

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Validity – integrerte helsetjenester 6

Arbeider med sensorteknologi, tingenes internett og kunstig intelligens **10** Mellomoppgjøret 2023 **16**

Kunnskapsbehov for fremtidens kommuneergoterapi **20** «Giving people a chance» **28**

Smarte mål for en bedre fremtid **50**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen,

Ruca Maass og Eva Magnus

Vitenskapelige artikler sendes til:

vitenskap@ergoterapeutene.org

Annonser

Erik Sigurdsson

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / utgivelse

Nr. 4 – 1. aug. / 31. aug.

Nr. 5 – 2. okt. / 31. okt.

Nr. 6 – 1. des. / 29 des.

Trykkeri Aksell

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Linda Stigen / 93 22 30 19

Marte B. Størseth / 23 07 29 00

Susanne Følstad / 91 53 78 27

Skender E. Redzovic / 73 55 92 29

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær

Anne Kathrine Devik

Forhandlingssjef

Hege Munthe

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Fagsjef

Kristin Jess-Bakken

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Tove Holst Skyer, forbundsleder

Tonje Hansen Guldhav, nestleder

Heidi Elisabeth Fløtten

Mariette Elise Gjerde

Judith Ekerhovd

Kathrine Færestrand

Kamilla Lemb Herbjørnsen

Siv Iren Gjermstad

Kristin Haugen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

1. vararepresentant Karina Kolnes

2. vararepresentant Ingjerd Elisabeth Valbekmo

June Rondestvedt, varamedlem

Tori Almaas, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

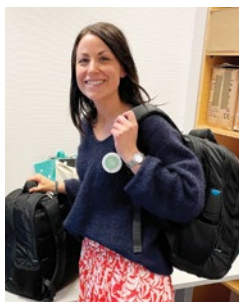
Yvonne Daus Børslid, varamedlem

Monica Frovik, varamedlem

Ane Larsen Mjøen, varamedlem

Jane Helen Sveen, varamedlem





6



10



38



44

REPORTASJE

6 Vitality – integrerte helsetjenester

Av Else Merete Thyness

18 Ergoterapistudentenes nye landsstyre

Av Mari Lausund Tengesdal

AKTUELT

44 Starten og utviklingen av aktivitetsvitenskap og dens praksis

Av Sissel Horghagen og Clare Hocking

NY ARENA

10 Arbeider med sensorteknologi, tingenes internett og kunstig intelligens

Av Else Merete Thyness

FAGLIG

20 Kunnskapsbehov for fremtidens kommuneergoterapi

Av Ruca Maass, Cathrine Arntzen, Sissel Horghagen, Tore Bondsaksen, Even Edvardsen, Unni Sveen, Astrid Gramstad, Merete Hustoft og Linda Stigen

PÅ DE SISTE SIDENE

50 Smarte mål for en bedre fremtid

Av Hilde Bonden

VÅRE TILLITSVALGTE

12 Tillitsvalgt og hovedtillitsvalgt i Moss kommune

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

54 Kursannonser

FORBUNDET

14 Trygg forsikring lanserer app for øvelseskjøring

Av Roar Hagen

15 Søk godkjenning som ergoterapispesialist

Av Anita Engeset

15 FoU-midler 2023

Av Anita Engeset

15 Nominer til tillitsvalgtpreisen 2023

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

16 Mellomoppgjøret 2023

Av Hege Munthe

VITENSKAP

28 «Giving people a chance»

Av Øyvør Haugsbakk Talåsen, Nada Andelic og Unni Sveen

38 Forsker i farten: Marianne Sund

Av Else Merete Thyness

40 Oppsummert forskning: Øyeblikk med mening; handlingsnarrativer som utspiller seg i en demensby

Av Kamilla Kielsgaard, Sissel Horghagen, Dorthe Nielsen og Hanne Kaae Kristensen

Bærekraftige helsetjenester

En bærekraftig utvikling blir stadig mer presserende for helsetjenesten. Samtidig med at vi blir stadig flere eldre, mangler vi ressursene for å ta vare på syke og pleietrengende. En naturlig reaksjon på dette er å satse mer på helsefremming og forebygging.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Reportasjen i denne utgaven er et godt eksempel på dette. *Vitality – integrerte helsetjenester* retter seg mot skrøpelige eldre og er et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset i Vestfold og Larvik kommune. To ergoterapeuter er representert i prosjektet. Ragna Gjone er prosjektansvarlig i kommunen. Karoline Eftang er en del av det tverrfaglige teamet som både følger opp pasienter etter utskrivning fra sykehuset og tilbyr *Helsestasjon for eldre*. Sentralt i begge tilbudene er en tverrfaglig kartlegging og risikovurdering som skal resultere i tiltak for å opprettholde funksjonsnivået, basert på «Hva er viktig for deg? Målet er at tiltakene skal føre til et redusert behov for ressurskrevende helse- og omsorgstjenester i kommuner og sykehus.

I denne utgaven har vi også tre bidrag som løfter fram Aktivitetsvitenskap. Den vitenskapelige artikkelen «Giving people a chance» ser på hvordan mennesker med traumatisk hjerneskade opplever

det å stå i arbeid ti til tolv år etter skaden. For å forstå betydningen av arbeid, har forfatterne brukt aktivitetsvitenskap som teoretisk rammeverk.

Artikkelen «Øyeblikk med mening; handlingsnarrativer som utspiller seg i en demensby» er en oppsummering av en forskningsartikkel publisert i *Journal of Occupational Science*. Artikkelen fokuserer på hvordan meningsfull aktivitet er en måte for mennesker med demens å skape en forbindelse til seg selv, til andre og til omgivelsene.

Vi trykker også Sissel Horghagens tredje artikkel fra sitt besøk i New Zealand, der hun blant traff Clare Hocking. Sammen trekker de opp historien om hvorfor og hvordan Aktivitetsvitenskap oppsto og utviklet seg til det det er i dag.

Da gjenstår det bare å ønske ergoterapeuter i det ganske land en velfortjent ferie med meningsfylte sommeraktiviteter.

En ergoterapeutisk stortingsmelding

Regjeringens eldrereform ble lagt frem 16. juni, i form av stortingsmeldingen Fellesskap og mestring – Bo trygt hjemme. Med denne meldingen har regjeringen som mål å utsette behovet for helse- og velferdstjenester gjennom bedre planlegging, mer forebygging og mer målrettede tjenester – slik at eldre kan bo trygt hjemme. Dette er en tydelig og åpen invitasjon til vår profesjon.



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

Aldri har våre innspill blitt lyttet til i så stort omfang, i en stortingsmelding. Da jeg møtte helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol på lanseringen, sa hun at dette er en ergoterapeutisk melding. Det er jeg helt enig i. Dette har potensiale til å bli den dreiningen vi har ytret behov for gjennom mange år. Det forutsetter imidlertid at ord omsettes til handling, og at vi kjenner vår besøkelsestid.

Stortingsmeldingen har fire innsatsområder:

- Levende lokalsamfunn
- Boligtilpasning og planlegging
- Kompetente og myndiggjorte medarbeidere
- Trygghet for brukere og støtte til pårørende

Til hvert innsatsområde er det tre, eller flere, hovedområder. Noen av disse er *inkluderende nærmiljø og aktive eldre, deltakelse og samskaping, planlegging av egen bosituasjon, forskning og kunnskapsbasert praksis og forebyggende og aktivitetsfremmende tjenester.*

Her vil vi kunne bidra med avgjørende ergoterapikompetanse, både på individnivå, gruppenivå og systemnivå. Alt fra folkehelsearbeid og universell utforming til god oppfølging av utskrivningsklare pasienter blir viktig. Derfor er det flott å kunne lese om pilotprosjektet til Sykehuset i Vestfold og Larvik kommune i dette nummeret. De har etablert tilbud om *Helsestasjon for eldre* og *Forsterket utskrivning*. Innsats som dette blir avgjørende i møtet med den demografiske utviklingen og flere eldre som ønsker å bo trygt hjemme, så lenge som mulig.

Selv om det er god grunn til å bli både begeistret og optimistisk over denne stortingsmeldingen, kunne den vært mer spesifikk på at det nettopp er ergoterapeuters kjernekompetanse som er en viktig del av løsningene. Veldig mye av det som beskrives er ergoterapi, men er ikke definert som det. Det betyr at vi alle sammen må rekke opp hånda der vi er og fortelle og vise hvorfor ergoterapeuter er løsningene.

Dersom ambisjonene og intensjonene i meldinga blir omsatt til handlinger, vil en kraftig økning i antall ergoterapeutstillinger tvinge seg frem.

I september er det lokalvalg, og politikerne har allerede startet jobben med å påvirke deg og meg til å ville stemme på deres parti. Når du møter dem, spør dem gjerne om hvordan de vil dempe behovet for varige helse-tjenester og institusjonsplasser, i takt med økningen i antall eldre. Det gir deg en fin mulighet til å fortelle dem hvorfor ergoterapi er en nødvendig del av løsningene.

Fellesskap og mestring – Bo trygt hjemme er en reform som roper etter ergoterapikompetanse. Vi er selvsagt ikke løsningen alene, for de ulike profesjonene har ulike kjernekompetanse som utfyller hverandre på nødvendig vis. –Men nå er det viktig at vi bidrar aktivt til de gode løsningene, gjennom å synliggjøre at ergoterapeuter gjør aktivitet, mestring og deltakelse mulig. En tydeligere invitasjon enn denne stortingsmeldingen får vi ikke.

PILOTPROSJEKT I LARVIK KOMMUNE

VITALITY – INTEGRERTE HELSETJENESTER

Vitality – integrerte helsetjenester har som mål å gi eldre bedre hjelp til å mestre livet ved å «sy sammen» kommune, hjem og sykehus. – Vi startet et pilotprosjekt i Larvik kommune mars 2022 der et tverrfaglig team tilbyr Helsestasjon for eldre og Forsterket utskrivning til skrøpelige eldre, forteller ergoterapeut Ragna Gjone. Hun er virksomhetsleder i Larvik kommune og prosjektansvarlig i kommunen.

Av Else Merete Thyness



Larvik er en kystby og kommune i landskapet Vestfold og Telemark fylke med en befolkning på cirka 47 777.



Ragna Gjone er virksomhetsleder i Larvik kommune og prosjektansvarlig for Vitality – integrerte helsetjenester.

Sykehuset i Vestfold (SIV) og kommunene i Vestfold har i flere år forsøkt å samarbeide om de svakeste pasientene. Blant disse er skrøpelige eldre, som vil bli den største pasientgruppen i fremtidens helse- og omsorgstjenester. *Vitality – integrerte helsetjenester* er et samarbeidsprosjekt i Helsefellesskapet i Vestfold som ønsket å utvikle en ny modell for å ivareta disse pasientene. Eldre har et stort behov for koordinerte tjenester og helhetlig tilnærming.

– Det ble satt ned en prosjektgruppe med representanter fra sykehuset i Vestfold, kommunehelsetjenesten, fastlege og brukerrepresentant. I denne gruppen ble også jeg invitert med inn. Her diskuterte vi hvordan sykehuset og kommunene kunne samarbeide om tilbud til skrøpelige eldre for å redusere antall sykehusinnleggelser og gi dem bedre livskvalitet og selvstendighet, forteller Ragna Gjone.

Prosjektgruppen laget en skisse til et prosjekt der et tverrfaglig team fra sykehuset og kommunen skulle gi tilbud om *Helsestasjon for eldre* og *Forsterket utskrivning*.

– Skissen ble lagt fram for styringsgruppen, der både klinikk-

sjefene for sykehuset og kommunalsjefene er representert, og det ble bestemt at Larvik kommune skulle være pilot for prosjektet, sier Gjone.

Mars 2022 startet prosjektet *Vitality – integrerte helsetjenester* opp.

– Dette er et spennende prosjekt som satser på forebygging og helsefremming gjennom å møte brukere som begynner å bli skrøpelige, men der det fremdeles er mulig å reversere eller stoppe opp denne utviklingen. Rekrutteringen til *Helsestasjon for eldre* og *Forsterket utskrivning* er forskjellig, men kartleggingen av utfordringer og teamet er felles, sier hun.

TVERRFAGLIG TEAM

Prosjektets tverrfaglige team har lokaler på Helsehuset i Larvik og består av Karoline Eftang (ergoterapeut i Larvik kommune), Marte Olaussen Aarvik (spesialsykepleier i Larvik kommune), Karen Lærum (fysioterapeut i Larvik kommune), Silje Kristin Klemetsby (sykepleier på SIV) og Dyveke Gleditch (geriater på SIV).

– Vi har en effektiv drift der vi utfører de samme oppgavene. Deretter diskuterer vi funnene



Teamet har internundervisning hver mandag og to faste møter i uken. Fra venstre: Karoline Eftang, Karen Lærum, Dyveke Gleditsch, Marte Olaussen Aarvik og Silje Kristin Klemmetsby.

våre i teamet, får dem belyst fra forskjellige vinkler, vurderer hva som er risiko for denne pasienten og finner forslag til tiltak. Jeg har lært utrolig mye av å jobbe så tett med andre yrkesgrupper, sier Karoline Eftang.

HELSESTASJON FOR ELDRE

Helsestasjon for eldre har to undersøkelsesrom på Helsehuset. Inklusjonskriteriet var fra starten av å ha søkt om rullator eller trykghetsalarm. Her er det ikke fast aldersgrense, funksjon er viktigere en alder. Nå har de åpnet for at bruker, pårørende, fastlege, legevakt og andre instanser også kan henvise. Bruker blir da kontaktet av teamet og invitert til en samtale. Helsestasjonen er åpen fra mandag til fredag, og hvert besøk tar cirka to timer.

– Vi starter med en samtale der vi spør om hva som er viktig for bruker og pårørende, hvis de er med, og hvor vi forteller dem hva som er bakgrunnen og målet

med kartleggingen. Deretter måler vi blodtrykk og puls og sjekker høyde og vekt. Eldre har risiko for underernæring, så dette er viktig å fange opp, forklarer Eftang.

Etter dette følger en kartlegging av ulike funksjonsområder innenfor psykisk, kognitiv og fysisk funksjon, ernæringsstatus, syn og hørsel.

– Målet vårt er å forebygge uhelse og bidra med råd og veiledning slik at brukeren vil oppnå mestring og god livskvalitet. Vi informerer også om kommunenes lavterskeltilbud, i tillegg til at teamet har opprettet en egen fallforebyggende gruppe her på Helsehuset. Mange har glede av den, sier Eftang.

OPPFØLGING

De som har hatt konsultasjon på helsestasjonen får tilbud om oppfølging etter seks måneder. Denne dagen har Eva Katrin Larsen en avtale med Karoline Eftang.

– Jeg fikk en brosjyre om



Her får Eva Katrin Larsen sjekket styrken på grepet sitt. Styrken på grepet sier mye om en persons helsetilstand.



Fysioterapeut Karen Lærum driver fallforebyggende gruppe på Helsehuset to ganger i uken i regi av Vitality – Integrerte helsetjenester. Hit henviser de mange brukere.

Helsestasjon for eldre på hjelpemiddellagret da jeg hentet ut en rullator, deretter ble jeg kontaktet av teamet, forteller Larsen.

Først sa Eva Katrin Larsen nei, men så ombestemte hun seg og ringte dem opp igjen. Hun mener dette er et positivt tiltak, ikke bare for henne, men for mange andre også.

– Jeg lærte blant annet noen balanse- og styrkeøvelser for å forebygge fall, og de gjør jeg hjemme.

Hun fikk også en gripetang og en arbeidsstol.

– Veldig mange får utdelt enkle hjelpemidler etter et besøk hos oss, forteller Karoline Eftang.

Etter å ha sjekket Eva Katrin Larsens grep og snakket om hvordan hun har det, blir de enige om at Karoline skal komme på besøk hjemme hos henne.

– Mange får oppfølgingsbesøk hjemme. Da gjør vi en vurdering av boligen sett opp mot perso-

nens funksjonsnivå og kommer med råd og veiledning om tilrettelegging med fokus på å forebygge fall og mestring av aktivitet, sier Eftang.

FORSTERKET UTSKRIVNING

Forsterket utskrivning er en oppfølging av pasienter etter utskrivelse fra sykehuset, hjemme hos pasienten. Målet er blant annet å redusere antall reinnleggelser og hjelpe dem å leve hjemme lenger med best mulig livskvalitet.

Silje Kristin Klemmetsby er eldrehelsekoordinator på Sykehuset i Vestfold og en del av det tverrfaglige teamet. Hun får en daglig statistikk over eldre over 75 år fra Larvik kommune, som er innlagt på sykehuset. Disse skårer hun på Clinical Frailty Scale og dersom de ligger mellom 4 (svært mild skrøpelighet) og 7 (alvorlig skrøpelighet) får de tilbud om *Forsterket utskrivning*.

– Vi har ferdigpakkede bager

som vi tar med oss når vi reiser på hjemmebesøk. De inneholder det samme utstyret som blir brukt på helsestasjonen. En uke etter at de har kommet hjem fra sykehuset besøker vi pasientene. I tillegg til å utføre testene, går vi også gjennom legemidlene de bruker. Geriateren gjør i samarbeid med en klinisk farmasøyt en vurdering av legemidlene pasientene bruker. De har deretter en felles gjennomgang med fastlegen, forklarer Eftang.

Resultatene fra det første besøket blir diskutert i et tverrfaglig møte med teamet, der de kommer frem til en egenbehandlingsplan og tiltak for pasienten. Egenbehandlingsplanen bygger på samtalen de har hatt med pasienten og bygger på svarene pasienten gir på spørsmålet «Hva er viktig for deg?». Deretter kan det foretas et nytt hjemmebesøk med fokus på fallforebygging i hjemmet i tillegg til at de også vurderer



Marte Sofie Wang Hansen er geriater og prosjektleder for Vitality.



Forsterket utskrivning foregår hjemme i pasientens hjem. En uke etter at de er skrevet ut av sykehuset får de besøk av en fra teamet.

hvordan det kan tilrettelegges for mestring av daglige aktiviteter.

– Nå informerer vi dem om tiltaksplanen som er basert på de behovene de selv har identifisert. Som en del av dette gir vi dem informasjon om lavterskeltilbud i kommunen. Det kan være alt fra fallforebyggende gruppe i regi av helsestasjonen, til aktiviteter som foregår på nærmiljøsentret. Målet er å jobbe forebyggende, at de skal øke livskvaliteten og kunne gjøre de tingene de vil. Etter seks måneder foretar vi et oppfølgingsbesøk, og da ser vi ofte at de har blitt bedre. Det er viktig å forebygge skrøpelighet ved å tilrettelegge for de eldre og deres pårørende, sier Eftang.

FORSKNING

Marte Sofie Wang Hansen er geriater og ph.d.-stipendiat ved Sykehuset i Vestfold. Hun er prosjektleder for *Vitality – Integrerte helsetjenester*. I samarbeid med Universitetet i Oslo har hun ansvaret for forskningen som er knyttet til *Forsterket utskrivning*.

– Målet er å gjøre helseøkonomiske analyser av denne type

tjeneste. Vi skal vurdere livskvaliteten til pasientene tilknyttet prosjektet og se om den utvikles positivt i sammenligning med en kontrollgruppe, sier hun.

Pasientene skal følges i seks måneder etter innleggelsen. Da skal livskvalitet måles ved hjelp av PROM-skjema som pasientene selv fyller ut.

– PROM står for Patient Reported Outcome Measures og inneholder spørsmål om gangfunksjon, personlig stell, vanlig gjøremål i hjemmet, smerter og ubehag, angst og depresjon. Alle spørsmålene har fem svaralternativer. Skårene overføres til en skala fra null til 100, som igjen sier noe om helsen de har i dag, forklarer Wang Hansen.

Skjemaet er også tilrettelagt slik at det kan brukes i helseøkonomiske analyser.

– Dette får jeg hjelp til av universitetet i Oslo. Vi skal blant annet sammenligne prosjektgruppen med kontrollgruppen og se om de har færre helsetjenester eller bruker helsetjenestene på en annen måte. Resultatene fra prosjektet får vi i 2025.



På Helsehuset ligger ferdigpakketene bager klare. De inneholder alt utstyret teamet trenger til hjemmebesøk i Forsterket utskrivning.

CLINICAL FRAILTY SCALE - NORWEGIAN								
1	2	3	4	5	6	7	8	9
VELDIG SPREK	SPREK	KLARER SEG BOK	LEVER MED SVERT MIDT SKRØPELIGHET	LEVER MED MIDT SKRØPELIGHET	LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET	LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET	LEVER MED SVERT ALVORLIG SKRØPELIGHET	TERMINALT SYK

Teamet bruker Clinical Frailty Scale både på Helsestasjon for eldre og Forsterket utskrivning.


NAVN

Trude Husjord

STILLING

Daglig leder

HVOR

Pinova

Arbeider med sensorteknologi, tingenes internett og kunstig intelligens

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i selskapet Pinova. Pinova står for «Personlig innovasjon». Vår visjon er å bidra til økt trygghet og livskvalitet for hjemmeboende eldre. Vi benytter moderne teknologi som fanger opp unormale hendelser, og varsler via en ringerobot direkte til pårørende, nabo, omsorgspersoner eller andre (inntil seks mottakere).

Unormale hendelser kan være at den eldre ikke står opp som vanlig, faller og blir for lenge på badet eller ved demenssykdom,

at han eller hun går ut om natten. Pårørende og omsorgspersoner får da umiddelbart et varsel via en telefonoppringning og sms og følger opp hendelsen.

Det unike med løsningen er at det ikke kreves aktiv handling verken fra beboer eller den som mottar varselet, ingen alarmknapp å trykke på, app å åpne eller videoovervåkning. Det er heller ingen krav til opplæring eller bygningsmessige tilpasninger for å ta i bruk løsningen. For å ivareta personvernet blir all data lagret i boligen og ikke i skyen. Systemet er selvlerende og lærer seg selv bruksmønsteret til den som bor i boligen.

Løsningen er aktuell for eldre som bor i egen bolig eller omsorgsbolig og kan være til nytte for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

– Hva jobber du som?

– Jeg er daglig leder og har vært med å etablere selskapet.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg begynte å jobbe med ideutviklingen og løsningen høsten 2021. Selskapet, Pinova, ble stiftet i februar 2022, men jeg ble ikke formelt ansatt før i januar i år.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Å være gründer og daglig leder i en oppstartsbedrift betyr et bredt spekter av arbeidsoppgaver. Det er flere, både enkle og komplekse arbeidsoppgaver, som må håndteres parallelt. Det viktigste for oss har vært å få testet ut løsningen og få tilbakemeldinger fra brukerne. Den er nå i bruk i flere omsorgsboliger og fungerer etter hensikten. Målet er å gi eldre et langt og godt liv i

egne hjem, og trygghet for deres pårørende.

Gründertilværelsen er sammensatt. Ideen skal utvikles, løsningen skal presenteres for aktuelle brukergrupper og brukerorganisasjoner, og det må skaffes kapital til oppstartsfasen. Jeg har gjennomført en rekke presentasjoner av selskapet og vår innovasjon på frokostmøter, investor-, entreprenørdager og i direkte møter med ulike interessenter.

Det har vært utrolig gøy å få så god respons på vår ide. Det er selvfølgelig stor stas at vi også har blitt lagt merke til utenfor Norges grenser. Vi ble nemlig plukket ut som en av satsningene til WomenTech EU-programmet i konkurranse med nærmere 450 oppstartsbedrifter fra hele Europa. I tillegg til økonomisk støtte får vi en unik tilgang på kompetanse og nettverk i Europa.

Nå går vi inn i en fase hvor kommersialisering står på dagsorden. Vi skal få på plass effektive markeds- og distribusjonskanaler og ikke minst starte rekrutteringen av flere ansatte.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Min ergoterapikompetanse har vært og er helt avgjørende for utviklingen av en brukervennlig velferdsteknologiløsning. Vår tilnærming bygger på forståelsen av at meningsfulle aktiviteter er viktig for helse og trivsel. Hjemmets og hverdagslivets betydning for eldre, samt kunnskap om aldersrelaterte funksjonsnedsettelser har bidratt til at løsningen har blitt godt mottatt.

I utviklingen av løsningen har vi benyttet metoden «design thinking» som etter min oppfatning på mange måter er en ergoterapi-tilnærming. Man kartlegger

utfordringene fra et brukerperspektiv og deretter finner man tilretteleggingstiltak. Vår tilrettelegging er å bruke sensortechnologi, tingenes internett og kunstig intelligens som gjør det mulig å bo lengre i egen bolig.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

–Ja, jeg mener det burde være flere ergoterapeuter med i utviklingen av helse- og velferdsteknologi. Vi står nå i et paradigmeskifte hvor teknologi for alvor innlemmes i helsetjenester, og her er ergoterapeuten unik med sitt perspektiv på individ, omgivelser og aktivitet.

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

– Det er utrolig spennende å jobbe med løsninger som kan bidra til økt trivsel og livskvalitet ved å tilrettelegge med smart teknologi. At eldre kan føle seg trygge og klare seg lenge i egen bolig er meningsfullt. I tillegg involveres pårørende som et ekstra sikkerhetsnett og varsles når unormale hendelser skjer med den eldre i boligen. Det betyr at pårørende som står i spagaten mellom jobb, egne barn og barnebarn og sine eldre foreldre kan ha én mindre bekymring. De kan derfor dra innom sine eldre på en hyggelig kaffe-prat fremfor å dra på sjekkerunde.

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

– Ja, jeg tror at ergoterapeuter

med sin brukerorienterte, kreative og løsningsorienterte tilnærming, har de beste forutsetninger for å bidra til morgendagens teknologiske løsninger. Selv har jeg erfaring som mangeårig leder i norsk næringsliv innen media, teknologi og rådgivning. Jeg er utdannet Handelsøkonom og har en Master i innovasjon og strategisk forretningsutvikling.

Jeg valgte imidlertid å ta en Bachelor i ergoterapi i voksen alder nettopp fordi jeg så til de grader deler forståelsen av at meningsfulle aktiviteter er sentralt i menneskers liv. Jeg er stolt av å være ergoterapeut. Vi har en helt unik tilnærming, hvor vi legger til rette for mestring og livskvalitet.

pinova®



OM PINOVA

Pinova ble etablert i februar 2022 av søskenparet Trude Husjord og Per-Kristian Løvås. Trude er ergoterapeut, handelsøkonom og har en master i innovasjon- og strategisk forretningsutvikling. Per-Kristian har over 20 års erfaring som systemutvikler og har de seneste årene arbeidet med utvikling av sensorløsninger. Kompetansen og erfaringene de har til sammen hjelper nå andre. Pinova har utviklet sensor-teknologi som gjør det lettere å følge opp eldre og mennesker med funksjonshemming mens de bor hjemme.

**NAVN**

Heidi Merete Paulsen

VERVTillitsvalgt og
hovedtillitsvalgt**TARIFFOMRÅDE**

KS

Tillitsvalgt og hovedtillitsvalgt i Tromsø kommune

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i Tromsø kommune i avdeling Fysio- og ergoterapi for voksne.

– Hvilket tariffområde tilhører du?

– Jeg er tillitsvalgt i tariffområdet KS.

– Hvor mange er du tillitsvalgt for?

– På avdelingen er jeg tillitsvalgt for ti akkurat nå. I tillegg er vi to som deler på hovedtillitsvalgtoppdraget, og med disse har jeg ansvar for 60 medlemmer. Jeg har hovedansvaret siden den andre jobber redusert.

– Hvorfor ble du tillitsvalgt?

– Jeg ønsket å få informasjon og kunne påvirke min egen og kollegers arbeidshverdag. Tjenesten jeg jobber i, ble plutselig omorganisert for noen år siden, og vi ble flyttet til seksjon for hjemmetjenester, helt uten informasjon eller mulighet for påvirkning. På dette tidspunktet hadde vi verken plasstillitsvalgt eller hovedtillitsvalgt for Ergoterapeutene. Ingen av mine kollegaer kunne tenke seg å ta ansvaret, så da var det bare å brette opp armene og hive seg ut i det. Det har vært spennende og givende.

– Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– I denne runden har jeg vel vært tillitsvalgt i fire år snart og hovedtillitsvalgt i nesten to år. Jeg var også tillitsvalgt på slutten av 90-tallet og igjen tidlig 2000.

– Hva er de viktigste oppgavene dine som tillitsvalgt?

– Hovedarbeidsområdet er lønn- og arbeidsvilkår for medlemmene. Som tillitsvalgt i avdelingen deltar jeg fast på HMS-møter både for avdelingen og for hele enheten. Jeg er med på hele prosessen ved nyansettelser og deltar også i tilsetningsutvalg for andre stillinger i enheten. Jeg bistår enkeltmedlemmer ved behov, legger inn lønnskrav og forhandler lønn. Videre deltar jeg i kursgruppe, arbeidsgrupper og grupper for miljøtiltak.

Som hovedtillitsvalgt har vi faste møter med de ulike etatene i kommunen. Jeg deltar der jeg ser at det er aktuelle saker for oss og støtter meg til fysioterapeut- og sykepleierforbundet der det er hensiktsmessig. Siden vi ikke har frikjøp, begrenser det seg selv i forhold til hva jeg deltar i av planarbeid. På de faste møtene med kommunen tas det opp aktuelle saker og kommende prosesser, og vi har både mulighet til å kommentere direkte og skriftlig i etterkant.

Vi har også en velfungerende UNIO-gruppe i kommunen, hvor alle hovedtillitsvalgte er representert. Før lønnsoppgjøret nå i 2023 var det hektisk møtevirksomhet med streikeforberedelser, konsekvensanalyser og planlegging. Det var et veldig spennende arbeid, og jeg fikk også anledning til å delta på streikeberedskapsopplæring i Oslo. Det er spennende å jobbe med streikeberedskap, og det gir en større forståelse for både rettighetene våre og de andre faggruppene i UNIO. Å delta på kurs i Oslo ga også mulighet for å møte andre hovedtillitsvalgte og utveksle erfaringer, spørsmål og kunnskap.

Videre er lønsspørsmål viktig, og jeg deltar på lokale forhandlinger hvert år for de i spesialkode. Vi tillitsvalgte snakker også en del lønnspolitikk for kommunen og legger planer for neste års lokale forhandlinger. Til sist, og ikke minst, ivaretar jeg og min kollega enkeltmedlemmer rundt i kommunen som ikke har egne tillitsvalgte. Dette kan være spørsmål rundt lønn, arbeidsvilkår eller arbeidsmiljø.

– Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?

– Den største utfordringen er å få tid til alt jeg har lyst å ta tak i eller å prioritere det som er viktigst. Jeg har en god leder og arbeidsgiver som legger opp til at jeg får tid til å gjøre det jeg trenger. Til tider tar det mye tid, men det er et viktig arbeid.

Det er også utfordrende å stå i enkelte medlemsaker, men her har jeg fått helt uvurderlig hjelp av forbundet sentralt. De svarer på telefoner, bistår

- VÅRE TILLITSVALGTE -

med lovhjemler og slagkraft og er diskusjonspartner når jeg trenger det.

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

- Nysgjerrighet og vitelyst er gode egenskaper. Jeg tenker også at faget vårt legger et godt grunnlag for å være tillitsvalgt. Ved nye henvendelser og problemstillinger må saken kartlegges, muligheter utforskes og lover og regler sjekkes ut, akkurat som jobben for øvrig. Det er også en fordel å være god på relasjoner og dialog i møte med ledere og kommunen for øvrig.

- Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

- Det må være fra siste lokale forhandlinger. Vi hadde forberedt oss godt, og jeg var forhandlingsleder. Det å få gjennomslag og gehør for argumentasjon om hvor viktig ergoterapi er og hvilken forskjell vi kan gjøre, var fantastisk. Vi fikk totalt gjennom mer enn rammen for vår gruppe!

- Hva har du ennå ikke oppnådd som tillitsvalgt?

- Åh, det er mye. Vi jobber blant annet med å få endret vilkårene for få spesialergoterapeutkode, slik at ordningen er lik den fysioterapeutene har. Det oppleves ikke riktig slik det er i dag.

Vi har også mange med lang og uvurderlig erfaring som ikke får uttelling for dette, siden de ikke har videreutdanning. Jeg gleder meg til neste års lokale forhandlinger.

- Vil du anbefale andre å bli tillitsvalgt?

- Absolutt, det er spennende og lærerikt. Du får en dypere forståelse for organiseringen i kommunen og mulighet til å påvirke i større grad enn du tror.

På arbeidsplassen får du mulighet til å påvirke arbeidsdagen via HMS-arbeid lokalt, ansettelses, prioriteringer og fokus.

Sentralt er det uvurderlig å få informasjon om utfordringer, planer fremover, fokus i kommunen og å få mulighet til å påvirke gjennom innspill og deltakelse i arbeidsgrupper.



Tromsø (nordsamisk Romsa) er en bykommune i Troms og Finnmark fylke. Det er den tredje største bykommunen i landet.

Tryg Forsikring lanserer app for øvelseskjøring

Tryg lanserer en helt ny øvelseskjøringsapp som skal bidra til økt sikkerhet for de ferskeste førerne. Etter 2000 loggførte kilometer vanker det belønning både for fører og foreldre.

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

SPAR PENGER MED HØYERE STARTBONUS

Øvelseskjøring reduserer muligheten for ulykker og skader. Det belønner vi med billigere bilforsikring når du en gang skal forsikre din første bil. Hele 70 prosent i startbonus – her er det penger å spare.

IKKE DYRERE Å LÅNE BORT BILEN TIL DEG UNDER 23 ÅR

Vanligvis er bilforsikring dyrere når sjåføren er under 23 år. Er du under 23 år og har øvelseskjørt 2000 kilometer, kan du kjøre biler som er forsikret hos oss uten at vi krever ekstra forsikring. En grunn mindre for ikke å låne bort bilen til deg under 23 år.

ØVELSESKJØRING – EN TRYG VEI TIL LAPPEN

Forskning viser at øvelseskjøring i

forkant av førerprøven, reduserer risikoen for ulykker i etterkant. Statens Vegvesen anbefaler å øvelseskjøre 2000 kilometer.

For å hjelpe deg å oppnå 2000 kilometer har vi utviklet appen Tryg vei til lappen. Her får du logget hvor langt du kjører, hva du har øvd på og hvor langt du har igjen før målet er nådd. Lykke til!

GODE RABATTER

Husk at du som medlem har gode rabatter på forsikring gjennom ditt medlemskap i Ergoterapeutene. Les mer på ergoterapeutene-forsikring.org

PS! Har du begynt å øvelseskjøre med en annen app, er ikke det noe problem. Du kan enkelt overføre kilometer til appen vår, Tryg vei til lappen. Kilde: Tryg



Søk godkjenning som ergoterapispesialist!

Av Anita Engeset

En ergoterapispesialist har avansert kunnskap om ergoterapi og en styrking innen spesialistområdet. Det kreves utdanning på master nivå, med ergoterapifaglig eller relevant tverrfaglig master med 120 studiepoeng. Ergoterapeutenes spesialistordning omfatter syv spesialistområder.

Nå kan du søke godkjenning som ergoterapispesialist elektronisk. Du kan påbegynne registreringen av din søknad, lagre den underveis og levere den på et senere tidspunkt. Dette forenkler søkeprosessen og gir deg bedre

oversikt over hvilken kompetanse du mangler for å kunne sende inn søknaden. Dette gjelder også fornyet godkjenning.

SØKNADSRIST 15. SEPTEMBER HVERT ÅR.

Mer om ordningen og hvordan



søke finner du på Ergoterapeutenes nettside: <https://ergoterapeutene.org/spesialist/>.

FoU-midler 2023

Har du en problemstilling du ønsker svar på? Ble du inspirert av Ingvild Kjekens æresforelesning på Fagkongressen i Stavanger, «Fremtidig forskning i Ergoterapifaget»? Har du funnet et kunnskapshull som må tettes, men trenger midler for å realisere prosjektet? FoU-midlene kan realisere drømmen om et prosjekt innen forskning og fagutvikling!

Av Anita Engeset

Hvert år lyser Ergoterapeutene ut prosjektmidler som skal støtte forskning og fagutvikling (FoU). Forbundsstyret har vedtatt at det også i 2023 skal utlyses 500 000 kroner til forskning og fagutvikling som omhandler mestring og tidlig innsats for barn og unge og/

eller synliggjør ergoterapeuters bidrag til utvikling av bærekraftige helse- og velferdstjenester.

Støtten kan brukes til frikjøp, arbeidsstipend, reisestipend og andre prosjektkostnader. Ergoterapeutenes FoU-midler skal stimulere til fagutvikling og forskning som kommer befolk-

ningen, brukerne og faggruppen til gode. Kriteriene for søknad og søknadsskjema med mer finner du på Ergoterapeutenes hjemmeside under fanen «Ergoterapi», «FoU-midler». Søknadsfrist: 15. september 2023.

Velkommen som søker!

Nominer til Tillitsvalgtprisen 2023

Våre tillitsvalgte er limet i organisasjonen vår. De er tetttest på medlemmene og vet hvor skoen trykker.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

De tillitsvalgte er ekspertene på virkeligheten i arbeidshverdagen på den enkelte arbeidsplass, og det er de som står i posisjon til å skape endringer lokalt. De kjenner medlemmene, arbeidsoppgavene, har innsikt i prosesser og mekanis-

mer på arbeidsplassen og de kjenner organisasjonen vår og hvor vi vil. Våre tillitsvalgte er Norsk Ergoterapeutforbund på arbeidsplassene. Du har nå muligheten til å nominere din tillitsvalgt til Tillitsvalgtprisen 2023. Se hjemmesidene for mer informasjon.

Mellomoppgjøret 2023

Forhandlingene i staten, KS-området og Oslo kommune kom i havn før fristen som var natt til 1. mai. Denne gangen slapp vi altså å gå veien om Riksmekleren.

Av Hege Munthe



Hege Munthe er forhandlingssjef i Ergoterapeutene.

Det er vanlig at konkurranseutsatt industri, LO og NHO i privat sektor, forhandler først, og at den økonomiske rammen fra frontfaget danner et utgangspunkt for lønnsveksten i de øvrige tariffområdene. I år har vi hatt en historisk streik mellom LO og NHO. Det har ikke skjedd i et mellomoppgjør tidligere.

Resultatet i frontfaget endte med en ramme på 5,2 prosent. Det tekniske beregningsutvalget (TBU) anslår prisveksten til 4,9 prosent i 2023. På bakgrunn av tidligere tariffoppgjør, hvor offentlig sektor har kommet dårligere ut enn privat sektor, var det i år et mål for Unios forhandlingsutvalg å få en høyere ramme i offentlig sektor.

STATEN

Først kom Unio og staten til enighet. Den økonomiske rammen på 5,2 prosent er på linje med frontfaget. Potten skal forhandles på hver enkelt virksomhet. Det innebærer en balanse mellom generelle og individuelle tillegg, med virkning fra 1. mai 2023.

Potten i årets oppgjør er stor

og over forventet prisvekst. Det betyr at våre tillitsvalgte var sikret et handlingsrom for å gjøre gode lokale prioriteringer.

KS - KOMMUNE SEKTOREN

Noe senere kom Unio og KS til enighet med en ramme på 5,4 prosent, som er over frontfaget. Virkningsdato er 1. mai 2023. Unio fikk gjennomslag for sine hovedkrav som var:

- 1 reallønnsvekst for alle våre medlemsgrupper
- 2 en ramme over frontfaget
- 3 prioritering til de med lengst utdanning og lang ansiennitet.

Det ble også bestemt at det ved hovedtariffoppgjøret til neste år skal settes av midler til lokale lønnsforhandlinger.

OSLO KOMMUNE

Deretter kom partene i Oslo kommune til enighet. Unio fikk gjennomslag for sitt hovedkrav, om en ramme over frontfaget og reallønnsvekst for alle Unios grupper. Den økonomiske rammen i Oslo kommune endte på 5,4 prosent, det samme som i KS og over frontfaget. De som har opp

til lønnstrinn 35 og tjener 541 800 kroner, får et tillegg på 32.000 kroner. Alle som ligger i lønnstrinn 36 og høyere, får et tillegg på 6,0 prosent fra 1. mai 2023.

HELSEFORETAKENE I SPEKTER

Den 7. juni kom partene i Spekter til enighet etter gode og konstruktive forhandlinger med et resultat som lå over rammen til frontfaget. Vi er svært fornøyd med dette resultatet.

Vi har fått et generelt tillegg til alle våre medlemmer på fem prosent, og avdelingsledere har fått 5,2 prosent, alle med virkning fra 1. juli.

Det generelle tillegget er inkludert i ny minstelønn. Med virkning fra 1. november økes minstelønn for spesialergoterapeut med minst ti års ansiennitet til kr. 650 000.

I Helseforetakene er det avtalt et nytt ansiennitetstrinn, et seks-års trinn. Se tabell 1.

Lørdags- og søndagstillegget endres fra 1. desember 2023. For ordinært arbeid mellom kl. 00.00 lørdag og kl. 24.00 søndag betales et prosentvis tillegg med 26 prosent av timelønn. Tillegget skal ikke være mindre enn kr. 70 per time.

Ny minstelønn 2023	0 år	4 år	6 år	8 år	10 år
Ergoterapeut	463 000	479 000	481 000	505 000	565 000
Spesialergoterapeut	516 000	539 000	550 000	577 000	633 000

Tabell 1.

Arcona posisjoneringsputer

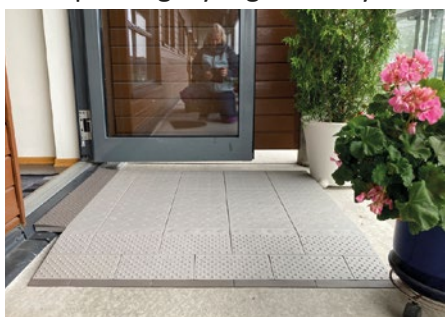
- Putene former seg godt etter kroppen og beholder ønsket form
- Tyngde og god friksjon gjør putene meget stabile
- Leveres med trekk i myk og behagelig bomullsjersey

På avtale med NAV

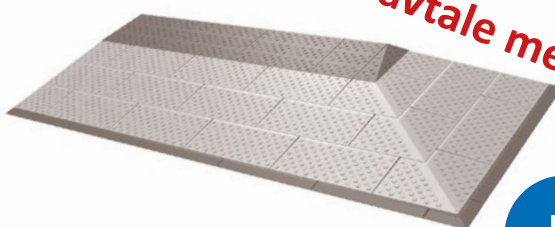
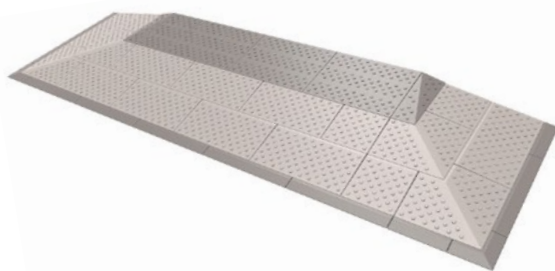


SecuCare terskeleliminator

- Påkjøring med lik stigningsgrad fra flere sider
- Mulighet for reposløsninger
- Tilpasningsdyktig modulsystem



På avtale med NAV



www.ovrebo.no

øvrebo rehab

Ergoterapistudentenes nye landsstyre

Ergoterapistudentene er norske ergoterapistudenters interesseorganisasjon og skal fremme sosialt og faglig fellesskap i og på tvers av ergoterapiutdanningene.

Av Mari Lausund Tengesdal



Mari Lausund Tengesdal studerer ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet (HVL) i Bergen.

På hvert av totalt seks studiesteder blir det valgt ut et lokalstyre, hvor det igjen velges to kandidater til å representere sitt studiested i Ergoterapistudentenes landsstyre.

Landsstyrets hovedoppgave er å være stemmen til mangfoldet av ergoterapistudenter i Norge. Som bindeleddet mellom ergoterapistudenter og andre organer som eksempelvis Ergoterapeutene og Unio, jobber landsstyret for å rekruttere studentmedlemmer inn i fagforbundet.

LANDSMØTE I OSLO

Under Ergoterapistudentenes landsmøte fra 20. til 22. januar 2023 var tiden kommet for det gamle landsstyret i Ergoterapistudentene til å tre av og gi stafetten videre til et nytt styre. Vi var samlet i Stortingsgata 2, som er Ergoterapeutenes og Unios hovedkvarter, og det ble en helg full av forventninger, planlegging, opplæring og relasjonsbygging.

For flere av landsstyrets nye medlemmer var det første gang de fikk møte ergoterapistudenter fra andre høyskoler og universiteter i Norge, herunder Gjøvik, Oslo, Bergen, Stavanger og Tromsø.



Ergoterapistudentenes landsstyre 2023. Fra venstre: Amalie Harveland Vatne (sekretær), Amalie Røyland (kommunikasjonsansvarlig), Martine Klevstad Røkke (internasjonal kontakt), Geir Christian Brakksta (nestleder), Helene Grelland Bohman (Unio-kontakt), Malin Østeby (styremedlem), Emma Flavé (økonomiansvarlig), Mari Lausund Tengesdal (Ergoterapeuten-kontakt), Kaja Høyem (kommunikasjonsansvarlig), Kristine Vassnes (leder), Alexander Sviggum (tillitsvalgtkontakt). Fraværende: Kine Bjerkholt (styremedlem)

Tidligere sekretærer Amalie Harveland Vatne og Amalie Røyland og tidligere nestleder Mari Lausund Tengesdal sitter i Ergoterapistudentenes landsstyre videre i en ny periode. Etter at årsrapport fra fjoråret og attester til de avtroppende var på plass, tok det

ikke lang tid før diskusjonen var i gang hos det nye styret. Håndboka ble revidert og nye verv bestemt.

Kristine Vassnes fra Tromsø ble valgt som ny leder i Ergoterapistudentene. En ny landsstyreperiode var herved i gang!



Påtroppende Leder Kristine Vassnes og avtroppende leder Magnus Aarli.



Her er gjengen samlet på Ergoterapeutenes forbundskontor. Vi fikk blant annet innblikk i Ergoterapeutenes arbeid, våre felles mål og muligheter for samarbeid.

OPPSTARTSSEMINAR MED ERGOTERAPEUTENE

Det første på planen for det nye landsstyret var oppstartsseminaret med Ergoterapeutene i Oslo fra 10. til 12. februar 2023. Oppstartsseminaret ble ledet av Ergoterapeutenes organisasjonssjef Karl-Erik Bjerkaas og nestleder Tonje Hansen Guldhav. Målet med oppstartsseminaret var å få et innblikk i Ergoterapeutenes arbeid, våre felles mål og muligheter for samarbeid. Landsstyret fikk også en innføring fra LNU, Landsrådet for barne- og ungdomsorganisasjoner, om prosessen for å søke om økonomisk støtte til arrangementer og aktiviteter på studiestedene. Vi fikk også høre foredrag om Unio og Unio-studentenes engasjement og arbeid.

LANDSSTYREMØTE I BERGEN

I perioden 2023 skal landsstyret ha tre møtehelger på tre forskjellige studiesteder. Det første landsstyremøtet ble holdt fra 21. til 23. april 2023 på Høgskulen på Vestlandet (HVL) i Bergen. Akkompagnert med nydelig vær, var landsstyret klart for det første selvstendige møtet. Noen av sakene som ble tatt opp, var planlegging av rekrutterings-



Landsstyret utenfor festningen i Bergen.

arrangement for nye studenter til høsten samt Ergoterapiens dag 27. oktober. Videre i år skal det gjennomføres en spørreundersøkelse om praksis for alle ergoterapistudenter som også ble gjennomført i 2022. NSF student, Sykepleiernes studentorganisasjon, utarbeider også praksisvet-

tregler for studenter ved helsefag i samarbeid med blant annet Ergoterapistudentene.

Er du interessert i å se hva Ergoterapistudentene jobber med? Følg oss på Instagram og Facebook: @ergoterapistudentene og les mer på: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapistudentene/>.

Kunnskapsbehov for fremtidens kommuneergoterapi

OPPSUMMERING AV WORKSHOP VED FAGKONGRESS STAVANGER 2022

Av Ruca Maass, Cathrine Arntzen, Sissel Horghagen, Tore Bonsaksen, Even Edvardsen, Unni Sveen, Astrid Gramstad, Merete Hustoft & Linda Stigen

Ruca Maass er ergoterapeut og arbeider ved Institutt for Nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige Universitet (NTNU), Trondheim.

Cathrine Arntzen er ergoterapeut og arbeider ved Institutt for helse- og omsorgsfag, Det arktiske Universitet (UiT).

Sissel Horghagen er ergoterapeut og arbeider ved institutt for Nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige Universitet (NTNU), Trondheim.

Tore Bonsaksen er ergoterapeut og arbeider ved Institutt for helse, VID Stavanger.

Even Edvardsen er ergoterapeut og arbeider ved Institutt for helse- og omsorgsfag, Det arktiske Universitet (UiT).

Unni Sveen er ergoterapeut og professor emerita ved Oslo Met og Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Oslo Universitetssykehus.

Astrid Gramstad er ergoterapeut og arbeider ved Institutt for helse- og omsorgsfag, Det arktiske Universitet (UiT).

Merete Hustoft er ergoterapeut og arbeider ved Institutt for helse og funksjon, Høgskolen på Vestlandet.

Linda Stigen er ergoterapeut og arbeider ved Institutt for helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelig Universitet, (NTNU Gjøvik).

Sammendrag

Kommunal ergoterapi gjennomgår store endringer knyttet til fremtidens behov og organisering av kommunale helsetjenester. For å forstå mer av hvordan endringene preger dagens og fremtidens ergoterapi, har det i 2017 blitt initiert et forskningsprosjekt som utforsker kommuneergoterapeuters oppfatninger av egen rolle, yrkesutøvelse og ramme faktorer kvantitativ og kvalitativ. I denne fagartikkelen presenteres det en oversikt over innspill om fremtidens ergoterapi som vi samlet under en workshop på fagkongressen i Stavanger 2022. Innspill tyder på at ergoterapeuter er trygge på relevansen av eget fag, men fremhever behov knyttet til å formidle faget i tverrfaglig sammenheng og til beslutningstakere. Helsefremming, forebygging og velferdsteknologi trer frem som sentrale tema fremover; samtidig som deltagere trekker frem behov for kunnskap om betydningen av ramme faktorer for rekruttering og yrkesutøvelse, særlig i små kommuner.

Nøkkelord: Kommuneergoterapi, fremtiden, kunnskapsbehov, kommune, forskning, ergoterapi i endring

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Innledning

Samhandlingsreformen og innføring av ergoterapi som lovpålagt tjeneste for kommuner har medført økt interesse for hvordan ergoterapeuter i kommunale stillinger jobber, hvilke roller og ansvarsoppgaver de har, samt hvilke rammebetingelser og faglige utviklingsbehov de beskriver (Stigen, Arntzen, Horghagen, Sveen, Gramstad & Bonsaksen, 2021; Stortingsmelding 47 (2008/2009). Ergoterapeuter i kommunen jobber med å fremme aktivitet og deltakelse på alle nivåer og bidrar inn mot hverdagsrehabilitering, hverdagsmestring, helsefremming og forebygging. Ergoterapeuter inngår ofte i spesialiserte og/eller tverrfaglige team med dedikerte arbeidsområder, men bistår også enkeltmennesker i å fortsette med, gjenoppta og mestre meningsfulle aktiviteter gjennom brukersentrerte tilnærminger (Ergoterapeutene, u.å.).

Samtidig viser både nasjonal og internasjonal forskning at ergoterapeuter opplever utfordringer med å kommunisere og få anerkjennelse for sine faglige bidrag, særlig i tverrfaglige team. Andres forventninger til «hva ergoterapeuten gjør» kan overskygge og definere ergoterapeutens rolle i større grad enn egen fagforståelse (Horghagen, Bonsaksen, Sveen, Dolva & Arntzen, 2020; Stigen et al., 2021). For å sikre at ergoterapeuter får roller og oppgaver som gjør det mulig å bruke den faglige kompetansen til beste for brukere, er det avgjørende at ergoterapeuter får synliggjort sin kompetanse på alle nivåer (Arntzen, Sveen, Hagby, Bonsaksen, Dolva & Horghagen, 2019; Donnelly; Brenchley & Letts, 2013).

KOMMUNEERGOTERAPISTUDIEN

Siden implementeringen av samhandlingsreformen i 2012, og med innføring av ergoterapi som lovpålagt tjeneste i kommuner fra 2020, fikk norske ergoterapeuter en større og mer sentral rolle i kommunale helsetjenester. Hva går denne rollen ut på, og hvilken kompetanse trenger ergoterapeuter for å kunne gjøre en god jobb som kommuneergoterapeuter?

For å finne ut mer om kommuneergoterapi og hvordan den påvirkes av å bli en «skal»-tjeneste i alle kommuner, ble det i 2017 igangsatt et nasjonalt forskningsprosjekt. Hovedmålet med prosjektet er å få bedre innsikt i hva kommuneergoterapeuter gjør, hvordan de opplever sin rolle og sine ansvarsoppgaver, samt hvordan tjenestene er organisert og forankret i strategiske dokumenter. Forskningsprosjektet har et longitudinelt design og består av en gjentakende spørreskjemaundersøkelse og fokusgruppeintervjuer med kommuneergoterapeuter. Forskningsgruppen har publisert en rekke vitenskapelige og faglige artikler med bakgrunn i data som ble samlet inn i 2017. Våren 2022 gikk vi i gang med den andre runden av datainnsamlingen for å følge opp funn og undersøke mulige endringer.

For å sikre at oppfølgingsstudien treffer godt de problemstillinger, dilemmaer og behovene som fagutøverne i praksisfeltet erfarer, gjennomførte vi en workshop på fagkongressen i Stavanger. Hensikten var å samle innspill og refleksjoner som kan hjelpe oss i planlegging og gjennomføring av siste del av Kommuneergoterapistudien. I denne fagartikkelen ønsker vi å presentere innspillene og drøfte hvordan impulser fra workshopen kan brukes i den videre planleggingen og gjennomføringen av oppfølgingsstudien.

I tillegg er det et presserende behov for å tenke nytt om hvilke tjenester kommunen skal tilby, og hvordan disse skal utformes på en måte som sikrer bærekraftige helsetjenester i fremtiden. Ergoterapeuter har et ressursorientert fokus i sin faglige tilnærming, har ulike virkemidler tilgjengelig for å fremme brukerens mål og bidrar til mestring og selvstendighet i hverdagen (Jentoft, Bonsaksen, Horghagen, Fløtten, Wefring, Kjølstad & Hurlen, 2020). Ergoterapeuter er en etterspurt yrkesgruppe som passer godt inn i helsepolitiske mål om å bidra til at brukere kan leve selvstendige og gode liv, og dermed redusere eller utsette behovet for omsorg/pleie (Stortingsmelding 29). Alt i alt er

arbeidsoppgavene for kommunenes helsetjenester både økende og i endring, noe som medfører både muligheter og utfordringer for ergoterapeuter i kommunale stillinger.

LITT MER OM PROSJEKTET

Prosjektgruppa består av representanter fra flere universiteter og alle ergoterapeututdanningene i Norge, og den møtes jevnlig, hovedsakelig digitalt.

Kvantitative data ble samlet inn gjennom et spørreskjema som ble distribuert til ergoterapeuter i kommunale stillinger gjennom Ergoterapeutene i 2017 med en oppfølgende undersøkelse våren 2022. Kvalitative data ble samlet inn i 2017 med mål om å besvare

relevante problemstillinger som kom frem i undersøkelsen(e), og utforske innhold, dilemmaer og utfordringer som kommuneergoterapeutene erfarer knyttet til sin praksis. Fokusgruppeintervju skal også gjennomføres i løpet av 2023.

KOMMUNEERGOTERAPI I 2017

Publikasjonene som er basert på datainnsamlingen i 2017 viser at kommunale ergoterapeuter bruker omtrent halvparten av sin arbeidstid på direkte brukerrettet virksomhet og hjelpemiddelformidling (her antas det en del overlapp). Nesten 90 prosent av alle deltakere oppga at de jobbet med hjelpemidler i en eller annen form (Bonsaksen, Dolva, Horghagen, Sveen, Hagby & Arntzen, 2020). En tredjedel av alle ergoterapeuter var ikke samlokalisert med andre ergoterapeuter (Bonsaksen et al., 2020), og forskning antyder også at nye stillinger (siden 2012) har blitt opprettet hovedsakelig i kommuner der det finnes ergoterapeuter fra før (Maass, Bonsaksen, Gramstad, Sveen, Stigen, Arntzen & Horghagen, 2021). Regionale forskjeller inkluderer blant annet samlokalisering, mulighet til å påvirke tjenestemål og yrkesbakgrunn av ergoterapeutenes nærmeste leder (Gramstad, Stigen, Maass, Sveen, Horghagen, Arntzen & Bonsaksen, 2022).

I den kvalitative oppfølgingen ble ulikheter i arbeidsoppgaver og roller tydelig. Blant annet var det et klart skille mellom hvordan ergoterapeuter ansatt i henholdsvis urbane og mer landlige kommuner oppfattet sin rolle. Mens ergoterapeuter i rurale strøk anså seg selv som «generalister» og «allroundere», beskrev ergoterapeuter i urbane strøk seg selv i

større grad som «spesialister» og opplevde spissing av arbeidsoppgaver (Horghagen et al, 2021).

Ulike roller ble beskrevet som mer eller mindre attraktive: Rollene som «allrounder» og «innovatør» ble beskrevet som attraktive, med stor autonomi og mulighet til å anvende faglig kompetanse; mens det å være «brannslukker» og «hjelpemiddelformidler» ble ansett som mindre attraktivt. Dette fordi det kunne gå på akkord med den faglige integriteten, det snevret inn det kliniske handlingsrommet, eller ergoterapeuten opplevde å styres av å innfri andres forventninger (Arntzen et al., 2019).

Å ha mastergradsutdanning, være involvert i forsknings- eller utviklingsprosjekter og det å ikke jobbe med hjelpemidler var assosiert med mer innflytelse på tjenestemålene i egen virksomhet (Bonsaksen, Sveen, Dolva, Horghagen, Thyness, Hagby & Arntzen 2018). Mens kun 5,5 prosent av deltakerne hadde høyere utdanning utover bachelorgrad, var cirka halvparten av ergoterapeutene involvert i ett eller flere utviklingsprosjekter. Av de som ikke deltok i et slikt prosjekt, uttrykte over 70 prosent ønske om å få mulighet til det (Bonsaksen et al., 2018; Bonsaksen, Dolva, Hagby, Sveen, Horghagen, Thyness & Arntzen, 2019). Blant de største utfordringene som deltakerne trakk frem i undersøkelsen, var å definere den nye rollen i forbindelse med samhandlingsreformen og overgangen til en lovpålagt tjeneste, å drive frem relevant innovasjon og delta i Forsknings- og Utviklings(FoU)virksomhet, og det å tydeliggjøre relevansen av faget og oppnå gode rammebetingelser. Videre beskrev flere ergoterapeuter utfordringer med

faglig autonomi; det å forholde seg til sterke forventninger utenfra om å formidle hjelpemidler (ofte etter «bestilling» fra andre yrkesgrupper) og at mange ergoterapeuter er alene i (små) kommuner, noe som kan svekke den faglige tilknytningen og mulighet for deltakelse i FoU arbeid (Bonsaksen et al., 2018; 2019; Arntzen et al., 2019; Horghagen et al., 2020; Stigen et al., 2021).

GJENNOMFØRING AV WORKSHOP I STAVANGER

Alt i alt har kunnskap fra prosjektet gitt oss interessante innblikk i hvordan kommunal ergoterapi fungerer i dag, hvilke ansvarsområder ergoterapeuter har, hvordan de selv opplever sin arbeidshverdag og hvilke behov og ønsker de har med tanke på å kunne bruke sin fagkunnskap på best mulig måte. Samtidig blir det tydelig at kommunal ergoterapi står overfor en rekke utfordringer, men også muligheter til å være med å definere egne tjenestemål, øke kunnskap om faget og påvirke rammebetingelsene for eget arbeid.

Som forarbeid til planlegging og gjennomføring av oppfølgingsstudien arrangerte vi workshop på fagkongressen i Stavanger høsten 2022. Her ønsket vi å diskutere fire spørsmål med deltakerne:

- 1 Hva skal fremtidens ergoterapeuter være gode på?
- 2 Hvem vil i fremtiden være kommuneergoterapeutens nærmeste samarbeidspartnere?
- 3 Hva trenger vi å utvikle mer kunnskap om/hva bør det forskes på?
- 4 Hvilke egenskaper og/eller ferdigheter trenger kommuneergoterapeuter å ha i fremtiden for å realisere vår visjon?

Workshopen ble gjennomført på

ettermiddagen på fagkongressens andre dag og ble ledet av to av forfatterne. I tillegg deltok fire av prosjektdeltakerne som «vanlige deltakere», og fikk dermed også innblikk i hvordan diskusjonene utspilte seg i gruppene. Alt i alt deltok 16 ergoterapeuter i workshopen. Vi startet med en kort gjennomgang av tidligere resultater og publikasjoner for å sikre et felles utgangspunkt for diskusjonene. De fire spørsmålene som var fokus for diskusjonene ble presentert, og deltakerne ble deretter bedt om å danne grupper på tre til fem personer og diskutere spørsmålene.

Under gruppediskusjonene ble SLIDO benyttet som et interaktivt digitalt verktøy. Deltakerne kunne skrive innspill fortløpende som umiddelbart ble synlige på storskjermen. Dette gjorde det mulig å bli inspirert og reagere på/diskutere innspill på tvers av gruppene. Hvert av spørsmålene ble diskutert for seg; først i gruppene i cirka fem minutter og så i plenum (cirka ti minutter), før neste spørsmål ble presentert. Avslutningsvis i workshopen ba vi deltakerne reflektere rundt hvilke egenskaper og/eller ferdigheter kommuneergoterapeuter trenger i fremtiden (spørsmål fire). Basert på svarene genererte vi en ordskey som illustrerer hva de tenker er viktige egenskaper. Se figur 1.

I etterkant har prosjektgruppa gjennomført en tematisk analyse, som vi systematiserte deltakernes svar under. Denne kategoriseringen dannet grunnlaget for den videre diskusjonen i prosjektgruppa, der vi så på innspillene både under hvert spørsmål og på tvers av spørsmål for å danne oss et helhetlig bilde av kunnskapsbehov for fremtidens ergoterapi. Her



Ordskeyen (Figur 1) illustrerer at deltakerne på workshopen fremhevet at ergoterapeuter i fremtiden bør jobbe aktivitetsbasert, være kreativ og ha gode samarbeidsevner. Å være løsningsorientert, nyttenkende, støttende, fleksibel og samfunnsengasjert var videre egenskaper som deltakerne fremhevet var viktig for fremtidens kommuneergoterapeuter.

Hva skal fremtidens ergoterapeuter være gode på?		
Nye arbeidsoppgaver og perspektiver	Kunnskapsleverandør	Fagformidling
Helsefremming Velferdsteknologi «Solide på aktivitet og deltakelse» «Oppdatere seg og ta i bruk ny kunnskap»	Veilede andre yrkesgrupper – særlig i forbindelse med hjelpemiddelformidling «Posisjonere seg som spesialist»	Fremsnakke faget Jobbe for bedre rammer for kommunal ergoterapi inkludert – flere stillinger – økte ressurser

Tabell 1. Hva skal fremtidens ergoterapeuter være gode på?

vil vi kort sammenfatte innspill og dele våre refleksjoner, inklusive hvordan vi kan ivareta disse perspektivene i det videre arbeidet.

Oppsummering og diskusjon fra workshopen

I tabell 1 presenteres deltakernes innspill på fagkongressen, kategorisert i henhold til den tematiske analysen som prosjektgruppa brukte i den videre diskusjonen. Når deltakere ble bedt om å beskrive hva fremtidens ergoterapeuter skal være gode på, peker

svarene mot kompetanse innrettet på bestemte tjenesteområder og målgrupper (*Nye arbeidsoppgaver og perspektiver*), samt å posisjonere seg som *kunnskapsleverandør* overfor samarbeidspartnere og beslutningstakere og *formidle faget* som et ledd i utvikling av ergoterapeuter som fagpolitiske aktører.

Nærmeste samarbeidspartner i fremtiden kan kategoriseres tematisk under hovedtemaene *Helse- og omsorgssektoren*, *Tekniske fag*, *Eksterne institusjoner*,

Hvem vil i fremtiden være kommuneergoterapeutens nærmeste samarbeidspartnere?				
Helse- og omsorgssektoren	Tekniske fag	Eksterne institusjoner	Premissleverandører	Annet
Ergoterapeuter Fysioterapeuter Hjemmetjenesten Leger	Hjelpmiddelteknikere Leverandører av hjelpemidler og velferdsteknologi Ingeniører Datateknikere Arkitekter Brannvesen Planleggere (knyttet til Universell utforming)	NAV Flyktningkontor Skolehelsetjenesten Pedagogisk personal i barnehage/skole Arbeidsgivere Boligkontor Frivillige organisasjoner	Helse- og omsorgssjefen Kommunale planleggere Kommuneledelsen og -administrasjon Politikere	Kunstnere Filosofer Sosiologer Antropologer

Tabell 2. Hvem vil i fremtiden være kommuneergoterapeutens nærmeste samarbeidspartnere?

Premissleverandører og Annet. Se tabell 2.

På spørsmålet om hva vi trenger å utvikle mer kunnskap om/hva bør det forskes på har vi kategoriserte svarene under hovedtemaene *Effekt, Samarbeid, Nye tema og Rammer for yrkesutøvelse*. Se tabell 3.

Ordskyen (Figur 1) illustrerer at deltakerne på workshopen fremhevet at ergoterapeuter i fremtiden bør jobbe *aktivitetsbasert, være kreativ og ha gode samarbeidsevner*. Å være *løsningsorientert, nytenkende, støttende, fleksibel og samfunnsengasjert* var videre egenskaper som deltakerne fremhevet var viktig for fremtidens kommuneergoterapeuter.

Diskusjon

Innspillene på workshopen kan forstås slik at ergoterapeuter er trygge på sine faglige perspektiver. Dette blir for eksempel tydelig under spørsmål 1 («gode på aktivitet») og i ordskyen, der «aktivitetsbasert» fremstår som det meste sentrale begrepet. Dette gjenspeiler kjernen i ergoterapifaget og viser at perspektivet ansees som relevant også i fremtiden. Tanken om å utvikle ergoterapeutiske tilnærminger tilpasset «nye» utfordringer (slik som ME og rusmisbruk) og målgrupper (for eksempel urbefolk-

ning) tyder også på at faget anses som relevant for flere målgrupper og samfunnsutfordringer. Dette inntrykket forsterkes av innspill som «trygg på egen rolle», «faglig tydelig», «sterk yrkesidentitet» og til og med behovet for å være «forkjempere for faget» i forbindelse med yrkesrollen.

En oppfatning som ble synlig på tvers av spørsmålene, var betydningen av rammebetingelsene for yrkes- og fagutøvelse i kommunal ergoterapi, særlig i små kommuner. Dette ble også trukket frem som et område med behov for ny kunnskap og nye tilnærminger, inkludert nettverksbygging og muliggjøring av FoU-arbeid på tvers av kommuner. Samtidig legges det mye vekt på det å etablere seg som «kunnskapsleverandør» og formidle faget sitt. Dette knyttes også til utfordringer med og behov for å formidle faget og dets relevans til ulike yrkesgrupper, og ikke minst, til premissleverandører og beslutningstagere. Fokus på bedre rammer og ergoterapeuters rolle i å påvirke rammene gjennom å formidle faget er tydelige både i spørsmål 1 og 3, noe som antyder at dette forstås som et felles «oppdrag» for både praksisutøvere og forskere. Behovet for å formidle faget og posisjonere seg som spesialister og kunnskapsleverandører kan forstås i

sammenheng med at ergoterapeuter kan ha vanskeligheter med å tydeliggjøre sin rolle og kompetanse i tverrfaglig sammenheng; noe som kan gå utover autonomi og yrkesidentitet (Arntsen et al., 2019). Ønsket om å dokumentere «effekt» av ergoterapeutiske tilnærminger (som ble synlig i forbindelse med spørsmål 3) kan i denne sammenhengen kanskje også forstås som et ønske om bedre forståelse og anerkjennelse fra både samarbeidspartnere og beslutningstagere.

Helsefremming, forebygging og velferdsteknologi ble trukket frem som sentrale arbeidsoppgaver fremover, noe som også gjenspeiles i deltakernes tanker rundt fremtidens samarbeidspartnere (se tabell 2), som inkluderer et bredt spekter av yrkesgrupper. Helsefremming og forebygging handler ofte om å samarbeide med utradisjonelle samarbeidspartnere og eksterne institusjoner (for eksempel skoler), og prøve å påvirke beslutningstagere (slik som politikere, administrasjon og planleggere) på tvers av nivå. Samtidig krever det at ergoterapeuter blir mer oppmerksomme på de politiske og samfunnsmessige sidene av faget og yrkesutøvelsen. Denne forståelsen vises tydelig i ordskyen, der egenskaper som «samfunnsengasjert», «politisk» og

Hva trenger vi å utvikle mer kunnskap om/hva bør det forskes på?			
Effekt	Samarbeid	Nye temaer	Rammer for yrkesutøvelse
Intervensjoner og tilnærminger	Tverrfaglig samarbeid Interkommunalt samarbeid	Urbefolkning Gruppebaserte intervensjoner Intervensjoner for inkluderende settinger Forebygging Rus Mestringsstrategier for personer med ME, rusavhengighet, psykiske lidelser	Rekruttering Ansvarsområder (på tvers av kommuner) Likheter og ulikheter i rolleforståelsen (på tvers av kommuner) Hvordan kommunisere faget slik at rammene bedres? Hvordan bygge opp ergoterapitjeneste der det ikke finnes fra før? For ergoterapeuter i små kommuner: – arbeidsforhold og organisering – hvordan bygge nettverk på tvers av kommuner? – Klarer ergoterapeuter i små kommuner å omsette faget?

Tabell 3. Hva trenger vi å utvikle mer kunnskap om/hva bør det forskes på?.

«medborgere» trekkes frem som viktige for å realisere fremtidens ergoterapi.

Fokuset på helsefremming/forebygging og velferdsteknologi er langt på vei i tråd med de politiske føringene og de utfordringene vi som samfunn står overfor med tanke på bærekraftige helsetjenester (Helse- og omsorgsdepartement, 2023). Behovet for å utvikle ergoterapeutiske tilnærminger innenfor disse perspektivene kan dermed kanskje tolkes som en nødvendighet for å være rustet til å løse fremtidens utfordringer og avklare ergoterapeuters faglige bidrag i denne sammenhengen. Samtidig blir det tydelig at det å realisere «vår visjon for fremtidens ergoterapi» også krever personlige og generiske egenskaper og ferdigheter, som for eksempel samarbeidsevner, kreativitet, fleksibilitet, systematikk, løsningsorientering, nytenkning og en inkluderende holdning (se figur 1). Dette illustrerer noen av utfordringene faget står overfor i tiden som kommer, der generiske ferdigheter (som samarbeid og fleksibilitet) må utvikles på tvers av profesjoner, samtidig som ergoterapeuter må utvikle og formidle sin spesielle faglige

kompetanse for å sikre at de får passende ansvarsområder og tilhørende rammer.

Avslutning

Refleksjonene i denne artikkelen bygger på en workshop under fagkongressen og en påfølgende diskusjon i prosjektgruppa. Materialet bygger på et lite og selektert utvalg, men gir oss verdifulle innspill om hva som rører seg blant noen ergoterapeuter på et gitt tidspunkt og hva de tenker om fremtidens kommuneergoterapi. Innsiktene er for oss forskere nyttige i den neste runden som vi er i gang med når det gjelder drøfting av resultater fra spørreundersøkelsen og for planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervjuene som skal foregå i løpet av 2023.

Hovedtendensen vi ser, er at ergoterapeuter er trygge på at faget er relevant også fremover, men vi trenger å utvikle måter å formidle faget og dets betydning for å sikre gode rammer og vilkår (inkludert faglig anerkjennelse og autonomi). Videre beskrives en dreining mot helsefremming, forebygging og velferdsteknologi, noe som er i tråd med de politiske føringene og behovet for mer bærekraftige helsetjenester. Dette

tydeliggjør behov for ny kunnskap og faglige tilnærminger.

Mest overraskende var kanskje det store engasjement rundt kunnskap som kan bidra til å bedre rammebetingelser for ergoterapeuter i kommunale stillinger, og særlig i små kommuner. Dette ble både knyttet til behovet for fagutvikling og nettverksbygging, så vel som faglig autonomi, yrkesidentitet og det å rekruttere ergoterapeuter til små kommuner. Med andre ord var det rammene for faget og yrkesutøvelsen, mer enn spørsmål om ressurser, som syntes å engasjere ergoterapeuter i denne sammenhengen. Dette er perspektiver som vi vil følge opp i det videre arbeidet med studien.

Kilder

- Arntzen, C., Sveen, U., Hagby, C., Bonsaksen, T., Dolva, A. & Høghagen, S. (2019). Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas and priorities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(5), 371-381. DOI:10.1080/11038128.2018.1548647
- Bonsaksen, T., Sveen, U., Dolva, A. S., Høghagen, S., Thyness, E. M., Hagby, C., & Arntzen, C. (2018). Perceived influence on service goals among community-working occupational therapists in Norway. *Journal of Pri-*

mary Care & Community Health, 9:1-7.
Bonsaksen, T., Dolva, A. S., Hagby, C., Sveen, U., Horghagen, S., Thyness, E. M., & Arntzen, C. (2019). Involvement in research and development projects among community-working occupational therapists in Norway. *Occupational Therapy in Health Care*, 33(1):22-36.
Bonsaksen, T., Dolva, A. S., Horghagen, S., Sveen, U., Hagby, C., & Arntzen, C. (2020). Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a norwegian survey. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 27(1):39-46.
Donnelly, C., Brenchley, C., Crawford, C., & Letts, L. (2013). The integration of occupational therapy into primary care: a multiple case study design. *BMC family practice*, 14:1-12.
Ergoterapeutene, u.å. Fagområder i ergoterapi. Hentet 17.03.2023 frå

Fagområder i ergoterapi - Ergoterapeutene
Gramstad, A., Stigen, L., Maass, R., Sveen, U., Horghagen, S., Arntzen, C. & Bonsaksen, T. (2022). Er det regionale skilnader når det gjeld kommuneergoterapeutane i Noreg? *Ergoterapeuten*, 5: 36ff
Helse- og omsorgsdepartement, NOU 2023:4. (2023). *Tid for handling – Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*. Regjeringen, Oslo.
Horghagen, S., Bonsaksen, T., Sveen, U., Dolva, A. S., & Arntzen, C. (2020). Generalist, specialist and generic positions experienced by occupational therapists in Norwegian municipalities. *Irish Journal of Occupational therapy*, 48(2), 133-146.
Jentoft, R., Bonsaksen, T., Horghagen, S., Fløtten, H., Wefring, D., Kjølstad, E. & Hurlen, A. (2020). RETHOS- Utdanning av fremtidens ergoterapeuter.

Ergoterapeuten, 4:20ff
Maass, R., Bonsaksen, T., Gramstad, A., Sveen, U., Stigen, L., Arntzen, C., & Horghagen, S. (2021). Factors associated with the establishment of new occupational therapist positions in Norwegian municipalities after the Coordination reform. *Health Services Insights*, 14, 1178632921994908.
Stigen, L., Arntzen, C., Horghagen, S., Sveen, U., Gramstad, A. & Bonsaksen, T. (2021). Kjenntegn, styrker og utfordringer ved norske kommuneergoterapeuters praksis. *Ergoterapeuten*, 2:28
Stortingsmelding. 47 (2008–2009). 2012. *Samhandlingsreformen: Rett behandling-på rett sted-til rett tid*. Regjeringen, Oslo.
St, M. 29 (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse-og omsorgsdepartementet. Regjeringen, Oslo



MC 1144 ny forhjulsdrevet elektrisk rullestol med nytt sete. Gå inn på www.medema.no eller bruk QR koden for å se hele vårt nye sortiment på el-rullestoler og scootere.

Medema Norge AS - tlf 67 06 49 00

40
medemagruppen
1983 • 2023





ANNONSE

Svein Ove får god støtte fra AssiStep til å gå trappen selv.

Nå er jeg trygg i trappen

Etter flere prolaps og brudd i ryggen ble trappegange med håndlist en stor belastning for Svein Ove. Med AssiStep var utfordringene løst og ga trygget til både han og kona.

– AssiStep gjør hverdagen min utrolig mye lettere, sier Svein Ove Vestøl som bor i Bygland kommune i Agder.

Svein Ove har hatt fem prolaps og tre brudd i ryggen. Etter prolaps nummer to endte han i rullestol. Han klarte å trene seg opp igjen og komme seg ut av rullestolen, men når Svein Ove gikk i trappen hjemme belastet han armene enormt. De har dusj i andre etasje og han ønsket å komme seg dit på egenhånd, men det var også risikofylt. Etter å ha falt tre ganger på vei ned ba legen ham å kontakte kommunens ergoterapeut.

Ergoterapeut Andreas Isaksen så at Svein Ove ville ha stort utbytte av AssiStep og satte i gang søknadsprosessen. Dette var på sensommeren 2021, og omkring to måneder senere hadde NAV innvilget søknaden og AssiStep ble etter kort tid montert helt kostnadsfritt.

– Dette er et av de beste hjelpe-midlene på markedet, sier Andreas.

Nå føler jeg meg trygg og går mye i trappa, fordi jeg har støtte

Svein Ove Vestøl



Andreas, ergoterapeut, er svært fornøyd med løsningen.

– Her får man trygghet i trappa og man går mer i trappa. Tilbakemeldingene fra de som har fått dette hjelpemiddelet er utelukkende positive.

Før Svein Ove fikk AssiStep montert var han redd for å gå i trappen.

– Nå føler jeg meg trygg og går mye i trappen, fordi jeg har støtte. Bøylen på AssiStep løser alt. Mister jeg grepet så er bøylen der. Jeg kan ikke dette ned. Den er solid og tåler mye, for jeg er en stor mann, sier Svein Ove.

Han forteller også at kona føler seg tryggere.

– Nå kan hun gå ut og føle seg helt trygg på at det går bra med meg, sier han. At jeg har bedre humør og mer initiativ bemerker hun også. Jeg mestrer mer enn før, og kan gå opp til guttungen i andre etasje og være mer med han.

RING OSS PÅ
46 74 55 55

www.assistep.no

FORHANDLES AV
HEPRO

«Giving people a chance»

– HOW PEOPLE WITH TRAUMATIC BRAIN INJURY EXPERIENCE WORK PARTICIPATION TEN TO TWELVE YEARS AFTER THE INJURY

Av Øyvør Haugsbakk Talåsen, Nada Andelic & Unni Sveen

Abstract

Purpose: The study aimed to explore how people with moderate-to-severe traumatic brain injury (TBI) experienced work participation ten to twelve years after their injury. The goal was to contribute to the knowledge base on how to best improve work participation for this group.

Methods: Data were collected through semi-structured interviews with eight individuals from eastern Norway who had experienced moderate-to-severe TBI ten to twelve years earlier. The data were analysed using a stepwise-deductive inductive method.

Findings: The informants' experiences with work participation can be described in two main themes:

- 1 working with impaired memory, attention and fatigue
- 2 the importance of coping strategies and social support in returning to work

The informants described work participation as positive; however, they reported challenges with «invisible» consequences such as fatigue, reduced attention and impaired memory. Coping strategies were applied to compensate for these impairments. The informants also reported challenges resulting from the limited understanding of colleagues of their injury-related issues.

Conclusions: The informants still experienced challenges in the workplace ten to twelve years post injury. The findings indicate that TBI follow-up programmes should include interventions such as workplace-based support and work adaptations with a long-term perspective.

Keywords: Biopsychosocial model, long-term consequences, occupational science, traumatic brain injury, qualitative method.



Øyvør Haugsbakk Talåsen er ergoterapeut og seniorrådgiver ved Statped, avdeling for ervervet hjerneskade.



Nada Andelic er professor ved avdeling for folkehelsevitenskap ved Universitetet i Oslo og overlege ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Oslo universitetssykehus.



Unni Sveen er professor emerita ved Oslo Met og Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Oslo Universitetssykehus.

Manuset ble mottatt 20.11.2022, og det ble godkjent for publisering 08.05.2023. Det er ingen interessekonflikter.

Introduction

A substantial number of people with traumatic brain injury (TBI) experience physical, cognitive, behavioural and emotional changes, as well as reduced social function and work participation (1-7). A systematic review and meta-analysis found that only 35 percentage of individuals with moderate or severe TBI had returned to work by their one-year follow-up, increasing to 50 percentage at five years and beyond. However, only one-third of individuals returned to their pre-injury work levels (8). Ponsford et al. (4) showed that a large proportion of TBI-affected individuals worked part-time ten years after their injury, suggesting the existence of long-lasting challenges related to work participation.

The socioeconomic consequences of TBI are considerable, as are the consequences for those suffering TBI (8,11). Several studies have investigated factors that may promote work participation following TBI and have found that education level, pre-injury employment status, age at time of injury and the development of coping strategies are important aspects (12-16). Previous research has identified several challenges in work participation following TBI. Fatigue, which impacts attention and other cognitive functions, can lead to poor work quality (2,6,17) and cognitive difficulties, such as impaired memory and difficulty in learning new tasks, can also become a barrier to work participation. This is consistent with a systematic review that emphasises the importance of cognition for work participation (2). A study by Esbjörnson et al. (18) assessing the impact of impaired executive function on work performance, showed that TBIs can reduce the ability to plan, make decisions and meet deadlines. In addition, the impact of these cognitive challenges is often «invisible» and difficult for others to understand (19).

Little evidence exists regarding the relationship between specific workplace factors and work participation among people with TBI (20). The existing information emphasises a lack of knowledge and understanding of the consequences of the injury on the part of colleagues and workplace leaders', which may present a challenge for work participation (6,21,22). One study reported that creating a good dialogue and flexible working practices increased the probability of coping at work (19). Another challenge reported is that, over time, employers and colleagues may gradually increase their expectations and no longer have the same tolerance for the

injured person's reduced capacity (6). People with TBI may also experience stigmatisation, for example, because they can no longer carry out their previous duties (23,24). It can be difficult to accept that life has changed and adjust to the new reality by finding a balance in a new life situation (25,26).

Bush et al. (13), in their qualitative study of experiences two to ten years after TBI, suggested that people who had paid work or volunteered to work after TBI experienced a better quality of life than the comparison groups. A failure to return to work has a wider social impact when individuals become permanently dependent on social security benefits (6). Work is the foundation of people's welfare, and it is, therefore, important to have a work environment where there is a place for everyone (29). Work participation creates a sense of belonging and contributing to society while ensuring financial security (26,31). Previous quantitative studies of individuals with TBI five to ten years after injury conclude that increased attention is needed on the long-term consequences of these injuries (3,33,34).

Overall, the existing literature shows that people with TBI experience multiple challenges in their working lives and work participation. However, few qualitative studies described how people with TBI experience work participation as late as ten to twelve years after their injury. We need greater knowledge about work participation after TBI to gain insight into how we can facilitate participation. An insight into how people experience work participation ten to twelve years post-injury, will help us understand how we can ensure that people stay at work, despite the challenges. This is one of the first qualitative long-term follow-up studies from a Scandinavian welfare state characterised by high job security, low unemployment, and a comprehensive welfare system, but limited demand for low-productivity labour. These contextual factors may reduce the potential for work-support interventions to increase work participation after TBI (35). The study aims, therefore, to explore how people with moderate-to-severe TBI experience work participation ten to twelve years after their injury. It focuses on how they cope with work tasks and how they believe they are seen by colleagues and managers. Greater information about and knowledge of work participation experiences in the late recovery phase after TBI may be useful from a health care perspective and help clarify the need for long-term vocational rehabilitation and workplace adjustments.

THEORETICAL PERSPECTIVE

To understand the meaning of work as an occupation, this study used a theoretical perspective from occupational science (28,30). The theory highlights the role of meaningful engagement in an occupation to cope with, and live through, transitions such as TBI (28,30). To the best of our knowledge, few qualitative studies have examined work experiences after TBI in light of this theoretical perspective. In this study, the term «occupation» includes everything we do, take part in, show interest in, and have expectations of (28,30). People develop through occupations, which affect both life and health (25,36). Work participation, as an occupation, contributes to shaping the individual's occupational identity (19, 23, 36). The theory is used to gain insight into the individual's sense of their capacity for and efficiency in work participation after TBI (19,23). TBI occurs abruptly and unexpectedly and thus disrupts an individual's roles and valued activities (28,30). It can affect their occupational identity and change their perception of their own competence (28,30), an important factor in their development of coping strategies in the workplace. Furthermore, TBI requires an increased focus on occupational balance: The balance between the work activities required and the person's resources (37). Work participation provides stability and normality, which underscores the importance of work participation (28,30). Occupational science was used to gain insights into the informant's experiences with occupational identity, including work mastering and coping strategies. Further, the theory was used to understand the environmental understanding of activity balance.

The relationship between TBI and work participation can be understood through George Engel's biopsychosocial model, which illustrates how the interaction between different spheres of working life affects work participation (38,39). The biopsychosocial model is based on a combination of two different frameworks of disability, social and medical. In the biopsychosocial model, TBI and work participation are understood to mutually influence biological, psychological and social factors (38,39). The biological dimension includes somatic disease, which refers in this case to the consequences of the TBI, such as fatigue and reduced memory and concentration. The psychological dimension addresses how self-concept may be challenged after TBI, and the social dimension is concerned with social

support and belonging in the workplace. In this study, the biopsychosocial model was applied in the analysis and discussion to clarify the complexity of work participation after TBI. The purpose was to examine how the various aspects play a role in work participation through gaining insight into the complex interaction between individual resources and the environment. The theoretical perspectives, both one derived from occupational science and Engel's biopsychosocial model, are used to illuminate the complexity and the importance of facilitating work participation after TBI.

Method

PARTICIPANTS

The participants were recruited from an ongoing long-term quantitative follow-up study of people with moderate-to-severe TBI living in Eastern Norway, who had been injured from 2005 to 2007. The purpose of the main study was to better understand the mechanisms, course and long-term outcomes of TBI, including employment (15). Purposive sampling was conducted on the list of participants in the main study. The inclusion criteria were that the informants had to have experienced full- or part-time work for at least two of the ten to twelve years after their injury, and that both sexes should be represented. Ten consecutive people who met the inclusion criteria were informed of the purpose of the study and asked to participate. Two declined and eight informants were therefore included. Five were men and three were women, aged between 30 and 52 years (see Table 1). Work participation has been conceptualised in this study by applying an inclusive definition of employment (9,10) which includes other activities such as studying. Students, in this study, refers to those studying at a high school, college or university in order to enter specific professions. Working or studying full-time equates to 37.5 productive hours per week (i.e. 100 percentage); part-time employment was defined as working less than 37.5 hours per week (9,10). Three of the informants were twelve years post-injury, four were eleven and one ten years post injury. Most informants in this study were students at the time of their injury with limited experience of the workplace. However, as students, they were used to learning and acquiring knowledge and therefore, had important and relevant insights into how TBI affected their studying/work capacity. Therefore, students were classified as working, since studying

Name, age	Severity of injury by GCSI ¹	Injury mechanism	Work at time of injury	Work ten to twelve years after the injury	Job percentage ten to twelve years after TBI
Oliver, 38	Moderate	Fall accident	Student	Independent trader	100 %
Jessica, 30	Moderate	Car accident	Student	Health care	50 %
Jack, 52	Moderate	Car accident	Economist	Economist	100 %
Daniel, 49	Moderate	Car accident	Adviser	Adviser	100 %
David, 45	Severe	Car accident	Health care worker	Health care worker	100 %
Ronnie, 32	Severe	Fall accident	Student	Engineer	40 % temporary jobs periodically
Zara, 31	Severe	Car accident	Student	Health and care worker	80-100 %
Emma, 36	Severe	Fall accident	Student	Shop Assistant	50 %

Table 1: Presentation of eight informants, interviewed ten to twelve years after traumatic brain injury.
Note: ¹ GSC, Glasgow Coma Scale.

was regarded as a productive activity (9,10). All the informants were employed and had several years of work experience. Participation was voluntary and based on oral and written consent (41).

DATA COLLECTION

A qualitative approach was chosen to capture the informants' descriptions, opinions and experiences. A semi-structured interview was conducted with each participant in October-November 2017. The reporting of the study follows the standards for reporting qualitative research guidelines (SRQR) (42). The first author conducted the interviews, lasting 45-60 minutes, face to face, enabling observation of tone of voice and body language. The interviews were conducted in Norwegian at a location chosen by the informants. They were audio-recorded with the consent of the informants and subsequently transcribed verbatim and translated into English. After the seventh and eighth interviews, the interviewer found that the informants raised similar themes, unsolicited, and offered little new information. Applying a consecutive process of interview transcription and preliminary analysis, it was possible to detect whether new themes were presented by the informants. Thus after the eighth interview, it was determined that saturation was reached, and all co-authors agreed that the eight informants had provided adequate data about work participation after TBI. According to Tjora, saturation is reached when no new information is discovered in the data analysis, signalling to the researchers that data collection may cease (40).

The interviews started with a presentation by the interviewer and a brief recapitulation of information about the study, open-ended questions were then asked about the injury and current work. The intention was to prepare the informants for the interview and to create a free conversation in a relaxed atmosphere where the informant could reflect on their own experiences and opinions of work participation after TBI (40). The interview focused on questions that would prompt the informants to tell stories and talk in detail on the topic of work participation (40). The participants were asked about their experiences of working, potential challenges, coping strategies and social support in the workplace. At the end of the interview, they had the opportunity to elaborate or add to their answers if they wished. The transcribed interviews resulted in 99 pages of data material.

ANALYSIS

The first author is an occupational therapist with experience as an active, clinical therapist working with people with TBI. The author met the informants for the first time when conducting the interviews. The analysis was conducted by the first author in collaboration with the third author, a senior occupational therapist. The second author, a professor in physical medicine and rehabilitation, was involved in the final phases of the analysis and interpretation of the data. Excerpts from the transcript were discussed and reviewed for interpretation and thematization. The collected qualitative data were then analysed based on a stepwise-deductive indu-

ctive method (SDI) (40). This approach alternates continually between inductive interpretation and theoretical proximity during analysis (40). The approach starts inductively and subsequently draws on existing theory in concept development. The model aims to create codes generated from data, not from theory, hypotheses, research questions, or previously set themes (40).

The first step of the SDI method describes the generation of empirical data and processing of the raw data. The interviews were uploaded to the computer program NVivo 11 (Version 12, QRS International) and systematically reviewed and coded from the empirical data (40). The codes were made by summarising sections of text with sentences that conveyed what the informants said. The codes were tested to ensure they contained what the informants said, and not what they talked about to ensure empirical coding (40). The coding in SDI is referred to as open or initial coding (40).

In the second step, the codes were grouped according to relevance to the research question and inner thematic meaning. The codes served as detailed labels or keywords (40). The code grouping was inductive in that the codes were moved from NVivo 11 and sorted into word documents by themes and common features. Models and mind maps were drawn to look for related codes. For example, the various coping strategies mentioned were grouped under the same code. The authors conducted this part of the analysis in consultation with each other to validate the code groupings, as well as to evaluate the possibility of data saturation.

In the last step, the text was further analysed and classified into concepts to which theory was applied. This supported the analysis with a framework for understanding the empirical material and exploring new theoretical aspects in the deductive analysis. For example, the coping strategies used by informants were thematised, as were the types of support they believed to be important for work participation. These strategies supported the person's identity, as described within occupational science (28,30). This concept development gives the study a more generic value and improves its generalisability (40). The code groups were categorized by the overarching themes that formed the concepts and then checked against the empirical data. Occupational science was applied to gain insight into how the informants described the different factors that influenced their work participation (28,30). The bio-

psychosocial model formed the themes by showing the complexity of work participation after TBI. The individuals' coping strategies alone were not sufficient to master work participation; they needed support from other dimensions in the model. Two main themes were developed during the analysis. The first describes how the informants express working with challenges related to TBI, and the second identifies the importance of coping strategies and social support in mastering work participation.

ETHICS

The study adhered to the research ethics guidelines for the social sciences prepared by the National Research Ethics Committee. Before conducting the interviews, this project obtained approval from the Regional Committees for Medical and Health Research Ethics (REC nr. 2015/1589). REC approved the change notification that was submitted to conduct the interviews with selected informants. The informants were guaranteed confidentiality. To this end, any personal information that could reveal their identity has been omitted from the interview transcripts (41).

Findings

The informants' experiences of work participation ten to twelve years after moderate-to-severe TBI were interpreted under two main themes, identified in the structural analysis:

- 1 *working with impaired memory, attention, and fatigue*
- 2 *the importance of coping strategies and social support in returning to work*

WORKING WITH IMPAIRED MEMORY, ATTENTION AND FATIGUE

The informants talked about the challenges they faced in the workplace and described difficulties with impaired memory, attention and fatigue. Jack experienced life with fatigue and a constant lack of interest in anything. Emma described how the workday affected her: *«I keep working, but then I break down when I get home. I have taught myself to live with it, but I'm afraid one day I will break down totally.»*

The informants talked about challenges that led to significant uncertainty and made it very difficult to participate in work. Ronnie described how he needed reminders to complete tasks. Zara, who held a position in health care services, described challen-

ges caused by impaired attention and memory when attending a team meeting: *«I may not have noticed and remembered the name of one of our clients – then you sit and feel very uncertain. If I get a question about this client now, addressed to me, then I do not know what to say, and that is an issue.»*

Several of the informants were concerned about whether the difficulties they experienced at the workplace were related to their injury or due to other factors. Oliver described how he became tired during the working day, but thought it was difficult to know whether this was due to the injury or whether he would have become tired anyway as part of everyday life. Some of the informants were young, with little or no work experience when the injury occurred. With no comparison, it was difficult for them to know what caused the challenges they faced at work. Oliver described it in this way:

«Sometimes it is difficult to know whether I'm tired because of ordinary activities in my everyday life or because of the brain injury – or is it both? Do I get tired now because I have no exercise and only work – the time squeeze and all that? There are so many other things at play here.»

THE IMPORTANCE OF COPING STRATEGIES AND SOCIAL SUPPORT IN RETURNING TO WORK

The informants talked about their experience of working after TBI, and how they had adapted to their work situations by developing a variety of coping strategies. Daniel had found using e-mail more helpful than making phone calls as the conversation was then stored, serving as an aid for his impaired memory. *«Now I can document what we have talked about. It works as a protection, as well as an aid.»*

Jessica chose to reduce the number of days she worked each week, which alleviated her symptoms and made her more efficient at work. *«So, all the symptoms I get when I'm tired, such as poor memory and poor sleep. Yes, you know, all these challenges. They are exactly the challenges I now avoid, working fewer days per week.»*

Other coping strategies the informants described included taking breaks, taking advantage of flexible working hours, and using compensatory aids such as calendars, checklists, and retreating. These measures allowed them to work at their own pace without time pressure and gave them the opportunity to manage their work participation with reduced capacity. Furthermore, openness, understanding and good communication with their employers and colleagues

were described as important factors. David explained that being part of something was a sufficient motivation for him to stay employed.

The informants talked about the various challenges they faced at work. For several of the informants, «invisible challenges», such as reduced mental capacity and impaired attention, were barriers to working life. They explained that it was difficult for others to understand: Daniel's co-workers had quickly begun to demand greater productivity than he could deliver, and Emma's colleagues showed little understanding of the consequences of her injury – she felt she would have been more easily understood if she were in a wheelchair. Daniel described the «invisible challenges» as follows: *«Say somebody at work breaks their right arm – you don't work as efficiently with the left arm – and people don't automatically require you to be efficient, because they can see the problem, right.»*

David also related that he had heard from another person with a TBI that the threshold for work participation in general had become too high. He commented that an increasing number of workplaces require trade certificates that make it difficult for people with brain injuries to work. He believed that in the Scandinavian labour context, demand is increasing for high productivity and efficiency, and there is limited demand for low productivity labour. Ronnie's experience with this system was described as «drowning». Daniel also described it as an obstacle to work participation after TBI: he missed part-time working that does not stigmatise the individual. *«It is about giving people a chance and not placing them at the end of the queue – don't kill the motivation. Not sheltered work, because that only stigmatises or hurts people, I think.»*

Another challenge was that managers did not understand the consequences of brain damage, and the informants often lacked social support from colleagues. Several of the informants had chosen not to inform their employers about their challenges because of previous negative experiences in doing so. Emma's supervisor trivialised her problems, and she did not feel understood. Other informants talked about good relationships with their colleagues and described how important these were to them. Jack wanted the workplace to know about his issues, but did not want it to create obstacles to participation: *«I want people to be aware that I have actually been injured – it's not just a scratch, but I don't want to be treated differently.»*

At the same time, some participants had found that their colleagues did not consider the challenges they faced. Emma had informed her colleagues about her accident but felt that they did not see her as reliable because of her cognitive challenges. She felt inferior and undervalued by her colleagues.

«Actually, you have finished your education and expect to be seen as a professional with the qualities that entails – but, because of the way you talk – and maybe walk – everyone forms their own opinion and interprets it in their own way; therefore, they sometimes underestimate you.»

Discussion

The main findings of this qualitative study are that the consequences of moderate-to-severe TBI continue to influence work participation ten to twelve years post-injury, and that those affected develop coping strategies to compensate for impaired functioning. The findings are based on long-term work participation in a Scandinavian welfare state context (35) and are interpreted in a biopsychosocial (38,39) and occupational science (28,30) theoretical framework.

The findings illustrate the relationship between specific workplace factors and work participation among people with TBI (20). The biopsychosocial model is applied in the discussion to explore the complexity of work participation (38,39).

ACCEPTING THEIR NEW SITUATION

The informants described difficulties with reduced memory and impaired attention and saw these as a barrier to work participation, in line with previous studies (2,6,22,43). The biological changes caused by brain injury may lead a person to redefine their occupational identity, as the informants in this study described. They had to accept their new situation and find strategies to compensate for their reduced cognitive function. These findings correspond to key ideas in occupational science (28,30). TBI has affected their occupational identity and, therefore, changed their perception of their competence through accepting their new occupational identity and coping strategies (28,30). These challenges can affect self-image and identity. Conversely, an individual's ability to redefine their identity can have a positive effect on the biological aspects and make it easier for them to tolerate changes. This ability increases the likelihood of promoting a positive self-image (19,23). At the same time, the findings showed that

the social dimension could also be decisive for work participation.

THE IMPORTANCE OF SOCIAL SUPPORT

The informants describe various experiences of a lack of understanding on the part of management and colleagues. Ellingsen (6) relates this to insufficient knowledge about the injury, in line with Bonnetterre et al. (44), who indicate the importance of social support in the workplace. However, the findings show that several of the informants had chosen not to inform their workplace about the challenges they face, which may have created a barrier to their own work participation. At the same time, this may have been a conscious choice because the individuals did not want to violate their occupational identity. In light of the biopsychosocial model, this shows how the social dimension affected and was influenced by the psychological and biological factors, even ten to twelve years after the injury (38,39).

THE «INVISIBLE» CONSEQUENCES

The informants talked about challenges associated with the «invisible» consequences of TBI, in line with Sveen et al. (19) who found that «invisible» symptoms were perceived as a burden. As time passes, it can be difficult for colleagues to remember the challenges the individual faces, and they therefore begin to expect more from them (36). Emma had to emphasise the «invisible» consequences in order to be understood, and felt that she would have been better understood had she been in a wheelchair. Such experiences may be related to insufficient knowledge in society. Biological changes, combined with reduced understanding or knowledge in the social context, can refer to how previous studies discuss stigmatized identity (24,45). This corresponds to Emma's description of being underestimated in the workplace. However, experience of a stigmatised identity can also occur in the psychological dimension, showing the causality in the biopsychosocial model (38,39). According to Bryson-Campbell et al. (23), experience of stigmatised identity is an obstacle to work participation. From an occupational science perspective, this can concern violations of the individual's occupational identity. At the same time, novel findings in this study show that the informants found it difficult to know whether the challenges they were currently experiencing in the workplace were injury-related or would have existed without the injury.

COPING STRATEGIES

Another distinct finding of this study lies in the descriptions of the various coping strategies the informants developed to make work participation easier, such as using checklists and calendars. Coping strategies that break down tasks into manageable chunks are important, as shown in previous studies (14,32), underlining the causality of the biopsychosocial model (38,39). Biological and social factors affect the psychological dimension and vice versa. An individual's sense of their own capacity is developed and reinforced through interactions with other people, which relates to the theory of occupational science (19,23).

THE PROLONGED PROCESS

The findings of this study show that the prolonged process of coping with multiple challenges in order to succeed in work participation after a TBI requires patience and understanding. The informants experienced challenges due to the disruption of their occupational identity, and several had spent many years redefining their self-understanding, in line with results from previous studies (19,23). Due to their reduced work capacity, it was important for the participants to start in a reduced position and increase gradually. They became more tired than before their injury, and they focused on strengthening the balance between activity and rest. The need for an increased focus on occupational balance was described by Jessica, who reduced her working hours to achieve it. Workplaces must, therefore, offer more flexibility by adapting work tasks or working hours to give the employee the opportunity to adapt to the new requirements that may arise after a TBI and thus achieve occupational balance (6,37).

The findings confirm the challenges of work participation. David, therefore, called for a system that gives people a chance to stay employed, and this would also help people to move on with their lives post-TBI. Society has created a barrier to work participation in that some workplaces require trade certificates, making it difficult for people with brain injuries to work if they are not in a position to acquire such certificates.

The findings also showed that the term «sheltered work» can be seen as stigmatising. This suggests the informants' desire not to stand out, linked to Bryson-Campbell's (23) description of stigmatised identity. Both the biological dimension (i.e. the consequences of TBI) and the social dimension (i.e.

a lack of understanding by others) can thus have a negative impact on the psychological dimension. This corresponds to the findings of Libeson et al. (46) who showed how individuals experience work satisfaction and that their quality of life depends on work participation. From an occupational science perspective, this demonstrates that work participation is essential in shaping the individual's occupational identity (19,23,36).

Methodological considerations

According to Tjora (40), the SDI method for data analysis applied in this study, supports reliability by establishing detailed requirements for data generation, empirical analysis and application of the relevant theory in the final phase. The study used a sample of eight informants, selected according to the purpose of the study. Their characteristics were appropriate to enable them to contribute to a detailed exploration and understanding of the topic (41). It should be emphasised that the findings clarified the perspectives only of individuals who had experienced a TBI. Important information from the social environment surrounding those individuals was not gathered. It may therefore be relevant in future studies to examine this topic from multiple perspectives and apply other theoretical approaches. While the sample size was small, all the participants were representative of people with moderate-to-severe TBI, and they provided rich data about their own experiences. The findings make a new contribution to the knowledge base regarding work participation following TBI and potential areas of improvement in the workplace.

Conclusions

This study provides insight into how the consequences of TBI affect work participation ten to twelve years post-injury. The findings show that even at this late stage it can be difficult to find a balance in everyday life. Reduced memory, impaired attention and a lack of understanding on the part of management and colleagues created challenges in work participation. Individuals develop coping strategies for work participation, as described by the participants, but there is a need for improved working practices based on enhanced understanding, knowledge, and social support in the late phases of TBI recovery. In addition, we need a greater knowledge of which factors affect work participation from a long-term perspective, an area to which occupational therapists can contribute with their expertise in vocati-

onal rehabilitation. The findings give occupational therapists insight into how work participation can be facilitated at both systemic and individual levels. Adaptations such as tailoring work tasks and adjusting working hours, can promote activity balance and quality of life after TBI. The findings contribute to the knowledge base on work participation following TBI and potential areas of improvement in the workplace, potentially widening access to work participation. Further research and dialogue will improve our understanding of the central challenges in promoting workplace adaptations and work participation after TBI.

Funding

The study was partly financed by Oslo University Hospital.

Acknowledgements

We would like to thank the informants for sharing their experiences with us.

References

- Matérne M, Lundqvist LO, Strandberg T. Opportunities and barriers for successful return to work after acquired brain injury: A patient perspective. *Work*. 2017;56(1):125-34.
- Mani K, Cater B, Hudlikar A. Cognition and return to work after mild/moderate traumatic brain injury: A systematic review. *WORK*. 2017;58(1):51-62.
- Andelic N, Soberg HL, Berntsen S, Sigurdardottir S, Roe C. Self-perceived health care needs and delivery of health care services 5 years after moderate-to-severe traumatic brain injury. *Pm r*. 2014;6(11):1013-21; quiz 21.
- Ponsford JL, Downing MG, Olver J, Ponsford M, Acher R, Carty M, et al. Longitudinal follow-up of patients with traumatic brain injury: outcome at two, five, and ten years post-injury. *J Neurotrauma*. 2014;31(1):64-77.
- Ketchum JM, Almaz Getachew M, Krch D, Kolkowsky-Hayner SA, Baños JH, Lequerica A, et al. Characteristics associated with satisfaction with life 1 year post traumatic brain injury in a population of Hispanic individuals. *NeuroRehabilitation*. 2012;30(1):23-33.
- Ellingsen KL AR. Work participation after acquired brain injury: experiences of inhibiting and facilitating factors. *Int J Disabil Manage Res*. 2009;4(1):1-11.
- Sigurdardottir S, Andelic N, Wehling E, Anke A, Skandsen T, Holthe OO, et al. Return to work after severe traumatic brain injury: a national study with a one-year follow-up of neurocognitive and behavioural outcomes. *Neuropsychol Rehabil*. 2020;30(2):281-97.
- Andelic N, Stevens LF, Sigurdardottir S, Arango-Lasprilla JC, Roe C. Associations between disability and employment 1 year after traumatic brain injury in a working age population. *Brain Inj* 2012;26(3):261-269.
- Forslund MV, Roe C, Arango-Lasprilla JC, Sigurdardottir S, Andelic N. Impact of personal and environmental factors on employment outcome two years after moderate-to-severe traumatic brain injury. *J Rehabil Med*. 2013;45(8):801-7.
- Gormley M, Devanaboyina M, Andelic N, Røe C, Seel RT, Lu J. Long-term employment outcomes following moderate to severe traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis. *Brain Inj*. 2019;33(13-14):1567-80.
- Maas AIR, Menon DK, Adelson PD, Andelic N, Bell MJ, Belli A, et al. Traumatic brain injury: integrated approaches to improve prevention, clinical care, and research. *Lancet Neurol*. 2017;16(12):987-1048.
- Franulic A, Carbonell CG, Pinto P, Sepulveda I. Psychosocial adjustment and employment outcome 2, 5 and 10 years after TBI. *Brain Inj*. 2004;18(2):119-29.
- Dahm J, Ponsford J. Predictors of global functioning and employment 10 years following traumatic brain injury compared with orthopaedic injury. *Brain Inj*. 2015;29(13-14):1539-46.
- Bush EJ, Hux K, Guetterman TC, McKelvey M. The diverse vocational experiences of five individuals returning to work after severe brain injury: A qualitative inquiry. *Brain Inj*. 2016;30(4):422-36.
- Howe EI, Andelic N, Perrin PB, Røe C, Sigurdardottir S, Arango-Lasprilla JC, et al. Employment Probability Trajectories Up To 10 Years After Moderate-To-Severe Traumatic Brain Injury. *Front Neurol*. 2018;9:1051.
- Jacobs, K. Work and traumatic brain injury. *WORK*. 2017;58(1):1-2.
- Jonasson A, Levin C, Renfors M, Strandberg S, Johansson B. Mental fatigue and impaired cognitive function after an acquired brain injury. *Brain Behav*. 2018;8(8):01056.
- Esbjörnsson E, Skoglund T, Sunnerhagen KS. Fatigue, psychosocial adaptation and quality of life one year after traumatic brain injury and suspected traumatic axonal injury; evaluations of patients and relatives: a pilot study. *J Rehabil Med*. 2013;45(8):771-7.
- Sveen U, Søberg HL, Østensjø S. Biographical disruption, adjustment and reconstruction of everyday occupations and work participation after mild traumatic brain injury. A focus group study. *Disabil Rehabil*. 2016;38(23):2296-304.
- Alves DE, Nilsen W, Fure SCR, Enehaug H, Howe EI, Løvstad M, et al. What characterises work and workplaces that retain their employees following acquired brain injury? Systematic review. *Occup Environ Med*. 2020;77(2):122-30.
- Björkdahl A. The return to work after a neuropsychological programme and prognostic factors for success. *Brain Inj*. 2010;24(9):1061-9.
- Gilworth G, Eyres S, Carey A, Bhakta BB, Tennant A. Working with a brain injury: personal experiences of

- returning to work following a mild or moderate brain injury. *J Rehabil Med*. 2008;40(5):334-9.
23. Bryson-Campbell M, Shaw L, O'Brien J, Holmes J, Magalhaes L. A scoping review on occupational and self identity after a brain injury. *Work*. 2013;44(1):57-67.
 24. Soeker MS, Darris Z. The experiences of women with traumatic brain injury about the barriers and facilitators experienced after vocational rehabilitation in the Western Cape Metropole, South Africa. *WORK*. 2019;64(3):447-486.
 25. Rubenson C, Svensson E, Linddahl I, Björklund A. Experiences of returning to work after acquired brain injury. *Scand J Occup Ther*. 2007;14(4):205-14.
 26. Lundqvist A, Samuelsson K. Return to work after acquired brain injury: a patient perspective. *Brain Inj*. 2012;26(13-14):1574-85.
 27. Shames J, Treger I, Ring H, Giaquinto S. Return to work following traumatic brain injury: trends and challenges. *Disabil Rehabil*. 2007;29(17):1387-95.
 28. Kristensen, Hanne Kaae. Occupational science in a Nordic environment. *Journal of occupational science*, 2019, Vol.26 (2), p.193-199.
 29. Stortingsmelding 29. Felles ansvar for eit godt og anstendig arbeidsliv: Arbeidsforhold, arbeidsmiljø og sikkerhet. Det Kongelige Arbeidsdepartement. Oslo 2010-2011.
 30. Yerxa, E. J., Clark, F., Frank, G., Jackson, J., Parham, D., Pierce, D., Stein, C., & Zemke, R. (1989). An introduction to occupational science: A foundation for occupational therapy in the 21st century. *Occupational Therapy in Health Care*, 6, 1-17.
 31. Saltychev M, Eskola M, Tenovu O, Laimi K. Return to work after traumatic brain injury: Systematic review. *Brain Inj*. 2013;27(13-14):1516-27.
 32. Gilworth G, Carey A, Eyres S, Sloan J, Rainford B, Bodenham D, et al. Screening for job loss: development of a work instability scale for traumatic brain injury. *Brain Inj*. 2006;20(8):835-43.
 33. Pösl M, Cieza A, Stucki G. Psychometric properties of the WHODASII in rehabilitation patients. *Qual Life Res*. 2007;16(9):1521-31.
 34. Draper K, Ponsford J. Cognitive functioning ten years following traumatic brain injury and rehabilitation. *Neuropsychology*. 2008;22(5):618-25.
 35. Reme SE, Monstand K, Fyhn T, Sveinsdottir V, Løvvik C, Lie SA, Øverland S. A randomized controlled multicenter trial of individual placement and support for patients with moderate-to-severe mental illness. *Scand J Work Environ Health* 2019;45(1):33-41.
 36. Gallagher M, Muldoon OT, Pettigrew J. An integrative review of social and occupational factors influencing health and wellbeing. *Front Psychol*. 2015;6:1281.
 37. Eklund M, Orban K, Argentzell E, Bejerholm U, Tjörnstrand C, Erlandsson LK, et al. The linkage between patterns of daily occupations and occupational balance: Applications within occupational science and occupational therapy practice. *Scand J Occup Ther*. 2017;24(1):41-56.
 38. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Psychodyn Psychiatry*. 1977;196(4286):129-136.
 39. Xiao X, Song H, Sang T, Wu Z, Wie Y, Yang Q. Analysis of Real-World Implementation of the Biopsychosocial Approach to Healthcare: Evidence From A Combination of Qualitative and Quantitative Methods. *Front Psychiatry*. 2021;12. doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.725596>
 40. Tjora A. Qualitative research as stepwise-deductive induction. 1st ed: Taylor & Francis Ltd.; 2018.
 41. Kvale S; Brinkmann S. *InterViews: Learning the craft of Qualitative Research interviewing*. Los Angeles: Sage Publications; 2009.
 42. O'Brian BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med*. 2014;89(9):1245-1251.
 43. Harrison AL, Hunter EG, Thomas H, Bordy P, Stokes E, Kitzman P. Living with traumatic brain injury in a rural setting: supports and barriers across the continuum of care. *Disabil Rehabil*. 2017;39(20):2071-80.
 44. Bonnetterre V, Pérennou D, Trovatiello V, Mignot N, Segal P, Balducci F, et al. Interest of workplace support for returning to work after a traumatic brain injury: a retrospective study. *Ann Phys Rehabil Med*. 2013;56(9-10):652-62.
 45. Johansson U, Tham K. The meaning of work after acquired brain injury. *Am J Occup Ther*. 2006;60(1):60-9.
 46. Libeson L, Downing M, Ross P, Ponsford J. The experience of return to work in individuals with traumatic brain injury (TBI): A qualitative study. *Neuropsychol Rehabil*. 2020;30(3):412-29.



NAVN:
Marianne Sund

STILLING:
Høgskolelektor/Stipendiat
ved VID vitenskapelige høg-
skole i Stavanger

Forsker på demens og medborgerskap

Av Else Merete Thyness

– Hvem er Marianne Sund?

– Jeg arbeider som høgskolelektor på ergoterapeututdanningen ved VID vitenskapelige høgskole i Stavanger. De siste årene har jeg vært stipendiat ved VID og leverte i slutten av april min doktorgrad til vurdering. Så nå venter jeg i spenning! Jeg har trives svært godt som stipendiat, og jeg har følt meg privilegert som har fått lov til å bruke flere år på å utforske noe av det jeg brenner aller mest for. Nå er jeg for fullt tilbake i arbeid ved utdanningen, og jeg synes det er utrolig kjekt å få ta del i det viktige arbeidet det er å utdanne fremtidens ergoterapeuter!

Ellers er jeg en Finnmarking som for over 20 år siden fant kjærligheten og flyttet til Stavanger. På fritiden er jeg sanger og låtskriver, en interesse jeg har hatt mye nytte av i mitt tidligere kliniske arbeid innen demensfeltet og alderspsykiatrien. Som 17-åring fikk jeg min første erfaring med arbeid i sykehjem, i forbindelse med at jeg studerte til å bli hjelpepleier. Jeg oppdaget allerede da at jeg var svært opptatt av hvordan personer som lever med demens får muligheten til å engasjere seg i aktiviteter i hverdagslivet. Jeg bestemte meg for å satse på høyere utdanning og fikk tips om å søke meg til ergoterapi av en kiropraktor som min mor gikk til behandling hos. Så noen ganger spiller tilfeldighetene inn, og jeg har aldri angret!

Etter fullført Bachelorutdanning i 2003 startet jeg å arbeide som ergoterapeut på en alderspsykiatrisk avdeling ved Stavanger universitetssykehus, et arbeid jeg opplevde som svært meningsfullt. Etter at jeg leverte min mastergradsoppgave i 2015, fikk jeg vikariat ved ergoterapeututdanningen og har vært her siden.

– Hva forsker du på?

– Doktorgraden, som jeg nettopp har levert til vurdering, utforsker medborgerskap i hverdagslivet til personer med demens som bor på sykehjem. Medborgerskap forstås i denne sammenheng som noe vi gjør og som deltakelse og aktørskap i ordinære sider av hverdagslivet. Jeg har gjennomført et etnografisk feltarbeid i tre sykehjemsavdelinger for personer med demens, der jeg fikk anledning til å bli kjent med og tilbringe tid sammen med både beboere og ansatte i sykehjemmene. Dette innebar at jeg var til stede i sykehjemmenes fellesarealer, observerte og snakket med både beboere og ansatte, og gjennomførte intervjuer med ansatte og støttepersonell. Deltakende observasjon fokuserte på hva beboerne gjorde og sa i naturlige situasjoner i hverdagslivet, og avhandlingen trekker frem og analyserer fortellinger som kaster lys over beboernes evner, aktørskap og medborgerskap. Anerkjennelse

og støtte av beboernes kompetanse til å være aktive deltakere i egne hverdagsliv fremheves, og samtidig viser diskusjonene i avhandlingen at hverdagsdiskriminering i sykehjem kan være flyktig og vanskelig å fange opp. Det er behov for økt fokus på tema som medborgerskap, aktørskap og diskriminering i fremtidige demensplaner og føringer på feltet.

Avhandlingen fremhever en utvidet forståelse av aktivitet i sykehjem som noe mer enn å sikre aktivitetstilbud, med økt bevissthet mot beboernes ønsker og evner i helt ordinære hverdagslige situasjoner. Dette innebærer økt fokus på hverdagsliv, der en kroppslig kompetanse kan trigges i kjente omgivelser, og aktiviteter kan bidra til at personer med demens kan være aktive deltakere. Resultatene setter også fokus på at beboernes medborgerskap påvirkes av måten de fortolkes i sykehjem. Gruppebaserte fortolkninger av beboernes evner eller behov kan begrense muligheter for deltakelse. En sykdomsorientert forståelse kan bidra til at vi tolker atferd som uttrykk for demens, for eksempel å se tilbaketrekning eller passivitet som symptomer (apati) og dermed som normalt eller forventet. Medborgerskap forutsetter anerkjennelse av beboernes kompetanse til å handle intensjonelt, og avhandlingen fremhever at både utsagnene og handlingene til personer med demens kan fortolkes som motstand mot omgivelser som begrenser medborgerskap.

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

- Det var faktisk et ganske vanskelig spørsmål! Det er så mange vitenskapelige artikler der ute som virkelig er gode og som har gitt viktige bidrag til feltet, skrevet av både ergoterapeuter og andre forskere og klinikere. Men når jeg nå skulle velge en har jeg landet på en artikkel skrevet av Kielasgaard, Horghagen, Nielsen og Kaae Kristensen som har tittelen «Moments of meaning: Enacted narratives of occupational engagement within a dementia town». Denne ble publisert i 2021 og setter på en veldig fin måte fokus på hvordan personer med demens kan skape eller utøve mening gjennom aktivitet, og at meningsfullt engasjement kan være en måte å fortelle sin historie på. Forfatterne viser til at det er en hårfin grense mellom å være engasjert og i stand til å skape mening og å være uengasjert og over tid utsatt for aktivitetsdeprivasjon. For meg forteller artikkelen oss at personer med demens fremdeles kan skape mening gjennom hverdagslige aktiviteter, men at slik mening ofte skapes i samarbeid med

andre mennesker i omgivelsene. Derfor er det svært viktig med kompetanse om aktivitet og meningsskaping hos de som støtter personer med demens i det daglige.

- Hva mener du vi har behov for mer forskning om i ergoterapi?

- Jeg mener det er behov for mer forskning på hvordan ergoterapeuter kan arbeide for å fremme menneskers rett til å være aktive medborgere på alle arenaer i samfunnet, i tråd med kjerneverdiene i faget. Vår kompetanse er viktig for å bidra til kunnskap om hvordan diskriminering skjer i hverdagslivene til personer som lever med ulike former for funksjonsnedsettelse, både når det gjelder offentlige deler av samfunnet, men også hverdagsdiskriminering på livets private arenaer. I denne forbindelse håper jeg vi kan løfte frem FN-konvensjon om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) enda høyere i våre diskusjoner, også når det gjelder rettighetene og kompetansen hos borgere som lever med demens.

Referanse

Kamilla Kielasgaard, Sissel Horghagen, Dorthe Nielsen & Hanne Kaae Kristensen (2021) Moments of meaning: Enacted narratives of occupational engagement within a dementia town, *Journal of Occupational Science*, 28:4, 510-524, DOI: 10.1080/14427591.2020.1859403



Øyeblikk med mening; handlingsnarrativer som utspiller seg i en demensby

Kamilla Kielsgaard, Sissel Horghagen, Dorthe Nielsen & Hanne Kaae Kristensen



Kamilla Kielsgaard er ergoterapeut og kvalitets- og utviklingsmedarbeider ved Nordfyns Kommune og gjesteforsker ved Geriatrik Forskningsenhet, Syddansk Universitet.



Sissel Horghagen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Norges Tekniske og Naturvitenskapelige universitet og adjunkt ved Syddansk Universitet.



Dorthe Nielsen er sykepleier og professor på geriatrik avdeling ved Odense Universitetshospital.



Hanne Kaae Kristensen er ergoterapeut og professor ved Syddansk Universitet og førsteamanuensis ved University College i Danmark.

ABSTRACT

Engagement in meaningful occupation is important to health and well-being. People living with dementia are challenged in engagement due to consequences of their disease and environmental barriers.

In Europe, there is increasing interest in addressing these challenges by transforming care services into dementia-friendly contexts such as dementia towns. It is unclear, however, how engagement in occupation occurs within a dementia town.

This study applies a narrative, ethnographic approach to explore how people with moderate dementia engage in occupation in the context of a Danish dementia town, and how meaning is related. Data were generated and analysed based on the «narrative in action»-approach. We produced in-depth knowledge of engagement and meaning through participant observations by following nine persons for an extended period while they participated in occupations in the everyday life of the dementia town. The narrative analysis revealed an overarching narrative of «moments of meaning – possibilities for engagement» that illustrated the thin line between potential engagement and deprivation from occupation. The stories that emerged in the analysis showed how people with dementia enacted meaning through occupation. Meaningful engagement seemed to be a way for people with dementia to connect to self, others, and place. The enacted narratives display the significance for people with dementia of being able to enact their story and thus create meaning from everyday life situations. However, the process of being engaged in occupation depended on co-creation with others, who supported the enactment process by drawing on the person's occupational biography.



Dette er en sammenfatning av den originale artikkelen *Moments of meaning: Enacted narratives of occupational engagement within a dementia town*. Den ble publisert i 2021 i *Journal of Occupational Science*, 28:4, 510-524, DOI: 10.1080/14427591.2020.1859403.

KORT BESKRIVELSE AV ARTIKKELEN

Engasjement i meningsfulle aktiviteter er viktig for menneskers helse og velvære. Det å opprettholde engasjement i hverdagslivets aktiviteter er viktig for mennesker med demens og særlig relatert til det å få delta i aktiviteter, der de får uttrykt hvem de er (Kristensen & Peoples, 2019). Vi vet at mennesker med demens er utsatt for å bli depriverte om de ikke får delta i meningsfulle hverdagsaktiviteter. Dette er ikke bare symptomer på selve diagnosen, men kan være forårsaket av barrierer som hindrer dem i å delta. Disse barrierene kan være sosiale, kulturelle eller fysiske barrierer (Du Toit et al., 2019; Han et al., 2016; O'Sullivan & Hocking, 2006). Forskning og erfaring har vist at personer med demens i for liten grad får delta i ønskede aktiviteter, og at de blir avskåret fra samfunnsmessig deltakelse på institusjoner som sykehjem (Johansson et al., 2020; Mondaca et al., 2018). I Europa i dag er det en økende interesse for å gripe fatt i disse utfordringene ved å endre tjenestene for mennesker med demens til mer demensvennlige kontekster slik som demenslandsbyer. For øvrig har vi lite forskning på hvordan mennesker med demens engasjerer seg i meningsfulle aktiviteter i en demenslandsby. Denne studien har som mål å utforske akkurat dette.

MENNESKER MED DEMENS OG AKTIVITETER

Vi brukte et narrativt, etnografisk design inspirert av narrative-in-action-tilnærming som er videreutviklet av Alsaker, Josephsson, med kolleger (Alsaker & Josephsson, 2010; Josephsson & Alsaker, 2015; Ulfseth et al., 2015). Denne tilnærmingen ga oss retningslinjer for å utforske hvordan mennesker med demens engasjerer seg i aktiviteter og hvordan deltakelse i disse aktivitetene blir tillagt mening. Gjennom bruk av langsgående feltarbeid kunne vi sammenfatte uformelle samtaler og gjøre deltakende observasjoner i demensbyen og i aktivitets-senteret. Data ble generert og analysert basert på tilnærmingen med «narrative in action». Gjennom denne metoden fikk vi fram dybde-kunnskap om engasjement og mening gjennom deltakende observasjoner ved å følge ni personer mens de deltok i hverdagslivets aktiviteter i demensbyen. De narrative analysene brakte fram det overgripende narrative: Momenter med mening – muligheter for engasjement. Dette illustrerer den tynne linjen mellom mulig engasjement og deprivasjon som vi viser gjennom en av historiene i den originale artikkelen, nemlig historien om Hans.

HANS' HISTORIE

Hans var en 85 år gammel mann og tidligere postbud, med moderat demens. Han levde sammen med sin kone i deres hus og tilbragte daglig tiden sin på et aktivitetssenter i en demensby. Når han ankom, fant han sin faste stol ved et vindu i et hjørne på fellesrommet. Han satte seg godt til rette, krysset eller foldet hendene og beina og sovnet. Han tok ikke kontakt med de andre og tok ikke del i aktivitetene som foregikk uten at staben mer eller mindre tvang ham. Når han ikke sov, vandret han rundt i utearealet og ville røyke eller dra hjem.

Men ett av mine møter med Hans tok en annen vending. En dag da Hans sto ute på gårdsplassen og lette etter sine sigaretter, spurte jeg ham om jeg kunne ta følge med ham på en tur i parken. Jeg tilbød ham å ta min arm for å vise at vi kunne gå sammen. Ansiktet hans lyste opp og han svarte «Ja, det kan du». Mens vi gikk, pratet vi om det fine været. Hans svarte på mine spørsmål på en høflig måte, men uten å engasjere seg i samtalen. Jeg visste at han hadde vært postbud som yrkesaktiv så jeg spurte om han var vant til å være mye ute. Han svarte «Ja, jeg har alltid arbeidet utendørs som postbud. De andre likte å sykle, men ikke jeg, jeg likte å gå rundt i byen med posten. Der kunne jeg hilse på alle jeg møtte.» Han lo. Jeg spurte om han kjente alle i butikkene der han leverte post. «Ja, det gjorde jeg, og jeg kunne holde alle brevene på denne måten.» Han viste meg sin høyre hånd og hvordan han stablet brevene mellom hver finger. Han virket fornøyd og humret litt. Vi spaserte videre rundt om i parken i et jevnt tempo og kom fram til hønsehuset hvor han gjentok: «Jeg likte virkelig å gå rundt i byen med posten mens de andre foretrakk å sykle.» Jeg sa: «Ja, så det var fint at du kunne gå rundt i byen med posten:» «Ja, og jeg kunne holde brevene på denne måten.» Han viste det med hånda igjen. Hans gjentok den samme historien fem ganger på den samme måten på vår spasertur i parken. Han fortalte med glede hver gang, lente seg litt mot meg og lo.

Denne hendelsen sto fram som betydningsfull ettersom det var noe som var helt i motsetning til Hans' vanlige atferd med å vandre rundt eller sove. Vi tolket dette narrative som er en dialog mellom Hans og i lys av teori om mimesis.

MIMESIS 1

Det å gå rundt i byen var en aktivitet Hans hadde gjort som postbud, og inne i demensbyen kunne han spasere rundt omkring i trygge rammer. Men dette



Handlingsnarrativer er fortellinger om håp og mening, formidlet via aktiviteter som viser til tidligere erfaringer og konkrete handlinger.

var ikke noe han gjorde for seg selv lengre, selv om det var mulig for ham. Det at jeg spurte om vi skulle gå en tur, syntes å være en trigger for Hans' minner om det å gå. Han begynte da å fortelle om at han hadde vært postbud og at han likte bedre å gå rundt med posten enn å være et syklende postbud.

MIMESIS 2

Mimesis 2 handler om det begynnende samarbeidet om en meningsdannende prosess som kobler sammen hendelser og erfaringer. Dette viser hvordan det å gjøre aktiviteter skaper bilder av former for aktiviteter, og hvordan man knytter det til det å forstå seg selv. Vi tolker det slik at Hans koblet sammen det å gå en tur i parken med sine tidligere erfaringer med å være et postbud som gikk omkring i byen og leverte posten. Han fortalte om sin måte å gjøre det på som var viktig for ham, og at han hadde

en aktivitetsstil som var annerledes enn de syklende postbudene. Her tester han ut sammenhengen mellom fortid og nåtid. Ved å få støtte fra en ansatt til å gjøre denne aktiviteten og snakke om den samtidig som han mottok positiv feedback, synes han å komme i god stemning. Det førte til at han gjentok fortellingen om hvilket postbud han hadde vært og hvordan han hadde holdt brevene mellom fingrene. Gjennom turen i parken kunne Hans sette fortellingen ut i handling (narrative-in-action) samtidig som han fortalte den.

MIMESIS 3

Mimesis 3 handler om felles forståelse av den handlingsbaserte historien, som fører til at Hans forteller noe om seg selv som er koblet sammen med omgivelsene (gå tur i parken). Hans gjentar sin fortelling flere ganger og deler den med meg, men det synes tydelig at det blir viktig for ham selv å minnes dette. Det synes som om hans egen aktivitetsidentitet og egen verdighet blir styrket gjennom handlingsnarrativet, som er å gå tur i parken mens han forteller om sitt liv som postbud. Hans hadde tidligere vært rastløs og uten retning i sin væremåte på aktivitets-senteret, men gjennom dette handlingsnarrativet spaserte han med passende lange skritt, og han syntes å være svært så komfortabel ved å gjenkjenne aktiviteten å spasere. Det overraskende skiftet i Hans' atferd kan tolkes til å handle om at Hans assosierte tilbake til sitt liv som postbud gjennom å spasere i parken. Han opplevde en tilhørighet til en for ham ukjent park, gjennom å gå og dermed gjøre en aktivitet som han var kjent med, og som hadde personlig mening. Aktiviteten ble en igangsetter for at han kunne uttrykke seg selv gjennom sin tidligere profesjonelle rolle, som han tydelig var stolt over å ha hatt. Ved å få støtte til å gjøre denne aktiviteten, kunne Hans koble seg til sine tidligere meningsfulle erfaringer. Det å fortelle om sitt arbeide, vise sine ferdigheter som postbud og få positiv respons på dette, gjorde det mulig for Hans å kreere mening i denne situasjonen. Vi kaller dette et handlingsnarrativ. Gjennom dette handlingsnarrativet skapte Hans sammenheng til tross for sine fragmenterte forståelser og tider med vanskeligheter med å forstå sin situasjon og seg selv. Her kunne han oppleve øyeblikk med mening og også huske seg selv og erfare sammenheng mellom tidligere liv og nåtid.

MENINGSFULLT ENGASJEMENT

Historien som trådte fram gjennom analysen viser

at mennesker med demens kan erfare mening fra handling gjennom aktivitet. Meningsfullt engasjement kan føre til at mennesker med demens kan huske seg selv og andre og knytte det til aktivitet. Narrativer som trer fram av handling, viser seg å være betydningsfulle for mennesker med demens, og gjennom dette kan de oppleve mening gjennom deltakelse. Men prosessen med å være engasjert i aktiviteter ser ut til å være knyttet til et samarbeid med andre, som kan støtte deltakelse i handling som er relevant for personens aktivitetsbiografi. Videre viser våre analyser at de fysiske omgivelsene til demensbyen i seg selv ikke initierer til engasjement. Engasjement i meningsfulle aktiviteter i demensbyen må støttes av ansatte eller familie. Disse betraktningene kan være retningsgivende i den videre planleggingen av tjenester for mennesker med demens. Vi understreker at omgivelsene må omfavne en variasjon av aktivitetsmuligheter, og at både omgivelsenes muligheter samt samarbeidet mellom de demente og andre mennesker er viktige. Fra et aktivitetsperspektiv utvider våre resultater tidligere arbeid knyttet til handlingsnarrativer. Erfaringer fra mennesker med kognitiv funksjonsnedsettelse viser at handlingsnarrativer (narrative in action) er nyttig for å samle omfattende data og forstå hvordan aktivitet kan utspille seg i hverdagslivet til mennesker med moderat demens.

Referanser

- Alsaker, S., & Josephsson, S. (2010). Occupation and meaning: Narrative in everyday activities of women with chronic rheumatic conditions. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 30(2), 58-67. <https://doi.org/10.3928/15394492-20100312-01>
- Du Toit, S. H. J., Shen, X., & McGrath, M. (2019). Meaningful engagement and person-centered residential dementia care: A critical interpretive synthesis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 26(5), 343-355. <https://doi.org/10.1080/11038128.2018.1441323>
- Han, A., Radcliff, J., McDowd, J. M., & Sabata, D. (2016). Perspectives of people with dementia about meaningful activities. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 31(2), 115-123. <https://doi.org/http://doi.org/10.1177/1533317515598857>
- Kielsgaard, K., Høghagen, S., Nielsen, D., & Kristensen, H. K. (2021). Moments of meaning: Enacted narratives of occupational engagement within a dementia town. *Journal of Occupational Science*, 28(4), 510-524.
- Johansson, K., Borell, L., & Rosenberg, L. (2020). Qualities of the environment that support a sense of home and belonging in nursing homes for older people. *Ageing & So-*

ciety, Advance online publication. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000896>

- Josephsson, S., & Alsaker, S. (2015). Narrative methodology: A tool to access unfolding and situated meaning in occupation. In S. Nayar & M. Stanley (Eds.), *Qualitative research methodologies for occupational science and therapy* (pp. 70-83). Routledge.
- Kristensen, H. K., & Peoples, H. (2019). Experiences related to quality of life in people with dementia living in institutional settings – A meta-aggregation. *British Journal of Occupational Therapy*, 83(3), 145-161. <https://doi.org/10.1177/0308022619879080>
- Mondaca, M., Josephsson, S., Katz, A., & Rosenberg, L. (2018). Influencing everyday activities in a nursing home setting: A call for ethical and responsive engagement. *Nursing Inquiry*, 25(2), 1-11. <https://doi.org/10.1111/nin.12217>
- O'Sullivan, G., & Hocking, C. (2006). Positive ageing in residential care. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*, 53(1), 17-23.
- Ulfseth, L. A., Josephsson, S., & Alsaker, S. (2015). Meaning-making in everyday occupation at a psychiatric centre: A narrative approach. *Journal of Occupational Science*, 22(4), 422-433. <https://doi.org/10.1080/14427591.2014.954662>

FYSIKALSKE HJELPEMIDLER FOR BARN, UNGDOM OG VOKSNE

Vi leverer til fysioterapeuter,
klinikker, institusjoner og
privatpersoner
i hele landet!



Nå med
instruksjonsvideoer
på helt ny nettside!

www.bamseprodukter.no

REISEBREV FRA NEW ZEALAND

Starten og utviklingen av aktivitetssvitenskap og dens praksis

Vi sitter utenfor huset til Clare Hocking med utsikt over Otago-dalen. Dette er et godt sted å sitte og snakke om starten og utviklingen av aktivitetssvitenskap og dens praksis. Aktivitetssvitenskap ble først etablert ved University of Southern California i 1989. Clare Hocking som er professor ved Auckland University of Technology på New Zealand, har vært tett på utviklingen av faget som mangeårig redaktør av *Journal of Occupational Science*.

Av Sissel Horghagen & Clare Hocking



Sissel Horghagen er førsteamanuensis, ergoterapeut og aktivitetssviter ved Norges Tekniske og Naturvitenskapelige universitet.



Clare Hocking er professor, ergoterapeut og aktivitetssviter ved Auckland University of Technology. Hun er også redaktør for tidsskriftet *Journal of Occupational Science*.

ETABLERING AV AKTIVITETSSVITENSKAP

Sissel: Hei Clare! Utsikten fra huset ditt er fantastisk. Vi ser en bred dal inndelt i beiteområder for sauer og kyr. Den grønne dalen står i sterk kontrast til de hvitkledde fjellene. For meg er dette et eventyr på så mange måter. Landskapet gir meg assosiasjoner til filmene *Lord of the rings*. Regissøren, Peter Jackson, kom fra New Zealand og har spilt inn mange av scenene her på Sør-Øya. Er ikke utviklingen av aktivitetssvitenskap også nærmest et eventyr?

Clare: Ja, det har vært et eventyr! Den offisielle oppstarten

av aktivitetssvitenskap var i 1989, men det startet egentlig litt før det. Mange ergoterapeuter og studenter i dag var ikke født da aktivitetssvitenskap ble etablert.

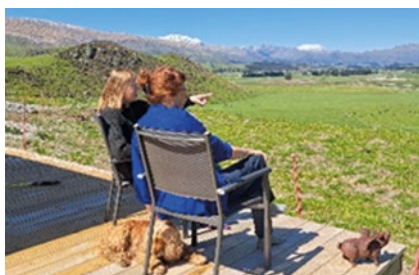
Sissel: Som Ann Wilcock' student, og en person som har levd tett på utviklingen av aktivitetssvitenskap, kan du fortelle hvorfor aktivitetssvitenskap ble etablert?

Clare: Vi hadde rett og slett behov for forskning om aktivitet. Dersom vi tenker tilbake til 1980-tallet og tiden før det, så hadde ergoterapeuter skiftet ut aktivitetssparadigmet med et medisinsk paradigme. Det var farlig for bevaringen av ergoterapi. Vi var i ferd med å miste det





Ann Cronin Mosey's bok *Activities Therapy* var en av de få som handlet om ergoterapi på 1980-tallet.



som var typisk for faget. Vi hadde begynt å argumentere med medisinsk kunnskap, og mye av det vi underviste i på den tiden var fag som anatomi, psykologi og sykdomslære. Det var også noe kunnskap om utviklingslære, helse og samfunn, men med et relativt nærsynt fokus. Mye av den litteraturen som ergoterapistudenter fikk beskjed om å lese, handlet ikke om ergoterapi, unntaket var vel boken om «Activities therapy» av Ann Cronin Mosey (1973).

Da ergoterapi ble etablert i 1917 hadde vi et holistisk syn på mennesket. Den gang var det behov for en faggruppe som var noe annet enn sykepleierne og legene. Det var behov for noen som var gode på rehabilitering. Det var mange sårede soldater etter første verdenskrig (og etter andre). Ergoterapi var den nye profesjo-

nen, et alternativ til medisinsk behandling og til det sykepleierne gjorde. Vi rehabiliterte til bedre helse gjennom aktivitet. Navnet til profesjonen ble «occupational therapy»: Terapi gjennom bruk av meningsfulle aktiviteter og opplæring i aktiviteter for å kunne komme tilbake til arbeid.

Ergoterapi ble også påvirket av «art and craft»-bevegelsen som handlet om det meningsfulle ved å kunne lage ting, det praktiske med å kunne gjøre det, tilhørighet og kultur. Gjennom å utføre aktiviteter (occupations), ble mennesker forvandlet (transformed). Det handlet ikke bare om å trene opp den skadede foten, det handlet om å finne tilbake til livet. Denne transformasjonen var ideen bak ergoterapi og førte til at ergoterapeuter begynte å bruke aktiviteter som terapi i rehabiliteringen.

Da måtte det være meningsfulle aktiviteter slik at de motiverte til innsats i den utfordrende rehabiliteringsprosessen.

Senere, på 1950-tallet og utover, mistet profesjonen noe av sitt opprinnelige fokus. Det ble høyere krav om å kunne vise til forskningsbevis (evidens) for at det man gjorde nyttet. Det førte til at ergoterapeuter begynte å forankre faget til medisin istedenfor opptrening gjennom aktivitet.

Ojsann, nå ble jeg litt avbrutt av hunden Cleo som ønsker seg mer vann i skåla si. Jeg får fylle på litt. Livet går videre. Hendelser skjer. Flink pike, Cleo. Finn ballen!

Men for å avslutte resymet: Vi trengte aktivitetsvitenskap for å bringe oss tilbake til etableringen av ergoterapi. Vi måtte begynne å forske på aktivitet og hvorfor



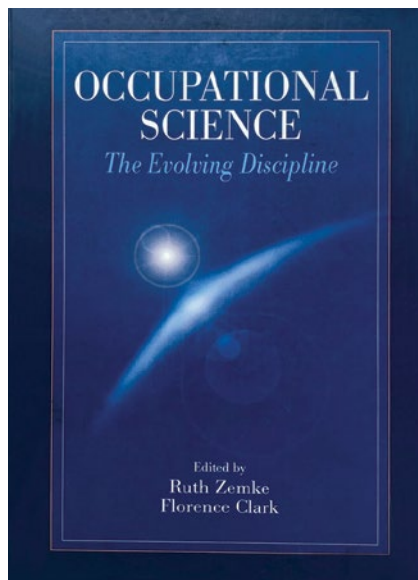
Florence Clark var hjernen bak *The well elderly study*. Foto: Phil Channing

vi engang i tiden hadde etablert en profesjon basert på aktiviteter for å bedre menneskers helse. Det var også pedagogisk begrunnet i pragmatismen. Mennesker trengte ergoterapi med et aktivitetsparadigme for kvaliteten i rehabilitering. Løsningen var å gjøre kunnskap om aktivitet til en vitenskap og ikke bare til en profesjon.

VITENSKAPELIG KUNNSKAP OM MENNESKELIG AKTIVITET

Clare: Hvorfor ble du opptatt av aktivitetsvitenskap, Sissel?

Sissel: Jeg ble begeistret for aktivitetsvitenskap fordi jeg trengte mer vitenskapelig kunnskap om aktivitet. Det gjaldt særlig for mennesker i sårbare livssituasjoner der endringer ikke bare nødvendigvis måtte til på individnivå, men også på samfunnsnivået, det vil si helse- og sosialpolitisk nivå (Yerxa, 1990). Generelt arbeidet de fleste ergoterapeutene på den tiden i institusjoner. Jeg hadde arbeidet mer med prosjekter og så behovet for kunnskap om aktivitet, inkludering og deltagelse. Jeg trengte ikke nødvendigvis kunns-



«Den blå boka» av Ruth Zempke og Florence Clark.

skap om tradisjonell behandling og terapi. Jeg syntes dette var mangelfullt i ergoterapi som generelt var veldig individfokustert på den tiden. Jeg hadde gjort en historisk studie om ergoterapi, og da er det kanskje lettere å se det kontekstuelle, historiske, politiske, og geografiske som preget tiden og menneskene som lever i en bestemt periode (Horghagen, Josephsson & Alsaker, 2007).

Videre var jeg fasinert av at aktivitetsvitenskap også satte søkelys på hvordan vi kunne utvikle aktivitetsbaserte forskningsdesign. Det første forskningsprosjektet som var relatert til aktivitetsvitenskap var *The well elderly study* (Jackson, Carlson, Mandel, Zemke & Clark, 1998). Det hadde et hverdagslivsperspektiv og handlet om hvordan bruke meningsfull aktivitet for å bedre livet til eldre som bodde i eldreboliger slik at de kunne øke sin kompetanse om å bedre innholdet i sitt eget hverdagsliv.

Clare: Prosjektet ga eldre strategier og kompetanser knyttet til hva som var viktig for dem å gjøre i sine egne hjem. Det var i denne

studien de begynte å si: *Hva er viktig for deg?*

Hjernen bak det hele var ergoterapeuten Florence Clark (1993). Hun var The Champion av aktivitetsvitenskap de første årene, og hun var brilliant i å skaffe midler til prosjektene. Det å finne ut av beboernes liv, og hva de hadde lyst til å gjøre i sine hverdagsliv, men ikke visste hvordan de skulle utføre, var viktig. For eksempel det å lære dem hvordan de kunne kjøpe bussbillett med de nye elektroniske systemene. Forskerne utførte grunnleggende kartlegging av hva som var viktig for de eldre i den konteksten de levde i og utformet en intervensjon som tok utgangspunkt i aktiviteter de eldre gjorde i løpet av et døgn. De observerte hva som begrenset dem fra å ta del i aktiviteter som var viktige for dem, og designet tiltak som kunne forbedre de eldres kompetanse for deltagelse. Dermed ble deres helse forbedret gjennom helt andre måleinstrumenter for helse enn det som var gjort tidligere.

Noe av det de oppnådde var at resultatet (tiltakene og de vitenskapelige publikasjonene) ble tatt veldig alvorlig av de eldre og de som leverte tjenestene. Forskerne viste at dette var en ny vitenskap som satte søkelys på hva mennesker gjør i sitt hverdagsliv, og de presenterte noen spennende forskningsmetoder. Grunnleggerne av aktivitetsvitenskap bestemte også at aktivitetsvitenskap skulle være tverrfaglig for å inkludere bidrag fra ulike vitenskapelige disipliner.

Sissel: Jeg tror at ergoterapeuter i min kommune var inspirert av denne studien da de designet et tiltak der de besøkte alle hjemmeboende eldre over 80 år i kommunen. Tiltaket var basert

på helsefremming og ergoterapeutisk fokus, underbygd av vitenskap om aktivitet. Moren og faren min fikk besøk av disse ergoterapeutene og syntes tiltaket var utrolig bra. Nå, i en alder av 90 år og fortsatt hjemmeboende, savner faren min en oppfølging av tiltaket.

TVERRFAGLIG VITENSKAP OM MENNESKELIG AKTIVITET

Sissel: Angående det å ha en tverrfaglig vitenskap, husker du den blå boka, den første boka om aktivitetsvitenskap (Zemke & Clark, 1996)? Det var særlig et kapittel jeg la merke til som var skrevet av en geograf, Michael Dear (1996). Han hadde foretatt en studie om hjemløse i en stor by i USA. Han skrev om hvordan hjemløse måtte endre sitt bevegelsesmønster relatert til tid, sted og hverdagslivets geografi. De hjemløse fikk være på noen steder på dagtid og andre steder på nattetid relatert til over- og middelklassens bevegelsesmønster. Han visualiserte et slags makt- og apartheid-system som gjaldt for de hjemløse, men dette kan også gjelde andre grupper i samfunnet som for eksempel mennesker med funksjonsnedsettelser og eldre. Jeg ble mye mer bevisst på kontekst etter denne studien.

Clare: En av intensjonene til aktivitetsvitenskap har vært å være en tverrfaglig vitenskap, i motsetning til utvikling av kunnskap i lukkede siloer. Jeg synes for eksempel at psykologi har klart å bli vidt kjent i samfunnet, og antropologi er på vei til å klare det, og også geografi og aktivitetsvitenskap.

AKTIVITETERS FORM, FUNKSJON OG MENING

Clare: Angående det å utforske

hva mennesker gjør i et tverrfaglig aktivitetsperspektiv, så kom jeg på en artikkel av Emma Russell (2008). Hun gjorde en studie av tagging på vegger som aktivitet. Hun trakk fram ulike vitenskapers perspektiv på tagging; beskrev forståelser av tagging gjennom internasjonal litteratur fra ulike disipliner som psykologi og sosialantropologi. Hun identifiserte hvilken påvirkning sosiale, politiske, økonomiske, kulturelle og historiske faktorer har påvirket aktiviteten tagging. Russell analyserer disse faktorene i lys av form, funksjon og mening og ser så hvordan taggingen i samtiden har funksjon som en stemme mot undertrykking, at den kan være gjeng-relatert og også et uttrykk for hiphop kultur.

Videre har hun sett på hvordan taggingen er meningsbærende relatert til å fremme at du kan bli kjent for taggingen din. Den gir tilhørighet og også spenning fordi det handler om risiko for å bli tatt. Hun reflekterer også over aktivitetens påvirkning på helse og velvære og bringer til slutt alle komponentene sammen for å forstå hvorfor mennesker gjør som de gjør, hvorfor de gjør det og hva det betyr for dem (Hocking, 2009).

Sissel: Jeg tror våre bachelor- og masterstudenter er kjent med den teoretiske kunnskapen om aktiviteters form, funksjon og mening. Og som du sier, disse begrepene kan hjelpe oss med å se både det individuelle og de mer strukturelle nivåene i aktiviteten. Jeg husker forresten din avhandling om forholdet mellom objekter og identitet som var basert på aktivitetsvitenskap. Du beskrev hvordan mennesker i den vestlige kulturen kan ha både rasjonelle, men også romantiske syn på ob-

jekter/gjenstander, og at dette er en viktig kunnskap når vi for eksempel skal formidle hjelpemidler. Hvilke verdier har personen som skal ha hjelpemidlet, og hvordan betrakte hjelpemidlets form, funksjon og mening relatert til personen som skal bruke hjelpemidlet. Er de spesifikke tekniske detaljene viktige for vedkommende, er personen mer opptatt av design og farger eller den symbolske verdien av hjelpemidlet? Det var en spennende avhandling!

Å GJØRE, VÆRE, BLI OG TILHØRE

Sissel: Vi har en annen rekke med begreper som er utviklet i aktivitetsvitenskap og da tenker jeg på å gjøre, være, bli og tilhøre av Ann Wilcock (1999). Jeg tror disse begrepene er relativt enkle å forstå for våre studenter og enkle å relatere til deres egne hverdagslivs aktiviteter.

Clare: Ja, og jeg tror at disse begrepene fungerer godt dersom man knytter dem til mestringsteorier. Deltagelse i aktiviteter krever både fysisk og mental kapasitet for å sette handlingene ut i livet. Det krever også kapasitet å kunne justere og relatere aktivitetene. For å si det enkelt – «human capacities are what people have to perform with». Deltagelse krever eller gir mulighet til å utvikle kompetanser som skal til for å mestre noe.

Det kan være lett å tro at begreper som å gjøre, være, bli og tilhøre kan være upolitiske, uten å reflektere over at noen mennesker har store fordeler framfor andre i forhold til hva de kan gjøre, være, bli og tilhøre, mens andre har utfordringer. Vi har sett opp igjennom historien hvordan enkelte blir utestengt, og vi ser det i vår tid.

Sissel: Ja, vi snakket om det i

lunsjen, at tidligere måtte mao-ri-ene som bodde i hus på stranden i Auckland, flytte når dronning Elisabeth kom på besøk. Da fikk rike mennesker bygge hus ved stranden, for det ble mye penere. Ikke alle har de samme privilegiene. Vi kan i vår samtid se diskriminering av mennesker med minoritetskulturer, flyktninger, mennesker med funksjonsnedsettelse og fattige. Ikke alle kan delta i ønskede aktiviteter, ikke alle får ta utdanning, ikke alle har et sted å bo. I det siste har vi innenfor ergoterapi og aktivitetsvitenskap også begynt å se på diskriminering som et resultat av kolonialisering (Simaan, 2020).

Clare: Med mestringsteorier kan man gjøre disse perspektivene mer felles. Hva mennesker kan gjøre, være, bli og tilhøre henger sammen med sosiokulturelle komponenter, og vi må inkludere det i våre analyser i aktivitetsvitenskap både gjennom etiske og filosofiske betraktninger. Vi må hele tiden spørre oss: Hva er det vi som ergoterapeuter og aktivitetsvitenskapsvitere bringer inn av unike perspektiver? Vi må være bevisst på at samfunnet trenger oss som profesjon, og at vi har et ansvar for å bedre livene til ikke-privilegerede mennesker som på grunn av sykdom, skade eller andre livsomstendigheter strever med hverdagene sine. Vi må vurdere deres aktiviteter og lære dem de kompetanser de trenger i livene sine.

I de senere årene har vi bragt samfunnsnivået enda mer inn i aktivitetsvitenskapen, gjennom for eksempel retten til aktivitet, aktivitetsbalanse og menneskerettighetene så vel som diskusjoner om dekolonialisering. Vi kan ikke forbli på et individnivå, men vi må se på konteksten og hvorfor mulighetene til mennesker er så

ulike i forhold til økonomi, politikk og kulturelle faktorer og hva vi gjør med det (Hocking, 2021).

Sissel: Begge våre land har urbefolkning; Māori- og det samiske folket. Statistisk informasjon viser ulikheter i leveforhold når det gjelder urbefolkning og ikke-urbefolkning. Dette synes jeg det hadde vært faglig spennende å diskutere, men denne samtalen nærmer seg slutten så det får vi snakke om en annen gang.

Det at vi sitter her og ser ut over landskapet med bondegårder som bidrar med ulike former for føde som mennesker trenger, er på en måte en metafor for at aktivitetsvitenskap bidrar med kunnskap og kompetanser til samfunnet. For vi må understreke at dette er en vitenskap som ikke ble etablert for sin egen del, men for å bidra til sosiale endringer og til en bedre verden som forholder seg til FN's menneskerettigheter (Horghagen & Hocking, 2017; Hocking, Townsend & Mace, 2021).

Clare: Og for å være ærlig, vi kan vel ikke finne et bedre tema å avslutte denne podkasten med.

Sissel: La oss pakke sammen og gå ned til den 14 år gamle sauen din med denne spesielleullen.

Clare: Ja, jeg er glad i filting og andre fiberaktiviteter som strikking, og du vet, snart er de nye sokkene dine ferdige. Tusen takk for samtalen.

Referanser

- Clark, F. (1993). Occupation embedded in a real life: Interweaving occupational science and occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 47(12), 1067-1078
- Dear, M. (1996). Time, Space, and the Geography of Everyday Life of People Who are homeless, in Occupational Science. *The Evolving Discipline*

- by Zemke, R. & Clark, F. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Jackson, J., Carlson, M., Mandel, D., Zemke, R., & Clark, F. (1998). Occupation in lifestyle redesign: The well elderly study occupational therapy program. *The American Journal of Occupational Therapy*, 52(5), 326-336.
- Hocking, C. (2021). Occupation in context: A reflection on environmental influences on human doing. *Journal of occupational science*, 28(2), 221-234
- Hocking, C. (2009). The challenge of occupation: Describing the things people do. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 140-150.
- Hocking, C., Townsend, E., & Mace, J. (2021). World Federation of Occupational Therapists position statement: Occupational Therapy and Human Rights (Revised 2019)–the backstory and future challenges. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 1-7
- Horghagen, S., Josephsson, S., & Alsaker, S. (2007). The use of craft activities as an occupational therapy treatment modality in Norway during 1952-1960. *Occupational therapy international*, 14(1), 42-56
- Horghagen, S., & Hocking, C. (2017). Shout out who we are! How might engagement in cultural activities enhance participation in everyday occupations for people in vulnerable life situations? In *Participation in Health and Welfare Services* (pp. 128-140). Routledge.
- Mosey, A.C. (1973). Activities Therapy. New York: Raven Press Books, Ltd
- Russell, E. (2008). Writing on the wall: The form, function and meaning of tagging. *Journal of Occupational Science*, 15(2), 87-97
- Simaan, J. (2020). Decolonising occupational science education through learning activities based on a study from the Global South. *Journal of Occupational Science*, 27(3), 432-442.
- Wilcock, A. A. (1999). Reflections on doing, being and becoming. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46(1), 1-11
- Zemke, R. & Clark, F. (1996). *Occupational Science. The evolving Discipline*. Philadelphia: F.A. Davis Company

ERGOSEAT

-NÅR KVALITET BETYR NOE!



VISSTE DU AT ERGOSEAT:

-Aldri har blitt slått på kvalitet siden det ble etablert i 2004.

-Designer, utvikler og produserer i Norge.

-Leverer individuelle produkter for sitte- stå- og toalett løsninger som alle er på rammeavtale.

-Har terapeuter som ivrer etter å hjelpe deg, uansett hvor du bor i landet.



Ergoseat AS | post@ergoseat.no | tlf. 55101600 | www.ergoseat.no



Smarte mål for en bedre fremtid

I slutten av mai arrangerte European Academy of Childhood Disability (EACD) sin årlige konferanse i Slovenias hovedstad Ljubljana. Med 850 deltagere fra over 50 ulike land er det en av verdens største konferanser innen barnehabilitering.



Slovenia, med 2.1 millioner innbyggere, strekker seg fra de østligste alpene til Adriaterhavet og grenser til Italia, Kroatia, Ungarn og Østerrike.



Åpningsseremonien minnet kongressdeltakerne om den negative påvirkningen krig og katastrofer har på barn, unge og deres familier.



Helene Polatajko sa at det er viktig å prioritere de personlige målene til barnet og familien.

European Academy of Childhood Disability (EACD) er en internasjonal organisasjon for alle med en klinisk og/eller vitenskapelig interesse for barnehabilitering. Oppdraget til EACD er å fremme forskning på alle aspekter av funksjonshemming i barndommen og overgangen til voksenlivet.

ÅRLIGE MØTEPLASSER

EACD arrangerer årlige møteplasser for å dele erfaringer og kunnskap og fremme interaksjon mellom fagpersoner, barn og deres familier. Det prioriteres å inkludere familiene og barnas stemmer i forskningen.

Det største arrangementet er en årlig konferanse med bidragsytere fra hele verden, som i år gikk av stabelen fra 24 til 27 mai. Mottoet var: «Smarter Goals for a Better Future». Med dette understreket konferansen hvor viktig målsetting er i rehabilitering og rehabilitering for barn. Konferansen er tverrfaglig og ønsker familier, klinikere og forskere velkommen.

ÅPNINGSSEREMONIEN

Konferansen ble åpnet med nydelig musikk og dansende barn etterfulgt av to hovedforelesere som tegnet opp et alvorlig bakteppe. Krig og konflikt har stor påvirkning på mennesker og spesielt på mødre og deres barn. Den pågående krigen i Ukraina



Av Hilde Bonden

har også negativ påvirkning på nødvendig helsehjelp og rehabilitering for barn, unge og deres familier, ikke bare i landet, men også utenfor landegrensene. Mange av familiene som flykter har behov for sammensatt og komplisert oppfølging. Jordskjelvet i Tyrkia rammet også flere barnefamilier.

VARIERT PROGRAM

Med fem parallelle løp var det mye interessant å velge mellom, og med program fra 08.00 til 19.00 var det mulig å få med seg mye på en dag. Både helsevesen og andre offentlige tjenester er organisert svært ulikt fra land til land, og det var det spennende å høre om. Av forskjellige temaer kunne vi blant annet velge mellom:

- målsettingsarbeid
- kunnskapstranslasjon
- synsvansker
- standardiserte kartleggingsinstrumenter for å oppdage nevrologiske tilstander tidlig eller for å måle utvikling
- foreldres helse og velvære
- tidlige tverrfaglige og intensive intervensjoner – ambulante og på institusjoner
- familier og barns opplevelser med barnepaliasjon
- å bli voksen med funksjonsnedsettelse
- innovasjon og muligheter i genetikk og medisinsk behandling
- innovativ teknologi og utvikling av tekniske hjelpemidler

- inkludering av barn og familier i forskning

Det foregikk også møtevirksomhet mellom ulike komiteer for å dele erfaringer med blant annet å etablere nasjonale og europeiske kvalitetsregistre. En egen sesjon var avsatt til å drøfte definisjonen av cerebral parese (CP). Kanskje kommer det en ny og oppdatert beskrivelse som også omfavner at CP er en diagnose man blir gammel med?

HOVEDFORELESERE

Helene Polatajko er ergoterapeut ved Universitetet i Toronto, Canada. Hennes presentasjon het «Reconsidering our paradigms: Lessons for better futures from intervention studies.» Polatajko minnet oss om at det ikke er tilstrekkelig med tiltak på kroppsfunksjon når målet er å øke deltakelse i meningsfulle aktiviteter og bedre livskvalitet. Målsettingsarbeid er avgjørende, og man skal heller prioritere oppgavefokusede intervensjoner med utgangspunkt i de personlige målene til barnet og familien. Eksempelvis sa hun at: «Man skal ikke trene på å balansere på et ben i en treningssal for å kunne stige på en sykkel, man skal trene på å stige på sykkel.»

Videre sa hun at: «Det er ikke lenger godt nok bare å adressere helsebehovene til barn med nedsatt funksjonsevne. Barn og deres familier forteller oss at det er avgjørende at vi også tar opp behovet deres for trivsel og deltakelse.»

WORKSHOP I CO-OP

Polatajko var også en av foreleserne på et kurs i Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP). Her fikk vi lære mer om CO-OP-metoden



Utenfor kultur- og kongressenteret Cankarjev Dom i Ljubljana fra venstre: overlege Helen Drake (OUS), overlege Nafis Iqbal (OUS), ergoterapeut Erika Longe Grønner (OUS), ergoterapeut Hilde Bonden (ergoterapeut i seksjon barne- og ungdomshabiliteringen i Østfold) og klinisk ernæringsfysiolog Nina Løvhøiden (OUS).



Emma Livingstone har selv erfaring med å bli voksen med Cerebral parese.

og bli inspirert til familiesentrert arbeid og oppgavefokusede intervensjoner.

LIVSLANGT PERSPEKTIV PÅ CP

Emma Livingstone er utdannet lege og har selv CP. Hun fortalte om det å bli voksen med «barnesykdommen» CP. Med dette satte hun et viktig fokus på kunnskaps-hullet i oppfølging etter overgangen til voksenlivet. Livingstone er en av frontfigurene i «UP – The Adult Cerebral Palsy Movement.»

NORSKE BIDRAG

Det var tre norske muntlige



Reidun Jansen deltok på Podcasten «The Research works».

presentasjoner. Fagpersoner fra AHUS holdt et eget kurs med temaet «Community-based intensive early intervention – from challenges to empowering». Her delte de erfaringer fra AHUS' tilbud «Intensiv habilitering der barnet bor».

Reidun Jansen holdt innlegg om hvordan ungdom med CP har opplevd å delta i intensiv habilitering via Buskerud intensive Program. Hun var også med i podcasten «The research works», hvor hun snakket om deltakelse og om Beitostølen helsesport-senter.



Det ble også tid til sosiale arrangementer. Fra venstre: Nina Løvhøiden (OUS), Hilde Bonden (SØK), Cathrine Utne Sandberg (RAHB), Nina Kløve (NorCP/OUS), Nafis Iqbal (OUS), Helen Drake (OUS), Kristine Stadsleiv (OUS), Erika Longe Grønner (OUS), Gunvor Lilleholt Klevberg (NorCP/OUS) og Helle Schjørbeck (OUS).

Kristine Stadsleiv fortalte om kartlegging av språkforståelse hos barn som har behov for avansert alternativt supplerende kommunikasjon. I tillegg var det utstilt seks norske poster.

«SMARTER GOALS FOR A BETTER FUTURE»

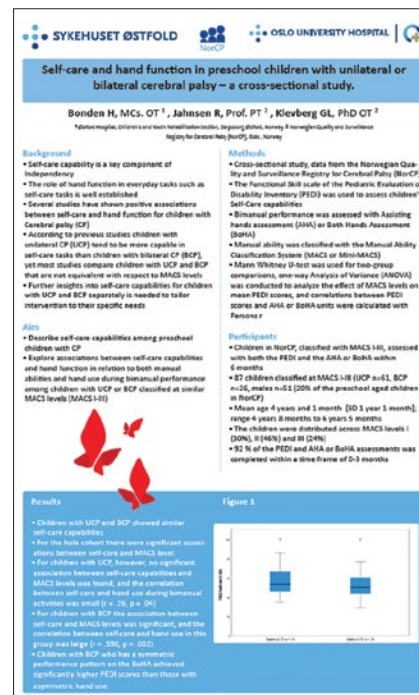
Gjennomgående holdt foreleserne seg til konferansens motto «Smarter goals for a better future». Det ble pekt på interessante temaer og dilemmaer som: «Er komplisert livsforlengende ryggkirurgi i tråd med familiens mål?» og «Hvordan sikre familiens individuelle mål i intervensjoner rettet mot å bedre motorisk funksjon?»

Målarbeidet var virkelig på agendaen, og de kartleggingsinstrumentene som hyppigst ble benyttet både i klinikk og i forskning var «Canadian Occupational Performance Measure (COPM)» og «Goal Attainment Scale (GAS)».

Dette er velkjente verktøy for ergoterapeuter, og det var hyggelig at så mange andre profesjoner også fremhevet disse instrumentene. Det er ikke nok å kunne sette gode, smarte mål. Man må også ha kunnskap om aktiviteten, og her var ergoterapi i fokus.

FENOMENET DELTAKELSE

Et annet tema som skapte engasjement var hvordan man skal jobbe med økt deltakelse for barn og deres familier. Fremdeles er det mye fokus på kroppstrukturer, funksjon og troen på at bedring av disse automatisk vil gi økt deltakelse. Det ble også stilt spørsmål om hvordan man kan måle deltakelse? Svarene fra hovedforeleserne var klare: Deltakelse er subjektivt og personlig for hver enkelt familie. CanChilds «oversettelse» av ICFs rammeverk er de kjente F-ordene: Function, Family, Fitness, Fun, Friends og Future.



Hilde Bonden presenterte posteren «Self-care and hand function in preschool children with unilateral or bilateral cerebral palsy – a cross-sectional study.»

BÆREKRAFTIGE TJENESTER

Bærekraft var et tema i alle forelesningene. Et eksempel på endring er modeller for intensiv rehabilitering som ikke krever institusjonsopphold, men kan gjennomføres hjemme. Et annet eksempel er en australsk intervensjon med gode resultater, der foreldre får coaching og veiledning. Videre førte koronapandemien til at mye oppfølging ble gjennomført over video. Nå ser vi at man oppnår gode resultater ved å kombinere oppmøte med video.

Ulik organisering av helsetjenester, helseøkonomi og tilgang på likeverdige tjenester var i fokus blant annet under fremlegg om nyfødtscreening. Studier viser at å innføre mer nyfødtscreening kan spare samfunnet for mye ressurser og ikke minst gi bedre livskvalitet til de som er rammet. Dette gjelder for eksempel sjeldne sykdommer som spinal muskelatrofi.

Fremmer tidlig læring

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

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

Kontakt oss for mer informasjon

tlf. +47-67 07 04 00

ks@permobil.com

permobil.com

permobil



Kontakt: Erik Sigurdssøn
 ADDmedia AS
 Sentralbord +47 40 10 05 01
 Mobil: 90 03 09 43
 E-post: erik@addmedia.no

DIGITALT KURS I ADL-TAXONOMIEN



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

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

Kurset er meritterende med 20 timer til ergoterapispesialist.

Les mer om kurset på <https://ergoterapeutene.org/digitalt-kurs-i-adl-taxonomien/>

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Ergoterapeutene

Sted: Nett og Teams

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org, innen 1. oktober 2023.

Tid: Oppstart 16. oktober 2023.

Livearrangement på Teams 30. oktober 2023.

Livearrangement på Teams 20. november 2023.

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



Oppdater din kompetanse.
 Ta et kurs!

ergoterapeutene.org/kurskalender



Digitalt kurs i Ergoterapeuter og førerkortvurdering



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

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

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

MODUL 2. PRAKTISK KJØREVURDERING OG P-DRIVE

Denne modulen gir kursdeltakerne en innføring i praktisk kjørevurdering og opplæring i bruk av P-Drive (Performance Analysis of Driving Ability). P-Drive er en standardisert observasjonsprotokoll som brukes i praktisk kjøretest for å analysere bilkjøring som aktivitet, og personens utførelse.

Deltakerne må ha gjennomført modul 1, eller deltatt på det tidligere kurset i «Ergoterapeuter og førerkortvurdering» eller tilsvarende.

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

Oppstart 18.september 2023 – da vil deltakerne få lenke og tilgang til kurssiden med litteratur og videoforelesninger.

Det vil bli arrangert fire «Live arrangement», der forelesere og kursdeltakerne møtes på Team. Dato for disse arrangementene kommer senere.

Pris for medlemmer kr. 3 500,-, tillitsvalgte kr. 1 750,- og ikkemedlemmer kr. 7 000,-.

P-Drive manualen (svensk eller norsk versjon) er inkludert i kursavgiften.

Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.

KALIBRERING

Etter det første året med vurderinger, vil deltakerne har mulighet for kalibrering og kalibrerings-sertifikat med ytterligere 15 timer meritterende til spesialistordningen.

Pris: 1 000,- NOK. Frist for innlevering av kalibrering juni 2023. Kartlegginger sendes til Ann-Helen Patomella. E.post: ann-helen.patomella@ki.se.

Følg med i kurskalenderen.





Se Niels sin
erfaring med
Tidewave

Finnes også i voksenmodell



En god natts søvn er viktig for morgendagen!

Netter der barnet ofte må vendes eller bytte posisjon er både tungt og krevende. Det er i tillegg lite som skal til for at barnet skal få et smertefullt trykksår. Tidewave vendemadrass for barn krummer seg først rundt barnet, og vender sakte og kontinuerlig natten igjennom.

- Den unike kurven/krummen til Tidewave stabiliserer og gir brukeren en klem

- Brukeren og madrassen er i en synkron vendebevegelse

- Kontinuerlig og sakte vendebevegelse i opptil 30 graders sideleie

- Alt-i-ett madrass og vendesystem som passer i alle typer senger