

ergoterapeuten

ÅRGANG 62 • 6 - 2019

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Temanummer om deltakelse og mestring for eldre



ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen,

Ruca Maass og Eva Magnus

Vitenskapelige artikler sendes til:

vitenskap@ergoterapeutene.org

Annonser

Erik Sigurdsson

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 – 1. april / 30. april

Nr. 3 – 1. juni / 30. juni

Trykkeri 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

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

Seniorrydgiver

Anita Engeset

Seniorrydgiver

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

May Solveig Svendsen

Siv Iren Gjermstad

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

Pia Jessen, 1. varamedlem

Silvia Elisabeth Hansbø, 2. varamedlem

Heidi Fløtten, varamedlem

Kenneth Pettersen, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Live Øverlier, varamedlem

Kamilla Lemb Herbjørnsen, varamedlem

Judith Ekerhovd, varamedlem



Forsidefoto: Mostphotos/Gabby Baldracco



10



14



38



102

REPORTASJER

- 6 Forebygge framfor kompensere**
Av Anne-Lise Aakervik
- 10 Det første møtet**
Av Anne-Lise Aakervik

NY ARENA

- 12 Bygger opp Senior-veiviseren**
Av Else Merete Thyness

KRONIKK

- 14 Seniorene må forbli aktive – og bli aktivert**
Av Thorstein Ouren

FORBUNDET

- 16 Seniorene gir deg nyheter i farta**
Av Liv Hopen
- 17 Yrkesetisk utvalg ønsker debatt**
Av Astrid Gramstad, Tone Torgersen, Anette Eidesen, Sigrid Olaoussen og Grete Tørres
- 18 Slik blir hytta klar for vinteren**
Av Roar Hagen
- 20 Tildeling av FoU-midler**
Av Solrun Nygård
- 22 Stor aktivitet rundt nettkurset Deltakelse og mestring for eldre**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas og Solrun Nygård
- 24 Ergoterapeutenes arrangementsplan 2020**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 26 Har du for trange sko?**
Av Solrun Nygård

FAGLIG

- 28 Ergoterapeutenes kjernekompetanse er en ressurs i kommunenes implementering av eldre-reformen Leve hele livet**
Av Trude Anita Hartviksen og Marianne Eliassen
- 38 Leve hele livet - ei gavepakke for ergoterapeutar?**
Av Synnøve Askeland, Maria Rusås Helling og Linda Stigen
- 46 Implementering av sensorteknologi i en omsorgsbolig**
Av Torhild Holthe og Anne Lund
- 54 «Enhver må finne sin måte å leve med demens på»**
Av Irmelin Smith Eide, Gullborg Kongestøl og Frøydis Bruvik
- 60 Faktorer som påvirker aktiviteter i pensjonistprosessen**
Av Sandra Håve, Julianne Morken og Margaret Sørvik

VITENSKAP

- 68 Pårørendeinvolvering i planlegging og gjennomføring av helsehjelp til personer med frontotemporal demens**
Av June Rondestvedt, Helle Kise Hjertstrøm og Lill Sverresdatter Larsen
- 78 «Dette å føle at du er med, med i det som skjer, og det de unge gjør»**
Av Idun Fjeldberg og Anne Lund

- 87 Forsker i farten: Hanne Tuntland**
Av Else Merete Thyness
- 88 Brukermedvirkning blant eldre sykehuspasienter og deres pårørende**
Av Ingrid Nyborg

AKTUELT

- 90 Bolig hele livet**
Av Tove Holst Skyer
- 92 Livsarket er klart for digital utfylling**
Av Liv Hopen
- 93 Depresjon blant eldre**
Av Anna Jerkovics og Allan Øvereng
- 94 Aktivitetsdosetten**
Av Lone Koldby
- 96 Kartlegging av tilgjengelighet og universell utforming**
Av Ingerid Blom Østlund
- 98 Ann Allard Wilcock var en gigant i ergoterapifaget**
Av Sissel Horhagen og Nils Erik Ness
- 100 Til minne om Bodil Bø Karlsen**
Av Siri K. Heen, Torun S. Sæther og Grethe E. Aarvig

PÅ DE SISTE SIDENE

- 102 Helseveiledning for seniorer**
Av Else Merete Thyness

ANNONSER

- 104 Kurs- og stillingsannonser**
107 Produktregister

Alle henger sammen med alle

Forbundets hovedsatsingsområde for 2019 var deltakelse og mestring for eldre. Med det satte Ergoterapeutene hvordan ergoterapeuter skal møte kvalitetsreformen Leve hele livet på dagsordenen.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Den engelske poeten og presten John Donne skrev for noen hundre år siden: «Intet menneske er en øy helt for seg selv; ethvert menneske er en del av kontinentet...». Dette gjelder også for et fagblad. Vi er en del av det ergoterapeutiske kontinentet, har et våkent blikk på hva som opptar organisasjonen og følger opp på vår måte.

Så når Solrun Nygård i sin artikkel spør «Har du for trange sko?» og oppfordrer ergoterapeuter til å finne fram danseskoene og synliggjøre ergoterapeuters kompetanse, da svarer vi: «Våre sko er store nok, og vi vil være med å danse, vi også.» Resultatet er dette temanummeret om deltakelse og mestring for eldre.

Det er mange fine ord som kan sies om å arbeide med et fagblad, men temanumrene er spesielle. Å jobbe sammen om et prosjekt som samler ergoterapeuters kunnskap på ett område, får fram skrivelysten hos ergoterapeuter. Derfor kan jeg si at dette har blitt et variert og faglig rikt temanummer. Tusen takk til alle dere som har bidratt. Uten dere

ville vi sittet her med tomme ark. Da forbundet lanserte deltakelse og mestring for eldre som sitt hovedsatsingsområde, inviterte de til en dugnad for å synliggjøre ergoterapeuters bidrag for eldre i kommunene. Dette nummeret er et godt eksempel på dugnadsarbeid. Sammen viser vi hverandre og resten av helse-Norge hvilken kompetanse ergoterapeuter har i å støtte våre seniorer til å mestre livet best mulig.

Kjære ergoterapeuter. Ingen av oss er en øy for oss selv. Vi er et mektig fellesskap, og hver gang vi deler vår erfaring og kunnskap, blir vi enda sterkere. Jeg håper dere hadde en kjærlighetsfylt julefeiring, og jeg ønsker dere alle et feiende flott godt nytt år.

2020 er ikke et hvilket som helst år. Det er det året ergoterapikompetanse blir en lovpålagt tjeneste i kommunene. Politikerne våre mener at ergoterapeuters kunnskap om tilrettelegging for hverdagsmestring og deltakelse er nødvendig for innbyggerne. Nå skal vi vise dem hvor rett de har, og jeg håper at dette temanummeret vil bidra til det.



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Historisk år med muligheter!

I de siste åtte årene har Ergoterapeutene prioritert årlige satsningsområder med utgangspunkt i de store helse- og velferdsutfordringene. Vi har gjentatt det samme budskapet til det kjedsommelige, og vår strategi når fram. I 2015 vedtok Stortinget at ergoterapitjenester skal lovfestes i kommunene. Lovarbeid tar tid: I 2020 skal altså dette endelig innføres. Året blir historisk for vår profesjon. Nå ved årsskiftet sender regionlederne avisinnlegg til lokalavisene og brev til alle kommuner som fortsatt ikke har ergoterapeut.

Men vi kan i år feire mye mer enn dette. Lenge har vi argumentert for at ergoterapeuter skal inkluderes mer i sykehusenes innsatsstyrte finansiering, og nå blir denne ytterligere utvidet. Vår påvirkning gjennom Unio har bidratt til vektlegging av forebyggende arbeidsmiljø i IA-avtalen,

hvor ergoterapeuter er anerkjent med ordet «ekspertbistand», spesielt ved arbeidsplassvurdering. Vår felles kompetansebeskrivelse med utdanningene gjør at vi går i takt og snakker felles språk, forbundet og utdanningene. Ergoterapistudentene har rekord i medlemsrekruttering siste år. Tusen takk, dette er framtida!

Det viktigste vi kan feire, er de mange ergoterapeutene som ser mulighetsrommet. Siste år har svært mange av våre nærmere 500 tillitsvalgte deltatt på kurs og fagpolitiske konferanser arrangert i de forskjellige regionene. Det er rekorddeltakelse på Ergoterapiens dag. Nettkurset «Deltakelse og mestrin for eldre» har 400 deltakere fordelt på 66 nettverksgrupper. Engasjerte medlemmer og regionstyrer har arrangert inspirerende fagkurs. Mange medlemmer er i gang med spredning av kunnskap og synliggjøring,

blant annet gjennom fagbladet Ergoterapeuten, blogger, podcast og inspirerende presentasjoner.

I 2020 kan du påvirke framtida for ergoterapeuter. Landsmøtet skal stake ut veien videre. Sett dine spor! Meld deg på til valg som landsmøtedelegat, til region- eller forbundsstyret. Det er lærerikt og morsomt. Det gir resultater.

Jeg sender en varm takk til dere studenter og medlemmer som gjør en forskjell i innbyggernes hverdagsliv. Takk til tillitsvalgte, forbundsstyret og særlig regionstyrene som trofast samarbeider om vår felles handlingsplan. Takk til utdanningene og forskerne som spiller på lag. Og takk for gløden, trofastheten og innsatsen fra forbundskontoret!

Godt nytt mulighetsår! Sammen bidrar vi til aktivitet og deltakelse for alle.

TIDLIG INNSATS

Av Anne-Lise Aakervik

FOREBYGGE FRAMFOR KOMPENSERE

Trondheim kommune jobber målrettet med forebyggende innsats til innbyggere som ber om enkle tjenester for første gang. De fleste er eldre. Målet er at de skal mestre sine hverdagsaktiviteter og klare seg selv lengst mulig.



Trondheim er en bykommune i Trøndelag og den tredje mest folkerike kommunen i Norge.

Tove Sivertsen er enhetsleder for Enhet for ergoterapitjenester i Trondheim kommune.

- Vi erfarer at systematikken tidlig innsats gjør at den enkelte klarer å opprettholde helse og mestring og ergo muligheten til klare seg på egen hånd og bo hjemme. Der vi tidligere innvilget trygghetsalarm og enkle hjelpemidler ut fra søknaden, tar vi nå kontakt med hver enkelt og avtaler et hjemmebesøk med bred tverrfaglig kartlegging med ergo- og fysioterapeut, sier Tove Sivertsen.

I løpet av dette møtet snakker de med vedkommende og gjennomfører systematisk kartlegging av funksjon, aktivitetsutførelse, og omgivelser basert på hva som er viktig for den enkelte.

- Dette er viktig informasjon i tillegg til samtalen vi har. Deretter planlegger vi sammen med bruker hva som skal til for å nå målene. Av og til avslører vi også andre behov som krever en annen form for hjelp enn tidlig innsats, sier ergoterapeut Ole Petter Branem.

- Da informerer vi om muligheter og «loser» videre.

LITE KUNNSKAP OM FAKTISK BEHOV

Trondheim kommune har jobbet med tidlig innsats i flere år.

- Vi opplevde at brukerne som ble meldt videre til ergo- og fysioterapitjenesten hadde kommet langt i å utvikle funksjonssvikt. For oss ble det viktig å få til en endring og komme tidligere inn med tjenestene våre for å utsette tap av funksjon, aktivitet og deltagelse, sier Sivertsen.

- Kort fortalt påviste vi ved gjennomgang av en rekke forløp at de som henvendte seg om enkel hjelp, fikk det, og ikke noe mer. Videre så vi at mange bare fikk mer og mer kompensierende hjelp etter hvert som funksjonssvikten økte. Denne utviklingen måtte vi få snudd, supplerer Branem.

For tjenesten ble det dermed viktig å få til en endring og komme tidligere inn med tjenestene.

- Ergo- og fysioterapeuter har kompetanse om helsefremmende og forebyggende intervensjon og kan bidra til å styrke den enkeltes evne til mestring, som bør og må være førstevalget før kompensierende tiltak, sier Sivertsen.



Tove Sivertsen er enhetsleder og Ole Petter Branum er ergoterapeut ved Enhet for ergoterapitjenesten i Trondheim kommune.



Enhetsleder Tove Sivertsen og ergoterapeut Ole Petter Branum ved Enhet for ergoterapitjenesten i Trondheim kommune opplever god effekt av målrettet og systematisk tidlig innsats. – Vi ønsker at innbyggerne skal mestre sine hverdagsaktiviteter og klare seg selv lengst mulig etter tidlig innsats, sier Tove Sivertsen.

NYE UTFORDRINGER

Det ble starten på et tett samarbeid mellom Helse- og velferdskontoret og ergo- og fysioterapitjenesten. Helse- og velferdskontoret er kommunens bestillerkontor, som mottar henvendelsene, vurderer behov og fatter vedtak om tjenester. Det er derfor viktig at de som jobber der, har god kompetanse til å identifisere brukere med begynnende funksjonssvikt og knytter på tjenester som kan bidra til å trene og tilrettelegge for økt funksjon og mestring, slik det nå er gjort over flere år i Trondheim.

For ergoterapeut Ole Petter Branem er ingen dag lik. Han har som primær oppgave å følge opp dem som meldes inn til tidlig innsats. De fleste er eldre mennesker.

– Det første møtet handler om å få et helhetsbilde av situasjonen til den enkelte og bli kjent med den som har meldt inn behovet. Vi går gjennom sjekklister om helse, bevegelseevne, mat, ernæring og daglige aktiviteter. Vi leverer til og med ut en liste om brannsikkerhet i hjemmet. Men mest av alt vil vi ha svar på spørsmålet: Hva er viktig for deg i hverdagen?

Mange er kanskje utrygge og trenger bare en sjekk, noen tips og triks som letter hverdagsrutinene og en betryggende samtale. Noen har heller ikke behov for mer enn ett besøk fra oss, men de fleste følger vi opp litt lenger.

NYTTIGE HJELPEMIDLER

I verktøykassa har Branem mange muligheter fra kommunens sterke og stødig-grupper, treningsøvelser, nyttige hjelpemidler samt nye måter å utføre hverdagsaktivitetene på for å kunne mestre hverdagen bedre. Det er om å gjøre å avdekke utfordringene i

«Tidlig helsefremmende og forebyggende innsats sikrer bærekraftige tjenester for samfunnet framover»

Tove Sivertsen

hverdagen og jobbe systematisk. Aldersmessig spenner denne gruppen også ganske vidt. – Vi møter personer fra starten av 60-årene og til langt opp i 90-årene som har klart seg godt til nå, før det oppstår noe som gjør at de trenger litt hjelp fra oss.

SOLID KUNNSKAP

Kommunen har siden starten prioritert tidlig innsats overfor eldre med bevegelsesutfordringer og/eller nedsatt syn. De to siste

årene har de jobbet med å etablere et bedre system med tidlig oppfølging og innsats til personer som nylig har fått en demensdiagnose, eventuelt mistanke om demensutvikling.

Organisasjonen er nå godt rigget for tidlig innsats med forutsigbare møtepunkter mellom fagfolkene for å holde systematikken i gang og sikre kompetansen. – Vi dokumenterer og rapporterer, slik at vi følger med på utviklingen og hvor mange vi når med den-

ne innsatsen. Vi er opptatt av at brukerne opplever tjenestene som en gevinst for egen del, at de får trygghet til å greie seg selv, men også at de vet hvor hjelpen finnes om det oppstår behov. Samtidig erfarer vi at det er nødvendig å satse på tidlig helsefremmende og forebyggende innsats for å sikre bærekraftige tjenester for samfunnet framover. Tidlig innsats er en stor gevinst for samfunnet, og ikke minst for brukeren selv, avslutter Tove Sivertsen.

FAKTA OM TIDLIG INNSATS

Hovedmål: Eldre med begynnende funksjonssvikt skal få bred kartlegging med tverrfaglig fokus for å finne årsaken til funksjonsvansken/aktivitetsproblemet. For å utsette behov for personhjelp og hjemmetjenester skal personen få helsefremmende og forebyggende tiltak som understøtter egenmestring ved ergo- og fysioterapeuter framfor kompenserende tiltak.

Definert målgruppe:

- eldre med begynnende funksjonssvikt med bevegelses- eller synsproblemer
- eldre som ikke har hjemmetjenester (unntatt renhold, middagsombringing, aktivitetstilbud og trygghetsalarmer) og etterspør enkle hjelpemidler og/eller tjenester
- personer som opplever begynnende vansker med aktivitet og deltakelse i og utenfor hjemmet (siste året), og som ønsker å bidra til en endring i sin situasjon
- personer med begynnende kognitiv svikt/demenssykdom

Eksempler på begynnende vansker:

- personlig stell, lage mat, foreta innkjøp, annet husarbeid
- fritidsaktiviteter (lese, se på TV, håndarbeid, delta i sosiale sammenhenger)
- forflytning ute og inne (f.eks sluttet å ta buss, trenger ganghjelpemiddel)
- Vær spesielt oppmerksom når personen har en endring av livssituasjon, f.eks. tap av nær person, eller har vært igjennom en sykdomsperiode.

Hvem er dette ikke aktuelt for:

- personer som har mye hjelp fra pårørende til hushold, matlaging, transport og lignende
- komplekst bilde, store vansker over tid
- moderat til alvorlig kognitiv svikt (kan være aktuelle for tidlig innsats demens)
- hvis personen har hatt fysio/ergo for samme årsak siste året
- har hatt tidlig innsats to ganger tidligere
- personer som har store utfordringer i hverdagen på grunn av synsvansker

DET FØRSTE MØTET

Av Anne-Lise Aakervik

For ergoterapeut Ole Petter Branum er ingen dager like. I jobben sin møter han mennesker som kjenner at hverdagen begynner å bli utfordrende, ikke mye, men litt. Oppgaven hans er å sette inn tidlig innsats slik at den det gjelder kan klare seg selv lenge ennå.



Anne-Lise (62) tok kontakt med Helse og velferdskontoret for å få innspill til hvordan hun kan klare hverdagen med artrose i tommelleddene. Ole Petter Branum er her på besøk for første gang. Han går gjennom sjekklister, og sammen vurderer de mulige tiltak på kort sikt. – Jeg er veldig lettet over at jeg fremdeles kan gjøre det jeg liker best, bare jeg tilpasser meg og omstiller meg, sier Anne-Lise.

Når Ole Petter Branum drar ut på besøk, vet han litt om personene han skal møte, men ikke det store bildet.

– I dag, for eksempel, skal vi møte en av de yngre som har kontaktet oss, Hun har nedsatt funksjon i hendene på grunn av artrose. Et av hovedproblemene er smerter i tommelleddene.

Det er regnfull dag i Trondheim, og tåka henger utover fjorden når vi parkerer bilen i oppkjørselen og går rundt huset. Her blir vi tatt imot av Anne-Lise (62) og inviteres inn i en varm og lun stue.

– Jeg tok kontakt fordi jeg ønsker å vite hva jeg kan gjøre, og hvordan jeg kan klare meg, sier hun etter å ha svart på en del

innledende kartleggingsspørsmål fra Ole Petter.

– Jeg har fått diagnostisert artrose i føtter og fingrene. Det begynner jeg å merke nå, spesielt når det kommer til å bruke tomle-
ne i hverdagen.

Hun ser ned på hendene sine med blå støttebandasjer på.

– Hvordan kan jeg bruke kref-
tene mine best mulig?

GJØRE TING LITT ANNERLEDES

Hun beskriver vansker med å skjære opp brød på vanlig måte, skru av og på korker og lokk, ta av og på sokker, knyte skolisser samt få på seg dongeribuksa. Den er tung å trekke opp.

- Er det muligheter? Ja, det er det, men det er klart at akkurat leddet som du har vondt i, belastes mye ved alle disse gjøremålene. Da er det lurt å tenke alternativt, beroliger ergoterapeut Ole Petter Branem.

- Det er kanskje ikke nødvendig med skolisser - det er andre typer sko som kan løse det problemet. Det finnes mange alternative redskaper til matlagning, som kniv og ostehøvel med ergonomisk grep. Det endrer arbeidsstillingen, avlastar de smertefulle leddene og bidrar til at man slipper å bruke så mye krefter. En nøtteknekker kan du for eksempel bruke for å åpne brusflasker med små korker.

Anne-Lise finner lett en nøtteknekker i skuffen.

- Ja, det hadde jeg ikke trodd.

Så prøver hun å åpne brusflasken med og uten. Det er stor forskjell, synes hun.

- Bruker du jernpanne når du steker? spør Ole Petter.

Det kan Anne-Lise bekrefte.

- Det er det tyngste du kan bruke, og det gir større belastning på leddene enn en lettere aluminiumspanne.

TENK LURT OG BRUK HJELPEMIDLER

Når det gjelder å kle av og på seg, tipser han om at skoskjea også kan brukes til å ta av stramme sokker. For å heise på plass buksa, smetter man lillefingeren inn i hempen på siden for å unngå bruk av tommel-leddet. Anne-Lise prøver og finner ut at det fungerer bra.



En nøtteknekker kan brukes til å åpne brusflasker med små korker.

I hverdagen elsker Anne-Lise å pusse opp, male, snekre og skape nye ting.

- Det viktigste for meg er derfor å klare å fortsette med det. Håpet er å kunne trene opp fingrene til å tåle mer, sier hun.

Det er mulig, ifølge Ole Petter, men da må det virke. Så lenge smertene avtar etter treningsøk-ten, og ikke øker fra dag til dag, kan man fortsette. Er ikke dette tilfelle, bør man justere. Hvis ikke, kan vondt bli verre. Det er viktig at man tar smertene på alvor. Samtidig skal man ikke slutte med det man liker å holde på med. I stedet for å male i tre

timer kan man male i 20 minutter, og så gjøre noe annet som ikke belaster leddet. Variasjon er nøkkelen!

Dette opplever Anne-Lise som en lettelse å høre.

- Jeg var så usikker, og ganske redd for at jeg ikke kunne holde på slik jeg har gjort. Men dette kan jeg leve med, og jeg kan oms-tille meg. Dette hadde jeg virkelig god nytte av, og informasjonen jeg fikk, var god.

Før vi går, avtaler Ole Petter et nytt besøk med gjennomgang av ulike øvelser for å øke bevegelig-heten og styrken i fingrene, slik at hun kan bli sterkere.



NAVN

Gunnbjørg Furuset

STILLING

Koordinator

HVOR

Lærings- og mestrings-senter i Sandefjord kommune

Bygger opp Senior-veiviseren

Av Else Merete Thyness

- Hvor jobber du?

Jeg jobber ved Sandefjord kommunes Lærings- og mestrings-senter (LMS). Vår tjeneste er organisert sammen med Friskliv i Enhet forebygging og mestring. I enheten er også våre kollegaer ergo- og fysioterapitjenesten til hjemmeboende voksne organisert sammen med hjelpemiddel-teknikerne.

- Hva jobber du som?

- Jeg jobber som koordinator i en full stilling delt mellom halv stilling til daglig drift av LMS, et ansvar jeg deler med en kollega, og en halv stilling der jeg bygger

opp et nytt helsefremmende og forebyggende seniortilbud, Senior-veiviseren.

- Hvor lenge har du hatt jobben?

- Jeg begynte i jobben 12. august i år.

- Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

- Ved LMS har vi kontakt og tett samarbeid med 23 ulike brukerorganisasjoner, som igjen representerer et bredt spekter av mennesker med kompetanse på det å leve med ulike helseutfordringer. Sammen med dem utvikler vi tilbud og arrangerer temamøter, kurs, likeperson-samtaler med mer. Vi er opptatt av å være et lavterskeltilbud for innbyggere i alle livets faser. Samtidig med daglig drift av LMS utvikler jeg en helt ny tjeneste, forankret gjennom kommunens handlingsplan Leve hele livet i Sandefjord. Senior-veiviseren er politisk vedtatt som helsestasjon for eldre. Den er i sin utviklingsfase denne høsten, og jeg erfarer stadig konstruktive og bekreftende innspill som driver utviklingen framover. Dette er spennende!

Per i dag kan jeg tilby deltagelse i kurset Hverdagsglede, forebyggende hjemmebesøk og samtaler/drop-in her ved LMS. Jeg planlegger også å invitere til forebyggende gruppetilbud for seniorer, for eksempel 80-åringene uten kommunale helsetjenester, i løpet av vinteren 2020. Dette er etter inspirasjon fra Magnus Zingmark og hans forskning. Samtidig er jeg involvert i planlegging og gjennomføring av årlige Beste årgang-samlinger, der vi inviterer alle kommunens innbyggere det året de fyller 77 år, til todagers samlinger med fokus på fortsatt

mestring av egen hverdag. Det er fantastisk inspirerende å møte så mange seniorer som lar seg begeistre og engasjere.

- Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

- Etter å ha praktisert som ergoterapeut i 23 år kan jeg ikke så mye annet enn å være ergoterapeut. Betydningen av meningsfylt aktivitet, deltakelse og relasjoner gjennomsyrrer alt jeg tenker og gjør, tror jeg. Jeg brenner for å løfte fram og snakke opp eldre mennesker som ressurssterke, kompetente mennesker som i stor grad har mange muligheter til fortsatt å kunne bidra.

- Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

- Ja, jeg mener det.

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

- Ja, det er kjempespennende og samtidig krevende, men jeg kan ikke la være. Jeg har en enhetsleder som viser tillit og lar sine ansatte få utvikle seg. I 2009 møtte jeg to fantastisk engasjerte lærere, Dorte Lybye Norenberg og Lena Andersson ved videreutdanning i ergoterapi innen almenhelse, som inspirerte meg sterkt til videre fagutvikling. Gjennom masterstudier innen aldring og eldreomsorg fikk jeg muligheten til økt forståelse for målgruppen. Jeg har fått teften på tjenesteutvikling gjennom rollen som prosjektleder for Best hjemme - hjemmehabilitering, og videre pilotprosjektet TettPå for hjemmeboende personer med demens og deres pårørende i vår kommune. Da politikerne vedtok at det skulle opprettes et forebyggende tilbud for seniorer som ikke



Sandefjord medisinske senter er det eneste i sitt slag i Vestfold og et av de første medisinske sentre i landet. Senteret har et betydelig fokus på forebygging og rehabilitering. Foto Reidar Bowitz Helliesen

mottar kommunale helsetjenester, ja, da «måtte» jeg søke jobben!

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

- Ja, det vil jeg utvilsomt! Det er jo så meningsfylt å kunne peke på muligheter for mestring og deltakelse for alle - også dem langt opp i høy alder.

Vår inspirerende foregangs-

mann og forbundsleder Nils Erik Ness har gjennom flere år nå utfordret oss på å finne mulighetsrommene og gå inn i dem. Det er opp til hver enkelt av oss å gjøre det.

MC1124 Low Rider m/seteløft

Low Rider - setehøyde helt ned i 39cm - egner seg meget bra i bil!

Fleksibilitet, kjøreegenskaper og en sittekomfort i særklasse gjør MC1124 Low Rider skreddersydd for det nordiske markedet.

medemagruppen

For mer informasjon ta kontakt på tlf. 67 06 49 00 eller se på www.medema.no

Seniorene må forbli aktive – og bli aktivert

I boken «Inni er vi alltid unge» skriver psykolog Sissel Gran: «Det er nesten ingenting som kjennes mer truende for oss mennesker enn ikke å finnes for andre, ikke å føle seg inkludert i flokken».

Av Thorstein Ouren



Thorstein Ouren er seniorrådgiver i Helse-direktoratet og nasjonal prosjektleder for eldrereformen Leve hele livet.

De fleste eldre i Norge lever gode liv. De former sin egen hverdag. De er aktive og deltar i sosiale fellesskap. De får gode helse- og omsorgstjenester når det trengs. De bidrar med ressursene sine i jobb, for familie og venner eller i nærmiljøet.

I stortingsmeldingen om eldrereformen Leve hele livet (Meld. St. 15, 2017-2018) står det: «Reformen Leve hele livet skal bidra til flere gode leveår der eldre beholder god helse lenger, opplever at de har god livskvalitet, og at de i større grad mestrer eget liv, samtidig som de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den.»

Hvis hensikten med reformen skal oppsummeres i ett ord, så må det ordet nettopp være livskvalitet. Livskvalitet handler om å oppleve glede og mening, vitalitet og tilfredshet, trygghet og tilhørighet, om å bruke personlige styrker og føle interesse, mestring og engasjement. Livskvalitet har sammenheng med helserelaterte gevinster som bedre fysisk og psykisk helse, sunnere livsstilvalg, sterkere nettverk og sosial støtte. Livskvalitet og trivsel styrker også motstandskraften i møte med belastninger. Aldring er en uunngåelig prosess som fører med seg ulike tap som kan påvirke vår opplevelse av livs-

kvalitet – tap av arbeid, status, kolleger, ektefelle, nære venner og etter hvert også tap av helse og funksjon.

FEM HOVEDTEMAER

Reformen har fem hovedtemaer: et aldersvennlig Norge, aktivitet og fellesskap, mat og måltider, helsehjelp og sammenheng og overganger i tjenestene. I arbeidet med å forberede reformen har ansatte, eldre, pårørende, frivillige, forskere, ledere og andre gitt innspill om hva som er hovedutfordringene og hvor de gode løsningene finnes. I gjennomføringen av reformen ønsker vi at denne innsikten skal deles med alle kommunene.

Under temaet aktivitet og fellesskap er hovedutfordringene oppsummert på følgende måte i stortingsmeldingen:

- ensomhet blant eldre relatert til endringer i livssituasjon, partnerdød, endret helsetilstand og funksjonsnivå
- inaktivitet og aktivitetstilbud som ikke er tilpasset individuelle ønsker og behov
- manglende ivaretagelse av sosiale, kulturelle og eksistensielle behov
- lite systematisk samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og frivillige/sivilsamfunn
- manglende møteplasser, sam-

lokalisering og digitale generasjonsskiller

I en kunnskapsoppsummering som ble gjort i forkant av reformen (Senter for omsorgsforskning rapport 6/2017) står det: «Fysisk aktivitet over hvilenivå er nødvendig for å vedlikeholde fysisk funksjon. Fysisk aktivitet med lav til moderat intensitet er helsefremmende, forebygger fysisk og kognitiv funksjonstap, forebygger og bremser utvikling av ikke-smittsomme sykdommer (NCDs), reduserer medisinbruk, øker trivsel, bedrer kognitiv funksjon, og kan være del av behandling eller eneste behandling for en rekke aldersrelaterte plager. Fysisk funksjon er ferskvare, og funksjoner som ikke brukes, forvitrer. Eldre som ikke er tilstrekkelig fysisk aktive, taper funksjon raskt. Det skal svært lite aktivitet til før det har positiv effekt på fysisk og kognitiv funksjon og på lyst og evne til sosial deltakelse.»

Simone De Beauvoir har sagt: «Ingenting burde være mer forventet, men ingenting er mer uventet enn alderdommen». Gjennom arbeidet med reformen skal vi støtte kommunene med kunnskap, metoder og verktøy slik at de kan ha god dialog med sine seniorer rundt tiltak, tilbud og tjenester som bidrar til et aktivt liv. De gode løsningene vil være et samspill mellom den enkeltes ansvar for å planlegge egen alderdom og hva kommunene kan og skal legge til rette for.

Det er behov for at de betydelige ressursene som de eldre besitter i større grad blir brukt inn i frivillig arbeid. Frivillig aktivitet er helsefremmende i seg selv. De aller fleste kommunene organiserer frivillighet på ulike måter, men det er få kommuner som har



Illustrasjonsfoto: Mostphotos

Helse skapes og leves av mennesker innenfor omgivelsene i hverdagen: der de lærer, jobber, leker og elsker. (Ottawa-charteret for helsefremmende arbeid)

en helhetlig frivillighetspolitikk. Gjennom reformen vil vi bidra til at samhandlingen mellom kommuner og frivillige aktører inngår i den helhetlige planleggingen og utviklingen av lokalsamfunnet.

HVA ER VIKTIG FOR DEG?

I The Ottawa Charter for Health Promotion står det at: «Health is created and lived by people within the settings of their everyday life; where they learn, work, play and love». I arbeidet med reformen vil det legges vekt på at tilbud og tiltak utvikles der seniorene bor. Lokalmiljøet har stor betydning for Eldres livskvalitet. Eldre kan være avhengige av å få dekket mange av sine ulike behov der og ha en nærhet til det meste: offentlige og private tjenester, handel og service, sosiale møteplasser, kulturtilbud og arrangementer, turveier og grøntområder. Slik tilgjengelighet

i nærmiljøet er grunnleggende for å få muligheten til et hverdagsliv der eldre i stor grad kan fungere selvstendig og klare seg selv.

Sist, men ikke minst: Hele reformarbeidet bygger på det grunnleggende spørsmålet: «Hva er viktig for deg?» Det å bli eldre og få behov for at noen bistår oss i hverdagen, betyr ikke at vi skal miste vår identitet og muligheten til å være sjef i eget liv. Hele livet ut skal vi behandles med respekt og møtes som de «hele» menneskene vi er. Når helsen skranter, kan vi fort oppleve at hverdagen mest dreier seg om sykdom og kompensierende tiltak. Det er ofte mindre oppmerksomhet på hva som skal til for at vi fortsatt kan mestre hverdagen selv og oppleve å ha gode og meningsfulle dager. Det er dette vi må løfte fram, og som må være målet vi styrer mot i arbeidet med Leve hele livet.

Seniorene gir deg nyheter i farta

- **Ergoterapeutenes Seniorforum starter virksomhet i Bergen.**
- **Seniorforums møter på Litteraturhuset er åpne for yrkesaktive ergoterapeuter.**
- **Landsomfattende nytt prosjekt starter som skal samle seniorergoterapeutenes fortellinger om pasientens rolle gjennom tidene.**

Av Liv Hopen



Liv Hopen er leder for Ergoterapeutenes Seniorforum.

Tre seniorergoterapeuter i Bergen, Bodil Skage, Liv Berit Pilskog og Helle Strømsnes, har i løpet av 2019 dannet en arbeidsgruppe for å få i gang seniorvirksomhet i Bergen.

Det er enighet om å beholde ett felles Seniorforum som har virksomhet flere steder i landet. Mange seniorer reiser mye og vil være velkomne til å delta uavhengig av hvor i landet Ergoterapeutenes Seniorforum har et arrangement. Det betyr at det blir en felles aktivitetsplan, og at invitasjon til alle arrangementer sendes samtlige seniormedlemmer i hele landet. For tiden gjelder dette 211 senior-ergoterapeuter.

LITTERATURHUSET

Yrkesaktive ergoterapeuter og ergoterapistudenter må følge med på kurskalenderen, Facebook eller nettsiden til Seniorforum. To torsdager i året fra klokken 13.00 til 14.00 er dere velkomne til Litteraturhuset når Seniorforum presenterer høyaktuelle temaer.

Seniorene tilbyr hjerterom i lokaler som er tilrettelagt for hørselhemmede.

PASIENTENS ROLLE

Styret i Seniorforum ønsker å dra i gang et landsomfattende prosjekt med fokus på fortellinger som beskriver pasientens rolle fra 1950 og fram til i dag.

Vi vil bruke erfaringene fra Seniorforums bokprosjekt «Pionerens fortellinger – da ergoterapifaget var nytt i Norge». Den gangen var det imidlertid faget vårt vi var opptatt av, mens nå er vi opptatt av pasientens rolle.

Som ergoterapeuter har vi i alle år vært tett på pasienten og opptatt av å styrke pasientens rolle. Derfor tror vi seniorergoterapeutene har mange fortellinger om hvordan pasientene har opplevd sin rolle gjennom tidene.

Vil du vite mer om Ergoterapeutenes Seniorforum, så finner du informasjon her: www.ergoterapeutene.org/seniorforum.

YRKESETISK UTVALG ØNSKER DEBATT

Formidler du elektriske rullestoler eller scootere? Hvilke dilemmaer opplever du?

Har du erfart etiske dilemmaer eller utfordringer knyttet til elektriske rullestoler og scootere? Har disse blitt løst på en god måte? Da vil Yrkesetisk utvalg gjerne høre fra deg.

Av Astrid Gramstad, Tone Torgersen, Anette Eidesen, Sigrid Olaoussen & Grete Tørres

Hvordan håndterer du de kryssende forventningene mellom personens rett til aktivitet, deltakelse og meningsfulle hverdagsaktiviteter på den ene siden, og faglig vurdering av egnethet og hensyn til trafikk-sikkerhet for personen selv og omgivelsene på den andre siden?

SLIK KAN DU DELTA

Yrkesetisk utvalg ønsker beskrivelser av hva utfordringen består i, hvem som var involvert, hva det var som var vanskelig, og hva eller hvem det var som bidro til at saken ble løst. Fortellingene vil danne grunnlag for en fagartikkel i Ergoterapeuten med formål om at vi kan lære av hverandres erfaringer.

Kontaktinformasjon til Yrkes-



Yrkesetisk utvalg ønsker seg debatt om formidling av elektriske rullestoler eller scootere. Fra venstre: Astrid Gramstad, Tone Torgersen, Anette Eidesen (vara), Sigrid Olaoussen og Grete Tørres.

tisk utvalg finner du på nettsiden. Adressen er ergoterapeutene.org/yrkesetisk.

Utvalget vil også forsøke å

dra i gang diskusjonen i regionenes Facebook-grupper og håper mange vil delta aktivt med sine erfaringer.

Svenske kurs

Delta på de svenske ergoterapeutenes kurs og opplæring

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Ergoterapeutene har inngått en avtale med vårt søsterforbund Sveriges Arbetsterapeuter. Medlemmer i Ergoterapeutene kan delta til medlemspris på deres kurs og opplæring, som du kan finne under «Akademin» på Sveriges Arbetsterapeuters hjemmeside.



Akademin tilbyr et bredt utvalg av kurs, publikasjoner, instrumenter og bøker i sin nettbutikk. For å øke tilgjengeligheten, er også flere av kursene i Akademin digitale. Du kan ta dem når og hvor du vil. Du kan også bygge nettverk og utveksle erfaringer med svenske ergoterapeuter online.

Slik blir hytta klar for vinteren

Antall frost- og vannskader på hytter øker for hvert år, til tross for økt fokus på vedlikehold og forebygging. Uavhengig om du har hytte på fjellet eller i lavlandet, så finnes det enkle grep for å unngå kjedelige hendelser.

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

De to siste årene har Tryg forsikring registrert over 60 prosent økning i erstatninger som følge av frostskader på hytter.

– Det er en markant økning i antallet frostska-der, og de blir stadig dyrere å utbedre. I de verste skadetilfellene må vannrør, gulv og vegger rives og erstattes med nytt. For mange hytteeiere blir slike minusgrader kostbare, sier Øyvind Setnes, forebyggelses-ekspert i Tryg Forsikring

SÅRBARE FOR STRØMBRUDD

Mange av frostska-derne skyldes at hyttene ikke har vært tilstrekkelig oppvarmet, at man ikke har stengt av vannet, eller at vindu-er har vært åpne i nærheten av uisolerte vannrør. Det er ikke bare eldre hytter som rammes, men også moderne hytter. Noen er gjerne utstyrt med muligheter for å fjerne styre varmeovner, men slike systemer er sårbare ved strøm-brudd.

– For boliger generelt ser vi en



Mange av frostska-derne skyldes at hyttene ikke har vært tilstrekkelig oppvarmet, at man ikke har stengt av vannet, eller at vinduer har vært åpne i nærheten av uisolerte vannrør.



Øyvind Setnes er forebyggelsesekspert i Tryg Forsikring.

kraftig økning i antall frostskafer i fjor sammenlignet med året før. Vi snakker flere hundre prosent. Det er spesielt når minusgradene blir liggende i lengre perioder at de verste frostskaferne oppstår. En liten vannlekkasje kan utvikle seg til en omfattende og dyr vann- og frostskafe hvis den ikke blir tatt hånd om umiddelbart, sier han.

KRAV TIL OPPVARMING

Det stilles i dag krav til at boliger skal være tilstrekkelig oppvarmet for å unngå frostskafer. Slurver

man med dette, risikerer man avkortning i forhold til et eventuelt erstatningsoppgjør. For hytteeiere er det et absolutt krav at vannet skal være avstengt når hytta står ubebodd.

- Antallet frostskafer henger selvsagt sammen med hvor kald, og ikke minst hvor langvarig vinteren er. Med klimaendringer vil vi trolig oppleve lengre perioder med kulde og tørke, og dermed øker risikoen for at antallet frostskafer på hus og hytter vil stige ytterligere. Det blir derfor enda viktigere i framtiden at bolig- og

hytteeiere husker på å stenge av vannet med stoppekran og tømme vannrørene for å unngå vann- og frostskafer på vinteren, sier Setnes.

VINTERSJEKKLISTE FOR HYTTEEIERE

- Steng hovedkranen. Pass på å åpne for eksempel kjøkkenkranen etterpå, og tøm rørene for vann hvis du skal reise bort i lengre perioder.
- Sjekk kjellervinduer og ventiler. Luft kort og effektivt framfor å sette vinduer på gløtt.
- Tett igjen hull og åpninger for å hindre skadedyr. Fugler og gnagere søker gjerne inn i varmen hvis de kan, og de kan gjøre stor skade mens du er borte fra hytta.
- Tøm og steng vannet i utendørskranen og koble fra hageslangen og lignende for vinteren.
- Fjern alle løse gjenstander fra tomten. I en storm kan de gjerne bli tatt av vinden og gjøre skade som du blir ansvarlig for.
- Steng spjeldet til peisen.
- Sørg for åpne og frie veier i takrenner og grøfter.
- Inspiser hytta etter store nedbørmengder. Tung snø kan gjøre stor skade. Måk taket jevnlig.
- Hold temperaturen over 10 grader i oppholdsrom, også når du ikke er i hytta.
- Har du rør i krypkjeller eller på kaldloft? Forhør deg med rørlegger om isolerings- og oppvarmingsløsninger.
- Frostvæske i vannlåser hindrer frostsprengning og fordampning. Tomme vannlåser kan føre til at lukt fra avløpsrøret siver inn i hytta.
- Har du varmeovn på i ubebodd hytte, så husk at strømbrudd vil medføre fare for frost.

Tildeling av Ergoterapeutenes FOU-midler 2019

Landsmøtet 2017 avsatte 600 000 kroner til forskning og fagutvikling (FOU) i 2019.

Av Solrun Nygård

Forbundsstyret har vedtatt at av disse midlene skal 450 000 kroner utlyses og tildeles medlemmer etter søknad, og 150 000 kroner skal stå til Forbundsstyrets disposisjon til eventuelle kjøp av faglig bistand, forskning eller fagutvikling.

Forbundsstyret vedtok også at prioritering ved

tildeling skal følge handlingsplanens satsningsområde for 2019, som er *Deltakelse og mestring for eldre*, og at prosjekter som kunne dokumentere effekt av ergoterapi skulle prioriteres høyest. Ved søknadsfristens utløp 15. september 2019 var det mottatt ni søknader om til sammen 968 783 kroner.

Navn	Prosjekt	Tildelt
Anne Myhre Sølvberg	Hvordan bruker eldre i en Omsorg+-bolig nettbrett i selvvalgte aktiviteter? - en undersøkelse av nettbrettets brukergrensesnitt og eldres aktivitetsutførelse	Kr 80 000
Guri Einbu	Kommuneergoterapeuters yrkesidentitet	Kr 56 000
Håvard Eriksen	Øversetting og kulturell tilpasning av måleinstrumentet "The Family Needs Questionnaire - pediatric version"	Kr 54 000
Kjersti Hustoft, Beate Nordnes, Linda Kindt Hasle, Margunn Sognness, Ingunn Fredheim Auestad	Internasjonal standardisering av Evaluation in Ayres Sensory Integration, EASI - sanseintegrasjonstestverktøy	Kr 90 000
Linda Stigen	Implementering av PRPP i kommunehelsetjenesten	Kr 26 000
Linda Stigen	Utvikling av norsk PRPP-kurs	Kr 99 000
Marit Oseland	Hvordan opplever pårørende til personer med ALS at kognitiv funksjonsnedsettelse påvirker dagliglivet?	Kr 45 000

HOVEDTARIFFOPPGJØRENE 2020

Ergoterapeutenes interne prosess er i gang

Ergoterapeutenes krav til lønnsoppgjørene er tuftet på demokratiske prosesser som skal sikre at medlemmene kan være med å påvirke forbundets krav og prioriteringer i lønnsoppgjørene.

Forberedelsene til neste års hovedtariffoppgjør startet opp allerede i oktober. Da ble det sendt ut debatthefte til samtlige tillitsvalgte i forbundet hvor vi spurte medlemmene om hvilke krav og prioriteringer de ønsket spilt inn i lønnsoppgjørene. Debattheftet er også sendt ut i elektronisk versjon. Svarfristen ble satt til tidlig i desember.

Innkommne svar er deretter blitt systematisert i rapport for hver enkelt region. Deretter skal det gjennomføres regionvis behandling på regionale

tariffkonferanser i tilknytning til årsmøtene i januar/februar 2020.

Diskusjonene legger grunnlaget for regionstyrenes utforming av anbefalinger til forbundet. Til slutt behandler forbundsstyret regionenes anbefalinger og vedtar forbundets krav til de ulike tariffområdene.

Møt opp på din regions tariffkonferanse, og si din mening om hvilke krav og prioriteringer forbundet skal ta med seg inn i lønnsoppgjørene.

Det handler om å velge riktig elektrisk rullestol til rett bruk!

Vi finner de gode løsningene for den beste rullestolen ute/inne/i bil



Puma 40 FWD

Ta kontakt på post@sunrisemedical.no for «skreddersydd» rullestol til ditt behov



Puma 40 FWD/RWD
Tilpasset sittehøyde, sittekomfort i særklasse.



Real 6100 for voksne
Smidig og komfortabel med lite fotavtrykk. Høyt og lavt.



Real 6100 for barn og små voksne
Hjemme eller på skolen med Real 6100 som bidrar til aktivitet og komfort.



Real 6100



www.SunriseMedical.no
T: 66 96 38 00
E: post@sunrisemedical.no

Stor aktivitet rundt nettkurset «Deltakelse og mestring for eldre»

270 ergoterapeuter har til nå gjennomført Modul 1 av nettkurset og er godt i gang med Modul 2. Har du ikke kommet i gang? Det er fortsatt muligheter for å bli med.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas & Solrun Nygård



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



Solrun Nygård er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

Modul 2 av nettkurset «Deltakelse og mestring for eldre» er nå i gang. Tema for modulen er Aldersvennlig samfunn. Som Modul 1 består Modul 2 av tre elementer. De to første er tenkt som selvstudier:

- litteraturstudier
- videoforelesninger
- nettverksgrupper for diskusjon av refleksjonsoppgaver

STOR INTERESSE

Interessen for kurset fra landets ergoterapeuter har vært enorm. 411 personer har til nå meldt seg på. Disse er delt inn i 66 nettverksgrupper. I midten av november har 60 grupper med til sammen 270 deltakere rapportert at de har gjennomført Modul 1.

FORTSATT MULIG Å MELDE SEG PÅ

Det er fortsatt mulig å melde seg på nettkurset. I utgangspunktet vil du da få en plass i en av de

allerede etablerte gruppene og bli med på nettverksmøte fra og med Modul 2.

Det kan også bli opprettet nye grupper. Disse kan velge å starte med Modul 1 dersom de ønsker det. Deltakerne kan være geografisk nær hverandre, slik at fysiske møter er mulig. Gruppen kan også bestå av deltakere fra hele landet som møtes gjennom Skype, Teams, Messenger eller lignende. Her er det mange muligheter!

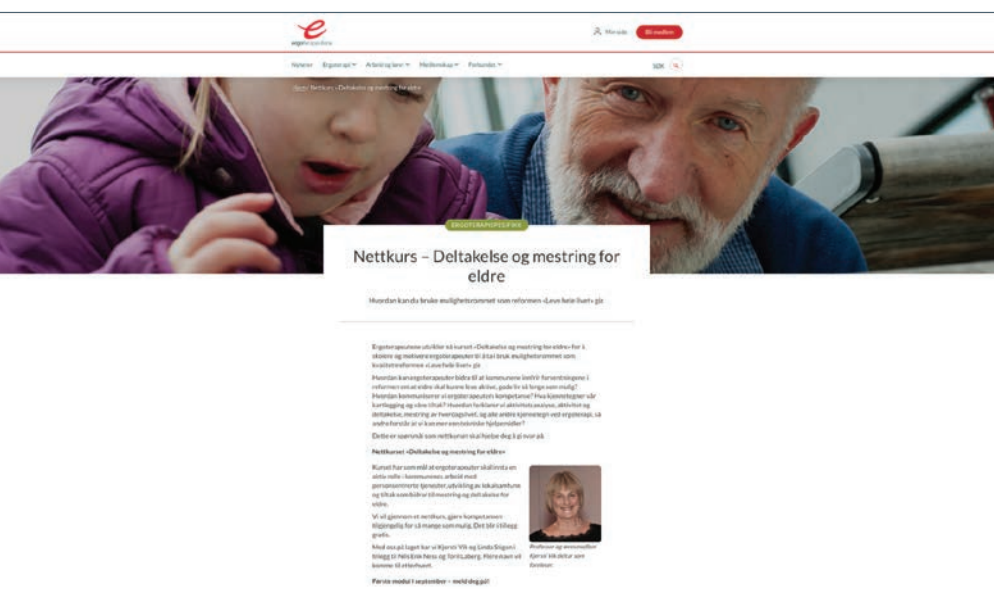
Mer informasjon finner du i Kurskalenderen på nettsiden.

GODE TILBAKEMELDINGER

Vi har fått kursevaluering av Modul 1 fra deltakere som er ferdige med nettverksmøtet. De fleste har holdt fysiske nettverksmøter i arbeidstiden. Andre har hatt møtet utenom arbeidstid. Mange har brukt Skype.

Tilbakemeldingene på kursets form og innhold er gode, som at kurset er lett tilgjengelig, gratis, fleksibelt, mulig å få til i en travel hverdag, og at forelesningene er gode og motiverende. Mange av deltakerne mener det er bra med kombinasjonen selvstudier og refleksjon og nettverksgrupper.

«Man blir så oppslukt i arbeidspress og daglige oppgaver at det å løfte blikket opp og fram lett kommer i siste rekke! Dette nettkurset ga meg et «puff»! Kjønnens veldig bra!»



SmartDrive

med PushTracker E2



permobil

Ergoterapeutenes arrangementsplan 2020

Arrangementsplanen viser de møter, kurs og konferanser som allerede er planlagt. Flere vil komme til i løpet av året, men allerede nå ser aktiviteten i forbundet ut til å bli større enn noensinne. Arrangementer som er åpne for påmelding, finner du i kurskalenderen på hjemmesiden. Savner du noen kurs eller temaer? Ta gjerne kontakt.



	Start	Slutt	
Tariff	08. januar	10. januar	
Region	08. januar	08. januar	
Fag	15. januar		
Organisasjon	17. januar	17. januar	
Tariff	21. januar	22. januar	
Organisasjon	28. januar	30. januar	
Region	05. februar	06. februar	
Region	05. februar	06. februar	
Region	10. februar	11. februar	
Region	12. februar	12. februar	
Region	12. februar	13. februar	
Senior	13. februar	13. februar	
Organisasjon	14. februar	16. februar	
Organisasjon	03. mars	04. mars	
Tariff	10. mars	11. mars	
Tariff	12. mars	12. mars	
Fag	15. mars		
Fag	20. april	21. april	
Organisasjon	21. april	22. april	
Senior	23. april	23. april	
Organisasjon	13. mai	13. mai	
Fag	15. mai		
Senior	04. juni	04. juni	
Organisasjon	10. juni	11. juni	
Organisasjon	01. september	02. september	
Tariff	22. september	23. september	
Organisasjon	02. oktober	02. oktober	
Region	12. oktober	12. oktober	
Senior	15. oktober	15. oktober	
Organisasjon	19. oktober	20. oktober	
Organisasjon	20. oktober	22. oktober	
Organisasjon	02. november	06. november	
Tariff	10. november	11. november	
Region	12. november	12. november	
Tariff	17. november	18. november	
Organisasjon	16. desember	17. desember	

- FORBUNDET -

Hva	Hvor
Unio NAV-konferansen 2020	Drammen
Årsmøte og tariffpolitisk konferanse, Ergoterapeutene Midt	Molde
Deltakelse og mestring for eldre, Modul 3	Nettkurs
Forbundsstyremøte	Teams
Grunnkurs 1	Stjørdal
Vinterkurset	Fornebu
Årsmøte, fag- og tariffpolitisk konferanse, Ergoterapeutene Øst	Brumunddal
Årsmøte, fag- og tariffpolitisk konferanse, Ergoterapeutene Sør	
Årsmøte, Tariff- og fagpolitisk konferanse, Ergoterapeutene Vest	Stavanger
Tillittsvalgtsamling og årsmøte, Ergoterapeutene Sørøst	Oslo
Årsmøte, fag- og tariffpolitisk konferanse, Ergoterapeutene Nord	Stokmarknes
Medlemsmøte, Seniorforum	Bergen
Ergoterapistudentenes oppstartsseminar	Forbundskontoret
Forbundsstyremøte	Forbundskontoret
Grunnkurs 2 KS	Lillestrøm
Ny kommune, muligheter og utfordringer	Lillestrøm
Deltakelse og mestring for eldre, Modul 4	Nettkurs
ADL-taxonomien	Tromsø
Forbundsstyremøte	Forbundskontoret
Medlemsmøte, Seniorforum	Oslo
Forbundsstyremøte	Teams
Deltakelse og mestring for eldre, Modul 5	Nettkurs
Sommer/Kultur-tur	
Forbundsstyremøte	Stavanger
Forbundsstyremøte	Forbundskontoret
Grunnkurs 1	Hamar
Forbundsstyremøte	Teams
Nettverksmøte for tillitsvalgte, Ergoterapeutene Øst	Drammen
Medlemsmøte, Seniorforum	Oslo
Forbundsstyremøte	Lillestrøm
Landsmøte	Lillestrøm
Forbundsstyreseminar	
Grunnkurs 2 Spekter	Lillestrøm
Fagdag, Ergoterapeutene Sørøst	Oslo
Grunnkurs 2 KS	Bergen
Forbundsstyremøte	Forbundskontoret

ERGOTERAPEUT: HVORDAN ER DITT FOTAVTRYKK?

Har du for trange sko?

Kvalitetsreformen Leve hele livet har satt aktivitet, fellesskap, mestring og aldersvennlig samfunn på dagsordenen. Regjeringen oppfordrer alle til å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» Aldri før har vinduet for å synliggjøre ergoterapeuters kompetanse for å møte samfunnets utfordringer vært mer åpent. Vet politikere, administrasjon og kollegaer at du har en svært relevant og viktig kompetanse som kommunen trenger for å innfri målene med Leve hele livet? Eller har de gitt deg altfor trange sko?

Av Solrun Nygård

Et av målene med nettkurset Deltakelse og mestring for eldre er at ergoterapeuter skal få økt tro på egen kompetanse og trygghet til å kommunisere denne til «hele verden» – i hvert fall til politikere, ledere, kollegaer og innbyggere i egen kommune.

«VI BLIR IKKE BRUKT GODT NOK»

Sitatet i overskriften er fra forskningen til Astrid Gramstad og Ragnhild Nilsen (2016), hvor ergoterapeuters opplevelse av egen rolle og andres forventninger til oss var tema. De spurte kommuneergoterapeuter om hvilke utfordringer de opplevde i arbeidet med brukere og andre faggrupper. Ergoterapeutene ga tilbakemelding om at andres kjennskap til ergoterapeuters kompetanse var mangelfull. Det førte til at forventninger til ergoterapi var snevre og ikke samsvarer med ergoterapeutenes egen forståelse. Ergoterapeuter fikk ofte en rolle som «bestiller av hjelpemiddel» i det tverrfaglige arbeidet, uten at kompleksiteten i hjelpemiddelfor- midling ble sett eller andre tiltak

ble vurdert eller iverksatt.

Ved kartlegging av kommuneergoterapeuter i Norge i 2019 av Arntzen m.fl (2019) fant forskerne at formidling av tekniske hjelpemidler var deres hovedoppgave, og at det tok om lag halvparten av deres tid. De fant også at det var en sterk forventning fra samarbeidspartnere og ledere om at dette var ergoterapeutens hovedoppgave.

Mange ergoterapeuter sier de ønsker å bruke og vise mer av kompetansen sin. De vil sette et større fotavtrykk på aktivitet og deltakelse i hverdagsliv, arbeid og skole. Skoene de får tildelt, er for trange.

INGEN FORSTÅR OSS!

I Gramstad og Nilsens studie (2016) kom det også fram at ergoterapeutene syntes det var vanskelig å kommunisere ergoterapeuters kompetanse til brukere og samarbeidspartnere så disse kunne forstå hva en ergoterapeut kan brukes til.

Dersom dette stemmer, så må ergoterapeuter bidra til at «Alle skal kunne delta – Ergoterapeu- ters kjernekompetanse» i større

grad blir kjent og brukt. En av målsetningene med nettkurset Deltakelse og mestring for eldre er å tydeliggjøre ergoterapeuters kompetanse og trene på å kommunisere denne i nettverksgrup- pene.

HVEM DEFINERER DITT ERGOTERAPEUTISKE FOTAVTRYKK?

Lederes og andre samarbeids- partnernes forventninger er viktige. Men det fritar ikke ergoterapeuter fra eget ansvar for å bli en bedre utnyttet helseprofesjon i forhold til de utfordringene personer og kommunehelsetjenesten står overfor. Det er kun ergoterapeu- ten som kan vurdere hva som er best ergoterapi for den enkelte person eller gruppe. Vi er en autonom helseprofesjon. Vår samfunnskontrakt er todelt. Vi skal ta i bruk vår kjernekompetanse for å møte samfunnets og personers behov, og vi skal følge ergoterapeu- tenes yrkesetiske retningslin- jer, som framhever at: Ergoterapeu- ten tar samfunnsansvar basert på befolkningens rett og mulighet til aktivitet og deltakelse.

Sentrale myndigheter har for- stått at ergoterapeuters kompe-



Solrun Nygård er seni- orrådgiver i Ergotera- peutene.

tanse er sentral for å løse persons og kommuners utfordringer. I argumentasjonen for lovpålegg om ergoterapi i kommunehelsetjenesten står det i Prop.71L (2016-2017): «Komiteen vil påpeke at ergoterapeuter er en viktig og nødvendig profesjon i framtidens helse- og omsorgstjenester. I stortingsmeldingen vektlegges viktigheten av at brukerne skal ha et godt liv og kunne bo hjemme lengst mulig. For å kunne realisere dette er det spesielt viktig å skreddersy tjenester som bidrar til at brukerne gjennom mestring av dagliglivets gjøremål blir i stand til å klare seg selv – til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse.»

Sentrale myndigheter har sett behovet for å utvikle mer bærekraftige tjenester og ergoterapeutenes rolle i dette. Noen kommuner er også godt i gang. Hvordan er det i din kommune?

Dersom din kommune ikke har gitt deg store nok sko, er kanskje tiden kommet for å praktisere og kommunisere ergoterapeuters kjernekompetansen på flere områder.

SKOSKAPET FULLT!

Kommunene står overfor store utfordringer. Kvalitetsreformen Leve hele livet er ett av regjeringens grep for å motivere kommunene til å utvikle lokalsamfunn og tjenester som fører til mer aktivitet og deltakelse, og dermed bremser etterspørselen etter kommunale tjenester.

Vis hvordan du kan bidra til å trække opp kommunenes vei for et mer aldersvennlig samfunn! Ta fram fotformsko og tangosko! Vis at du er klar for både universell utforming og meningsfull aktivitet. Felles for alle våre fotavtrykk er at de fører til mer aktivitet og deltakelse.



Ergoterapeuter må fortsette med tilrettelegging av omgivelsene. Her kan hjelpemidler være et viktig tiltak, men vi må vise at kompetansen vår bør brukes bredere. Vi skal kommunisere hvordan vår kunnskap handler om deltakelse og inkludering. Vi må vise hvordan vi med vår personentrerte tilnærming arbeider med aktiviteten og omgivelsene og samspillet mellom disse. Skreddersydde tiltak fører til mestring av betydningsfulle hverdagsaktiviteter. Dette bidrar til utvikling av bærekraftige tjenester.

BY OPP TIL DANS!

Nå står kommunene, med sine nyvalgte kommunestyre, klare til å ta fatt på kommunens utfordringer. Kvalitetsreformen Leve hele livet utfordrer kommunene til å ta i bruk mer aktive virkemidler for at de eldre skal bli sett for sine ressurser, muligheter og bidrag. Da kan ikke vi ergoterapeuter innta rollen som veggpyrd på en dansetilstelning. By de nye kommunestyrerepresentantene opp til dans!

Nettkurset Deltakelse og mestring for eldre blir et slags danskurs. Du får mulighet til å friske opp de dansetrinnene du har lært gjennom utdanningen, lære noen nye trinn og trene på dansen med andre ergoterapeuter. Kanskje du ender opp med at du kan føre en rådmann eller en ordfører?

NETTKURSET DELTAKELSE OG MESTRING FOR ELDERE

Modul 1 er i gang. De 350 som meldte seg på innen fristen, har fått plass i 66 nettverksgrupper som skal reflektere over temaer knyttet til modulen. Alt som trengs, ligger ute på Ergoterapeutenes hjemmeside. Søk på Modul 1, så får du opp litteratur, forelesninger og spørsmål til refleksjon. Dette er tilgjengelig for alle. Modul 2, med temaet Aldersvennlig samfunn, ble lagt ut 1. november. Modul 3, med temaet Aktivitet og fellesskap, legges ut 15. januar. Det er fremdeles mulig å melde seg på nettkurset for å lære nye dansetrinn!

Referanser:

- Gramstad, A., Nilsen, R. (2016). Kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper. *Ergoterapeuten* 59(4), s. 30 – 39.
- Arntzen, C., Sveen, U., Hagby, C., Bonsaksen, T., Dolva, A-S., & Horg-hagen, S. (2019). *Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities. Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(5), s.371-381.
- Prop. 71 L (2016–2017) Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.). Hentet 07.10.2019 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-71-l-20162017/id2546178/>

Ergoterapeutenes kjernekompetanse er en ressurs i kommunenes implementering av eldrereformen Leve hele livet

Av Trude Anita Hartviksen & Marianne Eliassen



Trude Anita Hartviksen er ergoterapeut og ph.d.-kandidat ved Nord universitet, Fakultet for sykepleie og helsevitenskap, Leknes.

E-post: Trude.a.hartviksen@nord.no.



Marianne Eliassen er fysioterapeut med ph.d. i helsevitenskap. Hun er universitetslektor ved Universitetet i Tromsø, Institutt for helse og omsorgsfag og forsker ved Senter for omsorgsforskning Nord.

Sammendrag

Eldrereformen Leve hele livet startet 1. januar 2019 og innebærer at kommunene fram til 2023 skal gjennom systematiske forbedringsprosesser på ulike innsatsområder rettet mot den eldre befolkningen. Målet er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. Leve hele livet har fem spesifikke satsningsområder: et aldersvennlig samfunn, mat og måltider, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene.

Vi ser at disse satsningsområdene, og særlig aktivitet og fellesskap, vil ha nytte av at ergoterapeutenes kjernekompetanse løftes fram og tas i bruk i kommunene på en hensiktsmessig måte. Vi vil gjennom en praktisk tilnærming i denne fagartikkelen løfte fram hvilke muligheter reformen gir i denne sammenheng.

Nøkkelord: eldrereform, leve hele livet, kommunehelsetjenesten, kvalitetsforbedring, aktivitet, ergoterapi

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen

Introduksjon

Leve hele livet, kvalitetsreformen for eldres helsetjenester, startet i januar 2019 og skal gjennom ulike faser i et femårsperspektiv planlegges, gjennomføres og evalueres i alle norske kommuner. Hensikten er økt deltakelse og mestring for eldre, at pårørende skal kunne bidra uten å slite seg ut, og at ansatte skal få bruke kompetansen sin på en hensiktsmessig måte. Reformen løfter fram en rekke eksempler på gode løsninger for hvordan kommunene kan sørge for et mer aldersvennlig samfunn med god mat og gode måltider, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Eksemplene løftes fram på bakgrunn av et ønske om at kommunene skal inspirere og lære av hverandre (1).

Det er etablert et nasjonalt støtteapparat som ressurs for kommunene i implementeringen av reformen. Støtteapparatet er organisert som et samarbeid mellom Helsedirektoratet, KS og landets fem sentre for omsorgsforskning (2). Det er også etablert regionale støtteapparat i samarbeid med Fylkesmannen, KS regionalt og Utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester (3). Støtteapparatene skal veilede og bistå kommunene med å planlegge, utforme og gjennomføre reformen lokalt. Kommunene har ansvaret for reformen gjennom forbedringsprosesser der en initierer, kartlegger og tar i bruk egen kompetanse. Implementeringen startes ved at kommunestyrene behandler og vedtar hvordan reformens løsninger kan gjennomføres lokalt (1).

Som en del av det nasjonale støtteapparatet har Senter for omsorgsforskning Nord et spesielt ansvar for satsnings-

området aktivitet og fellesskap. Artikkelforfatterne, ergoterapeut og ph.d.-kandidat Trude Anita Hartviksen og fysioterapeut og universitetslektor Marianne Eliassen, er begge ansatt ved omsorgsforskning Nord for å ivareta denne oppgaven. I tillegg har ergoterapeut og universitetslektor Marte Ørud Lindstad ved NTNU Gjøvik bistått i arbeidsprosessen. I arbeidet med å samle kunnskap og erfaringer på området ser vi at forståelsen av begrepene aktivitet og fellesskap varierer og ofte begrenses til fysisk aktivitet. Begrepsforståelsen speiler ikke den individuelle og kulturelle betydningen av aktivitet og fellesskap som mangefasettert og sammensatt av ulike dimensjoner, individuelt og kontekstuell.

For å lykkes med implementeringen av reformen Leve hele livet mener vi at det står sentralt å ta utgangspunkt i en felles begrepsforståelse. Vi mener at ergoterapeutenes kjernekompetanse bør løftes fram som en ressurs i kommunene for dette arbeidet, basert på profesjonens sterke og tydelige grunnkompetanse på aktivitet. Med utgangspunkt i problemstillingen «*Hvordan kan ergoterapeuter med sin aktivitetskompetanse bidra til å styrke kommunenes forbedring av området aktivitet og fellesskap gjennom Leve hele livet-reformen?*» ønsker vi i denne fagartikkelen å diskutere de ulike dimensjonene av aktivitet og fellesskap, og hvordan ergoterapeutkompetansen i kommunene kan være en ressurs i forbedringsarbeid.

Metode

Senter for omsorgsforskning Nord har fått i oppdrag av Helsedirektoratet å etablere et felles kunnskaps- og erfaringsgrunnlag med

spesielt fokus på satsningsområdet aktivitet og fellesskap. I dette arbeidet er det gjennomført søk etter kunnskap og erfaringer basert på utvalgte søkeord knyttet til temaet. Basert på funnene ble aktivitet og fellesskapsbegrepene kategorisert i seks kategorier:

- fysisk aktivitet og trening
- sosial aktivitet
- intellektuell aktivitet
- kulturell og eksistensiell aktivitet
- produktiv aktivitet og
- digital aktivitet

Videre gjennomførte vi deduktive søk for å bygge opp det teoretiske perspektivet som knytter de ulike aspektene av aktivitet og fellesskap til helse i den eldre delen av befolkningen. Funnene tydeliggjorde at tiltak rettet mot aktivitet for den eldre befolkningen ofte bygger på en noe begrensende fortolkning av begrepet aktivitet: fysisk aktivitet.

Et sentralt element i Leve hele livet-reformen er at implementeringen tar utgangspunkt i en prosessbasert «bottom-up»-tilnærming for å sikre lokal forankring og involvering. Det ble derfor også søkt kunnskap om implementeringsstrategier og forbedringsprosesser som kunne være hensiktsmessig i implementeringen av aktivitet og fellesskap i kommunenes helse- og omsorgstjenester. Tabell 1 på neste side viser en oversikt over nettstedet og søkeord som var utgangspunkt for søkene.

For å øke sannsynligheten for relevante funn gikk vi systematisk gjennom nettstedenes innholdsfortegnelse. Vi brukte overskrifter, abstrakt/ingresser og innholdsfortegnelser i funnene for å vurdere aktualitet for videre lesning. Søkene ble dokumentert i en matrise med oversikt over

antall treff, innholdets relevans, lenker til relevant innhold og en kort oppsummerende tekst om innholdets tematikk. I reformen er det foreslått fem løsningsforslag for å redusere inaktivitet og isolasjon blant eldre: gode øyeblikk, tro og liv, generasjonsmøter, samfunnskontakt og sambruk og samlokalisering (1). Funnene ble kategorisert opp mot disse.

Oversiktsmatrisen vil inngå i et oppsummerende kunnskaps- og erfaringsdokument på området aktivitet og fellesskap som del av et felles grunnlagsdokument for satsningsområdene til bruk i videre arbeid som nasjonalt støtteapparat for reformen Leve hele livet. Ved å kople teori om aktivitet og deltakelse og systematisk forbedringsarbeid ønsker vi i denne artikkelen å konkretisere hvordan ergoterapeuters kunnskap og kompetanse kan og bør bidra inn kommunenes arbeid med implementeringen av reformen Leve hele livet, særlig knyttet til satsningsområdet aktivitet og fellesskap.

METODEKRITIKK

Å gjennomføre systematiserte søk på kunnskap og erfaringer er mer utfordrende enn å gjøre vitenskapelige litteratursøk. Nettsidene vi søkte i, var ikke søkemotorer og ga ikke mulighet for kombinerte søk. Løsningen ble å starte med utvalgte enkeltstående søkeord i søkefelt, for mer usystematisk å følge relevante tråder, lenker og referanser ved hjelp av den såkalte «snowballing»-metoden.

Systematisering av innholdets mangfoldighet ga opphav til utfordringer. Funnene varierte fra politiske føringer, juridiske reguleringer, faglige anbefalinger, vitenskapelig arbeid og praktiske erfaringer til utviklingsprosjekter.

Nettsteder	Søkeord
Helsedirektoratet Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester KS Pasientsikkerhetskampanjen Ressursportalen Senter for omsorgsforskning Regjeringen Norsk helsenett Folkehelseinstituttet Fylkesmannen Fysioterapeuten Ergoterapeuten Sykepleien	Deltakelse Aktivitet Fellesskap Tilhørighet Mestring Eldre Meningsfull aktivitet Aktivisering

Tabell 1: Oversikt over nettsteder og søkeord.

Sammenstilling/kategorisering ble derfor utfordrende, og vi kan ikke utelukke muligheten for at relevante dokumenter ikke er registrert. Systematiske, vitenskapelige søk i databaser ble ikke gjennomført, siden hensikten ikke var en vitenskapelig kunnskapsoppsummering. Relevant forskning ble likevel inkludert der informasjonen som fremkom ble ansett som betydningsfull for det samlede resultatet.

Resultat og diskusjon

Aktiv alderdom har vært lansert som satsningsområde nasjonalt som globalt (1, 4). Regjeringen har fremhevet en strategi i eldrepolitikken som vektlegger yrkesdeltakelse, aktivitet, helse, trygghet og solidaritet mellom generasjonene. Aktivitet og livskvalitet blant eldre fremheves som en verdi i seg selv, samtidig som det også har en samfunnsøkonomisk gevinst. Politikken gjenspeiler hvordan mange eldre både har ressurser og helse til å delta i arbeidsliv og samfunnsliv (1). WHO definerer aktiv aldring som en prosess som skaper og opprettholder funksjonalitet og som muliggjør livskvalitet blant eldre. Prosessen gjør det mulig for den enkelte person å ivareta egne behov, lære, utvikle seg og

ta avgjørelser, være mobil, skape og opprettholde relasjoner og å delta aktivt i samfunnet (4).

AKTIVITET OG FELLESSKAP

Som nasjonalt støtteapparat tar vi utgangspunkt i et bredt aktivitetsbegrep som understøtter aktivitetsforståelsen som ligger til grunn for ergoterapeutenes kjernekompetanse. Mennesket forstås som naturlig aktivt. Slik får vi utfolde våre ressurser, og slik viser vi hverandre hvem vi er. Aktivitet er en sentral del av å være menneske, og inaktivitet ligger til grunn for en rekke helsemessige belastninger og sykdom. Hva som er meningsfull aktivitet, er forskjellig for oss alle, selv om vi ser at noen aktiviteter også er med på å vise status og betydning i samfunnet. Det er forskjell på å få tilbud om deltakelse i arrangerte gruppeaktiviteter og å få tilbud om individuelt tilrettelagt deltakelse i en aktivitet som er meningsfull for den enkelte. Reformen Leve hele livet foreslår at eldre skal få tilbud om én time daglig aktivitet med bakgrunn i egne ressurser, ønsker og behov. Hensikten er at aktiviteten skal gi gode opplevelser og øyeblikk i hverdagen, samt stimulere sanser og minner, bevegelse og deltakelse i sosiale fellesskap (1). Aktivitet

har mange dimensjoner og kan eksempelvis være fysisk, sosial, intellektuell, kulturell, eksistensiell, produktiv eller digital.

FYSISK AKTIVITET OG TRENING

Fysisk aktivitet blant eldre har fått stadig økende fokus, og vi opplever en allmenn overbevisning for helseeffekten aktivitet har gjennom livsløpet. En kunnskapsoppsummering gjennomført av Bauman m.fl. (5) beskriver fysisk aktivitet som den viktigste faktoren for både fysisk, psykisk og sosial helse blant eldre. Forskningen viser at man gjennom fysisk aktivitet kan redusere forekomsten av ulike sykdommer, som eksempelvis hjerte-karsykdommer og diabetes type 2 (5, 6), forekomsten av fallulykker blant eldre (7-9) og redusere kognitiv funksjonstap (10).

Fysisk aktivitet har vist seg å påvirke den psykiske helsen ved å minske angst, depresjon og stress, samt å øke sosial aktivitet (5). HelseDirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige råd for fysisk aktivitet for eldre som tilsvarer rådene for den øvrige voksne befolkningen: 150 minutter aktivitet i uken med moderat intensitet eller 75 minutter aktivitet med høy intensitet. Det presiseres også at eldre med nedsatt mobilitet og balanseutfordringer bør prioritere balanse og styrketrening tre ganger i uken (11).

SOSIAL AKTIVITET

Sosiale relasjoner er viktig for helsen (12, 13). Personer som opplever ensomhet, har økt risiko for å utvikle helseproblemer (14, 15). Langvarig ensomhet er forbundet med svekket funksjonsnivå, både fysisk og mentalt, noe som også påvirker livskvaliteten totalt sett. Begrepet sosial isolasjon er ikke

enkelt å definere. Man kan betrakte fenomenet både objektivt, som eksempelvis å bo alene, og subjektivt i form av den enkeltes opplevelse av relasjonell nærhet. Opplevelsen av relasjonell nærhet kan variere, basert på den enkeltes tidligere relasjonelle erfaringer. Studier har vist at det å bo alene ikke nødvendigvis sammenfaller med egendefinert opplevelse av ensomhet. Likevel beskytter det å bo sammen med noen mot ensomhet (16). Selv om sosial isolasjon ikke er mer utbredt hos eldre enn hos yngre, vil sosial isolasjon blant eldre potensielt kunne gi større konsekvenser for den eldres aktivitet og deltakelsesnivå. Dette fordi en da ofte mangler andre rammevilkår i dagliglivet som tilrettelegger for aktivitet og deltakelse.

INTELLEKTUELL AKTIVITET

Intellektuell aktivitet omfatter en rekke ulike aktiviteter som stimulerer til mental aktivitet, som sjakk, lesing, skriving, diskusjonsgrupper, museumsbesøk, kryssord eller håndarbeid. Forskning har vist at intellektuell aktivitet kan redusere kognitiv funksjonsfall (17-19). Enkeltstående forskning antyder også at kognitiv terapi kan ha en viss effekt på eldre pasienter med kognitiv svikt og demens (20), men her er forskningen sprikende (21-23).

For mange eldre har intellektuell aktivitet vært en sentral del av meningskaping og identitetskaping gjennom hele livsløpet; gjennom skolegang, arbeidsliv og i ulike sosiale relasjoner. Å få opprettholde en intellektuell aktivitet kan derfor være av stor betydning for livskvalitet. Forskning viser at under rette forutsetninger har eldre ikke nødvendigvis vanskeligere for å lære enn yngre, i motset-

ning til hva som tidligere har vært antatt (24). Myter om at eldre har nedsatt læringskapasitet, kan bidra til å hindre eldre i å utfordre kognitiv kapasitet. Det bør derfor arbeides aktivt for å underkjenne slike myter og fordommer ved å tilby aktiviteter som stimulerer til økt intellektuell aktivitet blant eldre som har interesse for det.

KULTURELL OG EKSISTENSIELL AKTIVITET

Kultur har stor betydning for personlig og sosial identitet. Forskning viser at det er en sammenheng mellom kulturelle opplevelser og helse (25, 26), opplevd livskvalitet og verdighet (27). Særlig kulturelle aktiviteter som inngår i sosiale sammenhenger, oppleves som meningsfulle. Kulturell aktivitet har etter hvert fått en vesentlig prioritet i offentlige dokumenter for eldrepolitikken (28). I Leve hele livet-reformen (1) fremheves kultur både som mål og middel for å kunne skape gode, meningsfylte øyeblikk. For å kunne tilrettelegge for økt kulturell aktivitet blant eldre er det hensiktsmessig med økt samarbeid på tvers av sektorer og generasjoner, samt involvering av frivillige.

Med spirituell aktivitet menes aktiviteter som bidrar til større meningskaping enn aktiviteten i seg selv, som religion og trosretninger. Åndelige og religiøse aktiviteter kan gi opphav til mening og trygghet (29). Selv eldre som ikke har levd et utpreget religiøst voksenliv, kan finne tilbake til sin barnetro senere i livet. Religion og eksistensielle perspektiver gir meningsforklaring til forhold som livet, døden, kjærligheten og andre spirituelle og emosjonelle fenomener. I vårt flerkulturelle samfunn er det viktig å ta høy-

de for det kulturelle og religiøse mangfoldet vi er, og som også de eldre er en del av, for å kunne legge til rette for individuelt tilpassede tiltak.

PRODUKTIV AKTIVITET

I Folkehelsemeldingen fra 2015 (30) vektlegges Eldres deltakelse i yrkeslivet. Her frontes positive effekter både for det enkelte individ og den samfunnsøkonomiske effekten av en lengre yrkesdeltakelse. Regjeringen har fremmet en politikk som skal mobilisere arbeidslivet til et mer inkluderende og tilpasset yrkesmarked som stimulerer til lenger deltakelse for den eldre delen av yrkesaktive. I 2015 vedtok Stortinget en heving av øvre aldersgrense for yrkesdeltakelse fra 70 år til 72 år, og en nedre grense for bedriftsinterne aldersgrenser på 70 år. Deltakelse i arbeidslivet kan være av stor betydning for mange, og tilrettelegging i arbeidslivet for dem som ønsker det, bør fortsatt være en prioritet.

Yrkesdeltakelse er mest relevant for den yngste delen av den eldre befolkningen. Produktiv aktivitet omfatter imidlertid mer enn bare lønnsinnbringende aktivitet. Frivillighet er eksempelvis en arena for eldre å være aktive på, samtidig som aktiviteten er til nytte for andre og samfunnet (1). Å gjøre nytte for andre mennesker kan ha stor verdi for den enkeltes opplevelse av mestring og mening og dermed påvirke livskvalitet i positiv forstand (31).

Produktiv aktivitet kan også tolkes som aktiviteter i den enkeltes liv som det vil være nødvendig å ha bistand til dersom man ikke kan gjennomføre det selv. Dette kan eksempelvis dreie seg om hus- og hagestell, matlaging, hygiene og andre ADL-aktiviteter.

Hobbyer og andre fritidssysler anses også som produktiv aktivitet og kan ha stor betydning for den enkeltes opplevelse av mestring og mening i hverdagen (32).

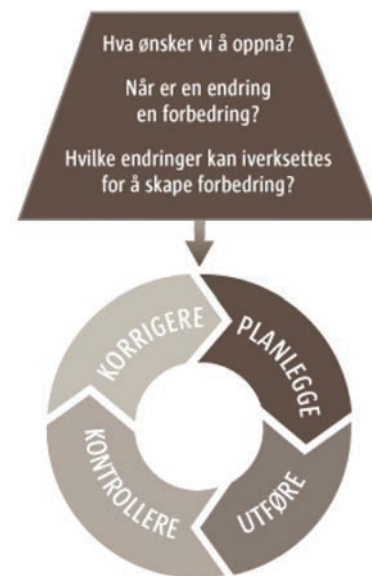
DIGITAL AKTIVITET

Dagens samfunnstjenester blir mer og mer digitalisert. Dette gjelder eksempelvis banktjenester, offentlige dokumenter og søknadsskjemaer og billettsystemer for offentlig transport. Denne utviklingen krever digital innsikt, kunnskap og dømmekraft (33-34). Å være digitalt kompetent betyr mer enn bare å ha tilgang til IKT-verktøy. Det innebærer også å kunne anvende digitale løsninger på en kritisk og trygg måte. Mange eldre har verken tilgang til IKT-løsninger eller kompetanse til å anvende det, selv om tall fra SSB viser at andelen eldre med tilgang til nettløsninger er økende. Gjennom Nasjonalt program for digital deltakelse vektlegges eldre over 65 år som en sårbar gruppe som skal prioriteres for å legge til rette for økt digital deltakelse (35).

Gjennom økt digital deltakelse kan eldre få lettere tilgang til samfunnstjenester som setter en i stand til å mestre og administrere eget liv (34). I tillegg vil økt digitalisering blant eldre kunne bidra til økt aktivitet innenfor eksempelvis sosiale fellesskap ved å kompensere for fysisk avstand eller mobilitetsbegrensninger.

KVALITETSFORBEDRING

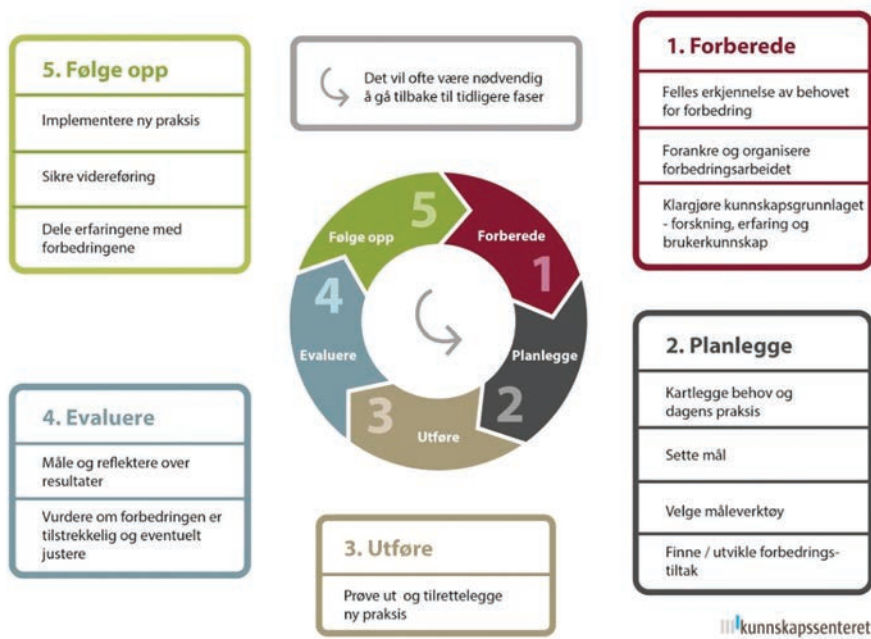
Forståelsen av aktivitet og fellesskap som vi har skissert ovenfor, er et grunnleggende perspektiv innen ergoterapi. Utfordringen ved implementering av Leve hele livet-reformen vil derfor dreie seg om hvordan denne type kunnskap kan integreres i tjenestene. Vår



Figur 1: Demings sirkel.

oppsummering av kunnskap og erfaringer på satsningsområdet aktivitet og fellesskap viser at kommunene har mange forbedringsmuligheter, og da særlig sett i forhold til individuelt tilpasset aktivitet. Implementeringen av reformen Leve hele livet skal gjennomføres prosessbasert gjennom prinsippene til systematisk kvalitetsarbeid, som er en lovfestet del av den ordinære virksomheten i helse- og omsorgstjenesten (36). Kunnskapsgrunnlaget dette bygger på ble i hovedsak sammenfattet av Deming (37). Det er utviklet en metode for kvalitetsforbedring som ofte er brukt i helsetjenestene som vist i figur 1. Denne kalles ofte Demings sirkel, eller PDSA-sirkelen.

I norske helsetjenester ble forbedringskunnskapen først tatt i bruk ved nasjonale strategier for kvalitetsutvikling fra 1995 (38). Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (39) ble etablert i 2004 for å styrke kunnskapsgrunnlaget for faglige beslutninger i helsetjenesten og forvaltningen. Her ble et omfattende kunnskapsmaterieell utviklet og



Figur 2: Modell for kvalitetsforbedring.

tilgjengeliggjort for norske helse-tjenester, blant annet modell for kvalitetsforbedring som bygger på og viderefører Demings sirkel som vist i figur 2.

Pasientsikkerhetskampanjen har fremmet kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Norge siden 2011 og igangsatt konkrete forbedringstiltak på utvalgte innsatsområder (40). Både kunnskapsenteret og pasientsikkerhetskampanjen er nå innlemmet i avdeling for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet i Folkehelseinstituttet (39). De nasjonale strategiene for kvalitetsutvikling er forankret gjennom Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten med veileder (36). Reformen Leve hele livet (1) bygger på disse prinsippene og forutsetter at kommunenes implementering tar utgangspunkt i en prosessbasert «bottom-up»-tilnærming som skal sikre lokal forankring og involvering.

FORBEDRINGSPROSESSEN

Kvalitetsforbedring er en pro-

essorientert arbeidsmetode med utgangspunkt i pasienten, pasientsikkerhet og samspillet mellom deltakerne i prosessene. Prosessen starter ved at behovet for forbedring erkjennes, og det gjennomføres en systematisk kartlegging av tjenesten som legger grunnlaget for videre arbeid (41). Denne prosessuelle systematiske tilnærmingen bryter med tradisjonen vi har innen helse-tjenestene med å velge enkle og raske løsninger når problemer oppstår (42). Dette gir muligheter for å ta i bruk eksempelvis ergoterapikompetansen helt fra starten av arbeidet. Gjennom å involvere ergoterapeuter i kartleggingsarbeidet styrkes muligheten for at en felles begrepsforståelse for aktivitet og fellesskap legges til grunn for videre planlegging.

I mange kommuner ser vi at ergoterapeutenes aktivitetskompetanse ikke er godt nok kjent i organisasjonen. Det vil derfor være vesentlig at den enkelte ergoterapeut gjennom sin leder fremmer denne kompetansen inn til de prosessansvarlige for Leve

hele livet-reformen, som også sørger for at ergoterapeuter er representert i aktuelle arbeidsgrupper på området. Systematisk kvalitetsforbedring krever en ledelsesform som fremmer åpen dialog, utvikling, refleksjon og læring og en organisatorisk fleksibilitet med rom for at ny kunnskap implementeres i klinisk virksomhet. En sentral forutsetning for forbedringsarbeid er forankring i ledelsen og involvering av alle sentrale samarbeidspartnere (41). Deltakelse og involvering i endringsprosesser må ivaretas kontinuerlig. Å være med i prosessen sikrer læring underveis og gir motivasjon (42).

PLANLEGGE

Første trinn i forbedringsprosessen til Leve hele livet er å forberede kommunen på arbeidet som kommer. I reformen er det signalisert at denne delen av forbedringsprosessen skal være fokus i 2019 (1). I denne fasen vil det være behov for å reflektere over kvaliteten på tjenestene i egen kommune. Refleksjon handler om å ta et skritt tilbake og se på praksisen utenfra. Hvordan fungerer disse satsningsområdene i vår kommune? Er tjenestene trygge og sikre, virkningsfulle, utnytter vi ressursene godt nok? Er tjenestene tilgjengelige og rettfærdig fordelt, samordnet og preget av kontinuitet? Involverer vi brukerne? Her vil kommunenes ergoterapeuter kunne bidra med helt spesifikk tilbakemelding basert på kompetanse og oversikt over aktivitetsområdet. Refleksjon over forbedringspotensialet innebærer også å vurdere om tjenestene utføres i tråd med ny og oppdatert kunnskap.

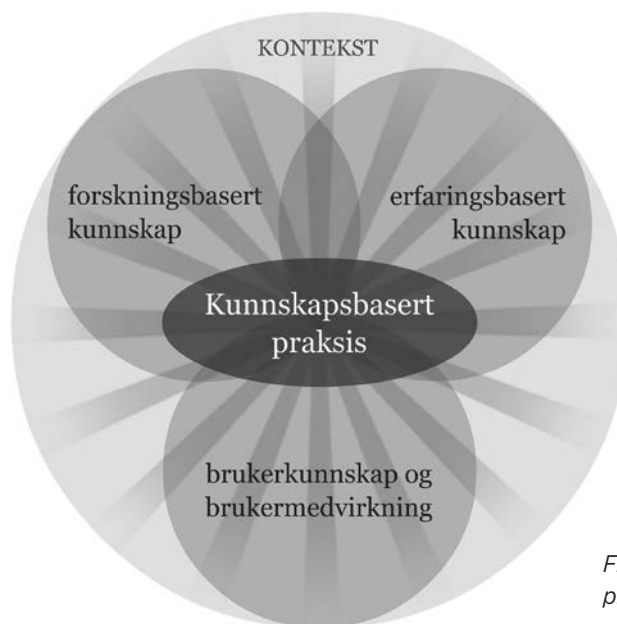
Norske helse-tjenester skal være kunnskapsbaserte (43).

Forskning viser at forbedringsprosessen forenkles når endringer er kunnskapsbaserte og veldokumenterte (44). Kunnskapsbasert praksis innebærer at man ser forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap som en helhet, tilpasset den aktuelle konteksten, som vist i figur 3 (45).

Å reflektere over om man jobber kunnskapsbasert, kan erfaringsmessig utebli i daglig praksis. Det vil eksempelvis være nødvendig å undersøke hvorvidt de gode eksemplene som refereres til i tråd med reformen er kunnskapsbaserte, og om de er anvendelige i den enkelte kommunes særskilte kontekst, før man tar stilling til om egen kommune skal prøve dem ut.

Etter å ha klargjort kunnskapsgrunnlaget vil man tydeligere se hva som bør forbedres, og ha et grunnlag for å prioritere forbedringsområder som gir synlige resultater og som oppleves som konkrete og matnyttige av de involverte. Forankring i ledelsen sikrer at det prioriteres tid og ressurser til forbedringsprosessen, og at arbeidet er i tråd med organisasjonens visjon og virksomhetsplan (41). Ildsjeler, som eksempelvis en enslig ergoterapeut, kan ikke gjennomføre Leve hele livet-reformen i en kommune alene.

Etter at et satsningsområde er valgt ut for forbedringsarbeid, følger en systematisk kartlegging. Kartleggingen bør starte med de eldre innbyggerne i kommunen. Hvordan oppleves innsatsområdet aktivitet og fellesskap for dem det gjelder? Også her vil ergoterapeutene ha en spesifikk kompetanse og nettverk som vil være hensiktsmessig å bistå med i prosessen. Ved å bruke verktøy



Figur 3: Kunnskapsbasert praksis (45).

som idédugnad og flytskjema vil man kunne tydeliggjøre aktiviteter og skriftlige rutiner, men også variasjoner og uklarheter. Om mulig vil det være hensiktsmessig på dette tidspunktet å gjennomføre forhåndsmålinger eller «baseline-målinger». Det vil også være nyttig å innhente kvalitative data om tjenestene, for eksempel gjennom intervjuer, fokusgrupper, fortalte historier eller videofilming. Kartlegging i forkant av forbedringsprosesser letter arbeidet med senere å vurdere om tiltakene en har gjort har påvirket tjenestekvaliteten (41).

Resultatet av kartleggingen analyseres ved hjelp av åpne spørsmål som hva, hvilken, hvordan og hvorfor. I analysefasen må det vurderes i hvilken grad dagens praksis er i tråd med anbefalingene til reformen Leve hele livet, med forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap. Det prioriterte forbedringsområdet bør beskrives av en god problemformulering som viser forskjellen mellom nåværende og ønsket situasjon, er faktabasert og språklig klar. På

bakgrunn av problemformuleringen lages ett eller flere tydelige mål om hva som skal oppnås. Målene bør være såkalt SMARTE (Spesifikk, Målbar, Ansporende, Realistisk, Tidsbestemt og Enighet). Etter at målene er satt, velges måleverktøy tilpasset målene. Deretter planlegges forbedringstiltak som fører i retning av målet. Arbeidet organiseres med leder, møteplan, møteinnkallinger, referater og måleansvarlig. Det kan også være behov for en veileder, eksempelvis fra det regionale støtteapparatet (41).

GJENNOMFØRE

Gjennomføringsfasen handler om å gjennomføre de planlagte tiltakene gjennom en deltakende utvikling basert på et positivt menneskesyn der man tenker at alle mennesker ønsker samarbeid til felles beste. De fleste mennesker ønsker å utvikle seg og lære. I utføringsfasen arbeider man prosessrelatert med hovedprinsippene involvering, deltakelse, personlig utvikling og samarbeid (41). At ledere trekker fram sin støtte til forbedringsarbeidet i



Kartleggingen bør starte med de eldre innbyggerne i kommunen. Hvordan oppleves innsatsområdet aktivitet og fellesskap for dem det gjelder? Foto: Mostphotos

dialoger med ansatte, vil være sentralt. Ergoterapeuter som er involverte i forbedringsarbeidet bør være tilgjengelige og proaktive med dialog og støtte. Språket holdes positivt og motiverende. Særlig prioriteres innsats mot dem som har stor innflytelse på kulturen på det aktuelle arbeidsstedet. Disse personene fungerer ofte som rollemodeller (44).

EVALUERE

Gjennomføringsprosessen forutsetter at man har satt en dato for når resultatene skal evalueres. Noen ganger vil man oppdage at endringsarbeidet bør avbrytes, for eksempel hvis det viser seg at endringen ikke er en forbedring, eller forbedringsarbeidet har utilsiktede effekter på andre enheter i organisasjonen. Det kan ha skjedd en ny utvikling eller omorganisering som gjør at premisene er endret. Situasjoner eller endringer man ikke hadde oversikt over ved oppstart, kan ha kommet til. En må derfor hele tiden kontrollere forbedringsprosessen. Har endringen ført

til forbedring? Er forbedringen tilstrekkelig? Er målene nådd? Her anbefales det å gjenta målingene som ble gjort i planleggingsfasen, slik at en kan sammenligne (42) og på denne måten finne ut om man har oppnådd en forbedring for Eldres aktivitet og fellesskap i kommunen.

KORRIGERE

Dersom forbedringen sett i forhold til aktivitet og fellesskap ikke er tilfredsstillende, kan det være lurt å gå tilbake i prosessen og revurdere eksempelvis forankring eller organisering (41). Dersom de iverksatte tiltakene fungerer tilfredsstillende, er det viktig å sikre at forbedringene opprettholdes over tid. Forbedringene bygges inn i organisasjonens systemer og infrastruktur. Det anbefales å opprette eller oppdatere prosedyrer, opplæringsprogrammer og funksjonsbeskrivelser, omfordele ressurser og sikre rutiner for god kommunikasjon. Det må etableres et system for å kontinuerlig overvåke at ny praksis fortsetter å fungere best mulig. Dette kan gjøres

ved å fortsette med målinger så ofte som nødvendig, synliggjøre og drøfte resultatene med ledere, brukere og medarbeidere. Man må stille spørsmålet: Hva må til for at denne praksisen fortsetter i organisasjonen hver gang, og av alle som utfører oppgaven. Det er et lederansvar å sørge for at dette gjøres, samt sørge for at gode resultater overføres til andre forbedringsarbeid (42).

Konklusjon og implikasjoner for praksis

Eldrereformen Leve hele livet skal gjennomføres som en systematisk kvalitetsforbedringsprosess i norske kommuner. For å støtte kommunene i dette arbeidet er det etablert nasjonale og regionale støtteapparat. Senter for omsorgsforskning Nord har i dette arbeidet fått et spesielt ansvar for satsningsområdet aktivitet og fellesskap. For at kommunene skal ha mulighet til å lykkes med arbeidet på dette satsningsområdet, ser vi ergoterapeutenes aktivitetskompetanse som sentral. Det er viktig at denne kompetansen blir synliggjort gjennom lederlinjen inn til de som er ansvarlige i kommunene for gjennomføringen av Leve hele livet, slik at vi sikrer involvering av ergoterapeuter fra og med forbedrings- og planleggingsfasen av kvalitetsforbedringsprosessene. Disse prosessene vil gjennomføres syklisk med utgangspunkt i kvalitetsforbedringsmetodikk, som en bottom-up-prosess gjennom fasene planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigering.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Leve hele livet – En kvalitetsreform

- for eldre, Meld. St. 15 2017-2018.
2. Senter for omsorgsforskning. [Available from: <https://omsorgsforskning.no/>]. Hentet: 28.09.19.
 3. Utviklingssenter for hjemmetjenester. [Available from: <https://www.utviklingssenter.no/>]. Hentet: 28.09.19.
 4. World Health Organization. Ageing and health [Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/2015>]. Hentet 28.09.19.
 5. Bauman A, Merom D, Bull FC, Buchner DM, Fiatarone Singh MA. Updating the evidence for physical activity: summative reviews of the epidemiological evidence, prevalence, and interventions to promote “active aging”. *The Gerontologist*. 2016;56(Suppl_2):S268-S80.
 6. Dohrn M, Kwak L, Oja P, Sjöström M, Hagströmer M. Replacing sedentary time with physical activity: a 15-year follow-up of mortality in a national cohort. *Clinical epidemiology*. 2018;10:179.
 7. Hamilton MT, Hamilton DG, Zderic TW. The Necessity of Active Muscle Metabolism for Healthy Aging: Muscular Activity Throughout the Entire Day. *Progress in molecular biology and translational science*. 155: Elsevier; 2018. p. 53-68.
 8. Kyrдалen IL, Moen K, Røysland AS, Helbostad JL. The Otago exercise program performed as group training versus home training in fall-prone older people: a randomized controlled trial. *Physiotherapy Research International*. 2014;19(2):108-16.
 9. Robertson MC, Campbell AJ, Gardner MM, Devlin N. Preventing injuries in older people by preventing falls: A meta-analysis of individual-level data. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2002;50(5):905-11.
 10. Brown BM, Peiffer J, Sohrabi HR, Mondal A, Gupta VB, Rainey-Smith SR, et al. Intense physical activity is associated with cognitive performance in the elderly. *Translational psychiatry*. 2012;2(11):e191.
 11. Helseledirektoratet. Aktivitetshåndboken 2009 [Available from: <https://helseledirektoratet.no/retningslinjer/aktivitetshandboken-fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling>]. Hentet: 28.09.19
 12. Maas J, Van Dillen SM, Verheij RA, Groenewegen PP. Social contacts as a possible mechanism behind the relation between green space and health. *Health & place*. 2009;15(2):586-95.
 13. Maas J, Verheij RA, Spreeuwenberg P, Groenewegen PP. Physical activity as a possible mechanism behind the relationship between green space and health: a multilevel analysis. *BMC public health*. 2008;8(1):206.
 14. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS medicine*. 2010;7(7):e1000316.
 15. Ong AD, Uchino BN, Wethington E. Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*. 2016;62(4):443-9.
 16. Nicolaisen M, Thorsen K. What are friends for? Friendships and loneliness over the lifespan—From 18 to 79 years. *The International Journal of Aging and Human Development*. 2017;84(2):126-58.
 17. Belleville S. Cognitive training for persons with mild cognitive impairment. *International psychogeriatrics*. 2008;20(1):57-66.
 18. Najjar J, Östling S, Gudmundsson P, Sundh V, Johansson L, Kern S, et al. Cognitive and physical activity and dementia: A 44-year longitudinal population study of women. *Neurology*. 2019;92(12):e1322-e30.
 19. Rebok GW, Ball K, Guey LT, Jones RN, Kim HY, King JW, et al. Ten-year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2014;62(1):16-24.
 20. Staubo H, Misvær N, Tonga JB, Kvigne K, Ulstein I. People with dementia may benefit from adapted cognitive behavioural therapy. *Norwegian Journal of Clinical Nursing/Sykepleien Forskning*. 2017.
 21. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for persons with mild to moderate dementia of the Alzheimer’s or vascular type: a review. *Alzheimer’s research & therapy*. 2013;5(4):35.
 22. Bahar-Fuchs A, Clare L, Woods B. Cognitive training and cognitive rehabilitation for mild to moderate Alzheimer’s disease and vascular dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013(6).
 23. Singh MAF, Gates N, Saigal N, Wilson GC, Meiklejohn J, Brodaty H, et al. The Study of Mental and Resistance Training (SMART) study—resistance training and/or cognitive training in mild cognitive impairment: a randomized, double-blind, double-sham controlled trial. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2014;15(12):873-80.
 24. Chang, L. H, Shibata, K, Andersen, G J, Sasaki, Y, & Watanabe, T. Age-related declines of stability in visual perceptual learning. *Current Biology*. 2014; 24(24):2926-2929.
 25. Knudtsen M, Holmen J, Håpnes O. Cultural approaches to treatment and public health work. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2005;125(24):3434-6.
 26. Knudtsen M, Holmen J, Håpnes O. What do we know about participation in cultural activities and health? *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2005;125(24):3418-20.
 27. Fossøy AB, Grov EK, Sandvoll AM. Magiske augneblikk; erfaringar med kulturprosjekt for eldre. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2018;4(02):132-42.
 28. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 26 Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. 2015. [<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>] Hentet: 28.09.19.
 29. Emmons R. Striving for the sacred: Personal goals, life meaning, and religion. *Journal of Social Issues*. 2005; 61(4):731-745.
 30. Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. 2015. [<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>]. Hentet: 28.09.19.
 31. Musick MA, Herzog AR, House JS. Volunteering and mortality among older adults: Findings from a national sample. *The Journals of*

- Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 1999; 54(3):173-S180.
32. Brajša-Žganec, A, Merkaš, M, Šverko, I. Quality of life and leisure activities: How do leisure activities contribute to subjective well-being?. Social Indicators Research. 2011;102(1):81-91.
33. Hill R, Betts LR, Gardner SE. Older adults' experiences and perceptions of digital technology:(Dis) empowerment, wellbeing, and inclusion. Computers in Human Behavior. 2015;48:415-423.
34. Gjevjon ER, Øderud T, Wensaas GH, Moen A. Toward a typology of technology users: how older people experience technology's potential for active aging. In Saranto K, Weaver CA, Chang P. Nursing Informatics. IOS Press 2014;25-31.
35. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Nasjonalt program for digital deltakelse. 2015. [https://www.regjeringen.no/contentassets/fd8b274a915c46f2a631cfe03d513f72/programbeskrivelse_digital_deltakelse_2015-2017.pdf]. Hentet: 28.09.19.
36. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring. 2016. [https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250]. Hentet: 28.09.19.
37. Langley G, Nolan K, Nolan T, Norman C, Provost L. The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. 1996. Danvers, MA: Jossey-Bass IncGoogle Scholar.
38. Helsedirektoratet. ...and it's going to get better!, National Strategy for Quality Improvement in Health and Social Services (2005-2015), IS-1162 2006.
39. Folkehelseinstituttet. Forbedringsarbeid i helsetjenesten. 2019. [Available from: https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/]. Hentet: 28.09.19.
40. Folkehelseinstituttet. Quality Improvement and Patient Safety 2019 [Available from: https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/forside]. Hentet: 28.09.19.
41. Konsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Nordheim G, et al. Modell for kvalitetsforbedring: utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. 2015. [Available from : https://www.fhi.no/publ/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-fo/]. Hentet: 28.09.19.
42. Hartviksen TA, Sjølie BM. Hverdagsrehabilitering: kvalitetsforbedring i norske kommuner: Cappelen Damm Akademisk; 2017.
43. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. 2011. [Available from : https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30]. Hentet: 28.09.19.
44. DiCenso A, Guyatt G, Ciliska D. Evidence-Based Nursing-E-Book: A Guide to Clinical Practice: Elsevier Health Sciences; 2014.
45. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Nordheim LV, Reinart LM, Graverholt B. Jobb kunnskapsbasert!: en arbeidsbok: Akribes; 2012.



minitech
VARMEHJELPEMIDLER

Birgit Skarstein bruker varmhjelpemidler fra Minitch AS.

- » Produsert i henhold til **direktivet for medisinsk utstyr**.
- » Kan **tilpasses** etter brukerens behov.
- » Har innsydd varmetråd som gir **jevn varmefordeling**.

www.minitech.no | +47 625 77 800 | mail@minitech.no



Bamse Produkter AS
Du har kunnskapen, vi har produktene.

- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling

For mer informasjon se:
www.bamseprodukter.no
www.hjelpemiddeldatabasen.no
Varekataloger og brosjyrer.

Leve hele livet - ei gåvepakke for ergoterapeutar?

ERGOTERAPEUTAR SI ROLLE I IMPLEMENTERING AV STORTINGSMELDING 15 (2017-2018)

Av Synnøve Askeland, Maria Rusås Helling og Linda Stigen



Synnøve Askeland jobber som ergoterapeut i Aurland kommune.



Maria Rusås Helling jobber som ergoterapeut i Hol kommune.

Linda Stigen er ergoterapispesialist i allmennhelse og somatisk helse, ph.d. og jobber som førsteamanuensis ved ergoterapiutdanningen på NTNU Gjøvik. E-post: linda.stigen@ntnu.no

Det er ikke knyttet interessekonflikter til denne artikkelen.

Samandrag

Det er både eit nasjonalt og internasjonalt helsepolitisk mål å fremme aktivitet og deltaking for eldre. Hensikta er å legge til rette både for at den enkelte eldre skal få eit godt og meningsfullt liv, og for å møte eldrebølga på ein måte som skapar mindre behov for offentlege tenester. Den nyaste reforma til regjeringa omhandlar nettopp dette.

Stortingsmelding 15 Leve hele livet er ei kvalitetsreform for eldre. Reforma oppfordrer blant anna til at eldre skal ta i bruk egne ressursar for å dekke behova sine i ulike fasar av alderdommen. Kommunane skal tilrettelegge for at helsetenester i større grad skal ytast i heimen med utgangspunkt i den enkelte sine behov. Ei slik omstrukturering i helse- og omsorgstenestene krev riktig kompetanse på riktig stad.

Denne artikkelen vil ta for seg kva rolle ergoterapeutar er tiltenkt i dette omstruktureringsarbeidet, og kva rolle dei potensielt kan ha. Det er gjort ei dokumentanalyse av stortingsmeldinga som ligg til grunn for resultatane. Hensikten med artikkelen, som er basert på vår bacheloroppgåve, er å synleggje kva ergoterapi kan brukast til i implementering av reforma. På den måten kan kommunane lettare inkludere ergoterapeutar i planlegging- og innføringsarbeidet.

Resultata viser at stortingsmeldinga i liten grad trekker fram ergoterapeutar sin kompetanse. Ut frå dokumentanalysen kjem det likevel fram at ergoterapeutar sit inne med relevant kompetanse som kan bidra til gode og effektive tenester for dei eldre.

Nøkkelord: Stortingsmelding 15, eldre, ergoterapi, kommunehelseteneste

Bakgrunn

Noreg står i ei omfattande demografisk omvelting (St. Meld.15 (2017-2018)). Dersom befolkningsutviklinga held fram som i dag, vil talet på personar over 67 år vere dobla frå 2000 til 2050 (St. Meld.15 (2017-2018)). Det er fyrst og fremst aldersgruppa 67-80 år som er i vekst. Det vil gje utslag i ei sterk auke i personar over 80 år innan eit tiår. I daglegtalet vert denne utviklinga omtalt som eldrebølgja (Vik, 2015).

Stortingsmelding 15 (2017-2018) understrekar at mottakarar av kommunale helsetenester aukar. I tillegg til den økonomiske belastninga det medfører, er det ei særleg utfordring for kapasiteten i heime-tenester og lettare kommunale helse- og omsorgstilbod (St. Meld.15 (2017-2018)). Statestikken viser at mangelen på kompetent helsepersonell og frivillige omsorgsytarar aldri har vore større enn no (St. Meld.15 (2017-2018)).

For å komme desse utfordringane i møte, blei kvalitetsreforma *Leve hele livet* sett i verk 1. januar 2019. Reforma oppfordrar eldre til å ta i bruk egne ressursar for å dekkje behova sine i ulike fasar av alderdommen i størst mogleg grad. Eldre blir oppfordra til å planlegge eigen alderdom, blant anna ved å tilrettelegging bustaden sin (St. Meld.15 (2017-2018)). Kommunane skal i større grad tilrettelegge for at helsehjelp kan ystast i heimen med utgangspunkt i brukarens ynskjer og behov. Målet er å bidra til fleire gode leveår med god helse for dei eldre, mindre belastning for dei pårørande og auka kompetanse for dei tilsette (St. Meld. 15 (2017-2018)).

Reforma har også som mål å inspirere til nye arbeidsordningar og arbeidsmetodar for å auke kontinuitet i tenestetilbodet. Det trengs også meir kunnskap om bruk av velferdsteknologi og andre alternative verkemiddel for å effektivisere tilboda (St. Meld. 15 (2017-2018)). Det er ei reform med fokus på aktivitet, fellesskap og korleis ein kan tilpasse tenestene for å auke sjølvstendigheit hos den enkelte. Kvardagsmestring er eit nøkkelord. Det krev kompetanse om tilrettelegging, aktivitet og deltaking. Reforma legg vekt på brukarmedverknad og stor valfriheit hos tenestemottakaren. Spørsmålet «kva er viktig for deg?» skal liggje til grunn. Det krev at helsepersonell har kompetanse om korleis ein skal inkludere brukaren i viktige avgjersler (St. Meld. 15 (2017- 2018)).

FØREMÅL OG PROBLEMSTILLING

Leve hele livet er ei reform som forutset at dei norske kommunane tek stilling til forslaga reforma

legg fram. Dei må gjennom politiske vedtak avgjere korleis dei vil utforme og gjennomføre løysingane lokalt (St.meld. 15 (2017-2018)). Det er opp til kvar enkelt kommune korleis dei vel å prioritere dette i sin handlings- og økonomiplan. Reforma inviterer kommunane til å tenke breiare i rekrutterings- og opplæringsarbeid med særleg vekt på faggrupper som kan styrke kompetansen på dei prioriterte satsingsområda.

Denne artikkelens føremål er å belyse ergoterapeutars kompetanse og kva innsatsområde den er relevant for. Ved å belyse dette kan kommunane få betre innsikt i ergoterapeutars kompetanse og korleis den kan bidra til å innfri reforma sine forventingar.

Følgande problemstilling vart utarbeida: *Korleis kan ergoterapeutar bidra med sin kompetanse i implementering av Stortingsmelding 15 *Leve hele livet*?*

Metode

Problemstillinga gjorde det hensiktsmessig å nytte seg av kvalitativ metode (Dalland, 2007).

Ved val av kvalitativ tilnærming ynskjer ein å få fram korleis menneske tolkar og forstår ein gitt situasjon. Metoden blir ofte nytta for å få fram data som er beskrivande, og målet er å skape samanheng og heilheit (Dalland, 2007).

DOKUMENT OG DOKUMENTANALYSE

Dokumentanalyse er eit forsøk på å tolke og framstille delar av verkelegheita basert på eit gitt tekstmateriale (Järvinen & Mik-Meyer, 2005). Kor vidt desse delane er sannheit eller ikkje, blir ikkje diskutert. Det som er vesentleg er å bli bevisst på at intervjuobjektet, forfattaren og lesaren si forforståing påverkar både tekstinnehaldet og måten det blir tolka på. Stortingsmelding 15 er eit omfattande dokument som rommar 183 sider. For å få eit vidt inntrykk av innhaldet blei den fyrst og fremst lest i grove trekk. Fokuset blei sentrert rundt innsatsområda regjeringa har lagt fram, og korleis ergoterapeutar kan bidra. Reforma bygger på tidlegare politiske vedtak og reformer som det har vore viktig å kjenne til. Etter å ha studert reforma i grove trekk blei fokuset retta over mot innsatsområda. Den nye kunnskapen frå reforma blei fletta saman med forforståing og forkunnskap om temaet for å gi innhaldet meir mening. Det blir rekna for å vere sjølv fortolkingsprosessen (Järvinen og Mik-Meyer, 2005).

Prosessen gjekk ut på å vurdere kva løysingar og innsatsområde som potensielt burde innehalde er-

goterapi. Järvinen og Mik-Meyer (2005) beskriver at lesaren sine haldningar, verdiar, kunnskap og erfaringar har ei betydning for korleis ein tolkar (Järvinen og Mik-Meyer, 2005). Oppfatninga og tolkinga påverkar korleis dokumentet blir brukt og framstilt. På bakgrunn av det blir innhaldet i dokumentet tillagt ulike betydingar ut frå kven som les og i kva samanheng. I denne oppgåva er det stor openheit og bevisstheit kring denne tankegangen. Det blir tydeleggjort i kva samanheng dokumentanalysen blir brukt, kva som er hensikta med den, og at forforståinga for temaet også har påverka val av tema. For å komprimere omfanget av oppgåva blei det gjort eit selektivt utval av løysingar som skulle trekkjast fram og leggast vekt på. Utvalet er basert på forfattaranes tolkingar om kvar ergoterapikompetansen er mest relevant.

Resultat

I dette avsnittet vert datamaterialet frå stortingsmeldinga presentert på ein forenkla måte for å skape ei oversikt over reforma, og vi har trukket inn nokre konkrete eksempel på ergoterapikompetanse som kan vere relevant for kvart område. Innhaldet er systematisert i kronologisk rekkefølge basert på det opphavlege dokumentet.

BAKGRUNN OG FØREMÅL FOR KVALITETSREFORMA

Stortingsmelding 15 Leve hele livet er ein av mange reformer regjeringa har presentert med mål om å oppnå eit meir aldersvennleg samfunn. Målgruppa er i all hovudsak eldre over 65 år. Innhaldet er retta mot både heimebuande og dei som bur på institusjon. Den overordna visjonen er å møte den demografiske utviklinga landet står ovanfor på best mogleg vis. Omstrukturering og nye arbeidsformer blir trekt fram som sentralt i prosessen (St. Meld. 15 (2017-2018)).

Strategien knytt til eit aldersvennleg Noreg er retta mot at eldre skal få større bistand til å meistre kvardagens utfordringar med eigne ressursar. Leve hele livet løftar fram at det å meistre kvardagen mest mogleg sjølvstendig gjennom alle livets fasar vil medføre betre livskvalitet, og ein trygg aktiv alderdom (Regjeringa, 2018). På den måten blir også pårørande mindre utslitne og kan bidra med jamn innsats. Målet for helsepersonell er at dei opplev eit godt fagleg arbeidsmiljø og får brukt kompetansen sin riktig.

Både utfordringane og løysingane som vert lagt fram i Leve hele livet har politikarane innhenta i

direkte kontakt med kommunane. Det er gjennomført dialogmøter der eldre sjølv, pårørande, tilsette og forskarar har hatt moglegheit for å uttale seg. Resultata viste at det fantes mange felles utfordringar rundt i landet, men også mange gode løysingar. Målet med reforma er å samle utfordringane og løysingane i eitt dokument, slik at gode løysingar kan bli spreidd og implementert fleire stadar i landet (St. Meld.15 (2017-2018)). Reforma inneber derfor ikkje eit krav til kommunane med nye oppgåver. Tvert imot er det ei oppfordring til å endre praksis og på den måten bidra til omstilling og kvalitetsutvikling i tenestene (Regjeringa, 2018). Regjeringa hevdar at implementering av løysingane vil bidra til betre og meir effektive tenester og gjere tenestebehovet for dei eldre mindre omfattande. Det vil vere kostnadssparande, i tillegg til at kommunane blir lønna i form av eksisterande og nye øyremerka ordningar (Regjeringa, 2018).

INNHALD OG GJENNOMFØRING

I reforma er det fem innsatsområder. For kvart område er det lagt fram fem utfordringar og fem løysingar. Løysingane er forslag til endringar som kommunane kan tilpasse til lokale forhold og behov i samarbeid med andre tenesteområde, den frivillige sektoren og andre aktørar i lokalsamfunnet. I samband med planlegging- og omstillingsarbeid i kommunane blir det oppretta eit regionalt støtteapparat mellom blant anna fylkeskommunane og KS som skal hjelpe med råd og vegleiing (St. Meld. 15 (2017-2018)). Dei fem innsatsområda i reforma er:

1. Eit aldersvennleg Noreg
2. Aktivitet og fellesskap
3. Mat og måltid
4. Helsehjelp
5. Samanheng i tenestene

Det er ein tett samanheng mellom dei ulike områda, der det overordna målet er eit aldersvennleg Noreg. Reforma tredde i kraft 1. januar 2019 og vil vare i fem år, med ulike fasar for planlegging, gjennomføring og evaluering. Dei fire planlagde fasane er følgjande: Fase 1: Førebuing og oppstart (2019) Fase 2: Kartlegging og planlegging (2019-2020) Fase 3: Implementering og gjennomføring (2021-2023) Fase 4: Evaluering og forbetring (2023)

DEI FEM INNSATSOMRÅDA

1. Eit aldersvennleg Noreg

Det er antyda at sysselsettingsbehovet i helse- og

omsorgssektoren må auke med nærare 75 prosent fram mot 2035 sett i lys av den demografiske utviklinga (St. Meld. (2017-2018)). Å byggje ut tenestetilbodet i takt med befolkningsveksten blir dermed sett på som urealistisk og lite gjennomførbart. På bakgrunn av dette er sektoren avhengig av å utvide fagkompetansen for å ta i bruk nye metodar, velferdsteknologi og nye buformer med mål om å redusere tenestetilbodet til den enkelte (St. Meld. 15 (2017-2018)).

Undersøkingar viser at dei fleste eldre ynskjer å bu heime så lenge som mogeleg til tross for sjukdom og funksjonstap. Det er sett på som ein betydeleg samfunnsøkonomisk gevinst at eldre blir buande heime og får den omsorga dei treng der, mot å flytte på institusjon. Utfordringa er likevel at mange eldre bur i store gamle hus som er dårleg tilpassa menneske med nedsett funksjonsevne (St. Meld. 15 (2017-2018)).

Eit av dei konkrete forslaga for å møte desse utfordringane er at eldre må planlegge eigen alderdom gjennom blant anna å tilrettelegge bustaden for alle livets fasar. Det å få sett i verk slike tiltak krev kunnskap og vurderingar om kva som er hensiktsmessig ut frå den enkelte sine behov. Ergoterapeutar har ein grunnleggande kompetanse om universell utforming og å sette seg inn i forhold som påverkar menneske sine individuelle forutsetningar (Lid, 2013). Viktigheita av eit universelt utforma samfunn vert også løfta fram. Ved at offentlege arenaer er tilrettelagt for alle, kan ein medverke til deltaking i samfunnet gjennom heile livet (St. Meld. 15 (2017-2018)). For å få til eit slikt samfunn kan ergoterapeutar sin kompetanse om inkludering og tilrettelegging nyttast.

Strategien om eit aldersvennleg Noreg understrekar at eit aldersvennleg samfunn blir skapt ved å sette brukarperspektivet fyrst. For å optimalisere forholda for brukarmedverknad trengs fagleg kompetanse om kva det faktisk inneber, og kva arbeidsmetodar ein kan nytte for å fremme brukarperspektivet mest mogleg (Mæland 2010).

2. Aktivitet og fellesskap

Leve hele livet fokuserer på aktivitet, deltaking og sosialt fellesskap. Eit overordna mål er at fysiske, sosiale og kulturelle aktivitetar skal vere tilpassa den enkeltes ynskjer og behov. Resultata frå dialogmøta tyder på at dette er ei utfordring, og at dagens eldre generasjon i for liten grad får tilbod om varierte og tilpassa aktivitetar. Regjeringa legg fram eit forslag

om at alle eldre bør få tilbod om minst éin time aktivitet dagleg med bakgrunn i sine egne interesser og behov.

For at kommunane skal kunne komme desse forslaga i møte, krevst det kunnskap om positive helsemessige og sosiale effektar av aktivitet (St. Meld. 15 (2017-2018)). I tillegg trengs det kunnskap om korleis ein kan skaffe seg informasjon om den enkeltes bakgrunn og interesser (Tuntland og Ness, 2016). Tilrettelegging for meningsfulle aktivitetar er ein kjernekompetanse i ergoterapi (Ergoterapeutene, 2017). Deltaking i aktivitet som ein sjølv opplev som meningsfull, kan påverke både helse, trivsel, organisering av tida i kvardagen og opplevinga av meining i livet (Tuntland og Ness, 2016). For ergoterapeutar innfattar aktivitetsomgrepet meir enn berre fysisk trening og mosjon. Det handlar også om dagleglivets aktivitetar, som er alt menneske driv med i kvardagen. Meistring av aktivitet førekjem når den enkelte har forutsetningar for å møte dei krava den stiller. Ergoterapeutar har fagleg kjennskap til kva forhold som påverkar aktivitetsutføring.

3. Mat og måltid

God mat vert rekna for å vere grunnleggande for god helse og livskvalitet gjennom heile livet. På bakgrunn av det har mat og måltid blant eldre blitt sett på dagsorden i Noreg dei seinare åra. Eit overordna mål er å skape gode måltidsopplevingar og redusere underernæring (St. Meld. 15 (2017-2018)).

I Leve hele livet blir dårleg matlyst lagt fram som grunnleggande knytta til at mange eldre er underernærte. Konkrete tiltak er satsing på næringsrik mat som både ser, luktar og smakar godt. For å vurdere kva andre faktorar som kan medføre at dei eldre mistar matlysta, krevjast det kunnskap om systematisk oppfølging og kartlegging av den enkeltes behov og forutsetningar (Vik, 2015). For mange eldre er matlaging og samhald under måltid ein viktig og sentral del av kvardagen. Etter å ha flytta på institusjon vert dette ofte gløymt. Menneske som har budd heime heile sitt liv og gjort alle kvardagsaktivitetane sjølv, får no det meste gjort for seg. På grunn av dette mister bebuarane moglegheita til å engasjere seg i meningsfulle aktivitetar. Det kan påverke den enkeltes motivasjon og matlyst (Vik, 2015). Dette fokuserer stortingsmeldinga i liten grad på. Ergoterapeutar har kompetanse om betydninga av meningsfulle aktivitetar og korleis dei kan verke inn på den enkelte.



Det er ei grunnleggande tanke i ergoterapi at helse vert skapt og utvikla i kvardagslivet. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

4. Helsehjelp

I prosessen mot eit aldersvennleg samfunn er det fokus på at eldre skal kunne bidra til å skape sin eigen helse- og omsorgsteneste ved hjelp av brukarmedverknad. Dei eldre skal føle seg sett og høyrte ved at det blir teke utgangspunkt i spørsmålet: «Kva er viktig for deg?».

Målet med å tilpasse tenestene til den enkelte er å gi moglegheit til å leve heime så lenge som mogleg og få støtte til å meistre kvardagen til tross for sjukdom eller funksjonssvikt (St. Meld. 15 (2017-2018)). Dei ynskjer at tenestetilbodet i større grad tek utgangspunkt i personlege behov, og let dei eldre vere sjef i eige liv lengst mogleg (St. Meld. 15 (2017-2018)). For å kunne møte dei eldres ynskjer

treng dei tilsette i kommunehelsetenesta grunnleggande ferdigheitar og kompetanse om meistringsstrategiar og førebyggjande helsearbeid.

Kvardagsmeistring er ein sentral visjon og tankegang i ergoterapiprofesjonen (Tuntland og Ness, 2016). Meistring av dagleglivets aktivitetar er ein viktig føresetnad for å kunne bli gamal i eigen heim. Det er fyrst når denne meistringsevna blir dårlegare at individet tapar sjølvstendigheit og hjelpebehovet oppstår (St.Meld.15(2017-2018)). For å implementere tankegangen må det skje ei haldningsendring i helsetenesta frå å spørje: «Kva treng du hjelp til?» til «Kva aktivitetar er viktig for deg å få til sjølv?»

Ergoterapi er eit fag som fremmar helse gjennom aktivitet og fokus på kvardagsmeistring. Det er

ei grunnleggande tanke om at helse vert skapt og utvikla i kvardagslivet. Systematisk bruk av kartlegging og oppfølging kan bidra til at den enkelte blir i stand til å identifisere og verkeleggjere sine eigne mål. Det er ein føresetnad å kjenne til eigne mål for å tilfredsstille behova sine, og kunne tilpasse miljøet (Mæland, 2010). I stortingsmeldinga vert også kvardagsrehabilitering trekt fram i samband med kvardagsmeistring. Ergoterapeuten kan vere ein sentral del av eit tverrfagleg team som samarbeider for det.

I forbindelse med kvardagsmeistring blir velferdsteknologiske løysingar trekt fram som eit sentralt verkemiddel for å oppretthalde livskvalitet og sjølvstendigheit (St.Meld.15(2017- 2018)). Nasjonalt velferdsteknologiprogram har eit mål om at teknologi skal vere ein integrert del av helse- og omsorgstjenesta innan 2020 (St. Meld. 15 (2017-2018)). I denne samanhengen har kommunane blant anna ansvar for tilbodet om tenestene, utredning av totalsituasjonen til brukaren, hjelpe brukar til å søke om hjelpemidla frå NAV, samt opplæring og oppfølging (Holthe, Kjeldsberg og Sværen, 2016). Kommunen er såleis pålagt å ha kompetent fagpersonell som kan gjennomføre desse oppgåvene. På bakgrunn av at velferdsteknologi er rekna for å vere eit viktig helsefremmande hjelpemiddel har ergoterapeutar grundig kjennskap om dette gjennom sin praksis.

5. Samanheng i tenestane

For at brukarane skal føle seg meir ivaretekne er det viktig at helsepersonell nyttar seg av ein brukarsentrert tilnærming. I tillegg bør helsepersonell ha ferdigheiter til å nytte standardiserte og grundige kartleggingsverktøy og -metodar for å identifisere både personens ressursar og begrensingar. I overgangen mellom sjukehus og heim er det avgjerande at dette er kartlagt for at den enkelte skal få den oppfølginga dei treng (St. Meld. 15 (2017-2018)). Ergoterapeutar støttar seg til eit omfattande holistisk perspektiv i kartleggingsprosessen, der heile mennesket blir sett i fokus (Tuntland, 2015).

Diskusjon

I denne delen blir det diskutert korleis ergoterapeutar kan nytte sin kompetanse for å bidra til implementering av *Leve hele livet*.

1. Eit aldersvennleg Noreg

Med den strukturen helse- og omsorgstjenestene har i dag, har problema allereie vist seg for fullt. Det er stor mangel på profesjonelt helsepersonell

og frivillige omsorgsytarar, i tillegg til mangel på institusjonsplassar for dei som treng det (St. Meld. 15 (2017-2018)).

For å møte utfordringa trengs det ein omstrukturering i måten helse- og omsorgstjenester blir utført. Forslaget om å tilby tilpassa helsetjenester i heimen ut frå den enkeltes preferansar og behov er eit viktig steg for å kunne oppnå meir effektive og kostnads-sparande løysingar. Problemet er at reforma i liten grad konkretiserer korleis desse tilboda skal bli gitt i praksis. Reforma trekker fram behovet for kompetent helsepersonell som kan sette eldre i stand til å klare seg sjølv i større grad. Det vert ikkje forklart kva yrkesgruppe dette skal vere, eller konkret korleis dei skal gå fram. I denne samanhengen blir bruk av ergoterapi sett på som hensiktsmessig. Eit av måla med ergoterapi er nettopp at menneske skal få leve gode sjølvstendige liv (Ergoterapeutene, 2017).

Eit av dei mest konkrete forslaga for å møte dei demografiske utfordringane er at eldre må planlegge eigen alderdom, blant anna gjennom å tilrettelegge eigen bustad for alle livets fasar. For at forslaget frå regjeringa skal fungere i praksis, treng kommunane kompetanse om korleis bustadar kan tilpassast ut frå individuelle behov. I denne samanhengen kan ergoterapeutar hjelpe med grunnleggande kompetanse om universell utforming og betydninga av tilrettelagte omgivnader. I tillegg har dei grundig kjennskap til bruk av kartleggingsmetodar og -verktøy som kan få fram den enkelte sine ressursar og behov (Ergoterapeutene, 2017).

Ergoterapeutar jobbar både på individnivå og samfunnsnivå. Det å nytte den same kjernekompetansen til å planlegge eit universelt utforma samfunn kan vere sentralt. I dag blir mange menneske fråtekne moglegheita til å delta aktivt i samfunnet, fordi mange samfunnsarenaer ikkje er tilrettelagt. Kommunen er lovpålagt å tilrettelegge alle arenaer som er retta mot allmennheita. Ved å inkludere ergoterapeutar i plan- og bygningsarbeid kan kommunane styrke sin kompetanse om kva som skal til for eit inkluderande samfunn.

Det å inkludere brukarar i avgjersler som kan ha konsekvensar for dei sjølv, er også eit mål i reforma (St. Meld. 15 (2017-2018)). Brukarmedverknad er med på å skape engasjement og kan gje positive ringverknadar fleire stadar i samfunnet (Mæland, 2010). Å optimalisere forholda for brukarmedverknad krev fagleg kompetanse om kva brukarmedverknad faktisk inneber. I tillegg må ein ha kunnskap om arbeidsmetodar for å fremme bru-

karperspektivet best mogleg. Ergoterapeutar lærer denne tilnærminga som ein del av grunnopplæringa (Tuntland og Ness, 2016).

2. Aktivitet og fellesskap

I reforma kjem det tydeleg fram at tilbod om variert og tilpassa aktivitet er ein utfordring blant dagens eldre generasjon. Stortingsmelding 15 er ei reform med stort fokus på aktivitet, deltaking og sosialt fellesskap. Det er viktig at eldre får drive med aktivitetar som er tilpassa deira ynskjer og som opplevast meningsfulle. Dette krev kompetanse om brukarsentrert tilnærming og å sette brukaren sine interesser og ynskjer fyrst. I reforma blir det ikkje trekt fram kven som skal ha dette ansvaret, men ergoterapeutar kan her nytte sin kompetanse om kartlegging av meningsfulle aktivitetar, blant anna gjennom eit COPM-intervju (Vik, 2015).

I tillegg trengs kunnskap om tilrettelegging for meningsfulle aktivitetar. For ergoterapeutar innfattar aktivitetsomgrepet meir enn berre fysisk trening og mosjon. Det handlar også om dagleglivets aktivitetar, som er alt mennesket driv med i kvardagen. Ergoterapeutar har fagleg kjennskap til kva forhold som påverkar aktivitetsutføring. I reforma blir ikkje betydninga av daglegdage aktivitetar vektlagt. Stortingsmeldinga seier også lite om kva tilpassing av aktiviteten inneber. Ergoterapeutar har kunnskap om at tilrettelegging ikkje er eit generelt omgrep, men består av fleire nyansar og former. Det kan omhandle tilpassing, gradering, forenkling, justering eller å dele opp aktiviteten (Ergoterapeuten, 2017). Ergoterapeutar utfører aktivitetsanalyse for å kartlegge trinn i aktivitet, grad av vanske og den enkeltes utføring for å gjere riktige tiltak basert på den enkeltes forutsetningar (Vik, 2015). Ergoterapeutar kan også ha ein viktig rolle i å identifisere og formidle moglegheit om aktivitetstilbod i nærmiljøet.

3. Mat og måltid

Det å oppleve meistring gjennom meningsfulle aktivitetar er viktig uansett om ein bur heime eller på institusjon. Etter at ein har flytta på institusjon, vert dette ofte gløymt. Menneske som har budd heime heile sitt liv og gjort alle kvardagsaktivitetane sjølv, får no det meste gjort for seg. På grunn av dette mister bebuarane moglegheita til å engasjere seg i meningsfulle aktivitetar. Ergoterapeutar nyttar kartleggingsamtalar, motiverande intervju, aktivitetsanalyse og andre standardiserte kartleggings-

verktøy i slike samanhengar (Vik, 2015). Ved å nytte deira kompetanse i kombinasjon med for eksempel intervensjon frå ernæringsfysiolog og lege vil ein kunne få ei grundigare oversikt over den enkelte sin situasjon. I reforma er desse forholda i liten grad trekt fram. Dersom ikkje heile mennesket vert sett i ein slik samanheng, kan det medføre at feil tiltak vert sett i verk (Vik, 2015).

4. Helsehjelp

Målet med å tilpasse tenestene til den enkelte er å gi moglegheit for å leve heime så lenge som mogleg, til tross for sjukdom eller funksjonssvikt (St. Meld. 15 (2017-2018)). Spørsmålet ein kan stille seg i samband med dette er korleis regjeringa hevdar det skal la seg gjere, utan å gi kommunane omstillingsmidlar. Kapasiteten i helse- og omsorgstenestene er allereie sprengt, og dei færraste tilsette har tid til å setje seg ned med brukarane for å prate om ynskjer og behov. For å iverksette dette tiltaket bør kommunane nytte seg av ergoterapeuten som kan jobbe med førebyggjande helsearbeid og mogleggjerande strategiar.

Det er også ein grunnleggjande tanke om at helse vert skapt og utvikla i kvardagslivet. Systematisk bruk av kartlegging og oppfølging i heimen kan bidra til at den enkelte blir i stand til å identifisere og verkeleggjere sine eigne mål. Det er ein føresetnad å kjenne til eigne mål for å tilfredsstille behova sine og kunne tilpasse miljøet (Mæland, 2010). Målsettingsarbeid vert i liten grad lagt fram i reforma. Det reforma derimot trekkjer fram, er kvardagsrehabilitering. Ergoterapeuten er ein sentral del av eit tverrfagleg team som samarbeider for det. Eit tverrfagleg team i denne samanhengen kan bestå av ergoterapeut, fysioterapeut, sosionom og sjukepleiar (Tuntland og Ness, 2016). I denne samanhengen er alle yrkesgruppene og brukaren sjølv sentrale for å optimalisere rehabiliteringsløpet. I forbindelse med kvardagsmeistring blir velferdsteknologiske løysingar trekt fram som eit sentralt verkemiddel for å oppretthalde livskvalitet og sjølvstendigheit (St. Meld.15(2017- 2018)). Nasjonalt velferdsteknologi-program har lagt fram eit mål om at teknologi skal vere ein integrert del av helse- og omsorgstenesta innan 2020 (St. Meld. 15 (2017-2018)). Kommunen er såleis pålagt å ha kompetent fagpersonell som kan gjennomføre desse oppgåvene. Ergoterapeuten har god kjennskap til kva hjelpemiddel som finns, korleis dei kan bli brukt, og korleis dei kan bli formidla. På den måten kan ergoterapeutar vere bidragsytarar til dette.

5. Samanheng i tenestane

Tilbakemelding frå dialogmøta viser at mange eldre og deira pårørnde opplever helsetenesta som oppstykk og delt. For at eldre skal oppleve auka tryggleik i pasientforløpet, er dei avhengige av forutsigbarheit. Forutsigbarheit blir skapt i møte mellom pasient og helsepersonell ved bruk av personsentrert tilnærming og ved å skape trygge overgangar mellom sjukehus og heim (Tuntland og Ness, 2016). Sjølv om dette er eit viktig arbeidsområde for ergoterapeutar, vert det i liten grad synleggjort i reforma. Ergoterapeutar kan brukast i pasientforløpet for å kartlegge både personens ressursar og begrensningar.

Ergoterapeuten sine vurderingar bør samanfatast med andre faglege vurderingar i eit tverrfagleg team, slik at pasienten blir grundig nok kartlagt. I reforma vert betydinga av kartlegging i konkrete aktivitetssituasjonar lagt lite vekt på. Det kan medføre at viktige element ved pasienten sin tilstand vert oversett.

Konklusjon

Ergoterapeutar har mykje relevant kompetanse som kan brukast ved implementering av Stortingsmelding 15. Kompetansen kan nyttast innanfor samtlige innsatsområder. Aldersreforma Leve hele livet trekkjer i liten grad fram ergoterapeutar som yrkesgruppe, og dermed blir dessverre ikkje denne kompetansen synleggjort.

Kommunane treng meir innsikt i arbeidsområda til dei ulike kommunale faggruppene for å vite korleis dei kan inkluderast i implementeringsarbeidet av reforma. Resultatet i denne oppgåva kan bidra med å synleggjere ergoterapeutar sitt kunnskapsfelt.

Det kunne vore interessant om fleire yrkesgrupper i kommunehelsetenesta gjorde ein tilsvarande dokumentanalyse av Stortingsmelding 15, basert på sin eigen profesjon. På den måten kunne ein oppnådd breiare forståing for kvarandre sine arbeidsområder og fått betre utnytta kvarandre sin kunnskap. Det kan leggje grunnlaget for den nye strukturen i kommunal helse- og omsorgsteneste, og igjen skape effektive og lønnsame løysingar som kjem alle til gode.

Kor vidt Stortingsmeldinga er ei gåvepakke for oss ergoterapeutar, har vi prøvd å tydeleggjere gjennom denne artikkelen. Basert på resultatata kan vi konstatere at den inneheld store moglegheit og potensial. Det er derfor viktig at vi synleggjer oss særleg no i oppstart- og planleggingsfasen, før neste fase er i gang og moglegheita spring i frå oss.

Referansar

- Dalland, O. (2007). Metode og oppgaveskriving for studenter (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ergoterapeutene (2017). Alle skal kunne delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse. Ergoterapeutforbundet: Oslo.
- Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (2005). Kvalitativ metode i et interaktionistisk perspektiv (1.utg.). København: Hans Reitzel Forlag.
- Lid, I. M. (2013). Universell utforming- verdigrunnlag, kunnskap og praksis. (1.utg.). Latvia: Cappelen Damm Akademisk.
- Meld. St. 15 (2017-2018) (2018) Leve hele livet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartement. Tilgjengeleg frå: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/sec1> (Henta: 04.02.2019).
- Holte, T. Kjeldsberg, A-B. & Sværen, V. (2016). Velferdsteknologi og hjelpemidler for personer med demens. Temahefte. Aldring og helse: Oslo.
- Mæland, J. G. (2010). Forebyggende helsearbeid- folkehelsearbeid i teori og praksis. (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ness, N. E. vb (2016). Hverdagsmestring. Ergoterapeuten 59 (1) 32-37.
- Ness, N. E. (2018, 24.mai). Leve hele livet- en reform som roper etter flere ergoterapeuter!, Henta frå: <https://erganen.wordpress.com/2018/05/24/leve-hele-livet-en-reform-som-roper-etter-flere-ergoterapeuter/>
- Regjeringen (2018). Leve hele livet skal gi eldre en trygg og verdig alderdom. Tilgjengeleg frå URL: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/leve-hele-livet-skal-gi-eldre-en-trygg-og-aktiv-alderdom/id2600245/> (Henta: 06.04.2019)
- Tuntland, H. (2015). En innføring i ADL. (2. utg.). Latvia: Høyskoleforlaget
- Tuntland, H. og Ness, N.E. (2016). Hverdagsrehabilitering. (1. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Vik, K. (2015). Mens vi venter på eldrebølgen. (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.



Prosessevaluering av en kompleks intervensjon: implementering av sensorteknologi i en omsorgsbolig

Av Torhild Holthe & Anne Lund



*Torhild Holthe er ph.d.-kandidat ved OsloMet – Storbyuniversitetet, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørutdanning.
E-post: torhol@oslo-met.no*



Anne Lund er førsteamanuensis ved OsloMet – Storbyuniversitetet, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørutdanning.

Sammendrag

Et av målene i Assisted Living-prosjektet er å utvikle teknologiske løsninger som skal bidra til livskvalitet, selvstendighet og verdighet i hverdagslivet for beboere i en omsorgsbolig. Dette arbeidet skal skje for og sammen med beboerne. Teknologien skal deretter implementeres og evalueres i samarbeid med deltakerne. Assisted Living (2015-2019) er finansiert av Norges forskningsråd, og ledes av forskere innen teknologi, helse, etikk og filosofi ved OsloMet – storbyuniversitetet.

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive betydningen av å gjøre en forstudie (feasibility study) når man skal i gang med en kompleks intervensjon, og hvordan en prosessevaluering av forstudien kan gi viktig læring i forberedelsen av hovedstudien.

Nøkkelord: teknologi, eldre, brukerinvolvering, Medical Research Council (MRC)

Det foreligger ingen interessekonflikter mellom forfatterne.

Introduksjon

Den demografiske utviklingen i Norge, så vel som i resten av verden, medfører større andel eldre sammenlignet med yngre. EU omtaler aldringen i samfunnet som en av de store samfunnsutfordringene (grand challenge) (Teknologirådet, 2009; OECD, 2017; von Schomberg, 2012). Dersom framtidens eldre har like store behov for omsorgstjenester som dagens eldre, vil ikke menneskelige ressurser innen helse- og omsorgstjenester strekke til. Det er derfor et håp om at teknologi kan bidra til en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste i framtida og samtidig bidra til selvstendighet, aktivitet, deltakelse og livskvalitet for eldre (Helse og omsorgsdepartementet, 2018; Helsedirektoratet, 2011). Teknologi gir også eldre muligheten til å kunne bo hjemme lenger når de ønsker det (Helse og omsorgsdepartementet, 2018). I Norge er det igangsatt flere prosjekter med velferdsteknologi til eldre tjenestemottakere av helse- og omsorgstjenester. Nasjonalt velferdsteknologi-program viser til gode erfaringer med blant annet varslings- og lokaliseringsteknologi (GPS), elektronisk medisineringsstøtte og elektroniske dørlåser (Helsedirektoratet, 2015, 2017). Velferdsteknologi er et lovende kostnadseffektivt tiltak og refererer til en hvilken som helst enhet eller system som er rettet mot å opprettholde eller forbedre individets funksjon, aktivitet og deltakelse i samfunnet (Gramstad, Storli, & Hamran, 2014; WHO, 2018).

For at teknologi skal integreres i eldres hverdagsliv, viser en studie at teknologien må ta utgangspunkt i personens ønsker og behov og knyttes til aktiviteter den enkelte opplever som me-

ningsfulle (Larsen, Hounsgaard, Brandt, & Kristensen, 2019). Lee og Coughlin (2015) viser også til at teknologibruk blant eldre må oppleves som nyttig, verdifull og tilgjengelig, og i tillegg tilby brukerstøtte og sosial støtte og bidra til selvstendighet (Lee & Coughlin, 2015).

Dette er i tråd med en annen studie som peker på at omsorgsmottageren må motiveres for å bruke innovativ teknologi og forstå hvordan de kan dra nytte av den personlig, før de er villige til å akseptere og opprettholde bruken (Thordardottir, Malmgren Fänge, Lethin, Rodriguez Gatta, & Chiatti, 2019).

Assisted Living-prosjektet ble igangsatt i 2015 med hensikten å utvikle teknologi for å bidra til livskvalitet, selvstendighet og verdighet i hverdagslivet for og sammen med beboere i en omsorgsbolig. Assisted Living (2015-2019) er finansiert av Norges forskningsråd og ledes av forskere innen teknologi, helse, etikk og filosofi ved OsloMet. Assisted Living-prosjektet har som mål å utvikle teknologier gjennom en tilnærming hentet fra ansvarlig forskning og innovasjon (Responsible Research and Innovation-RRI) (Forsberg m.fl., 2015; von Schomberg, 2012).

«RRI is a transparent, interactive process by which societal actors and innovators become mutually responsive to each other ...» (von Schomberg, 2012)

RRI er basert på fire pilarer:

- fremadskuende (anticipation)
- reflekstive (reflexivity)
- inkluderende (inclusion) og
- dynamiske /fleksible (responsiveness) (Norges forskningsråd, 2015)

Dette innebærer tett transdisiplinært samarbeid mellom alle involverte i prosjektet. I vårt tilfelle er dette andre prosjektpartnere, teknologiutviklere, teknikere, helsepersonell, potensielle framtidige brukere og deres pårørende. Det innebærer også at prosjektet tilrettelegger for inklusjon og brukerinvolvering (Assisted Living Project, 2019). Norges forskningsråd definerer RRI som «Samfunnsansvarlig forskning og innovasjon» og hevder at dette er krevende øvelser og forutsetter at aktørene har noe å lære gjennom samspill på tvers. Forskningsrådet oppmuntrer til forskning og innovasjon som bidrar til langsiktig gagn for samfunnet (Norges forskningsråd, 2015).

Assisted Living-prosjektet har flere arbeidspakker (Assisted Living Project, 2019). En av arbeidspakkene handler om brukerinvolvement i teknologiutvikling og utprøving. I denne arbeidspakken inviterte vi eldre i en omsorgsbolig til å delta i Assisted Living-prosjektet der vi med utgangspunkt i deltakernes ønsker og behov utviklet teknologiske løsninger som deltakerne fikk prøve ut. Å utvikle, implementere og evaluere nytteverdien av teknologi i samarbeid mellom brukere, teknikere og forskere forstår vi som en kompleks intervensjon slik som Craig med flere beskriver (Craig m.fl., 2008).

Hensikten med denne fagartikelen er å beskrive betydningen av å gjøre en forstudie (feasibility study) når vi skal i gang med en kompleks intervensjon (Giannagregorio & Thabane, 2015), og hvordan en prosessevaluering av forstudien kan gi viktig læring før hovedstudien igangsettes.

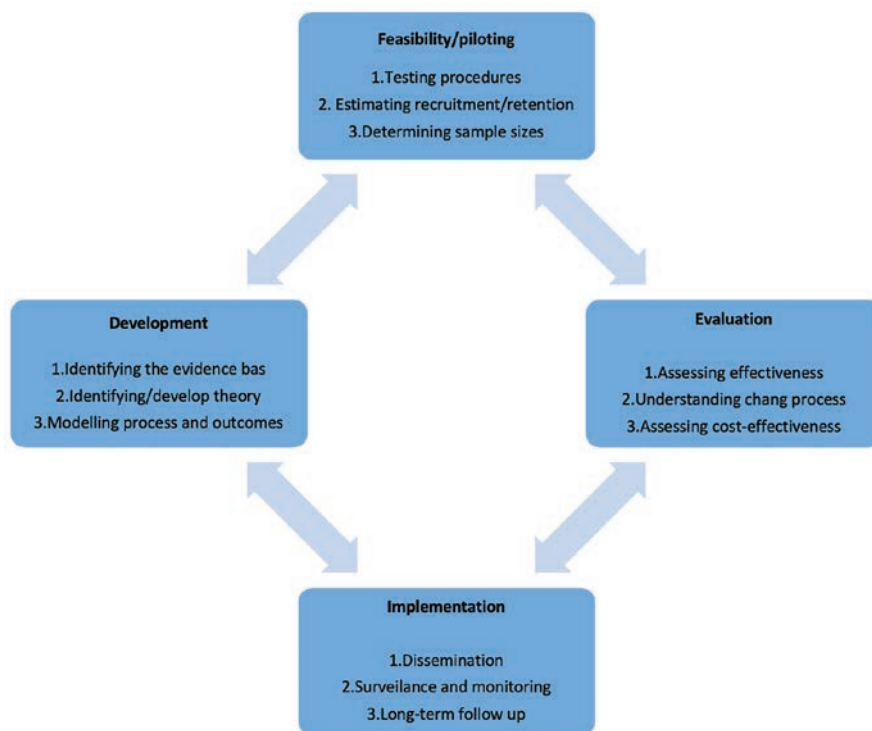
Komplekse intervensjoner

Komplekse intervensjoner kjen-

netegner helse- og sosialtjenester innen folkehelse, utdanning, transport og boliger som har betydning for helse i befolkningen (Craig m.fl., 2008). I England har Medical Research Council – MRC utviklet et rammeverk med retningslinjer for å utvikle, evaluere og implementere komplekse intervensjoner rettet mot å fremme helse (Craig m.fl., 2008). En overordnet hensikt er å hjelpe forskere til å velge relevante metoder og bidra til at de som finansierer forskning, kan forstå kompleksiteten i intervensjoner innen helseforskning (Craig m.fl., 2008). Rammeverket er ment å bidra til å stille aktuelle spørsmål gjennom dynamiske prosesser for å kvalitetssikre forskning på komplekse intervensjoner. Retningslinjene bidrar med aktuelle spørsmål rettet mot utvikling, pilotering, evaluering, rapportering og implementering av en kompleks intervensjon. Se figur 1 for en oversikt over rammeverket.

Mange faktorer bidrar til å gjøre en intervensjon kompleks. Det kan være antall faktorer og interaksjonene mellom faktorer. Det kan også handle om adferd til de som mottar intervensjonen, organisatoriske forhold, variasjon i utfallsmål, grad av fleksibilitet og individuelle tilpasninger, ferdigheter hos dem som tilbyr intervensjonen, og i hvilken kontekst intervensjon gjennomføres (Craig m.fl., 2008; Lewin, Glenton, & Oxman, 2009; Richards, 2015a).

I Assisted Living-prosjektet forstår vi implementering av sensorteknologi i en omsorgsbolig som en kompleks intervensjon. Det handler om at mange aktører og komponenter spiller inn på arbeidsprosessen. Prosjektet er organisert med flere partnere fra tre institutter ved OsloMet, en

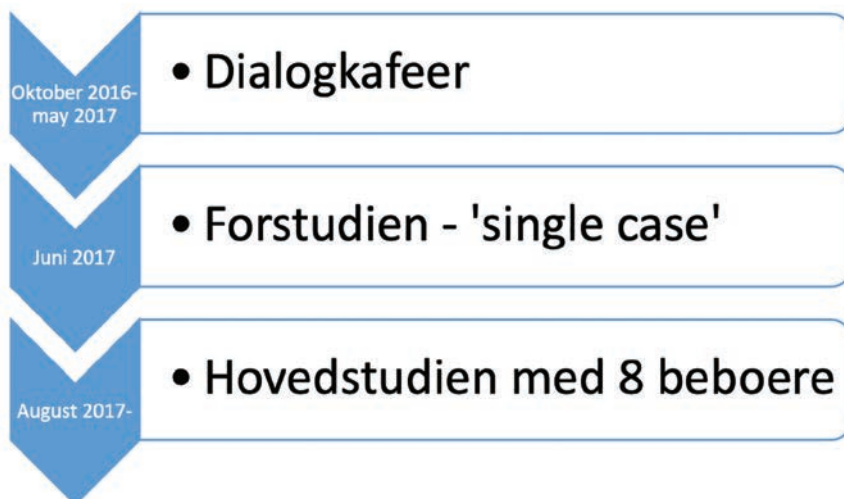


Figur 1 Medical Research Council Model – MRC (Craig m.fl., 2008).

kommersiell partner som var leverandør av sensorteknologien, og Teknologirådet, som alle hadde ulike roller og ansvar (Assisted Living Project, 2019). Forskerne skal samarbeide med flere eldre, som alle har ulike behov og preferanser. Teknologien som skal installeres, må fungere etter intensjonen og gli godt inn i boligen uten å være påtrengende eller til belastning. Boligen vil kunne inneha fysisk utforming som kan utfordre montering av teknologi, samt begrense nytten og sikkerheten av teknologien på grunn av arkitektoniske forhold. I tillegg vil det være mange aktører inne i bildet, både fra ansatte, pårørende og fra forskergruppen. Alle må ha nødvendig informasjon før og underveis i prosjektet.

I Assisted Living-prosjektet inviterte vi eldre i en omsorgsbolig til å delta i et forskningsprosjekt der vi evaluerte teknologi i vid forstand. Vi arrangerte en rekke

dialogkafeer der vi utforsket hverdagslivet i omsorgsboligen og hva som kunne være utfordringer for beboerne, om holdninger til teknologi og hvordan teknologi kan bidra til å skape gode og trygge hverdager. Dette arbeidet presenteres i en artikkel under arbeid (Assisted Living Project, 2019). Dialogkafeene (Teknologirådet, 2009) ble gjennomført som gruppediskusjoner med utgangspunkt i scenarier med presentasjoner av to eksempler som ble kalt Nora og Helmer, på henholdsvis 77 og 84 år. Etter å ha diskutert mulige ulike utfordringer i hverdagslivet med beboerne utarbeidet forskerne forslag til løsninger som viste ulike teknologiske muligheter. Disse løsningene ble presentert som scenarier igjen knyttet til Nora og Helmer. Etter tre dialogkafeer viste det seg at beboerne var svært opptatt av å framstå som mest mulig autonome og selvhjulpne, selv om flere mottok



Figur 2: Prosessen.

hjemmetjenester. De var blant annet redde for å glemme komfyren/kaffetrakteren og for ulykker i hjemmet som fall og brann. I samarbeid med deltakerne ble vi enige om å prøve ut omgivelsessensorer som kunne oppdage om strømmen var tilkoblet komfyr/kaffetrakter/TV/radio/lamper, og om vindu og dører sto åpne når de ønsket å forlate leiligheten. I tillegg skulle det monteres bevegelsessensorer (PIR) i hvert rom. Ved utgangsdøren skulle det monteres en knapp som når den ble trykket på, ville aktivere en sjekk av alle sensorene via en kontrollboks, og deretter komme med en talemelding: «Kaffetrakteren din står på. Den bør du slå av før du går.» Eller: «Alt er i orden i leiligheten. Du kan trygt forlate den.» Dette syntes deltakerne var en interessant løsning, og åtte beboere samtykket til å prøve dette ut i sin egen leilighet.

Forstudien (Feasibility studien)

HENSIKT

Med forstudien ønsket vi å evaluere gjennomførbarhet, svakheter og styrker og behov for justeringer før igangsetting av hovedstu-

dien (Holthe, Casagrande, Halvorsrud, & Lund, 2018).

METODE

Før sensorene ble montert hos alle åtte beboerne, installerte vi sensorene i én av leilighetene som forstudie for å lære hvordan en best kan implementere en hovedstudie (Giangregorio & Thabane, 2015). Dette kan også beskrives som en «single-case» studie der en studerer intervensjonen med én deltaker, noe som er nyttig for å studere komplekse intervensjoner (Bowling, 2014). Vi valgte å gjøre en *prosessevaluering* i tråd med rammeverket til MRC (se figur 1) (Craig m.fl., 2008; Moore m.fl., 2015). En prosessevaluering kan brukes for å vurdere nøyaktighet og kvalitet i en intervensjon, for å avklare usikkerheter om praktisk gjennomførbarhet, valg av forskningsmetode og om studien blir akseptert av de som skal inngå i et utvalg (målgruppe) eller utføre arbeidet (Richards, 2015a). Først når det kan konstateres at intervensjonen kan gjennomføres etter intensjonen med eller uten modifikasjoner, at den er akseptabel for forskere og målgruppen, og at det metodologiske holder

mål, kan hovedstudien igangsettes (Richards, 2015a).

Ved en prosessevaluering er det viktig å sette opp noen klare nøkkelspørsmål før gjennomføringen av forstudien, for å evaluere svakheter og styrker, mulige fallgruver, behov for justeringer, om studien er gjennomførbar etter intensjonen, eller om designet må modifiseres (Moore m.fl., 2015). Vi utviklet 12 nøkkelspørsmål før forstudien startet, slik at det ble mulig å evaluere om intervensjonens ulike handlinger var gjennomførbare slik de ble utført, gjennomførbare med visse modifikasjoner eller ikke gjennomførbare (Giangregorio & Thabane, 2015; Moore m.fl., 2015).

Som teoretisk referanseramme benyttet vi HAAT-modellen (Human-Activity-Assistive Technology-Model) (Cook & Polgar, 2012) for å forstå, forklare og diskutere samhandlingen mellom menneske og teknologi i denne forstudien. HAAT-modellen definerer forholdet menneske – teknologi som en interaksjon mellom fire komponenter; teknologien (assistive device), mennesket og aktivtetsutførelsen i en gitt kontekst. Disse vil alltid være i en dynamisk interaksjon (Cook & Polgar, 2012).

HILDA

Hilda, 88 år (fiktivt navn) samtykket til å delta i forstudien og var den første som fikk installert sensorer i sin leilighet. Hilda hadde deltatt på alle dialogkafeene og hadde samtykket til å delta i intervensjonsstudien. Hilda var mest redd for å falle og opptatt av om hun hadde husket å skru av kaffetrakter når hun gikk ut av leiligheten. I denne første fasen valgte hun å prøve ut en trykknapp ved utgangsdøren som ga en verbal beskjed om at «kaffetrakteren er

på» når hun skulle forlate leiligheten. Hilda samtykket videre til å få satt opp flere sensorer for senere bruk i prosjektet rettet mot å utvikle mer intelligent teknologi som skulle tilpasses den enkeltes preferanser, ønsker og personlige valg (Assisted Living Project, 2019).

FUNN

Tabell 1 viser fire eksempler på nøkkelspørsmål som vi utviklet før forstudien, og presenterer funnene vi gjorde og forslag til modifikasjoner.

Diskusjon

Vi ønsker å diskutere betydningen denne forstudien hadde før igangsetting av hovedstudien, som er en kompleks intervensjon. Gjennom de 12 nøkkelspørsmålene avdekket vi styrker og svakheter ved intervensjonen og hvilke justeringer det var nødvendig å gjøre, og som vi ikke hadde klart å forutse (Moore m.fl., 2015). Vi fikk en bedre forståelse av kompleksiteten i interaksjon mellom menneske, teknologi, aktivitet og kontekst (Cook & Polgar, 2012). Forstudien lærte oss om viktige forhold som tidsbruk, kostnader, tverrfaglig samarbeid, betydningen av arkitektoniske forhold i leiligheten og å ta hensyn til deltakernes vaner, risikoer og preferanser.

Et spenningsfelt var at forskere med bakgrunn i teknologi og i helsefag hadde ulik kunnskap og brukte ulik terminologi. En viktig del av Assisted Living-prosjektet måtte derfor være å omsette denne terminologien til et hverdagspråk som Hilda og de andre deltakerne kunne forstå. Et språk som også forskerne kunne godta som tilstrekkelig spesifikt.

Ansvarlig forskning og inn-

ovasjon var en grunnpilar for Assisted Living-prosjektet (Forsberg m.fl., 2015; Forsberg & Thorstensen, 2018; von Schomberg, 2012), der kontinuerlig inkludering av deltakere er et klart mål. Det å samarbeide med beboere i omsorgsboligen over tid (opp til tre år) bidro til å involvere dem gjennom hele prosessen. Slik brukerinvolvering skulle både gi forskerne data, men deltakernes stemme ble også lagt til grunn for avgjørelser som ble tatt i prosjektet, for eksempel om hva slags teknologi som de opplevde som nyttig og ønsket, og hva de anså som unødvendig eller lite relevant. Dette kan være i tråd med det som beskrives som samproduksjon (Askheim, Christensen, Fluge, & Guldvik, 2017). Ved å opprettholde en relasjon over tid, kunne vi sammen lære om behov, preferanser og nytte av teknologi for de åtte eldre (81-92 år) som deltok i studien. En systematisk litteraturstudie om teknologi til personer med mild kognitiv svikt eller demens pekte på betydningen av å inkludere deltakere for å fremme bruk og aksept av teknologien (Holthe, Halvorsrud, Karterud, Hoel, & Lund, 2018), men ingen av de gjennomgåtte studiene hadde utfallsmål som livskvalitet, aktivitetsutførelse og verdighet (Holthe m.fl., 2018), noe vi adresserer i Assisted Living-prosjektet.

Det var viktig for forskerne at deltakerne ikke opplevde prosjektdeltakelsen som en belastning. Derfor ble det svært vanskelig for alle parter at sensorteknologien ikke fungerte etter intensjonen. Forstudien avdekket at det var behov for å gjøre en del tilpasninger før teknologien ble installert i de syv andre leilighetene. For det første

måtte det gjøres en «site acceptance test», det vil si å sjekke om det er dekning for internett/mobilnett i huset der sensorene skal monteres, og om det var mulig med trådløs overføring av signaler i alle rom. Man måtte også sjekke om det var mulig å feste omgivelsessensorer der det var nødvendig. Med andre ord, vi måtte forsikre oss om at dørkarmen og vinduskarmen, kjøleskapsdører var utformet slik at sensoren lot seg feste godt og ikke falt ned eller ble revet av. Dobbeltsidig tape festet ikke godt nok på underlag som tapet eller mur. Installasjonen tok lang tid, opptil to timer. Dersom komponentene kunne konfigureres før man møtte opp hos prosjekt-deltakeren, kan monteringstiden reduseres. Det var nødvendig å sjekke påliteligheten av sensor-signalene på stedet for å sikre at det virket etter intensjonen. Vi lærte også at vi måtte ta med ekstra skjøteledninger, drill og skrujern, ekstra batterier, ekstra dobbeltsidig tape og en saks. Fordi komponentene var pakket inn i esker og plast, var det lurt å ta med en pose til søppel, slik at vi ryddet opp etter installasjonen.

En forstudie (feasibility studie) planlegges ofte for å adressere prosedurale, metodologiske og kliniske usikkerheter (Richards, 2009b). Ved å stille spørsmål om disse uklarhetene, kan vi få kunnskap om dem, og bedre berede grunnen for en hovedstudie. En kan kritisere at vår prosessevakuering er for detaljert. Like fullt er det ofte disse detaljene som bestemmer om en intervensjon går på skinner eller bare blir plunder og heft, som fører til økt ventetid og høyere kostnader og ressursbruk. Vi avdekket at sensorteknologien ikke fungerte etter

Nøkkelsspørsmål	Funn	Anbefalte modifikasjoner	OBS
Ble sensorene introdusert for deltakeren slik at hun/han forstår hensikten med dem?	Deltakeren var til stede under installasjonen av sensorene. Vi viste henne hver sensor etter hvert som de ble pakket ut, og forklarte hva de ville registrere, og hvor de ble montert.	Det kunne være en fordel å ha et laminert A4-ark med bilde av hver sensor og en liten forklaring.	Fargebilder og enkelt språk – unngå fremmedord.
Hvor lang tid tar installasjonen? Tidsbruk for installasjon skal ikke være en belastning for deltakeren.	Installasjonen tok 2,5 timer. Fru H. syntes det tok veldig lang tid. Hun ba oss gå på et tidspunkt, fordi hun hadde en avtale og måtte forlate leiligheten.	Hvis sensorene kan konfigureres før vi møter opp hos deltakeren, kan vi spare en del tid og gjøre installasjonen mer effektiv.	Må gi klar bestilling til montøren om dette.
Opplevs installasjonen inngripende pga. mange folk og utstyr?	Vi var to forskere og én ingeniør til stede, pluss en del esker, PC, ledninger og utstyr. Ingeniøren satt på gulvet da det ikke var sitteplass til alle i den lille leiligheten.	Som over – dersom sensorene kan konfigureres på forhånd, vil det redusere tid for montering. Antall personer kan reduseres til to.	Mange folk og utstyr i små leiligheter kan fort oppleves som overveldende og inngripende.
Støtte vi på uventede barrierer, og hva var i tilfelle disse?	a. Dørkarmene var for små til å gi godt nok feste for magnetsensorene. For liten plass gjorde at sensorene lett ble revet av når døren ble åpnet. b. Det var altfor få kontakter i leiligheten til å plugge inn kontrollboksen og PC som ble medbragt for å konfigurere sensorene. c. Vanskelig å feste PIR-sensorer på vegger pga. ruglete underlag (mur/tapet). Dette gjorde at de lett falt ned, og hvis de ble satt opp igjen, kunne de ble satt feil, slik at de ikke detekterte det arealet de skulle.	a. Undersøke utformingen av dørkarmen før en anskaffer magnetsensor. Velge sensor med et design som passer. b. Ta med skjøteledninger og forgreininger på alle monteringsbesøk. c. PIR-sensorene må skrues fast på veggen. Ta med bor og skrujern på alle monteringsbesøk.	Gjør et vurderingsbesøk før monteringen starter for å inspisere karmen, dører, vegger osv. Sjekk også tilgang til kontakter.

Tabell 1. Eksempler på nøkkelsspørsmål og forslag til modifikasjoner.

intensjonen, noe som flere teknologiprojekter også har avdekket (Thordardottir m.fl., 2019). Derfor understreker dette betydningen av å gjøre en forstudie for å kartlegge og forstå usikkerheter ved intervensjonen.

Vi kan spørre oss selv om det er tilstrekkelig med én deltaker i forstudien, slik vi har hatt. Vi ser at vårt planlagte utvalg for hovedstudien er lite (åtte beboere), og at disse bodde i like typer leiligheter i samme leilighetskompleks. Dette gjorde at vi ved å kjøre forstudien hos én beboer fikk svært mye nyttig kunnskap før intervensjonen ble gjort hos de andre syv beboerne. Spørsmålet er heller hva som hadde skjedd dersom

prosjektet hadde implementert sensorteknologien hos alle uten å gjøre en forstudie.

Konklusjon

En prosessevaluering er viktig for å avdekke styrker, svakheter, mulige fallgruver og behov for modifikasjoner ved intervensjonen før hovedstudien starter. Denne forstudien viser at det var nyttig for Assisted Living-prosjektet å forstå hva implementering med sensorteknologien egentlig krevde, og bidro til at vi kunne gjøre justeringer og forbedringer før igangsetting av intervensjonen hos de andre syv deltakerne.

Vi fikk en bedre forståelse av kompleksiteten i interaksjon mel-

lom menneske, teknologi, aktivitet og kontekst. Forstudien lærte oss om viktige forhold som tidsbruk, kostnader, tverrfaglig samarbeid, betydningen av arkitektoniske forhold i leiligheten og å ta hensyn til deltakernes vaner, risikoer og preferanser.

Assisted Living-prosjektet er finansiert av Norges forskningsråd under SAMANSVAR, nr. 47996.

Prosjektet er meldt til og vurdert av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, [saksnr. 2015/2413] og Norsk senter for samfunnsdata (NSD), Personvernombudet for forskning. Prosjektnummer: 47996

Referanser

- Assisted Living Project (ALP). (2019). Retrieved from <https://assistedliving-web.wordpress.com/english/>
- Askheim, O. P., Christensen, K., Fluge, S., & Guldvik, I. (2017). User participation in the Norwegian Welfare Context: an Analysis of Policy Discourses. 46(3), 583-601. doi:10.1017/S0047279416000817
- Bowling, A. (2014). *Research methods in health. investigating health and health services* (4th ed.). England: Open University Press.
- Cook, A. M., & Polgar, J. M. (2012). Framework for assistive technologies. In A. M. Cook, J. M. Polgar, & (Eds.), *Essentials of assistive technologies*. United States of America: Elsevier.
- Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2008). Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 337, a1655-a1655.
- Forsberg, E.-M., Quaglio, G., O’Kane, H., Karapiperis, T., Van Woensel, L., & Arnaldi, S. (2015). Assessment of science and technologies: Advising for and with responsibility. *Technology in Society*, 42, 21-27. doi:10.1016/j.techsoc.2014.12.004
- Forsberg, E.-M., & Thorstensen, E. (2018). A Report from the Field: Doing RRI from Scratch in an Assisted Living Technology Research and Development Project. In F. Ferri, N. Dwyer, S. Raicevich, P. Grifoni, H. Altiok, H. T. Andersen, Y. Laouris, & C. Silvestri (Eds.), *Governance and Sustainability of Responsible Research and Innovation Processes* (pp. 19-26). Cham: Springer International Publishing.
- Giangregorio, L., & Thabane, L. (2015). Pilot studies and feasibility studies for complex interventions: an introduction. Kapittel 13 (s. 127-135). In D. Richards & I. Hallberg (Eds.), *Complex interventions in Health. An overview of research methods*, . New York-London: Routledge.
- Gramstad, A., Storli, S. L., & Hamran, T. (2014). Exploring the meaning of a new assistive technology device for older individuals. 9(6). doi:10.3109/17483107.2014.921249
- Helsedirektoratet. (2015). *Første gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2017). *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger*. Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet. (2011). *Innovasjon i omsorg [Innovative care]* (NOU 2011:11). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet: en kvalitetsreform for eldre*. Meld.St. 15.
- Holthe, T., Casagrande, F. D., Halvorsrud, L., & Lund, A. (2018). The assisted living project: a process evaluation of implementation of sensor technology in community assisted living. A feasibility study. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 1-8.
- Holthe, T., Halvorsrud, L., Karterud, D., Hoel, K.-A., & Lund, A. (2018). Usability and acceptability of technology for community-dwelling older adults with mild cognitive impairment and dementia: a systematic literature review. *Clinical Interventions in Aging*, 13, 863-886.
- Larsen, S. M., Hounsgaard, L., Brandt, Å., & Kristensen, H. K. (2019). “Becoming acquainted”: The process of incorporating assistive technology into occupations. *Journal of Occupational Science*, 26(1), 77-86. doi:10.1080/14427591.2018.1542337
- Lee, C., & Coughlin, J. F. (2015). PERSPECTIVE: Older Adults’ Adoption of Technology: An Integrated Approach to Identifying Determinants and Barriers. *Journal of Product Innovation Management*, 32(5), 747-759. doi:10.1111/jpim.12176
- Lewin, S., Glenton, C., & Oxman, A. D. (2009). Use of qualitative methods alongside randomised controlled trials of complex healthcare interventions: methodological study. *BMJ*, 339.
- Moore, G., Audrey, S., Barker, M., Bond, L., Bonell, C., Hardeman, W., . . . Baird, J. (2015). Process evaluation of complex intervention: a summary of Medical Research Council Guidance. Kapittel 23 (s. 222-231) In D. A. Richards & I. R. Hallberg (Eds.), *Complex interventions in health. An overview of research methods* (pp. 222-232). London and New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017*.
- Richards, D. (2015a). The complex intervention framework. Kapittel 1 (s. 1-15) In D. Richards & I. Hallberg (Eds.), *Complex interventions in Health. An overview of research methods*. New York-London: Routledge.
- Richards, D. (2015b). Feasibility in practice: undertaking a feasibility study to answer procedural, methodological and clinical questions prior to a full-scale evaluation. Kapittel 18 (s. 175-182) In D. Richards & I. Hallberg (Eds.), *Complex interventions in Health. An overview of research methods*. New York-London: Routledge.
- Teknologirådet. (2009). *Fremtidens alderdom og ny teknologi [Future ageing and new echnology]*. Report. Oslo; 2009. Retrieved from <https://teknologiradet.no/wp-content/uploads/sites/19/2013/08/Rapport-Fremtidens-alderdom-og-ny-teknologi.pdf>
- Thordardottir, B., Malmgren Fänge, A., Lethin, C., Rodriguez Gatta, D., & Chiatti, C. (2019). Acceptance and Use of Innovative Assistive Technologies among People with Cognitive Impairment and Their Caregivers : A Systematic Review. *Biomed Research International*, 2019. doi:10.1155/2019/9196729
- von Schomberg, R. (2012). Prospects for technology assessment in a framework of responsible research and innovation. In M. Dusseldorp & R. Beecroft (Eds.), *Technikfolgen abschätzen lehren* (pp. 39-61). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- WHO. (2018). Assistive technology. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology>

M5 Corpus[®]

Your everywhere drive

Det unike Agile fjærsystemet, samt kraftige motorer gir optimale kjøreegenskaper på krevende underlag. En snørik vinter skal ikke være et hinder for en aktiv tilværelse.

Å være utendørs føles alltid godt og er viktig for oss alle.



«Enver må finne sin måte å leve med demens på»

HVORDAN KAN PASIENTKURS BIDRA I DENNE PROSESSEN?

Av Irmelin Smith Eide, Gullborg Kongestøl Aasgaard & Frøydis Bruvik



Irmelin Smith Eide er ergoterapispesialist i eldres helse og arbeider ved Haraldsplass Diakonale sykehus. E-post: irmelin.smith.eide@haraldsplass.no



Gullborg Kongestøl Aasgaard er spesialsykepleier i geriatri og arbeider ved Haraldsplass Diakonale Sykehus.



Frøydis Bruvik er sykepleier og førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen.

Sammendrag

Bakgrunn: Ved alle sykehus i Norge er det etablert lærings- og mestringssentre (LMS). Sentrene skal bidra til at «pasientar, brukarar og pårørende skal få informasjon og kunnskap, og at dei skal få hjelp til å handtere og meistre langvarig sjukdom og endringar i helse si.» Ved vårt LMS-senter ved Haraldsplass Diakonale Sykehus (HDS) har vi i mange år arrangert kurs for pårørende til personer med demens.

På et tidspunkt etterspurte pasienter som ble utredet for demens ved sykehusets geriatriske poliklinikk, kurs tilrettelagt for dem. Dette var utslagsgivende for at vi utviklet og etablerte kurs for denne pasientgruppen.

Metode: Fra 2016 har HDS arrangert kurs for personer som er utredet og diagnostisert med demens. Kurset har en varighet på tre dager og arrangeres to ganger årlig. Kurset retter seg mot personer i tidlig fase av demensforløpet. Et av kriteriene for å delta på kurset er at personen selv må oppleve at han/hun glemmer.

Resultat: På hvert kurs er det opptil 7 deltakere. Ledsager er velkommen med. Hovedfokus på kurset er tilrettelegging for mestring av hverdagen. Tilbakemeldinger fra deltakerne er svært gode.

Konklusjon: Vår erfaring er at pasientkurs i tidlig fase av sykdomsforløpet kan bidra til å øke opplevelse av mestring og livskvalitet hos personer som har fått demensdiagnose.

Nøkkelord: Spesialisthelsetjenesten, demens, kurs.

Det foreligger ingen interessekonflikter mellom forfatterne.

Innledning

Den som får demensdiagnose, er i en svært sårbar situasjon. Tilstanden medfører store utfordringer i livssituasjonen for personen selv og deres nære pårørende. Symptomer ved demens er først og fremst svekkelse av kognitive funksjoner som hukommelse, orientering, evne til abstrakt tenkning, dømmekraft, planlegging, praktiske ferdigheter og emosjonelle eller atferdsmessige endringer (1). Selv i tidlig fase får mange i denne pasientgruppen vansker med å utføre oppgaver som har betydning for hverdagen. Redusert hukommelse medfører at en kan glemme hva en skal gjøre (2). Vansker med orientering innebærer at en i tidlig fase kan få problemer med å finne fram i ukjente bygg som sykehus eller om en går på tur i ukjent område (2). Senere i forløpet kan det være vanskelig å orientere seg også i kjente omgivelser.

Opplevelser av disse problemene kan skape utrygghet og usikkerhet som medfører at en vegrer seg for aktiviteter (3). Det kan videre føre til inaktivitet, sosial isolasjon og økt risiko for depresjon. For noen gir redusert funksjonsevne svekket selvbilde (3). Behovet for veiledning og støtte er derved stort den første tiden etter at en er utredet for demens.

Mange opplever at det er lite oppmerksomhet rettet mot hvilke behov en har i denne første fasen av sykdomsforløpet (3), og ikke minst på at god tilrettelegging kan bidra til at en fortsatt kan leve et godt og aktivt liv etter å ha fått demens. For å oppnå dette er det nødvendig med informasjon om hvordan hverdagens gjøremål kan tilrettelegges, og det må tilpasses den enkeltes behov, muligheter og interesser (2). Forskning og erfaring viser at personer med demens kan tilegne seg informasjon og kunnskap (4-6). Tilpasset undervisning til personer med demens vil derved kunne bidra til at de kan delta i planlegging og mestring av egen hverdag. Denne tilretteleggingen for aktivitet og fellesskap er ett av de fem satsingsområder i Meld. St. 15 Leve hele livet (7). Pasienter har rett til tilpasset informasjon og medvirkning (8). Ved geriatrisk poliklinikk på HDS blir cirka 400 pasienter utredet og diagnostisert med demens årlig. Som en følge av denne aktiviteten har sykehuset i mange år arrangert kurs for pårørende til denne pasientgruppen. Kursene arrangeres ved Lærings- og mestringssenteret (LMS) (9) i Bergen. Dette tiltaket er knyttet til en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver, opplæring av pasient og pårørende (10). Så langt vi kjenner til, er dette den eneste voksne pasientgruppen hvor

undervisning relatert til livet med sykdommen kun ble tilbudt pårørende og ikke pasientene selv. Hos oss var det pasientene som var til utredning for demens som først etterspurte mestringskurs for seg. Det var et viktig initiativ for å utvikle kursene og etablere tilbudet. Også da det ble etablert tilbud om Demensskole i Stavanger, var utgangspunktet en etterspørsel fra personer med demens: «De pårørende får tilbud om kurs og kurs og kurs. Men hva med oss?» (4,11) Utvikling av brukerskole/kurs for personer med demens er ett av tiltakene i Demensplan 2020 (3).

Vinteren 2016 ble det etablert en prosjektgruppe på HDS bestående av seksjonsoverlege, overlege, ergoterapispesialist, spesialsykepleier i geriatri og brukerrepresentanter. Brukerrepresentanten som deltok på de fleste planleggingsmøtene, var selv diagnostisert med Alzheimers sykdom. Hun ble rekruttert av sin ektefelle gjennom kurs for pårørende. Ekteparet hadde erfaring fra deltakelse på Møteplass for mestring, et kurs for yngre personer med demens og deres pårørende. De andre brukerrepresentantene var fra Bergen Demensforening.

Som grunnlag for utvikling av vårt kurstilbud gjorde vi oss kjent med tilbudene arrangert av henholdsvis Blakstad Alderspsykiatris poliklinikk (12) og Demensskolen ved Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling (SESAM) ved Stavanger Universitetssykehus (4,5). Begge kursene ga oss nyttige grunnlag for å utvikle det som ble vårt kurstilbud.

Kurset som ble utviklet i 2016, har vært arrangert to ganger årlig etter dette. Målet med kurset er å gi økt kunnskap om demens og bedre mestring av utfordringene sykdommen medfører i hverdagen for dem som har fått demens diagnose.

I denne artikkelen ønsker vi å dele noen av våre erfaringer med arrangering av kurset. Vårt ønske er at pasienter som får demensdiagnose, får bedre oppfølging og hjelp til hverdagsmestring. Kurs for denne gruppen kan være ett av tiltakene.

Metode

Prosjektet er en implementering av et kurstilbud for personer som nylig er utredet og har fått demensdiagnose. Hovedmålet for kurset er å styrke hverdagsmestring.

RAMME OG INNHOLD I KURSET.

På bakgrunn av prosjektgruppens gjennomgang av tilsvarende demensskoler etablerte vi et kurs som

går over tre dager, bestående av 3 timer per dag. Tre samlinger ble vurdert som gjennomførbart, både av helsepersonell og brukerrepresentantene, med hensyn til økonomi og personalressurser. På bakgrunn av vårt valg om å ha fokus på både forelesninger og samtale i gruppen ble tre timer vurdert som en hensiktsmessig tidsramme for pasientgruppen med hensyn til å kunne konsentrere seg over tid. Her har vi også måttet ta hensyn til at flere av våre deltakere har reisetid. Kurset arrangeres på LMS, som ligger på sykehusets område. Pasientopp-læringsprogrammer kan inngå i beregningsgrunnlaget for innsatsstyrt finansiering. Retningslinjene for LMS-kurs stiller krav om tema og lengde på pasientopp-læringsprogram, blant annet at de skal strekke seg over minimum 7 timer og inneholde informasjon om sykdom, egenbehandling, mestring og rettigheter (13).

Kursdagene er bygget opp rundt følgende hovedtemaer:

Dag 1. Å leve med demens, utfordringer og muligheter

Dag 2. Demens, årsaker og behandling

Dag 3. Aktuelle tilbud i hjelpeapparatet og sikkerhet

Første kursdag har vi fokus på hvordan redusert hukommelse påvirker og kan gi mindre og større utfordringer i hverdagen på ulike områder. Hovedvekt i undervisningen er tiltak som støtter hukommelsen og gir økt mulighet for hverdagsaktiviteter. Gode råd, mestringsstrategier og eventuelle hjelpemidler diskuteres. Betydningen av å ha en plan for dagen og opprettholde aktiviteter og sosial kontakt vektlegges.

Lege ved geriatrisk poliklinikk har undervisning andre kursdag. Kursdeltakerne har på forhånd diskutert hva de ønsker at legen skal ta opp, dette er gitt legen i forkant. Generell informasjon om demens, medikamenter, arvelighet og siste forskning er temaer som det vanligvis ønskes informasjon om.

På tredje kursdag er temaet knyttet til konkret informasjon om hvor en kan ta kontakt for å få hjelp. Det gis informasjon om både offentlige tilbud og tilbud i regi av demensforeningen. Sikkerhet mot brann og GPS blir tatt opp, aktuelle hjelpemidler blir vist.

Undervisningen veksler mellom forelesninger og samtale i grupper. Lengde på undervisning varierer utifra tema og deltakere, vanligvis mellom 30 og 40 minutter. Når det er gruppesamtaler, er ledsagerne i en egen gruppe.

På kurset blir det vist og referert til bøker hvor

personer med demens deler sine opplevelser og erfaringer.

REKRUTTERING

Deltakerne til kurset rekrutteres/inviteres gjennom ulike kanaler. Informasjon om kurset ligger på LMS' nettside som et av kurstilbudene. Fastleger kan henvise til kurset. Demensforeningen informerer om kurset på sine nettsider, og det er utformet informasjonsbrosjyre som ligger fremme på vår geriatriske poliklinikk samt deles ut på kurs for pårørende. I tillegg informeres aktuelle pasienter om tilbudet når de er på poliklinisk konsultasjon.

På hvert kurs deltar inntil 7 deltakere som nylig har fått en demensdiagnose. Et av kriteriene for å delta på kurset er at personen selv erkjenner at de glemmer. Etter innspill og ønske fra brukerrepresentanten i gruppen ble det bestemt at våre deltakere kunne ha med seg ledsager på kurset.

DATAINNSAMLING

Denne fagartikkelen er først og fremst basert på erfaringene til kursholderne, som også er forfattere av artikkelen. I tillegg har deltakerne på kursene bidratt med innspill knyttet til egne erfaringer og refleksjoner til disse. Stikkord knyttet til diskusjonene ble notert under gruppesamtalene og er senere re-kodet til et meningsinnhold i tråd med hvordan kurslederne forsto deltakernes informasjon.

ETISKE VURDERINGER

Samtlige deltakere på kursene som er arrangert, med unntak av én person, har gitt tillatelse til at deres erfaringer med å leve med sykdommen, deres løsningsstrategier og refleksjoner kan formidles videre anonymt, både på andre kurs og ved informasjon om kurset. Utsagnene er anonymisert, og budskapet er gjengitt med kursledernes ord og kan ikke spores tilbake til et bestemt kurs eller en bestemt kursdeltaker.

Gjennomføringen av samlingene er vurdert med varhet overfor den enkelte deltaker på hvert av kursene. Dette innebærer mulighet for å ha følge med seg, lokaler som har gitt rom for mulighet til å trekke seg vekk fra gruppen ved behov, samt at to kursledere har gitt mulighet for en-til-en-kontakt ved behov.

Resultater

Fra oppstart i 2016 har vi arrangert syv kurs med 5–7 deltakere på hvert kurs. Noen av deltakerne er

fortsatt yrkesaktive, andre har vært pensjonister i mer enn 20 år. De fleste kursene har hatt lik kjønnsfordeling, med unntak av ett kurs hvor kun menn hadde meldt seg på. De fleste deltakere har valgt å ha med seg ledsager, som har vært ektefelle/samboer, barn eller en venn. Kursene ledes av ergoterapispesialist og spesialsykepleier i geriatri.

I det følgende presenteres noen av temaene deltakerne har tatt opp i gruppesamtalene.

OPPLEVELSE AV Å MISTE EVNEN TIL Å UTFØRE HVERDAGSLIGE GJØREMÅL OG AKTIVITETER

Opplevelse av å miste evne til å utføre ulike praktiske gjøremål har vært et tema deltakerne har ønsket å reflektere over på alle kurs.

Deltakerne oppmuntrer hverandre til å opprettholde mest mulig selvstendighet og lystbetonte aktiviteter. En del velferdsteknologiske hjelpemidler blir presentert. Mange av deltakerne har nylig begynt med medikamenter for demens, og medisindosetten Pilly (14) er aktuell for mange. I gruppesamtalene har deltakerne diskutert ulike løsninger og gitt hverandre gode råd om tilrettelegging. Disse noteres ned og blir gitt skriftlig på siste kursdag.

Ett aspekt som stadig kommer fram, er at aktiviteter som tidligere ga glede, nå blir en påminning om sykdommen. Som en av kursdeltakerne uttrykte det: «Jeg har ikke lenger glede av å lage mat». Forslag om tilrettelegging ble avvist. «Det er nedverdiggende å stadig måtte be om hjelp, det er bedre å la andre gjøre oppgavene».

OPPLEVELSE AV AT EVNE TIL KOMMUNIKASJON SVEKKES

Mange av deltakerne beskriver sosiale sammenkomster som utfordrende. Faren for tilbaketrekning og sosial isolasjon er stor i perioden etter at en har fått demensdiagnose (3). På de fleste av kursene har kursdeltakerne ønsket å snakke om opplevelsen av at evnen til kommunikasjon er blitt svekket. «Jeg blir så usikker i samtale, for jeg lurer på om jeg har sagt dette alt. Jeg prøver å se på de andre når jeg snakker, for å se hva de tenker om det jeg sier.»

En annen kommenterte: «Det må jo være lov å spørre flere ganger, men man må jo ikke være til plage. Hvor mange ganger kan en spørre før det blir til plage?»

Hvordan en blir møtt ved gjentakelse av spørsmål eller kommentar varierte. Felles for alle var opplevelsen av usikkerhet i samtaler. Mange fortalte at de valgte å snakke minst mulig. De var blitt mer tause

i sosiale settinger. En av deltakerne fortalte at han ikke lenger hadde samme behov for å delta sosialt.

Flere av deltakerne ga uttrykk for at familie og venner ikke forstod hvor vanskelig mangelen på språkferdigheter opplevdes. En av deltakerne, som hadde barn i tenårene, fortalte: «Plutselig stopper jeg opp midt i en setning og kommer ikke videre. Da ser ungdommene på meg og sier: Ja, nå er vi spente.» Et av de viktige temaene er refleksjon rundt hvordan en ønsker å bli møtt av omgivelsene ved stadige gjentakelser eller når ord og setninger forsvinner. Erfaring viser at åpenhet rundt sykdommen og de utfordringer den medfører, er med å avmystifisere sykdommen. Samtale om hvordan en ønsker å bli møtt av sine nærmeste gir trygghet (3).

Å få en demensdiagnose påvirker hvordan en ser på seg selv, og hvordan andre forholder seg til en (3). Omgivelsenes holdninger til personer med demens er et tema som ofte blir diskutert. De fleste opplever at det er mer åpenhet om demens nå enn tidligere. Det er ikke i samme grad tabubelagt å få en demenssykdom. Flere har i løpet av kurset valgt å fortelle familie og nære venner om sin sykdom. De forteller at de opplever støtte og forståelse fra sine nære.

OPPLEVELSE AV SAMHOLD – MØTE ANDRE I SAMME SITUASJON

På kurset gir deltakerne tilbakemelding om at det er godt å møte andre i samme situasjon. Vi erfarer at deltakerne oppmuntrer hverandre til å fortsette med lystbetonte aktiviteter og deltakelse. Det er mye humor og latter i løpet av kursdagene.

Studier viser positiv opplevelse av å delta på lærings- og mestringkurs. Mange får håp av å møte andre i samme situasjon og lytte til andres erfaringer (7). En av deltakerne uttrykte det slik: «Å se at flere har demens, gjør at jeg slapper av.»

På enkelte kurs har deltakerne valgt å treffes på Demensforeningens kafé etter at kurset er avsluttet.

DELTAKERNES TANKER OM FRAMTID

Tanker om framtiden er et av temaene som tas opp i gruppesamtalene. Mange er bekymret for hvilke ferdigheter en vil miste videre. En av deltakerne bekymret seg for å bli isolert. «Nå har jeg mistet sertifikatet. Hvor lenge vil jeg fortsatt klare å ta buss alene?» Noen av deltakere forteller at de er engstelige for å bli hjelpeløse og ikke i stand til å kjenne igjen sine nære.

Betydning av å ha håp ble vektlagt av deltaker-



Aktiviteter som de mestret og var trygge på, ga dem en opplevelse av fortsatt å mestre tilværelsen.

ne. Noen fortalte at de håpet på et gjennombrudd i forskning med påfølgende utvikling av bedre medisiner. De var interessert i forskning og henviser til aktuelle, nyere studier. Forskning er et av temaene deltakerne vanligvis ønsker at legen skal undervise om på kurset.

For de fleste knyttet ikke håpet seg mot å bli friske. De ga utrykk for at de håpet på gode opplevelser og et meningsfullt liv til tross for sykdom.

Erfaringsmessig er samtale om håp et tema helsepersonell unngår i samtale med personer som nylig har fått demensdiagnose. Forskning viser at håp er sterkere hos mennesker som befinner seg i

krevende livssituasjoner. Håp handler om at framtiden bringer noe godt med seg. Det er en drivkraft og motivasjonsfaktor i livet (15). På kurset har det vært viktig å formidle at en fortsatt kan ha et meningsfullt liv og gode dager med demens (16). Studier viser at deltakere fikk styrket håpet sitt for framtiden etter at de har vært med i lærings- og mestringskurs (7).

KURSLEDERNES OPPLEVELSE OG REFLEKSJONER

Gjennom ledelse av kurset og samtale i gruppene har vi kursledere fått mer kunnskap om den dementes egen opplevelse av sykdommen og deres

refleksjoner rundt tap av ferdigheter. Vi har fått økt forståelse av hvordan sykdommen påvirker alle områder i livet. Ikke minst har det gitt oss en større respekt for den enkeltes evne til å tilpasse seg de store utfordringene og deres kamp for å bevare egen selvspekt.

Ergoterapeut er skolert i at meningsfull aktivitet og deltakelse er helsefremmende. Tilrettelegging av aktiviteter er ergoterapeutenes kjernekompetanse (17). Kursdeltakerne formidlet at det ikke å mestre en aktivitet og stadig måtte be om hjelp, ga dem en påminning om sykdommen. Aktiviteter som de mestret og var trygge på, ga dem en opplevelse av fortsatt å mestre tilværelsen.

Demens blir ofte betegnet som en «pårørende-sykdom» (16). Flere av kursdeltakerne har påpekt at det oppleves krenkende at informasjon og kurs blir gitt pårørende, men ikke den som skal leve med sykdommen. Mange med demens forteller om en økende opplevelse av å føle seg utenfor (3). Svært mange steder arrangeres det kurs for pårørende. Det er også utarbeidet mye informasjon til pårørende, men det er fremdeles et begrenset tilbud til dem som har demens. Medfører dette at de i mindre grad får mulighet til å ta ansvar for å leve med sin sykdom? Personer med demens er en stor og uensartet gruppe. Opplevelse av demens er individuelt (18). En av kursdeltakerne trakk fram at «Det finnes ikke standardløsninger. Enhver må finne sin måte å leve med demens på.» Vi har erfart hvordan økt kunnskap om sykdommen og ikke minst å møte andre i samme situasjon gir deltakerne hjelp til å finne sin måte å leve med demens på.

Avslutning.

Demens er en krevende sykdom å leve med. Samfunnsskapte hindre og fordommer kan føre til økt sykdomsbyrde. Opplæring av pasient og pårørende er en av spesialisthelsetjenestens fire hovedoppgaver. Det er få geriatriske og alderspsykiatriske poliklinikker som gir tilbud om kurs til den som selv får demensdiagnose. LMS i spesialisthelsetjenesten har gode systemer for arrangement av kurs. Vi har opplevd få utfordringer av betydning med arrangement av kurset. Vårt ønske med artikkelen er å inspirere flere som arbeider ved geriatriske og alderspsykiatriske poliklinikker til å starte med kurs for dem som selv får en demensdiagnose. Vår erfaring er at kurs gir støtte til å mestre å leve livet med demens i tidlig fase av sykdomsforløpet.

Vi vil rette en stor takk til deltakere på kursene,

som har delt av sine erfaringer med å mestre å leve med demens. Det har gitt oss økt innsikt og forståelse, og ikke minst gitt oss inspirasjon i arbeidet med kursvirksomheten.

Litteraturliste

1. WHO. ICD-11, International Classification of Diseases 11th Revision The global standard for diagnostic health information. World Health Organization. 2019.
2. Rokstad AMM, Smebye KL. Personer med demens Møte og samhandling. Akribe, editor. Oslo, 2008.
3. Demensplan 2020 Et mer demensvennlig samfunn. Helse- og omsorgsdepartementet.
4. Testad I, Meling M, Vagle V, Henriksen A, Frøiland C, Kajokander M, et al. Mestring og muligheter for personer med demens – 12-ukers kurs for personer med demens i tidlig fase Demens&Alderspsykiatri. 2016;20.
5. Buettner LL, Fitzsimmons S. Promoting health in early-stage dementia: evaluation of a 12-week course. J Gerontol Nurs. 2009;35(3):39-49.
6. Stenberg U, Øverby H M, Fredriksen K, Kvisvik T, Westermann K F, Vågan A, et al. Utbytte av lærings- og mestringstilbud. Sykepleienno/Forskning. 2017.
7. Meld. St. 15 (2017 – 2018) Leve hele livet.
8. Lov om pasient- og brukerrettigheter §.3-1.
9. LMS. (Lærings- og meistringssenteret) Helse Bergen: <https://helse-bergen.no/avdelinger/forsknings-og-utviklingsavdelinga/fag-og-utdanning/lerings-og-meistringssenteret>;
10. Lov om spesialisthelsetjenesten, §3.8.
11. Forskning.no (2018) <https://forskning.no/partner-aldring-alzheimer/personer-med-demens-blir-sendt-tilbake-til-skolebenken/259958>;
12. Meyer N, Galgerud -K, B B. Jeg har fått demensdiagnose – hva nå? Demens & Alderspsykiatri. 2011;15,3.
13. Mestring for alle, Regional Kompetansetjeneste for pasienter og pårørende <http://mestringforalle.no/innsatsstyrt-finansiering-isf/>
14. Riktig medisin til rett tid gir bedre helse 13.2. <https://docplayer.me/394596-Riktig-medisin-til-rett-tid-gir-bedre-helse-for-a-bli-kjent-med-pilly-start-her.html>.
15. Dalaker A. Tro-en kilde til livsmot? Håpets mysterium når sykdom preger livet: Efram forlag; 2012
16. Andersson B. Så lenge jeg kan vil jeg fortelle Agneta Ingberg om sitt liv med Alzheimers sykdom. Luther; 2008. p. 119.
17. Alle skal kunne delta, Ergoterapeutens kjernekompetanse <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/>
18. Wogn-Henriksem K. "Du må... skape deg et liv." Trondheim: NTNU; 2012.

Faktorer som påvirker aktiviteter i pensjonistprosessen

KAN ERGOTERAPEUTER BIDRA TIL ØKT DELTAKELSE I PENSJONISTTILVÆRELSEN?

Av Sandra Håve, Julianne Morken & Margaret L. Søvik



*Sandra Håve er ergoterapeut i Stamina helse avdeling Lillestrøm.
E-post: sandrahave@hotmail.com.*



Julianne Morken er ergoterapeut ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssykehus (HUS), Bergen.



Margaret Ljosnes Søvik er fagseksjonsleder og førsteamanuensis ved Institutt for helse og funksjon ved Høgskulen på Vestlandet.

Sammenheng

Det har lenge vært snakk om «eldrebølgen» i Norge. Levealderen øker, og det vil bli flere eldre. Det forventes at antall år i arbeidslivet vil øke. For mange er arbeid en meningsfull aktivitet som gir tilhørighet i samfunnet (Jacobsen, Legarth & Sønnichsen, 2013). Overgangen fra arbeider til pensjonist innebærer overgang til en ny livsfase, og vanligvis nye roller og rutiner. Aktivitetsmønsteret endres derfor ofte i løpet av pensjonistprosessen.

Denne litteraturstudien fant fire overordnede faktorer som påvirker aktiviteter i pensjonistprosessen: forberedelser til pensjonisttilværelsen; aktivitet og helse; struktur og balanse; og ytre faktorer. Studiene viser at pensjonistprosessen krever planlegging og struktur, da endringer i roller, miljø og meningsfulle aktiviteter oppstår.

Ergoterapeuter i Norge arbeider vanligvis med personer som har aktivitetsutfordringer. Helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak rettet mot pensjonisters aktivitetsdeltakelse kan være et relevant arbeidsfelt for ergoterapeuter i framtiden, grunnet vår kompetanse om deltakelse, meningsfulle aktiviteter og helse, samt samspillet mellom person, aktivitet og miljø.

Nøkkelord: aktivitet, livsbalanse, pensjonist, pensjonistprosessen, ergoterapi.

Det foreligger ingen interessekonflikter mellom forfatterne.

Innledning

I 1950 var rundt åtte prosent av Norges befolkning 67 år eller eldre, mens tilsvarende tall i 2018 var nesten 15 prosent. I 2050 vil andelen øke mot 23 prosent (SSB, 2018). Når levealderen øker, vil antall år i arbeid også øke. Overgangen til pensjonist kan by på utfordringer knyttet til at man ikke lenger har en fast, meningsfull aktivitet å delta i, noe som kan påvirke følelsen av tilhørighet i samfunnet (Jacobsen et al., 2013). I Norge arbeider regjeringen med kvalitetsreformen *Leve hele livet*. Målet med reformen er at eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre viktige deler av livet, som aktivitet og fellesskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Helse- og omsorgsminister Bent Høie åpnet Helsekonferansen i 2017 med å si:

Hvis vi sørger for aktiviteter og fellesskap for eldre i lokalsamfunnet, gjør vi ikke bare livet bedre og mer meningsfullt for mange. Vi forebygger en rekke helseplager også, både fysiske og psykiske (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, s. 8).

Folkehelse rapporten 2014 viser at et godt kosthold og fysisk aktivitet kan redusere risiko for sykdom, ulykker og funksjonssvikt i eldre år, og at sosial samhandling og gode møteplasser har en positiv effekt på den mentale helsen (Folkehelseinstituttet, 2014). Ergoterapeuter er eksperter på meningsfulle aktiviteter og deltakelse og bidrar til å fremme aktivitetsutførelse og utvikle inkluderende omgivelser (Brandt, Madsen & Peoples, 2013). Dette skjer ved å fokusere på samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser (Norsk Ergoterapeutforbund, 2017).

I denne fagartikkelen vil funn

fra nyere forskning om opplevelsen av pensjonistprosessen og hva som er viktige faktorer for mennesker i overgangen fra arbeider til pensjonist presenteres. Problemstillingen er derfor: «Hva sier kvalitativ forskning om faktorer som påvirker aktiviteter i pensjonistprosessen, og kan ergoterapeuter bidra til økt deltakelse i pensjonisttilværelsen?»

Funnene vil i diskusjonen relateres til ergoterapeuters kompetanse og relevante teorier for å diskutere om ergoterapeuter kan være en aktuell faggruppe som kan bidra til økt deltakelse for pensjonister i pensjonisttilværelsen.

Teori

Denne artikkelen vil belyse de to teoriene Livsløpsperspektivet (Elder & Shanahan, 2006, referert i Humphry & Womack, 2019) og Livsbalansemodellen (Matuska og Christiansen, 2008, referert i Matuska, 2011), da de begge har fokus på aktivitetsdeltakelse og på hva som påvirker personers valg av aktiviteter.

LIVSLØSPERSPEKTIVET

Livsløpsperspektivet (The Life Course Perspective) ble først skrevet om tidlig på 1960-tallet av sosiologen Glen Elder Jr. Teorien har til hensikt å gi en forståelse av hvordan aktiviteter utvikler og endrer seg over tid, og hevder at personer endrer roller og sosial posisjon gjennom livet (Hutchinson, 2014). Slike endringer påvirkes av overganger i livet, som det å bli pensjonist, av tid, personens sosiale omgivelser og kultur. Livsløpsperspektivet hevdes å kunne være en retningslinje for ergoterapeuter som arbeider med mennesker i alle aldre, for å forstå hvordan aktivitet forandrer og utvikler seg over tid, ettersom

omstendighetene endres. Livsløpsperspektivet fokuserer ikke på selve aktivitetsendringene, men på sammenhengen mellom kontekst og personens livssituasjon (Humphry & Womack, 2019).

LIVSBALANSEMODELLEN

Livsbalansemodellen (The Life Balance Model) er en modell utarbeidet av ergoterapeutene Kathleen M. Matuska og Charles H. Christiansen (Matuska, 2011). Modellen definerer en «balansert livsstil» som et tilfredsstillende mønster av daglige aktiviteter. Et viktig begrep i Livsbalansemodellen er «aktivitetsbalanse», som refererer til oppfatningen av at mønstrene av hverdagslige aktiviteter er tilfredsstillende og består av meningsfulle aktiviteter. Roller, vaner, rutiner og ritualer danner rammen for menneskets unike livsstil og kan resultere i en aktivitetsbalanse eller -ubalanse. Ifølge modellen kan dette ha langsiktige konsekvenser for helse, velvære og livskvalitet. Når aktivitetsmønstrene er dysfunksjonelle, står helse og velvære i fare (Matuska & Barrett, 2019).

Metode

En systematisk litteraturgjennomgang av kvalitative studier som ser på overgangen fra arbeidstaker til pensjonist er gjennomført. Spesifikke litteratursøk ble gjennomført i følgende databaser for å finne relevante artikler: Medline (Ovid), Cinahl og Amed. Disse databasene er anbefalt av Brandt og Winding (2013) ved søk etter vitenskapelige artikler knyttet til ergoterapifaget. Som en veileder i utarbeidelsen av spørsmålsformuleringen ble PICO benyttet. PICO er et akronym for population (pasient), intervention (intervensjon), comparison (sammenligning) og

Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Treff	Relevante artikler
Cinahl	1. Retirement activities 2. Retirement or pensions and aged and leisure activities 3. Occupational transition 4. Occupation science and occupational transition 5. Retire* and adaption, occupational 6. Occupational transition and retirement 7. Occupational science and retire*	51	3
Medline	1. Retirement activities 2. RETIREMENT and leisure activities 3. Occupational transition and retire*	56	0
Amed	1. Retirement and activities of daily living	7	1

Tabell 1. Søkeord og treff.

outcome (utfall) (Brandt & Winding, 2013). For å finne fram til forskningsbasert dokumentasjon og hvilke ergoterapeutiske tiltak som er best i forhold til en bestemt målgruppe, kan PICO være med å konkretisere og fokusere spørsmålet. Det er et hjelpemiddel til å inndele spørsmål, slik at de struktureres hensiktsmessig (Brandt & Winding, 2013). Se tabell 1 for beskrivelse av søkeord, ordkombinasjoner og treff.

Inklusjonskriteriene var kvalitative studier som fokuserte på friske personers erfaringer med pensjonistprosessen. Eksklusjonskriteriene var artikler publisert før 2008, artikler som ikke var tilgjengelige i fulltekst, og artikler publisert på andre språk enn skandinaviske eller engelsk. Litteraturutvalgelse foregikk ved vurdering av tittel og abstrakt, før relevante artikler ble lest i fulltekst. «Sjekkliste for vurdering av kvalitative studier» (Helsebiblioteket, 2018) ble benyttet for kritisk å vurdere de tre inkluderte studiene i forhold til beskrivelse av og kvalitet ved gjennomføring og om en kan stole på resultatene. Studienes pålitelighet og troverdighet ble også vurdert (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinart, 2012). Litteraturutvalget ble beskrevet i figur 1.

Resultatene ble analysert gjennom en deskriptiv kvalitativ

syntese etter Aveyard (2014). Analysene resulterte i følgende faktorer som kan påvirke aktiviteter i pensjonistprosessen: forberedelser til pensjonisttilværelsen, aktivitet og helse, struktur og balanse, og ytre faktorer.

ETISKE PROBLEMSTILLINGER

De tre inkluderte studiene har etisk godkjenning. I artikkelen har vi hatt fokus på å gjengi studienes resultater på en slik måte at de samsvarer med det forfatterne har formidlet. Vi ønsker å understreke at funnene i litteraturstudien ikke kan generaliseres, og at de kun kan si noe om hvordan informantene i de inkluderte studiene opplevde pensjonistprosessen.

Resultat

Etter systematiske databasesøk, utvalgelse ved bruk av inklusjons- og eksklusjonskriterier og kritisk vurdering av artikler (Helsebiblioteket, 2018) ble tre kvalitative studier inkludert i litteraturstudien. Se tabell 2 på side 64 for oversikt over disse.

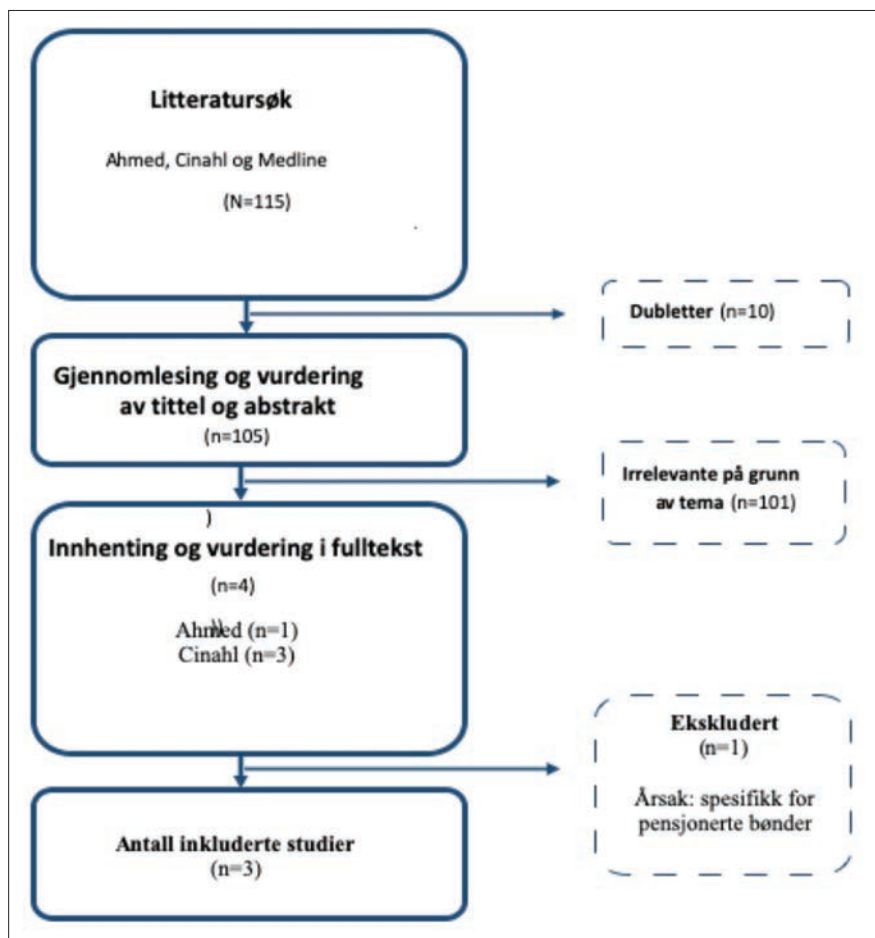
Alle studiene har hovedfokus på aktivitetsendring i pensjonistprosessen, og metoden som er benyttet, er intervju. Funnene i studiene er basert på enkeltpersoners subjektive meninger, erfaringer og opplevelser. Pettican og Prior (2011) har fokus på

et ergoterapeutisk perspektiv i overgangen mellom arbeid og pensjonisttilværelsen, Pepin og Deutscher (2011) utforsker opplevelsen av det å pensjonere seg i en frivillig kontekst, mens Hewitt, Howie og Feldman (2010) ser på faktorer som påvirker pensjonistenes aktivitetsvalg. Studiene gir et innblikk i opplevelsen av overgangen til pensjonisttilværelsen, og hvordan aktiviteter kan bli påvirket i denne overgangen.

FORBEREDELSE TIL PENSJONISTTILVÆRELSEN

De inkluderte studiene konkluderer med at forberedelser til pensjonisttilværelsen var viktig for informantene. Til tross for at ulike områder nevnes som viktige i forberedelsen, går følgende temaer igjen i studiene: aktivitetsplanlegging, aktivitetstilbud og relasjonelle forandringer (Hewitt et al., 2010; Pepin & Deutscher, 2011; Pettican & Prior, 2011).

Flere informanter beskrev nødvendigheten av å ha en pensjonistplan (Pepin & Deutscher, 2011; Pettican & Prior, 2011), som illustrert av en informant: «... it's important to plan it ... it's important to know what you're going to do and how you're going to spend your time» (Pettican & Prior, 2011, s. 16). Flere opplevde også et behov for å skaffe informasjon om



Figur 1. Flyttdiagram for litteraturutvelgelse.

pensjonsplanlegging og økonomiske utfordringer, i tillegg til informasjon om fritid, reise og frivillig arbeid. Kunnskap om tilgjengelige ressurser, steder å besøke, mennesker å treffe og ekspertise og råd å søke under og etter pensjoneringen ble også trukket fram som nyttig for kommende pensjonister (Pepin & Deutscher, 2011). Noen av informantene forberedte seg ved å oppsøke aktiviteter som de kunne delta i, ved å spørre nettverket sitt eller søke etter informasjon andre steder (Hewitt et al., 2010; Pettican & Prior, 2011). Andre forklarte at aktivitetsvalget deres ble påvirket av deres sosiale relasjoner (Hewitt et al., 2010).

AKTIVITET OG HELSE

Alle studiene beskriver viktigheten av og fokuset på helse (Hewitt et

al., 2010; Pepin & Deutscher, 2011; Pettican & Prior, 2011). Det ble antydnet en sammenheng mellom aktivitetsdeltakelse, helse og velvære for flere av informantene (Pepin & Deutscher, 2011; Pettican & Prior, 2011), og flere hadde et mål om å bevare helsen sin som pensjonister (Pepin & Deutscher, 2011). I frykt for å bli deprimert, valgte en informant å delta på ulike kurs, noe som ga en god følelse (Pepin & Deutscher, 2011).

To av studiene (Pepin & Deutscher, 2011; Pettican & Prior, 2011) trekker fram et emosjonelt aspekt ved pensjonistprosessen, da overgangen fra arbeidstaker til pensjonist vekket en rekke emosjoner, og skapte endring i opplevd identitet og selvtillit for flere informanter. Hvordan de tidligere hadde sett seg selv,

hadde sammenheng med rollen(e) de hadde hatt på jobb. For noen informanter var det viktig å fokusere på den emosjonelle påvirkningen de opplevde i pensjonistprosessen. Påvirkningen skjedde blant annet fordi de ikke hadde en timeplan eller faste aktiviteter, og fordi de tilbragte mer tid med partneren sin i hjemmet (Pepin & Deutscher, 2011). Denne overgangen ble av noen kalt en «emosjonell berg-og-dalbane», og enkelte opplevde følelser av angst og anger. Følelsene avtok gradvis i pensjonisttilværelsen, hvor de opplevde at livet ble mer avslappende og mindre stressende (Pettican & Prior, 2011).

Studiene trekker fram viktigheten av å finne aktiviteter hvor informantene får bruke interesser og ferdigheter de har, som tidligere ble brukt i arbeid (Hewitt et al., 2010; Pepin & Deutscher, 2011; Pettican & Prior, 2011). Noen vedlikeholdt og gjenskapte positive elementer fra tidligere arbeid gjennom utvalgte aktiviteter (Pettican & Prior, 2011). Flere ønsket å fortsette med aktiviteter de deltok i før de pensjonerte seg (Hewitt et al., 2010; Pepin & Deutscher, 2011), mens andre ønsket å finne aktiviteter hvor de kunne opprettholde fysiske og mentale stimuli, og utforske nye aktiviteter, hobbyer og interesser (Hewitt et al., 2010). Å finne meningsfulle aktiviteter som dekket verdier og interesser, hjalp informantene til å tilpasse seg det nye livet og ga dem en følelse av tilfredshet (Hewitt et al., 2010; Pepin & Deutscher, 2011).

STRUKTUR OG BALANSE

Balanse og struktur av tid trekkes fram av informantene i studiene (Hewitt et al., 2010; Pepin & Deutscher, 2011; Pettican & Prior,

Forfatter (utgivelsesår): tittel	Formål	Metode	Informanter	Resultat	Konklusjon
Pettican og Prior (2011): «It's a new way of life': an exploration of the occupational transition of retirement».	Utforske overgangen fra arbeid til pensjonisttilværelsen fra et ergoterapeutisk perspektiv.	Semistrukturert intervju og fortolkende fenomenologisk analyse.	Åtte nylig pensjonerte personer (48-64 år) bosatt sør i England.	Tre overordnede temaer ble avdekket: pensjonistprosessen; formål, gjennomføring og velvære; og pensjonist som en ny livsfase.	Pensjonist er en periode hvor endring er sentralt, og det er sammenheng mellom de pensjonertes deltakelse i aktivitet og deres oppfattelse av egen helse og velvære.
Pepin og Deutscher (2011): The lived experience of Australian retirees: «I'm retired, what do I do now?»	Utforske opplevelsen av det å pensjonere seg i en kontekst der dette velges frivillig. Forstå konsekvensene av endringer i roller, identitet og aktivitetstilpassning.	Fenomenologisk metode med semistrukturerte individuelle intervju. Analysemetode: transkribering, koding, aggregering og identifisering av tema.	Fem personer (61-68 år) som hadde pensjonert seg i løpet av de siste 18 månedene. Bosatt i Australia.	Fem temaer ble avdekket: tidsstruktur og meningsfulle aktiviteter; aldring og ytelseskapasitet; endring i roller; emosjonell justering til pensjonist; og forberedelse til pensjonisttilværelsen.	Pensjonisttilværelsen påvirker menneskers roller og identitet på forskjellige måter, avhengig av omstendighetene rundt dem. Det er nødvendig med intervensjoner i forkant av pensjonering for å sikre en best mulig pensjonistprosess.
Hewitt, Howie og Feldman (2010): «Retirement: What will you do? A narrative inquiry of occupation-based planning for retirement: Implications for practice»	Å utforske faktorer som påvirker eldre personers valg til å planlegge aktiviteter de vil gjøre som pensjonister, samt planleggingsprosessen og opplevelsen av å være pensjonist.	Semistrukturerte intervju. Analysemetode: paradigmatisk narrativ analyse	Fire eldre personer som har vært pensjonert i to til fem år (61-75 år).	Tre overordnede temaer ble avdekket: påvirkning fra miljø; planleggingsprosessen; og pensjoneringsopplevelsen. Deltakelse i aktiviteter førte til positive opplevelser, og tidligere planlagte aktiviteter fortsatte inn i pensjonisttilværelsen.	Ergoterapeuter har god kompetanse til å hjelpe eldre personer til å identifisere, planlegge og delta i meningsfulle aktiviteter som pensjonister.

Tabell 2. Oversikt over inkluderte artikler.

2011). En informant beskrev dette slik: «... it can work both ways, because you've got the liberty to adjust the timing so you can create a balance ... but if I'm not careful I can lose a sense of balance. ...» (Pettican & Prior, 2011, s. 16). Flere informanter opplevde at tid hadde en sterk innflytelse på hverdagslivet, og pensjonisttilværelsen ble beskrevet som frihet og lettelse fra tidsbegrensninger, noe som åpnet for spontanitet (Pepin & Deutscher, 2011).

Noen beskrev tiden etter at de pensjonerte seg som en tid hvor de kunne roe ned og skape nye rutiner. De forklarte at det fortsatt

er viktig å ha struktur i hverdagen, og at de trenger en grunn til å stå opp om morgenen. Opprettholdelse av et tilsvarende aktivitetsmønster som tidligere er viktig (Hewitt et al., 2010). En informant uttrykte: «I'd probably be happier if I was doing something regularly, a couple of days or something» (Pettican & Prior, 2011, s. 16). En annen beskrev det på følgende måte: «... if (she) didn't have some structure to (her) life (she) would fall into a hole» (Hewitt et al., 2010, s. 14).

YTRE FAKTORER

Sosial støtte og tilhørighet ble

utviklet og opprettholdt gjennom deltakelse i gamle og nye aktiviteter (Hewitt et al., 2010; Pepin & Deutscher, 2011; Pettican & Prior, 2011). Flere informanter påpekte at de savnet den sosiale kontakten fra arbeidsplassen, og at det er viktig å delta i aktiviteter sammen med andre når de ikke lenger er en del av et sosialt arbeidsmiljø (Pettican & Prior, 2011). En informant sa: «... there was some social contact, and that I do miss at times ... but I have other activities to keep me busy, involving a lot more social contact» (Pettican & Prior, 2011, s. 16). Noen beskrev viktigheten av å ha

atskilte interesser fra partneren sin, slik at de bevarer identitet og selvstendighet. Andre beskrev utfordringer knyttet til sosiale relasjoner, blant annet å utvikle nye vennskap (Hewitt et al., 2010).

En annen faktor som vektlegges i studiene, er økonomi. Økonomiplanlegging og aktivitetsvalg basert på økonomi er viktig for informantene (Hewitt et al., 2010; Pepin & Deutscher, 2011). For noen informanter ble de planlagte aktivitetene midlertidig forstyrret eller endret på grunn av uforutsette hendelser som utfordringer knyttet til økonomiske forhold (Hewitt et al., 2010). En informant i studien til Hewitt et al. (2010, s. 11 og 12) uttrykte seg slik: «... the next thing that crossed my mind was ... how much money would I have to live on? ... It's no good saying I'll do this and (that) ... if you don't have any money».

Diskusjon

Funnene fra litteraturstudien vil nå diskuteres i lys av teoriene beskrevet innledningsvis og ergoterapeuters kompetanse, for å belyse om ergoterapeuter kan bidra til økt deltakelse i pensjonisttilværelsen.

FORBEREDELSE TIL PENSJONISTTILVÆRELSEN

De overordnede temaene som informantene ønsket mer kunnskap om i forkant av pensjonisttilværelsen, var aktivitetsplanlegging, aktivitetstilbud og relasjonelle forandringer (Hewitt et al., 2010; Pepin & Deutscher, 2011; Pettican & Prior, 2011). Noen informanter forklarte at aktivitetsvalget deres ble påvirket av deres sosiale relasjoner (Hewitt et al., 2010). Dette underbygges av Livsløpsperspektivet, som vektlegger at sosiale forhold kan ha innvirk-

ning på menneskers aktivitetsvalg (Humphry & Womack, 2019). Det kan derfor tenkes at en bevisstgjøring av hvilke aktiviteter de kommende pensjonistene ønsker å delta i, og kunnskap om hvilke aktivitetsmuligheter som finnes i nærmiljøet, kan være nyttig. Her kan ergoterapeuter ha en viktig rolle, da vi har fokus på meningsfulle aktiviteter, og kompetanse i kartlegging av interesser, vaner, rutiner og roller. Ergoterapeuters kunnskap om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser og forståelsen av sosiale omgivers betydning for personers aktivitetsatferd og livskvalitet (Norsk Ergoterapeutforbund, 2017), kan også være relevant i møte med (kommende) pensjonister.

AKTIVITET OG HELSE

Studiene viser at informantene indikerer en sammenheng mellom aktivitetsdeltakelse, helse og velvære, og at overgangen til pensjonist påvirket deres emosjoner (Pepin & Deutscher, 2011; Pettican & Prior, 2011), blant annet på grunn av endrede roller og identitet. Flere har som mål å bevare helsen som pensjonister (Pepin & Deutscher, 2011). Informantene mente det var viktig å drive med meningsfulle aktiviteter som passet deres ønsker og personlighet (Hewitt et al., 2010; Pepin & Deutscher, 2011; Pettican & Prior, 2011). Dette kan relateres til ergoterapeuters vektlegging av meningsfulle aktiviteter, og slike aktiviteters betydning for helse (Ness, 2008). Videre påpeker Jacobsen et al. (2013) at det er vesentlig for pensjonister å bruke sin fysiske, mentale og sosiale kapasitet for å opprettholde god helse. Pensjonisttilværelsen gir mulighet for å gjenoppta og bruke mer tid på aktiviteter som

oppleves som spennende, interessante, utfordrende eller kreative (Jacobsen et al., 2013). Dette kan ses i sammenheng med informantenes vektlegging av å finne aktiviteter hvor de i pensjonisttilværelsen kan benytte ferdigheter de har og som de tidligere har anvendt (Hewitt et al., 2010; Pepin & Deutscher, 2011).

STRUKTUR OG BALANSE

Viktigheten av balanse i hverdagen beskrives som viktig for flere av informantene (Pepin & Deutscher, 2011; Pettican & Prior, 2011). Noen av informantene ville utforske aktiviteter og ressurser for å finne en balanse mellom tid til seg selv, venner, familie og det å engasjere seg i samfunnet (Pepin & Deutscher, 2011). Livsbalansemodellen beskriver dette som aktivitetsbalanse, som innebærer å skape en balanse mellom arbeid, fritid, hvile og søvn, i tillegg til å benytte seg av ens ferdigheter, ansvarsroller og prioriteringer (Backman, 2014; Matuska & Barrett, 2019). Flere av informantene sa at de likte friheten og mulighetene pensjonisttilværelsen ga, da de fikk mulighet til å være mer spontane enn tidligere (Pepin & Deutscher, 2011; Pettican & Prior, 2011). Ifølge Livsbalansemodellen (Matuska & Barrett, 2019) vil en balansert livsstil, hvor en deltar i meningsfulle aktiviteter, ha innvirkning på vår helse.

Pepin og Deutscher (2011) fant at en av de største utfordringene for pensjonistene var å skape nye rutiner etter endt arbeidsliv, mens Pettican og Prior (2011) forklarte at det å skape nye rutiner var en viktig del av hverdagen til de nylige pensjonerte informantene. For noen handlet det om en ny struktur i form av tidsbruk, mens det for andre var et valg mellom

meningsfulle aktiviteter som de kunne delta i når de ønsket det (Hewitt et al., 2010; Pepin og Deutscher, 2011). Sett ut fra Livsbalansemodellen bør nye rutiner bidra til at en møter behov som støtter personens helse, i tillegg til å utvikle positive relasjoner og en positiv personlig identitet. Tilpassning eller etablering av tilfredsstillende roller, vaner, rutiner og ritualer kan benyttes som verktøy for å hjelpe personer til å forbedre sin livsbalanse. Dette gjelder også for personer i pensjonistprosessen, noe som indikerer at veiledning fra ergoterapeut vil være nyttig for å hjelpe denne brukergruppen til å oppnå aktivitetsbalanse (Matuska & Barrett, 2019). Ergoterapeuters mulige rolle i pensjonistprosessen trekkes også fram av Pettican & Prior (2011).

YTRE FAKTORER

Sosial tilknytning og sosial kontakt ble trukket fram som en viktig faktor for deltakelse i aktiviteter (Hewitt et al., 2010; Pettican & Prior, 2011). Å slutte i arbeid blir i Livsløpsperspektivet sett på som et vendepunkt, hvor endringer i sosiale forhold påvirker personens livsløp (Humphry & Womack, 2019). Pettican og Prior (2011) fant at noen informanter savnet den sosiale kontakten fra arbeidsplassen og det å ha et møtested som oppfordret til sosial kontakt. For å dekke behovene som oppsto som følge av rolleendring og redusert sosial kontakt, brukte flere mer tid sammen med venner, i tillegg til at de søkte interaksjon gjennom lokale grupper, klubber eller frivillig arbeid (Hewitt et al., 2010; Pepin & Deutscher, 2011). Enten det gjelder personer som valgfritt går av med pensjon, eller andre som av ulike grunner ikke kan stå i arbeid, kan det å miste ett av sine sosiale

møtesteder være utfordrende (Jacobsen et al., 2013). Viktigheten av å være del av et fellesskap vektlegges også i kvalitetsreformen *Leve hele livet*, hvor hensikten er å gi hjelp og støtte for å fremme Eldres mestring av viktige aktiviteter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Å motivere til deltakelse og informere om aktuelle møtearenaer og aktiviteter hvor man kan dekke sine sosiale behov, bør kanskje også være en viktig del av ergoterapeuters arbeidsoppgaver overfor personer i pensjonistprosessen.

Økonomiplanlegging ble vektlagt i studiene, ettersom økonomi påvirket informantenes deltakelse i aktiviteter (Hewitt et al., 2010; Pepin & Deutscher, 2011; Pettican & Prior, 2011). Dette samsvarer med Livsløpsperspektivets teori om at sosial og økonomisk kontekst har betydning for hvilke aktiviteter mennesket deltar i (Humphry & Womack, 2019). I denne sammenheng foreslo Regjeringen i det reviderte nasjonalbudsjettet i 2017 en årlig skattelette på cirka 1000 kroner per pensjonist for å fremme deres mulighet for deltakelse i meningsfulle aktiviteter (Regjeringen, u.å.).

REFLEKSJONER OM ERGOTERAPI KNYTTET TIL PENSJONISTPROSESSEN

Ergoterapeuter blir ofte sett i sammenheng med (re)habilitering og bistand for personer med sykdom, som blant annet beskrevet i kvalitetsreformen *Leve hele livet* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Med tanke på faktorene som påvirker aktivitetsdeltakelse i pensjonistprosessen, kan det tenkes at det vil være et større behov for ergoterapeuter som arbeider helsefremmende og sykdomsforebyggende i årene som kommer

– blant annet relatert til personer i pensjonistprosessen. Utarbeidelse av flere og billigere alternativer for sosialisering og aktivitetsdeltakelse på ulike arenaer kan være et av tiltakene som ergoterapeuter kan bidra med.

I Norge finnes det, etter det vi forstår, ikke et nasjonalt tilbud for dem som skal pensjonere seg, og det er heller ikke særlig stort fokus på deltakelse i meningsfulle aktiviteter for friske personer i ergoterapiutdanningen. Basert på funnene i litteraturstudien kan det tenkes at et slikt fokus vil kunne bidra til økt deltakelse og god helse blant kommende pensjonister. Dette har vi forsøkt å belyse i diskusjonen, ved å fokusere på ergoterapeuters kompetanse knyttet til faktorene som påvirker overgangen til pensjonist. Det er uvisst hvor ergoterapeuter burde vært ansatt, for å jobbe med kommende pensjonister. Slikt arbeid kan for eksempel foregå gjennom forberedende kurs i regi av NAV, i kommuner og bydeler, bedriftshelsetjeneste og/eller privatpraktiserende ergoterapeuter. Det vil sannsynligvis være hensiktsmessig å arbeide i tverrfaglige team for å kunne bistå på områder som pensjon og psykososiale forhold. Dette kan ansees som et helsefremmende og forebyggende tiltak, noe vi mener dagens fagfelt ikke fokuserer nok på. Kanskje vil det i framtiden komme flere henvisninger til (kommunale) ergoterapeuter, som kan ha samtaler med personer i pensjonistprosessen om aktivitets- og rolleendring?

Vi tenker derfor at ergoterapeuter kan ha relevant kompetanse for å arbeide med aktivitetsdeltakelse i pensjonisttilværelsen ved å fokusere på følgende temaer:

- Interesser og meningsfulle aktiviteter

- Roller, vaner og rutiner og endring av disse
- Aktivitetsbalanse
- Sosiale arenaer og muligheter for å møte andre

Avslutning

Denne artikkelen har fokusert på hvilke overordnede faktorer som, ifølge nyere kvalitativ forskning, påvirker aktiviteter i pensjonistprosessen. Funn viser fire hovedfaktorer som påvirker informantenes aktiviteter i pensjonistprosessen: forberedelser til pensjonisttilværelsen; aktivitet og helse; struktur og balanse; og ytre faktorer (sosiale relasjoner og økonomi). Vi har gjennom diskusjonen forsøkt å belyse hvorfor ergoterapeuter kan være en aktuell yrkesgruppe, som har kompetanse når det gjelder disse faktorene i møte med mennesker i pensjonistprosessen. Funnene i litteraturstudien kan tyde på at noe av det viktigste for mennesker i pensjonistprosessen er å finne meningsfulle aktiviteter de kan delta i etter at de har pensjonert seg, og at de har behov for struktur, balanse og sosiale stimuli i hverdagen. Ergoterapeuter bør kanskje derfor også ha et økt fokus på meningsfulle aktiviteter for friske mennesker i ulike livsfaser, siden «Målet med dagene er (...) sosialt fellesskap, mestring og livsglede – de gyldne øyeblikk som sitter og lagres i kroppen» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Referanser

- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (3. utg.). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.
- Backman, C. L. (2014). Occupational Balance and Well-being. I C. H. Christiansen & E. A. Townsend (Red.), *Introduction to occupation: the art and science of living* (2nd ed., new international ed. utg., s. 209-228). Harlow: Pearson.
- Brandt, Å., Madsen, J. M. & Peoples, H. (2013). Introduksjon til ergoterapi. I Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3. utg., s. 15-25). København: Munksgaard.
- Brandt, Å. & Winding, K. (2013). Søgning og vurdering af ergoterapirelevante forskning. I Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3. utg., s. 427-449). København: Munksgaard.
- Elder, G. H. & Shanahan, M. J. (2006). The life course and human development. In R. M. Lerner (Ed.), *Handbook of person psychology* (6. utg., Vol. 1, s. 665-715). Hoboken, NJ: Wiley.
- Folkehelseinstituttet (2014). Folkehelse rapporten 2014. Helsetilstanden i Norge. Rapport 2014:4. Oslo: wj.no Tilgjengelig fra: <https://fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/#hovedpunkter>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. Oslo: Departementenes servicesenter.
- Helsebiblioteket. (2018). Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie. Hentet 25. mai 2018 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Hewitt, A., Howie, L. & Feldman, S. (2010). Retirement: What will you do? A narrative inquiry of occupationbased planning for retirement: Implications for practice. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(1), 8-16. doi: 10.1111/j.1440-1630.2009.00820.x
- Humphry, R. & Womack, J. (2019). Transformations of Occupations: A Life Course Perspective. I B. A. B. Schell, G. Gillen & M. Scaffa (Red.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (13. utg., s. 103-111). Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins.
- Hutchison, E. D. (2014). *Dimensions of Human Behavior: Person and Environment*, (5. utg. Kap. 1). Thousand Oaks: Sage Publication
- Jacobsen, A., Legarth, K. H. & Sønrichsen, L. H. (2013). Aktivitet og deltagelse i forskjellige livsfaser. I Å. Brandt, A. J. Madsen & H. Peoples (Red.), *Basisbog i ergoterapi: aktivitet og deltagelse i hverdagslivet* (3. utg., s. 49-70). København: Munksgaard.
- Matuska, K. (2011). Validity Evidence of a Model and Measure of Life Balance. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 32 (1), 229-237. doi: 10.3928/15394492-20110610-02
- Matuska, M. & Barrett, K. (2019). Patterns of Occupation. I B. A. B. Schell, G. Gillen & M. Scaffa (Red.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (13. utg., s. 218-222). Baltimore, MD: Lippincott Williams and Wilkins.
- Matuska, K. M. & Christiansen, C. H. (2008). A proposed model of lifestyle balance. 15(1), 9-19. doi: 10.1080/14427591.2008.9686602
- Ness, N. E. (2008). Grunnsyn i ergoterapi. Hentet 16. desember 2016 fra <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Om-ergoterapi/Om-fagutøvelsen/Grunnsyn>
- Norsk Ergoterapeutforbund. (2017, 01. november). Alle skal kunne delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse. Hentet 09. mai 2018 fra https://ergoterapeutene.sharepoint.com/_layouts/15/guestaccess.aspx?docid=098bea7743a9640b9bbd1993f3584c64c&authkey=AVI55s-L39nOEU7RqvtabBCo&e=6ec291850e4248b1a8125d35132d9531
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! en arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Pepin, G. & Deutscher, B. (2011). The Lived Experience of Australian Retirees: 'I'm Retired, What Do I Do Now?'. *The British Journal of Occupational Therapy*, 74(9), 419-426. doi: 10.4276/030802211X13153015305556
- Pettican, A. & Prior, S. (2011). 'It's a New Way of Life': An Exploration of the Occupational Transition of Retirement. *The British Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 12-19. doi: 10.4276/030802211X12947686093521
- Regjeringen. (u.å.). Revidert nasjonalbudsjett. Hentet 15. mai 2018 fra https://www.regjeringen.no/contentassets/66efbac919ac4826b26860cbf9eb0ef5/pressehefte_rnb2017.pdf
- SSB. (2018). Dette er Norge 2018. Hentet fra <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/dette-er-norge-2018>

Pårørendeinvolvering i planlegging og gjennomføring av helsehjelp til personer med frontotemporal demens

Av June Rondestvedt, Helle Kise Hjertstrøm & Lill Sverresdatter Larsen



June Rondestvedt er ergoterapispesialist i somatisk helse og spesialergoterapeut ved UNN Narvik – Universitetssykehuset Nord-Norge. E-post: junis_rondes@hotmail.com



Helle Kise Hjertstrøm er sosiolog, ph.d.-stipendiat ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet og forsker ved Telemarkforskning i Bø i Telemark.



Lill Sverresdatter Larsen er sykepleier med m.sc. og ph.d. i helsevitenskap. Hun er førsteamanuensis ved Det helsevitenskapelige fakultet, UIT Norges arktiske universitet og forbundsleder i Norsk Sykepleierforbund.

Family caregiver's involvement in implementation of healthcare services to people with frontotemporal dementia

Abstract

Several health policy documents emphasize the need for more knowledge regarding family caregiver's involvement in implementation of healthcare services for people with dementia. This article examines how family caregivers of people with frontotemporal dementia (FTD) experience involvement, and furthermore investigates whether an activity perspective can be useful to understand barriers to family caregiver involvement. We have used a qualitative method and obtained data through semi-structured in-depth interviews with five family caregivers of people with FTD. The family caregivers described limited involvement and frustration. The analysis presents two main issues that influence involvement:

- access to necessary information and knowledge about the illness and healthcare services and
- health professional attitudes.

Key words: dementia, frontotemporal dementia, caregiver, health service, involvement, occupational perspective, Model of human occupation

Manuset ble mottatt 01.04.2019 og godkjent 23.07.2019.

Det eksisterer ingen interessekonflikter vedrørende dette manuskriptet.

Introduksjon

Ifølge Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999, § 3-1) har brukere av helsetjenesten rett til å medvirke i planlegging og gjennomføring av helsehjelp. Medvirkning forutsetter rasjonelle aktører som er i stand til å ta inn og bearbeide nødvendig informasjon for å kunne gjøre valg (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3). Frontotemporal demens (FTD), en fellesbetegnelse på ulike demensformer som rammer frontal- og temporallappene i hjernen, kjenne-tegnes av språkproblemer og endret atferd, men også redusert innsikt og utfordringer når det gjelder å huske, forstå og benytte seg av informasjon for å gjøre beslutninger (Wyller, 2015). Sykdommen skaper derfor utfordringer for brukerens medvirkning. Pårørendes involvering og støtte i beslutninger anses sentrale for å få på plass tilpassede helsetjenester når bruker selv ikke kan ivareta egne ønsker og behov i møtet med helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017; Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015; Helse- og omsorgsdepartementet, 2018).

Pårørende har også egne behov (Caceres et al., 2016; Nicolaou, Kane, Egan & Gasson, 2010), og forskning viser at pårørende til personer med FTD opplever en betydelig belastning og et høyere stressnivå sammenlignet med pårørende til andre pasientgrupper (Caceres et al., 2016; Nunnemann, Kurz, Leucht & Diehl-Schmid, 2012). Økt belastning knyttes til atferdsforstyrrelser, (Caceres et al., 2016; de Vugt, Riedijk & Aalten, 2006), tidlig symptomdebut (Mioshi et al., 2013) og lang tid fra debut til diagnose (Nunnemann et al., 2012; Rasmussen, Hellzen, Stordal & Enmarker, 2018).

Studier har synliggjort at pårørendeinvolvering kan redusere pårørendebelastning (Bøckmann & Kjellebold, 2010; Larsen, Normann & Hamran, 2016), men norske og internasjonale undersøkelser viser at pårørende til personer med FTD opplever manglende informasjon og støtte underveis i sykdomsforløpet, og at tilgangen til tilpassede tjenester er begrenset (Caceres et al., 2016; Diehl-Schmid et al., 2013; Johannesen, Helvik, Engedal & Thorsen, 2017; Nicolaou et al., 2010; Nunnemann et al., 2012; Rosness, Haugen & Engedal, 2008).

Helsepersonell har et definert ansvar for å informere, involvere og støtte pårørende i henhold til gjeldende retningslinjer (Helsedirektoratet, 2017), og behovet for å øke kunnskap om hva som fremmer og hemmer involvering av pårørende i planlegging og gjennomføring av helsehjelp, er beskrevet i flere

stortingsmeldinger det siste tiår (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013; Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

PÅRØRENDEINVOLVERING SOM DELTAKELSE I AKTIVITET

Det finnes ingen sammenfattende definisjon på begrepet pårørendeinvolvering (Mockford, Staniszevska, Griffiths & Herron-Marxs, 2012). Pårørendeinvolveringen forstås her som en subjektiv opplevelse, avhengig av om involveringen oppleves meningsfull og bidrar til mestring (Bendixen, Madsen & Tjørnov, 2008). Vi forstår pårørendeinvolvering som et kontinuum som består av overlappende og kontinuerlige former for samarbeid som varierer ut fra kontekst.

I denne artikkelen anser vi pårørendeinvolvering som deltakelse i aktivitet, og ergoterapeutens aktivitetsperspektiv er derfor relevant i prosessen med å forstå pårørendeinvolvering hos pårørende til personer med FTD. Med dette mener vi at involvering skjer og oppstår i et dynamisk, relasjonelt og kontekstuellt samspill mellom bruker, pårørende, helsepersonell og deres omgivelser. Hva som skjer i samspillet, og hvordan omgivelsene påvirker det som skjer, vil ha betydning for hvordan pårørendeinvolveringen oppleves.

Analysen av de utfordringer som beskrives er gjort ved bruk av Modellen for menneskelig aktivitet (MOHO). Ifølge denne består mennesker av tre komponenter som henger tett sammen med hverandre: *vilje*, *vanedannelse* og *utførelseskapasitet* (Kielhofner, 2010). *Viljen* innebærer i dette tilfellet det som motiverer pårørende til involvering. *Vanedannelsen* omhandler prosessen der aktiviteter organiseres i rutiner og inkluderer de roller pårørende har, blir gitt eller inntar. Pårørendes *utførelseskapasitet* innebærer de fysiske og mentale evnene som ligger bak deres involvering (Kielhofner, 2010). Modellen viser hvordan det komplekse fenomenet aktivitet, i denne sammenheng pårørendeinvolvering, kan analyseres ved hjelp av flere sammenvevde begrep.

Ifølge Kielhofner (2010) innebærer en vurdering av menneskelige faktorer, i form av *vilje*, *vane* og/eller *utførelseskapasitet*, alltid spørsmålet om hvordan de fysiske og sosiale omgivelser påvirker deres motivasjon for å være involvert, aktivitetsmønster og aktivitetsutøvelse. Omgivelsene defineres i MOHO som de fysiske, sosiale, kulturelle, økonomiske og politiske trekk i de sammenhenger man er en del av. Lovverk og andre føringer vil med et slikt utgangspunkt påvirke pårørendes muligheter

til å involvere seg og hvilke forventninger de har til helsetjenesten. På samme måte vil de sosiale omgivelser, i denne sammenheng helsepersonell, påvirke pårørendes muligheter for involvering og således bidra til at pårørende opprettholder eller mister motivasjonen for å være involvert. Pårørendeinvolvering i planlegging og gjennomføring av helsehjelp bør derfor vurderes gjennom å se pårørendes opplevelse i sammenheng med hvordan helsepersonell og lovverk påvirker deres motivasjon og mulighet for å være involvert, roller gitt eller tatt i møtet med helsetjenesten og deres handlinger i interaksjon (Kielhofner, 2010).

Denne artikkelens hensikt er å bidra med kunnskap om barrierer for pårørendeinvolvering knyttet til personer med FTD. Gjennom artikkelen undersøker vi hvordan pårørende til personer med FTD erfarer pårørendeinvolvering, og videre om ergoterapeutens aktivitetsperspektiv kan være nyttig for å forstå de utfordringer som beskrives.

Metode

Dette er en kvalitativ artikkel med utgangspunkt i førsteforfatterens mastergradsoppgave, hvor det empiriske materialet ble innhentet gjennom semi-strukturerte dybdeintervjuer med pårørende. Data er organisert, analysert og bearbeidet inspirert av Tjoras stegvise, deduktive og induktive metode (Tjora, 2012) og ved hjelp av aktivitetsteori.

UTVALG, REKRUTTERING OG GJENNOMFØRING AV INTERVJU

Utvalget i studien var pårørende til yngre personer med FTD. Informantene måtte ha vært formelt involvert og hatt regelmessig kontakt med både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten det siste året før datainnsamlingen. Flere informanter ble rekruttert gjennom at førsteforfatter, som selv jobber i geriatrien, tok kontakt med avdelingsledere ved andre sykehus som jobber med denne pasientgruppen. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse tipset i tillegg om aktuelle institusjoner for rekruttering. E-post med informasjon om studien og samtykkeskjema (jf. Polit & Beck, 2012) ble sendt ut til avdelingsleder ved én institusjon i spesialisthelsetjenesten og to i primærhelsetjenesten, alle i ulike deler av landet. Førsteforfatter avtalte deretter intervjuer med dem som takket ja til å delta i studien.

Av pragmatiske hensyn ble utvalget begrenset til de fem første som tok kontakt. Informantene bestod av en mor, en far, en ektemann og to voksne døtre.

Alle hadde vært formelle pårørende til personene med FTD i mellom fem til ti år. Personene som var rammet av sykdommen, var i alderen 30–65 år da de mottok diagnosen, og høsten 2015, da intervjuene ble gjennomført, var samtlige flyttet på institusjon. Førsteforfatter utarbeidet en intervjuguide som fokuserte på hvordan informantene erfarte samhandlingen med helse- og omsorgstjenesten gjennom forløpet. Førsteforfatter gjennomførte også de semi-strukturerte intervjuene og benyttet digital lydopptaker. Transkribering ble utført kort tid etter at hvert intervju var gjennomført, og materialet ble transkribert så nøyaktig som mulig (jf. Tjora, 2012). Sitatene som er gjengitt i artikkelen, er direkte sitater fra intervjuene.

ANALYSE

Studien genererte et rikt datamateriale og grundige beskrivelser av informantenes utfordringer. Fordi SDI tar utgangspunkt i empirien, ble datamaterialet gjennomlest flere ganger og først merket med tekstnære koder. I prosessen med å søke en forståelse av det som ble beskrevet, fikk tidligere studier og aktivitetsteorien «Modellen for menneskelig aktivitet» (Kielhofner, 2010) en sentral plass. Teorien ga mulighet for å sette studiens resultater inn i et nytt perspektiv og på denne måten undersøke og forstå pårørendeinvolveringens kompleksitet samt rette fokus på flere ulike faktorer som kan påvirke om pårørendeinvolvering lykkes eller ikke. Vi vekslet mellom å søke etter mønster og sammenhenger i empirien som kunne belyse problemstillingen, og fordypning i teori som kunne skape en ytterligere forståelse. De tekstnære kodene ble sortert og organisert i kategorier med utgangspunkt i den teoretiske referanseramme.

Førsteforfatter er utdannet ergoterapeut og jobber med pårørende til daglig, mens de andre forfatterne har ulik faglig bakgrunn, noe som har bidratt til klargjørende diskusjoner rundt tolkningen av materialet. Artikkelen er organisert med utgangspunkt i to barrierer som så ut til særlig å påvirke informantenes opplevelse av og muligheter for å være involvert:

- tilgang til nødvendig kunnskap og
- helsepersonells holdninger

ETIKK

Studien ble gjennomført i tråd med gjeldende lovverk og retningslinjer for forskning (World Medical Association, 2018). Datamateriale har blitt håndtert

Overordnet tema: Lite involvering av pårørende	Barriere: Tilgang til nødvendig informasjon	Barriere: Helsepersonells holdninger
	<p>Utførelseskapasitet:</p> <p>«Jeg hadde jo ikke den kunnskapen som var nødvendig»</p> <p>«Jeg visste jo ikke hva jeg skulle gjøre»</p> <p>«Hvis du ikke vet hvordan du skal gå fram så er det nesten umulig»</p> <p>«Det er ikke så lett hvis du ikke vet hva du skal gjøre»</p>	<p>Sosiale barrierer:</p> <p>«Det var ingen som spurte meg hva jeg tenkte»</p> <p>«Det var et møte, men de henvendte seg ikke til meg»</p> <p>«Jeg tror egentlig ikke de lyttet så mye til hva jeg hadde å si»</p> <p>«Jeg skulle ønske at noen innkalte til et møte og sa gjør det, gjør det»</p> <p>«Hvis de i hvert fall hadde spurt... hva tenker du om dette her?»</p>
Konsekvenser:	<p>Subjektiv opplevelse av usikkerhet:</p> <p>«Hjelp? Hvordan gjør andre folk det? Hallo?»</p> <p>«Jeg ble jo redd for jeg visste ikke hva som skjedde»</p> <p>«Alt var så uforutsigbart»</p> <p>«Det er jo en lege som må ta den beslutningen...basert på det de vet og hva som blir observert»</p>	<p>Vilje:</p> <p>«Jeg følte det ikke var vits å si noe»</p> <p>«Vi forsøkte jo flere ganger, men det skjedde ikke noe»</p> <p>«Det var ikke noe poeng, det var jo ingen som tok telefonen»</p> <p>Vanedannelse (roller):</p> <p>«De burde jo ønske å lytte til hva jeg har å si som pårørende»</p> <p>«Det er jo jeg som kjenner sønnen min best»</p> <p>«Jeg trodde hun skulle spørre hva jeg mente, men hun skulle bare formidle hva de hadde gjort»</p>

Tabell 1: Eksempel på koder organisert med utgangspunkt i Modellen for menneskelig aktivitet (Kielhofner, 2010).

i henhold til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjenestes (NSD) retningslinjer, og studien er registrert hos NSD 23.06.15 med prosjektnummer 43833.

Resultater

Denne artikkelen undersøker hvordan pårørende opplever pårørendeinvolveringen i planlegging og gjennomføring av helsehjelp til personer rammet av FTD. Artikkelen fokuserer på barrierer for pårørendeinvolvering og undersøker om et aktivitetsperspektiv på pårørendeinvolvering kan være nyttig for å forstå de utfordringer som beskrives. Resultatene er organisert og skildret gjennom to sammenhengende kategorier: «tilgang til nødvendig kunnskap» og «helsepersonells holdninger».

TILGANG TIL NØDVENDIG KUNNSKAP

Samtlige informanter beskriver hvordan de var motiverte for å være involvert i planlegging og gjennomføring av helsehjelpen som skulle tilbys personen med FTD. De ønsket en aktiv rolle i samarbeidet med helsetjenesten, men beskrev samtidig en følelse av frustrasjon og manglende involvering fra helsetjenestens side. Slik vi tolker det, ble manglende tilgang til nødvendig kunnskap opplevd som en barriere for å involvere seg på en hensiktsmessig måte.

Flesteparten av informantene beskrev utfordringer ved ikke å kjenne til hva som skulle til for å orientere seg i møtet med helsetjenesten, samt vite hva de skulle gjøre når sykdommen rammet. De for-

talte at behovet for informasjon endret seg gjennom forløpet. Det var ikke nødvendigvis slik at diagnosen i seg selv medførte forståelse for hva den faktisk innebar. En av informantene sa:

«Folk vet jo hva frontallappen er for noe, men jeg tror ikke mange har hørt om det. Altså jeg selv vet ikke... hva er det? Er demens en sekk? Er det det samme? Med frontotemporallapsdemens... da ser du det fysisk på en MR?... jeg klarer ikke la være å henge meg opp i det... ser de en prikk eller en kule eller?» (Informant 4).

Informanten beskriver hvordan de har fått en diagnose å forholde seg til, men ikke noe svar på hva de kunne forvente som følge av den. De visste lite om konsekvensene og hvordan den FTD-rammedes liv ville påvirkes av sykdommen. Det ble derfor vanskelig å se for seg om han eller hun ville trenge hjelp, og hva han eller hun eventuelt ville ha behov for.

Samtlige informanter formidlet en opplevelse av å måtte finne ut av ting på egen hånd. En av informantene uttrykte følgende:

«Jeg fikk ingen informasjon, ingenting. Hvis du ikke kjenner til hjelpeapparatet. Hvis du ikke kjenner til hvordan ting fungerer i...trappetrinnene oppover...og eldre folk som ikke er på internett. Hjelp rett og slett...hjelp. Bare det med økonomi og verge og, hva er vanlig å gjøre? Det savner jeg. Hvordan gjør andre folk det? Hallo?» (Informant 1)

I sitatet ovenfor beskriver informanten hvordan de hadde lite kjennskap til helsetjenesten. Dette synliggjør et stort behov for informasjon og støtte med tanke på hjelpetiltak. Informanten hadde forventninger til at helsepersonell skulle bidra med denne informasjonen, og ble frustrert når dette ikke skjedde. Opplevelsen av ikke å inneha nødvendig informasjon medførte en følelse av fortvilelse og maktesløshet. Hennes muligheter til å påvirke ble begrenset, da hun ikke visste hvem hun skulle kontakte for å formidle sine ønsker og behov, eller hvordan hun skulle gå fram for å påvirke det som foregikk.

På tross av at informantene i stor grad brukte begrepet informasjon, så forstår vi at frustrasjonen omhandlet mer enn dette. De ønsket informasjon om sykdommen og helsetjenestetilbud, men også kunnskap og ferdigheter som kunne anvendes når vanskelige beslutninger skulle tas. En informant uttalte følgende:

«Det var snakk om at den medisinen kanskje ikke hadde noe for seg. At vi som pårørende skulle

bestemme om han skulle slutte med den eller ikke. Men da å skulle sitte der som pårørende og si at de skal stoppe den...det var litt dumt. Det er jo en lege som må ta den beslutningen. Basert på det de vet og hva som blir observert» (Informant 2).

Informanten beskriver her hvordan de som pårørende ble bedt om å ta avgjørelsen. Informanten opplevde likevel at de som pårørende ikke hadde den kunnskapen som var nødvendig for å gjøre en slik vurdering og vite hva konsekvensene av en slik avgjørelse kunne bli. Beslutningen opplevdes derfor uoverkommelig og medførte frustrasjoner for pårørende.

Flere informanter ønsket og forventet kunnskap som var nødvendig for å få på plass den hjelpen de hadde behov for. Kunnskap som kunne gjøre det lettere for dem å mestre utfordrende situasjoner i møtet med den demenssyke, og kunnskap som var nødvendig for å kunne medvirke på en hensiktsmessig måte. Ett unntak i datamaterialet var en mannlig informant som selv jobbet i kommunen, og beskrev å vite hvordan helsetjenesten fungerte:

«Jeg opplevde ingen problemer. Jeg fikk den hjelpen jeg hadde behov for (...) men jeg jobber jo i kommunen og vet hvordan jeg skal gå fram for å finne ut av ting liksom...jeg vet hvordan det fungerer» (Informant 5).

Informanten opplevde å ha kunnskapen som var nødvendig for å vite hvordan han skulle gå fram for å påvirke planlegging og gjennomføring av helsehjelpen. Informanten fortalte at han opplevde å være trygg når avgjørelser skulle tas, og at han hadde innflytelse på det som foregikk. I lys av vår tolkning var denne informantens evner, og således også forutsetninger for involvering, derfor større.

HELSEPERSONELLS HOLDNINGER

Under intervjuene fortalte flere av informantene at de ikke ble møtt på sine behov. De forklarte hvordan de ikke ble hørt når de ba om mer hjelp, og formidlet en opplevelse av at det ikke ble lagt til rette for samarbeid mellom helsepersonell og dem som pårørende. Flere formidlet en opplevelse av at helsepersonell ikke tok initiativ til å involvere pårørende i beslutninger. En av informantene fortalte fra et samarbeidsmøte i spesialisthelsetjenesten:

«Vi satt på et møterom (...) Det var iskaldt på en måte. Jeg hadde jo lyst til å bryte sammen og forsvinne ned i et hull når jeg satt der. Det var

veldig sånn fakta, praktiske opplysninger om hva de hadde gjort (...). Jeg tenker liksom at...hvis de i alle fall hadde spurt: Hva tenker du om det her? Et eller annet. Men det var liksom bare sånn: Nå har vi funnet ut av det. Dette er planen videre. Jeg følte at det ikke var noe vits i å si noe» (Informant 1).

Informanten beskriver her en opplevelse av at helsepersonellet på møtet ikke var opptatt av hva hun mente om saken. Hun beskrev i intervjuet et ønske om å bli sett og hørt og at noen spurte henne om hva hun mente ville være beste løsning. Selv om intensjonen bak samarbeidsmøtet i utgangspunktet var et forum for samarbeid, så opplevde informanten sine muligheter for å medvirke som begrenset. Opplevelsen medførte at hennes motivasjon for å ytre sine meninger ble svekket.

Informantene beskrev behov for støtte fra helsepersonell i forhold til egen situasjon og når avgjørelser skulle tas. Behovet for støtte hang tett sammen med hvilke utfordringer de stod i. En informant hadde behov for støtte i forhold til hvordan hun skulle gripe inn når den som var syk, truet med å ta livet sitt:

«Hun kunne stå nede i stuen og rope om hjelp. Jeg tenkte jo at det her...herregud altså...er hun psykotisk? Hva skal jeg gjøre? For hun kunne rope om hjelp...prate litt sånn at vi ikke forsto...en atferd som var veldig sånn irrasjonell da....skummelt...vi visste ikke hva vi skulle gjøre» (Informant 1).

Flere av personene som var rammet av FTD, utførte handlinger som kunne medføre skade på dem selv. Disse situasjonene opplevdes spesielt utfordrende for de pårørende. Slik vi tolker informantenes beskrivelser, så følte de ansvar i disse situasjonene, samtidig som det var vanskelig å gripe inn. Behovet for støtte og veiledning ble da ekstra stort.

Pårørendeinvolveringen skjer i selve samspillet mellom helsepersonell og pårørende og stiller krav til kommunikasjon. Fire av fem informanter opplevde manglende kommunikasjon med helsepersonell og arenaene for samarbeid som begrenset. Flere fortalte at de aldri var på møter med helsepersonell. Deres samhandling foregikk over telefonen, og informantene sa det var de som pårørende som måtte ta kontakt. Noen opplevde at ansvarspersonene var utilgjengelige og ikke gjorde det de hadde sagt de skulle gjøre:

«Vi ble lovet at uansett hvilket svar de fikk på prøvene under utredningen, så skulle vi bli kalt inn til

et møte og gå gjennom alt. Å snakke med oss. Det var i desember i fjor og ennå har vi ikke vært på det møtet» (Informant 3).

De fleste informantene ønsket regelmessige møter med involverte parter i helsetjenesten. Dette gjaldt både i kontakten med spesialisthelsetjenesten og i kontakten med kommunehelsetjenesten. Informantene forventet at helsepersonell skulle ta initiativ til dialog og innkalle til møter. En av informantene sa følgende:

«Det burde være en eller annen representant fra nav eller bydelen som kaller inn til møte...som sier at sønnen deres har fått sånn og sånn diagnose og vi må ta en prat, her er rettighetene og her er tilbudene. At vi kunne gå gjennom det sammen. Søk søk på det, søk på det...det var så tilfeldig» (Informant 4).

Informantenes muligheter for å involvere seg ble begrenset når de ikke hadde noe forum for å motta informasjon og kunnskap eller formidle sine ønsker og behov.

Diskusjon

I denne artikkelen anser vi pårørendeinvolvering som deltakelse i aktivitet, og således som en subjektiv opplevelse som påvirkes av flere ulike faktorer. Det empiriske materialet viser at informantene opplevde en rekke utfordringer i samarbeidet med helsepersonell, som med utgangspunkt i et aktivitetsperspektiv kan tolkes som barrierer for pårørendeinvolvering hos pårørende til personer med FTD. Studiens funn synliggjør også, i tråd med tidligere forskning, at begrenset involvering og utfordrende samarbeid med helsetjenesten representerer en ekstra belastning for pårørende (jf. Dybwik, Tollåli, Nielsen & Brinckmann, 2011; Larsen et al., 2016; Lord, Livingston & Cooper, 2015).

En forutsetning for at involveringen skal oppleves som positiv for pårørende selv, vil ifølge et aktivitetsperspektiv avhenge av om den gir en opplevelse av mening og bidrar til mestring (Bendixen et al., 2008; Kielhofner, 2010). Vi forstår pårørendeinvolvering som avhengig av både den enkelte pårørende og hans eller hennes personlige vilje, vanedannelse og utførelseskapasitet, samt hvordan disse påvirkes av omgivelsene (jf. Kielhofner, 2010). I tråd med dette har vi i denne studien identifisert to sammenvevde barrierer for pårørendeinvolvering.

Denne studien viser at pårørende til personer

med FTD rapporterer et betydelig behov for informasjon, og at de opplever tilgangen til nødvendig informasjon og kunnskap som begrenset. Mangel på nødvendig kunnskap om sykdom, situasjon og organisering ble beskrevet som barrierer for hensiktsmessig involvering i beslutninger om helsetjenester. Informantene hadde ulike ønsker og behov for kunnskap, og behovet varierte gjennom forløpet. Kielhofner (2010) viser med begrepet utførelseskapasitet, at pårørendes evner omhandler både en objektiv og en subjektiv side. På den ene siden handler det om den kunnskapen som den enkelte handling eller beslutning krever. På den andre siden handler det om deres egen opplevelse av hvilke kunnskaper som kreves, og hvordan de erfarer og mestrer det de står i. Opplevelsen av å ha den nødvendige kunnskapen og opplevelsen av mestring blir med et slikt utgangspunkt like viktig for pårørendes involvering som selve tilgangen til nødvendig kunnskap.

En måte å fremme pårørendeinvolvering hos pårørende til personer med FTD på er derfor å vurdere behovet for kunnskap og tilby nødvendig informasjon og støtte som fremmer opplevelsen av mestring. Hva som er tilstrekkelig, kan ses i sammenheng med pårørendes forventninger til egen rolle og til helsepersonell. Kielhofner (2010) synliggjør gjennom sitt fokus på omgivelsenes påvirkning på viljemesige tanker og følelser hvordan lovverk og føringer kan være styrende for hvilke forventninger pårørende har til helsepersonell og til seg selv. Lovverket anerkjenner pårørendes informasjons- og kunnskapsbehov, og understreker at både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal sørge for at både pasient og pårørende skal få den informasjonen de har rett til å få (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 3-11; Helsepersonelloven, 2001, § 10; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, § 4-2a). Dette kan være en årsak til at informantene hadde forventninger om at helsepersonell skulle tilby den informasjonen de hadde behov for, og hvorfor de gjennomgående anvendte begrepet informasjon. En slik forventning til helsepersonell kan bli problematisk om ikke helsepersonell har den samme oppfatning eller ikke møter pårørendes forventninger. På samme måte kan det skape konflikt om helsepersonell forventer at pårørende skal finne ut av ting på egen hånd, og pårørende ikke kan eller føler seg i stand til det. Om forventningene til pårørendes kunnskaper og kapasitet er for store, deres forventninger i samarbeidet med helsepersonell er uklare, eller pårørende har urealistiske forventninger til hel-

sepersonells oppfølging, så vil dette med utgangspunkt i Kielhofner (2010) kunne skape frustrasjoner og bli en barriere for involvering. Tidligere forskning har argumentert for informasjons- og kunnskapsutveksling mellom pårørende og helsepersonell som en sentral faktor for om pårørendeinvolvering skal oppnås (Larsen, 2017), og at forventnings- og rolleavklaringen mellom helsepersonell og pårørende bør være tydelig (Abrahamson, Sutor & Pillemer, 2009; Norheim & Vinsnes, 2012).

Pårørendeinvolvering i planlegging og gjennomføring av helsehjelp til personer med FTD kan innebære alt fra å motta informasjon om diagnoser, prognoser og behandling til å ta selvstendige beslutninger på vegne av pasienten (Bøckmann & Kjellebold, 2010). Vurdering av brukers samtykkekompetanse spiller også inn, og dermed også progresjon og symptombildet knyttet til sykdommen. Denne variasjonen viste seg også i undersøkelsens resultater, der noen ikke fikk beskjed om det som foregikk, mens andre opplevde å være involvert og ha påvirkningsmulighet. Det store spriket mellom ytterkantene kan skape usikkerhet rundt hvilken rolle pårørende skal ha i samarbeidet med helsepersonell. Studiens funn viser at pårørende ønsket og forventet å bli involvert i beslutninger og ha en aktiv rolle i samarbeidet med helsepersonell. Deres beskrivelser taler likevel for at dette ikke skjedde, og at deres forventninger til rollen som pårørende ikke ble møtt. Kielhofner (2010) synliggjør gjennom sitt rollebegrep at mennesker er avhengige av å vite hvor de skal plassere seg i forhold til andre for å kunne handle effektivt og på en god måte. Om det framstår uklart for pårørende hvilken rolle de skal ha, eller at helsepersonell ikke handler i tråd med deres forventninger om egen rolle i planlegging og gjennomføring av helsehjelp, så kan denne tvetydigheten skape usikkerhet og dermed bli en barriere for involvering.

En av informantene hadde god kjennskap til kommunen fra tidligere og hadde heller ikke de samme forventninger til støtte og veiledning fra helsepersonell. En årsak kan være at han på grunn av sin kunnskap visste hvilken oppfølging de gir. En annen årsak kan være at han visste han hadde de nødvendige kunnskaper og følte seg trygg når avgjørelser skulle tas. En tro på at en har de evner som kreves og at man kan påvirke det som skjer, er ifølge Kielhofners (2010) teori om menneskers vilje en sterk motivasjonsfaktor for involvering. Studiens funn synliggjør at informantens opplevelse

av hvordan de ble møtt av helsepersonell hadde betydning for hvordan de vurderte sine muligheter til å påvirke det som foregikk. Også tidligere norske studier har påpekt at helsepersonells holdninger er av betydning for pårørendeinvolvering (Hanssen & Sommerseth, 2014; Norheim & Sommerseth, 2014). Ut ifra resultatene er det tydelig at når informantene ikke opplevde at helsepersonell åpnet for deres involvering eller ga uttrykk for å ønske deres meninger, så hemmet dette deres motivasjon og tro på egen påvirkningskraft. Kielhofner (2010) forklarer dette med at viljemessige tanker i form av motivasjon dreier seg om hvilke tanker mennesker har om egen kapasitet og påvirkningskraft, den betydningen som illegges det vi gjør, og den tilfredstilelsen vi opplever når vi gjør noe. Pårørendes opplevelse av involveringen vil derfor hemmes om de ikke involveres eller opplever at deres meninger har verdi.

Som tidligere undersøkelser viser også denne studien at pårørende til personer med FTD har behov for støtte av helsepersonell (Caceres et al., 2016; Chow, Pio & Rockwood, 2011; Johannesen et al., 2017). Støtten så ut til å være ekstra viktig i situasjoner der informantene følte seg utrygge på hva de skulle gjøre eller på beslutninger som skulle tas. De ønsket å bli sett og hørt av helsepersonell og at helsepersonell skulle legge til rette for involvering. Studien synliggjør at pårørende i stor grad er avhengige av helsepersonell for å være involvert. Helsepersonells holdninger, og dermed også handlinger, har stor betydning for pårørendes motivasjon, hva de foretar seg i møtet med helsetjenesten, og om de får tilgang til det de har behov for. Manglende tilrettelegging for samarbeid i form av fysiske møtepunkter og tilgjengelighet ble en barriere for involveringen i planlegging og gjennomføringen av helsehjelp til personen med FTD. Når det ikke ble lagt til rette for at informantene fikk formidlet sine ønsker og behov, så opplevde de sine muligheter for å påvirke det som foregikk, som begrenset. Forskning som tidligere er gjort på pårørendeinvolvering, legger vekt på at samarbeid mellom pårørende og helsepersonell bør være strukturert (Böckmann & Kjellevoid, 2010; Jonasson, Westerlind, Liss & Berterö, 2010; Larsen, 2017). Tid til planlagte samtaler med pårørende er dratt fram som en forutsetning for et godt pårørendesamarbeid (Eines & Lykkeslet, 2008; Majerovitz, Mollot & Rudder, 2009; Rognstad, Sagbakken & Nåden, 2015).

Denne studien har undersøkt om et aktivitetsperspektiv på pårørendeinvolvering kan gi økt forstå-

else av de utfordringer som beskrives, og således bidra med viktig kunnskap om barrierer for pårørendeinvolvering hos pårørende til personer med FTD. Studiens begrensninger er knyttet til få informanter, valg av design og teori og ikke minst forfatterens fortolkning. Annet helsepersonell eller andre brukere kan ha ulike erfaringer og meninger om pårørendeinvolvering enn det vi har analysert fram i denne artikkelen. Samtidig mener vi studiens funn styrkes gjennom struktur i analysearbeidet, bruk av teoretisk distanse, samt de tre forfatternes ulike fagbakgrunn, noe som har resultert i flere faglige diskusjoner knyttet til forståelsen av datamaterialet. Denne studiens styrke er også at den bidrar med kunnskap om et felt, pårørendeinvolvering knyttet til personer med FTD, hvor det i dag eksisterer svært få studier. Denne studiens resultater kan derfor ha overføringsverdi av betydning for praksisfelt, men også for videre forståelse eller forskning på området.

IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS

Studien synliggjør pårørendeinvolveringens kompleksitet og indikerer at tiltak rettet mot å fremme pårørendeinvolvering hos pårørende til personer med FTD bør være forankret i pårørendes egen opplevelse og pårørendeinvolvering som resultat av et dynamisk samspill. Dette stiller krav til en helhetstilnærming og en forståelse av at en rekke ulike forutsetninger må være til stede om pårørendeinvolvering skal lykkes. Ergoterapeuters innsatsområder er vanligvis rettet mot utfordringer som er knyttet til brukeres forutsetninger for aktivitet og deltakelse, aktivitetens art, sammensetning og betydning, menneskelige og materielle omgivelser samt spillet mellom disse (Bendixsen et al., 2008). Denne artikkelen synliggjør at de samme innsatsområder er aktuelle når helsepersonell skal forstå og arbeide fram pårørendeinvolvering hos pårørende til personer med FTD.

Referanser

- Abrahamson, K., Sutor, J.J. & Pillemer, K. (2009). Conflict between nursing homestaff and residents' families. Does it increase burnout?, *Journal of Aging and Health*, 21 (6), 895-912. doi: 10.1177/0898264309340695
- Bendixen, H.J., Madsen, A.J. & Tjørnov, J. (2008). Begreper og referencerammer i ergoterapi. I T. Borg, U. Runge, J. Tjørnov, Å. Brandt & A.J. Madsen (Red.), *Basisbog i ergote-*

- rapi (2.utg) (s. 190-238). København: Forlaget Munksgaard.
- Böckmann, K. & Kjellehold, A. (2010). *Pårørende i helsestjenesten – En klinisk juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Caceres, B.A., Frank, M.O., Jun, J., Martelly, M.T., Sadarangani, T. & Cesar de Sales, P. (2016). Family caregivers of patients with frontotemporal dementia: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 55, 71-84. doi: 10.1016/j.ijnurstu
- Chow, W., Pio, F.J. & Rockwood, K. (2011). And international Needs Assessment of Caregivers for Frontotemporal Dementia. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 38, 753-757. doi:10.1017/S0317167100054147
- de Vugt, M.E., Riedijk, S.R., Aalten, P., Tibben, A., Swieten, J.C & Verhey, F.R.J. (2006). Impact of Behavioural Problems on Spousal Caregivers: A Comparison between Alzheimer's Disease and Frontotemporal Dementia. *Dementia and Geriatric Disorders*, 22, 35-41. doi: 10.1159/000093102
- Diehl-Schmid, J., Schmidt, E.M., Nunnemann, S., Riedl, L., Kurz., Förstl, H., Cramer, B. (2013). Caregiver burden and need in frontotemporal dementia. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 26 (4), 221-229. doi: 10.1177/0891988713498467
- Dybwik, K., Tollåli, T., Nielsen, E.W. & Brinckmann, B.S. (2011). «Fighting the system»: Families caring for ventilator-dependent children and adults with complex health care needs at home. *BMC Health services Research*, 11. doi: 10.1186/1472-6963-11-156
- Eines, T.F. & Lykkeslett, E. (2008). Hvilke forhold kan bidra til opplevelse av tillit i relasjonen mellom helsepersonell og pårørende? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 4(1), 65-77.
- Hanssen, H. & Sommersteth, R. (2014). Den familiære relasjonens betydning for pårørendes behov i møtet med helsestjenesten. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 10 (2), 62-75. doi: 10.7557/14.3323
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. (Veileder IS-2587/2017). Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/parorendeveileder>, 27.03.19.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 (2012-2013)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/>, 27.03.19.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplanen 2020: «et mer demensvennlig samfunn»*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/3bbec72c19a04af88fa78ffb02a203da/demensplan_2020.pdf, 27.03.19.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*. (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>, 27.03.19.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (LOV-2018-12-20-113). Hentet fra [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse og omsorgstjenesteloven](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse%20og%20omsorgstjenesteloven), 01.04.19
- Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>, 01.04.19
- Johannessen, A., Helvik, A-S., Engedal, K. & Thorsen, K. (2017). Experience and needs of spouses of persons with young-onset frontotemporal lobe dementia during the progression of the disease. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 4, 779-788. doi: 10.1111/scs.12397
- Jonasson, L.L., Liss, P.E., Westerlind, B. & Berterö, C. (2010). Ethical values in caring encounters on a geriatric ward from the next of kin's perspective: An interview study. *International Journal of Nursing Practice*, 16(1), 20-26. doi: 10.1111/j.1440-172X.2009.01805.x.
- Kielhofner, G. (2010). *Modellen for menneskelig aktivitet. Ergoterapi til utdanning og praksis*. (2. Utg.). København: Munksgaard Danmark.
- Larsen, L.S., Normann, H.K. & Hamran, T. (2016). Continuity of home-based care for persons with dementia from formal and family caregivers' perspective. *Dementia*, 1-18. doi: 10.1177/1471301216682626
- Larsen, L.S. (2017). *Speaking in behalf of the person with dementia in home-based care. A qualitative study of collaboration between formal and family caregivers in Sami and Norwegian municipalities (Doktoravhandling, Norges arktiske universitet)*. Hentet fra <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/11485/thesis.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Lord, K., Livingston, G. & Cooper, C. (2015). A systematic review of barriers and facilitators to and interventions for proxy decision-making by family carers of people with dementia. *International Psychogeriatrics*, 27 (8), 1301-1312. doi: 10.1017/S1041610215000411
- Majerovitz, S.D., Mollot, R.J. & Rudder, C. (2009). We're on the same side: Improving communication between nursing home and family. *Health communication*, 24, 12-20.
- Mioishi, E., Foxe, D., Leslie, F., Savage, S., Hsieh, S., Miller, L & Piguet, O. (2013). The impact of dementia severity on caregiver burden in frontotemporal dementia and Alzheimer disease. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 27 (1), 68-73. doi: 10.1097/WAD.0b013e318247a0bc
- Mockford, C., Staniszewska, S., Griffiths, F. & Herron-Marx, S. (2012). The impact of patient and public involvement on UK NHS health care: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 24 (1), 28-38. doi: 10.1093/intqhc/mzr066
- Nicolaou, P. L., Kane, R. T., Egan, S. J. & Gasson, N. (2010). Identifying needs, burden, and distress of carers of people with Frontotemporal dementia compared to Alzheimer's disease. *Dementia*, 9(2), 215-235. doi: 10.1177/1471301209354024
- Norheim, A. & Sommersteth, R. (2014). Forutsetninger for pårørendeinvolvering i sykehjemstjenesten. *Nordic Journal of Nursing Research*, 34, 9-13, doi:10.1177/010740831403400303
- Norheim, A. & Vinsnes, A. (2012). Factors that influence patient involvement in nursing homes: staff experiences. *Vård i Norden*, 32 (3), 42-46. doi: 10.1177/010740831203200309

- Nunnemann, S., Kurz, A., Leucht, S. & Diehl- Schmid, J. (2012). Caregivers of patients with frontotemporal lobar degeneration: a review of burden, problems, needs, and interventions. *International Psychogeriatrics*, 24(9), 1368-1386. doi: 10.1017/S104161021200035X
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-2018-06-15-38). Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_5, 01.04.19
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9.ed). Philadelphia: Wolters Kluwer Health.
- Rasmussen, H., Hellzen, O., Stordal, E. & Enmarker, I. (2018). Family caregivers experiences of the pre-diagnostic stage in frontotemporal dementia. *Geriatric nursing*, 18. doi: <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.10.006>
- Rosness, T. A., Haugen, P. K. & Engedal, K. (2008). Support to family carers of patients with frontotemporal dementia. *Aging & Mental Health*, 12(4), 462-466. doi: 10.1080/13607860802224334
- Rognstad, M-K., Sagbakken, M. & Nåden, D. (2015). Pårørendes rolle som ressurs og samarbeidspartner: En studie med fokus på pårørende til pasienter med demenssykdom i sykehjem. *Nordic journal of Nursing Research*, 35 (1), 57-64. doi: 10.1177/0107408314560478
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (2. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.
- World Medical Association (2018, 9 juli). WMA Declaration of Helsinki - Ethical principles for medical research involving human objects. Hentet fra <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-objects/>
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatric. En medisinsk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.



Pårørendenvolvering skjer og oppstår i et dynamisk, relasjonelt og kontekstuell samspill mellom bruker, pårørende, helsepersonell og deres omgivelser. Det er særlig to barrierer som påvirker informantenes opplevelse av og muligheter for å være involvert: tilgang til nødvendig kunnskap og helsepersonells holdninger. Illustrasjonsfoto: Mostphotos

«Dette å føle at du er med, med i det som skjer, og det de unge gjør»

BEBOERE I OMSORG+ OG DERES ERFARINGER MED BRUK AV NETTBRETT

Av Idun Fjeldberg & Anne Lund



Idun Fjeldberg har mastergrad i ergoterapi fra OsloMet. Hun jobber i Oslo kommune i skolehelsetjenesten i bydel Gamle Oslo.



Anne Lund er førsteamanuensis ved OsloMet, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørutdanning.

«Dette å føle at du er med, med i det som skjer, og det de unge gjør»

Abstract

Background: The use of tablet computers can improve the quality of life for older adults by reducing loneliness and depression, and contribute to increased self-esteem and personal growth. Further knowledge is needed to understand how older adults use tablet computers in everyday life.

Aim: To explore how some residents in an assisted living use tablet computers in everyday life.

Method: Individual semi-structured interviews with six residents living in an assisted living were performed. Content analysis was used.

Results: Five categories were revealed: «A safe context with instructions and social support», «Tablet as a social tool», «An activity change in everyday life», «Tablet to keep up with trends» and «Tablets can also be experienced as hassle».

Conclusion: The study shows that the residents used the tablet computers as a tool to maintain and develop social relationships with family and friends in their everyday lives. They also demonstrated new ways of performing activities with the tablet computers. Some residents used the tablet computers to be updated on «everything that is going on». The daily support from the housekeeper seemed to be of importance to incorporate the tablet computers in meaningful activities. However, some also perceived the tablet computer as a hassle.

Keywords: older adults, tablet computers, everyday life, assisted living, activity theory

Manuset ble mottatt 04.01 2019 og godkjent 31.07. 2019.

Det eksisterer ingen interessekonflikter vedrørende dette manuskriptet.

Introduksjon

Samfunnet står i dag overfor demografiske, samfunnsmessige og helsemessige utfordringer med en sterkt voksende andel eldre (1). Dette er forventet å legge et stort press på helse- og omsorgstjenestene, og velferdsteknologi er et av tiltakene som er iverksatt for å bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste i framtiden.

Velferdsteknologi ser ut til å være et av flere viktige tiltak både på tjenestenivå og på individnivå for at de som ønsker, skal kunne bo lenger hjemme (2, 3). I Meld.St. 15 (2017-2018) Leve hele livet og Meld.St. 19 (2018-2019) Folkehelsemeldingen vektlegges målet om at velferdsteknologi skal etableres som et ordinært tilbud i alle kommuner i Norge (3, 4). Velferdsteknologi beskrives som teknologisk assistanse som kan bidra til økt trygghet, sikkerhet, sosial deltakelse, mobilitet og fysisk og kulturell aktivitet og styrker den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for sykdom og sosial, psykisk eller fysisk nedsatt funksjonsevne (2). Ut ifra denne beskrivelsen kan nettbrett forstås som velferdsteknologi.

Woll (5) skiller mellom passiv og aktiv teknologi, ut ifra hva teknologien krever av brukeren. Sensorteknologi kan sees som passiv ved at den for eksempel registrerer bevegelse uten at bruker har en aktiv rolle inn i teknologien. Motsatt vil nettbrett anses som aktiv teknologi, da det krever at brukeren samhandler med teknologien med hensikt om å oppnå noe (5). Nettbrett er kompleks teknologi med mange muligheter og blir stadig mer brukt blant eldre. I noen omsorgsboliger, også omtalt som Omsorg+, blir nettbrett utdelt gratis til alle beboerne som flytter inn. Omsorg+

er tilrettelagt for dem over 67 år med nedsatt funksjonsevne, og er samlokalisert med aktivitetssenter og kantine og døgnbemannet med husverter (6). Dette er i tråd med regjeringens fokus på å bygge boliger som kan fungere gjennom hele livsløpet (1). Slike boliger sammen med bruk av velferdsteknologi kan gi mennesker mulighet til å mestre eget liv, bidra til at flere kan bo i eget hjem lenger, og bidra til å forebygge eller utsette innleggelse på sykehjem (1). Studier viser at bruk av nettbrett kan forbedre Eldres livskvalitet ved å redusere ensomhet og depresjon (7, 8) og bidra til økt selvstendighet og personlig vekst (9, 10).

Denne artikkelen presenterer en studie som ser på hvordan noen beboere i en Omsorg+-bolig bruker nettbrett i hverdagslivet.

TIDLIGERE FORSKNING

Det er gjort en del studier om Eldres tilgang til og bruk av internett og digitale verktøy. En spørreundersøkelse i Norge studerte utviklingen til Eldres digitale hverdag fra 2014 til 2018 (11). Den viser at blant dem med internetttilgang er det 67 prosent daglige brukere av nettbrett. Nettjenestene de bruker mest, er nyheter, informasjonssøk, e-post/chat og sosiale medier (11). Slettemeås, Mainsah (11) viser at eldre bruker internett for å holde seg informert, kunne utføre tjenester hjemmefra og holde kontakt med familie og venner. Woll (5) fant at flertallet i en omsorgsbolig hadde latt nettbrettet bli liggende ubrukt i en skuff, samtidig som det var noen såkalte superbrukere som brukte det aktivt og så på det som nyttig, spesielt til å lese nettaviser.

Tsai, Shillair (10) viser at det

som gjør at eldre velger å ta i bruk nettbrett er å se at andre bruker det, at familie eller nære venner har anbefalt dem å ta det i bruk, eller at de får nettbrettet i gave. En annen studie belyser at det å tørre og prøve nye ting er avgjørende for at nettbrettet blir tatt i bruk (12). Det kan se ut til at de som har tidligere erfaring med PC, lettere tar i bruk og lærer seg nettbrett (10). En nylig studie gjort av Vaportzis, Clausen (13) fant at de eldre deltakerne brukte nettbrettet som en motivasjon for å bidra i samfunnet og for å holde kontakt med familie og venner.

Flere studier konkluderer med at sosial støtte er noe av det viktigste for at eldre tar i bruk nettbrett (10, 12, 13). Sosial støtte har betydning i startfasen, for å få eldre til å ville og tørre å ta i bruk nettbrettet (14). Videre er tilstrekkelig sosial støtte viktig i læringsprosessen og vil kunne bidra til bruk (12, 15). I læringsprosessen påpeker Barnard og Bradley (15) at tilgjengeligheten til både teknisk og emosjonell støtte er avgjørende. For dem som er engstelige for å ødelegge eller oppleve ikke å mestre bruk av teknologien, er det av stor betydning å ha støttepersoner tilgjengelig som kan hjelpe til hvis noe går galt (15). Vi ser både i nasjonale og internasjonale studier at det er tydelige forskjeller i hvordan eldre bruker nettbrett, og det antas at det er mange faktorer som spiller inn på om det blir tatt i bruk eller ikke (5, 16).

NETTBRETT SOM AKTIVITET I HVERDAGSLIVET

For å forstå nettbrett som aktivitet har vi valgt aktivitetsvitenskap som et teoretisk perspektiv. I aktivitetsvitenskap, som er en tverrfaglig disiplin, studerer vi

interaksjon mellom mennesket, aktivitet og omgivelser (17). «Activity theory» er oversatt til norsk som «virksomhetsteorien» og kan forstås som et teoretisk perspektiv innen aktivitetsvitenskap. Virksomhetsteorien har utspring i en læringstradisjon som bygger på Vygotskys arbeid i en kulturhistorisk tradisjon (18), og er beskrevet av flere norske forfattere (19-21). Vygotsky fokuserte på relasjonene mellom mennesker innbyrdes, og mellom mennesker og kontekst, for å forstå den dynamisk gjensidige avhengigheten mellom sosiale og individuelle prosesser (18). Han mente det var viktig å forstå sosialt utviklede, kulturelle redskaper som medierer prosesser mellom individene og konteksten (18, 22). Nettbrett kan i denne forståelsen beskrives som en artefakt, som er en gjenstand eller et produkt skapt av mennesker (23).

Virksomhetsteorien har som formål å forstå individer, så vel som de sosiale enhetene de danner i sitt hverdagsliv, gjennom en analyse av hvordan aktiviteter oppstår, struktureres og utvikles (22). Dette gjøres ved å søke og forstå relasjonene mellom menneskelig handling, og de kulturelle, institusjonelle og historiske kontekster den oppstår i (18). Engeström (24) knytter virksomhetsteorien til å utforske menneske-maskin-interaksjon, som er aktuelt for å forstå noen beboeres bruk av nettbrett i en Omsorg+-bolig, som vi gjør i denne artikkelen.

HENSIKT OG PROBLEMSTILLING

Hensikten med denne studien var å undersøke beboere i en Omsorg+ og deres erfaringer med bruk av nettbrett, og hvordan de inkluderer nettbrettet i hverda-

Tema	Spørsmål
Implementering av nettbrettet	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kan du fortelle meg litt om hvorfor du fikk dette nettbrettet? <ul style="list-style-type: none"> • Får alle det her i Omsorg+, eller er det noen utvalgte? • Hvor lenge har du hatt det? 2. Fikk du opplæring i hvordan du skal bruke nettbrettet? <ul style="list-style-type: none"> • Hvordan fikk du opplæring, og av hvem? 3. Hvordan synes du det var å lære seg å bruke nettbrettet?
Sosial kontakt	<ol style="list-style-type: none"> 4. Hvis du ser for deg en helt vanlig dag, hvem har du kontakt med i løpet av dagen? <ul style="list-style-type: none"> • Familie, venner, andre beboere, husverten • Besøk, telefon, skype, butikken 5. Har du kontakt med noen via nettbrettet? 6. Har din sosiale kontakt med andre mennesker endret seg etter at du tok i bruk nettbrettet?

Tabell 1: Utdrag fra intervjuguiden.

gen: *Hvordan bruker noen beboere i en Omsorg+-bolig nettbrett i hverdagslivet?*

Metode

En kvalitativ metode med innholdsanalyse er valgt som metodisk fremgangsmåte for å undersøke beboernes erfaringer og opplevelser med bruk av nettbrett (25, 26).

DATAINNSAMLING

Semistrukturerte individuelle intervjuer ble gjennomført av førsteforfatter (25). En intervjuguide ble benyttet med spørsmål knyttet til temaene: erfaringer med teknologi, implementering, bruk av nettbrettet, utforming, sosial kontakt og holdninger til teknologi. Førsteforfatter utviste skjønn med tanke på rekkefølgen på spørsmålene og hvilke oppfølgings spørsmål som ble stilt, ut fra hvordan dialogen utviklet seg med deltakeren. Dette ble gjort for å få fram deltakernes opplevelser og erfaringer (25) knyttet til bruk av nettbrett. Se tabell 1.

Intervjuene foregikk i Omsorg+ sine lokaler, og deltakerne bestemte selv hvor de skulle gjennomføres. Tre av intervjuene foregikk i deltakernes leilighet, to inne på et lukket kontor og ett i boligens fellesareal. Intervjuene hadde en varighet på fra 16 til 105 minutter. Det ble gjennomført lydopptak av alle intervjuene med samtykke fra deltakerne. Førsteforfatter transkriberte intervjuene ordrett i etterkant.

UTVALG

Deltakerne er rekruttert gjennom et større prosjekt, Assisted Living Project (27). Inklusjonskriteriene var at de måtte være over 67 år, beboere i en Omsorg+-bolig, samtykkekompetente, og brukere av nettbrett. Eksklusjonskriterier var å ha hatt nettbrettet i mindre enn tre måneder og å bruke nettbrettet sjeldnere enn ukentlig. Andreforfatter kontaktet husverten i Omsorg+, som forespurte aktuelle deltakere ut ifra inklusjonskriteriene. De beboerne som samtykket til å delta, ble da kontaktet direkte

Deltaker	Alder	Sivilstatus	Utdanning	Tidligere erfaring	Hatt nettbrettet i
Sverre	78	Aleneboende	Høyere utdanning	Smarttelefon, PC i jobben, nettbrett	2 år
Marit	83	Aleneboende	Høyere utdanning	Noe erfaring med PC i jobben	3 mnd
Per	73	Aleneboende	Høyere utdanning	Smarttelefon, PC privat og i jobben	1 år
Björg	77	Aleneboende	Grunnskole	Ingen	2,5 år
Hans	70	Aleneboende	Høyere utdanning	Smarttelefon, PC privat og i jobben	2,5 år
Astrid	88	Aleneboende	1-årig utdanning etter videregående	Smarttelefon, PC privat og i jobben, iPad	2,5 år

Tabell 2: Presentasjon av deltakerne med fiktive navn.

Deltaker	Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Delkategori	Kategori
Astrid	<i>Når det kommer vitser og sånn, så hender det jeg knipser dem av hvis det er litt lange vitser, for når det er kaffe her klokka 18 hver ettermiddag, så sitter vi jo her. Og da har jeg en del sånne vitser, og noen groviser og noen andre.</i>	Når jeg finner vitser så pleier jeg å ta skjermbilde, slik at jeg kan fortelle vit-sene høyt når det er kaffe her kl. 18.	Bruksområde	Bruk av nettbrett i sosiale settinger	«Nettbrett som et sosialt verktøy»

Tabell 3. Utdrag fra analysen fra meningsbærende enhet til kategori.

av førsteforfatter. Dette resulterte i seks deltakere (70-88 år), som presenteres i tabell 2.

ANALYSEPROSESS

Analyseprosessen startet allerede ved utforming av tema og intervjuguide (25). Analysemetoden som er brukt videre, er inspirert av Graneheim og Lundmans (26) retningslinjer for innholdsanalyse. Førsteforfatter leste gjennom de transkriberte tekstene flere ganger og noterte ned refleksjoner underveis, og dannet på den måten et helhetsinntrykk av datamaterialet. Forfatterne diskuterte helhetsinntrykk, og deretter ble meningsbærende enheter knyttet til problemstillingen identifisert. Disse ble fortettet, og det ble utviklet kondenserte meningsbærende enheter. Videre ble

disse kodet, og det ble utarbeidet delkategorier og kategorier som fremstiller det synlige og åpenbare innholdet i materialet (26). Koder, delkategorier og kategorier ble diskutert mellom førsteforfatter og andreforfatter. Dette var en kontinuerlig prosess hvor forfatterne diskuterte og analyserte fram og tilbake mellom helheten og delene av teksten (26). Meningsbærende enheter, kondenserte meningsbærende enheter, koder, delkategorier og kategorier ble skrevet inn i Microsoft Excel for å systematisere og skape oversikt over datamaterialet. Se tabell 3.

ETISKE VURDERINGER

Denne studien er tilknyttet Assisted Living-prosjektet og godkjent av Norsk samfunnsvi-

tenskapelig datatjeneste (NSD) (Nr. 47996/3/ASF). Regional etisk komité (REK) har vurdert Assisted Living-prosjektet og tilrådet at det ikke kreves godkjenning for å kunne gjennomføre prosjektet, da det ikke går under helseforskning (Nr. 2015/2413). Deltakerne ble informert både muntlig og skriftlig om studiens formål og metode, og alle skrev under på samtykkeskjema til deltakelse. Det var frivillig å delta, og deltakerne kunne trekke seg når som helst. Vi har vist aktsomhet for å ivareta personvern og anonymitet.

Resultater

Resultatene presenteres i fem kategorier med eksempler som beskriver hvordan deltakerne bruker nettbrettet i hverdagslivet: «En trygg kontekst med opplæ-

ring og sosial støtte», «Nettbrett som et sosialt verktøy», «En aktivitetsendring i hverdagen», «Nettbrett for å være med i det som skjer» og «Nettbrett kan også være et styr».

«EN TRYGG KONTEKST MED OPP- LÆRING OG SOSIAL STØTTE»

Ut i fra deltakernes beskrivelser er det tydelig at konteksten Om-
sorg+ har betydning for hvordan de bruker nettbrettet. Deltakerne fortalte at nettbrettet er en del av tilbudet i Omsorg+-boligen og blir tildelt gratis når de flytter inn. De har ingen kostnader med selve nettbrettet eller for å få nettilgang, og deltakerne vektla dette som en viktig faktor for at de valgte å ta det i bruk. I tillegg fikk alle deltakerne tilbud om én-til-én-opplæring i bruk av nettbrettet. Et par av deltakerne ønsket ikke opplæring og ville finne ut av ting på egen hånd. Andre deltakere ønsket opplæring enten fordi de ikke var vant med Android-systemet fra tidligere, eller fordi de rett og slett ikke følte seg kyndige nok på en slik type teknologi. Opplæringen ble gitt av en av husvertene som jobber i Omsorg+. Flere fortalte at det var husverten som hadde lært dem det de kan, og at opplæringen derfor har vært viktig for å mestre bruken av nettbrettet. Samtidig virket det som opplæring var et stående tilbud hvis noen ønsket å lære seg mer, noe flere utyret at de ønsket.

Det er husverten som har lært meg det jeg kan nå da. Snakke med forskjellige... ringe til sønnene mine for eksempel, og til venninner.. også se på aviser.
Björg, 77 år

Tilstedeværelsen til husvertene ble beskrevet som viktig og betryggende når det gjaldt bruk

av nettbrettet. Det er alltid en husvert til stede i boligen, tilgjengelig for spørsmål eller som kan bistå med hjelp. Deltakerne fikk spørsmål om hva de ville gjort hvis det var noe med nettbrettet de ikke fikk til, og da svarte de fleste at de ville spurt husverten om hjelp. Det ble fortalt om flere hendelser hvor de hadde gjort nettopp det, og hvor fint det var alltid å ha en de kunne ringe til hvis de trengte hjelp.

Det er fint å ha en sånn husvert her på huset. Det er veldig bra, for de hjelper oss med alt egentlig. Sånn fra å skifte lyspærer og alle sånne ting, og ikke minst å kunne spørre om nettbrettet da.

Sverre, 78 år

Det ble også nevnt at det var godt å ha andre støttepersoner, som familie og venner som var kyndige på nettbrett og kunne hjelpe til hvis det var noe. Deltakerne ga uttrykk for at sosial støtte fra dem rundt var viktig for hvordan de brukte nettbrettet i hverdagen.

«NETTBRETT SOM ET SOSIALT VERKTØY»

Deltakerne fortalte om det sosiale miljøet i Omsorg+ og at hver ettermiddag var det felleskaffe for beboerne, noe flere av dem pleide å delta på. Det ble fortalt historier om hvordan nettbrettet ble brukt i slike sosiale settinger. En deltaker fortalte at hun pleide å ta skjerm-
bilde av vitser hun kom over på Facebook, slik at hun kunne fortelle dem til felleskaffen. Det ble også nevnt at nettbrettet ble brukt til å søke opp og finne fasit hvis det oppsto diskusjoner og de var uenige om hvem som hadde rett. På den måten fikk de klarhet med en gang.

Hvis vi sitter og diskuterer her, det gjorde jeg senest i går. Behøver ikke sitte å krangle og diskutere, så bare tar jeg opp nettbrettet også leter.. da ser vi jo hva som er riktig, og hva vi lur på og sånn. (...) Da kan dem bare si til meg "Ta opp den derre greia di da".

Astrid, 88 år

For noen av deltakerne handlet nettbrettet i stor grad om å opprettholde sosiale relasjoner. Noen av deltakerne hadde familien langt unna og brukte derfor nettbrettet for å holde kontakt med dem. En annen deltaker brukte Facebook aktivt og brukte det som en offentlig dagbok, hvor hun hver kveld la ut bilder og oppdatering om hva hun hadde gjort den dagen. Slik opprettholdt hun kontakt med mange bekjente.

Jeg legger inn på Facebook hver dag. Jeg har dagboken min der jeg... Daglig oppdatering og offentlig dagbok (ler)..

Astrid, 88 år

«EN AKTIVITETSSENDING I HVERDAGEN»

Deltakernes beskrivelser viser at nettbrettet gjør en forskjell i hverdagen, enten ved at det gjør noen aktiviteter lettere å utføre, eller ved at det muliggjør nye aktiviteter. De viktigste aktivitetene som hadde blitt enklere å utføre, var å betale regninger og handle matvarer. Ved å ta i bruk nettbank slapp de å bruke brevgiro eller gå i banken for å betale regninger. De fleste deltakerne hadde begynt å handle på Kolonial.no og var fornøyde med hvor lett og fint opplegg det var. Flere av deltakerne brukte rullator, noe som gjorde det tungt og vanskelig å få med seg matvarer hjem. Det ble fortalt om at de tidligere var

avhengige av familie til å hjelpe til med handlingen, men at de ikke trengte det lenger.

For det jeg måtte gjøre før var jo å ringe ekskona, så dro vi og handlet også hjalp hun meg å bære opp. Det slipper jeg nå.. (...) Så nå kan jeg jo utføre alle de tingene som jeg trenger, inklusivt å bestille varer fra kolonialen eller marked.no.
Hans, 70 år

Etter at deltakerne fikk nettbrettet, benytter de seg i mindre grad av aviser i papirform, da de nå leser nyheter digitalt. For noen har det også skjedd en endring i hvordan de kommuniserer med familie og venner. Et par av deltakerne har tatt i bruk Skype og har nå muligheten til å se familien til tross for at de bor langt unna.

Jeg bruker Skype, for da har jeg følelsen av at dem er her.. for jeg ser dem vet du.
Björg, 77 år

Deltakerne fortalte at nettbrettet har blitt en del av hverdagen, og at de daglig er inne og har sine rutiner på hvordan de bruker nettbrettet. Deltakerne bruker nettbrettet i ulik grad, men de har til felles at de ser på nettbrettet som nyttig i hverdagen. Det ble brukt ord som vital, uunnværlig og nyttig når de beskrev hvordan de så på nettbrettet.

Jeg kunne jo ikke unnvære det mer (...) Det er som jeg sier, jeg har hele arkivet mitt der jeg, av bilder og alt som er.
Astrid, 88 år

«NETTBRETT FOR Å VÆRE MED I DET SOM SKJER»

Samtlige av deltakerne vektla betydningen av å bruke nettbrettet til å lese aviser og holde

seg oppdatert på nyheter, både via nettaviser og NRK TV. En av deltakerne fortalte at hun pleide å diskutere nyhets saker med sønnen sin, og at hun ofte var mer oppdatert enn han.

Jeg følger veldig med på nyheter, og da sier sønnen min "det er så fint mamma, at du følger med og holder deg orientert", for jeg forteller jo han da. Han har liksom blir eksaminatoren min. Da blir jeg veldig stolt da, når han sier det.

Marit, 83 år

Det ble også trukket fram at det var nyttig å kunne søke oppdatert kunnskap på nettbrettet i stedet for å bruke leksikon, som ble omtalt som gammeldags og inneholdt utdatert kunnskap. Deltakerne gav generelt uttrykk for at de syntes det var viktig å holde seg oppdatert på nyheter og være med på det som skjer i verden, mye fordi de ønsket å henge med på hva barn og barnebarn gjør.

Om dette å føle at du er med. Med i det som skjer, og det de unge gjør. For det er litt godt for oss gamle da, for å kalle det godt.

Marit, 83 år

«NETTBRETTET KAN OGSÅ VÆRE ET STYR»

Det er tydelig at deltakerne forbinder nettbrettet med noe positivt med mange fordeler, men det ble også trukket fram at det hadde noen svakheter. Det ble til og med nevnt at nettbrettet til tider kunne oppleves som et styr. Flere nevnte at nettbrettet hadde et lite minne, som gjorde at nettbrettet hang seg opp. Da måtte applikasjoner og bilder slettes for å få nettbrettet til å fungere igjen.

Men nå har det nettbrettet vi

fikk en svakhet, og det er at det har for lite minne. Så nå stopper avisen å fungere. Så nå må den rense og slette, og ja.. det er et styr det og.

Hans, 70 år

Et par av deltakerne trakk fram at det noen ganger kunne bli litt for mye teknologi og nesten litt overveldende å skulle lære seg så mye nytt. De hadde ikke så mye erfaring fra tidligere og følte innimellom at det ble litt for mye for dem. En annen deltaker syntes det var litt godt å være gammel, for da slapp hun det å sette seg inn i nye ting hele tiden.

Jeg er mest forundret jeg, også er jeg såpass gammel at dette å lære.. ja, det burde jo stå høyt.. ha den innstillingen enda, men jeg synes jo det er godt å være gammel på en måte da, og slippe å sette seg inn i for mye nytt.
Marit, 83 år

En annen deltaker syntes at nettbrettet var tungvint å bruke sammenlignet med iPhoneen hans. Han synes det var mye lettere å ta iPhoneen, for den kunne han putte i lomma. Det likte han spesielt godt fordi han var dårlig til beins og brukte rullator, og derfor ikke hadde noen hender fri når han gikk. Det opplevdes derfor som et styr å skulle frakte med seg nettbrettet.

iPhoneen er kjekk for den kan jeg ha i lomma ikke sant.. det er så veldig mye enklere å ta mobilen i hånda når jeg sitter i stolen min, enn det er å ta det nettbrettet. Det må jeg ærlig innrømme.

Per, 73 år

Diskusjon

Hensikten med studien var å

undersøke hvordan noen beboere i en Omsorg+ bruker nettbrett i hverdagslivet. Vi vil diskutere resultatene ut fra virksomhetsteorien og tidligere forskning.

Deltakerne vektla at opplæring og sosial støtte har betydning for bruk av nettbrettet. Det at Omsorg+ delte ut nettbrettet gratis, var en viktig og for noen avgjørende faktor for at nettbrettet ble tatt i bruk, noe en tidligere studie også har funnet (10). Konteksten med sosial støtte ser ut til å være sentral for hvordan deltakerne har begynt å bruke nettbrettet, og kan forstås ut fra virksomhetsteorien hvor relasjoner mellom mennesker og kontekst er av betydning for å utføre en meningsfull aktivitet (18). Wittek (28) mener at læring og utvikling må ses i sammenheng med de omgivelsene og ressursene som den lærende har tilgang på. Å etablere gode rutiner for opplæring og oppfølging av nye tjenestemottakere ses som en viktig forutsetning for å lykkes med velferdsteknologi (29). Deltakerne har til enhver tid en husvert i Omsorg+ de kan spørre om hjelp og få opplæring fra. Tidligere studier viser at oppmuntring og støtte vil kunne legge til rette for læring (15). Deltakerne vektla betydningen av husvertens tilstedeværelse, og de ga inntrykk av at terskelen var lav for å spørre husverten om hjelp. Lee og Coughlin (30) viser i sin litteraturstudie at adgang til teknisk støtte og støtte fra familie og nærmiljø er viktige faktorer for teknologibruk blant eldre. Tilgangen til støtte vil påvirke hvordan de opplever utfordringer med nettbrettet (15), og det kan oppleves som enklere å takle utfordringer når det er noen tilgjengelig til å hjelpe til (14). Ut ifra virksomhetsteorien kan deltakernes bruk

av nettbrett (artefakt) forstås som at de utfører bruken i sin nærmeste utviklingszone og med støtte fra den kompetente andre (21), som her er husverten.

Deltakerne uttrykker at nettbrettet har ført til en endring i valg av aktiviteter og hvordan de utfører disse selvstendig i hverdagslivet, som for eksempel å handle matvarer på Kolonial.no og betale regninger i nettbank. Å utføre aktiviteter selvstendig eller med mindre hjelp kan ha motivert til teknologibruk, noe som også er funnet i andre studier (10, 31). Deltakerne viser nye aktivitetsmuligheter ved at de kan snakke med familie og venner via ulike kommunikasjonskanaler, eller ved å få tilgang til et større utvalg av aviser og nyheter på nettsider gjennom nettbrettet. Denne måten å bruke nettbrettet på ser ut til å ha skapt en personlig mening og vektlegger betydningen av støttepersoner som familie og husvert, samt konteksten de er en del av ved å bo i Omsorg+. Denne endringen forstås som at deltakerne skaper en ny identitet ved å gjøre aktiviteter på nye måter innenfor den historiske, sosiale og kulturelle kontekst de lever i (32). Deltakerne i vår studie er alle aleneboende, som i en studie assosieres med ensomhet og økt risiko for redusert helse og død (33). At de er aleneboende, kan ha påvirket motivet for bruk av nettbrettet. Deltakerne viser betydningen av å utvikle og opprettholde sosiale relasjoner ved bruk av nettbrett, som kan bidra til å forebygge ensomhet og isolasjon (7, 8) og være med å fremme retten til aktivitet og deltakelse.

Etter å ha tatt i bruk nettbrettet fortalte flere av deltakerne at de har begynt å kommunisere med familie og venner via ulike

kommunikasjonskanaler som Facebook og Skype. Ravneberg og Söderström (35) påpeker at menneskers kommunikasjons- og samhandlingsmetoder har utviklet og forandret seg de siste tiårene i tråd med at teknologien har utviklet seg, og støttes av vår studie. Dette med å holde seg oppdatert og med i det som skjer, ble vektlagt av alle deltakerne og kan forstås som et motiv for at de velger å bruke nettbrettet. Luijkx og Peek (14) viser at eldre velger å bruke Skype eller sosiale medier for å snakke med og få innsikt i barn og barnebarns liv. Dette kan skape en følelse av å være mer knyttet til familien, være en del av fellesskapet og det som skjer i omverdenen (10, 36). Som en av deltakerne i denne studien sa, så har det betydning for mange eldre: «*Dette å føle at du er med, med i det som skjer, og det de unge gjør*», som også er et eksempel på motiv innen virksomhetsteorien. Virksomhet karakteriseres ved alltid å være motivert og målrettet, at det er sammenheng mellom motiv og mål, og at det i prosessen mellom motiv og mål oppleves en grad av meningsfullhet (20). En annen studie støtter også opp under at teknologien må oppleves som meningsfull for at den skal integreres i hverdagen og i tillegg være i tråd med deres behov (34).

Denne studien viser at nettbrett også kan oppleves som et styr ved at det er mye å sette seg inn i, lite minne, eller at nettbrettet stopper opp og ikke fungerer som det skal. Dette kan være en av de største barrierene for teknologibruk, da brukere kan bli skeptiske og miste tillit til teknologien (5). Nettbrettet forstått som en artefakt og som ikke møter deltakerens mål kan være en trussel for motivet for nettbrettbruk (23). En

norsk undersøkelse viser at en av tre eldre mener de faller av lasset i den teknologiske utviklingen, og seks av ti mener at mange eldre tvinges til å delta i dagens teknologiutvikling (11). Allikevel synes halvparten at utviklingen er spennende og gir dem flere muligheter til å delta i samfunnet (11), noe flere av deltakerne i denne studien uttrykte. Norges institusjon for menneskerettigheter (37) påpeker at det er en menneskerettslig utfordring å nå fram til alle eldre og tilrettelegge for at de får den informasjons-, kommunikasjons- og tjenestetilgangen de har krav på, der stadig flere tjenester kun er tilgjengelige digitalt. Vår studie inviterer til at ansatte i Omsorg+-boliger, helsepersonell og pårørende retter oppmerksomhet mot at vi lever i en stadig mer digitalisert verden som kan være en menneskerettslig utfordring og vil ha betydning for den enkeltes mulighet og rett til aktivitet og deltakelse i samfunnet.

Styrker og svakheter ved studien

Bruk av individuelle intervjuer har gitt rike og utfyllende data. Intervjuguiden hadde både åpne og mer direkte spørsmål og kan ha vært styrende for hva deltakerne snakket om og dermed innvirket på resultatene. Vi har tilstrebet å være transparente gjennom hele forskningsprosessen og prøvd å holde oss nært opptil det deltakerne har fortalt. I analyseprosessen har det vært en kontinuerlig diskusjon mellom første- og andreforfatter (25). Deltakerne er beboere i samme Omsorg+, og har det samme tilbudet med støtte og opplæring fra husverten. Dette kan være faktorer som gjør at kunnskapen i denne studien ikke har direkte overføringsverdi

til andre Omsorg+-boliger eller til eldre generelt.

Konklusjon

Studien viser betydningen av en kontekst med husvert tilgjengelig for opplæring og daglig støtte i beboernes bruk av nettbrettet. Flere bruker nettbrettet som et sosialt verktøy i Omsorg+ og med familie og venner, som kan bidra til å forebygge ensomhet og isolasjon. Nettbrettet bidrar til å kunne delta i det som skjer, og har kanskje særlig betydning for dem som bor alene. Deltakerne demonstrerer at nettbrettet har bidratt til en aktivitetsendring ved at de gjør aktiviteter på nye måter, og har for mange bidratt til selvstendighet i hverdagslivet. Dette er i tråd med regjeringens ønske om å styrke den enkeltes evne til å klare seg selv i hverdagen til tross for nedsatt funksjonsevne. Samtidig kan nettbrettbruk oppleves som et styr. Dette inviterer til oppmerksomhet om at det kan være en menneskerettslig utfordring å nå fram til alle eldre og tilrettelegge for at de får den informasjons-, kommunikasjons- og tjenestetilgangen de har krav på.

TAKKSIGELSER

Takk til beboerne som stilte opp på intervju. Takk til Kjell Emil Granå og Kari Opsahl for verdifulle innspill i artikkelarbeidet.

Referanser

1. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
2. NOU 2011:11. Innovasjon i omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011
3. Meld. St. 15 (2017–2018). Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2018.

4. Meld. St. 19 (2018–2019). Folkehelsemeldinga - Gode liv i eit trygt samfunn. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2019.
5. Woll A. Use of Welfare Technology in Elderly Care [doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 2017.
6. Forskrift om tildeling av bolig i Omsorg+. FOR-2010-12-15-1896. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LF/forskrift/2010-12-15-1896>.
7. Cotten SR, Anderson WA, McCullough BM. Impact of internet use on loneliness and contact with others among older adults: cross-sectional analysis. *Journal of medical Internet research*. 2013;15(2).
8. Cotten SR, Ford G, Ford S, Hale TM. Internet use and depression among older adults. *Computers in Human Behavior*. 2012;28(2):496-9.
9. Czaja SJ, Charness N, Fisk AD, Hertzog C, Nair SN, Rogers WA, et al. Factors Predicting the Use of Technology: Findings From the Center for Research and Education on Aging and Technology Enhancement (CREATE). *Psychology and Aging*. 2006;21(2):333-52.
10. Tsai H-YS, Shillair R, Cotten SR, Winstead V, Yost E. Getting Grandma Online: Are Tablets the Answer for Increasing Digital Inclusion for Older Adults in the U.S.? *Educational Gerontology*. 2015;41(10):1-15.
11. Slettebakk D, Mainsah H, Berg L. Eldres digitale hverdag. En landsdekkende undersøkelse om tilgang, mestring og utfordringer i informasjonssamfunnet. Oslo: Forbruksforskningsinstituttet SIFO; 2018.
12. Tsai H-YS, Shillair R, Cotten SR. Social support and "playing around": an examination of how older adults acquire digital literacy with tablet computers. *Journal of Applied Gerontology*. 2017;36(1):29-7.
13. Vaportzis E, Clausen MG, Gow AJ. Older Adults Experiences of Learning to Use Tablet Computers: A Mixed Methods Study.(Report). *Frontiers in Psychology*. 2018;9.
14. Luijkx KG, Peek STM, Wouters EJM. "Grandma, you should do it—it's cool": Older adults and the role of family members in their acceptance of technology. *International Journal of Aging & Health*. 2018;30(1):1-15.

- nal of Environmental Research and Public Health. 2015;12(12):15470-85.
15. Barnard Y, Bradley MD, Hodgson F, Lloyd AD. Learning to use new technologies by older adults: Perceived difficulties, experimentation behaviour and usability. *Computers in Human Behavior*. 2013;29(4):1715-24.
 16. Cimperman M, Brenčič MM, Trkman P. Analyzing older users' home telehealth services acceptance behavior—applying an Extended UTAUT model. *International Journal of Medical Informatics*. 2016;90:22-31.
 17. Asaba E, Josphsson S, Jonsson H. Videnskapsteoretisk, filosofisk og teoretisk grundlag for aktivitetsvitenskapen. I: Kristensen HK, Schou ASB, red. *Nordisk aktivitetsvitenskap*. København: Ergo/Munksgaard; 2017.
 18. Vygotskij LS, Cole M, John-Steiner V, Scribner S, Souberman E. *Mind in society: the development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass: Harvard University Press; 1978.
 19. Broch H, Enerstvedt RT, Fjell E, Hammerlin Y, Hope T, Huserbråten K et al. *Virksomhetsteorien: en innføring og eksempler*. Oslo: Falken; 1991.
 20. Opsahl K, Ravn G. Virksomhetsteorien - den kulturhistoriske skole. *Ergoterapeuten*. 2003;11:54-61.
 21. Granå KE, Opsahl K, Ravn G. Virksomhetsteorien og den nærmeste utviklingssonen - et lærestykke. *Ergoterapeuten*. 2018;2:26-34.
 22. Kaptelinin V, Nardi BA. *Acting with Technology: Activity Theory and Interaction Design*. Massachusetts: The MIT Press; 2006.
 23. Säljö R. *Læring i praksis: et sosiokulturelt perspektiv*. Oslo: Cappelen akademisk; 2001.
 24. Engeström Y. Activity theory as a framework for analyzing and redesigning work. *Ergonomics*. 2000;43(7):960-74.
 25. Kvale S, Brinkmann S. *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2015.
 26. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*. 2004;24(2):105-12.
 27. Assisted Living Project. Om Assisted Living-prosjektet 2016 [Hentet 2018.12.03] Tilgjengelig fra: <https://assistedlivingweb.wordpress.com/>.
 28. Wittek L. *Læring i og mellom mennesker: en innføring i sosiokulturelle perspektiver*. 2 utg. Oslo: Cappelen Damm akademisk; 2012.
 29. Melting JB. *Andre gevinstrealiseringsrapport med anbefalinger - Nasjonalt velferdsteknologiprogram*. Oslo: Helsedirektoratet; 2017.
 30. Lee C, Coughlin JF. PERSPECTIVE: Older Adults' Adoption of Technology: An Integrated Approach to Identifying Determinants and Barriers. *Journal of Product Innovation Management*. 2015;32(5):747-59.
 31. Gramstad A, Storli SL, Hamran T. Exploring the meaning of a new assistive technology device for older individuals. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. 2014;9(6):493-8.
 32. Lund A, Sveen U, Asbjørnslett M, Raanaas RK. Livsfaser, overgange og brud i relation til aktivitet. I: Kristensen HK, Schou ASB, Mærsk JL, red. *Nordisk aktivitetsvitenskap*. København: Forfatterne og Munksgaard; 2017. s. 149-70.
 33. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB, Brayne C. Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review (Social Relationships and Mortality). *PLoS Medicine*. 2010;7(7).
 34. Larsen SM, Hounsgaard L, Brandt Å, Kristensen HK. "Becoming acquainted": The process of incorporating assistive technology into occupations. *Journal of Occupational Science*. 2019;26(1):77-86.
 35. Ravneberg B, Söderström S. Disability, society and assistive technology. 1. utg. Abingdon: Routledge, Taylor & Francis Group; 2017.
 36. Winstead V, Anderson WA, Yost EA, Cotten SR, Warr A, Berkowsky RW. You Can Teach an Old Dog New Tricks: A Qualitative Analysis of How Residents of Senior Living Communities May Use the Web to Overcome Spatial and Social Barriers. *Journal of Applied Gerontology*. 2013;32(5):540-60.
 37. Norges institusjon for menneskerettigheter. *Eldres menneskerettigheter - Syv utfordringer* [Internett]. Oslo: Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM); 2019 [Hentet 2019.07.08]. Temarapport 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.nhri.no/2019/temarapport-2019-eldres-menneskerettigheter-syv-utfordringer/>.



Hverdagsrehabilitering

Av Else Merete Thyness

- Hvem er Hanne Tuntland?

- I denne sammenheng er det rollen min som ergoterapeut det gjelder. Jeg har lang fartstid innen høyere utdanning, først som underviser, deretter som formidler av lærebøker og fagartikler, og nå som forsker. Jeg er ergoterapeutspesialist innen eldres helse og dosent i rehabilitering. Mitt faglige interessefelt er innen rehabilitering, eldresektor og hverdagsaktivitet. I min stilling på Høgskulen på Vestlandet er jeg tilknyttet en tverrfaglig mastergrad i aktiv aldring og rehabilitering, mens jeg i min bistilling ved OsloMet er tilknyttet master, videreutdanning og bachelor i ergoterapi.

- Hva forsker du på?

- De siste seks årene har jeg forsket på hverdagsrehabilitering. Jeg har vært involvert i to forskningsprosjekter på hverdagsrehabilitering som i dag er avsluttet. Vi driver imidlertid fortsatt med å skrive artikler basert på allerede innsamlet datamateriale i de avsluttede prosjektene. I tillegg er jeg nettopp blitt koordinator for et internasjonalt forskernettverk på hverdagsrehabilitering, kalt ReAble. Nettverket består av 39 forskere fra ni land. Vi har vår egen nettside: <https://reable.blogs.auckland.ac.nz/>. I dette nettverket holder vi for tiden på å skrive en engelskspråklig bok, eller vitenskapelig antologi, som det heter, om ulike aspekter ved hverdagsrehabilitering. Sammen med to forskere i dette nettverket har vi nylig sendt inn en forsknings søknad til NordForsk for et stort hverdags-

rehabiliteringsprosjekt på tvers av de skandinaviske landene. Vi krysser fingrene for at prosjektet blir realisert.

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

- Forskningsartikler er i all hovedsak ferskvare, som mye annet. Dette både fordi kunnskapen kan bli utdatert, men også fordi minnet om eldre artikler svekkes ettersom nye artikler tar deres plass. Jeg velger riktignok ikke en artikkel, men en publisert forskningsrapport som jeg har lest ganske nylig av Beresford m.fl. 2019. Rapporten presenterer resultatene fra en stor mixed-method-undersøkelse på hverdagsrehabilitering i England. Der utførte de blant annet en utfalls-, prosess- og økonomisk evaluering av hverdagsrehabilitering. Jeg synes at prosessevalueringen var mest interessant. Via kvalitative metoder undersøkte de brukeres og fagfolks oppfatning av hva som er de aktive ingrediensene i hverdagsrehabilitering og mekanismer for endring. Dette synes jeg at det er spennende å få mer kunnskap om.

- Hva trenger vi mer forskning om innen ergoterapi?

- Det er ikke tilfeldig at Ergoterapeutene i slik grad har promotert hverdagsrehabilitering i Norge og internasjonalt. Det er fordi det er en sterk sammenheng mellom ergoterapifagets ideologi og praksis på den ene siden og hverdagsrehabilitering på den andre siden. Ergoterapeuter har en unik rolle i hverdagsrehabilitering som av ulike grunner er underkommunisert i forskningen.



NAVN:

Hanne Tuntland

STILLING:

Dosent og fagseksjonsleder ved Høgskulen på Vestlandet og førsteamanuensis ved OsloMet.

Dette blant annet fordi hverdagsrehabilitering er en tverrfaglig intervensjon og det ofte har vært teamets bidrag som har vært i fokus for forskningen. Det finnes nå ni norske vitenskapelige artikler om teamets rolle i hverdagsrehabilitering, men ingen spesifikt om ergoterapeutens rolle og bidrag. Dessverre finnes det ingen aktører som er villige eller har penger til å finansiere et slikt ph.d.-prosjekt innen ergoterapi, ja for det kunne vært et ph.d.-prosjekt slik jeg ser det. Jeg er i grunnen misunnelig på Fysioterapeutforbundets forskningsfond, Fysiofondet, som muliggjør forskning i et slikt omfang på egen profesjon.

Referanser

Beresford B A, Mann R C, Parker G M, Kanaan M, Faria R, Rabiee P, Weatherley H, Clarke S, Mayhew E, Duarte A I, Laver-Fawcett A, Aspinall F. (2019). Reablement services for people at risk of needing social care: the MoRe mixed-methods evaluation. Health Services and Delivery Research, 7; 1-254. http://eprints.whiterose.ac.uk/145437/1/Reablement_services_for_people_at_risk_of_needing_social_care_the_MoRe_mixed_methods_evaluation.pdf

Brukermedvirkning blant eldre sykehuspasienter og deres pårørende

OPPSUMMERING AV DOKTORGRADSSTUDIE

Pårørende kan styrke eldre pasienters brukermedvirkning, men erfarer liten medvirkning i beslutninger knyttet til egen situasjon. Proaktive helsepersonell kan styrke brukermedvirkning blant både pasienter og pårørende.

Av Ingrid Nyborg



Ingrid Nyborg er spesialergoterapeut og ph.d. ved Seksjon ergoterapi og fysioterapi ved Avdeling kirurgi ved Sykehuset Innlandet, Gjøvik.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir pasienter rett til medvirkning og informasjon og rett til å involvere pårørende. Loven knytter pårørendes rettigheter til pasientens situasjon. Vi mangler forskningsbasert kunnskap som ser eldre pasienter og pårørende i sammenheng når det gjelder brukermedvirkning i sykehus. Denne studien peker på at pårørende kan styrke pasienters medvirkning, men i liten grad involveres, og at en proaktiv tilnærming fra helsepersonell kan styrke brukermedvirkning blant eldre pasienter og deres pårørende. Studien viser betydningen av at pårørende også gis anledning til å uttale seg før det tas beslutninger som berører både pasienter og pårørendes livssituasjon.

ELDRES PERSPEKTIVER

Det finnes mye dokumentasjon på at eldre sykehuspasienter kan være svært reduserte og ha liten kapasitet til brukermedvirkning, men det mangler forskningsbasert kunnskap om eldres perspektiver på dette. I avhandlingen «*User participation among older hospitalized people and their relatives; a qualitative case-oriented study*» har Ingrid Nyborg intervjuet eldre pasienter og på-

rørende om deres erfaringer med brukermedvirkning. Det kommer fram at eldre pasienter posisjonerte seg for innflytelse, og den viktigste strategien var å involvere pårørende: Pasienter delegerte til familie å utveksle informasjon og ivareta brukermedvirkning i møte med helsepersonell.

FAMILIEMEDLEMMER

Familiemedlemmer står i dag for halvparten av alt omsorgsarbeid som utføres i Norge. I studien framgår det at pårørende erfarte lite medvirkning i beslutninger som berørte deres hverdag. De måtte leve med konsekvenser av beslutninger de ikke hadde deltatt i. Det framkommer at pårørende sjelden erfarte at helsepersonell diskuterte planer for pasientens hverdag etter utskrivelse med pårørende som delte samme hverdag. Det viste seg også at manglende medvirkning fra pårørende kan føre til at pasienters behov for assistanse i hjemmet underrapporteres, noe som igjen kan føre til at pasienter ikke får adekvat hjelp. En proaktiv tilnærming fra helsepersonell styrket brukermedvirkning blant eldre pasienter og deres pårørende.

PÅRØRENDES RETTIGHETER

Det mangler forskningsbasert

kunnskap om pårøndererfaringer med brukermedvirkning i sykehus. Mens dagens lovverk knytter pårørendes rettigheter til pasientens interesser og situasjon, både gjennom helsepersonelloven og pasient- og brukerrettighetsloven, viser studien at det kan være behov for å gi pårørende rettigheter knyttet til egen situasjon. I studien ser vi at eldre pårørende var mer sårbare når de ikke ble involvert i for eksempel beslutninger om hjemmeomsorg. Middeldrende og unge pårørende viste seg å ha ressurser til å øke sin assistanse til eldre familiemedlemmer i hverdagen hjemme; de kunne i motsetning til eldre pårørende øke sitt bidrag i «the art of maintaining everyday life». Uttrykket refererer til en artikkel fra Jakobsen, F. A., Vik, K., & Ytterhus, B. (2019) «The art of maintaining everyday life: collaboration among older parents, their adult children, and health care professionals in reablement» (Journal of multidisciplinary).

Accepted: 14 February 2017
DOI: 10.1111/jon.13765

ORIGINAL ARTICLE

WILEY *Journal of* Clinical Nursing

User participation is a family matter: A multiple case study of the experiences of older, hospitalised people and their relatives

Ingrid Nyborg PhD Candidate, O.T.^{1,2} | Lars J Danbolt Dr. Theol., Professor, Director^{3,4} | Marit Kirkevold RN, Ed.D, Professor of Nursing Science¹

¹Institute of Health and Society, University of Oslo, Oslo, Norway
²Innlandet Hospital Trust, Gjøvik, Norway
³Norwegian School of Theology, Oslo.

Aims and objectives: The purpose of this multiple case study was to compare and contrast older people's and their relatives' experiences of participation in decision-making processes regarding the planning of everyday life after discharge from hospital.

Artikkelen «User participation is a family matter: A multiple case study of the experiences of older, hospitalised people and their relatives» er publisert i *Journal of Clinical Nursing*.

POSTDOK-PROSJEKT

I januar 2020 starter Ingrid Nyborg et postdok-prosjekt i sykehus om brukermedvirkning som ser eldre pasienter og pårørende i sammenheng. Prosjektet involverer brukermedvirkning i planlegging og gjennomføring av tverrfaglig aksjonsforskning i sykehusavdeling. Hensikten er at helsepersonell, eldre med pasienterfaring, pårørende i alle aldre

og ledelse gjennom blant annet fokusgrupper utvikler en modell for brukermedvirkning som er tilpasset eldre pasienter, deres pårørende og avdelingens forutsetninger.

Et delmål er å teste ut teknologiske løsninger for kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørende som ikke har mulighet til å være til stede i sykehuset.



Den viktigste strategien for eldre pasienter for å få innflytelse er å involvere pårørende.

Bolig hele livet

I slutten av september arrangerte Norske boligbyggelags landsforbund, Råd for et aldersvennlig Norge, Husbanken og Pensjonistforbundet det de kalte årets viktigste konferanse om eldre og bolig. Fokuset ble satt på at boliger og måten vi bor på må tilpasses en stadig økende eldre-generasjon.

Av Tove Holst Skyer



Tove Holst Skyer er ergoterapeut i Skien kommune og første nestleder i Ergoterapeutene.

I 2019 er Ergoterapeutenes hovedsatsningsområde deltakelse og mestring for eldre. En invitasjon til å delta i paneldebatt på denne boligkonferansen var derfor en god mulighet til å synliggjøre at gode, tilrettelagte boliger er et viktig utgangspunkt for mestring og deltakelse for eldre.

Konferansen ble åpnet av Trude Drevland, leder for Råd for et aldersvennlig Norge. Hun minnet om at myndighetene vil at vi skal bo hjemme så lenge som mulig, og at det også er det de fleste ønsker. Drevland var tydelig på at boligpolitikk må ses på som en del av folkehelsepolitikken.

Videre var det innlegg av representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet, Statistisk sentralbyrå, Pensjonistforbundet, Kommunenes sentralforbund og flere. Ergoterapeutspesialist i Eldres helse Hilde Fleitscher fortalte om erfaringer fra forebyggende hjemmebesøk i Kristiansand kommune under overskriften Lengst mulig i egen bolig. Konferansen løftet også fram eksempler på nye boformer som legger til rette for aktivitet og fellesskap. I Porsgrunn har en vennegjeng initiert bygging av et

aktivt bofellesskap med 14 leiligheter og et felleshus. I Stavanger er generasjonshuset Vindmøllebakken oppført. Konferansen omfattet også befarings av Randesund Hageby i Kristiansand. Vi fikk se en seniorlandsby med ulike boenheter, servicesenter, hagestue, drivhus, hageparseller, trimrom og parkeringskjeller med verksted, løpebane og vaskehall.

TILSKUDD OVERFØRES TIL KOMMUNENE

Fra 1. januar 2020 overføres to av Husbankens tilskudd til kommunene. Tilskudd til tilpasning og Tilskudd til utredning og prosjektering har gjennom mange år vært to svært viktige virkemidler for ergoterapeuter. I saker hvor det er behov for å tilrettelegge bolig, kan muligheten til å få tilskudd være det som avgjør når en person skal bestemme seg for å gjøre større endringer i boligen, eller ikke. Fra nyttår overføres de to nevnte tilskuddene til kommunene som rammetilskudd. I praksis betyr det at kommunene kan velge å bruke midlene til andre ting.

Forskningsleder ved OsloMet NOVA, Hans Christian Sandlie, viste til undersøkelser som un-



I paneldebatten var temaet: *Hvordan bidra til at flere eldre boliger oppgraderes til gode boliger for eldre?* Foto: NBBL

derbygger viktigheten av Husbankens tilskudd. Han bekreftet at tilskudd til tilpasning av egen bolig er et beskjedent, men viktig virkemiddel. For eksempel har NOVA stilt spørsmålet «Hva ville typisk vært konsekvensen for dem som har mottatt tilskudd til tilpasning, hvis ordningen ikke hadde eksistert?» Kun 9,7 prosent svarte at de ville hatt midler til å tilpasse nåværende bolig, og bare 1,4 prosent svarte at de ville hatt midler til å flytte til annen privat bolig. Hele 74,5 prosent svarte at de ville ha flyttet til offentlig omsorgsbolig eller sykehjem.

Siden Husbankens tilskudd til tilpasning av egen bolig er behovsprøvd, er det også interessant at NOVA har sett på hva som typisk skjer med boligsituasjonen til husholdninger som får avslag på sine søknader. 53,1 prosent av disse svarte at de har

midler til å tilpasse nåværende bolig, og 18,6 prosent svarte at de har midler til å flytte til annen privat bolig. 32,4 prosent svarte at de flytter til offentlig omsorgsbolig eller sykehjem.

Sandlie oppsummerte sitt innlegg med å understreke at det er manglende koordinering av eldreomsorg og boligpolitikk i kommunene – selv om dette henger tett sammen. Han var også tydelig på at boligrådgivningen må styrkes, slik at både borettslag og privatpersoner har et godt sted å henvende seg når de ønsker å gjennomføre større eller mindre tilpasninger. NOVAs funn bekrefter dermed at det er behov for ergoterapeuters tilretteleggingskompetanse i kommunene.

PANELDEBATT

Paneldebattens tema var «Hvordan bidra til at flere eldre boliger oppgraderes til gode boliger

for eldre?» Jeg deltok i panelet sammen med Sandlie fra NOVA, generalsekretær i Pensjonistforbundet og rådgiver i Norske boligbyggelags landsforbund.

Mine fem innledende minutter benyttet jeg til å snakke om viktigheten av hverdagsaktiviteter. I debatten understreket jeg blant annet at ergoterapeuters kompetanse er hånd i hanske med behovene som konferansen hadde løftet fram. Jeg gav også uttrykk for bekymring for at Husbankens tilskudd flyttes til kommunene.

Tilskudd til tilpasning, utredning og prosjektering kan være historie, dersom ikke kommunene setter av midler til disse formålene i økonomi- og budsjettplanene sine. Jeg vil fortsette å snakke om nødvendigheten av disse virkemidlene, spesielt i kombinasjon med ergoterapeuters kjernekompetanse. Det kan du også, og gjerne i din egen kommune.

Livsarket er klart for digital utfylling

Livsarket kan nå utfylles digitalt! Regjeringens Demensplan 2020 og Stortingsmeldingen Leve hele livet - en kvalitetsreform for eldre har begge vist til Livsarket, som Seniorforum har ført i pennen etter idé fra Sverige. Ved å samle tanker og opplysninger som er viktige for at den det gjelder, skal *trives*, kan hjelperne lettere forstå hvordan den hjelpetrengende kan få en bedre hverdag.

Av Liv Hopen

Forbundet Sveriges Arbetsterapeuter utarbeidet i 2011 «Livsboken. Var dig själv – hela livet ut!» Med dette som utgangspunkt lagde Ergoterapeutforeningen i Danmark et hefte tilpasset danske forhold «Der er noget, du skal vide om mig...» Begge heftene er på over 20 sider.

For å legge til rette for at travle fagfolk skal rekke å lese det som står, valgte Ergoterapeutenes Seniorforum å lage en kortere versjon: «Livsarket».

HENSIKTEN MED LIVSARKET

Livsarket er for personer som på grunn av alder eller sykdom ikke lenger kan snakke, huske eller klare hverdagen selv. Ved hjelp av Livsarket kan de fortelle andre om livet de har levd, om hvilke vaner de gjerne vil holde på, og om det er noe de helst vil unngå.

Ved å samle tanker og opplysninger som er viktige for den det gjelder, kan omgivelsene lettere vite hvordan den hjelpetrengende skal få en bedre hverdag.

TILBAKEMELDINGER

Fra ansatt ved sykehjem: «Et slikt ark skulle jeg ønske vi hadde hatt på flere beboere! Her er så ofte vaktskifte med nye folk.»

Fra kommuneergoterapeut: «Raskt og oversiktlig, det liker vi!»

Fra pårørende: «Jeg skal ram-

me inn Livsarket og sette det på veggen i rommet til moren min på sykehjemmet».

ET AV DE GODE TILTAKENE

Livsarket trekkes fram i kapittel 1 i Stortingsmelding 13 Leve hele livet under overskriften Lokale eksempler til inspirasjon. Her blir det forklart at det er en metode for å få informasjon om den enkeltes livshistorie. Om metoden står det: Ergoterapeutenes Seniorforum har utarbeidet Livsarket mitt etter idé fra den svenske Livsboken. I Livsarket kan du selv samle informasjon om ditt liv, og formidle preferanser og vaner til bruk for dem som møter deg i hverdagslivet om du på grunn av alder eller sykdom ikke lenger kan

snakke, huske eller klare hverdagen selv.

Livsarket inneholder et enkelt skjema med overskriften: Dette bør du vite om hva som er viktig for meg.

- Dette vil jeg gjerne du skal vite om livet jeg har levd:
- Dette liker jeg å gjøre:
- Vaner jeg gjerne vil holde på:
- Noe jeg helst vil unngå:
- Dette bør du også vite om meg:

Livsarket avsluttes med dato for oppdatering og med setningen: *Takk for at du hjelper meg akkurat passe!*

Elektronisk utgave av Livsarket finner du på www.ergoterapeutene.org.

Dette bør du vite om hva som er **viktig** for meg

Nånet mitt

Jeg vil gjerne at du skal kalle meg:

Bilde av meg selv her

Dette vil jeg gjerne du skal vite om livet jeg har levd:

Dette liker jeg å gjøre:

Vaner jeg gjerne vil holde på:

Noe jeg helst vil unngå:

Dette bør du også vite om meg:

Takk for at du hjelper meg akkurat passe!
Oppdatert dato:

Depresjon hos eldre

Depresjon er den vanligste psykiske sykdommen hos eldre. Mer enn 100 000 nordmenn over 65 antas å ha en depresjon eller depressive plager. De vanligste symptomene er tristhet, gledes- og interesseløshet og nedsatt energi. Dette gir konsekvenser for livskvaliteten og disponerer for andre helseplager og funksjonssvikt, som igjen gir økt hjelpebehov.

Av Anna Jerkovics & Allan Øvereng

SELVMEDISINERING

Eldre bruker mange medisiner, og foruroligende mange bruker sovemedisiner og beroligende medisiner, også på uhensiktsmessige måter. De brukes over lang tid og kanskje i kombinasjon med alkohol. Alkoholbruken blant eldre øker. Dette kan ha med at eldre har gode dager med sosialt felleskap og god mat og vin. Men noe av bruken kan være «selvmedisinering» av psykiske plager som burde vært erstattet av behandling og omsorg.

DEPRESSIVE SPIRALER

En sorg, rolleendring, tap, fysisk sykdom eller annen utfordring kan være starten på en serie helseproblemer som forsterker hverandre. Den samlede effekten av søvnproblemer, tristhet, bekymring, svekket ernæring, lite fysisk aktivitet og bivirkninger av medisiner og alkohol blir stor. Resultatet kan bli en depresjon, og prognosen kan være dårlig uten behandling. Middelet kan være å ta de depressive plagene på alvor tidlig og dermed stoppe en spiral av helsesvikt i starten. Fordelene med tidlig intervensjon gjelder også, og spesielt, for eldre.

BEHANDLING

I dag er depresjon hos eldre underdiagnostisert og underbehandlet. Det er ingen grunn til at det skal være slik. Depresjon hos eldre kan behandles. Forskning viser at eldre har like god effekt av alle behandlingsformer som yngre. Kunnskap er en nøkkelfaktor. På nettsiden depresjonhoseldre.no finner man omfattende kunnskapsbasert informasjon og e-læringskurs.

Det er viktig å behandle depresjon ulikt, avhengig av graden av depresjon. Derfor tilbyr nettsiden informasjon om forskjellige former av behandling og tiltak, som for eksempel Problemløsningsterapi (PLT), «lillebroren» til kognitiv terapi.

Andre temaer som belyses er fysisk aktivitet, sosi-



Forskning viser at eldre har like god effekt av alle behandlingsformer som yngre. Kunnskap er en nøkkelfaktor.

al kontakt, hjelp til selvhjelp, selvmord, angst, søvn og risikofylt bruk av alkohol og vanedannende legemidler. Her finner du alt fra kunnskapsbaserte anbefalinger, manualer, sjekklister og arbeidshefter til videoer, foredrag og e-læringskurs.

E-LÆRINGSKURS

På nettsiden finner du et e-læringskurs som gir en innføring i diagnostikk og behandling av depresjon hos eldre. Kurset er gratis og kan avsluttes med en kursprøve. Samlet utgjør e-læringskurset et dagskurs. Norsk Ergoterapeutforbund godkjenner e-læringskurset som spesialistspesifikt kurs meritterende med åtte timer til ergoterapispesialist innen eldres helse eller psykisk helse.

*For mer informasjon: depresjonhoseldre.no
Les mer om alderspsykiatri på Nasjonal kompetansetjeneste, Aldring og helse.*

Aktivitetsdosetten

**Aktiviteter og innhold i hverdagen bør være en del av plei-
eplanen og behandlingen på sykehjem. Aktivitetsdosetten
styrker sykehjemsbeboernes rett til en meningsfull hver-
dag, slik kvalitetsreformen foreskriver.**

Av Lone Koldby



*Lone Koldby er fysio-
terapeut og entrepre-
nør. I samarbeid med
brukere og beboere
ved Øyane sykehjem
har hun utviklet Aktivi-
tetsdosetten.*

Aktivitetsdosetten er en ideell bedrift innen sosialt entreprenørskap. Målet med Aktivitetsdosetten er å gi beboere på sykehjem en mest mulig meningsfull tilværelse gjennom individuelt tilpassede aktiviteter. Aktiviteter (fysiske, sosiale og mentale) kan virke som medisin og øke beboernes livskvalitet. Ved å sette aktivitetene i system sikrer man at de gjennomføres uansett hvem som er på jobb, og ikke bortprioriteres i en travel hverdag.

Siden 2015 er metoden blitt implementert på norske sykehjem i 12 kommuner. På mange sykehjem er det lite variasjon i aktivitetstilbudet, og det tilbys stort sett samme aktivitetstilbud til alle. Det går mye i bingo og trekkspill, og det er lite rom for individuelle tilpasninger som tar hensyn til den enkeltes interesser.

FELLES FORSTÅELSE

Opplegget starter med et felles foredrag om Aktivitetsdosetten for alle ansatte på sykehjemmet som skaper en felles forståelse for oppstart. To ansatte per avdeling

får deretter opplæring i metoden og blir Aktivitetsdoktor. I et spesi-
allaget skjema kartlegger de be-
boernes livshistorie, individuelle
interesser og ønsker, som danner
bakgrunn for Aktivitetsdosetten.
Pleiepersonalet iverksetter Akti-
vitetsdosetten og dokumenterer
effekten.

Det er helt vanlige og enkle
aktiviteter som å få lest høyt fra
en bok, gå en tur, få manikyr eller
høre en bestemt type musikk. Ak-
tivetetene kan også utføres med
hjelp av pårørende og frivillige.
Det er en bra måte å involvere på-
rørende og frivillige på ved at det
er helt konkrete aktivitetsforslag
som skal utføres. Da blir det mer
kvalitet over besøket, noe som
mange påskjønner.

NETTVERK

Medlemmer i Aktivitetsdosetten
får veiledning på sykehjemmet
tre ganger i året. Er det flere
sykehjem i samme område, lages
det nettverk på to-tre sykehjem
sammen. Disse møtene er helt av-
gjørende for å få til endring over
tid og for å sikre at metoden blir
en del av rutinene. Det tar cirka to



Ergoterapeut Beate Reigstad Skjerpung ser på Aktivitetsdosetten sammen med en eldre herre. Hun har dette å si om Aktivitetsdosetten: «Aktivitetsdosetten er et nyttig verktøy særlig innenfor sykehjem, hvor det ofte kan bli mye gruppeaktiviteter. Beboerne er individer med sin livshistorie og sine aktivitetsbehov. Ved hjelp av Aktivitetsdosetten kan man legge til rette for individuelt tilpasset aktivitet og 1-til-1-aktivitet. Min erfaring med Aktivitetsdosetten er at man ble kjent med beboeren på et annet nivå og føler en større trygghet på at man tilbyr rett og meningsfull aktivitet. Aktivitetsdosetten skaper også en større forutsigbarhet i tilbud av jevnlig aktivitet, og evaluering av dosetten gir rom for å variere aktivitetstilbudet om bruker ønsker endringer. Vi har sett flere eksempler på at Aktivitetsdosetten begrenser medisinforbruk og gir bedre døgnrytme og redusert depresjon, angst og utagering».

år før det er blitt en naturlig del av pleieoppgavene.

Måling av medisinbruk før og under implementering av Aktivitetsdosetten viser en markant nedgang i bruk av beroligende medikamenter til beboerne, sykefraværet reduseres, og trivselen for ansatte og beboere øker. Vi ser også økt involvering og deltakelse fra pårørende.

MENINGSFULL HVERDAG

På Skedsmotunet har de nylig tatt i bruk Aktivitetsdosetten, og ergoterapeut Ida Bjørnstad Bakke sier: «Jeg synes Aktivitetsdosetten er helt super! Ved at vi ser den enkeltes ønsker, får beboerne våre en mer meningsfull hverdag. Fordi aktivitetene blir satt i system, er det heller ikke personavhengig om de faktisk blir utført eller ikke.

Personalet blir også mer engasjert i miljøterapi, og de forteller at de får et avbrekk i en hektisk hverdag».

For mer informasjon kontakt post@aktivitetsdosetten.no.

Følg Aktivitetsdosetten på Facebook og les mer på www.aktivitetsdosetten.no.

Kartlegging av tilgjengelighet og universell utforming

- VIKTIG GRUNNLAG FOR GJENNOMFØRING AV TILTAK

Universell utforming har de siste årene vært et område under stor utvikling. Her er hovedfokuset like muligheter for aktivitet og deltakelse uavhengig av alder, kjønn og fysisk funksjon. Trondheim kommune har de siste årene kartlagt tilgjengelighet og universell utforming i samarbeid med Kartverket.

Av Ingerid Blom Østlund

Aslaksen, referert i Ryhl & Høyland (2018; 14), beskriver universell utforming som «... utforming av produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpassing og spesiell utforming». Ordet tilgjengelighet kan tolkes som en spesielt tilrettelagt løsning for personer med funksjonsnedsettelse (Ryhl & Høyland, 2018).

Ergoterapeuter har kunnskap og kompetanse om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser (Ergoterapeutene, 2019). Ved bruk av denne kunnskapen og kompetansen bidrar ergoterapeuter til deltakelse og inkludering. Dale (2010; 38) skriver at «Universell utforming vil bidra til god funksjonalitet av de miljømessige faktorer». For at alle skal få oppfylt retten til aktivitet og deltakelse, er aldersvennlige samfunn og universell utforming en grunnleggende forutsetning (Ergoterapeutene, 2019).

KARTLEGGING SOM SOMMERJOBB

Sommeren 2018 arbeidet Anne Lise Overland og Ingerid Blom Østlund for Trondheim kommune med prosjektet Kartlegging av universell utforming – Aldersvennlig by. Vi arbeidet under ledelse av rådgiver for universell utforming, ergoterapeut Solveig Dale i Trondheim kommune. Hun har gitt oss opplæring i universell utforming, fulgt tett opp underveis i prosessen og vært en god støtte på prosjektet.

ALDERSVENNLIG BY

Trondheim kommune er utnevnt som aldersvennlig by. Utnevnelsen er gjort av WHO, verdens helseorganisasjon. I dag er Trondheim en av tre byer i Norge som har fått denne statusen. Universell utfor-

ming er nødvendig for å gjøre byen aldersvennlig. I prosjektet ble det definert ulike pilotområder for aldersvennlig by. Disse er Midtbyen, Saupstad/Kolstad og Valentinlyst. Pilotområdene ble valgt ut med bakgrunn i HEAT-kart fra Kart- og oppmålingskontoret. Kartene viste hvor det bor flest eldre over 75 år. Pilotområdene ble utgangspunkt for kartleggingen.

STATENS KARTVERK OG REGISTRERING AV TILGJENGELIGHETSDATA

Statens kartverk har et prosjekt om kartlegging av tilgjengelighetsdata. Det blir samlet inn data om tilgjengelighet og universell utforming i byer, tettsteder og friluftsområder (Kartverket, 2019). Alle registrerte data blir offentliggjort på www.Norgeskart.no. Innsamlingen av data har hatt fokus på to brukergrupper: personer med nedsatt syn og personer med nedsatt bevegelsesevne (Kartverket, 2019).

Kartverket har utviklet en applikasjon som brukes på nettbrett. Det er dette kartleggingsverktøyet som brukes. I forkant av arbeidet arrangerte Kartverket kurs i kartlegging og bruk av applikasjonen. Resultat av kartleggingsdata ble overført til kartverket. Registrerte kartdata om tilgjengelighet og universell utforming overføres til Trondheim kommune, som igjen lager temakart om universell utforming.

Det ble hovedsakelig kartlagt fortau, gangveier, gangfelt, hvilebenker, HC-parkeringsplasser og innganger til offentlige bygg. Utstyret vi brukte, var helningsvater, målebånd og Android-nettbrett med kartleggingsapplikasjonen. Ved slutten av prosjektet ble det innsendt en rapport fra kartleggingsoppdraget med de erfaringene som ble gjort. Vi ga innspill til videre utvikling av applikasjonen. I den nye ver-

sjonen av applikasjonen, som nå er i bruk, er noen av våre innspill tatt med.

TILTAK

For å finne relevante tiltak er det viktig å gjøre en grundig kartlegging. Kartverkets database gir en samlet oversikt over tilgjengelighet og universell utforming i hele Norge. Ved hjelp av denne kartleggingen og databasen kan kommuner få tydelig informasjon om hvor det trengs å settes inn tiltak. Tilgjengelighetsdata er et nyttig verktøy for arealplanlegging og byutvikling (Kartverket, 2019). Offentliggjøringen av dataene gir også mulighet for at brukere eller «hjelpere» kan gå inn på nettsiden og sjekke et områdes tilgjengelighet for å planlegge ulike aktiviteter.

Informasjonen som ble innsamlet i Trondheim kommune, ble brukt til å skape et mer aldersvennlig samfunn. I etterkant av prosjektet ble det laget «lette rundturer» for eldre. Disse ble valgt ut i fra informasjon om tverrfall, stigning og ledelinjer i området. Et av funnene som ble tydeliggjort i kartleggingen sommeren 2018, var at Valentinlyst hadde et stort behov for flere benker. I etterkant av prosjektet ble det bevilget 200 000 kroner til å sette ut benker på Valentinlyst. Benkene skal plasseres med jevn avstand langs rundturen, og det arbeides med å gjøre runden fremkommelig også om vinteren.

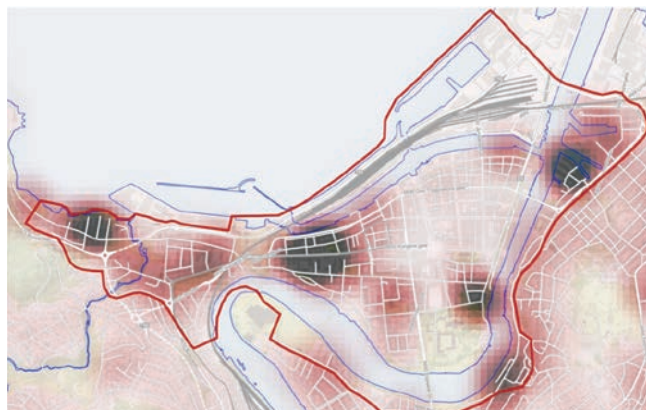
OPPSUMMERING

Ergoterapeuter har en viktig rolle når det gjelder vurdering av tilgjengelighet og universell utforming. Ergoterapeuter har kunnskap om sammenhengen mellom person, aktivitet og omgivelser. Universell utforming kan skape større mulighet for aktivitet, deltakelse og inkludering hos befolkningen og påvirke folkehelsen positivt.

Dette har vært et spennende prosjekt å være del av, hvor vi har lært mye. Kunnskap fra studiet har kommet godt til nytte, samtidig som vi har lært mye nytt om universell utforming, tilgjengelighet og hvordan et prosjekt kan gjennomføres. Det kan være hensiktsmessig å bruke ergoterapeutstudenter til denne kartleggingen, på grunn av arbeidets nære sammenheng med ergoterapistudiet. Denne sommeren er kartleggingen av områdene Grillstad og Ladestien i gang, og jeg ser fram til å bygge videre på erfaringene og kunnskapen fra i fjor.

Litteraturliste

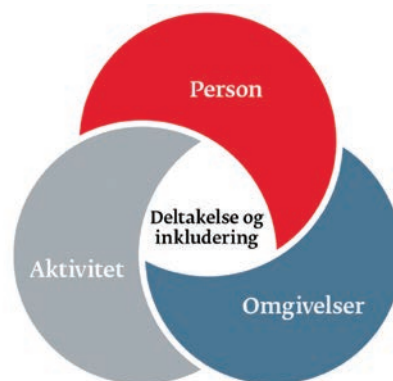
Dale, S. (2010). Implementering av universell utforming i en



Figur 1. HEAT-kart, hentet fra Trondheim Kommune.



Figur 2. Resultat av kartlegging.



Figur 3. Samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. Hentet fra Norsk Ergoterapeutforbund.

kommune. *Ergoterapeuten*, 53(3) 38-44. Ergoterapeutene (2019). Hentet 14.07.2019 fra: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/fagomrader-i-ergoterapi/ergoterapi-fagomradet-folkehelse/folkehelse-samspillet-person-aktivitet-omgivelser/>

Kartverket (2019). Hentet 14.07.2019 fra: <https://www.kartverket.no/geodataarbeid/Universell-utforming/Kartverkets-arbeid-med-Universell-utforming-og-tilgjengelighet-i-byer-og-tettsteder/>

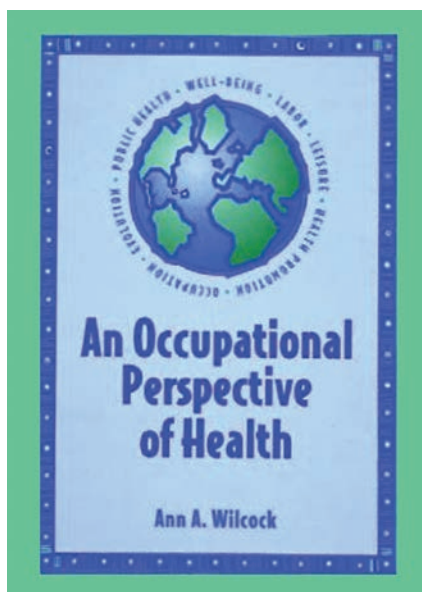
Ryhl, C. & Høyland, K. (2018). *Inkluderende arkitektur* (1. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

TAKK TIL EN VISJONÆR AKTIVITETSVITER

Ann Allard Wilcock var en gigant i ergoterapifaget

Den 16. oktober døde professor Ann Allart Wilcock. Få har påvirket ergoterapifaget og aktivitetsvitenskap internasjonalt slik som henne. Hun har også hatt innflytelse på nordisk og norsk ergoterapi. Mange ergoterapeuter og ergoterapistudenter har lest hennes publikasjoner, som for eksempel *An Occupational Perspective of Health* (Wilcock, 1998), som ble revidert sammen med Clare Hocking i 2015.

Av Sissel Horghagen & Nils Erik Ness



Slik så An Occupational Perspective of Health ut da den først utkom.

Ann Allart Wilcock var australsk og ble ferdig utdannet ergoterapeut i 1961. Hun ble doctor of philosophy in public health ved University of Adelaide, Australia i 1996. Etterhvert fikk hun gjestestillinger ved andre universitet.

Med sin forskning, publisering og internasjonale formidling har Wilcock vist betydningen av hverdagens gjøremål og meningsfull aktivitet på ulike måter. Wilcock var en tydelig stemme i å flytte fagets kjerne fra kroppsdel og kroppsfunksjon til å fremme retten til aktivitet og deltakelse. Denne faglige diskusjonen og bevegelsen foregår fremdeles i profesjonen og ved utdanningene verden over. Hun viste at den gryende aktivitetsvitenskapen var en relevant vitenskap for mange, ikke bare ergoterapeuter, på samme måte som psykologi er relevant for mange flere enn psykologer.

I arbeidet med å videreutvikle aktivitetsperspektivet begynte hun å utforske hvordan menneskets aktivitet har vært foran-

kret i tradisjoner og teorier langt tilbake i menneskets historie og fram til i dag. Wilcock viste hvordan menneskets aktivitetsutføring og meningsfulle gjøremål bidrar til vår evolusjonshistorie så vel som den enkeltes utvikling som person. På denne måten utforsket hun hvordan vi forankrer ergoterapifagets verdier og grunnteser i vitenskapsteori.

Ann Allart Wilcock ble inspirert da universitetet i Southern California fikk opprettet aktivitetsvitenskap som et nytt doktorprogram. Hun ble med på å etablere The International Society of Occupational Science, og hun grunnla Journal of Occupational Science, der hun var redaktør i mange år. Wilcock utviklet utdanningsprogram som var forankret i aktivitetsvitenskap.

HVERDAGENS GJØREMÅL

Wilcock skrev om hverdagens gjøremål gjennom begrepene «doing, being, belonging and becoming». I undervisning har vi erfart at studentene har lett for å forstå Wilcocks resonnementer,



Ann Allard Wilcock (til høyre) og Clare Hocking (til venstre), avbildet i en akademisk seremoni (foto Clare Hocking).

og det er mange studenter som har brukt hennes artikler som teori både i bachelor- og masteroppgaver. Å gjøre er alt mennesker utfører av aktiviteter gjennom hele livet. Å være handler om hvordan mennesker tenker og føler om hva de gjør, og hvordan de drømmer og planlegger hva de vil gjøre. Å tilhøre handler om hvordan mennesker engasjerer seg i det å gjøre sammen og for andre, som del av sin familie eller samfunn og som medborgere av denne verden. Wilcock beskriver hvordan mennesker vokser, utvikler, forandrer og endrer seg gjennom det de gjør og deltar i.

På Ergoterapeututdanningen Trondheim ble vi særlig inspirert av hennes bøker og publikasjoner om helse gjennom aktivitet. Bøkene og publikasjonene ble studert og påvirket studieplanarbeid og undervisning. Hennes publikasjoner ble pensum både på bachelorstudiet, i masteremnet aktivitetsvitenskap og i den internasjonale masteren Occupational science.

BEDRE FAGPERSONER

Vårt møte med Wilcock og studier av hennes publikasjoner gjorde oss til bedre fagpersoner. Hennes bidrag endret ergoterapi ved å gå i fagets kjerne: meningsfull aktivitet. Der er på tide å lese hennes publikasjoner på nytt. La oss fortsatt finne inspirasjon fra Wilcock's publikasjoner i årene framover i arbeidet med å utvikle ergoterapi. Ann Allard Wilcock har vært en gigant innen ergoterapi og aktivitetsvitenskap. Hun vil bli savnet.

NOEN AV HENNES MEST KJENTE PUBLIKASJONER

- Wilcock, A.A. (1998). Reflections on doing, being and becoming. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 65(5), 248-56.
- Whiteford, G. E., & Wilcock, A. A. (2001). Centralizing occupation in occupational therapy curricula: Imperative of the new millennium. *Occupational Therapy International*, 8(2), 81.
- Wilcock, A.A. & Whiteford, G. (2003). Occupation, health promotion and the environ-

ment. In: Letts, L, Rigdy, P, Stewart, D, eds. *Using environments to enable occupational performance*. Thorofare, NJ: Slack, 55-70.

- Wilcock, A.A., Hocking, C. (2004). Occupation, population health and policy development. In: Molineux, M, ed. *Occupation for occupational therapists*. Oxford: Blackwell, 219-30.
- Wilcock, A. A. (2006). *An occupational perspective of health*. Slack Incorporated.
- Kosma, A., Bryant, W., & Wilson, L. (2013). Drawing on Wilcock: an investigation of the impact of her published work on occupational therapy practice and research. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(4), 179-185.
- Wilcock, A. A. (2014). Reflections from the JOS founder. *Journal of occupational science*, 21(1), 3-5.
- Wilcock, A. A., & Hocking, C. (2015). Defining occupation in relation to health. *An Occupational Perspective of Health*, 3.

Til minne om Bodil Bø Karlsen

- EN AV ERGOTERAPIENS PIONERER

Bodil var sterkt savnet på de siste treffene med pensjonistgruppen av ergoterapeuter i Fredrikstad. Det viste seg at hun var alvorlig syk, og vi kunne lese i avisen at hun døde 13.09. Vi kan ikke riktig forstå det.

Av Siri K. Heen, Torun S. Sæther & Grethe E. Aarvig



Bodil var født i Sandvika 18.12.1945. Hun kom til Fredrikstad i studentpraksis på den nystartede sosialmedisinske avdelingen ved Sykehuset i Fredrikstad. Dette ble hennes første arbeidsplass etter at hun var ferdig utdannet i 1971. Allerede her viste hun seg som en dyktig ergoterapeut som ble høyt skattet. Hun var opptatt av den sosialmedisinske tankegangen og tverrfaglig samarbeid med instanser utenfor institusjon.

Hun hadde samtidig et stort engasjement for å gjøre betydningen av faget kjent og for å skape stillinger for ergoterapeuter, slik at mange skulle få glede av denne kompetansen. Bodil var også den første ergoterapeuten som var ansatt i kommunehelsetjenesten, først med sykehjem som basis, senere som kommunalt ansatt utenfor institusjon. Hun var med å starte hjelpemiddelsentral Indre Østfold Industrier, avdeling Borge. Her var hun første avdelingsleder

og fagleder. En pioner på flere områder.

EN DRIVENDE KRAFT

En pioner var hun også da hun var med å stifte den lokale ergoterapeutforeningen i september 1975. Her var hun først sekretær, så leder. Etter noen år ble Bodil ansatt på Hjelpemiddelsentralen i Akershus. Dette ble hennes siste arbeidssted. Vi vet at medarbeiderne der verdsatte henne høyt.

Bodil var en drivende kraft, med et stort engasjement på mange områder. Hun fortalte med entusiasme om bokprosjektet «Pionerens fortellinger». Der bidro hun med flere fortellinger fra sin egen yrkespraksis. Hun var også engasjert i fortellinger fra tiden på Sosialmedisinsk avdeling, og vi tror hun hadde en ambisjon om at dette kunne bli et nytt bokprosjekt.

De siste årene var hun styremedlem i Senior Norge (tidligere Seniorsaken). Som pensjonist ledet hun et prosjekt med bygging

av tilpasset bolig til en gutt med funksjonsnedsettelse.

BETYDDE MYE FOR MANGE

Som ungdom var Bodil på tokt med seilskuten Christian Radich (CR). Interessen for seilskuter varte livet ut. Hun satt i styret for venneforeningen til CR og i styret for Tall Ships Races.

Bodil betydde så mye for så mange. Hun engasjerte seg i andres situasjon, hun skapte tillit, og hun var grundig i alt hun gjorde. Hun sparte seg ikke når det gjaldt å bygge ergoterapeutenes ståsted. Helsevesenet i Østfold har mye å takke Bodil for. Vi er takknemlige for at vi har kjent Bodil. Hun har inspirert oss, og vi skulle så gjerne fortsatt fellesskapet med henne i pensjonistgruppen vår i årene framover. Vi savner henne. Veldig!

For Ergoterapeutenes pensjonistgruppe i Fredrikstad: Siri K. Heen, Torun S. Sæther og Grethe E. Aarvig.

TEMANUMMER I ERGOTERAPEUTEN 1 - 2021

Beste praksis i ergoterapi

2007 ga redaksjonskomiteen ut boken Beste praksis i ergoterapi. Her beskrev ergoterapeuter hvordan de arbeidet relatert til våre syv spesialistområder.

Vi synes nå det er på tide å oppdatere Beste praksis i ergoterapi, denne gangen som en spesialutgave av fagbladet. Vi ønsker oss artikler innenfor disse områdene:

- ergoterapi og allmennhelse
- ergoterapi og folkehelse
- ergoterapi og psykisk helse
- ergoterapi og somatisk helse
- ergoterapi og arbeidshelse
- ergoterapi og eldres Helse
- ergoterapi og barns helse

Artiklene skal være på maks 5000 ord inklusive referanser. De skal primært være skrevet på et nordisk språk. Stil på referanser er APA. Artiklene følger ellers malen for fagartikler slik de er beskrevet på Ergoterapeutens nettside.

I første omgang ønsker vi oss en kort beskrivelse av hva du eller dere har lyst til å skrive om – innen 1. februar. Abstraktet kan sendes på mail til redaktør Else Merete Thyness innen 1. februar 2020. Mailadressen er emt@ergoterapeutene.org.

Ikke gå glipp av sjansen til å bli med på Beste praksis i ergoterapi 2021!

Aktivitet og deltakelse for alle.
Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem


ergoterapeutene



HELSEVEILEDNING FOR SENIORER

Hilde Fleitscher er ansatt i Kristiansand kommune som helseveileder for seniorer. – Dette er en råd- og veiledningstjeneste for eldre med fokus på forebyggende og helsefremmende tiltak, forklarer hun.

– Hensikten med helseveiledning for seniorer er at hjemmeboende eldre skal få økt kunnskap om å styrke sin egen helse, økt livskvalitet, og at flere bor lenger i eget hjem, sier Hilde Fleitscher.

Av Else Merete Thyness



Hilde Fleitscher er ergoterapeutspesialist i Eldres helse med mastergrad i folkehelse.

Det året de fyller 78 år, får innbyggerne i Kristiansand kommune som ikke har omfattende helse- og omsorgstjenester, en personlig invitasjon til et seniorseminar. De fleste eldre lever et aktivt liv, men normal aldring spiller inn på helse og funksjon, spesielt etter fylte 80 år. Kommunen ønsker derfor å ligge i forkant av dette. Intensjonen er at små endringer gir stor helsegevinst. Seminaret er tenkt som en hyggelig og innholdsrik dag med fokus på helse og mestring. De har også anledning til å ta med seg en person, hvis de ønsker det.

– I år arrangerte vi vårt fjerde seminar. Det er fagpersoner som foreleser, og vi tar opp temaer som normal aldring, ernæring og kosthold, folkebiblioteket, teknologi, brannsikkerhet, seksuell helse og tannhelse. I 2018 kom det cirka 90 seniorer på seminar, forteller Hilde Fleitscher.

Det er hun som har ansvar for arrangementet, men hun har heldigvis gode hjelpere.

– Jeg er veldig fornøyd med foreleserne og bruker de samme fra år til år. I tillegg har jeg god støtte i leder og ikke minst senior-

Gjennom helseveiledning for seniorer treffer du en gruppe i helsevesenet, som du ikke treffer til vanlig.

Hilde Fleitscher

sentrene i Kristiansand kommune, som til daglig tilbyr aktiviteter, kurs og sosiale møteplasser for de som er 60 år og eldre.

HJEMMEBESØK

Hvert år ber Hilde om navn og adresse fra Folkeregisteret på de som fyller 78 år i kommunen. De som ikke deltar på seminar, og ikke har omfattende helse- og omsorgstjenester, skal få tilbud om en helseveiledende samtale hjemme hos seg selv. Formålet med hjemmebesøket skal være å hente fram den enkeltes ressurser, bidra til å tilrettelegge omgivelsene og å styrke den enkeltes muligheter til å holde seg frisk og aktiv lengst mulig. Hjemmebesøket skal også være en arena der eldre i kommunen kan få kjennskap til kommunens tilbud innenfor både helse, kultur og frivillig sektor.

- De får et brev i posten med tilbud om hjemmebesøk. Cirka halvparten takker ja, og de virker veldig fornøyde etterpå, sier Hilde.

Et hjemmebesøk varer halvanen til to timer.

- Den første halvtimen bruker jeg til å bli kjent og få livssituasjon og livshistorien deres, og jeg spør dem hvilke aktiviteter som er viktige for dem.

Hilde har også med seg en mappe med brosjyrer som gir grunnlag for en god samtale.

- Vi går gjennom hvert tema som fysisk aktivitet, fallforebygging, søvn, kosthold, brannsikkerhet, alkohol, teknologi, bilkjøring, tannhelse, ensomhet, livskvalitet og frivillighet. Fysisk aktivitet er

et tema det gjerne er interesse for, og da snakker vi om ulike tilbud de eventuelt kan prøve.

Bolig er et annet emne som ofte kommer opp.

- Her kommer virkelig ergoterapikompetansen inn. Hvis de vil fortsette å bo i leiligheten sin eller huset sitt, tar jeg opp emner som tilrettelegging og universell utforming.

I Danmark er hjemmebesøk hos eldre en lovfestet tjeneste, og alle over 80 får årlige besøk.

- Der har også de ansatte som jobber med dette en egen landsforening: Landsforeningen for ansatte i sundhetsfremmende hjemmebesøk i Danmark, forteller Hilde.

NASJONAL VEILEDER

I 2017 ga Helsedirektoratet ut en veileder for gjennomføring av forebyggende hjemmebesøk. Her forklares det hvordan et hjemmebesøk kan gjennomføres som forberedelser, samtaletemaer, dokumentasjon og oppfølging.

- Veilederen er nyttig og full av gode tips, som for eksempel forslag til brosjyrer, sier hun.

Hun er godt fornøyd med jobben sin.

- Gjennom helseveiledning for seniorer treffer du en gruppe i helsevesenet som du ikke treffer til vanlig. Det er veldig lærerikt. Min opplevelse er at det står bra til med de eldre i samfunnet. De følger med på hva som skjer, spiller golf, reiser og er sosiale. Det er mye positivt å bygge på både når det gjelder seminaret og hjemmebesøket.



Seniorseminaret 2018.

HELSEVEILEDENDE SAMTALE

En helseveiledende samtale har flere mål og et bredt innhold. Hensikten med samtalen er:

- å bli bevisst egne ressurser
- å få kunnskap om helsefremmende og forebyggende faktorer
- å gi personlig veiledning knyttet til enkle tiltak du kan gjøre for å bedre eller bevare din funksjon og helse
- å lytte dersom du har utfordringer du ønsker å drøfte
- å oppmuntre til å fortsette med gode og aktive vaner
- å informere om aktiviteter og tilbud i Kristiansand
- å sette i gang refleksjoner rundt din hverdag og din helse

FREMDELES MULIG Å MELDE SEG PÅ



Deltakelse og mestring for eldre – nettbasert kurs for ergoterapeuter

Et skreddersydd kurs som skal gi mer deltakelse og mestring for ergoterapeuter i kommunenes arbeid med **Leve hele livet**.

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangør: Ergoterapeutene

Tid: To moduler høsten 2019, tre moduler våren 2020.

Modul 1: Ergoterapeutenes samfunnsoppdrag.

Ligger ute på Ergoterapeutenes hjemmeside

Modul 2: Aldersvennlig samfunn. Legges ut på hjemmesidene 01.11. 2019.

Modul 3: Aktivitet og fellesskap Legges ut på hjemmesidene 15.01. 2020.

Modul 4: Helse og helsetjenester. Legges ut på hjemmesidene 15.03. 2020.

Modul 5: Kommuneplanprosessen. Legges ut på hjemmesidene 15.05. 2020.

Sted: Der det passer deg.

Kursavgift: Gratis

Påmelding: Gjennom kurskalenderen på hjemmesiden (www.ergoterapeutene.org). Melder du deg på før 1. november, rekker du å bli med i en nettverksgruppe for Modul 2. Du kan også delta på

egen hånd. Da behøver du ikke å melde deg på.

Mål: Motivere og skolere ergoterapeuter til en aktiv rolle i kommunenes arbeid med deltakelse og mestring for eldre.

Kurset deles opp i 5 moduler.

Hver modul består av:

Forarbeid. Lese anbefalt litteratur. Cirka 2–3 timer. Forelesninger. Lagt ut på Ergoterapeutenes hjemmeside. Varighet cirka 1.5 timer.

Spørsmål til refleksjon individuelt og i nettverksgruppe. Varighet cirka 2 timer. Alt ligger tilgjengelig på www.ergoterapeutene.org. Søk på nettverk. Her finner dere også mer informasjon om kurset.

Hver modul godkjennes som ergoterapispesifikt kurs meritterende med 6 timer til Ergoterapispesialist for dem som kan dokumentere deltakelse i nettverksgruppe.

Meld deg på i dag!

TROMSØ



Kurs i ADL-taxonomien

ADL-Taxonomien er et valid og reliabelt redskap for å undersøke og vurdere aktivitetsevne. ADL-Taxonomien er oversatt til norsk, og deltakerne mottar et eksemplar på kurset.

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Ergoterapeutene og Tromsø kommune

Tid: 20.-21. april 2020

Sted: Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

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

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org, innen 20. mars 2020.

Kurset omhandler ADL som en sentral del av ergoterapeuters kjernekompetanse.

Deltakerne får en introduksjon til ADL-Taxonomiens oppbygging og anvendelse, slik at de kan anvende det for planlegging og evaluering av tiltak. Det er lagt opp til praktisk utprøving. Dokumentasjon og måling av effekt er også en del av kurset.



Kurs i aktivitetskalkulatoren



Aktivitetskalkulatoren er en metode som gjør det mulig for pasienter med fatigue og/eller smerter å planlegge sin hverdag ut fra energinivå.

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Finnmarksykehuset HF, Avd. ReHabilitering, Ergoterapeutene Region Nord og OsloMet

Tid: 2.-3. mars 2020

Sted: Kirkenes Sykehus, Sør-Varanger

Kursavgift: Pris: kr. 3570,- ved påmelding innen 31.01.2020, etter denne datoen kr. 3900,-. Kursavgift inkluderer kaffe/te, lunsj, kursmateriale og manualer. Maks. 28 deltakere, så her gjelder det å være førstemann til mølla! Medlemmer prioriteres.

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org, innen 14. februar 2020



**5. NASJONALE KONFERANSE OM
HJERTET OG HJERNEN**

Oslo Kongressenter 13. og 14. februar 2020

Ergoterapeuter ønskes velkommen!
Godkjent av Norsk Ergoterapeutforbund med
16 timer som spesialspesifikt kur.

PROGRAM OG PÅMELDING PÅ
www.hjertetoghjernen.no

USN Universitet
i Sørøst-Norge

Videreutdanning i Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er forebygging og rehabilitering mens brukeren bor i eget hjem. Hvordan kan helsepersonell som arbeider i kommunenes helse- og omsorgstjenester legge best mulig til rette for dette?

USN tilbyr videreutdanning i Hverdagsrehabilitering på 30 stp våren 2020. Oppstart i mars. Søknadsfrist 15. januar.

usn.no/hverdagsrehabilitering

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

0348

BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSUTSTYR

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

0606/0612/0618 ORTOSER

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

0630

PROTESER

NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS
 Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad
 Tlf.:62 57 44 44, fax:62 57 44 45
 nto@ortonor.no www.ortonor.no
 Spesialist i armpoteser.

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

0912

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

0912 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK

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

0933

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

0933 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING
BARDUM AS

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

Y 1

YRKESKLÆR/SKO

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>

4. FORFLYTNING

1203/1206

GANGHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruern. 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

EASYWALK

Tlf 64808062
post@easywalk.no
www.easywalk.no

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 ÅS
Tlf: 64 94 21 65
www.follo-futura.no
Gåbord

Ronda Hjelpemidler

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

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1218

SYKLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no
Sykler - man. og el.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1221

RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no

Rullestoler - man. og el.

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com
www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Ers Roltec BOA2

1221 B

RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com, www.permobil.com

PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo
post@picomedmobility.no
www.picomedmobility.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1224

TILLEGGSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no

BARDUM AS

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

Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59

firmapost@permobil.com, www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruern. 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
Arcona benløfter og Arcona løftestropp

1236

LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund
Tlf.: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17
post@hcn.no www.hcn.no
Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten
gjennomgående skinne
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona benløfter

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGING

Ronda Hjelpemidler

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

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruern. 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.

Ronda Hjelpemidler

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

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT
armstøtte

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler

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

1803

BORD

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
HELLAND MØBLER AS
6250 Stordal
Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01

- PRODUKTREGISTER -

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 66 77 73 01

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1812

SENGER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE

TILSATSER TIL MØBLER

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

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.

1821

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

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEISER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar

Tlf : 95 76 10 00, faks: 62 51 85 01

www.accesstrappeheiser.no

eva@accessvital.no

Heiser: Løfteplattformer,

Trappeheiser og Ramper

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra

individuelle behov

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/ VARSLING

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

2103

OPTISKE HJELPEMIDLER

2109

TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

2110 KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

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

MYLIFEPRODUCTS AS

Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo

Tlf: 92631425

post@mylifeproducts.no

www.mylifeproducts.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

1527

IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSBJELPEMIDLER

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

- PRODUKTREGISTER -

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no
tobii dynavox
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen
Tlf.: 55 55 10 60
E-post:sales.no@tobiidynavox.com
www.tobiidynavox.no

2144

GYNGETERAPI

PICOMED AS

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

2146

HØRSELTEKNISKE HJELPEMIDLER

Vestfold Audio AS

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

2147

SOVEHJELPEMIDLER

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (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
Kastanjedynen, Arcona posisjoneringssputer,
Asklø posisjoneringssputer, Inmutouch

2148

VARSLINGSHJELPEMIDLER

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.
Varsling
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2149

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

BETJENINGSHJELPEMIDLER IKT

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no
tobii dynavox
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen
Tlf.: 55 55 10 60
E-post:sales.no@tobiidynavox.com
www.tobiidynavox.no

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar
Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01
access@access-gruppen.no
www.accessgruppen.no
Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

PICOMED AS

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

2418

GREPTILPASNINGER OG HJELPEMIDLER SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER

HÅND- OG/ELLER FINGERGREP

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
Ronda Hjelpemidler

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

3006

SPILL

3009

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

- PRODUKTREGISTER -

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,

Krabatskjerf, sikleskjerf

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER

FOR BARN

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

B.ROL

ROLLATORER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50,

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng, Arcona reiseseng

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/Sansemotorikk, Kastanjedynen,

Inmutouch

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykel

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no



Thera-trainer Tigo 550

Scorpion Plus



AKT 26

Stønad til aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år.

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

(Kilde: regjeringen.no)



RotoBed Free

La ikke utfordringer hindre deg – løsninger finnes.

Det finnes en rekke praktiske hjelpemidler, i ulike størrelser og utførelser. De kan hjelpe å mestre daglige gjøremål eller gi muligheten for å være mer aktiv. Hjelpemidler med individuelle tilpasninger kan gi kroppen den støtte den trenger – og bidra til mer bevegelse. Mulighetene er veldig mange!

- + Gir trygghet
- + Mer selvstendighet
- + Økt mestringfølelse

Klikk deg inn på vår nettside og se det store utvalget av produkter.