

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Arbeid fremmer helse 6

Ergoterapeut som byrådssekretær 10 «Vi blir ikke brukt godt nok» 30

Mer ergoterapi – mindre hjemmetjeneste 66

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen, Sissel Horghagen og Anne-Stine Dolva

Annonser

Erik Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 5 – 3. okt / 30. okt

Nr. 6 – 1. des / 24. des

Nr. 1 – 1. feb / 31. feb

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrund Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Anita Rosmæl, 2. nestleder

Arnfinn Bjørshol

Berit Regine Laiti

Ine Cecilie Ulven

Mariette Elise Gjerde

May Solveig Svendsen

Ragna Gjone

Renate Soggemoen

Tonje Hansen Guldhav

Bjørnar Rovde 1. varamedlem

Ingelin Mari Rød, 2. varamedlem

Anne-Kristin Finne, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Kristin Jess-Bakken, varamedlem

Lilly Nerenget, varamedlem

Inger Synnøve Kjos, varamedlem

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



6



10



50



60

REPORTASJER

- 6 Arbeid fremmer helse**
Av Else Merete Thyness

NY ARENA

- 10 Ergoterapeut som byrådssekretær**
Av Else Merete Thyness

FORBUNDET

- 14 Ny forskrift om brannforebygging**
Av Roar Hagen

FAGLIG

- 16 Finmotorisk førskolegruppe**
Av Kristina Hoydal, Randi Skumsnes, Vanja Bjørnnes og Henriette K. Bjelland
- 24 80-åringenes teknologibruk i Trondheim 2015**
Av Anne-Betty Sødal, Bodil Klungerbo og Line Oldervoll

VITENSKAP

- 30 «Vi blir ikke brukt godt nok»**
Av Astrid Gramstad og Ragnhild Nilsen
- 40 Forsker i farten: Annelie Schedin Leiuflsrud**
Av Sissel Horghagen

AKTUELT

- 42 The 2016 COTEC-ENOTHE Congress: Some reflections**
Av Farzaneh Yazdani, Christine Raber og Tore Bonsaksen
- 47 Hvordan implementeres deltakelsesfokus, kartlegging og intervensjon**
Av Kjersti Vik
- 48 Digitale fortellinger**
Av Elin Jøranlid Pedersen og Anne-Lise Tora Berit Nilsen
- 50 Studenter med funksjonshemming bør fullføre høyere utdanning**
Av Sissel Horghagen og Eli Langørgen

- 52 CONNECT - vi kan gjøre en forskjell**
Av Maria Fouad

- 54 Den gode samtalen**
Av Berit Westbye

- 60 Kanskje gamle - men pågangsmot mangler ikke**
Av Liv Hopen

- 62 Velkommen til å sende inn abstrakt**
Av Ida Weydahl

- 63 Skal du sende inn abstrakt?**
Av Margunn Sognnæs

PÅ DEN SISTE SIDEN

- 66 Mer ergoterapi – mindre hjemmetjeneste**
Av Else Merete Thyness

ANNONSER

- 68 Kurs- og stillingsannonser**
69 Produktregister
74 Agenturregister

Hvorfor jobber vi?

Etter en lang og til tider slitsom sommerferie, som blant annet involverte fotballcup, hetebølge, hotell tett inntil svinefarm og en million fluer, var det godt å være tilbake på jobb.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Lokalene er kjølige og fluefrie, kollegaene mine skriker og bæljer ikke før de hiver seg etter ballen, og arbeidsoppgavene er mer interessante enn mye av ferielitteraturen jeg har proppet i meg. På den annen side skiller ikke arbeidsplassen med kald hvitvin til lunsj, strand eller parasoller. Vi trenger både jobb og ferie, og vi får ikke det ene uten det andre.

Det oppdaget Pippi Langstrømpe også. De fleste av oss husker sikkert hvorfor hun ville begynne på skolen. Det handlet ikke bare om å lære pluttifikasjonstabellen. Pippi ville begynne på skolen sånn at hun kunne få juleferie sammen med de andre barna. Dessverre passet Pippi dårlig inn, så da fikk det heller være med skoleferien.

Pippi er ikke den eneste som faller utenfor, og som dermed går glipp av to-kaffen, fredagsfølelsen, lønningspils, julebord, sommeravslutning, kurs, jobbreiser og lønn.

Norge har en høyere andel av befolkningen i arbeid enn gjennomsnittet i Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling, OECD. Norge har også det høyeste sykefraværet.

Flertallet av sykmeldingene og langvarige trygdestønader blir gitt for muskel- og skjelettplager og vanlige psykiske lidelser som angst og depresjon. I tillegg sliter særlig nye innvandrere og mennesker med funksjonshemming med å komme seg inn på arbeidsmarkedet.

Ergoterapeutenes seminar om arbeidsdeltakelse under Arendalsuka fokuserte på hva som skal til for å gjøre arbeidslivet mer tilgjengelig for alle. Denne utgaven av fagbladet starter med en reportasje derfra. I tillegg har vi flere gode fag- og forskningsartikler og dessuten smakebiter fra den europeiske ergoterapikongressen i Irland.

Velkommen tilbake på jobb!



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Barriereknusing for arbeidsdeltakelse!

Arbeid er viktig for helsa, sosialt nettverk og økonomisk trygghet. Det er derfor bekymringsfullt når arbeidsløsheten øker i deler av landet, og at det tar altfor lang tid før nye innvandrere kommer i arbeid. Særlig er arbeidsdeltakelsen hos personer med funksjonsnedsettelse bekymringsfull - den er langt lavere enn hos den øvrige befolkningen. I 2015 var 43 prosent funksjonshemmede i yrkesaktiv alder i arbeid. Det er 30 prosent færre enn befolkningen som helhet og nesten 40 prosent lavere enn for personer uten funksjonshemming. Dette er alvorlig, diskriminerende og et tap for samfunnet. Samtidig dokumenteres det at personer som søker bistand hos NAV er motiverte for å komme i arbeid.

Forskningen dokumenterer også at arbeidssøkere ikke alltid deltar i sin egen arbeidsevnevurdering - vurderingen kan nemlig

fylles ut digitalt av veileder uten dialog med arbeidssøker! For de som har jobb blir heller ikke arbeidsplassbesøk alltid gjennomført. Dette er merkelig, for intensjonen med arbeidsevnevurderingen er jo nettopp å kartlegge relasjonen mellom arbeidstakers funksjon og arbeidsplassens krav og forventninger. Studier av «Raskere tilbake» dokumenterer at dette innebærer svært mange ulike tiltak, som ikke alltid er forskningsbaserte. Her prøves ulike ideer ut, uten kunnskapssøk og dokumentasjon. Dette er sikkert kreativt, men det framstår som et sjansespill. I tiltaks-iver kastes det penger ut på tiltak som ikke har dokumentert effekt.

Forskere dokumenterer samtidig et voldsomt arbeidspress på veiledere i NAV, med omfattende rapportering og altfor mange brukere å forholde seg til. Idealer og realiteter kolliderer. Her må det en kultur - og holdnings-

endring til, og mer kompetanse. Det er mye å lære fra innføring av hverdagsrehabilitering:

- *Brukerdeltakelse* må konsekvent gjennomføres - her er nøkkelen til motivasjon og egne løsninger
- *Kunnskapsbasert praksis* er et krav - innsats må bygge på forskning og erfaring som virker
- Kartlegging av arbeidsevne må gjøres med reell *observasjon av arbeidssted* - det danner grunnlag for tilrettelegging av arbeidsmiljø og arbeidsoppgaver
- *Mestring av arbeidsoppgaver* vektlegges - en diagnose sier lite om funksjon og muligheten til å utføre arbeidsoppgaver.
- *Tidlig innsats* - gjerne arbeidsplassbesøk i stedet for sykmelding.
- *Siloer må brytes* ned gjennom tettere samarbeid og samkjøring mellom NAV, helsetjenester og arbeidsplass.

ARBEID FREMMER HELSE

I en by som badet i sol og sydet av liv, satte ergoterapeutene sitt preg på Arendalsuka. Blant annet arrangerte de seminar om arbeidsdeltakelse på Strand Kafé ved pollen.

Arendalsuka er en politisk festival som arrangeres i Arendal hver sommer. Onsdag 17. august var det hovedsakelig omstilling, teknologi og miljø som sto på programmet. Ergoterapeutene arrangerte seminar på Strand Kafé ved pollen med temaet «Gjør arbeidslivet mulig for enda flere»

ARBEID GIR HELSE

Seminaret ble ledet av Jon Paschen Knudsen, førsteamanuensis ved Institutt for arbeidsliv og innovasjon ved Universitetet i Agder. Han stilte spørsmålet «Hvordan kan vi gjøre arbeidslivet mer tilgjengelig?» Deretter ga han ordet til forbundsleder Nils Erik Ness, som innledet med å si at arbeid gir helse.

– Vi får impulser som stimulerer oss fysisk og kognitivt, gir oss selvfølelse og sosialt nettverk samt at arbeid sikrer inntekt og trygghet. Det er bedre å jobbe enn å være sykmeldt, sa han.

Deretter pekte han på problemer som at arbeidsløsheten øker i deler av landet, det tar lang tid for nye innvandrere å få jobb, og arbeidsdeltakelsen hos personer med funksjonsnedsettelse er



– Det er bedre å jobbe enn å være sykmeldt, sa Nils Erik Ness.

Foto: Sol Nodeland



– Forholdene på arbeidsplassen må ha stort fokus i alle tilbud, sa Randi Wågø Aas. Foto: Sol Nodeland

langt lavere enn i den øvrige befolkningen.

– Mange unge med funksjonshemming risikerer dårlig inntekt og fattigdom fordi de aldri får seg en jobb, sa Ness.

Han trakk også fram OECDs konklusjon fra 2006: «Den store utfordringa for Norge er å forstå hvorfor eksisterende, tilsynelatende gode tilbud ikke klarer å levere.»

– Det virker som Norge har svært gode rammebetingelser, men likevel kommer vi dårlig ut sammenlignet med andre land, sa han.

Selv mente han det er for lite fokus på gapet mellom menneskers arbeidsevne og kravene på arbeidsplassen. Som eksempel viste han til NAVs arbeidsevnevurdering, som skal evaluere relasjonen mellom den enkeltes ressurser og begrensinger og omgivelsenes krav og forventninger.

– En studie gjennomført av Sigrud Wik og Jan Tøssebro viser at saksbehandlere i NAV ofte vurderer personens arbeidsevne uten engang å *involvere* brukeren selv, og det er liten interesse for å kartlegge faktiske arbeidsoppgaver på arbeidsstedet.



Ergoterapispesialist i arbeidshelse Kristin Haugen fortalte om sin erfaring med arbeidsplassbesøk. Foto: Sol Nodeland

Han trakk også fram behovet for bedre samarbeid mellom NAV, bedriftshelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

– Siloene mellom NAV og helsetjenestene må rives - det er behov for kulturendring! Her kan vi lære av hverdagsrehabilitering med styrket brukerstyrt, tverrfaglig og kunnskapsbasert innsats.

TILBUD SOM LEVERER

Nils Erik Ness fikk mye støtte av Randi Wågø Aas, førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus og Universitet i Stavanger. «Hvorfor klarer ikke våre tilbud å levere», spurte hun.

Hun pekte blant annet på at vi har for liten tradisjon for å utvikle tilbud basert på forskning i Norge.

– Vi er tiltakskåte og setter stadig i gang nye tiltak, uten at de nødvendigvis er basert på kunn-

skap om hva som faktisk fungerer.

Nordmenn har også for stor tro på at sykefravær kan forebygges med trening, massasjestol og vinlotteri.

– I forbindelse med Kvalitetskommuneprogrammet så vi på tolv kommuner med mye sykefravær. Vi fant ut at de prøvde å gjøre friske folk enda friskere, uten særlig effekt. Potensialet for å minske sykefraværet ligger hos langtidssykmeldte med lettere psykisk uhelse og muskel- og skjelettplager, som står for mesteparten av sykefraværet. Vi vet også at det som betyr noe for folk, er meningsfullt arbeid, en god ledelse og at det er behov for deg på jobben.

Wågø Aas var også opptatt av samarbeidet mellom NAV, helse-tjenestene, den sykmeldte selv og arbeidsplassen.

– I en stor kunnskapsoppsum-

ARENDALSUKA

Arendalsuka er en årlig arena hvor nasjonale aktører innenfor politikk, samfunns- og næringsliv møter hverandre og folk for debatt og utforming av politikk for nåtid og framtid. Arrangementet er partipolitisk uavhengig og har som mål å styrke troen på politikk og politisk debatt. Arendalsuka ble arrangert første gang i 2012 og ble umiddelbart en suksess. Den er inspirert av Danmarks Folkemøde på Bornholm (siden 2011) og Sveriges Almedalsuken (siden 1982).



Gjennom hele uka hadde ergoterapeutene fokus på å bidra til å gjøre hverdagslivet mulig. Foto: Sol Nodeland



Ergoterapeutenes første nestleder Tove Holst Skyer var på plass sammen med resten av forbundsstyret. Foto: Sol Nodeland



På standen kunne folk henge opp lapper med «viktige aktiviteter for meg» på aktivitetstreet. Foto: Karl Erik Bjerkaas

«Den store utfordringa for Norge er å forstå hvorfor eksisterende, tilsynelatende gode tilbud, ikke klarer å levere.»

OECDs rapport om *Sickness, Disability and Work* (2006)

mering som ser på hvorfor mennesker kommer tilbake i jobb, ser vi at utveksling av kompetanse mellom NAV, helsetjenesten og arbeidsplassen hjelper. Aktørene må ha den samme forståelsen av hvorfor Ola Hansen er sykmeldt. En rekke studier viser også at Ola selv må ha eierskap til tilbakeføringen.

Hennes forslag for å øke arbeidsdeltakelse var å etablere tverrfaglige og tverretatlige lokale «Raskere tilbake-team» som kan støtte brukeren så fort som mulig.

- Vi må bringe ressursene inn tidlig, og ikke tenke at vi skal fikse alle sykdommer, men fraværspromblemet. Vi må også ha en felles forståelse for hva som er barrierene for å kunne gå tilbake til jobben. Da kan Ola Hansen få et individuelt barriererknusingsopplegg.

DRAR UT PÅ ARBEIDSPLASSEN

Ergoterapeut og spesialist i arbeidshelse Kristin Haugen har mye erfaring med arbeidsplassbesøk. Hun jobber på Hernes-instituttet ved Elverum.

- Når langtidssykemeldte arbeidstakere forteller om gapet mellom kravene i jobben og deres egen funksjon, er det bare en ting å gjøre. Da drar vi og pasienten ut for å tilrettelegge på arbeidsplassen i samarbeid med arbeidsgiveren og andre aktuelle parter som NAV, fastlegen og bedriftshelsetjenesten.

Som eksempel fortalte hun om «Kari», som er ansatt i hjemmesykepleien.

- Kari reiser rundt til eldre og vasker. Store deler av dagen står

hun bøyd over vaskebøtta og blir derfor sliten i ryggen. Det som skulle til, var en lett og liten vasketralle som hun fikk med seg i bilen sin, altså en fysisk tilrettelegging. Nå fungerer hun i jobben igjen.

- Som Randi nettopp fortalte, viser forskning at tilrettelegging på arbeidsplassen og samarbeid og kontakt mellom arbeidsplass, NAV og helsepersonell øker sjansen for at sykmeldte kommer seg tilbake i jobb. Da må vi gjøre det, sa Haugen.

UNGDOMMEN NÅ TIL DAGS

Det var flere arrangementer med fokus på arbeidshelse denne dagen. I båten Shanti satt ergoterapeut Tone Marie Trondal og hennes kolleger i Agder Arbeidsmiljø IKS klare til å informere om prosjektet «Fremtidens arbeidstakere». I prosjektet leverer de bedriftshelsetjeneste til elever i videregående skole med fokus på det fysiske arbeidsmiljøet.

- Vi har tro på det å skape gode og sunne vaner tidlig i arbeidslivet. Hittil har vi blant annet jobbet med ergonomi og støy, sa Trondal.

ERGOTERAPEUTENES STAND

Utenfor kulturhuset i Arendal sto en annen munter gjeng. Her lånte Ergoterapeutene Unios stand i to timer under mottoet «Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig». Aktivitetstreet var på plass, og de forbigående lot seg villig lokke til å skrive ned lapper med viktige aktiviteter, som de så hengte opp på treet.



Ombord i Shanti satt Frank Beck, yrkeshygieniker i Agder Arbeidsmiljø IKS; Sigmund Baasland, verneleder og kontaktperson ved Sam Eyde videregående skole; Gunn M. Gundersen, sykepleier i Agder Arbeidsmiljø IKS; og Tone Marie Trondal, ergoterapeut i Agder Arbeidsmiljø IKS. Foto: Else Merete Thyness



Marit Bjerge fra Ergoterapeutene Sør står klar med brosjyrer for å informere folk om forbundets arbeid. Foto: Else Merete Thyness



NAVN

Mette Kolsrud

STILLING

Byrådssekretær

HVOR

Rådhuset i Oslo

Ergoterapeut som byrådssekretær

Av Else Merete Thyness

- Hvor jobber du?

- Jeg jobber i byråd for eldre, helse og sosiale tjenester i Oslo kommune.

- Hva jobber du som?

- Stillingstittelen er byrådssekretær.

- Hvor lenge har du hatt jobben?

- Jeg har hatt jobben siden begynnelsen av november i fjor. Etter kommunevalget var det duket for et nytt styre i Oslo med Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Miljøpartiet De Grønne i førersetet. Raymond Johansen ble byrådsleder, og med seg fikk han åtte byråder, blant andre Inga Marte Thorkildsen (SV). Hun er byråd for eldre, helse

og sosiale tjenester, og jeg er en av de to politiske sekretærene hennes.

- Hva er de viktigste arbeidsoppgavene dine?

- Dette byrådet har ansvaret for eldre, helse og sosiale tjenester. Vi har ansvaret for alle bydelene og de byomfattende helse- og velferdstjenestene til innbyggerne. De skal fungere så godt som mulig, og vi skal utvikle nye tjenester. Det gjør vi gjennom å gjennomføre politikken i byrådsrklæringen, som er styringsgrunnlaget for dette byrådet.

- Arbeidsoppgavene kan variere veldig fra dag til dag, og i løpet av én dag. Blant annet forbereder vi saker og debatter til bystyret og byrådet. Et eksempel på en slik sak er at vi planlegger å legge om fra institusjonsbaserte til mer hjemmebaserte tjenester.

- Vi jobber også med en tillitsreform, som den de har gjennomført i København. Den handler om å skape mer dialog og samarbeid mellom innbyggere, ansatte og politikere, slik at vi får utnyttet ressursene bedre.

- Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

- Det er første gang en ergoterapeut har jobben som byrådssekretær i Oslo, men jeg tenker at ergoterapikompetansen er veldig nyttig i arbeidet med å utvikle tjenestene videre. Ergoterapeuter fokuserer mye på mestring og at tilbudene til innbyggerne skal ta utgangspunkt i spørsmålet «Hva er viktig for deg?» Dette stemmer bra med fremtidens sosial- og helsetjenester, som i større grad skal tilpasses brukernes behov, slik at disse er i stand til å greie seg best mulig selv.

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

- Ja, dette er en spennende og utfordrende jobb med mange og varierte oppgaver. Dessuten er det artig å jobbe i et politisk system. Jeg opplever at jeg gjør noe som er viktig for andre mennesker.

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

- Dette er ikke en stilling man søker, men en du blir spurt om du vil ha, på bakgrunn av arbeid du har gjort andre steder. Men med vårt fokus på helsefremmende tjenester har ergoterapeuter mye å bidra med.

BYRÅDET

Byråd eller kommuneråd er en kommunes «regjering». Mer presist er by- eller kommunerådet det øverste utøvende politiske myndighetsorganet i en kommune som har innført en parlamentarisk styringsordning.

Byråd er også navnet på det enkelte medlem av byrådet. Det er ikke noe krav at byrådene er innvalgt i bystyret eller kommunestyret, altså kommunens storting. En rekke byråder er rekruttert eksternt.

Byrådet har den samme funksjonen som formannskapet. Byrådene har det øverste politiske og administrative ansvaret for de innstillingene som fremmes overfor by- eller kommunestyret, og har det overordnede ansvaret for at by- eller kommunestyrets vedtak blir iverksatt.



Ergoterapeutenes tidligere forbundsleder Mette Kolrsud ble oppnevnt som byrådssekretær for Byråd for eldre, helse og sosiale tjenester i Oslo kommune i november 2015.

Du kjenner brukeren, vi hjelper deg med øyestyrte talehjelpemidler.



tobii dynavox

www.tobiidynavox.no

SMIDIG, KOMPAKT OG KOMFORTABEL

M400i Corpus 3G er en midthjulsdrevet rullestol med liten svingradius og suverene kjøreegenskaper. Den har godt grep og stabilitet takket være den unike hjulopphenget. M400i kommer lett over terskler og klarer fint å komme ut på verandaen eller ut til postkassen. Corpus 3G sete gir den beste følelsen av komfort.

Den perfekte stolen for deg som ønsker frihet i hjemmet eller på jobb!



permobil

VÅRT BESTE SETE TIL NÅ

Corpus 3G er designet etter kroppens naturlige form og er utformet for å gi deg optimal støtte og komfort. Setet er tilgjengelig i 36 størrelser og har utallige innstillingsmuligheter. Alt for å gi deg optimal komfort!





Ny forskrift om brannforebygging

Første januar 2016 trådte den nye forskriften om brannforebygging i kraft. Den sier blant annet at du må ha minst en røykvarsler i hver etasje i boligen din og at alarmen må kunne høres tydelig i alle oppholdsrom og soverom – også når dørene er lukket.

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt i Ergoterapeutenes forsikringsselskap

De nye bestemmelsene påpeker viktigheten av at røykvarslere skal kunne høres i alle oppholdsrom. Ta en gjennomgang av leiligheten eller huset og sjekk om alarmen høres i alle soverom, stuer og kjøkken når dørene er lukket, og vurder om det er behov for flere røykvarslere. Det er alarmen som skal vekke deg og sørge for at du og familien kommer dere trygt ut hvis det verste skulle skje.

IONISK ELLER OPTISK RØYKVARSLER?

Selv om både ioniske og optiske røykvarslere er lovlige, anbefaler Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap seriekoblede, optiske røykvarslere. Disse gir størst grad av trygghet for beboerne i huset.

DEN NYE FORSKRIFTEN

«Eieren av boliger og fritidsboliger skal sørge for at byggverkene

har brannalarmanlegg eller et tilstrekkelig antall røykvarslere. Det skal være minst én detektor eller røykvarsler i hver etasje, som skal dekke kjøkken, stue, sone utenfor soverom og sone utenfor tekniske rom. Alarmen skal kunne høres tydelig på oppholdsrom og soverom når dørene mellom rommene er lukket.»

HUSK INNBOFORSIKRING

Gjennom ditt medlemskap i Ergoterapeutene har du anledning til å kjøpe en av markedets beste innboforsikringer til svært gunstig medlemspris. Mange av medlemmene har benyttet seg av tilbudet allerede. Du kan velge mellom fem forsikringssummer, fra 500 000 opptil 3 millioner kroner. Tilbudet bør dekke de fleste behov. Er du en av dem som fortsatt ikke har benyttet deg av tilbudet, kan du lese mer om vilkår og betingelser her: www.ergoterapeutene.org/forsikring.

Liten justering av kontingentsatsene

Resultatet i det statlige tariffoppgjøret gir noen små endringer i kontingentsatsene.

Resultatet i det statlige tariffoppgjøret gir noen små endringer i kontingentsatsene våre.

Våre kontingentsatser henger sammen med lønntabellen i Staten. Dette medfører følgende endringer fra første juli:

- Kontingent for yrkesaktive er fortsatt 1,7 prosent av brutto inntekt. Maksimal kontingent er justert med åtte kroner til 579 kroner i måneden.
- Kontingent for ikke yrkesaktive er justert med én krone fra 57 til 58 kroner.

Også for andre typer medlemskap er det gjort mindre endringer. Du finner alle kontingentsatsene på hjemmesida vår. I tillegg til kontingenten tilkommer den obligatoriske grunnforsikringa vår. Prisen på den er ikke endret, og er fortsatt 129 kroner måneden for dekning ved død, uførhet og ulykke.

BRUK AVTALEGIRO

De som ikke får trukket kontingenten sin fra lønna, kan benytte avtalegiro. Med avtalegiro blir det foretatt et månedlig trekk, og du slipper fakturagebyret på papirfakturaen. For forbundet er avtalegiro ressursbesparende fordi administrasjonen er enklere. Du kan opprette avtalegiro i nettbanken din neste gang du betaler en faktura fra forbundet.

FÅ MED DEG FAGPOLITISK KONFERANSE OG ÅRSMØTE I DIN REGION

Regionene skal gjennomføre sine første fagpolitiske konferanser denne høsten. Forbundet kaller inn de tillitsvalgte, mens medlemmer inviteres til å delta.

Du finner mer informasjon om dette i kurskalenderen på hjemmesida. I forlengelsen av de fagpolitiske konferansene skal det gjennomføres årsmøter i de seks regionene våre.

Arrangementene er planlagt til følgende datoer og steder:

- Sørøst: 15. november i Oslo
- Sør: 7. og 8. november i Skien
- Midt: 1. og 2. november i Trondheim
- Øst: 16. og 17. november i Flesberg og på Biri
- Vest: 1. og 2. november i Songdal, Stavaner og Bergen
- Nord: 7. og 8. november i Tromsø



SELECTION[®] Short

NYHET!

Kort, smidig håndleddsortose uten skinner

SELECTION Short er en kort håndledds-ortose som gir lett kompresjon og støtte til håndleddet uten å hindre bevegeligheten. Snøringen er enkel å lukke og åpne med en hånd. Tommelgrepet er justerbart.

SELECTION Short støtter og avlaster håndleddet etter skade, operasjon, ved kroniske smertetilstander, leddslitasje eller overbelastning.

CAMP[®] SCANDINAVIA

Vil du vite mer? Kontakt oss på tlf.: 23 23 31 20, info@camp.no eller www.camp.no

www.camp.no

Finmotorisk førskolegruppe – samarbeid for fagutvikling

Av Kristina Hoydal, Randi Skumsnes, Vanja Bjørnnes og Henriette V. Bjelland

Kristina Hoydal er ergoterapeut og høyskolelektor ved ergoterapeututdanningen ved VID vitenskapelige høgskole.

E-post: kristina.hoydal@vid.no

Randi Skumsnes er ergoterapeut og arbeider med fagutvikling i i Fysio- og ergoterapitjenesten i Stavanger kommune.

Vanja Bjørnnes er ergoterapeut og arbeider med barn og unge i Fysio- og ergoterapitjenesten i Stavanger kommune.

Henriette V. Bjelland er ergoterapeut og arbeider med barn og unge i Fysio- og ergoterapitjenesten i Stavanger kommune.

Det foreligger ingen uenigheter om rettighetene til manuskriptet eller noen kjente interessekonflikter.

FINMOTORISK FØRSKOLEGRUPPE – SAMARBEID FOR FAGUTVIKLING

Sammendrag

Siden 2012 har ergoterapitjenesten i Stavanger kommune samarbeidet med studenter og ansatte fra ergoterapeututdanningen i Sandnes for å utvikle og drive et godt faglig gruppetilbud til barn som strever med finmotoriske ferdigheter før skolestart. Denne artikkelen beskriver oppbygging og utvikling av gruppetilbudet samt resultater og erfaringer fra gjennomføringen av tilbudet for barna og deres voksne følgepersoner. I tillegg beskrives oppbyggingen og utviklingen av studentinvolvering i tilbudet og samarbeidet med høgskolen for å skape en god læringsarena for ergoterapeutstudenter.

Nøkkelord: førskolebarn, finmotoriske ferdigheter, gruppetilbud, studentsamarbeid

Introduksjon

I Norge, som i store deler av verden, har barn plikt til å gå på skolen fra høsten det kalenderåret de når en bestemt alder. Barn utvikler seg i ulikt tempo. I hvilken grad barna er skoleklare, og på hvilket nivå de har utviklet ulike ferdigheter, kan derfor variere mye ved skolestart.

I Rammeverket for grunnleggende ferdigheter (Utdanningsdirektoratet, 2012) trekkes skrive fram som en av de sentrale ferdighetene både på skolen og for læring generelt. I rammeverket heter det blant annet: «*Utviklingen av skriveferdigheter gjør det mulig å gå inn i ulike skriveroller i kunnskapssamfunnet. Å utvikle skriveferdigheter er en forutsetning for livslang læring og for å kunne delta aktivt i samfunnslivet på en kritisk og reflektert måte*» (s. 14). Skriveferdigheter oppfattes derved som svært viktige. Med utgangspunkt i tidligere forskning har Schneck og Amundson (2010) funnet at skoleelever sannsynligvis bruker omkring halvparten av tiden i klasserommet på oppgaver med blyant og papir. En studie av Zwicker og Hadwin (2009) viser samtidig at utfordringer med skriveferdigheter er en av de vanligste årsakene til at barn i skolealder henvises til ergoterapi. I Samhandlingsreformen legges det vekt på tidlig innsats og helsefremmende og forebyggende arbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Tidlig innsats trekkes også fram som viktig i NOU 2010: 8 *Med forskertrang og lekelyst* (Kunnskapsdepartementet, 2010).

Ergoterapitjenesten i Stavanger har gjennom mange år mottatt et betydelig antall henvisninger på barn som strever med skrive og finmotoriske ferdigheter i hver-



I Rammeverket for grunnleggende ferdigheter trekkes skrive fram som en av de sentrale ferdighetene både på skolen og for læring generelt. Foto Elisabeth Tønnesen

dagen og på skolen. Tjenesten har hatt tilbud til enkeltbarn og i perioder også ulike gruppetilbud, både særfaglig og som en del av det tverrfaglige opplegget «God skolestart» med fokus på helsefremmende arbeid og tidlig innsats (Iversen m.fl., 2006). De siste ti årene har Fysio- og ergoterapitjenesten i Stavanger vært bydekkende og samlokalisert. Samlokaliseringen ga et større fagmiljø og økte muligheter for fagutvikling og samarbeid mellom terapeutene. For å ivareta verdien av tidlig innsats og gi barna mulighet for et bedre ferdighetsnivå ved skolestart ville tjenesten, med utgangspunkt i tidligere erfaringer, bygge et kvalitetssikret faglig tilbud til barn i førskolealder med finmotoriske vansker. Terapeutene gikk gjennom sine erfaringer med tidligere tilbud og konkluderte med at de ville lage et nytt og strukturert tilbud med gruppetrening. Ideen var å kombinere fellesaktiviteter med stasjonsoppgaver i mindre grupper. Samtidig

ville ergoterapeutene overføre kompetanse til foreldre og ansatte i barnehager som fulgte barna til gruppetilbud, slik at fokuset fra gruppesamlingene kunne overføres til barnas hverdag.

Å drive et slikt gruppetilbud krever en del menneskelige ressurser ved at det bør være en person på hver stasjon. Stavanger kommune har regelmessig tatt imot ergoterapeutstudenter, og det ble naturlig å benytte studenter som ressurser inn i et slikt tilbud. Utdanningen ble kontaktet, og det ble søkt og innvilget midler til et samarbeidsprosjekt mellom Fysio- og ergoterapitjenesten i Stavanger kommune og ergoterapeututdanningen ved Diakonhjemmet Høgskole i Sandnes med oppstart i 2012. Diakonhjemmet Høgskole ble fra første januar 2016 fusjonert inn i VID vitenskapelige høgskole. Målet for prosjektet var todelt:

- å utvikle et gjennomførbart kvalitetssikret ergoterapifaglig tilbud til førskolebarn

- å skape en god læringsarena for ergoterapistudenter og et tett samarbeid med ergoterapeututdanningen

Ergoterapeutene utformet følgende hypoteser som utgangspunkt for gruppetilbudet: Ved å tilby et finmotorisk gruppetilbud basert på motiverende og strukturerte aktiviteter tilpasset barnets mestringsnivå, vil barnet kunne få økt mestrings- og aktivitetsglede. Barna følges til gruppen av foresatte eller ansatte i barnehagen. Disse følgepersonene vil bli trygge på hvordan de kan stimulere barnet til varierte finmotoriske aktiviteter. Ved å ha målrettet og hyppig fokus på finmotoriske aktiviteter vil barnet få et bedre grunnlag for skolerelaterte oppgaver.

Tilbudet og samarbeidet ble presentert på Ergoterapeutenes fagkongress i 2013 og fikk da mye positiv oppmerksomhet og interesse og mange spørsmål i etterkant. Tilbudet til barna har fortsatt og blitt videreutviklet, og det ønskes med denne artikkelen å dele noen av erfaringene fra tilbudet til barna og fra samarbeidet mellom praksisfelt og utdanning. Artikkelen bygger på prosjektrapporten fra 2013 og erfaringene fra gjennomføringen av tilbudet siden prosjektoppstart.

Planlegging og gjennomføring

Høsten 2012 fikk to studenter definert sin tredje praksisperiode som en prosjektpraksis i Stavan­ger kommune. Første del av perioden brukte studentene til å søke litteratur og forskning som bakgrunn for valg av utforming og innhold i gruppetilbudet. De valgte å støtte seg til teoribeskrivelser og forskningsartikler om

visuell persepsjon (Dankert, Davis og Gavin, 2003), faktorer som påvirker håndskrift (Cornhill og Case-Smith, 1996), behandling for å forbedre håndskrift (Hoy, Egan og Feder, 2011) og læring gjennom lek (Knox, 2010).

Parallelt med litteratursøket samarbeidet studentene med de ansvarlige ergoterapeutene om å utforme og planlegge selve forløpet, innholdet i samlingene og lage konkret materiale til gruppesamlingene med barna. I siste del av praksisperioden deltok studentene i den første gjennomføringen av gruppetilbudet og laget avslutningsvis en evaluering av opplegget med barnas følgepersoner.

Som en del av prosjektsamarbeidet gjennomførte kommunen og utdanningen også en kursdag for å skape et felles kunnskapsløft innen området finmotorikk og visuell persepsjon. Kurset ble gjennomført på høgskolen og var åpent for andre interesserte ergoterapeuter.

Etter prosjektperioden ble det utarbeidet en prosjektrapport (Bjørnnes og Bjelland, 2013). Videre i artikkelen gis en beskrivelse av hvordan gruppetilbudet blir gitt i dag etter at det er justert fra prosjektperioden og fortløpende evalueringer.

DELTAGERE OG GRUPPESAMMENSETNING

Tilbudet er et lavterskeltilbud for barn som skal begynne på skolen etterfølgende skoleår og som har tilbud fra ergoterapitjenesten på grunn av utfordringer med finmotoriske ferdigheter. Gruppetilbudet retter seg mot de barna som skal begynne i ordinær klasse og som stort sett skal klare seg selvstendig på skolen. Ergoterapeuten som kjenner barnet (primærer-

goterapeuten) har sammen med foreldre og barnehage vurdert gruppetilbud som et egnet tiltak. Også barnas følgepersoner anses som deltakere i tilbudet, da de skal være en aktiv part både i gruppesamlingene og i tiden mellom samlingene.

Før oppstart kartlegges barna av primærgoterapeuten. I tillegg til samtaler og observasjon i barnehagen og/eller hjemme blir barna kartlagt ved bruk av The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration (Beery VMI) (Beery og Beery, 2010), Screening Prewriting skills Occupational Therapy (SPOT) (van Hartingsveldt, Cup og Cortens-Mignot, 2008) og håndfunksjonsdelen av Movement Assessment Battery for Children (M-ABC2) (Henderson, Sugden og Barnett, 2007).

Til sammen gir disse kartleggingsredskapene en oversikt over barnets utviklingsnivå i forhold til finmotorikk, visuell persepsjon og visuell-motorisk integrering (M-ABC2 og Beery VMI) samt over kvaliteten på utførelsen av finmotoriske aktiviteter som er relevante ved skolestart (SPOT).

Etter kartleggingen settes barna sammen i to grupper etter funksjonsnivå. Hver gruppe har plass til åtte barn. Til sammen får således opptil 16 barn dette tilbudet hvert år.

GRUPPETILBUDET

Gruppetilbudet består av to perioder med samlinger én gang i uken – seks uker om høsten og seks uker om våren. Før oppstart får foreldre eller følgepersoner et informasjonsskriv som forteller om gruppens generelle målsettinger, innhold og struktur. Her gjøres det også oppmerksom på at barna må ha med en føl-

Gruppe 1: 09.15-10.15

Gruppe 2: 10.30-11.30

Ungene får navnelapper når de kommer inn i gymsalen, lekser leveres og gjennomgås.

1. Samling på ringen (felles) (5 min.)
Gjennomgang av reglene for gruppa
Samtale om dagens tema
2. Skrivedans (felles) (10 min.)
3. Stasjonstrening (barna deles i små grupper på to) (28 min.)
Stasjon 1: Klipping
Stasjon 2: Tegning, farging, maling
Stasjon 3: Visuell persepsjon
Stasjon 4: Fingerferdigheter: presisjon, konstruksjon, manipulering, kryssing og påkledning
4. Styrke av hånd, arm og bol (felles eller delt i mindre grupper) (12 min.)
5. Utdeling av lekser og «Takk for i dag» (5 min.)

Figur 1: Skisse til finmotorisk førskolegruppe.

geperson som kjenner barnet godt, og at følgepersonene, med veiledning fra gruppelederne, skal være aktivt med i gruppene for å motivere, aktivisere og eventuelt korrigere barnet i aktivitetene.

Hver gruppesamling er bygget opp likt for å skape struktur og gjenkjennelighet hos barna (se også figur 1):

- 1) innledning (felles)
- 2) skrivedans (felles)
- 3) stasjonstrening på fire stasjoner (to og to sammen)
- 4) styrketrening av bol og overekstremiteter (felles eller gruppen delt i to)
- 5) svslutning og utdeling av lekser

Stasjonene har faste fokusområder på hver samling: klipping, tegning eller fargelegging, visuell persepsjon og fingerferdigheter eller bilateral koordinasjon. Disse knyttes til et uketema. Et eksempel på et uketema er «Havet». Da handler alle aktivitetene om havet: båter, vann og dyr som lever i havet.

Gruppesamlingene varer cirka en time pluss noen minutter til «Velkommen»- og «Ha det»-prat i gangen i forbindelse med av- og

påkledning. Hver uke får barna lekser med seg hjem som de øver seg på sammen med foreldre eller barnehagepersonell og viser til gruppelederne ved neste samling.

To ergoterapeuter har faglig ansvar for tilbudet og leder gruppesamlingene. I tillegg er to studenter medansvarlige for gjennomføringen. Ergoterapeuter og studenter deler på å ha ansvaret for skrivedans, stasjoner og styrketrening, mens ergoterapeutene alltid har innledningen og avslutningen. Under alle delene – men særlig på stasjonene – trekkes barnas følgepersoner inn i aktivitetene, og det er rom for erfaringsutveksling og veiledning mellom terapeuter og foreldre eller barnehagepersonale. Dette gjøres også naturlig i garderoben før og etter samlingene.

I perioden mellom høst- og vårsamlingene følges barna opp av foreldrene og barnehagepersonalet. Disse oppmuntres av ergoterapeutene til å ta utgangspunkt i og videreføre de aktivitetene barna har gjort i gruppesamlingene og i de ukentlige leksene. Primærgoterapeutene har jevnlig kontakt med barna og veileder

og hjelper til med å holde fokus på finmotorisk aktivitet i denne mellomperioden.

Etter endt gruppetilbud om våren blir barna kartlagt på nytt for å vurdere om gruppedeltakelsen har hatt positiv og påviselig innvirkning på barnas finmotoriske ferdigheter. Følgepersonene får samtidig et evalueringsskjema om forløpet som de kan besvare anonymt i tillegg til de tilbakemeldingene de gir i naturlige situasjoner underveis og avslutningsvis. Etter rekartleggingen har primærgoterapeutene ansvaret for å formidle resultatene til foreldre og barnehage. Dette blir vanligvis formidlet gjennom skriftlige rapporter.

Resultater og diskusjon

MÅL: UTVIKLINGEN AV ET KVALITETSSIKRET TILBUD

I prosjektåret viste evalueringene etter gruppetilbudet hovedsakelig til gode resultater (Bjørnnes og Bjelland, 2013). Etter de tolv gruppesamlingene ble det laget en analyse av resultatene for å vurdere om tilbudet kunne anbefales videreført. Kartleggingen

med SPOT, Beery-VMI og M-ABC2 viste at de fleste barna hadde fått betydelig forbedrede finmotoriske ferdigheter. Fra 21,1 prosent før oppstart om høsten var det 48,3 prosent av barna som skåret aldersadekvat på SPOT på retestingen om våren. På Beery-VMI og M-ABC2 viste resultatene at henholdsvis 68,9 prosent (VMI) og 53,3 prosent (M-ABC2) av barna fikk en høyere persentil etter endt gruppetilbud. Terapeutene fant at noen få av barna gjorde enkelte oppgaver dårligere ved retestingen. Ulike faktorer kan ha spilt inn på resultatene: Flere av barna hadde konsentrasjonsvansker, og motivasjonen for å utføre oppgavene varierte med dagsformen. Barna hadde gjort oppgavene før, og for noen av dem kunne det virke som de ikke var opptatt av å gjøre oppgavene nøyaktig og fint denne gangen. Barna var også blitt eldre og forventet å ha hatt en naturlig utvikling, slik at kravene til utførelsen var blitt høyere i kartleggingsredskapene.

I tillegg til kartleggingen av barna var evaluering og tilbakemelding fra foreldre og følgepersoner som kjente barnet godt og kunne vurdere ferdighetene deres i hverdagen, viktig. Denne evalueringen viste utelukkende gode resultater og stor grad av tilfredshet med tilbudet. Det ble trukket fram at barna gledet seg til samlingene, og at de hadde fått større motivasjon for, flere ideer til og lengre utholdenhet i finmotoriske aktiviteter i hverdagen, og derved fått mye mer erfaring i å bruke og videreutvikle sine finmotoriske ferdigheter. Barna hadde også fått et bedre blyantgrep og var blitt bedre til å tegne og klippe, til å vite hva de ville tegne eller lage, og hvordan de skulle gjennomføre det. Følgepersonene fortalte

at aktivitetene i samlingene var gode, litt utfordrende, nyttige, kjekke, lærerike og varierte, og at det hadde vært positivt med god struktur, gjenkjennelig opplegg fra gang til gang, og repetisjon av viktige aktiviteter. I tillegg trakk følgepersonene fram nytteverdien av egen deltakelse. Gjennom den jevnlike kontakten med terapeutene hadde de fått nye innspill og tips til hvordan de kunne støtte det aktuelle barnet bedre i hverdagen, som de også brukte i forhold til stimulering av andre barn i barnehagen.

Kartlegginger og tilbakemeldinger i etterkant av prosjektperioden viste derved at opplegget hadde fungert bra i forhold til målsettingene for tilbudet: Både barna selv og følgepersoner fikk økte ferdigheter som kunne brukes i egen hverdag og skape nye utviklingsmuligheter. Hvert etterfølgende år etter endt prosjektperiode i 2013 har ergoterapeutene gått igjennom dataene fra retestingene og oppsummert og evaluert resultater og erfaringer fra årets gruppetilbud. Resultatene fra disse gjennomgangene har fortsatt å vise seg positive for deltakerne.

I forbindelse med samlingene har det blitt laget og prøvd ut materialer og utstyr til flere uketemaer som kan brukes igjen på nye barnegrupper. I tillegg er det lagt opp til tilpasninger og forbedringer for hvert år i planleggingen av en ny gruppeperiode.

Ergoterapeutene mener at noen av suksesskriteriene for tilbudet ligger i valg av oppgaver og strukturen på gruppesamlingene. Barna har møtt de samme voksne og den samme oppbyggingen på samlingen de seks ukene hver gruppeperiode foregår. Dette har skapt gjenkjennelighet og

trygghet for barna, men likevel ny læring ved å bruke ulike temaer og ulike aktiviteter tilpasset barnas ferdighetsnivå for hver gang. Terapeuter og studenter har vært bevisste på å oppmuntre og skape motivasjon både hos hvert enkelt barn og hos følgepersonene.

Ergoterapeutene opplever å kunne gi et godt faglig og kvalitetssikret tilbud gjennom disse gruppene. Oppbyggingen av timeene har blitt justert på tid fra første gjennomføring til dagens oppsett, og det er blitt en god flyt mellom de ulike delene av samlingene. Antall samlinger samsvarer også med pilotstudier fra andre ergoterapeuter (McGarrigle og Nelson, 2006; Case-Smith, Holland og Bishop, 2011). Ergoterapeutene har hatt godt samarbeid seg imellom, og det har vært positivt og avgjørende å ha med studenter i gjennomføringen av samlingene. Ved å være mange ansvarlige har det vært mulig å ha god kontakt med hvert enkelt barn og kunne tilpasse aktivitetene til rett nivå for den enkelte, samtidig som det har vært tid til å få god kontakt med alle følgepersonene. Dette oppfattes som et viktig forhold for å få de gode resultatene som opplegget kan vise til, og verdien av samarbeidet støttes av studier av blant andre Iversen m.fl. (2006) og Case-Smith, Holland og Bishop (2011). Valg av innhold på stasjonene ligner innholdet i studier av andre ergoterapeuter, for eksempel McGarrigle og Nelson (2006) og Case-Smith, Holland og Bishop (2011). Kombinert med skrive-dans og styrkeaktiviteter har stasjonene gitt både en bredde og dybde i treningen for å oppnå forbedrede finmotoriske ferdigheter. Ergoterapeutene mener at tilbudets satsing på struktur, lek, mestring og aktivitetsglede har fungert bra

og vært vellykket overfor både barn og voksne. Bruk av lekaktiviteter i innlæring av ferdigheter er ofte beskrevet som nyttig i ergoterapilitteratur og -forskning (Couch, Deitz og Kanny (1998); Case-Smith, 2000; Knox, 2010; Bundy 2012). Gjennom samtaler med følgepersonene underveis og lekser fra gang til gang har barna blitt fulgt godt opp og fått mengdetrening i håndskrift og finmotoriske ferdigheter i sin egen hverdag og på sine egne arenaer – hjemme og i barnehagen. Her samsvarer tilbudet også med teorier om behovet for mengdetrening ved innlæring og mestring av nye ferdigheter (Sigmundsson og Haga, 2005; Kvello, 2008) og med studier om behovet for mengdetrening for å oppnå god håndskrift (Hoy, Egan og Feder, 2011).

Tydelige kriterier og kartleggingen i forkant av opplegget har gitt ergoterapeutene mulighet til å sette gruppene sammen slik at barna i størst mulig grad har et likt funksjons- og ferdighetsnivå ved oppstart av tilbudet, men likevel kan bli inspirert og strekke seg etter de andres ferdigheter, slik blant andre Tanta m.fl. (2005) anbefaler. Dette ser også ut til å ha bidratt til god gruppedynamikk og at barna føler seg trygge og gleder seg til samlingene, som igjen gir et godt utgangspunkt for læringen.

Ergoterapeutene opplever at rammebetingelsene påvirker hvordan resultatet av tilbudet blir for det enkelte barnet. Flere av deltakerbarna har ikke blitt tildelt ekstraressurser i barnehagen, og det blir dermed mindre kontinuitet i hvem som følger barnet til gruppesamlingene. I disse tilfellene kan det være uklart hvem som har ansvar for oppfølgingen av barnet i barnehagen og i perio-



Barna fikk et bedre blyantgrep og ble bedre til å tegne og klippe, til å vite hva de ville tegne eller lage, og hvordan de skulle gjennomføre det. Foto Elisabeth Tønnesen

den mellom samlingene, og det oppleves mindre overføringsverdi til barnehagen med tanke på hva barn og følgepersoner lærer og får ut av å delta i gruppene.

MÅL: UTVIKLING AV EN LÆRINGSARENA FOR STUDENTER

Samarbeidet mellom ergoterapitjenesten, studenter og utdanningen i de ulike periodene har generelt blitt oppfattet som positivt og nødvendig for gjennomføringen og utviklingen av tilbudet til barna. Et viktig suksesskriterium for samarbeidet er at det har vært stabilitet når det gjelder hvilke ergoterapeuter som har drevet opplegget, og kontaktperson på utdanningen. Stabiliteten har gitt mulighet til å videreutvikle og tilpasse opplegget for hver gjennomføring og til å innlemme nye studenter i opplegget og kunne gi dem god innføring og veiledning underveis.

Involvingen av studenter har hatt samme struktur siden den første gjennomføringen av gruppetilbudet. Hver høst og hver

vår får to studenter mulighet for å delta. Hvert studieår planlegges tidspunkter for gjennomføring for å tilpasse mulighetene i kommunen med rammene som fagplan og plassering av praksisperioder setter for studentene. Studentenes rolle og ansvar i gruppetilbudet tilpasses deres kompetanse og studienivå. Om høsten deltar tredjeårsstudenter både i kartleggingen før og gjennomføringen av gruppesamlingen som del av en lengre praksisperiode, mens førsteårsstudenter deltar i samlingene om våren i en punktpraksis. Tredjeårsstudentene får selvstendig ansvar både i skrive-dans, stasjoner og styrketrening i gruppesamlingene, mens førsteårsstudentene hovedsakelig har ansvar for hver sin stasjon under veiledning av ergoterapeutene. I begge perioder inngår studentene i tillegg i for- og etterarbeidet til samlingene.

For hver praksisperiode foretar studentene en muntlig evaluering og avslutningssamtale med ergoterapeutene i gruppen, samt en



Tilbudet skaper et løft hos barna i forhold til ferdigheter og motivasjon, slik at de er bedre rustet til å møte skolehverdagen. Foto Elisabeth Tønnesen

skriftlig evaluering til høgskolen. I begge evalueringsformene har studentene gitt uttrykk for stort læringsutbytte av å delta som ansvarlige i gruppetilbudet. Studentene får en læringsarena der de har mulighet til å følge barns utvikling over tid i et strukturert opplegg, som de samtidig får være med på å påvirke og videreutvikle. Gjennom gruppesamlingene og egne studier lærer studentene mye om barns utvikling av ferdigheter, samtidig som de får egen erfaring i grunnleggende ferdigheter innen ergoterapeuters praksis, som aktivitetsanalyse, tilpassing av aktivitet til hvert barns funksjonsnivå, samhandling og kommunikasjon med barn og følgepersoner, og formidling og gruppeledelse. Samarbeidet mellom kommune og utdanning har således oppnådd målet om å skape en god læringsarena for studentene, trass i noen praktiske utfordringer.

Erfaringen fra både ergoterapitjenesten og utdanningen har vært at det er relativt lett å sikre en god innføring og involvering av tredjeårsstudenter, som er til stede i avdelingen flere dager i uken. Her er den største utfordringen at studentenes praksisperiode avsluttes før perioden for gruppesamlingene er ferdige, og det derfor må lages spesialavtaler for hver periode. Studentene på første året har en punktpraksis én dag i uken, og er derfor mindre til stede på praksisstedet. Dette har gitt færre muligheter for innføring og oppfølging av studentene og for samarbeid om for- og etterarbeidet til gruppene. Her har samarbeidet et utviklingspotensial ved å sikre muligheten for flere samarbeidspunkter mellom terapeuter og studenter utover den dagen som er satt av til gruppetilbudet. Praksisperioden for førsteårsstudentene ligger på våren, og her er det også en utfordring

at gruppetilbudet må plasseres i forhold til ledige lokaler og flytende helligdager, og derved vanskelig kan tilpasses oppstart og avslutning av praksisperioden. Studentene må derfor ha tilknytning til flere praksissteder i den aktuelle perioden, noe som kan være en berikelse for studentene, men også kan gi en opplevelse av mindre kontinuitet og sammenheng i praksisperioden.

Konklusjon og oppsummering

Med dette gruppetilbudet har ergoterapitjenesten, i samarbeid med studenter og utdanning, utarbeidet et gjennomførbart og faglig godt forankret tilbud til barna i målgruppen som kan vise til gode resultater. Tilbudet er forankret i ergoterapeuters erfaringer fra tidligere tilbud, erfaringer og innspill fra deltakerne (barn, foreldre og barnehageansatte) og i ergoterapifaglig og tverrfaglig teori og forskning. Tilbudet skaper et løft hos barna i forhold til ferdigheter og motivasjon, slik at de er bedre rustet til å møte skolehverdagen. I tillegg gir tilbudet en svært positiv sideeffekt i form av økt oppmerksomhet og kompetanse hos foreldre og ansatte i barnehager som kommer deltakerbarna til gode under og etter deltakelse i gruppene.

Samarbeidet har gitt ergoterapeutstudenter en god læringsarena med mange spennende utfordringer tilpasset deres læringsnivå, og med mulighet for å øve seg på kunnskapsbasert praksis. Sammen med ergoterapeutene får studentene brukt både egne erfaringer og erfaringer fra barna og følgepersoner som de knytter til teori og forskning som grunnlag for innholdet og utviklingen av tilbudet. Terapeutene

har opplevd studentene som en nødvendig og positiv ressurs, både i gruppesamlingene og som deltakere i forberedelser og etterarbeid.

Samarbeidsprosjektet har således gitt den faglige utviklingen som var ønsket, og har skapt læring på flere nivåer: for ergoterapeutene som leder tilbudet og tjenesten som helhet, for barna og deres nærpersioner, og for studenter og utdanning. Allerede etter første gjennomføring ble det derfor besluttet at gruppetilbudet skulle overføres fra å være et prøveprosjekt til å bli et fast tilbud fra fysio-og ergoterapitjenesten i Stavanger, og det er nå i sitt fjerde år med tilnærmet samme oppbygging.

Å skape god fagutvikling og bygge opp et nytt tilbud til en brukergruppe i samarbeid mellom praksisfeltet og utdanning har vært en praktisk utfordrende, men spennende faglig opplevelse og kan anbefales andre. Interesserte er velkomne til å ta kontakt med involverte fra høgskolen eller kommunen. Det er også mulig å finne prosjektrapporten fra 2013 på kommunens nettside: www.stavanger.kommune.no/fysioer-go/finmotorisk-gruppe.

Litteratur

- Beery, K.E. og Beery, N.A. (2010). *VMI: the Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Interaction*. Bloomington, MN: Pearson
- Bjørnnes, V og Bjelland, H.V (2013). *Prosjektrapport. Finmotorisk førskolegruppe*. Stavanger kommune. Hentet fra <https://www.stavanger.kommune.no/no/Tilbud-tjenester-og-skjema/Helse/Kommunelegen/Fysioterapi-og-ergoterapi/Tilbud-til-barn-og-unge/Tidligere-prosjekt-i-BU/Finmotorisk-gruppetilbud-til-forskolebarn/>
- Bundy, A. C. (2012). Children at Play. I: S. J. Lane og A. C. Bundy (red.) *Kids can be kids: a childhood occupations approach*. Philadelphia: F.A. Davis Company. s. 28-43
- Case-Smith, J. (2000) Effects of Occupational Therapy Services on Fine Motor and Functional Performance in Preschool Children. *American Journal of Occupational Therapy*, 54 (4), s. 372-380. doi:10.5014/ajot.54.4.372
- Case-Smith, J., Holland, T., og Bishop, B. (2011). Effectiveness of an integrated handwriting program for first-grade students: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, s. 670-678. doi: 10.5014/ajot.2011.000984
- Cornhill, H og Case-Smith, J. (1996). Factors That Relate to Good and Poor Handwriting. I: *The American Journal of Occupational Therapy*, Volume 50 (9) s. 732-739. doi:10.5014/ajot.50.9.732
- Couch, K. J., Deitz, J. C. og Kanny E. M. (1998). The Role of Play in Pediatric Occupational Therapy. I: *The American Journal of Occupational Therapy*, Volume 52 (2) s. 111-117. Hentet fra file:///C:/Users/Bruker/Downloads/111.pdf
- Dankert, H.L., Davies, P.L. og Gavin, W.J. (2003). Occupational Therapy Effects on Visual-Motor Skills in Preschool Children. I: *The American Journal of Occupational Therapy*, 57 (5) s. 542-549. Hentet fra file:///C:/Users/Bruker/Downloads/542.pdf
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen*. Oslo.
- Henderson, S.E., Sugden, D.A. og Barnett, A.L. (2007). *Movement Assessment Battery for Children - 2*. London: Pearson
- Hoy, M. M.P., Egan, M.Y. og Feder, K.P. (2011). A Systematic Review of Interventions to Improve Handwriting. I: *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78, s.13-25, doi: 10.2182/cjot.2011.78.1.3
- Iversen, S. m.fl. (2006). Developing a participatory multidisciplinary team approach to enhance the quality of school start. I: *Action Research*, 4(3), s. 271-292. Hentet fra <http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/1936/Paper%204.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Knox, S.H. (2010). Play. I: J. Case-Smith & J. C. O'Brien (Eds.), *Occupational therapy for children* (6th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier. s. 540-554
- Kunnskapsdepartementet (2010). *NOU 2010: 8 Med Forskertrang og lekelyst*. Oslo
- Kvello, Ø. (2008). Sentrale dimensjoner i læringsprosesser. I: H. Sigmundsson (red.) *Læring og ferdighetsutvikling*. Tapir Akademisk forlag Trondheim. s. 81-118
- McGarrigle og Nelson (2006) Evaluating a school programme for Australian indigenous children: a pilot study, *Occupational therapy international*, vol 13 -1, 1-20 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/oti.10/abstract;jsessionid=2B06FEAC4F42E-F05611A3A6D2658BAEA.f03t04>
- Schneck, C. M., & Amundson, S. J. (2010). Prewriting and handwriting skills. I: J. Case-Smith & J. C. O'Brien (Eds.), *Occupational therapy for children* (6th ed.). Maryland Heights, MO: Mosby Elsevier. s. 555-580
- Sigmundsson, H. og Haga, M. (2005). *Ferdighetsutvikling - fra teori til praksis*. I: H. Sigmundsson og M. Haga (red.) *Ferdighetsutvikling*. Oslo: Universitetsforlaget
- Tanta, K. J., Deitz, J. C., White, O. & Billingsley, F. (2005). The effects of peer-play level on initiations and responses of preschool children with delayed play skills. I: *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 437-445
- Utdanningsdirektoratet (2012). *Rammeverk for grunnleggende ferdigheter*. Oslo. Hentet fra http://www.udir.no/globalassets/upload/larerplaner/lareplangrupper/rammeverk_grf_2012.pdf
- van Hartingsveldt, M., Cup, E. og Corstens-Mignot, M. (2008). *Screening Prewriting skills Occupational Therapy (SPOT)*.
- Zwicker, J.G og Hadwin, A.F. (2009). Cognitive Versus Multisensory Approaches to Handwriting Intervention: A Randomized Controlled Trial. I: *Occupation, Participation and Health*, 29 (1) s 40-48

Åttiåringenes teknologi- bruk i Trondheim 2015

Av Anne-Betty Sødal, Bodil Klungerbo og Line Oldervoll

Anne-Betty Sødal er ergoterapeut ved Infosenteret for seniorer, ved Enhet for ergoterapitjeneste i Trondheim kommune. E-post: anne-betty.sodal@trondheim.kommune.no

Bodil Klungerbo er ergoterapeut ved Infosenteret for seniorer, ved Enhet for ergoterapitjeneste i Trondheim kommune.

Line Oldervoll er professor ved Senter for helsefremmende forskning, ved Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim.

Sammendrag

Bakgrunn: I det helsefremmende og forebyggende hjemmebesøket (HFHB) som tilbys åttiåringer uten kommunale tjenester i Trondheim, er målsettingen å støtte seniorene til å leve et godt og selvstendig liv. For å være en aktiv og deltakende senior i dagens samfunn kreves det at man mestrer bruk av ulike teknologiske produkter.

Hensikt: Spørreundersøkelsen gikk ut på å undersøke hvilket teknisk utstyr åttiåringene benytter i dag, og eventuelt hva de benytter pc eller nettbrett til. Vi ønsket også å kartlegge om de ønsker opplæring, og om det er kjønnsforskjeller i bruk av teknologi i denne aldersgruppen.

Metode: Det er gjennomført en spørreundersøkelse med faste svaralternativ og noen åpne felt for individuelle svar. Spørreundersøkelsen er foretatt på nettbrett i hjemmet i forbindelse med et forebyggende hjemmebesøk.

Hovedresultat: 430 seniorer født i 1935 besvarte spørreundersøkelsen. 97 prosent benytter mobiltelefon, 55 prosent har brukt pc eller nettbrett for å hente informasjon fra nettet, 47 prosent benytter e-post og 49 prosent nettbank. 54 prosent benytter datamaskin (pc eller mac) og 37 prosent nettbrett. 29 prosent ønsker opplæring i bruk av nettbrett. Menn benytter teknologi mer enn kvinner, men kvinner benytter sosiale medier mest.

Konklusjon: Majoriteten av åttiåringene i Trondheim benytter en eller annen form for teknologi, men det er fortsatt aktuelt å tilby opplæring.

Nøkkelord: Seniorer, teknologi, data, nettbrett, trygghetsalarm

INTRODUKSJON

Trondheim kommune ved Infosenteret for seniorer tilbyr et helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk (HFHB) til innbyggerne det året de fyller åtti år. Tilbudet går til alle som ikke bor på sykehjem eller mottar omsorgstjenester fra kommunen. Den individuelle samtalen som gjennomføres ved hjemmebesøket, har fokus på hva den eldre selv kan gjøre for å ha en god hverdag (Klungerbo et al., 2012). Det tverrfaglige teamet ønsker å støtte seniorene til å leve selvstendige liv, som blant annet innebærer å mestre den teknologiske hverdagen.

PC, nettbrett og smarttelefoner har invadert alle sosiale sammenhenger i løpet av de siste årene, og kommunikasjon gjennom e-post og sms benyttes både i offentlig og privat virksomhet. I løpet av de siste fem årene har nettbrett og smarttelefoner kommet på markedet, og trådløst nett er installert i de fleste hjem og borettslag.

I rapporten Innovasjon i omsorg (NOU, 2011) legges det klare føringer for hva vi kan forvente framover. Kommunale helse- og velferdstjenester vil i framtida benytte ulike typer teknologi i tillegg til tradisjonelle tjenester, og det vil da være en fordel at også de eldre er vant til å benytte datateknologi fra før (Velferdsteknologiprogram, Trondheim kommune 2015-2018). Kjersti Vik har i boka «Mens vi venter på eldrebølgen» diskutert framtidens omsorg. Her stiller hun spørsmålet om hvorvidt hjelpemidler og teknologi kan gi økt deltakelse og aktivitet, eller om de fører til økt frustrasjon for de eldre (Vik, 2015). Skal kommunen prioritere å tilby opplæring for å hindre at noen av de eldre faller utenom den teknologiske hverdagen?

Gjennom flere år med HFHB og kontakt med pensjonistgrupper og ved deltakelse i det treårige EU-prosjektet i velferdsteknologi Co-living har vi observert at svært mange eldre aktivt tar i bruk nye teknologiske produkter (Dragland, 2014). Noen har behov for opplæring og tett brukerstøtte for å få det til, men vi møter også de som har resignert og ikke vil benytte datateknologi. Tall fra Statistisk sentralbyrå viser at mange av de eldste bor alene, og at de fleste av dem er kvinner (SSB, 2015).

Infosenteret for seniorer har i flere år samarbeidet med blant andre Pensjonistenes Fellesorganisasjon (PFO) og Seniorkultur i Trondheim kommune og arrangert kurs i bruk av nettbrett og smarttelefon. Det har vært god deltakelse, og deltakerne har vært fra 60 til 90 år. Det er viktig kontinuerlig å kartlegge hvordan seniorene opplever å beherske

Spørsmål i undersøkelsen

- Kjønn:
 - Sivilstatus: gift/samboer- enke/enkemann - særbo - enslig
1. Hvilket av følgende teknisk utstyr har du benyttet den siste uka?
 - a. Fasttelefon
 - b. TV og tilbehør
 - c. Radio dab
 - d. Radio FM
 - e. Smarttelefon
 - f. Mobiltelefon gammel type
 - g. Nettbrett/ ipad
 - h. Datamaskin (Pc, Mac, stasjonær eller bærbar etc.)
 - i. Bolialarm/annet privat varslingssystem
 2. Hva benytter du pc/nettbrett til?
 - a. Innhente informasjon som er viktig for deg
 - b. Sosiale medier som facebook, twitter, skype etc.
 - c. E-post
 - d. Bestille billetter, konserter, kulturarrangement, legetimer etc.
 - e. Nettbank
 - f. Varer på nett
 - g. Tekstbehandling/dokumenter
 - h. Annet.....
 - i. Benytter ikke pc/nettbrett
 3. Har du lastet ned en applikasjon til mobil eller nettbrett?
 - a) Ja
 - b) NeiKan du nevne de du bruker mest?
-
4. Benytter du kommunal trygghetsalarm?
 - a. Ja
 - b. Nei
 5. Når kommunen i samarbeid med frivillige og andre skal prioritere å gi tilbud om opplæring, hva er det du ønsker opplæring i?
 - a. Mobiltelefon
 - b. Nettbrett/ ipad
 - c. Datamaskin (Pc/Mac etc.)
 - d. Digipost
 - e. Kjernejournal
 - f. Ønsker ikke opplæring
 - g. Annet (spesifiser)
 6. Har du noen gang vært inne på nettsiden til Trondheim kommune?
 - a. Ja
 - b. Nei

Spørsmålene som er stilt i undersøkelsen.

teknologien, og om det er behov for ytterligere opplæring. Er det fortsatt behov for nye kurs, og er det andre områder innen teknologi der man bør tilby opplæring for å forberede seniorene på framtida?

I 2015 gjennomførte derfor Infosenteret for seniorer en spørreundersøkelse for å få svar på følgende: Hvilket teknisk utstyr benytter åttiåringene i dag? Hva benytter de pc eller nettbrett til? Ønsker seniorene opplæring, og hva ønsker de opplæring i? Er det kjønnsforskjeller i bruk av teknologi i denne aldersgruppen?

METODE

Undersøkelsen besto av seks spørsmål som ble lagt inn i Questback med faste svaralternativer. I tillegg var det tre spørsmål med åpne svarfelt. Spørsmålene ble besvart på et nettbrett ved slutten av et HFHB i seniorenens hjem. De fleste tok brettet selv, scrollet ned og markerte svarene. Noen gjorde dette sammen med den ansatte, som kontrollerte at alle spørsmål var besvart, og til slutt trykket på send-knappen.

Alle seniorenne født i 1935 som mottok HFHB i 2015, fikk tilbud om å delta i spørreundersøkelsen. Demografiske opplysninger er begrenset til kjønn og sivilstand. De fleste spørsmålene i undersøkelsen handler om seniorenens bruk av informasjons- og kommunikasjonsteknologi (IKT) som datamaskin, nettbrett og telefon.

STATISTISKE ANALYSER

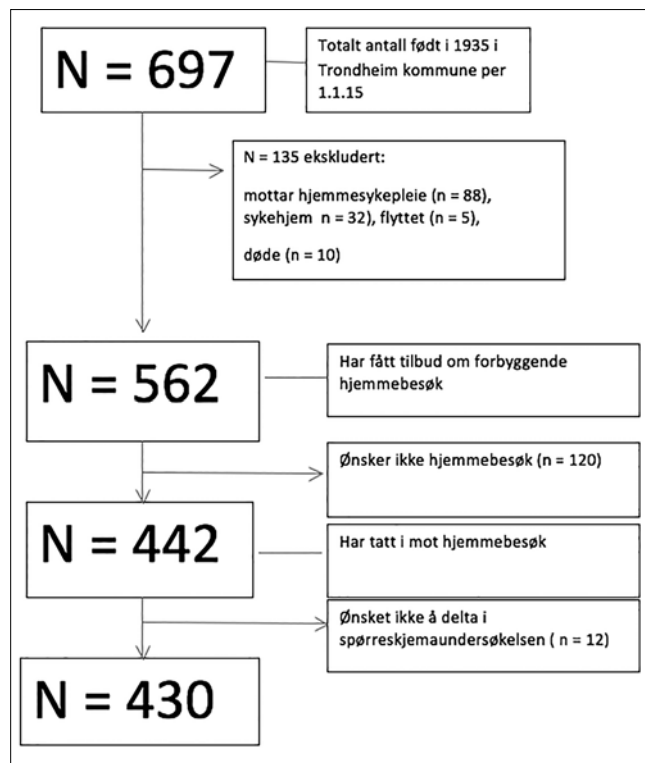
Det er brukt enkel deskriptiv statistikk og frekvensanalyser for å presentere resultatene. Vi har benyttet chi-kvadrat-tester (kategoriske variabler) for å undersøke forskjeller mellom kjønnene i teknologibruk. P-verdi ≤ 0.05 er satt som grense for statistisk signifikant forskjell.

RESULTATER

I januar 2015 var det bosatt 697 personer i Trondheim kommune født i 1935. Brev med tilbud om HFHB ble sendt ut til 562 personer. 135 personer fikk ikke tilbud om hjemmebesøk på grunn av at de mottok omsorgstjenester fra kommunen. 445 takket ja til besøket, og 430 av disse deltok i spørreundersøkelsen mot slutten av hjemmebesøket. Årsakene til at 15 personer valgte ikke å delta i undersøkelsen, var kognitiv svikt, at de hadde for dårlig tid, eller at de ikke ønsket det. 158 menn og 272 kvinner deltok i spørreundersøkelsen (se Figur 1).

HVILKET TEKNISK UTSTYR BENYTTES ÅTTIÅRINGENE I DAG?

På spørsmålet om hvilket teknisk utstyr man har benyttet siste uke, er det TV som klart benyttes av flest (98 prosent). DAB-radio er benyttet av 56 prosent, og FM-radio av 57 prosent. 58 prosent har benyttet fasttelefon, 30 prosent smarttelefon og 67 prosent mobiltelefon av den gamle typen. 37 prosent har brukt nettbrett, og 54 prosent datamaskin. Privat boligalarm er i bruk hos 32 prosent av de som har svart (Tabell 1). 15 prosent svarer ja på spørsmålet om de har kommunal trygghetsalarm.



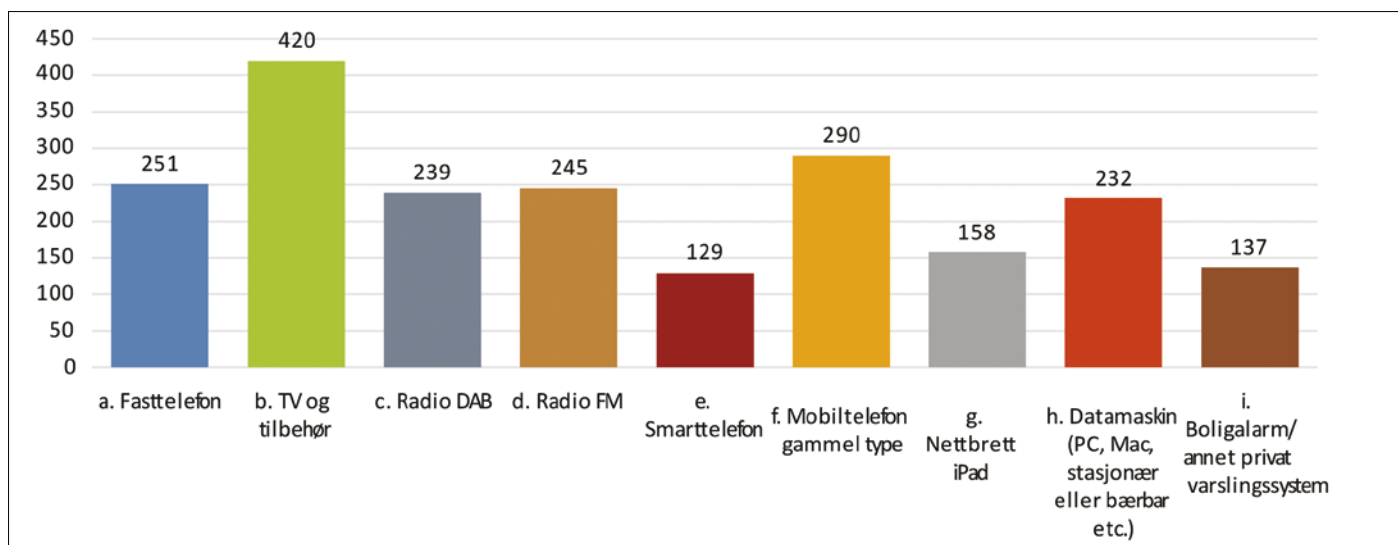
Figur 1. Flytskjema over aktuelle deltakere og de som deltok i studien.

HVA BENYTTES DE PC ELLER NETTBRETT TIL?

55 prosent innhenter nødvendig informasjon med pc eller nettbrett. 27 prosent bruker sosiale media som Facebook, Twitter og Skype, 47 prosent e-post og 27 prosent bruker datamaskin til tekstbehandling. Nettbanken benyttes av 49 prosent. 10 prosent bestiller varer på nett, og 22 prosent bestiller billetter, legetimer med mer. Trettito prosent av deltakerne svarer at de ikke benytter pc eller nettbrett i det hele tatt (Tabell 2). I det åpne svaralternativet «annet» kom det fram at flere bruker pc eller nettbrett også til bildebehandling og fagspesifikke programmer, og mange bruker ulike spill og kabaler. 23 prosent av deltakerne har også lastet ned applikasjoner til nettbrett og smarttelefon. De mest brukte applikasjonene er ulike aviser, nettbank og applikasjoner for kollektivtransport, værmelding og parkering. 24 prosent bekrefter at de har vært inne på Trondheim kommunes nettside.

ØNSKER SENIORENE OPPLÆRING?

29 prosent ønsker opplæring på iPad eller annet nettbrett, 11 prosent ønsker opplæring i bruk av mobiltelefon, og 14 prosent på datamaskin. Cirka fem prosent ønsker opplæring i Digipost og Kjernejournal. 53 prosent svarer at de ikke ønsker opplæring



Figur 2. Hvilket av følgende teknisk utstyr har du benyttet den siste uka?

	Alle (n=ja) (%)	Menn (n=ja) (%)	Kvinner (n=ja) (%)	P-verdi
Fasttelefon	251 (58.4)	84 (53.2)	167 (61.4)	0.105
TV og tilbehør	420 (97.7)	155 (98.1)	265 (97.4)	0.752
Radio DAB	239 (55.6)	91 (57.6)	148 (54.4)	0.547
Radio FM	245 (57)	88 (55.7)	157 (57.7)	0.688
Smarttelefon	129 (30)	63 (39.9)	66 (24.3)	< 0.001
Mobiltelefon gammel type	290 (67.4)	99 (62.7)	191 (70.2)	0.111
Nettbrett/iPad	158 (36.7)	58 (36.7)	100 (36.8)	1.0
Datamaskin	232 (54)	113 (71.5)	119 (43.8)	< 0.001
Boligalarm	137 (31.9)	60 (38)	77 (28.3)	0.042

Tabell 1. Hvilket av teknisk utstyr har du brukt den siste uka? Det er signifikant flere menn enn kvinner som har brukt smarttelefon, datamaskin og boligalarm siste uke. Ellers er det ingen kjønnsforskjeller i bruk av teknisk utstyr den siste uka.

(Tabell 3). I subgruppeanalysene av de som rapporterer ikke å benytte pc eller nettbrett i det hele tatt, er det 40 prosent som ønsker opplæring.

ER DET KJØNNSFORSKJELLER I BRUK AV TEKNOLOGI I DENNE ALDERSGRUPPEN?

På spørsmål om bruk av teknisk utstyr siste uke er det signifikant flere menn enn kvinner som oppgir å ha benyttet smarttelefon, boligalarm og datamaskin (se Tabell 1 for detaljerte opplysninger). På spørsmål om bruk av annen teknologi er det ingen forskjell mellom kjønnene. Det er også signifikant flere menn enn kvinner som har benyttet pc til å innhente informasjon, e-post, bestilt billetter, brukt nettbank, kjøpt varer på nett og brukt tekstbehandling. Det er imidlertid flere kvinner som har benyttet pc eller nettbrett til sosiale medier (29 prosent kvinner mot 22 prosent menn, $p < 0.001$) (Tabell 2).

Det er signifikant flere kvinner enn menn som

ønsker opplæring i nettbrett. Det er ellers ingen kjønnsforskjeller når det gjelder hva de ønsker av opplæring (se Tabell 3).

Flere menn enn kvinner har lastet ned applikasjoner til nettbrett eller smarttelefon (33 prosent menn, 16 prosent kvinner, $p < 0.001$) (Tabell 4). 15 prosent har benyttet trygghetsalarm, her er det ingen forskjell i bruk mellom kvinner og menn. 24 prosent har vært inne på nettsidene til Trondheim kommune, og her er menn de flittigste brukerne (38 prosent av mennene mot 15 prosent av kvinnene).

DISKUSJON

Hensikten med undersøkelsen er å få kunnskap om åttiåringenes teknologibruk. Vi vet nå at mange benytter datamaskiner og nettbrett. Så å si alle benytter mobiltelefon, og en tredjedel bruker smarttelefon. Halvparten benytter e-post og nettbank og innhenter informasjon som er nyttig for seg. Mange ønsker

	Alle (n =ja) (%)	Menn (n =ja) (%)	Kvinner (n =ja) (%)	P-verdi
Innhente info som er viktig for meg	238 (55.3)	102 (65.4)	136 (51.3)	0.006
Sosiale medier (facebook, twitter)	112 (26.6)	34 (21.8)	78 (29.4)	< 0.001
E-post	197 (46.8)	98 (62.8)	99 (37.4)	< 0.001
Bestille billetter, konserter, lege-time etc	92 (21.9)	50 (32.1)	42 (15.8)	< 0.001
Nettbank	205 (48.7)	100 (64.1)	105 (39.6)	< 0.001
Varer på nett	42 (10)	27 (17.3)	15 (5.7)	< 0.001
Tekstbehandling	112 (26.6)	67 (42.9)	45 (17)	< 0.001
Benytter ikke PC/nettbrett	134 (31.8)	35 (22.4)	99 (37.4)	0.002

Tabell 2. Oversikt over hva seniorenene benytter pc eller nettbrett til, fordelt på kjønn. Det er signifikant flere menn enn kvinner som har benyttet pc til e-post, nettbank eller tekstbehandling eller til å innhente informasjon, bestille billetter eller kjøpe varer på nett. Det er imidlertid flere kvinner som har benyttet pc eller nettbrett til sosiale medier.

fortsatt opplæring - de fleste i bruk av nettbrett. Det er signifikante kjønnsforskjeller i bruk av IKT. Menn benytter det mest, men flest kvinner benytter sosiale medier.

En undersøkelse utført av Statistisk sentralbyrå (SSB) våren 2015 i aldersgruppen 67-75 år samsvarer på flere områder med våre funn. Menn har mer erfaring med IKT, og eldres bruk av sosiale medier øker. SSB finner også at kvinner er mer aktive på sosiale medier enn menn (SSB, 2015).

Infosenteret for seniorer gjennomførte en spørreundersøkelse blant åttiåringer i 2010 og 2011. 559 seniorer ble spurt om bruk av mobil og datamaskin/pc til kommunikasjon med andre (Sødal et al., 2013). Når man sammenlikner denne undersøkelsen med funn fra 2015, ser vi at det har vært en økning i bruk av datamaskin og mobiltelefon.

I «Mens vi venter på eldrebølgen» diskuterer Kjersti Vik mulighetene for at velferdsteknologi kan møte det økende behovet for omsorg (Vik, 2015). Hun påpeker at det vil være en fordel om de eldre har lært seg å bruke teknologi før de får behov for tjenester.

Infosenteret for seniorer skal gi nødvendig støtte slik at seniorenene fortsatt kan være aktive og mestre hverdagens utfordringer på ulike områder. Er det nødvendig å mestre bruk av nettbrett og smarttelefoner? Vi ser for eksempel nå at det kan være vanskelig å benytte kollektivtransport uten å kunne laste ned rutetidene eller bruke betalingsapplikasjon. Man får ikke lenger en rutetabell av papir. Det blir i mange tilfeller også en ekstra kostnad hvis man ikke benytter nettbaserte løsninger.

De som ikke bruker pc eller nettbrett i det hele tatt, er ikke en ensartet gruppe. Enkelte har for flere år siden bestemt seg for at de ikke vil ha noe med dette å gjøre. Noen erkjenner å ha problemer med

nylæring og ser ikke at de har mulighet til å beherske ny teknologi. Støtten fra ektefelle eller familie kan også være så «god» at de eldre ikke ser behov for å lære det selv. Dette kan være en forklaring på hvorfor under halvparten av de som ikke benytter datamaskin eller nettbrett, ønsker opplæring.

Undersøkelsen viste at 23 prosent har lastet ned en applikasjon. Er det her snakk om lært hjelpeløshet, når vi vet at 30 prosent benytter smarttelefon, og 37 prosent benytter nettbrett? Det er verdt å merke seg at nettbrett kom på markedet for cirka fem år siden. Seniorenene har altså lært seg å ta dette i bruk etter at de fylte 75 år. Hvis man opplever mening og nytte ved bruk av teknologi, er alderen ingen hindring for ny læring. Gjennom hele livet kan man utfordre seg selv slik at man kan mestre nye utfordringer, som for eksempel ny teknologi. «En persons kognitive og adferdsmessige anstrengelser for å håndtere stress eller en utfordrende situasjon er ikke bare avhengig av personen selv, men i hvilken grad omgivelsene støtter mestringen» (Daatland og Solem, 2000, s. 78).

Sett i lys av resultatene er det behov for og ønske om opplæring på noen områder. De fleste unge tar i bruk nettbrett uten opplæring, mens det for flere eldre vil være første gang de er i kontakt med datateknologi. Infosenteret møter stadig seniorer som påpeker at de trenger kurs, men også støtte og mulighet for å spørre andre om hjelp når det stopper opp. Flere har teknologien tilgjengelig, men har ikke tatt den i bruk. «Å lære av andre i et støttende miljø, som i en gruppe av likemenn, vil for mange kunne virke sterkere inn på atferd, enn om en skulle lese om og sette seg inn i det på egen hånd» (Monstad et al., 2006).

Senior IKT er etablert som et seniordrevet opp-

	Alle (n =ja) (%)	Menn (n =ja) (%)	Kvinner (n =ja) (%)	P-verdi
Mobiltelefon	45 (10.7)	14 (9.3)	31 (11.5)	0.622
Nettbrett/ipad	123 (29.3)	35 (23.3)	88 (32.6)	0.057
Datamaskin	60 (14.3)	26 (17.3)	34 (12.6)	0.193
Digipost	22 (5.2)	5 (3.3)	17 (6.3)	0.254
Kjernejournal	21 (5)	5 (3.3)	16 (5.9)	0.350
Ønsker ikke opplæring	223 (53.1)	86 (57.3)	137 (50.7)	0.221

Tabell 3. «Når kommunen i samarbeid med frivillige og andre skal prioritere å gi tilbud om opplæring, hva er det du ønsker opplæring i?» Det er signifikant flere kvinner enn menn som ønsker opplæring i bruk av nettbrett/iPad. Ellers er det ingen kjønnsforskjeller i ønsker om opplæring.

læringstiltak for å øke kompetansen i gruppen. Siden starten for to år siden har de nå seksti medlemmer som møtes jevnlig for å få ny kunnskap og dele erfaring i bruk av applikasjoner og utstyr. Det har utviklet seg til å bli et støttende sosialt fellesskap mellom nybegynnere og erfarne - empowerment i praksis. Senior IKT, Seniornett, Seniorkultur, Pensjonistenes fellesorganisasjon og Infosenteret for seniorer samarbeider om en felles strategi for opplæring og videre bruk av teknologi. Seniorene er interessert i å lære nytt, de etterspør kurs, og de resignerer ikke i møtet med ny teknologi.

I vår undersøkelse finner vi at kvinner benytter sosiale medier mest, og det er også flest kvinner som bor alene. Dette kan være en årsak til at kvinner benytter sosiale medier. Gjennom HFHB har Infosenteret møtt mange som forteller om sosial kontakt med familien gjennom Facebook og Skype. De opplever å bo langt unna familien, likevel oppgir de å ha god kontakt. Å være alene er ikke ensbetydende med å være ensom (Svendsen, 2015). Infosenteret ser at teknologi kan bidra til økt sosial kontakt med venner og familie.

STYRKER OG SVAKHETER VED UNDERSØKELSEN

Styrken ved denne undersøkelsen er det store antallet som har bidratt. Vi har nådd et helt kull hjemmeboende seniorer som mestrer egen hverdag, tross mange diagnoser og utfordringer. Vi ble positivt overrasket over at en så stor andel som 430 ønsket å delta, og mange uttrykte at det var interessant å prøve nettbrett for første gang. Selve gjennomføringen med Questback på nettbrett fungerte svært godt og var relativt rask. På spørsmålet om hvorvidt de hadde lastet ned en applikasjon selv, svarte flere ja, selv om de senere fortalte at de hadde fått hjelp av pårørende til dette. Ved selvrappotering må man ta høyde for at noen seniorer fremstiller seg selv i bedre lys enn det som er realitetene. Man kan også diskutere om man har stilt de riktige spørsmålene.

KONKLUSJON

Åttiåringer bruker teknologi daglig - menn i større grad enn kvinner. Omtrent halvparten mestrer det som er nødvendig for å være selvhjulpen i dagliglivet med tanke på kommunikasjon, bank og offentlige tjenester. Sosiale medier kan se ut til å øke seniorenes kontakt utenfor hjemmet. Seniorene ønsker fortsatt opplæring, og det bør gis tilrettelagt opplæring i et støttende miljø.

Referanser

- Daatland, S., Solem, P.E. (2000) Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS (s.78).
- Vik, K. (2015). *Mens vi venter på eldrebølgen. Fra eldreomsorg til aktivitet og deltakelse*. Gyldendal Norsk Forlag AS. 1.utgave.
- Klungerbo, B., Bredland, E., Nervik, T. og Sødal, A.B. (2012) Rapport «Helsefremmende og forebyggende hjemmebesøk». Hentet fra <http://www.trondheim.kommune.no/content/1117726224/Prosjekter>
- Monstad, S.J., Aarø, L.E., Wilhelmsen, L.S. (2006) Forskningsbasert informasjon om helse som virkemiddel for å øke eldres livskvalitet. Hemil - Rapport nr.1 (s.45).
- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg - Regjeringen.no <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2011-11/id646812/>
- Sødal, A.B., Klungerbo, B., Bredland, E.L.(2013) «80-åringene i Trondheim» - En undersøkelse blant hjemmeboende seniorer født i 1930 og 1931. Hentet fra <http://www.trondheim.kommune.no/content/1117726224/Prosjekter>
- Dragland, Å. (2014) Hentet fra <http://gemini.no/2014/03/sosiale-pensjonister-bruker-app/>
- Svendsen, L. (2015) fra <https://morgenbladet.no/2015/09/min-din-eller-var-ensomhet>
- Trondheim kommune, Programplan for velferdsteknologi 2015-2018 <http://www.trondheim.kommune.no/velferdsteknologi/>
- Statistisk sentralbyrå. (2015). Flere eldre kvinner enn menn bor alene. Hentet fra https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/39398?_ts=132af1c6be0
- Statistisk sentralbyrå. (2015). Eldres bruk av sosiale medier øker, og yngstes bruk synker. Hentet fra <http://www.ssb.no/teknologi-og-innovasjon/statistikker/ikthus/aar>

«Vi blir ikke brukt godt nok»

KOMMUNEERGOTERAPEUTERS ERFARINGER MED UTFORDRINGER I ARBEID MED BRUKERE OG ANDRE FAGGRUPPER

Av Astrid Gramstad og Ragnhild Nilsen



Astrid Gramstad er forsker ved Senter for omsorgsforskning nord ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT – Norges arktiske universitet.



Ragnhild Nilsen er dosent ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT – Norges arktiske universitet.

«Vi blir ikke brukt godt nok»

Abstract

Introduction: Occupational therapists working in community settings are an important and rapidly growing health care profession. However, little is known about the challenges they face in their everyday practice. The aim of this paper was to investigate the challenges occupational therapists working in Norwegian municipalities experience when they are working with clients and other health care personnel.

Material and method: 48 occupational therapists from 12 Norwegian municipalities participated in group discussions during the first stage of a Delphi-investigation. 133 written descriptions of experiences of challenges were analysed.

Results: A content analysis of the material revealed three intertwining themes that describe the challenges the occupational therapists experienced:

- 1) It is difficult to communicate occupational therapy competence,
- 2) Others' expectations toward occupational therapy does not match the occupational therapists understanding, and
- 3) Interdisciplinary work may be inhibited by the organisation of the services.

Although more research is needed, the results show that occupational therapists could benefit from continuing to strengthen their professional identity. However, to enhance the quality of interdisciplinary work, other health care personnel must also acknowledge the competence and knowledge offered by the occupational therapists.

Nøkkelord: kommunehelsetjeneste, tverrfaglig samarbeid, interaksjonsteori, ergoterapeut, Delphi-metode

Key word: community health service, interdisciplinary teamwork, interaction theory, occupational therapy, Delphi method

*Denne artikkelen ble mottatt 21.12.2015.
Den ble godtatt for publisering 12.04.2016.
Conflicts of interest: None.*

Introduksjon

Ergoterapi er et klientsentrert helsefag som fremmer helse gjennom deltakelse i og tilrettelegging av aktiviteter og omgivelser (1). Ergoterapeuter i Norge arbeider innenfor mange ulike områder og arenaer, men ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten er en sentral og sterkt økende gruppe. Offentlige føringer peker mot en ny kommunerolle og at veksten i tjenester fremover vil komme i kommunene (2-4). Nye arbeidsoppgaver stiller større krav til kompetanse i kommunene, og det er anslått at antall ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten bør tredobles for å møte helse- og omsorgsutfordringene på en god måte (5). Stortinget er nå i en prosess med å lovpålegge ergoterapi i kommunene (6 s. 21).

Til tross for sin utbredelse og betydning er norske kommuneergoterapeuters arbeidsoppgaver og erfaringer et lite utforsket område. Dette kan henge sammen med at ergoterapifaget er relativt ungt i Norge, og at akademiseringen av faget først har skutt fart de siste årene. Det kan også henge sammen med at kommuneergoterapeutens arbeidsoppgaver er mangfoldig og variert. Mottakere av ergoterapi i kommunene er i alle aldre, og har svært varierende aktivitetsutfordringer og funksjonsnivå (7). Kommuneergoterapeutens arbeidsområder er også varierte, og kan eksempelvis omfatte habilitering/rehabilitering, rådgivning og folkehelse. Dette medfører at kommuneergoterapeuter samarbeider med mange ulike instanser og faggrupper, og på tvers av ulike forvaltningsnivå.

I Hanne Tuntlands hovedfagsoppgave fra 1998 skildrer hun kommuneergoterapeuters arbeidsoppgaver og yrkesrolle og argumenterer for å videreutvikle ergoterapeutrollen i kommunehelsetjenesten (8). Hun hevder at dette «fordrer et metaperspektiv på egen yrkespraksis som savnes hos en del kommuneergoterapeuter i dag» (8 s. 108). Etter 1998 finner vi likevel få publikasjoner som omhandler kommuneergoterapeuter i Norge. Randi Waagø Aas og hennes kollega undersøkte kjennetegn ved brukere av kommuneergoterapi og konkluderer med at disse ofte har flere komplekse og overlappende helseutfordringer (7). En masteroppgave tok for seg kommuneergoterapeuters resonneringer når de kartlegger hjelpemiddelbehov, og pekte på at ergoterapeuter i større grad bør tydeliggjøre begrunnelser og vurderinger, selv om dette kan være utfordrende (9). En fagartikkel viser at det er ulik forståelse av sentrale fagbegrep, som for eksempel hverdagsmestring og aktivite-

ter, hos henholdsvis kommuneergoterapeuter og ansatte i hjemmetjenesten (10). Internasjonalt er det ikke forsket mye på kommuneergoterapeuters erfaringer av utfordringer, men en kanadisk studie av ergoterapeuter som arbeidet i grisgrendte strøk viste at selv om de hadde positive erfaringer med arbeidet sitt, var manglende tilgang til profesjonell støtte en utfordring (11). Vi vet fremdeles lite om hvilke utfordringer og kunnskapsbehov ergoterapeuter i kommunehelsetjenestene opplever.

Utfordringer og erfaringer knyttet til samarbeid er viktig å avdekke, siden ergoterapeuter ofte inkluderer andre yrkesgrupper i tiltak eller arbeidsprosesser rundt bruker. Ergoterapeuter er avhengige av brukernes medvirkning og i mange tilfeller også av andres kompetanse og oppfølging for å nå gode resultater av ergoterapi. Internasjonal forskning peker på at det kan være vanskelig for ergoterapi som fag å få gjennomslag innenfor etablerte medisinske diskurser (12). Forskning viser også at det er utfordrende for ergoterapeuter å formulere kjernekompetanse i eget fag (12-14). Dette kan gi seg utslag i lav profesjonell selvfølelse og opplevelse av manglende anerkjennelse fra andre (12). Formålet med denne artikkelen er å undersøke hvilke utfordringer norske kommuneergoterapeuter erfarer i arbeidet med brukere og andre faggrupper. Siden samarbeid står sentralt i kommuneergoterapeutens arbeid, vil vi belyse temaet med fra et interaksjonsteoretisk perspektiv på profesjoner.

Profesjoner i et interaksjonsteoretisk perspektiv

Profesjoner er et flertydig og omstridt begrep (15). I denne sammenhengen forstår vi en profesjon som en type yrkesmessig organisering av arbeid som både har organisatoriske og performative aspekt. Det organisatoriske aspektet omhandler hvordan profesjonen er organisert og kontrollert (15 s. 18). Det performative aspektet knyttes til den praktiske utøvelsen av faget (15 s. 19). Profesjoners kunnskapsgrunnlag er et sammensatt fenomen og kan kjennetegnes av at teoretiske innsikter er hentet fra forskjellige fagområder og kombineres med praktiske ferdigheter og fortrolighet for å bidra inn i en kompleks praksis (16). Enheten i profesjoners kunnskapsgrunnlag er praktiske synteser (16 s. 84). Slik praktisk kunnskap viser seg i handlinger og praksis og kan være vanskelig å artikulere verbalt (16, 17). Som profesjonsutøver må man likevel

kunne gi gode begrunnelser for, og forklaringer på, hvorfor man gjør det man gjør, blant annet for å bidra til at andre kan forstå det man holder på med (16). Sosiologen Per Måseide hevder at profesjonell virksomhet er av relasjonell karakter og har interaksjon både som forutsetning og resultat (18 s. 367). For å forstå profesjoner må man altså studere samhandling.

Profesjonsutøvelse har en praktisk karakter som kan være vanskelig å artikulere fullt ut. Evnen til å formidle eget fag kan imidlertid også påvirkes av profesjonsutøverens erfaringer, og hvor man er i sin profesjonelle utvikling. Reynolds modell (19 s. 68) beskriver fem ulike faser i profesjonell utvikling, der profesjonsutøveren utvikler seg fra å være selvcentrert og føle seg utilstrekkelig til gradvis å bli mer opptatt av andre, utvikle forståelse og etter hvert forstå og handle ut fra denne forståelsen. Den siste fasen innebærer evne til å formidle faget til andre. Yrket er en viktig del av vår sosiale identitet, og å ha et yrke med en ullen, uavklart og lite ansett identitet kan få betydning for yrkesutøverens helse og motivasjon (20).

Professor ved senter for profesjonsstudier, Kåre Heggen, skiller mellom profesjonsidentitet og profesjonell identitet (21). Profesjonsidentiteten viser til en kollektiv identitet med felles formål og arbeidsmåter, herunder felles kunnskapssyn og verdier som er nedfelt i etiske retningslinjer. Profesjonsidentitet påvirkes av både fagforeninger og enkeltmedlemmer gjennom forskning, fagutvikling og annen faglig samhandling. Den profesjonelle identiteten er på sin side knyttet til profesjonsutøverens oppfatning av seg selv som fagperson. Profesjonell identitet kan forstås som:

ei meir eller mindre medviten oppfatning av «meg» som yrkesutøvar, når det gjeld kva type eigenskapar, verdiar og haldningar, kva etiske retningslinjer eller kva ferdigheiter eller kunnskapar som konstituerer meg som ein god yrkesutøvar (21 s. 324).

Måseide trekker fram Goffmans (22) begreper om rammer («framing») og posisjonering («footing») som særlig relevante interaksjonsanalytiske begrep. Rammer viser til forhold og handlinger som styrer forståelse av egne og andres aktiviteter, og utgjør slik en forventningsstruktur (18 s. 369). For å få til profesjonell praksis og samhandling må det etableres profesjonelle og institusjonelle rammer som deltakerne er oppmerksomme på og aksepterer

(18 s. 370). Disse profesjonelle rammene skapes og realiseres av deltakerne.

I følge Måseide viser posisjoneringsbegrepet, «footing», til «de interaksjonsmessige handlingene som skaper eller verner om den enkelte deltakers identitetsmessige sosiale fotfeste eller posisjon i samhandlingssituasjoner» (18 s. 371). Vår profesjonelle status og identitet blir etablert og forvaltet gjennom språket vi bruker og hvordan vi samhandler. Vi tilskriver også våre samhandlingspartnere identiteter og statuser etter hvordan vi opptrer i forhold til dem (18 s. 371). Vi konstruerer aktivt vår yrkesidentitet gjennom kontinuerlige samhandlingsprosesser der vi deltar og utvikles i samhandling med andre, og i kontekster ladet med institusjonelle oppfatninger og utfordringer.

Metode

For å identifisere utfordringer og mulige forskningsområder blant norske kommuneergoterapeuter har vi brukt en modifisert Delphi-metode. Denne metoden består av kartlegginger der spørreskjemaet sendes til et utvalg av eksperter i flere runder. Ekspertene skal samles i mindre grupper og gjennom diskusjon komme fram til konsensus om svar på spørreskjemaet, som så sendes tilbake til forskerne (23). Etter at forskerne har analysert svarene fra første runde, sendes resultatet tilbake til ekspertene for nye diskusjoner. Denne prosessen kan skje i mange runder, men to eller tre runder er anbefalt (24). I Norge er Delphi-metoden brukt for å identifisere prioriterte områder for forskning for stråleterapeuter (25) og bioingeniører (26). I Australia har ergoterapiforskere benyttet seg av denne metoden for å oppnå konsensus om essensielle verdier og handlinger innen ergoterapi (27) og for å avdekke prioriterte områder for forskning innen mental helse (28).

Denne artikkelen bygger på et materiale som ble samlet inn som første del av en Delphi-undersøkelse blant norske kommuneergoterapeuter. Undersøkelsens formål var å identifisere og prioritere ergoterapifaglige forskningsspørsmål ut ifra perspektivene til ergoterapeuter i kommunehelsetjenestene.

Identifisering av ekspertene og utvelgelsen av ekspertpanelet som skal besvare undersøkelsene, er et sentralt punkt i Delphi-studier (23, 29). Vi ønsket å løfte fram kommuneergoterapeuters erfaringer om utfordringer i praksis og opplevd behov for forskning. Ergoterapeuter som arbeidet i kommunehelsetjenesten, ble derfor forstått som eksperter i denne sammenhengen.

UTVALG

Vi rekrutterte deltakerne gjennom et panel av femti norske omsorgsforskingskommuner. Panelet er etablert av sentrene for omsorgsforskning og skal sikre variasjon i størrelse, behov og tjenestetilbud i tråd med variasjonen i kommunene i Norge (30). Alle de femti kommunene ble forespurt om å delta i undersøkelsen, selv om det viste seg at noen av disse ikke hadde ansatt ergoterapeut. Forespørselen ble sendt på e-post til den enkelte kommunens kontaktperson for forskning, som distribuerte den videre. Forespørselen inneholdt informasjon om prosjektet, om at deltakelse var frivillig, og om hva en eventuell deltakelse ville innebære for kommunene og deltakerne. Grunnet økonomiske og praktiske forhold var det ingen fysiske møter mellom forskerne og deltakerne. All kommunikasjon foregikk via e-post.

Deltakerne i hver kommune skulle i grupper diskutere og bli enige om minst fem områder på hvert av følgende tre spørsmål:

1. Hvilke utfordringer som ergoterapeut erfarer du i kontakten med brukere/klienter?
2. Hvilke utfordringer som ergoterapeut erfarer du i ditt arbeid med andre helsearbeidere?
3. Hvilke områder av ergoterapifaget mener du trenger videre forskning?

Spørsmålene skulle generere diskusjoner som munnet ut i mulige forskningstema og gi en bred oversikt over hvilke utfordringer norske kommuneergoterapeuter erfarer i sitt arbeid. Selv om vi ønsket gruppediskusjoner blant kommuneergoterapeutene, åpnet vi likevel for individuelle svar der dette var det eneste praktiske mulige, for eksempel dersom det kun var én ergoterapeut ansatt i kommunen. Gruppene besvarte spørsmålene skriftlig.

Vi purret én gang og fikk til slutt 13 svar fra 12 kommuner. 48 ergoterapeuter deltok totalt. Antallet som deltok i hver gruppediskusjon, varierte fra én til ti ergoterapeuter. Vi mangler demografiske data på 16 av ergoterapeutene, men av de 32 vi har informasjon om, hadde 7 videreutdanning eller mastergrad. Arbeidserfaring som kommuneergoterapeut varierte fra 3 måneder til 36 år.

Prosjektet er innmeldt og godkjent av personvernombudet for forskning, NSD, og materialet er behandlet i henhold til NSDs anbefalinger.

ANALYSE

Vi fikk til sammen 216 beskrivelser av utfordringer og forslag til forskningsområder. Noen grupper le-

verte ti svar på hvert spørsmål, men det vanlige var mellom fem og syv svar på hvert spørsmål. Materialet ble lest flere ganger for å skaffe oss et overblikk over innholdet og få en helhetlig forståelse. I denne lesingen ble det klart at svarene på spørsmål 1 og 2 var kvalitativt forskjellige fra svarene på spørsmål 3. Mens svarene på spørsmål 3 utgjorde konkrete forslag til områder som kommuneergoterapeutene ønsket at det skulle forskes på, ga svarene på de andre spørsmålene et bilde på utfordringer i arbeidshverdagen til kommuneergoterapeuter som ikke lett kunne omsettes til mulige forskningsområder. For å ta materialet på alvor måtte vi behandle de ulike delene av materialet forskjellig.

Forslag til områder som trengte videre forskning ble skilt ut fra materialet som denne artikkelen er basert på, og la grunnlaget for andre del av DelpHI-undersøkelsen. Disse resultatene vil bli publisert på et senere tidspunkt. Materialet som berørte utfordringer knyttet til kontakt med brukere og arbeid med andre helsearbeidere, til sammen 133 beskrivelser, ble analysert i en kvalitativ innholdsanalyse, inspirert av stegvis-deduktiv induktiv metode (31).

De 133 beskrivelsene ble lest på nytt, og umiddelbare inntrykk, undringer og spørsmål ble notert og diskutert mellom forfatterne. Deretter ble materialet meningsfortettet setning for setning og kodet med uttrykk som illustrerte beskrivelsen. Vi la vekt på å generere tekstnære koder utviklet fra selve materialet, og ikke fra teori, forskningsspørsmål eller planlagte temaer (31). Eksempel på slike koder var «forståelse for fag og hjelpemidler», «andre har ikke kunnskap om ergoterapi» og «lange ventelister og dårlig rykte». Neste steg var å generere tema som kunne gi samlende og utdypende forståelse for de utfordringene ergoterapeutene erfarte. Her vekslet vi mellom å fordype oss i kodene, de meningsfortattede utsagnene og råmaterialet for å utvikle tema som kunne bidra til å belyse ergoterapeutenes utfordringer samtidig som den opprinnelige meningen med deltakernes beskrivelser ble ivarettatt. Temaene ble videreutviklet i diskusjonene mellom forfatterne og i arbeidet med det teoretiske perspektivet (31).

Førsteforfatter har forskerkompetanse og jobberfaring som kommuneergoterapeut. Andreforfatter er ikke ergoterapeut, men har forskerkompetanse og bred erfaring fra tverrprofesjonell undervisning. Denne ulikheten i praksiserfaring og perspektiv skapte grunnlag for utviklende diskusjoner i analysen ut ifra kjennskap til utfordringer innen tverrpro-

fesjonell praksis og ergoterapipraksis, kunnskap om ulike profesjoner og samhandlingene mellom disse, og det teoretiske tilfanget på feltet.

Resultat

Utfordringer som norske ergoterapeuter erfarer i arbeidet med brukere og andre faggrupper, kan skildres i tre tema:

1. Det er utfordrende å kommunisere egen kompetanse.
2. Andres forventninger til ergoterapi samsvarer ikke med egen forståelse.
3. Organisering av tjenester og arbeidsformer kan hemme tverrfaglig arbeid og helhetlige arbeidsprosesser.

DET ER UTFORDRENDE Å KOMMUNISERE EGEN KOMPETANSE

Ergoterapeutene erfarte at de var trygge på egen kompetanse og hvilke arbeidsoppgaver de kunne brukes til. De syntes likevel at det var utfordrende å kommunisere fagkunnskapen og perspektivene sine slik at brukere og andre samarbeidspartnere fikk en god forståelse for ergoterapi og hva de kunne tilby. De hadde stor respekt for andre yrkesgruppers arbeidssituasjon og utfordringer, noe som kunne medføre at de selv ikke tok plass på samhandlingsarenaene. En gruppe skriver: «Vi står for mye med lua i handa».

Ergoterapeutene var opptatt av å etablere og videreutvikle en god terapeutisk relasjon og å ta utgangspunkt i, og jobbe ut ifra, brukers målsetting. De kunne likevel erfare at de faglige perspektivene deres kunne komme i konflikt med brukers ønsker og forventninger. Et eksempel kunne være ergoterapeuters forståelse av rehabilitering, og vektlegging av trening i daglige aktiviteter for å oppnå selvstendighet og deltakelse. En gruppe skriver:

Mange brukere blir frustrerte og irriterte over at de må gjøre alt selv, og har vanskelig for å forstå hjelp til selvhjelp. Det kan føre til at relasjonen mellom terapeut og bruker blir dårlig.

Slike ulike forventninger kan ha sammenheng med ergoterapeutens evne til å kommunisere sine faglige vurderinger tydelig. Én gruppe skriver at en utfordring er:

Kommunikasjon. Om vi formidler tydelig nok, og informerer på en sånn måte at bruker har fått tydelig avklart svar på hva som er realistisk i forhold til funksjonsnivå, målsetting og hjelpemidler.

Det kunne være vanskelig å få bruker og samarbeidspartnere til å følge opp en rehabiliteringsprosess dersom bruker hadde et ønske om å bli hjulpet, og samarbeidspartnerne ikke hadde tid eller kunnskap til å følge opp kommuneergoterapeutens tiltak eller treningsopplegg. Ergoterapeutene opplevde at ulike aktører i kommunehelsetjenesten hadde forskjellig fokus som utfordret samarbeidet. Det ble påpekt at samarbeidet med annet helsepersonell var preget av at de manglet «et felles begrepsgrunnlag. Dette gjelder spesielt aktivitetsbegrepet, da vi har et utvidet syn på aktivitet».

Kommunikasjon og å løfte fram sin kompetanse slik at andre forsto hva ergoterapeuten kunne bidra med, var en kontinuerlig prosess, og justering av andres forventninger tok mye tid. Ergoterapeutene savnet noen konkrete verktøy som kunne identifisere dem tydeligere som faggruppe, og som var verdifullt og ble vektlagt i det tverrfaglige arbeidet. Én gruppe formulerte det slik: «Vi vil ha noe eget. Noe som er bare vårt, noe som bare vi kan. Noe som gjør oss uunnværlige». Ergoterapeutene ønsket også å bli brukt innenfor flere områder og komme flere brukergrupper til gode. For å oppnå dette var det viktig at ergoterapeuter og deres kompetanse ble kjent for samarbeidspartnere og aktuelle brukergrupper. Dette gjaldt særlig innenfor områder som barns helse og psykisk helse.

Oppsummert erfarte ergoterapeutene at deres kompetanse innenfor blant annet brukermidvirkning, rehabilitering, hjelpemiddelformidling og aktivitet var nødvendig og viktig i kommunehelsetjenesten. De erfarte likevel at det var utfordrende å kommunisere denne kompetansen til samarbeidspartnerne, noe som hindret samarbeidet med og rundt brukere.

ANDRES FORVENTNINGER TIL OG FORSTÅELSE AV ERGOTERAPI SAMSVARER IKKE MED EGEN FORSTÅELSE

Ergoterapeutene erfarte at andre yrkesgrupper, brukere og pårørende hadde for lite kunnskap om ergoterapeutenes fagutøvelse, rolle og kunnskapsgrunnlag. Dette bidro til utydelige og lite definerte roller som ergoterapeuter ble tildelt og hadde vanskelig for å komme seg ut av. Et eksempel på dette kunne være at ergoterapeuten ble utpekt til å arbeide fram individuell plan, selv om hun ikke var den mest sentrale fagpersonen i det tverrfaglige teamet. Erfaringer med at «andre helsearbeidere lover bort

tiltak til bruker som de mener ergoterapeuten skal igangsette» gikk igjen i materialet.

Ergoterapeutene erfarte at de ofte ble ofte forbundet med hjelpemidler. Ergoterapeutene hadde kunnskaper om bruk av hjelpemidler, og erfaringer med at disse ikke alltid fører til økt deltakelse eller selvstendighet. De visste også hva som kreves av oppfølging for at hjelpemiddelet skulle fungere etter hensikten, og hvilke behov som måtte være til stede for at søknader skulle bli innvilget.

De erfarte likevel at brukere og andre fagpersoner ikke hadde like inngående forståelse for dynamikk og problemområder ved hjelpemiddel og formidlingsprosess. Dette medførte at ergoterapeuten kunne få en rolle som «bestiller av hjelpemiddel» i tverrfaglig arbeid, uten at kompleksiteten ved denne rollen ble tatt hensyn til. En gruppe formulerer dette slik:

Det kan være vanskelig å få samarbeidspartnere til å forstå konteksten mellom brukers situasjon og hjelpemiddelet. For eksempel kan en bruker på sykehjem ha behov for en Comfort rullestol, mens det kan være vanskelig for personalet å forstå og ta ansvar for nødvendig oppfølging, som det å bruke stolens funksjoner riktig og at brukeren fortsatt har behov for å komme over i sengen i løpet av en dag. Uten denne oppfølgingen har hjelpemiddelet liten, eller i verste fall en negativ effekt.

Flere grupper rapporterte at ergoterapeuten kunne få i oppdrag å søke om hjelpemiddel andre fagpersoner allerede hadde bestemt at brukeren hadde behov for. Dersom ergoterapeuten ikke var i stand til å oppfylle forventninger brukerne hadde til hvilke hjelpemiddel de kunne få og når de kunne få levert disse, kunne dette gå ut over den terapeutiske relasjonen mellom ergoterapeut og bruker.

Oppsummert erfarte ergoterapeutene at samarbeidspartnere og brukere manglet kunnskap og forståelse om ergoterapi og hva ergoterapeuter kunne bidra med. Misforståelser og uklare eller feilaktige forventninger om ergoterapeuters arbeidsmåte og ansvarsoppgaver kunne gå ut over pasientsikkerheten, hindre samarbeid og sette terapeutiske relasjoner på spill.

ORGANISERING AV TJENESTER OG ARBEIDSFORMER KAN HEMME TVERRFAGLIG ARBEID OG HELHETLIGE ARBEIDSPROSESSER

Dette temaet omhandler i hovedsak tre ulike for-

hold: tidspress, kommunikasjonssystem og rutiner, og turnusarbeid. Ergoterapeutene opplevde stress på grunn av tidspress og lange ventelister på ergoterapi. De fikk dårlig samvittighet overfor personene som sto på venteliste, og var bekymret for at tiltak ble satt i gang for sent til å opprettholde eller bedre funksjon. Tidspresset førte også til at ergoterapeutene ikke hadde nok tid til å følge opp brukere og igangsatte tiltak.

Kommunikasjon på tvers av faggrupper ble hindret grunnet ulike journalsystem innenfor samme kommune, samt manglende rutiner for å lese seg opp på journalnotat. Det var vanskelig å holde seg oppdatert når journalen ikke inneholdt nødvendig informasjon, og det var vanskelig å overføre kunnskap når annet helsepersonell ikke leste journalnotat og andre dokument skrevet av ergoterapeuten.

Det var utfordrende å få kontinuitet i samarbeid med turnusarbeidende helsepersonell og når det var mange samarbeidspartnere rundt bruker. Det kunne være vanskelig å finne tidspunkt for felles møter og å sikre god informasjon til og kommunikasjon med alle. Dette gjaldt i samarbeid med og rundt både hjemmeboende brukere og brukere på institusjoner. Særlig opplæring av helsepersonell og oppfølging av tiltak kunne være utfordrende. En gruppe beskriver det slik: «En del av vår oppgave som kommuneergoterapeuter er opplæring av andre helsepersonell. Effekten virker til å ha kort varighet».

Selv om ergoterapeutene brukte mye tid på opplæring og veiledning, erfarte flere grupper at informasjonen sjelden ble formidlet videre til de andre ansatte rundt brukeren. Organisering av tjenester og oppfølging av tiltak rundt brukere med sammensatte behov var en utfordring som fulgte av dette. Ergoterapeuter erfarte også at det var vanskelig å få innpass for å gjennomføre tiltak i skolen.

Diskusjon

Denne undersøkelsen fokuserer på hvilke utfordringer kommuneergoterapeuter erfarer i sitt arbeid med brukere og andre samarbeidspartnere. Resultatet viser at det kommuneergoterapeuter særlig trekker fram som utfordringer, handler om å kommunisere sin faglige kompetanse, og at andres forventninger til og forståelse av ergoterapi ikke samsvarer med ergoterapeutenes forståelse. En annen utfordring var at forhold ved organiseringen av arbeidet rundt bruker kunne hindre effektive arbeidsprosesser og samarbeid. På bakgrunn av

resultatene lurer vi på om at ergoterapeuter, ved å oppnå en posisjon med tydeligere forventningsstrukturer, kan bli en bedre utnyttet helseprofesjon i kommunehelsetjenesten.

Å arbeide fram posisjoneringer som virker til brukers og fagets beste, er en relasjonell prosess. På den ene siden må ergoterapeuten være tydelig på kompetansen og forståelsen sin og perspektivet sitt, og på den andre siden må de andre partene anerkjenne denne kompetansen. Dette krever innsats og arbeid av både ergoterapeutene og deres samarbeidspartnere. Måseide viser at profesjonsidentitet må forhandles fram i samhandlingen mellom aktørene (18). Profesjonsidentiteten til ergoterapeuter utvikles i spennet mellom forventningene til ergoterapeuten, og ergoterapeutens egen forståelse av fagkompetanse og rolleansvar. De to første temaene, som i resultatdelen ble presentert hver for seg, kan slik ikke fullt ut forstås isolert, men bidrar samlet til en forståelse av ergoterapeuters utfordring: ikke å bli brukt godt nok.

Forventningsstrukturene, eller rammene for samhandling, sier noe om hva samhandlingen skal omhandle, hvem som skal samhandle, og på hvilken måte (18). Brukers forventninger til ergoterapeuten kan skapes av flere forhold, for eksempel gjennom andres fortellinger om ergoterapi og hva de kan bidra med, eller ved egne erfaringer fra tidligere. Når andre faggrupper gir et unyansert eller feilaktig bilde av ergoterapi, påvirker det rammene for samhandling mellom bruker og ergoterapeut på en negativ måte. Forventningsstrukturer, aktiviteter og handlinger gis mening ut fra forventningene. Dersom bruker forventer omsorg, pleie og praktisk hjelp, blir det problematisk for samhandlingen når ergoterapeuten krever egeninnsats og kun støtter ved behov og når det er helt nødvendig for at aktiviteten ikke skal bryte sammen. På samme måte vil det skape konflikt når brukere og andre forventer at ergoterapeuten skal bestille hjelpemidler, og ergoterapeuten i stedet for å gjennomføre denne oppgaven stiller kritiske spørsmål og har andre vurderinger. Ut fra resultatene av undersøkelsen blir det tydelig at aktørene i samhandlingssituasjonen har ulike forventninger. Tidligere forskning har også påpekt at tverrfaglig samhandling kan være utfordrende, da det kan dreie seg om ulike meningsunivers og anliggende i de ulike faggruppene (32).

Resultatet viser at ergoterapeuter opplever manglende anerkjennelse for sin kompetanse og

sine faglige perspektiv. Goffman (1974) viser med begrepet «footing» hvordan man posisjonerer seg når man gir seg selv og andre sosiale eller moralske statuser og identiteter i samhandlingssituasjoner (18). I følge Måseide (2008) etablerer vi egne statuser og identiteter gjennom språkbruk og samhandlingsformer, samtidig som vi tilskriver samhandlingspartnerne våre statuser og identiteter. Taleformer og hvordan man snakker sier noe om den som snakker og den som det blir snakket til. Det er sjelden nødvendig for en lege eksplisitt å forklare pasienten at «jeg er legen, og du er pasienten», da dette er institusjonelle statuser som hører til helsevesenet. Disse statusene må likevel realiseres av deltakerne i en konsultasjon (18 s. 371). Gjennom sin måte å møte og snakke til pasienten avgrensner eller fremhever legen den relasjonen de skal ha.

Ergoterapeutenes status er ikke like institusjonalisert som legens, noe som medfører at posisjoner og forventninger i større grad og med større risiko må forhandles fram. Ergoterapeutene opplevde at det var utfordrende å formidle fagkunnskap og perspektiv på en slik måte at brukere, pårørende og samarbeidspartnere fikk en bedre forståelse for ergoterapi.

Tidligere forskning på ergoterapipraksis bekrefter at ergoterapeuter kan ha vansker med å artikulere og begrunne handlingsvalg og vurderinger (13). Dette kan ha sammenheng med at arbeidet er av praktisk art og er nært knyttet til den personlige kompetansen fagutøveren har. Ergoterapi dreier seg gjerne om hverdagslige aktiviteter, og kunnskapene og perspektivene ergoterapeuter drar veksler på, kan feilaktig fortolkes som sunt folkevett, dersom man ikke artikulerer det særlige ergoterapiteoretiske grunnlaget (12). En fare med dette kan være at ergoterapeuter i større grad anerkjenner etablerte diskurser med høy status, som biomedisin, på bekostning av ergoterapeuters særfaglige aktivitetsperspektiv (12).

Ergoterapi som fag inkluderer perspektiv, kunnskap og teorier fra mange ulike disipliner. Selv om det er en styrke å kunne hente kunnskap fra mange ulike områder, kan disse ulike perspektivene bidra til en utydelig og fragmentert identitet (12). Utviklingen av ergoterapifaget har vært preget av forskjellige diskurser (33). En studie om profesjonsidentitet blant norske ergoterapeuter fant for eksempel at ergoterapeuter tar avstand fra tidligere verdsatte roller assosiert med kreative aktiviteter, til fordel for rollen som kartleggingsekspert (34). Fokus, arbeids-

måter og faglige begrunnelser har endret seg over tid, og vært medvirkende til identitetsforvirring blant ergoterapeuter og til en utydelig fagprofil (12, 34, 35). Tverrfaglig samarbeid og ergoterapifaglig praksis vil profittere på at ergoterapeuter tydeligere verbaliserer, argumenterer for og begrunner sine kunnskaper.

Organisering av tjenester og arbeidsformer hemmet det tverrfaglige arbeidet og helhetlige arbeidsprosesser. Blant annet påvirket tidspress og lange ventelister organiseringen av tjenestene og ga ergoterapeuter lite tid til å følge opp brukere og igangsette tiltak.

Måseide (2008) tar til orde for at dersom man skal få til profesjonell praksis og samhandling, må det etableres profesjonelle og institusjonelle rammer som deltakeren er oppmerksom på og aksepterer. Det er deltakerne som skaper og realiserer de profesjonelle rammene som skal gjelde. I et sosialkonstruktivistisk perspektiv skaper individet seg selv, og forhandler sin status gjennom situasjoner og posisjonering. Brukerens forventninger til ergoterapeuten kan være påvirket av andre faggruppers fortellinger om hva brukeren hadde krav på. Ergoterapeuter har en kompleks forståelse av hjelpemiddel ved at disse ikke alltid fører til økt deltakelse, og hva som kreves av oppfølging og kontekstuelle forhold for at de skal fungere etter hensikten. Denne forståelsen måtte ofte formidles for å nedjustere brukerens høye forventninger til hjelpemiddelet. Kommunikasjon omkring justeringer av slike forventninger tok mye tid og kunne være vanskelig, da ergoterapeutene kunne være redde for å sette den terapeutiske relasjonen med brukeren på spill.

Den siste tiden har det blitt jobbet intenst fagpolitisk for å synliggjøre ergoterapeuters kompetanse, både innad i profesjonen og utad til politikere og samarbeidspartnere. Dette er med på å utvikle og styrke ergoterapeuters profesjonsidentitet. Et eksempel er et åpent brev til alle kommuner om betydningen av tverrfaglig samarbeid i skolehelsetjenestene generelt og ergoterapeutens bidrag i dette arbeidet spesielt (36). En sterk offentlig profesjonsidentitet kan være med på å justere forventningene til samarbeidspartnere og brukere slik at de er mer i tråd med ergoterapeuters forståelse av sitt eget fag. Men siden ergoterapeuter ofte møter forventninger fra andre i deres praksis, er det også viktig at ergoterapeuter utvikler en sterk profesjonell identitet.

Killén beskriver profesjonell utvikling som en prosess i fem faser, også kalt Reynolds modell (19). Selv om fasene beskrives som atskilte, går de mye inn i hverandre. Hvordan man går gjennom fasene, og hva slags støtte, stimulans og utfordringer man får underveis, er avgjørende for hvordan man kommer videre i den profesjonelle utviklingen. Killén beskriver at vi beveger oss fram og tilbake mellom de ulike fasene og kan befinne oss i flere faser samtidig. Vi kan bli fiksert i et holdnings- og atferdsmønster som hører til en fase uten å komme videre. Grunner til dette kan være stressende arbeidssituasjoner eller manglende muligheter og støtte til å komme videre i vår profesjonelle utvikling.

Å ha en sterk profesjonell identitet kan ha betydning for kvaliteten på det tverrprofesjonelle samarbeidet. Det er hevdet at personer med en sterk profesjonell identitet samarbeider bedre fordi de har trygghet til å sjonglere med sin egen rolle til beste for brukeren og ikke klamrer seg til en smal forståelse av sitt eget fag (37 s. 97). Kontinuerlig arbeid for å utvikle sin profesjonelle identitet er derfor viktig. En måte å fremme profesjonell identitet på er i større grad å dra veksler på et ergoterapeutisk praksisfellesskap som ressurs (12). Gjennom diskusjoner og deltakelse i praksisfellesskap kan ergoterapeuter sammen fremme kompetanse om og betydning av aktivitet i tverrfaglige sammenhenger (12). Praksisfellesskap har også betydning for utvikling av ergoterapeutstudenters profesjonelle identitet når de er i praksis (38). Slik har den enkelte ergoterapeut, gruppen og det nasjonale fagmiljøet medansvar for og mulighet til å bidra til at ergoterapi er en tydelig og bedre benyttet kompetanse i kommunehelsetjenesten.

Denne undersøkelsen baserer seg på et lite materiale. Av de forespurte kommunene var det tolv kommuner som svarte. Dette peker på behovet for å gjennomføre ytterligere undersøkelser. Likevel var utvalget samstemt og tydelig på utfordringene de erfarte. Utfordringene som ble nevnt, var også gjenkjennbare for førsteforfatteren.

Undersøkelsen ble gjennomført skriftlig, uten fysiske møter mellom forsker og deltakere. Siden spørsmålene skulle drøftes på gruppemøter og besvares skriftlig, antok vi at materialet var et resultat av en gjennomtenkt og solid prosess. Likevel kunne det vært interessant og nyttig å få utdypinger av deltakernes perspektiv gjennom individuelle kvalitative intervju eller fokusgruppeintervju. Slike intervju ville fått fram flere nyanser og generert et større og

mer fyldig materiale. Vi kunne fått avdekket om det var uenighet innad i gruppene, og innsikt i hva disse eventuelle uenighetene besto i. Vi har lagt til grunn at gruppediskusjonene drar vekslers på flere ideer og erfaringer, og at deltakerne har kommet fram til det de i fellesskap ut fra dette mener er de mest essensielle utfordringene. Ut fra dette perspektivet har Delphi-metoden vært en tidseffektiv og relevant metode for innhenting av kommuneergoterapeutenes erfaringer.

Selv om vi ser behovet for videre forskning, mener vi at denne artikkelen har betydning idet den setter søkelyset på en viktig faggruppe i sterk vekst. Å kaste lys over sentrale utfordringer kommuneergoterapeuter erfarer, er første skritt for å kunne medvirke til at man kan komme disse i møte på en konstruktiv måte, gjennom dialog mellom praksisutøvere og forskere og gjennom videre forskning og fagutvikling.

Takk

Vi vil takke ergoterapeutene som deltok i denne undersøkelsen. Takk til Senter for omsorgsforskning for at vi fikk tilgang til å bruke omsorgsforskingskommunene i denne undersøkelsen. Vi vil også takke Ergoterapeutene for FoU-midler som gjorde det mulig å sette av sammenhengende tid til analysearbeid og skriving.

Referanser

1. WFOT. Statement on occupational therapy [Internett]. World federation of occupational therapists; 2012 [sitert 06.03.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>.
2. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: 2009. Stortingsmelding nr. 47.
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. Oslo: 2013. Stortingsmelding nr. 29.
4. Kommunal og moderniseringsdepartementet. Kommune-reformen - nye oppgaver til større kommuner (2014-2015). Oslo: 2014. Melding til Stortinget nr. 14
5. Helse- og omsorgsdepartementet. Innovasjon i omsorg. Oslo: 2011. NOU 2011:11.
6. Helse- og omsorgskomiteen. Innstilling til Stortinget fra helse- og omsorgskomiteen om fremtidens primærhelse-tjenestenærhet og helhet, Meld. St. 26 (2014-2015). Oslo: 2015. Innstilling til Stortinget 40 S.
7. Aas RW, Grotle M. Clients using community occupational therapy services: Sociodemographic factors and the occurrence of diseases and disabilities. *Scand J Occup Ther.* 2007;14(3):150-9.
8. Tuntland H. Ergoterapeuters yrkesutøvelse og rolleutvidelse i kommunehelsetjenesten [hovedfagsavhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo; 1998.
9. Gramstad A. Formidling av hjelpemiddel i kommunen - korleis resonnerer ergoterapeuten i kartleggingssituasjonen? [masteravhandling]. Tromsø: Universitetet i Tromsø; 2007.
10. Slåtsveen RE, Lunde M, Stigen L. På vei mot felles forståelse? Hvordan erfarer og bidrar ergoterapeuter og ansatte i hjemmetjenesten til at eldre mestrer hverdagslivet? *Ergoterapeuten.* 2014(6):42-8.
11. Wielandt P, Taylor E. Understanding rural practice: implications for occupational therapy education in Canada. *Rural Remote Health.* 2010;10(3).
12. Turner A, Knight J. A debate on the professional identity of occupational therapists. *Br J Occup Ther.* 2015;78(11):664-73.
13. Mattingly C, Fleming MH. Clinical reasoning. Forms of inquiry in a therapeutic practice. Philadelphia: F. A. Davis Company; 1994.
14. Pierre BL. Occupational therapy as documented in patients' records part III. Valued but not documented. Underground practice in the context of professional written communication. *Scand J Occup Ther.* 2001;8:174-83.
15. Molander A, Terum LI. Profesjonsstudier - en introduksjon. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Otta: Universitetsforlaget; 2008. p. 13-27.
16. Grimen H. Profesjon og kunnskap. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Otta: Universitetsforlaget; 2008. p. 71-86.
17. Polanyi M. The tacit dimension. Gloucester, Mass: Peter Smith; 1983.
18. Måseide P. Profesjonar i interaksjonsteoretisk perspektiv. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Otta: Universitetsforlaget; 2008. p. 367-85.
19. Killén K. Profesjonell utvikling og faglig veiledning: et felles-faglig perspektiv: helhetsperspektiv, relasjonskompetanse, refleksjon, mentalisering. 4. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
20. Eriksson Y, Flisbäck M. Yrkesstatus: erfaringer, identitet og erkjennende. Malmö: Liber; 2011.
21. Heggen K. Profesjon og identitet. I: Molander A, Terum LI, red. Profesjonsstudier. Otta: Universitetsforlaget; 2008. p. 321-32.
22. Goffman E. Frame analysis : an essay on the organization of experience. New York: Harper & Row; 1974.
23. Falzarano MPOTR, Zipp GPEPT. Seeking consensus through the use of the Delphi technique in health sciences research. *J Allied Health.* 2013;42(2):99-105.

24. Hasson F, Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs*. 2000;32(4):1008-15 8p.
25. Egestad H. Norske stråleterapeuters identifikasjon av egne forskningsområder - innledende Delphi-analyse. *Hold pusten*. 2014(5):18-23.
26. Almås SH, Nilsen R. Bioingeniørers forskningsområder i medisinsk biokjemi. *Bioingeniøren*. 2015(3):14-8.
27. Aguilar A, Stupans I, Scutter S, King S. Towards a definition of professionalism in Australian occupational therapy: Using the Delphi technique to obtain consensus on essential values and behaviours. *Aust Occup Ther J*. 2013;60(3):206-16 11p.
28. Hitch D, Lhuede K. Research priorities in mental health occupational therapy: A study of clinician perspectives. *Aust Occup Ther J*. 2015;62(5):326-32.
29. Trevelyan EG, Robinson PN. Delphi methodology in health research: how to do it? *Eur J Integr Med*. 2015;7(4):423-8.
30. Senter for omsorgsforskning. Om oss 2015 [oppdatert 21.12.2015] [sitert 15.01.2016]. Tilgjengelig fra: http://www.omsorgsforskning.no/om_senteret/om_oss.
31. Tjora AH. Kvalitative forskningsmetoder i praksis. 2. utg. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
32. Moe S, Hamran T. Samarbeidsutfordringer i kommunehelsetjenesten. *Fysioterapeuten*. 2014(9):48-52.
33. Kielhofner G. Conceptual foundations of occupational therapy. 4 utg. Philadelphia: F.A. Davis; 2009.
34. Kinn LG, Aas RW. Occupational therapists' perception of their practice: A phenomenological study. *Aust Occup Ther J*. 2009;56(2):112-21.
35. Clouston TJ, Whitcombe SW. The professionalisation of occupational therapy: a continuing challenge. *Br J Occup Ther*. 2008;71(8):314-20.
36. Ergoterapeutene. Tverrfaglighet vil bedre skolehelsetjenesten 2016. [sitert 15.01.2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/aktuelt/Nyhetsarkiv/Tverrfaglighet-vil-bedre-skolehelsetjenesten>.
37. Dige M. Occupational therapy, professional development, and ethics. *Scand J Occup Ther*. 2009;16(2):88-98.
38. Nymo AV. Utvikling av ergoterapifaglig kompetanse og identitet i praksis. I: Arntzen C, Gramstad A, Jentoft R, red. *Ergoterapi - mangfold og muligheter*. Stamsund: Orkana akademisk; 2015. p. 65-81.

Active[®]

Med Active rullatoren kommer du deg enkelt og trygt ut og fram!

Active har store hjul og god struktur for trygghet og komfort. Dette gjør den også veldig stabil. Moderne, prisbelønnet design.

Det solide setet er justerbart opp og ned slik at du kan finne en ergonomisk innstilling for en komfortabel hvilepause.

Bremsekablene er skjult inne i rammen, slik at de ikke hekker deg fast i gjenstander når du går. Tryggere og stilrent.

Vi har også seteputer, ryggstøtte, ski til vinterføre og mye annet ekstrautstyr for å hjelpe deg til å ha en enklere hverdag.

Access Vital AS, Postboks 430, 2303 Hamar T: 405 66 376
E-post: rollator@accessvital.no www.active-walker.com/norsk

ACCESS
VITAL

Deltakelse i samfunnet for personer med ryggmargsskade

– Hva forsker du på?

– Jeg inngår i to større internasjonale prosjekter. De handler om det levde livet for personer med ryggmargsskade. I samarbeid med sosiologer, psykologer, leger og ressurspersoner fra de norske og europeiske ryggmargsskadeorganisasjonene er jeg opptatt av spørsmål om livet etter en ryggmargsskade i forhold til deltakelse og integrering i samfunnet. Dette er forskning basert på nasjonale spørreskjemaundersøkelser om arbeid, levekår og livskvalitet. Vi bruker også dybdeintervjuer der vi får fram forståelse av, og erfaringer av, deltakelse og integrering mer konkret. I disse prosjektene er vi opptatt av utfordringer med å leve med en ryggmargsskade. Vi er også her opptatt av deltakelsesdimensjonen i ICF-modellen.

– Hva er dine hovedfunn?

– Informantenes fortellinger om deltakelse illustrerer betydningen av sosial anerkjennelse i hverdagen og i samfunnet på lik linje med øvrige borgere. En fellesnevner i mange av intervjuene er informantenes vekt på sysselsetting som hovedvirkemiddel for optimal deltakelse i samfunnet. Disse kvalitative resultatene bekreftes av våre kvantitative data.

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

– Jeg synes det er vanskelig å peke ut min favorittartikkel, - det er jo så mange. Om jeg skal gjøre

det, blir det ikke den beste, men en artikkel som ga meg en helt ny forståelse av forhistorien til ICF og rollen den har som global standard. Det er artikkelen til Melany Levasseur med flere om the Disability Creation Process Model (DCP) og ICF. Den ble publisert i Canadian Journal of Occupational Therapy i 2007. Den er et godt eksempel på hvordan politikk, språk, makt og tilfeldigheter bidro til at ICF- og ikke DCP-modellen ble WHO-standarden. Selv om DCP-modellen i utgangspunktet både harmonerer bedre med MOHO og COPM og har et mer eksplisitt fokus på sosial deltakelse, er det som om WHO-forskere knyttet til ICF og DCP lever i ulike sfærer uten å anerkjenne hverandres bidrag. Levasseur-artikkelen er et av få forsøk på å gå i dialog mellom de konkurrerende modellene, selv om denne artikkelen er skrevet av forskere med en slagside i favør av DCP-modellen.

– Hva trenger ergoterapeuter mer forskning om?

– I likhet med mange andre helseprofesjoner har vi lett for å ta teorier og modeller som noe gitt. Et godt eksempel på dette er ICF og ukritisk bruk av ICF som teoriramme. Jeg tror ergoterapifaget kan tjene på å utfordre ICF på egne premisser i forhold til hva mennesker trenger å gjøre, ønsker å gjøre, og er forventet å gjøre. Her har vi et språk som kan bidra til å utvikle ICF på våre egne premisser.

Av Sissel Horghagen



**ANNELIE SCHEDIN
LEIUFSRUD**

Ergoterapispesialist og forsker ved St. Olavs hospital

– På hvilken måte er din forskning anvendbar?

– Forskingen om livet etter ryggmargsskade har vært begrenset i Norge. Det samme gjelder betydningen av arbeid i et rehabiliterings- og integreringsperspektiv. Min forskning er av teoretisk interesse i forhold til ICF og forskning om funksjonshemming. Forskingen er av interesse i forhold til hva som bør vektlegges i rehabiliteringsplaner etter en ryggmargsskade i forhold til arbeidsgivere, NAV og ikke minst pasienter og pårørende.

Referanse:

Levasseur M, Destrosiers J and St-Cyr Tribble D (2007). Comparing the disability creation process and international classification, disability and health models. Canadian Journal of Occupational Therapy 74 (special issue): 233-236.

Forsikret



Ikke forsikret



Forsikret



Ikke forsikret



Forsikret



Ikke forsikret



1 av 2 barn i Norge har barneforsikring.

Er dine barn forsikret?

Ergoterapeutenes barne- og ungdomsforsikring er en av de mest omfattende du kan få. Den dekker små og store skader, både ved sykdom, ulykke og uførhet. Det er viktig den dagen noe skjer!

Medlemspris **kun kr 1 728** per år.

Forsikringen leveres av Tryg.

Bestill i dag!



ergoterapeutene



The 2016 COTEC-ENOTHE Congress: Some reflections

By Farzaneh Yazdani, Christine Raber, and Tore Bonsaksen

Farzaneh Yazdani is senior Lecturer at Oxford Brookes University, in Oxford in the United Kingdom.

Christine Raber is professor at the Shawnee State University in Portsmouth, Ohio, USA.

*Tore Bonsaksen is associate professor at Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, in Oslo in Norway.
E-mail: tore.bonsaksen@hioa.no*

Abstract

The first joint COTEC-ENOTHE Congress was held in Galway, Ireland, between the 15th and 19th of June 2016. The theme of the congress was *Connecting: Education, Practice, Research, Policy*. In this article the authors reflect on some of the issues that were brought up during the congress.

ENJOYING THE CONGRESS

Tore: I often find congresses to be quite overwhelming, both in terms of the number of people attending and the number of presentations held. This congress was no exception. As far as I know, almost 1000 persons attended. I have not counted presentations, but I realise that the book of abstracts runs for 750 pages. Thus, the congress was a true exercise in prioritising – and an exercise in accepting the fact that I was unable to relate to many of the things I would have liked to hear about. However, my personal congress highlights are often related to socialising and networking with old friends as well as with people that are new to me – the informal side of such congresses often turn out to be highly interesting, as was also the case this time. For example, I tend to use thematically focused sessions and symposia to find people who are interested in topics that are similar to my own fields of interest. This time, I also particularly enjoyed working together with international colleagues as well as students on the presentations I was involved in. What did you enjoy the most during this congress?

Farzaneh: I always enjoy being at conferences where I feel I belong to my professional family. It is amazing to share the challenges we face in different parts of the world; sharing the ups and the downs. COTEC-ENOTE 2016 was no exception! There were times that I could hear my own voice in my head repeating «yes, true, right, that's it!» And I could see similar expressions on other people's faces when they were grouping around their ideas to share their experiences, raise hope and provide support for each other in

order to return to their countries and work with a stronger professional identity. I also enjoyed the congress' focus on culture. There were about 17 presentations that directly referred to the significance of understanding culture in relation to occupational therapy theories and practice (Buschner, 2016; Kennedy, Keponen, & Thomson, 2016; Wastberg, Standstorm, & Gunnarsson, 2016). It is promising to see there is a focus on understanding diversity in human occupation and the related factors. However, joining the discussion after the sessions, I realised how important it is to clarify the meaning and application of terms used in occupational therapy practice; especially in relation to structure, policies and health systems in different countries. It is easy to use the same terms such as «primary care» for different coverage of services in different countries. The confusion also could be due to different language in addressing similar issues. In a workshop run by Nicole and Yazdani (2016) about identifying a role for occupational therapists in general practice, participants found it crucial to determine if we were talking about similar or different ideas and concepts prior to our professional discussion. The workshop had aimed to begin creating an agenda for further actions to ensure the success of the suggested ideas of occupational therapists working in general practice in the UK. To learn from the participants' experience from different countries, it was necessary to translate the health care terminology and coverage in different countries.

Christine: As a first time attendee to COTEC-ENOTHE Congress, I was both impressed and overw-



Tore Bonsaksen.



Christine Raber.



Farzaneh Yazdani.

whelmed with the range and depth of all the sessions, but really enjoyed meeting and connecting with colleagues whom I have met and worked with virtually, at other conferences, and through collaborative projects. There is always a very uplifting, positive energy when surrounded by hundreds of occupational therapy

practitioners. This Congress experience was no exception! I found the receptions, meals, and coffee breaks very conducive to sharing thoughts and ideas about sessions, learning more about occupational therapy in other countries, and just enjoying the company of new friends. The structure of each day offered excellent opportunities for making new connections, and these conversations rewarded me with the realisation that our interconnectedness is quite close, since I had the pleasure of meeting new people who also were connected with colleagues I knew already. Having face to face connections is so rich! Finally, I also enjoyed one of my favorite occupations – traveling with my family, which enhanced the whole conference experience.

KNOWLEDGE TRANSLATION

Tore: With regard to knowledge translation, Professor Marion Walker (2016) from the University of Nottingham outlined the sequence of activities involved in translating evidence into policy and practice. Evidence of treatment efficacy originates from individual randomised controlled trials (RCTs), and is later synthesised in reviews of RCTs. In the cases where evidence is solid the treatment is further recommended in clinical guidelines, and ultimately it is implemented in clinical practice. One may argue that there should be a long way from experimentation to usual practice – not least for treatments that can be very potent, as in the case of pharmacological treatments. This may be seen as the «better safe than sorry»-perspective. However, the time from knowledge generation to knowledge utilisation appears most often to be too

long: as evidenced from previous studies, the average time from evidence of treatment efficacy to practice implementation is 17 years (Tierney et al., 2007). In view of this long and winding road to implementation, Mary Law, giving her last keynote address at the congress, encouraged occupational therapists to be as persistent as they are patient in their efforts to implement real world changes (Law, 2016). She also encouraged to go with the early adopters. All systems may not be willing to change, so we should prioritise those who are willing and then have faith that they can set the example for others. In light of the conference discussions about knowledge translation, what are your views on – and perhaps examples of – how occupational therapists can support knowledge uptake and utilisation in practice?

Christine: Since evidence-based practice (Sackett et al, 1996) has been articulated, the issue of knowledge translation is understood as our professional and ethical responsibility. Clearly, knowledge translation is an ongoing process that often reveals the gaps that occur in bringing evidence into practice. However, in the current information age, in which evidence can be quickly accessed through multiple electronic means, accumulated knowledge can easily be mistaken for, or replace, the clinical reasoning process. Knowledge uptake can be best supported by connecting: connecting questions with evidence, evidence with the specific experiences of individuals we serve, and seeing, through reasoning and decision making processes, the relationships and gaps that exist in these multi-

ple layers. I found Dr. Walker's analogy of the complexity of occupational therapy interventions being like an olive, in which the stone represents «hard» evidence, and the flesh reflects the «soft», context-specific aspects of interventions, to be a simple yet powerful way to think about the relationship between knowledge uptake and knowledge utilization. We need to appraise both the stone and the flesh of our interventions, remembering to ask the question posed by Dr. Walker «What works when, where, how, why and for whom?» (Walker, 2016). Leveraging technology to access evidence is just the first step of knowledge translation. Connecting with others to discuss, debate, and consider ways to apply the evidence is the heart of the dynamic, ongoing process of knowledge translation. This can be accomplished face to face at conferences and in our workplaces, and while time constraints are often noted as barriers to locating, reading, and interpreting evidence, many tools exist to support this key occupation of our practice. But most importantly, using knowledge in day to day practice, examining the extent of its effectiveness, and reflecting on questions that arise from the experience, is central to knowledge translation.

CONNECTING

Tore: The joint COTEC-ENOTHE congress emphasised connecting the various fields of the profession – education, practice, research, and policy – as the main theme. Personally, I was happy to see that the tradition of including students at the congress is continued, as the students are the occupational therapy practitio-

ners, educators, researchers, and policy makers of the future. I was also happy to see many practitioners presenting their work and projects at the congress, some of which had been carried out in collaboration with students, educators, and researchers – a true reflection of the congress theme of connection. Nonetheless, congresses are often seen as an arena for researchers to report about their recent results, and there may be a dilemma here: The requirements for scientific precision and methodological reporting, well known to researchers, may not connect well with other segments of the profession. How can we as a profession, do you think, continue to support the true inclusion of all segments of the profession, and truly promote collaboration and integration, but also diversity?

Farzaneh: There appeared to be a great deal of diversity in topics in this year's conference. The number of presentations focused on occupational science seems to be increasing within occupational therapy intellectual events such as COTEC-ENOTHE. Topics such as waste picking as an occupation in the context of Turkey by reflect on the significance of the «meaning making» that occupational therapists are looking for in peoples' day to day lives. Both «occupation» and «doing» have been studied in relation to different aspects of human life across the world. This matter raised an issue in my mind about what should be included in the occupational therapy curriculum, considering this huge level of diversity in studying human occupation and its link to occupational therapy. There were over 50 presentations about occupational therapy

students and education, meaning that occupational therapy educators feel the need for making an appropriate link between occupational therapy practice, education and research. Diversity in paradigms, approaches and study designs that can be used to explore this wide range of topics around human occupation made me think about the high volume of knowledge and skills that occupational therapists need to be trained for and how this would be possible. As an educator I feel there is a need for revisiting our educational philosophy and approaches to education in order to meet the requirements of occupational therapy. There were about 17 presentations with focus on curriculum in occupational therapy. For instance, the work of Kennedy, Keponen and Thomson (2016) demonstrated an example of incorporating innovative approaches to curriculum to address the issue of culture in occupational therapy.

Christine: Inclusion is certainly a concept our profession promotes and supports, and I feel applying the same values we hold towards understanding the people we work with can be extended to ourselves. Cultivating a culture of curiosity and respect for all areas of the profession – education, practice, research and policy – begins in educational programs and extends as an iterative process across practice, research, and policy. One practical way to build and reinforce a collaborative culture is to adopt principles of scholarship of practice (Kielhofner, 2005), in which the relationships between practitioners, academics, and researchers are central to unpacking and examining clinical practice. Another

aspect of effective collaboration is ensuring a safe space to connect. The increase of poster sessions at conferences such as COTEC-ENOTHE is one example of connecting in a more integrated and collaborative manner at professional conferences, as students, therapists, researchers, and policy-makers readily engage in dynamic discussions about the topics. The depth and breadth of poster sessions at COTEC-ENOTHE represented this dynamic well. In the same ways we show respect for, and curiosity of, our clients and their stories, we need to understand each segment's unique contribution to the profession, and strive to use this understanding to connect all of this richness. It's about inclusion, not exclusivity.

CONCLUSION: HOW DID THE CONGRESS MAKE AN IMPACT?

Tore: What made the most significant impact on me during the congress was the keynote address by Professor Corey Keyes of Emory University (Keyes, 2016). His central idea is that mental health and mental illness are two related, yet separate dimensions. According to Keyes, it is not such that less mental illness automatically results in more mental health. People without the burden of mental illness may still lead miserable lives. Conversely, people who have mental illnesses may still lead happy, satisfying, and rewarding lives. In Keyes' terminology from positive psychology, good mental health is about flourishing, as opposed to languishing. The terminology is intuitively appealing to me: Using occupation as therapy is perhaps all about supporting people in flourishing, and not so much about reducing their symptoms of illness?

Christine: In the sessions I attended, I also heard themes that resonated with the concept of flourishing, particularly in the ways we facilitate participation in occupation. While occupational therapy plays a role in supporting symptom reduction, this focus seems to be emphasised more in programs that are predominately grounded in the medical model. Since conforming to the organisational culture in which we work happens insidiously, it behooves us to always be mindful of the power of occupation and our role in designing occupations as our primary intervention. Promoting occupational justice and creating and supporting environments in which people can flourish is, and has always been, closely entwined in the «active» and powerful ingredient of occupation. Realising this ideal is ultimately dependent on how well we use and communicate our expertise and skills in using occupation as our central intervention. An example of flourishing was shared in a presentation by Dr. Catherine Backman (Backman & Damiano, 2016), which highlighted the power of occupation, in this case, art-making at a community-based psychosocial rehabilitation program. Backman and colleagues conducted a program evaluation using participatory action research methods to examine the outcomes of program, which offers both studio art courses and open studios for people in recovery. Their findings demonstrated stability in psychosocial well-being measures and significant changes in both COPM performance and satisfaction scores, reflecting positive outcomes for people living with mental health issues through the

use of occupation (art-making in this case) in a safe, supported environment. Undoubtedly we could all share similar anecdotal and research-based outcomes, and framing our understanding of occupation using a broader theoretical language, such as positive psychology, offers an opportunity to share the unique and distinct value of our work as occupational therapy practitioners.

Farzaneh: It appeared to me that occupational science and occupational therapy are expanding rapidly. I felt that there is a need for more research and expert discussion around fundamental concepts of occupational therapy. Revisiting the ideas is important in order to ensure the integrity of the profession. There were formal and informal discussions around new models suitable for different contexts in different communities and cultures. While emerging new ideas based on non-western cultures are appreciated, I believe there should be an emphasis on moving towards higher level research based on the current models. I felt that there is the potential danger of expanding occupational therapy studies whilst neglecting the deeper knowledge of current concepts. There is definitely a need for linking the tradition and the current and potential values together!

References

- Backman, C. & Damiano, N. (2016). *Art-making and psychosocial recovery: «I came out of my shell.»* Paper presented at the COTEC-ENOTHE Congress, Galway, Ireland.
- Buschner, S. (2016). Teaching cultural sensitivity. Paper presented at the COTEC-ENOTHE Congress 2016, Galway, Ireland.
- Kars, S. & Uyamk, M. (2016). *Iskitler region of Ankara: Determination of waste pickers activities and roles.* Paper presented at the COTEC-ENOTHE Congress 2016, Galway, Ireland.
- Kielhofner, G. (2005). Scholarship and practice: Bridging the divide. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(2), 231-239.
- Kennedy, F., Keponen, R., & Thomson, K. (2016). *Occupation, Communication and culture – innovative approaches to curriculum design and learning.* Paper presented at the COTEC-ENOTHE Congress 2016, Galway, Ireland.
- Keyes, C. (2016, June 18). *Mental health as flourishing.* Paper presented at the COTEC-ENOTHE Congress, Galway, Ireland.
- Law, M. (2016, June 19). *Sharing our knowledge to make a difference.* Paper presented at the COTEC-ENOTHE Congress 2016, Galway, Ireland.
- Nicole, M. & Yazdani, F. (2016). *Perceived potential for a role for occupational therapy in general practice in England or equivalent in other countries.* Paper presented at the COTEC-ENOTHE Congress 2016, Galway, Ireland.
- Sackett, D.L., Rosenberg, W.M.C., Gray, J.A.M., Haynes, R.B., Richardson W.S. (1996) Evidence based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Tierney, W. M., Oppenheimer, C. C., Hudson, B. L., Benz, J., Finn, A., Hickner, J. M., . . . Gaylin, D. S. (2007). A National Survey of Primary Care Practice-Based Research Networks. *The Annals of Family Medicine*, 5(3), 242-250. doi:10.1370/afm.699
- Walker, M. (2016, June 16). Evidence based policy and policy based evidence: opportunities and challenges for occupational therapy practice, education and research. Paper presented at the COTEC-ENOTHE Congress 2016, Galway, Ireland.
- Wastberg, B., Standstorm, B., & Gunnarsson, B. (2016, June 16). A new way of working: Professional's expectations and experiences of the culture and health project for clients with mental disorders. Paper presented at the COTEC-ENOTHE Congress 2016, Galway, Ireland.

EUROPEISK KONGRESS I ERGOTERAPI

HVORDAN IMPLEMENTERES DELTAKELSESFOKUS, KARTLEGGING OG INTERVENSJON?

Gjennom flere år har forskernettverket «Aktivitet og deltakelse» på ergoterapeututdanningen i Trondheim samarbeidet med tilsvarende forskernettverk på Karolinska Institutet i Stockholm, University of Illinois i Chicago og Washington University i St. Louis. I Irland hadde vi en felles workshop med tittelen: **Participation-focused Assessment and Intervention: Applying Evidence to OT Practice.**

Av Kjersti Vik

Professor Joy Hammel fra ergoterapeututdanningen i Chicago ledet verkstedet. Vi ønsket å beskrive deltakelse både som en prosess, resultat av intervensjon og samfunnsrettighet. Vi vektla også behovet for økt fokus i ergoterapi på deltakelsesrettet kartlegging og intervensjon. Dette gjorde vi blant annet ved å knytte forskning som viser deltakelsesrettete tiltak opp mot bedring av helse, mestringfølelse, deltakelse og livskvalitet.

Det amerikanske miljøet presenterte en klinisk studie knyttet til ergoterapi og mestring for personer med slag. Ergoterapeututdanningen i Stockholm la fram forskning knyttet til hvordan hverdagsteknologi kan fremme deltakelse hos personer som har hatt slag eller er i risiko for å få slag. Forskningsmiljøet fra Trondheim hadde hverdagsrehabilitering som hovedtema. Vi har gjennomført en rekke kvalitative studier i flere kommuner knyttet til eldre som mottar hverdagsrehabilitering hvor både ansatte og eldre er blitt intervjuet. Noen av funnene vi la fram, var:

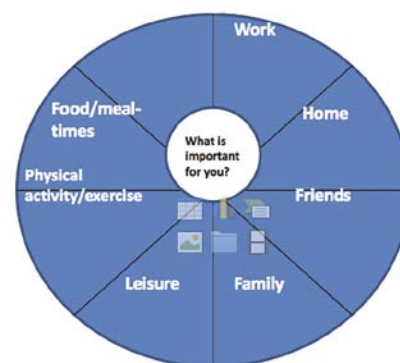
- Det ser ut som personalet har

stor begeistring for denne arbeidsformen. Hverdagsrehabilitering gir dem mulighet til å arbeide etter de idealer de har lært på skolen. Personalet er også opptatt av nødvendigheten av å sette mål for intervensjonen. På den andre siden kan det synes som om eldre som mottar hverdagsrehabilitering ikke klarer å skille denne type tiltak fra andre tiltak i kommunen. De er også i mindre grad opptatt av mål og målsetting.

- Et annet funn er at både eldre og personalet forteller om fysisk trening som det viktigste tiltaket i hverdagsrehabilitering. Tatt i betraktning at hverdagsrehabilitering skal starte med spørsmålet «Hva er viktige aktiviteter for deg?», og at COPM anvendes som et kartleggingsverktøy, var det overraskende at de svarer «fysisk trening» når de blir spurt om hva hverdagsrehabilitering er.

DISKUSJON

Med denne bakgrunnen ble deltakerne invitert til blant annet å diskutere:



Aktivitetshjulet kan være en kilde til inspirasjon når man spør brukerne «Hva er viktig for deg?»

- Hvordan kan man møte personer som har behov for hverdagsrehabilitering slik at fokus blir på nettopp deltakelse i hverdagsaktiviteter?
- Hvordan kan en legge opp de første møtene med brukere, og hvordan kan en ha en samtale som får fram ideer om deltakelse i hverdagsaktiviteter?

Spørsmålene førte til stort engasjement blant de vel 100 deltakerne på verkstedet. **Jeg lar oppfordringen til diskusjon gå videre til Ergoterapeutens lesere.**



Kjersti Vik er ergoterapeut og professor ved NTNU.

EUROPEISK KONGRESS I ERGOTERAPI

DIGITALE FORTELLINGER

Vi er to studenter som går andre året på ergoterapiutdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I juni deltok vi på COTEC-ENOTHE i Galway i Irland. Dette er en kongress som omhandler nyere forskning, politiske føringer, utdanning og klinisk arbeid innen ergoterapi. I programmet var det, i tillegg til et bredt spekter av presentasjoner, også mulig å delta på workshops hvor man jobbet mer praktisk innenfor ulike temaer.

Av Elin Jøranlid Pedersen og Anne-Lise Tora Berit Nilsen

A delta på denne kongressen, som gikk over fem dager, var en fantastisk opplevelse. Vi delte erfaringer og etablerte nettverk med ergoterapeuter fra hele verden. Å kunne utveksle tanker og ideer over landegrensene med et felles fagspråk har vært med på å styrke vår kommende fagkompetanse og vært en inspirerende kilde til kunnskap. Det var også fint å se at det finnes et stort internasjonalt nettverk innen ergoterapi, og at faget står sterkt i flere land. Vi oppdaget at mange land har integrert ergoterapi i stor grad, og det var gøy å ta med noen av disse erfaringene hjem. Det var dessuten veldig flott selv å kunne få delta på programmet og på den måten bidra med kunnskap fra egen læringshverdag som studenter.

INDIVIDUELL DIGITAL HISTORIE
Under forrige praksisperiode fikk

vår klasse i oppgave fra høgskolen å lage en individuell digital historie basert på egne erfaringer fra praksis. Filmene skulle ferdigstilles innen to dager og vises fram på skolen. I forkant av reisen til Galway utviklet vi, i samarbeid med lærere fra høgskolen, et program for gjennomføring av workshopen som skulle omhandle temaet digital historiefortelling. Vi fikk i oppgave å medbringe våre to filmer og lage en kort presentasjon av hvordan den kreative prosessen hadde artet seg.

NYTTIG VERKTØY

Workshopen bestod av en teoretisk del der deltakerne fikk innblikk i hvordan det er å lage og bygge opp en digital historie. I opplegget ble deltakerne også gitt praktiske oppgaver knyttet opp mot det kreative arbeidet. Vi formidlet og viste våre egenproduserte filmer hvor det ble åpnet opp for spørsmål rundt innhold,

tema og produksjon. Vi opplevde å møte engasjerte fagfolk som stilte oss utfordrende spørsmål i forbindelse med den tekniske delen og budskapet i filmene. Dette bidro til refleksjon og genererte nye tanker knyttet til kreative prosesser. Samtidig gav dette oss et bredere perspektiv i forhold til hva en slik digital historie kan brukes til, for eksempel i en profesjonell sammenheng.

Digital historiefortelling er en spennende læringsprosess der du må raffinere egne tanker og ideer for å formidle en historie. Det kan også være et verktøy i arbeidet med mennesker med psykiske helseutfordringer eller innen annen virksomhet der kreative fremgangsmåter kan være aktuelle å bruke.

Vi anbefaler på det sterkeste å delta på kommende COTEC-ENOTHE kongresser. Vi har tilegnet oss ny kunnskap som vi vil ta med oss inn i vårt yrkesliv.



Elin Jøranlid Pedersen og Anne-Lise Tora Berit Nilsen studenter ergoterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus.



NUI - National University of Ireland i Galway - er et majestetisk syn.



Workshopen «Digital storytelling for reflection and learning from experience» ble gjennomført i samarbeid med lærerne Cecilie Krüger, Lisebet Skarpaas og Grete Jamissen fra Høgskolen i Oslo og Akershus.



Etter filmfremvisningen fikk vi mange interessante og utfordrende spørsmål fra salen.

EUROPEISK KONGRESS I ERGOTERAPI

STUDENTER MED FUNKSJONSNEDESETTELSE BØR FULLFØRE HØYERE UTDANNING

Sissel Horghagen, Eva Magnus og Eli Langørgeren deltok i et symposium sammen med forskere fra Israel, England og Irland. De satte fokus på å sikre tilgjengeligheten for studenter med nedsatt funksjonsevne.

Av Sissel Horghagen og Eli Langørgeren

Deltakelse i arbeidslivet er sterkt assosiert med utdanning. For mennesker med nedsatt funksjonsevne, er denne tilknytningen enda tydeligere. Derfor er det avgjørende å sikre tilgjengelighet til høyere utdanning for denne studentgruppen. Til tross for endringer i lovverk og politikk over hele verden og flere tilgjengelige studieprogrammer for studenter med nedsatt funksjonsevne er det fortsatt lav deltakelse og høyt frafall. Studenter i helseprofesjonsutdanninger møter en utfordrende studiesituasjon både akademisk og i praksisfeltet.

Pedagoger og profesjonsutøvere har ansvar for å følge opp førende lovgiving rundt menneskerettigheter og samtidig ivareta faglige kompetansekrav til høyere utdanning. Ergoterapeuter forholder seg til dette både som lærere og som eksperter på tilrettelegging.

INTERNASJONALT TVERRFAGLIG NETTVERK

Dette er bakgrunnen for et internasjonalt tverrfaglig forskningsnettverk som har vokst ut av uformelle møter på forskjellige konferanser. Etter hvert har gruppen fått et mer formelt preg og består nå av forskere fra Canada,



Fra venstre: Katalin Tausz, Dalia Sachs, Tal Jarus, Naomi Schreuer, Sissel Horghagen, Elisabeth McKay, Clodagh Nolan, Michael Lee, Eva Magnus, Eli Langørgeren, Lotta Holme.

Israel, England, Irland, Ungarn, Sverige og Norge som alle deler den samme forskningsinteressen. De fleste er ergoterapeuter, men nettverket rommer også pedagoger og sosiologer. Deltakerne møtes én til to ganger i året i forbindelse med relevante konferanser, som for eksempel ENOTHE/COTEC-konferansen i Irland.

MULIGHETER OG BEGRENSNINGER

På konferansen i Galway hadde ergoterapeutene i nettverket tatt initiativ til et symposium med

tittelen *Enabling the Participation of Students with Disabilities in Health and Human Professions*. Her presenterte fire av nettverksmedlemmene forskning der de hadde fulgt studenter med nedsatt funksjonsevne i overgangen fra den teoretiske studiesituasjonen til praksis. Presentasjonene fokuserte på både studentenes og praksisveiledernes perspektiver på barrierer og tilretteleggingsmuligheter i praksis.

Av Tal Jarus fra University of British Columbia i Canada fikk vi høre om hvordan studenter i

profesjonsutdanninger opplevde å måtte legitimere sin rolle som studenter og fremtidige profesjonsutøvere. Eli Langørgeren fra NTNU i Trondheim fortalte om hvilke muligheter og begrensinger studenter møter i praksis. Ruth Shoham fra Haifa University i Israel la frem funn fra en intervjustudie med praksisveiledere, der de beskrev en svært utfordrende og sammensatt rolle. Clodagh Nolan fra Trinity College i Irland oppsummerte fra en surveyundersøkelse blant studenter og praksisveiledere: Mens studentene uttrykte bekymring rundt diskriminering og det å fortelle om sine funksjonsvansker, var praksisveilederne mest opptatt av sikkerhet for pasientene og hvordan de kunne støtte studentene på best mulig måte.

FORTSATTE I DUBLIN

Siden mange fra nettverket allerede var i Irland på grunn av CO-TEC/ENOTHE, ble det satt av to ekstra dager slik at hele gruppen kunne møtes i Dublin.

Her ble det tid til spennende diskusjoner og utveksling av forskningsstrategier og praktiske tiltak.

Clodagh Nolan, lærer på ergoterapeututdanninga i Dublin og leder for Unilink Service, hadde invitert irske kollegaer som arbeidet med tilrettelegging for studenter med funksjonsnedsettelse i forskjellige sammenhenger, til å holde foredrag.

I tillegg fikk alle landene som er representert i nettverket fortelle om situasjonen for studenter med funksjonsnedsettelse i høyere utdanning i sine hjemland og om sin forskning rundt temaet. Trinity College i Dublin har kommet veldig langt når det gjelder å utvikle «transition pathways»



Det internasjonale nettverket deler erfaringer med hvordan tilrettelegge bedre for studenter med funksjonshemming.

for studenter med funksjonsnedsettelse - både inn i, gjennom og over i arbeidslivet. Ved Trinity College har de i tillegg til en standard «Disability Service» en egen tjeneste bestående av ergoterapeuter som gjennom sin kunnskap om person, aktivitet og omgivelser følger opp studenter som trenger litt ekstra støtte over tid (<https://www.tcd.ie/disability/services/OT.php>). Både ved Uni-

versity of British Columbia i Canada og ved Haifa University i Israel foregår det for tiden spennende prosjekter med utprøving av tiltak og forskning knyttet til disse.

NESTE MØTE

Nettverket har fortløpende kontakt og planlegger neste møte i forbindelse med Nordic Network on Disability Research's 14. konferanse i Ørebro 3.-5. mai 2017.

CONNECT – VI KAN GJØRE EN FORSKJELL!

Den europeiske ergoterapikongressen i Galway i Irland samlet ergoterapeuter fra 45 land. For første gang arrangerte det europeiske ergoterapiforbundet COTEC og det europeiske nettverket for utdanning ENOTHE en felles konferanse. Hovedtemaet var CONNECT. Det ble oppfordret til å bygge broer og gjøre en felles innsats for å møte de sosiale og helsemessige utfordringene Europa står overfor.

Av Maria Fouad

Som nyutdannet ergoterapeut var det overveldende mange inntrykk og mye å lære. Jeg hadde plukket ut noen innlegg, postere og workshops på forhånd, men det var ikke lett å få med seg alt man hadde planlagt. Alt foregikk på NUI Galway, et stort universitet i sentrum av Galway.

Noen innlegg var felles for alle, blant annet åpningen med representanter fra COTEC og ENOTHE som ønsket velkommen og presenterte temaet for årets kongress som var CONNECT.

LÆRE AV HVERANDRE

Første innlegg ble holdt av professor Marion Walker. Hun er spesialutdannet ergoterapeut fra Nottingham med bred erfaring fra slag og rehabilitering. Hun snakket om hvor viktig forskning er innenfor ergoterapi, og at kommunikasjon og erfaringsutveksling vil være viktig for fremtiden.

En annen hovedtaler, Professor Salvador Simo, trakk fram nytenkning innen ergoterapi og behovet for samarbeid på tvers av kulturer og land slik at vi kan lære av hverandre. Han fokuserte også på flyktningkrisen. «Vi må gjøre noe, ikke bare se på», sa han. Han mente at vi som ergoterapeuter kan gjøre en forskjell. Dette budskapet gjorde inntrykk på meg fordi det er så sant. Vi gjør en forskjell, og vi kan bidra til å gjøre verden til et litt bedre sted å leve for mange mennesker.

NORSKE PRESENTASJONER

Flere norske ergoterapeuter presenterte sine arbeid. Blant annet møtte jeg Torhild Stimo, som jobber for Fontenehus Norge. Hun presenterte artikkelen «The



Maria presenterte selv «Characteristics of norwegian clubhouse members and factors associated with their participation in work and education». Her sammen med Nils Erik Ness.

Clubhouse model – A method in harmony with Occupational Therapy Theory» (Thorild Stimo, Grethe Berntsen Jarål, Anne-Kari Ellestad, Brian Ellingham, Lisebeth Skarpaas og Tore Bonsaksen). Hun syntes også kongressen var spennende, og at den hadde klart å samle praksis og forskning på en god måte.

HØSTET LOVORD

Brian Ellingham ved Ergoterapiutdanningen i Oslo og Akershus har vært president i ENOTHE i de siste årene. Han går av etter denne konferansen og fikk mange positive tilbakemeldinger for sin innsats i det europeiske nettverket. Den neste COTEC-ENOTHE-konferansen vil foregå i Praha i 2020.

- AKTUELT -



Professor Marion Walker startet kongressen med sitt innlegg om viktigheten av forskning, kommunikasjon og erfaringsutveksling.



Brian Ellingham ved Ergoterapiutdanningen i Oslo og Akershus går av som leder for ENOTHE. Han ble hedret for mange års innsats.



Lisebet Skeie Skarpaas (HIOA) og Torhild Stimo (Fontenehuset Norge) utenfor univeritetets vel bevarte universitetsbygg i Galway.



Bildet er tatt fra hallen der posterne ble hengst opp. Her kunne man se på posterne og snakke med de som hadde laget dem.



Fra v. : Torhild Stimo fra Fontenehuset og ergo-terapistudentene Elin J. Pedersen og Tora Nilsen.

HELSEFREMMEDE HJEMMEBESØK TIL FRISKE ELDERE

«Den gode samtalen»

Forebyggende hjemmebesøk til friske eldre er et satsningsområde i flere norske kommuner. Hva tenker de eldre selv om dette tilbudet? Hvorfor takker de ja til et slikt tilbud? Hva mener de er viktig med det? Hva tenker de er nyttig?

Av Berit Westbye



Berit Westbye er ergoterapeut og prosjektleder i «Friskere liv med forebygging».

Foto: Jens Westbye.

Signalene som kommer fra myndighetene, er ganske klare på at kommunehelsetjenesten bør jobbe annerledes. I «Morgendagens omsorg» (Helse og omsorgsdepartementet, 2013b) står det at det skal utvikles en ny kommunerolle for helsetjenestene, slik at kommunene lettere kan oppfylle ambisjonene om forebygging. Kommunene skal legge vekt på den enkeltes egenmestring, og de skal øke innsatsen innen forebyggende og helsefremmende tiltak.

Samhandlingsreformen (Helse og omsorgsdepartementet, 2008) har forebygging som et viktig element ved å framheve de forebyggende helsetjenestene i kommunen. Reformen har en målsetning om at tiltak som reduserer eller motvirker risiko for funksjonstap, må benyttes og videreutvikles. Dette gjelder særlig tiltak som øker den enkel-

tes egenmestring og reduserer risikoen for sykdom. Samhandlingsreformen skal styrke kommunens muligheter til å sette inn forebyggende tiltak og tiltak «mot venstre på tidsaksen», såkalt «venstre-forskyvning», det vil si at tiltakene skal rettes mot helseproblemenes grunnleggende sammenhenger og årsaker i stedet for å ha hovedfokus på at tiltak settes inn etter at et problem har oppstått. Slike tiltak kan for eksempel være hverdagsrehabilitering, balansetreningssgrupper eller forebyggende hjemmebesøk.

I «Folkehelsemeldingen» (Helse og omsorgsdepartementet, 2013a) vil Regjeringen gi folkehelsepolitikken ny kraft. I meldingen hevdes det at folkehelsen kan forbedres, men da må det satses mer på det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Gjennom ny folkehelselov (Folkehelseloven, 2011) har kommunene fått et stør-

re ansvar for det forebyggende arbeidet.

Helsedirektoratet opprettet i 2011 en tilskuddsordning for å stimulere kommunene til å prøve ut forebyggende hjemmebesøk. Direktoratet ønsket at det skulle prøves ut ulike metoder, dokumentere resultater og spre erfaringene. Utviklingssenteret i Aust-Agder var et av seks utviklingssentre som fikk tilskudd, og jeg jobbet som prosjektleder med base i Grimstad kommune.

Denne artikkelen tar utgangspunkt i funn fra min masteroppgave fra 2014 med følgende problemstilling «Hvilke erfaringer har friske hjemmeboende eldre med forebyggende hjemmebesøk?»

HVA ER ET FOREBYGGENDE HJEMMEBESØK?

Forebyggende hjemmebesøk har opp gjennom årene hatt mange ulike innhold. Jeg har valgt å holde meg til de besøkene som har et helsefremmende fokus (Førland og Skumsnes, 2014) (Theander og Edberg, 2005) (Vass, Avlund og Hendriksen, 2007). Et forebyggende hjemmebesøk utføres av en person med helsefaglig høyskoleutdanning. Besøket starter med en helsefremmende samtale der fokuset er den eldres egne ressurser. Etter samtalen får den eldre en informasjonsmappe som inneholder brosjyrer om fysisk aktivitet, kosthold, trygghet og sikkerhet, kommunale og frivillige aktivitetstilbud, telefonlister med mer. Det settes fokus på hva den enkelte selv kan gjøre for å fremme egen helse, og at man selv er ansvarlig for eget liv og egne valg. Det informeres også om ulike typer av velferdsteknologi.

Besøkeren bruker veiled-

ningsmetoder som for eksempel motiverende intervju. Et motive- rende intervju er en brukersentrert og målrettet samtalemetode som har som mål å bidra til positiv endring hos brukeren gjennom å utforske og øke betydningen av brukerens egne motiver og mål (Barth, Børtveit, & Prescott, 2001). Besøkeren skal ha oppdatert kunnskap om blant annet empowerment, salutogenesen, fysisk aktivitet, kost, sosiale nettverk og god kjennskap til kommunens aktivitetstilbud. Besøket følges opp enten med et nytt besøk eller ved en telefonsamtale hvert år.

Et forebyggende hjemmebesøk er ikke en lovpålagt tjeneste, det er ikke noe den enkelte har spurt om. Det er et frivillig tilbud, den eldre får et brev med tidspunkt for besøk og må selv si fra hvis de ikke vil ha besøk. Jevnt over er det cirka 60 prosent som takker ja. Det er noe diskusjon omkring navnet på besøkene. Er det forebygging? På den ene siden kan man si ja - du kan informere om fysisk aktivitet og foreslå treningsgrupper i balanse for å drive fallforebygging. På den annen side kan du ikke forebygge mot å bli gammel. Besøket har et hovedfokus på den enkeltes egne ressurser og strategier for mestring, så kanskje burde det heller hete helsefremmende hjemmebesøk?

METODE

I mitt mastergradsarbeid intervjuet jeg syv eldre som hadde mottatt flere forebyggende hjemmebesøk; et førstegangsbesøk og siden årlige oppfølginger av samme besøksperson. Alle var bosatt i en kommune på Østlandet der de hadde drevet med forebyggende hjemmebesøk i mange år.

Intervjuguiden inneholdt

spørsmål om hva de tenkte før besøket: Forberedte de seg, hadde de noen forventninger? Hva tenkte de om selve besøket? Hva opplevde de som nyttig? Og hva betød oppfølgingen - hva var viktigst med den?

Alle intervjuene foregikk hjemme hos den enkelte. De ble tatt opp på bånd og transkribert i etterkant. Materialet ble analysert og delt inn etter følgende hovedtemaer: trygghet, dialog/kommunikasjon og deltakelse.

FUNN

Det viste seg fort at ingen av respondentene hadde særlige forventninger før besøket. Det var bare et par som hadde hørt noe om det fra før. Grunnen til at de takket ja til noe de visste lite om, var at det «kunne jo være de lærte noe nyttig», «det handlet jo om eldre», og «en skal jo være positiv til tilbud en får». Noen takket ja rett og slett fordi de var nysgjerrige på hva dette kunne være.

Når det gjaldt selve besøket, var alle respondentene enige i at besøkene var hyggelige personer som de raskt fikk tillit til. De var faglig dyktige og ga god informasjon om ulike tilbud i kommunen. Det at det var en person det var lett å prate med, var viktig for alle. En av respondentene sa det sånn: «To ukjente - vi var ukjente for hverandre, og vi satt i stua og hadde følelsen av, i hvertfall jeg, å bli fort kjent med NN, og hadde også en følelse av at hun forstod mine behov.» En annen sa: «Hun er et funn, holdt jeg på å si, er veldig lydhør og veldig tillitsvekkende, og det har nok veldig mye å si». Det å kunne snakke med en fagperson om ulike aspekter av livet var viktig for de fleste. Både trygghet i hjemmet - hva bør jeg tenke på hvis jeg skal fortsette



Mange av informantene mente at det var viktig å engasjere seg og bety noe for andre.

å bo her, hva kan jeg gjøre selv, hva kan jeg eventuelt få hjelp til, hvilke hjelpemidler finnes, hva er velferdsteknologi og så videre, og mer eksistensielle spørsmål, temær de ikke syntes det var så lett å snakke med nærmeste familie om: «de har det jo så travelt».

Informasjon om kommunale tilbud var kjærkomment: Hvor er det nærmeste eldresenteret, kan jeg spise middag der, er det kurs der, hva skjer? For de som bodde alene, var det godt å få vite at de kunne gå et sted og spise sammen med andre, og kanskje treffe gamle kjente eller bli kjent med noen nye mennesker.

Det som viste seg å være viktigst for så å si alle, var at de fikk en kontaktperson i det kommunale systemet. De syntes det var vanskelig å finne fram: Hvor skulle de henvende seg hvis det var noe de lurte på? Kommunen ble omtalt som «store, svære uhyrer», «systemet» og «kaos».

Flere av informantene mente at besøket viste at kommunen brydde seg om dem: «Vi som innbyggere betyr noe for kommunen». De mente denne typen besøk også måtte gi kommunen nyttig informasjon om hvordan den eldre delen av befolkningen bodde og hadde det. Dette ville gjøre det lettere for kommunen å planlegge for fremtidige tjenester, mente noen.

Besøket ga de eldre en anledning til å snakke om det som var viktig for dem her og nå. Det å kunne delta i ulike aktiviteter, kjenne seg nyttig, være etterspurt, «høre til» et sted. De som ikke hadde en slik tilhørighet, kunne få informasjon fra besøkeren om hvilke tilbud som fantes, og kanskje også en veiledning om hva som eventuelt kunne passe for den enkelte.

Innstillingene til tjenesten Forebyggende hjemmebesøk var ulike. De fleste syntes det var et flott tilbud fra kommunens side som de gjerne ville skulle fortsette, men et par av respondentene følte det ble litt for lukrativt: De var redde de tok ressurser fra andre som trengte dem mer enn dem. Samtidig forstod de at «å være føre var» var et viktig element i selve tjenesten.

Når det gjaldt oppfølgingen av besøkene, var de fleste helt samstemte på at det beste var et årlig besøk av den samme personen. Det at samme person kom igjen, betydde mye - da slapp de å bli kjent med en ny, de slapp å fortelle samme historie om igjen. Kontakten de hadde fått, ga dem en trygghet som de mente var viktig for relasjonen. Noen mente det kunne være nok med en telefonsamtale, men da er det lettere bare å si at man har det bra. Kommer det noen inn, kan de se selv om det stemmer. Respondentene skjønnte at årlige besøk ville kreve mange ressurser fra kommunen, og at det vanskelig ville la seg gjøre.

Jeg spurte også hva respondentene mente de selv kunne gjøre for å fremme egen helse. Her kom det fram at fysisk aktivitet og kosthold var de viktigste områdene, men de snakket også om hvor viktig det var å ha gode sosiale relasjoner. Ta vare på gode vennskap, det sosiale livet kan ikke bare hvile på barn og barnebarn. De fleste mente at det å være mentalt aktiv var viktig for å fremme helsa: «Å lese mye, følge med, aviser og alt sånt, det synes jeg er viktig for helsa. Du kan fort sløves når du er pensjonist».

DISKUSJON

Empowerment vil si at den en-

kelte er ekspert på eget liv, og brukermedvirkning er hovedfokus i empowerment (Tveiten, 2007). Ifølge Ingunn Stang (2003) er det viktig at brukerne får riktig informasjon hvis de skal kunne delta i beslutninger om eget liv. Mine informanter visste lite om besøkene på forhånd. Hvor lett var det da for dem å takke ja eller nei? Er informasjonen som sendes ut, tydelig nok? En studie fra Danmark viser at innholdet i informasjonsbrevet har betydning for om de eldre takker ja, og det er lettere å takke nei hvis du ikke selv må ringe og avbestille (Yamada et al., 2012). Et besøk kan oppfattes som en overraskende stimulus, og ifølge Antonovsky (1991) er det personer med en sterk opplevelse av begripelighet som vil takle dette best. Er det da slik at de som takker ja, er de som klarer å sette besøket inn i sin egen sammenheng?

Tveiten (2007) sier at dialogen er den viktigste forutsetningen for å få til en god veiledning. Veilederen må sørge for at det blir en god relasjon som gir en god dialog. Veileder skal lytte, vise interesse og bruke tid. Svare (2006) sier at hvis man skal komme fram til en felles forståelse, må du ha evnen til å lytte og sette deg inn i den andres verden. Informantene fortalte om dyktige fagfolk som var interesserte i deres historier - de følte seg verdsatte. Besøkene ga informantene en følelse av trygghet. De fikk en kontaktperson, og dette kunne være nyttig på sikt. Den enkeltes opplevelse av sammenheng (OAS) vil være viktig for hvordan de opplevde besøket. Forstod de hvorfor akkurat de fikk besøk - ble det håndterbart for dem (Antonovsky, 1991)?

Når det gjaldt hva som var

det viktigste med selve besøket, endte jeg opp med fire ulike temaer: informasjonen, rådene fra fagutøver, samtalen og kontaktpersonen. Det å få informasjon om kommunens ulike tilbud kan muligens være med på å redusere stressfaktorene og øke motstandsressursene (Antonovsky, 1991). Må de flytte i annen bolig, og finnes det et servicesenter i nærheten der de kan spise middag og treffe andre? Hvor kan jeg gå for å trene? Flere av informantene lurte på om boligen de hadde, var egnet, og om den eventuelt kunne tilrettelegges. Sammen med besøkeren kunne de reflektere rundt disse spørsmålene og gjøre endringer ved behov. De opplevde disse rådene som nyttige. Tveiten (2007) sier at råd ikke skal gis uten at vedkommende har bedt om det. I disse tilfellene kunne veilederen hjelpe veisøkeren til å reflektere og sammen komme fram til en felles forståelse. Deretter er det opp til den enkelte om de vil bruke den nye kunnskapen. Alle informantene mente at samtalen var viktigst. Gjennom dialogen skal man dele erfaringen og skape en felles forståelse. Svare (2006) sier at dialogen kan brukes til å lære hvordan man løser nye utfordringer. En god dialog kan hjelpe den enkelte til å styrke egne ressurser, noe som igjen gjør dem bedre til å forstå verden rundt seg - gi dem en bedre opplevelse av sammenheng. Branstad (2003) sier at en dialog ikke nødvendigvis er god. Noen ganger kan den enes perspektiver og kunnskaper regnes som det eneste rette. Han mener at fagpersonen må ha tenkt gjennom på forhånd om han eller hun er villig til få et svar som kanskje gjør at de selv må endre sine perspektiver. Hvis ikke, er det

ingen god idé å gå inn i en dialog for å reflektere sammen med noen. Cribb og Duncan (2002) sier at helsefremmeren må vite hva denne «helsen» som vi skal fremme, egentlig handler om. De mener det er et verdispørsmål, og er det da sikkert at våre verdier om «helse» stemmer overens med brukerens? Gadamer (1965) var opptatt av å stille de riktige spørsmålene - bruke lytteegenskapene dine til å vite når du må stille et ekte spørsmål som åpner et nytt rom. Informantene snakket alle om besøkernes lytteegenskaper. Kanskje klarte de å stille de riktige spørsmålene?

Det å få en kontaktperson inn i kommunesystemet var også veldig viktig for alle informantene. Ryan (2009) sier det er viktig at helsepersonell forstår hva det betyr for eldre å kunne bo hjemme lengst mulig, og at dette bør gjenspeiles i tjenestene de eldre får. Besøkene kan kanskje være med å forme tjenestene som vil komme. Den som har besøkt de eldre, kjenner dem godt og har fått en relasjon som kanskje bør benyttes senere.

Oppfølgingen av besøkene var det noe delte meninger om. Det aller beste hadde vært å få nytt besøk hvert år, men de fleste informantene mente dette ble for dyrt for kommunen. Derfor var telefonoppfølging et alternativ. Tidligere studier viser at oppfølgingen er viktig. Löfqvist m.fl. (2012) konkluderer med at besøkene, hvis de skal ha effekt, må være personlige, føre til konkrete tiltak og helst følges opp av samme person. Sundsli (2014) konkluderer med at telefonintervensjon med fokus på egenomsorg ga betraktelig bedret psykisk helse, og fokus på mental helse kunne forstås som en mulig komponent

for å fremme egen helse. Noen av mine informanter var redde for at en telefonsamtale kunne gi et feil bilde av hvordan det egentlig står til - det ble mye lettere å si at «alt er bra».

Å fremme, og ta ansvar for, egen helse var alle informantene opptatt av. De mente fysisk aktivitet var viktig, men kanskje vel så viktig var det å engasjere seg, bety noe for andre. Antonovsky (1991) mente meningsfullhet var den viktigste komponenten for en sterk OAS. Han mente at engasjerte personer hadde lettere for å finne forståelse og ressurser. De som utfører besøkene, informerer om ulike foreninger, frivilligsentra og lignende, som den enkelte kan delta i. Loga (2010) viser i sin kunnskapsoversikt at helsegevinsten for dem som utøver frivillig arbeid, er større enn for dem som mottar hjelp. Wilson og Musick (2000) sier at frivillig arbeid holder friske frivillige friske lenger. Kan hende det henger sammen med Antonovskys tanker om meningsfullheten som gir en bedre opplevelse av sammenheng? Kan besøkene gi innspill til den enkelte, og dermed gi bedre mestringsevne? Informantene ønsket seg meningsfulle oppgaver å fylle dagene med - de ville bety noe for andre.

AVSLUTNING

Informantene mente besøkene var hyggelige, men også nyttige. De opplevde «den gode samtalen» med en ukjent som fort ble en kjent, og de kunne reflektere om viktige temaer. De opplevde også å få bekreftelse på at de gjorde gode tiltak selv. Det å få vite hva som finnes av tilbud, og å kunne ta valg om bolig, ga dem en trygghet i hverdagen.

Jeg tror at helsefremmende

hjemmebesøk kan være en god strategi for kommunene. Besøkene bør utføres av en som har kunnskap om mestringsstrategier, empowerment og veiledning.

Det bør forskes mer på effekten av besøkene. Fører de til noen endrede strategier? Samtidig hadde det vært interessant å vite mer om de som sier nei - hvem er de?

Referanser:

- Antonovsky, Aaron. (1991). *Hälsans mysterium*. [Stockholm]: Natur och Kultur
- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2001). *Endringsfokuseret rådgivning*. Oslo: Gyldendal akademisk forlag
- Branstad, Are. (2003). Fra monolog til dialog. In Hans A. Hauge & Maurice B. Mittelmark (Eds.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid : fra monolog til dialog?* (pp. 162-173). Bergen: Fagbokforlaget
- Cribb, A., & Duncan, P. (2002). Introducing ethics to health promotion. In Robin Bunton & Gordon Macdonald (Eds.), *Health promotion : disciplines, diversity, and development* (2. ed., pp. 271-283). London: Routledge
- Førland, Oddvar, Skumsnes, Randi (2014). Forebyggende hjemmebesøk til eldre i Norge. Senter for omsorgsforskning - Rapportserie nr 7/2014
- Gadamer, Hans-Georg. (1965). *Wahrheit und Methode. Grundzuge einer philosophischen Hermeneutik*. Tubingen: J.C.B. Mohr Verlag
- Helse og omsorgsdepartementet. (2013a). *Folkehelsemeldingen. God helse-felles ansvar. (Meld. St. 34 (2012-2013))*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://regjeringen.no>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2013b). *Morgendagens omsorg. (Meld. St. 29 (2012-2013))*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://regjeringen.no>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2008). *Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid. (St. melding 47 (2008-2009))*. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no>
- Loga, Jill Merethe. (2010). *Livskvalitet: betydning av kultur og frivillighet for helse, trivsel og lykke : en kunnskapsoversikt (Vol. 2010:1)*. Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor
- Lofqvist, C., Eriksson, S., Svensson, T., & Iwarsson, S. (2012). *First Steps towards Evidence-Based Preventive Home Visits: Experiences Gathered in a Swedish Municipality*. *J Aging Res*, 2012, 352942. doi: 10.1155/2012/352942
- Ryan, A.A., McCann, S & McKenna, H. (2009). *Impact of community care in enabling older*
- Stang, Ingun. (2003). *Bemyndigelse : en innføring i begrepet og "empowermenttenkningens" relevans for ansatte i velferdsstaten*. In Hans A. Hauge & M.B. Mittelmark (Eds.), *Helsefremmende arbeid i en brytningstid : fra monolog til dialog?* (pp. 141-161). Bergen: Fagbokforlaget
- Sundslø, Kari, Söderhamn, Ulrika, Espnes, Geir Arild, & Söderhamn, Olle. (2014). *Self-care telephone talks as a health-promotion intervention in urban home-living persons 75+ years of age: a randomized controlled study*. *Clinical interventions in aging*, 9, 95
- Svare, Helge. (2006). *Den gode samtalen. Kunsten å skape dialog*. Oslo: Pax forlag
- Theander, E., & Edberg, A. K. (2005). *Preventive home visits to older people in Southern Sweden*. *Scand J Public Health*, 33(5), 392-400
- Tveiten, Sidsel. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker. Om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget
- Vass, Mikkel, Avlund, Kirsten, Hendriksen, Carsten (2007). *Randomized intervention trial on preventive home visits to older people: baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants*. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2007;35(4):410-7
- Wilson, John, & Musick, Marc. (2000). *The effects of volunteering on the volunteer*. *Law and contemporary problems*, 62: No.4, 27
- Yamada, Y., Ekman, A., Nilsson, C. J., Vass, M., & Avlund, K. (2012). *Are acceptance rates of a national preventive home visit programme for older people socially imbalanced?: a cross sectional study in Denmark*. *BMC Public Health*, 12, 396. doi: 10.1186/1471-2458-12-396

HjelpemiddelMessa ØST

Norges Handikapforbund

Besøk HjelpemiddelMessa Øst 2016!

Mandag 17. oktober (12-19)

Tirsdag 18. oktober (11-16)

Vi har med oss leverandører fra hele hjelpemiddelområdet. Enten du i din jobb trenger hjelpemidler for løfting av pasienter, er på jakt etter terrenggående kjøretøy for rullestolbrukere eller trenger hjelpemidler innenfor kommunikasjon og kognisjon har vi noe for deg!

Norges Varemessa i Lillestrøm • Fri entre
• Spennende fagprogram

Norges Handikapforbund

oslo.nhf.no

[f](#) HjelpemiddelMessa Øst 2016

KANSKJE GAMLE

- MEN PÅGANGSMOT MANGLER IKKE

Ti år har gått siden Ergoterapeutenes Seniorforum formelt ble stiftet. Med 150 senior-medlemmer representerer forumet verdifull kompetanse!

Av Liv Hopen

Ergoterapeutenes Seniorforum er ikke en vanlig koseklubb. Vi er også opptatt av å bidra med noe som andre kan ha nytte av. I tråd med dette har Seniorforum jobbet med spennende prosjekter som Norsk Ergoterapeutforbund har vist stor interesse for og fulgt godt opp.

PIONERENES FORTELLINGER - 2013

Seniorforum brukte fire år på bokprosjektet *Pionerenes fortellinger – da ergoterapifaget var nytt i Norge*. Boka gir et levende bilde av pionertiden fra det første kullet ble uteksaminert i Norge i 1952 og fram til 1975, da yrkesgruppen fikk autorisasjon.

Seniorforum la ned et stort arbeid for å få tak i fortellingene som kunne gi et innblikk i hvordan det var, fortalt av dem som selv var tilstede. Ved å arrangere fortellerdager og skrive dager i tillegg til å benytte e-post, brev og telefon ble i alt seksti pionerer aktivt trukket inn i arbeidet med boka.

BETYDNINGEN AV HVORDAN VI STARTET OPP SOM YRKESAKTIVE

I boka *Pionerenes fortellinger – da ergoterapifaget var nytt i Norge* finnes følgende undertekst. «Følg ikke alltid stien. Gå heller der det ikke er noen sti, og etterlat deg en». Dette kan vi stå inne for. Da vi som nyutdannede arbeidsterapeuter reiste ut og etablerte oss i nytt og ukjent terreng, etablerte de fleste av oss seg samtidig med familie. Det krevde ekstra pågangsmot og vilje til å lykkes både hjemme og på jobb. Takk til alle i styret for inspirasjon, gode bidrag og hyggelig kontakt.

LIVSARKET - 2015

For personer som på grunn av alder eller sykdom ikke lenger kan snakke, huske eller klare hverdagen



I 2013 ga Ergoterapeutenes Seniorforum ut boka «Pionerenes fortellinger».

selv, skal *Livsarket* fortelle andre om livet de har levd, om hvilke vaner de gjerne vil holde på, og om det er noe de helst vil unngå.

Utgangspunktet var to 20 siders hefter som ergoterapeutene i Sverige og Danmark hadde utarbeidet. For å legge til rette for at travle fagfolk kunne rekke å lese det som står, valgte Ergoterapeutenes Seniorforum å lage kortversjonen *Livsarket*. Tilbakemeldingene har vært særdeles positive, og Regjeringen har henvist til *Livsarket* i *Demensplan 2020*. På denne måten opplever Seniorforum å kunne gi et bidrag til samfunnet.

ANEGALLERIET - 2016

For å spore opp bilder av samtlige av Ergoterapeutforbundets ledere fra 1952 og fram til i dag har styret og medlemmene drevet adskillig detektivarbeid. Seniorforum har samtidig samlet ledernes egne tidsriktige uttalelser. Anegalleriet vil bli overrakt forbundet høsten 2016.

KULTURTURER

Første torsdag i juni hvert år drar Seniorforum på kulturtur. Foreløpig har alle turene startet fra Oslo S med tog. Turene har gått til Lillehammer, Vestfossen, Kongsvinger, Eidsvoll, Ås/Drøbak, Hamar, Tønsberg, Fredrikstad og Kongsberg. Alle disse stedene har hatt mye historie, kunst og kultur å by på.

MEDLEMSMØTER PÅ LITTERATURHUSET

To ganger i året, én torsdag formiddag i oktober og én i april, møtes medlemmene på Litteraturhuset rundt et aktuelt tema, fortrinnsvis om kultur, aktivitet eller helse. I oktober i år markerer vi vårt tiårsjubileum med følgende arrangement:

Åpent møte i Litteraturhuset

Torsdag 13. oktober 13.00 - 14.00

Frivillig arbeid – godt for hvem?

Alle er velkomne til å delta. Møt opp i rom Amalie Skram.

Program:

Frivillig arbeid – godt for meg?
ved *frivillig medarbeider fra Kirkens Bymisjon*

Frivillig arbeid – godt for fellesskapet?
ved *Jonas Gahr Støre, politiker*

Frivillig arbeid – betydning og organisering.
ved *Kirsten Grøstad fra Ski Frivilligsentral*
Hverdagsmestring. Fra lengst mulig i eget liv
– til lengst mulig i hverandres liv
ved *Nils Erik Ness, forbundsleder i Norsk Ergoterapeutforbund*

Samme ettermiddag inviteres medlemmene av Seniorforum til å feire tiårsjubileet på Karlsborg Spise- forretning på Ekeberg.

FØLG MED PÅ NETTSIDEN

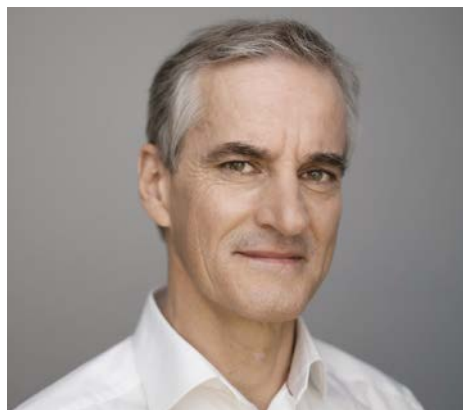
Aktiviteten i Seniorforum kan du lese om på www.ergoterapeutene.org under *Organisasjonen*. Her

finner du blant annet den elektroniske utgaven av *Livsarket*. Seniorforum har dessuten som mål å ha minst ett innlegg per år i fagbladet *Ergoterapeuten*.

SENIORGRUPPEN SER MULIGHETER

Fordelt over hele landet finnes det nå cirka 150 pensjonerte ergoterapeuter som har tråkket opp stier og jobbet som pionerer på ulike felt. Her er mye erfaring med å tenke kreativt og finne gode løsninger.

Styret i Ergoterapeutenes Seniorforum ser fram til nye, spennende prosjekter i nært samarbeid med ledelsen i Norsk Ergoterapeutforbund.



Jonas Gahr Støre kommer på pionerens åpne møte på Litteraturhuset. Kommer du?

Rehabshops Stimulite® sitteputer
luftig, letthåndterlig, trykklfri
Nå i Norge og prisforhandlet med NAV

Prøv selv! Bestill produkt demonstrasjon eller gratis demopute nå!
Ring 48 50 32 97 eller send en e-post til julia@rehabshop.com

Contoured Ekstra Myk Brederer Sittegrøp
konturert, sidestabil pute for para- og tetraplegikere med høy risiko for trykksår

Slimline Ekstra Myk
konturert, lav pute for aktive brukere med mellom / lav risiko for trykksår

GØRAN SJODÉN'S REHABSHOP NORGE AS
Kontor: Vogellund 31, 1394 Nesbru Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru
Tel: +47 48 50 32 97 www.rehabshop.com [Facebook.com/RehabshopNorge](https://www.facebook.com/RehabshopNorge)

DEN 6. NASJONALE FAGKONGRESS I ERGOTERAPI

VELKOMMEN TIL Å SENDE INN ABSTRAKT

Det skjer mye spennende innen ergoterapi, både forskningsprosjekter, faglige prosjekter og nytenkning i faget. Dette har vi lyst til å høre mer om på Den norske ergoterapikongressen i Trondheim 6.-8. november 2017. Vi inviterer alle ergoterapeuter til å sende inn abstrakt for muntlig presentasjon, workshop og posterpresentasjoner.

Av Ida Weydahl

Tema for fagkongressen er: «Hverdagen i fokus» med stikkordene kvalitet – mestring – nytenkning – kompetanse. Vi ber deg eller dere angi hvilken type kunnskap som skal formidles.

- Forskningskunnskap
- Erfaringskunnskap
- Annet

ABSTRAKTETS INNHOLD

Abstraktet skal maks ha 250 ord (ekskludert tittel, forfatter(e) og arbeidssted), skriftstørrelse 12 i type Arial og linjeavstand 1,5. Abstraktet skal være strukturert og inneholde:

Tittel: Den skal si noe om hovedtema eller hensikt.

Medarbeidere/samarbeidspartnere: List opp de som er hovedansvarlige i prosjektet/arbeidet og medforfattere i utarbeidelse av abstraktet.

Arbeidssted: List opp arbeidssted til hovedansvarlige.

Bakgrunn: Her presenteres begrunnelsen for prosjektet/arbeidet. Hva vet man allerede om det temaet prosjektet omhand-

ler, og hva er begrunnelsen for å gjennomføre prosjektet? Bakgrunnen skal lede til hensikt/mål med prosjektet/arbeidet.

Hensikt/mål for prosjektet: Hvilken problemstilling er det ønskelig å få svar på? Hva er det ønskelig å oppnå?

Metode/framgangsmåte: Hvordan gikk dere fram for å nå hensikten/målet? Beskriv for eksempel målgruppen for prosjektet, hvordan dere innhentet informasjon eller utviklet tilbudet, hvordan dere bearbeidet informasjon eller justerte tilbudet, og hvem dere samarbeidet med underveis i prosessen.

Resultat/erfaring: Hva var resultatet? Hva oppnådde dere av ny kunnskap, erfaringer og/eller bedret tilbud eller tjenester? Beskriv eventuelt foreløpige resultater, som kan oppdateres i den endelige presentasjonen.

Konklusjon: Kort oppsummering av svaret på problemstillingen eller hva dere oppnådde.

Betydning for praksis: Basert på resultatene av det som er gjort – hva er det viktigste budskapet



til ergoterapeuter, brukere av ergoterapitjenester og samfunnet?

Nøkkelord: Skriv tre til fem nøkkelord som beskriver kjernetemaer eller metoder brukt i prosjektet.

Vi ber dere også angi hva dere foretrekker av muntlig presentasjon, workshop eller poster. Programkomiteen forbeholder seg retten til å ta en endelig avgjørelse angående typen presentasjon.

- Muntlig innlegg
- Workshop (1 time)
- Poster

INNSENDING AV ABSTRAKT

1. september åpnes det for elektronisk innsending av abstrakt på fagkongressens nettsider: ergoterapeutene.org/fagkongress2017.

VIKTIGE DATOER:

- Innsending av abstrakt åpner 1. september 2017.
- Siste frist for innsending er 1. februar 2017.
- Svar/aksept av abstrakt vil bli gitt innen 1. mai 2017.

SKAL DU SENDE INN ET ABSTRAKT?

HER ER NOEN SVAR PÅ SPØRSMÅL DU KANSKJE HAR

Programkomitéen for den 6. nasjonale fagkongressen i ergoterapi belyser her noen spørsmål som kan dukke opp.

Av Margunn Sognnæs

1. Temaet for kongressen i Trondheim er «Hverdagen i fokus». Hva slags innlegg kan være aktuelle?

Alle slags innlegg som på en eller annen måte handler om hverdagen til folk, og som kan knyttes opp til noen av ergoterapeutenes arbeidsområder.

Forskningsprosjekter, faglige prosjekter og innlegg som viser nytenking i faget er aktuelle. Temaet «Hverdagen i fokus» favner alle aldersgrupper og alle typer diagnoser og kan også beskrive erfaringskunnskap. Det kan for eksempel være at man beskriver hvordan man har gått fram på sitt arbeidssted for å fremskaffe og ta i bruk ny evidensbasert kunnskap for å bedre kompetanse og kvalitet på tjenestene sine, eller man kan beskrive egne eller brukeres erfaringer med nye behandlingsmetoder som har vært positive med tanke på å mestre hverdagens utfordringer.

Det kan også være at man har oppdaget nye områder hvor man kan ta i bruk metoder som tidligere har vært benyttet på andre felt. Kanskje har man kommet over nye metoder eller kunnskap som ennå er relativt ukjent for ergoterapeuter i Norge.

2. Har dere noen spesielle tema i tankene?

Vi er åpne for alle bidrag og vil helst ikke legge begrensninger ved å utpeke spesielle temaer, men stikkord, i tillegg til hovedtemaet «Hverdagen i fokus», er kvalitet – mestring – nytenkning – kompetanse. Kanskje kan disse stikkordene bidra til at man finner et tema relatert til det man jobber med, som man gjerne vil presentere.

3. Dere ønsker at kunnskapen som skal formidles, skal knyttes til:

- **Forskningskunnskap**
- **Erfaringskunnskap**
- **Annet**

Kan dere gi eksempler på ideer eller prosjekter som representerer hvert av disse nivåene?

Forskningskunnskap: Formidling av kunnskap knyttet til forskning bygger på studier eller prosjekter som systematisk har innhentet kunnskap som kan etterprøves. Dette kan for eksempel være:

- Systematisk gjennomgang («review») som viser oversikt over tidligere forskningsbasert kunnskap
- Kvalitative studier som systematisk beskriver erfaringer og holdninger hos brukere, pårørende eller ergoterapeuter

- Tverrsnittstudier som beskriver forekomst av bestemte aktivitetsvansker blant spesifikke brukergrupper eller i befolkningen generelt
- Kohortstudier (studier der man følger en gruppe mennesker over tid) som kan benyttes til å beskrive årsak til at aktivitetsvansker oppstår, og hvordan det går med mennesker med ulike aktivitetsvansker
- Randomiserte kontrollerte studier som beskriver effekten av ulike tiltak som benyttes for å forebygge eller behandle et aktivitetsproblem, der vanligvis to grupper sammenlignes
- Kasusstudier som systematisk beskriver effekt av ulike tiltak for en enkelt eller noen få brukere
- Metodestudier som beskriver ulike kartleggingsverktøys utvikling og gyldighet eller pålitelighet

Erfaringskunnskap: Erfaringskunnskap er en forutsetning for å kunne avgjøre om funn fra forskning er relevant å bruke i praksis. Denne typen kunnskap bygger på erfaringer ergoterapeuter har i møte med ulike brukergrupper. Det kan for eksempel være observasjoner en har tilegnet seg i praksis, angå-

ende hva som har fungert eller ikke har fungert i forhold til kartlegging og intervensjon for ulike brukergrupper. Det kan også være tanker om ergoterapeutens rolle, hva som bør videreutvikles, hva som savnes av kunnskap og så videre. Erfaringskunnskap kan også bygge på kunnskap som er innhentet i et tverrfaglig fellesskap.

Brukerkunnskap: Brukerkunnskap kan være forsknings- eller erfaringsbasert. Brukerkunnskap favner erfaringer og undersøkelser som sier noe om hva brukerne tenker om rehabilitering, spesielle aktivitetsutfordringer, typer tiltak, egne strategier og lignende. Brukere kan gjerne delta og legge fram sammen med ergoterapeut.

4. Å lage en god problemstilling er viktig. Kan dere gi noen gode råd for å få til dette?

Det er viktig at problemstillingen er tydelig og presis. PICO er et verktøy som kan være til hjelp med dette. PICO er en forkortelse for elementer som ofte vil være med i en god problemstilling (ikke alle elementer trenger å være med i alle problemstillinger):

P: Pasient/problem. Hvilken pasientgruppe eller populasjon dreier det seg om?

I: Intervention. Hva er det med denne pasientgruppen du er interessert i? Er det et tiltak som er iverksatt?

C: Comparison. Ønsker du å sammenligne to typer tiltak? I så fall skal det andre tiltaket stå her (for eksempel dagens praksis).

O: Outcome. Hvilke endepunkter er du interessert i? Hva er det tiltaket har som mål å forbedre, og hvordan måles dette?

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/sporsmalsformulering/pico/>

5. Har dere noen tips til hvor man kan søke veiledning eller råd for å komme videre med en idé eller et faglig spørsmål man er opptatt av?

Snakk med noen som har jobbet med prosjekt tidligere. Det gjelder mange ergoterapeuter. Snakk i tillegg med noen som har tatt en mastergrad, eller send en e-post til en ergoterapeut som er spesialist innen fagområdet du er opptatt av (oversikt over spesialister finnes på nettsidene til Ergoterapeutene).

6. Skal man alltid skrive abstrakt?

Ja, til fagkongressen er det nødvendig, uansett om man ønsker å holde et innlegg eller en poster, eller har en idé til en workshop.

7. Fristen for innsending av abstrakt er 1. februar 2017. Kan man sende inn abstrakt for et prosjekt som ikke er avsluttet ved fristen?

Ja, og da er det lurt å ha kommet et stykke på vei i prosjektet slik at man har noe å vise til. Man kan også sende inn abstrakt på et prosjekt man er helt i starten på. Da er det aktuelt å si noe om hensikten med prosjektet, mål, metoder, tidsplan, produkt/publikasjon og finansiering. Dette kan være fint om en ønsker å diskutere noe i tilknytning til den oppsatte planen.

8. Faglige og personlige fordeler med å sende inn abstrakt?

Norsk Ergoterapeutforbund ønsker flere spesialister, og for å bli godkjent spesialist kreves det at du har bidratt med fagutvikling og presentasjon av arbeidet ditt.

Her vil innsending av abstrakt til kongressen kunne være en viktig dokumentasjon i søknaden. Ved de siste forhandlingene i helseforetakene ble det åpnet for at spesialister som anvender sin kompetanse i stillingen, skal sikres høyere lønn enn spesialergoterapeut. Også i det daglige arbeidet vil man kunne ha nytte av systematisk innhenting eller bearbeiding av informasjonen som kreves for å besvare et faglig spørsmål man er opptatt av. Prosessen med å gjennomføre en presentasjon på en kongress vil sannsynligvis føre til at man opplever seg selv som faglig sterkere. Kanskje får man spørsmål om å formidle kunnskap innen egen arbeidsplass, og da er lignende erfaringer gode å ha.

Personlig vil det også kunne gi et løft ved at man klarer å gjennomføre en plan som man i utgangspunktet syntes var både utfordrende og litt skremmende. Som ergoterapeuter snakker vi ofte om opplevelse av mestring som viktig i menneskers liv, og her har vi en mulighet til å søke dette både på et faglig og personlig plan. For forskere og erfarne foredragsholdere vil det alltid være viktig å benytte muligheter til å nå ut med arbeidet sitt til flere ergoterapeuter og også utgjøre et forbilde for kollegaer. Vi håper så mange som mulig vil benytte anledningen og sende inn abstrakt til kongressen.

For øvrig vil det bli presentert en artikkel om hvordan man skriver abstrakt i neste nummer av Ergoterapeuten. Det er elektronisk innlevering av abstraktene, og lenke til dette vil du finne på nettsiden: ergoterapeutene.org/fagkongress2017. Følg også med på Facebook-siden «Fagkongress i ergoterapi».



MUNNMOTORISK TRENING

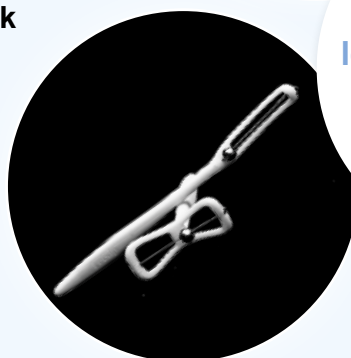
- for bedre tale og spisefunksjon

Munnmotorisk trening for barn og voksne

- Har du lammelser i leppe, tunge eller kinn?
- Smiler du skjevt?
- Plages med sikling?
- Vansker med å snakke tydelig?
- Hoster på tynn drikke eller lett for å svelge vrangt?
- Ansiktsstivhet?
- Munnpuuster, sitter mye med åpen munn?
- Sensorisk nedsatt følelser i tunge, leppe eller kinn?

Grunleggende intensiv munnmotorisk trening kan gi bedre funksjon for:

- Spising og drikke
- Svelg
- Sikling
- Talen
- Mimikk
- Sensibilitet
- Munnhygiene



Se på TV eller
les avisen samtidig
som du trener.
Lett å bruke!

www.letsip.no

Letsip AS er et nytt norsk firma som utvikler treningshjelpemiddel for bl.a slagpasienter. Letsip har direkte fokus på opptrening av slagpasienter og brukes nå på flere sykehusavdelinger i Norge og Danmark. Produktene har blitt prøvd ut på mange forskjellige pasientgrupper som f.eks slag/traumer, parkinson sykdom, MS, CP, facialisparesse, dysartri, dysfagi, tungedeviasjon og sensorisk nedsatt funksjon. Letsip AS har fått støtte av Innovasjon Norge, Inkubator bedrift i ÅKP. Alle produktene er Internasjonalt Patent Pending. NAV-godkjent hjelpemiddel for barn og unge.





MER ERGOTERAPI – MINDRE HJEMMETJENESTE

Magnus Zingmarks doktoravhandling viser at hverdagsrehabilitering øker aktivitetsengasjementet hos eldre og minsker behovet for hjemmetjenester. – Ergoterapi er kostnadseffektivt og bidrar til en vinn-vinn-situasjon for den enkelte og for samfunnet, sier den svenske ergoterapeuten.

Magnus Zingmarks forskning på hverdagsmestring blant eldre viser at ergoterapi lønner seg.

Av Else Merete Thyness

Hverdagsrehabilitering kommer opprinnelig fra Östersund kommune i Sverige, der de startet med «hemrehabilitering» allerede i 2000. Deretter plukket Fredericia kommune i Danmark opp tråden og startet opp i 2008, mens Norsk Ergoterapeutforbund kom på banen i 2011.

– Har hverdagsrehabilitering forandret helsetjenestene i Östersund?

– Ja, det har det. Vi har 61 000 innbyggere i Östersund, og i løpet av de siste årene har vi fått 322

flere ansatte innenfor rehabilitering - flest fysioterapeuter, men også ergoterapeuter. Kommunen har valgt å satse på hverdagsrehabilitering fordi vi vet at det å mestre meningsfulle aktiviteter er viktig for at eldre skal ha det bra.

Han legger til at selv om hverdagsrehabilitering oppsto i Östersund, har svenskene nå mye å lære av nordmennene.

– Vi arbeider ikke på nøyaktig samme måte. Hverdagsrehabilitering er mer konsentrert og tidsavgrenset hos dere. Nå er det vår tur til å la oss inspirere.

«Kostnaden for ergoterapeutisk intervensjon er lav i forhold til hjemmetjeneste eller sykehjem.»

Magnus Zingmark

EFFEKTER AV INTERVENSJON

Magnus Zingmark studerte først ergoterapi og deretter helseøkonomi ved universitetet i Umeå. I 2000 ble han ansatt som ergoterapeut i Östersund kommune og var en av de første svenske ergoterapeutene som jobbet med hverdagsrehabilitering. I 2007 tok han mastergrad og i 2015 disputerte han for ph.d.-graden. Nå jobber han med forskning og utvikling for sunn aldring i administrasjon for pleie og omsorg i kommunen.

- Vi er opptatt av å jobbe helsefremmende og komme tidlig inn med rehabiliterende tiltak overfor eldre, sier han.

Doktoravhandlingen hans består av fire studier som alle ser på effekter av ergoterapeuters helsefremmende intervensjoner. Blant annet presenterer han resultatene fra to studier hvor eldre mennesker i Umeå fikk ulike aktivitetsbaserte tilbud av ergoterapeut. Noen eldre mottok individuelle hjemmebesøk av ergoterapeuten, og sammen identifiserte de viktige daglige aktiviteter. Andre deltok i gruppeaktiviteter, der seks til åtte personer møttes under ledelse av ergoterapeut. En tredje gruppe møttes til aktivitetsfokuserte foredrag av ergoterapeut, der de etter foredraget diskuterte hvilke aktiviteter som var viktige for egen helse, og hvordan de kunne håndtere ulike problemer som truet med å begrense deres muligheter til å være aktive.

- Alle de tre tilbudene førte til

at det aktivitetsfallet man ofte ser hos eldre, ble mindre. Studiene viste også at eldre har stor nytte av å delta i diskusjoner omkring aktivitet og hvordan man kan fortsette å være i aktivitet til tross for aldersrelaterte begrensninger, sier Magnus Zingmark.

KONSTANDEFFEKTIVT

En annen studie tok utgangspunkt i personer som søkte om hjelp til å dusje. Kontrollgruppen fikk tilbud om hjemmetjeneste, mens intervensjonsgruppen møtte en ergoterapeut først.

- Denne studien viser at ergoterapi minsker behovet for hjemmetjeneste. Derfor bør mennesker som søker hjemmebaserte tjenester først tilbys hjelp som styrker deres egen evne til å håndtere aktiviteter. Hvis en person skal motta daglig hjelp i hjemmet, kan det koste mange hundre tusen kroner per år, mens ergoterapeutisk intervensjon, som kanskje består av tre hjemmebesøk og et hjelpemiddel, kommer på to-tre tusen kroner.

DISKUTERE HELSEØKONOMI

I august skal de nordiske ergoterapiforbundene møtes i Oslo for å diskutere helseøkonomi. Her er Magnus Zingmark invitert til å legge fram resultatene av sin forskning.

- Meningsfulle aktiviteter og hverdagsmestring gir gode helsegevinster for eldre og er kostnadsbesparende for samfunnet. Dette skal vi jobbe videre med i et nordisk samarbeidsprosjekt.



Markus Zingmark er ansatt i administrasjon for pleie og omsorg i Östersunds kommune. - Jeg ønsker å jobbe med utviklingsforskning og utviklingsarbeid som er nært knyttet til praksis, sier han.

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks
9178 Grønland, 0134 Oslo
Sentralbord +47 40 10 05 01
Mobil: 90 03 09 43
Faks: 22 17 25 08
E-post: erik@addmedia.no



25. OUS-symposium – 1. og 2. november 2016

Traumatiske hodeskader – fra de mange små til de store få.

Fra forskning til praktisk medisin.

Faglig ansvarlig: Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Nevrokirurgisk avdeling, Barneintensiv og Barneavdeling for nevrofag v/OUS.

Læringsmål: Symposiet har som mål å gi oppdatert kunnskap om behandlingsskjeden for traumatisk hodeskade fra skadested til fullført rehabilitering; prehospital håndtering, triage av traumepasienter, bildediagnostikk, nevrokirurgi, intensivbehandling og rehabilitering.

Symposiet er godkjent av:

Norsk Ergoterapeutforbund, Norsk psykologforening
Norsk sykepleierforbund og Den norske legeforening.
Norsk fysioterapi forbund: Kurset kan benyttes i
fornytt godkjenning av spesialitet

Program:

www.oslo-universitetssykehus.no/25-ous-symposium

Påmelding til: symposium@ous-hf.no

Deltakeravgift: kr. 1.500,-

Påmeldingsfrist: 17. oktober 2016

Sted: Oslo universitetssykehus, Ullevål

Ergoterapeuter bringer noe helt nytt til førerkortvurderingen

PRAKTISK KJØREVURDERING, P-DRIVE

Førerkortvurdering er et område hvor ergoterapeuter får brukt sin kompetanse om aktivitetsanalyse og vurdering av person, aktivitet og miljø. Praktisk kjøretest, P-drive, er et undersøkelses- og vurderingsredskap som brukes ved observasjon av kjøreferdigheter. P-drive er utviklet av og for ergoterapeuter. Det er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse.

Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund

Fagligansvarlig: Helena Selander, fil.dr. og leg. arbetsterapeut ved Mobilitetscenter, og Ann-Helen Patomella, ph.d. ved Sektionen för Arbetsterapi, Karolinska Institutet, som har henholdsvis forsket på og utviklet instrumentet.

Kurssted: Oslo Kongressenter

Tid: 3. - 5. oktober 2016

Pris: Medlemspris kr 3000, tillitsvalgtpris kr 1500 og ikke-medlemmer kr 6000. Medlemmer prioriteres.

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

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/TRYKK-FOREBYGGENDE 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

BERGEN MEDIKAL AS

Gyldenprisen. 16, 5056 Bergen

Tlf.: 55 94 77 00, fax: 55 94 77 01

post@bergen-medikal.no

www.bergen-medikal.no

Meds Nodex S madrass. Dynamisk nulltrykk terapystem til forebygging i alle risikogrupper og behandling i alle stadier av trykksår.

Den mest optimale løsningen på markedet i dag. Eneste nulltryksystem godkjent av RTV.

TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar

Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11

companymail@togemo.no

Dekker alle behov for trykkavlastning

VITAL BASE AS

Myrvegen 2, 6060 Hareid

Tlf.: 71 51 42 84, fax: 71 51 40 73

firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no

Sårbehandling/trykkavlastningsprodukter

0348

BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTYR

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

0606/0612/0618

ORTOSER

OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo

Tlf.: 23 14 26 00, fax: 23 14 26 56

info@ottobock.se www.ottobock.no

Ortoser blir bra!

0630

PROTESER

NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad

Tlf.:62 57 44 44, fax:62 57 44 45

nto@ortonor.no www.ortonor.no

Spesialist i armprotoser.

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

P.b. 604, 3412 Lierstranda

Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona tørkler, Arcona smekker

0909

HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

0912 HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

0912 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED

TOALETTBESØK

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

0933 HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ASTECS AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19

post@astec.no www.astec.no

Servantheis, badebord

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

ERGOG RIP AS

Skeistøa 199, 5217 Hagavik

Tlf.: 92209399

aase.rokne@ergogrip.no www.ergogrip.no

Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer

servanter

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA - Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: <http://www.klubben.no/asp/inf>

aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa - Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter

for sansestimulering.

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

0933 B HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

ASTECS AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19

post@astec.no www.astec.no

Hev/senk stellebenker/bord, servanter

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Y 1 YRKESKLÆR/SKO

PRAXIS ARBEIDS- OG FRITIDSKLÆR AS

Sjøtun Næringspark, 6899 Balestrand

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

firma@praxis.no www.praxis.no

En ledende leverandør av yrkesklær, fottøy og

naturhudpleie

OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

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

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

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

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

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

- PRODUKTREGISTER -

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

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 ÅS
Tlf: 64 94 21 65
www.follo-futura.no

Gåbord

SUNRISE MEDICAL AS

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

1218 SYKLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no

Sykler - man. og el.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1221

RULLESTOLER - MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23
4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no

Rullestoler - man. og el.

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

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

1221 B RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com, www.permobil.com

PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo
post@picomedmobility.no
www.picomedmobility.no
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

1224 TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no

BARDUM AS

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

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com, www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

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

1230 OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

P.b. 604, 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Overflyttingshjelpemidler, Dreilett ,
Jøhl Stolløfter

1233 VENDEHJELPEMIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Eli glide

1236 LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund
Tlf.: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17
post@hcn.no www.hcn.no
Leverer Roomer takheis - fra rom til rom uten
gjennomgående skinne
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

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

Brokelandsheia, 4993 Sundebu
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no
www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1803 BORD

ASTEC AS

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

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
HELLAND MØBLER AS

HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal
Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01
KRABAT AS
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

SUNRISE MEDICAL AS

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

1812 SENGER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

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

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE

TILSATSER TIL MØBLER

ADL PRODUKTER AS

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

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
E-post: post@astec.no www.astec.no
Kjøkken og bad - hev/senk

1818

STØTTEANORDNINGER

ADL PRODUKTER AS

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

- PRODUKTREGISTER -

PICOMED AS

Brokelandsheia, 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

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
PICOMED AS

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

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEI- SER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

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

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra
individuelle behov

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

ASTECC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Kjøkken og bad - hev/senk

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

BARDUM AS

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

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/VARSLING

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

2103

OPTISKE HJELPEMIDLER

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Optiske hj.midler

2109

TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVE- MASKINER OG KALKULATORER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
GEWA AS
PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Tilbehør til datamaskiner.

2110

KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
COGNITA AS
Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo
Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30
info@cognita.no www.cognita.no
MYLIFEPRODUCTS AS
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo
Tlf: 92631425
post@mylifeproducts.no
www.mylifeproducts.no
VESTFOLD AUDIO AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
GEWA AS
PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Telefon og telefoner og telefoneringshj.
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

Brokelandsheia, 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

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
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
Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo
Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30
info@cognita.no www.cognita.no
GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no

Samtalehj.midler

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no
VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

TOBII DYNAVOX

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen

Tlf: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

2144

GYNGETERAPI

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.

- PRODUKTREGISTER -

2145 HØREAPPARATER

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Høreapparater

2146 HØRSELTEKNISKE HJLPEMIDLER

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
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

Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.

2148 VARSLINGSHJELPEMIDLER

COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo
Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30
info@cognita.no www.cognita.no

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Varslingshj. midler
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

Brokelandsheia, 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

2151 ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, Fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Alarmsystemer
PICOMED AS
Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

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.

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Hjelpemidler for omg
PICOMED AS
Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@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
Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no

3003

LEKER

ABILIA AS

TTevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
AS HANA & HOLMENS POTTERIER
Strandgt. 123, 4307 Sandnes
Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68
www.hana-holmens.no
Leire for modellering, formingsartikler.
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA - Norway
Tlf: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/inf.
aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa - Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

3006 SPILL

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA - Norway
Tlf: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/inf.
aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa - Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

3009

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA - Norway
Tlf: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/inf.
aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa - Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

(For andre hjelpemidler for barn, (Se også 3.Personlig
stell og Klær og 4. Forflytning.)

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruernv. 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.

- PRODUKTREGISTER -

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

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

ASTEC AS

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

Ergonomiske produkter for stellerom/bad,
kjøkken/garderobe i barnehager/skoler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00 Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Kommunikasjonshj. for barn

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA - Norway

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

www.klubben.no

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

+katalog, Rompa - Snoezelen og

sansomotoriske produkter: Katalog med 250

sider med produkter for sansestimulering.

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA - Norway

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

www.klubben.no

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

Rompa - Snoezelen og sansomotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

B.ROL

ROLLATORER

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Pb. 604 3412 Lierstranda

Tlf: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA - Norway

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

www.klubben.no

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

Rompa - Snoezelen og sansomotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og

store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA - Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10

Fax: +47 62 95 06 11

www.klubben.no

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

Rompa - Snoezelen og sansomotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51

teis@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

ØVREBØ REHABILITERING AS

Pb. 604 3412 Lierstranda

Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA - Norway

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

www.klubben.no

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

Rompa - Snoezelen og sansomotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no

ABLOY

Picomed tlf: 37 11 99 50
Action trykkavlastende

ALVEMA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ARDO MEDICAL AG

togemo Med.Supply
tlf: 62 52 62 72

ARRO CONTROL

Hepro tlf: 75 69 47 00

ATENA NORDIC AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

ATO FORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BALDER EL. RULLESTOLER

Hand-Pro tlf: 32 18 16 00

BARRY EMONS

AMAJO tlf: 67 07 43 40

BC-LIFT

Access AS tlf: 62 51 85 00

BERNAFON

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

BEKA HOSPITEC

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BERROLKA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BEST MOBILITY

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BO EDIN AB

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

BORRINGIA AS

Hepro tlf: 75 69 47 00

BOS MEDICAL

togemo MedSupply
tlf: 62 52 62 72

CABICARES

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

CAREZIA AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

CERTEC KLOKKA,TRIACON

CHESTNUT COMPANY APS
Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

CIRRUS

Handicare tlf: 69 24 44 00

CLEAN LINE**HYGIENEPRODUKTER****COBI REHAB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

COMFORTA AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

CONSTELLA

Astec tlf: 22 72 23 55

CONTUR TRYKKAVLASTNING CURA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DAYS (DMA)

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DORMA

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

DRAISIN GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DYNAMO STOL APS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DYNAVOX

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

EASYLIFE GRIPESTANG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

ECN SENGEØFTER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

EDU-PLAY

Riktige Leker,tlf: 22 01 78 50/52

EDWARD SENGEN

Eurocontact Norge

ELICARE AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

E-MOBIL HJELPEMOTOR FOR**RULLESTOLER**

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

EUROFLEX

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FAAC

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

FIBERDYNEN

Picomed AS tlf. 92018007

FITFORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FLIPSTICK. HØYDEREGULERBAR**SITTESTOKK**

At ronda tlf: 51 58 87 81

GRANBERG INTERIOR AB

Astec tlf. 22 72 23 55

G. S. SMIRTHWAITE-(PETØ)

Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

HABO VÅTDUKPRESSER

At ronda tlf: 51 58 87 81

HAMATIC SENGEBUNNER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

H. BOCK

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

Highriser

HIRO-LIFT GMBH**HJELPEMIDDELSPECIALISTEN AS**

tlf: 66 81 60 70

Access AS tlf: 62 51 85 00

HML REISESENG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STOKK- OG KRYKKEHOLDER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STASTATIV

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HUMANTECHNIK

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

HUNTLEIGH HEALTHCARE

Medinor care, tlf: 22 07 65 00

HØRAT

Oticon tlf: 23 35 59 00

IDC LIFESTAND STARULLE -**STOLER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ILLER BELTEKJØRETØYER**IMAGETALK**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

JAMES

Picomed tlf: 37 11 99 50

JAZZY EL. RULLESTOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

JØHL HUMAN CARE

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

KNOP

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

KOMBIKLOSSEN

Enteron tlf: 22 64 78 70

KOM - I - KAPP

AMAJO tlf: 67 07 43 40

KOMFYRVAKT

Medinor care tlf: 22 07 65 00

LAVASET SENGEDUSJ**HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN**

tlf: 63 87 05 80

LIKO

Handicare tlf: 69 24 44 00

LOPITAL

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

LUNOLETT

Øy-tex tlf: 57 74 55 20

MEDICA GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINI CROSSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINITECH-VARMEHJ.M. FOR**BARN OG VOKSNE**

Minitech AS tlf: 62 57 78 00

MINOS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVING PEOPLE

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVITA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NEATECH RULLESTOLER

Picomed Mobility AS tlf. 90615377

NILBILD AB

Gewa tlf: 66 99 60 00

NORDIC AID

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NORINA PRODUKTER

HML Hjelpemiddelleverandøren tlf:
63 87 05 80

NOTTINGHAM REHAB

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

NTD-HISS AB

Access AS tlf: 62 51 85 00

NYPRO AS

togemo Med. Supply
tlf: 62 52 62 72

OTTO BOCK

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

PEGASUS LTD. ENGLAND

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

PERMOBIL EL. RULLESTOLER

Permobil AS, tlf: 815 30 077

PHRASE-IT, C-INNOVATION AB

cOGNiTA AS tlf: 22 43 05 00

PIKOTECH

Picomed AS tlf: 37 11 99 50

QORPUS VITA AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

QUALIWORLD, QUALILIFE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

REBEX TOADUSJ AB

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REHATEC GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REINECKER

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

ROBER LTD.

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

RONDA.OSTEHØVEL

M/KERAMBELEGG

At ronda tlf: 51 58 87 81

ROOMER TAKHEIS

Human care A/S, tlf: 63 87 78 13

SAFE PUTER OG MADRASSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SARO STØTABSORBERENDE

SALER

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

SAVI BARNESENGER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SCHUCHMANN GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SCOOTER-LINE TILBEHØRS -

PROGRAM

SENSE-MATIC AS
Access AS tlf: 62 51 85 00

SHOPRIDER

STEENS INDUSTRIER
Medinor care tlf: 22 07 65 00

STEMMEFORSTERKER, HEARING

PROD LTD

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

STOLETEC

Hepro tlf: 75 69 47 00

STORM EL. RULLESTOLER

INVACARE AS, tlf: 22 57 95 00

STRATUS ELEKTRISKE SCOOTERE

SUNGIFT SCOOTER

Arna Medikal, tlf: 55 24 18 70

SYKLER FOR BARN

Alu rehab AS, tlf: 51 68 18 89

SVAN CARE AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

SWERECO AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

TERGEO AS

tlf: 22 35 47 07

Bidet elektronisk bidet

THE GRID, SENSORY SOFTWARE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

TIMEX DATALINK

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

TOLARM AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

TOYS FOR THE HANDICAPPED AS

Riktige Leker,
tlf: 22 01 78 50/52

TRULIFE PUTER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

Bidet elektronisk bidet

TT MED

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

UNIK PRODUKTER

Hepro tlf: 75 69 47 00

VASTIA DUSJROM

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

VESTURE CORPORATION

(MICROCORE)

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

V. GULDMANN A/B

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

VILFRED-PUTEN

At ronda tlf: 51 58 87 81

VILGO

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

WELLNESS NORDIC GYNGESTOLEN

Picomed AS tlf: 92018007

WIMA-GRIPEN

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WIMA-LABBEN

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WIMA-UNDERLAGET

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WINSLOW PRESS OG

SPEECHMARK

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

WI-VIK, PRENTKE ROMIC INT

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

ØVREBØ REHABILITERING

Øvrebø rehab. AS, tlf: 32 24 42 50

BESTILLING AV KURS- OG STILLINGS- ANNONSER

For bestilling og nærmere
opplysninger:

Erik Sigurdsson

Mobil: 90 03 09 43,

e-post: erik@addmedia.no

Priser:

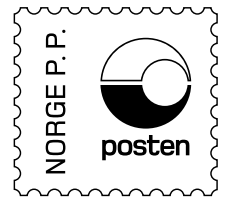
1/8 side kr 4 500, - 25%

1/4 side kr 6 000, - 25%

1/2 side kr 8 500, - 25%

1/1 side kr 12 500, - 25%

Ved annonse i papirutgaven
kan annonsen legges ut på nett
www.ergoterapeuten.no mot et
tillegg på kr 2 500,-
Nettannonse ordinært
kr 3 500,-



Returadresse:
Norsk Ergoterapeutforbund
Stortingsgt. 2
0158 Oslo



Gir god og sikker søvn



RotoFlex

Trygghet og brukervennlighet hånd i hånd

Floorbed

Sengen som reduserer risikoen for skader hos personer som har lett for å falle ut. Gulvsengen er på det laveste kun 15 cm høy, inkludert madrass. Med en maks høyde på 80 cm får helsepersonell en god og korrekt arbeidsstilling. Floorbed er enkel både å montere og slå sammen. Den tar liten plass og er lett å frakte med seg.



RotoFlex

Trygg og enkel forflytning fra seng til rullestol eller gåstol - ved hjelp av ett trykk på fjernkontrollen.

+ Høy kvalitet + Økt sikkerhet + Gir selvstendig sove- og hvilesituasjon

bardum.no • post@bardum.no • tlf. 64 91 80 60

Bardum
Den lille, store forskjellen