN:s World Commission on Environment and Development*, under ledning av den tidigare norska statministern, som begreppet hållbar utveckling etablerades. I Brundtlandrappor-



Greta Thunberg har fått ledare över hela världen att lyssna till det tydliga budskapet: Gör som klimatforskarna säger.  
Foto: Mostphotos/Hans Christiansson

ten (2) beskrevs för första gången hållbar utveckling som «en utveckling som tillfredsställer dagens behov utan att äventyra kommande generationers möjligheter att tillfredsställa sina behov». Det är en definition som används än idag och som har fått vara vägledande för allt arbete för en hållbar utveckling sedan dess.

I Brundtlandrapporten tydliggjordes också att hållbar samhällsutveckling innefattar tre dimensioner som samspelar och ständigt är i rörelse – ekologisk utveckling, ekonomisk utveckling och social utveckling. Även om detta perspektiv funnits med sedan dess så var det först när Agenda 2030 och de 17 globala målen antogs av FN 2015 som betydelsen av samverkan mel-

lan de tre dimensionerna fick sitt stora genomslag. Miljö och samhällsutveckling ska inte längre betraktas som separata frågor. Hållbar utveckling omfattar mer än människors relation till ekosystemet. Det handlar om demokrati, delaktighet, mångfald, mänskliga rättigheter, och det handlar om hälsa.

För drygt tio år sedan tydliggjorde världshälsoorganisationen, WHO, att klimatförändringar påverkar faktorer som är avgörande för människors hälsa och att alla hälsoprofessioner har ett ansvar för att förespråka och öka medvetenheten om detta (3). Det var också då som resonemang kring ekologi och hållbar utveckling började dyka upp i arbetsterapeutisk litteratur. En av de första

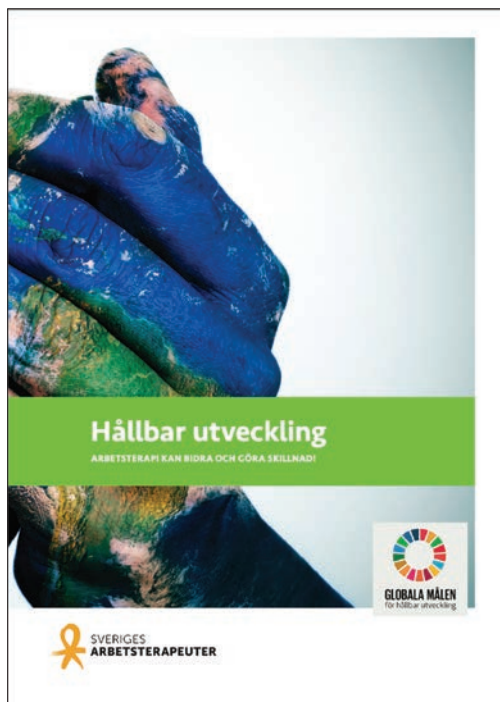
att lyfta dessa frågor var professor Ann Wilcock som tydligt propagerade för det bidrag till en hållbar utveckling som arbetsterapeuter skulle kunna göra på både individ- och samhällsnivå.

*«The way forward is to be part of the economic and ecological debate, with the occupation for health needs at the forefront of the agenda. It is a different role, but it is the practice of occupational therapy at the global level»*

Wilcock, 2010 (4)

Dessa ord skrev Wilcock ungefär samtidigt som Sveriges Arbetsterapeuters dåvarande förbundsstyrelse började formulera sitt första ställningstagande om hållbar utveckling och arbetsterapi.





Sveriges Arbetsterapeuter har vidareutvecklat sitt förhållande till FNs globala mål och givit ut heftet *Hållbar utveckling – arbetsterapi kan bidra och göra skillnad*. Det kan lastas gratis ned från nettsidan [deres](https://www.arbeterapeuter.se).

Budskapet bakom dessa ord har varit en betydande drivkraft för förbundets engagemang och arbete sedan dess. Den kompetens som vår profession besitter är ett viktigt bidrag i strävan efter en hållbar utveckling och som professionsförbund är det vårt ansvar att synliggöra det. Vi har en röst som vi måste använda.

### AKTIV ROLLE I KLIMATFRÅGOR

Sveriges Arbetsterapeuters arbete med frågan om hållbar utveckling startade alltså för tio år sedan och har på olika sätt utvecklats sedan dess. I november 2010, antog Sveriges Arbetsterapeuters fullmäktigemöte sitt första ställningstagande om arbetsterapi och hållbar utveckling. Ställningstagandet antogs inte utan diskussion. Många inlägg från talarstolen ifrågasatte förslaget relevans för

professionen, men ställningstagandet gick igenom och Sveriges Arbetsterapeuter blev då det första arbetsterapeutförbundet i världen som lyfte frågorna ur ett professionsperspektiv. Skriften som därefter togs fram översattes till engelska och bidrog till ett internationellt intresse från länder som Kanada, Japan och Storbritannien – och inte minst från vår världsorganisation, World Federation of Occupational Therapists (WFOT), som 2012 antog sitt ställningstagande kring hållbar utveckling, *Environmental sustainability, sustainable practice within occupational therapy* (5). Sveriges Arbetsterapeuter har sedan dess haft en aktiv roll i det arbete som WFOT bedriver kring klimatfrågor och hållbar utveckling, exempelvis i skriften *Sustainability Matters: Guidning Principles for Sustainability in Occupational Therapy Practice, Education and Scholarship* (6) och senast i samband med det specialnummer på temat som gavs ut av WFOT Bulletin i april 2020 (7).

### NY VISJON

Vid Sveriges Arbetsterapeuters fullmäktige i november 2015 stärktes ytterligare förbundets arbete för en hållbar samhällsutveckling. Vid mötet beslutades om en ny vision där det tydligt framgår att förbundet verkar för kunskapsbaserad arbetsterapi som en erkänd väg till ett jämlikt och hållbart samhälle (8). Denna vision, beslutad att gälla fram till 2021, har sedan brutits ner i olika aktiviteter i förbundets verksamhetsplan som innefattar olika aspekter av hållbarhet.

Ett exempel är att vi i 2017 vidareutvecklade vårt tidigare ställningstagande i relation till

FNs globala mål. Resultatet blev skriften *Hållbar utveckling – arbetsterapi kan bidra och göra skillnad* (9). Vi har publicerat flera temanummer av Tidskriften *Arbetsterapeuten* och debattartiklar kring ämnet och inte minst har vi tillsammans med övriga nordiska arbetsterapeutförbund genomfört samverkansprojektet kring hälsoekonomi som har en tydlig koppling till arbetsterapiens bidrag till en ekonomisk hållbarhet (10).

Skrivningar kring hållbar utveckling finns nu också med i de för svenska arbetsterapeuter två mest grundläggande och viktiga professionsdokumenten – kompetensbeskrivningarna och etisk kod. I kompetensbeskrivning för arbetsterapeuter anges sedan 2015 att arbetsterapeuter har kompetens att verka för att tillgängliga resurser nyttjas på ett ekonomiskt, socialt och ekologiskt hållbart sätt (11). Detta är ett viktigt tillägg, dels för att kunna diskutera arbetsterapeuters kompetens och samhällsbidrag med arbetsgivare och beslutsfattare, dels för att säkerställa att dessa frågor adresseras i arbetsterapeututbildningen. Vid fullmäktigemötet 2018 förstärktes även förbundets etiska kod med skrivningar kring hållbar utveckling (12). Att i sin professionsutövning verka för en hållbar utveckling i enlighet med FN:s globala mål är numera en etisk skyldighet för alla svenska arbetsterapeuter.

### DIREKT KOPPLING

Sedan Sveriges Arbetsterapeuter skrev sitt första ställningstagande om hållbar utveckling har antalet referenser kring arbetsterapi och hållbar utveckling succesivt blivit fler och argumenten kring aktivtetsvetenskapens och arbetste-

rapins bidrag har utvecklats och fördjupats. Med stöd av detta och i takt med att frågor som rör hållbar utveckling också fått en mer framträdande roll i vårt samhälle generellt har det också blivit lättare att argumentera för arbetsterapeuters bidrag och diskutera detta inom forskningen och med studenter och yrkesverksamma arbetsterapeuter. Det finns en tydlig koppling mellan hållbar utveckling och människors dagliga aktiviteter. Människors aktiviteter har en direkt koppling till användandet av jordens resurser och människors förutsättningar för aktivitet kan vara mer eller mindre hållbara.

Arbetsterapeuters insatser för att skapa förutsättningar för aktivitet, delaktighet och hälsa kan relateras till flera av FN:s 17 globala mål.

- Mål 3: «god hälsa och välbefinnande» är nära kopplat till arbetsterapiens mål att skapa möjligheter för människor i alla åldrar att klara av vardagen, vara delaktiga i samhället och känna att livet är meningsfullt. Hälsosamma levnadsvanor som att välja bort bilen och i stället gå eller cykla till jobbet kan vara ett sätt att ändra sina vardagliga aktiviteter så att de blir mer hållbara och bidrar till bättre hälsa, såväl på individnivå som på samhällelig och global nivå.
- Mål 10: «minskad ojämlikheten» syftar bland annat till att inkludera alla på lika villkor. Här kan arbetsterapeutisk kompetens användas för att se till att produkter och tjänster fungerar för så många som möjligt, utan extra anpassningar eller speciallösningar. Det går att höja tågplattformen, förtydliga infotavlan och ta bort trösklarna

och på så sätt öka den fysiska, kognitiva och kommunikativa tillgängligheten. Ett annat exempel är att säkerställa att bostäder och återvinningsstationer är tillgängliga så att personer med rullstol kan källsortera.

- Mål 12: «hållbara konsumtion och produktion kan också relateras till levnadsvanor och aktivitetsmönster.
- Mål 4: god utbildning till alla» kan relateras till arbetsterapeutiska insatser i skolan.

Listan kan utvecklas och göras längre, men på det stora hela handlar det bara om allt det vi arbetsterapeuter gör i vårt dagliga arbete. Det är bara ett annat sätt att beskriva vår outcome, vårt bidrag för individ och samhälle. Arbetsterapi är en del av lösningen. Tillsammans är vi en del av en hållbar samhällsutveckling.

## Referenser

1. United Nations (2015). *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Tillgänglig från: <https://sustainabledevelopment.un.org/>
2. World Commission on Environment and Development (1987). *Our Common future: Brundtland Report*. Tillgänglig från: <http://un-documents.net/our-common-future.pdf>
3. World Health Organization (2010). *Protecting health from climate change. Connecting science, policy and people*. Tillgänglig från: <https://www.who.int/globalchange/publications/list-by-date/en/>
4. Wilcock, A. (2010). I Scaffa, Reitz & Pizzi (red) *Occupational therapy in the promotion of health and wellness*. Philadelphia: F.A. Davis Co.
5. World Federation of Occupational Therapists (2012). *Environmental Sustainability, Sustainable Practice within Occupational Therapy*. Position Statement. Tillgänglig från: <https://www.wfot.org/resources/environmental-sustainability-sustainable-practice-within-occupational-therapy>
6. World Federation of Occupational Therapists (2018). *Sustainability Matters: Guiding Principles for Sustainability in Occupational Therapy Practice, Education and Scholarship*. Tillgänglig från: <https://www.wfot.org/resources/wfot-sustainability-guiding-principles>
7. Pollard, Galvan & Hudson et al. (2020). *Sustainability in occupational therapy practice, education and scholarship*. WFOT Bulletin, 76 (1): 2-3.
8. Sveriges Arbetsterapeuter (2018). *Vision, strategier och fokusområden 2019-2021*. Tillgänglig från: <https://www.arbetsterapeuterna.se/foerbundet/webbutik/vision-strategier-och-fokusomraaden-2019-2021/>
9. Sveriges Arbetsterapeuter (2017). *Hållbar utveckling – arbetsterapi kan bidra och göra skillnad*. Tillgänglig från: <https://www.arbetsterapeuterna.se/foerbundet/webbutik/haallbar-utveckling-arbetsterapi-kan-bidra-och-goera-skillnad-2017/>
10. Scandinavian Journal of Occupational Therapy Foundation (2020). *Occupational Therapy and Health Economics – A short introduction to health economics and economic evidence for occupational therapy in the field of mental health during working life and health of older people*. Tillgänglig från: <https://www.arbetsterapeuterna.se/profession/aktuellt/arbetsterapi-och-haelsoekonomi/>
11. Sveriges Arbetsterapeuter (2018). *Kompetensbeskrivningar för arbetsterapeuter*. Tillgänglig från: <https://www.arbetsterapeuterna.se/foerbundet/webbutik/kompetensbeskrivningar-foer-arbetsterapeuter-2018/>
12. Sveriges Arbetsterapeuter (2018). *Etisk kod för arbetsterapeuter*. Tillgänglig från: <https://www.arbetsterapeuterna.se/foerbundet/webbutik/etisk-kod-foer-arbetsterapeuter/>

# Universell utforming gir bærekraft

**Ergoterapeuters kjernekompetanse er høyaktuell i innsatsen for en bærekraftig utvikling. Universell utforming er en av innsatsene som er nødvendig for at hjem, nærmiljø, offentlige rom og tjenester skal muliggjøre aktivitet og deltakelse for alle. Ergoterapeuters tilretteleggingskompetanse er et viktig bidrag i arbeidet med universell utforming, spesielt fordi Plan- og bygningsloven har en teknisk forskrift som ikke har minimumskrav som gir universell utforming.**

Av Tove Holst Skyer



*Tove Holst Skyer er Ergoterapeutenes forbundsleder.*

Gjennom mange år som ergoterapeut i Skien kommune har jeg erfart at ergoterapeuters kjernekompetanse er som hånd i hanske med arbeidet for universell utforming. Vår forståelse for aktivitetenes og omgivelsenes krav, sett i sammenheng med nedsatt funksjon, er svært relevant i planlegging og utforming av bygg og uteområder.

FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne definerer universell utforming som *utforming av produkter, omgivelser, programmer og tjenester på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker, i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og en spesiell utforming* (1). Konvensjonen, som Norge ratifiserte i 2013, skal motvirke diskriminering, bygge ned hindre som vanskeliggjør deltakelse, og sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne har like muligheter som andre (2).

## **BÆREKRAFTSMÅLENE**

FNs 17 bærekraftsmål ble vedtatt i 2015, og de er en global, felles

arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. Et hovedprinsipp i bærekraftsmålene er at ingen skal utelates, og at de mest sårbare gruppene må prioriteres (3). I et likestillingsperspektiv er universell utforming en avgjørende strategi. Det er først når mennesker med nedsatt funksjon forhindres i å gjøre det de har lyst til, at de faktisk har en funksjonshemning. Universell utforming bidrar til at flest mulig kan delta i samfunnet.

Ergoterapeuters rehabiliterende tanke sett passer godt inn i arbeidet med flere av bærekraftsmålene. Bærekraftsmål 11, Bærekraftige byer og lokalsamfunn, trenger spesielt vår tilretteleggingskompetanse. Målet er å gjøre byer og bosettinger inkluderende og trygge, motstandsdyktige og bærekraftige (4), og da bør ergoterapeuter bidra inn for å sikre tilgjengelighet og universell utforming. Likestilt deltakelse utløser ressurser i et folkehelseperspektiv, og omgivelsene må fungere for alle, dersom de

*Ingen oppgitte interessekonflikter.*



skal inneha bærekraftig kvalitet. Når hjem, nærmiljø og offentlige rom muliggjør aktivitet og deltagelse for alle, kan den enkelte bruke sine ressurser, utføre de aktivitetene en selv synes er viktige, og også delta i helsefremmende sosiale aktiviteter.

### **GIR TEKNISK FORSKRIFT UNIVERSELL UTFORMING?**

Den tekniske forskriften som følger Plan- og bygningsloven, har spesifikke krav til utforming av bygg og uteområder. Det er likevel en misoppfatning å tro at man oppnår universell utforming dersom alle kravene innfris. Den tekniske forskriften definerer kun den laveste standarden det er lov å bygge etter. I mange tilfeller vil den gi for dårlige løsninger. For eksempel kan tyngden på manuelle dører være inntil tre kilo. For mange er det for tungt og uhandterbart. Et annet eksempel er at studenthybler kan bygges med mindre snusirkel enn andre boliger. Tar studenters rullestoler mindre plass enn andre rullestoler?

I noen prosjekter opplever jeg at teknisk forskrift ikke er innfridd, og i alle fall ikke er utformet etter prinsippene om universell utforming. Det er aldri vond vilje som gjør at noen forslag og planer ikke innfris, men jeg opplever mangelfull forståelse for hva det betyr å ha nedsatt funksjon, helt praktisk. Som ergoterapeuter kan vi i så måte fungere som tolker. Vi kan lese planer og tegninger og forklare hvorfor det foreslåtte inngangspartiet vil fungere dårlig for dem som bruker hjul, hvorfor garderobeløsningen vil bli for krevende for barn som trenger skjerming, og hvorfor veifinering vil bli svært krevende for personer med nedsatt syn. Vår kompetanse bidrar til å skape match mellom



*Gang- og sykkelvei i Drammen som er for lang og bratt, og som mangler hvilerepos.  
Foto: Tove H. Skyer.*

omgivelsene, aktivitetene som skal foregå, og personene som skal ferdes der. Det er kjernekompetansen vår brukt på samfunnsnivå, akkurat som vi bruker den på individnivå.

Det finnes god støtte i arbeidet med universell utforming, for eksempel prosjekteringsverktøyene som er utviklet av bl.a. ergoterapeutene Solveig Dale og Marit Kjelling på bestilling fra Direktoratet for byggkvalitet. Det ene er for publikumsbygg (5), og det andre er for tilgjengelig bolig (6). Begge tar for seg kravene i teknisk forskrift, men i tillegg gis det anbefalte tilleggssytelser som sørger for universell utforming og økt brukbarhet. Noen kommuner bruker prosjekteringsverktøyet for publikums- og arbeidsbygg som en del av kravsspesifikasjonen når prosjekter lyses ut.

### **SAMFUNNSØKONOMI**

I et samfunnsøkonomisk perspektiv er universell utforming lønnsomt. Undersøkelser har vist at

det først og fremst er utbedringer og tilrettelegging som fordyrer, ikke når universell utforming tas inn i planene fra starten av. Rapporten «Tiltak for universell utforming i bygg og uteområder. Veileder i samfunnsøkonomisk analyse» (2011)(7) sier at det trolig også er enklere å vedlikeholde og drifte bygg og uteområder med universell utforming, hvilket gir lavere driftskostnader.

I regjeringens handlingsplan for universell utforming for 2015–2019 (8) understrekes det at universell utforming gir en verdi både for den enkelte og for samfunnet. Det vises til flere analyser som gjør rede for at universell utforming kan være bedriftsøkonomisk lønnsomt og også gi samfunnsøkonomiske gevinster. Et slagord som ofte brukes i sammenheng med universell utforming, er «Nødvendig for noen, bra for alle». Universell utforming er nødvendig for at også de med nedsatt funksjon skal kunne delta og være aktive



I Frederiksbjerg skole i Århus, Danmark har de rampeløp som felles korridorløsning for alle. Det er laget hvilerepos midtveis. Foto: Tove H. Skyer.

i samfunnet. Samtidig gir det alle andre en rekke gevinster i form av tryggere, enklere og mer brukbare omgivelser. Undersøkelser viser at kvaliteter som trinnfri atkomst og enklere informasjonssystemer verdsettes høyt av langt flere enn dem som har kognitive utfordringer (9).

Regjeringens handlingsplan (8) løftet også fram hvordan universell utforming bidrar til sosial bærekraft. Flere får tilgang til boliger, transport, utdanning og arbeid, og beregninger viser at økt arbeidsdeltakelse vil gi en tydelig samfunnsøkonomisk gevinst. Når vi også vet at godt tilrettelagte arbeidsplasser gir helsefremmende gevinster for den enkelte, er bærekraften i universell utforming åpenbar.

I 2018 publiserte Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet rapporten «Veikart – Universelt utformet nærscole 2030» (10). I veikartprosessen bistod konsulentene med en samfunnsøkonomisk analyse hvor den samfunnsøkonomiske nytten av å realisere tiltakene i veikartet framkommer. Analysen viste at realiseringen vil kunne gi betydelige nyttevir-

ninger. Selve kostnadene antas å kunne forsvares kun gjennom «svært betydelig samlet nytte for den store gruppen av ansatte, elever og besøkende». Nytteverdien med tanke på utenforskap, arbeidsdeltakelse og livskvalitet kommer i tillegg, sammen med bortfallet av krevende prosesser hver gang en skole får elever med særskilte utfordringer.

### BRUKBARHETSPYRAMIDEN

Selv om universell utforming ikke er en garanti for brukbarhet for alle, vil det oftest gi løsninger som kan brukes av de aller fleste. Brukbarhetspyramiden (se illustrasjon) viser hvordan dårligere løsninger gir økte kostnader.

Det mest samfunnsøkonomiske er å sørge for universell utforming. Jo lenger opp i pyramiden, jo mer kostbare blir tiltakene for samfunnet. Særløsninger for noen få, som er nødvendige for å kompensere for manglende universell utforming, fordyrer. Noen ganger må man riktignok tilrettelegge likevel, men med universell utforming i bunn vil tilretteleggingskostnadene holdes på et minimum.

## ERGOTERAPEUTERS MULIGHETSROM

Politikernes og samfunnets økende fokus på bærekraftig utvikling gir ergoterapeuter en god mulighet til å løfte fram viktigheten av universell utforming. For eksempel skal FNs bærekraftsmål nå innarbeides i kommuneplanene som utarbeides i alle kommuner. Regjeringens eldrereform Leve hele livet, hvor en satsning på aldersvennlige samfunn inngår, gir også et naturlig fokus på universell utforming av både omgivelser og tjenester. Noen kommuner og fylkeskommuner jobber systematisk og godt med universell utforming, andre ikke. Som ergoterapeuter har vi viktig kompetanse å bidra med, helst sammen med brukerrepresentanter, som er de virkelige ekspertene.

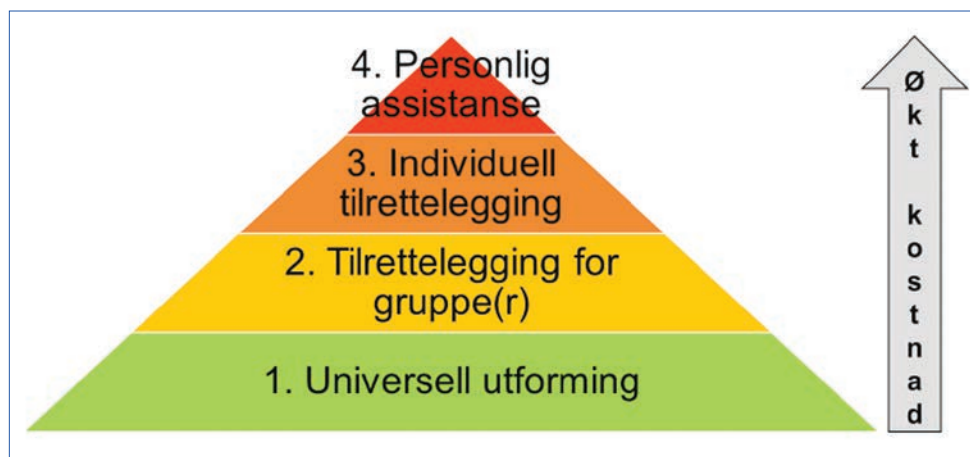
Regjeringens siste handlingsplan for universell utforming har blitt evaluert, og arbeidet med en ny handlingsplan er i gang. Evalueringsrapporten (12) sier at den avsluttede planen framstår som mindre offensiv enn de to foregående planene, at effekter ikke er målt, og at ikke alle tiltakene var relevante for universell utforming. Anbefalingene som gis til neste handlingsplan er økt politisk engasjement i utforming av planen, økt kunnskap om kostnader og effekter, økt satsning på kompetanse og etablering av tiltak i utdanningssektoren.

For at likestilling og inkludering skal bli en realitet, er universell utforming en viktig og nødvendig strategi. Eller som Solvang skriver i sin bok «(re)habilitering»: *Universell utforming er et viktig organiserende prinsipp i det faglige arbeidet for et mer tilgjengelig samfunn* (13). Han løfter også fram at ergoterapeuter er en av faggruppene som har sentral

kompetanse i arbeidet med universell utforming. Jeg oppfordrer alle ergoterapeuter til å brette opp ermene og bidra inn med vår kjernekompetanse.

#### Referanser:

1. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2013). Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne. Publikasjon Q-1199 B
2. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2015). FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) Norges første rapport. Publikasjon Q-1231 B
3. FN (2020) Hva er FNs bærekraftsmål (norsk utgave) <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal>
4. FN (2020) Bærekraftige byer og lokalsamfunn (norsk utgave) <https://www.fn.no/om-fn/fns-baerekraftsmaal/baerekraftige-byer-og-lokal-samfunn>
5. Direktoratet for byggkvalitet (2017). Tilgjengelig bolig – Prosjekteringsverktøy. [https://dibk.no/globalassets/0-prosjekteringsverktoy-for-tilgjengelig-bolig/prosjekteringsverktoy-for-tilgjengelig-bolig-tek17-utfyllbar\\_20.02.19.pdf](https://dibk.no/globalassets/0-prosjekteringsverktoy-for-tilgjengelig-bolig/prosjekteringsverktoy-for-tilgjengelig-bolig-tek17-utfyllbar_20.02.19.pdf)
6. Direktoratet for byggkvalitet (2017). Universell utforming – publikumsbygg. Et prosjekteringsverktøy. [https://dibk.no/globalassets/0-prosjekteringsverktoy-for-universell-utforming-av-publikumsbygg/prosjekteringsverktoy-for-publikumsbygg-tek17-utfyllbar\\_25.01.19.pdf](https://dibk.no/globalassets/0-prosjekteringsverktoy-for-universell-utforming-av-publikumsbygg/prosjekteringsverktoy-for-publikumsbygg-tek17-utfyllbar_25.01.19.pdf)
7. Analyse & Strategi, Vista Utredning og WSP Analys & Strategi (2011). Tiltak for universell utforming i bygg og uteområder. Veileder i samfunnsøkonomisk analyse. <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/urapportveileder.pdf>
8. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2016). Regjeringens handlingsplan for universell utforming 2015-2019. <https://bufdir.no/contentassets/9338f581401c418294207d836533acf9/regjerin->



*Omgivelsenes brukbarhet. Jo lenger ned i pyramiden, jo mer samfunnsøkonomisk. Fritt tegnet etter Deltasenterets Brukbarhetspyramide (11).*

- gens\_handlingsplan\_for\_uu.pdf
9. Sekretariatet for nasjonal transportplan 2014-2023 (2010). Nasjonal transportplan 2014-2023 Utredningsfasen - Universell utforming. [https://www.vegvesen.no/\\_attachment/2664136/binary/1323104?-fast\\_title=Universell+utforming+hovedrapport.pdf](https://www.vegvesen.no/_attachment/2664136/binary/1323104?-fast_title=Universell+utforming+hovedrapport.pdf)
10. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2018). Veikart – Universelt utformet nærscole 2030. [https://bufdir.no/globalassets/global/Veikart\\_Universelt\\_utformet\\_naerscole\\_2030.pdf](https://bufdir.no/globalassets/global/Veikart_Universelt_utformet_naerscole_2030.pdf)
11. Deltasenteret. Brukbarhetspyra-

- miden. <https://www.vuu.no/gammelt-innhold/universell-utforming/brukbarhetspyramiden/>
12. PROBA samfunnsanalyse (2020). Kunnskapssammenstilling og evaluering av regjeringens handlingsplaner for universell utforming. [https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/universell\\_utforming/kunnskaps-sammenstilling\\_og\\_evaluering\\_av\\_regjeringens\\_handlingsplaner\\_for\\_universell\\_utforming.pdf](https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/universell_utforming/kunnskaps-sammenstilling_og_evaluering_av_regjeringens_handlingsplaner_for_universell_utforming.pdf)
13. Solvang, Per Koren (2019). (re)habilitering. Terapi, tilrettelegging, verdsetting. ISBN: 978-82-450-2372-5



*For at likestilling og inkludering skal bli en realitet, er universell utforming en viktig og nødvendig strategi. Foto: Mostphotos/Andrey Popov*



# Hållbar ergoterapi

**Ergoterapi är i grunden fokuserad på mänsklig hållbarhet. Att ta tillvara de resurser en människa har och få stöd att klara av de vardagliga aktiviteter han eller hon vill eller behöver klara. Att bli så självständig som möjligt och att kunna bidra till en bättre hälsa genom engagemang i de sociala sammanhang som är viktiga för personen. Därför har ergoterapeuter en bra utgångspunkt för att arbeta aktivt för ökad hållbarhet, kanske främst socialt och ekonomiskt, men också miljömässigt.**

Av Magnus Zingmark



Magnus Zingmark  
er forsker ved Umeå  
universitet, Lund uni-  
versitet og Östersund  
kommune i Sverige.

Det er ingen oppgitte interessekonflikter.

I den här texten lyfter jag några perspektiv på hållbarhet som handlar om hur ergoterapeuter kan genomföra hälsofrämjande interventioner och vardagsrehabilitering för äldre. Dessa perspektiv kan göra skillnad redan idag men de kanske är helt avgörande för en hållbar vård och omsorg om fem till tio år när antalet äldre blivit mycket större. I texten lyfter jag fram några resultat från rapporten *Occupational Therapy and Health Economics – A short introduction to health economics and economic evidence for occupational therapy in the field of mental health during working life and health of older people*.

## **ERGOTERAPI ÄR KOSTNADSEFFEKTIVT**

Kostnadseffektivitetsanalys är en hälsoekonomisk metod som innebär att vi studerar effekten av en eller flera interventioner och samtidigt analyserar hur kostnader påverkas av interventionen (1). Metoden bygger på det faktum att våra resurser är begränsade och att vi därför måste veta vilka interventioner som ger mesta möjliga nytta inom de ekonomiska ramar vi har. Det handlar helt enkelt om ekonomisk hållbarhet

när vi vill skapa mesta möjliga hälsa i befolkningen.

Rapporten visar att ergoterapi i många fall är kostnadseffektivt. Av de 35 studier som ingick i litteraturöversikten, visade 11 studier att interventioner med ergoterapi resulterade i större effekter och lägre kostnader; åtta studier visade att interventioner med ergoterapi resulterade i större effekter och högre kostnader men att dessa kostnader låg inom ramen för vad som anses vara kostnadseffektivt. I följande del reflekterar jag över hur vi kan använda oss av den kunskap rapporten ger i praktiken.

## **HÄLSOFRÄMJANDE SENIORTRÄFF**

I många år har vi läst att det blir fler äldre i framtiden och «framtidens» är ganska långt fram, ibland 2030 ibland 2050. Men framtiden är redan här – fram till slutet av 2020-talet ökar antalet personer som är 80 år och äldre med 50 procent. Det kan leda till kraftigt ökad efterfrågan på vård och omsorg och därför måste vi agera nu, utifrån den kunskap som finns idag. Äldre personer har ökad risk att drabbas av sjukdom och skador som på olika sätt kan försämra förmåga till aktivitet och delaktighet. Men, om

vi använder den bästa kunskap vi har kring hälsofrämjande insatser och vardagsrehabilitering måste det inte bli så. Om vi använder evidensbaserad kunskap kring hälsofrämjande interventioner vet vi att äldre kan bibehålla sin aktivitetsförmåga och få en bättre hälsa och behöva mindre vård och omsorg. Men vad ska vi göra?

I rapporten presenteras resultat från en amerikansk (2) och en svensk studie (3) som studerade hälsofrämjande seniorträffar och sedan rapporten skrevs har ytterligare en studie publicerats (4). Interventionen innebär att äldre som är i «riskzonen» för nedsatt hälsa träffas i grupp under ledning av en ergoterapeut, i några studier är interventionen multiprofessionell. Det är i dag inte så vanligt med denna typ av intervention, men eftersom det blir allt fler äldre och vi vet att den är effektiv är det en god idé att börja implementera någon form av hälsofrämjande seniorträff. Alla tre studier visar på någon form av positiv effekt på aktivitetsförmåga, fysisk funktion eller hälsorelaterad livskvalitet. Alla visade sig också vara kostnadseffektiva så hur ska vi bestämma vad ska vi implementera?

I den amerikanska studien träffades personerna i grupp en gång per vecka i nio månader, dvs 39 gånger (5). I den svenska studien av Zingmark m.fl., (3) studerades två olika grupper, den ena träffades åtta gånger och den andra vid ett enda tillfälle. I den svenska studien av Gustafsson m.fl. studerades en grupp där personerna träffades fyra gånger (6). Alla dessa gruppinterventioner resulterade i positiva effekter och var kostnadseffektiva MEN de resurser som krävs är väldigt olika. Om du i din kommun har 100 äl-

dre personer som är en målgrupp för hälsofrämjande seniorträffar har du följande val (vi antar att varje grupp har fem deltagare så du behöver arrangera 20 grupper, och att träffarna tar två timmar att genomföra).

1. Du väljer 39 träffar\*20 grupper\* två timmar/träff = 780 timmar
2. Du väljer fyra träffar\*20 grupper\* två timmar/träff = 160 timmar
3. Du väljer ett träff\*20 grupper\* två timmar/träff = 40 timmar

Notera att detta är ett räkne-exempel och vi måste ta hänsyn till de effekter som studierna visat. Även om alternativ 3 har positiva effekter och kräver minst resurser är det inte självklart det rätta att välja, men för varje extra gruppträff vi adderar, ska vi vara kritiska till vilken nytta det ger! Ur ett hälsoekonomiskt perspektiv skulle vi kunna säga att en intervention som kräver dubbelt så mycket resurser (f.eks. ergoterapeutens tid) behöver ge dubbelt så stora effekter. Vi skulle också kunna tänka att vi erbjuder individuella hembesök och om vi beräknar att det tar två timmar per person inklusive transport, blir det 200 timmar. Det blir tydligt att det gör stor skillnad hur vi designar våra interventioner och vi måste därför vara kritiska till det vi gör. Att erbjuda medborgare hälsofrämjande insatser är kostnadseffektiv och det handlar om social hållbarhet. HUR vi gör det är en fråga om ekonomisk hållbarhet.

### VARDAGSREHABILITERING

En annan vanlig intervention i Norden är vardagsrehabilitering. Det finns få studier kring kostnadseffektivitet men den evidens som finns indikerar att vardagsre-

habilitering är kostnadseffektiv (7-9). En förklaring är att behovet av vård och omsorg såsom hemtjänst minskar efter interventionen. I termer av hållbarhet är alltså vardagsrehabilitering ekonomiskt hållbart men är det socialt hållbart? Under en längre tid har ett flertal studier publicerats som visar att vardagsrehabilitering ofta fokuserar på personlig ADL och förflyttning inomhus men att sociala behov inte tillgodoses (10, 11). De som behöver vardagsrehabilitering uttrycker att sociala aktiviteter och aktiviteter utanför hemmet är viktiga delar i livet. Kan ergoterapi inom vardagsrehabilitering bli mer socialt hållbart om vi fokuserar på annat än personlig ADL? Mitt svar är ja men då behöver vi ett tydligt fokus på att identifiera vad som är viktigt för den enskilda personen. Jag lyfter ofta Norge som ett gott exempel när det gäller att ställa frågan «Vad är viktigt för dig?» Om den frågan väglöder vardagsrehabilitering ökar chansen att vi även fokuserar på personens sociala behov och det bidrar till personens delaktighet. Det är i sig hälsofrämjande och då kan vi göra ergoterapi mer socialt hållbart.

### DIGITALA MÖTEN

Som avslutning vill jag ta upp miljömässig hållbarhet med fokus på de transporter som sker i samband med hembesök. Corona-pandemin har ändrat mycket i vår vardag, inte minst hur vi använder digitala möten i vårt arbete. I en svensk studie från 2017 om vardagsrehabilitering användes digitala möten i färre än ett av 1000 ärenden (12). Troligen skulle fler möten kunna ske digitalt. I detta finns ett viktigt hållbarhetsperspektiv. Båda när det gäller



Evidens indikerar att vardagsrehabilitering är kostnadseffektivt.

Illustrasjon: Colourbox.

minskade transporter och därmed minskade utsläpp av växthusgas. Digitala möten resulterar även i minskad tidsåtgång för resor vilket innebär att resurser kan användas mer kostnadseffektivt.

Men hur kan vi använda digitala möten som ersätter eller kompletterar hembesök? Vissa möten går att digitalisera så att de fungerar lika bra som ett fysiskt hembesök och andra möten går inte. För personer med psykiska funktionsnedsättningar kan ett fysiskt hembesök upplevas negativt och då kan ett digitalt möte till och med fungera bättre\*. Den erfarenhet som nu växer fram visar att ju mer ergoterapeuten använder digitala möten desto mer van blir man att också göra det.

Exakt vilka möten vi kan digitalisera saknar vi kunskap om idag men tre delar är viktiga – tillgång till utrustning, personalens kompetens och stöd från kollegor och chef. Om detta behövs mer kunskap både utifrån hur digitala metoder kan leda till ett mer hållbart sätt att leverera vård och omsorg men också hur våra resurser kan användas på ett mer kostnadseffektivt sätt.

Sammantaget visar den tillgängliga kunskapen att ergoterapi ofta är kostnadseffektivt och bidrar till god hållbarhet. Men, det finns också mycket vi kan göra för att bli än mer hållbara ur ett socialt, ekonomiskt och miljömässigt perspektiv.

\* Länkar som visar resultatet av en liten studie med digitala hembesök i Östersund  
[https://www.researchgate.net/publication/340479643\\_Digital\\_meetings\\_in\\_home\\_health\\_care\\_during\\_the\\_COVID-19\\_pandemic](https://www.researchgate.net/publication/340479643_Digital_meetings_in_home_health_care_during_the_COVID-19_pandemic)  
[https://www.youtube.com/watch?v=DYL1Wt-Y\\_Fw](https://www.youtube.com/watch?v=DYL1Wt-Y_Fw)

## Referenser

1. Drummond MF, Schulpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes third edition: Oxford University Press; 2005.
2. Hay J, LaBree L, Luo R, Clark F, Carlson M, Mandel D, et al. Cost-effectiveness of preventive occupational therapy for independent-living older adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2002;50(8):1381-8.
3. Zingmark M, Nilsson I, Fisher AG, Lindholm L. Occupation-focused health promotion for well older

people – A cost-effectiveness analysis. British Journal of Occupational Therapy. 2016;79(3):153-62.

4. Zingmark M, Norström F, Lindholm L, Dahlin-Ivanoff S, Gustafsson S. Modelling long-term cost-effectiveness of health promotion for community-dwelling older people. Eur J Ageing. 2019;16(4):395-404.
5. Clark F, Azen SP, Zemke R, Jackson J, Carlson M, Mandel D, et al. Occupational therapy for independent-living older adults: a randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association. 1997;278(16):1321-6.
6. Gustafsson S, Wilhelmson K, Eklund K, Gosman-Hedström G, Zidén L, Kronlöf GH, et al. Health-promoting interventions for persons aged 80 and older are successful in the short term results from the randomized and three-armed Elderly Persons in the Risk Zone study. J Am Geriatr Soc. 2012;60(3):447-54.
7. Kjerstad E, Tuntland HK. Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. Health Econ Rev. 2015;6(1):15.
8. Lewin G, Allan J, Patterson C, Knuiman M, Boldy D, Hendrie D. A comparison of the home-care and healthcare service use and costs of older Australians randomised to receive a restorative or a conventional home-care service. Health Soc Care Community. 2014;22(3):328-36.
9. Lewin GF, Alfonso HS, Alan JJ. Evidence for the long term cost effectiveness of home care reablement programs. Clin Interv Aging. 2013;8:1273-81.
10. Francis J, Fisher M, Rutter D. Reablement: a cost effective route to better outcomes. SCIE: London. 2011.
11. Doh D, Smith R, Gevers P. Reviewing the reablement approach to caring for older people. Ageing & Society. 2020;40(6):1371-83.
12. Zingmark M, Evertsson B, Haak M. Characteristics of occupational therapy and physiotherapy within the context of reablement in Swedish municipalities: A national survey. Health Soc Care Community. 2020;28(3):1010-9.



# HJELPEMIDLER TIL BARN MED HØY KVALITET

## Flytehjelpemiddel PIRAT



Vi har spesialisert oss på hjelpemidler til barn som kan tilpasses etter behov.

Mange av hjelpemidlene våre er prisforhandlet.  
Les mer på [krabat.no](http://krabat.no)

## Krabbehjelpemiddel PILOT



## Sparkesykkel RUNNER



## Arbeidsstol JOCKEY LITE



## Manuell rullestol SHERIFF



STOLT av å være  
annerledes



store skritt  
FREMOVED



MOTIVERER  
til aktivitet



prisbelønnet  
FUNKSJONALITET

# Økt kunnskap – bedre praksis!

## IMPLEMENTERING AV BÆREKRAFTIG KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS I EN REHABILITERINGSAVDELING

Av Anne Bough Winsnes & Gunhild Grue



Anne Bough Winsnes og Gunhild Grue er ergoterapispesialister i somatisk helse. Begge har utdanning i kunnskapsbasert ergoterapi. De arbeider ved Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering, avdeling for ervervet hjerneskade, Lian, St. Olavs hospital i Trondheim (Lian) og Enhet for ergoterapijeneste i Trondheim kommune.  
E-post: [anne.bough.winsnes@trondheim.kommune.no](mailto:anne.bough.winsnes@trondheim.kommune.no)  
[gunhild.grue@stolav.no](mailto:gunhild.grue@stolav.no)

Det er ingen interessekonflikter knyttet til manuskriptet.

### Sammendrag

**Bakgrunn:** St. Olavs hospitals visjon er å tilby «framragende behandling». Alle ansatte skal arbeide kunnskapsbasert og ha høy faglig kompetanse. Ansatte på Klinikk for Fysikalsk medisin og rehabilitering, avdeling for ervervet hjerneskade, Lian hadde et stort behov for opplæring i Kunnskapsbasert praksis (KBP). Vårt prosjekt var forankret i klinikkens Virksomhetsplan 2013 -15.

**Mål:** Hovedmålet var at faggruppene på Lian skulle implementere bærekraftig kunnskapsbasert praksis i sin fagutøvelse innen 2020, for å få et felles kunnskapsgrunnlag og en lik forståelse for å arbeide kunnskapsbasert. Vår intensjon var at dette ville føre til en økt kvalitetssikring av rehabiliteringstilbudet til pasienter og pårørende. Med bærekraftig praksis menes her å videreføre tiltakene som ble iverksatt, slik at endringer av praksis skulle bli varige også etter endt prosjektperiode.

**Metode:** En prosjektplan ble utarbeidet. Deltakerne i prosjektet skulle samarbeide på tvers av faggruppene. For å oppnå eierforhold til KBP, var det nødvendig med prosessarbeid over tid. Undervisningsopplegg ble gjennomført med interne og eksterne forelesere. De ansatte mottok individuell veiledning og gjennomførte gruppeoppgaver. Kvalitative kartleggingsmetoder som selvevalueringsskjema og fokusgruppeintervju ble brukt som evalueringsverktøy.

**Resultat:** Selvevalueringsskjema og fokusgruppeintervju ble brukt for å få informasjon om ansattes opplevelser ved å arbeide kunnskapsbasert. Resultatene viste positiv endring av kunnskap, holdninger og økt bevissthet ved å arbeide kunnskapsbasert. Diskusjoner og refleksjoner førte til en økt felles forståelse av hva KBP er, og hva det innebærer i vårt arbeid med pasientene. Utfordringer har vært ulikt kunnskapsnivå innen KBP, fagkultur og holdninger til fagutvikling og valg av tiltak for å oppnå et bærekraftig prosjekt med endringer som varer over tid.

**Konklusjon:** Flere ansatte arbeider nå mer kunnskapsbasert enn før prosjektstart. Kompetanseutvikling har ført til mer systematisk og målrettet bruk av kunnskapskildene i KBP ved valg av intervensjon i pasientbehandlingen. Dette har ført til en kvalitetsforbedring av rehabiliteringstilbudet og en mer bærekraftig endring av praksis.

**Nøkkelord:** Kunnskapsbasert praksis (KBP), rehabilitering, kvalitetsforbedring, prosessarbeid, bærekraft.

## Innledning

Prosjektet ble gjennomført i 2015–16 ved avdeling for ervervet hjerneskade, Lian, ved St. Olavs hospital. Avdelingens arbeidsområder er spesialisert rehabilitering for pasienter med kognitive utfall og/eller sammensatte utfordringer etter ervervet hjerneskade. Vi har to tverrfaglige team, ett for primærrehabilitering og ett for utredning og rehabilitering i senfasen. Innen helsetjenesten stilles det stadig økte krav til systematisk kvalitetsforbedring for behandling og effektivitet, som skal komme pasientene til gode (1,2). For å oppfylle disse kravene er det nødvendig at ledere og helsepersonell tilegner seg ny kunnskap for å holde seg faglig oppdatert og jobbe kunnskapsbasert (3). Dette vil bidra til bærekraftige endringer av praksis.

### KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

I denne erfaringsbaserte fagartikkelen beskriver vi hvordan kunnskapsbasert praksis ble implementert i vår rehabiliteringsavdeling i spesialisthelsetjenesten, og om de strategiene vi valgte bidro til en mer bærekraftig praksis.

KBP handler om «å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon» (4).

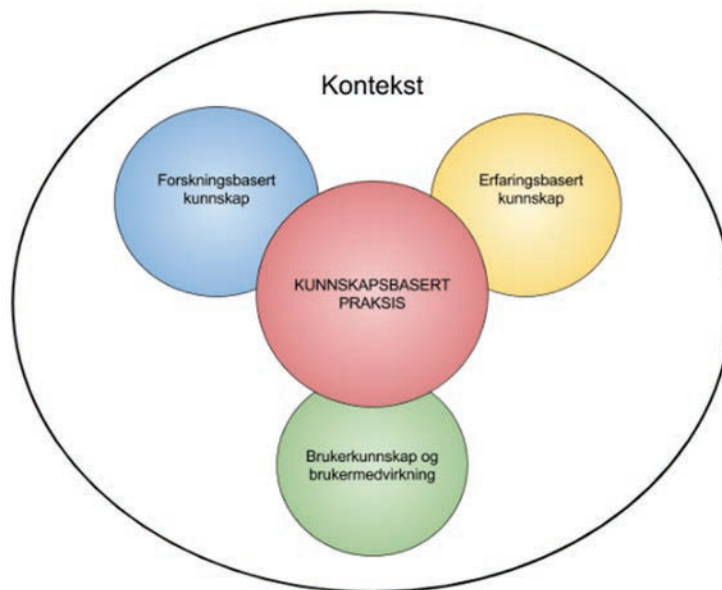
KBP er et kvalitetsforbedringsverktøy som kan bidra til å sikre bærekraftig praksis ved økt systematikk og kvalitetssikring. Tiltak skal evalueres, og pasientene vil da motta rehabilitering av høy kvalitet (5,6). Kunnskapsbaserte prosedyrer og retningslinjer forankret i systematisk oppdatert forskning, kan bidra til at helsepersonell tar velinformerte beslutninger og får en felles forståelse

av hva som er beste praksis for pasientene (1,6). Å bli en kunnskapsbasert fagperson innebærer å stille kliniske spørsmål om egen praksis og basere denne på ny forskning, som vil være med å styrke beslutningsgrunnlaget ved faglige avgjørelser (3,7).

### MÅL

Vårt prosjekt baserer seg på FNs bærekraftsmål 3 som «er å sikre god helse og fremme livskvalitet for alle uansett alder». Dette krever kvalifisert helsepersonell og er ment å bidra til at St. Olavs hospital kan oppfylle sin visjon med å tilby «framragende behandling», som er den best anbefalte behandlingen (8).

Målet med prosjektet var at alle fagpersoner på Lian skulle implementere KBP i sin fagutøvelse innen 2020. For å nå dette og sikre at prosjektet skulle bli bærekraftig, ville vi bidra til at endringene skulle bli varige etter prosjektperioden, samt utvikle en kultur som fremmer en kunnskapsbasert tilnærming.



Figur 1: Modell for kunnskapsbasert praksis (10).

Det var viktig å etablere en felles forståelse av KBP med et felles språk og derigjennom skape et eierforhold til denne måten å jobbe på med tilpasning til de ulike fagområdene (9,10). Å arbeide kunnskapsbasert ville føre til mer systematisk bruk av kunnskapskilder. Fagpersonene skulle vite hvor de hentet kunnskapen fra (11). Det vil også styrke beslutningsgrunnlaget ved faglige valg i møte med pasient og pårørende for å kunne velge den best tilgjengelige kunnskapen og tilby et faglig optimalt rehabiliteringstilbud (12). Å bli en kunnskapsbasert fagperson innebærer en personlig og faglig endringsprosess over tid (13).

### FØR PROSJEKTSTART

Før prosjektstart ble selvevalueringsskjema besvart (11). Det viste at ansatte på Lian hadde lite kunnskap om KBP, og behovet for opplæring var stort. Enkelte faggrupper hadde mest fokus på forskning og effekt i sin intervensjon. Andre vektla sin erfarings-





*Undervisning i grupper.*

baserte kunnskap. Undersøkelsen viste at brukerkunnskap var et mindre kjent begrep for flere ansatte.

Ved gjennomgang av avdelingens retningslinjer og prosedyrer ble det tydelig at disse trengte revidering for å bli kunnskapsbaserte, da de fleste manglet oppdaterte kildehenvisninger. I henhold til Nordtvedt m.fl. skal sykehus, i vårt tilfelle Lian, ha kunnskapsbaserte retningslinjer og fagprosedyrer (4).

Som prosjektledere så vi det nødvendig å tilegne oss kunnskap om strategier, suksesskriterier og barrierer for implementering for å lykkes med prosjektet. Det ble laget en prosjektplan med ramme faktorer for hvordan prosjektet skulle gjennomføres.

## Metode

Sandvik m.fl. framhever at betydningen av å implementere KBP på en systematisk måte, basert på oppdatert forskning, vil ha positiv innvirkning på resultatet (3). Organisatoriske

faktorer som ledelse, kultur og tid og individuelle faktorer som fagkunnskap og interesse kan påvirke om man lykkes med implementeringen (9,12).

For å sikre bærekraftig praksis ved implementering av KBP brukte vi flere strategier som ledelsesforankring, opplæring, individuell veiledning, etablering av tverrfaglig gruppe og humor. Å benytte flere strategier samsvarer med en studie som mener dette er viktig for å fremme endringsprosessen (14).

Videre ville vi sette KBP på dagsorden i strategiplaner, i opplæringsarenaer og i eksisterende møtefora for at medarbeiderne skulle jobbe kunnskapsbasert også etter prosjektperioden. Forskning peker på betydningen av dette for å ha et kontinuerlig og varig forbedringsarbeid i egen organisasjon (12,15).

## FORANKRING

For at endringene skal bli varige, bør det ifølge studier være et prioritert område i avdelingens

strategiske planer, ha vedvarende organisatorisk og individuell støtte samt være integrert som et av verktøyene i pasientarbeidet, ikke som et løsrevet prosjekt som gjøres på siden av det ordinære arbeidet (10,12). Derfor ble prosjektet forankret i ledelsen og i samarbeidsavtaler med Helse Midt-Norge (2013 og 2019), St.Olavs hospital (2013 og 2019) og Lians Virksomhetsplan (2013-2015). Dette ble gjort for å tydeliggjøre KBP opp imot vårt samfunnsoppdrag og å integrere implementeringen i det daglige arbeidet både for ledere og medarbeidere. I studier framheves dette som en viktig faktor for å lykkes (5,9). Ledelsen gav oss hovedansvaret for implementering av KBP. De bidro til praktisk tilrettelegging for å kunne gjennomføre nødvendig opplæring av ansatte, som å få avsatt tid, hjelp med gruppesammensetning, innleie av vikarer, innkjøp av nødvendig undervisningsmaterieell og sørge for nok PC-er for litteratursøk (16).



*Individuell  
Pico-veiledning.  
Foto: Anne Winsnes.*

## FAGNETTVERK

Et tverrfaglig kompetanseteam for læring, mestring og kvalitet (LMK) ble etablert samtidig med prosjektstart. Studier viser at fagnettverk som LMK kan være avgjørende for å lykkes med implementeringsprosessen (14,17). Leder for LMK ble vår prosessveileder og ga konstruktive tilbakemeldinger underveis. Hun ble naturlig bindeledd mellom vårt prosjekt og LMK.

## OPPLÆRING

Det var viktig med god informasjon om prosjektet til ledelsen og alle faggrupper. Hver enkelt skulle få et positivt utgangspunkt, bli motiverte, nysgjerrige og få lyst til å lære mer om KBP samt et godt verktøy for å gi pasientene rehabiliteringstilbud av høy kvalitet. En av metodene for å implementere KBP var opplæring av personalet for å øke deres kunnskap og ferdigheter (3). Med bakgrunn i forskning vil teoretisk kunnskap om KBP bidra til at medarbeiderne på avdelingene blir bedre

i stand til å reflektere over egen praksis og til å kunne stille kritiske spørsmål (12).

Undervisningen ble differensiert på grunn av ulikt kunnskapsnivå om KBP blant fagpersonene. For å lykkes med implementeringen ble tiltakene «skreddersydd» ut fra kunnskap vi hadde om kultur for fagutvikling i de ulike faggruppene på Lian (6). Integrert i undervisningen benyttet vi øvelser knyttet til dagens praksis for å gjøre den mer interessant og meningsfull (9). Det ble brukt didaktisk undervisning og interaktive elementer som refleksjon i summegrupper og plenum, gruppearbeid, rollespill, case-diskusjoner og ferdighetstrening i form av PC-oppgaver (9,18). Dette ble gjort med bakgrunn i Young m.fl. sin forskning, som sier at interaktiv læring og pedagogiske aktiviteter, som journal club og workshops individuelt og i gruppe, ved implementering av KBP kan endre helsepersonells holdninger, kunnskap og ferdigheter til KBP i positiv retning (19).

Vår prosessveileder og eksterne fagpersoner fra St.Olavs hospital, inkludert bibliotekar fra Medisinsk bibliotek, utførte undervisningen i tillegg til oss. Ansatte ble delt i tre grupper, slik at alle fikk mulighet til å delta og være aktive gjennom undervisningen. Vi brukte opplæringsvideoene fra [www.kunnskapsbasertpraksis.no](http://www.kunnskapsbasertpraksis.no), som består av seks trinn i KBP: I) refleksjon over egen praksis, II) formulering av kliniske spørsmål, III) litteratursøk, IV) kritisk vurdere, V) anvende forskning, VI) evaluering av praksis (10). Det var skriftlig evaluering etter hver undervisning, der de som deltok, fikk mulighet til å komme med innspill.

## GRUPPEARBEID

Ansattes opplevelse av barrierer mot å arbeide kunnskapsbasert ble kartlagt ved bruk av refleksjon i summegrupper med to til tre personer. Forslag til tiltak for å redusere disse ble diskutert, fordi forskning presenterer dette som hensiktsmessig for en vellykket

implementering (3,20). Mellom undervisningsdagene arbeidet deltakerne i tverrfaglige grupper med problemstillinger knyttet til bestemte tema. De fikk utdelt aktuelle artikler for å forberede seg til neste undervisning. Dette var viktig med tanke på å opprettholde fokus på KBP og samtidig erfare nytten av å arbeide på tvers av faggrupper (9).

### **HUMOR OG KREATIVITET**

Humor ble bevisst brukt som en strategi for å ufarliggjøre KBP. Vi brukte blant annet morsomme filminnslag fra YouTube i undervisningen og praksisnære oppgaver som nevnt tidligere. Å stille presise kliniske spørsmål, trinn II) i KBP, og gjøre gode søk etter forskningslitteratur i databaser er avgjørende for å kunne arbeide kunnskapsbasert (3,18). Derfor arrangerte vi en «hvorfor-dag» der medarbeiderne ble oppfordret til å skrive kliniske spørsmål på Post-it-lapper med utgangspunkt i det daglige arbeidet. Ansatte ble møtt med musikk, epler og Twist da de kom på jobb.

### **VEILEDNING OG INFORMASJON**

Deltakerne i prosjektet fikk tilbud om individuell veiledning. Dette er nødvendig for progresjon og ivaretagelse av kunnskapsbaserte faktorer (7). Utgangspunktet for veiledningen var ansattes kliniske spørsmål fra praksis, som ble satt inn i et Pico-skjema. Dette er et verktøy som gir struktur og klargjør spørsmålet for litteratursøk (11).

Våre kolleger fikk også veiledning i hvordan de kunne bruke Helsebiblioteket for å finne oppdatert forskning. Dette er en god kunnskapskilde for helsepersonell (3,11).

Stadig å få påminning om KBP støttes av forskning som avgjøre-

de for å jobbe kunnskapsbasert (9,12). Derfor informerte vi hele prosjektperioden om KBP i ulike fora for å opprettholde fokus på temaet. På allmøter, fagmøter og kurs for nytilsatte hadde vi «KBP-drypp». Videre plasserte vi plan-sjer av KBP-sirkelene, som viser de tre kunnskapskildene forskning, erfaringsbasert kunnskap, bruker-kunnskap og brukermedvirkning omgitt av kontekst (se figur 1), på strategiske steder. Vi kjøpte også inn mange eksemplarer av boken «Jobb kunnskapsbasert», som er en lettlest arbeidsbok med eksempler på hvordan en kan integrere KBP i hverdagen med tanke på å sikre kontinuitet, oppnå felles kunnskap og forståelse, og hva det innebærer å arbeide kunnskapsbasert (4).

### **MÅLEVERKTØY**

Vi benyttet ulike måleverktøy, som tidligere nevnt, selvevalueringsskjema fra kunnskapsbasert-praksis.no og fokusgruppeintervju for å få tilbakemelding fra deltakerne om undervisning, innholdet i prosjektet og holdningsendring til KBP (11,17). Selvevalueringsskjemaet ble brukt før prosjektstart, etter at undervisningen var ferdig og tre år etter prosjektavslutningen. Eksempel på spørsmål var «Stiller jeg kliniske spørsmål?» Vi hadde tre fokusgrupper: én med pleiepersonale, én med ledere og én tverrfaglig gruppe bestående av sosionom, sykepleier, hjelpepleier og fysioterapeut. Eksempel på spørsmål var «Hvordan bruker du KBP i din fagutøvelse?» Dette samsvarer med forskning som hevder at medarbeideres innspill kan påvirke praksisendring positivt (14). I fokusgruppene hadde vi referent i tillegg til opptak av intervjuene. Resultatindikatorer viste deltakernes kunnskap før

og etter implementeringen. Det var nødvendig å dokumentere kunnskapsnivået for å finne ut om økt fokus på KBP hadde ført til forbedringer (17,21).

## **Resultat**

### **RESULTATINDIKATORER**

Resultatindikatorene vi brukte som måleverktøy, var:

- antall gjennomførte opplæringstiltak
- antall som deltok
- antall som opplevde nytte av opplæringen
- antall som mottok individuell veiledning

Til sammen deltok 50 av 70 ansatte fra alle faggrupper på deler av opplæringen, og 32 deltok på all undervisning. Det var 30 ansatte som mottok individuell veiledning. Evaluering etter endt undervisning viste at 92 prosent av de ansatte opplevde KBP-undervisningen som «nyttig» eller «svært nyttig».

### **SELVEVALUERING OG FOKUSGRUPPE**

Selvevalueringsskjemaet og fokusgruppeintervjuene viste økt fokus på KBP ved at flere medarbeidere stilte kliniske spørsmål om egen praksis. Ansatte hadde mer fokus på å holde seg oppdatert på ny forskningslitteratur og bedre forståelse om hvilke kilder kunnskapen ble hentet fra. I fokusgruppeintervju kom det også fram at diskusjoner og refleksjoner førte til en felles kunnskap og forståelse av KBP. Dette bidro til mer bruk av oppdatert forskning som grunnlag i tilbudet til pasientene. Ansatte ønsket å ha flere tverrfaglige diskusjoner.

I selvevalueringsskjema beskrev flere en opplevelse av økt anerkjennelse for sin erfaringsbaserte kunnskap. Det var positivt.



De mente at denne kunnskapen var grunnleggende for å nyttiggjøre seg forskningskunnskap. Å forstå hvordan de kunne bruke forskningskunnskap i arbeidet med pasientene, er viktig for å kunne bli en kunnskapsbasert fagutøver. De var blitt mer stolte over egen praksis og opplevde styrket profesjonalitet.

### **KARTLEGGINGSVERKTØY, PROSEDYRER OG RETNINGSLINJER**

I etterkant av prosjektet ble faggruppens kartleggingsverktøy og metoder i rehabiliteringen, i tillegg til prosedyrer og retningslinjer, kritisk evaluert i forhold til forskningslitteratur og effektivitetskrav.

### **FAGNETTVERK**

LMK-nettverket som jobbet med fagutvikling, var viktig for implementeringsarbeidet. De gjennomførte blant annet kunnskapsbaserte fokusuker med temaene dysfagi, pårørendearbeid, ernæring, pasientsikkerhet og medikamenthåndtering.

### **ØKT PROFESJONALITET**

I fokusgruppeintervju ble det gitt tilbakemelding om opplevelse av økt profesjonalitet. Dette gjenspeilet en tydeligere kommunikasjon i egen og med andre faggrupper. De etterspurte oftere hvilke kunnskapskilder faglige avgjørelser var basert på.

### **Suksesskriterier**

Å iverksette og gjennomføre endringer av pasienttilbudet i en travel hverdag er en kompleks og dynamisk prosess ifølge forskning (14). Dette er også noe vi fikk erfare i prosjektet.

Vi beskriver nå suksesskriterier som i samsvar med forskning bør være til stede for å sikre en

bærekraftig implementering med fortsatt fokus på KBP etter endt prosjektperiode.

### **FORANKRING HOS LEDELSEN**

Forskning framhever ledelsesforankring og -engasjement, tilretteleggelse for kompetanseheving og formidling som forutsetninger for vellykket implementering (9,12). Videre er det avgjørende at ledere gir støtte til ressurspersoner og sørger for å innarbeide KBP i strategiske planer (9). Vi involverte ledelsen ved å forankre prosjektet i ledergruppa og knytte det opp mot avdelingens strategidokumenter (17). Gjensidig forpliktelse var av stor betydning i vårt samarbeid med ledelsen. De bidro til praktisk tilrettelegging slik at prosjektet lot seg gjennomføre. Deres positive holdning til å ta i bruk KBP, og at de sammen med vår prosessveileder fram snakket KBP, var også viktig. Seksjonslederne deltok i opplæringen. Fokusgruppeintervju viste at ledelsen økte sin kunnskap og forståelse av prosjektet og det som var viktig for å jobbe kunnskapsbasert.

### **«SKREDDERSYDD»**

#### **OPPLÆRING**

På bakgrunn av det vi visste om medarbeidernes kunnskapsgrunnlag og eventuelle barrierer for KBP, kunne vi arbeide mer målrettet og tilpasse opplæringen optimalt. Det var hensiktsmessig å bruke ansattes kunnskap og erfaringer som en strategi for å optimalisere læringsprosessen og for å fremme effektiv implementering (6,22). Ved å differensiere og tilpasse undervisningen med en kombinasjon av didaktisk og interaktiv undervisning prøvde vi å presentere til dels tungt fagstoff på en lettfattelig og ufarlig måte.

Den enkelte fagutøver ble møtt der de var i sin kunnskap om KBP. I samsvar med forskning fra Young m.fl. fikk deltakerne sannsynligvis et bedre læringsutbytte enn de ville fått ved kun tradisjonell undervisning (19).

At deltakerne jobbet med eksempler fra egen praksis i undervisningen og i tverrfaglige grupper, bidro til økt engasjement. Ansatte opplevde dette lystbetont og meningsfylt, og det bidro til at de ble tryggere i sitt daglige arbeid med pasientene. Studier hevder bruk av gjenkjennbare eksempler fra egen praksis er viktig for å styrke det tverrfaglige samarbeidet og skape interesse for KBP (5,9). Strategien med praksisnære øvelsesoppgaver bidro til å ufarliggjøre KBP, noe som førte til at det ble lettere å se sammenhengen mellom forskning og praksis.

Forskning hevder at endringsagenter i egen faggruppe er avgjørende for å påvirke praksisendring slik at implementeringen blir vellykket (14,20). Vår erfaring er at fagsykepleier er en viktig bidragsyter for å sikre kontinuitet og videreføring av prosjektet, noe som samsvarer med forskning (5). Han bidro med konstruktive forslag om tilpasset opplæring ut ifra den kunnskapen han hadde om egen faggruppe.

### **EKSTERNE FORELESERE**

Deltakerne i prosjektet var positive til bruk av eksterne forelesere. Dette kom fram i evalueringen av undervisningen. Det var viktig å få innspill fra fagpersoner som hadde erfaringer fra egne kunnskapsbaserte prosjekter i andre organisasjoner. Ved innføring av KBP ble bibliotekarene en viktig ressurs for å arbeide kunnskapsbasert (13).

## INDIVIDUELL

### VEILEDNING – LITTERATURSØK

Den individuelle veiledningen var nyttig for deltakerne, og gav mulighet til å reflektere over kunnskap om evidens og egne erfaringer fra daglig praksis sammen med oss. Det stemmer med studien som viser at bruk av enkle forklaringer og eksempler fra egen praksis bidrar til å skape økt interesse for KBP (9). Dette bidro også til økt forståelse av hvordan de skulle bruke databaser, og hvilke søkeferdigheter de trengte for å arbeide kunnskapsbasert. Å finne forskning som bekreftet den enkeltes erfaring, viste seg å ha stor betydning og førte til økt faglig trygghet. Det var spesielt nyttig for de faggruppene som tradisjonelt ikke er opplært i bruk av oppdatert forskning som grunnlag for arbeid med pasienter. I enkelte områder av rehabiliteringsfaget er det lite forskning. Da må ifølge KBP erfaring, brukermedvirkning og brukerkunnskap benyttes i tilnærmingen (4). Videre opplevde de at ny forskning kan bidra til å endre klinisk praksis og bety en bedring av tilbudet til pasientene. Studier ser på dette som viktige faktorer for vellykket implementering (6,9).

### POSITIV OPPLEVELSE AV EGEN PRAKSIS

Forskning hevder at KBP kan bidra til å styrke den profesjonelle identiteten. Videre vil det gi en mer positiv opplevelse av egen praksis når evnen til å begrunne kunnskapsgrunnlaget i kliniske beslutningsprosesser økes (9,10). I fokusgruppeintervjuet kom det fram at etter å ha fått mer kunnskap om KBP erfarte flere medarbeidere økt profesjonalitet, og de fikk en positiv opplevelse av egen praksis. En av de ansatte

erfarte at KBP gav henne mer faglig tyngde da hun underviste. Dette bekreftes i litteraturen som et resultat av det å jobbe kunnskapsbasert (10).

### FAGNETTVERK

Teammedlemmene i LMK-nettverket ble viktige ressurspersoner og endringsagenter sammen med prosjektlederne (3,20). De hadde kunnskap om organisasjonen, avdelingen og kulturen i de ulike faggruppene. Som ressurspersoner bidro de til endringer mot mer bruk av KBP i daglig arbeid med pasienter. De var spesielt gode rollemodeller, veiledere og endringsagenter for egne faggrupper. Forskning viser at dette har effekt for å fremme ønskelig atferd og endring innen KBP (15,20). Involvering av flere kollegaer bidro til faglige diskusjoner og mer kunnskap og ansvar, som igjen førte til økt inkludering i implementeringsprosessen. For at implementeringen skulle bli bærekraftig, erfarte vi det som vesentlig at flere ansatte bidro til å framheve KBP i så mange fora som mulig. Studier framhever dette som grunnleggende for at den enkelte medarbeider skal få bedre eierskap til å bli en kunnskapsbasert praktiker (12). Gjennomføringen av fokusukene var også viktige tiltak. Litteraturen peker på dette som fremmende faktorer for å arbeide kunnskapsbasert, fordi det kan opprettholde fokuset og engasjementet i praksisendringen (20).

### ARBEIDSMILJØ

I forskningslitteraturen framkommer det at et godt arbeidsmiljø preget av åpenhet, samarbeid og deling av kompetanse, kan bidra til økt motivasjon, trygge personalet i arbeidet og gjøre dem mer positive til endringer (9,12). Dette fikk vi

bekreftet ved at det gode arbeidsmiljøet på Lian bidro til å ufarliggjøre KBP, noe som hadde stor betydning for implementeringen.

### Barrierer

Forskning hevder at barrierer og aktuelle tiltak bør anerkjennes og integreres i KBP-opplæringsprogrammet (22). Under opplæringen fikk medarbeiderne mulighet til å formidle personlige og organisatoriske barrierer i plenumsdiskusjoner og summegrupper integrert i undervisningen. I samsvar med litteraturen var deres barrierer personalmangel, arbeidsmengde og tid (12,23). Dette kan virke inn på motivasjonen for å utøve KBP. Eliminering av barrierer er viktig for å sikre implementering av KBP (22).

### PERSONALMANGEL OG ARBEIDSMENGDE

I studier legges det vekt på at ledelsen sørger for tilgjengelige ressurser og beskyttet studietid som en forutsetning for vellykket praksisendring (16,20). Rekruttering av flere ansatte var et forslag til tiltak som kunne gi større mulighet for å jobbe kunnskapsbasert.

### TID

I fokusgruppeintervju kom det fram at pleierne ønsket hjelp fra ledelsen til å avtale studietid. De opplevde det ikke som legitimt å bruke arbeidstiden til refleksjon og nettsøk. En av sykepleierne beskrev det slik: «da jobber jeg ikke riktig som sykepleier». Flere ga uttrykk for at det var mye ny kunnskap å sette seg inn i på kort tid. Studier viser at det er viktig å ta høyde for at mye informasjon på en gang kan oppfattes som overveldende og dermed skape motstand samt manglende motivasjon i forbedringsarbeidet (21).

## Utfordringer

Utfordringene før prosjektstart var, som tidligere nevnt, ulikt kunnskapsnivå innen KBP, varierende prioritering av tid til KBP, manglende datakunnskap, forskjellig kultur, holdninger til fagutvikling og stadig utskifting av personale.

Fagfolks vektlegging av erfaringsbasert kunnskap nevnes i litteraturen som en av de største utfordringene ved implementering av KBP (12). Tilbakemeldinger fra fokusgruppeintervju var utfordringen i å ta i bruk alle kunnskapskildene i KBP. Hovedsakelig benyttes brukermedvirkning og brukerkunnskap, egen og kollegers erfaringsbaserte kunnskap som kilder. Resultat fra Røkholt m.fl. viser at å søke etter forskning for å understøtte praksis brukes i mindre grad (12). Andre studier hevder omlegging fra erfaringsbasert praksis er en holdnings- og atferdsmessig utfordring som tar tid (24).

## SVAKHET VED PROSJEKTET

Kritisk vurdering av forskning ble for lite vektlagt, noe vi mener var en svakhet ved prosjektet. Å være kildekritisk beskrives i litteraturen som utfordrende, fordi det er behov for opplæring og trening for å tilegne seg disse ferdighetene (3). For å kompensere hadde vi planlagt temadag for deltakerne om kritisk lesing i etterkant av prosjektet. I tillegg oppfordret vi dem til å delta på søkekurs i regi av biblioteket. Journal club ble også foreslått som et alternativ til undervisning i dette emnet.

I ettertid ser vi det ville vært en fordel å involvere flere medarbeidere i utarbeidelsen av prosjektplanen. De ville da ifølge litteraturen tidligere kunne fått bedre eierskap til prosjektet (21).

Dette ville ført til en mer stabil ressursgruppe, som kunne sikret enda bedre kontinuitet og videre utvikling av prosjektet.

Ledelsen burde hatt bedre kunnskap om KBP før prosjektstart. Det ville bedret deres forutsetninger for å videreføre implementeringen.

Vi var for få til å framsnakke KBP og følge opp våre kolleger i og med at vi var to prosjektledere og LMK ble avvirket før prosjektslutt.

## VEIEN VIDERE

I en studie framheves betydningen av fagpersonens evne og vilje til å endre og arbeide etter prinsippene i KBP som essensielt for effektiv og vedvarende implementering (25). Det innebærer også en grunnleggende motivasjon, endringsvilje og utholdenhet når barrierene gjør seg gjeldende (13,14). Forskning hevder at endrings- og holdningsarbeid krever langsiktig engasjement fra de involverte. I tillegg er veiledning og støtte nødvendig for å oppnå endring av praksis (9). Resultatene måles mer over år enn uker og måneder (13).

For at de ansatte i rehabiliteringsavdelingen skulle ta i bruk KBP, måtte de ta et selvstendig valg i det å bli en kunnskapsbasert praktiker. Holdningsendring og motivasjon for å arbeide kunnskapsbasert er en prosess som er i gang på Lian. Ved å endre daglige rutiner ønsker de å bruke mer tid til litteratursøk i kombinasjon med tid til pasientene.

For å fortsette en bærekraftig implementering bør KBP brukes i eksisterende møtefora, internundervisning, fagdager og faglunsjer, medarbeidersamtaler og kompetanseplaner, ved oppdatering av fagprosedyrer,

case-refleksjoner, fokusuker og individuell oppfølging. Årlig bruk av selvevalueringsskjema kan også gi en indikasjon på om bruk av KBP opprettholdes. Oppfølging av ressurspersoner som gir veiledning og besvarer spørsmål om KBP, vil også være viktig (14).

## Avslutning

I fokusgruppeintervjuene var det bred enighet om at styrken i prosjektet var engasjerte prosjektledere, forankringen i ledelsen og etableringen av LMK med ressurspersoner. En gjensidig og vedvarende forpliktelse på organisasjons- og individnivå for å etablere en god praksiskultur hadde også betydning for å oppnå bærekraftig endring som vedvarer over tid og fungerer for alle faggrupper i den praktiske hverdagen.

Det var viktig med variert opplæring. KBP ble ufarliggjort med praksisnære oppgaver, humor og fokus på individuell oppfølging. En klar identifisering og bevissthet rundt barrierer, og at ledelsen tok ansvar for å redusere disse, hadde også betydning for implementeringsprosessen.

Å bli en kunnskapsbasert fagperson er en langsom modningsprosess som tar tid å innføre som en rutine i arbeidshverdagen. Vilje og tålmodighet kreves for å endre daglige arbeidsvaner. Hver ansatt må ta et bevisst personlig ansvar, være motivert, tilegne seg ny kompetanse og prioritere kunnskapsbaserte tiltak.

KBP er gjennom prosjektet satt på dagsordenen og er blitt en integrert og naturlig del av arbeidshverdagen i avdelingen ved prosjektets avslutning. Tilbakemeldinger fra ansatte viser nå økende ambisjoner om å bruke kunnskapsbaserte kartleggings-



verktøy og tiltak. Kompetanseutviklingen som ble satt i gang gjennom prosjektet, har ført til et felles kunnskapsgrunnlag og bedre forståelse om hvorfor det skal jobbes kunnskapsbasert. Prosjektet har ført til at fagutvikling nå er satt mer i system. Ansatte jobber i dag mer kunnskapsbasert enn i 2015, som igjen bidrar til å kvalitetssikre rehabiliteringstilbudet.

Svar fra selvevalueringsskjema og fokusgruppeintervju i desember 2019 viser fortsatt positiv utvikling 3 år etter endt prosjekt, selv om det fremdeles er potensial for forbedring.

## Referanser

- Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester – Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, 2013.
- Spesialisthelsetjenesteloven (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet: 9. april 2020. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Sandvik, G.K. Stokke, K. og Nortvedt, M.W. (2011). Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbasert praksis i sykehus? *Sykepleien Forskning*, 6(2), 161-167. Hentet: 9. april 2020. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2011/05/hvilkestrategier-er-effektive-ved-implementering-avkunnskapsbaser-praksis-i>
- Nordtvedt, M.W. Jamtvedt, G. Graverholt, B. Nordheim, L.V. og Reinart, L.M. (red.) (2012). *Jobb kunnskapsbasert! – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Akribes.
- Liland, H.I., Moe, V., Thomassen, S. og Lind, R. (2017). Jobber og underviser kunnskapsbasert, *Sykepleien*, 105(8), 44-47. Hentet: 10. mars 2020. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.63441>
- Flottorp, S. og Aakhus, E. (2013). Implementeringsforskning: vitenskap for forbedring av praksis, *Norsk Epidemiologi*, 23(2), 187-196.
- Graverholt, B. og Tuntland, T. (2008). Arbeidsformer som implementerer Kunnskapsbasert praksis. *Ergoterapeuten*, 1(8), 54-59.
- Strategiplan for St. Olavs Hospital 2015 – 2018. Hentet: 1 april 2020. Tilgjengelig fra: <https://stolav.no/Documents/Strategi%20for%20St.%20Olavs%20Hospital%202015-2018.pdf>
- Aasekjær, K., Waehle, H.V. Ciliska, D. Nordtvedt, M.W. og Hjälmhult, E. (2016). Management Involvement – A decisive condition when implementing evidence-based practice, *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(1), 32-41.
- Sirkka, M. Larsson-Lund, M. og Zingmark, K. (2014). Occupational therapists' experiences of improvement work: a journey towards sustainable evidence-based practice, *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21:2, 90-97.
- Høgskolen i Bergen (2012). Nettkurs i Kunnskapsbasert praksis. Hentet: 10. mars 2020. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Røkholt, G. Davidsen, L.S. Johansen, H.N. og Hilli.Y. (2017). Helsepersonells erfaringer med å implementere kunnskapsbasert praksis på et sykehus i Norge. *Nordisk sykeplejeforskning*, 7(3), 1-20.
- Tuntland, H. (2008). Hvordan bli en kunnskapsbasert yrkesutøver? *Ergoterapeuten*, 11(8), 1-6.
- Dogherty, E. Harrison, M.B. Graham, I. Vandyk, A.D. og Keeping-Burke, L. (2013). Turning knowledge into action at the point of care: the collective experience of nurses facilitating the implementation of evidence-based practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 10(3), 129-139.
- Hole, G.O. Brenna, S.J. Graverholt, B. Ciliska, D. og Nortvedt M.W. (2016). Education change agents: a qualitative descriptive study of graduates of Master's program in evidence-based practice. *BMC Medical Education* 16(1):71.
- Thyness, E.M. (2008). Kunnskapsbasert praksis er gøy. *Ergoterapeuten*, 1(8), 6-9.
- Bakke, T. Brudvik, M. de Vibe, M. Konsmo, T. Nyen, B. Udness, E. og Vege, A. (2013). En beskrivelse av utviklingen av modell for kvalitetsforbedring, og hvordan den kan brukes i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten,
- Tuntland, H. og Nordheim, L. (2009). Undervisning og læring i kunnskapsbasert praksis. Presentasjon av CASP-modellen. *Ergoterapeuten*, 9(9), 22-29.
- Young, T. Rohwer, A. Volmink, J. og Clarke, M. (2014). What are the effects of teaching evidence-based health care (EBHC)? Overview of systematic reviews. *Plos One*, 9(1), 1-13. Hentet: 6. mars 2020. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0086706>.
- Gale, B.V.P. og Schaffer, M.A. (2009). Organizational readiness for Evidence-based practice, *JONA*, 39(2), 91-97.
- Røssvoll, T.B. Hansen, M.B. og Hartviksen, T.A. (2016). Implementering av kunnskapsbasert praksis. Kvalitetsforbedring i ambulant rehabiliteringsteam. *Ergoterapeuten*, 5(16), 20-27.
- Van Dijk, N. Hooft, L. og Waard, M.W. (2010). What are the barriers to residents' practicing evidence-based medicine? A systematic review. *Academic Medicine*, Vol. 85, No 7. 1163-1170.
- Da Silva, T.M., Costa, L.C.D., Garcia, A.N., og Costa, L.O.P. (2014). What do physical therapists think about evidence-based practice? A systematic review. Hentet: 12 april 2020. Tilgjengelig fra: <http://dx.doi.org/10.1016/j.math.2014.10.009>
- Aarons, G. Erhart, M.G. Farahnak, L.R. og Hurlburt, S.M. (2015). Leadership and organizational change for implementation (LOCI): A randomized mixed method pilot study of leadership and organization development intervention for evidence-based practice implementation. *Implementation Science*, 10(1), 1-12.
- Dannapfel, P., Peolsson, A., og Nilsen, P. (2013). What supports physiotherapists' use of research in clinical practice? A qualitative study in Sweden. *Implementation Science*, 8 (3), 1-13.





medemagruppen



## Plages du av kulde, regn og snø?

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

For mer informasjon, kontakt oss på 67 06 49 00 eller [www.medema.no](http://www.medema.no)



# Et framtidsrettet og bærekraftig hjelpemiddelsystem

**Verdens helseorganisasjon (WHO) hevdet for få år siden at det norske hjelpemiddelsystemet er best i verden (Handikapnytt, 2015) Det er en attest alle som jobber på området har æren for og kan være stolte av – og ikke minst er det noe vi bør kjempe for å bevare. Det store spørsmålet er imidlertid hvordan?**

Marthe Sørum Aas, Vegard Forøy, Kristin Horn & Trygve Kalvenes



*Marthe Sørum Aas er kommunikasjonsrådgiver ved Fagsenteret for NAV Hjelpemidler og tilrettelegging. E-post: Marthe.Sorum.Aas@nav.no*



*Vegard Forøy er seniorrådgiver ved Styringsenheten for NAV Hjelpemidler og tilrettelegging.*



*Kristin Horn er seniorrådgiver ved Styringsenheten for NAV Hjelpemidler og tilrettelegging.*



*Trygve Kalvenes er prosjektleder for DigiHoT, ved Styringsenheten for NAV Hjelpemidler og tilrettelegging.*

**D**ette spørsmålet stilte NAV Hjelpemidler og tilrettelegging seg selv for et par år siden. Bakgrunnen var en stadig mer presset økonomi, grunnet i blant annet årlige effektiviseringskutt, kombinert med sterk vekst i antall hjelpemiddelbrukere. Rapporten «Brukarar av hjelpemidler i åra framover» viste en økning på 37,5 prosent fram mot 2030 (Gjerde, 2016).

Andre samfunnsdrivere som også i økende grad vil påvirke forventninger og krav til våre tjenester, er raskere omstillingstakt i arbeidslivet og økte kompetansekrav. Dette vil kunne medføre særskilte utfordringer for personer med nedsatt funksjonsevne, som allerede har langt lavere sysselsetting og utdanningsnivå enn befolkningen for øvrig. SSBs arbeidskraftsundersøkelse viser at sysselsettingen har holdt seg vedvarende lav på rundt 45 prosent, og at omtrent tilsvarende andel ikke har utdanning utover grunnskole (SSB, 2020).

## KARTLEGGINGS- OG INNSIKTSARBEID

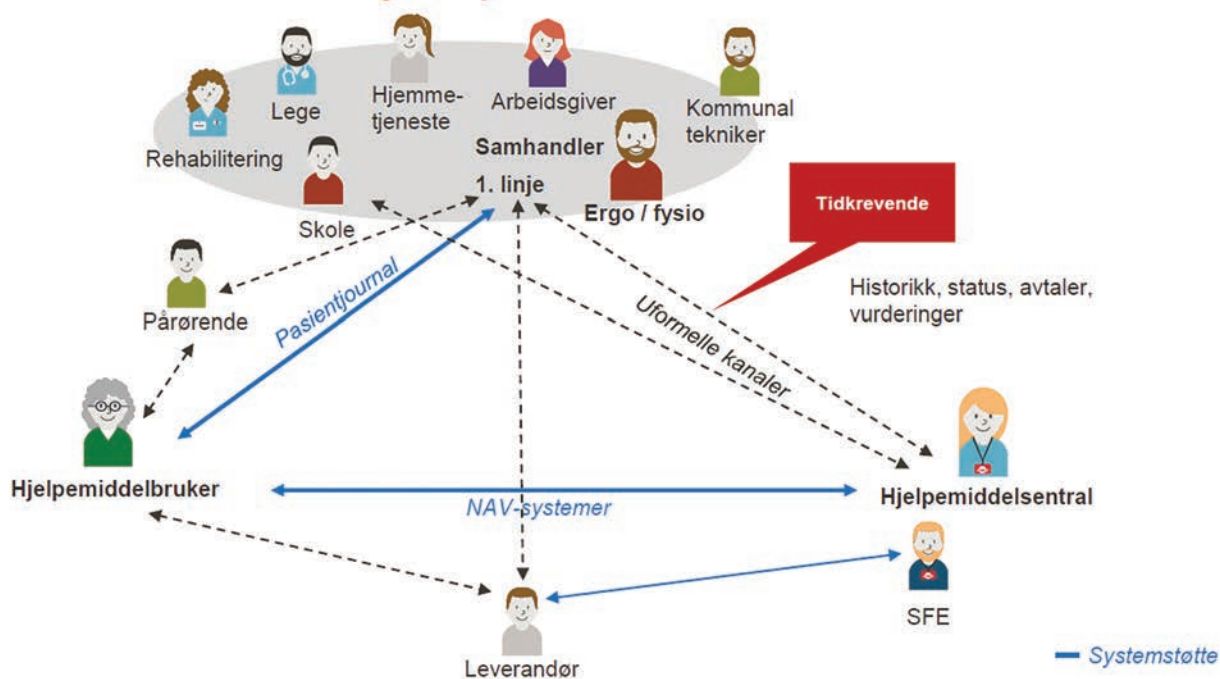
Med dette utfordringsbildet som bakteppe igangsatte NAV et kartleggings- og innsiktsarbeid. Det ble innledet med en situasjonsbeskrivelse, som kort sagt viste at det må tenkes nytt om hvordan vi møter brukere og samhandlere og måten tjenesten utføres på. Det var særlig fire sentrale problemstillinger som utkrystalliserte seg, og som måtte besvares for å kunne treffe de riktige strategiske veivalgene:

- Hvordan skal kommunen og NAV Hjelpemiddel-sentral sammen tilby et mer helhetlig og effektivt hjelpemiddelsystem?
- Hvilke tjenester skal NAV Hjelpemidler og tilrettelegging, sammen med kommunen og fylkeskom-

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til artikkelen.*



## Samhandlere mangler systemstøtte



Figur 1: Manglende systemstøtte.

munen, tilby for å øke barn og unges deltakelse og mestring i utdanning og aktivitet?

- Hvordan skal NAV-kontoret og NAV Hjelpemiddelsentral sammen tilby tjenester som øker sysselsettingsandelen blant personer med nedsatt funksjonsevne?
- Hvilken kompetanse skal NAV Hjelpemiddelsentral ha, og hvordan skal de organiseres for å kunne utvikle, forvalte og vedlikeholde brukerorienterte og framtidsrettede tjenester så effektivt som mulig?

Dette er store og komplekse spørsmål. For å kunne svare på dem krevde det samarbeid og dialog med brukerrepresentanter, ansatte på hjelpemiddelområdet i stat og kommune, NAV-kontor og andre samhandlere. Det ble innhentet kunnskap og informasjon basert på intervjuer (individuellt og i grupper), oppsøkende virksomhet og observasjoner av systemer, rutiner og arbeidsprosesser. Informasjonsmengden var stor og avdekket mange smertepunkter og forbedringsområder. De viktigste pekte tilbake på manglende systemer for samhandling og oppgaveløsning mellom NAV og kommune, dette er presentert i figur 1.

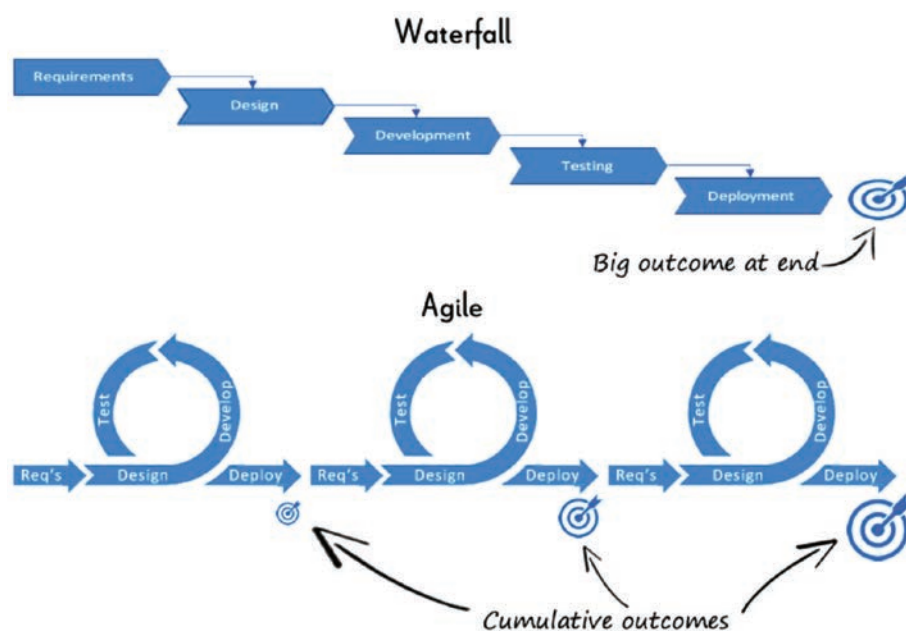
Dette viser seg i form av mye manuelt og tidkrevende papirarbeid, mangelfull og lite tilgjengelig informasjon, samt lang leveringstid på hjelpemidler og tilretteleggingstiltak.

Det framsto ganske klart at digitalisering svarer på alle problemstillingene ovenfor. Digitalisering er en forutsetning for at NAV Hjelpemiddelsentralene og kommunene sammen skal klare å håndtere veksten i hjelpemiddelbrukere. I tillegg kan det frigjøre ressurser som gir rom for å opprettholde høy faglig kvalitet på alle oppgaver, og samtidig gi økt og mer målrettet bistand til familier med funksjonshemmede barn, unge under utdanning og arbeidsdeltakelse.

## DIGITALISERING AV HJELPEMIDDELFORMIDLINGEN

Digitalisering handler ikke bare om teknologi; det handler også om organisasjonsutvikling. Den vil kreve nye måter å lede, organisere og samarbeide på, og vil påvirke hele hjelpemiddelformidlingens verdikjede. Det må derfor parallelt med digitalisering jobbes med kompetansetiltak og organisatoriske tilpasninger, med mål om å understøtte og øke effekten av digitaliseringsarbeidet. Kompetansebehov grunnet nye eller endrede oppgaver må løses i samarbeid mellom NAV Hjelpemiddelsentral og kommunen. Det er inngått et samarbeid mellom NAV og kommune som er forankret på øverste ledernivå i KS og Arbeids- og velferdsdirektoratet.

I arbeidet benyttes smidig utviklingsmetodikk. Smidig (fra engelsk agile) er fellesnavn på systemutviklingsmetoder som legger vekt på fleksibilitet



Figur 2. Smidig utvikling.

Kilde: <https://remcojansen.wordpress.com/2016/07/12/what-the-difference-between-agile-and-waterfall-crm-implementation-methods/>

og hyppige delleveranser samt tett kommunikasjon mellom de som utvikler systemet og de som skal bruke det (Digdir, 2020). Å jobbe smidig innebærer med andre ord at produktutviklingen styres av hyppig revisjon av behov, prioriteringer og planer basert på tilbakemeldinger fra ulike interessenter og økt innsikt etter hvert som teamene skaper verdi gjennom leveranser. Dette kan resultere i lavere forutsigbarhet når det gjelder produktutvikling, lansering og produksjonssetting, men til gjengjeld vil det i størst mulig grad å sikre at produktene som utvikles, svarer på behov.

Så hva konkret ønsker vi å få til gjennom digitaliseringsarbeidet som er igangsatt? Initiativet skal utvikle digitale løsninger mellom NAV og kommune som ivaretar felles behov for dialog, innsyn, behovsmelding, vurdering, gjenbruk, utlån, sporing av hjelpemidler og koordinering av service/reparasjon. Hjelpemiddelbruker får mulighet til å søke selv når de ønsker det, melde behov for service/reparasjon, ha digitalt innsyn i egen sak og status i denne, oversikt over hjelpemidler i utlån, samt mulighet til digital dialog med sin saksbehandler hos kommunen og i NAV Hjelpemiddelsentral.

Allerede før sommeren gikk første leveranse i pilot. I september ble ordningen utvidet og omfatter nå 15 kommuner med mulighet til å sende behovsmelding om enkle bevegelseshjelpemidler digitalt.

### EFFEKTER AV DIGITALISERING FOR NAV?

Gjennom digital løsning for behovsmelding vil NAV i framtiden motta fullstendige søknader og kunne kommunisere med kommunale formidlere og bruke raskt, enkelt og digitalt. NAV Hjelpemiddelsentral

vil ikke trenge å bruke tid på «enkle» saker, da mye av dagens saksbehandling er egnet for automatisering. Fagpersoner vil kunne behandle saken i ett fagsystem, og de vil finne all informasjonen de trenger på ett sted. Søknader som ikke fyller vilkårene, vil stanses automatisk. Dette innebærer tidsbesparelser, som vil kunne sikre at forventet økning i antall søknader og henvendelser om hjelpemidler ikke fører til lengre ventetid for brukerne.

Og dette er kun en start. I løpet av de neste årene vil utviklingen av digitale løsninger og automatisering av manuelle prosesser føre til mer effektive arbeidsprosesser i forbindelse med lager og logistikk og ved gjennomføring av service- og reparasjonsoppdrag. Totalt vil det bidra til at NAV og kommunene er stand til å opprettholde tjenestekvalitet til tross for en økning i brukermassen.

### Litteraturliste:

- Digdir (2020), Fungerer smidig metodikk i store IT-prosjekter?, Url: <https://www.digdir.no/digitalisering-og-samordning/fungerer-smidig-metodikk-i-store-it-prosjekter/1640>
- Gjerde, Sigurd (2016), Brukarar av hjelpemidler i åra framover, Arbeid og velferd nr. 3, 2016 Url: <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/brukarar-av-hjelpemidler-i-ara-framover>
- Handikapnytt (2015), Hjelpemiddelsentralene blir en norsk eksportartikkel, Url: <https://www.handikapnytt.no/hjelpemiddelsentralene-blir-en-norsk-eksportartikkel/>
- SSB (2020) Personer med nedsatt funksjonsevne, arbeidskraftundersøkelsen, URL: <https://www.ssb.no/statbank/table/09338/tableViewLayout1/>



# 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



## Vil digitalisering revolusjonere hjelpemiddelformidlingen?

Høsten 2018 ble Bærum kommune kontaktet av Nav DigiHoT med forespørsel om mulig deltakelse på en google sprint, en metode for å besvare store spørsmål gjennom en rask prosess. Bakgrunnen for henvendelsen var et ønske om samarbeid med kommunen i arbeidet med digitalisering av hjelpemiddelformidlingen. Dette arbeidet ble igangsatt blant annet for å håndtere den forventede veksten blant hjelpemiddelbrukerne i årene som kommer (Gjerde, 2016).

Av Alf Inge Solbakken & May Britt Blymke



Alf Inge Solbakken er ergoterapeut og avdelingsleder i Avdeling ergo-, fysioterapi og hjelpemidler i Bærum kommune.  
E-post: [alf.solbakken@baerum.kommune.no](mailto:alf.solbakken@baerum.kommune.no)



May Britt Blymke er ergoterapeut i Avdeling ergo-, fysioterapi og hjelpemidler i Bærum kommune.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til artikkelen.

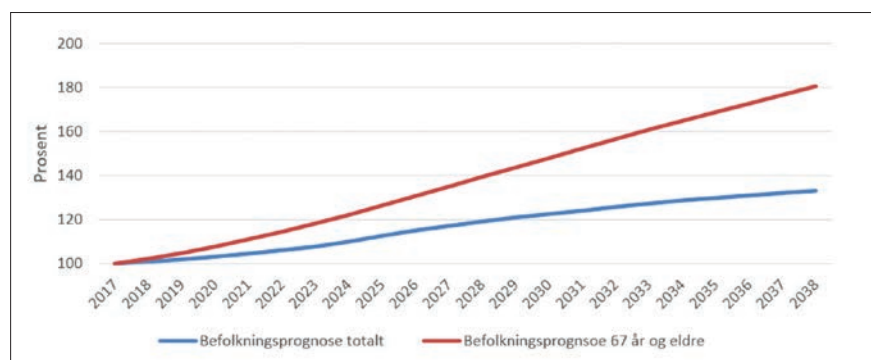
Bærum kommune (2019) har vist til at tjenestene vil stå overfor kapasitetsutfordringer knyttet til befolkningsvekst spesielt blant kommunens innbyggere over 67 år (figur 1). Dette vil medføre et økt press på blant annet ergoterapitjenesten, da den demografiske utviklingen med flere eldre skaper økte behov for behandling og tilrettelegging for å kunne bo hjemme lengst mulig.

Hjelpemiddelformidlingen er en kompleks prosess som involverer ulike fagpersoner i ulike forvaltningsnivåer, omfattende regelverk samt flere forskjellige og fragmenterte løsninger avhengig av hvor man jobber. Hensikten med sprinten var at man i løpet av en kort arbeidsuke skulle kartlegge behov, skissere ulike løsningsalternativer og deretter velge en løsning samt utarbeide en prototype som vist i figur 2. Bærum kommune valgte å stille med en representant inn i

dette arbeidet.

Etter en uke høsten 2018 ble en prototype på hvordan man kunne tenke seg en digital søknad presentert for noen utvalgte terapeuter i ulike kommuner i landet. Denne løsningen skapte entusiasme blant terapeutene, som fram til nå kun har forholdt seg til et tidkrevende papirbasert system for søknader på hjelpemidler. Tilbakemeldingene var udelt positive, og forventninger om en revolusjon innen hjelpemiddelformidlingen ble skapt.

Våren 2019 ble Bærum på ny kontaktet med forespørsel om å kunne bidra med en ressursperson inn i arbeidet knyttet til digitalisering av hjelpemiddelformidlingen. Denne ressursen skulle tilknyttes Team Hjelpemiddelbehov og bidra i arbeidet med å kartlegge og utvikle løsningen knyttet til digitale søknader på hjelpemidler. I 2019 samarbeidet Bærum kommune og prosjektet NAV DigiHoT tett. Det



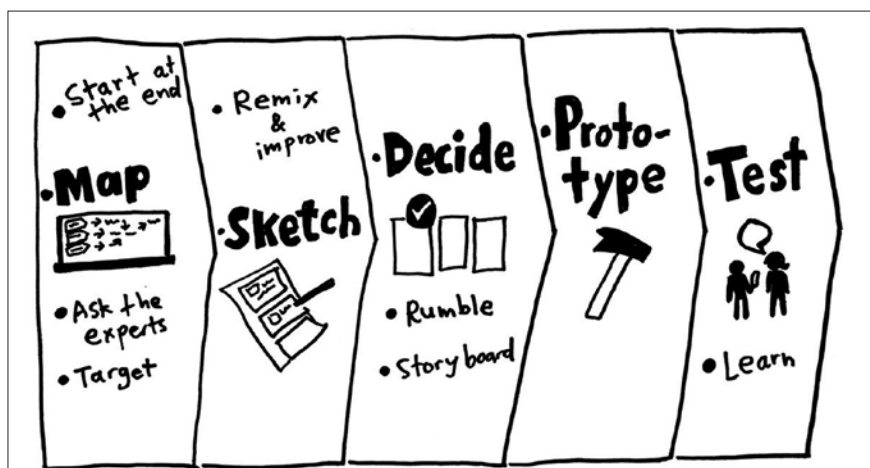
Figur 1: Befolkningsvekst knyttet til innbyggere over 67 år. Kilde Bærum kommune. (2019)

ble gjort et grundig innsiktsarbeid for å komme fram til løsningen som i dag testes ut. I september 2020 kunne Bærum kommune som en av flere pilotkommuner ta i bruk digital søknad.

### EFFEKTER AV DIGITAL SØKNAD:

Etter knappe to måneder med bruk av digital søknad på enkelte hjelpemidler ser man allerede positive ringvirkninger i tjenesten. Nedenfor nevnes noen punkter man umiddelbart har sett gir en gevinst:

- **Enkel og rask utfylling av søknad sparer tid i en hektisk hverdag:**
  - o Mer effektiv utfylling av søknader med avkryssninger framfor begrunnelser
  - o Integrert produktinformasjon ved valg av hjelpemiddel
  - o Automatisk utfylling av terapeuts kontaklinformasjon
- **Kortere utleveringstid av hjelpemidler**
  - o Søknader/bestillinger er mottatt på Hjelpemiddelsentralen sekunder etter at søknad/bestilling er sendt.
  - o Fjerning av tid brukt på postgang.
  - o Manglende postgang eliminerer risikoen for at søknader/papirer forsvinner i på veien.
  - o Dette gir brukerne raskere tilgang på hjelpemidlene.
- **Fleksibilitet:**
  - o Man har tilgang til digital søknad på ulike steder, forutsatt at man har nettilgang. Det er dermed mulig å effektivisere saken der man er.
- **Miljøgevinst og bedre ivaretagelse av personvern**
  - o Reduksjon i bruken av papir, noe som gir en miljøgevinst
  - o Mindre risiko knyttet til papirer på avveie med sensitive personopplysninger



Figur 2: Hensikten med sprinten var å kartlegge behov, skissere ulike løsningsalternativer, velge en løsning samt utarbeide en prototype i løpet av en uke. Kilde: <https://sprintstories.com/7-tips-for-the-first-ever-design-sprint-of-a-company-16682b307c1c>

I Bærum har man nå eksempler på at det kan ta fire til fem dager fra søknaden er sendt til produktet er levert til kommunens hjelpemiddelutlån. Tidligere ville ikke søknaden kommet fram til NAV Hjelpemiddelsentral på denne tiden, grunnet treg postgang.

Forventninger til prosjektet i tiden som kommer:

Bærum kommune mener denne satsningen er helt avgjørende for på sikt å få til en mer effektiv, oversiktlig og forutsigbar hjelpemiddelformidling. Man kan se for seg at brukerne har innsikt i egen sak digitalt, og at terapeutene har en oversikt over alle sine saker digitalt. Det er et ønske at status på søknader kan ses ved pålogging, og at det til enhver tid foreligger en oppdatert utlånshistorikk på hvilke hjelpemidler brukerne har. Alt dette samlet på ett sted, framfor i ulike systemer hvor kun enkelte har tilgang, forbedrer brukers mulighet til innsyn i egen sak. Dersom man i tillegg ser for seg en løsning der man har oversikt over hvor hjelpemidlet befinner seg i systemet, vil man også få et komplett logistikksystem som gir oppdatert informasjon til brukerne, ansatte

i kommunen og ansatte på NAV Hjelpemiddelsentral.

Er en revolusjon innen hjelpemiddelformidlingen mulig? Svaret på det er helt klart et rungende JA fra Bærum kommune. Mulighetene er mange og vi ser fram til fortsettelsen. Starten har overgått forventningene så langt, og selv om pilotløsningen som foreligger i dag er begrenset, er flere tidstyver fjernet allerede. Og bedre skal det bli!

### Litteraturliste:

- Gjerde, Sigurd (2016). *Brukarar av hjelpemidler i åra framover*. Arbeid og velferd nr. 3, 2016. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/kunnskap/analyser-fra-nav/arbeid-og-velferd/arbeid-og-velferd/brukarar-av-hjelpemidler-i-ara-framover>
- Nav (2020) *Digitalisering av hjelpemiddelområdet*. <https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/samarbeid/hjelpemidler/digitalisering-av-hjelpemiddelområdet>
- Bærum kommune (2019). *Virksomhetsanalyse for sektor bistand og omsorg*. <https://www.baerum.kommune.no/globalassets/styre-dokumenter/hp-2020-2023/virksomhetsanalyse-for-sektor-bistand-og-omsorg.pdf>

# Ergoterapeututdanningen i Tromsø fyller 30 år

## EN BÆREKRAFTIG JUBILANT

Av Vår Mathisen, Gunn Nilsskog, Marianne Olsen, Astrid Vekve Nymo, Lene Angell Åsli, Mari Hepo-oja & Rita Jentoft



Vår Mathisen er førsteamanuensis ved Norges arktiske universitet (UiT). E-post: var.mathisen@uit.no



Gunn Nilsskog er universitetslektor ved Norges arktiske universitet (UiT).



Marianne Olsen er universitetslektor ved Norges arktiske universitet (UiT).



Astrid Vekve Nymo er studieleder ved Norges arktiske universitet (UiT).



Lene Angell Åsli er førsteamanuensis ved Norges arktiske universitet (UiT).



Mari Hepo-oja er høgskolelærer og masterstudent ved Norges arktiske universitet (UiT).



Rita Jentoft er dosent i ergoterapi ved Norges arktiske universitet (UiT).

## Sammendrag

**Ergoterapeututdanningen i Tromsø fyller 30 år i 2020.** Ergoterapeututdanningen har oppfylt en av intensjonene med utdanningen ved at befolkningen i vår region har fått et mer likeverdig helsetilbud på linje med resten av landet. Vi er en liten og eksklusiv utdanning med forholdsvis små kull og få lærere. Studentene kommer fra hele landet, og studentmålinger viser at studentene trives og har godt læringsutbytte av å være her. Vi har godt med søknader til studieplasser. Etablerte vitenskapelige ansatte er aktive bidragsytere innen forskning og fagutvikling. Dette er grunnleggende faktorer for bærekraftig utdanning. Men i hvilken grad retter utdanningen fokus på studenters kompetanseutvikling i lys av FNs bærekraftsmål? For å belyse dette spørsmålet har et samlet lærerlag analysert og drøftet dagens emnebeskrivelser med læringsutbytte og vurderingsformer tilknyttet pedagogiske opplegg. Gjennomgangen har bevisstgjort lærerlaget om hvordan vi i enda større grad kan fremme studentenes bærekraftige kompetanse.

**Nøkkelord:** bærekraftig utvikling, ergoterapeututdanning, pedagogikk, PBL

Det er ingen interessekonflikter knyttet til innsendte manuskript.



**E**rgoterapi bidrar til samfunnets globale helse og fremmer menneskers rett til å engasjere seg i meningsfulle, målrettede virksomheter, uavhengig av medisinsk diagnose, sosialt stigma eller fordommer (Shann et al., 2018). Dette fordrer at utdanningstilbud inkluderer FNs bærekraftsmål i undervisning med fokus på både regional, nasjonal og global helse, omgivelser, fattigdom, vekst og sosial ulikhet. Utdanning og forskning må fremskaffe kunnskap og gi kompetanse som er rettet mot borgernes og tjenestenes behov. Gjennom denne artikkelen vil vi belyse og reflektere over i hvilken grad ergoterapeututdanningen ved UiT Norges arktiske universitet vektlegger bærekraftig utvikling nasjonalt, regionalt og globalt i undervisningen. Samtidig vil vi presentere oss, jubilere og feire våre 30 år som ergoterapeututdanning i nord, og reflektere over hvordan utdanningen kan bli mer bærekraftig i framtiden.

Nord-Norges ergoterapeututdannings pedagogiske profil presenteres før gjennomgang av pedagogiske innhold i studiets emner. Fokus rettes mot læringsformer som kan styrke studentenes bærekraftige kompetanseutvikling.

## GLOBAL BÆREKRAFTIG UTVIKLING

Begrepet bærekraftig utvikling ble først brukt i rapporten «Vår felles framtid» (1987), skrevet av verdenskommisjonen for miljø og utvikling, ledet av Gro Harlem Brundtland. Bærekraftig utvikling er en plan for framtiden, for planeten vår og alle oss som bor på den. Målet er å gjøre verden til et bedre sted for alle mennesker som lever nå, uten å ødelegge

for dem som kommer senere. Selve begrepet bærekraft betyr forandring. Når noe utvikler seg, skjer det en forandring. I 2015 ble 2030-agendaen med 17 bærekraftsmål vedtatt av alle FNs medlemsland. Selv om 14 av FN-målene har med helse å gjøre, handler bærekraft ikke bare om helsesektoren, men også om økonomi- og samfunnsperspektiv. Kostnadene innen vestlig spesialisthelsetjeneste stiger til himmels. Gapet øker mellom dem som trenger helsehjelp og færre arbeidstakere. Pågående koronapandemi viser at vi ikke kan ignorere bærekraftige utviklingsmål knyttet til ulikhet i helse. Prioriteringer og utforming av helse-tjenesten henger sammen med hva som skjer i resten av verden, påpeker Creek (2015).

Et sentralt prinsipp i 2030-agendaen er at «ingen skal utelates». Det betyr at utsatte og utstøtte mennesker og grupper (som eldre, personer med funksjonsnedsettelse, personer med alvorlig rus og/eller psykiske lidelser, flyktninger, fattige i verden) skal inkluderes i utviklingen (Regjeringen 2020). Miljø, økonomi og sosial utvikling må ses i sam-

menheng. God helse, anstendig arbeid, inntekt og bærekraftige byer og samfunn henger sammen, også globalt. Dette krever samarbeid, kreativ innovasjon og nye digitale løsninger (Regjeringen 2020). Morgendagens helsearbeidere må ha endringskompetanse og være innovative og fleksible, ressursutløsende og livslang lærende (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Nordkalotten er multikulturell, hvor samiske, kvenske, finske, russiske og norske innbyggere har levd, og fremdeles lever, side om side med nye landsmenn og besøkende. At mange samer fremdeles opplever forforskning, er sentralt å problematisere (Mathisen & Sørly 2020). Tromsø, Nord-Norges største kommune med nærmere 77 000 innbyggere, er innrammet av vakker natur, strategisk plassert i nordområdet. På den ene siden har vi et velutviklet velferdssamfunn, på den andre siden mennesker som faller utenfor. De faller ut av skolen, utenfor arbeidslivet, er ensomme i omsorgsboliger, har økte rus- og psykiske vansker, er bostedsløse eller har ikke funnet sin plass i nord etter flukt. Mange trenger



*FNs medlemsland har vedtatt 17 bærekraftsmål.*



Tverrprofesjonell samarbeidslæring. Foto: Ola Thyholdt Reibo.

støtte til å kunne delta i meningsfulle aktiviteter etter evne, behov og interesse – bærekraftig, ressursutløsende støtte som bidrar til at «ingen skal utelates». Creek (2015) framhever at ergoterapeuter trenger å utvikle en politisk dimensjon forankret i menneskerettigheter og sosial rettferdighet. I praksis fordrer det rett person, til rett tid, på riktig måte og på rett plass, hevder forbundslederne i de nordiske ergoterapeutforbundene. Ergoterapi bidrar til å løse samfunnets helse- og velferdsutfordringer (Ness et al 2020).

### **BÆREKRAFTIG ERGOTERAPEUTUTDANNING**

Begrepet bærekraftig utdanning ble innført i forbindelse med FNs utdanningstiår rundt tusenårskrftet. Det finnes ikke en enhetlig definisjon, men kjennetegn er tverrfaglig og holistisk tilnærming. Det handler om å gi framtidige generasjoner verdier, kunnskaper, ferdigheter og holdninger som trengs for å oppnå bærekraftig utvikling (Utdanningsforbundet 2017, Sinnes 2015). Varierte pedagogiske undervisningsmeto-

der som fremmer kritisk tenkning, samarbeidsevner, evne til problemløsning og handlingskompetanse, er nødvendig (Sinnes 2015, Sundstrøm 2016).

WFOT tok allerede i 2012 aktiv stilling til at det er sentralt for ergoterapifaget å bidra inn mot bærekraftig utvikling både innad i faget og i samarbeid med klienter og nærmiljø. I undervisningssammenheng innebærer det kritisk å vurdere praksismodeller og utvide klinisk resonnering samt utvikle nytt undervisningsmaterieil.

Ergoterapeutstudiet vektlegger Nord-Norges spesielle forhold, som spredt geografisk bosetting, flerkulturelt samfunn, helseproblemer grunnet klima og arbeidsforhold (Nilsskog & Jentoft 2015). Lærere ved UiT har også engasjert seg globalt for å utvikle bærekraftige ergoterapeututdanninger med utvikling av studieplaner både i Russland, Zambia (Olsen et al., 2016) og etablering av ergoterapeututdanning i Palestina (Jentoft 2009).

### **PEDAGOGISK PLATTFORM**

Ved bachelorutdanningen i

Tromsø har vi som mål å utdanne ergoterapeuter som skal bidra til bærekraftig utvikling i samfunnet. Design av emner fordrer samstemthet mellom læringsutbyttebeskrivelser, læringsressurser og -aktiviteter og vurderingsformer (Biggs & Tang 2011). Didaktikk omhandler overveielser om hva vi skal gjøre (mål og innhold), hvordan gjøre det (metodisk/pedagogisk tilnærming), og hvorfor (overveielser, begrunnelser) (Hiim & Hippe 2009).

Problembasert læring (PBL) er vår pedagogiske plattform for studentenes læring. Kompetent profesjonsutøvelse krever faglig kunnskap og samarbeids- og problemløsningsevne. Det oppøver studentene seg gjennom utforskende arbeid i basisgrupper. Her anvendes læringssituasjoner og metoder som simulerer autentisk praksis og stimulerer til dybdelæring. Læringsaktivitetene sentrerer om resonneringsmåter (Shell 2019) og problemløsningsstrategier som erfarne praktikere anvender mer eller mindre intuitivt og automatisk (Pettersen 2017). Ulike utfordringer fremmer faglig refleksjon over virkelige situasjoner. Disse er knyttet til forventet læringsutbytte, utvalgt kjernelitteratur, forelesninger og ferdighetstrening. Egenstudier har stor plass i PBL. Gjennom studentaktive læringsformer som seminarer og arbeidskrav fremvises, diskuteres og evalueres studentenes kompetanseutvikling. Studentene deltar også i tverrprofesjonelle samarbeidslæringsprosjekt (TPS). Dette er et stort satsingsområde ved UiT (Jentoft 2020a, Furu 2020, Norbye 2016).

Som lærere ved utdanningen har vi mange roller. Vår hovedrolle overfor studentene er først og fremst å være en veileder. Vi skal

lede (guide) og lette (fasilitere) læringsprosessen for studentene (Pettersen 2017). Som veiledere skal vi være en metakognitiv guide, en som viser, demonstrerer og støtter. I overført betydning er vi i kraft av veileder en rollemodell for (ergoterapeutisk) refleksjon, tenkemåte og læring. Systematisk å bringe inn problematiske situasjoner og utfordringer for «reflection-in-action» (jamfør Schön 1983) er derfor viktig.

Videre belyses pedagogiske innhold i studiets emner. Fokus rettes mot læringsformer som kan styrke studentenes bærekraftige kompetanseutvikling. Utdanningen har valgt å organisere hoveddelen av studieprogrammet ut fra et livsløpsperspektiv.

### MENNESKE I AKTIVITET

Studentene starter studiet med å utforske aktiviteters betydning i hverdagslivet med utgangspunkt i egne erfaringer og teori fra ergoterapi og aktivitetsvitenskap. Det etableres en grunnleggende kunnskap om menneskets forutsetninger for deltakelse i meningsfull aktivitet der studentaktive læringsformer og praksisnære eksempler tilstrebes. Universell utforming av samfunnet, menneskesyn og menneskerettigheter knyttes til deltakelse (jamfør bærekraftsmål 4, 10 og 11). Gjennom simulering og seminarundervisning utvikler studentene bevissthet om eget aktivitetsliv og livssituasjon og livsmuligheter til mennesker med funksjonsnedsettelser. Ulike perspektiver på helse og funksjonshemming drøftes (jamfør bærekraftsmål 3). Det tilstrebes at studentenes erfaringer og ressurser anvendes aktivt i gruppeundervisning. De skal utvikle sin samarbeidskompetanse fra studiestart. Det bygges opp et

stort engasjement blant studentene for urettferdighet knyttet til muligheter for aktivitetsdeltakelse. For eksempel har studentene en dag hvor de får egenerfaring med å være avhengig av rullestol i offentlige bygg og byrom. Her gjør studentene viktige erfaringer som de tar med seg videre i studiet.

Gjennomgang av emnet viser at vi innen aktivitetsanalyse utfordres til ytterligere å tematisere hva som kan være bærekraftige aktiviteter. Nye opplegg for å forsterke kunnskap om etnisitet og kulturell kompetanse og kunnskap om marginaliserte gruppers muligheter i samfunnet er allerede under utvikling.

### FELLESKURS HELSEFAKULTETET

Allerede første semester arrangeres et fellesemne (10 studiepoeng) som omhandler kunnskap om helsetjenesten, etikk, kommunikasjon og tverrprofesjonelt samarbeid og andre tema som er felles for helsearbeidere, psykologer og farmasøyter. Læring skjer i en akademisk kontekst, herunder kritisk kildebruk, skriftlig og muntlig presentasjon av fagstoff.

### HELSE, AKTIVITET OG DELTAKELSE HOS BARN

Emnet omhandler barn og deres magiske lekeunivers. Studentene lærer og utforsker hvordan samspillet mellom barn, familie, nærpå personer og omgivelser kan påvirke barnets aktivitetsmuligheter i hjem, barnehage, skole og fritid. Studentene lærer om og av barn, blant annet i en ukes barnehagepraksis. Det øves på observasjon og samhandling med barn i lek og vurdering av barns lekeplass og/eller uteområde ut ifra prinsipper for universell utforming (jamfør bærekrafts-



Utforskning av offentlige bygg og byrom.  
Foto: Benedikte Abrahamsen

mål 11). Førskolebarn kommer til campus der studentene lærer å vurdere deres skriveforberedende ferdigheter. De lærer å vurdere barns skolesituasjon og behov for tilrettelegging av skolehverdagen gjennom ferdighetstrening (jamfør bærekraftsmål 4). FNs barnekonvensjon og bærekraftsmål om god helse og livskvalitet tematiseres i forhold til lokal og global kontekst.

Gjennomgangen av emnet har tydeliggjort at det må utvikles undervisningsaktiviteter med sterkere fokus på minoritetsgrupper og barn med samisk tilhørighet. Også undervisning om oppvekstsvilkår inkludert omsorgssvikt, sosioøkonomiske problemer og diskriminering må styrkes (jamfør bærekraftsmål 16).

### HELSE, AKTIVITET OG DELTAKELSE HOS UNGDOM

Emnet vektlegger ungdommers aktivitetsmuligheter og utfor-





Barn på besøk. Foto: Stig Brøndbo.

dringer i hverdagen. Vi har flere seminarer med omvendt undervisning (jamfør Låg og Sæle 2019) med en samfunnskritisk tilnærming til aktivitetsmuligheter og -begrensninger. Tilegnelse av relasjonell og terapeutisk kompetanse står sentralt. Fokuset er på forebygging og helsefremming (jamfør bærekraftsmål 3). Øvelse skjer i ferdighetstrening og rollespill. Studentene lærer å opptre aktivitets- og ressursorientert i sin tilnærming, men oppøver også ferdigheter med å takle utfordrende situasjoner som forebygging av selvmord. Gjennom veiledete studentaktive læringsformer som «kreativt verksted» (Jentoft & Mathisen 2015) lærer studentene å planlegge og lede grupper. Vi har fokus på begrenset økonomi og gjenbruk (jamfør bærekraftsmål 12). Masker lages av gamle T-skjorter og skulpturer av pappesker eller snø ute. Kjøkkenutstyr blir raskt til musikkinstrumenter, klipping og liming av tekster fra aviser blir til vakker poesi.

I gjennomgang av emnet ser vi behov for enda sterkere fokus på urfolk, minoriteter og subkulturer.

### HELSE, AKTIVITET OG DELTAKELSE HOS VOKSNE

Dette emnet har fokus på den voksne befolkningen og deres deltakelse i aktivitet og samfunnsliv. Tematikker er knyttet til universell utforming, velferdsteknologi, rehabilitering, tilrettelegging og arbeidsinkludering. Deltakelse i arbeid og meningsfulle virksomheter har stor betydning for menneskers økonomi, helse og livskvalitet (jamfør bærekraftsmål 8 og 11). I undervisning brukes film, dokumentarer og autentiske eksempler fra media for å fremme forståelse, empati og engasjement. I basisgrupper har de case som tematiserer personer som lever i marginaliserte livssituasjoner, med varige funksjonsnedsettelser og/eller med rusavhengighet og alvorlig psykiske lidelser. I omvendt undervisning foreleser og ferdighetstrener studentene hverandre.

Tema som må løftes mer eksplisitt, er likeverdige helsetjenester for minoriteter (i særdeleshet mennesker med utviklingshemming) og for samisk urfolk. Likestilling mellom

kjønn må også på agendaen (jamfør bærekraftsmål 5).

### HELSE, AKTIVITET OG DELTAKELSE HOS ELDERE

I emnet fokuseres det på at eldre både kan være en samfunnsressurs og mottakere av ergoterapi-tjenester. Studentene jobber med hvordan aldring, alderisme samt ulike sykdommer og skader kan medføre konsekvenser for Eldres hverdagsaktiviteter. Undervisningen legger vekt på å fremme Eldres helse og forebygge isolasjon, samt å ivareta Eldres rett til aktiv deltakelse i egne hverdagsaktiviteter i sitt nærmiljø. I omvendt undervisning foreleser og ferdighetstrener studentene hverandre. I basisgruppene jobber de ut ifra en samfunnskritisk tilnærming til hvilke aktivitetsmuligheter og hjelpetilbud som er tilgjengelige for eldre i det norske samfunn og i deres lokalmiljø (jamfør bærekraftsmål 11). Det er viktig med hensyn til hvordan morgendagens ergoterapeuter kan engasjeres i utforming av politikk som ivaretar den eldre befolkningens muligheter til meningsfulle aktiviteter også i livets siste fase.

Framtidige utfordringer ligger i hvordan vi skal bruke de eldre som ressurs i utdanningen. Møter mellom eldre og studenter kan implementeres mer i læring. Videre har vi utfordring med å finne kompetente ergoterapeuter for å anvende Lifestyle Redesign, en tilnærming egnet for å fremme bærekraft (Shann et al., 2018). Vi må jobbe mer med hvordan vi skal styrke studenters kompetanse for å møte den Eldres spirituelle behov, og jobbe mer med hvordan samfunnets syn på døden avspeiler seg i måten vi møter mennesker på i livets siste fase.

## ETIKK, VITENSKAPSTEORI OG FORSKNINGSMETODER

Studenter i høyere utdanning skal tenke selv, tenke nytt og arbeide kunnskapsbasert for å kunne bli en samfunnsaktiv profesjonsutøver (Kunnskapsdepartementet 2017a). Det er viktige bidrag til bærekraftige helsetjenester. Hel 1700 er et fellesemne (10 studiepoeng) for radiograf-, ergoterapeut-, fysioterapeut- og tannpleiestudenter i vitenskapsteori, forskningsmetode og etikk. Kunnskap tilegnes gjennom hybrid læring, som er en blanding av digitale læringsformer og veiledet undervisning i klasserommet. Studentene får innsikt i hvordan ny kunnskap utvikles og valideres i de ulike fagene, samt hva som kjennetegner anerkjent akademisk og vitenskapelig praksis til forskjell fra ulike former for kvasivitenskap (Andersen 2010, Jentoft 2020c). Studentene lærer kritisk gransking av forskningsartikler, en kompetanse som er viktig for å begrunne bærekraftig ergoterapi både økonomisk, politisk og faglig.

Utfordringene med nettbasert undervisning er å gjøre kunnskap til gjenstand for dypere refleksjoner. Studentene trenger lærerstøtte til å bli bevisst integrasjon mellom forskning, profesjonsutøvelse i praksis og kunnskapsutvikling i eget fag. Lærestoffet må forenkles for å skape klarhet for studenter som utdanner seg til yrkesutøvere og ikke forskere (Jentoft 2020c).

## FOLKEHELSE OG UNIVERSELL UTFORMING

Dette emnet handler eksplisitt om bærekraftig utvikling (jamfør bærekraftsmål 1, 2, 3, 5, 6 og 7). I første del tematiseres globale helseutfordringer og sammenhenger mellom globale og lokale forhold.



Studentledet kreativt verksted. Foto: Rita Jentoft.



Litteraturseminar. Foto: Vår Mathisen.

Sammenheng mellom globale og lokale helseutfordringer blir aktivt brukt i undervisningen med ulike problemstillinger som: Hvordan kan ergoterapeuter jobbe aktivitetsbasert med katastrofeberedskap? Hvordan bidra til utvikling av helsefremmende lokalsamfunn og ivaretagelse av enkeltmenneskers og gruppers rett til aktivitet og deltakelse? Undervisningen adresserer hvordan strukturelle forhold som politikk, økonomi og utforming av omgivelser og

tjenester påvirker mulighet for aktivitet og deltakelse og helse (eksempelvis stigmatisering, diskriminering, lovverk, rettigheter og universell utforming). Politisk praksis i ergoterapi har særlig fokus på hvordan ergoterapeuter kan være med på å bedre levekår og fremme deltakelse for grupper som lever i marginaliserte livssituasjoner, som for eksempel flyktninger og asylsøkere, barn i fattige familier og ensomme eldre.

## BACHELOROPPGAVE

Bacheloroppgaven gir faglig fordypning i et avgrenset tema innen ergoterapi. Oppgaven skal være relatert til teori og forskning fra ergoterapi/aktivitetsvitenskap og eventuelt andre fag. Studentene får erfaring med å forstå og anvende vitenskapsteori og forskningsmetoder. I gjennomgang av emnet ser vi at mange av studentenes oppgaver kan knyttes an til bærekraftsmål og bærekraftig utvikling. Tematikker som studenter har vært opptatt av, er mange, eksempelvis: tilgjengelige fellesarealer (universell utforming), barns lek og utdanning, flyktningers begrensede aktivitetsmuligheter i mottak, god helse og utvikling for mennesker med utviklingshemming, psykisk uhelse og eldre i sykehjem. Framover ser vi det sentralt å få til samarbeid om bachelorprosjekter med aktuelle aktører i praksisfeltet (jamfør bærekraftsmål 17).

## VEILEDNING, LEDELSE, FORVALTING OG FORMIDLING

I emnet Veiledning, ledelse, forvaltning og formidling av ergoterapeutisk virksomhet anvender studentene sin kompetanse tilknyttet helse- og velferdssystemet gjennom argumentasjon om hvordan bidra til kvalitetsutvikling av tjenester. De anvender forvaltningskompetanse de har tilegnet seg i løpet av studiet, og tar i bruk lovverk i saksbehandling. Gjennom undervisning og ferdighetstreninger utvikler studentene sine ferdigheter i veiledning. De formidler ergoterapi og ergoterapeuters kompetanse via egnede formidlingskanaler, som postere og kronikker.

Emnets eksamen tar utgangspunkt i utradisjonelle stillingsannonser i ergoterapeutisk øyemed.

Eksamensformen gir rom for nytenkning og mulighet å tenke ergoterapi i en bredere kontekst.

## PRAKSISSTUDIER

En tredjedel av studietiden foregår i praksis ved ulike felt i helse- og velferdstjenesten i Nord-Norge. Vi har korte praksisperioder (tre dagers intropraksis, én uke i barnehage), og tre lengre praksisperioder (syv, åtte og ni uker).

I førsteårspraksis er bruker-medvirkning sentralt. Studentene fokuserer på å forstå klienters aktivitetshistorie og deltakelse ut fra en kartlegging og vurdering av individuelle og miljømessige forhold. Studentene øver seg på relasjonsbygging samtidig som de innhenter lokal kunnskap om samfunnsmessige forhold som påvirker enkeltpersoner og den faglige virksomheten de inngår i.

Andreårs praksisperiode er todelt. Første del omhandler arbeidshelse. Grupper med studenter får reelle henvisninger fra arbeidstakere som har behov for vurdering og tilrettelegging av sin arbeidsplass for å fremme varig arbeid (jamfør bærekraftsmål 8). Andre del er i kommune- og spesialisthelsetjeneste, hovedsakelig innen rus og psykisk helse. Ergoterapeutisk arbeidsprosess i klinisk arbeid er i fokus. Flere studenter får førstehåndserfaring med «å tenke utenfor boksen», da økonomi impliserer og kompliserer gjennomføring av brukers ønsker (jamfør bærekraftsmål 1) og ergoterapeutens anbefalinger. Studentene må ofte tenke tiltak ut ifra begrensede midler. For studentene kan det oppleves diskriminerende (på vegne av brukere) og krevende. Samtidig kan det tvinge/gi mulighet for bruker og ergoterapeut til å tenke forbruk og gjenbruk (jamfør bærekraftsmål 2).

Gjennom tredjeårspraksis løfter studentene blikket fra enkeltbrukere til grupper som står i fare for stigmatisering eller manglende engasjement og deltakelse i hverdagsaktiviteter, arbeid og/eller samfunnsliv (jamfør bærekraftsmål 3). Studentene planlegger, implementerer, gjennomfører og evaluerer et eget prosjekt som skal bidra til økt engasjement og deltakelse for «sin» brukergruppe. Videre øver de blant annet på å vurdere hvordan maktforhold, privilegier og politisk praksis påvirker personens muligheter til deltakelse (jamfør bærekraftsmål 12). Formidling av tiltak til klienter, pårørende, administrative ansatte på praksisplassen og politikere står sentralt i emnet for å fremme brukergruppens rettigheter til deltakelse. Praksisplassene er i kommune- og spesialisthelsetjeneste, også innen rus og psykisk helse.

Studenter tilbys også utradisjonell praksis hvor ergoterapi ennå ikke er etablert. Studentene blir da veiledet av andre yrkesgrupper i tillegg til faglærer fra utdanningen. Eksempler på slike praksiser har vært barnehager, skoler, SMISO (Senter mot incest og seksuelle overgrep) og Røde Kors.

Studentene har tilbud om utenlandspraksis i Norden, England og Zambia. I overkant av 100 studenter har hatt praksis i ulike organisasjoner som Mental helse, offentlige sykehus og klinikker og private rehabiliteringssenter i Zambia. Mange av klientene studentene kommer i kontakt med, lever under svært marginale levekår og har lite eller ingen kontakt med helsetjenestene (Olsen 2017, Nilsskog & Jentoft 2015).

I Zambia utfordres studentene til å jobbe med få ressurser både



når det gjelder materiell og øvrige helsetjenester. Sykehus og familier har sjelden tilgang på, eller råd til hjelpemidler. De samarbeider med familien om å lage hjelpemidler av lokale ressurser. Hvetemel og papir blir til spesialtilpassede stoler og stativ for gåtrening, grener blir til krykker.

Tromsøstudentene utgjør en kjærkommen utvidelse og styrking av fagmiljøet for ergoterapeuter i Zambia og bidrar med ny og oppdatert kunnskap til sine «kolleger». Samtidig gir praksisen studentene verdifull læring i forhold til kulturell kompetanse, og en erfaring på mange av de feltene som etterspørres for morgendagens utøvere; fleksibilitet, kreativitet og samarbeidskompetanse.

### VEIEN VIDERE FOR BÆREKRAFTIG ERGOTERAPI I NORD

Gjennomgangen av emnene har bevisstgjort oss på at vi i stor grad underviser om bærekraftig utvikling, men uten at vi har brukt ordet bærekraftig, eller eksplisitt satt vår ekspertise og kunnskap om aktivitet og aktivitetsdeltakelse i bekjempelsen av de store globale utfordringer (jamfør Aoyama, 2014, Persson & Erlandsson 2014). Vi må tydeliggjøre for studentene at ergoterapeuter kan muliggjøre individuell kapasitet, styrke sosial deltakelse, og på den måten bidra til å transformere områder, grupper og/eller samfunn til å bli mer bærekraftige (jamfør Piskur 2013). Vi må fortsette diskusjonen om sammenheng mellom bærekraftig deltakelse i meningsfulle virksomheter, helse, klimaendringer, og hvordan vi kan styrke integrering av bærekraftig utvikling gjennom ergoterapeututdanningen.

Gjennomgangen av emnene har også gjort oss opp-



Flere Tromsø-studenter har hatt praksis i Zambia. Foto: Marianne Olsen.

merksomme på at vi bruker et mangfold av ulike læringsformer som fremmer samarbeid, kritisk tenkning, evne til problemløsning og handlingskompetanse. Eksempelvis kreativt verksted, seminar, ulike ferdighetstreninger og praksis vi ser er viktige bidrag inn mot utvikling av verdier, kunnskaper, ferdigheter og holdninger som trengs for å oppnå bærekraftige ergoterapeuter (jamfør Utdanningsforbundet 2017). Aktuelle avisutklipp, filmer og dokumentarer og samfunnsaktuelle hendelser/politiske situasjoner brukes i undervisning. Studentene får feedback fra medstudenter, lærere og praksisfelt. Vi vil hevde at vår utdanning er utforskende og utviklende. Vi bestreber å lage læringsmiljø som stimulerer til nysgjerrighet, og hvor studentene får stå på scenen. Det skaper en plattform for studentene til å artikulere kunnskapen sin og finne motivasjon til ny læring (jamfør Johansen & Gramstad 2020). Det er viktig for at «ingen skal utelates».

Vårt lærerlag på syv personer med variert klinisk og akademisk kompetanse har gjennom 30 år opparbeidet seg variert pedagogisk kompetanse og erfaring. Vi

har «landet» etter år med gjennomtrekk av lærere og fusjoner med høgskoler og universitet. Samarbeidsklimaet er godt, både mellom oss og studentene. Små kull gjør at vi blir godt kjent med studentene. Det er kort vei fra klasserommet til våre kontor. Studentene kommer ofte til oss for å snakke om hva de strever med eller synes er faglig spennende. Et slikt klima mener vi også gir bærekraftig utdanning.

Gjennomgangen av emnene gjorde oss oppmerksomme på at vårt geografiske område med tilhørende klima og folk er altfor inneforstått for oss. Vi må i mye større grad løfte fram og tematisere Nord-Norge som multikulturelt, med urfolk, utfordrende økonomi og politikk som ikke alltid omfavner de svakeste. Bærekraftsmål som omhandler utrydding av fattigdom og likestilling mellom kjønnene, må tydeliggjøres i studiet. Det er også blitt synlig for oss at vi har lite fokus på mennesker med utviklingshemming, til tross for at det er gruppen som i vårt samfunn er mest utsatt for brudd på menneskerettigheter og ekskludert fra bærekraftig utvikling (Regjeringen 2016).

**Tabell 1: § 2 Felles læringsutbytte i forskrift for felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger**

Læringsutbyttebeskrivelsene skal være i tråd med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. Etter fullført helse- og sosialfagutdanning skal kandidaten ha følgende læringsutbytte: Kandidaten:

- 1 kan identifisere, reflektere over og håndtere etiske problemstillinger i sin tjenesteutøvelse
- 2 har kunnskap om inkludering, likestilling og ikke-diskriminering, uavhengig av kjønn, etnisitet, religion og livssyn, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og alder, slik at kandidaten bidrar til å sikre likeverdige tjenester for alle grupper i samfunnet
- 3 har relasjons-, kommunikasjons- og veiledningskompetanse som gjør kandidaten i stand til å forstå og samhandle med brukere, pasienter og pårørende. Videre kan kandidaten veilede brukere, pasienter og pårørende og relevant personell som er i lærings-, mestrings- og endringsprosesser.
- 4 kan samhandle både tverrfaglig, tverrprofesjonelt, tverrsektorielt og på tvers av virksomheter og nivåer, og initiere slik samhandling
- 5 har kunnskap om og forholder seg til helse- og sosialpolitikk og kan anvende oppdatert kunnskap om helse- og velferdssystemet, lover, regelverk og veiledere i sin tjenesteutøvelse. Kandidaten skal også kjenne til samers rettigheter, og ha kunnskap om og forståelse for samenes status som urfolk.
- 6 forstår sammenhengene mellom helse, utdanning, arbeid og levekår, og kan anvende dette i sin tjenesteutøvelse, både overfor enkeltpersoner og grupper i samfunnet, for å bidra til god folkehelse og arbeidsinkludering
- 7 har kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kunne identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer. Kandidaten skal kunne sette inn nødvendige tiltak og/eller behandling, eller henvise videre ved behov.
- 8 kan vurdere risiko for uønskede hendelser og kjenner til metoder for å følge opp dette systematisk
- 9 har kunnskap om barn og unge og er en utøver som ivaretar deres behov for behandling og/eller tjenester og kan sikre deres medvirkning og rettigheter
- 10 kan tilegne seg ny kunnskap og kan foreta faglige vurderinger, avgjørelser og handlinger i tråd med kunnskapsbasert praksis. Kandidaten skal også kunne dokumentere og formidle sin faglige kunnskap.
- 11 kjenner til nytenkning og innovasjonsprosesser og kan bidra til tjensteinnovasjon og systematiske og kvalitetsforbedrende arbeidsprosesser
- 12 har digital kompetanse og kan bistå i utviklingen av og bruke egnet teknologi både på individ- og systemnivå.

Sentralt i studentenes kompetanseutvikling står 12 læringsutbyttebeskrivelser fra felles forskrift for helse- og sosialfagutdanninger (se tabell 1). Disse er integrert i den nasjonale retningslinje for ergoterapeututdanning med ulik dybde og omfang (Jentoft et al 2020b). UiT utvikler nå pedagogiske opplegg knyttet til flere av disse. Tverrprofesjonell samarbeidslæring, minoriteter, samisk urbefolkning, innovasjon og teknologi er særlige satsingsområder. Dette har betydning for

utvikling av bærekraftige pedagogiske opplegg både tverrprofesjonelt og fagspesifikt.

Med innføring av nytt kvalifikasjonsrammeverk har resultatkravet til studenter økt (Kunnskapsdepartementet 2017b). For å kunne prestere fortløpende, anvender studenter memorering som læringsstrategi (Pettersen 2017). Andersen (2010) advarer mot ensidig fokus på læringsutbytter som ikke skaper annen motivasjon enn å bestå eksamen. Utvikling av ny kunnskap, kritisk

og kreativ tenkning fordrer et skifte fra overfladisk til dybdelæring. Ifølge Marton et al. (1976) utvikles dybdelæring gjennom refleksjon over egen læring og utforskning av læring i kjente og ukjente situasjoner. Om våre studenter skal bli dyktige(re), bærekraftige innovative ergoterapeuter som har lært seg selv å kjenne og er trygge på å samarbeide med andre, må testkulturen utfordres.

Arbeidet med artikkelen har styrket fokuset på utdanningens pedagogiske plattform. Studenter bør i større grad selv bringe inn problemstillinger som er inspirerende for dem. Vi har en miljøbevisst generasjon som er i ferd med å bli voksne. Utvikling og forandring kommer ikke av seg selv. Studentene trenger ikke bare å fylles med kunnskap. Kunnskapsutvikling handler ikke bare om fakta og randomiserte kontrollstudier. Studentene må bli bevisst hvordan de lærer. Livslang vedvarende utforskning og læring er fundament for en verden i forandring. Studentene trenger å utvikle engasjement, kritisk tenkning og samarbeid i tverrprofesjonelle team. Studenter og lærere må heve den kritiske ergoterapeutstemmen og i større grad ta plass i det offentlige rom og melde oss inn i diskusjoner og debatter.

Jubilantene har mye spennende å ta fatt på!

## Kilder

- Andersen, H. L. (2010). «Constructive alignment» og risikoen for en forsimplende universitetspedagogik. Dansk Universitetspaedagogisk Tidsskrift, 9, 30–35
- Aoyama, M. (2014). Occupational therapy and environmental sustainability. Australian occupational therapy journal, 61(6), 458–461
- Biggs, J. and Tang, C. (2011). Teaching

- for quality Learning at University. The Society for research into Higher Education & Open University Press.
- Brundtland, G. H., & Dahl, O. (1987). Vår felles framtid. World Commission on Environment and Development. Oslo.
- Creek, J. (2015). Twenty-first century occupational therapy. I Arntzen, A. Gramstad & Jentoft, R. (red.), *Ergoterapi – mangfold og muligheter* (s. 119–131). Stamsund: Orkana Akademisk.
- Furu, R. (2020): Studentenes erfaringer fra deltakelse i en digital læringsressurs om tverrprofesjonelt samarbeid. I Thoresen & Norbye (red): *Kunnskapsutvikling i helsefaglig profesjonsutøvelse*. Orkana Akademisk. (under publisasjon)
- Hiim H, Hippe E (2009). Undervisningsplanlegging for yrkesfaglærere. Oslo: Gyldendal.
- Jentoft, R. (2020a). Boundary-crossings among health students in interprofessional geropsychiatric outpatient practice: Collaboration with elderly people living at home. *Journal of Interprofessional Care*, open access.
- Jentoft, R. et al (2020b): RETHOS – utdanning av fremtidens ergoterapeuter, *Ergoterapeuten* (4), 20–30.
- Jentoft, R. (2020b): Viten skapt gjennom fleksibel læring. I: Thoresen & Norbye (red): *Kunnskapsutvikling i helsefaglig profesjonsutøvelse*. Orkana akademisk.
- Jentoft, R. & Mathisen, V. (2015). Kreativt verksted – en læringsarena for utforskning av terapeutisk kompetanse. I Arntzen, A. Gramstad & Jentoft, R. (red.), *Ergoterapi – mangfold og muligheter* (s. 83–103). Stamsund: Orkana Akademisk.
- Jentoft, R. (2009, November). Facilitating practical knowledge by using ECT. In *Seminar. Net*, 5(1)
- Jentoft, R. (2008): Utdanning av ergoterapeuter i Palestina, et samarbeidsprosjekt mellom Bethlehem Universitet og Norsk Ergoterapeutforbund gjennom 11 år. *Ergoterapeuten*, 3, 10–15
- Johansen, S. & Gramstad, G. (2020). «Hvilke områder kan jeg trumfe på?» Utvikling av faglig identitet hos ergoterapeutstudenter. *Ergoterapeuten*, 1, 34–41
- Kunnskapsdepartementet (2017a). Meld. St. 16 (2016–2017). Kultur for kvalitet i høyere utdanning.
- Kunnskapsdepartementet (2017b). Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene.
- Låg, T., & Sæle, R. G. (2019). Does the flipped classroom improve student learning and satisfaction? A systematic review and meta-analysis. *AERA open*, 5(3), 2332858419870489.
- Mathisen, V. & Sørly, R. (2020). Brukermedvirkning i samiske områder: praktisering av urfolkskunnskap innen psykisk helsevern. *Tidsskrift for forskning i sykdom og samfund*, ISSN 1604-3405 (under publisering).
- Ness, N.E et al. (2020). Bærekraftig samfunnsutvikling inkluderer ergoterapi. *Kronikk, Dagens medisin*, 09/2020
- Ness, N.E. (2018): På barrikadene for rett til aktivitet og deltakelse, *Ergoterapeuten* 1, 32–37
- Nilsskog, G. & Jentoft, R. (2015). Ergoterapeututdanningen i Tromsø – oppstart og utvikling. I Arntzen, A. Gramstad & Jentoft, R. (red.), *Ergoterapi – mangfold og muligheter* (s. 21–47). Stamsund: Orkana Akademisk.
- Norbye, B. (2016): Healthcare students as innovative partners in the development of future healthcare services: An action research approach. *Nurse Education Today*, 46, 4–9
- Olsen, M. (2017). Organisasjonen Response Network-med litt annerledes tilnærming til utvikling og bistand. *Munin, UiT Norges arktiske universitet*.
- Olsen, M., Wilson, A., & Beeson, J. (2016). Developing a curriculum in occupational therapy for Zambia. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 72(2), 71–75
- Piškur, B. (2013). Social participation: Redesign of education, research, and practice in occupational therapy. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 20, 2–8.
- Persson, D., & Erlandsson, L. K. (2014). Ecopation: Connecting sustainability, glocalisation and well-being. *Journal of Occupational Science*, 21(1), 12–24
- Pettersen, R. C. (2017). Problembasert læring for studenter og lærere. Introduksjon til PBL og studentaktive læringsformer. 3. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Regjeringen (2020). 2030-agendaen med bærekraftsmålene [https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/utviklingssamarbeid/bkm\\_agenda2030/id2510974/](https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/utviklingssamarbeid/bkm_agenda2030/id2510974/) (lest 21.10.2020).
- Regjeringen (2016). NOU 2016: 17. På lik linje – Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming. Avgitt til Barne- og likestillingsdepartementet 3. oktober 2016.
- Schell, B.A.B. (2019). Professional Reasoning in Practice. In B.A.B. Schell & G. Gillen (red.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (s. 482–497). 13th edition, Philadelphia, Wolters Kluwer.
- Shann, Samantha, et al. (2018). Sustainability Matters: Guiding Principles for Sustainability in Occupational Therapy Practice, Education and Scholarship.
- Schön, D. (1983). *The Reflective Practitioner: How professionals think in action*. London: Temple Smith.
- Sinnes, A. T. (2015). Utdanning for bærekraftig utvikling; hva, hvorfor og hvordan? Oslo: Universitetsforlaget.
- Sundstrøm, E. M. (2016). Utdanning for bærekraftig utvikling (UBU) fra et lærerperspektiv: En studie av naturfaglæreres perspektiv og undervisningspraksis av UBU. Masteroppgave i biologi – lektorutdanning. Fakultet for naturvitenskap og teknologi. Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet.
- Utdanningsforbundet (2017). Handlingsplan for Utdanningsforbundets arbeid med klima og bærekraftig utvikling. 2017–2019.
- Biggs, J. and Tang, C. (2011). *Teaching for quality Learning at University*. The Society for research into Higher Education & Open University Press.
- Furu, R. (2020): Studentenes erfaringer fra deltakelse i en digital læringsressurs om tverrprofesjonelt samarbeid. I Thoresen & Norbye (red): *Kunnskapsutvikling i helsefaglig profesjonsutøvelse*. Orkana Akademisk. (under publisasjon)
- Helse og omsorgsdepartementet (2011). *Innovasjon i omsorg*, NOU 11:2011.



# Sharing is caring

## SAMARBEID OM AKTIVITETSANALYSE FOR Å UTDANNE GODE ERGOTERAPEUTER

**Ifølge FN-sambandet (2020) handler bærekraftig utvikling om å tilfredsstille dagens behov uten å ødelegge for framtidige generasjoner. En del av dette er selvsagt å ta ansvar for hvor mange ark du skriver ut, vurdere reisevirksomhet og videomøter, men en bærekraftig helsetjeneste handler også om å utnytte eksisterende ressurser og utløse nye.**

Av Malin Eerola



Malin Eerola er ergoterapeut og universitetslektor ved NTNU.

Høsten 2020 var en tid for store forandringer ved ergoterapeututdanningene i Norge. Hver utdanningsinstitusjon har startet med nye studieplaner for de nye studentene samtidig som pedagogiske opplegg for andre og tredje studieår planlegges. Dette skjer med bakgrunn i RETHOS-prosjektet, beskrevet av Jentoft et al. (2020), som resulterte i den nye «Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning» (Kunnskapsdepartementet, 2019). Forskriften, som erstatter den gamle rammeplanen, beskriver læringsutbytter alle ergoterapi-studenter skal ha nådd etter tre års bachelorutdanning. Felles læringsutbyttebeskrivelser gir nye muligheter for samarbeid mellom utdanningene, og høsten 2018 ble det i Nasjonalt fagorgan for forskning og utdanning innen ergoterapi og ortopediingeniørfag (NFO-EO) vedtatt at det skal utarbeides et felles undervisningsopplegg i aktivitetsanalyse for ergoterapiutdanningene i Norge.

### AKTIVITETSANALYSE

Aktivitetsanalyse er en grunnleggende ferdighet innen ergotera-

pifaget og benyttes gjennom hele prosessen, fra kartlegging til evaluering (Thomas, 2015; Feldborg, & Røhl, 2019). Aktivitetsanalyse er også nevnt i to av læringsutbyttene i forskriften: «Kandidaten har bred kunnskap om hvordan aktivitetsanalyse [...] brukes målrettet i intervensjon for å fremme mestring og selvstendighet i hverdagslivet», og «Kandidaten kan beherske aktivitetsanalyse og ergoterapeutiske arbeidsprosesser gjennom kartlegging og intervensjoner». I tillegg er det mange læringsutbytter som beskriver kompetanse om samspill mellom aktivitet, deltakelse, helse og omgivelser samt hvordan aktivitet skal benyttes som mål og middel i ergoterapi (Kunnskapsdepartementet, 2019). Dette vil ikke være mulig å oppnå uten en forståelse for aktivitetsanalyse.

Aktivitetsanalyse er ofte omtalt som en form for taus kunnskap eller noe som «sitter i ryggmargen». Å løfte det på agendaen med en nasjonal arbeidsgruppe, og med et delvis nytt fokus på temaet aktivitetsanalyse i første semester ved utdanningene, bidrar vi til å sette ord på denne sentrale ferdigheten til ergotera-

peuter. Ergoterapeuters kjernekompetanse om aktivitetsanalyse skal fram i lyset, settes ord på og framsnakkes. Ved å være god på aktivitetsanalyse tør jeg påstå at du har et godt grunnlag for å kunne utføre et godt arbeid som ergoterapeut.

I mandatet til arbeidsgruppen er formålet med prosjektet beskrevet som et tettere faglig samarbeid mellom utdanningene, kompetanseutveksling, styrke fagmiljøene nasjonalt og å utvikle og anvende digitale læringsressurser. Arbeidsgruppen har bestått av Malin Eerola (NTNU Trondheim), Eli Lysen og Linda Stigen (NTNU Gjøvik), Adrian Wetlesen Gran (HVL), Fanny Jakobsen og Elise Hauge (ViD), Brian Ellingham (OsloMet), Lene Fogtman Jespersen (OUS), Astrid Vekve Nymo og Gunn Nilsskog (UiT).

Arbeidsgruppen har i løpet av studieåret 2019/2020 arbeidet for å omsette læringsutbyttene i forskriften til et undervisningsopplegg med konkrete læringsutbytter som skal gjennomføres i løpet av første semester på hver utdanningsinstitusjon. Gruppen mener at dette er en start på å forstå aktivitetsanalyse, men at det i tillegg bør inngå i alle emner videre i studiet for å løfte aktivitetsanalyse som en kjernekompetanse i faget samt gi studentene mengdetrening i å analysere.

## SAMARBEID PÅ SEKS ULIKE LÆRESTEDER

Et prosjekt som handler om samarbeid på seks ulike læresteder, byr på en del utfordringer. Ulike utdanningssteder har ulike tradisjoner for hva som undervises i og hvordan. Hvem som underviser, har også noe å si, vi har alle våre unike egenskaper og ferdigheter vi benytter i undervisning. Samti-

### Kunnskap

Kandidaten har kunnskap om hensikten med aktivitetsanalyse i ergoterapi har kunnskap om aktivitetsform og hvordan form påvirkes av kontekst har kunnskap om ulike verktøy for aktivitetsanalyse

### Ferdighet

Kandidaten skal kunne utføre analyse av aktivitetsform i valgt kontekst med et verktøy for aktivitetsanalyse

### Generell kompetanse

Gruppen vurderte temaet aktivitetsanalyse som så spisset at det ikke var hensiktsmessig å utforme et læringsutbytte som generell kompetanse

|                            | 1 år  | 2 år   | 3 år   |
|----------------------------|---|--|--|
| <b>Kunnskap</b>            | Har innsikt i aktivitetsanalyse som en del av en ergoterapeutisk arbeidsprosess                       | Har kunnskap om hvordan aktivitetsanalyse brukes kontinuerlig i en ergoterapeutisk arbeidsprosess  | Har innsikt i og reflekterer rundt hvordan aktivitetsanalyse kan anvendes innovativt i utvikling av tjenester              |
| <b>Ferdighet</b>           | Benytter et verktøy for å gjennomføre og dokumentere systematisk aktivitetsanalyse i møte med brukere | Kan anvende og formidle systematisk aktivitetsanalyse gjennom en ergoterapeutisk arbeidsprosess<br>Kan igangsette relevant intervensjon på bakgrunn av blant annet gjennomført systematisk aktivitetsanalyse | Kan gjennomføre systematisk aktivitetsanalyse på individ/gruppe/systemnivå, og utvikle tiltak for å muliggjøre deltakelse. |
| <b>Generell kompetanse</b> |   |  |  |

Tabell 1. Læringsutbytter knyttet til praksis i ergoterapiutdanningene.

dig må ikke det å dele kunnskap og samarbeide være det samme som å gjøre ting akkurat likt på hvert utdanningssted. Det bør være rom for lokale variasjoner, eksempelvis hvilke pensumkilder eller analyseskjemaer som benyttes. Gruppen har diskutert og konkludert med hva vi mener er sentralt og felles for alle når det er aktivitetsanalyse som er tema:

- Vi må tenke både form og utførelse; én av delene alene er ikke nok.
- Vi må tenke mening med aktiviteten for hver enkelt person; aktivitet er personlig.
- Det kreves mengdetrening for at aktivitetsanalyse skal bli en ferdighet en er god på.

Gruppen har utformet fire læringsutbytter som er inkludert i emnebeskrivelsene på hvert studiested. I noen tilfeller er disse skrevet sammen med andre læringsutbytter på de ulike utdanningene. For å avgrense prosjektet handler læringsutbyttene om aktivitetsform, mens opplæring om analyse av utførelse og samspill generelt planlegges ved de enkelte utdanningsstedene. I tillegg er det lagt fram forslag til hvordan aktivitetsanalyse kan inngå som en del av praksis med et fokus på progresjon gjennom studiet, se tabell 1.

Gruppesamarbeidet har vært en unik arena der vi kan løfte fram denne «tause» kunnskapen



*Å dele kunnskap er bærekraftig. Foto: Mostphotos/Dean Drobot.*

aktivitetsanalyse har en tendens til å bli. Det er ressurskrevende å produsere godt materiell for undervisning, og gruppen har i denne omgangen tatt sikte på å dele det som allerede finnes. Erfaringer og læringsaktiviteter har blitt delt åpent og raust innad i gruppen, og vi har idémyldret om hvilke videoer som er godt egnet som eksempler, og hvilke typer filmer som kan produseres på de ulike utdanningsstedene og deles. Læringsutbyttene og aktivitetene skal evalueres på slutten av 2020 når alle utdanningssteder har gjennomført første semester med undervisning. Videre blir det aktuelt å diskutere hvordan et framtidig samarbeid om analyse av utførelse og analyse av samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser kan se ut.

## AVSLUTNING

Er det å dele kunnskap bære-

kraftig? Målet med prosjektet om et felles undervisningsopplegg i aktivitetsanalyse kan sees på som bærekraftig på forskjellige måter.

For det første, gjennom å løfte aktivitetsanalyse som en kjernekompetanse for ergoterapeuter lærer vi våre studenter om aktivitetsmønster og sammenhengen mellom aktivitet, deltakelse, helse og omgivelser. Dette er faktorer som ifølge Sveriges arbetsterapeuter (2017) kan gjøre en forskjell mot en bærekraftig utvikling. Allerede i dag er det i utdanningene fokus på helsefremming, forebyggende arbeid og rehabilitering, noe som av Mortimer (2010) blir definert som faktorer for en holdbar helsetjeneste.

For det andre, å dele kunnskap og utnytte eksisterende ressurser er en bærekraftig måte å jobbe på (Ness, 2020). Det som er en utfordring med å samarbeide over alle utdanningssteder, kan også

være en styrke. Gjennom et prosjekt som dette kan kompetanse som finnes på de ulike utdanningene, utnyttes og deles til glede og læring for studenter også på andre studiesteder. I forlengelsen av dette vil det være ressursbesparende både i forhold til tid og bruk av utstyr, og at ikke alle må produsere alt materiale på hver sin plass.

## Kilder

- Feldborg, M. B. & Røhl, M-L. R. (2019). Aktivitetsanalyse i ergoterapi. I Å. Brandt, H. Peoples & U. Pedersen (Red.), Basisbog i ergoterapi – aktivitet og deltagelse i hverdagslivet (4. utg., s. 181-196). Munksgaard.
- FN-sambandet (2020). Bærekraftig utvikling. Hentet fra <https://www.fn.no/tema/fattigdom/baerekraftig-utvikling>
- Jentoft, R., Bonsaksen, T., Høghagen, S., Fløtten, H. E., Osen, D. W., Kjølstad, E. S., & Hurlen, A-B. (2020). RETHOS – utdanning av fremtidens ergoterapeuter. *Ergoterapeuten*, 63(4), 20-30.
- Kunnskapsdepartementet (2019). Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapiutdanning. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-413>
- Mortimer, F. (2010). The sustainable physician. *Clinical medicine*, 10(2), 110-1. DOI: 10.7861/clinmedicine.10-2-110
- Ness, N. E. (2020). Bærekraftsmålene – Leaving no one behind. Hentet fra: <https://erganen.wordpress.com/2020/02/03/baerekraftsmale-ne-leaving-no-one-behind/>
- Sveriges arbetsterapeuter (2017). Hållbar utveckling – arbetsterapi kan bidra og göra skillnad. Hentet fra <https://www.arbetsterapeuterna.se/foerbundet/webbutik/haallbar-utveckling-arbetsterapi-kan-bidra-och-goera-skillnad-2017/>
- Thomas, H. (2015). *Occupation-Based Activity Analysis* (2. utg.). SLACK Incorporated.



# X850

tar deg frem på vinterstid

**X850 er den perfekte utendørs rullestolen**, retningsstabil og lett å kjøre. Den har kraftige motorer men er allikevel stillegående.

Ta med hunden eller venner til koselig tur i parken og nyt den friske vinterluften.

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

**Kontakt oss!**

67 07 04 00 | [ks@permobil.com](mailto:ks@permobil.com)



# Tid brukt på daglige aktiviteter og alkoholbruk

## WIRUS SCREENING STUDIEN

Av Marte Slemaskogen Hartz Moe, Randi Wågø Aas & Mikkel Magnus Thørrisen



Marte Slemaskogen Hartz Moe er ergoterapeut med master i ergoterapi.



Randi Wågø Aas er professor i arbeids-helse ved OsloMet – storbyuniversitetet og Universitetet i Stavanger og gründer av Sense of Science.



Mikkel Magnus Thørrisen er førsteamanuensis ved OsloMet – storbyuniversitetet og Universitetet i Stavanger. E-post: mithor@oslo-met.no

## Abstract

### Time spent on daily activities and alcohol consumption. The WIRUS screening study.

**Background:** Activities may affect individuals' health, for instance by playing a role in determining which protective factors, but also risk, people are exposed to.

**The aims of this study** were to explore associations between (i) time spent on different activity types and alcohol consumption, and (ii) activity recommendations and risky drinking.

**Methods:** In this cross-sectional study, time spent on daily activities (sleep, work, housework, domestic care, media, culture, and exercise) and alcohol consumption (the Alcohol Use Disorders Identification Test) were measured in a sample of 4317 employees in Norway. Data were analysed with descriptive statistics, chi-square tests of independence, linear and logistic regression analyses and analysis of covariance (ANCOVA).

**Results:** Higher alcohol consumption was related to more time spent on media activities and vigorous exercise, and less time spent on housework and domestic care activities. Having an activity pattern dominated by activities within (rather than outside) the household was associated with lower alcohol consumption. Being physically active in accordance with research-based recommendations was associated with a reduced probability of risky drinking.

**Conclusions:** Health promotion efforts targeting alcohol consumption should include an emphasis on time used on different activity forms and activity patterns.

**Key words:** Alcohol; Activity forms; Activity types; Health; Work; Physical Activity

Manuset ble mottatt april 2019 og godkjent september 2020.

Forfatterne har ingen interessekonflikter.



## Introduksjon

Viktige grunnantakelser i et ergoterapiteoretisk perspektiv er at mennesket er et aktivt vesen, at det er en sammenheng mellom aktivitet og helse, og at individet er i et dynamisk samspill med sine omgivelser (1). Aktivitetsmønster har blitt definert som individets valg og sammensetning av aktiviteter i tid og rom (2), der nettopp sammensetningen av aktiviteter til et mønster kan ha større innflytelse på adferd og helse enn tidsbruken på hver enkelt aktivitet. Aktivitetsmønster handler dermed om hvilke aktivitetstyper som utføres i sammenheng, og i hvilke kontekster eller aktivitetsmiljøer de utføres innenfor. Et aktivitetsmiljø har blitt definert som en meningsfull bakgrunn for aktivitetsutførelse, bestående av en sammensetning av rom, objekter og/eller sosiale grupper (3) (s. 117). Ifølge Kielhofner (3) kan hjemmet betraktes som et grunnleggende aktivitetsmiljø som utgjør en ramme for dagliglivets gang. Et aktivitetsmønster kan derfor forstås som en sammensetning av aktivitetstyper utført i ulike aktivitetsmiljøer.

Hvordan vi disponerer vårt døgn aktivitetsmessig, kan spille en rolle med hensyn til hvilke beskyttelses- og risikofaktorer vi i det daglige eksponeres for (4, 5). Eksempler på hverdagsaktiviteter er arbeid, hvile/søvn, husarbeid, omsorgsaktiviteter, medieaktiviteter, kulturaktiviteter og fysisk aktivitet. Forskning har vist at det er sammenhenger mellom hverdagsaktiviteter, opplevd helse og livskvalitet. I en kunnskapsoppsummering fra 1998 konkluderte Law, Steinwender og Leclair (6) med at utførelse av hverdagsaktiviteter spiller en viktig rolle med hensyn til helse og velvære.

Studiene i oppsummeringen tydet blant annet på at aktivitetsbaserte ergoterapiintervensjoner førte til bedre selvrappportert helse (7, 8), at aktiviteter som arbeid, egenomsorg og mosjon var forbundet med helsegevinster (9), og at individer med helseproblemer var kjennetegnet ved passive aktivitetsmønstre (10). I en svensk studie av kvinner i arbeidsfør alder (11) fant forskerne at god helse og livskvalitet var assosiert med opplevelse av å mestre aktivitetsomgivelsenes krav, å bedrive meningsfulle aktiviteter og å oppleve god balanse mellom ulike aktivitetstyper.

Det er vanskelig å definere hva som utgjør et hensiktsmessig aktivitetsmønster (12), blant annet som følge av at aktivitetsbalanse er et subjektivt fenomen (13). Forskere har likevel vært opptatt av å undersøke sammenhenger mellom mengde tidsbruk på spesifikk aktivitet og helserelevante konsekvenser. I enkelte tilfeller har resultater fra slik forskning blitt lagt til grunn for generelle folkehelseanbefalinger fra myndighetene. Dette gjelder blant annet søvn (14) og fysisk aktivitet (15-19), og i noen utstrekning også arbeidstid (20, 21). Lange arbeidsdager kan medføre negative sosiale konsekvenser, eksempelvis knyttet til familieliv (22). *«Lange arbeidsdager/økter gir økt ulykkesrisiko, noe som underbygges av funn av gradvis redusert yteevne ved arbeid utover en 'normal' arbeidsdag. Lange arbeidsdager gir sannsynligvis også økt risiko for psykiske problemer, muskel- og skjelettplager og hjerte- og karsykdommer»* (21) (s. 90). Alminnelig arbeidstid er regulert i arbeidsmiljøloven (20) (paragraf 10-4) og skal ikke overstige ni timer per 24 timer,

eller 40 timer per uke. Det finnes imidlertid mange unntak til dette, gjennom ulike turnusordninger og spesialavtaler.

Fysisk inaktivitet er identifisert som en ledende risikofaktor for en rekke sykdommer (23), og en rekke studier har funnet at økt fysisk aktivitet henger sammen med bedre helse (15, 17, 18). Basert på forskning som har funnet positive helsegevinster av fysisk aktivitet, anbefaler Helsedirektoratet (16) minst 150 minutter moderat fysisk aktivitet per uke, eller 75 minutter med høyintensiv fysisk aktivitet per uke.

Søvn eller mangel på søvn påvirker arbeidsevne og produktivitet så vel som humør og livskvalitet (24). Det foreligger betydelige individuelle forskjeller med hensyn til hvor mye søvn vi trenger. Anbefalinger om antall timer søvn er omdiskutert, men forskere har anslått at mellom syv og ni timers søvn hver natt er hensiktsmessig for voksne mellom 26 og 64 år (14).

Skadelig alkoholforbruk representerer et betydelig folkehelseproblem som kan knyttes til over 200 ulike sykdommer og tilstander (25), og som på verdensbasis er involvert i rundt tre millioner årlige dødsfall (26). Alkoholforbruket i Norge har økt med cirka 40 prosent de siste 20 årene (27), og det har blitt estimert at 17 prosent av den norske befolkningen har et alkoholforbruk som kan betraktes som risikofyllt (28). Alkohol blir av mange betraktet som en viktig og naturlig del av arbeidslivet (29). Selv om arbeidsplassen gjerne framstår som en alkoholfri sone i de nordiske landene, så eksponeres arbeidstakere for en betydelig mengde jobbelaterte drikkesituasjoner, ofte i regi av egen arbeidsgiver (30). I



vestlige land ser man en tendens til at det å være arbeidstaker i seg selv er forbundet med økt alkoholforbruk (31). I forskningslitteraturen har man funnet en sammenheng mellom alkohol og sykefravær, på tvers av både kjønn og sosioøkonomisk status (32), og studier har også funnet en sammenheng mellom alkohol og sykenærver (redusert arbeids- evne på jobb) (33, 34). Det norske arbeidslivet belastes med betydelige årlige kostnader som følge av alkoholrelaterte produktivitetstap. Tall fra Samfunnsøkonomisk Analyse (35) tilsier at alkoholrelatert sykefravær er anslått til å koste arbeidslivet 511 millioner kroner per år, mens tilsvarende anslag for sykenærver er 545 millioner. Til sammen utgjør dette nær 1,1 milliard på årsbasis. Nyere norsk forskning har funnet at i hver enkelt bedrift vil en til tre av ti arbeidstakere drikke alkohol på et risikofyllt nivå, og at unge, mannlige ansatte som ikke har høyere utdanning og som bor alene, er utsatt for særskilt risiko (36).

Alkoholbruk er i stor grad situasjonsbetinget (37) og kan slik sett knyttes til aktiviteter i hverdagen. Enkelte studier har undersøkt og funnet at høyt alkoholbruk er forbundet med redusert funksjonsevne i dagliglivet (33, 38) og mobilitetsproblemer (39), så vel som med redusert deltakelse i sosiale aktiviteter, svekkede sosiale relasjoner og økonomiske problemer som vanskeliggjør ordinær livsførsel (40). Det finnes derimot mindre forskning som har undersøkt sammenhenger mellom spesifikke aktivitetstyper og alkoholbruk. Noen studier har undersøkt og funnet at høyt alkoholinntak er forbundet med økt fysisk aktivitet (41, 42) og økt tid brukt på medieaktiviteter

| Variabel                   | Utvalget % (n) | Bedriftene som deltar i studien <sup>a</sup> % | Sysselsatte i Norge <sup>b</sup> % |
|----------------------------|----------------|--|------------------------------------|
| <b>Kjønn</b>               |                |  |                                    |
| Mann                       | 33,8 (1458)    | 34,8   | 52,7                               |
| Kvinne                     | 66,2 (2859)    | 65,2   | 47,3                               |
| <b>Alder</b>               |                |  |                                    |
| ≤39                        | 31,9 (1376)    | 36,3   | 45,0                               |
| ≥40                        | 68,1 (2938)    | 63,7   | 55,0                               |
| <b>Utdanning (høyeste)</b> |                |  |                                    |
| Grunnskole                 | 2,5 (107)      |  | 16,3                               |
| Videregående               | 23,6 (1018)    |  | 42,3                               |
| Høgskole/universitet       | 73,9 (3192)    |  | 41,4                               |
| <b>Sektor</b>              |                |  |                                    |
| Privat                     | 12,3 (532)     |  |                                    |
| Offentlig                  | 87,7 (3785)    |  |                                    |
| <b>Bransje</b>             |                |  |                                    |
| Transport/industri         | 9,0 (388)      |  |                                    |
| Offentlig adm./tjenester   | 66,2 (2859)    |  |                                    |
| Helsetjenester             | 23,0 (992)     |  |                                    |
| Service                    | 1,8 (78)       |  |                                    |

Tabell 1: Beskrivelse av arbeidstakere som svarte på undersøkelsen, sammenliknet med alle arbeidstakere i virksomhetene som deltok i WIRUS-studien, og sysselsatte i Norge N=4317; <sup>a</sup>Statistikk innhentet fra bedriftenes personalregister; <sup>b</sup>Statistikk innhentet fra Statistisk Sentralbyrå ([www.ssb.no](http://www.ssb.no)).

(43-46). Det finnes imidlertid lite forskning som har undersøkt sammenhenger mellom alkoholbruk, andre aktivitetstyper og aktivitet i henhold til forskningsbaserte aktivitetsanbefalinger.

Formålet med denne studien var å produsere kunnskap om forholdet mellom aktivitet og alkoholbruk ved å undersøke i om tid brukt på ulike hverdagsaktiviteter var relatert til alkoholbruk, om disse dannet aktivitetsmønstre, og om eventuelle aktivitetsmønstre var forbundet med alkoholbruk

ii om arbeid, søvn og fysisk aktivitet i tråd med forskningsbaserte aktivitetsanbefalinger var forbundet med redusert sannsynlighet for et risikofyllt alkoholbruk.

## Metode DESIGN

Studien ble gjennomført som en kvantitativ tverrsnittstudie blant et heterogent utvalg av arbeidstakere i Norge, på tvers av fylker, sektorer, bransjer og virksomheter. Studien er en del av screeningstudien i det nasjonale WIRUS-prosjektet (Workplace Interventions preventing Risky Use of alcohol and Sick leave (30, 33, 34, 36, 47-51)).

## DELTAKERE OG DATAINNSAMLING

Totalt 18 000 arbeidstakere i 20 store norske virksomheter ble invitert til å delta. Spørreundersøkelsen ble besvart av 4317 (24 prosent) ansatte. Av disse var 66,2 prosent kvinner, og 68,1 prosent

var over 40 år. Karakteristika ved deltakerne er presentert i Tabell 1, som også til sammenlikning viser noen karakteristika for alle ansatte i de inviterte virksomhetene så vel som for alle sysselsatte i Norge.

Deltakerne ble rekruttert gjennom tre bedriftshelsetjenester. Data ble samlet inn via elektroniske spørreskjemaer og inneholdt spørsmål om sosiodemografi, aktivitet og alkoholbruk.

## UTFALLSMÅL OG INSTRUMENTER

*Alkoholbruk* ble målt ved hjelp av den norske versjonen av Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). AUDIT er utviklet av Verdens helseorganisasjon som et screeningverktøy som måler alkoholbruk, opplevde konsekvenser av drikkingen, så vel som alkoholavhengighet (52, 53). AUDIT består av ti spørsmål som hvert skåres fra 0 til 4, hvilket gir et samlet skåringsintervall fra 0 til 40. Dette intervallet kan tolkes i kategoriene

- i ingen/lav risiko (0-7 poeng)
- ii moderat risiko (8-15 poeng)
- iii høy risiko (16-19 poeng), og
- iv trolig avhengighet (20-40 poeng) (52).

Alkoholbruk ble behandlet som en kontinuerlig variabel med skåringsintervall fra 0 til 40. Både nasjonale og internasjonale studier har vist at AUDIT er et hensiktsmessig verktøy for alkoholscreening og for å estimere forekomsten av alkoholrelaterte problemer, og AUDIT har demonstrert tilfredsstillende psykometriske egenskaper på tvers av kjønn, alder, land og etnisitet (49, 52, 54). En rekke studier har vist at en verdi på åtte poeng eller høyere kan betraktes som en hensiktsmessig grenseverdi for risikofyllt alkoholbruk (52, 54). *Risikofyllt alkoholbruk* ble

dermed i denne studien operasjonalisert som en verdi på åtte eller høyere på AUDIT (dikotom kategorisk variabel: 0-7 poeng versus 8-40 poeng).

*Aktivitetstyper og aktivitetsmønster:* Vi benyttet et selvutviklet redskap for å kartlegge aktivitetstyper og aktivitetsmønster, som var inspirert av litteraturen om daglige aktiviteter. Deltakerne ble bedt om å fordele 24 timer ut fra hvor mye tid de bruker på følgende aktivitetstyper i løpet av et typisk døgn:

- i *hvile/søvn* (sove, hvile middag, slappe av)
- ii *arbeid* (arbeidsrelaterte oppgaver, uansett hvor de blir utført)
- iii *husarbeid* (vaske, lage mat, støvsuge, rydde etc.)
- iv *omsorgsaktiviteter* (ta vare på deg selv og andre (barn, foreldre etc.)
- v *medieaktiviteter* (se TV, lese, bruke PC, surfe på nett, skrive, blogge etc.)
- vi *kulturaktiviteter* (kino, konserter, kafe, restaurantbesøk, idrettsarrangement, religiøse møter etc.)
- vii *mosjon* (spaserturer, sykkelturner, tur i skog og mark etc.)
- viii *trening* (jogging, treningsstudio, sport etc.) Hver aktivitet ble behandlet som en kontinuerlig variabel med mulig skåringsbredde fra 0 til 24 timer.

*Aktivitetsanbefalinger:* For aktivitetstypene arbeid, søvn/hvile og fysisk aktivitet (mosjon og trening slått sammen) ble det konstruert dikotome kategoriske variabler som anga hvorvidt arbeidstakeren bedrev aktivitetstypen i tråd med forskningsbaserte anbefalinger eller ikke (arbeid: innenfor normalarbeidsdag ( $\leq 9$  timer) versus utover normalarbeidsdag ( $> 9$

timer); søvn/hvile: innenfor anbefaling ( $\geq 7$  timer) versus mindre enn anbefalt ( $< 7$  timer); fysisk aktivitet: innenfor anbefaling ( $\geq 0,5$  timer) versus mindre enn anbefalt ( $< 0,5$  timer)). Det ble også konstruert en variabel som skilte mellom dem som var innenfor anbefalingene på alle tre aktivitetstyper, og de som var utenfor på minst én, eventuelt flere.

*Kontrollvariabler:* Kjønn, alder og utdanningsnivå ble inkludert som kontrollvariabler i alle justerte analyser.

## DATAANALYSE

Sammenhenger mellom de åtte aktivitetstypene og alkoholbruk (AUDIT 0-40) ble undersøkt ved hjelp av ujusterte lineære regresjonsanalyser. Aktiviteter med signifikansverdi lavere enn  $p < 0,30$  ble inkludert i en multippel lineær regresjonsanalyse der det ble kontrollert for kjønn, alder og utdanningsnivå. Hvorvidt tid brukt på ulike hverdagsaktiviteter dannet aktivitetsmønstre, ble undersøkt ved hjelp av faktoranalyse (generalised least squares ekstraksjon med oblik rotasjon). En multippel kovariansanalyse (ANCOVA) – der det ble kontrollert for kjønn, alder og utdanningsnivå – ble benyttet for å undersøke hvorvidt de identifiserte aktivitetsmønstrene var forbundet med alkoholbruk.

For å undersøke aktivitetstypene arbeid, søvn/hvile og fysisk aktivitet innenfor og utenfor anbefalinger med hensyn til sannsynlighet for risikofyllt alkoholbruk (AUDIT 0-7 versus 8-40), ble krysstabeller med odds ratio og ujusterte kji-kvadratter benyttet. Aktiviteter med signifikansverdi  $p < 0,30$  ble inkludert i en multippel logistisk regresjonsanalyse der det ble

| Variabel   | Ujustert <sup>a</sup> |         |        | Justert <sup>b</sup> |         |        | 95 % KI for b   |
|------------|-----------------------|---------|--------|----------------------|---------|--------|-----------------|
|            | b                     | $\beta$ | p      | b                    | $\beta$ | p      |                 |
| Arbeid     | 0,02                  | 0,01    | 0,42   | -                    | -       | -      | -               |
| Kultur     | 0,03                  | 0,01    | 0,65   | -                    | -       | -      | -               |
| Søvn       | 0,04                  | 0,02    | 0,26   | 0,00                 | 0,00    | 0,93   | [-0,06] [0,07]  |
| Husarbeid* | -0,38                 | -0,13   | <0,001 | -0,19                | -0,06   | <0,001 | [-0,28] [-0,10] |
| Omsorg*    | -0,25                 | -0,11   | <0,001 | -0,17                | -0,08   | <0,001 | [-0,25] [-0,10] |
| Media*     | 0,32                  | 0,14    | <0,001 | 0,23                 | 0,11    | <0,001 | [0,16] [0,30]   |
| Mosjon     | -0,09                 | -0,02   | 0,12   | -0,02                | -0,01   | 0,69   | [-0,14] [0,09]  |
| Trening*   | 0,27                  | 0,07    | <0,001 | 0,17                 | 0,04    | 0,01   | [0,05] [0,29]   |

Tabell 2: Ujusterte og justerte sammenhenger mellom aktivitetstyper og alkoholbruk.

<sup>a</sup>Resultater fra ujusterte lineære regresjonsanalyser; <sup>b</sup>Resultater fra justert lineær regresjonsanalyse (justert for kjønn, alder og utdanningsnivå); N = 4317; \*Statistisk signifikant sammenheng i justert modell (p < 0,05); b = ustandardisert regresjonskoeffisient;  $\beta$  = standardisert regresjonskoeffisient;

KI = konfidensintervall

kontrollert for kjønn, alder og utdanningsnivå.

Alle statistiske analyser ble utført med IBM SPSS (versjon 25). Signifikansnivået ble fastsatt til p < 0,05.

## FORSKNINGSETIKK

Studien er godkjent av Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK, ref. 2014/647). Deltakerne ga skriftlig samtykke til deltakelse og ble i forkant av studien informert om dens formål, forsikret om anonymitet og informert om at de kunne trekke seg fra studien på ethvert tidspunkt.

## Resultater

### BESKRIVENDE RESULTATER

Gjennomsnittlig skåret arbeidstakerne 4,0 (SD = 3,0) på AUDIT (mulig skåringsbredde 0-40), hvilket innebærer at arbeidstakerne, samlet sett, skåret relativt lavt på alkoholbruk og betraktelig lavere enn grenseverdien for risikofyllt alkoholbruk (AUDIT  $\geq$  8). Andelen arbeidstakere som skåret innenfor risikofyllt alkoholbruk, var 11,3 prosent.

På et typisk døgn brukte arbeidstakerne gjennomsnittlig

7,6 timer på søvn/hvile (SD = 1,5), 8,0 timer på arbeid (SD = 2,0), 1,8 timer på husarbeid (SD = 1,0), 1,9 timer på omsorgsaktiviteter (SD = 1,4), 2,5 timer på medieaktiviteter (SD = 1,4), 0,7 timer på kulturaktiviteter (SD = 0,8), 0,9 timer på mosjon (SD = 0,8), og 0,6 timer på trening (SD = 0,8). Andelen arbeidstakere som sov/hvile innenfor anbefalingen om minst 7 timer, var 84,5 prosent, 84,1 prosent arbeidet innenfor normalarbeidsdag, og 91,9 prosent var fysisk aktive (mosjon og trening) i henhold til anbefaling (minst 30 minutter). 67,9 prosent av arbeidstakerne sov/hvile, arbeidet og var fysisk aktive i henhold til anbefalingene.

### AKTIVITETSTYPER OG ALKOHOLBRUK

Ujusterte regresjonsanalyser viste at høyere alkoholbruk var forbundet med mer tid brukt på medieaktiviteter (p < 0,001) og trening (p < 0,001). Lavere alkoholbruk var forbundet med mer tid brukt på husarbeid (p < 0,001) og omsorgsaktiviteter (p < 0,001). Mosjon (p = 0,12), søvn/hvile (p = 0,26), arbeid (p = 0,42) og kulturaktiviteter (p = 0,65) var ikke signifikant assosi-

ert med alkoholbruk. Søvn/hvile, husarbeid, omsorgsaktiviteter, medieaktiviteter, mosjon og trening ble inkludert i en multippel lineær regresjonsanalyse fordi de alle hadde en p-verdi lavere enn 0,30, der det også ble kontrollert for kjønn, alder og utdanningsnivå. Kjønn, alder og utdanning (trinn 1) forklarte til sammen 6,9 prosent av variasjonen i alkoholbruk ( $R^2_{\text{trinn 1}} = 0,069$ ). Analysens samlede forklaringskraft økte signifikant med 2,8 prosent når aktivitetstypene ble inkludert i trinn 2 ( $\Delta R^2 = 0,028$ , p < 0,001). Aktivitetstypene medieaktiviteter (b = 0,23,  $\beta = 0,11$ , p < 0,000), omsorgsaktiviteter (b = -0,17,  $\beta = -0,08$ , p < 0,001), husarbeid (b = -0,19,  $\beta = -0,06$ , p < 0,001) og trening (b = 0,17,  $\beta = 0,04$ , p < 0,01) viste unike og statistisk signifikante bidrag til den samlede modellen. Dette innebærer at økt tid brukt på medieaktiviteter og trening var forbundet med høyere alkoholbruk, mens mer tid brukt på husarbeid og omsorgsaktiviteter var forbundet med lavere alkoholbruk. Sammenhengene var imidlertid gjennomgående svake. Medieaktiviteter viste sterkest sammenheng med alkoholbruk, der én time økt mediebruk var assosiert med en økning på 0,2 poeng på AUDIT-skåren. Sammenhenger mellom aktivitetstyper og alkoholbruk er presentert i Tabell 2.

En faktoranalyse av de åtte aktivitetstypene viste at de kunne reduseres til tre faktorer:

- aktiviteter som primært utføres i hjemmet (hvile/søvn, husarbeid og omsorgsaktiviteter),
- aktiviteter som primært utføres utenfor hjemmet (arbeid, kulturaktiviteter, mosjon og trening)
- medieaktiviteter.



Trefaktormodellen forklarte til sammen 58,7 prosent av variasjonen i datamaterialet, og hver av faktorene hadde eigenvalue ( $\lambda$ ) på  $>1$  og forklarte mer enn 10 prosent av datavariasjonen (faktor 1<sub>media</sub>:  $\lambda = 2,00$ ,  $R^2 = 25,00$  prosent; faktor 2<sub>i hjemmet</sub>:  $\lambda = 1,58$ ,  $R^2 = 19,72$  prosent; faktor 3<sub>utenfor hjemmet</sub>:  $\lambda = 1,12$ ,  $R^2 = 14,03$  prosent). Aktiviteter henholdsvis i og utenfor hjemmet ble inndelt i to kategorier (lite versus mye tid, definert som under og over utvalgets medianverdi). Fire aktivitetsmønstre ble konstruert basert på forholdet mellom aktiviteter i og utenfor hjemmet (lite i/lite utenfor, lite i/mye utenfor, mye i/mye utenfor, mye i/lite utenfor). To av mønstrene var balanserte (lite i/lite utenfor, mye i/mye utenfor), mens de to resterende var ubalanserte (lite i/mye utenfor, mye i/lite utenfor). Ved også å ta hensyn til tid brukt på medieaktiviteter (som gjerne utføres både i og utenfor hjemmet), ble de fire aktivitetsmønstrene definert slik:

- i i hjemmet (mye tid brukt på aktiviteter i hjemmet, lite tid brukt på aktiviteter utenfor hjemmet, og moderat tid brukt på medieaktiviteter)
- ii utenfor hjemmet (lite tid i hjemmet, mye tid utenfor hjemmet, og moderat tid brukt på medieaktiviteter)
- iii balansert mye media (lite tid i og utenfor hjemmet, mye tid brukt på medieaktiviteter)
- iv balansert lite media (mye tid i og utenfor hjemmet, lite tid brukt på medieaktiviteter).

De fire aktivitetsmønstrene var forbundet med signifikant forskjellig rapportert alkoholbruk ( $F(3, 4307) = 15,03$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = 0,01$ ). Alkoholforbruket var (justert for kjønn, alder og utdan-

| Mønster   | I hjemmet                               | Utenfor hjemmet                         | Balanse mye media                       |
|---|---|---|---|
| <b>I hjemmet</b><br>$M_{just.} = 3,73$<br>Media $M = 2,58$          | -                                       | $M_{just.diff.} = 0,52^*$<br>$p < .001$ | $M_{just.diff.} = 0,69^*$<br>$p < .01$  |
| <b>Utenfor hjemmet</b><br>$M_{just.} = 4,25$<br>Media $M = 2,54$    | $M_{just.diff.} = 0,52^*$<br>$p < .001$ | -                                       | $M_{just.diff.} = 0,17$<br>$p = 1,00$   |
| <b>Balanse mye media</b><br>$M_{just.} = 4,42$<br>Media $M = 4,59$  | $M_{just.diff.} = 0,69^*$<br>$p < .01$  | $M_{just.diff.} = 0,17$<br>$p = 1,00$   | -                                       |
| <b>Balanse lite media</b><br>$M_{just.} = 3,60$<br>Media $M = 1,47$ | $M_{just.diff.} = 0,14$<br>$p = 1,00$   | $M_{just.diff.} = 0,66^*$<br>$p < .001$ | $M_{just.diff.} = 0,82^*$<br>$p < .001$ |

Tabell 3: Matrise for justerte sammenhenger mellom fordeling av aktiviteter i og utenfor hjemmet og alkoholbruk.

Resultater fra enveis kovariansanalyse (ANCOVA);  $M_{just.}$  = gjennomsnitt;  $M_{just.}$  = gruppens gjennomsnittsskåre på alkoholbruk, justert for kjønn, alder og utdanning; Media  $M$  = gruppens gjennomsnittsskåre på tid brukt på medieaktiviteter;  $M_{just.diff.}$  = gjennomsnittsdifferanse mellom grupper på alkoholbruk, justert for kjønn, alder og utdanning; \*statistisk signifikant gjennomsnittsdifferanse ( $p < .05$ )

ningsnivå) høyest i gruppen Balansert mye media ( $M_{just.} = 4,42$ ) etterfulgt av Utenfor hjemmet ( $M_{just.} = 4,25$ ), I hjemmet ( $M_{just.} = 3,73$ ) og Balansert lite media ( $M_{just.} = 3,60$ ). Alle gjennomsnittsforskjellene mellom gruppene var signifikante, med unntak av forskjellen mellom mønstrene Utenfor hjemmet og Balanse mye media. Sammenhenger mellom aktivitetsmønstre og alkoholbruk er presentert i Tabell 3.

### AKTIVITETSANBEFALINGER OG RISIKODRIKKING

I gruppen som sov/hvilte i tråd med anbefalt minst 7 timer, hadde 11,2 prosent et risikofyllt alkoholbruk. For de som sov/hvilte mindre enn anbefalt, var tilsvarende andel 11,5 prosent. Sammenhengen var ikke statistisk signifikant (OR = 1,03, 95 prosent KI: 0,80 – 1,34;  $X^2(1, n = 4317) = 0,065$ ,  $p = 0,799$ ,  $phi = 0,004$ ). Tilsvarende var det heller ingen signifikant sammenheng mellom arbeid innenfor/utover normalarbeidsdag og sannsynlighet for risikofyllt alkoholbruk (OR = 1,03, 95 prosent KI: 0,80 – 1,34;  $X^2(1, n = 4317) =$

0,062,  $p = 0,804$ ,  $phi = 0,004$ ), selv det forekom noe lavere andel risikodrikkere blant de som jobbet innenfor normalarbeidsdag (11,2 prosent vs 11,5 prosent). Derimot hadde arbeidstakere som var fysisk aktive i mindre enn 30 minutter per døgn signifikant høyere sannsynlighet for risikofyllt alkoholbruk sammenliknet med de som var fysisk aktive i minst 30 minutter (16,3 prosent versus 10,8 prosent; OR = 1,60, 95 prosent KI: 1,18 – 2,17;  $X^2(1, n = 4317) = 9,638$ ,  $p = 0,002$ ,  $phi = 0,047$ ). Å bedrive alle tre aktivitetstyper (sovn/hvile, arbeid og fysisk aktivitet) innenfor anbefalingene var imidlertid ikke signifikant forbundet med sannsynlighet for risikofyllt alkoholbruk (10,8 prosent versus 12,3 prosent; OR = 1,16, 95 prosent KI: 0,95 – 1,41;  $X^2(1, n = 4317) = 2,144$ ,  $p = 0,143$ ,  $phi = 0,022$ ).

Som følge av signifikansverdier lavere enn  $p < 0,30$  ble fysisk aktivitet og kombinasjonen av alle tre aktivitetstyper innenfor anbefalinger inkludert i en multippel logistisk regresjonsanalyse, der det også ble kontrollert for kjønn, alder og utdanningsnivå. Den

| Variabel                  | Ujustert <sup>a</sup> |      |        | Justert <sup>b</sup> |      |                |
|---------------------------|-----------------------|------|--------|----------------------|------|----------------|
|                           | OR                    | phi  | p      | OR                   | p    | 95 % KI for OR |
| Søvn                      | 1,03                  | 0,00 | 0,80   | -                    | -    | -              |
| Arbeid                    | 1,03                  | 0,00 | 0,80   | -                    | -    | -              |
| Fysisk aktivitet*         | 1,60                  | 0,05 | <0,001 | 1,50                 | 0,03 | [1,05] [2,15]  |
| Søvn, arbeid, fysisk akt. | 1,16                  | 0,02 | 0,14   | 0,89                 | 0,34 | [0,70] [1,13]  |

Tabell 4: Ujusterte og justerte sammenhenger mellom aktivitetsanbefalinger og risikodrikking

<sup>a</sup>Resultater fra ujusterte kjikvadrattester; <sup>b</sup>Resultater fra justert logistisk regresjonsanalyse (justert for kjønn, alder og utdanningsnivå); N = 4317; \*Statistisk signifikant sammenheng i justert modell ( $p < .05$ ); OR = odds ratio; phi = phikoeffisient; KI = konfidensintervall.

logistiske regresjonsmodellen var statistisk signifikant ( $X^2(5, n = 4317) = 213,53, p < 0,001$ ), og forklarte mellom 4,8 prosent og 9,6 prosent av variasjonen i sannsynlighet for risikofylt alkoholbruk. Fysisk aktivitet var den eneste aktivitetstypen som var signifikant assosiert med sannsynlighet for risikofylt alkoholbruk. Selv kontrollert for kjønn, alder og utdanningsnivå, hadde arbeidstakere som var fysisk aktive i mindre enn 30 minutter (mindre enn anbefalt) 1,5 ganger større sannsynlighet for risikodrikking, sammenliknet med arbeidstakere som var fysisk aktive i minst 30 minutter (innenfor anbefaling) (OR = 1,50, 95 prosent KI: 1,05 – 2,15,  $p < 0,05$ ). Sammenhenger mellom aktivitetsanbefalinger og risikodrikking er presentert i Tabell 4.

## Diskusjon

Formålet med denne studien, utført blant arbeidstakere i Norge og med et aktivitetsvitenskapelig utgangspunkt, var å undersøke sammenhenger mellom aktivitetstyper, mønstre i tidsbruk av aktivitetstyper, aktivitetsanbefalinger og alkoholbruk. Studien har to hovedfunn.

For det første: Det var signifikante sammenhenger mellom aktivitetstyper og alkoholbruk. Økt tid brukt på medieaktiviteter og trening var forbundet med høyere alkoholbruk, mens økt tid brukt

på husarbeid og omsorgsaktiviteter var forbundet med lavere alkoholbruk. Et aktivitetsmønster preget av mye tid brukt på aktiviteter i hjemmet (og lite brukt på aktiviteter utenfor hjemmet) var forbundet med lavere alkoholbruk enn et mønster kjennetegnet ved mye tid brukt på aktiviteter utenfor hjemmet (og lite tid brukt på aktiviteter i hjemmet).

For det andre: Det var en sammenheng mellom anbefalt mengde fysisk aktivitet og sannsynlighet for risikodrikking. Personer som var fysisk aktive i mindre enn 30 minutter per døgn (mindre enn anbefalt) hadde 1,5 ganger større sannsynlighet for risikofylt alkoholbruk, sammenliknet med personer som var fysisk aktive i minst 30 minutter per døgn (noe som er i tråd med anbefalinger fra myndighetene).

Et mønster preget av mye tid brukt på aktiviteter i hjemmet (som hus- og omsorgsaktiviteter) var forbundet med lavere alkoholbruk. Resultatene peker dermed i retning av at aktiviteter knyttet til hjem og familie kan henge sammen med redusert alkoholbruk, og støtter opp under funn fra tidligere forskning. Studier har vist at kvinner med ansvar for små barn beskriver at de ikke lenger drikker alkohol på samme måte som tidligere som følge av økt tid brukt på aktiviteter i hjemmet (55). Også blant menn

har man funnet sammenhenger mellom sivilstatus, bostatus, hvorvidt man har barn og alkoholbruk. Ugifte menn uten barn som bor alene har et særlig høyt alkoholbruk (36). Verdier som gjerne er sentrale i en familiesituasjon (som trygghet, tradisjon og konformitet), er ofte framtrædende blant personer med lavt alkoholbruk (56). At hus- og omsorgsaktiviteter er forbundet med lavere alkoholbruk, kan dermed trolig, for begge kjønn, knyttes til livssituasjon og kontekst. En livssituasjon preget av ansvar for andre, der alkohol og rus ikke passer inn, er trolig mer sannsynlig enn at aktivitetene i seg selv skulle fungere som beskyttelsesfaktorer.

At mer tid brukt på trening er forbundet med høyere alkoholbruk, kan framstå som kontraintuitivt. Det er godt dokumentert at trening har positive helseeffekter (15, 17), og man ser ofte at ulike helsefremmende adferder har en tendens til å opptre i sammenheng (41). Personer som regelmessig utfører én helsefremmende aktivitetstype (for eksempel trening), har således en tendens til også å utføre andre helsefremmende aktiviteter (for eksempel sunt kosthold). I likhet med vår studie har også tidligere studier funnet at mer tid brukt på trening er forbundet med høyere alkoholbruk. Kunnskapsoppsummeringer (41, 42) har konkludert med at en rekke studier har funnet at personer som drikker alkohol, er mer fysisk aktive enn avholdne, og at økt alkoholbruk er forbundet med økt fysisk aktivitet. Ulike årsaker til dette har blitt foreslått, herunder at alkohol og trening utløser liknende kjemiske reaksjoner i hjernen, at visse personlighetstrekk påvirker både forekomst av trening og alko-

holinntak, og at sosiale normer i samfunnet trekker i retning av at man er både fysisk og sosialt aktiv (hvor sosial aktivitet gjerne innebærer økt eksponering for situasjoner som innebærer alkoholinntak) (41, 42). Studier har også antydnet at sosioøkonomisk status spiller en rolle, ved at personer med høy inntekt både trener og drikker mer enn personer med lavere inntekt (57).

På den annen side fant vi at arbeidstakere som var fysisk aktive som anbefalt (minst 30 minutter per døgn), hadde lavere sannsynlighet for å ha en risikofyllt alkoholbruk, sammenliknet med arbeidstakere som var mindre fysisk aktive enn anbefalt. Våre data gir ikke grunnlag for å fastslå årsaken til at økt fysisk aktivitet, på den ene siden, var forbundet med økt alkoholbruk generelt, men samtidig hadde sammenheng med lavere sannsynlighet for risikofyllt alkoholinntak. En mulig forklaring kan være at økt fysisk aktivitet kan være assosiert med økt, men likevel ganske begrenset, alkoholinntak i grupper som har ingen eller lav risiko knyttet til sitt alkoholbruk. Grupper som allerede har utviklet komplikasjoner knyttet til sin alkoholbruk, kan imidlertid være karakterisert av et bredere problemkompleks, eksempelvis knyttet til passivitet. Det kan tenkes å være en sammenheng mellom mye tid brukt på medieaktiviteter (som henger sammen med økt alkoholbruk) og lite tid brukt på fysisk aktivitet. Dermed kan mindre fysisk aktivitet enn anbefalt kunne henge sammen med økt sannsynlighet for et risikofyllt alkoholbruk, hvilket kan tyde på at man bør være særlig oppmerksom på alkoholbruket hos personer som er svært fysisk inaktive og bruker mye tid

på medieaktiviteter. Ytterligere forskning er imidlertid nødvendig for å belyse mulige årsaksforklaringer og implikasjoner.

Økt tid brukt på medieaktiviteter var forbundet med en høyere alkoholbruk. Dette resultatet kan tolkes i lys av studier som har funnet en liknende sammenheng mellom eksponering for alkoholinntak i media og faktisk alkoholinntak blant unge voksne. Slike sammenhenger er dokumentert både observasjonelt (44) og eksperimentelt (45). Gjennom medieinnhold på film (som TV, kino, DVD) og på internett blir gjerne alkohol framstilt på en positiv måte (43) som normaliserer og bidrar til å gjøre alkoholbruk mer sosialt akseptabelt (46).

Det var ingen signifikante sammenhenger mellom sannsynlighet for risikofyllt alkoholbruk og hvorvidt arbeidstakerne sov og arbeidet i samsvar med forskningsbaserte anbefalinger. Det forelå imidlertid ikke-signifikante tendenser til at både søvn og arbeid som anbefalt var forbundet med noe redusert risiko. Disse tendensene, kombinert med at fysisk aktivitet som anbefalt var signifikant forbundet med lavere risiko, kan tyde på at arbeidstakere som opptre i henhold til anbefalingene kan ha vært generelt mer opptatt av egen helse, hvilket kan være et utslag av at ulike helsefremmende adferder ofte opptre i sammenheng (41). At anbefalinger ikke er signifikant forbundet med alkoholbruk, betyr ikke nødvendigvis at de ikke har en sammenheng med helsegevinster på andre områder.

#### **METODISKE BEGRENSNINGER**

Denne studien har noen begrensninger. Studien er basert på tverrsnittsdata, hvilket gjør at man

ikke kan trekke konklusjoner om årsaksforhold mellom tidsbruk på ulike aktiviteter og alkoholbruk. Studien baserer seg på selvrapportert aktivitetsmønster og ikke observert eller dagregistrert aktivitetsmønster. Slik sett kan hukommelsesfeil ha påvirket resultatene (recall bias, det vil si at deltakerne ikke husket helt korrekt informasjon om sitt aktivitetsmønster). Det kan også være en fare for at deltakerne har rapportert et ønskverdig aktivitetsmønster i stedet for et reelt aktivitetsmønster. Det ønskverdige aktivitetsmønsteret kan både være ut fra egne forventninger, men også knyttet til sosial ønskverdighet og andres forventninger.

Studieutvalget var stort (N = 4317) og arbeidstakerne var, hva gjelder kjønn og alder, relativt representative for alle ansatte i de virksomhetene som ble invitert til å delta. Svarprosenten var imidlertid lav (24 prosent). Utvalget var, sammenliknet med alle sysselsatte i Norge, preget av en overrepresentasjon av kvinner og arbeidstakere med høy utdanning (se Tabell 1). Dette medfører at studiens funn må generaliseres med varsomhet til sysselsatte som sådan. Denne skjevheten har trolig også medført at alkoholbruken er noe underestimert i denne studien, ved at unge, mannlige arbeidstakere med lav utdanning var underrepresentert. Det er dokumentert at disse gruppene har høyere alkoholbruk enn gjennomsnittet blant arbeidstakere (36).

#### **IMPLIKASJONER**

Vår studie antyder at valg av og tidsbruk på ulike aktivitetstyper i hverdagen kan spille en rolle med hensyn til hvilke helserelaterte beskyttelses- og risikofaktorer arbeidstakere eksponeres for. Et



fokus på arbeidstakeres helse bør dermed være orientert omkring et bredt spekter av faktorer, herunder hvordan aktivitet og livssituasjon kan beskytte eller bidra til risiko for helseskadelig adferd. Våre funn vil dermed kunne være av betydning for bedriftshelsetjenestens forebyggende arbeid, både på individ- og gruppenivå. Studien antyder at det er behov for videre forskning på forholdet mellom aktivitet, alkoholbruk og helse blant arbeidstakere. Det er behov for forskning med mer robuste design (for eksempel longitudinelle studier) og studier som anvender mer sofistikerte verktøy for observasjon og måling av aktivitet.

## Konklusjon

Arbeidstakeres helseadferd kan påvirkes av disponering av døgnets timer, blant annet ved at valg av aktiviteter kan spille en rolle for hvilke beskyttelses- og risikofaktorer man eksponeres for. Denne studien har vist at enkelte aktivitetstyper er forbundet med lavere alkoholbruk (aktiviteter i hjemmet, som husarbeid og omsorgsaktiviteter), mens andre er forbundet med høyere alkoholbruk (medieaktiviteter og aktiviteter utenfor hjemmet). Fysisk aktivitet i samsvar med helsemyndighetenes anbefalinger var forbundet med redusert sannsynlighet for å ha et risikofyllt alkoholbruk. Fokus på arbeidstakeres helse bør være orientert omkring et bredt spekter av forhold som er helt sentrale i ergoterapeutiske teorier og metoder, herunder aktivitetstyper og aktivitetsmønstre.

## Referanser

1. Kristensen HK. Præsentation af aktivitetsvidenskab i et nordisk perspektiv.

- I: Kristensen HK, Schou ASB, Mærsk JL, red. Nordisk aktivitetsvidenskab. København: Munksgaard; 2017. s. 17-27.
2. Zemke R. Time, space, and the kaleidoscopes of occupation. *American Journal of Occupational Therapy*. 2004;58(6):608-20 doi:10.5014/ajot.58.6.608.
3. Kielhofner G. MOHO - Modellen for menneskelig aktivitet. Ergoterapi til uddannelse og praksis. København: FADL; 2006.
4. Matz CJ, Stieb DM, Brion O. Urban-rural differences in daily time-activity patterns, occupational activity and housing characteristics. *Environmental Health*. 2015;14(1) doi:10.1186/s12940-015-0075-y.
5. Matz C, Stieb D, Davis K, Egyed M, Rose A, Chou B, et al. Effects of age, season, gender and urban-rural status of time-activity: Canadian human activity pattern survey 2 (CHAPS 2). *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2014;11(2):2108-24 doi:10.3390/ijerph110202108.
6. Law M, Steinwender S, Leclair L. Occupation, health and well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 1998;65(2):81-91 doi:10.1177/000841749806500204.
7. Bach D, Bach M, Böhmer F, Frühwald T, Grilc B. Reactivating occupational therapy: A method to improve cognitive performance in geriatric patients. *Age and Ageing*. 1995;24(3):222-6 doi:10.1093/ageing/24.3.222.
8. Carlson M, Franchiang SP, Zemke R, Clark F. A meta-analysis of the effectiveness of occupational therapy for older persons. *American Journal of Occupational Therapy*. 1996;50(2):89-98 doi:10.5014/ajot.50.2.89.
9. Boyle JS, Counts MM. Toward healthy aging: A theory for community health nursing. *Public Health Nursing*. 1988;5(1):45-51 doi:10.1111/j.1525-1446.1988.tb00559.x.
10. Lawton MP, Moss M, Fulcomer M. Objective and subjective uses of time by older people. *International Journal of Aging and Human Development*. 1987;24(3):171-88 doi:10.2190/kdt5-w3ar-19fe-w7wf.
11. Håkansson C, Lissner L, Björklund C, Sonn U. Engagement in patterns of daily occupations and perceived health among women of working age. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2009;16(2):110-7 doi:10.1080/11038120802572494.
12. Erlandsson LK, Eklund M. Levels of complexity in patterns of daily occupations: Relationship to women's well-being. *Journal of Occupational Science*. 2006;13(1):27-36 doi:10.1080/14427591.2006.9686568.
13. Wagman P, Håkansson C, Björklund A. Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2012;19(4):322-7 doi:10.3109/11038128.2011.596219.
14. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health*. 2015;1(1):40-3 doi:10.1016/j.sleh.2014.12.010.
15. Granger E, di Nardo F, Harrison A, Patterson L, Holmes R, Verma A. A systematic review of the relationship of physical activity and health status in adolescents. *European Journal of Public Health*. 2017;27(2):100-6 doi:10.1093/eurpub/ckw187.
16. Helsedirektoratet. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
17. Patterson R, McNamara E, Tainio M, de Sa TH, Smith AD, Sharp SJ, et al. Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: A systematic review and dose response meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*. 2018;33(9):811-29 doi:10.1007/s10654-018-0380-1.
18. Warburton DER, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SSD. A systematic review of the evidence for Canada's physical activity guidelines for adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2010;7(1):39 doi:10.1186/1479-5868-7-39.
19. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
20. Lov av 17. juni 2005 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet; 2005.
21. Lie JAS, Gulliksen E, Bast-Pettersen R, Skogstad M, Tynes T, Wagstaff

- AS. Arbeidstid og helse. En systematisk litteraturstudie. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI); 2008.
22. Olberg D, Nicolaisen H. Arbeidstid - dilemmaer og utfordringer. Oslo: Fafo; 2013.
23. World Health Organization. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
24. Bjorvatn B. Søvn og søvnproblemer. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for søvn sykdommer; 2007.
25. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2224–60 doi:10.1016/S0140-6736(12)61766-8.
26. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
27. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014.
28. Halkjelsvik T, Storvoll E. Andel av befolkningen i Norge med et risikofyllt alkoholkonsum målt gjennom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2014;32(1):61–7 doi:10.2478/nsad-2014-0035.
29. Moan IS, Halkjelsvik T. Alkohol og arbeidsliv. En undersøkelse blant norske arbeidstakere. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016.
30. Nordaune K, Skarpaas LS, Sagvaag H, Haverlaen L, Rimstad S, Kinn LG, et al. Who initiates and organises situations for work-related alcohol use? The WIRUS culture study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017;45(8):749–56 doi:10.1177/1403494817704109.
31. Colell E, Bell S, Britton A. The relationship between labour market categories and alcohol use trajectories in midlife. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2014;68(11):1050–6 doi:10.1136/jech-2014-204164.
32. Schou L, Moan IS. Alcohol use-sickness absence association and the moderating role of gender and socioeconomic status: A literature review. *Drug and Alcohol Review*. 2016;35(2):158–69 doi:10.1111/dar.12278.
33. Aas RW, Haverlaen L, Sagvaag H, Thørrisen MM. The influence of alcohol consumption on sickness presenteeism and impaired daily activities. The WIRUS screening study. *PLoS ONE*. 2017;12(10) doi:10.1371/journal.pone.0186503
34. Thørrisen MM, Bonsaksen T, Hashemi N, Kjekken I, van Mechelen W, Aas RW. Association between alcohol consumption and impaired work performance (presenteeism): a systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(7):e029184 doi:10.1136/bmjopen-2019-029184.
35. Steen J, Bjørn EC, Ibenholt K. Kostnader ved rusrelatert fravær og ineffektivitet. Oslo: Samfunnsøkonomisk Analyse; 2018.
36. Thørrisen MM, Skogen JC, Aas RW. The associations between employees' risky drinking and sociodemographics, and implications for intervention needs. *BMC Public Health*. 2018;18(1) doi:10.1186/s12889-018-5660-x.
37. Frone MR. Alcohol and illicit drug use in the workforce and workplace. Washington, DC: American Psychological Association; 2013.
38. McKechnie J, Hill EM. Alcoholism in older women religious. *Substance Abuse*. 2009;30(2):107–17 doi:10.1080/08897070902802026.
39. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Pirkola S, Koskinen S, Aromaa A, et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: General population survey. *British Journal of Psychiatry*. 2007;190(4):326–32 doi:10.1192/bjp.bp.106.025106.
40. Rodriguez LM, DiBello AM, Neighbors C. Perceptions of partner drinking problems, regulation strategies and relationship outcomes. *Addictive Behaviors*. 2013;38(12):2949–57 doi:10.1016/j.addbeh.2013.08.028.
41. Leasure JL, Neighbors C, Henderson CE, Young CM. Exercise and alcohol consumption: What we know, what we need to know, and why it is important. *Frontiers in Psychiatry*. 2015;6 doi:10.3389/fpsy.2015.00156.
42. Piazza-Gardner AK, Barry AE. Examining physical activity levels and alcohol consumption: Are people who drink more active? *American Journal of Health Promotion*. 2012;26(3):95–104 doi:10.4278/ajhp.100929-LIT-328.
43. Cin SD, Worth KA, Dalton MA, Sargent JD. Youth exposure to alcohol use and brand appearances in popular contemporary movies. *Addiction*. 2008;103(12):1925–32 doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02304.x.
44. Hanewinkel R, Sargent JD, Poelen EAP, Scholte R, Florek E, Sweeting H, et al. Alcohol consumption in movies and adolescent binge drinking in 6 European countries. *Pediatrics*. 2012;129(4):709–20 doi:10.1542/peds.2011-2809.
45. Koordeman R, Kuntsche E, Antschütz DJ, van Baaren RB, Engels RC. Do we act upon what we see? Direct effects of alcohol cues in movies on young adults' alcohol drinking. *Alcohol and Alcoholism*. 2011;46(4):393–8 doi:10.1093/alcalc/agg028.
46. Thomsen SR, Rekke D. The relationship between viewing US-produced television programs and intentions to drink alcohol among a group of Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2006;47(1):33–41 doi:10.1111/j.1467-9450.2006.00490.x.
47. Sagvaag H, Rimstad SL, Kinn LG, Aas RW. Six shades of grey: Identifying drinking culture and potentially risky drinking behaviour in the grey zone between work and leisure. The WIRUS culture study. *Journal of Public Health Research*. 2019;8(2) doi:10.4081/jphr.2019.1585.
48. Skogen JC, Thørrisen MM, Bonsaksen T, Vahtera J, Sivertsen B, Aas RW. Effort-reward imbalance is associated with alcohol-related problems. WIRUS-screening study. *Frontiers in Psychology*. 2019;10 doi:10.3389/fpsyg.2019.02079.
49. Skogen JC, Thørrisen MM, Olsen E, Hesse M, Aas RW. Evidence for essential unidimensionality of AUDIT and measurement invariance across gender, age and education. Results from the WIRUS study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2019;202:87–92 doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.06.002.
50. Thørrisen MM, Skogen JC, Kjekken I, Jensen I, Aas RW. Current practices and perceived implementation barriers for working with alcohol prevention in occupational health services: the WIRUS OHS study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2019;14(1) doi:10.1186/s13011-019-0217-2.

51. Skogen JC, Bøe T, Thørrisen MM, Riper H, Aas RW. Sociodemographic characteristics associated with alcohol consumption and alcohol-related consequences, a latent class analysis of the Norwegian WIRUS screening study. *BMC Public Health*. 2019;19(1) doi:10.1186/s12889-019-7648-6.
52. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization; 2001.
53. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804 doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
54. de Meneses-Gaya C, Zuairi AW, Loureiro SR, Crippa JAS. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. *Psychology & Neuroscience*. 2009;2(1):83-97 doi:10.3922/j.psns.2009.1.12.
55. Buvik K, Sagvaag H. Women, work and wine. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2012;29(5):497-518 doi:10.2478/v10199-012-0043-6.
56. Nordfjærn T, Brunborg GS. Associations between human values and alcohol consumption among Norwegians in the second half of life. *Substance Use & Misuse*. 2015;50(10):1284-93 doi:10.3109/10826084.2014.998237.
57. Østhus S, Mäkelä P, Norström T, Rossow I. Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2016. doi:10.1177/000841749806500204.
7. Bach D, Bach M, Böhmer F, Frühwald T, Grilc B. Reactivating occupational therapy: A method to improve cognitive performance in geriatric patients. *Age and Ageing*. 1995;24(3):222-6 doi:10.1093/ageing/24.3.222.
8. Carlson M, Franchiang SP, Zemke R, Clark F. A meta-analysis of the effectiveness of occupational therapy for older persons. *American Journal of Occupational Therapy*. 1996;50(2):89-98 doi:10.5014/ajot.50.2.89.
9. Boyle JS, Counts MM. Toward healthy aging: A theory for community health nursing. *Public Health Nursing*. 1988;5(1):45-51 doi:10.1111/j.1525-1446.1988.tb00559.x.
10. Lawton MP, Moss M, Fulcomer M. Objective and subjective uses of time by older people. *International Journal of Aging and Human Development*. 1987;24(3):171-88 doi:10.2190/kdt5-w3ar-19fe-w7wf.
11. Håkansson C, Lissner L, Björkelund C, Sonn U. Engagement in patterns of daily occupations and perceived health among women of working age. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2009;16(2):110-7 doi:10.1080/11038120802572494.
12. Erlandsson LK, Eklund M. Levels of complexity in patterns of daily occupations: Relationship to women's well-being. *Journal of Occupational Science*. 2006;13(1):27-36 doi:10.1080/14427591.2006.9686568.
13. Wagman P, Håkansson C, Björklund A. Occupational balance as used in occupational therapy: A concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2012;19(4):322-7 doi:10.3109/11038128.2011.596219.
14. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: Methodology and results summary. *Sleep Health*. 2015;1(1):40-3 doi:10.1016/j.sleh.2014.12.010.
15. Granger E, di Nardo F, Harrison A, Patterson L, Holmes R, Verma A. A systematic review of the relationship of physical activity and health status in adolescents. *European Journal of Public Health*. 2017;27(2):100-6 doi:10.1093/eurpub/ckw187.
16. Helsedirektoratet. Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet. Oslo: Helsedirektoratet; 2014.
17. Patterson R, McNamara E, Tainio M, de Sa TH, Smith AD, Sharp SJ, et al. Sedentary behaviour and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality, and incident type 2 diabetes: A systematic review and dose response meta-analysis. *European Journal of Epidemiology*. 2018;33(9):811-29 doi:10.1007/s10654-018-0380-1.
18. Warburton DER, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, Bredin SSD. A systematic review of the evidence for Canada's physical activity guidelines for adults. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*. 2010;7(1):39 doi:10.1186/1479-5868-7-39.
19. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010.
20. Lov av 17. juni 2005 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. (arbeidsmiljøloven). Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet; 2005.
21. Lie JAS, Gulliksen E, Bast-Pettersen R, Skogstad M, Tynes T, Wagstaff AS. Arbeidstid og helse. En systematisk litteraturstudie. Oslo: Statens arbeidsmiljøinstitutt (STAMI); 2008.
22. Olberg D, Nicolaisen H. Arbeidstid - dilemmaer og utfordringer. Oslo: Fafo; 2013.
23. World Health Organization. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.
24. Bjorvatn B. Søvn og søvnproblemer. Bergen: Nasjonalt kompetansesenter for søvnsykdommer; 2007.
25. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. 2012;380(9859):2224-60 doi:10.1016/S0140-6736(12)61766-8.
26. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
27. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten 2014. Helse tilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014.
28. Halkjelsvik T, Storvoll E. Andel av befolkningen i Norge med et risikofyllt alkoholkonsum målt gjennom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2014;32(1):61-7 doi:10.2478/nsad-2014-0035.
29. Moan IS, Halkjelsvik T. Alkohol og arbeidsliv. En undersøkelse blant norske arbeidstakere. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016.
30. Nordaune K, Skarpaas LS, Sagvaag H, Haveraaen L, Rimstad S, Kinn LG, et al. Who initiates and organizes physical activity? A cross-sectional study of Norwegian adults. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2010;40(1):10-6 doi:10.1177/1403494809352000.



- nises situations for work-related alcohol use? The WIRUS culture study. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2017;45(8):749-56 doi:10.1177/1403494817704109.
31. Colell E, Bell S, Britton A. The relationship between labour market categories and alcohol use trajectories in midlife. *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2014;68(11):1050-6 doi:10.1136/jech-2014-204164.
  32. Schou L, Moan IS. Alcohol use-sickness absence association and the moderating role of gender and socioeconomic status: A literature review. *Drug and Alcohol Review*. 2016;35(2):158-69 doi:10.1111/dar.12278.
  33. Aas RW, Haverlaan L, Sagvaag H, Thørrisen MM. The influence of alcohol consumption on sickness presenteeism and impaired daily activities. The WIRUS screening study. *PLoS ONE*. 2017;12(10) doi:10.1371/journal.pone.0186503
  34. Thørrisen MM, Bonsaksen T, Hashemi N, Kjeker I, van Mechelen W, Aas RW. Association between alcohol consumption and impaired work performance (presenteeism): a systematic review. *BMJ Open*. 2019;9(7):e029184 doi:10.1136/bmjopen-2019-029184.
  35. Steen J, Bjørn EC, Ibenholt K. Kostnader ved rusrelatert fravær og ineffektivitet. Oslo: Samfunnsøkonomisk Analyse; 2018.
  36. Thørrisen MM, Skogen JC, Aas RW. The associations between employees' risky drinking and sociodemographics, and implications for intervention needs. *BMC Public Health*. 2018;18(1) doi:10.1186/s12889-018-5660-x.
  37. Frone MR. Alcohol and illicit drug use in the workforce and workplace. Washington, DC: American Psychological Association; 2013.
  38. McKechnie J, Hill EM. Alcoholism in older women religious. *Substance Abuse*. 2009;30(2):107-17 doi:10.1080/08897070902802026.
  39. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Pirkola S, Koskinen S, Aromaa A, et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: General population survey. *British Journal of Psychiatry*. 2007;190(4):326-32 doi:10.1192/bjp.bp.106.025106.
  40. Rodriguez LM, DiBello AM, Neighbors C. Perceptions of partner drinking problems, regulation strategies and relationship outcomes. *Addictive Behaviors*. 2013;38(12):2949-57 doi:10.1016/j.addbeh.2013.08.028.
  41. Leasure JL, Neighbors C, Henderson CE, Young CM. Exercise and alcohol consumption: What we know, what we need to know, and why it is important. *Frontiers in Psychiatry*. 2015;6 doi:10.3389/fpsy.2015.00156.
  42. Piazza-Gardner AK, Barry AE. Examining physical activity levels and alcohol consumption: Are people who drink more active? *American Journal of Health Promotion*. 2012;26(3):95-104 doi:10.4278/ajhp.100929-LIT-328.
  43. Cin SD, Worth KA, Dalton MA, Sargent JD. Youth exposure to alcohol use and brand appearances in popular contemporary movies. *Addiction*. 2008;103(12):1925-32 doi:10.1111/j.1360-0443.2008.02304.x.
  44. Hanewinkel R, Sargent JD, Poelen EAP, Scholte R, Florek E, Sweeting H, et al. Alcohol consumption in movies and adolescent binge drinking in 6 European countries. *Pediatrics*. 2012;129(4):709-20 doi:10.1542/peds.2011-2809.
  45. Koordeman R, Kuntsche E, Antschütz DJ, van Baaren RB, Engels RC. Do we act upon what we see? Direct effects of alcohol cues in movies on young adults' alcohol drinking. *Alcohol and Alcoholism*. 2011;46(4):393-8 doi:10.1093/alcalc/agr028.
  46. Thomsen SR, Rekve D. The relationship between viewing US-produced television programs and intentions to drink alcohol among a group of Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2006;47(1):33-41 doi:10.1111/j.1467-9450.2006.00490.x.
  47. Sagvaag H, Rimstad SL, Kinn LG, Aas RW. Six shades of grey: Identifying drinking culture and potentially risky drinking behaviour in the grey zone between work and leisure. The WIRUS culture study. *Journal of Public Health Research*. 2019;8(2) doi:10.4081/jphr.2019.1585.
  48. Skogen JC, Thørrisen MM, Bonsaksen T, Vahtera J, Sivertsen B, Aas RW. Effort-reward imbalance is associated with alcohol-related problems. WIRUS-screening study. *Frontiers in Psychology*. 2019;10 doi:10.3389/fpsyg.2019.02079.
  49. Skogen JC, Thørrisen MM, Olsen E, Hesse M, Aas RW. Evidence for essential unidimensionality of AUDIT and measurement invariance across gender, age and education. Results from the WIRUS study. *Drug and Alcohol Dependence*. 2019;202:87-92 doi:10.1016/j.drugalcdep.2019.06.002.
  50. Thørrisen MM, Skogen JC, Kjeker I, Jensen I, Aas RW. Current practices and perceived implementation barriers for working with alcohol prevention in occupational health services: the WIRUS OHS study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*. 2019;14(1) doi:10.1186/s13011-019-0217-2.
  51. Skogen JC, Bøe T, Thørrisen MM, Riper H, Aas RW. Sociodemographic characteristics associated with alcohol consumption and alcohol-related consequences, a latent class analysis of the Norwegian WIRUS screening study. *BMC Public Health*. 2019;19(1) doi:10.1186/s12889-019-7648-6.
  52. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT: The alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care. Geneva: World Health Organization; 2001.
  53. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804 doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
  54. de Meneses-Gaya C, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JAS. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. *Psychology & Neuroscience*. 2009;2(1):83-97 doi:10.3922/j.psns.2009.112.
  55. Buvik K, Sagvaag H. Women, work and wine. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*. 2012;29(5):497-518 doi:10.2478/v10199-012-0043-6.
  56. Nordfjærn T, Brunborg GS. Associations between human values and alcohol consumption among Norwegians in the second half of life. *Substance Use & Misuse*. 2015;50(10):1284-93 doi:10.3109/10826084.2014.998237.
  57. Østhus S, Mäkelä P, Norström T, Rossow I. Sosial ulikhet i alkoholbruk og alkoholrelatert sykkelighet og dødelighet. Oslo: Helsedirektoratet; 2016.

# Grønt skifte krever de beste virkemidlene

**Koronakrisen har gitt mindre klimautslipp, men vi står fortsatt overfor en klimakrise som vil kreve omfattende endringer. Et grønt skifte gir utvilsomt muligheter for norsk industri og næringsliv, men tiltak som monner vil også kreve vilje til å gå løs på de vanskelige spørsmålene. Flere av dem bør løses i tarifforhandlingene.**

Av Jon Olav Bjergene & Inger Marie Hagen



*Olav Bjergene er sekretariatssjef i Unio. E-post: jon.olav.bjergene@unio.no.*



*Inger Marie Hagen er forsker i FAFO.*

**E**n grønn omstilling krever mekanismer for å fordele goder og byrder. Virkemidlene må være effektive, tilgjengelige, kunnskapsbaserte og rettferdige. Derfor bør vi bruke tariffoppgjørene.

Som vi har sett nå i koronatiden: I den norske modellen legger vi de store samfunnsutfordringene på partenes bord. Men grunnlaget for et godt og effektivt trepartssamarbeid ligger i forholdet mellom arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene. Her er tariffavtalen, og den må tas i bruk i det grønne skiftet.

## PRODUKTIVE KOMPROMISSER

Tariffavtalen er det viktigste virkemiddel for å skape produktive kompromisser i arbeidslivet. Likeverdige parter – arbeidsgiver- og arbeidstakersiden – kommer sammen og blir enige om hvor mye vi har å fordele, og hvordan fordelingen skal være. Arbeidstid og arbeidsforhold settes på dagsorden.

Hva har vi råd til i år, og hvor må vi spare inn? Hva er rettferdig bidrag fra arbeidsgiver, og hva er rimelige krav til de ansatte?

Tariffavtale er et gammelt og godt virkemiddel, men grønne tariffavtalekrav er noe nytt. Boken «Grønne tariffavtaler» er et forsøk på å få fart på debatten om hvilke krav som bør stilles i de kommende lønnsoppgjørene. Samarbeid mellom arbeidslivets parter er helt avgjørende for at de nødvendige tiltakene for å håndtere klimakrisen kommer i gang.

## NYE KRAV TIL FORHANDLINGSBORDET

Det betyr at nye saker kan komme på bordet både i de sentrale og de lokale forhandlingene. Et eksempel er å utvide Hovedavtale-bestemmelsene så miljø blir en del av det lokale partssamarbeidet og utslippsreduksjoner et felles ansvar.

Endringer i reiseregulativ som belønner kollektive tjenestereiser og reduserer bruk av bil er et

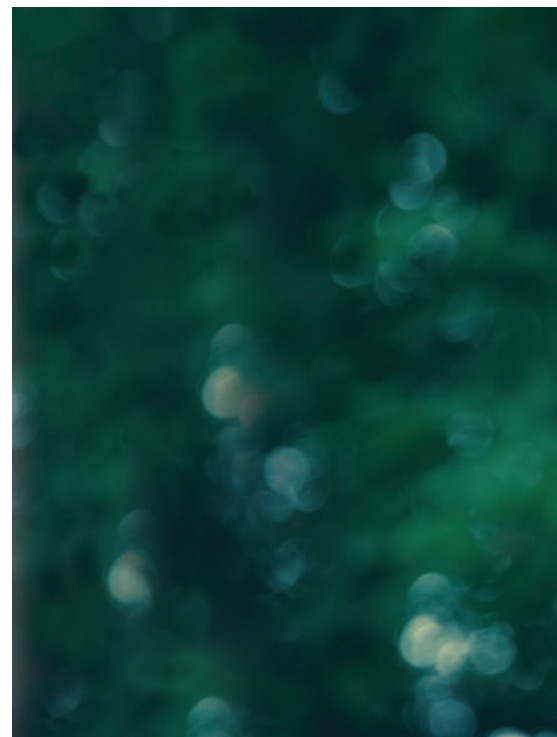




Foto: Mostphotos/Krisana Antharith

annet. I de lokale forhandlingene kan partene bytte lønnsøkning mot månedskort, eller vente lenge med å kjøpe nye jobbtelefoner mot mer data til privat bruk. Bonusordninger kan rettes inn mot redusert klimaavtrykk.

Tradisjonelt har tariffavtalen regulert lønns- og arbeidsforhold. I boken hevdes det at det ikke bare er juridisk mulig å utvide tariffavtalene med bestemmelser som tar sikte på å redusere virksomhetens klimaavtrykk – tariffavtaler er et velegnet virkemiddel.

Det betyr ikke, slik noen frykter, at lønnskravene skal reduseres. Krav om lønn og godtgjørelse kan imidlertid innrettes slik at de får en klimaeffekt. For eksempel med bonusordninger i virksomheter som klarer å redusere antall flyreiser eller energibruket sitt. Da sparer man jo penger som kan komme de ansatte til gode. Eller gjennom økte satser for kjøregodtgjørelse med klimavennlig transport. Det finnes mange vinn-vinn-krav –

mindre kjøtt i kantine, pensjonsinnskudd investert i grønne fond, for å nevne noen til. Noen av kravene kan stilles allerede nå, mens andre trenger videreutvikling og konkretisering.

### **GODE VIRKEMIDLER, ENKLE Å JUSTERE**

Og det handler ikke bare om jus. Tariffavtalene er tilgjengelige, de reforhandles jevnlig, og nye saker kan legges på bordet allerede i neste runde. Det er effektivt, fordi avtalen er rettslig bindende og dekker store deler av norsk arbeidsliv.

Tariffavtaler er kunnskapsbaserte fordi det er partene selv som forhandler. Grønn omstilling krever at man vet hva som kan gjøres i den enkelte bransje og virksomhet. Grønne bestemmelser i de lokale avtalene vil bygge på denne kompetansen.

Dersom partene i Norge vil vise at de tar klimatrusselen på alvor, er det på tide at storslegta tas i bruk, og at vi legger de

virkelig viktige og utfordrende sakene på partenes bord.

Jakten på virkemidler for å redusere utslippene må stå øverst på politikken og arbeidslivets dagsorden.



Boken *Grønne tariffavtaler* av Jon Olav Bjergene og Inger Marie Hagen ble gitt ut i år på Gyldendal forlag.





## DETTE MENER ERGOTERAPEUTENE OM BÆREKRAFT

*Mariette Elise Gjerde har sittet i Ergoterapeutenes forbundsstyre siden 2014.*

**– Ergoterapeutene har hatt bærekraft i programmet siden 2007, og i de siste årene har det blitt stadig mer aktuelt. Nå har vi utviklet et standpunktdokument som forklarer hva vi legger i bærekraftig utvikling, sier Mariette Elise Gjerde.**

Av Else Merete Thyness

**M**ariette Elise Gjerde bor i Ulsteinvik på Sunnmøre med jentene sine på 13 og 15 år. Tettstedet har cirka 8600 innbyggere og er for mange kjent fra TV-serien Heimebane. Her arbeider Mariette 50 prosent med hverdagsrehabilitering og 30 prosent som kommuneergoterapeut, mens 20 prosent er holdt av til Trondheim kommune for å utvikle det nye journalsys-

temet til Helse Midt-Norge. Veien til forbundsstyret startet som tillitsvalgt. Hun satt også flere år i fylkesstyret i Møre og Romsdal.

– Men så jobbet forbundet fram en ny organisasjonsmodell. Jeg hadde sagt ja til å bli styremedlem uten å vite at det ja-et også innebar en plass i forbundsstyret. Det fikk jeg først vite rett før jeg skulle presentere meg på landsmøtet i 2014, men jeg tenkte som

## «Det er ofte godt å ha noe håndfast å legge ved eller dele ut når man skal argumentere for en sak»

Mariette Elise Gjerde

Pippi Langstrømpe: «Dette har jeg ikke gjort før, så det klarer jeg helt sikkert.» Nå har jeg akkurat startet på min tredje periode i styret.

### BÆREKRAFT MER ENN KLIMA

– Hva er et standpunktdokument?

– Dette er dokumenter som synliggjør forbundets standpunkt på forskjellige områder. De viser også hvordan ergoterapeuters kompetanse bidrar til å møte utfordringer i samfunnet.

– Hvordan vil du kort oppsummere forbundets standpunktdokument om bærekraft?

– Standpunktdokumentet om bærekraft forklarer at bærekraft handler om mer enn klimaet – det handler like mye om sosiale og økonomiske forhold. Dokumentet vektlegger særlig at vi er en del av løsningen på utfordringene vi har framover med demografiske endringer og mer press på økonomien. Ergoterapeuter fremmer helse gjennom ressursutløsning. Det er samfunnsøkonomisk når folk får muligheten til å delta. Det skisseres også eksempler på ergoterapeuters innsats knyttet til konkrete bærekraftsmål.

### ENGASJERE ORGANISASJONEN

Standpunktdokumentene blir utviklet gjennom en demokratisk prosess i organisasjonen.

– Først mottar forbundsstyret et utkast fra forbundets sekretariat. Etter en diskusjon i forbundsstyret blir dokumentet så tatt med til de forskjellige regionsty-

rene og diskutert der. Ofte blir de også presentert for medlemmene for eksempel i Ergoterapeutenes regionsgrupper på Facebook. Vi forsøker å engasjere hele organisasjonen.

### 14 DOKUMENTER

– Hvordan ønsker dere at medlemmene skal bruke dem?

– Dokumentene kan benyttes fritt av medlemmene, tillitsvalgte og alle som ønsker det. Det forankrer budskapet vårt når vi bruker de samme begrepene og forteller de samme historiene.

Ergoterapeutene har hittil utviklet 14 standpunktdokumenter, og Gjerde har brukt dem flittig.

– En gang ble jeg oppringt fra en annen kommune som ville kjøpe mine tjenester. «Det har dere ikke råd til», svarte jeg, med god støtte i dokumentet om kjøp og salg av ergoterapitjenester mellom kommuner.

Hun mener at hun sannsynligvis har printet ut alle de 14 heftene og plassert dem rundt omkring på forskjellige strategiske steder slik at folk kan lese om ergoterapi.

– For eksempel der hvor helse- og omsorgssjefen har lunsjpause, eller på møterommene.

Hun laster også ned dokumentene som PDF og sender dem som vedlegg når hun skal fremme en av Ergoterapeutenes meninger.

– Det er ofte godt å ha noe håndfast å legge ved eller dele ut når man skal argumentere for en sak, avslutter hun.



### DETTE MENER ERGOTERAPEUTENE

Forbundet har utviklet standpunktdokumenter som synliggjør hva organisasjonen mener om flere temaer. Ergoterapeutene har standpunktdokumenter om:

- allmenhelse
- arbeidsdeltakelse
- bærekraft
- folkehelse
- barns helse
- eldres helse
- personsentrert ergoterapi
- psykisk helse og rus
- somatisk helse
- kunnskap og kompetanseutvikling
- rehabilitering og habilitering
- turnusarbeid
- tekniske hjelpemidler
- kjøp og salg av ergoterapitjenester mellom kommuner

Kilde: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapeutenes-standpunkt-dette-mener-ergoterapeutene/>

**KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN**

Adresse: ADDmedia AS, Boks

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

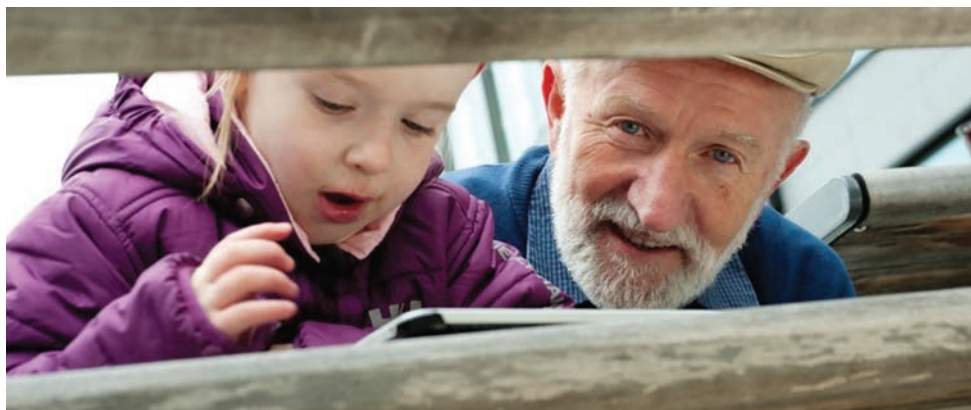


## Ønskereprise på nettkurset Deltakelse og mestring for eldre

Over 400 ergoterapeuter har tatt dette nettbaserte kurset i løpet av høsten 2019 og våren 2020. For å gi flere denne muligheten settes kurset opp på nytt med mulighet for å ta alle de 5 modulene eller bare de modulene du mangler.

**Målgruppe:** Ergoterapeuter**Arrangør:** Ergoterapeutene**Tid:** Når det passer deg/dere.**Sted:** Der det passer for deg og din nettverksgruppe.**Kursavgift:** Gratis**Påmelding:** [Ergoterapeutene.org/kurskalender](https://www.ergoterapeutene.org/kurskalender)**Mål:** Motivere og skolere ergoterapeuter til en aktiv rolle i kommunens arbeid med deltakelse og mestring for eldre i oppfølging av Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet.

Kurset deles opp i 5 moduler.

For mer informasjon om kurset se [www.ergoterapeutene.org/nettkurseldre](https://www.ergoterapeutene.org/nettkurseldre)**Velkommen som deltaker!**



## ERGOTERAPEUTERS BIDRAG TIL BÆREKRAFTIGE HELSETJENESTER



# Alle skal kunne delta!

**Modulbasert nettkurs for ergoterapeuter som tar utgangspunkt i ergoterapeuters kjernekompetanse og er relevant for alle ergoterapeuter, uavhengig av innen hvilket fagområde eller nivå i helsetjenesten deltakerne er ansatt.**

**Målgruppe:** Ergoterapeuter

**Arrangør:** Ergoterapeutene

**Tid:** To moduler høsten 2020, tre moduler våren 2021

**Sted:** Der det passer for deg og din nettverksgruppe.

**Kursavgift:** Gratis

**Påmelding:** [Ergoterapeutene.org/kurskalenderen](http://Ergoterapeutene.org/kurskalenderen)

**Mål:** Målsettingen med kurset er at deltakeren skal bli inspirert til å ta i bruk hele vår faglige «verktøykasse» for økt aktivitet, inkludering og deltakelse, for derved også å bidra til bærekraftige helsetjenester.



For mer informasjon om kurset se [www.ergoterapeutene.org/nettkurs-alle-skal-kunne-delta-ergoterapeuters-bidrag-til-baerekraftige-helsetjenester](http://www.ergoterapeutene.org/nettkurs-alle-skal-kunne-delta-ergoterapeuters-bidrag-til-baerekraftige-helsetjenester)

**Velkommen til kortreist, smittesikker fagutvikling!**

## Digitalt kurs i ADL-Taxonomien i 2021



**Velkommen til digitalt kurs i ADL-Taxonomien på Teams. Kurset er en kombinasjon av egenstudier, videoforelesninger og praktisk utprøving.**

ADL-Taxonomien er et valid og reliabelt redskap for å undersøke og vurdere aktivitetsevne. ADL-Taxonomien er oversatt til norsk, og deltakerne får tilsendt et eksemplar av manualen før kurset starter, sammen med tilgang til litteratur til forbedring og videoforelesninger på Teams.

Kurset er meritterende med 20 timer til ergoterapispesialist. Les mer om kurset på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org)

**Målgruppe:** Ergoterapeuter

**Arrangør:** Ergoterapeutene

**Sted:** Teams

**Påmelding:** Kurskalenderen på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org) innen 1. mars 2021.

**Tid:** Oppstart 15. mars 2021. Livearrangement på Teams 29. mars 2021 (3-4 timer) Livearrangement på Teams 26. april 2021 (3-4 timer)

**Kursavgift:** Medlemmer/tillitsvalgte/ikke medlemmer kr 2000,-/kr 1000,-/kr 4000,-





Aktivitet og  
deltakelse for alle.

Bli medlem!

# 10 gode grunner til å bli medlem

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

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



ergoterapeutene

**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/  
trykkforebyggende 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  
companymail@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 Hjelpemidler  
Randabergveien 308, 4070Randaberg  
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 Hjelpemidler

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

**0912**
Hjelpemidler ved toalettbesøk
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

**0912 B**
**HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK**
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

**0933**
**HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING**
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 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

**0933 B**
**HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING**
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

**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 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

**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](http://www.alurehab.no)

Sykler - man. og el.

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

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

[post@sunrisemedical.no](mailto: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](http://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](mailto:firmapost@permobil.com)

[www.permobil.com](http://www.permobil.com)

#### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

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

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://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](http://www.alurehab.no)

#### PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

[firmapost@permobil.com](mailto:firmapost@permobil.com), [www.permobil.com](http://www.permobil.com)

#### PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo

[post@picomedmobility.no](mailto:post@picomedmobility.no)

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

#### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

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

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

**1224**

### **TILLEGGSTUTSTYR FOR RULLESTOLER**

#### ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

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

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

[firmapost@permobil.com](mailto:firmapost@permobil.com), [www.permobil.com](http://www.permobil.com)

#### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

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

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

**1230**

### **OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER**

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Arcona benløfter og Arcona løftestropp

**1236**

### **LØFTEHJELPEMIDLER**

#### HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

[post@hcn.no](mailto:post@hcn.no) [www.hcn.no](http://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](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Arcona benløfter

**1503**

### **HJELPEMIDLER TIL MATLAGING**

#### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

[post@ronda.no](mailto:post@ronda.no) [www.ronda.no](http://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](mailto:post@picomed.no) [www.picomed.no](http://www.picomed.no)

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

#### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

[post@ronda.no](mailto:post@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT

armstøtte

**1512**

### **RENGJØRINGS- HJELPEMIDLER**

#### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

[post@ronda.no](mailto:post@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

**1803**

### **BORD**

**1809**

### **SITTEMØBLER**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://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](mailto:fb@krabat.no) [www.krabat.no](http://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](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

**1812**

### **SENGER**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

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

[post@sunrisemedical.no](mailto: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](mailto:post@picomed.no) [www.picomed.no](http://www.picomed.no)

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

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  
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

Randabergveien 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**

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona posisjoneringsputer,

Askle 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**

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

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.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](mailto:info@bamseprodukter.no)

Posisjonering og trening for små og store barn.

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

##### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

[post@ronda.no](mailto:post@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

### **B.ROL**

#### **ROLLATORER**

##### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

[post@ronda.no](mailto:post@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

##### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

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

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

### **B.SEN**

#### **SENGER FOR BARN**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50,

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://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](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

### **B.SPO**

#### **SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

##### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

[post@ronda.no](mailto:post@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

##### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

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

[post@sunrisemedical.no](mailto: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](http://www.hana-holmens.no)

Leire for modellering, formingsartikler.

##### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: [info@bamseprodukter.no](mailto:info@bamseprodukter.no)

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

##### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

[post@picomed.no](mailto:post@picomed.no) [www.picomed.no](http://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](mailto:post@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

##### tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:[sales.no@tobiidynavox.com](mailto:sales.no@tobiidynavox.com)

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

### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Stimulering/Sansemotorikk, Kastanjedynen,  
Inmutouch

### **B.SYK**

#### **SYKLER**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no)

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

##### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

[fb@krabat.no](mailto:fb@krabat.no) [www.krabat.no](http://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](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

### **SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER**

##### BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

[www.bojo.no](http://www.bojo.no) [post@bojo.no](mailto:post@bojo.no)



#### Resultater etter bruk av madrassen:

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

## Tidewave vendemadrass - en norskutviklet helseinnovasjon

Teknologien gir brukertilpasset bevegelsesstimuli og forebygger trykksår. Madrassen krummer seg rundt personen og gir unik trykkfordeling. Tidewave vendemadrass beveger seg kontinuerlig i et individuelt tilpasset tempo - langsomt fra side til side. Ved å unngå manuell stillingsendring får bruker uforstyrret søvn. Sammenhengende søvn kan for enkelte gi mindre smerter eller spasmer.

Kontinuerlig bevegelse fører igjen til mindre stivhet - og gir mer overskudd og deltakelse på dagtid.

Vendemadrassen fordeler trykket over en 10% større flate av kroppen sammenliknet med liknende madrasser. Dermed får hele kroppen, spesielt de mest trykkutsatte områdene, økt trykkfordeling.

**Tidewave vendemadrass gir kontinuerlig bevegelse og økt bevegelsesstimuli** 📺

# Bardum