

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no

ergoterapeutene Landsmøte 2017



Norsk fagkongress i ergoterapi og Ergoterapeutenes landsmøte 2017

Hverdagen i fokus **6** Verdien (av) inkludering i ergoterapi **38** «Ellinor og de andre» **46**
Et forbund i vekst og med gjennomslagskraft **74** I fremste linje **84**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen, Sissel Horghagen og Anne-Stine Dolva

Annonser

Erik Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 1 – 1. feb / 28. feb

Nr. 2 – 3. april / 30. april

Nr. 3 – 1. juni / 29. juni

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

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

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Ann Kristin Løe, 2. nestleder

Berit Regine Laiti

Mariette Elise Gjerde

Linda Fauskanger Nesheim

Tonje Hansen Guldhav

Guro Lilleås

May Solveig Svendsen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

Pia Jessen, 1. varamedlem

Silvia Elisabeth Hansbø, 2. varamedlem

Heidi Fløtten, varamedlem

Kenneth Petteren, varamedlem


Randi Skumsnes, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Line Øverlier, varamedlem

Kamilla Lemb Herbjørnsen, varamedlem

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 





6



38



74



84

REPORTASJE

6 Hverdagen i fokus

Av Else Merete Thyness

PARALLELLESJONER

10 Ergoterapi til kritisk syke pasienter på intensivheter

Av Sanna Himanka
Langfeldt, Karla Ascencio og
Malin Mongs

14 Trenger ergoterapeuter en kompetansestrategi?

Av Bodil Stokke, Tina Taule,
Anne Helen Jacobsen, Silje
Karin Pedersen, Jorunn
Ellingsen, Silje Nødtvedt,
Terese Aglen og
Eli Færevåg Jacobsen

16 Ergoterapeutens rolle i ALS-teamet

Av Mari-Anne Myrberget

19 Tenk innovativt

Av Silje Karin Pedersen,
Eline Aase Kordt, Siri Hanne
Betten Lysgård og Tina Taule

20 Påvirker pasienten mål for sin egen rehabilitering?

Av Anne-Lene Sand-
Svartrud, Geir Smedslund,
Helene L. Søberg, Grace
Engen og Ingvild Kjekken

22 Personer med dysmeli i Norge: Skolehverdag, utdanning, arbeid og livskvalitet

Av Heidi Johansen

24 Deltakelse utenfor hjemmet hos eldre personer med kognitiv svikt og demens

Av Ann-Elin Johansen

26 Bruk av treningskjøkken for pasienter med kognitiv funksjonssvikt

Av Lene Meinskar Hovde

28 Frivillighet, hverdagsliv og hjemmeboende eldre

Av Kjersti Helene Haarr

31 Guidet egenbeslutning for å fremme psykososial helse etter hjerneslag

Av Line Kildal Bragstad,
Ellen G. Hjelle, Unni Sveen,
Berit A. Bronken, Randi
Martinsen, Kari Kvigne,
Gabriele Kitzmüller,
Margrete Mangset og Marit
Kirkeveld

34 Felles læringsutbyttebeskrivelser på studieprogramnivå hos alle seks ergoterapeututdanninger

Av Susanne Grødem Johnson,
Anita Engeset, Daniel Lee,
Dorte Lybye Norenberg, Guri
Einbu og Astrid Vekve Nymo

INNLEGG FRA PLENUM

38 Verdien (av) inkludering i ergoterapi

Av Berge Solberg

44 Bedring og mestring fra rus og psykiske vansker

Av Kårhild Husom Løken

46 «Ellinor og de andre»

Av Eva Magnus

KRONIKK

50 Klinisk resonnering – veien til reflektert yrkesutøvelse

Av Tore Bonsaksen og
Brian Ellingham

FORBUNDET

52 Ergoterapeutene gratulerer alle nye ergoterapispesialister!

Av Anita Engeset

54 Alle skal kunne delta

Av Toril Laberg, Guri Einbu,
Astrid Vekve Nymo og
Dorte Lybye Norenberg

57 Ergoterapeutenes profesjonsetikk

Av Kjersti Helene Haarr og
Anne Lund

59 Fordeler ved pensjonistmedlemskap

Av Liv Hopen

61 Forsikringer til medlemspris

Av Roar Hagen

VITENSKAP

62 Ungdom med barneleddgikts hverdagslivserfaringer: Forhandlinger om deltakelse og normalitet

Av Line Myrdal Styczen og
Tone Dahl-Michelsen

71 Forsker i farten: Sissel Alsaker

Av Sissel Horghagen

LANDSMØTET 2017

74 Et forbund i vekst og med gjennomslagskraft

Av Anne-Lise Aakervik

78 Aktivitet og deltakelse for alle

Av Else Merete Thyness

81 Fremoverlente og engasjerte

Av Anne-Lise Aakervik

PÅ DE SISTE SIDENE

84 I fremste linje

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

86 Kurs- og stillingsannonser

91 Produktregister

For en finale!

I november samlet ergoterapeuter seg først til norsk fagkongress i ergoterapi, og deretter til landsmøte. Mange av oss deltok på begge arrangementene og opplevde en sammensveiset gjeng med samme mål: aktivitet, deltakelse og inkludering for alle.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Dette bladet er i all hovedsak viet disse to hendelsene. Derfor ser det også litt annerledes ut enn det pleier. Rett etter hovedreportasjen presenterer vi innlegg fra parallellsesjoner og plenum. En stor takk til alle dere som ved siden av å forberede dere til fagkongressen også tok dere tid til å skrive til fagbladet. Gjennom denne aktiviteten har dere muliggjort inkludering av de som ikke var til stede, eller som valgte andre parallellsesjoner.

Under «Forbundet» har vi to artikler som også omhandler temaer som ble presentert på fagkongressen: «Ergoterapeuters kjernekompetanser», som beskriver ergoterapeuters fagspesifikke løsninger for å oppnå inkludering og deltakelse for alle, og «Ergoterapeutenes yrkesetikk». Sammen utgjør disse to dokumentene Ergoterapeutenes samfunnskontrakt.

Den vitenskapelige artikkelen vi presenterer i dette nummeret, handler også om deltakelse. «Ungdom med barneleddgikts hverdagslivserfaringer: Forhandlinger om deltakelse og normalitet» av Line Myrdal Styczen og Tone Dahl-Michelsen. Studien

viser blant annet at kroppsøving-faget har et faglig innhold som utfordrer inkluderingsprosesser på andre måter enn det andre skolefag gjør. Forfatterne argumenterer for at ergoterapeuter kan bidra med sin kompetanse og samarbeide med kroppsøvingslærere for å få til et undervisningsopplegg som er inkluderende.

Deretter følger en seksjon fra landsmøtet. Vi rapporterer fra de tre dagene landsmøtet varte. «Vår visjon er fremdeles aktivitet og deltakelse for alle», sa vår gjenvälgte forbundsleder Nils Erik Ness og høstet trampeklapp.

Vi møter ham igjen på «De siste sidene». Her svarer han blant annet på spørsmålet om hva hans høyeste ønske er for de tre neste årene.

Da har vi kommet til veis ende av dette bladet og av dette året. Det har vært en glede å være aktiv og deltakende med dere alle sammen.

Jeg håper at alle har følt seg inkludert, men hvis det er noen som føler seg utenfor, er det mitt nyttårslofte å forbedre dette.

Godt nytt år!



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Vi og oss

Fagkongress og landsmøte.

Svært mye på ei uke, og du verden for en inspirasjon! Tusen takk for fantastisk innsats fra medlemmer, tillitsvalgte, kongresskomiteene, innleiderne, landsmøtedeltakere og forbundskontoret!

Vi ergoterapeuter løfter sammen, og vi drar i samme retning. Aldri har det vært så tydelig som nå. Praksisfeltet, forskerne, utdanningene og forbundet arbeider sammen og i samme retning.

De siste årene har Ergoterapeutene gjentatt det samme budskapet om igjen og om igjen. Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig! Hverdagsmestring lønner seg! Aktivitet og deltakelse for alle! Dette ble i løpet av uka i Trondheim bekreftet i mange innlegg på kongressen og på landsmøtet. Den reviderte

utgaven av «Ergoterapeuters kjernekompetanse», som er utviklet i samarbeid mellom alle utdanningene og forbundet, harmonerte godt med innleggene. Ergoterapeuter bidrar til inkludering og deltakelse med sin kompetanse om person, aktivitet og omgivelser.

Det mest fantastiske med uka i Trondheim var en styrking av fellesskapet – *vi og oss*. Dette står i motsetning til gammelt tankegods om *dere* på utdanningene, *dere* i forbundet (forstått som forbundskontoret) eller *dere* i praksis. Vi står sammen om samfunnsoppdraget vårt og bidrar med tålmodig innovasjon, forskning og påvirkning for å sikre deltakelse og inkludering.

Dette lover godt for neste landsmøteperiode, der vi fortsatt skal styrke nettverk, fellesskap og

delingskultur for å arbeide med det ambisiøse programmet innen fire områder:

- et inkluderende og bærekraftig samfunn
- deltakelse, hverdagsmestring og meningsfull aktivitet
- ergoterapeuters arbeidsbetingelser og forutsigbarhet i arbeidslivet
- en fagorganisasjon for framtida

Det er all grunn til å ta med seg hilsningsordene til landsmøtet fra Norges Handikapforbunds Lars Ødegård: *Der fornuften mangler, må vi få inn ergoterapeutene, som må våge å heve stemmen.*

Vi skal fortsatt gjøre hverandre gode, og vi må sammen heve stemmen!

Vi må heve stemmen tydeligere for å fremme retten til aktivitet og deltakelse for alle!

NORSK FAGKONGRESS I ERGOTERAPI

Av Else Merete Thyness

Hverdagen i fokus

«Dansekompaniet» og «ISAK danser» åpnet Norsk fagkongress i ergoterapi med tre danser som rørte hjertet og beveget smilebåndet.



«Dansekompaniet» og «ISAK danser» åpnet Norsk fagkongress i ergoterapi.

Foto: Ida Marie Røragen



Anita Rosmæl ønsket velkommen til kongressen.

Foto: Ida Marie Røragen



– Ergoterapeuter endrer helsetjenesten, sa Nils Erik Ness. Foto: Ida Marie Røragen

Etter oppvisningen ønsket Anita Rosmæl velkommen til kongressen. Hun har ledet kongresskomiteen som har bestått av 38 ergoterapeuter fra ulike miljøer.

– Da vi startet arbeidet, satte vi oss som mål å samle over 600 ergoterapeuter til kongressen. 605 ergoterapeuter er sammen her i dag. Det er en åttendedel av alle norske ergoterapeuter, sa hun.

Deretter presenterte hun forbundsleder Nils Erik Ness. Hans tema var «Vi lykkes – hvorfor?»

– Ergoterapeuter endrer helsetjenesten med spørsmålene «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?» og «Hvordan vil du delta?» Særlig har vi bidratt til å forandre kommunehelsetjenesten, som beveger seg fra en pleiekultur til en mestringskultur. Vi kan være stolte av at mange kommuner nå kaller seg for mestringskommuner, sa han.

På storskjermen viste han frem en artikkel med overskriften «Ergoterapeutene tager inn».

– Vi har økt fra 100 til 200 ergoterapeuter per år de siste årene i kommunene.

Han ga også ros til fagets forskere.

– Våre forskere er med på å bygge opp kunnskapsbasen vår.

Vi ønsker oss flere med master- og doktorgrad. Takk til HiOA som nå tilbyr masterstudium i ergoterapi.

Han trakk også fram at forbundet i samarbeid med utdanningen i Tromsø har bidratt til at Zambia nå har både forbund og ergoterapiutdanning som er godkjent av WFOT.

– Her har vi fått til solidaritetsarbeid, sa han.

På spørsmålet om hvorfor ergoterapeuter lykkes, svarte han:

– Vi spiller på lag med politikere på områder de er opptatt av, som demografi, arbeidsdelaktelse og psykisk uhelse og rus. Dette er vårt mulighetsrom.

INKLUDERING OG DELTAKELSE

Nestemann ut var professor i medisinsk etikk Berge Solberg, som filosoferte rundt begrepene verdier, inkludering og deltakelse.

– Det som etter min mening bør stå sentralt i en definisjon av verdier, er at verdier er noe vi setter pris på. Men om vi stoppet der, ville mye kunne falle inn under verdibegrepet som kanskje ikke hører hjemme der: Sydenturer om vinteren, gode kjøreegenskaper på bilen, høy lønn og ikke minst vafler. Verdier har altså det kjenetegnet at vi ikke bare verdsetter X, men at vi også verdsetter at vi



Berge Solberg filosoferte rundt begrepene verdier, inkludering og deltakelse. Foto: Ida Marie Røragen

verdssetter X. Inkludering er sånn sett en ekte verdi, fordi vi vurderer vår preferanse for inkludering som en svært høyverdig, respektabel og beundringsverdig preferanse, sa han.

Han viste til at inkludering også er en god verdi fordi den kan omsettes til handling.

– Inkludering koker ned til om funksjonshemmedes barrierer er forsøkt bygget ned, og om forholdene er lagt til rette for at de skal kunne delta der andre deltar, sa han. (Les mer om dette på side 38.)

WAYAWAYA

Iris Helén Nikolaisen avsluttet plenum med sitt innlegg om

ergoterapi og sosialt entreprenørskap. Hun er grunnlegger av Wayawaya, en bedrift som produserer vesker. Bedriften gir kvinner i Zambia uten formell utdanning en mulighet til å få ny kunnskap og arbeid med fast lønn.

– Vi skaper rett til meningsfull aktivitet, sa hun.

Hun fortalte at sosialt entreprenørskap handler om å jobbe med mennesker og samtidig løse samfunnsproblemer, og at økonomien skal være bærekraftig med mulighet for å vokse

– Florence Nightingale ansees som den første sosiale entreprenør. Hun klarte å endre politikken slik at alle skulle få tilgang på helsetjenester. I Wayawaya hjel-



Iris Helén Nikolaisen avsluttet plenum den første dagen med sitt innlegg om ergoterapi og sosialt entreprenørskap. Foto: Ida Marie Røragen



Med Sissel Horghagen i spissen fremførte programkomiteen et teaterstykke som skildret hundre år med ergoterapi.



Erganeprisen gikk til Anne-Marthe Sanders, Truls Johansen, Linda Sørensen og Anette Westberg.



Anita Therese Rosmæl fikk Tillitsvalgtprisen.



Tove Holst Skyer ledet sofadedebatten med deltakerne Sylvi Sand, Oddrun Linge, Hanne Tuntland og Astrid Gramstad. Foto: Røragen



Kårhild Husom Løken flankert av gruppa fra Stange.

per vi mennesker som ellers ville endt i farlige yrker, til en tryggere hverdag.

HUNDRE ÅR MED ERGOTERAPI

Sekretær for programkomiteen Sissel Horghagen med sitt ensemble programkomiteen pangstartet fagkongressens andre dag. Gjennom en liten teaterforestilling presenterte de grunnleggerne av ergoterapi og trakk røde tråder fra dem til dagens ergoterapi.

Forestillingen ble avsluttet ved at alle ergoterapeutene i salen gikk inn på mobilen og sendte det ordet de trodde ville kjennetegne fremtidens ergoterapi, til Mentimeter. Resultatet av denne aktiviteten kom opp på storskjermen som en sky av ord som inkludering, mestring og deltakelse – til musikk av 2001: En romodysse. Det ble et magisk øyeblikk for mange.

MESTRING OG MYNDIGHET I EGEN BEDRINGSPROSSE

Neste kvinne ut var Kårhild Husom Løken, som er daglig leder på Sagatun brukerstyrt senter på Hamar. Først fortalte hun om den gangen hun tok forpraksis på en

arbeidsstue. Der møtte hun en jente som hadde vært innlagt ett år.

– Vi hadde mange felles interesser. Senere tok hun sykepleierutdanning, mens jeg tok ergoterapi. Det lærte meg at vi alle er medmennesker, og at tilfeldigheter avgjør hvordan det går.

Sagatun brukerstyrt senter på Hamar kaller de også for «drømmenes hus».

– Vi er til for mennesker med ulike livsutfordringer som ønsker innhold i hverdagen. Vi jobber for å styrke brukerstemmen, engasjere dem og gi dem plass i samfunnet. Her bygger vi hverandre opp, sa hun. (Les mer om Sagatun brukerstyrt senter på side 44.)

ERGANEPRISEN 2017

Erganeprisen deles ut hvert fjerde år til én eller i dette tilfellet flere ergoterapeuter som har utmerket seg og synliggjort ergoterapi på en helt spesiell måte.

Årets prisvinnere var fire unge ergoterapeuter ved Sunnaas sykehus: Anne-Marthe Sanders, Truls Johansen, Linda Sørensen og Anette Westberg. De har utviklet VR-teknologi, robotikk og spillteknologi som en integrert del



Joy Hammel snakket om «The future of Occupational therapy».

Foto: Ida Marie Røragen

av behandlingen. Disse er hovedsakelig relatert til behandling av arm- og håndfunksjon, men også til pasienter med kognitiv svikt, eller til de som må takle langvarig smerte.

SOFADEBATT

Plenum dag to ble avsluttet med en sofadebatt om hverdagsrehabilitering. Den ble ledet av vår første nestleder Tove Holst Skyer. Deltakerne var Sylvi Sand, avdelingsleder for fysioterapitjenesten i Trondheim; Oddrun Anita Linge, rådgiver i Rådmannens fagstab i Trondheim; Hanne Tuntland, førstelektor ved Høgskolen på Vestlandet, og Astrid Gramstad, forsker ved Senter for omsorgsforskning Nord.

De diskuterte temaer som «Hva er hverdagsrehabilitering?», «De ulike modellene innen hverdagsrehabilitering», «Hvem er målgruppen?» og «Hvordan sikre brukermedvirkning og pårørendeinvolvering?».

- Vi har fremdeles et stykke å gå når det gjelder å involvere pårørende. Klarer vi det, tror jeg det vil utløse en voldsom kraft, sa Oddrun Linge.



Eva Magnus avsluttet fagkongressen med sin æresforelesning. Den het «Hverdagsliv og deltakelse - ønsker, intensjoner og realiteter».

Foto: Ida Marie Røragen

TILLITSVALGTPRISEN 2017

Under kongressmiddagen fikk Anita Therese Rosmæl tildelt Tillitsvalgtprisen. Hun har over flere år gjort en innsats som tillitsvalgt både lokalt ved St. Olavs Hospital, på fylkesnivå før omleggingen av fylkesavdelingene, i forbundsstyret som nestleder og som leder for Fagkongress i ergoterapi.

- Hun brenner for arbeidet som tillitsvalgt og for å rekruttere medlemmer, både studenter og ferdigutdannede ergoterapeuter, sa forbundsleder Nils Erik Ness under utdelingen.

INKLUDERING OG DELTAKELSE

Den tredje dagen på fagkongressen ble åpnet av Joy Hammel, som kom helt fra University of Illinois i USA. Hun snakket om «The future of Occupational therapy» og la stor vekt på inkludering og deltakelse. Hun stilte blant annet spørsmålene «Does your OT practice reflect the same kind of priorities, issues and concerns as you had when envisioning your own participation?» og «Is your OT reflecting research on the impact of societal and social participation on health, and how

to effectively activate and sustain that participation?»

ÆRESFORELESNING

Eva Magnus' æresforelesning avsluttet Fagkongressen i Ergoterapi. Hun ble presentert av forbundsleder Nils Erik Ness, som sa at:

- Vi er mange som heier på Eva.

Forelesningen hadde overskriften «Hverdagsliv og deltakelse - ønsker, intensjoner og realiteter» og gjorde et solid inntrykk. Magnus tok utgangspunkt i Ellinor som hadde Downs syndrom og ville ha vært 73 år om hun hadde levd i dag. (Les mer om dette på side 46.)

DEN 7. FAGKONGRESSEN

Som vanlig var det knyttet spenning til hvor den neste fagkongressen i ergoterapi skulle finne sted. På tampen av dagen var det Region Vest som kunne ønske velkommen til den 7. Fagkongressen i Ergoterapi. Den legges til Stavanger, den samme byen som huset den aller første norske fagkongressen i 1997. Vi gleder oss!

Ergoterapi til kritisk syke pasienter på intensivheter

Hvert år behandles cirka 15 000 pasienter på norske intensivheter. Det estimeres til cirka 60 000 pleiedøgn, hvorav 30 000 er på pustemaskin (respirator). Intensivheter er en høyspesialisert post der pasientene er kritisk syke. Behandlingen krever mye ressurser og er kostbar (Norsk Anestesiologisk Forening 2014). Fokus er på overlevelse samt å unngå sekundærkomplikasjoner (Seel m. fl 2013).

Av Sanna Himanka Langfeldt, Karla Ascencio og Malin Mongs

Sanna Himanka Langfeldt er spesialergoterapeut ved Oslo Universitetssykehus.

Karla Ascencio er spesialergoterapeut ved Oslo Universitetssykehus.

Malin Mongs er fagutviklingsergoterapeut og spesialist i somatisk helse ved Oslo Universitetssykehus.

Studier har vist at det er både sikkert og mulig å gjennomføre tidlig rehabilitering med disse pasientene (Weinreich m.fl. 2017, Borg m.fl. 2011, Kayambu m.fl. 2013, Kleffellgard m.fl. 2008, Morris m.fl. 2008, Schweickert m.fl. 2009).

Internasjonalt ser man et økende fokus på ergoterapitilbud i intensivfasen, blant annet i USA, England og Australia samt i våre nordiske naboland Sverige og Danmark. I Norge er det ikke vanlig at ergoterapeuter arbeider på intensivheter, og det har vært lite fokus på hvordan ergoterapeuter kan bidra i akutfasen.

Ved Nevrointensiv avdeling ved Oslo Universitetssykehus (OUS) er det i dag tilknyttet én ergoterapistilling, som er del av et tverrfaglig team rettet mot tidlig rehabilitering for personer med alvorlig traumatisk hodeskade. Ergoterapeutene jobber delvis ved Medisinsk intensiv, og det arbeides med å implementere et mer fast ergoterapitilbud.

På fagkongressen for ergoterapeuter presenteres to forskjellige innlegg med fokus på ergoterapi til kritisk syke pasienter på in-

tensivheter. En scoping review presentert muntlig og et ergoterapiprogram for intensivpasienter med traumatisk hodeskade presentert som poster.

EN SCOPING REVIEW: ERGOTERAPI + KRITISK SYKE PASIENTER PÅ INTENSIVHET =...

Hensikt: Beskrive ergoterapi til kritisk syke pasienter som behandles på en intensivavdeling.
Spørsmålsstilling: Hva er publisert om temaet ergoterapi til voksne kritisk syke pasienter som behandles på intensivhet?
Metode: Scoping review (Arksey & O'Malley 2005). Litteratursøket utføres av bibliotekar. MeSH-termer/tekstord er ulike variasjoner tilpasset de ulike databasene av ordene «occupational therapy» AND «Intensive care unit».
Resultat: En ny systematisk oversiktsartikkel (Weinreich m.fl. 2017) ble lokalisert og danner resultatet. Ti studier var inkludert. De fleste studiene utgikk fra generell eller medisinsk/kirurgisk intensiv. Oppstart av ergoterapi var 24–48 timer etter innleggelse. I alle studiene fikk pasienten både ergoterapi og fysioterapi. I samsvar

med andre studier gjort på tidlig rehabilitering konkluderte de med at det var sikkert og gjennomførbart å utføre ergoterapi til denne pasientgruppen.

Kun én studie (Alvarez m.fl. 2016) beskrev ergoterapitiltak mer detaljert. Tiltak var multisensorisk stimulering, leiring, kognitiv stimulering, øvelse for overekstremitetene, ADL-trening og pårørendearbeid. De andre studiene som var inkludert, beskrev ergoterapitiltakene i mer generelle termer.

Flere av studiene hadde sett på effekt av tidlig rehabilitering.

Mindre intensivdelirium ble konstatert i fire studier som hadde det som utfallsmål (Alvarez m.fl. 2016, Needham m.fl. 2010, Schweickert m.fl. 2009, Titsworth m.fl. 2012).


Det var også færre pleiedøgn i de studiene som hadde det som utfallsmål (Corcoran m.fl. 2017, Needham m.fl. 2010, Titsworth m.fl. 2016).

Bedret funksjon, blant annet ADL-funksjon, ble påvist i alle studiene.

En av studiene var et utviklingsprosjekt der resultatet viste lavere kostnader og mindre behov for videre rehabilitering etter akuttbehandlingen.

ERGOTERAPI PÅ INTENSIVAVDELING: AKTIVITETSBASERT FOKUS VED NEDSATT BEVISSTHETSnivÅ

Siden 2005 er det tilknyttet én ergoterapistilling i et tverrfaglig team rettet mot tidlig rehabilitering for personer med alvorlig traumatisk hodeskade. Studier har vist kortere liggetid og økt ADL-funksjon senere i forløpet hos pasienter i denne diagnosegruppen som har fått tverrfaglig tidlig rehabilitering på intensivavdeling, samt som videre følges



Ergoterapi på intensivavdeling

- Aktivitetsbasert fokus ved nedsatt bevissthetsnivå

Sanna Himanka Langfeldt¹, Karla Ascencio² og Malin Mongs²
¹Spesialergoterapeut, ²Fagutviklingsergoterapeut og Ergoterapispesialist i somatisk helse
 Nevrointensiv avdeling og Avdeling for fysisk medisin og rehabilitering, Oslo universitetssykehus

Kartlegging

- PASIENTEN**
 - Historikk, hodeskade
 - GCS 3-8 i løpet av
 - Oppvåkingsfase
 - Utløststadium, bruk pårørende
- IDENTIFISER BEVISSELER OG UTFORDRINGER**
 - Bevissthetsnivå
 - Situasjon
 - Respons på stimuli
- OBSERVERE PASIENTEN I AKTIVITET**
 - Flere korte funksjoner på 10min (10FA) som anvendes for kartlegging

Definere bevissthetsnivå
 (bruk av utvalgte tilgjengelige tilgjengelige deltagere)

Intervensjon

| Bevissthetsnivå/ Situasjonsforståelse | Tiltak |
|---|---|
| NOAMA Ingen respons Ingen åpenne øyne Ingen åpenne øyne Ingen åpenne øyne Ingen åpenne øyne | Åpne øyne (10FA) Fokus på lyd (stimulering) Stimulering av berøring Stimulering av berøring Stimulering av berøring |
| VEGETATIV TILSTAND Ingen respons Ingen respons Ingen respons Ingen respons | Stimulering av lyd (stimulering) Stimulering av berøring Stimulering av berøring Stimulering av berøring |
| MINIMALT BEVISST TILSTAND Ingen respons Ingen respons Ingen respons Ingen respons | Stimulering av lyd (stimulering) Stimulering av berøring Stimulering av berøring Stimulering av berøring |
| POSTTRAUMATISK FORVIRINGSFASE (PTF) Ingen respons Ingen respons Ingen respons Ingen respons | Stimulering av lyd (stimulering) Stimulering av berøring Stimulering av berøring Stimulering av berøring |

Evaluering

Evaluere pasientens responser og deltagelse i aktivitet.
 Re-evaluere bevissthetsnivå.

Basert på Anne G. Fisher, OTIPM Occupational Therapy Intervention Process Model

PASIENTGRUPPE

Pasienter med alvorlig traumatisk hodeskade, det vil si GCS 3-8 på skadetidspunkt. Studier viser at pasienter som tilbys spesialisert rehabilitering fra akutt fase og kontinuerlig gjennom uavbrutt rehabiliteringskjede oppnår bedre funksjonelt utfall enn de som ikke gjør det (Andelic, 2012).

MÅLGRUPPE

Dette flyttskjemaet er ment som et redskap for ergoterapeuter som jobber i tverrfaglig team med pasienter med alvorlig traumatisk hodeskade ved Nevrointensiv avdeling, Oslo Universitetssykehus.

PROSESSMODELL

Flyttskjemaet er basert på Anne G. Fishers Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM). Modellen har fokus på klientsenterte og aktivitetsbaserte intervensjoner i en top down-tilnærming (Fisher 2012).



opp i spesialisert behandlingsskjede uten avbrudd (Andelic m.fl. 2012). Tiltaket er vurdert å være samfunnsøkonomisk og bidra til økt livskvalitet for de aktuelle pasientene (Andelic m.fl. 2014). I møte med intensivpasienten anvender ergoterapeuter sin kompetanse innen aktivitet, aktivitetsanalyse og aktiviteters betydning for mennesker. Dette er en fase som preges av usikkerhet

og risiko for aktivitetsdeprivasjon hos pasienten. Delvis på grunn av at pasienten er kritisk syk, og delvis på grunn av innarbeidet praksis og medisinsk fokus, ser man at pasienten ofte er passiv i intensivfasen.

Vi opplever at det å tilrettelegge for målrettet og meningsfull aktivitet kan ha stor betydning for pasientene vi møter. I tillegg er det viktig å kartlegge både

fysisk og kognitiv funksjon tidlig, slik at vi best mulig kan ivareta ressurser og utfordringer i det videre forløpet. På den måten kan vi tidlig sette fokus på mestring av hverdagen. Tverrfaglig har man på Nevrointensiv avdeling OUS hatt fokus på aktuelle og relevante tiltak for intensivpasientene, men det er aldri utarbeidet en særskilt dokumentasjon for når og hvordan ergoterapeuten skal intervensjon. Derfor arbeides det nå med å utarbeide en lokal prosessmodell for ergoterapi ved denne avdelingen. Fokus vil ligge på ergoterapeutens særskilte rolle i et tverrfaglig miljø. Dette for å lage en strukturert oversikt over hvordan man som ergoterapeut organiserer arbeidet på den aktuelle avdelingen, og for å kvalitets sikre det arbeidet som gjøres.

DISKUSJON

Nasjonalt har vi hatt lite fokus på hvordan ergoterapeuter kan bidra med vår kompetanse i akuttfasen. Samtidig ser vi et økende behov for tidlig intervensjon og tidlig kartlegging av funksjon ettersom pasientene har kortere liggetid på sykehus og skal raskt ut til annen institusjon eller hjem-kommune. Vi ønsker med disse presentasjonene å sette fokus på ergoterapeutens muligheter for å utvikle ergoterapitilbud til kritisk syke pasienter på intensivheter. Det har vist seg å være sikkert og gjennomførbart, å gi færre intensivdiagnoser og pleiedøgn og å være kostnadseffektivt.

I Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge kan man lese: «Det er viktig å fremheve betydningen av det multidisiplinære teamet for å sikre optimal prosess og best mulig resultat...//... I det multidisiplinære teamet kan ... ergoterapeut ... inngå» (Norsk

Anestesiologisk Forening 2014).

Det er viktig å fremheve ergoterapeutens kompetanse som skiller seg fra andre faggrupper på en intensivhet. Kunnskap om aktivitetsanalysen og å kunne se forholdet mellom mennesket, aktiviteten og omgivelsene for å legge til rette for aktivitet er svært viktig i denne fasen. Det er lite egenaktivitet på en intensivhet – pasientene får hjelp til alt: stell, å snu seg, de mobiliseres og sondemates – de puster ikke engang selv! (Seel m.fl. 2013) Gjennom aktivitetsbasert fokus i intensivfasen ser vi at pasienten får økte forutsetninger for å få riktig oppfølging videre, samtidig som pasientene tidlig kommer i gang med meningsfulle, hverdagslige aktiviteter.

Et annet område som er aktuelt for ergoterapeuter å følge opp, er pasienter som nylig har vært innlagt på intensivhet. Forskning viser at mange pasienter opplever utfordringer i etterkant i form av kognitive, mentale og fysiske utfall. Dette kan påvirke pasientens daglige aktiviteter (Herridge m.fl. 2011, Needham m.fl.2012).

Ergoterapi til intensivpasienter er et spennende fagfelt i utvikling. Det er dannet et nordisk nettverk for ergoterapeuter som arbeider med intensivpasienter. I oktober 2017 arrangerte Karolinska sjukhuset i Stockholm et møte der tolv ergoterapeuter fra Sverige og Norge deltok. Agenda for dagen var å diskutere og utveksle erfaringer samt faglig påfyll om respirasjon. Det ble besluttet å utvikle et kurs for ergoterapeuter som ønsker å arbeide med intensivpasienter. Nytt nettverkstreff planlegges i Oslo høsten 2018. Vi ønsker å etablere kontakt mellom ergoterapeuter i Norge som job-

ber med pasienter i denne fasen, eller som ønsker å øke fokus på disse pasientene. Vi håper og tror at dette er en fase av rehabiliteringen der stadig flere ergoterapeuter vil etablere seg og bidra med sin kompetanse i tiden som kommer.

Litteraturliste:

-
- Alvarez, E. A., Garrido, M. A., Tobar, E. A., Prieto, S. A., Vergara, S.O., Briceno, C.D., & Gonzalez, F.J. (2016). Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial. *Journal of Critical Care*, 37, 85–90
- Andelic, N., Bautz-Holter, E., Ronning, P., Olafsen, K., Sigurdardottir, S., Schanke, A-K., Sveen, U., Tornas, S., Sandhaug, M., Roe, C. (2012). Does an early onset and continuous chain of rehabilitation improve the long-term functional outcome of patients with severe traumatic brain injury? *Journal of Neurotrauma*. 29(1):66-74
- Andelic, N., Ye, J., Tornas S., Roe, C., Lu, J., Bautz-Holter, E., Moger, T., Sigurdardottir, S., Schanke, A. K., Aas, E. (2014). Cost-effectiveness analysis of an early-initiated, continuous chain of rehabilitation after severe traumatic brain injury. *Journal of Neurotrauma*. 31(14):1313-20
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology* Vol. 8 , Iss. 1
- Borg, J., Roe, C., Nordenbo, A., Andelic, N., de Bousard, C., af Geijerstam, J-L. (2011). Trends and challenges in the early rehabilitation of patients with traumatic brain injury: A Scandinavian perspective. *Am J Phys Med Rehabil*;90:65.
- Corcoran, J. R., Herbsman, J. M., Bushnik, T., Van Lew, S., Stolfi, A., Parkin, K., McKenzie, A., Hall, G. W., Joseph, W., Whiteson, J., & Flanagan, S. R. (2017). Early rehabilitation in the medical and surgical intensive care units for patients with and without

- PARALLELLESJONER -

- mechanical ventilation: An interprofessional performance improvement project. *Physical Medicine & Rehabilitation: The Journal of Injury, Function, and Rehabilitation*, (2), 113-119
- Herridge, M., Cameron, J. I. (2013). Disability after critical illness. *New England Journal of Medicine*, 369, 1367-1369
- Kayambu, G., Boots, R., Paratz, J. (2013). Physical therapy for the critically ill in the ICU: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med*;41 (6)143-53
- Kleffeldgard, I., Mongs, M., Klungland, B., Gromer, G., Alvsaker, K., Kvandal, P., Walter, S. (2008). Early rehabilitation of severe traumatic brain injury patients in the intensive care unit. *Brain Inj.* 22 S, 193-194
- Morris, P. E., Goad, A., Thompson, C., Taylor, K., Harry, B., Passmore, L. (2008). Early intensive care unit mobility therapy in the treatment of acute respiratory failure. *Crit Care Med*;36 (8)2238-43
- Needham, D. M., Korupolu, R., Zanni, J. M., Pradhan, P., Colantuoni, E., Palmer, J. B., Brower, R.G., & Fan, E. (2010). Early physical medicine and rehabilitation for patients with acute respiratory failure: a quality improvement project. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 91, 536-542
- Norsk Anestesiologisk Forening, Norsk sykepleierforbunds landsgruppe av intensivsykepleiere (2014). *Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge* (internett). Retningslinje. Hentet: https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNORGE_23.10.2014.pdf (23. mai 2017.)
- Seel, R., Douglas, J., Dennison, S.H., Farris, K., Roger, C. (2013). Specialized Early Treatment for Persons With Disorders of Consciousness: Program components and Outcomes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 94; 1908-23
- Schweickert, W., Pohlman, M., Pohlman, A., Nigos, C., Pawlik, A., Esbrook, C., Spears, L., Miller, M., Franczyk, M., Deprizio, D., Schmidt, G., Bowman, A., Barr, R., McCallister, K., Hall, J., Kress, J. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial *The Lancet*, Volume 373, Issue 9678, Pages 1874 - 1882
- Titsworth, W. L., Hester, J., Correia, T., Reed, R., Guin, P., Archibald, L., Layon, A. J., & Mocco, J. (2012). The effect of increased mobility on morbidity in the neurointensive care unit. *Journal of Neurosurgery*, 116, 1379-1388
- Weinreich, M., Herman, J., Dickason, S. & Mayo H. (2017). Occupational Therapy in the Intensive Care Unit: A Systematic Review. *Occupational Therapy In Health Care* Vol. 31, Iss. 3



MC 1122 Kombistol!
Spinalus sete finnes i mange bredder og med justeringsmuligheter som virkelig egner seg for individuell tilpasning. Med en funksjonalitet og fleksibilitet som gir gode løsninger for store og små.
Ta kontakt for mer informasjon på tlf 67 06 49 00 eller gå inn på www.medema.no å se brosjyre.

Trenger ergoterapeuter en kompetansestrategi?

Ergoterapeuter plikter å følge samfunnsutviklingen samt kontinuerlig utvikle sin virksomhet (1). For ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten innebærer dette blant annet krav til effektivisering, spesialisering og dokumentert effekt av de tjenestene som leveres (2). Ergoterapiavdelingen i Helse Bergen så behov for et oppdatert langsiktig strategisk verktøy knyttet til kompetanse, fagutvikling og forskning, for å tydeliggjøre hva ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten skal være gode til, og hvordan avdelingen skal utvikle seg. Det handler både om hvilken kompetanse avdelingen skal ha, hvordan denne skal skaffes, og hvordan kompetansen skal anvendes.

Av Bodil Stokke, Tina Taule, Anne Helen Jacobsen, Silje Karin Pedersen, Jorunn Ellingsen, Silje Nødtvedt, Terese Aglen og Eli Færevåg Jacobsen

Bodil Stokke er avdelingssjef ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk ved Haukeland universitetssjukehus.

Tina Taule er forskning- og fagutviklingsleder ved Haukeland universitetssjukehus.

Anne Helen Jacobsen er seksjonsleder, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR) ved Haukeland universitetssjukehus.

Silje Karin Pedersen var konstituert seksjonsleder ved Haukeland universitetssjukehus under prosjektperioden.

Jorunn Ellingsen er seksjonsleder ved Plastikkirurgisk avdeling, Revmatologisk avdeling og Seksjon for ortopedisk rehabilitering ved Haukeland universitetssjukehus.

Silje Nødtvedt er seksjonsleder ved Nevroklinikken ved Haukeland universitetssjukehus.

Terese Aglen er fagansvarlig Plastikkirurgisk avdeling ved Haukeland universitetssjukehus.

Eli Færevåg Jacobsen er fagansvarlig ved Avdeling for ortopedisk rehabilitering ved Haukeland universitetssjukehus.

Ergoterapiavdelingen i Helse Bergen hadde ikke et oppdatert langsiktig strategisk verktøy knyttet til kompetanse, fagutvikling og forskning. Det var behov for å tydeliggjøre hva ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten skal være gode til, og hvordan avdelingen skal utvikle seg. Dette handler både om hvilken kompetanse avdelingen skal ha, hvordan denne skal skaffes, og hvordan kompetansen skal anvendes.

HENSIKT

Å sikre en tydelig faglig retning for Ergoterapiavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus hvor nødvendig og oppdatert kompetanse er tilgjengelig til enhver tid. Dette vil bidra til større forutsigbarhet for medarbeiderne, tydeliggjøre kompetansen overfor samarbeidspartnere og skape en felles forståelse og kultur blant ledere og medarbeidere.

METODE

Mandat for kompetansestrategi ble gitt av avdelingssjef. En arbeidsgruppe med ledere (n=8) fra alle fagområder i Ergoterapiavdelingen hadde åtte møter i løpet av seks måneder. I tillegg

ble alle medarbeidere (n=34) involvert i prosessen gjennom fire avdelingsmøter. Ideer utarbeidet av Linda Lai [3] ble brukt som rammeverk og inspirasjon i det strategiske kompetansearbeidet, hvor blant annet gruppeoppgaver, presentasjoner og diskusjoner ble anvendt. Gjennom arbeidsgruppens møter ble innholdet i kompetansestrategien definert. Ulike innsatsområder ble diskutert, og Helse Bergens kompetansestrategi med tilhørende innsatsområder [2] ble funnet mest anvendelig å bygge strategien på. Et utkast til kompetansestrategi ble sendt på høring til alle involverte, ansattrepresentanter og klinikkdirektør. En vurdering av om kompetansestrategien er et nyttig og anvendt verktøy er basert på en spørreundersøkelse gjennomført i Ergoterapiavdelingen seks måneder og 1 1/2 år etter at strategien ble tatt i bruk.

RESULTAT

Ergoterapiavdelingen har en kompetansestrategi med fokus på læring, utvikling, forskning, å rekruttere og beholde medarbeidere, brukermedvirkning, kapasitet, oppgaveløsning og samhandling. Strategien danner

- PARALLELLESJONER -

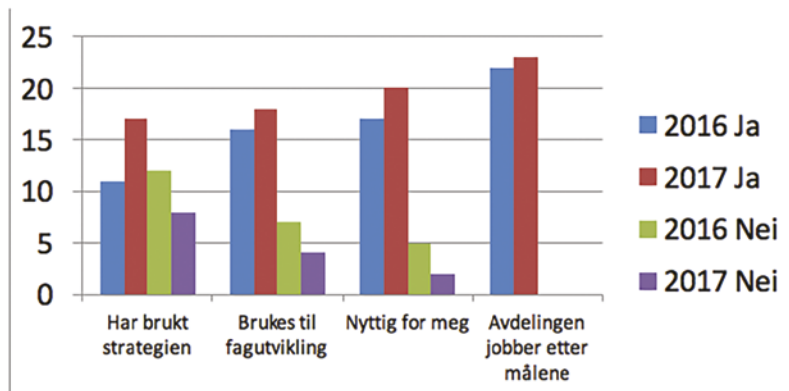
grunnlag for årlige målsettinger i avdelingen. Seks måneder etter innføring mener medarbeiderne (n=23) at strategien signaliserer en tydelig retning for avdelingen, og at avdelingen følger målene. Halvparten av medarbeiderne har brukt strategien, og alle seksjonene bruker strategien i planlegging av fagutviklingsarbeid. Tilsvarende spørreundersøkelse 1 1/2 år etter viser at medarbeiderne (n=25) mener at strategienes innsatsområder fremdeles er like aktuell, og at målene følges. Det er noen flere medarbeidere som har benyttet seg av kompetansestrategien (n=17), og seksjonen benytter den i planlegging av fagutviklingsarbeid. Medarbeiderne opplever kompetansestrategien som nyttig i 2017 (n= 20).

KONKLUSJON OG VEIEN VIDERE

Ergoterapiavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus har i dag en overordnet kompetansestrategi som viser satsningsområdene til avdelingen. Kompetansestrategien vurderes som et nyttig verktøy for Ergoterapiavdelingen både av ledere og medarbeidere. Gjennom strategien kan avdelingen markedsføre sin kompetanse overfor både interne og eksterne samarbeidspartnere. Vi ser imidlertid et behov for ytterligere å tydeliggjøre hva ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten skal være gode til. Det jobbes derfor med å utdype innholdet i innsatsområdene for hvert fagfelt samt en konkretisering av tiltakene. Strategien integreres etter hvert i større grad i daglig drift, og det vil være behov for en oppdatert versjon i 2020.

Referanser

Ergoterapeutene – Norsk Ergoterapeut-



Resultatet av den siste spørreundersøkelsen viser at medarbeiderne (n=25) mener at strategienes innsatsområder fremdeles er like aktuell og at målene følges.

**Kompetansestrategi for Ergoterapiavdelingen,
Ortopedisk klinikk ved Haukeland
universitetssjukehus
2016 - 2020**

forbund [Internett]. Oslo: Ergoterapeutene – Norsk Ergoterapeutforbund; 2008 (hentet 2017-10-17). Tilgjengelig fra: <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Yrkesetiske-retningslinjer>
Helse Bergen HF. Kompetansestrategi for Helse Bergen HF 2015–2030. (Inter-

nett). Bergen: Helse Bergen HF; 2017 (hentet 2017-10-17). Tilgjengelig fra: [https://helse-bergen.no/Documents/Planar prosent20og%20strategiar%20i%20Helse%20Bergen/Kompetansestrategi%202015-2030.pdf](https://helse-bergen.no/Documents/Planar%20prosent20og%20strategiar%20i%20Helse%20Bergen/Kompetansestrategi%202015-2030.pdf)
Lai L. Strategisk kompetanseledelse. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget; 2013. 277 s.

Ergoterapeutens rolle i ALS-teamet ved St. Olavs Hospital

FOKUS PÅ AKTIVITET, DELTAKELSE, NYTENKNING OG KOMPETANSE

Amyotrofisk Lateral Sklerose (ALS) er en uhelbredelig sykdom som angriper de motoriske nervecellene som kontrollerer viljestyrt muskulatur. Sykdommen fører til gradvis tap av motoriske nerveceller i hjernen, hjernestammen og ryggmar-gen. Opp mot 50 prosent får i tillegg kognitiv svikt, 5 til 15 prosent får fronto-temporallappsdemens (1,2).

Av Mari-Anne Myrberget



*Mari-Anne Myrberget er spesialergoterapeut ved St. Olavs Hospital HF.
E-post: mari-anne.myrberget@stolav.no*

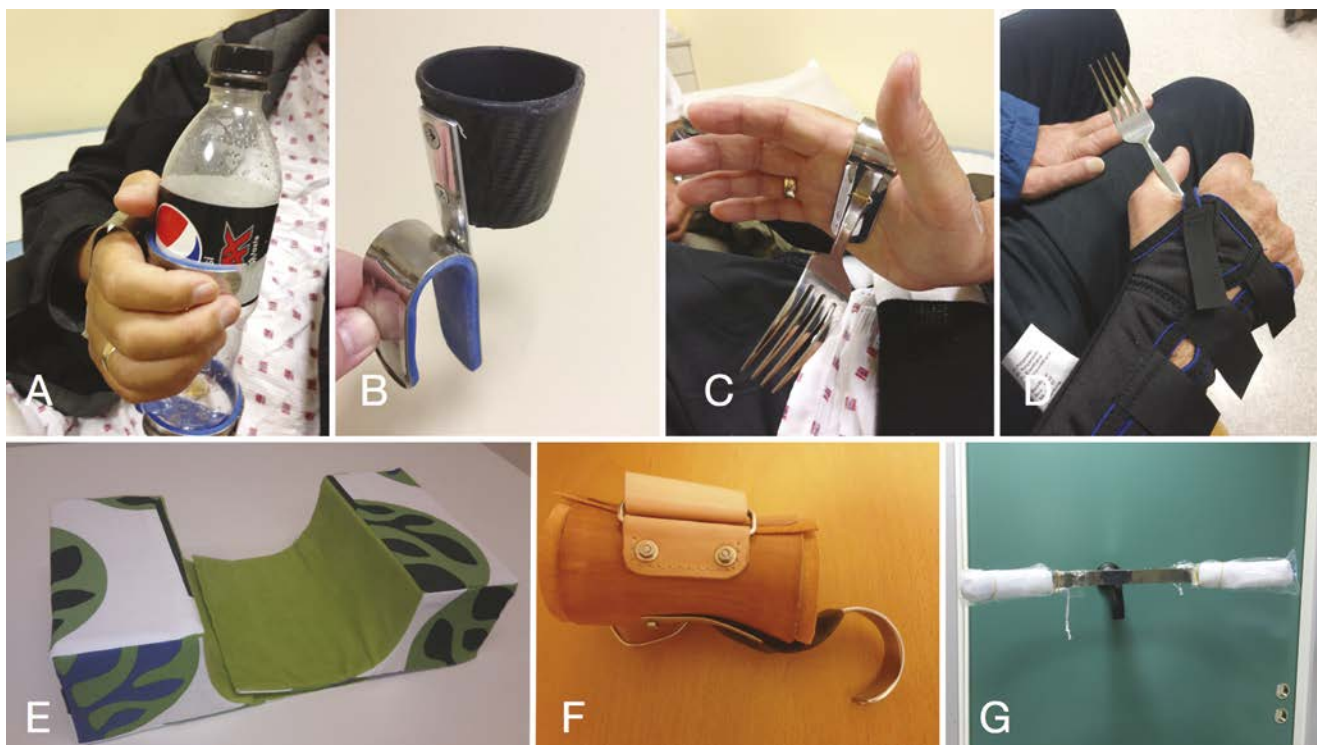
Personer med ALS har svært ulikt sykdomsforløp med en gjennomsnittlig overlevelse på tre år fra diagnosetidspunkt. I Norge er det 300-400 mennesker som lever med ALS, og som må forholde seg til raskt progredierende funksjonsnedsettelse og økende hjelpebehov. Forskning indikerer at oppfølging fra tverrfaglige ALS-team med høy kompetanse forlenger overlevelse og gir økt livskvalitet (3,4,5). Hvordan kan vi som ergoterapeuter bidra til meningsfull aktivitet og deltakelse for den enkelte gjennom sykdommens faser?

ALS-teamet ved St. Olavs Hospital ble etablert for snart syv år siden. Målsettingen var å kvalitetssikre behandlingen gjennom tilbud om tett oppfølging fra ergoterapeut og resten av ALS-teamet. Det har i etterkant blitt utarbeidet ulike retningslinjer samt etablert et regionalt pasientforløp for hele Midt-Norge for å kvalitetssikre lik behandling uavhengig av fylke.

Ergoterapeutens rolle har endret seg i takt med at man har fått økt kompetanse og erfaring.

Etter hvert som tilbudet har blitt bedre kjent, har også behov og etterspørsel blitt større. På grunn av rask sykdomsprogresjon og store variasjoner i sykdomsbildet har nye løsninger og måter å jobbe på som ergoterapeut tvunget seg fram. Dette har ført til utvikling av et bredt tiltaksrepertoar både på individnivå og systemnivå, der man søker å være i forkant av sykdomsutviklingen. Målet er å iverksette nødvendige tilrettelegginger og kompenserende tiltak raskt og smidig etterhvert som sykdommen progredierer. Ergoterapeuten har en sentral rolle og følger pasienten fra diagnosetidspunkt til livets slutt. Kommunal ergoterapeut blir koblet på umiddelbart etter diagnosetidspunkt, dersom pasienten gir samtykke til det.

For å få til gode løsninger på individnivå må det også jobbes parallelt på systemnivå. Tidsaspektet er viktig, og det kreves smidige og strømlinjeformede løsninger for å være i forkant av sykdomsutviklingen. Det er viktig å ha gode relasjoner og avtaler med ulike instanser, som også får bygd opp sin kompetanse



Figur 1: Spesialtilpassede hjelpemidler. A: Kopp/flaskeholder. B: Deodoranholder. C: Bestikk med bøyle. D: Ortose for bestikk. E: Enhånds stellematte, justerbar. F: Bærekrok. G: Underarmsvask med sugekopp.

etter hvert som de får erfaring. Et eksempel er Hjelpemiddelsen-
tralen i Sør-Trøndelag, hvor det
nå er opprettet et eget «team»
av faste personer. Noe som også
må nevnes, er at det i samarbeid
med Voksenopplæringen i Trond-
heim bevilges 20 timer allerede
før en sakkyndig vurdering er på
plass. Ifølge opplæringsloven har
pasienten krav på opplæring og
oppfølging vedrørende kommu-
nikasjonshjelpemidler. For å få til
dette samarbeidet har ALS-teamet
brukt tid på undervisning
og informasjonsutveksling. Det
jobbes videre med å spre kunn-
skap også til små kommuner, og
planen er et møte nå i høst med
Statped (Statlig spesialpedago-
gisk tjeneste).

KARTLEGGE AKTIVITETER

Når en pasient får en så alvorlig
sykdom som ALS, er det viktig å
kartlegge hvilke aktiviteter den
enkelte ønsker å bruke tiden på i

løpet av sykdomsforløpet. Målet
er at pasienten, til tross for store
funksjonstap, skal kunne delta i
meningsfulle hverdagsaktiviteter
ut fra egne ønsker, behov og for-
utsetninger. Vedkommende skal
få mulighet til å være «kaptein på
egen skute». Det en ser i løpet av
sykdomsforløpet, er at fokuset
flytter seg, og at aktivitetsreper-
toaret endrer seg. Det er viktig å
kartlegge underveis hva som for
den enkelte er viktig her og nå,
og for mange flytter fokuset seg
fra IADL til PADL.

ERGOTERAPEUT I ALS-TEAM

Som ergoterapeut i ALS-teamet
har jeg mye fokus på håndfunk-
sjon og ser tidlig på alternative
løsninger for svekket grepsfunk-
sjon. Vi utvikler nye løsninger i
samarbeid med håndterapeutene
på St. Olav, Trøndelag Ortope-
diske Verksted og Norsk Teknisk
Ortopedi på Hamar. Vi har også et
prosjekt sammen med ingeniører

fra NTNU vedrørende motorisert
albueortose. I forhold til greps-
forbedringsortoser har vi en god
dialog med Trøndelag Ortopedis-
ke Verksted, som vet at det haster
med å få ting på plass. De stoler
også på våre vurderinger. Vi slip-
per å vente på vedtak før vi setter
i gang med arbeidet. Man er imid-
lertid avhengig av at en nevrolog
umiddelbart skriver rekvisisjon på
ortopedisk hjelpemiddel.

Det er viktig å være oppmerk-
som på eventuelle komplika-
sjoner som følge av ALS. Selve
sykdommen gir som regel ingen
smerte, men pasienten kan få
smerter som følge av kontrak-
turer og feilstillinger etter hvert
som sykdommen utvikler seg. For
å unngå kontrakturer i fin-
gre kan håndortoser være med
å forebygge. Det er også viktig
med leiring, gjennombeveging,
samt stabilisering etter hvert som
muskelmasse forsvinner. En bør
også være oppmerksom på fore-



Figur 2: Spesialtilpassede hjelpemidler. A: Stiv nakkekrage. B: Myk nakkekrage med håndtak. C: Krok for båtkallesje. D: Fingerortose. E: ortose MCP-ledd. F: Krok for påkledning.

bygging av trykksår med tanke på benutspring og at pasienten som oftest blir sittende/liggende i statisk stilling.

AKTIVITET OG DELTAKELSE

Aktivitet og deltakelse er essensielt i alle livets faser. Når en raskt progredierende sykdom som ALS oppstår, kan den enkelte føle at livet blir uhåndterbart. Å få hjelp til å finne praktiske muligheter og løsninger kan gi en opplevelse av bedre kontroll over egen livssituasjon. Derfor har ergoterapeuter en sentral rolle i å fremme aktivitet og deltakelse samt livskvalitet for personer med ALS.

Referanser

1. Gordon PH, Delgadillo D, Piquard A, Bruneteau G, Pradat PF, Salachas F, Payan C, Meininger V, Lacomblez L: The range and clinical impact of cognitive impairment in French patients with ALS: a cross-sectional study of neuropsychological test performance. *Amyotroph Lateral Scler*, 2011, 12(5):372-378.
 2. Ringholz GM, Appel SH, Bradshaw M, Cooke NA, Mosnik DM, Schulz PE: Prevalence and patterns of cognitive impairment in sporadic ALS. *Neurology*, 2005, 65(4):586-590.
 3. Radunovic A, Mitsumoto H, Leigh PN: Clinical care of patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet Neurol*, 2007, 6(10):913-925.
 4. Rooney J, Byrne S, Heverin M, Tobin K, Dick A, Donaghy C, Hardiman O: A multidisciplinary clinic approach improves survival in ALS: a comparative study of ALS in Ireland and Northern Ireland. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2015, 86(5):496-501.
 5. Aridegbe T, Kandler R, et al. The natural history of motor neuron disease: assessing the impact of specialist care. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 2013, 14(1):13-19.
- Annen relevant litteratur:
- Preissner K. Occupational therapy practice guidelines for adults with neurodegenerative diseases. Bethesda (MD): American Occupational Therapy Association, Inc. (AOTA); 2014. 187 p. (225 references)
- Arbesman M & Sheard K. Systematic review of the effectiveness of occupational therapy - related intervention for people with amyotrophic lateral sclerosis. *American Journal of Occupational Therapy*, 2014, 68:20-26. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.008649>
- Arbesman M, Lieberman D, & Berlanstein DR. Method for the systematic reviews on occupational therapy and neurodegenerative diseases. *American Journal of Occupational Therapy*, 2014;68, 15-19. <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.009308>
- Lewis M, Rushanan S. The role of physical therapy and occupational therapy in the treatment of Amyotrophic lateral Sclerosis. *Neurorehabilitation*, 2007;22 (6)451-461.

Tenk innovativt!

- NY METODE FOR KARTLEGGING AV SYNSVANSKER ETTER HJERNESLAG

Synsvansker som synsfeltutfall, nedsatt øyemotorikk og visuell neglekt rammer mer enn 65 prosent av alle pasienter med hjerneslag (1). Da store deler av hjernen er involvert i bearbeiding og tolkning av synsinntrykk, kan selv mindre skader gi negativ innvirkning på synet (2). En velfungerende synsfunksjon er viktig for den enkeltes evne til å utføre og mestre daglige aktiviteter. Forskning viser at eksisterende tester for å kartlegge synsvansker ikke er egnet når pasienten ikke kan gi uttrykk for egne vansker (1)

Av Silje Karin Pedersen, Eline Aase Kordt, Siri Hanne Betten Lysgård og Tina Taule

Det er nødvendig å tenke nytt for å kunne kartlegge synsfunksjonen hos denne pasientgruppen.

HENSIKT

Å utforske om og eventuelt hvordan øyestyringsteknologi kan brukes til å kartlegge synsvansker hos pasienter med kognitive vansker og/eller kommunikasjonsvansker etter hjerneslag.

METODE

Pasienter med hjerneslag innlagt i rehabiliteringsavdeling på sykehus, ble testet med øyestyringsenhet innen tre måneder etter sykdomsdebut. Øyemotorikk ble kartlagt ved at pasientene skulle finne og holde fokus på stimuli samt lese en kort tekst. Pasientens øyeaktivitet på skjermen ble lagret som videoopptak. Data ble analysert ved deskriptiv statistikk.

RESULTAT

Tolv pasienter i alderen 45 til 70 år ble testet. Åtte var menn, fire pasienter hadde afasi, og flere hadde store kognitive vansker. Alle hadde vansker med én eller flere av oppgavene, noe som kan indikere vansker med øyemotorikk.

KONKLUSJON

Resultatet tyder på at øyesty-

ringsenheten kan brukes til å kartlegge synsvansker hos pasienter som ellers ikke ville blitt kartlagt. Enkle oppgaver med ett stimuli på skjermen og kort instruksjon er avgjørende for gjennomføring.

BETYDNING FOR PRAKSIS

Det er nå en rutine i avdelingen å kartlegge synsfunksjon hos alle pasienter med hjerneslag. Avklaring av synsvansker er viktig for at pasientene skal få en forklaring på sine vansker og økt innsikt i sin egen situasjon. Innsikt er avgjørende for at pasienten skal være motivert for trening og lære seg kompenseringer (2). Gjennom å kartlegge synsfunksjonen kan helsepersonell igangsette riktige tiltak for trening og kompensering. Dette kan blant annet bidra til økt selvstendighet samt forebygge emosjonelle utfordringer, sosial isolasjon og depresjon (1). Å avdekke synsvansker kan også bidra til å hindre farer i hverdagen, for eksempel i forbindelse med bilkjøring eller gange utendørs.

Å utvikle en strukturert kartleggingsmetode for avdekking av synsvansker allerede tidlig i rehabiliteringsforløpet vil øke kvaliteten i behandlingen av pasienter med hjerneslag, og er viktig for individuell tilrettelegging av rehabiliterings-

tilbudet. Økt fokus og kompetanse i spesialisthelsetjenesten vil bedre overføringen av kunnskap til primærhelsetjenesten. Ved at pasientene er godt kartlagt, er det enklere for kommunen å igangsette trening og tilrettelegging av synsvanskene på et tidlig tidspunkt.

Hans Henrik Tøsdal i Landsforeningen for slagrammede (LFS) uttaler følgende om prosjektet: *«Vi opplever stadig henveler fra slagrammede som er frustrert over at «fastlegen skjønner ikke problemet mitt» – det stilles feil diagnose på problemer som etter nærmere undersøkelse viser seg å være relatert til helt andre årsaker. Den forskningen det her legges opp til, ser vi i LFS som meget positivt, og støtter fullt ut.»*

Kilder

Hanna KL, Hepworth LR, Rowe F. Screening method for post-stroke visual impairment: a systematic review. Disability and rehabilitation [Elektronisk artikkel]. 2017 [hentet 2017-10.10];39(25):2531-2543 Tilgjengelig fra: 10.1080/09638288.2016.1231846
Wilhelmsen GB. Å se er ikke alltid nok. 1. utg. Oslo: Unipub forlag; 2005. 162 s.

Alle forfatterne jobber ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus.

Påvirker pasienten mål for sin egen rehabilitering?

Det er ikke en selvfølge at pasienter er med på å påvirke målene for sin egen rehabilitering. Dette er en av konklusjonene fra en systematisk oversikt om pasientspesifikke mål og målprosesser i tverrfaglig rehabilitering, presentert på årets Fagkongress.

Av Anne-Lene Sand-Svartrud, Geir Smedslund, Helene L. Søbereg, Grace Engen og Ingvild Kjekken



Anne-Lene Sand-Svartrud er ergoterapispesialist ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering og Nasjonal behandlingstjeneste for revmatologisk rehabilitering. Hennes masteroppgave i Interdisiplinær helseforskning er presentert i artikkelen.

Geir Smedslund er seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR).

Helene L. Søbereg er fysioterapeut og forsker ved Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Universitetet i Oslo.

Grace Engen er rådgiver ved avdeling for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.

Ingvild Kjekken er forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR) og professor i ergoterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Hun var veileder på oppgaven.

Pasientspesifikke rehabiliteringsmål handler om funksjoner eller aktiviteter som den enkelte pasienten er særlig opptatt av å opprettholde eller få til. Målene kan være utformet av pasienten selv eller i samarbeid med helsepersonell på en likeverdig måte. Eksempler på dette kan være: «Innen januar vil jeg være tilbake i 60 prosent arbeid», «Jeg vil lære meg tre tankemåter som demper stresset når dagsformen er uforutsigbar», «Jeg vil kjøre bil fortsatt» eller «Jeg vil følge et tilpasset treningsprogram for å greie fjellturen i august». Begrepet målprosess omfatter en innledende samtale om aktuelle målområder, valg og spesifisering av mål som er relevante i samarbeidet mellom pasient og helsepersonell, planlegging og gjennomføring av tiltak fra ulike faggrupper og evaluering av om målene er nådd.

ER DET FORSKJELL PÅ TEORI OG PRAKSIS?

Mål og tiltak med utgangspunkt i pasientens prioriterte behov og erfarte konsekvenser av langvarig sykdom er anbefalte virkemidler for å få en effektiv rehabiliteringsprosess. Dette er framhevet i sentral rehabiliteringsteori og helsepolitiske føringer. Vi ville undersøke om pasientspesifikke

målprosesser også var rapporterte virkemidler i studier som målte effekt av tverrfaglig rehabilitering. Hensikten var å vurdere og sammenstille hva som var beskrevet om pasientspesifikke mål i randomiserte kontrollerte studier. Den aktuelle pasientgruppa var voksne med langvarig sykdom eller plager i muskel- og skjelettsystemet (inflammatorisk leddsykdom, systemisk bindevevssykdom, fibromyalgi og uspesifiserte korsryggplager).

Vi gjennomførte et systematisk litteratursøk i seks databaser, og alle treff ble gjennomgått av to personer uavhengig av hverandre. I alt 22 randomiserte kontrollerte studier ble inkludert og alle evaluerte effekt av rehabilitering som minst to yrkesgrupper deltok i. Artiklene var publisert i perioden 1997 til 2012. Tekstinnholdet i artiklene ble sammenlignet ved en teoridrevet innholdsanalyse. Analyseskjemaet som ble utviklet, besto av fire analysekategorier og ni nøkkelord basert på eksisterende teori og tidligere forskning om målprosesser. Kategoriene var

- 1 innledende målprosessfase
- 2 spesifikk målsettingsfase
- 3 målstyrt planleggings- og gjennomføringsfase
- 4 evaluering av måloppnåelse

Analyseskjemaet med tilhøren-

de koderegler viste seg å være pålitelig (målt ved interkoder-reliabilitet, 86 prosent), slik at vi kunne være trygge på å behandle tekstinholdet i alle artikler så likt og systematisk som mulig.

RESULTATER

Artiklene kom fra 11 land (Norge, Danmark, Sverige, Finland, Nederland, Tyskland, Sveits, Italia, Iran, Tyrkia og Canada). De omhandlet dag- eller døgnrehabilitering med individuelle og/eller gruppebaserte tiltak. Rehabiliteringen foregikk på sykehus eller rehabiliteringssenter (16 studier) og hjemme kombinert med timeavtaler på rehabiliteringssenter/fysioterapiklinikk/pasientopplæringscenter (6 studier). Det var 3–7 yrkesgrupper i hvert rehabiliteringsteam. Ergoterapeut var med i 11 av 22 team.

Undersøkelsen viste at individuelle rehabiliteringsmål og pasientspesifikke målprosesser er lite synlige i effektstudier som handler om tverrfaglig rehabilitering ved langvarig sykdom eller plager i muskel- og skjelettsystemet. Rehabiliteringsmål som var definert av helsepersonell eller oppdragsgivere var beskrevet i alle studiene. Bruk av rehabiliteringsmål som var utformet med noen grad av brukermedvirkning var beskrevet i klart færre artikler. Kun 8 studier (36 prosent) inneholdt beskrivelser av at pasientene hadde vært involvert i én eller flere faser i målprosessen. Disse studiene var ikke samlet om en spesiell tidsperiode. Det framkom altså ikke en trend som tilsier at pasientmedvirkning i målprosesser i økende grad er synlig innen tidsperioden 1997–2012.

I uventet mange studier (64 prosent) ble det ikke funnet tekstinhold som beskrev en pasientspesifikk målprosess. Mål



Canadian Occupational Performance Measure (COPM) eller andre pasientspesifikke instrumenter var ikke nevnt i noen av artiklene som ble gjennomgått. Helsepersonells påvirkning på beslutninger om mål var tydeligst beskrevet.

som var definert av oppdragsgivere eller helsepersonell, og deres faglige forventninger til rehabiliteringsresultatet var beskrevet, mens tekstutdrag som reflekterte at helsepersonell etterspurte den enkelte pasientens innspill i ulike målprosessfaser, ikke ble funnet.

Vi konkluderte med at beskrivelser av målprosesser i studier som evaluerer effekt av tverrfaglig rehabilitering for denne pasientgruppen, oftere handler om rehabiliteringsmål uten pasientmedvirkning enn mål basert på delt beslutningstaking mellom pasient og helsepersonell.

HVA KAN VI BRUKE RESULTATENE TIL?

Resultatene indikerer at ideologiske og politiske føringer om pasientmedvirkning i målprosesser ikke er godt nedfelt i konkret praksis innen tverrfaglig rehabilitering. Tidligere forskning har påpekt at struktur og organisatoriske rammebetingelser kan hemme pasientspesifikke målprosesser. Videre har studier med observasjon, lyd- eller videoopptak vist at beslutningsdialoger om mål er dominert

av helsepersonell, uten en likeverdig innflytelse fra begge parter.

Målprosesser uten pasientmedvirkning kan bety at pasienter får lite eierskap til egen rehabiliteringsprosess og ikke får mulighet til å nå mål som er særlig relevante og prioriterte i hennes/hans individuelle situasjon på det aktuelle tidspunktet.

Resultatene kan også bety at pasientspesifikke målprosesser faktisk *har* blitt praktisert, men ikke ble vurdert som viktige nok til å bli beskrevet, da studien skulle rapporteres i et tidsskrift med et begrenset antall ord til rådighet. Hvis målprosesser er benyttet og ansett som et sentralt bidrag til effektiv rehabiliteringspraksis, er det å forvente at det blir gitt prioritert plass i beskrivelsen av intervensjonen som skal evalueres.

Helsepersonell bør framover drøfte hvordan brukermedvirkning i målprosesser kan optimaliseres, og hvordan pasientspesifikke mål kan få en prioritert plass i rehabilitering.

Bildene er tatt av: Nicolas Tourenc/Diakonhjemmet sykehus.

Personer med dysmeli i Norge: skolehverdag, utdanning, arbeid og helse relatert livskvalitet

TRE ULIKE STUDIER

Dysmeli er en sjelden medfødt tilstand hvor skjelettet i arm(er) og/eller ben mangler eller er mangelfullt utviklet. Antatt insidens er 2-7 per 10 000 fødsler. Vanligst er en-arms dysmeli. Årsaken er ofte ukjent. I Norge får de som kan benytte det, tilbud om proteser og/eller hjelpemidler for å kompensere for det som mangler.

Av Heidi Johansen



Heidi Johansen er ergoterapeut ved TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser, Sunnaas sykehus.

BAKGRUNN

TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser gir kompetansetjenester blant annet til personer med dysmeli. Norsk Dysmeli-forening og fagpersoner som hadde møtt mange med dysmeli, ønsket å vite mer om hvordan tilstanden påvirket hverdagslivet til både barn og voksne. Flere studier har de senere årene undersøkt sider ved å leve med dysmeli i Norge.

HENSIKT/MÅL

Hensikten med presentasjonen var å gi en oversikt over ny kunnskap som kan være relevant for fagpersoner, deriblant ergoterapeuter som møter barn, unge og voksne med dysmeli.

METODE

Kunnskapen som ble presentert, var generert gjennom tre forskjellige studier:

- Intervjuundersøkelsen «Livsløp og aldring hos personer med en sjelden tilstand (deriblant dysmeli) (40+)». TRS journaldatabase ble brukt for å rekruttere åtte kvinner med

en-arms dysmeli i alderen 40-70 år. Data ble samlet inn gjennom individuelle dybdeintervjuer.

- Tverrsnittstudien «Tiltak og tjenester hos barn med en sjelden diagnose (deriblant dysmeli)». Spørreskjema ble i 2010 sendt til foreldrene til 154 skolebarn (6-18 år) med dysmeli, registrert i TRS journaldatabase. 67 foreldre svarte, svarprosent var 44. Gjennomsnittsalderen hos barna var 11 år, og 42 prosent var jenter.
- Tverrsnittstudien «Voksne med dysmeli i Norge: utdanning, arbeid og hverdagsliv». Spørreskjema ble i 2012 sendt til 186 voksne, 20 år eller mer, med dysmeli, registrert i TRS journaldatabase. 97 personer svarte, svarprosent var 52. Gjennomsnittsalder var 41 år, og 71 prosent var kvinner.

RESULTAT

Resultatene fra de ulike studiene er publisert på forskjellige måter. Denne presentasjonen bygger på fire publiserte artikler, og to som er under arbeid.

- Johansen H, Dammann B, Andresen IL. Children with congenital limb deficiency in Norway. Issues related to school life and health-related quality of life. A cross-sectional study. *Disabil Rehabil.* 2016; 38(18):1803-10
- Johansen H, Andresen I-L, Thorsen K. Mestring av funksjonstap og smerter hos kvinner med en-arms dysmeli (Adaptation of functional loss and pain in women with single-arm dysmelia). *Ergoterapeuten* (Oslo). 2014;57(5):36-42.
- Johansen H, Østlie K, Andersen LØ, Rand-Hendriksen S. Adults with congenital limb deficiency in Norway: demographic and clinical features, pain and the use of health care and welfare services. A cross-sectional study. *Disabil Rehabil.* 2015:1-7.
- Johansen H, Østlie K, Andersen LØ, Rand-Hendriksen S. Health-related quality of life in adults with congenital unilateral upper limb deficiency in Norway. A cross-sectional study. *Disabil Rehabil.* 2016:1-10.
- Johansen H, Bathen T, Andersen LØ, Rand-Hendriksen S, Østlie K. Chronic pain and fatigue in adults with congenital unilateral upper limb deficiency in Norway. A cross-sectional study. (Sendt PLOS one.)
- Johansen H, Bathen T, Andersen LØ, Rand-Hendriksen S, Østlie K. Education and work participation among adults with congenital unilateral upper limb deficiency in Norway. A cross-sectional study. (Sendes *Prosthetics and Orthotics International* høsten 2017.)

Når studien avsluttes (høsten 2017), vil hovedkonklusjonene fra studiene oppsummeres og presenteres på TRS nettsider (www.sunnaas.no/TRS).



Ergoterapeuter er en av yrkesgruppene som kan møte personer med dysmeli i alle aldre, både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Foto: Shutterstock.

KONKLUSJON

Barn med dysmeli deltok på lik linje med andre barn i skolen og på fritiden. Noen brukte ulike former for proteser, og flere brukte grepshjelpemidler. Voksne med dysmeli levde livene sine som alle andre: giftet seg, fikk barn, utdannet seg og jobbet. De fleste (tre av fire) hadde en-arms dysmeli. Noen brukte proteser, flest brukte grepshjelpemidler. Mange var utsatt for å utvikle kroniske smerter, noen utviklet fatigue, og flere hadde avsluttet arbeidslivet før pensjonsalder. Flere hadde valgt praktiske utdannelser og

yrker. Mange voksne søkte helsehjelp for økende smerter og tap av funksjon.

IMPLIKASJON FOR PRAKSIS

Ergoterapeuter er en av yrkesgruppene som kan møte personer med dysmeli i alle aldre, både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Denne studien tyder på at rehabiliteringsprogrammer skal ha fokus på tiltak som kan forebygge smerter og funksjonstap og at individuell yrkesveiledning hos fagpersoner som kjenner diagnosen og de utfordringene den gir, bør vektlegges.

DELTAKELSE I AKTIVITETER UTENFOR HJEMMET HOS ELDRE PERSONER MED KOGNITIV SVIKT OG DEMENS

Forskning viser at deltakelse i fysisk, sosial og mental aktivitet kan utsette sykdomsutvikling og bevare funksjon i dagliglivet hos eldre personer med kognitiv svikt og demens. Dette er svært positivt når vi vet at det foreløpig ikke finnes noen kur mot demenssykdom. Paradokset blir da at forskning også viser at eldre med kognitiv svikt og demens er mindre i aktivitet sammenlignet med eldre uten kognitiv svikt, og at det er aktiviteter som foregår utenfor hjemmet som oppgis først.

Av Ann-Elin Johansen



Ann-Elin Johansen er ergoterapeut ved poliklinikk for geriatri ved St. Olavs Hospital HF. Artikkelen gir en oversikt over hovedresultatene fra masteroppgaven hennes med samme tittel. E-post: Ann-Elin.Johansen@stolav.no

Demens rammer oftest personer over 65 år, og andelen som rammes, øker med alderen. I Norge er det cirka 78 000 personer med demens, og om lag halvparten bor i eget hjem. I mitt arbeid ved Poliklinikk for geriatri ved St. Olavs Hospital i Trondheim møter jeg daglig eldre personer med kognitiv svikt og demens og deres pårørende. Gjennom utredningen får vi innblikk i hvordan dagliglivet deres fungerer, og hvilken innvirkning den kognitive svikten har på daglige gjøremål og hverdagsliv. Men vi vet fortsatt lite om hvor aktive personene er, og hvilke aktiviteter de deltar på utenfor hjemmet. I 2015-16 ble det derfor gjennomført en tverrsnittsstudie ved poliklinikken, der målgruppen var hjemmeboende personer over 65 år i Trondheim kommune som kom til kognitiv utredning. Innhenting av data ble utført på utredningstidspunktet. Hovedformålet var å kartlegge hvilke aktiviteter de eldre deltok på utenfor eget hjem. Ved hjelp av et kartleggings skjema med ni forhåndsdefinerte aktivitetskategorier ble det registrert hvilke aktiviteter personen hadde deltatt på i løpet av den siste måneden,

og hvor ofte vedkommende hadde utført aktivitetene. Vi kartla også hvilke av aktivitetene pårørende og øvrig sosialt nettverk hadde deltatt på sammen med de eldre, men disse resultatene presenteres ikke her. I tillegg ønsket vi å undersøke om demografiske faktorer, fysisk funksjon, funksjon i instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (IADL), kognitiv funksjon eller nevropsykiatriske symptomer hadde betydning for deltakelse. Disse variablene ble innhentet fra Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog).

HOVEDRESULTAT

Til sammen var det 95 deltakere i studien. Av disse var 55 kvinner. Gjennomsnittsalderen var 79 år, der den yngste var 64 og den eldste 93 år. Nesten to tredjedeler (65 prosent) av deltakerne var gift eller samboer, mens 39 prosent mottok offentlig hjelp.

I gjennomsnitt deltok de eldre på to ulike aktiviteter utenfor hjemmet. Tolv (13 prosent) av deltakerne deltok ikke på noen av aktivitetene mens fire (4 prosent) deltok på fem av aktivitetene. Turgåing var den vanligste aktiviteten og ble utført av 59 (62

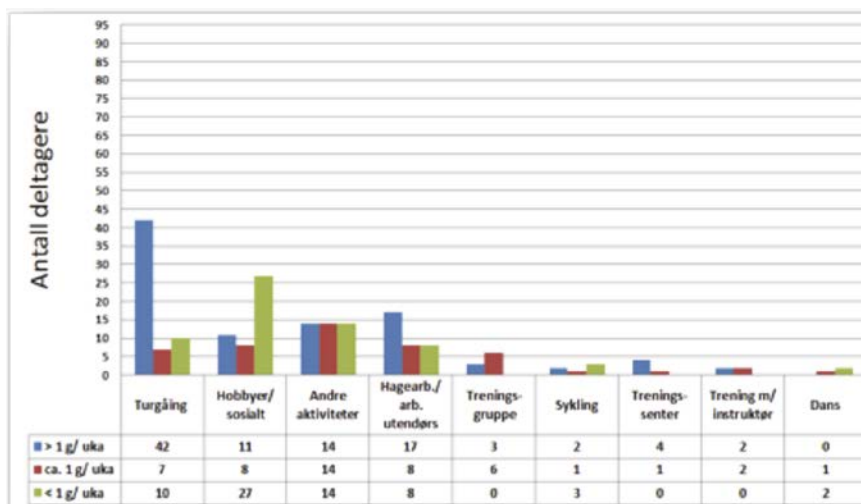
prosent) av deltakerne, hvorav 42 gikk tur mer enn en gang i uka. Hobbies og sosiale aktiviteter hadde nest størst deltagelse og ble utført av 46 (48 prosent) av deltakerne, mens 42 (44 prosent) av deltakerne utførte aktiviteter i kategorien «Andre aktiviteter». Eksempler på aktiviteter som inngikk i denne kategorien, var hytteturer, innkjøp, familiesammenkomster, kulturelle aktiviteter, kirkelige arrangementer, restaurant- og kafebesøk.

Det var stor variasjon i hvor mange aktiviteter de eldre deltok i. De som var minst aktive (N=20), deltok på ingen eller én aktivitet utenfor hjemmet. De som var litt mer aktive (N=34), deltok på høyst tre ulike aktiviteter, mens de mest aktive (N=41) deltok på høyst fem aktiviteter utenfor hjemmet.

Som nevnt innledningsvis ønsket vi i tillegg å undersøke om demografiske faktorer, fysisk funksjon, funksjon i IADL, kognitiv funksjon eller nevropsykiatriske symptomer hadde betydning for deltagelse. For å undersøke gruppeforskjeller mellom de minst aktive deltakerne og de mest aktive deltakerne ble de minst aktive og litt aktive slått sammen (N=54) og sammenlignet med de mest aktive (N=41). Ikke overraskende viste resultatene at de som var minst aktive var eldre og hadde generelt lavere ganghastighet, og var mer avhengige av ganghjelpemidler sammenlignet med de mest aktive deltakerne. Videre fant vi at blant de minst aktive var det flere som mottok offentlig hjelp, samt at de var mindre selvstendige ved transport og i samfunnsaktiviteter. Alle disse forskjellene var statistisk signifikante. Mer overraskende var det at resultatene viste at verken grad av kognitiv svikt



Turgåing var den vanligste aktiviteten.



Figur 1. Oversikt over antall deltagere som deltok på de forhåndsdefinerte aktivitetene, og hvor ofte. N=95.

eller spesifikke kognitive funksjoner hadde betydning for grad av deltagelse, heller ikke nevropsykiatriske symptomer.

IMPLIKASJON FOR PRAKSIS?

Deltakerne i studien var alle hjemmeboende. Derfor er det tankevekkende at de deltok på så få aktiviteter utenfor hjemmet, spesielt når man samtidig vet at deltagelse i fysiske, sosiale og mentale aktiviteter kan bidra positivt ved demenssykdom. Resultatene fra studien antyder at det er viktig å ha fokus på deltagelse

og tilrettelegging for aktiviteter som foregår utenfor hjemmet hos eldre personer med kognitiv svikt og demens, og at det er viktig å sette inn tiltak tidlig i forløpet. Jeg mener ergoterapeuters fagkompetanse står sentralt i dette arbeidet, som kan bidra til å bevare funksjon i dagliglivet hos denne gruppen. Kartlegging av interesser, nettverk og ressurspersoner kan være nyttig i arbeidet med å opprettholde personens deltagelse i allerede etablerte aktiviteter. Tilrettelegging for deltagelse må skje på både individnivå og samfunnsnivå.

Bruk av treningskjøkken for pasienter med kognitiv funksjonssvikt

ERGOTERAPEUTERS ERFARINGER

Helsepolitiske føringer påpeker at ergoterapi er et sentralt tilbud for pasienter med behov for opptrening av funksjoner for å mestre dagliglivets aktiviteter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009; Furst, & Høverstad, 2014). Som et ledd i dette tilbudet har ergoterapeuter i mange år benyttet treningskjøkken som arena for å vurdere og stimulere kognitiv og motorisk funksjon ved deltakelse i daglige aktiviteter. Imidlertid er norske ergoterapeuters praksis innen dette feltet lite beskrevet.

Av Lene Meinskar Hovde

Formålet med denne studien var å få mer kunnskap om hvilke erfaringer ergoterapeuter har med observasjon av pasienter med kognitiv funksjonssvikt ved aktiviteter på treningskjøkken. For å undersøke dette forskningsspørsmålet ble det gjennomført en kvalitativ studie med semi-strukturerte intervju av åtte ergoterapeuter. Ergoterapeutene var ansatt i kommunale rehabiliteringsenheter eller sykehus, og hadde lang erfaring med arbeid innen kognitiv funksjonssvikt og bruk av treningskjøkken.

For å gi en dypere beskrivelse av deltakernes erfaringer og tydeliggjøre forskningsspørsmålet ble det utarbeidet fem underspørsmål. Underspørsmålene omhandlet emnene:

- treningskjøkken som arena
- struktur ved observasjoner på treningskjøkken
- anvendelse av observasjonsverktøy
- dokumentasjonsrutiner
- å anvende resultater/funn etter observasjoner på treningskjøkken

Intervjuene ble gjennomført individuelt og funnene ble analysert med Creswells (2007) metode for fenomenologisk analyse. Videre ble funnene diskutert i forhold til kunnskapsbasert praksis i ergoterapi (KBE) og klinisk resonnering i ergoterapi samt teori om dokumentasjon innen helseprofesjoner i Norge.

Funnene fra studien viser at ergoterapeutene har lite tid til gjennomføre observasjoner på tre-

ningskjøkken. Tidspress er en faktor som alle ergoterapeutene beskriver som viktig, og fremstår som kanskje den mest innflytelsesrike faktoren i deres arbeidshverdag. Flere av deltakerne prioriterer bort observasjoner på treningskjøkken grunnet tidspress eller mangel på ergoterapiressurser. Tid og ressurser influerer når de velger metode og redskap ved aktiviteter på treningskjøkken. De beskriver en tydelig prioritering av arbeidsoppgaver og hurtige endringer i arbeidshverdagen. Alle ergoterapeutene ønsker å utføre observasjoner på treningskjøkken oftere.

«... men vi snakker jo om at vi burde hatt tid, for vi har jo et fint kjøkken, og vi får mye informasjon ... og mange ganger så er det for lite pasientkontakt og observasjon under arbeidet».

I de tilfellene ergoterapeutene har tid til å utføre observasjoner på treningskjøkken, bruker de sjelden valide verktøy i observasjonene sine. Dette til tross for at halvparten av deltakerne er AMPS-sertifisert. Kunnskapen deres om observasjonsverktøy kommer ikke tydelig fram, siden nær sagt alle deltakerne benytter ferdighetsverbene i Model of Human Occupation (Kielhofner, 1995) eller «hjemmesnekrede» sjekklister. Deltakerne oppgir at kjente, hjemmelagde verktøy er enkle og hurtige løsninger ved observasjoner på treningskjøkken.

«... også har vi en del sjekklister i forhold til å se på en del ting, både i forhold til motoriske ferdigheter

og prosessferdigheter, og dem ligger det også litt sånn MoHO tankegang i...».

Når ergoterapeutene beskriver hvordan de dokumenterer observasjoner på treningskjøkken, benytter de en grov inndeling etter motoriske ferdigheter og prosessferdigheter. De benytter tilnærmet lik struktur i sine «hjemmesnekrede» verktøy som i rapportene. Samarbeidspartnerne deres ønsker at rapportene skal være kortfattede. Dette opplever ergoterapeutene som utfordrende, fordi de i større grad ønsker å beskrive aktivitetsutførelse.

«Vi gjør et langt notat fordi vi kartlegger mye forskjellig, også har vi jo fått litt tilbakemelding på at det ikke er helt greit når det blir for langt, fra leger og sånn, hvis andre skal lese det ...»

Når ergoterapeutene velger aktiviteter på treningskjøkkenet, gjøres dette ut ifra ergoterapeutenes vaner og pasientenes etablerte vaner fra hjemmet. Ergoterapeutene har flere alternativer til aktiviteter som pasientene kan velge, og de skal utføres etter tilnærmet samme mønster som de gjør hjemme.

«Det er jo først og fremst at det er en kjent aktivitet for pasienten. At det er noe som han har gjort tidligere i livet sitt. At det ikke blir en ny ting.»

Deltakerne oppgir at de legger til rette for pasientenes opplevelse av mestring i trygge omgivelser, og fremhever at de strukturelle, og fysiske omgivelsene på treningskjøkkenet er egnet for observasjon. De oppgir at funn etter observasjoner på treningskjøkkenet gir viktig informasjon om kognitiv status, som er vesentlig for å gi konkrete tilbakemeldinger til pasient og pårørende.

«Jeg bruker det jo både som informasjon ut mot det tverrfaglige teamet, ... og til pasienten og pårørende, så det blir litt sånn begge deler ... For ofte er det lettere i forhold til pasient og pårørende hvis du har noen konkrete ting å vise til, for eksempel når du gjorde det, så skjedde det...».

Oppsummert indikerer funnene fra denne studien at tidspress er en begrensende faktor blant ergoterapeuter i forhold til bruk av treningskjøkkenet for pasienter med kognitiv funksjonssvikt. Det synes å være behov for å utvikle et enkelt og valid observasjonsverktøy. Det bør ikke være mer tidkrevende enn de «hjemmesnekrede» sjekklister som ergoterapeutene i denne studien benyttet fordi det var tidsbesparende. Funn i denne studien viser at ergoterapeutene



Lene Meinskar Hovde og en kollega illustrerer bruk av treningskjøkkenet.

ne ikke anvender rapportmaler når de dokumenterer observasjoner på treningskjøkkenet. Dette kan indikere et behov for mer kunnskap om ergoterapeuters dokumentasjonsrutiner og revisjon av retningslinjer om dokumentasjon for norske ergoterapeuter.

Kildeliste

- Creswell, J (2007), *Qualitative inquiry and research design*. 3.ed. Thousand Oaks (CA): Sage
- Furst, R. & Høverstad, L. (2014). *Fra passiv mottaker til aktiv deltaker Hverdagsrehabilitering i norske kommuner*. KS FoU-prosjekt nr. 134027 Sluttrapport 15.06.2014 KS – Hverdagsrehabilitering i norske kommuner
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. St.meld. nr. 47 (2008–2009).
- Kielhofner, G (1995) *Model of Human Occupation: Theory and Application* Williams &Wilkins

Frivillighet, hverdagsliv og hjemmeboende eldre

Når befolkningen lever og bor hjemme lenger, trengs initiativer som supplerer kommunens tjenester (St.meld. 29, 2013; St.meld. 47, 2009). Prosjektet «Sammen om en aktiv hverdag» undersøker to case-kommuner som legger opp til mentalitetsendring i hjemmebaserte tjenester, til hverdagsmestring og -rehabilitering, samtidig som økt frivillighet og entreprenørskap stimuleres. I vid forstand utforskes potensial for medborgerskap i lokalsamfunnet.

Av Kjersti Helene Haarr



Kjersti Helene Haarr er høgskolelektor ved Fakultet for helsefag ved VID vitenskapelige høgskole.
E-post: kjersti.helene.haarr@vid.no

I denne sammenheng er jeg spesielt opptatt av forventninger frivilligheten blir møtt med, og mulige dilemma som dukker opp i dette farvannet. Avgrenset undersøker jeg for problemstillingen: *Hva vektlegger offentlig ansatte og frivillige aktører i samhandlingen med hjemmeboende eldre som trenger støtte i hverdagen?*

Økt fokus på frivillighet er en global trend; Verdens helseorganisasjons (WHO) europeiske komité formidler en *generell oppvurdering av sivilsamfunnet og det ansvarlige medborgerskap*¹. Samarbeid frivillig/ideell og offentlig virksomhet på helse- og velferdsområdet er ikke av ny dato i Norge, men snakkes i dag om på nye måter og i nye sammenhenger. I Omsorg 2020 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015) sies det at: *Det er et behov for økt frivillig innsats på helse- og omsorgsfeltet, og det er gode muligheter til å engasjere flere i frivillig omsorgsarbeid.*

En *Nasjonal Strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet*

(2015) fra regjeringen Solberg, fremsetter gode intensjoner for de involverte. Det er likevel én ting å planlegge for samarbeid på et overordnet nivå, ofte noe ganske annet å iverksette på lokalt plan. Denne studien viser at begge parter møter barrierer for optimale løsninger, som taushetsplikt, mangel på egnede lokaler/møteplasser, økonomi og lite tid. I begge leire er man personnavhengig og dermed sårbar. Idealister og personer med såkalt «mellomromskompetanse» trengs – det vil si personer som benytter kunnskap fra sitt sivile eller profesjonelle virke. Frivillig innsats har også dreid med endringer i samfunnet ellers, blant annet fra langvarig, trofaste medlemskap til kortvarige engasjement. Vi ser likevel at kommunale og frivillige aktører samarbeider om lokale løsninger.

METODER OG UTVALG

Ulike kvalitative metoder ble brukt: fokusgruppeintervju, individuelle samtaler, kafédialoger, inkludert observasjon og



Frivillighet knyttet til hjemmeboende er ikke utbredt – ordinær besøkstjeneste er mest kjent og brukt.

«walk-and-talk»-metodikk (Flick, Metzler, & Scott, 2014; Malterud, 2011). Sammenlikning med kommuner i samme fylke og i Danmark er også del av studien.²

I studien snakket forskere med frivillige fra lag og organisasjoner, og med offentlig ansatte i hverdagsrehabilitering og andre hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester. De frivillige var selv stort sett eldre personer. I tillegg snakket vi med ansatte ved frivilligsentral, frivilligkoordinator og helse- og omsorgsledere. Etter hvert snakket vi også med næringsforeningen og sosiale entreprenører (lokale kafeer,

privat hjemmehjelpstjeneste m.fl.). I små lokalsamfunn opptrer ikke disse «lagene» av befolkningen uavhengig av hverandre. Det kan endatil være samme personer som beveger seg på ulike arenaer med ulike hatter eller identiteter, og bidrar med det til nettverksbygging og styrket sosial tillit (Starrin & Rønning, 2009).

RESULTAT OG ERFARINGER

Tradisjonelt ses frivillige bidrag der «eldre hjelper eldre» ved kulturelle arrangement og sosiale tilstellinger. Etablerte institusjoner og dagsentra gir egnede lokaliteter, men kan samtidig holde noen

borte fra å delta på grunn av de institusjonelle rammene. Topografien, inkludert infrastruktur og bebyggelse, er avgjørende for om folk med redusert funksjon kan fortsette å delta i lokalmiljøet. Transport og måltidsfellesskap er et etterspurt og tilbakevendende tema.

Frivillighet knyttet til hjemmeboende er ikke utbredt – ordinær besøkstjeneste er mest kjent og brukt. Enkelte eldre ønsker å avstå fra kontakt med frivillige, i fare for å koples til folk de ikke kjenner eller ikke liker.

Økt initiativ skal koordineres på flere nivå. En type team-ko-

ordinering virker hensiktsmessig, der valgte personer blant ansatte har fast kontakt med de frivillige. Frivillige bidrag oppleves positivt når samspeilet fungerer, men møter også motstand i deler av personalgruppen. Kommunen søker brobyggere og ildsjeler med lokalsamfunnskunnskap. Kompetanse om og erfaring fra frivillighet har betydning for ansattes imøtekommenhet. Også formell kompetanse om sivilsamfunnet ser ut til å ha betydning for om ansatte tar initiativ og vedlikeholdelse av offentlig-frivillig samarbeid.

På sin side kan pensjonister med tidligere jobbkarriere fra offentlig (omsorgs-)tjeneste komme tilbake som frivillige for å «skumme fløten» og gjøre de kjeffe oppgavene. Denne frivilligheten bidrar også til en viss vedlikeholdelse av profesjonell identitet for den pensjonerte.

Rekruttering av nye frivillige, penger og egnede møteplasser holdes fram som mangelvarer fra begge sider.

OPPSUMMERING

En større andel av tjenestetilbudet blir i fremtiden gitt nærmere hjemmet og den enkeltes hverdagsliv. Begge kommuner viser til en økonomisk situasjon der de ikke har midler til å løse alle ønskede oppgaver i fremtiden. Sentralisering av tilbud vil mest sannsynlig øke terskelen for hjemmeboende eldres deltakelse i lokalsamfunnet ytterligere.

Frivillighet knyttet til tilstelninger i større og mindre grupper er mest omtalt, mens frivillighet i forbindelse med aktiviteter knyttet til den eldres hjem og hverdagslivet ennå er sparsommelige. Dette er funn som også støttes av Agenda Kaupang (Agenda Kaupand og KS, 2014). Utvidet

samarbeid med lag og organisasjoner søkes fra kommunens side, blant annet gjennom kartlegging, synliggjøring, planarbeid, frivilligkoordinator og frivilligsentraler. Kafédialog, torg og møteplasser arrangeres. Samtidig ser vi at en felles strategi ligger et stykke fram i tid, og at samarbeid stadig er krevende og personavhengig.

I rapport fra studien omtales organiseringen og nye former for samarbeid eller synergier som skjer mellom flere, som mulig *samskaping* (Vabø & Vik, 2017). Som andre steder erfares utfordringer, da samskaping/samvirke skal ledes, ikke styres (Guribye, 2016).

Hele kapittelet (Haarr, 2018) blir publisert i antologien: Goth, U. S. og Våpenstad, E. V. (red.) (2018) *Profesjonsutdanning; kjerneverdier i dag*. Cappelen Damm, Oslo.

Presentasjonen og kapittelet er del av prosjektet «Sammen om en aktiv hverdag – nye arbeids- og samarbeidsformer i Egersund og Karmøy kommuner». Aktører i studien: Egersund kommune var prosjekteier, Karmøy var prosjektdeltaker, Mia Vabø var prosjektleder, mens Kjersti Vik og Kjersti Helene Haarr var prosjektmedarbeidere. Takk til Regionale Forskningsfond Vest, Egersund og Karmøy kommuner og VID vitenskapelig høgskole for finansiering av studien.

Fotnoter

1: World Health Organisation, Regional Office for Europe <http://www.euro.who.int/en/home>

2: Datamaterialet er utviklet i nært samarbeid med Mia Vabø, NOVA, HiOA. Prosjektteamet gjennomførte også en studietur til Holstebro.

Kilder

- Agenda Kaupand og KS. (2014). *Velferd i nytt terreng* (R7940). Hentet fra Oslo: <http://www.ks.no/fagomrader/utvikling/fou/fou-rapporter/fou-velferd-i-nytt-terreng/>
- Flick, U., Metzler, K., & Scott, W. (2014). *The SAGE handbook of qualitative data analysis*
- Guribye, E. (2016). *Mot 'Kommune 3.0'? Modeller for samarbeid mellom offentlig og frivillig sektor: Med hjerte for Arendal* (3). Hentet fra Kristiansand: <https://www.agderforskning.no>
- Haarr, K. H. (2018). Frivillighet, hverdagsliv og hjemmeboende eldre. I U.-G. S. Goth & E. V. Våpenstad (red.), *Profesjonsutdanning; Kjerneverdier i dag* (ss.?). Oslo: Cappelen Akademisk AS.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020; Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*. (1-1162 B). Oslo: Publikasjoner Dep.
- Helse- og omsorgsdepartementet, Frivillighet Norge & KS Kommunenes Sentralforbund (2015). *Nasjonal Strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet (2015-2020)*. (1-1166). Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/4458634b21274b349a602c9a00ff116f/nasjonal_strategi_frivillighet.pdf
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring* (3. utg. red.). Oslo: Universitetsforl.
- St.meld. 29 (2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- St.meld 47. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (47). Oslo: Akademika.
- Starrin, B., & Rønning, R. (2009). *Sosial kapital i et velferdsperspektiv: om å forstå og styrke utsatte gruppers sosiale forankring*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vabø, M., & Vik, K. (2017). *Sammen om en aktiv hverdag. Nye arbeids- og samarbeidsformer i Egersund og Karmøy kommune*. Rapport NOVA – Norwegian Social Research. Oslo.

Guidet egenbeslutning for å fremme psykososial helse etter hjerneslag

– EN SAMTALEBASERT INTERVENSJON

Et hjerneslag har mange følger som griper inn i livet til de som rammes. Mange opplever forandringer i fysisk funksjon, energinivå, hukommelse, konsentrasjon, språk og tale. De fysiske endringene er ofte de vi lettest får øye på. Dette gjelder både i hjelpeapparatet og for den som selv er rammet, og deres partner, familie, venner og andre. Den psykososiale helsen kan imidlertid også være truet etter et hjerneslag.

Av Line Kildal Bragstad, Ellen G. Hjelle, Unni Sveen, Berit A Bronken, Randi E. Martinsen, Kari Kvigne, Gabriele Kitzmüller, Margrete Mangset og Marit Kirkevold

Line Kildal Bragstad er ergoterapeut, ph.d. og postdoktor ved Universitetet i Oslo. E-post: l.k.bragstad@medisin.uio.no.

Ellen Gabrielsen Hjelle er ergoterapeut og ph.d.-kandidat ved Universitetet i Oslo.

Unni Sveen er ergoterapeut, ph.d. og professor ved Høgskolen i Oslo og Akershus og Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

Berit A. Bronken er sykepleier, ph.d. og førsteamanuensis ved Høgskolen i Innlandet, Campus Elverum.

Randi E. Martinsen er sykepleier, ph.d. og Instituttleder ved Høgskolen i Innlandet, Campus Elverum.

Kari Kvigne er sykepleier, ph.d. og professor ved Høgskolen i Innlandet, Campus Elverum.

Gabriele Kitzmüller er sykepleier og førsteamanuensis ved UiT, Norges Arktiske Universitet, Campus Narvik.

Margrete Mangset er sykepleier, ph.d. og forsker ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

Marit Kirkevold er sykepleier, EdD og professor ved Universitetet i Oslo.

Symptomer som depresjon, angst, generell psykologisk og emosjonell instabilitet og sosial isolasjon opptrer hyppig etter hjerneslag. Vi vet at disse psykososiale plagene kan påvirke funksjonsnivå og livskvalitet og kan redusere effekten av rehabiliteringstjenestene pasientene mottar, samt ha negativ innvirkning på overlevelsen til de slagrammede. På bakgrunn av dette har vi utviklet en intervensjon for å forebygge psykososiale problemer og for å støtte den slagrammede i den viktige bedrings- og tilpasningsprosessen etter hjerneslaget (Kirkevold et al. 2012). Denne intervensjonen ble testet under utviklingen og testes nå i en fullskala randomisert kontrollert studie (RCT) som vår forskergruppe står bak.

OVERORDNET MÅL OG TEORETISK RAMMEVERK

Intervensjonen har som overordnet mål å fremme psykososial helse etter hjerneslag. Denne intervensjonens teoretiske rammeverk hviler på en forståelse av at bedrings- og tilpasnings-

prosessen det første året etter et hjerneslag består av tre parallelle prosesser. Tilpasningsprosessen handler om:

- 1 kroppslig bedring og bedret funksjon
- 2 gjenoppretting og restrukturering av dagliglivet
- 3 biografisk tilpasning & identitetsendring (Kirkevold, 2010)

De to første prosessene krever forholdsvis mye oppmerksomhet i starten av et forløp og avtar noe ut i forløpet, mens den siste prosessen øker i omfang senere i forløpet. Dette illustrerer en tenkning som innebærer at fokus for bedrings- og tilpasningsprosessen endres utover i forløpet. Det er også en anerkjennelse av at den første, ofte raske, spontane fysiske bedringen stagnerer noe etter hvert, og da er det viktig at den slagrammede klarer å tilpasse sitt bilde av seg selv og sin identitet som slagrammet, samtidig som man klarer å restrukturere sitt dagligliv.

INTERVENSJONENS FOKUS

Det er i de første månedene av forløpet, når den slagrammede



Guidet egenbeslutning handler blant annet om å forsterke folks muligheter for aktiv deltakelse og for kontroll og styring over eget liv.

forsøker å forstå og tilpasse seg den nye tilværelsen etter slaget, at denne intervensjonen antas å ha sin virkning. Intervensjonens sentrale siktemål er å skape forståelse og sammenheng gjennom en narrativ tilnærming samt ved å støtte opp under den slagrammedes egne ressurser og mestringsmuligheter. Et vesentlig verktøy i intervensjonen er å gi støtte til problemløsning med guidet egenbeslutning som arbeidsmetode (Zoffman, 2004, Kirkevold et al, 2012).

EMPOWERMENT

Guidet egenbeslutning som metode bygger på empowerment-filosofien. Denne tilnærmingen innebærer en måte å arbeide på som kan bidra til at deltakerne blir i stand til å definere egne pro-

blemer og finne egne løsninger. Det handler om å forsterke folks muligheter for aktiv deltakelse og for kontroll og styring over eget liv. I denne intervensjonen blir empowerment-filosofien brukt som et tenkningsgrunnlag og en tilnæringsform som søker å styrke enkeltindividet i sin mestringsprosess. Målet for metoden er at pasienten skal kunne leve så godt som mulig med konsekvensene av hjerneslaget.

STØTTER BEDRINGS- OG TILPASNINGSPROSESSEN

Intervensjonen antas å kunne støtte opp under den slagrammedes bedrings- og tilpasningsprosess gjennom å bidra til at deltakeren i større grad får en følelse av sammenheng i tråd med Antonovskys (1987) teori om «Sense of Cohe-

rence» (SOC). Målet er at intervensjonen skal fremme psykososialt velvære forstått som «en subjektiv opplevelse av å ha det godt». I tråd med denne definisjonen innebærer psykososialt velvære at deltakeren opplever en grunnstemning av glede eller tilfredshet, å kunne delta i meningsfulle aktiviteter, pleie nære sosiale relasjoner med en følelse av gjensidighet samt ha et positivt selvbylde – være i stand til å akseptere seg selv og ha evne til å tro på egne kunnskaper og ferdigheter.

Det som kjennetegner tilnærmingen i denne intervensjonen, er at det dreier seg om å skape en samarbeidsprosess mellom en deltaker og en profesjonell som varer over tid. Det er den samme ergoterapeuten eller sykepleieren som følger opp deltakeren gjen-

nom hele intervensjonsforløpet. Det stiller noen helt spesielle krav til begge parter om å bidra til å skape en god relasjon. En vesentlig forskjell fra de mer tradisjonelle rollene som pasient og profesjonell er at det i intervensjonen legges til grunn at deltakeren er i førerretet – den profesjonelle fungerer som en støtteperson, som følgebilen til sykklister i lange sykkeløp.

Et annet viktig prinsipp i denne intervensjonen er tanken om at det er viktig å starte denne typen psykososial støtte tidlig. I vår studie starter intervensjonen fire til seks uker etter hjerneslaget. Dette er ofte en spesielt sårbar periode for mange slagrammede. Vi mener det er viktig at de psykososiale aspektene i større grad blir vektlagt som en del av den ordinære rehabiliteringen i primærhelsetjenesten.

Modellen er utviklet for å leveres i kommunehelsetjenesten, som etter hvert har blitt den foretrukne konteksten for rehabiliteringstjenester etter den akutte fasen.

Over 300 slagrammede rekruttert fra 11 sykehus har deltatt i denne studien. 27 ergoterapeuter og sykepleiere med spesifikk opplæring i metoden har gjennomført til sammen over 150 intervensjonsforløp. Vårt forskerteam er nå i ferd med å avslutte datasamlingen i den randomiserte kontrollerte studien og ser fram til å dele resultater fra studien i tiden fremover.

Denne studien gjennomføres av et forskerteam med ni faste medlemmer. Forskerteamet og studien ledes av Marit Kirkevold ved Universitetet i Oslo og Unni Sveen ved Oslo Universitetssykehus.

Litteraturliste

- Antonovsky, A. (1987). *Unravelling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Kirkevold, M. (2010). The role of nursing in the rehabilitation of stroke survivors: an extended theoretical account. *Advances in Nursing Science*, 33(1), E27-40.
- Kirkevold, M., Bronken, B., Martinsen, R., & Kvigne, K. (2012). Promoting psychosocial well-being following a stroke: Developing a theoretically and empirically sound complex intervention. *International Journal of Nursing Studies*, 49(4), 386-397.
- Zoffmann, V. (2004). Guided Self-Determination. A life skills approach developed in difficult Type 1 diabetes [Doktorgradsavhandling] Danmark: Aarhus Universitet.



HJELPEMIDDEL™ PARTNER

Send oss en mail på post@hjelpemiddelpartner.no
www.hjelpemiddelpartner.no

Vil du se innovative hjelpemidler som kan gjøre flere aktive og selvstendige i hverdagen?
Vi kommer gjerne ut og viser våre nyheter for dere i 2018.

Active EasyRiser



Aktiv løftestol

Active Handpad



Støtte i rullestol

Active Ergobaum



Krykker med demping

Active PAG



Robothansker

Active airBody Dryer



Kroppsføner

Active Manuxa



Et ekstra sterkt grep

Felles og like læringsutbyttebeskrivelser på studieprogramnivå hos alle seks ergoterapeututdanninger i Norge

I Norge har vi seks bachelorutdanninger i ergoterapi ved fem utdanningsinstitusjoner; Høgskolen i Oslo og Akershus, VID vitenskapelige høgskole i Sandnes, Høgskulen på Vestlandet i Bergen, NTNU i Trondheim og Gjøvik og UiT Norges arktiske universitet i Tromsø.

Av Susanne Grødem Johnson, Anita Engeset, Daniel Lee, Dorte Lybye Norenberg, Guri Einbu og Astrid Vekve Nymo

Susanne Grødem Johnson er utdanningsleder og høgskolelektor, Høgskulen på Vestlandet, Bergen.

Anita Engeset er seniorrådgiver hos Ergoterapeutene.

Daniel Lee er høgskolelektor ved VID vitenskapelige høgskole, Sandnes.

Dorte Lybye Norenberg er høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Guri Einbu er studieprogramleder og universitetslektor, NTNU Gjøvik.

Astrid Vekve Nymo er universitetslektor, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.

Allerede i 2011 ble fem av skolene (utdanningen i Gjøvik startet i 2013)

enige om åtte felles kompetansemål som definerte hvilken overordnet kjernekompetanse en kandidat skal inneha ved gjennomført bachelorprogram i ergoterapi. Hver utdanning har videre utformet sine læringsutbyttebeskrivelser på programnivå. Disse læringsutbyttebeskrivelsene var ikke helt omforent, og kjernekompetansen i ergoterapi ble noe ulikt definert mellom de ulike utdanningene.

I St.meld. 16 (2016-2017) Kultur for kvalitet i høyere utdanning forventes det at utdanningene skal være relevante for framtidig arbeidshverdag og samfunnets utfordringer, og at kandidatene skal evne å bruke sin faglige kompetanse i arbeidslivet. Kjernekompetansen i ergoterapi er et viktig bidrag for å løse samfunnets helse- og velferdsutfordringer.

Høsten 2015 vedtok Nasjonalt profesjonsråd for ergoterapi og ortopediingeniørfag å utarbeide felles læringsutbyttebeskrivelser og kjernekompetansebeskrivelser for ergoterapi som er mer fagspesifikke. Profesjonsrådet vurderte

at disse i fagplaner og i forbundets kjernekompetanser framsto som ulike.

I 2016 ble derfor en arbeidsgruppe med representanter fra alle skolene og Norsk Ergoterapeutforbund opprettet. Mandatet var å følge opp profesjonsrådets vedtak og samtidig revidere Norsk Ergoterapeutforbunds kjernekompetansebeskrivelser, «Ergoterapeuters kompetanse». Det var ønsket at felles læringsutbyttebeskrivelser og kjernekompetansebeskrivelser skulle gjenspeile og utfylle hverandre og være anvendbare for forbundet, utdanningene og fagmiljøet. Arbeidsgruppen ble delt i to grupper, hvor den ene gruppen jobbet med kompetansebeskrivelsene og den andre med læringsutbyttebeskrivelsene. Gruppene ga innspill til hverandres arbeid underveis.

En annen artikkel i dette nummeret av Ergoterapeuten omhandler det nye dokumentet «Alle skal delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse». Denne artikkelen omhandler arbeidet med å utforme felles læringsutbyttebeskrivelser.

Målet med dette prosjektet har vært å utarbeide felles læringsut-

- PARALLELLESJONER -

byttebeskrivelser (LUB) på studieprogramnivå for alle bachelorutdanninger i ergoterapi i Norge.

Bachelorprogram i ergoterapi i Norge forholder seg til flere styringsverktøy. Rammeplan for ergoterapiutdanningen og Verdensforbundets (WFOT) minimumsstandard for ergoterapiutdanninger er to viktige retningslinjer. Høyere utdanning i Norge er overordnet styrt av Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR), som ble fastsatt i 2011 (Kunnskapsdepartementet, 2014). NKR beskriver læringsutbytte i form av kunnskap, ferdigheter og generell kompetanse, med andre ord hva en person vet, kan og er i stand til å gjøre etter fullført opplæring. Se tabell 1.

METODE

Det har vært gjennomført en

tekstanalyse av gjeldende læringsutbyttebeskrivelser (LUB) i studieplanene for alle bachelorutdanningene i Norge. Vi førte opp alle LUB i en tabell hvor sammenfallende LUB ble kategorisert ved siden av hverandre. Et eksempel på dette ser dere i tabell 2. Sammenfallende LUB ble også kategorisert under overordnede LUB gitt av kvalifikasjonsrammeverket (Kunnskapsdepartementet, 2014). Deretter ble det utarbeidet forslag på lik ordlyd for sammenfallende LUB. Disse ble diskutert og bearbeidet i arbeidsgruppen via totalt fire Skype-møter og noe e-postkorrespondanse.

Forslagene til felles LUB ble sendt resten av arbeidsgruppen for innspill. LUB ble også sammenliknet og vurdert opp mot bearbejdede Kompetansebeskrivelser i ergoterapi. LUB ble også

Definisjon på kunnskap, ferdighet og generell kompetanse i kvalifikasjonsrammeverket (Kunnskapsdepartementet, 2014).

Kunnskap

Kunnskaper og forståelse av teorier, fakta, begreper, prinsipper, prosedyrer innenfor fag, fagområder og/eller yrker.

Ferdighet

Evne til å anvende kunnskap til å løse problemer og oppgaver. Det er ulike typer ferdigheter – kognitive, praktiske, kreative og kommunikative ferdigheter.

Generell kompetanse

Det å kunne anvende kunnskap og ferdigheter på selvstendig vis i ulike situasjoner. Kompetanse er også å vise samarbeidsevne, ansvarlighet, evne til refleksjon og kritisk tenkning i studier og yrke.

Tabell 1: Definisjoner på kunnskap, ferdighet og generell kompetanse.

vurdert opp mot felles læringsutbytte i Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanningene, som skal erstatte dagens rammeplaner (Kunnskapsdepar-

| Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk - Kunnskap | | 1: kan anvende faglig kunnskap og relevante resultater fra forsknings- og utviklingsarbeid på praktiske og teoretiske problemstillinger og treffe begrunnede valg | | | | |
|--|--|--|--|---|---|--|
| Arbeidsmodell: Kan anvende ressursorienterte, klientsentrerte og problemløsende ergoterapeutiske arbeidsmodeller i arbeid med individer, grupper og befolkningen generelt. | NTNU Bachelor i Ergoterapi 2015 H (Trondheim) | NTNU Bachelor i Ergoterapi 2015/2016 (Gjøvik) | UiT Bachelor i ergoterapi 2014/2015 (Tromsø) | VID Bachelor i ergoterapi 2012 (Sandnes) | HiOA Bachelor i ergoterapi 2015 (Oslo) | HVL Bachelor i ergoterapi 2014/2015 (Bergen) |
| | Kan resonnerere klinisk og anvende relevante og godt funderte arbeidsmodeller i ergoterapi; kartlegging, problemstilling, mål, tiltak og evaluering. | Utfører ergoterapi som bidrar til å fremme helse, muliggjøre aktivitet gjennom tilrettelegging for mestring av hverdagsaktiviteter. Dette gjelder helsefremmende, forebyggende, behandlende rehabiliterende og vedlikeholdende arbeid. | Resonnerer klinisk og anvende ergoterapeutisk arbeidsprosess i kartlegging og funksjonsvurdering, definere og prioritere mål, planlegge, gjennomføre og evaluere tiltak sammen med klienter, nærpå personer og samarbeidspartnere. | Anvende kartleggingsverktøy, analysere resultater og anvende aktivitet metodisk for å fremme brukers aktivitet og deltakelse. | Begrunne og dokumentere individers og grupperes rett til aktivitet og samfunnsdeltagelse Anvende kartleggingsverktøy, analysere resultater og anvende aktivitet metodisk for å fremme brukers aktivitet og deltakelse. | Kan anvende ressursorienterte, klientsentrerte og problemløsende arbeidsmodeller med vekt på å fremme helse og livskvalitet på individ- og samfunnsnivå. |

Tabell 2: Eksempel på kategorisering av LUBer.

tementet 2017). Vi vurderte at LUB for ergoterapeututdanning var innenfor rammene for læringsutbytte som er satt i den nye forskriften. Avslutningsvis ble LUB sendt på høring til alle ergoterapeututdanningene. Endelig godkjenning ble gjennomført på et møte i Nasjonalt profesjonsråd for ergoterapi og ortopediingeniørfag i april 2017.

RESULTAT

Resultatet gav oss felles læringsutbyttebeskrivelser på studieprogramnivå for alle bachelorutdanninger i ergoterapi i Norge. Vi endte opp med totalt 11 LUB på kunnskap, 15 på ferdighet og 7 på generell kompetanse. Se tabell 3.

KONKLUSJON

De nye felles læringsutbyttebeskrivelsene på studieprogramnivå gjør det tydeligere hva man forventer at studentene skal ha av kompetanse etter gjennomførte bachelorstudier i ergoterapi i Norge, uavhengig av studiested.

Veien videre? I vår ble ny forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger vedtatt (Kunnskapsdepartemen-

tet 2017, a). Høsten 2017 startet arbeidet med å utarbeide nasjonale retningslinjer for hver enkelt av grunnutdanningene i helse- og sosialfag (RETHOS) og Programgruppen for ergoterapeututdanning skal utarbeide nye retningslinjer for bachelorutdanningen i ergoterapi (Kunnskapsdepartementet, 2017, b). Programgruppen består av representanter fra ergoterapeututdanningene, praksis og studenter. Gruppen har fått tilsendt de nye felles læringsutbyttebeskrivelsene, og vi tenker at disse felles LUB kan være gode å ta utgangspunkt i når nye retningslinjer for ergoterapeututdanningen skal utarbeides. De nye nasjonale retningslinjene skal gjelde fra 2020.

Kilder

- Kunnskapsdepartementet (2011) Kvalifikasjonsrammeverket. Hentet 23.11.17 fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/utbyttebeskrivelser_kvalifikasjonsrammeverk_endelig_mars09.pdf
- Kunnskapsdepartementet (2017, a) Ny forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger.

Hentet 23.11.17 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/32eda0b38b8349e39e8ca18667b19890/forskrift-om-felles-rammeplan-for-helse--og-sosialfagutdanninger.pdf>

Kunnskapsdepartementet (2017, b): Utvikling av nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Hentet 23.11.17 fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/utdanning/hoyere-utdanning/utvikling-av-nasjonale-retningslinjer-for-helse--og-sosialfagutdanninge/id2569499/>

St.meld. 16 (2016–2017). Kultur for kvalitet i høyere utdanning. Hentet 27.11.2017 fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-16-20162017/id2536007/>

Rammeplan for ergoterapeututdanning (2005) Hentet 27.11.17 fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269372-rammeplan_for_ergoterapeut_05.pdf

Studieprogram fra alle bachelorutdanninger i Norge

WFOT Minimum Standards for Occupational Therapy Education. 2016) Hentet 27.11.17 fra: <https://www.mailmens.nl/files/21072349/copyrighted+world+federati-on+of+occupational+therapists+minimum+standards+for+the+education+of+occupational+therapist-s+2016a.pdf>



10 gode grunner til å bli medlem

Aktivitet og deltakelse for alle.
Bli medlem!


ergoterapeutene

NASJONALT KVALIFIKASJONSRAMMEVERK – KUNNSKAP

Nivå 6. bachelor (1. syklus)

- har bred kunnskap om hvordan samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser påvirker daglig aktivitetsutførelse, sosial deltakelse, helse og livskvalitet gjennom livsløpet.
- har bred kunnskap om aktivitetsvitenskap og sentrale aktivitetsteorier og -modeller i ergoterapi med fokus på menneskers aktivitet og deltakelse på person-, gruppe- og systemnivå.
- kan begrunne ergoterapeuters profesjonsutøvelse innen helsefremmende, forebyggende, habiliterende, rehabiliterende, behandlende, veiledende og rådgivende virksomhet.
- har kunnskap fra humanbiologi, medisin, psykologi, pedagogikk, humanistisk vitenskap, samfunnsvitenskap og teknologi i utøvelsen av ergoterapi.
- kjenner til forskning og utviklingsarbeid innen ergoterapi, aktivitetsvitenskap og nærliggende fagområder.
- har kunnskap om ledelse, utviklings- og innovasjonsprosesser som kan anvendes i ergoterapi.
- kan oppdatere egen kunnskap innenfor ergoterapi og nærliggende fagområder.
- kan oppdatere egen kunnskap om lokale, nasjonale og globale helse- og miljøutfordringer i et multikulturelt samfunn.
- kan oppdatere egen kunnskap om pågående satsingsområder, slik som velferdsteknologi og universell utforming i utøvelsen av ergoterapi.
- har kunnskap om ergoterapifagets historie, utvikling, egenart og plass i samfunnet.
- har kunnskap om forvaltningsnivåer, beslutningsstrukturer, lovverk og relevante politiske føringer i norsk helse- og velferdstjeneste.

NASJONALT KVALIFIKASJONSRAMMEVERK - FERDIGHET

Nivå 6. bachelor (1. syklus)

- kan anvende ressursorienterte, personsentrerte og problemløsende ergoterapeutiske arbeidsmodeller og redskaper i samarbeid med personer, grupper og befolkningen.
- kan anvende ulike intervensjonsmetoder for å fremme aktivitet og deltakelse.
- kan anvende brukerkunnskap, erfaringskunnskap og forskningskunnskap som grunnlag for valg av tiltak.
- kan ta initiativ til og samhandler tverrprofesjonelt og -sektorielt, samt evner å løfte fram ergoterapifaglig kompetanse i slik sammenheng.
- kan resonnere terapeutisk og handle praktisk ved å ta i bruk sine kunnskaper knyttet til tjenestemottakers behov.
- kan samhandle i en terapeutisk relasjon, anvende personens og pårørendes erfaringskompetanse samt kunnskap om inkludering i planlegging og gjennomføring av ergoterapitjenester.
- viser seg skikket i utøvelsen av ergoterapi ved å møte mennesker med empati og respekt, opptre selvreflektert, utøve profesjonell atferd og etisk forsvarlig praksis.
- kan arbeide kunnskapsbasert, reflektere over egne lærebehov og kunnskap for å kvalitetssikre og utvikle egen fagkompetanse og yrkesutøvelse.
- har kunnskap og metoder om å holde seg oppdatert og forholde seg til endringer i fremtidens helsetjenester og fagets kunnskapsutvikling.
- kan finne fram til, sette seg inn i og henvise korrekt til relevant faglitteratur.
- kan begrunne, dokumentere, formidle og undervise om ergoterapi.
- kan gjennomføre prosjekter, innovasjon og evalueringer tilknyttet ergoterapi.
- kan anvende aktivitetsanalyser, funksjonsvurderinger, risikoanalyser og kreative prosesser for å tilrettelegge for meningsfull aktivitet og fremme helse på person-, gruppe- og samfunnsnivå.
- kan beherske intervensjon og tilrettelegging for mestring av daglige aktiviteter på person-, gruppe- og samfunnsnivå.
- kan anvende International Classification Framework (ICF) som forståelsesramme og kommunikasjonsrammeverk i tverrprofesjonell samhandling.

NASJONALT KVALIFIKASJONSRAMMEVERK - GENERELL KOMPETANSE

Nivå 6. bachelor (1. syklus)

- kan følge yrkesetiske retningslinjer og relevant lovverk for utøvelsen av ergoterapi.
- kan argumentere for tjenester og iverksette tiltak med utgangspunkt i menneskerettigheter, retten til aktivitet og deltakelse, verdier som kulturelt mangfold og et inkluderende samfunn.
- kan samarbeide med tjenestemottakere, pårørende, andre profesjoner og aktuelle samarbeidspartnere i planlegging og gjennomføring av arbeidsoppgaver og prosjekter.
- kan formidle og undervise om praktisk kunnskap, teorier og forsknings- og utviklingsarbeid i ergoterapi skriftlig, muntlig eller ved bruk av andre relevante uttrykksmåter.
- kan granske helsetjenesten og ergoterapi relatert til brukermidvirkning, kvalitetsforbedring og implementering av ny kunnskap i tjenestetilbud og fagutøvelse.
- har kunnskap om ulike profesjoner innen helse- og velferdstjenestene og anerkjenner betydningen av tverrprofesjonelt samarbeid.
- kjenner til nytenkning, utviser kreativitet og anvender verktøy som benyttes i innovasjon og entreprenørskap i utvikling av ergoterapi.

Tabell 3: Felles LUB på studieprogramnivå for alle bachelorutdanninger i Norge.

Verdien (av) inkludering i ergoterapien

Jeg ble invitert til den norske fagkongressen i ergoterapi i 2017 for å snakke om inkludering. Jeg kunne lite om ergoterapi på forhånd, men det var visst ikke så viktig for arrangørene. De ville ha meg med uansett. Kanskje følte de et behov for å inkludere utenforstående. Et gjennomgangstema for ergoterapeuter synes nemlig å være at man jobber for inkludering. Det høres bra ut i mine ører.

Av Berge Solberg



Berge Solberg er professor i medisinsk etikk ved DMF, og hovedansvarlig for undervisningen i medisinsk etikk ved medisinstudiet på NTNU.

E-post: berge.solberg@ntnu.no

Men som filosof har jeg lært meg alltid å undre meg over det som høres bra ut. Hvorfor synes jeg egentlig inkludering er så gjevt? Er det alltid like gjevt? Og går vi mot et samfunn hvor folk blir mer eller mindre inkludert? Slike overordnede spørsmål kan det være nyttig å reflektere over – i det minste en gang i året på fagkongress.

VERDIEN INKLUDERING HENGER HØYT

Å snakke om *verdien* inkludering, forutsetter kanskje at vi tar oss tid til å reflektere over hva verdier egentlig er. Man skal passe seg, for slike debatter kan fort bli følelsesladde. Vi så det sommeren 2017 da politikerne sloss om å definere norske verdier. Kaffe, brunost og vafler kom høyt på listen hos noen, kristendom (men ikke for mye kristendom) og pilegrimsvandring kom høyt på listen hos andre. Verdidebatter kan fort ta mange retninger.

Det som etter min mening bør stå sentralt i en definisjon av verdier, er at verdier er noe vi setter pris på, noe vi synes er bra. Men om vi stoppet der, ville mye kunne falle inn under verdi-begrepet som kanskje ikke hører hjemme der: Sydenturer om vinteren, gode kjøreegenskaper på bilen, høy lønn og ikke minst vafler og brunost. Alt dette kunne være

eksempler på ting mange nordmenn setter pris på. Men dermed er det ikke sagt at vi oppfatter disse tingene som verdier. Det at jeg liker biler med god kjørekomfort, er ikke nødvendigvis en preferanse jeg beundrer eller setter høyt. Kanskje jeg til og med forakter den som et uttrykk for en altfor sterk materialisme.

Verdier har altså det kjennetegnet at vi ikke bare verdsetter X, men at vi også verdsetter at vi verdsetter X. Det er der vi innser at det er en forskjell på brunost og inkludering. Inkludering er en ekte verdi fordi det ikke bare handler om noe vi liker eller setter pris på, men også om at vi vurderer vår preferanse for inkludering som en svært høyverdig, respektabel og beundringsverdig preferanse. Det er intet galt med brunost, og mange av oss liker det veldig godt, men få vil vurdere preferansen for brunost som beundringsverdig. Inkludering som verdi, er dermed knyttet til det man i filosofien vil kalle 2. ordens vurderinger. Inkludering henger høyt når vi vurderer våre vurderinger.

INKLUDERING - DEN VIKTIGSTE VERDIEN VI HAR?

Vi har slått fast at inkludering er en ekte verdi, i motsetning til vafler og brunost. Jeg vil nå gå et steg lenger ved å påstå at inkludering trolig er den viktigste verdien vi har. Om vi bare fikk lov til å velge én eneste verdi som samfunnet skulle bygge på, så burde det være denne. Hvordan kan jeg påstå det?

En innfallsvinkel til dette går gjennom en av mine faglige disipliner, medisinsk forskningsetikk. Historien om forskningsetikken er, i likhet med historien generelt, en historie om ekskludering. Det spesielle med forskningsetikken er imidlertid at den gjerne har som sitt naturlige referansepunkt grusomhetene som ble begått i forskningens navn under andre verdenskrig. I all etertid har man stilt seg spørsmålet hvordan dette var mulig. Samtidig viste etertiden at det var fullt mulig å begå nye overgrep i forskningens navn. Utviklingshemmede barn, etniske minoriteter, fattige svarte mennesker, innsatte i fengsler og en rekke andre grupper har etter 2. verdenskrig blitt utsatt for større eller mindre grad av overgrep i forskningssammenheng. Gradvis har det skjedd en radikal endring av både lovverk og kultur på dette feltet. I dag defineres mange av disse gruppene som «sårbare grupper», og det er strenge regler for hvordan man kan forske på dem. Hvordan kunne overgrepene skje, og hva har endret seg?

En billedlig forklaring på hvordan vi mennesker tenker moral, får vi ved å tegne en sirkel. Innenfor

sirkelen befinner alle de seg som er «sånn som oss». Disse vil vi behandle med respekt, se på som likeverdige og generelt tenke at vi står i et gjensidig og symmetrisk forhold til. Når jeg tidligere sa at vår historie er historien om ekskludering, så er det fordi det historisk sett er svært mange grupper som har stått utenfor denne sirkelen. Selv i demokratiets vugge i Athen i antikken, hvor man hadde denne flotte ideen om at man var frie og like, så gjaldt dette bare noen få, utvalgte menn – ikke kvinner, ikke slaver, ikke barn. De var utenfor sirkelen, de telte ikke på samme måte som de innenfor sirkelen, og man kunne da også tillate seg å gjøre ting mot disse som man ikke ville finne på å gjøre mot de innenfor. I Nazi-Tyskland var det jødene, homofile, funksjonshemmede og en rekke andre minoriteter som befant seg langt utenfor sirkelen. De var ekskludert fra det moralske fellesskapet.

Gradvis har vi sett en utvikling i moderne tid hvor moralsirkelen har blitt utvidet. Filosofen Peter Singer snakker om «the expanding circle». Grupper som ikke var «som oss», har sakte, men sikkert blitt omdefinert og har fått plass innenfor sirkelen (Singer 2011). De har blitt inkludert i stedet for ekskludert, fordi man har sett at det ikke er mulig å rettferdiggjøre en forskjellsbehandling mellom de utenfor og de innenfor. Det har vært en seiersgang for tanken om at «alle teller». I den moderne, vestlige verden i dag er det offisielt sett bare én gruppe som fremdeles står utenfor moralsirkelen, og det er dyrene. Singers visjon er at kanskje dyrene også en dag innlemmes, men dette er et kontroversielt standpunkt.

Historien kan leses på mange måter. Noen vil si at vi i moderne tid har fått ideen om menneskerettigheter. Noen vil peke på ideen om menneskeverd. Men alle samfunn har til alle tider behandlet en del av medlemmene skikkelig og som likeverdige. Problemet er at det alltid har vært noen som ikke telte på samme måte som andre. Noen var liksom så mye likere enn andre. Verdien inkludering er en fantastisk bra verdi, fordi den så spesifikt peker på akkurat denne utfordringen – at alle teller.

INKLUDERING I HANDLING - OM DELTAKELSE

Inkludering er en flott verdi, ikke bare fordi idealet er gjevt, men fordi verdien kan omsettes til handling. I mange år ledet jeg breddefotballklubben «Trond» i Trondheim, og som så mange andre fotballklubber i Norge hadde denne «inkludering» som en av sine kjerneverdier. Til å begynne med var jeg skeptisk til slike fine ord som slenges opp på en hjemmeside,



Inkludering er et fint ord, men det er i selve deltakelsen det settes på prøve. Inkludering koker ned til om funksjonshemmende barrierer er forsøkt bygget ned, og om forholdene er lagt til rette for å delta der andre deltar.

men etter hvert så jeg hvor motiverende og anvendbart idealet var. Det kunne omsettes til regler om spilletid, til diskusjoner rundt nivå-differensiering, uttak, organisering av sommercuper, og så videre. Det ga retning for hvordan vi ønsket at enhver spiller i klubben skulle kunne *delta* på sine premisser, og dermed for hvordan aktiviteten burde utformes.

Det er nettopp dette ergoterapeutene har skjönt – at inkludering handler om hvordan man deltar. Om inkludering er en fantastisk verdi, så er fokuset på deltakelse enda bedre. Det hjelper fint lite om alle bekjenner seg til verdien inkludering, dersom man reelt sett er ekskludert fra å delta i fellesskapet av «inkluderende» mennesker. En gammel NOU fra 2001 som jeg alltid har likt tittelen på, «Fra bruker til borger, En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer» nevner «inkludering» hele 24 ganger (NOU2001:22). Det er så mye at man skjønner at det er viktig. Men «deltakelse» nevnes hele 297 ganger! Og nettopp dette forholdet synes å være perfekt. Inkludering er et fint ord, men det er i selve deltakelsen det settes på prøve. Inkludering koker ned til om funksjonshemmende barrierer er forsøkt bygget ned, og om forholdene er lagt til rette for å delta der andre deltar.

FØRSTEPERSONSPERSPEKTIVET OG MÅTEN MAN DELTAR PÅ

Om inkludering er bra og deltakelse enda bedre, så gjenstår likevel et spørsmål om hva deltakelse innebærer. Ikke alle kan delta i alle aktiviteter. Funksjonshemming, aldring, sykdom eller andre ting kan ikke bare «oppheves» med en god tilrettelegging. Ergoterapeutene svarer på dette, så vidt jeg har skjönt, ved å snakke om mestring og ressurser. Det virker fornuftig.

Kartlegging av den enkeltes ressurser er avgjørende for å kunne danne seg et bilde av hva som skal til for å oppnå mestring. Kartlegging av den enkeltes ønsker og mål er avgjørende for å danne seg et bilde av i hvilken retning man skal prioritere innsatsen. I ergoterapien snakker man om dette som en «personsentrert» tilnærming. I moderne biomedisin basert på genetikk og genomikk, snakker man også om at man driver med «persontilpasset» og «personsentrert» («personalised») medisin. Men der den siste gruppen tøyser personbegrepet i overkant langt, har ergoterapeutene i høyeste grad sine ord i behold. Det persontilpassede og personsentrerte er nettopp det som tar inn og opp i seg hvordan verden ser ut fra den enkeltes perspektiv. I filosofien

kaller vi gjerne dette for førstepersonsperspektivet, og den norske filosofen Hans Skjervheim har vært en varm talsperson for dette perspektivet.

Å innta førstepersonsperspektivet handler i bunn og grunn om å forstå et annet menneske. Sånn sett er det nært forbundet med empati. Empatiske mennesker har en evne til å kunne forstå hvordan andre mennesker opplever, føler og tenker om verden. Alternativet til et førstepersonsperspektiv er et tredjepersonsperspektiv – et slags tilskuerperspektiv, ville Skjervheim ha sagt (Skjervheim 1996). Da mener man at omveien om hovedpersonens perspektiv er unødvendig. Faren med et tredjepersonsperspektiv er at man ikke treffer godt. Et annet uttrykk for dette er å tre løsninger ned over hodet på andre. Vi må vite noe om hvor et menneske er, hvor det ønsker å være, og hva slags ressurser det har for å komme dit, før vi er i stand til å si noe om løsninger.

I gamle dager mente man å vite hva et godt liv for alle mennesker var. Filosofene har vært de fremste til å mene at de visste det. Platon mente for eksempel at det kontemplative livet – altså det reflekterende og filosoferende livet – var det aller beste av dem alle. Aristoteles var i tvil og lurte på om kanskje det politiske livet kunne være vel så godt. Mange vil nok tvile på det svaret i dag, og være lykkelige over at de ikke er politikere.

I denne filosofiske tradisjonen, som jakter på essensen i det gode liv, uttalte nylig filosofstipendiaten Axel Braanen Sterri at mennesker med Downs syndrom aldri kunne leve et fullverdig liv (Sørvig 2017). Den uttalelsen avstedkom i underkant av 300 kritiske avisinnlegg om temaet. Downs syndrom har jo paradoksalt nok blitt kalt mulighetenes syndrom i moderne tid (Lofterød 1997). Sterris poeng var at mange av de aktivitetene som filosofer som Platon og Aristoteles har verdsatt høyt som del av det gode liv, eksempelvis deltakelse i den politiske samtalen i et samfunn, ikke er mulig å delta i for mennesker med Downs syndrom.

Ergoterapeutenes forståelse av det gode liv vil trolig ha et mer subjektivt preg enn det Sterri la opp til. En ergoterapeut vil kartlegge ressurser som kan muliggjøre deltakelse og mestring. Det åpner sånn sett for mange subjektive forståelser av hvordan et godt liv kan leves. Ergoterapeutens forståelse av det gode liv vil derfor kunne hevdes å være mer inkluderende enn det som kom ut av den filosofiske øvelsen Sterri prøvde seg på.

Men også ergoterapeuten synes å måtte ha noen ideer om det gode liv som ligger fast. Siden inklude-

ring, deltakelse og mestring representerer ergoterapiens verdigrunnlag, så synes man nesten forpliktet til å måtte mene at å leve et liv hvor man blir inkludert, er bedre enn å leve et liv hvor man blir ekskludert. Et liv hvor man deltar, synes å måtte fremstå som bedre enn et liv hvor man ikke deltar. Og et liv hvor man mestrer, synes å måtte vurderes som bedre enn et liv hvor man ikke mestrer. Ergoterapeuter har sånn sett, i likhet med en rekke filosofer, noen tanker om hva det gode liv består av, og hvordan det ser ut: Det gode liv er det deltakende livet! Er dette på noen som helst måte etisk problematisk?

DET GODE LIV SOM DELTAKELSE - HVA MED DEM SOM IKKE VIL DELTA?

Utfordringen med å sette likhetstegn mellom det gode liv og det deltakende livet er at ikke alle ønsker å delta. I ergoterapien kan det bety brukere som ikke ønsker å ta de skrittene som skal til for å oppnå en større grad av mestring og deltakelse i et eller annet fellesskap. Hva om brukeren ikke vil bli bedre, er et spørsmål som Kjersti Helene Haarr og mange med henne har stilt (Haarr 2013).

En liten historie kan illustrere dilemmaet. En gutt med autisme har fått hjelp til å tilrettelegge skolehverdagen med en rekke hjelpemidler og strategier for å oppnå økt grad av mestring, deltakelse og inklusjon. En dag kommenterer gutten til læreren at når han i friminuttet får øye på læreren, så husker han på at han må leke sammen med de andre elevene.. Åpenbart trives gutten godt i eget selskap. Er det da riktig å holde frem deltakelse som essensen i det gode liv?

Ergoterapeutenes forståelse av det gode liv som det deltakende liv må sies å være inkluderende og tolererende. Det er nemlig ikke gitt et fasitsvar på hva deltakelse går ut på. Man er opptatt av at nettopp brukerens ønsker og ressurser skal danne grunnlaget for deltakelsen. Kjersti Haarr sier i sin artikkel at «..spørsmålet blir ikke om [brukeren] er motivert, men heller hva han er motivert for?» (Haarr 2013). Går man inn i førstepersonsperspektivet, vil man trolig alltid finne noe å bygge en tilpasset aktivitet og deltakelse på.

Trolig kommer man langt med denne pragmatiske og konstruktive tilnærmingen. Men helt i mål kommer man ikke. Det er nemlig mulig å tenke seg at det kan være en reell motsetning her. Hvor ivrig skal man da være i å fremheve deltakelse på et eller annet nivå som idealet for alle?

Det ligger selvfølgelig en fare i å tro at man vet

bedre enn andre hva som er best for dem. Men vi står også i fare for å miste retningsansen om man som profesjon eller samfunn ikke holder fast på sine tanker om godt og rett. Om en bruker selv ikke ser at en eller annen form for deltakelse på fellesskapsarenaer er bedre enn passivitet og tilbaketrekning, så kanskje han trenger litt hjelp til å få øye på det. Det må i så fall gjøres med varsomhet og respekt. Men det å ha et verdigrunnlag innebærer å tro på at noe er rett og godt, ikke bare for en selv, men også for andre. Verdiene fungerer som kompass for retningen vi ønsker å gå i. Inkludering og deltakelse er ikke bare fundamentale verdier for ergoterapeuter, men også for samfunnet i sin helhet. Hele politikken rundt universell utforming er bygd på en idé om at deltakelse og aktivitet er bedre enn tilbaketrekning og passivitet. Idealet er at brukere myndiggjøres, mestrer og deltar og dermed blir til borgere. Idealet må som sagt utøves med forsiktighet og omsorg. Men vi har trolig ikke noe bedre alternativ som kan erstatte det.

INKLUDERING SOM IKKE INKLUDERER

Jeg refererte til Singers bok *The expanding circle* og hvordan det synes å være et moderne utviklingstrekk at mennesker som før ikke «telte», nå regnes som «en av oss». Men dette er bare ett av mange utviklingstrekk. Andre trekk som peker i andre retninger, er eksempelvis et stadig større prestasjonsfokus i skole og samfunn. Elevene begynner på skolen ett år tidligere nå enn for noen tiår tilbake, de har lengre skoledager, de har mer fokus på basisfag, og de har mindre innslag av valgfag og generelt ikke-akademiske fag. I seg selv har det vært spekulert på om dette bidrar til større mestringsproblemer for halve befolkningen – det vil si guttene, og et utvalg (med Camilla Stoltenberg i spissen) jobber nå for å se nærmere på slike sammenhenger. Men uansett er det åpenbart at denne «kunnskapsskolen» er en krevende arena å delta på for elever med visse typer funksjonsnedsettelse.

Med henvisning til boka *Oppvekst med funksjonshemmede – Familie, livsløp og overganger* oppsummerte nylig redaktørene Jan Tøssebro og Christian Wendelbo erfaringene fra de store reformene på nittitallet som skulle motvirke segregering av barn (Jacobsen 2016). Idealet om inkludering sto sterkt på nittitallet. Men så kom PISA-sjokket og tok oss, sier Tøssebro, og gapet mellom forutsetningene hos en del av elevene og prestasjonstrykket økte. Løsningen på mange skoler er å ta elever med

utviklingshemming eller sammensatte vansker mer og mer ut av timene. De blir mindre og mindre inkludert, hevdes det.

«Inkludering eller spesialskole» er overskriften på en hjemmeside for foreldre til funksjonshemmede barn (HBF 2017). Overskriften er interessant, fordi den synes å utelukke at det kan ligge mye god inkludering også i en spesialskole. Samtidig er foreldrene veldig tydelige på at de ikke ønsker «liksom-inkludering». Debatten om hvordan man skal få til reell inkludering og reell deltakelse av dem med de tyngste funksjonsnedsettelsene, er krevende. Jeg har ingen gode svar. Jeg bare konstaterer at det finnes foreldre som også mener barna deres blir ekskludert ved å være «inkludert» i den vanlige skolesituasjonen (se for eksempel Samuelsen 2011). Men et sted å starte er i alle fall at man fokuserer på *reell* inkludering, reell mestring og *reell* deltakelse, som foreldrene her er opptatt av. Og da må man ned på et praktisk plan, hvor ergoterapeutene har en avgjørende rolle å spille gjennom kartlegging av ressurser og tilrettelegging for reell deltakelse.

Reell inkludering og ikke «liksom-inkludering» må alltid være målet. En intensjon om inkludering er ikke nok for å oppnå inkludering. «Veien til helvete er brolagt med gode intensjoner», heter det i et kjent ordtak. Antatte konsekvenser av våre valg og handlinger må også tas i betraktning. Den samme problematikken finner man igjen på mange praksisfelt – ikke minst også i barne- og ungdoms fotballen. Inkludering kunne i breddefotballklubben bety lik spilletid, ingen nivåforskjelling, alle for én og én for alle. Men dette kunne også innebære «liksom-inkludering», ettersom ferdighetene kunne være så veldig ulike, og de svakeste spillerne kunne oppleve seg som rundingsbøyer for de sterkeste, med svært lite mestringfølelse som resultat. Inkludering på papiret var fint lite verdt, dersom det ikke ledet til inkludering i praksis. Dermed så vi at det kunne ligge mye god inkludering i en forsiktig nivåforskjelling hvor man kunne føle mestring på ulike nivåer, og hvor man samtidig sørget for tilhørighet til gruppen som helhet. Inkluderingsidealet må alltid fortolkes i den konkrete konteksten.

En annen måte å si dette på – og som ergoterapeuter trolig ville ha sagt det – er at fokuset bør ligge på deltakelse fremfor på omsorg. Omsorg er flott og gjevt, men kan ha den uheldige effekten at den passiviserer og stakkarliggjør i stedet for å stimulere til mestring gjennom deltakelse. Kjersti Vik påpekte nettopp dette som et viktig funn fra

et forskningsprosjekt på eldre i Trondheim (Røsjø 2014). Hva kommunen kan tilby, blir mer avgjørende enn hva eldre selv mener de behøver for å kunne delta på ønskede arenaer. En annen forsker i prosjektet, Aud Elizabeth Witsø, uttalte dette i et intervju: «I dag er det en tendens til at en gammel mann som trenger hjelp til den ukentlige husvasken, også får tilbud om trygghetsalarm og dagsenter. Våre eldre informanter etterspurte faktisk ikke dagsenter, men derimot mulighet for flere drosjekuponger og bedre bussforbindelse. Da kan det bli mulig for dem å fortsette med kjente aktiviteter.» Fokus på deltakelse bidrar til reell inkludering.

KONKLUSJON

Inkludering, deltakelse og personsentrert tilnærming er alle sentrale stikkord for ergoterapeutens arbeid. De peker på en fascinerende dyp etisk og teoretisk plattform for dette yrket som paradoksalt nok jobber mye med praktiske og tekniske løsninger. Inkludering er en ekstremt relevant verdi på så å si alle banehalvdeler, for å bruke fotballspråket. Den gjør en forskjell når mye står på spill. Ergoterapeuter er heldige som konkret kan jobbe med realiseringen av en så viktig verdi. Gode og tydelige verdier motiverer. Jo mer man tenker på dem, desto mer kraft får de. Tenk derfor mye på inkludering!

Litteratur

- Haarr KH (2013). Etske dilemmaer ved hverdagsrehabilitering. Ergoterapeuten 2/13
- HBF (2017). Handicappede barns foreldreforening. Nettsted. Lastet ned nov 2017. <http://www.hbf.no/utdanning/inkludering-eller-spesialskole/>
- Jacobsen SE (2016). «Funksjonshemmede unge faller mer og mer utenfor». Forskning.no. 30/3-2016
- Lofterød B (1997). Down syndrom - mulighetenes syndrom. I: Ruud og Nilsson (red.), Hver for seg små – sammen store. Oslo: Smågruppesenteret, Rikshospitalet, 1997
- NOU (2001:22). Fra bruker til borger – en strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.
- Røsjø B (2014). Gamle, skrøpelige og selvstendige. Forskningsrådet. Forskningsradet.no, 4/6-2014
- Samuelsen RJ (2011). «Christina passer ikke inn i skolen», Aftenposten 19/10-2011.
- Singer P (2011). The expanding circle. Ethics, evolution and moral progress. Princeton: Princeton University Press.
- Skjervheim H (1996). Deltakar og tilskodar og andre essays. Oslo: Aschehoug forlag.
- Sørvig ØS (2017). «Jeg var abortmotstander i ett år». Intervju med Axel Braanen Sterri. Minerva, 2/4-2017.

Bedring og mestring fra rus og psykiske vansker?

Sagatun er et knutepunkt for recovery og jobber både på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå. Aktivitet, sosialt fellesskap og mestring står i fokus på Sagatun. Vi er til for mennesker med ulike livsutfordringer som ønsker å jobbe sammen med andre for å få en bedre hverdag og livskvalitet. Tilbudet er rusfritt.

Av Kårhild Husom Løken



Kårhild Husom Løken er ergoterapeut og daglig leder på Sagatun Brukerstyrt Senter på Hamar.

Sagatuns aktiviteter bygger på empowerment og recovery; å styrke

brukeren til en aktiv rolle i eget liv gjennom kunnskap, kraft og mestring. Gjennom en serie verksteder har vi utforsket begrepet recovery og hva det egentlig betyr, slik brukerne vil definere det. I denne artikkelen og i foredraget mitt på Ergoterapikongressen i november vil jeg dele noe av det vi i fellesskap har kommet fram til.

RECOVERY SOM BEDRING

Recovery kan brukes om bedring som oppstår spontant, eller om bedring som følge av virksomme behandlingstiltak. Det sentrale i vår forståelse av recovery er at det handler om å skape seg et bedre liv selv om man fortsatt har symptomer og funksjonssvikt, men hvor man bærer håpet og ambisjonen om å leve et godt og meningsfullt liv likevel. Det er viktig å se mulighetene og ikke hindringene, slik denne brukeren beskrev det:

«Man må ikke være så opptatt av å søke seg tilbake slik livet var før problemene oppsto,

men man må våge å strekke seg etter å skape noe nytt».

Recovery handler både om en personlig prosess, en mellommenneskelig prosess, en sosial prosess og en åndelig eller spirituell prosess. Det er viktig å få den hjelpen man trenger fra hjelpeapparatet, og selve grunnmuren i hjelperelasjonen må være menneskeverdet og pasient- og brukerrettighetene. Det er med andre ord brukeren som må være skipper på skuta, og hjelpeapparater må fungere som gode losere.

MENING I HVERDAGEN

Det er en krevende prosess å komme seg fra rusproblemer og store psykiske vansker, og det er en forutsetning at man selv er aktiv i prosessen. Svarene fra brukerne gjenspeiler at det er livet og hverdagen som er viktig for opplevelsen av bedring. Særlig det å ha noe å gå til og det å få mening i hverdagen blir understreket. Mange snakker om det å ha levd mye alene med innholdsløse dager, med eller uten rus, etter at de havnet utenfor arbeidslivet.

Så det å bygge opp en helt ny meningsfylt hverdag og få tilbake verdien i livet er veldig viktig. Det sentrale i bedring er følelsen av mestring, at du har større kontroll og på sett og vis gjenerobrer eget liv. Ifølge Aron Antonovsky (1996) er det å oppleve livet som meningsfullt en av de viktigste faktorene som fremmer helse. Det å engasjere seg i aktiviteter sammen med andre, der man kan gjenoppta tidligere interesser, få drive med noe man er god på eller lære noe nytt, har stor betydning for å finne meningen i livet.

Sagatun tilbyr et bredt mangfold av aktiviteter innenfor musikk, kreativitet, fysisk aktivitet og friluftsliv, sosiale og kulturelle aktiviteter og kurs, refleksjonsgrupper og temadager. Brukerne påpeker at de selv har stor innflytelse på det som skjer, og at de får best utbytte av tilbudet ved å være aktive selv. Mange beskriver aktivitetstilbudet som noe verdifullt som fyller et tomrom de har fått som ufør eller syk. Det å få drive med noe man interesserer seg for, gir livslyst og motivasjon til å stå opp:

«Jeg var jo sånn at jeg tvang meg opp om morgenen for å, var så trøtt at jeg ikke stod på bena, men så kom jeg meg på bandrommet og fikk gitaren mellom hendene, så var det litt sånn verdt det, da. Det er noe nytt for meg, egentlig, at jeg står opp så tidlig for å øve.»

«Det som har gjort ting enklere for meg, er at en føler at en er en del av noe. Fordi når man er ufør, så går man hjemme, og da er det fryktelig vanskelig å komme seg ut. Og da å komme hit og... på Kreativt verksted da, for eksempel, ha det faste, det faste holdpunktet, og da være trygg på de



Sagatun Brukerstyrt Senter er et av seks regionale brukerstyrte senter i Norge. Vi holder til på Hamar og gir tilbud både lokalt og regionalt. Målgruppen er mennesker med utfordringer innen psykisk helse og rus, men senteret er åpent for alle.

som er der... å gjøre noe som jeg liker, så det gir jo litt, da.»

alene, men det blir liksom så ensomt for min del.»

SOSIAL TILHØRIGHET

Recovery handler også om å få et sosialt fellesskap og et miljø der man hører til, som gjør at man blir stolt og klarer å gjøre mer enn man kan alene. Det å ha tilhørighet og være en del av flokken, gjør at en føler seg verdsatt, at man er «innafør», og at man får støtte og tilbakemeldinger som gjør at man vokser. Brukerne forteller at fellesskapet og det å arbeide sammen med andre mennesker gir andre perspektiver på egne problemer, og at det styrker selvtilliten og fører til nye personlige mål. Det gir håp og gode forutsetninger for fremgang i en bedringsprosess.

«Vi er jo sosiale skapninger alle sammen. Og jeg tror det er noe Sagatun tilbyr bedre enn alt annet innenfor det markedet her, et sted en kan føle tilhørighet.»

«Det at man gjør noe i samspill med andre som man kan være stolt av. Trenger den følelsen av å kunne reise seg litt, å få til ting. En ting er jo å få til ting

MENINGSFULL AKTIVITET

Betydningen av meningsfull aktivitet, tilhørighet, mening og mestring blir trukket fram av mange brukere og av forskere som vesentlige elementer for en god bedringsprosess. Jeg finner mange likhetspunkter mellom en bruker- og ressursorientert forståelse av recovery og ergoterapiens verdigrunnlag og yrkesutøvelse. Det brukerne har sagt om tilbudet på Sagatun og betydningen av å være i aktivitet – å delta i et sosialt fellesskap, bety noe for noen, ha et sted å høre til, engasjere seg i noe som er meningsfullt – alt dette er for meg kjernen i ergoterapi. Jeg lurer derfor på hvorfor det ikke er mange flere ergoterapeuter som jobber innen rus- og psykisk helsefeltet. Det håper jeg at jeg kan inspirere til!

Du kan lese mer om Sagatun på www.sagatun.no. Der finner du også rapporten «Skipper og los på samme skute».

«Ellinor og de andre»

Denne forelesningen handlet om Ellinor og de andre. Ellinor hadde Downs syndrom, og ville ha vært 73 år om hun hadde levd i dag. Hun vokste opp på et lite småbruk i Hedmark fylke og hadde ikke kontakt med det offentlige før moren ble syk da Ellinor var voksen.

Av Eva Magnus



Eva Magnus er førsteamanuensis ved ergoterapeututdanningen ved Institutt for helsevitenskap ved NTNU.

Eva Magnus holdt æresforelesningen under den norske kongressen i ergoterapi i 2017.

Mitt spørsmål var hvordan hverdagen til Ellinor ville ha vært om hun hadde vokst opp i dag. «Ellinor og de andre» er i denne sammenhengen personer som av ulike årsaker har utfordringer med deltakelse i hverdagslivet slik de ønsker det.

Ergoterapeuter fremmer deltakelse og inkludering i hverdagslivet, utvikler menneskets mestring, tilrettelegger aktiviteter og endrer omgivelser. Dette innebærer at ergoterapeuter bidrar til å møte både nasjonale og internasjonale visjoner og konvensjoner om mennesker med funksjonsnedsettelse. Vi skal arbeide kunnskapsbasert, noe som innebærer å bruke erfaringsbasert kunnskap fra praksis, brukerkunnskap og forskning. Det er fortsatt behov for mer forskning om hvordan hverdagen leves og erfares for ulike grupper som erfarer funksjonsnedsettelse. Hverdagen kan studeres på mange måter, som ved bruk av metoder som Photovoice (Wang & Burris 1997) og den tidsgeografiske dagboksmetoden

(Ellegård & Nordell 1997). Begge er deltakerorienterte og vektlegger myndiggjøring av dem som deltar. Jeg mener at begge metodene også har potensial til bruk i ergoterapeutisk praksis.

Både ergoterapeuter og andre faggrupper forsker på hverdagen, deltakelse og inkludering, hvor ergoterapeuter har et særlig blikk på de aktivitetene individet gjør eller ønsker å gjøre. Jeg valgte å henvise til forskning som er gjort av mine kollegaer og meg selv, og særlig innenfor forskergruppen Aktivitet og deltakelse, som har til hensikt å øke den forskningsbaserte kunnskapen om nettopp aktivitet og deltakelse. Forskergruppen har blant annet skrevet en antologi om deltakelse (Eide, Josephsson og Vik, 2017), som belyser begrepet fra mange perspektiv. Jeg trakk også fram noe av den kunnskapen som er utviklet ved Senter for helsefremmende forskning ved NTNU, og folkehelseprosjektet som har resultert i Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid (Lillefjell m.fl. 2017). Modellen viser blant annet



Hvordan ville hverdagen til Ellinor ha vært, om hun hadde vokst opp i dag?

hvordan man i en kommune kan arbeide med inkludering av ulike grupper i utvikling av kunnskapsbaserte folkehelseiltak.

Om å fortelle eller ikke. Jeg dvelte ved tematikken som mange av oss møter i praksis, i eget liv og i forskning, og som handler om de forhandlinger mennesker gjør knyttet til spørsmålet om å skulle fortelle om en funksjonsnedsettelse eller ikke. I mange situasjoner, som på arbeid, i en studiesituasjon eller blant venner og bekjente, kan det være nødvendig å informere om at man har en funksjonsnedsettelse som ikke er synlig, og som gjør at man ikke kan eller har vansker med å delta slik det er forventet og som man ønsker. Spørsmålet kan for

eksempel være aktuelt når en gruppe studenter eller kollegaer skal samarbeide om en oppgave. Forskingen viser at mange er usikre på hva de skal si, til hvem, når og hvordan. De beskriver en usikkerhet om hvordan det vil bli mottatt og forstått, og uttrykker redsel for utestengelse, at andre skal oppføre seg annerledes, og at en ikke skal bli regnet med. Samtidig kan det å fortelle være avgjørende for å få den tilrettelegging man trenger. Det er altså forhold som har konsekvenser for ønsket deltakelse.

Det kan være utfordrende å bli oppfattet som funksjonshemmet, men også det motsatte. Vi har i flere studier (Magnus, 2001; 2009; Eerola, Horghagen, Eide &

Magnus, 2017; Langørgen, Eide & Magnus, 2017 in review) sett hvordan informanter som har en funksjonsnedsettelse, kjemper mot å bli definert som funksjonshemmet, eller i det hele tatt å ville knytte egne erfaringer til dette fenomenet. Vi ser det i motstanden mot å skulle bruke tekniske hjelpemidler eller ved spørsmålet om å bli medlem i en organisasjon. Dette er utfordringer for svært mange av dem som vi ergoterapeuter arbeider med, og hvor det kan være nødvendig å legge til rette for å diskutere det dilemmaet mange opplever at det er, fordi det i stor grad innvirker på deltakelse.

Dette er erfaringer som blant annet kan forstås ved hjelp av

Goffmans (1963) begrep «stigma». Goffman diskuterer hvordan et diskreditert kjennetegn, et negativt kjennetegn, innvirker på en sosial interaksjon og blir en «master status», altså blir det man ser og legger merke til – den får stor plass. Dette innvirker på reaksjonene fra de andre, og på de strategiene personen med kjennetegnet benytter seg av. Stigma er kort sagt et kjennetegn som oppfattes som negativt i den kulturen personen lever i.

Samfunnsskapte barrierer som fysiske omgivelser, lovverk eller reguleringer kan også hindre eller gjøre deltakelse problematisk. Noen barrierer kan enkelt reduseres, som ved mindre bygningsmessige endringer eller formidling av tekniske hjelpemidler. Andre er det mer krevende å påvirke, som lover og forskrifter, eller manglende tilbud til grupper av befolkningen, som for eksempel arbeid. Vi vet at svært mange personer med funksjonsnedsettelse ønsker ordinært arbeid, og at dette kan være det mest betydningsfulle for å få til deltakelse og inkludering i samfunnet.

Norsk ergoterapeutforbund sier i den nye beskrivelsen av kjernekompetanser for ergoterapeuter at «alle skal kunne delta» – at vår kompetanse skal knyttes til samfunnets helse- og velferdsutfordringer, og at målet med ergoterapi er deltakelse og inkludering. Dette betyr at ergoterapeuter må arbeide på flere nivåer, med enkeltindivider og grupper, men også på samfunns- og tjenestenivå, for å påvirke og utvikle tjenester og forhold som har betydning for den enkeltes muligheter for ønsket deltakelse. For å få til dette skal vi også fortsette å forske på ergoterapi, hverdagsliv, deltakelse og inkludering.

Referanser

- Bukhave, E.B. (2014). *Daglig livsførelse blant personer med håndartrose. Et kvalitativt studie med bruk af foto-intervjuer*. Ph.d.-avhandling. Odense: Syddansk Universitet.
- Carstensen, T. and Bonsaksen, T. (2016). Differences and similarities in therapeutic mode use between occupational therapists and occupational therapy students in Norway. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. <http://dx.doi.org/10.1080/011038128.2016.1261940>
- Christiansen, C.H. & Townsend E.A. (2014). *An Introduction to Occupation*. I Christiansen C & Townsend EA, Introduction to Occupation: The Art of Science and Living. Second Edition. Essex: Pearson Education Limited, 1-34.
- Eerola, M., Horghagen, S., Eide, A.H. & Magnus, E. (2017). Faktorer som påvirker overgangen til arbeidslivet for ergoterapeuter med funksjonsnedsettelse. *Ergoterapeuten*, 60(1), 68-77.
- Eide, A.H., Josephsson, S., Vik, K. & Ness, N.E. (2017). Introduction and rationale. I A.H. Eide, S. Josephsson, K. Vik (2017). *Participation in Health and Welfare Services. Professional Concepts and Lived Experience*, (s. 1-19). London: Routledge.
- Eide, A.H., Witsø, A.E. & Vik, K. (2017). Deltakelse for eldre som mottar hjemmetjeneste. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 3(1), 48-54.
- Ellegård, K. (2001). Att hitta system i den välkända vardagen. En tankeram för studier av vardagens aktivitetsmönster och projekt. I K Ellegård & E Wihlborg (red.), *Fånga vardagen. Ett tvärvetenskapligt perspektiv* (s.4-66). Luns: Studentlitteratur.
- Ellegård K and Nordell K (1997). *Att byta vanmakt mot egenmakt* (To Change Powerlessness by Empowerment). Metodbok. Stockholm: Johansson & Skyttmo förlag.
- Jakobsen, K. (2009). The Right to Work: Experiences of Employees with Rheumatism. *Journal of Occupational Science*, 16(2), 120-127.
- Goffman, E. Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity. London: Penguin Books.
- Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A., Whiteneck, G., Bogner, J. & Rodriguez, E. (20108). What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disability & Rehabilitation*, 1-16. <http://dx.doi.org/10.1080/09638280701625534>
- Hasselkus, B.R. (2006). The World of Everyday occupation: Real People, Real Lives. *The American Journal of Occupational Therapy*, 60, 627-240.
- Horghagen, S., Magnus, E., Anthun, K.S., Knudtsen, M.S., Wist, G. & Lillefjell, M. (2017). Involving citizens' occupation-based knowledge in public health planning: Why and how. *Journal of Occupational Science*, <https://doi.org/10.1080/14427591.2017.1391113>
- Langørgen, E. & Magnus, E. (in review process). «We are just ordinary people working hard to reach our goals!» Disabled students' participation in Norwegian higher education. *Disability & Society*.
- Leknes, R., Bysheim, U., Ness, K.N. & Horghagen, S. (2014). Samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen. *Ergoterapeuten* (6) s. 32-39.
- Lillefjell, M., Wist, G., Magnus, E., Anthun, K.S., Horghagen, S., Espnes, G.A. & Knudtsen, M.S. (2017). *Trøndelagsmodellen for folkehelsearbeid. Veileder*. Trondheim: Senter for helsefremmende forskning, NTNU.
- Magnus, E. & Vik, K. (2016). Older adults recently diagnosed with age-related vision loss: Readjusting to everyday life. *Activities, Adaptation & Aging*, 40:4, 296-319. <http://dx.doi.org/10.1080/01924788.2016.1231460>
- Magnus, E. & Tøssebro, J. (2013). Negotiating individual accommodation in higher education. *Scandinavian Journal of Disability Research*. <http://www.tandfonline.com/eprint/bpRyh-HuYkqM7nuTtcKe4/full>
- Magnus, E. (2009). *Student, som alle andre. En studie av hverdagslivet til studenter med nedsatt funksjonsevne*. Ph.d.-avhandling. Trondheim: NTNU.
- Magnus, E. (2001). Everyday occupations and the process of redefinition:

- A study of how meaning in occupation influences redefinition of identity in women with a disability. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 8:115-124.
- Maass, R., Lindström, B. & Lillefjell, M. (2014). Exploring the relationship between perceptions of neighbourhood-resources, sense of coherence and health for different groups in a Norwegian neighbourhood. *Journal of Public Health Research*, 3:280, doi: 10.4081/jphr.2014.208
- Murphy, R. F. 1987. *The Body Silent*. New York: Norton. Oliver, M. 1990. *The Politics of Disablement*. London: Macmillan.
- Norsk Ergoterapeutforbund (2014). *Utdanningspolitisk dokument. Norsk Ergoterapeutforbunds visjon for kunnskap og kompetanseutvikling*. NOU 2016:17 *På lik linje - Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Schedin-Leiulfstrud, A.S., Reinhardt, J.D., Ostermann, A., Rruoranen, K., & Post, M.W.M. (2014). The value of employment for people living with spinal cord injury in Norway. *Disability & Society*, 29(8), 1177-1191. <http://dx.doi.org/10.1080/09687599.2014.916606>
- Skar, R. (2010). Om menns erfaringer med engasjement i hobbyer. *Hobbyaktiviteter - bare for moroskyld? Ergoterapeuten*, 3, 56-61.
- Söder, M. (1990). «Prejudice or Ambivalence? Attitudes Toward Persons with Disabilities.» *Disability, Handicap & Society* 5: 227241. doi:10.1080/02674649066780241.
- Vik, K. (2011) Aktiv omsorg og mulighet for deltakelse når eldre mottar hjemmetjenester? (s. 43-60) I Stene, M. & E. Marnburg (red.) *Forskning Trøndelag 2011*. Trondheim. Tapir Akademiske Forlag.
- Wang, C. & Burris, M.A. (1997). Photovoice: Concept, Methodology, and Use for Participatory Needs assessment. *Health, Education & Behavior*, 24(3): 369-387.
- Werge-Olsen, I.B. & Vik, K. (2012). Activity as a tool in language training for immigrants and refugees. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 19; 530-541.
- Whiteford, G.E. & Pereira, R.B. (2012). Occupation, inclusion and participation. I Whiteford, G.E. and Hocking, C. (red.) *Occupational Science. Society, Inclusion, Participation*, Oxford: Wiley-Blackwell, 187-207. www.regjeringen.no/no/om-regjeringa/solberg/Regjeringens-satsningsomrader/



Aktivitet og deltakelse for alle.

Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem


ergoterapeutene

Klinisk resonnering – veien til reflektert yrkesutøvelse

Av Tore Bonsaksen og Brian Ellingham

Ergoterapi er på mange måter et praktisk yrke. Personer som har vansker med å utføre hverdagslivets aktiviteter, trenger ergoterapeuter som involverer seg nettopp i hverdagslivets praktiske handlinger. Nye måter å håndtere aktivitetsvansker på finner man helst gjennom et ekte engasjement i det livet som personen lever. Og livet leves, slik ergoterapeuter ser verden, gjennom de aktivitetene vi gjør til daglig.



Tore Bonsaksen er dosent ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og dosent II ved VID vitenskapelige høgskole.



Brian Ellingham er høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Tore Bonsaksen og Brian Ellingham holdt innlegget «En bok er født» på den norske fagkongressen.

Likevel er ergoterapi – i likhet med annen profesjonell yrkespraksis – noe mer enn konkret utøvelse av praktiske handlinger. Faglig forsvarlig praksis forutsetter at ergoterapeuten har fornuftige grunner til å gjøre slik han eller hun gjør. Det er ikke nok å imitere det som gode ergoterapeuter gjør når de utøver yrket sitt. Selv om dette kan være en bra start, er det likevel slik at det som er bra i en situasjon, ikke trenger å være det i en annen. Begrunnelser for praksis ligger derfor ikke implisitt i konkrete handlinger. Når vi skal begrunne praksis, må vi faktisk selv tenke ut hva vi vil gjøre, og hvorfor vi vil gjøre det akkurat slik. Denne tankeprosessen benevnes ofte som «klinisk resonnering».

KLINISK RESONNERING I ERGOTERAPI

For å bli god til å resonnerer klinisk trengs det øvelse. I tillegg til å lære seg ferdigheter i praksis – fagets praktiske håndtverk – trenger derfor studenter og uerfarne klinikere øvelse i det å tenke. I vår nye bok «Klinisk resonnering i ergoterapi» (Bonsaksen & Ellingham, 2017) presenterer vi klinisk resonnering innenfor et rammeverk som består av tre dimensjoner.

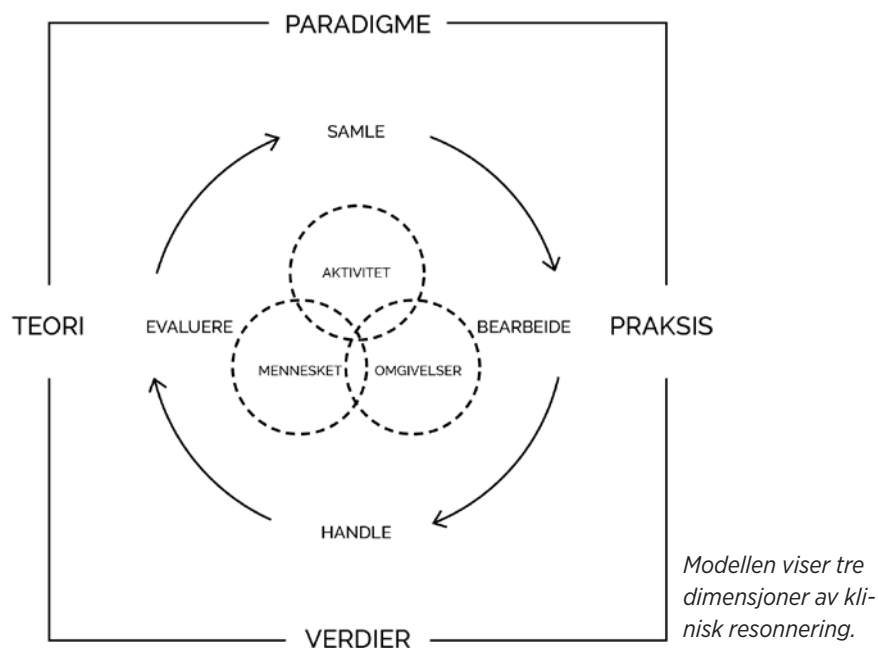
For det første: Hva tenker ergoterapeuter på når de resonnerer over kliniske problemstillinger; hvilke begreper er viktige for dem? Ulike teorier i faget gir litt ulike svar, men overordnet handler det om begreper som setter oss bedre i stand til å forstå menneskers aktivitet. Aktivitet og aktivitetsproblemer forstås overordnet som et produkt av samspillet mellom personens forutsetninger, aktivitetens krav og muligheter, og hvordan aspekter ved omgivelsene kan støtte eller hindre aktivitet. Samspillet mellom menneske, aktivitet og omgivelser står i forgrunnen. For å kunne hjelpe personer med aktivitetsproblemer må ergoterapeuter ha begreper for å forstå samspillet mellom disse delene. Med slike begreper er det vi får redskaper til å resonnerer oss frem til relevante kliniske tiltak.

For det andre: Resonnering over kliniske problemstillinger forholder seg til en tidsdimensjon. Ofte presenteres dette i form av en generell modell for den kliniske arbeidsprosessen i faget. Vi resonnerer over hvilken type informasjon vi har behov for, og når vi har samlet relevant informasjon, tenker vi over hvilken betydning dette skal ha for hvordan vi utformer tiltak. Vi samler ikke infor-

masjon for moro skyld, eller fordi andre gjør det; vi gjør det fordi vi trenger informasjonen som et utgangspunkt for å tenke over hvilke mål og tiltak som kan være bra for personen. Vi resonnerer mens vi utfører tiltakene fordi vi nesten alltid trenger å justere noe i forhold til hva vi planla – folk er forskjellige, og responderer forskjellig på terapi. Etter at tiltaket er utført, tenker vi over hva som ble bra, og hva som ikke ble så bra. Nådde klienten målene han satte seg, og hvorfor tror vi at det gikk som det gjorde?

I vår modell er den tredje dimensjonen av klinisk resonnering en ytre ramme som avgrensner tenkningen mot andre fagfelt. Denne ytre rammen består av fagets etikk og sentrale verdier, for eksempel at alle mennesker har den samme grunnleggende rett til å delta i aktivitet og samfunn. I sitt kliniske resonnement vil ergoterapeuter tenke over i hvilken grad tiltakene støtter opp om slike sentrale verdier, og dermed i hvilken grad tiltakene er i tråd med profesjonens «kontrakt» med samfunnet omkring. Ideologiske synsmåter hører også hjemme i en slik ramme. Ergoterapeuter tar noen generelle sannheter for gitt, for eksempel at mennesket har et iboende behov for aktivitet. Slike sannheter fungerer som et utgangspunkt for videre teoridannelse, som i sin tur kan testes empirisk. Det ideologiske utgangspunktet er imidlertid beskrevet på et så generelt nivå at det vanskelig kan testes mot virkeligheten. Profesjonens arsenal av metoder for praksis er også en del av rammen for ergoterapeutens tenkning.

Det er ikke dermed sagt at innovasjon og utvikling av nye metoder er ugreit, tvert imot. Konkrete



metoder vil alltid være i endring – tenk bare på hvordan hverdagslivets aktiviteter har forandret seg i løpet av de siste tiårene, som følge av den teknologiske utviklingen. Praksis i generell forstand ser vi likevel på som en del av rammeverket for ergoterapeuters kliniske resonnering. Ergoterapi praksis dreier seg, generelt sett, om å hjelpe personer til å fungere i sin hverdag, med sine verdsatte gjøremål, og ut fra sine egne verdier, kunnskaper, ferdigheter og preferanser. Konkret praksis orienterer seg ut fra dette overordnede målet, og ut fra etablert fagkunnskap og etablerte kompetanser om aktivitet og deltakelse, men vil anta et uendelig antall former.

KNYTTE TENKNING TIL PRAKSIS

Klinisk resonnering er altså å knytte tenkning til sin praksis. Vi resonnerer over kliniske problemstillinger blant annet fordi vi i ergoterapeutisk praksis blir stilt overfor mange valgsituasjoner. For å kunne begrunne handlingsvalg i praksis må vi tenke – handlingsvalg basert på vaner eller egne preferanser kan fort bli

vanskelige å forsvare. Et klinisk resonnement anvender teoretiske begreper på helt konkrete mennesker som er i helt konkrete livssituasjoner. Dermed må begrepene brukes til å gi retning, men med fleksibilitet og stor grad av skjønn. Ingen bøker kan gi noen oppskrift på hvordan ergoterapeuter best kan forme sin praksis. Det kan ikke vår bok om klinisk resonnering heller. Det vi håper er at boka kan gi inspirasjon til å tenke mer og bedre om egen praksis. Refleksjon over egen praksis kan gi ergoterapeuter og ergoterapistudenter flere valgmuligheter i kliniske situasjoner og en større bevissthet om hva valgene kan føre til. Det betyr ikke nødvendigvis at praktiske handlinger blir så forandret, men handlingene får en sterkere faglig forankring. Med det blir praksis bedre, selv om forbedringen noen ganger skjer på en usynlig måte.

Aktuell bokutgivelse:

Bonsaksen, T., & Ellingham, B. (2017). Klinisk resonnering i ergoterapi. Oslo: Mankoni Media.

Ergoterapeutene vil gratulere alle våre nye ergoterapispesialister!

På spesialistrådsmøtet 26. oktober 2017 ble ni nye ergoterapispesialister godkjent og fem regodkjent.

Av Anita Engeset

NYE ERGOTERAPISPECIALISTER:

Vivi Berntsen, ergoterapispesialist Allmennhelse
Ingunn Myraunet, ergoterapispesialist Psykisk helse
Cecilia Celo, ergoterapispesialist Psykisk helse
Margaret L. Søvik, ergoterapispesialist Somatisk helse
Monica Nilsen, ergoterapispesialist Somatisk helse
Unni Martinsen, ergoterapispesialist Somatisk helse
Tone Revheim, ergoterapispesialist Somatisk helse
Ruth Else Mehl Eide, ergoterapispesialist Somatisk helse
Anniken Bogstrand, ergoterapispesialist Somatisk helse

REGODKJENNINGER:

Anita Engeset, ergoterapispesialist Arbeidshelse
Liv Unni Gandrudbakken, ergoterapispesialist Arbeidshelse
Tone Erika Longe Grønner, ergoterapispesialist Barns helse
Kjersti Hustoft, ergoterapispesialist Barns helse
Marianne Furuli, ergoterapispesialist Psykisk helse

TAKK FOR GOD INNSATS TIL SPESIALISTKOMITEER OG RÅD

Ergoterapeutene vil takke alle i komiteene for fantastisk innsats i

den inneværende landsmøteperioden. I denne perioden har det blitt godkjent 26 nye ergoterapispesialister, og 23 har fått fornyet godkjenning.

Spesialistkomiteene er sammensatt av ergoterapeuter som har utmerket seg innen det aktuelle fagområdet, fortrinnsvis ergoterapispesialister. Det oppnevnes en spesialistkomité for de syv spesialistområdene. Lederne i spesialistkomiteene utgjør spesialistrådet.

Nå skal nytt forbundsstyre oppnevne nye spesialistkomiteer og råd for Landsmøteperioden 2017–2020. Vi håper flere av dem som har vært medlemmer av komiteene, stiller for en periode til, og at flere nye vil være med å bidra i dette viktige arbeidet.

SPESIALISTKOMITEER OG RÅDETS OPPGAVER

Det legges ned et stort frivillig arbeid i behandling og godkjenning av ergoterapeuters spesialistkompetanse. Hver komité gjennomgår og vurderer individuelle søknader om spesialistgodkjenning ut fra gjeldende krav, og lager en innstilling til spesialistrådet. Spesialistrådet vedtar eller avslår søknadene på bakgrunn av innstillingen fra komiteen. I tillegg er spesialistkomiteene rådgivende instans eller



Anita Engeset er seniorrådgiver i Norsk Ergoterapeutforbund.

høringsinstans for forbundet i saker knyttet til deres spesialistområde.

HVA ER EN ERGOTERAPISPECIALIST?

En ergoterapispesialist er en ergoterapeut som har avansert kunnskap om ergoterapi og med en styrkning innen spesialistområdet. Ergoterapeutenes spesialistordning tar utgangspunkt i brukergrupper og helse- og velferdspolitiske prioriteringer for å tydeliggjøre ergoterapeuters kompetanse og rolle i samfunnet. Spesialistordningen gjenspeiler nye og endrede kompetansebehov som følge av utviklingen i helse- og velferdstjenestene.

Ergoterapeutenes forbundsinterne spesialistordning omfatter syv spesialistområder: Allmennhelse, Arbeidshelse, Barns helse, Eldres helse, Folkehelse, Psykisk helse og Somatisk helse.

ERGOTERAPEUTENES SPESIALISTORDNING

I Ergoterapeutenes spesialistordning er det lagt vekt på at spesialistordningene skal være likeverdige med de sammenlignbare profesjonenes ordninger. Det kreves nå utdanning på masternivå, med ergoterapifaglig eller relevant tverrfaglig master med 120

studiepoeng. Kandidaten må selv begrunne relevansen av masteren for sitt spesialistområde.

I revidert ordning er det lagt vekt på veiledet praksis. Læringsutbytte for det enkelte spesialistområdet og veiledning gitt av godkjent veileder, skal sikre at den enkelte spesialistkandidat har de nødvendige kunnskaper, ferdigheter og den generelle kompetansen som er nødvendig for sitt spesialistområde. I kriteriene for spesialistgodkjenning inngår:

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

Godkjenning gjelder for syv år fra og med vedtak i spesialistrådet. For å beholde spesialisttittelen, må en søke om fornyet godkjenning eller regodkjenning. Frem til 31. desember 2020 kan søknader bli behandlet etter de gamle kriteriene. Kriteriene kan bli justert dersom myndighetene krever det for å innføre en offentlig godkjent spesialistordning.

ERFARINGER MED SØKNADER ETTER NY ORDNING

Det blir flere og flere som søker godkjenning med en master i bunnen. I år var fem av søknadene etter ny ordning. Masterstudiet i ergoterapi startet høsten 2016 ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Det er derfor ingen som til nå har søkt med en ergoterapifaglig master. De som søker med tverrfaglig master, har et fordypningsemne eller en masteroppgave med et tydelig ergote-

rapifaglig fokus. Kandidaten har begrunnet relevansen av valget, og komiteene har brukt faglig skjønn i vurderingen.

Veiledet praksis er nytt i denne ordningen og er blant annet en tilpasning for å imøtekomme krav til en offentlig godkjenning. Veiledet praksis krever målrettet planlegging av gjennomføringen 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.

ØNSKER FLERE ERGOTERAPISPECIALISTER

Ergoterapeutene har 135 godkjente ergoterapispesialister. Av disse er 13 innen Allmennhelse, 8 innen Arbeidshelse, 17 innen Barnshelse, 12 innen Eldres helse, én innen Folkehelse, 20 innen Psykisk helse og 64 innen Somatisk helse. Ergoterapeutene vil ha flere nye ergoterapispesialister. Er du allerede spesialist, husk å fornye din godkjenning før den går ut. Antallet spesialister hadde vært langt høyere hvis flere spesialister søkte regodkjenning.

Mange arbeidsgivere innseser 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. Arbeidstakere med høye 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 spesialis-

tordninger. 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 ansettelse. 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. Slik blir spesialistordningen lønnsom for alle.

Søknad om godkjenning som ergoterapispesialist skrives på eget skjema, som sendes Norsk Ergoterapeutforbund, Stortingsgata 2, 0158 Oslo, eller på e-post til post@ergoterapeutene.org. Kopi av attester og annen attestert dokumentasjon skal være vedlagt. Søknadspapirer returneres ikke. Søknadsfrist er 15. september hvert år.



For mer informasjon se <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Om-ergoterapi/Om-fagutoevelsen/Godkjenningsordninger>

ERGOTERAPEUTERS KJERNEKOMPETANSE

Alle skal kunne delta

Ergoterapeuters kjernekompetanse for å bidra til å løse samfunnets helse og velferdsutfordringer er revidert i samarbeid mellom Ergoterapeutene og alle ergoterapeututdanningene i Norge. Resultatet er en kunnskapsbasert beskrivelse av hva ergoterapeuter kan. Beskrivelsen av kjernekompetansen og forbundets reviderte yrkesetiske retningslinjer utgjør ergoterapeuters samfunnskontrakt.



Av Toril Laberg, Guri Einbu, Astrid Vekve Nymo og Dorte Lybye Norenberg

Toril Laberg er generalsekretær i Norsk Ergoterapeutforbund. E-post: tl@ergoterapeutene.org

Guri Einbu er universitetslektor og studieprogramleder ved NTNU, Gjøvik.

Astrid Vekve Nymo er universitetslektor ved UiT Norges arktiske universitet, Tromsø.

Dorte Lybye Norenberg er høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

INNLEDNING

Norsk Ergoterapeutforbund ga ut *Kompetanser i ergoterapi* i 2011. *Ergoterapeuters kjernekompetanse* er en revidert og oppdatert utgave utgitt høsten 2017. Revideringen er basert på en felles forståelse av ergoterapeuters kompetanse og fagets rammeverk. Dokumentet er videre basert på litteratursøk i nasjonale og internasjonale faglige og politiske dokumenter og har en innholdsrik referanseliste. Samarbeidsgruppen har også utarbeidet felles læringsutbyttebeskrivelser for ergoterapeututdanningene i Norge, som må sees i sammenheng med *Ergoterapeuters kjernekompetanse*.

Beskrivelsen av kjernekompetansen er i tråd med krav fra myndighetene. I Stortingsmelding 16 (2016-2017) Kultur for kvalitet i høyere utdanning forventes det at utdanningene skal være relevante for framtidig arbeidshverdag og for samfunnets utfordringer, og at kandidatene skal evne å bruke denn faglige kompetansen sin i arbeidslivet.

Ergoterapeuters kjernekompetanse og de yrkesetiske retningslinjene våre utgjør til sammen Norsk Ergoterapeutforbunds *samfunnskontrakt*.

DETTE KAN VI!

Ergoterapeuter er eksperter på inkludering og deltakelse. Ergoterapeuter fremmer aktivitetsutførelse, tilrettelegger aktiviteter og utvikler inkluderende omgivelser for at flest mulig skal oppleve deltakelse og tilhørighet. *Ergoterapeuters kjernekompetanse* beskriver ergoterapeuters kjerneoppgaver for å løse samfunnets helse- og velferdsutfordringer.

Kompetansebeskrivelsene danner grunnlag for:

- kommunikasjon med politikere, myndigheter, beslutningstakere og medarbeidere
- kommunikasjon med brukergrupper spesielt og befolkningen generelt
- opprettelse av stillinger og lønnsforhandlinger.
- innføring i ergoterapi
- WFOT-godkjenning av norske ergoterapeututdanninger
- Norsk Ergoterapeutforbunds politikk

Med en felles forståelse av ergoterapeuters kjernekompetanser kan ergoterapeuter, tillitsvalgte, studenter, forbundet og utdanningene legge grunnlag for tydelig kommunikasjon om faget vårt. Det innebærer ikke at alle arbeidsgivere og politikere må lese hele heftet, men at det skal danne grunnlaget for hvordan vi kommuniserer faget vårt. Forbundet formidler for eksempel anvendelsen av heftet i opplæringen av tillitsvalgte. For ungdom som vurderer ergoterapeututdanning, vil beskrivelsen av kjernekompetansen gi et innblikk i fagets innhold og formål. Videre kan beskrivelsen informere noe om hvem som kan være aktuelle mottakere av ergoterapi, og forklare hvordan ergoterapi kan møte samfunnets utfordringer.

Vi har valgt begrepet kjernekompetanse for *spesifikk ergoterapikompetanse*. Felles læringsutbytter, slik de er definert i nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk, er ikke inkludert i *Ergoterapeuters kjernekompetanse*, fordi de er tverrfaglige og ikke spesifikke for ergoterapeuter.

Ergoterapeuter er viktige bidragsyttere i dagens og framtidens helse- og velferdstjenester og bidrar også med solid, felles kompetanse innen

- løsningsrettet praksis
- kunnskapsbasert praksis
- samarbeidsorientert praksis

ERGOTERAPEUTER ER EN DEL AV LØSNINGEN

Ergoterapeuters kompetanse skal bidra til å løse samfunnets helse- og velferdsutfordringer. Ergo-



Figur 1 illustrerer det dynamiske samspillet mellom personers aktivitetsutførelse, tilrettelegging av aktiviteter og inkluderende omgivelser. Figuren og beskrivelsene av innholdet i den er basert på flere ergoterapimodeller.

terapeuter må derfor være kjent med de nasjonale og lokale utfordringene. Anvendelse og utvikling av kjernekompetanse kan dermed endre seg med samfunnsendringer og med lokale variasjoner.

Første del av dokumentet omhandler de aktuelle utfordringene som ergoterapeuter kan bidra til å forebygge, løse eller kompensere for.

I andre del beskrives hvordan ergoterapeuters kjernekompetanse sikrer deltakelse og inkludering ved å jobbe med




- **personers** aktivitetsutførelse
- tilrettelegging av **aktiviteter**
- inkluderende **omgivelser**
- **samspillet** mellom person, aktivitet og omgivelser

Figuren illustrerer det dynamiske samspillet mellom personers aktivitetsutførelse, tilrettelegging av aktiviteter og inkluderende omgivelser. Figuren og beskrivelsene av innholdet i den er basert på flere ergoterapimodeller. Se figur 1.

Begrepene **person, aktivitet, omgivelser, deltakelse og inkludering** er omtalt i hvert avsnitt i dokumentet. Der forklares for eksempel at med person menes enkeltpersoner, familier, grupper og innbyggere generelt i befolkningen.

Dokumentet beskriver aktuelle kjernekompetan-

ser for hvert av de fire områdene i figuren gjennom overskriftene:

-  Ergoterapeuter undersøker og vurderer
-  Ergoterapeuter iverksetter tiltak
-  Ergoterapeuter anvender kunnskap

På denne måten blir det tydelig framstilt hvordan kjernekompetansen er satt sammen av systematiske undersøkelser og vurderinger, praktiske ferdigheter og kunnskapsbaserte begrunnelser.

DE SYV FAGOMRÅDENE

Den første utgaven av kompetansebeskrivelser i ergoterapi (2011) inneholdt en beskrivelse av kompetanse knyttet til de syv fagområdene ergoterapeuter kan bli ergoterapispesialist i. De ble kalt «spesialkompetanser» i 2011-utgaven. I den revide *Ergoterapeuters kjernekompetanse* er de syv

fagområdene utelatt. De er i skrivende stund under oppdatering i et samarbeid med spesialistkomiteene. De vil bli publisert elektronisk på nettsiden til Ergoterapeutene.

AVSLUTNING

Ergoterapeuters kjernekompetanse er en oppdatert beskrivelse av ergoterapeuters fagspesifikke løsninger for å oppnå inkludering og deltakelse for alle. Beskrivelsen er basert på et samarbeid mellom Ergoterapeutene og alle ergoterapeututdanningene i Norge. Samarbeidet er svært verdifullt, og resultatet danner et godt grunnlag når ergoterapistudenter møter ergoterapifaget i sine studier. Videre er det et tydelig grunnlag for hvordan Ergoterapeutene vil kommunisere at ergoterapi bidrar til løsninger på samfunnets helse- og velferdsutfordringer.

Oppfordringen går nå til alle som vil bli tydeligere i sin kommunikasjon og praktisering av ergoterapi: Ta *Ergoterapeuters kjernekompetanse* i bruk!

tobii dynavox

Styrker kommunikasjon og fremmer deltakelse.



tobiidynavox.no

Ergoterapeutenes profesjonsetikk

Yrkesetisk utvalg fikk i oppdrag av Landsmøtet 2014 å revidere Ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer. Forrige revisjon var i 2006. De yrkesetiske retningslinjene skal synliggjøre profesjonens faglige etikk og sees i sammenheng med de reviderte kompetansebeskrivelsene (11).



Av Kjersti Helene Haarr og Anne Lund



Kjersti Helene Haarr er høgskolelektor ved Fakultet for helsefag ved VID vitenskapelige høgskole. E-post: kjersti.helene.haarr@vid.no



Anne Lund er førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), Institutt for ergoterapi- og ortopediingeniørutdanning.

Arbeidet med retningslinjene har utvalget i tillegg til å studere fysioterapeutenes, sykepleiernes og kommunesektorens retningslinjer også sett til retningslinjer fra England, Canada, Danmark, USA og Sverige, samt WFOTs Code of Ethics, Position Paper on Human Rights and Guiding Principles on Diversity and Culture (1). Yrkesetisk utvalg har også i dette arbeidet benyttet digitale historier for å diskutere hva som styrer ergoterapeuters valg og handlinger.

HVORFOR PROFESJONSETIKK?

Ergoterapeuter arbeider for åpenhet og et inkluderende samfunn med retten til aktivitet og deltakelse for alle i et kulturelt mangfold (1). Kontinuerlig refleksjon over egen praksis er derfor nødvendig. En kompetent profesjonsutøver må kontinuerlig stille spørsmål og være kritisk til egen og andres tjenesteyting: Er tjenesten adekvat og forsvarlig? Fordeles ressursene rettferdig og effektivt på kunnskapsbaserte måter til de som trenger tjenester? (2) Ergoterapeuter må være bevisste hvilke verdier som ligger til grunn for fagutøvelsen, og samtidig være mottakelige for viten og verdier fra ulike perspektiv (3). Etske refleksjoner er en hjørnestein i et demokratisk samfunn.

Ergoterapeuter har gjennom arbeidet sitt ansvar for at «rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne» blir ivaretatt og overholdt (4).

Ved fare for stereotype fremstillinger av personer på bakgrunn av kjønn, alder, etnisitet, funksjon eller andre kjennetegn er ergoterapeuters oppgave å fremme likeverd, likestilling, demokratiske rettigheter og medborgerskap for alle.

Ergoterapeuter skal yte tjenester etter lover og regler gjeldende for helsepersonell.

Lokale og sentrale politiske føringer og lovgivning har betydning for yrkesutøvelsen. Befolkningens helse og trivsel er i ergoterapeuters fokus.

Ergoterapeuters visjon er å gjøre aktivitet og deltakelse mulig for alle. Dette kan gjøres ved å bidra konstruktivt til utforming av planer og politiske beslutninger både på befolknings- gruppe- og individnivå. Dersom beslutninger får uønskede konsekvenser, gir grunnlag for skjevfordeling, forsterker marginalisering eller skaper sosiale forskjeller skal ergoterapeuter synliggjøre og påpeke dette overfor ansvarspersoner.

Ergoterapeuter har verdier og antakelser knyttet til sammenhengen mellom person, aktivitet, omgivelser og helse. Ergoterapeuter skal bidra til å fremme aktivitet og deltakelse ved å myndiggjøre be-

folkningen til å opprettholde egen helse og trivsel i hverdagslivet. Personsentrert praksis er sentralt og innebærer en bevisstgjøring av den historiske, kulturelle og sosiale konteksten aktiviteter utføres i (5,6). Verdensforbundet for ergoterapeuter beskriver hensikten med ergoterapi slik:

«The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement» (7).

Sammen danner tjenestemottakere, yrkesutøvere, fagutviklere og forskere base for kunnskapsbasert praksis (8). Å utøve skjønn er helt nødvendig for enhver yrkesutøver i møte med praksis og forskning. Enhver situasjon og ethvert møte er en ny mulighet hvor ergoterapeuten kan bidra til å muliggjøre aktivitet og deltakelse. Ingen tjeneste kan regelstyes eller beskrives i detalj i en slik grad at det fritar eller fratar yrkesutøveren dennes ansvar for bevisst refleksjon om hva som er beste praksis i den aktuelle situasjonen.

Yrkesetiske retningslinjer er rettet mot ergoterapeuter, ergoterapistudenter, ledere, lærere og forskere innen ergoterapi. Retningslinjene må sees i sammenheng med Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for ergoterapeututdanningene og Ergoterapeuters kjernekompetanse (11).

En profesjonell ergoterapeut viser en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og holdninger

som kontinuerlig er under utvikling gjennom etisk og faglig refleksjon over profesjonsutøvelsen. En slik refleksiv prosess vil være med å bygge opp god dømmekraft.

Profesjonsetikkens rolle har endret seg fra 1980-tallet, fra vekt på å respektere klienters selvbestemmelse, autonomi og rettigheter til i den senere tid også å vektlegge betydningen av relasjoner og møter mellom mennesker (9). Intensjonen med profesjonsetikk er å bidra til å styrke og utvikle medborgerskap (citizenship) (9) i samproduksjon (co-production) med dem det gjelder. Partnerskap/samproduksjon, samarbeid og samspill mellom tjenesteytere, tjenestebrukere, familie, frivillige organisasjoner, nettverk og sivilsamfunn er viktige virkemidler i utviklingen av framtidens velferdstjenester (10). En utfordring her er kontinuerlig å undersøke hvilken betydning de konkrete samhandlingene og møtene har mellom tjenestemottakere og tjenesteytere. Dette innebærer å anerkjenne profesjonelle og «uprofesjonelle» livserfaringer for å skape gode relasjoner som utgangspunkt for intervensjoner (9).

I mandatet til yrkesetisk utvalg står det at de skal være en pådriver for høy yrkesetisk bevissthet hos ergoterapeuter og arbeide for at yrkesutøvelsen er i tråd med forbundets yrkesetiske retningslinjer. Yrkesetisk utvalg håper at de nye retningslinjene med beskrivelser kan berike og veilede praksis, utdanning og forskning. En av utvalgets intensjoner er at ergoterapeuter i Norge kan se på retningslinjene som en positiv oppfordring om verdibevissthet, og en oppmuntring til å bidra i viktige diskusjoner der våre kompetanser er relevante.

Referanser

1. WFOT (2009). Diversity matters: Guiding Principles on Diversity and Culture. Hentet fra: <http://www.wfot.org/ResourceCentre/tabid/132/did/306/Default.aspx> 28082017
2. Terum, L. I., & Grimen, H. (2009). Evidensbasert profesjonsutøvelse. Oslo: Abstrakt.
3. Hammell, K. W. (2004). Dimensions of meaning in the occupations of daily life. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne d'Ergotherapie*, 71(5) 0008-4174 (Print).
4. FN-sambandet (2017). FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne Hentet fra: <http://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne> 28082017
5. Hocking, C. (2009). The challenge of occupation: Describing the things people do. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 140-150. doi:10.1080/14427591.2009.9686655
6. Townsend, E., & Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being & Justice through Occupation*. Ottawa, Ontario: CAOT Publications ACE.
7. WFOT. (2012) Definition of Occupational Therapy. Hentet fra: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx> 28082017
8. Senter for kunnskapsbasert praksis. (2017). Hentet fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis> 28082017
9. Wyller, T. (2011). *Dydsetikk, medborgerskap og sosial praksis. I: S.Å. Christoffersen (red.) Profesjonsetikk-om etiske perspektiver i arbeid med mennesker*. Universitetsforlaget:Oslo
10. Askheim, O.P. (2016). Samproduksjon som velferdssektorens kindelegg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2 (1).
11. Ergoterapeutene (2017). *Ergoterapeuters kjernekompetanse. Alle skal kunne delta*

FORDELER VED PENSJONISTMEDLEMSKAP

Når du blir pensjonist, er det gode grunner til å fortsette å være medlem av forbundet Ergoterapeutene. Styret i Ergoterapeutenes Seniorforum har intervjuet fire pensjonister for å høre deres mening. I tillegg har Bafo Forsikringsmegling svart på hvilke forsikringsfordeler de kan tilby oss seniorer.

DU ER MED I ET NETTVERK

Som pensjonistmedlem i Ergoterapeutene er du automatisk medlem av Seniorforumet. Det betyr at du blir del av et landsomfattende nettverk av seniorergoterapeuter, for tiden 175 medlemmer. Her kan du treffe kullkamerater, tidligere kolleger og andre gamle og nye venner, samtidig som du får påfyll med kultur, helse og fag. Du betaler ingen ekstra kontingent utover medlemskontingenten til forbundet. Seniorforums arrangementer og ulike prosjekter blir i stor grad sponset av forbundet.

VISSTE DU DETTE?

I tillegg til å få fagbladet hjem i postkassa og tilbud om gunstige forsikringsordninger får du halv pris på ergoterapifaglige kurs.

Siden Ergoterapeutene er tilsluttet hovedorganisasjonen UNIO, kan du også benytte deg av UNIOs medlemsfordeler, som ti prosent avslag på leie av feriehus i Danmark, ni prosent rabatt på NOVASOLs ferieboliger i hele Europa og mye mer. Se www.unio.no (medlemsprodukter) eller www.ergoterapeutene.org.

DRAR GJERNE FRA HAMAR

Grethe Berg har vært seniormedlem i snart tre år og sier hun mer enn gjerne tar reiseveien fra Hamar for å komme til Seniorforums arrangementer.

- For et slikt formål er ikke reiseveien lang. Det er fint med

et påskudd for en Oslotur! Og så er det litt stas at møtene er på Litteraturhuset. Jeg liker at Seniorforum har et faglig innhold og mulighet til å treffe folk. Da jeg ble pensjonert fra jobben min på Sykehuset Innlandet, ble det viktig for meg å finne en møteplass der jeg fortsatt er ergoterapeut og fagperson. Det har jeg funnet i Seniorforum. Når jeg får fagbladet i posten, blar jeg gjennom og ser om det er noe nytt på mitt område av ergoterapifaget.

KLASSETREFF DAGEN FØR

Synnøve Vik Gabrielsen jobbet på Sunnaas Sykehus da hun ble pensjonist for et år siden. Hun bor på Nesodden.

- Seniorforum er en fin mulighet til å være med i en gruppe der man føler tilhørighet. For cirka 17 år siden begynte vi i B-klassen fra 1974-kullet å ha klassetreff annehvert år. I år la vi klassetreffet til Oslo dagen før Seniorforum skulle møtes. Vi var seks stykker som møttes på Oslo S. Vi dro til et privat hus, pratet og koste oss og fikk oppdatert oss på hverandres liv og gjøremål. Så var det middag på Kaffistova, og teater etterpå. Dagen etter var det Seniorforum med kjemp flott omvisning på Operaen. Det er flott at forbundet sponser Seniorforums arrangementer og prosjekter.

SENIORFORUMS BOKPROSJEKT

Britt Røstad er bosatt i Oslo og



Grethe Berg reiser gjerne fra Hamar til Oslo for å treffe kullinger og tidligere kolleger. Foto: Berg



Første gang Synnøve Vik Gabrielsen var i Seniorforum, traff hun syv personer som hun hadde jobbet sammen med før.

har vært med i Seniorforum siden hun ble pensjonert fra Aker sykehus for åtte år siden.

- Jeg syntes det var interessant å følge Seniorforums bokprosjekt «Pionerens fortellinger – da ergoterapifaget var nytt i Norge» frem til ferdig produkt. Jeg leste boken med en gang den kom, og resultatet var glimrende – takk for

jobben dere i Seniororums styre tok på dere med å dokumentere starten for arbeidsterapeutene i Norge. Jeg er stolt av yrkesgruppen min og alle de som nå tar videreutdanning. Fra mitt ståsted synes jeg forbundet med Nils Erik Ness gjør en god jobb. Jeg vil anbefale alle å være med i forbundet som pensjonister.

HYGGELIG Å TREFFE BÅDE NYE OG «GAMLE» KJENTE

Inger Berit Myhre bor på Bjørkelangen, og hennes siste arbeidssted var NAV Hjelpemiddelsentral Oslo og Akershus. Hun har vært pensjonist i bare ett år.

- Siden jeg ble pensjonist, har jeg deltatt på tre treff i Seniorforum, og det har vært veldig hyggelig å treffe nye og «gamle» kjente, både kolleger og samarbeidspartnere.

FORSIKRINGSFORDELER

Forbundet Ergoterapeutene har over 4 000 medlemmer. Forbundets forsikringskontor forhandler med forsikringsselskapene på vegne av alle medlemmene, og oppnår derfor priser og betingelser bedre enn vi vanligvis kan oppnå som privatpersoner. En av fordelene ved å være med i et større forsikringskollektiv, er at du

aldri står alene mot forsikringselskapet.

Du har et forsikringsfaglig miljø som passer på at din sak blir behandlet i tråd med forsikringsvilkårene. Det kan være mye å spare på at forbundets forsikringskontor sitter på vår side og forhandler fram de beste forsikringene.

For oss pensjonister dreier det seg særlig om innboforsikring og reiseforsikring. Vi får også hjelp til å få rabatter på forsikring av bil, hus og hytte. Forbundets forsikringskontor hjelper deg uten å ta betalt for dette. Ofte avdekker de dobbeltdekninger og unødvendige forsikringer, og de kan oppdage mangler på viktige dekninger.

KONTAKT MED FORBUNDET

Det trengs bare et lite vink fra Seniorforums styre, så møter generalsekretær Toril Laberg opp i styremøtene våre. Vi får god orientering om forbundets arbeid, samtidig som vi kan ta opp saker som Seniorforums medlemmer er opptatt av.

På Ergoterapeutenes Facebook-sider og i fagbladet vårt kan vi stadig lese kloke utspill fra forbundets leder Nils Erik Ness. En raus og dyktig leder som kjemper

for de rette sakene i et forbund som framstår som løsningsrettet og samarbeidsorientert.

Som pensjonistmedlem er du med og gir forbundet tyngde i kampen for alle menneskers iboende verdighet, likeverd og rett til aktivitet og deltakelse.

BOR DU LANGT UNNA OSLO?

Seniorforum er for deg som er pensjonert medlem av forbundet Ergoterapeutene, uansett hvor du bor. Derfor har vi i budsjettet for 2018 lagt inn mulighet for økonomisk støtte til seniorarrangement i hele landet. Send en mail til styret livhopen@hotmail.com om du er interessert.

SPENNENDE PROSJEKTER

Det nære samarbeidet som styret i Seniorforum har med ledelsen i forbundet, har inspirert til flere spennende prosjekter, blant annet bokprosjektet og Livsarket.

I 2017 har Seniorforum representert Ergoterapeutene i to møter med Stiftelsen Medisinsk Museum, og styret er forberedt på å gå inn i saker som angår yrkesgruppens historie. Som pensjonistmedlem får du ta del i Seniorforums prosjekter i den grad du selv har lyst og anledning.

SENIORFORUMS AKTIVITETER

Som medlem blir du holdt løpende orientert per mail og får tilsendt invitasjon til de ulike aktivitetene. Du kan også sjekke programmet eller lese om prosjektene til Seniorforum ved å gå inn på <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/organisasjon/Seniorforum>

Neste arrangement blir torsdag 12. april 2018 kl.11.00-13.30, på Litteraturhuset. Temaet er da «Hva vet vi om maten vi putter i oss?»

Vel møtt!



Britt Røstad leser helst det som står om forbundets arbeid i fagbladet.



Inger Berit Myhre liker godt kombinasjonen av kultur, fag og sosialt samvær.

Forsikringer til medlemspris

Av Roar Hagen

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

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

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

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

INDIVIDUELLE SKADEFORSIKRINGER

Tryg kom inn som hovedleverandør av medlemsforsikringer fra 2013. I tillegg til å være best på pris og vilkår på mange av medlemsfor-

sikringene, har de også fordelsprogrammet Tryg Pluss som kan gi deg inntil 27 prosent rabatt på individuelle skadeforsikringer. Dette kan for eksempel være forsikring på bil, hus, hytte og båt. I tillegg til rabatten får du også tilgang på en rekke andre fordeler med Tryg Pluss:

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

OPPSIGELSESRIST

Det er én måneds oppsigelsesfrist

på individuelle skadeforsikringer. Dersom du har betalt for en lengre periode enn det, vil du få refundert overskytende premie når forsikringene er flyttet. Du trenger altså ikke vente til du har hovedforfall med å flytte individuelle skadeforsikringer, – det kan du gjøre når som helst i løpet av året.

TILBUD ELLER SPØRSMÅL

Ønsker du tilbud på forsikringene dine, eller har du noe du lurer på? Ta kontakt med Ergoterapeutenes forsikringskontor på telefon 22 05 99 15. NB: Har du allerede individuelle skadeforsikringer i Tryg? Undersøk forsikringdokumentene dine, slik at du er sikker på at du har rabatt gjennom medlemskapet ditt i Ergoterapeutene. Hvis det ikke fremkommer at du er medlem, ta kontakt!

Ny og lavere kontingent for de med lavest inntekt

Landsmøtet valgte i november å sette ned kontingenten fra 1,7 til 1,6 prosent av brutto lønn.

Samtidig ble det vedtatt å øke makskontingenten med et beløp tilsvarende fem kroner per måned eller 60 kroner i året. Makskontingenten er nå på 584 kroner og tilsvarer 1,6 prosent av garantilønna ved ti års ansiennitet i KS-området. De øvrige kontingentene er knyttet til makskontingenten, og her blir det små endringer:

- Ikke yrkesaktive: uendret på 58 kroner per måned
 - Selvstendig næringsdrivende: fra 174 til 175 kroner per måned
 - Faglig medlemskap endres fra 290 til 292 kroner per måned.
- Premien for den obligatoriske grunnforsikringa endres heller ikke i år. Alle endringer gjelder fra første januar, og Ergoterapeutene orienterer de ulike lønnskantorene om justeringa.

FÅ MED DEG ÅRSMØTET I DIN REGION

Landsmøtet besluttet å endre forbundets vedtekter og legge årsmøtene i regionene på nyåret. I 2018 vil årsmøtene bli gjennomført i januar og februar. Følg med på informasjonen fra din region. Vi kan love spennende innledninger og diskusjoner, og en første mulighet til å møte det nye styret i din region.

DET NYE FORBUNDSSTYRET

Det nye forbundsstyret har tatt til med sitt arbeid. For å bli kjent med rollen og de øvrige styremedlemmene var forbundsstyret samla til et ukens styremøte første uka i desember. Mens forbundsstyret i 2014 besøkte de tre nordligste regionene på sitt første møte, fikk det nye forbundsstyret møte medlemmer i Ergoterapeutene Sørøst og Ergoterapeutene Øst.

Ungdom med barneleddgikts hverdagslivserfaringer: Forhandlinger om deltakelse og normalitet

Av Line Myrdal Styczen og Tone Dahl-Michelsen



Line Myrdal Styczen har mastergrad i Health Sciences og arbeider som spesialergoterapeut ved Seksjon for ortopedisk rehabilitering, Ortopedisk klinikk, Oslo Universitetssykehus HF.
E-post: linmyrd@ous-hf.no



Tone Dahl-Michelsen, er førsteamanuensis ved Institutt for fysioterapi, Høgskolen i Oslo og Akershus.

UNGDOM MED BARNELEDDGIKTS HVERDAGSLIVSERFARINGER: FORHANDLINGER OM DELTAKELSE OG NORMALITET

Abstract

Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA) is one of the most common chronic illnesses in childhood. Typical symptoms are swelling, pain, and stiffness in joints, which can result in challenges in completing daily activities and participating in everyday life. The aim of this article is to provide knowledge regarding how adolescents with JIA experience their own daily life. Eight adolescents, aged 12-16, with JIA participated in this qualitative study. The data collection was conducted using in-depth interviews inspired by life mode interviews. The study design is explorative and the concepts of participation and normality form a focal point in the analyses. We find that home, school, leisure pursuits, clinic appointments, and rehabilitation in a warm climate appear to be important arenas in the adolescents' everyday lives. The results demonstrate that generally their everyday experiences concern negotiations of participation and normality in relation to themselves and their peers, such as friends, schoolmates and other adolescents with JIA, and in relation to the environments. The adolescents' negotiations of participation involve both experiences of being emancipated and constrained. Indeed, the results unfold how participation intersect with norms of normality within the different arenas of everyday life among the adolescents with JIA.

Keywords: JIA, participation, normality, everyday life, adolescents

Manuset ble innsendt 29.04.2017 og godkjent 15.11.2017.

Det eksisterer ingen uenigheter mellom forfatterne vedrørende rettighetene til denne artikkelen.

Introduksjon

I barndommen er barneleddgikt (Juvenil Idiopatisk Artritt (JIA)) en av de vanligste kroniske sykdommene (Petty, Laxer & Wedderburn, 2016). Hevelse, smerte og redusert bevegelighet i ledd er klassiske symptomer på barneleddgikt. Den medisinske behandlingen kan være kompleks og inkluderer tett oppfølging (Petty et al., 2004; Ravelli & Martini, 2007). Utviklingen i behandlingstilbudet har ført til bedret prognose for barn og unge med barneleddgikt (Ostring & Singh-Grewal, 2013; Petty, 2016). Men på tross av at omkring 40 prosent er uten medisiner og i remisjon 8–10 år etter sykdomsdebut, finnes det fortsatt ingen kur og sykdommen reduserer barn og unge med barneleddgikts muligheter i hverdagslivet (Kuchta & Davidson, 2016; Ravelli & Martini, 2007).

Tidligere forskning viser at barn og unge med barneleddgikt kan ha et ustabilisert hverdagsliv med svingninger i sykdommen fra dag til dag og over tid, og uforutsigbarheten påvirker deres hverdagsliv (Cartwright, Fraser, Edmunds, Wilkinson & Jacobs, 2014; Livemore, Elftheriou & Wedderburn, 2016; Tong, Jones, Craig, Singh-Grewal, 2012). Smerte er en annen sykdomskonsekvens som i kombinasjon med høye krav til prestasjon på arenaer som skole og fritid kan gjøre det utfordrende å delta på lik linje med friske jevnaldrende (Guell, 2007; Race et al., 2016; Tong et al., 2012). Hverdagslivet til barn og unge med barneleddgikt er preget av færre sosiale og fysiske fritidsaktiviteter sammenlignet med friske jevnaldrende (Cavallo, April, Grandpierre, Majnemer & Feldman, 2014; Hackett, 2003). Studier viser at barn og unge med barneleddgikt blant annet presser seg for å være deltakende i hverdagslivspraksiser, og heller vil akseptere opplevelsen av økt smerte i ettertid av aktivitetene for ikke å skille seg ut (Cartwright et al., 2014; Guell, 2007; Race et al., 2016).

At barn og unge med barneleddgikt ikke ønsker å bli stemplet som syke, funksjonshemmede eller ulike friske jevnaldrende er et poeng som trekkes fram i flere tidligere studier som utforsker barn og unge med barneleddgikts hverdagsliv (Cartwright et al., 2014; Livemore et al., 2016; Tong et al., 2012). Kravet om å være konform fremstår slik sett som et viktig aspekt ved hverdagslivet for barn og unge med barneleddgikt. Tidligere forskning på ungdomsfeltet generelt peker også på at det er viktigere enn noen gang ikke å skille seg ut eller bli oppfattet som for ulik de andre (Hegna, Ødegård & Strandbu, 2013).

Samlet sett viser den tidligere forskningen at

barn og unge med barneleddgikt strever med å tilpasse seg krav og forventninger i hverdagslivet, og at deres muligheter for deltakelse begrenses av sykdommen (Cartwright et al., 2014; Cavallo et al., 2014; Hackett, 2003; Livemore et al., 2016; Race et al., 2016; Tong et al., 2012). I forskningsfeltet etterspørres det mer kunnskap om barn og unge med barneleddgikts egne erfaringer med deltakelse knyttet til eget hverdagsliv (Cavallo et al., 2014). I den tidligere forskningen på feltet er pasientenes erfaringer med normalitet i liten grad tematisert, og denne studien er et bidrag til dette «kunnskapshullet».

I vår studie undersøker vi ungdom med barneleddgikts *hverdagslivserfaringer*. Vi tar utgangspunkt i *hverdagsliv* som det livet vi lever og erfarer hver dag, der interaksjon og deltakelse skjer gjennom aktivitet med andre mennesker og på sosiale arenaer (Gullestad, 1989). Vi knytter dermed *deltakelse* som begrep til menneskers handlinger i hverdagslivet, og erfaringer handler om den enkeltes muligheter for å samhandle med mennesker og omgivelsene (Bendixen, Madsen & Tjørnov, 2003). Når det gjelder forståelse av *normalitet*, tar vi utgangspunkt i at normalitet knytter an til norm, og slik sett sier begrepet noe om hva som oppfattes som akseptabel væremåte innenfor bestemte kontekster (Grue, 2016). Vår forståelse innbefatter også at det normale er sosialt konstruert og inngår i maktprosesser der det som defineres, som normalt ikke er gitt av naturen, men formes i et normativt (samfunns-) landskap (Solvang, 2006). At normalitet betraktes som sosialt konstruert, og ikke som gitt, innebærer at normalitet forhandles og knyttes sammen med erfaringer som deltakerne gjør i sitt eget hverdagsliv. På bakgrunn av dette undersøker vi i denne artikkelen følgende problemstilling: *Hvordan erfarer og forhandler ungdom med barneleddgikt deltakelse og normalitet i hverdagslivet?*

Metode

I denne studien bruker vi kvalitativ metode til å utforske betydning og mening av handlinger, med intensjon om å fange kompleksiteten, variasjonen og dybden knyttet til ungdom med barneleddgikts hverdagsliv (Kvale & Brinkmann, 2009; Justesen & Mik-Meyer, 2012). Det empiriske materialet bygger på kvalitative intervjuer inspirert av formen livsformsintervju. Det innebærer at intervjuene tar utgangspunkt i løpende tid som organiserende struktur for ungdommenes hverdagslivspraksiser (Haavind, 1987).

INKLUSJON, REKRUTTERING OG INTERVJU

Denne studien er et delprosjekt innenfor forskningsprosjektet «Fysisk form ved barneleddgikt», som undersøker fysisk form og fysisk aktivitet hos barn med JIA sammenliknet med friske barn (Risum, 2014). Ungdommene i vår studie har JIA, er født mellom 2000 og 2004, og har fått diagnosen etter år 2000. Det er <seks måneder siden diagnosen ble satt.

Når det gjelder rekruttering, ble det sendt ut 30 informasjonsskriv til foresatte og ungdommer i henhold til ovennevnte kriterier. Brevene gikk ut til 7 gutter og 23 jenter og inneholdt et samtykkeskjema for ungdommen og et for foresatte. Etter mottatt samtykke kontaktet førsteforfatter foresatte per telefon, og det ble avtalt tid og sted for intervju med aktuelle informanter. Det var tolv positive svar, og åtte intervjuer ble gjennomført. Datainnsamlingen ble på dette tidspunktet avsluttet, fordi mønsteret i intervjuene begynte å repeteres, og datamaterialet ble vurdert til å være mettet (Kvale & Brinkmann, 2009).

Fire av intervjuene ble samkjørt med at deltakeren var til kontroll på sykehuset. De fire andre ble gjennomført i deltakerens hjem. Ungdommene var delaktige i avgjørelsen om hvorvidt deres forelder skulle være til stede under intervjuet. Ved to av åtte intervjuer var forelder til stede. Båndopptaker ble benyttet ved alle intervjuene, og lydopptakene ble transkribert kort tid etter intervjuene. Alt sensitivt materiale er oppbevart i henhold til retningslinjer for oppbevaring av personidentifiserende materiale. All informasjon er behandlet uten direkte gjenkjenning av opplysninger, og deltakerne er gitt pseudonymer. Studien er godkjent av Regional Etisk Komite. Førsteforfatter har gjort alle intervjuene.

ANALYSETILNÆRMING

Studiens analytiske tilnærming tar utgangspunkt i et eksplorativt design og kombinerer induktiv og deduktiv tilnærming (Patton, 2002). I den induktive (første) analysefasen analyserte vi fram tema i rådataene (Braun & Clarke, 2006). I den andre fasen utformet vi empirinære kategorier – det vil si førsteordensbegreper som lå nært opp til deltakernes egne begreper og forståelser (Van Maanen, 1979). I den tredje fasen utviklet vi analysene utover det helt empirinære nivået gjennom bruk av teoretiske begreper og konsepter – det vil si andreordensbegreper (Van Maanen, 1979). Følgende forsknings spørsmål var retningsgivende for analysen: 1) Hvilke arenaer og erfaringer er betydningsfulle i ungdom-

| Deltager | Alder (år) | *Grad av deltagelse i hverdagslivet |
|----------|------------|-------------------------------------|
| Jørgen | 16 | Høy |
| Marie | 12 | Lav |
| Eva | 13 | Middels |
| Guro | 15 | Høy |
| Marit | 15 | Høy |
| Olivia | 15 | Høy |
| Tonje | 12 | Høy |
| Kaja | 13 | Høy |

Tabell 1.

*Basert på ungdommenes egne beskrivelser av deltakelsesnivå i hverdagen.

mene med barneleddgikts hverdagsliv? 2) Hvordan erfares og forhandles deltagelse og normalitet på de ulike arenaene i ungdommenes hverdagsliv? Analyseprosessen er illustrert i figur 1.

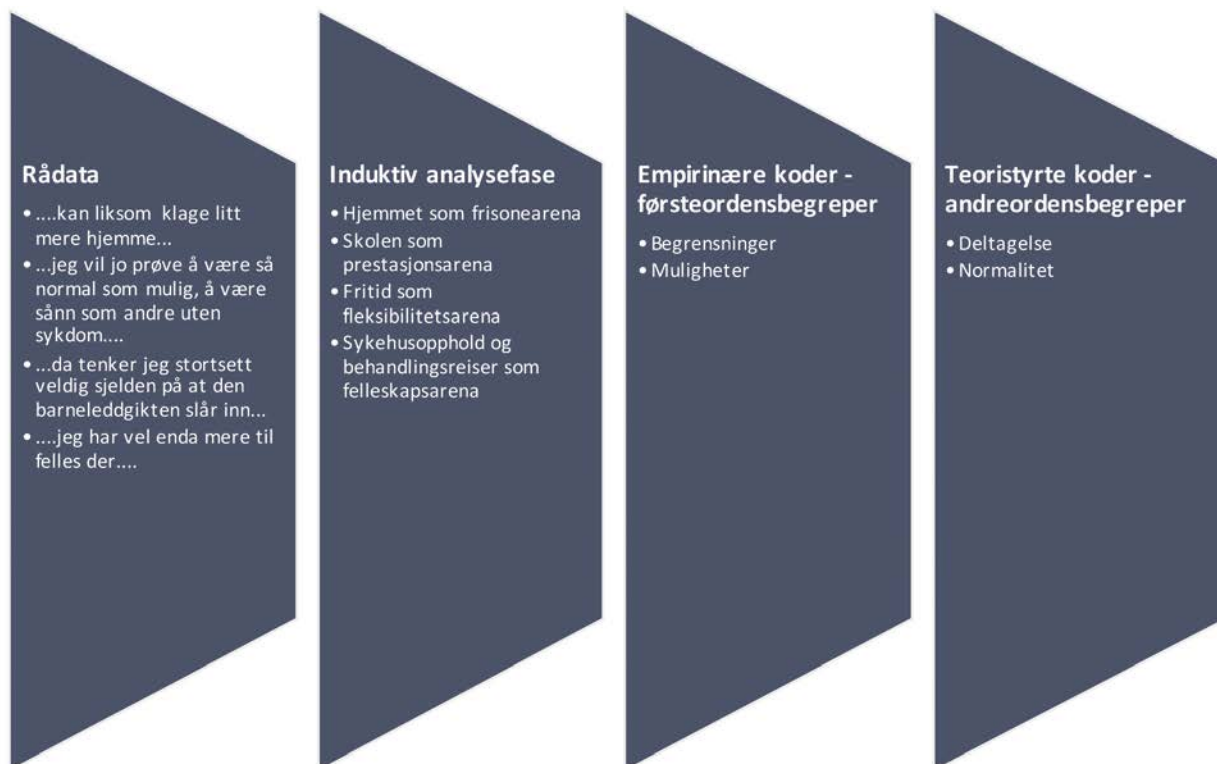
Resultat

Resultatene våre viser at ungdommens hverdagslivserfaringer knyttes opp mot fire arenaer: hjem, skole, fritid, sykehusopphold og behandlingsreiser. Ungdommenes erfaringer med begrensninger og muligheter i hverdagslivet er knyttet til forhandlinger om deltagelse og normalitet. Ungdommene forhandler både i relasjon til seg selv, til venner og klassekamerater, andre ungdommer med barneleddgikt og omgivelsene. Erfaringene og forhandlingene varierer mellom de aktuelle arenaene i ungdommenes hverdagsliv.

HJEMMET SOM FRISONEARENA

Hjemmet fremstår som en «frisone» og som et sted ungdommen kan trekke seg tilbake når de begrenses i form av å være slitne og/eller har for mye smerter til å delta på skolen eller i fritidsaktiviteter. I intervjuene kommer dette særlig til uttrykk når ungdommene snakker om hva de anser som akseptert (normal) væremåte på skolen versus hjemme. En av ungdommene uttrykker det slik:

Jeg kan liksom klage litt mere hjemme da, hvis jeg har vondt eller er veldig sliten ... Hvis jeg har infeksjon i kneet og blir mye sliten, så kan jeg bli litt sånn «jeg er sliten og har veldig vondt» ... Det er fordi det er familie, da ... Men på skolen er det litt mer ... på skolen generelt vil man jo fremstå som positiv og bra, da (Guro, 15 år).



Figur 1 viser analyseprosessen.

Erfaringer med begrensninger i form av smerte og slitenhet inngår i Guros forhandlinger om hva som er normalt for henne hjemme, versus hva hun ser som normalt i skolesituasjonen. Hjemmet erfarer som en «frisone» hvor mulighetene er mer fremtredende enn begrensningene, noe som innebærer at hun kan delta uten press om å prestere. Dette til forskjell fra skolen, hvor Guro oppfatter at det er viktig å fremstå som «positiv og bra». Guros erfaringer skaper her en grense mellom hva som er normalt på skolen og hjemme.

Selv om hjemmet i hovedsak fremstod som en «frisone», kan ungdommene også erfare begrensninger innad på denne arenaen. Dette kommer spesielt til uttrykk når de snakker om egen deltakelse i hverdagslivsaktiviteter som eksempelvis morgenstell:

Innimellom så blir jeg litt sur, siden jeg må ha hjelp, da blir jeg litt sint og skuffet over meg selv fordi jeg ikke klarer alt sammen [kle på seg, lage frokost] alene (Eva, 13 år).

Evas erfaring viser her hvordan det å være selvhjulpent er det hun ser som det normale, noe som kan dreie seg om at det å klare dette uten hjelp er noe hun mestrer i mindre sykdomsaktive perioder.

Normen hun legger til grunn for at det normale er å klare morgenstellet selv, kan også forstås i lys av at de andre som bor i hjemmet, ikke har begrensninger her, og dermed erfarer Eva seg annerledes når hun ikke innfrir den normen.

SKOLEN SOM PRESTASJONSARENA

Skolen er en arena hvor ungdommene er opptatt av at de vil være som andre ungdommer. Det å være til stede sammen med de andre er viktig, og det å delta på lik linje med de andre i klassen fremstår som særlig betydningsfullt. På skolen utspiller ungdommenes forhandlinger om normalitet seg i et spenn mellom kravene som stilles for å innfri normene for normalitet, og de individuelle forutsetningene til ungdommene. En av ungdommene beskriver det slik:

... Jeg vil jo prøve å være så normal som mulig, å være sånn som andre uten sykdom ... å ikke bli forstyrret av sykdom og at den ikke er så veldig synlig ... og være med på alt det alle andre er med på, og å gjøre det samme som dem (Marit, 15 år).

Marits erfaringer viser hvordan hun oppfatter det å være normal som å være som de andre som ikke har barneleddgikt, og det å kunne gjøre det samme som

dem er på denne måten et poeng i Marits oppfattelse av normalitet.

Kroppsøvningsfaget fremstår som det området på skolearenaen hvor det blir mest fremtredende at begrensningene for deltakelse kan ligge i omgivelsene. I kroppsøving presser ungdommene egne grenser for å følge «standard undervisning», og på den måten toner de ned sine begrensninger og sin annerledeshet. En av ungdommene uttrykker det slik når hun snakker om en periode hvor hun ikke uten videre kunne delta som de andre i klassen:

Jeg kunne fortsatt være med på alt, bare at det gjorde litt vondt ... Jeg er litt sånn som har gym selv om det gjør litt vondt, da. Jeg liker ikke å sitte å se på. Hvis jeg ser på, så har jeg veldig vondt (Guro, 15 år).

Det å ha gym selv om hun har smerter, utgjør her normen for normalitet for Guro. Dersom hun ser på i gymtimene, så har hun «veldig vondt», som hun selv sier det. Det å «fortsett være med på alt» blir viktig for Guros forståelse av normalitet i denne konteksten. Sagt på en annen måte viser eksempelet hvordan det å tone ned egne begrensninger og ikke synliggjøre annerledeshet, men derimot fokusere på «mulighetene», her forstått som det å være så lik de andre og det «normale» som mulig, er noe som pålegges det enkelte individ.

At kroppsøvningsfaget utøves på en måte som medfører at begrensninger blir særlig synlig, innebærer at hva som faller innenfor grensene for normalitet, blir smalt. I intervjuene fremgår det at underviserne i kroppsøvningsfaget prøver å inkludere ungdommene ved at de enten kan være til stede i timen og «se på», eller de kan ha alternative opplegg. En av ungdommene uttrykker det slik:

... hvis det gjør vondt, får jeg bare noen andre øvelser å gjøre ... Det er helt greit, det, innimellom så liker jeg å være litt alene, så det går bra ... altså, jeg er jo i samme rom som dem, jeg kan bare konsentrere meg om mine egne ting (Eva, 13 år).

Sitatet illustrer hvordan Eva forhandler det å gjøre egne øvelser som normalt for henne, og slik sett blir også det å være annerledes enn de andre normalt i denne situasjonen. Et poeng er at nærhet til de andre er en sentral faktor i Evas forhandling om normalitet og deltakelse. Vi kan si at hun begrenses av normalitetsforståelsen i kroppsøving, samtidig som hun verdsetter muligheten til å være i samme lokale som de andre elevene.

FRITID SOM FLEKSIBILITETSARENA

Når det gjelder fritidsaktiviteter, regulerer ungdommene sin deltakelse i aktivitet ut ifra hva de selv anser som oppnåelig og realistisk å delta i. Det vil si at de stort sett deltar i aktiviteter der de erfarer en mulighet for å delta på samme nivå som de andre. Intervjuene viser at ungdommene har erfaringer med fritidsaktiviteter der forholdet mellom aktivitetens krav og ungdommenes forutsetninger har skapt utfordringer for deres deltakelse. Hos noen av ungdommene ser det ut til å være en sammenheng mellom egen opplevelse av sykdomsaktivitet og opplevelse av normalitet. Mindre grad av sykdomsaktivitet er assosiert med likhet med de andre og det ungdommene ser som normalt, mens mer aktive sykdomsperioder er forbundet med begrensninger og annerledeshet. En av ungdommene forteller:

I går så var jeg på noen motbakkeintervaller, det var løping, og løping har jeg alltid pleid å slite litt med, men nå hadde jeg fint følge med en opp bakkene og da følte jeg meg veldig pigg, og da tenker jeg stort sett veldig sjelden på at den barneleddgikten slår inn. Og det er en veldig fin følelse (Jørgen, 16 år).

Sitatet illustrer hvordan Jørgen erfarer det å kunne følge en av de andre opp bakkene som noe som gjør at han «følte seg pigg». Det indikerer at gjennom å kunne gjøre det samme som de andre på måter hvor han ikke skiller seg ut og erfarer at han begrenses, forhandler Jørgen seg innenfor normene for normalitet i denne fritidsaktiviteten. Forhandlingene skjer gjennom å fokusere på at han har de samme mulighetene som de som ikke har barneleddgikt, noe han beskriver som en fin følelse.

Deltakelse med aktivitetslikepersoner på fritiden handlet også om deltakelse i særskilte svømmegrupper for barn og ungdom med barneleddgikt. I svømmegruppen erfarer ungdommene å delta på lik linje med de andre i gruppen, og på denne arenaen fremstår deres begrensninger som aksepterte og dermed normale. En av ungdommene uttrykker det slik:

... Før så gikk jeg jo på fotball, men det klarer jeg ikke lenger, for det gjør så vondt ... jeg går på en sånn svømmegruppe med andre leddgiktsbarn, så vi gjør øvelser og har det gøy (Eva, 13 år).

Svømmegruppen viser seg som en kontekst hvor normene for normalitet er forskjellige fra normene på fotball og på skolen. Å delta i svømmegruppen

fremstår som betydningsfullt både gjennom erfaringer med tilhørighet til gruppen og ved at opplegget tilpasses forutsetningene til deltakerne. Med andre ord er dette en mer fleksibel arena hvor muligheter kommer i fokus mer enn begrensinger.

Selv om ungdommene erfarer fritidsarenaen som fleksibel, viser det seg samtidig at dersom rammene for aktivitetene blir for faste, medfører det at ungdommene enten må stå over, avslutte aktiviteten, eller få den tilpasset. Tilpasningen bærer preg av at de identifiserer seg med andre ungdommer som ikke kan delta på grunn av for eksempel skader. En av ungdommene forteller:

... hvis det er mye hard løping, så må jeg stå over det ... Det er kjipt, det er veldig kjipt, det er det. Men jeg får bare leve med det ... det er noen ganger noen er skada på treninger, andre skader, så da er det noen ganger jeg gjør øvelser med noen. Men som regel alene, men det er som regel rett i nærheten av der de andre holder på, da (Marit, 15 år).

Marits erfaringer med begrensinger i forhold til deltakelse forhandles gjennom å fokusere på at andre også kan erfare at deres muligheter for deltakelse begrenses. Samtidig forhandler Marit hva som er gjeldende normalitet, ved å vektlegge muligheten for deltakelse gjennom en tilstedeværelse i nærværet av de andre, noe som har tydelige fellestrekk med forhandlingene i kroppsøvingstimene.

SYKEHUSOPPHOLD OG BEHANDLINGSREISER SOM FELLESKAPSARENA

Det sentrale ved ungdommenes erfaringer når det gjelder sykehusopphold og behandlingsreiser, er at det er arenaer hvor ungdom de «vanligvis» omgås med, ikke deltar. Et vesentlig funn her er at det er andre med barneleddgikt som inngår i gruppen, som de definerer normene for normalitet ut ifra. Det innebærer at det de opplever som annerledeshet på andre arenaer, fremstår som det normale her. For noen av ungdommene har den medisinske oppfølgingen stor plass, og da utgjør sykehuset en viktig del av hverdagslivet. En av ungdommene sier det slik:

Det er helt greit, egentlig ... Jeg plages ikke av det. Det gjør jeg ikke ... det har jo alltid vært sånn. Så for meg så er det helt normalt (Olivia, 15 år).

Sitatet viser hvordan det som er annerledes samtidig er det som er normalt.

I tillegg til at behandlingsreiser er en arena hvor skolekamerater og venner uten barneleddgikt ikke deltar, er det en arena hvor ungdommene i mindre grad erfarer seg begrenset av sykdomskonsekvenser som smerte, slitenhet og stress sett opp mot for eksempel skolen. Et sentralt poeng er at de på denne arenaen «passer inn» og erfarer et felleskap. Det vil si at ungdommene erfarer en tilhørighet til gruppen de er sammen med, og sykdomsforståelse fremstår som noe vesentlig og inngår i normen for normalitet. En av ungdommene forteller:

... Jeg har vel enda mer til felles der ... Men jeg vil si at det er mange som er like, og noen som er litt dårligere ... Ja, i hvert fall sånn leddgiktsmessig, da ... så tar vi godt vare på hverandre, og hvis det er noen som sitter i rullestol eller noe sånt, så er det ikke noe problem å måtte trille, eller kunne ta en tur sammen, treningsturer eller noe sånt, det er veldig fint, det (Jørgen, 16 år).

Sitatet illustrerer hvordan normalitet etableres gjennom referanse til leddgikt og skaper et felleskap blant ungdommene. Selv om referanserammen er leddgikt, synliggjøres det hvordan det også er et mangfold innad i gruppen, hvor noen eksempelvis benytter rullestol, mens andre deltar gjennom å trille rullestolen. På denne måten etableres en norm for normalitet på behandlingsreisen som rommer mangfold, og som tilbyr variasjon av måter å delta på.

Diskusjon

Resultatene peker på ungdommenes hverdagslivserfaringer med deltakelse og normalitet som dynamiske og kontinuerlige forhandlingsprosesser. Samlet sett vises det hvordan ungdommens forhandlinger beveger seg i et spenn mellom begrensinger og muligheter på de ulike arenaene i ungdommenes hverdagsliv. Alle arenaene involver både begrensinger og muligheter. Resultatene viser at ungdommene erfarer at hjemmet, sykehusopphold og behandlingsreiser representerer arenaer hvor normene for normalitet er relativt vide. At behandlingsreiser utgjør en betydningsfull felleskapsarena for de aktuelle ungdommene er viktig kunnskap for ergoterapeuter som arbeider med denne pasientgruppen. I tillegg til effektene av behandlingsopplegg og positive erfaringer med varmt klima kan denne fellesskapsarenaen være viktig for ungdommenes identitetsutvikling. Behovet for opplevelsen av tilhørighet til en gruppe og fellesskapet dette bringer med seg for barn og

unge med barneleddgikt, underbygges av tidligere funn (Kyngäs, 2004).

Fritidsarenaen og skolen representerer en motsats til de andre arenaene på den måten at normene er smalere her. Fritidsarenaen representerer en mellomposisjon hvor den har noen fellestrekk med skolearenaen, men samtidig er en fleksibel arena fordi fritidsaktivitetene rommer valgmuligheter. De idrettslige fritidsaktivitetene ser ut til å ha mye til felles med kroppsøvingarenaen, og normalitetsnormene er tilsvarende smale. Svømmegruppen og lignende tilrettelagte aktiviteter utgjør her et sentralt alternativ. Det er viktig at ergoterapeuter er oppmerksom på slike tilbud og bidrar med sin kompetanse for å tilrettelegge for denne type aktiviteter. Aktiviteter som selvorganisert sykling og bading med venner er også fritidsaktiviteter som ergoterapeuter kan være med å oppmuntre til og derigjennom støtte betydningen av.

Forskning om inkludering i skolen viser generelt at skolen er mer inkluderende i dag enn tidligere (Wendelborg & Paulsen, 2014). Skolen representerer likevel den arenaen hvor normene for normalitet er smalest, og særlig gjelder dette i kroppsøvingfaget, hvor det praktiseres en mindre inkluderende normalitetsforståelse. I intervjuene toner ungdommene her ned erfaringene sine med ikke å innfri normen for normalitet. Analysene viser hvordan ungdommene forhandler med seg selv og omgivelsene for å unngå ekskludering, noe som samsvarer med funn fra studier om deltakelse for barn med funksjonshemming (Asbjørnslett, 2015; Svendby, 2013). Svendbys studie viser at barn og unge med fysiske funksjonshemminger (sjeldne diagnoser) opplever at de ikke passer inn i gymtimene. Hun argumenterer for at det er selve kroppsøvingfaget og pedagogikken som må endre seg – i motsetning til at ungene skal tilpasse seg et lite inkluderende system (Svendby, 2013). Asbjørnsletts studie (2015) peker på at barna i stor grad påvirkes av normer og forventinger til normalitet i skole og hverdagsliv, og at de både tilpasser seg og utfordrer de aktuelle normene. Et poeng i hennes studie er at barna veldig gjerne vil være mest mulig som de andre barna. De ønsker derfor å gjøre det samme som de andre, men når det ikke går – noe som gjerne er tilfelle i kroppsøvingstimene – ønsker de å være til stede der hvor de andre barna er. Dette samsvarer med funnene i vår studie. Tidligere studier på barn med JIA vektlegger også betydningen av muligheten for observasjon av de andre barna som et «avbrekk» når begrensningene

for deltakelse i lek og fritidsaktivitet blir for store (Hackett, 2003).

Ungdommene i studien møter flest utfordringer med mestring i kroppsøvingstimene. På tilsvarende måte som i Asbjørnsletts (2015) og Svendbys studie (2013) må ungdommene i vår studie gjøre andre øvelser enn de andre elevene når oppgavene blir for vanskelige for dem å gjennomføre. At det er elevene som må tilpasse seg systemet, og ikke omvendt, indikerer en for snever forståelse av tilpasset opplæring (Svendby, 2013). Kroppsøvingfaget har et faglig innhold som utfordrer inkluderingsprosesser på andre måter enn det andre skolefag gjør. Derfor kreves både en positiv innstilling og holdning samt praktisk kunnskap om det å arbeide med barn og unge med funksjonsnedsettelse (Rugseth, 2015). At kroppsøvingfaget utøves gjennom å fremme og reprodusere bestemte idealer og verdier, er tett knyttet opp til tatt for gitte normer og idealer om hvordan kropper skal se ut og bevege seg, samt hvilke aktiviteter som ses som betydningsfulle (Rugseth, 2015). Det er viktig at oppleggene i kroppsøvingfaget organiseres og løses på måter som gjør at de elevene som har utfordringer, i større grad kan delta sammen med de andre (Asbjørnslett, 2015; Rugseth, 2015; Svendby, 2013). Gjennom en mer inkluderende tilnæringsmetode skapes en videre forståelse av normalitet i kroppsøvingfaget. For å få til dette er det behov for kunnskap og veiledning om hvordan det kan gjøres. Et alternativ er å fokusere på ungdommenes ressurser og muligheter i stedet for begrensninger. Tidligere forskning viser at et løsningsorientert samarbeid med ungdom med barneleddgikt er nyttig (Sällfors, Fasth & Hallberg, 2002), og vi argumenterer for at dette funnet med fordel også kan brukes i kroppsøvingfaget. Det er i den sammenheng viktig at ergoterapeuter bidrar med sin kunnskap og aktivitet på dette området. Sammen med kroppsøvingslærere og fysioterapeuter kan ergoterapeuter bidra til å fremme en mer inkluderende arena for kroppsøving.

I medisinsk forstand defineres barneleddgikt som sykdom og ses som unormalt (Boorse, 1977). I den offentlige debatten om sorteringssamfunnet pekes det imidlertid på at det ikke finnes unormale mennesker – bare forskjellige mennesker (Selbekk, 2017). Sagt på en annen måte er vi alle normale/unnormale avhengig av kontekst og situasjon. Et poeng er at ungdommene som deltok i vår studie ikke var «synlig» funksjonshemmet, men de var preget av svingningene mellom aktive og mindre aktive syk-

domsperioder. Det betyr konkret at ungdommene i mindre sykdomsaktive perioder erfarer å være like de andre elevene i klassen, mens de i sykdomsaktive perioder erfarer at de ikke mestrer det samme som de andre. At de beveger seg mellom disse to kategoriene, bidrar muligens til at de utvikler en særegen kompetanse på å forhandle normalitet, som gjør at de på mange måter mestrer hverdagen sin på en god måte. Dette kan forstås som en motsats til tidligere funn, der svingningene i sykdomsaktivitet fremgår som mer begrensende enn vår studie viser. Det er også et poeng at ungdommene selv posisjonerer seg i forhold til «de andre» som en ensartet gruppe. Vi finner det interessant at de ikke nyanserer og graderer de forskjellighetene som trolig finnes i klassene hvor de er elever. Vi tolker det som at ungdommenes fortolkning av seg selv er preget av en normalitetsdiskurs, og at den fremtredende plassen som denne normalitetsdiskursen ser ut til å ha, bør vies oppmerksomhet fra både klinikere og forskere som arbeider med barn og unge med JIA. Det er viktig at ergoterapeuter bruker sin kunnskap til å veilede ungdommene med å nyanse normalitet, og at de veileder ungdommene i å forholde seg til egen individuell sykdomsvariasjon.

Metodekritikk

Validering er en prosess som skjer underveis i hele forskningsprosjektet for å gjøre studien konsistent, transparent og gyldig (Kvale & Brinkmann, 2009). Når det gjelder resultatenes overførbarhet til andre situasjoner, vil det i forhold til analytisk generalisering være et poeng å vurdere hvor like eller ulike kontekstene er (Kvale & Brinkmann, 2009). Dersom resultatene skal overføres til andre kontekster (i eksempelvis andre land), er det et poeng å ta høyde for hvor like/ulike hverdagslivet og oppvekstvilkårene er. I denne studien var alle deltakerne etnisk norske med middelklassebakgrunn. Det er også et poeng at de fleste av ungdommene er aktive (se tabell 1). Dette kan bety at det er de ungdommene med barneleddgikt som opplever at de fungerer godt i hverdagen, som har takket ja til å delta i studien, og at utvalget slikt sett er skjevt, noe det må tas hensyn til i vurderingen av hvem studien er gyldig for.

Konklusjon

Tidligere forskning om barn og unge med barneleddgikt har vist at de erfarer hverdagslivet sitt som utfordrende. Vår studie bekrefter, men nyanserer også dette bildet. Hjemmet, sykehusopphold og

behandlingsreiser er arenaer med relativt vide normalitetsgrenser. Fritidsarenaen er i en mellomposisjon med relativt fleksible normalitetsgrenser, mens skolearenaen, og da særlig kroppsøving, er en arena hvor ungdommene erfarer at normalitetsgrensene er ganske smale. Gjennom forhandlinger om deltakelse og normalitet beveger ungdommene i denne studien normalitetsgrensene. De igangsetter slik sett en mer mangfoldig forståelse av normalitet, en utvidelse av grensene for hva som ses som det normale. Samlet sett viser resultatene at ungdommene på mange måter mestrer hverdagslivet sitt på en god måte. Ergoterapeuter bør være særskilt oppmerksomme på de utfordringer som denne pasientgruppen eventuelt møter på skolen, og særlig i kroppsøving. Vi argumenterer for at ergoterapeuter kan bidra med sin kompetanse og samarbeide med kroppsøvingslærere for å få til undervisningsopplegg som er inkluderende. Ungdommene som deltok i denne studien, viser hvordan de som en gruppe pasienter med barneleddgikt på sin måte både utfordrer normalitetsoppfatningene og tilpasser seg de krav og forventninger hverdagslivet setter.

Kilder

- Asbjørnslett, M. (2015). «*Ordinary kids*»: everyday life experiences of children with disabilities. Doctoral dissertation. Norges idrettshøgskole, Oslo.
- Bendiksen, H.J., Madsen, A.J., Tjørnov, J. (2003). Ergoterapeutiske begreper og begrepsmodeller med aktivitet og deltagelse i fokus. I T. Borg, U. Runge, J. Tjørnov (red.), *Basisbog i ergoterapi, aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. (s. 132- 163). København: Munksgaard Danmark.
- Boorse, C. (1977). Health as a theoretical concept. *Philosophy of Science*, 44, 542-573
- Braun, V., Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101.
- Cartwright, T., Fraser, E., Edmunds, N., Wilkinson, N., Jacobs, K (2014). Journeys of adjustment: the experiences of adolescents living with juvenile idiopathic arthritis. *Child: Care, Health & Development*, 41(5), 734-743.
- Cavallo, S., April, K.T., Grandpierre, V., Majnemer, A., Feldman, D.E. (2014). Leisure in Children and Adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis: A Systematic Review. *PLOS ONE*, 9(10), 1-10.
- Grue, L. (2016). *Normalitet*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Guell, C. (2007). Painful Childhood: Children Living With Juvenile Arthritis. *Qualitative Health Research*, 17(7), 884-892.
- Gullestad, M. (1989). *Kultur og hverdagsliv: På sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haavind, H. (1987). *Liten og stor: mødres omsorg og barns utviklingsmuligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hackett, J. (2003). Perceptions of Play and Leisure in Junior

- Aged Children with Juvenile Idiopathic Arthritis: What are the Implications for Occupational Therapy? *British Journal of Occupational Therapy*, 66(7), 303-365.
- Hegna, K., Ødegård, G., Strandbu, Å. (2013). En «sykt seriøs» ungdomsgenerasjon? *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 50, 374-377.
- Justesen, L., Mik-Meyer, N. (2012). *Qualitative Research Methods in Organisation Studies*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Kuchta, G., Davidson, I. (2016). Occupational and Physical Therapy for Children with Rheumatic Diseases. I R.E. Petty, M.R. Laxer, C.B. Lindsley (Red.), *Textbook of Pediatric Rheumatology*. (s. 176- 187.e3). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Kvale, S., Brinkmann, S. (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. (2.utg.) Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Kyngäs, H. (2004). Support network of adolescents with chronic disease: Adolescents' perspective. *Nursing and Health Sciences* 6, 287-293.
- Livemore, P., Elftheriou, D., Wedderburn, L.R. (2016). The lived experience of juvenile idiopathic arthritis in young people receiving etanercept. *Pediatric Rheumatology*, 14(21), 1-6.
- Ostring, G.T., Singh-Grewal, D. (2013). Juvenile idiopathic arthritis in the new world of biologics. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 49, E405-E412.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications.
- Petty, R.E. (2016). Pediatric Rheumatology: The Study of Rheumatic Diseases in Childhood and Adolescence. I R.E. Petty, M.R. Laxer, C.B. Lindsley (Red.), *Textbook of Pediatric Rheumatology*. (s. 1- 4.e1). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Petty, R.E., Laxer, M.R., Wedderburn, L.R. (2016). Juvenile idiopathic arthritis. I R.E. Petty, M.R. Laxer, C.B. Lindsley (Red.), *Textbook of Pediatric Rheumatology*. (s. 188- 204. e6). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Petty, R.E., Southwood, T.R., Manners, P., Baum, J., Glass, D.N., Goldenberg, J., He, X. (2004) International League of Associations for Rheumatology Classification of Juvenile Idiopathic Arthritis: Second Revision, Edmonton, 2001. *The Journal of Rheumatology*. 31(2), 390-392.
- Race, D.L., Sims-Gould, J., Tucker, L.B., Duffy, C.M., Feldman, D.E., Gibbon, M., Houghton, K.M., Stinson, J.N., Stringer, E., Tse M.L.S., McKay A.H. (2016). «It might hurt, but you have to push through the pain»: Perspectives on physical activity from children with juvenile idiopathic arthritis and their parents. *Journal of Child Health Care* 20(4), 428-436.
- Ravelli, A., Martini, A. (2007). Juvenile idiopathic arthritis. *The Lancet*, 369(3). 767-78.
- Risum, K. (2014). Fysisk form ved barneleddgikt. Fysisk form og fysisk aktivitet hos barn med juvenil idiopatisk artritt (JIA) sammenliknet med friske barn. Upublisert manuskript. Protokoll. Oslo Universitetssykehus, Rikshospitalet. Oslo.
- Rugseth, G. (2015). Et kroppsøvingsfag -mangfoldige kropp. I: I. Førland, G. Rugseth, (Red.), *Inkluderende kroppsøving*. (s. 79 -95). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sällfors, C., Fasth, A., Hallberg, L.R-M. (2002). Oscillating between hope and despair – a qualitative study. *Child: Care, Health & Development* 25(6), 495-505.
- Selbekk, M.E. (2017). - De av oss som er annerledes, må få lov til å være det. Hentet 8. oktober 2017, fra <https://www.menneskeverd.no/2017/09/18/annerledes-ma-fa-lov-a-va-ere/>
- Solvang, P. (2006). Problematisering, utdefinering eller omfavelse? Om normaliteten. I T. Hylland Eriksen, J-K. Breivik (Red.), *Normalitet*. (s. 167-185). Oslo: Universitetsforlaget.
- Svendby, E. B. (2013). «Jeg kan og jeg vil, men jeg passer visst ikke inn»: En narrativ studie om barn og unges erfaringer med kroppsøvingsfaget når de har en sjelden diagnose (fysisk funksjonshemming). Doctoral Dissertation. Norges idrettshøgskole, Oslo.
- Tong, A., Jones, J., Craig, J.C., Singh-Grewal, D. (2012). Children's Experiences of Living With Juvenile Idiopathic Arthritis: A Thematic Synthesis of Qualitative Studies. *Arthritis Care & Research* 69(9), 1392-1404.
- Van Maanen, J. (1979). The fact of fiction in Organizational Ethnography. I J. Van Maanen (Red.), *Qualitative methodology*. (s. 37-55). Sage Publications.
- Wendelborg, C., Paulsen, V. (2014). Inkludering i skolen – inkludering på fritida? I: J. Tøssebro, C. Wendelbrog (Red.), *Oppvekst med funksjonshemming. Familie, livsløp og overgang*. (s. 80-104). Oslo: Gyldendal Akademisk.



4. NASJONALE KONFERANSE OM HJERTET OG HJERNEN

Oslo Kongressenter 15. og 16. februar 2018

Ergoterapeuter ønskes velkommen!

Godkjent av Norsk Ergoterapeutforbund med
16 timer som spesialspesifikt kur

PROGRAM OG PÅMELDING
www.hjertetoghjernen.no

Betydningen av kunnskap om aktivitet

Av Sissel Horghagen

- Hvem er Sissel Alsaker?

- Jeg ble ferdig utdannet ergoterapeut i 1978, så jeg har vært med lenge. Først tolv år i praksis innen psykisk helse og håndterapi, deretter mange år som lærer ved Ergoterapeututdanninga i Trondheim. I denne perioden tok jeg master i helsevitenskap og senere doktorgrad på samme område. De siste seks årene har jeg arbeidet som førsteamanuensis ved Program for Psykisk helsearbeid, videreutdanning og master, ved NTNU.

- Hvilke fagområder er du opptatt av, og hvorfor?

- I min lange karriere har jeg hatt ulike faglige hovedinteresser, men jeg må vel si at kunnskap om betydningen av aktivitet i menneskers liv har fått stadig større plass. Jeg har vært, og er, svært engasjert i at ergoterapi som fag utvikler, utvider og legger tyngde i betydningen av aktivitet. Jeg mener at denne kunnskap og praksis representerer et unikt bidrag til helsetjenesten. Dette har medført et sterkt engasjement i utviklingen av aktivitetsvitenskap som kunnskapsområde, som jeg mener må tilbys langt utover ergoterapifeltet. Vi har per i dag et eget valgemne i Videreutdanning og master i psykisk helsearbeid, hvor teori om aktivitet i hverdagskontekster er sentralt. Min erfaring er at dette bidrar med aktuell

og etterlengtet kunnskap om hverdagsaktiviteter i en tverrfaglig sammenheng.

- Kan du trekke fram noen resultater fra din forskning som du mener er viktige?

- I min ph.d.-avhandling utviklet jeg en teoretisk forståelse av hvordan aktivitet skaper fortellinger eller narrativer. Menneskers hverdagsaktiviteter forteller på mange måter historier om hvordan interesser, mening og betydning kommer til uttrykk gjennom aktiviteter.

Dette har jeg og andre forskere videreutviklet, slik at ideen om «narrativ-i-handling» anvendes i forskning innen aktivitetsvitenskap til å forstå hvordan det er å leve med kroniske lidelser, hvordan psykisk helse kommuniseres i ulike hverdags-sammenhenger, hvordan aktiviteter kan bidra i rehabilitering og demensomsorg, og ikke minst hvordan aktiviteter er sentrale for forstå dialogen mellom den enkelte og de omgivelsene vedkommende lever i.

- Hvilken forskningsartikkel har inspirert deg mest av de du har lest?

- Siden jeg har lest tusenvis over mange år, kan det være vanskelig å trekke fram én. Ulike perioder har hatt ulike inspirasjonskilder. Kielhofner var skjellsettende på nittitallet, Mattingly



NAVN:

Sissel Alsaker

STILLING:

Førsteamanuensis ved Institutt for psykisk Helse, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU, Trondheim.

på 2000-tallet. Det samme var Zemke & Clark-boka *Occupational Science, the evolving discipline*. Men jeg tror nok jeg velger Clark, F. (1993) «Occupation embedded in a real life: Interweaving occupational science and occupational therapy».

Denne artikkelen viser hvordan handling og mening kan forstås og uttrykkes i hverdagen. Den inspirerte meg til å være et semester i Los Angeles under min stipendiatperiode. Det ga meg uvurderlige erfaringer og opplevelser, både faglige og personlige, samt førte til at jeg ble invitert og involvert i betydningsfulle nettverk for den forskning jeg holder på med i dag.

- Hva mener du vi trenger mer forskning på innen ergoterapi?

- Siden jeg nå arbeider i en tverrfaglig setting, med sykepleiere, vernepleiere, sosionomer og barnevernspedagoger, så er det nærliggende for meg å si at vi

trenger å synliggjøre de enkeltes hovedbidrag til helsetjenesten. Og ikke minst hvordan de ulike profesjonene kan utvikle sin kommunikasjon i praksis og teori, til beste for dem vi skal hjelpe, og for å svare på vårt samfunnsoppdrag.

Referanser

- Alsaker, S. and S. Josephsson (2010). «Occupation and meaning: Narrative in everyday activities of women with chronic rheumatic conditions.» OTJR - Occupation, Participation and Health 30(2).
- Alsaker, S. and S. Ulfseth (2017). «Narrative Imagination. Staff's stories of relational change.» Journal of Occupational Science, <http://dx.doi.org/10.1080/14427591.2017.1375968>.
- Clark, F. (1993). «Occupation embedded in a real life: Interweaving occupational science and occupational therapy.» American Journal of Occupational Therapy 47(12): 1067-1078.



Aktiviteter er sentrale for forstå dialogen mellom den enkelte og de omgivelsene vedkommende lever i.



Aktivitet og deltakelse for alle.

Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem


ergoterapeutene

M3 OG M5 – UNIK KJØREOPPLEVELSE



OPPLEV PERMOBILS NYE M-SERIE

– aldri har en midthjulsdreven stol
kunnet gi deg mer.

Active Reach gir deg betydelig større rekkevidde. Med opptil 20° setetilt fremover og høy seteløft, vil mange av dine daglige gjøremål bli lettere. Den vil også redusere faren for arm- og skulderslitasje.

Med *Active Height* kan du kjøre med sete i høyeste posisjon i opptil 5 km/t, uten at komfort og fjæring blir redusert.

Fjæring på alle 6 hjul vil gi deg det beste av komfort, stabilitet og grep på vanskelige underlag. Stabiliteten bidrar også til økt sikkerhet ved aktiv kjøring i opptil 10 km/t.

permobil.no

permobil

LANDSMØTETS FØRSTE DAG

Et forbund i vekst og med gjennomslagskraft

Landsmøtets første dag var en maraton i hyllest, der gjester og samarbeidspartnere fikk snakke til delegatene.



Forbundsleder Nils Erik Ness åpnet møtet.



Nestleder i Unio: Solveig Kopperstad Bratseth.

Møteleder Toril Laberg sa at dette forhåpentligvis ville gi delegatene en positiv start på landsmøtet, og et solid grunnlag for å fatte de riktige vedtakene for både dagens og fremtidens utfordringer.

FORBUNDSLEDEREN

Forbundsleder Nils Erik Ness åpnet møtet med å slå fast at forbundet er i vekst og har fått til mye i programperioden som nå går ut. Han pekte på at Ergoterapeutene er, og skal være, en løsningsorientert aktør i treparts-samarbeidet.

– I denne perioden har vi fokusert på mulighetsrommet og hvordan vi ved hjelp av strategisk tenkning kan nå ut. Vi ser at ergoterapeuter kan være løsningen på utfordringene som politikerne har innen helse. Dette er noe vi har jobbet mye med, og vi opplever at vår kompetanse er etterspurt på mange hold. Vi blir invitert inn i de politiske rom for å gi råd og innspill. Gjennom dette har vi blant annet klart å få til lovfesting av ergoterapeuter i kommunene.

– Vi har også fokusert på å synliggjøre og styrke vår kjernekompetanse for å møte de utfordringene vi står overfor. Et

samarbeid med alle de seks utdanningsinstitusjonene som tilbyr ergoterapi, har ført til at vi nå har en felles beskrivelse av kjernekompetansen innen ergoterapi. Vi snakker samme språk og kan ta en betydelig rolle. Det lover godt for framtida.

Ness berømmet også regionstyrene for å ha gjort en fremragende jobb med strukturerendringene der 19 regioner har blitt til seks.

– Vi ønsker mer aktivitet og større tilhørighet, i tillegg jobber vi med en aktiv delingskultur og nettverksbygging. Det er viktig at vi fortsetter med aktiv medlemsrekruttering, ikke minst blant studentene.

Ness var også veldig klar på at ergoterapeutene er med og endrer kommunehelsetjenesten med fokus på hverdagsmestring. Det fikk han stor applaus for.

– Vi våger å stille det riktige spørsmålet «hva er viktigst i livet ditt?» Og vi setter saker på dagsorden. I dag snakker «alle» om hverdagsrehabilitering, takket være vår innsats.

Han la også vekt på å fortsette det gode og tette samarbeidet med brukerorganisasjonene.

– Sammen klarer vi å få til

masse. Vi finner oss for eksempel ikke i at hjelpemiddelansvaret overføres til kommunene. Det vil gi store forskjeller på hvilken hjelp folk får. I denne saken samarbeider Ergoterapeutene tett med brukerorganisasjonene.

Nils Erik Ness avsluttet sin tale med å si at majoriteten (61 prosent) av de 4 000 medlemmene er meget og svært godt fornøyde med forbundet sitt.

- Dette er gode nyheter, og vi skal fortsette med å være aktive og være en organisasjon for alle, i tillegg til at vi også skal vende blikket utenfor oss selv.

VIKTIG FELLESKAP

Solveig Kopperstad Bratseth, nestleder i Unio, ga delegatene en innføring i hvorfor fagorganisering blir en strategi for fellesskap og velferd. Unio består av både store og små fagforbund, der medlemsmassene ligger fra 500 stykker til 150 000. Bratseth påpekte at organisasjonsgraden i Norge er på vei ned, i dag er 49 prosent av arbeidsstokken organisert. Dette er noe som bekymrer fordi den nordiske modellen med trepartssamarbeidet sikrer forhandlingsrett.

- Modellen diskuteres også internasjonalt. I forbindelse med kriser ser vi at det ikke bare er god økonomi som er løsningene, men rett og slett et fungerende trepartssamarbeid. Dette gjør at vi kan legge til rette for løsninger på en annen måte enn der et slikt samarbeid ikke finnes. Dette ser også de internasjonale organisasjonene, som har nå blitt mer nysgjerrige på hvordan vi gjør det.

Hun marte også til rekrutteringskamp.

- Arbeidslivet er i endring. Selv om vi fortsatt har vilje til å dele, så er styringsretten viktig for å



- Vi ser konturene av en ny kollektiv arbeidstakertype som ønsker selvrealisering og bidrar til samfunnet, sa forsker Ann Cecilie Bergene.

få vår modell til å fungere. Innen offentlig sektor ser vi at organisasjonsgraden er nede i 38 prosent - der må vi hente flere. Større makt til de fagorganiserte betyr større makt til Unio-fellesskapet.

GOD ORGANISASJONSMODEL

Forsker Ann Cecilie Bergene fremhevet at ergoterapeutenes organisasjonsmodell er et godt grunnlag for å bygge en sterk or-

ganisasjon med aktivitet og flere medlemmer.

- Dere har lyttet og endret organisasjonens mål fra tjenesteytende til aktivt deltakende. Det neste må være å spå hvilke arbeidstakere det nye arbeidslivet krever.

Ann Cecilie Bergene sa at dagens ungdom ønsker å bruke evner og kunnskap og ser på arbeid som en verdi i seg selv. Samfunnsnytteperspektivet står høyt.



- Vi får økt pasientmakt, og kravet på forebyggende arbeid øker, sa Ida Kåhlin fra Sveriges Arbetsterapeuter.

- Vi ser konturene av en ny kollektiv arbeidstakertype som ønsker selvrealisering og bidrar til samfunnet. Noe som betyr at fortellingen om det nye arbeidslivet må skrives på nytt.

FÅ INN ERGOTERAPEUTENE

Lars Ødegård fra Norges Handikapforbund la i sin tale vekt på at det å spille på lag gjør at samfunnet blir mer inkluderende.

- I dag har vi et mangfold og minoritetsfokus som er veldig

positivt. Vår tid er preget av man skal være seg selv, være unik og være stolt. Men er det slik for alle? Mange av våre medlemmer føler det nok ikke sånn. Vi har jobbet lenge med å gå fra brukerperspektivet til å bli borger, men fortsatt blir vi snakket om med negativt ladede ord som manifesterer oss som syke og lidende. Dermed lages det en pleie- og omsorgstilnærming til oss, og mange av oss blir godt opplært til å være i den. Jeg vil si det så

klart som at den diskrimineringen og ekskluderingen som fortsatt finner sted, er finansiert av fellesskapets skattekasse.

Han mente likevel at vi står overfor et paradigmeskifte.

- Vi må skifte fokus fra det du ikke kan, til det du kan, fra patologi til politikk. Her ser vi at yrkesetikk kan bane vei for endring og likestilling. Der fornuften mangler, må vi få inn ergoterapeutene, som må våge å heve stemmen. Det er viktig at dere verner om ergoterapeutene-

«Der fornuften mangler, må vi få inn ergoterapeutene, som må våge å heve stemmen»

Lars Ødegård

nes faglige ytringsfrihet. Det dere ser, opplever og evner er viktig for brukernes hverdag. Jeg oppfordrer dere til å bli gode varslere i kampen for likeverd og likestilling. Jeg ønsker meg mer, sterkere og tydeligere samhandling i tiden fremover.

HVEM ER VI?

Signe Rottem er nyutdannet ergoterapeut og fortalte om sine opplevelser på vei inn i arbeidslivet. Hennes valg av yrke kom av en far som fikk en ryggmargsskade og som har vært avhengig av rullestol.

- Det er viktig at vi klarer å formidle hva vi faktisk kan og gjør, og hvilken kompetanse vi har. Der har vi fremdeles en jobb å gjøre. Jeg har opplevd å måtte forklare hva ergoterapi er, før jeg presenterer meg selv på jobbintervjuer. Og jeg ser at vår kompetanse kan brukes mange steder. Som nyutdannet er det imidlertid tre ting som er viktig. For det første fleksibilitet, som muligheten til kompetanseheving og støtte fra arbeidsgiver. For det andre må vi tenke nytt i forhold til hvilke jobber som er aktuelle, og hvordan vi skal formidle vår kunnskap og kompetanse. Sist, men ikke minst er trygghet viktig. Det betyr faste stillinger og flere stillinger.

HVOR ER VERDEN PÅ VEI?

Det svenske ergoterapiforbundet ved Ida Kåhlin har i sitt program jobbet med et trendbarometer i relasjon til ergoterapeutenes arbeidsoppgaver. Hvordan tilpasser

vi oss den nye hverdagen?

- Det vi ser er at grenseløsheten som er stor i det nye arbeidslivet, ofte fører til uhelse. Vi må jobbe med aktivitetsbalanse og ta kontroll over dette. Våre arbeidsoppgaver beveger seg også inn på nye områder. E-helseløsninger vil forandre verden, samt innen helse og omsorgssektoren. Vi får økt pasientmakt, og kravet på forebyggende arbeid øker. Dette er et av de viktigste paradigmeskiftene vi må ta høyde for i både utdanning og organisasjonsarbeid.

ROBOTENE KOMMER

Professor Arne Krokan avsluttet dagen med å påpeke at e-helse og robotisering ikke er så fryktelig langt unna. Han mente at ergoterapeutene kan ta en posisjon ved å være innovative og kompetente på teknologi, kommunikasjon og ledelse.

- Vi vil se flere endringer de neste ti årene, enn det har vært de siste hundre årene, og det kan vi ikke løpe fra. Vi kan ikke beskytte fortiden mot fremtiden - og vil vi egentlig det? Vi har allerede øreplugger som oversetter det jeg sier rett i øret på den personen jeg snakker med. Tenk på hvordan det kan bidra til å minske språkproblemer mellom folk? La oss bruke teknologi til det maskiner gjør best, og mennesker til det mennesker gjør best. Ved å ha fokus på hvordan teknologien kan bidra til å gjøre arbeidet bedre, vil dere ha fortrinn, oppfordret professor Krokan.



- Få inn ergoterapeutene, sa Lars Ødegård, leder av Norges handikapforbund.



- Vi må klare å formidle hvilken kompetanse vi har, sa Signe Rottem.



- Robotene kommer, sa Arne Krokan.

LANDSMØTETS ANDRE OG TREDJE DAG

Av Else Merete Thyness

Aktivitet og deltakelse for alle

Nils Erik Ness åpnet også dag to av landsmøtet. Han startet med å takke innlederne fra den første dagen for mange gode forslag som Ergoterapeutene vil ta med i sitt videre arbeid. – Det må gi mening å være fagorganisert, innad fordi vi blir en del av et fellesskap, og utad fordi vi er med på å endre samfunnet.



– Det må gi mening å være fagorganisert, sa Nils Erik Ness



– Vi er en sterk hovedorganisasjon, sa Unios leder Ragnhild Lied.

Deretter ble Audun Øvrebø og Solrun Nygård valgt til dirigenter. De ledet resten av landsmøteforhandlingene på en fortreffelig måte.

Så fulgte i tur og orden godkjenning av dagsorden, regnskap og forretningsorden, før Unios leder Ragnhild Lied holdt sin tale. Hun ønsket landsmøtet lykke til og berømmet Ergoterapeuten for å være et tydelig profesjonsforbund.

– Kunnskap og kompetanse er grunnlaget for Unio. Våre verdier er nødvendig for å styrke og videreføre samfunnet vårt. Hverdagsrehabilitering hadde ikke stått så sentralt i utviklingen av velferdssamfunnet uten ergoterapeuter. Når Nils Erik snakker om hverdagsrehabilitering i Unio-styret, lytter alle med respekt. Det samme skjer i høringer på Stortinget, eller når dere snakker med andre politikere.

Hun snakket også om Unio-fellesskapet.

– Vi er et fellesskap med hjerte for fag og yrke og med kampkraft for lønns- og arbeidsvilkår. Det gjør oss en til en sterk hovedorganisasjon, og den kraften trenger vi fremover. Vi skal kjempe for

at offentlige tilsatte fortsatt skal ha gode pensjonsvilkår i dette landet. Den tøffe kampen skal vi stå sammen om.

DEBATT RUNDT DET NYE PROGRAMMET

Resten av dagen var i hovedsak viet programmet for neste landsmøteperiode. Nils Erik Ness innledet diskusjonen ved å presentere hovedtrekkene.

– Vår visjon er fremdeles aktivitet og deltakelse for alle. Dette peker både på vår egen organisasjon med medlemmer og tillitsvalgte, og på noe utenfor oss selv: Hvilket samfunn vi vil leve i framover? spurte Ness.

Under denne visjonen skal Norsk Ergoterapeutforbund arbeide for:

- Et inkluderende og bærekraftig samfunn
- Hverdagsmestring og meningsfull aktivitet
- Ergoterapeuters arbeidsbetingelser og forutsigbarhet i arbeidslivet
- En fagorganisasjon for fremtiden.

Debatten som fulgte, viste at deltakerne hadde forberedt seg

meget godt. Innleggene var preget av stort engasjement.

LANDSMØTEMIDDAGEN

Klokken 19.30 strømmet festkledde ergoterapeuter og gjester inn i festsalen, og det var duket for god mat og underholdning. Sissel Horghagen var toastmaster, en jobb hun skjøttet på utmerket vis.

I løpet av middagen fikk vi blant annet en hilsen fra det danske forbundet ved Lotte Lagoni. Hun takket for to viktige dager med perspektiver fra flere vinkler i samfunnet.

-I dag har vi hatt landsmøte, og visjonen for den norske ergoterapeutforening er «Aktivitet og deltagelse for alle». Dere mener noe med det i Norge, og i 2020 skal alle kommuner ha ergoterapeuter ansatt, det er skrevet inn i loven.

Hun snakket også om ergoterapeuter som fremtidens ordning.

- Vi er innovative, vi kan lede, og vi er nysgjerrige på teknologien. Vi har startet noe nytt og lykkes med hverdagsrehabiliteringen. Det kan vi gjøre igjen.

Hun kommenterte også at ergoterapeuter i Norge kjemper for «Verdens beste hjelpemiddelordning».

- Det skal dere fortsette med, selv om det også ligger noen muligheter ved at enkle hjelpemidler blir lagt til kommunene.

Tove Holst Skyer holdt festtalen. Hun takket primært regionstyrene for en fantastisk innsats, og oppfordret til å fortsette engasjementet i kommende periode for å skape aktivitet langs hele den røde tråden i organisasjonen.

Nils Erik Ness presenterte så forbundets to nye æresmedlemmer: Liv Hopen og Aud Raastad.

Toastmasteren avsluttet selv festmiddagen med en gripende

karelsk sang som handlet om å måtte flykte fra hjemlandet.

DEN TREDJE DAGEN

De store debattene var tatt dagen før, så på fredag var det duket for avstemninger over program og vedtekter og valg. Det var kun én kandidat hver til vervene som forbundsleder, første- og andre nestleder. Nils Erik Ness, Tove Holst Skyer og Ann Kristin Løe ble alle tre valgt enstemmig. Deretter var det godkjenning av de seks styre- og varamedlemmene fra regionsvalgene. Også dette foregikk uten dramatik. De seks styremedlemmene er: Mariette Elise Gjerde (Ergoterapeutene Midt), Linda Fauskanger Nesheim (Ergoterapeutene Vest), Tonje Hansen Guldhav (Ergoterapeutene Sør), Guro Lilleås (Ergoterapeutene Sørøst) og May Solberg Svendsen (Ergoterapeutene Øst). Etter noen spennende valg av de to «frie» plassene til forbundsstyret ble det avgjort at Morten Severin Hoel og Malin Mongs fikk disse.

RESOLUSJONER

Det ble vedtatt to resolusjoner på landsmøtet. Begge ble fremmet av delegat Ragna Gjone på vegne av forbundsstyret. Begge ble enstemmig vedtatt:

- «Regjeringens forslag raserer hjelpemiddelordningen». I resolusjonen ber landsmøtet Stortinget om å avvise forslaget om å flytte ansvaret for hjelpemidler fra folketrygden/NAV til kommunene.
- «Ingen grunn til å vente – flere ergoterapeuter til kommunene nå». Landsmøtet pekte på at Norge står overfor en demografifloke, og foreslår at kommunene søker rekrutterings-tilskudd for å rekruttere 200 ergoterapeuter i året.



Sissel Horghagen var toastmaster.
Foto: Anne-Lise Aakervik



Tove Holst Skyer holdt festtalen.
Foto: Anne-Lise Aakervik



Lotte Lagoni hilste fra den danske ergoterapeutforeningen. Foto: Anne-Lise Aakervik



Dirgentene Solrun Nygård og Audun Øvrebø fikk en velfortjent takk. Foto: Fredrik Imislund



Ergoterapeutenes nye forbundsstyre fra venstre: Linda Fauskanger Nesheim, Guro Lilleås, Berit Regine Laiti, Malin Mongs, Ann Kristin Løe, Nils Erik Ness, Tove Holst Skyer, Morten Severin Hoel, May Solberg Svendsen, Mariette Gjerde og Tonje Hansen Guldhav.

FREMOVERLENTE OG ENGASJERTE

Forbundsleder Nils Erik Ness var ikke i tvil da han introduserte Aud Raastad og Liv Hopen. De har satt spor etter seg! – Sjeldent har to stykker fortjent æresmedlemskap i Ergoterapeutene som disse to, sa han under landsmøtets festmiddag.

Av Anne-Lise Aakervik

Vi møter dem noen timer før prisen deles ut. Og det hele starter med en lattermild historie. Disse to damene hadde egentlig avtalt et møte denne dagen, om noe helt annet, på et helt annet sted. Men så fikk Aud beskjed om at hun måtte komme på landskonferansen og bli æresmedlem.

– Det skulle jo være hemmelig, så jeg kunne ikke si til Liv at jeg ikke kunne møte henne på grunn av det. Men jeg skrev en e-post om at jeg var invitert til landskonferansen i Trondheim. Og fikk svar at det var Liv også! Da la vi to og to sammen og skjønte at det var oss! Latteren triller blant putene i sofaen på hotellet.

Og nå er de her i Trondheim og skal hedres for et langt liv i ergoterapiens tjeneste og som to dyktige fagfolk som har løftet fram faget.

TRÅKKER OPP

De to nestorene har kjent hverandre lenge. De møttes mens Aud var sjefsergoterapeut på Sunnaas sykehus og Liv jobbet som leder for ergoterapitjenesten ved Aker universitetssykehus.

– Dette var på slutten av åttitallet, og vi hadde felles ledermøter for ergoterapiavdelinger i Oslo for å utveksle erfaringer.

– Vi skulle jo egentlig hatt enda flere møter sammen, sier Aud, men det skjedde så mye på den tiden. Oslo ble etter hvert inndelt i bydeler, og det ble viktig for sykehusene å ha samarbeidsmøter med bydelsergoterapeutene.

Siden den gang har Aud og Liv møttes i mange sammenhenger, og hver på sin måte sørget for å legge igjen spor som kommende ergoterapeuter følger.

Liv Hopen har blant annet mye av æren for at



Liv Hopen ble tildelt æresmedlemskap i Norsk Ergoterapeutforbund ved landsmøtet 2017.



Aud Raastad ble også tildelt æresmedlemskap i Norsk Ergoterapeutforbund ved landsmøtet 2017.



Liv Hopen og Aud Raastad har kjent hverandre lenge. De møttes mens Aud var sjefsergoterapeut på Sunnaas sykehus og Liv jobbet som leder for ergoterapitjenesten ved Aker universitetssykehus.

det i dag eksisterer lærings- og mestringssentre over hele Norge. Startskuddet gikk i 1996 med konferansen «Læring for livet – fra lydighet til selvstendighet».

- Det sentrale her var at hovedpersonene, pasientene med kroniske sykdommer og/eller funksjonsnedsettelse, har behov for kunnskaper. Den beste måten å gi dem det, er når fagfolk samarbeider med brukere som selv har opplevd hvordan det er å ha sykdommen. Lærings- og mestringssentrene ble gode arenaer for samarbeid og læring, der brukeren ble tatt på alvor. Modellen vi utviklet virker den dag i dag, smiler Liv.

RIVENDE UTVIKLING

Selv om de begge har vært pensjonister noen år, så er de oppdaterte både faglig og politisk og har meninger om både forbundet og yrket. De har begge vært med så å si fra starten, Aud ble utdannet i 1955

og Liv i 1967. De har siden den gang vært med på utviklingen av faget.

- Den har vært enorm. Mye takket være utviklingen ellers i samfunnet med god økonomi og velferdssystemet. Vi opplevde at nevropsykologene på Sunnaas sykehus teoretisk støttet oss i våre praktiske observasjoner. Og forskningen på faget vårt har økt. Nå er det over 30 doktorgrader innen ergoterapien. Det er en fantastisk utvikling, som jeg møter med respekt og glede, sier Aud.

- Tallet på studenter har økt formidabelt. Da Aud startet var det bare 12 studenter på hele kullet, og da jeg begynte var vi 24. Det gikk ett og et halvt år mellom hver gang nye studenter ble tatt opp, sier Liv, og fortsetter:

- Jeg husker det var vanskelig å få informasjon om yrket. Jeg visste ikke at det eksisterte engang, før moren til en venninne fikk tuberkulose. Jeg ble fascinert av at man kunne trene ved å holde på

med aktiviteter som er interessante for den enkelte.

Begge to er tydelige på at hverdagsperspektivet er viktig i faget.

- Dette er et undervurdert tema hos mange, mens ergoterapeutene har sett dette hele tiden. Vi utøver vårt fag hos mennesker der hverdagsmestring og rehabilitering er tema. Dette ser vi at forbundet vårt har jobbet godt med - nå er hverdagsmestring på agendaen i de fleste kommuner og i politikernes bevissthet, sier Aud.

ENGASJEMENT I HVERDAGEN

De to sprudlende damene har jobbet med ledelse og utvikling, og sitter fremdeles i råd og utvalg. Dette er damer som ikke vegrer seg for å mene noe eller ta ansvar. Aud sitter i eldrerådet i Ås kommune, og har mye å bidra med. Liv sitter som nestleder i brukerutvalget ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo.

- Nå kan vi jobbe både med fag og påvirkning, sier Liv.

Ergoterapeutenes Seniorforum ble satt i gang av Aud Raastad.

- Det kan nesten kalles ren egoisme. Jeg kjente at når jeg ble pensjonist måtte jeg ha noen å snakke med, noen som vet hva jeg snakker om. Så etter noen år med uformelle møter ble forumet etablert i 2006. Det er utrolig morsomt. Vi jobber med fag og kultur og drar på en sosial togstur i året, smiler Aud

Aud var også med å utgi forløperen til fagbladet

Ergoterapeuten da hun som student startet bladet «Sagt og Gjort». Hun har også bidratt til boka «100 år for kvinnen og familien» i hjemkommunen Ås. Derfor var det naturlig for henne å foreslå en bok om pionerene innen ergoterapifaget i Norge.

- Jeg sa vi må lage et hefte. Da sa Liv: «Nei, det må bli en bok», sier Aud.

- Og det ble det, sier Liv.

I fanget ligger boka «Pionerenes fortellinger - da ergoterapifaget var nytt i Norge». En levende skildring av pionertida fra 1952 til 1975.

AKTIVE OG NYSGJERRIGE

Liv og Aud hviler slettes ikke på sine laurbær som pensjonister. De fortsetter å forske og lære, og er nysgjerrige på fagets vegne. Da Liv ble pensjonist, tok hun et kurs i featurejournalistikk.

- Det beste jeg har gjort. Nå kan jeg skrive ned pasienters erfaringshistorier, som kan komme andre til gode sier hun.

- Du må få med at vi er veldig fornøyde med forbundslederen vår, Nils Erik Ness. Han gjør noen riktige grep. Han setter oss inn i en større sammenheng og spør hva vi kan bidra med, og gjør oss til en del av løsningen som politikerne etterlyser. Det lover godt for fremtida. Og apropos, der går fremtida. Aud peker mot strømmen av landsmøtedeltakere - hovedsakelig kvinner - som går forbi. Hun og Aud ser på hverandre og smiler.

OM PRISVINNERNE

Aud Raastad ble utdannet 1955. Hun har videreutdannelse i organisasjon og ledelse og pedagogikk. Som student var hun med på å gi ut forløperen til Ergoterapeuten, som het «Sagt og Gjort». Hun var første ergoterapeut ansatt i Ås kommune, og de siste 18 år av sitt yrkesaktive liv var hun sjefs ergoterapeut på Sunnaas sykehus. Hun var en sterk og støttende leder som utviklet en ny generasjon ledere og forskere. Det var også hun som initierte og satte i gang Ergoterapeutenes Seniorforum, som med sine 168 medlemmer representerer en viktig stemme i Norsk Ergoterapeutforbund. Seniorforum har hele tiden vektlagt «kultur, aktivitet og helse», og har vært engasjert i flere spennende prosjekter som bokprosjektet «Pionerenes fortellinger», «Livsarket» og Anegalleriet med forbundets ledere.

Liv Hopen ble utdannet i 1967 og tok etter hvert videreutdanning i organisasjon og ledelse. Hun ledet ergoterapitjenesten på Aker sykehus i 25 år. Hun var prosjektleder for landets første Lærings- og mestringssenter (LMS) i 1997 og var daglig leder for Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring fra oppstart i 2000. Gjennom LMS-virkosomheten er det skapt en samhandlingsarena der brukererfaringer anses som likeverdige med fagkunnskap for å lage gode læringstilbud for pasienter med langvarig sykdom og/eller nedsatt funksjonsevne. Nå er det 60 av disse læringssentrene rundt omkring i landet. Det siste statsbudsjettet sier nå at dette skal etableres i alle kommuner. Liv har også gjort en innsats innen kvalitetsutvikling, og hun har gitt ut flere bøker.



Nils Erik Ness ble gjenvalgt som forbundsleder på landsmøtet. Foto Fredrik Imislund

I FREMSTE LINJE

Det er nøyaktig en måned etter landsmøtet. Tilbake i hverdagen huker jeg tak i Nils Erik Ness mellom et møte i Unio og en høring om hjelpemiddelordningen.

Av Else Merete Thyness

– Hva tenkte du da landsmøtet klappet deg inn til tre nye år som forbundsleder?

– Det hadde vært en maratonuke. Først tre dager med en fagkongress som ble en fantastisk feiring av faget. Deretter et landsmøte med delegater som var usedvanlig godt forberedt, hadde gode innlegg og var med på å dra organisasjonen et godt stykke videre. Jeg var utrolig stolt og fornøyd over å være ergoterapeut. Da jeg ble gjenvalgt som forbundsleder flashet høydepunktene fra uken gjennom hodet: forelesninger, ærespriser, gode reflekterte innlegg og landsmøtevedtak. Samtidig snek det seg inn en tanke om at det skulle bli godt med helg.

– Hva er ditt høyeste ønske for de tre kommende årene, din

villeste fantasi, om hva Ergoterapeutene kan få til?

– For meg er det kort vei fra idé til handling, så min villeste fantasi er gjennomførbart. I de neste tre årene skal Ergoterapeutene stå i fremste linje for en økt innsats for deltakelse og inkludering for alle. Vi skal være selvsagte aktører og uunnværlige for politikerne og brukerne på dette området.

– På landsmøtet ble visjonen «Aktivitet og deltakelse for alle» videreført. Den siste tiden har det virket som om også samfunnet rundt oss ser verdien av dette. Har vi blitt moderne?

– Jeg vil heller si det sånn at vi har endret helsetjenesten. Aktivitet og deltakelse har vært vårt fundament siden faget startet opp. Det er vi som først stilte spørsmålet «Hva er viktig

«I de neste tre årene skal Ergoterapeutene stå i fremste linje for en økt innsats for deltakelse og inkludering for alle»

Nils Erik Ness

for deg»? Det er fint at helsetjenesten nå drar i samme retning som oss.

– **Du fikk med deg to meget kompetente damer som første og andre nestleder: Tove Holst Skyer og Ann Kristin Løe. Hvilke roller skal de fylle?**

– Vi skal diskutere rollene når det nye forbundsstyret samles neste uke og vedtar retningslinjer for ledelsen. Hittil har første nestleder, generalsekretær og jeg utgjort Ergoterapeutenes arbeidsutvalg, som styrer organisasjonen mellom forbundsstyremøtene. Andre nestleder har hatt en viktig rolle i reglene for suksessjon. Der som jeg får en murstein i hodet trer første nestleder inn som forbundsleder og andre nestleder tar hennes plass. Så lenge jeg holder meg på beina, fungerer andre nestleder som et vanlig styremedlem. Hennes rolle er først og fremst å skape forutsigbarhet.

– **Hva skiller det nye programmet fra de tidligere?**

– Vi fortsetter å bygge stein på stein på de samme verdiene og de samme områdene vi alltid har tatt utgangspunkt i: samfunnet rundt oss, ergoterapifaget, arbeidslivet og forbundet. Det nye programmet konkretiserer tydeligere prinsippene og strategiene våre. På grunnlag av disse skal det lages handlingsplaner.

– **Hvem er det som skal lage handlingsplanene?**

– Handlingsplanene diskuteres og vedtas i forbundsstyret. Her er alle regionene representert. Medlemmene kan også påvirke

handlingsplanene gjennom sine regionstyrer. Det nye programmet skal gi alle i Ergoterapeutene mer handlekraft og mulighet til å påvirke forbundets arbeidsinnsats. Den røde tråden fra det enkelte medlemmet til forbundsstyret sikrer dette.

– **Hva mener du er det viktigste Ergoterapeutene skal jobbe for de neste tre årene?**

– Vi skal fortsette å bygge omdømmet vårt. Da må vi være forutsigbare i måten vi kommuniserer på.

– Vårt mulighetsrom er de store helseutfordringene i samfunnet. Her skal vise vår unike kompetanse, sammenlignet med de andre helseprofesjonene. For eksempel er vi eksperter på aktivitet og deltakelse, og vi forstår folks hverdag. Vi skal legge inn støtet for å hjelpe folk å fungere i samfunnet.

– Vi skal også fortsette å utvikle den nye organisasjonsmodellen vår. Vi vil gi medlemmene en enda større følelse av tilhørighet til regionene og organisasjonen, noe som forhåpentligvis vil føre til enda større aktivitet.

– **Gleder du deg?**

– Ja, jeg gleder meg til den perioden som følger. Det nye styret er engasjert og kompetent. De dekker mange områder i faget og vil gi oss gode diskusjoner innen de ulike programområdene. Arbeidsmiljøet på forbundskontoret er det beste jeg noensinne har jobbet i. Vi har utviklet en kultur der vi spiller hverandre gode. Det lover godt for de neste tre årene.



Forbundsleder Nils Erik Ness sammen med første nestleder Tove Holst Skyer og andre nestleder Ann Kristin Løe. Foto Fredrik Imislund



– Usedvanlig godt forberedte delegater var med på å dra organisasjonen et godt stykke videre, sa Nils Erik Ness. Foto Fredrik Imislund

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

Dysfagi og FOTT

INTRODUKSJON TIL FACIO ORAL TRACT THERAPY

INFO OM KURSET:

- fysiologi og anatomi knyttet til munn og svelg
- analyse av spisesituasjon
- screening av oral ernæring/svelgfunksjon,
- frisk og dysfunksjon
- terapeutiske tiltak
- praktiske øvelser
- videoeksempler

KURSLEDERE:

Katje Bjerrum, ergoterapeut og spydspiss i dysfagiambulatoriet samt Klinik for Tidlig Neurorehabilitering

Linda Ahrenholt Christensen, ergoterapeut, Sensomotorisk Klinik

KURSARRANGØR:

Ergoterapeutene ved Skien helsehus i samarbeid med Ergoterapeutene Sør.

For informasjon: Marit Ro, marit.ro@skien.kommune.no,

tlf: 40 90 70 23

STED: Skien helsehus

TID: 15.-16. mars 2018

PÅMELDING:

Kurskalender på www.ergoterapeutene.org

MÅLGRUPPE:

Ergoterapeuter

PÅMELDINGSFRIST:

10. januar 2018. Bindende påmelding.

Kurset er godkjent med 14 timer som ergoterapispesifikt og spesialistspesifikt kurs meritterende til ergoterapispesialist innen Eldres helse og Somatisk helse.



SKIEN KOMMUNE

www.skien.kommune.no

STRESSMESTRING

Lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til **Stressmestringskurset Arbeid og avspenning** 6.-7. mars 2018 på Halvorsbøle.

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder. Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Kurset er godkjent av **Norsk Ergoterapeutforbund** med 16 timer som spesialistspesifikt kurs meritterende til ergoterapispesialist innen Arbeidshelse, Allmennhelse og Psykisk helse.

Pris; kr 3.950,- inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

For mer info: www.fagakademiet.no eller www.acem.no
Ring 41 78 64 00 eller 23 11 87 00 for info/påmelding

Videreutdanning

30 studiepoeng



Ergoterapi innenfor allmennhelse

- Deltid over ett år, samlingsbasert
- Kan innpasses i master i ergoterapi
- Studiestart høsten 2018

www.hioa.no/ergo-allmennhelse

Søknadsfrist 15. april

Master i ergoterapi

120 studiepoeng



Studiet legger vekt på intervensjoner i hverdagsliv og arbeidsliv.

- Deltid over fire år
- Samlingsbasert
- Studiestart høsten 2018

www.hioa.no/master-ergoterapi

Søknadsfrist 15. april



«For meg er det viktig å styrke kompetansen og gjøre faget mer synlig.»

-Mona Strand, Eidsvoll kommune



«At vi helt fra starten ble sporet inn på mastertema hjalp meg til å komme i gang med oppgaven.»

-Victoria Croker Ritter

Onlinekurs: Lær arbeidsplassvurdering

Det er oppstart flere ganger i året på det skandinaviske onlinekurs Lær arbeidsplassvurdering. Bli med på å gjøre arbeidslivet mulig for enda flere ved å øke dine ferdigheter i å gjennomføre arbeidsplassbesøk og arbeidsplassvurderinger i tråd med internasjonal forskning og beste praksis!

Kurset omhandler et kjent og internasjonalt mye brukt virkemiddel for å redusere arbeidshelseproblemer og deltakelsesutfordringer i arbeidslivet: arbeidsplassbesøk og arbeidsplassvurderinger. Arbeidsplassen er i tråd med gjeldende politiske føringer hovedarenaen for å forstå arbeidshelse, nærvær og inkludering, men også risiko og fravær. Ved å forstå arbeidssituasjonen og -relasjonene bedre kan de mest riktige og viktige tiltakene iverksettes.

Kurset tilfredsstiller kravet til å kunne gjennomføre «Arbeidsplassvurdering ved fysioterapeut/ergoterapeut», et tiltak som NAV bestiller, og meritterer med 120 timer til Ergoterapeutenes spesialistordning.

For mer informasjon og påmelding: Ergoterapeutenes kurskalender eller Presenter Akademiet <http://presenter.no/nettkurs-arbeidsdeltakelse-trinn1/>

MINNER OGSÅ OM:

Minikurs: Lær arbeidsplassvurdering overfor sykmeldte på 1-2-3!

Nå kan du delta på et to-ukers minikurs der du lærer om arbeidsplassvurdering (APV) overfor sykmeldte. Dette kurset går kontinuerlig.

For mer informasjon og påmelding: <http://presenter.no/minikurs-arbeidsdeltakelse-trinn1/>



Styrk din kompetanse innen et nytt og viktig område for ergoterapeuter - førerkortvurdering

For å styrke ergoterapeuters kompetanse på dette viktige praksisfeltet arrangerer ergoterapeutene kursene: «Ergoterapeuter og førerkortvurdering» og «Praktisk kjørevurdering og P-Drive».

«Ergoterapeuter og førerkortvurdering» er et introduksjonskurs for ergoterapeuter som ønsker å bidra i tverrfaglige vurderinger av helsekrav for å kunne inneha førerkort. Kurset gir en introduksjon i emner som; aldring og sykdommers effekt på bilkjøring, medisinske krav og regelverket, ergoterapeutiske metoder og kognitive tester, samt demonstrasjon og praktisk øving med redskapene Nordic Stroke Driver Screening Assessment (NorSDSA) og Useful Field of View (UFOV). «Praktisk kjørevurdering og P-Drive» handler om hvordan gjøre praktiske kjørevurderinger, og bruk av Performance Analysis of Driving Ability (P-Drive), et observasjonsredskap for å vurdere kjøreferdigheter i praksis. P-Drive krever at man bruker en standardisert rute med gitte utfordrende trafikksituasjoner. Observasjonsredskapet er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse. Dette kurset kvalifiserer ergoterapeuter til å benytte dette instrumentet og en kan videre i etterkant av kurset kalibrere seg.

Du kan delta på begge kursene eller bare ett. Det anbefales at du tar introduksjonskurset først.

Ergoterapeuter og førerkortvurdering

19. og 20. februar 2018, Oslo



Bilkjøring er ofte en forutsetning for å kunne leve et aktivt liv. Av hensyn til trafikksikkerheten er det viktig å identifisere sjåførere med økt risiko, uten å unødige begrense andre. Dette er et introduksjonskurs for ergoterapeuter som ønsker å bidra i tverrfaglige vurderinger av helsekrav for å kunne inneha førerkort. Med vekt på ergoterapeutisk kartlegging og intervensjon (off-road).

Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund

Foreleser og faglig ansvarlig: Marit Sofie Oseland ergoterapeut ved Sørlandet Sykehus HF

Kurset er godkjent med 14 timer som ergoterapispesifikt kurs meritterende til ergoterapispesialist.

Kurs innhold:

- Bilkjøring og ergoterapi
- Aldring og sykdommers effekt på bilkjøring
- Medisinske krav og regelverket
- Ergoterapeutiske metoder og kognitive tester
- Kartleggingsredskapene NorSDSA og UFOV: introduksjon og praktisk øving
- Praktiske kjørevurderinger i virkelig trafikk: Aktivitetsanalyse

Kurset er åpent alle ergoterapeuter også ikkemedlemmer - medlemmer prioriteres

Pris for medlemmer kr. 2 000,-, ikkemedlemmer kr. 4 000,-, studenter og tillitsvalgte kr. 1 000,-.

Praktisk kjørevurdering og P-Drive (on-road)

21. – 23. februar 2018, Oslo

Kurset handler om hvordan gjøre praktiske kjørevurderinger og sertifiserer ergoterapeuter til å benytte undersøkelses- og vurderingsredskapet Performance Analysis of Driving Ability (P-Drive) ved førerkortvurderinger. Praktisk kjøretest P-Drive er et undersøkelses og vurderingsredskap som brukes ved observasjon av kjøreferdigheter. P-Drive er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse. Det anbefales at deltakerne på dette kurset har kurset «Ergoterapeuter og førerkortvurdering» fra tidligere eller har erfaring med slik kartlegging fra før.

Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund

Forelesere: Ann-Helen Patomella, PhD, Sektionen för Arbetsterapi, Karolinska Institutet og Helena Selander Fil. Dr., Leg Arbetsterapeut Mobilitetscenter som henholdsvis har utviklet instrumentet og forsket på det og Marit Sofie Oseland ergoterapeut, Sørlandet Sykehus HF.

Kurset kvalifiserer ergoterapeuter til å benytte P-drive ved førerkortvurderinger og er meritterende med 22 timer ergoterapispesifikt kurs.

Kursdeltakerne kan i etterkant av kurset kalibreres. Ved dokumentert kalibrering godkjennes ytterligere 35 timer.

Pris medlemmer kr. 3 000,-, tillitsvalgte kr. 1 500,- og ikkemedlemmer kr. 6 000,-. Medlemmer prioriteres. For program og påmelding se Ergoterapeutenes kurskalender.



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 varmehjelpemidler 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 varmehjelpemidler til barn og voksne

0333

**ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/
TRYKKFOREBYGGENDE HJELPEMIDLER**

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

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

TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11
company@mail@togemo.no

Dekker alle behov for trykkavlastning

VITAL BASE AS

Myrvegen 2, 6060 Hareid
Tlf.: 71 51 42 84, fax: 71 51 40 73
firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no
Sårbehandling/trykkavlastnings-
produkter

0348

**BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE
TRENINGSTUTSTYR**

BARDUM AS

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

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no

0912

HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no

0912 B

**HJELPEMIDLER FOR BARN VED
TOALETTBESØK**

BARDUM AS

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

0933

**HJELPEMIDLER VED VASKING,
BADING OG DUSJING**

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no

ASTECS AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no

Servantheis, badebord

BARDUM AS

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

ERGOGRIIP AS

Skeistøa 199, 5217 Hagavik
Tlf.: 92209399
aase.rokne@ergogrip.no www.ergogrip.no
Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer
servanter

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3, 2270 FLISA –
Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
<https://www.klubben.no/>

Se: http://www.klubben.no/asp/inf.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med pro-
dukter for sansestimulering.

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

0933 B

**HJELPEMIDLER FOR BARN
VED VASKING, BADING**

ASTECS AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no

Hev/senk stellebenker/bord, servanter

BARDUM AS

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

Y 1

YRKESKLÆR/SKO

PRAXIS ARBEIDS- OG FRITIDSKLÆR AS

Sjøtun Næringspark, 6899 Balestrand

Tlf.: 57 69 24 10, fax: 57 69 24 93

firma@praxis.no www.praxis.no

En ledende leverandør av yrkesklær, fottøy

og naturhudpleie

4. FORFLYTNING

1203/1206

GANGHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

FOLLO FUTURA AS,

Brekkeveien 43, 1430 ÅS

Tlf: 64 94 21 65

www.follo-futura.no

Gåbord

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

https://www.klubben.no/trening/g%26

C3%A5skranker

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1218

SYKLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

Sykler - man. og el.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1221

RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

Rullestoler - man. og el.

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com, www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1221 B

RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com, www.permobil.com

PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo

post@picomedmobility.no

www.picomedmobility.no

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

1224

TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com, www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21

salg@adl.no www.adl.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Overflyttingshjelpemidler, Arcona benløfter,

Dreilett, Jøhl stolløfter

1236

LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

post@hcn.no www.hcn.no

Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten

gjennomgående skinne

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona benløfter

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21

salg@adl.no www.adl.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebu

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT

armstøtte

1803

BORD

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19

post@astec.no www.astec.no

Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal

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

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

- PRODUKTREGISTER -

1812

SENGER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE

TILSATSER TIL MØBLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21

salg@adl.no www.adl.no

ASTECS AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19

E-post: post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad – hev/senk

1818

STØTTEANORDNINGER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21

salg@adl.no www.adl.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.

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

SecuCare støttehåndtak

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.accessstrappeheiser.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

OPPEVARINGSMØBLER

ASTECS AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19

post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad – hev/senk

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

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

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHELPEMIDLER

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

- PRODUKTREGISTER -

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 (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.

2145

HØREAPPARATER

2146

HØRSELTEKNISKE HJLPEMIDLER

VESTFOLD AUDIO AS

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

2147

SOVEHJLPEMIDLER

PICOMED AS

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

2148

VARSLINGSHJLPEMIDLER

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

POSIJONERINGSPUTER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona posisjoneringssputer,
Asklø posisjoneringssputer

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

BETJENINGSHJLPEMIDLER IKT

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJLPEMIDLER 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
Dørautomatick. 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 HJLPEMIDLER

SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER

HÅND- OG/ELLER FINGERGREP

ADL PRODUKTER AS

Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA - Norway
Tlf: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11
https://www.klubben.no/
Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa - Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

3006 SPILL

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3, 2270 FLISA - Norway
Tlf: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11
https://www.klubben.no/
Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa - Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

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
KLUBBEN AS
Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA - Norway
Tlf: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11

https://www.klubben.no/
Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa - Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
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

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no

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,
Krabatskerf, sikleskerf

B.ERG ERGONOMI FOR BARNEHAGEAN- SATTE

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no

Ergonomiske produkter for stellerom/bad, kjøkken/garderobe i barnehager/skoler.

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11
https://www.klubben.no/

Se: http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis

+katalog, Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

VESTFOLD AUDIO AS

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

B.MOS MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

BARDUM AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11

https://www.klubben.no/

Se: http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

B.ROL ROLLATORER

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

B.SEN SENGER FOR BARN

BARDUM AS

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

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf: 32 24 42 50,
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona barneseng, Arcona reiseseng

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

B.SPO SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11

https://www.klubben.no/

Se: http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

B.STI/SAN STIMULERING/SANSEMOTORIKK AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes
Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68
www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

BARDUM AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11

https://www.klubben.no/

Se: http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

PICOMED AS

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

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

B.SYK SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no

www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11

https://www.klubben.no/

Se: http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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


fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO
Tlf +47 23 32 75 32
www.bojo.no post@bojo.no

 Godkjent og krasjtestet



ENDELIG TILBAKE

For barn, junior og voksne, 60-195 cm

PRISFORHANDLET
Sittesystemene
Zitzi Delfi Pro og
Zitzi Sharky Pro

Ekte håndverk

God korsryggstøtte og integrert justerbar sittegrøp fremmer holdningen i sittende posisjon og minsker sjansen for å skli frem i setet. Sittesystemene kan brukes sammen med de fleste understell til inne- og utebruk, som tilbys på det norske markedet.

- + Justerbar sittegrøp
- + Flexrygg gir bevegelsesfrihet
- + Enkel å justere og regulere
- + Mykt, behagelig og slitesterkt stoff
- + Et bredt tilbehørssortiment

5 størrelser
personer fra 60-170 cm



Zitzi Delfi Pro

2 størrelser
personer fra 150-195 cm



Zitzi Sharky Pro

Individuell justering
av sittegrøp



Trekkene - enkle å ta av og
rengjøre på 60°

