

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Praksisprosjektet 6

Aktivitetshjelpemidler på dagsordenen **14** Forny din godkjenning som spesialist **18**
Ergoterapeutene vil bidra til flere praksisveiledere **26** «Jeg ønsker jeg hadde hatt dette tidligere da
jeg var praksisveileder...» **28** Vil bidra til bedre praksis **70**

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 / 30. aug

Nr. 5 – 1. okt / 31. okt

Nr. 6 – 2. des / 31. des

Trykkeri 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrun Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Ann Kristin Løe, 2. nestleder

Berit Regine Laiti

Mariette Elise Gjerde

Linda Fauskanger Nesheim

Tonje Hansen Guldhav

May Solveig Svendsen

Siv Iren Gjermstad

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

Pia Jessen, 1. varamedlem

Silvia Elisabeth Hansbø, 2. varamedlem

Heidi Fløtten, varamedlem

Kenneth Pettersen, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Live Øverli, varamedlem

Kamilla Lemb Herbjørnsen, varamedlem

Judith Ekerhovd, varamedlem





8



14



26



70

REPORTASJER

6 **Praksisprosjektet**

Av Else Merete Thyness

8 **Viktige skritt i riktig retning**

Av Else Merete Thyness

NY ARENA

12 **Jobber som prosessveileder**

Av Else Merete Thyness

KRONIKK

14 **Aktivitetshjelpemidler på dagsorden**

Av Annette Solberg

FORBUNDET

16 **Ergoterapeuter og vurdering av helsekrav til førerkort**

Av Anita Engeset

18 **Forny din godkjenning som spesialist**

Av Anita Engeset

20 **Økt kjøpekraft og lønn for kompetanse**

Av Brit-Toril Lundt

21 **Ny makskontingent**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

22 **SSB forventer mangel på ergoterapeuter**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

23 **Har du forsikret dine kjære barn?**

Av Roar Hagen

24 **Er det OK å gi gaver til brukere?**

Av Yrkesetisk utvalg

26 **Ergoterapeutene vil bidra til flere praksisveiledere**

Av Toril Laberg

FAGLIG

28 **«Jeg ønsker jeg hadde hatt dette tidligere da jeg var praksisveileder ...»**

Av Malin Mongs, Lene Fogtmann Jespersen, Anders Torp og Silvia E. Hansbø

38 **Utdanningssamarbeid og kulturmøter på masterutdanninger i aktivitetsvitenskap i Norge og Danmark**

Av Sissel Horghagen og Hanne Kae Kristensen

VITENSKAP

46 **Skjulte utfall i subakutt/kronisk fase etter lette hjerneslag vurdert med Canadian Occupational Performance Measure**

Av Elisabeth Kjelgaard, Mona Michelet og Unni Sveen

56 **Deltakelse i forskning og utviklingsarbeid blant ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten**

Av Tore Bonsaksen, Anne-Stine Dolva, Cathrine Hagby, Unni Sveen, Sissel Horghagen, Else Merete Thyness og Cathrine Arntzen

58 **Forsker i farten: Annelie Leiulfsrud**

Av Else Merete Thyness

AKTUELT

60 **Velferdsprofitorer – hva med fremtiden?**

Av Liv Hopen

61 **Hverdag i velferdsstatens bofellesskap**

Av Sissel Horghagen

62 **Nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen ergoterapi og ortopediingeniørfag**

Av Sissel Horghagen, Torill Beate Røssvoll og Nina Kristin Brostrøm

66 **E-læring for kommunale ergoterapeuter**

Av Dag Martinsen

68 **Kjønnsbaserte hjelpemidler**

Av Else Merete Thyness

PÅ DE SISTE SIDENE

70 **Vil bidra til bedre praksis**

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

72 **Kurs- og stillingsannonser**

75 **Produktregister**

Forsidebildet: Lene Fogtmann Jespersen i midten flankert av coachene Cecilia Celo og Anders Torp. Foto: Linn Melum



Gleden ved å lære

Det slår meg ofte som redaktør at ergoterapi er et allsidig yrke. Jeg har jobbet i fagbladet i over 20 år, og vært med på cirka 170 utgivelser. Likevel er det aldri vanskelig å finne noe nytt å skrive om, og vi mottar stadig artikler med nye måter å utøve faget på. Det er mye å lære av hver utgave.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Jeg føler meg privilegert og heldig som får innblikk i alle de områdene hvor ergoterapeuter gjør en viktig innsats. Bare de siste månedene har fagbladet blant annet presentert ergoterapeuter som arbeider med hverdagsrehabilitering, rehabilitering, habilitering, kognitiv atferdsterapi, førerkortvurdering, livsglede, kulturskole, arbeidsdeltakelse, rusproblematikk, psykisk helsearbeid, spiseforstyrrelser, sanseintegrasjon, miljøterapi, nærmiljøet, og medikamentfrie behandlings-tilbud. Ergoterapeutene jobber i kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, bedriftshelsetjenesten, NAV, arbeidstreningssbedrifter, barnehager, skoler, stiftelser og private institusjoner.

«Læring skal være fylt av glede og spenning. Det er livets store eventyr», sa den amerikanske forfatteren Taylor Caldwell. Denne utgaven har virkelig vært både spennende, lærerik og krevende.

Ergoterapeuter jobber innenfor mange områder i arbeidslivet, og

derfor er det spesielt viktig med relevante praksisstudier. Store deler av dette bladet handler om nettopp praksisstudiene, og vi er innom temaer som Praksisprosjektet, RETHOS, læringsutbyttebeskrivelser, stortingsmeldinger, retningslinjer, kompetansekrav for veiledere, coaching og ergoterapistudentenes tanker om praksis. I begynnelsen satt jeg med følelsen av å skulle bestige et stort fjell med toppen innhyllt i tåke. Desto større var gleden da skodden lettet og jeg opplevde å ha en oversikt over alle de prosessene som har foregått for å løfte praksisstudiene, hvor mange mennesker som har vært involvert, og hvilket engasjement de har vist. Jeg er helt sikker på at dette vil føre til at hver enkelt student får gode praksiserfaringer.

Jeg håper dette fagbladet når ferieklare og glade ergoterapeuter, og at det får en plass i kofferten eller strandvesken.

God sommer!



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Mangel på ergoterapeuter!

De siste årene har forbundskontoret merket økt etterspørsel etter ergoterapeuter utenfor byene som har ergoterapeututdanning. Tillitsvalgte melder om få søkere til ergoterapeutstillinger. Ledere for ergo- og fysioterapijenestene melder om det samme: Det er få søkere til faste stillinger og vanskelig å besette vikarstillinger.

De siste årene har det vært meget god økning av nye ergoterapeutstillinger i kommunene, mellom 100 og 190 hvert år. I tillegg har vi naturlig avgang til pensjon. Dette er sårbart når vi de siste årene har utdannet mellom 200-250 hvert år. Norge går mot en mangel på helt nødvendig kompetanse!

SSBs framskriving av arbeidsmarkedet for helsepersonell

melder at det vil bli underdekning av ergoterapeuter om noen år. I dette bladet kan vi lese at Likestillingssenteret dokumenterer kjønnsdelt og ulik hjelpemiddelformidling i kommunene på grunn av mangel på ergoterapeuter. Fra og med neste år er ergoterapeuter lovfestet i kommunene. Ved siste telling manglet 83 kommuner ergoterapeut.

Forbundet har de siste årene formidlet ergoterapeuters kompetanse der Norge møter de største helse- og velferdsutfordringene: demografi, arbeidsdeltakelse, psykisk uhelse og rus. Dette budskapet når vi fram med hos sentrale politikere. Stadig flere kommunepolitikere og rådmenn ser også betydningen. Det er derfor en god økning av

ergoterapeuter i mange kommuner. Vår argumentasjon er at hverdagsmestring og deltakelse er viktig for den enkelte og god samfunnsøkonomi. Det er ikke mulig å dekke behovet for sykehjemsplasser og pleiere uten fullt trykk på ergoterapeuters bidrag med tidlig innsats, tilrettelegging og re/habilitering.

På siste møte mellom ergoterapeututdanningene og forbundet sier utdanningslederne seg enige i at utdanningskapasiteten må økes. Det er likevel et stort «men»: Utdanningene må ha flere praksisplasser og ergoterapeuter som veiledere. Dette er en flaskehals. Min utfordring er: Se praksisveiledning som en inspirasjon i din arbeidshverdag.

Ta en student for ergolaget!

PRAKSISPROSJEKTET

Praksisstudier foregår i autentiske yrkessituasjoner under veiledning av person med relevant yrkesutdanning og yrkespraksis. Det har alltid vært en sentral og obligatorisk del av profesjonsutdanninger.

Av Else Merete Thyness

I 2012 fikk Universitets- og høyskolerådet (UHR) i oppdrag av Kunnskapsdepartementet å gjennomføre prosjektet *Kvalitet i praksisstudier*. Departementet utfordret samtidig alle landets helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger til å drøfte kvalitetskriterier for praksisstudier og egen praksismodell, både samtidig og sammen. I prosjektbeskrivelsen sto det at målet med oppdraget var «å gjennomføre et nasjonalt utviklingsarbeid som skal bidra til å heve kvaliteten og sikre relevansen i de eksterne praksisstudiene i helse- og sosialfagutdanningene, slik at de kan møte framtidens kompetansebehov». Oppdraget besto blant annet i å:

1. vurdere behovet for endringer i omfang og type av praksisstudier for hver utdanning, med utgangspunkt i samfunnets behov
2. utarbeide forslag til kriterier og indikatorer for hva som kjennetegner kvalitet og relevans i praksisstudiene
3. utrede behovet for en ordning for godkjenning av praksissteder som læringsarenaer

Nyere stortingsmeldinger, nasjonale strategier og handlingsplaner var retningsgivende for hvordan prosjektgruppen valgte å løse de tre oppgavene i prosjektoppdraget.

Målet var at prosjektets anbefalinger skulle bidra til å styrke utdanningenes og praksisstudienes rolle for trygge og kunnskapsbaserte tjenester, øke samhandlingen på tvers av fagbakgrunn, tjenester og sektorer og øke kompetansen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Arbeidet foregikk i et samarbeid mellom utdanningene og praksisfeltet. 14 arbeidsgrupper vurderte behovet for og foreslo endringer i omfang og type praksisstudier for hver av de 19 helse- og sosialfaglige utdanningene. I alt involverte prosjektet 110 studieprogram fordelt på 31 universitets- og høyskoleinstitusjoner.

ENDRINGER I OMFANG OG TYPE

De to viktigste funnene i prosjektet når det gjaldt omfang og type praksisstudier, var at antallet praksisstudier per utdanning allerede lå på et minimum, og at kommunehelsetjenesten ikke brukes nok som praksisarena i utdanningen av helsepersonell.

Prosjektet hadde følgende anbefalinger som gjaldt for alle de 19 profesjonsutdanningene som prosjektet omfattet:

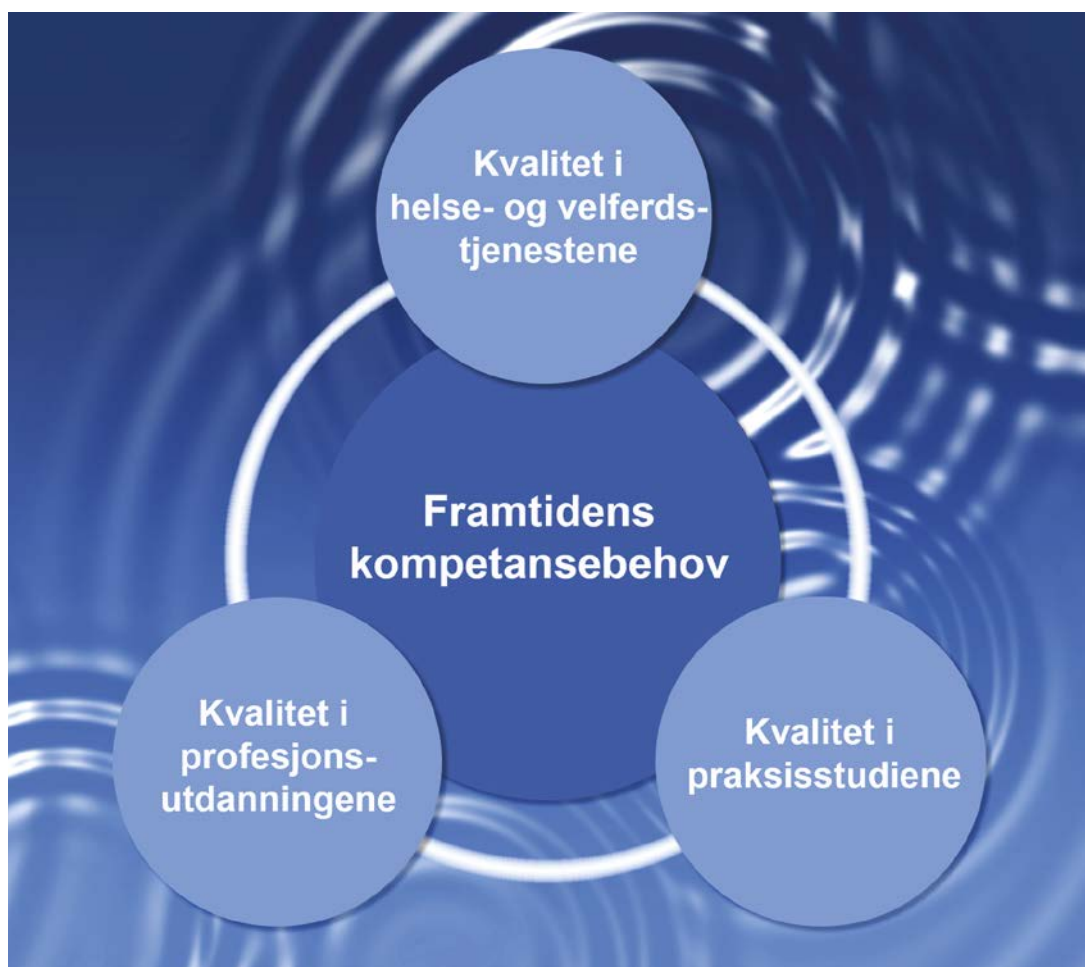
- Omfanget av praksisstudier i sum videreføres, men med en større grad av harmonisering av omfang mellom studiesteder.

- En større andel av praksisstudiene legges til kommunene, forutsatt at dette bidrar til at studentene oppnår forventet læringsutbytte.
- En større andel praksisstudier legges til privat sektor, forutsatt at dette bidrar til at studentene oppnår forventet læringsutbytte, og forutsatt forpliktende avtaleverk og hensiktsmessig finansieringsordning.
- Det legges til rette for at tverrprofesjonell samarbeids- læring også kan skje i reelle pasient-/klient-/brukersituasjoner. Det bør utarbeides læringsutbyttebeskrivelser for tverrprofesjonell samhandlingskompetanse i praksisstudier.
- Studentposter bør i større grad anerkjennes som en god pedagogisk modell.

KVALITET OG RELEVANS I PRAKSIS STUDIER

Kvalitetssikringen av veiledet praksis har vært en utfordring i mange år. Det ble dokumentert stor variasjon i type og omfang praksisstudier, som ikke var faglig og pedagogisk begrunnet. For å sikre framtidig kvalitet og relevans anbefalte prosjektet blant annet at:

- De ulike utdanningsstedene har like sluttkompetansebeskrivel-



Praksisprosjektet vurderte behovet for endringer i omfang og type av praksisstudier for hver utdanning, med utgangspunkt i samfunnets behov.

ser for samme type profesjonsutdanning.

- Forpliktende samarbeid om praksisstudier reguleres av samarbeidsavtaler. De viktigste områdene for samarbeidet inngår i felles rammeplan/forskrift.
- Det stilles krav til veileders kompetanse – både profesjonskompetanse, akademisk kompetanse, veiledningskompetanse og kompetanse i å jobbe kunnskapsbasert. Kravet om formell veiledningskompetanse forskriftsfestes, likedan utdanningsinstitusjonens ansvar for å tilby veilederutdanning og kontaktlærers bidrag på praksisstedet. Praksisveileder skal ha formell veiledningskompetanse, definert med læringsutbytter, og tilsvare minimum 10 studiepoeng på masternivå i omfang.

- Det er behov for å øke status på praksisdelen av utdanningene, både i universitets- og høyskolesektoren og i tjenestene. Det etableres en karrierevei for de som har en stor andel praksisveiledning i jobben.
- Kombinerte stillinger etableres for å utvikle et tett og forpliktende samarbeid mellom utdanningsinstitusjon og praksisfelt, og for å øke både kvalitet og relevans i utdanningene.
- Studentene får tilgang til aktuelle temaer for oppgaveskriving, samt tverrprofesjonelle læringssituasjoner hvor sikkerhet og forbedring av samhandling praktiseres.

GODKJENNING AV PRAKSISSTEDER

Prosjektet konkluderte med at

det ikke var behov for en egen ordning for godkjenning av praksissteder.

En mer lik lovfesting og finansiering av praksisstudier er en viktigere forutsetning for gode læringsarenaer i praksisfeltet enn en ny type godkjenningsordning.

KONKLUSJON

Prosjektet bekreftet behovet for et tydeligere og bedre samarbeid i det daglige arbeidet mellom utdanningsinstitusjoner og praksisinstitusjoner, med god avklaring av partenes roller, ansvar og ressursinnsats.

Prosjektet anbefalte videre formalisert veiledningskompetanse hos praksisveilederne, bedre integrasjon mellom teori og praksis i utdanningene og flere praksisplasser i kommunehelsetjenesten.

VIKTIGE SKRITT I RIKTIG RETNING

I de siste årene er det gjennomført flere prosjekter som sammen skal bidra til å heve kvaliteten i høyere utdanning og praksisstudiene. – I ergoterapi utgjør praksisstudiene minimum 30 uker, så de er en stor og viktig del av utdanningen, sier Ergoterapeutenes seniorrådgiver Anita Engeset.

Av Else Merete Thyness

I 2012 kom *Melding til Stortinget 13: Utdanning for velferd – Samspill i praksis*. Her ble landets helse- og sosialfaglige profesjonsutdanninger utfordret til å drøfte kvalitetskriterier for praksisstudier, og Universitets- og høyskolerådet (UHR) igangsatte *Praksisprosjektet*. Det ble opprettet flere arbeidsgrupper innen de ulike profesjonsområdene, og en representant fra forbundet deltok i arbeidsgruppen for Ergoterapeututdanningene. Målet var å utarbeide anbefalinger som kunne bidra til å heve kvaliteten og relevansen i praksisstudiene. Sluttrapporten for *Praksisprosjektet* var ferdig i februar 2016.

– For forbundet er det viktig at ergoterapistudenter blir tilbudt et bredt spekter av praksisplasser. Hvilken undervisning foregår i praksis, og får studentene gode og relevante praksisplasser? I dag eksisterer det formelle samarbeidsavtaler om praksis med helseforetakene og spesialisthelsetjenesten. Dette er veldig bra, men en tredjedel av ergoterapeutene jobber i kommunehelsetjenesten, NAV, barnehager og skoler blant andre. Her savnes forpliktende avtaler som sikrer studentene god praksis på relevante arbeidsplasser, sier Engeset.

LÆRINGSUTBYTTE

Utviklingen av nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdan-

ningene startet høsten 2017. Kunnskapsdepartementet oppnevnte programgrupper med representanter fra utdanningene, helse- og velferdstjenestene og studentene som skulle utarbeide forslag til nasjonale retningslinjer for hver utdanning. Ergoterapeutenes arbeid med felles læringsutbyttebeskrivelser startet allerede i 2015.

– Det ble satt ned en arbeidsgruppe med representanter for alle ergoterapeututdanningene og Norsk Ergoterapeutforbund. De laget felles beskrivelser av ergoterapeuters kjernekompetanse og læringsutbyttebeskrivelser for ergoterapi. WFOTs krav til ergoterapeututdanning og Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk lå i bunn for dette arbeidet, utdyper Engeset.

Da arbeidet med de nasjonale retningslinjene for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS) startet, var Ergoterapeutene allerede i gang. Retningslinjene er nå ferdige og forskriftsfestet i *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger*.

– Her beskrives felles læringsutbytter og videre læringsutbytte for den enkelte utdanning, blant andre læringsutbytter for ergoterapeututdanning.

VEILEDERUTDANNING

Praksisprosjektet løftet fram systematisk utvikling av praksisveilederes veiledningskompetanse

som et av de viktigste tiltakene for å fremme kvalitet i praksisstudiene og anbefalte forskriftsfesting av et krav om formell veilederutdanning.

– I *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger* fulgte Kunnskapsdepartementet bare delvis opp anbefalingene fra *praksisprosjektet*, som sier at praksisveileder skal ha relevant faglig kunnskap og som hovedregel bør ha formell veiledningskompetanse, sier hun.

Ideen om en formell veilederkompetanse var imidlertid fremdeles høyst levende. Januar 2018 vedtok UHR-Helse og sosial *Forslag til nasjonale retningslinjer for praksisveilederutdanning*.

– Disse ble sendt ut på høring, og vi i Ergoterapeutene ga vårt høringssvar. Vi var enige i at et av de viktigste tiltakene for å øke kvaliteten i praksisstudiene er å satse på mer systematisk utvikling av praksisveilederes kompetanse. Det vil være et godt utgangspunkt for planlegging av arbeidet med studenter og studentgrupper både i fagspesifikke og tverrprofesjonelle læringssituasjoner.

Hun peker på at flere utredninger og forskningsrapporter viser at veiledning av studenter i praksis har lavere status enn andre faglige oppgaver. Mange opplever det også som en merbelastning som går ut over primæroppgavene på praksisstedet. I *Stortingsmelding*

16 Kultur for kvalitet for høyere utdanning vises det til mange årsaker til at det er slik, som for eksempel ulik finansiering og manglende systemer for merittering. Tidspress i tjenestene og manglende anerkjennelse av veilederrollen fra både kolleger og ledelsens side gjør dette problematisk.

– Veiledningskompetanse må få økt status, og da er det en forutsetning at det frigjøres tid til praksisveiledning og til videreutdanning av slik kompetanse. Økt lønn er også et nødvendig virkemiddel for å styrke motivasjonen for å gå inn i den viktige rollen som veileder, sier hun.

Engeset mener at praksisveilederutdanning på masternivå vil kunne gjøre utdanningen mer attraktiv og gi større muligheter for karrierebygging. Kvalifisering til praksisveileder bør derfor kunne integreres som et valgbart emne i profesjonsspesifikke og tverrfaglige mastergradsløp.

– Den må samtidig være lett tilgjengelig, slik at terskelen for å ta utdanningen ikke blir for høy. Vi mener at formelle krav til praksisveileders kompetanse tilsvarende minimum 10 studiepoeng er rimelig og bør gjøres til en kvalitetsindikator på forskriftsnivå. Et forskriftsfestet krav til veileders kompetanse vil komme studentene til gode. En må imidlertid utrede nærmere konsekvenser for praksis og vurdere eventuelle behov for en overgangsordning, sier hun.

UNDERVISNINGSVIRKSOMHET I PRAKIS

Lene Fogtmann Jespersen satt i en av arbeidsgruppene for *Praksisprosjektet*. Til daglig har hun blant annet hovedveiledningsansvar og koordineringsansvar for studentene i praksis i somatisk helse ved Oslo Universitetssykehus (OUS).



Anita Engeset er seniorrådgiver i Ergoterapeutene. – Forbundet ønsker at studentene blir tilbudt et bredt spekter av praksis, sier hun.

– *Praksisprosjektet* var ekstremt lærerikt. Jeg fikk innblikk i hvordan utdanningsvirksomhet styres, og hvilke føringer og aktører som er sentrale. Prosjektet var en arena for å skape felles forståelse og samarbeide om kvalitetsheving mellom utdanning og praksisfelt. Denne erfaringen og kunnskapen har vært nyttig for meg i mitt daglige arbeid med å synliggjøre og kvalitets sikre utdanningsvirksomheten i eget foretak, spesielt for å sikre studenten en god læringsarena og sette fokus på utøvelsen av praksisveilederens rolle.

AVTALER

Kunnskapsdepartementet og Helseforetakene har avtale om at spesialisthelsetjenesten skal ta imot studenter fra profesjonsutdanningene i praksis. I tillegg til dette har Universitetssykehusene, som OUS, et særskilt ansvar for praksisdelen av helseutdanningene.

– På OUS er vi pålagt å ta imot studenter fra OsloMet – storbyuniversitetet, og vi tar imot studenter i alle praksisperiodene. Før Samhandlingsreformen jobbet mange ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten, siden

rehabilitering oftest foregikk her. Nå jobber flere ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten, samtidig som spesialisthelsetjenesten ikke klarer å ta unna mengden av studenter som trenger praksisplass. Det jobbes på departementsnivå for å få frem en overordnet avtale med kommunehelsetjenesten for mottak av studenter på lik linje med spesialisthelsetjenesten.

Fogtmann Jespersen håper at det ved utarbeidelse av ny avtale blir innhentet erfaringer fra spesialisthelsetjenesten om hva som har og ikke har fungert.

– Vi har erfart at finanseringsdelen ikke har fungert, og den er viktig å få på plass.

Derimot har de god erfaring med å ha en person som er tilgjengelig for samarbeid med utdanningsinstitusjonene for koordinering og veiledning.

– Dette sikrer at studentene får en praksisplass der det er muligheter for å tilrettelegge læringen og øvelsene i de aktuelle læringsutbyttene for den aktuelle praksisperioden, sier hun.

VEILEDNINGSKOMPETANSE

I Veiledende retningslinjer for utdanning og kompetansevurde-



Lene Fogtmann Jespersen med coacher og veiledere på OUS. Fra høyre: 1. rad: Camilla Aadland og Fredrik Lysaker 2. rad: Marjorie van de Bunt, Kirsten Marie Amundsen og Svein Erik Larsen. 3. rad: Cecilia Celo, Karla Ascencio og Marte Størseth og 4. rad: Lene Fogtmann Jespersen og Anders Torp. Foto: Linn Melum

ring av praksisveiledere i helse- og velferdstjenestene står det at praksisveiledere skal ha en praksisveilerutdanning tilsvarende 10 studiepoeng på masternivå. Dette har Fogtmann Jespersen noen tanker om.

– Jeg er for kompetanseheving, men dette er vanskelig å gjennomføre i praksis i dag. Derfor er de heller ikke blitt forskriftsfestet. Vi må se ting i en større helhet og finne ulike veier til å heve kvaliteten. Mange ergoterapeuter, meg selv inkludert, har veilerutdanning og har i tillegg vært praksisveiledere i mange år. Det bør lages en overgangsordning der både tidligere studier og realkompetanse teller med.

Hun er også opptatt av at ergoterapeuter ofte må velge mellom kompetanseheving knyttet til praksisveilerrollen eller klinisk utøvelse. Det kan være vanskelig å få gehør og muligheter for å tilegne seg kompetanse på begge områdene.

– Da er det fristende å velge

det som ofte blir verdsatt på jobben og kanskje gir deg høyere lønn, sier hun.

Videre opplever hun et behov å definere og diskutere hva praksisveilerrollen innebærer. Det er ofte fokus på «selve veiledningstimen», men praksisveilerrollen innebærer så mye mer enn det. Det er behov for kompetanse og ferdighetstrening til utøvelsen av alle elementene i praksisveilerrollen.

– Vi på OUS har jobbet systematisk med å synliggjøre dette behovet. Vi har utviklet ulike kvalitetsutviklingstiltak knyttet til praksisstudiene, blant annet refleksjonsgruppe for studenter, som driftes sammen med OsloMet, og et coachingtilbud til praksisveilerne. (Mer om dette i artikkelen «Jeg ønsker jeg hadde hatt dette tidligere da jeg var praksisveileder» i dette bladet.)

HEVING AV STATUS

I UHRs praksisrapport står det at det må «utvikles karriereløp som er tilpasset og honorerer undervis-

ningsoppgaver i større grad enn det som eksisterer i dag». Dette er Fogtmann Jespersen enig i.

– Konteksten til ergoterapeuter som er praksisveiledere er av stor betydning for å muliggjøre en god læringsarena. Jeg kjenner ikke til noen kompetanseløp for ergoterapeuter som ønsker en utvikling av utøvelse knyttet til praksisveilerrollen, sier hun.

Hun kan heller ikke huske å ha vært på et fagmøte som handlet om praksisveiledning, og det er heller ingen rapporteringskrav på utdanningsvirksomhet i foretakene per i dag.

– Praksisveilerrollen oppleves å ha liten status i den kliniske verden. Dette er et paradoks tatt i betraktning av viktigheten å lære opp «morgendagens kollegaer».

De fleste ergoterapeuter ønsker å gjøre et godt arbeid også som praksisveileder. Mange går med konstant dårlig samvittighet fordi de opplever at de ikke klarer å fylle begge rollene like godt.

– Min erfaring er at mangel på avsatt tid i rollen som veileder er en av de største utfordringene. Det hjelper lite med veiledningskompetanse hvis du ikke har mulighet for å utøve den.

STUDENT I RETHOS

David Wefring Olsen ble oppringt av Norsk studentorganisasjon, som spurte om han ville sitte i en arbeidsgruppe for Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene (RETHOS). Nå jobber han som miljøterapeut i Bergen kommune i tillegg til at han er 20 prosent frikjøpt som hovedtillitsvalgt i Bergen. Den gangen var han ergoterapistudent på Høgskolen på Vestlandet.

– Mandatet for programgruppen var å lage nye retningslinjer for ergoterapiutdanningen i Norge.

Det var en utrolig spennende prosess, samtidig som det var en del beskjeder og kontrabeskjeder fra Kunnskapsdepartementet i starten. Alle var i en læringsprosess og måtte finne ut av hva som fungerte og ikke fungerte, forteller han.

I begynnelsen måtte de sette seg godt inn i de felles læringsutbyttebeskrivelsene for helse- og sosialfagutdanninger for deretter å lage egne for ergoterapeututdanningen.

– Diskusjonene i programgruppen tok jeg blant annet med til Ergoterapistudentene. På den tiden satt jeg i styret. Tilbakemeldingene herfra, som jeg mener var viktige, tok jeg med meg tilbake igjen til arbeidsgruppen. På den måten ble jeg studentenes stemme inn i arbeidsgruppen.

Han mener at RETHOS favnet praksis også.

– Intensjonen var å påvirke hele utdanningsforløpet, og praksis er en viktig del av dette. For eksempel står det i Nasjonale retningslinjer for ergoterapiutdanningen at studenten skal kunne «anvende aktiviteter metodisk for å fremme aktivitetsutførelse». Dette er en læringsutbyttebeskrivelse – og den handler om profesjonsutøvelsen.

Han har gjort seg noen tanker om hva som kan bidra til å heve kvaliteten av praksis, men er usikker på om et krav om ti studiepoeng i veiledning på masternivå er veien å gå.

– Det er selvsagt flott hvis alle veiledere har så mye kompetanse, men det vil være vanskelig å stille krav om dette. Det er allerede en utfordring å få tak i veiledere, og dette vil gjøre det enda vanskeligere. Det vil igjen kanskje føre til mindre praksis i studiene, og det ville vært et tap for studentene som trenger praksis for å

få trygghet i rollen som ergoterapeut. I dagens situasjon er det viktigere at veilederne får tid nok til å bruke de ressursene de trenger på å veilede studenten.

Han mener, i likhet med Anita Engeset og Lene Fogtmann Jespersen, at dersom ergoterapeuter skulle prioritere en såpass omfattende veilederutdannelse, må status på veilederrollen heves.

– Sann som det fungerer mange steder nå, opplever ergoterapeuten å komme i tidsklemma mellom faglige oppgaver og veilederrollen.

En løsning på dette dilemmaet er faste avtaler mellom Kunnskapsdepartementet og kommunene i likhet med den spesialisthelsetjenesten har nå.

– Dersom det eksisterer faste avtaler, vet alle involverte at dette er en årlig hendelse. Det vil gi forutsigbarhet for studentene, som da kan planlegge i lengre tid hvilken praksis de skal innom. Det vil også være lettere for skolene og utdanningen, som ikke må bruke så mye tid på å lete etter praksisplasser. Og sist, men ikke minst, det vil føre til at statusen på veilederrollen heves. Sannsynligvis vil faste personer få ansvar for koordineringen, og veilederne vil vite i god tid når skal ha studenter. Det vil også gjøre det lettere for både arbeidsgiver og ergoterapeuter å prioritere å få kompetansen på plass når de vet at de skal ta imot studenter på en fast basis.



David Wefring Olsen var studentrepresentant i RETHOS.



I starten av arbeidet samlet programgruppen for utarbeidelse av nasjonale retningslinjer for ergoterapiutdanningen seg på Sommarøy. Fra venstre: David Wefring Olsen, Synnøve Kjos, Rita Jentoft, Tore Bonsaksen, Knut Wøllestad og Sissel Høghagen.


NAVN

**Nina Birgitte
Heilemann**

STILLING

Prosessveileder

HVOR

Enkeltpersonforetak

Jobber som prosessveileder

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– I tillegg til å være pensionist har jeg et enkeltpersonforetak. Jeg har sammen med en tidligere kollega utviklet et tilbud til gründere innen teknologi. Vi jobber i Trondheim, som har mange slike oppstartsbedrifter. Vi er tilknyttet en egen stiftelse opprettet av NTNU og Sintef som tilbyr oppstartshjelp til ulike typer teknologibedrifter.

Dette høres jo temmelig smalt ut, men nettopp slike bedrifter har noen spesielle utfordringer der vi mener vår kompetanse kan være nyttig for at bedriftene skal kunne lykkes. Teknologi-

bedrifter starter ut med en ide og jobber beinhardt for å realisere ideen sin. Når den første fasen er i havn og bedriften har et produkt som etterspørres i markedet, må de bli flere. Som teknologer med sterkt fokus på produktet er det ikke alltid at de har den nødvendige kompetansen i teamjobbing og kommunikasjon internt. For å utvikle sunne bedrifter er dette helt fundamentalt ettersom de blir flere ansatte.

– Hva jobber du som?

– Vi kaller oss prosessveiledere.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

Vi har holdt på i to år. Det er ikke så mange oppdrag vi har hatt, men det har vært artig fordi firmaene har gitt oss gode tilbakemeldinger. Tidligere jobbet vi i et firma, som hadde oppdrag fortrinnsvis innen helse- og omsorgstjenestene, i små- og mellomstore kommuner rundt i hele Norge. Foruten analyser basert på faktatall, jobbet vi ute i kommunene med blant annet utarbeiding av ulike plandokumenter, forbedring av arbeidsprosesser og samarbeidsrelasjoner. Min kollega har 20 års erfaring, og jeg jobbet der i ni år.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Det vi først og fremst jobber med nå, er:

- hvordan få til team som jobber i lag
- hvordan bruke hverandres kompetanse ikke bare faglig, men også enkeltpersonenes ikke-faglige spesielle egenskaper og kunnskaper
- hvorfor trenger en bedrift å utarbeide verdier og mål?

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Ja, det har jeg lurt en del på. Jeg tror ergoterapikompetansen har fått meg til å være åpen for ulike muligheter. Det er ikke bare én metode eller framgangsmåte for løsning på de ulike problemene en bruker eller et team står overfor. Med tilrettelegging for mestring og aktivitet som fundament er verktøykassa full av muligheter og en nyttig grunnholdning.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Jeg har tatt andre utdanninger og hatt diverse andre yrker i løpet av yrkeskarrieren. Likevel mener jeg ergoterapi var en flott utdanning som springbrett for mange typer jobber. Det jeg særlig tenker på, er allsidigheten. Riktignok var vi temmelig frustrerte som studenter: Hvor er kokeboka? Hva er nå ergoterapi? Det skulle en del yrkeserfaring til for å skjønne dybden i faget og bruke det som fundament på andre områder enn i helsetjenestene.

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

– Ja, å arbeide med prosessveiledning er alltid spennende og utfordrende. Vi forbereder oss, men det er under prosessen her og nå det gjelder. Avhengig av hva som skjer i gruppen, må opplegget tilpasses og endres underveis. Vi har sett hvor viktig det er å være to som respekterer og har tillit til hverandre. Da kan vi utfylle hverandre og ikke minst være en modell for hva samarbeid er i samtid. Det betyr at vi kan være uenige, men kommer fram til felles bedre resultat sammen. Dette gjør vi åpent i samlingen. Om det



Nina Birgitte Heilemann med selroboten Paro. Hun er den personen i Norge som sertifiserer personalgrupper i bruken av selroboten og reiser rundt i landet der de har anskaffet selen og holder kurs på arbeidsplassen.

er nyttig, kan vi også holde korte foredrag underveis.

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

– Ja, ergoterapi er en god ballast å ha med seg inn i ulike sammenhenger og jobber. Selv hadde jeg egentlig lite forståelse

for prosessveiledning i mange år. Jeg var mer opptatt av handling og å få raske resultater. Dette er en påstand, men jeg har en for forståelse av at vi som velger denne yrkesutdanningen, gjerne er praktikere som liker å gjøre ting. Med andre ord: «doere». Det har tatt meg tid å bli komfortabel med, virkelig i praksis, å ta utgangs-

punkt i innsikt i enkeltpersonens eller firmaets ståsted og mål, og å veilede ut fra det.

P.S. Min kollega og jeg nyter å ha tid til lange samtaler, diskutere faglitteratur, og å kunne prøve ut tanker og ideer i lag. Det er slik vi kommer fram til de oppleggene vi jobber ut fra når vi har samlinger.

Aktivitetshjelpemidler på dagsorden

Studien «Kjønnsdelte hjelpemidler?» viser at kommuneøkonomi og politiske prioriteringer skaper skjevfordeling i tildelingen av hjelpemidler. Samtidig skaper forventninger og stereotyper knyttet til kjønn begrensninger og ikke likeverdige tjenester for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

Av Annette Solberg

Likestillingssenteret har i samarbeid med Østlandsforskning kartlagt tildelingen av hjelpemidler. Målet med prosjektet «Kjønnsdelte hjelpemidler?» har vært å avdekke hvorvidt det finnes utilsiktede skjevheter og ulikheter i tildelingen av hjelpemidler basert på kjønn, alder og bosted. Vi har analysert 441 523 utlånte tekniske og personlige hjelpemidler (hjelpemidler som er forbruksmateriell, og hjelpemidler som ikke kan gjenbrukes, for eksempel seksualtekniske hjelpemidler, proteser og høreapparat) for 2017 og intervjuet fem fokusgrupper med til sammen 26 informanter fra NAV hjelpemiddelsentral, kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten.

Kartleggingen viser at prioriteringer og økonomi i kommunene er avgjørende for om aktivitets-hjelpemidler er et reelt tilbud til mennesker med funksjonsnedsettelse. Samtidig viser undersøkelsen at det er ulike forventninger til hvilke aktiviteter jenter og gutter deltar i. Dette får konsekvenser for tildelingen av aktivitets-hjelpemidler og hva brukerne får, avhengig av kjønn. I siste instans fører dette til ubebudt diskriminering og manglende satsing på

fysisk aktivitet blant jenter med nedsatt funksjonsevne.

EN BONUSTING!

Gjennom studien kom det fram at aktivitetshjelpemidler er noe som prioriteres lavt i kommunene, men det er også store forskjeller i hvordan hjelpemiddelsentralene prioriterer området. Aktivitetshjelpemidler ble av flere informanter omtalt som en bonusting, noe som brukerne får hvis ergoterapeutene ute i kommunene har tid til å ta tak i det. Få ergoterapeuter i kommunene gjør at de opplever høyt press og må prioritere forhold som er avgjørende for at brukernes hverdag skal fungere. Dette er også noe som kommer fram i undersøkelser blant medlemmene av Norsk Ergoterapeutforbund. De rapporterer om store forskjeller i hjelpemiddelformidlingen i kommunene og få ergoterapeuter ute i kommunene. I gjennomgangen av hjelpemiddelformidlingen fant også Agenda Kaupang at mange kommuner sliter med kapasiteten, og at det er stort press på hjelpemiddelformidlerne.

Aktivitetshjelpemidler havner dermed langt bak i prioriteringskøen. Dette kan forklare de



Annette Solberg er rådgiver ved Likestillingssenteret.

store regionale forskjellene vi ser i tildelingen, samtidig som det viser at brukere ikke får det samme tilbudet uavhengig av hvor de bor i landet. For eksempel vil en bruker ha mye større sannsynlighet for å få aktivitetshjelpemidler hvis hen bor i Hedmark enn i Oslo og Rogaland.

De regionale forskjellene ser ut til å skyldes press på terapeutene i kommunene og hva de har mulighet til å prioritere, men også ulik tolkning av regelverket og prioritering ved de ulike hjelpemiddelsentralene.

KJØNNET AKTIVITET

Studien vår viste at kvinner mottar færre aktivitetshjelpemidler enn menn, uavhengig av alder. Det at kvinner mottar færre aktivitetshjelpemidler, kan gjenspeile levekårsundersøkelser for mennesker med nedsatt funksjonsevne, som har vist at kvinner var mindre aktive enn menn. Aktivitetshjelpemidler tildeles i overvekt til jenter og gutter i alderen 3–15 år.

Gjennom fokusgruppeintervjuene ble det tydelig at stereotyper knyttet til kjønn har mye å si for hva vi forventer av jenter og gutter når det gjelder aktivitet.

Informantene uttrykte at jenter er mer forsiktige og kanskje ikke tør å bruke sitski eller delta på kjelkehockey. De mente også at jenter kanskje deltar på andre typer fritidsaktiviteter som ikke innebærer behov for aktivitets- hjelpemidler, men mer stillesittende aktiviteter. Dette var ikke unikt for barn og unge, men forventningene til kjønn var tydelige for alle aldersgrupper.

Informantene mente at familiene og de nærpersionene som tar valg på vegne av barna, setter begrensninger for barna, spesielt ved at de overfører egne forventninger til kjønnete aktiviteter over på barna, inntil barna selv kan ta valgene. En aktiv familie innebærer oftest også aktive barn, uansett om de har en funksjonsnedsettelse eller ikke. Intervjuene viste imidlertid at hjelpemiddelformidlerne har ubevisste forventninger knyttet til kjønn, der de forventer at gutter er mer aktive enn jenter, og at jenter er mer rolige. En fokusgruppe mente at det nærmest er naturstridig hvis en gutt er i ro.

De pårørendes og hjelpemiddelformidlernes forventninger til kjønn og hvilke typer aktivitet jenter og gutter holder på med, setter med dette barrierer for jenter med nedsatt funksjonsevne som ønsker å være fysisk aktive. Faktisk fører det til at vi ubevisst gir jentene en mer passiv hverdag, som vil forfølge dem livet ut. Intervjuene viste også at det er en generell forventning om at gutter med funksjonsnedsettelser har behov for å være aktive på lik linje med jevnaldrende gutter, som igjen gjør at hjelpemiddelformidlerne strekker seg litt lenger for å få det til. Trendene vi ser i tidligere undersøkelser, der menn er mer aktive enn kvinner, skapes i



Likestillingssenteret lanserte rapporten «Kjønnsdelte hjelpemidler? – Kartlegging av hjelpemidler for personer med nedsatt funksjonsevne» onsdag 5. juni.

barndommen, og våre holdninger til kjønn bidrar til å forsterke de trendene. Skal vi sikre like vilkår for tildeling av aktivitetshjelpemidler til jenter og gutter, må vi sette fokus på hvordan stereotypier ubevisst former behovsprøvingen i hjelpemiddelsystemet.

HVA MÅ TIL?

Målet må være at vi sikrer at alle mennesker med funksjonsnedsettelser uavhengig av kjønn får delta i fysisk aktivitet. Fysisk aktivitet handler om å skape gode

vaner, bedre folkehelse, sosiale nettverk og arenaer for inkludering. Et sted å begynne er å bli bevisst våre holdninger og hvilke begrensninger de skaper.

Samtidig bør ergoterapeuttenestene i kommunen ha økonomiske og politiske rammer til å kunne prioritere alle aspekter ved livet og ikke bare hverdagen. Som vist i vår undersøkelse skaper manglende ressurser og stillinger nedprioritering av aktivitets- hjelpemidler og dermed også et svekket fokus på fysisk aktivitet.

TIDSAKTUELL KOMPETANSE

Ergoterapeuter og vurdering av helsekrav til førerkort

I februar i år rykket ergoterapispesialist Hilde Fleitscher ut i VG med et motsvar til Frp-nestleder Sylvi Listhaugs utspill om at vi måtte slutte å plage eldre. Listhaug mente at det måtte være tilstrekkelig med vanlig helsesjekk av eldre for å beholde førerkortet.

Av Anita Engeset

A kjøre bil er en vanlig hverdagsaktivitet i vår del av verden. Mange er avhengige av bilen for å være i arbeid, studere, handle, for å dra på besøk og for å kjøre til fritidsaktiviteter. Det å inneha et førerkort bidrar til inkludering, deltakelse og økt livskvalitet. Ergoterapeutene arbeider nå med å revidere våre retningslinjer.

Å være trafikant medfører samtidig et stort ansvar. Alle som har et gyldig førerkort, har et ansvar for å kontakte sin lege om de har helseproblemer som kan påvirke trafikksikkerheten. Det er mange ulike årsaker til at en person med førerkort ikke lenger er i stand til å kjøre bil. Førerkortforskriften (2004) angir en rekke helsekrav som må være oppfylt for at man kan ha gyldig førerkort.

Fordelen med helseattesten er at man med enkle tester kan utelukke de farligste bilistene på veien, både unge og eldre. Ved sykdom eller skade skal helsen vurderes med hensyn til om man

fortsatt er en sikker bilist eller ikke. Det handler om å utelukke de farligste bilistene.

ERGOTERAPEUTERS KOMPETANSE – ET VIKTIG BIDRAG

I flere land i verden er ergoterapeuters kompetanse om førerkortvurderinger et viktig bidrag. Norske ergoterapeuter er i dag lite brukt på dette området, men denne trenden er i ferd med å snu. Førerkortvurdering er et område hvor ergoterapeuter får brukt kompetansen sin om funksjonsvurdering og aktivitetsanalyse i relasjon til kognisjon. En førerkortvurdering hos ergoterapeut kan bestå av både fysisk og kognitiv funksjon og praktisk vurdering.

Fram mot 2050 vil Norge få en betydelig økning av antall eldre, og det vil stille krav til effektive og treffsikre vurderinger av kjøreferdigheter for mange.

Det finnes ikke offisielle tall på i hvor stor grad ergoterapeuter er involvert i førerkortvurderinger i Norge, men en svensk studie viser at 57 prosent av ergoterapeutene i Sverige er involvert i kartlegging av kjøreferdigheter (Larsson, Lundberg, Falkmer, & Johansson, 2007). I land som England, Canada, USA og Australia har ergoterapeuter kartlagt helsekrav

for å inneha førerkort i over 20 år (Brooks & Hawley, 2005; Unsworth, 2007).

ERGOTERAPEUTERS VURDERING AV HELSEKRAV TIL FØRERKORT

I 2016 ble førerkortforskriften med tilhørende helsekrav og retningslinjer betydelig endret, og de nye retningslinjene er oppdatert og revidert i henhold til dette. De er utarbeidet for å kvalitetssikre et viktig praksisfelt og omhandler ergoterapeuters bidrag til tverrfaglige vurderinger av helsekrav til førerkort.

Retningslinjene inneholder en beskrivelse av ergoterapeutens rolle i de aktuelle deler av en førerkortvurdering, inkludert spesifikke prosedyrer og fremgangsmåter knyttet til de spesifikke helsekravene i førerkortforskriften. Retningslinjene er basert på relevant forskning.

Ergoterapeutene vil sende reviderte retningslinjer på høring.

ERGOTERAPEUTERS KOMPETANSE ETTERSPØRRES

I Helsedirektoratets *Førerkort – veileder til helsekrav* (gjeldende fra 1. oktober 2016), i kapittelet «Kognitiv svikt (paragraf 15 helsekrav til førerkort)», vises det til ergoterapeuters kompetanse på praktisk kjørevurdering og kart-



Anita Engeset er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.



leggingsinstrumentet P-Drive og at legen kan henvise til slik vurdering hos ergoterapeut som har gjennomgått opplæring i P-Drive.

PARAT NÅR KOMPETANSEN ETTERSPORRERES

Vi må være parate når vår kompetanse etterspørres. Benytt sjansen og meld deg på kurs i P-Drive 1.–3. oktober. Praktisk kjøretest P-Drive er et undersøkelses- og vurderingsredskap som brukes ved observasjon av kjøreferdigheter. P-Drive er forsket på og funnet valid og reliabelt i

forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse. Legen kan henvise til slik vurdering hos ergoterapeut som har gjennomgått opplæring i P-Drive der slikt tilbud finnes. Se annonse i Ergoterapeuten og i kurskalenderen.

Referanser

- Brooks, N., & Hawley, C. A. (2005). Return to driving after traumatic brain injury: a British perspective. *Brain Injury*, 19(3), 165-175.
- Førerforkortforskriften. (2004). Forskrift om førerforkort m.m. (førerforkortfor-

skriften) FOR-2019-03-27-363 fra 01.04.2019. Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/for-skrift/2004-01-19-298>

Helsedirektoratet. (2016). Førerforkortveilederen. Førerforkort - veileder til helsekrav (gjeldende fra 1.oktober 2016) Kognitiv svikt (§ 15 helsekrav til førerforkort). Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/forerforkortveilederen/kognitiv-svikt-15-helsekrav-til-forerforkort>

Larsson, H., Lundberg, C., Falkmer, T., & Johansson, K. (2007). A Swedish survey of occupational therapists' involvement and performance in driving assessments. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 14(4), 215-220.

Ergoterapeutene kritisk til SSBs analyser av tilgjengelighet i boligmassen

Hvor stor andel av boligene var tilgjengelige for bevegelseshemmede i 2018, og hvordan vil nybygging påvirke denne andelen fremover? Det forsøker SSBs analyse å gi svaret på.

I rapporten skrevet på oppdrag for Kommunal- og moderniseringsdepartementet står det blant annet: «Andelen tilgjengelige boliger estimeres for 2018 og framskrives til 2025, 2030 og 2040. I tillegg ser vi på forholdet mellom tilgjengelige boliger og framskrevet alderssammensetning i befolkningen. Andelen tilgjengelige boliger stiger med cirka 70 prosent fram til 2040, fra 21 til 35 prosent av boligmassen, men mindre sentrale kommuner henger etter i denne veksten.».

– I konklusjonen til rapporten legges det vekt på usikkerheten til anslagene, og det er det god grunn til. Jeg setter spørsmålstegn både ved status for antall tilgjengelige boliger per 2018 og for fremskrivningensier Ergoterapeutenes nestleder Tove Holst Skyer.

Når det gjelder fremskrivningen, antas det at 70 prosent av eneboligene som bygges fremover, vil være tilgjengelige.

– Det er det ingen grunn til å anta, så lenge kommunenes område- og reguleringsplaner ikke krever dette, sier nestlederen.



Forny din godkjenning som spesialist!

Av Anita Engeset



Fornyng av spesialistgodkjenningen bidrar til å sikre nødvendig opprettholdelse av kompetanse og kvalitet i helse- og velferdstjenestene.

Tjenestene er i rask utvikling, og kompetanse er ferskvare. Ergoterapeutene har i samarbeid med spesialistkomiteene gjennomgått re-godkjenningsordningen. Den har nå skiftet navn til *Fornyet godkjenning*. Her finner du mer om ordningen, kriterier og søknadskjema, se [Fornyet godkjenning som spesialist](#).

Søknadsfrist er 15. september hvert år.

Søknad om godkjenning sendes til post@ergoterapeutene.org. Kopi av attester og annen attestert dokumentasjon skal være vedlagt, se [Instruksjon innsending](#).

Godkjenning som ergoterapispesialist gjelder for syv år fra og med vedtak i spesialistrådet. For å beholde spesialisttittelen, må du søke om fornyet godkjenning. Ergoterapeutene oppfordrer alle ergoterapispesialister til å fornye godkjenningen sin. Ergoterapeutene har oppdatert hjemmesidene knyttet til spesialistordningen. Under [Bli ergoterapispesialist!](#) finner du en oversikt med lenke til [Ergoterapeutenes spesialistordning](#), [Overgangsordningen](#) og [Fornyet godkjenning](#) samt søknadsfrist og beskrivelse av hvordan du søker.

VI VIL LOVFESTE RETTEN TIL REHABILITERING FØR PLEIE

er på høring. I Ergoterapeutenes høringssvar foreslår vi lovfestet rett til rehabilitering før tilbud om kompenserende pleie og omsorgstjenester. Nå er høringen til behandling i departementet.

– Kommunene må prioritere forebygging og rehabilitering før pleie og omsorg. Rehabiliterer der

vi kan, pleie og omsorg der vi må. Dette vil utløse ressurser for bruker og for pleie- og omsorgstjenesten. Disse ressursene kan benyttes for personer med større pleiebehov, sier forbundsleder Nils Erik Ness.



NOU 2018: 16, Det viktigste først — prioriteringsmeldingen.

Roltec BOA2

- Kompakt
- Meget lav setehøyde
- God sittekomfort

**Nå på avtale
med NAV!**



Økt kjøpekraft og lønn for kompetanse

Ergoterapeutene gikk inn i årets lønnsoppgjør med krav om økt kjøpekraft og lønn for kompetanse. Dette har vært et mellomårsoppgjør hvor kun økonomi er tema. Men i år har også elementer knyttet til pensjon vært trukket inn. Frontfagrammen (3,2 prosent) har også vært førende for rammen i offentlig sektor.

Av Brit-Toril Lundt

KOMMUNENE (KS)

Lønnsoppgjøret i KS endte i brudd. Partene kom til enighet i mekling som ble gjennomført 22. og 23. mai. Det ble gitt kronetillegg på garantilønnstabellen fra første mai. I tillegg ble det gitt ytterligere heving av garantilønnene med virkning fra første juli. Ledere og øvrige medlemmer som ikke er omfattet av garantilønnstabellen, gis et tillegg på 3 prosent.

Partene ble også enige om at det skal forhandles om opprettelse av ny sentral generell særavtale (SGS 2020) Pensjonsordninger.

Resultatet for våre medlemmer i KS ligger noe over frontfagrammen og vurderes som et svært godt lønnsoppgjør.

OSLO KOMMUNE

Partene kom til enighet gjennom forhandlinger. Det ble gitt et tillegg på 2,6 prosent, minimum kr 12 000, på lønnstabellen med virkning fra første mai.

STATEN

Også i Staten måtte partene gå veien om Riksmekleren. Mekling ble gjennomført 22.-23. mai. Partene kom til enighet 14 timer på overtid.

Det ble gitt generelle tillegg på lønnstabellen på 1,35 pro-

sent, med en kvinneprofil på den midtre delen på 1,55 prosent med virkning fra første mai. I tillegg er det avsatt pott på 1,24 prosent til lokale forhandlinger med virkning fra første juli. Her står det altså fortsatt igjen penger til fordeling.

Sikring av tariffestet AFP for ansatte som er født i 1963 eller senere, er også et viktig element som til slutt falt på plass under meklingen.

SPEKTER

Minstelønnsatsene er hevet med kronetillegg. Alle medlemmer, også de som ikke er knyttet til minstelønn, skal sikres et generelt tillegg på 1,9 prosent.

Spesialergoterapeuter med 16 års ansiennitet eller mer gis et tillegg på 2,4 prosent.

Ergoterapeutene har også medlemmer i Spekter-virksomheter innen eldreomsorg og rehabilitering. Disse gjennomfører lønnsoppgjørene kun lokalt og krever stor innsats fra lokale tillitsvalgte. Også her er medlemmene sikret forhandlingsresultater i tråd med frontfagrammen.

KORT OPPSUMMERT

Vi kan konstatere at resultatene i årets lønnsoppgjør i stor grad har truffet Ergoterapeutenes krav og

prioriteringer. Det er fortsatt noe å gå på når det gjelder lønn for kompetanse, men vi er kommet et stykke på vei.

Mer detaljert informasjon finner du på tariffinformasjon og nyhetsbrev som er sendt ut fortløpende under og etter lønnsoppgjørene. Alt dette ligger også på nettsiden vår. Klikk på knappen «Lønnsoppgjøret 2019».

KONFLIKTBEREDSKAP

Også i år har lokale tillitsvalgte vært involvert i arbeidet med konfliktberedskap. Uten dette viktige arbeidet som setter oss i stand til å gjennomføre streik hvis vi må, er det ikke sikkert at resultatene hadde vært like gode.

Stor takk til alle tillitsvalgte som har deltatt i lokale konfliktutvalg! Mange av dere står i dette år etter år.



Brit-Toril Lundt er forhandlingssjef i Ergoterapeutene.



Lønnsoppgjøret 2019 gir ny makskontingent i Ergoterapeutene

Et godt lønnsoppgjør gjør at makskontingenten økes 1. juli. For yrkesaktive medlemmer er prosentsatsen fortsatt 1,6 prosent av bruttolønn, men kontingenten skal ikke overstige 667 kroner i måneden.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Ergoterapeutenes medlemskontingent reguleres av forbundets vedtekter. Landsmøtet 2017 vedtok at medlemskontingenten er 1,6 prosent av bruttolønn for yrkesaktive medlemmer. Kontingenten skal imidlertid ikke overskride 1,6 prosent av garantilønnen ved 10 års ansiennitet i KS-området.

ET GODT LØNNSOPPGJØR

Etter et godt lønnsoppgjør gjør denne garantilønnen et betydelig byks i år, fra 446 800 til 500 000 første juli 2019. Ny makskontingent vil dermed øke fra 596 til 667 kroner per måned. Den nye kontingenten trer i kraft fra første juli, og Ergoterapeutene vil varsle arbeidsgiverne om å endre trekket for medlemmene i forbundet.

– Jeg er først og fremst veldig glad for at vi kan levere kan levere et godt lønnsoppgjør til medlemmene i år, sier generalsekretær Toril Laberg. I forbundet vårt har vi valgt en prosentkontingent, slik at kontingenten skal stå i forhold til den enkeltes lønn. Den tidligere makskontingenten medførte at kontingenten var under 1,6 prosent av lønnen for de fleste medlemmene.

UENDRET PREMIE PÅ GRUNNFORSIKRING

Premien for den obligatoriske grunnforsikringen endres ikke og vil fortsatt være 147 kr per måned. Fra nyttår ble vår obligatoriske grunnforsikring vesentlig

forbedret med Kritisk sykdomsforsikring inkludert. Samtidig vil forsikringen gjelde ut det året du fyller 70 år.

KONTINGENT FOR IKKE-YRKESAKTIVE

Kontingenten for ikke-yrkesaktive følger av makskontingenten og vil endres fra 60 til 67 kroner per måned, mens faglige medlemmer får en kontingent på 334 kroner per måned og selvstendig næringsdrivende 200 kroner per måned.



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

**Ikke medlem ennå?
Meld deg inn!**

ergoterapeutene.org/innmelding



ergoterapeutene

SSB forventer mangel på ergoterapeuter

Statistisk sentralbyrå (SSB) forventer at det i 2035 vil mangle 500 ergoterapeuter. Det fremkommer i en rapport som nylig ble publisert. Ergoterapeutene mener mangelen kan bli enda større

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

SSB har lagt fram nye tall for behovet for ergoterapeuter og andre helseprofesjoner. Arbeidet skjer på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. I 2035 vil Norge mangle 500 ergoterapeuter med den utviklingen som SSB forventer.

Antall nyutdannede ergoterapeuter er høyt sammenlignet med det totale antallet ergoterapeuter. Dette gir en klar vekst i tilbudet av ergoterapeuter, og SSB har kun framskrevet behovet for ergoterapeuter innen helsetjenester.

Aldringen av befolkningen

medfører en betydelig vekst i tallet på brukere av ergoterapi. SSB har lagt til grunn økt bruk av ergoterapeuter i disse tjenestene. Med disse forutsetningene er etterspørselen etter ergoterapeuter i helsetjenestene anslått å komme opp i 5100 årsverk i 2035.

Til tross for en klar vekst i tilbudet kan det bli en underdekning på 500 årsverk med de forutsetningene som er lagt til grunn i framskrivingene.

ENDA STØRRE MANGEL PÅ ERGOTERAPEUTER

De siste årene har antallet ergoterapeuter i kommunene økt med over fem prosent i året. SSB har, i større grad enn tidligere, lagt denne utviklingen inn i sine prognoser.

– Det er likevel grunn til å tro at vi i 2035 er nærmere SSBs «høyalternativ» med mangel på 1300 ergoterapeuter, sier Ergoterapeutenes generalsekretær Toril Laberg.

Hun peker på den store underdekningen i mange kommuner og sykehus, og at 83 kommuner er uten ergoterapeut over et år før lovpålegget trer i kraft.

– I tillegg er ergoterapeuter ansatt innen en lang rekke områder som ikke er definert som helsetjenester, sier Laberg.



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

STOR VARIASJON MELLOM KOMMUNER

Ergoterapeutene har nylig fått tilgang på tall fra SSB som viser antallet ergoterapeuter i landets kommuner i fjerde kvartal i 2018. I alt var det 2949 ergoterapeuter ansatt i landets kommuner. Dette er 148 flere enn et år tidligere.

Samtidig viser tall fra NSD, Norsk Senter for Forskningsdata, at det i 2018 bare ble utdannet 250 ergoterapeuter.

– Når vi vet at ergoterapeuter også arbeider andre steder enn i kommunene, og at det er ergoterapeuter som går ut av yrket, er vi glade for at de seks utdanningsinstituttene er positive til å jobbe for økt utdanningskapasitet, sier Laberg.

ARBEIDER FOR ØKT UTDANNINGSKAPASITET

Ergoterapeutene vil arbeide sammen med utdanningene og medlemmene for å sørge for at også et økt antall ergoterapistudenter får gode praksisplasser.

– Vi anbefaler alle medlemmer å ta imot studenter på sin arbeidsplass. Det er bra både for faget, studenten og den enkelte ergoterapeut.

STOR VARIASJON

83 kommuner mangler ergoterapeut, et drøyt år før lovkravet om



Generalsekretær Toril Laberg tror vi vil mangle enda flere ergoterapeuter enn det SSB anslår. Nå arbeider forbundet for å få økt utdanningskapasiteten.

ergoterapi i alle landets kommuner trer i kraft første januar 2020. Kun 11 av disse vil slå seg sammen med en kommune med ergoterapitilbud.

– Tallene våre viser også stor variasjon mellom kommunene, og

vi har vanskelig for å se at innbyggertallet eller helsesituasjonen forklarer dette.

Hennes oppfordring til landets kommuner er klar.

– I landets kommuner står våre tillitsvalgte klare til utviklingen av

mer bærekraftige helsetjenester.

For de 83 kommunene som mangler ergoterapeut, har hun følgende budskap klart:

– Utlysninger og ansettelser må starte nå. Det er for sent å vente til nyttår, sier Laberg.

Har du forsikret dine kjære barn?

Mange spør seg om man trenger barneforsikring i Norge hvor vi har et offentlig helsevesen og et godt stønadssystem. Noen mener at vi ikke trenger å forsikre våre barn, mens andre mener at barneforsikringen kommer godt med som et supplement til de offentlige ordningene.

Av Roar Hagen

Ved utgangen av 2018 var det cirka 600 000 barn som var dekket av en eller annen form for barneforsikring. Dette utgjør over halvparten av alle barn i Norge under 18 år.

Det finnes flere varianter av barneforsikring, og foreldre bør spørre seg hva barnet og familien har behov for dersom barnet rammes av sykdom eller ulykke. Prisen på forsikringen vil også være en faktor man må vurdere når man skal velge.

BARNEULYKKEFORSIKRING

En barneulykkesforsikring er rimelig og enkel, og den dekker behandlingsutgifter og erstatning ved medisinsk invaliditet etter en ulykke. En slik forsikring kan kjøpes uten å måtte levere helseopplysninger om barnet.

BARNEFORSIKRING

En barneforsikring er mer omfattende. Den dekker medisinsk

invaliditet både etter sykdom og ulykke, samt at den som oftest har en uføredeknning. Forsikringen vil da gi foreldre og barn en ekstra økonomisk trygghet i hverdagen. Den er noe dyrere enn en barneulykkesforsikring, og som regel er det krav om helseopplysninger.

Det er langt mer vanlig å bli ufør som følge av sykdom enn ulykke, derfor er det viktig at forsikringen har denne dekningen. Ergoterapeutenes barneforsikring dekker selvfølgelig både medisinsk invaliditet og uførhet. I tillegg gir den også dekning, ved alvorlige tilstander, til dagpenger ved sykehusopphold og ombyggingsstønad.

Nyhet: Forsikringen dekker nå leie av AV1-robot ved langvarig fravær fra skole på grunn av skade eller sykdom. Roboten sørger for at man kan følge med i undervisningen fra sykesengen.

DE BESTE FORSIKRINGENE

Som medlem i ergoterapeutene



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

får du kjøpt en av markedets beste barneforsikringer til en veldig hyggelig pris, kun kroner 1834 per år. Du kan kjøpe forsikringen til både dine barn og barnebarn som er mellom tre måneder og 18 år. Barnet kan beholde forsikringen ut det året de fyller 26 år.

Ønsker du mer informasjon om forsikringen, kan du lese mer på våre nettsider: www.ergoterapeutene.org/forsikring. Her finner du også påmeldingsskjema som må benyttes hvis man ønsker å kjøpe barneforsikringen.

Har du spørsmål eller ønsker rådgivning, kan du ta kontakt med forsikringskontoret på 22 05 99 15, eller sende en e-post til post@forsikring.ergoterapeutene.org.



TIL DEBATT

Er det OK å gi gaver til brukere?

På bakgrunn av et innspill fra et medlem, har Yrkesetisk utvalg skrevet et leserinnlegg der de reflekterer over gaver fra de ansatte til beboere og brukere.

Av Astrid Gramstad, Sigrid Beate Olaussen, Tone Magna Torgersen, Grete Tørres og Annette Eidesen

Yrkesetisk utvalg har fått en henvendelse fra et medlem om et forhold som vi tenker kan ha relevans for flere. Vi ønsker å løfte frem temaet til diskusjon og videre refleksjon blant medlemmene. Saken gjelder gaveutveksling i pleie- og omsorgstjenesten.

En ergoterapeut som nylig har startet i jobb som miljøterapeut i et kommunalt bofellesskap for voksne med alvorlige psykiske lidelser, stiller spørsmålstegn ved en praksis der de ansatte kjøper private gaver av egne midler til beboeren som de har primærkontaktansvar for. Enkelte av de ansatte kjøper også jule- og bursdagsgaver til alle beboerne. Nyansatte opplever at det forventes at også de følger opp denne praksisen, både fra sine kollegaer og fra beboerne. Medlemmet oppfatter at dette fører til en rollesammenblanding mellom privat og profesjonell og har prøvd å finne lover og regler som regulerer slike forhold. Hun tok kontakt med oss for å høre om det finnes noen regler hun kan støtte seg på for å underbygge hennes holdning om at dette ikke er god praksis.

Vi har drøftet saken på et møte i Yrkesetisk utvalg, og er enige med medlemmet om at «obligatorisk» praksis med å gi gaver til beboere en har primær-

ansvar for, kan være med på å bygge ned skillet mellom det å være profesjonell og privat. Videre kan det hemme å få gode og avklarte rolleforventninger mellom tjenestemottakere og tjenesteytere. Når man arbeider tett på og i brukers hverdagsliv er det viktig å opprettholde en profesjonell rolleforståelse. Det å gi gaver i en slik setting kan være problematisk, også fordi det er en kulturell forventning om gjensidighet og om å kunne gi noe tilbake.

OM UTVEKSLING AV GAVER

Det å motta gaver som helsepersonell er regulert av helsepersonellovens paragraf 9. Det fremkommer også ofte i etiske retningslinjer. I Ergoterapeutenes yrkesetiske retningslinjer står det eksempelvis at ergoterapeuten ikke skal misbruke sin egen stilling til å skaffe seg personlige fordeler. Det å gi gaver i kraft av sin posisjon som helsepersonell er i liten grad berørt. Helsetilsynet setter likevel søkelys på rollesammenblanding og helsepersonells og arbeidsgivers ansvar for å være bevisst på forholdet mellom profesjonell, personlig og privat. Blant annet skriver Helsetilsynet i sine råd til arbeidsgiver at:

«Etablering av nære personlige relasjoner mellom helseper-

sonell og pasienter er i strid med kravet til forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp i helsepersonellovens paragraf 4. Det anses som misbruk av tillit, som er grunnlaget for å yte og ta imot helsehjelp. Forholdet mellom pasient og behandler er preget av en ubalanse i makt i og med at én skal hjelpe og én skal motta hjelp. Det medfører at pasienten vil være sårbar og avhengig av den som skal hjelpe. Helsepersonell må ikke bruke denne avhengigheten til å tilfredsstille egne personlige behov.» (<https://www.helsetilsynet.no/tilsyn/raad-til-arbeidsgiver-hvordan-avdekke-foelge-opp-svikt-helsepersonell/helsepersonell-som-ikke-har-forstatt-sin-rolle-rollesammenblending/>)

Å gi gaver gir bekreftelse på

egen snillhet og raushet. Den som gir gaven føler seg gavmild, og mottakeren opplever at han eller hun betyr noe spesielt for den som gir gaven. En «obligatorisk» praksis om å gi brukerne gaver skaper press og mulig splittelse av arbeidsmiljøet mellom de som handler inn gaver for egne midler, og de som ikke gjør det.

«Nære personlige relasjoner mellom helsepersonell og pasienter vurderes av Helsetilsynet som i strid med kravet om forsvarlig helsehjelp fordi behandlingsrelasjoner er preget av ubalanse i makt, og helsepersonell skal ikke utnytte pasienters sårbarhet og avhengighet for å tilfredsstille egne behov. Rammene for den profesjonelle rollen beskytter både pasienter og helsepersonell mot overinvolvering. Hel-

sepersonell har et selvstendig ansvar for å ikke overskride grensene, mens arbeidsgivere har ansvar for å forebygge og håndtere rollesammenblanding». (<https://www.dagensmedisin.no/artikler/2017/09/03/relasjoner-i-grasonen/>)

Selv om flere etiske forhold kan sies å være lovregulert (eksempelvis i helsepersonellovens paragraf 4), kan man ikke alltid lese seg fram til hva som er rett eller galt. Arbeidsgiver har et ansvar for opplæring i etiske normer og for å legge til rette for etisk refleksjon gjennom for eksempel kliniske etikkomiteer og etiske refleksjonsgrupper. Vi i Yrkesetisk utvalg oppfordrer også ergoterapeuter til å involvere seg i etiske refleksjoner på arbeidsplassen og i andre fagfora.

PUMA40

Unik kjørekomfort, fjæring, god kontakt med underlaget og suveren retningsstabilitet. Dette gjør Puma 40 til det riktige valget når du kjører på ulike underlag eller skal inn og ut av bil.



STANDARD: Bryterpanel for setefunksjoner, gyro for retningsstabilitet, LED-lys og skjermer. Utstyr de fleste velger på en slik stol. Alt dette er selvfølgelig standard på Puma 40. Puma 40 finnes også som bakhjulsdrevet med samme utstyr.

■ IMPROVING PEOPLE'S LIVES®

FULL KONTROLL



 **SUNRISE**
MEDICAL

www.SunriseMedical.no

T: 66 96 38 00

E: post@sunrisemedical.no

Ergoterapeutene vil bidra til flere praksisveiledere

Norge trenger flere ergoterapeuter. For å oppnå det, må studiekapasiteten økes. Som ledd i kapasitetsøkningen er det behov for flere praksisplasser. Dette er gledelige nyheter for alle ergoterapeuter i Norge, fordi studentveiledning er utviklende, kompetansegivende og inspirerende. Og det er ingen grunn til å vente, for det trengs flere praksisveiledere nå.

Av Toril Laberg



Toril Laberg er generalsekretær og fagsjef i Ergoterapeutene.

FLERE ERGOTERAPEUTER OG FLERE PRAKSISPLASSER

Statistisk sentralbyrå (SSB) la i mai 2019 fram nye tall på behovet for ergoterapeuter, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. I 2035 vil Norge mangle 500 ergoterapeuter i helsetjenestene med den utviklingen som SSB mener er mest sannsynlig.

Når vi vet at ergoterapeuter også arbeider andre steder enn i kommunene, på en lang rekke arbeidsplasser som ikke er definert som helsetjenester, og at det er ergoterapeuter som går ut av yrket, mener Ergoterapeutene og de seks utdanningsstedene at vi må jobbe for økt utdanningskapasitet.

Samtidig som vi jobber for flere studieplasser, må vi sikre at dagens og fremtidens ergoterapistudenter får relevant og bred praksisutdanning av høy kvalitet. Her kan enda flere av Ergoterapeutenes medlemmer bidra. Ergoterapeutene oppfordrer flere medlemmer til å ta imot studenter på sin arbeidsplass. Det er bra for faget, studenten og den enkelte ergoterapeut.

GYLDEN MULIGHET

I intervjuet «Viktige skritt i riktig retning» i denne utgaven av Ergoterapeuten sier seniorrådgiver Anita Engeset at «I ergoterapi utgjør praksisstudiene minimum 30 uker, så de er en stor og viktig del av utdanningen». I intervjuet forteller Engeset om myndighetenes fremtidige krav om at praksisveiledere skal ha minimum 10 studiepoeng videreutdanning i veiledning.

Dette vil bli en gylden mulighet til å heve egen kompetanse, til å knytte nettverk med kolleger utenfor egen arbeidsplass og til å oppnå kvalifikasjoner ved godkjenning og fornyet godkjenning som ergoterapispesialist. Fra 2020 må alle ha en master for å bli ergoterapispesialist. I tillegg må søkere ha videreutdanning i veiledning, ha mottatt veiledning og gitt veiledning. For fornyet godkjenning, som kreves etter syv år, er det også krav om å ha gitt veiledning.

HVA ER VIKTIG FOR DEG?

Som praksisveileder er du med på å sikre at fremtidens at ergoterapeuter får kjernekompetanse



Som veileder får du anledning til å bli en betydningsfull person for studentens videre motivasjon i studiet.

som bidrar til å løse enkeltpersoners, grupper og samfunnets utfordringer.

Så lenge den enkelte veileder ikke får honorar for å veilede studenter, må vi se på andre gevinster en veileder oppnår, utover poeng til spesialisersøknaden. Her nevner jeg noen av dem jeg selv har opplevd ved å veilede en lang rekke studenter i praksis:

- Du får samhandle med yngre, motiverte studenter, som kan tilføre deg og arbeidsplassen kompetanse om nye teorier og modeller.
- Du får tips om oppdatert forskning og fagartikler du kan lese.
- Du må begrunne dine valg av undersøkelser og tiltak.
- Du får veilede en som kan ivareta deler av oppgavene dine.
- Du får ofte tilbud om veiledersamlinger fra studentens utdanningssted.

- Du får noen ganger en fremtidig kollega der du selv har bidratt i utdanningen.
- Du kan veilede to studenter samtidig. De kan støtte hverandre og få deler av veiledningen sammen. Det er ikke dobbelt så krevende som å ha én student.
- Du får anledning til å utvikle deg som veileder, og bli en betydningsfull person for studentens videre motivasjon i studiet.
- Du får gleden av å se en ung voksen utvikle seg som fagperson og oppnå økt trygghet.

Jeg regner med at mange praksisveiledere kjenner dette utvalget av gevinster.

ERGOTERAPEUTENES ROLLE

Ergoterapeutene er informert om utfordringene med å finne veiledere til praksisstudiene. Dette

er synliggjort i Ergoterapeutenes program, som ble vedtatt på landsmøtet i 2017:

- Ergoterapeutene skal jobbe for et likeverdig samarbeid mellom skole, forbund og praksisfelt for å sikre god, relevant og praksisnær læring.

Ergoterapeutene representerer over 3000 yrkesaktive medlemmer og omtrent 400 tillitsvalgte og har dermed svært gode kunnskaper om arbeidslivets utfordringer og behov. Ergoterapeutene vil bidra til at forbundet og medlemmene bidrar til å oppfylle ergoterapeuters samfunnsoppdrag.

For at vi i Norge skal ha tilstrekkelig med ergoterapeuter, må vi sikre at vi utdanner nok og flere ergoterapeuter. Da må vi som allerede har kjernekompetansen, bidra til at fremtidens ergoterapeuter kan bli veiledet av oss.

«Jeg ønsker jeg hadde hatt dette tidligere da jeg var praksisveileder ...»

- UTPRØVING OG EVALUERING AV ET COACHINGTILBUD TIL PRAKSISVEILEDERNE

Av Malin Mongs, Lene Fogtmann Jespersen, Anders Torp og Silvia E. Hansbø

Sammendrag

Malin Mongs er fagutviklingsergoterapeut ved Enhet for ergoterapi, Seksjon for ortopedisk rehabilitering, Ortopedisk klinikk ved Oslo universitetssykehus.

Lene Fogtmann Jespersen er fagutviklingsergoterapeut ved Enhet for ergoterapi, Seksjon for ortopedisk rehabilitering, Ortopedisk klinikk ved Oslo universitetssykehus.

Anders Torp er spesialergoterapeut ved Seksjon for ergoterapi, Avdeling for klinisk service, Medisinsk klinikk ved Oslo universitetssykehus.

*Silvia E. Hansbø er enhetsleder ved Enhet for ergoterapi, Seksjon for ortopedisk rehabilitering, Ortopedisk klinikk ved Oslo universitetssykehus.
E-post: silhanse@ous-hf.no*

Bakgrunn: Nasjonale føringer og egne erfaringer har løftet frem et behov for å styrke kvaliteten i studentenes praksisstudier. Det etterspørres utvikling av pedagogiske modeller og tiltak som kan bidra til å heve praksisveiledernes kompetanse.

Mål:

- Styrke og synliggjøre praksisveilederrollen, og tydeliggjøre behov for kvalitet, utviklingsmuligheter og kompetanseheving.
- Utvikle en kultur hvor det er positivt å være praksisveileder, hvor praksisveilederrollen løftes frem og verdsettes.
- Gjøre ergoterapien ved OUS bedre rustet til å ta i mot forventet økt studentantall.

Metode: Et kvalitetsforbedringsprosjekt der et coachingtilbud til ergoterapeuter som er praksisveiledere er utviklet og utprøvd. Tilbudet har blitt evaluert med en kvalitativ fokusgruppertilnærming.

Resultat og konklusjon: Kvalitetsforbedringsprosjektet har vært en systematisk prosess i utvikling gjennom flere år. Etterhvert har en pedagogisk modell blitt utviklet for å heve praksisveiledernes kompetanse. Evalueringen har vist fornøydhet, opplevelse av trygghet, faglig og personlig utvikling. Vi har derfor konkludert med at coachingtilbudet implementeres og videreutvikles.

Nøkkelord: Kvalitetsforbedringsprosjekt, praksisstudier, praksisveiledere, kompetanseheving, coaching

Det bekreftes herved at det ikke er noen interessekonflikter knyttet til innsendte manuskript.

Introduksjon

Ergoterapitjenesten i de somatiske klinikkene ved Oslo universitetssykehus (OUS) har i 2018 videreutviklet, evaluert og implementert et tilbud om coaching av praksisveiledere. Målet med dette har vært å styrke og synliggjøre praksisveilederrollen og tydeliggjøre behov for kvalitet, utviklingsmuligheter og kompetanseheving i utdanningsvirksomhet.

Vi har også ønsket å utvikle en kultur hvor det er positivt å ta imot studenter og praksisveilederrollen løftes frem og verdsettes. Å være praksisveileder skal i større grad oppleves som faglig og personlig utviklende. En slik kultur vil også gjøre det lettere å ta imot et økt studentantall som er forventet å komme.

BAKGRUNN

Samspillsmeldingen (Kunnskapsdepartementet, 2011-2012), og det nasjonale praksisprosjektet «Kvalitet i praksisstudiene» (Universitets- og Høgskolerådet, 2016) setter fokus på å styrke kvaliteten i studentenes praksisstudier. Om lag en tredjedel av bachelorutdanningen i ergoterapi er læring i praksis som foregår på ulike felt i helse- og velferdstjenestene. OUS er en slik læringsarena som leverer praksisplasser for blant annet ergoterapistudenter i alle praksisperiodene ved OsloMet. I rapporten «Kvalitet i praksisstudiene» fremheves behovet for utvikling av tiltak som kan bidra til å heve praksisveilederens kompetanse, utvikle pedagogiske modeller samt gi praksisdelen av utdanningene økt status. Med praksisveileder menes her en fagperson fra praksisstedet, i dette tilfelle en ergoterapeut

som har ansvar for å følge opp studenten(e) som er i eksternt veiledet praksis (Universitets- og Høgskolerådet, 2016).

OUS skal ivareta utdanning av alle studenter ved å legge til rette for systemer for mottak og oppfølging av studenter i praksis som en del av foretakets utdanningsstrategi (Oslo Universitetssykehus, 2019). Utdanningsstrategien fremhever at OUS skal synliggjøre utdanningsvirksomhet ved å implementere det i all virksomhetsplanlegging, tilby kvalitativt gode praksisplasser, supervisjon og veiledning. Ergoterapitjenesten ved OUS har i flere år arbeidet systematisk med ulike tiltak for å imøtekomme behovet for å heve kvaliteten på praksisstudiene. Fra perioden 2012-2015 foregikk det et samhandlingsprosjekt mellom OsloMet og OUS (Jespersen, Melhus, Celo, & Ellingham, 2016). Resultatet ble et gruppetilbud for alle ergoterapeutstudenter ved alle klinikker i OUS og integrert gruppetilbud til deres praksisveiledere. Sistnevnte har bidratt til refleksjon og bevisstgjøring av rollen som praksisveileder, men har også synliggjort behovet for en individuell tilnærming.

Dette kvalitetsforbedringsprosjektet har tatt utgangspunkt i Rammeverket til SQUIRE (Nasjonalt kunnskapssenter).

LOKALT PROBLEM

Ergoterapeutene i OUS er organisert på ulike nivå, med svært ulikt antall ergoterapeuter, i mange forskjellige klinikker. Det er varierende fra enhet til enhet hvor mange praksisveiledere som har veilederkompetanse. Der flere ergoterapeuter er samorganisert kan uerfarne praksisveiledere få støtte og uformell veiledning fra mer erfarne praksisveiledere.

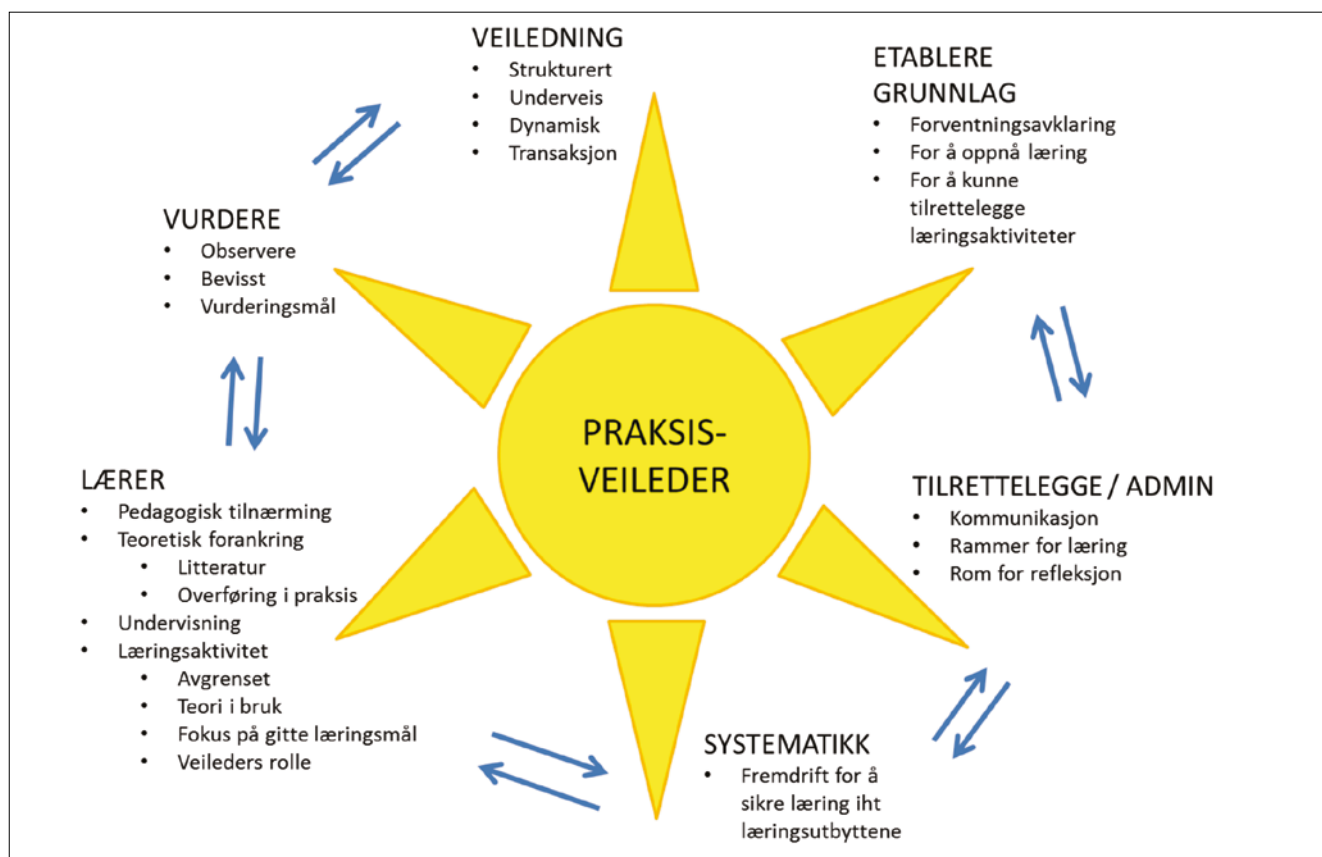
Dette er vanskelig å gjennomføre der ergoterapeuter er organisert alene eller med få andre ergoterapeuter. Uavhengig av antallet ergoterapeuter i organisatorisk enhet er det liten grad av system på kvalitetssikring av praksisveilederrollen utenom det tidligere nevnte gruppetilbudet.

Ergoterapeutstudentene har krav på en time definert veiledning i uka. Utdanningsinstitusjonene tilbyr relevant veilederutdanning for praksisveiledere. Veilederutdanningene fokuserer spesielt på kompetansen som praksisveilederne trenger i veiledningstimen med studenten. For at studenten skal oppnå læringsutbyttene knyttet til den enkelte praksisperiode, trenger praksisveilederen også bredere pedagogisk kompetanse. Å klargjøre innholdet i rollen som praksisveileder, hvilke funksjoner, kunnskaper og ferdigheter som ligger i rollen, kan være viktig for å finne områder der den enkelte praksisveileder har styrker og/eller forbedringspotensial. Her har vi sett et behov for å stimulere bevisstgjøring og kompetanseheving relatert praksisveilederrollen.

ØNSKET FORBEDRING

Ergoterapitjenesten i de somatiske klinikkene i OUS, med Medisinsk og Ortopedisk klinikk i spissen, ønsket en systematisk kvalitetsforbedring av praksisstudiene for:

- å utvikle en kultur hvor det er positivt å ta imot studenter og hvor praksisveilederrollen løftes frem og verdsettes
- å styrke og synliggjøre praksisveilederrollen
- at praksisveilederrollen i større grad oppleves som faglig og personlig utviklende



Figur 1. En av praksisveiledernes utfylte pedagogiske sol.

STUDIESPØRSMÅL

Kan et coachingtilbud styrke og synliggjøre praksisveilederrollen?

Metode

KONTEKST

Kvalitetsforbedringsprosjektet, hvor det i 2018 ble videreutviklet, evaluert og implementert et tilbud om coaching av praksisveiledere, bygger videre på to tidligere prosjekter fra 2016 og 2017. I disse prosjektene ble det prøvd ut ulike veiledningstilnærminger av ulik varighet og hyppighet. Den individuelle veiledningen har fra høsten 2017 benyttet coaching som tilnærming. Vi vil derfor videre omtale de som veileder praksisveilederne som coach. I forbindelse med videreutvikling av prosjektet startet coachene med jevnlig ekstern coaching.

Coachingtilbudet til praksisvei-

ledere for andre års ergoterapeutstudenter fra OsloMet foregikk våren 2018 på OUS. Praksisveilederne er kliniske ergoterapeuter som arbeider innen ulike somatiske klinikker. Praksisveilederne er organisert på ulike organisatoriske nivåer, med nærmeste leder fra ulike profesjoner og mellom fem og 15 ergoterapeuter i de forskjellige enhetene.

Coachene har vært de samme siden 2017. Begge er utdannede ergoterapeuter og har veilederutdanning. De har solid erfaring som klinikere og praksisveiledere og har et spesielt engasjement for å videreutvikle praksisstudiene.

Kvalitetsforbedringsprosjektet har i 2017 og 2018 hatt en styringsgruppe bestående av seksjonsleder for ergoterapi Medisinsk klinikk, enhetsleder for ergoterapi, Ortopedisk klinikk, fagutviklingsergoterapeut for de somatiske

klinikkene i OUS samt programkoordinator for Ergoterapeututdanningen ved OsloMet. Styringsgruppen har kontinuerlig diskutert prosjektets form og innhold og sørget for at dette er i tråd med utdanningens visjon for kvalitetsheving av praksisemnene og nasjonale føringer i forhold til heving av kvalitet i praksisstudiene.

INTERVENSJON

I 2016 ble det i Medisinsk klinikk prøvd ut individuell veiledning til praksisveiledere med bruk av «guidet refleksjon» som tilnærming. Dette er en metode med fokus på å få fagutøvere til å utvikle selvtillit til å analysere og konfrontere sin fagutøvelse med en kritisk kollega i et trygt miljø (Duffy, 2008). I 2017 ble prosjektet utvidet til å omfatte praksisveiledere i flere somatiske klinikker i OUS. Tilbudet ble inte-

Uke	Tema	Organisering	Tid	Tilhørighet
Før praksisperioden				
0	Samarbeidsmøte med praksisveiledere	Gruppe Alle klinikker	2 t.	Eksisterende gruppetilbud
Under praksisperioden				
2	Individuell coaching 1	Individuelt	1,5 t.	Coaching av praksisveilederne
4	Individuell coaching 2	Individuelt	1 t.	Coaching av praksisveilederne
5	Veilednings- og vurderingssamtale med praksisveiledere før halvtidsvurdering	Individuelt	30 -45 min.	Eksisterende gruppetilbud
8	Individuell coaching 3	Individuelt	1 t.	Coaching av praksisveilederne
Etter praksisperioden				
12/13	Veilederforum for praksisveiledere	Gruppe Alle klinikker	2 t.	Eksisterende gruppetilbud

Tabell 1. Tidsplan for coaching til praksisveilederne.

grert i det allerede eksisterende gruppetilbudet, og antall individuelle sesjoner ble redusert fra fem til tre per praksisperiode.

I 2017 ble det også prøvd ut en coachingtilnærming med praksisveilederne. I denne tilnærmingen kombineres flere forskjellige læringsteorier og redskaper med fokus på å tilrettelegge for en systematisk prosess som bidrar til individuelt tilpasset læring og faglig og personlig utvikling. Tilnærmingen gir mulighet for å oppnå resultater i løpet av tre-fem treffpunkter. Resultatene vil vise seg ved at praksisveileder blir mer bevisst på sin utøvelse av rollen, integrerer ny kunnskap, lærer nye ferdigheter eller tar i bruk nye redskaper og benytter dette i den pedagogiske tilnærmingen til studenten (Gjerde 2010, Griffiths 2009).

I evalueringen i 2017 ble det på ulike måter formidlet at tilbudet ga faglig og personlig påfyll for praksisveilederne, bidro til å heve nivået på refleksjonene, kvalitets-sikret veiledningen som ble gitt til bachelorstudentene og gjorde praksisveilederne bedre rustet til å gi vanskelige tilbakemeldinger på en konstruktiv måte. Det ble blant annet sagt: «*Første gangen*

fokuset var på meg som praksisveileder og ikke bare på studenten!» og «*tør å ta student igjen*». Evalueringen viste størst tilfredshet med coachingtilnærmingen både hos praksisveilederne og deres coacher/veiledere, men en praksisveileder uttalte «*Veilederen (coachen) var ikke trygg nok på redskapene – ikke brukte potensialet i dem*».

Med utgangspunkt i evalueringen fra 2017 har vi i kvalitetsforbedringsprosjektet i 2018 valgt å videreutvikle coachingtilnærmingen og hatt fokus på å styrke kompetansen og ferdighetene til coachene. Innholdet i den individuelle coachingen er relatert til den aktuelle praksisveilederens eget behov for kompetanseutvikling. Samtalene er lagt opp ut i fra en tilpasset, samarbeidende systematisk kommunikasjonsprosess med et løsningsfokus. Ulike typer tilnærminger, redskap og metoder er benyttet for å imøtekomme utgangspunktet til den aktuelle praksisveilederen. Disse har blitt benyttet for å fremme mer bevissthet relatert til egen rolle, oppgaver og mål, skape trygghet i utførelsen av rollen samt muliggjøre en bevisstgjøringsprosess

både personlig og faglig. Det tilrettelegges for refleksjon slik at praksisveilederne får rom til å tenke igjennom og utvikle egne ideer om utøvelsen av rollen.

For å danne et grunnlag for coachingprosessen blir det i første individuelle coaching satt fokus på praksisveilederrollen. Til dette benyttes «pedagogisk sol» (Angeltveit, Evjen, & Haugen 2006). Se Figur 1. Praksisveilederne blir utfordret til å tenke over hva han eller hun legger i det å være praksisveileder. Hva innebærer denne rollen? Praksisveilederne tegner eller skriver dette på et ark. Coachene benytter ulike virkemidler for å legge til rette for refleksjon rundt temaet samt bidra med å knytte sammenhenger mellom punktene.

I dette prosjektet ble coachingprosessen bygget opp ved at de tre individuelle coachingene ble integrert i et allerede eksisterende gruppetilbud som inneholdt to gruppesamlinger for praksisveilederne. Coachingtilnærmingen var også utgangspunkt i de to gruppesamlingene. Hensikten her var også å fremme læring og utvikling hos praksisveilederne. Se illustrasjon i Tabell 1.

For å utvikle kompetansen til coachene fikk de tilbud om egen coaching av ekstern coach fra høsten 2017. Her fikk de opplæring og coaching i bruk av aktuelle verktøy og kollegial sparring for faglig utvikling, basert på kasusfremstillinger fra den enkelte coach. I løpet av denne prosessen ble det også jobbet frem tiltak for å tydeliggjøre strategi og fremme kvalitetssikring av coachingtilbudet til praksisveilederne. Coachene fikk i liten grad anledning til å få tilbakemelding på egen kommunikasjonsstil med fokus på styrker og utviklingsområder. Den faglige utviklingen fikk større fokus og høyere prioritet enn den personlige utviklingen i denne perioden.

METODER FOR EVALUERING

Evalueringen av prosjektet ønsket å få frem praksisveilederne og coachenes opplevelser og læring, samt tanker om videreutvikling av tilbudet. En kvalitativ fokusgruppertilnærming ble valgt til praksisveilederne. Fokusgruppertilnærmingen har til hensikt at de ulike informantene deler, uttrykker og diskuterer ulike erfaringer. Metoden gir også rom for at deltakerne kan stille spørsmål og diskutere sammen, og på den måten generere en annen type data enn for eksempel individuelle intervjuer (Malterud 2012).

UTVALG OG RESPONDENTER

Alle ergoterapipraksisveiledere som hadde deltatt i prosjektet våren 2018 ble invitert til fokusgruppeintervjuet. I invitasjonen ble det gitt tydelig uttrykk for at det var ønskelig at alle deltok.

Alle de seks aktuelle praksisveilederne møtte opp til fokusgruppeintervjuet. Det var stor variasjon i gruppen med tanke på

Klinikk	Kjønn	Alder	Ergoterapi-eksamen – år	Veileder-utdanning*	Praksisveileders erfaring
Ortopedisk klinikk	Kvinne	25	2016	Nei	Ingen
Ortopedisk klinikk	Kvinne	34	2017	Nei	Ingen
Nevrologisk klinikk	Kvinne	50	2000	Ja	Erfaren
Nevrologisk klinikk	Kvinne	45	1999	Ja	Erfaren
Medisinsk klinikk	Kvinne	28	2013	Nei	Ingen
Medisinsk klinikk	Kvinne	50	1999	Ja	Erfaren

Tabell 2. Praksisveiledere, deskriptive data.

* All form for utdanning innen veiledning er tatt med, det vil si kurs og videreutdanning med eller uten studiepoeng.

antall års erfaring både i yrket og som praksisveiledere. For tre av praksisveilederne var det første gang som praksisveileder, mens de resterende tre praksisveilederne hadde lang fartstid både som kliniske ergoterapeuter og som praksisveiledere. Alle sammen var kvinner. Se Tabell 2.

Coachene ble invitert til eget intervju. De har deltatt i prosjektet siden 2017. Begge har solid erfaring som klinikere og praksisveiledere. Se tabell 3.

ETISKE PROBLEMSTILLINGER

Kvalitetsforbedringsprosjektet er initiert av ergoterapilederne i Medisinsk og Ortopedisk klinikk. Ergoterapilederen i Nevrokliniken er informert om prosjektet og har godkjent gjennomføring og deltakelse i fokusgruppeintervju. Praksisveilederne har gitt skriftlig samtykke til at data fra fokusgruppe blir brukt i studien. For å ivareta krav til konfidensialitet er det ikke skrevet noen navn eller gitt noen nærmere beskrivelse som kan knyttes til utsagn fra de enkelte deltakerne i studien.

Lederforankringen i Medisinsk og Ortopedisk klinikk har vært avgjørende for muligheten til å gjennomføre prosjektet, men informantenes lojalitet til leder kan ha påvirket hvor kritiske de har vært i tilbakemeldingene sine på opplegget under evalueringen.

Førsteforfatter, som utførte alle intervjuer og analyser, arbeider som fagutviklingsergoterapeut for ergoterapeuter innen somatisk helse OUS og er godt kjent med alle informanter. Dette kan ha påvirket hva informantene valgte å formidle i intervjuet. Førsteforfatter har også vært involvert i prosjektet siden 2016. Dette kan ha påvirket fortolkningen av det empiriske materialet.

DATAINNSAMLING

Førsteforfatteren gjennomførte fokusgruppeintervjuet med praksisveilederne og intervjuet med coachene våren 2018. Samtalene ble innledet med en introduksjonsrunde av deltakerne og innledning av temaet og varte i 90 minutter. Notater ble skrevet ned underveis og umiddelbart etter intervjuene.

Klinikk	Stilling	Kjønn	Alder	Ergoterapi-eksamen – år	Veileder-utdanning	Praksisveileders erfaring
Ortopedisk klinikk	Fagutviklingsergoterapeut/studentkoordinator	Kvinne	47	1995	Ja	Erfaren
Medisinsk klinikk	Spesialergoterapeut	Mann	34	2007	Ja	Erfaren

Tabell 3. Coachene, deskriptive data.

INTERVJUGUIDE

Intervjuguiden var en videreutvikling fra tidligere pilotprosjekter. Spørsmålene var åpne og ønsket å fange deltakernes opplevelser og erfaringer. Fokusgruppeintervjuet begynte med at informantene fikk notere ned på post-it-lapper tre ting coachingtilbudet hadde gitt dem. Deretter ble opplevelsene diskutert i fellesskap.

Intervjuet med coachene ble tilpasset hva som hadde kommet opp under fokusgruppeintervjuet.

DATAANALYSE

Analysen av data ble utført på en systematisk måte der innholdsanalyse ble brukt (Malterud 2012, Malterud 2017). Prosessen startet med at førsteforfatter leste all tekst for å skape seg en oversikt over datamaterialet. Deretter ble teksten analysert og kodet i ulike meningsenheter. Tilslutt ble koder med likt innhold sortert i kategorier, som ble sammenfattet til fire hovedtemaer.

Resultat

ER IKKE ALENE

Flere av informantene ga uttrykk for at det var betryggende ikke å «stå alene» med studenten. Det ble enklere å gå inn som ny praksisveileder når man visste at man hadde noen med seg. Det opplevdes trygt å ha en støttespiller som kunne hjelpe en å sortere tanker eller gi støtte til å endre kurs når man kjørte seg fast eller hadde en

utfordrende student. De kunne diskutere hvordan man best kunne legge til rette for læring på studentens nivå, enten det var en faglig sterk eller svak student.

Både erfarne og nye praksisveiledere ga uttrykk for at det noen ganger kan være vanskelig å vurdere om studenten har oppnådd læringsutbyttene i praksisperioden eller ikke. Det opplevdes da som kvalitetssikrende å kunne diskutere og reflektere med coachene som er erfarne praksisveiledere og er godt kjent med utdanningskrav og læringsutbytter. Det ble også sagt at coachingen hadde hjulpet til å gjøre praksisveilederne mer reflekterte og bevisste i ulike situasjoner.

EN ARENA FOR Å UTVIKLE DEG

Alle praksisveilederne var enige om at dette tilbudet var en arena for egen utvikling. En av de erfarne praksisveilederne uttrykte: «*jeg ønsker jeg hadde hatt dette tidligere når jeg var praksisveileder...*» Det opplevdes som personlig utvikling og at det var lærerikt å få delta. Spesielt den pedagogiske solen ble trukket frem av flere av informantene og beskrevet som et nyttig redskap for å bevisstgjøre egne styrker og svakheter som praksisveiledere. Se figur 1. Den ble benyttet som et utgangspunkt for å sortere områder og roller som praksisveilederne trengte gå i dybden på og til å identifisere kunnskap og ferdigheter de hadde behov

for å videreutvikle. Den pedagogiske solen ble beskrevet som et aktivt og levende dokument som kunne forandres underveis. Den ble også beskrevet som en rød tråd gjennom coachingtilbudet. Noen av informantene beskrev at de «*ikke var ferdige*» med den pedagogiske solen, og kom til å ta frem den igjen neste gang de skulle være praksisveiledere. En av informantene sa: «*... det finnes alltid noe å utvikle seg videre på!*»

En av de mindre erfarne praksisveilederne opplevde at den pedagogiske solen var abstrakt, og det tok tid før hun fikk tak i hva det handlet om, og hvordan hun kunne bruke den.

Coachene erfarte at de hadde blitt mer trygge i rollen som coach samt i bruken av de ulike verktøyene. De opplevde å få utnyttet mer av potensialet som ligger i redskapene.

EN BEDRE PRAKSISVEILEDER

Flere ga uttrykk for at de opplevde seg selv som en bedre praksisveileder etter å ha deltatt i coachingtilbudet. Tydeliggjøring av innholdet i rollen som praksisveileder og hvilke funksjoner, kunnskaper og ferdigheter som ligger i rollen, gjorde at noen av praksisveilederne følte seg mer rustet til å møte forskjellige læringssituasjoner med studenten. De følte seg tryggere i sin rolle som praksisveileder.

En praksisveileder ga uttrykk



Anders Torp innleder til faglig forum for praksisveiledere ved OUS. Foto: Linn Melum

for at tilbudet hadde gjort at hun var mindre stresset som praksisveileder. Før oppstarten hadde hun tenkt at dette var «*nok en ting at få inn i kalenderen*», men ble positivt overrasket da det i stedet føltes som hun «*sparte tid*», siden hun var mer forberedt i møte med forskjellige situasjoner.

KONTEKSTUELLE FORHOLD

Det var stor enighet i gruppen om at det var passelig antall ganger og tid avsatt til den individuelle coachingen. De trakk også frem at de sparte mye tid i en hektisk periode ved at coachene kom til praksisveilederens arbeidsplass. Alle var enige i at den individuelle

coachingen hadde vært nyttig og givende og ble konkret rettet mot den enkelte praksisveilederens behov.

Det ble formidlet blandede syn på veilederforumet for praksisveiledere. På den ene siden syntes praksisveilederne at det var nyttig å diskutere praksisveilederrollen på et «*annet nivå*», mer overordnet, og samtidig høre andre praksisveilederes erfaringer. På den andre siden syntes de det hadde vært noe uklart hva hensikten med gruppen var, og at det hadde vært for lite tid til alt som skulle diskuteres. Det ble uttrykt at veilederforumet hang godt sammen med det individuelle

coachingtilbudet. En av informantene uttrykte: «*ja takk – begge deler!*» Coachene uttrykte også at veilederforumet var noe de følte behov for å jobbe med og videreutvikle fremover.

Flere informanter ga uttrykk for at tilbudet med coaching gjør det enklere å takke ja til å være praksisveiledere igjen. En av informantene uttrykte: «*alle praksisveiledere burde ha dette tilbudet!*»

Diskusjon

OPPSUMMERING

Kvalitetsforbedringsprosjektet har vært en systematisk prosess i ut-

vikling gjennom flere år. Tilbudet har blitt jevnlig evaluert, utviklet og tilpasset i henhold til dette. Etterhvert har en pedagogisk modell blitt utviklet for å heve praksisveiledernes kompetanse.

Den overordnede hensikten med utviklingsprosjektet var å utvikle en kultur hvor det er positivt å ta i mot studenter, hvor praksisveilederrollen løftes frem og verdsettes. Særlig fokus i prosjektet har vært å synliggjøre praksisveilederrollen, og at denne rollen i større grad skal oppleves som faglig og personlig utviklende. I denne artikkelen har vi beskrevet utprøvingen av et coachingtilbud til ergoterapeuter innen somatisk helse som er praksisveiledere ved OUS.

Evalueringen av dette coachingtilbudet viser at praksisveilederne er fornøyde med tilbudet og de opplever trygghet i å ikke måtte stå alene om oppfølgingen av studenten gjennom praksisperioden. Muligheten for faglig og personlig utvikling gjør at de opplever at de er bedre praksisveiledere.

Vi ønsker å trekke frem kompetanseheving av praksisveiledere, utvikling av en kultur hvor det er positivt å ta i mot studenter, samt kvalitetssikring av praksisveiledning og vurderingen av studenten som særlig viktige punkter for å styrke og synliggjøre praksisveilederrollen.

KOMPETANSEHEVING

Samspillsmeldingen (Kunnskapsdepartementet, 2011-2012), og det nasjonale praksisprosjektet «Kvalitet i praksisstudiene» (Universitets- og Høgskolerådet, 2016) setter fokus på at kvaliteten i studentenes praksisstudier bør styrkes. I vårt prosjekt ønsket vi nettopp å fremme kvaliteten, kunnskapen og ferdigheter hos

praksisveilederen. Som tidligere beskrevet trenger praksisveilederne en bredere pedagogisk kompetanse for å kunne legge til rette for at studentene skal oppnå læringsutbytte. Tilbakemeldingene fra praksisveilederne bekrefter dette, og en coaching-tilnærming ser ut til å være godt egnet for å oppnå den ønskede kompetansehevingen, da den fokuserer på faglig og personlig utvikling i forhold til de områdene som er aktuelle for den enkelte praksisveileder. Denne kompetansehevingen har igjen gjort at praksisveilederne følte seg mer rustet når vanskelige læringssituasjoner oppstod i praksisperioden.

Redskapene som ble brukt i coachingen, ble trukket frem som nyttige. Særlig den pedagogiske solen var med på å systematisere og visualisere de ulike funksjonene og rollene en har som praksisveileder. Videre dannet redskapene et godt grunnlag for videre arbeid med å identifisere egne styrker og svakheter som praksisveiledere. Denne bevisstgjøringsprosessen oppleves som en prosess med mulighet for videre kompetanseutvikling. Noen uttalte at de ønsket å fortsette med påbegynte redskap ved neste coachingprosess; de opplevde at det lå større utviklingspotensial i forbindelse med praksisveilederrollen. Det å utvikle tiltak og pedagogiske modeller for å heve praksisveilederens kompetanse er i tråd med rapporten «Kvalitet i praksisstudiene» (Universitets- og Høgskolerådet, 2016).

Parallelt i prosjektet har coachene hatt et eget tilbud for å øke sin kompetanse som coacher. Coachingtilnærmingen fokuserer på mulighet for personlig og faglig utvikling. Da begge coachene var relativt nye for konseps-

et, fikk den faglige utviklingen større fokus og høyere prioritet enn den personlige utviklingen i den eksterne coachingen. Etter hvert som det faglige kom mer på plass, ble coachene mer mottakelige for å jobbe med egne styrker og utviklingsområder på personnivå, for eksempel bevisstgjøring av egen kommunikasjonsstil og -ferdigheter, samt emosjonell reaksjon under coaching av praksisveilederne. Personlig utvikling vil derfor få større fokus i neste periode.

KULTUR

Utdanningssteder melder at det er krevende å skaffe nok praksisplasser (Universitets- og Høgskolerådet, 2015). Hos oss på OUS blir ofte kliniske oppgaver prioritert, og det kan mangle kapasitet til å påta seg flere oppgaver, som for eksempel å være praksisveiledere. Å veilede studenter i praksis er en pålagt arbeidsoppgave på lik linje med kliniske arbeidsoppgaver. Dette er en del av undervisningsvirksomheten ved OUS. Det er også en viktig oppgave å ha student for å utvikle faget og lære opp fremtidige kolleger (NIFU, 2013). Coachingtilbudet er et bidrag til å forsøke å skape en positiv kultur for å være praksisveileder. En av informantene ytret at coachingtilbudet var med på å skape trygghet, og at det gjorde det enklere å ta på seg praksisveilederoppgaven igjen.

KVALITETSSIKRING

For å heve kvaliteten hos praksisveilederne har dette kvalitetsutviklingsprosjektet systematisk utviklet en pedagogisk modell. Dette gjennom å heve kunnskaper og ferdigheter hos praksisveilederne og jobbe med å skape en positiv kultur for å være prak-

sisveileder. Informantene gav også uttrykk for at coachingtilbudet hadde gjort at de følte seg «mindre alene» om ansvaret for studenten.

Ergoterapeuter på OUS er ikke samlet, og det varierer hvor mange ergoterapikollegaer man har i sin nærhet. Noen er alene som ergoterapeut på sin arbeidsplass. Coachingtilbudet medførte at informantene opplevde at det fantes noen å diskutere med fra egen faggruppe som er kjent med utdanningskrav og læringsutbytter. Et eksempel som ble trukket frem av henholdsvis de nye og de erfarne praksisveilederne, er oppgaven å vurdere studentens kunnskaper og ferdigheter opp mot kravene på praksisstudiet. Dette er en ansvarsfull oppgave, og det kan være usikkerhet omkring vurderingen av om studenten tilfredsstiller kravene i læringsutbyttene (Universitets- og høgskolerådet, 2015).

KONKLUSJON

De positive erfaringene fra kvalitetsforbedringsprosjektet har gjort at vi har konkludert med at et coachingtilbud til praksisveiledere er noe vi ønsker å implementere og videreutvikle. Høsten 2018 har tilbudet blitt implementert i Medisinsk klinikk, Ortopedisk klinikk og deler av Nevrokliniken. Utprøvingen var i forhold til andreaars praksis, men tilbudet har nå blitt utvidet til å gjelde for alle praksisperiodene. I Klinikk psykisk helse og avhengighet er man også i gang med å prøve ut coachingprosessen på to praksisveiledere. Det jobbes videre med implementering og lederforankring i de andre klinikkene ved OUS. Det er også ønskelig å utvikle en manual for å kvalitets-

sikre coachingtilnærming som har til hensikt til å styrke praksisveilederrollen.

SIST, MEN IKKE MINST

Dette kvalitetsforbedringsprosjektet har i 2017 og 2018 blitt tildelt OUS' sentrale midler til utdanningstiltak. Disse midlene har muliggjort prosjektet!

Kari Aursand initierte pilotprosjektet i 2016 og har hatt en viktig rolle i prosjektet hele veien frem.

Klemet Elisenberg, klubbvikler fra Idrettslaget Jardar, har bidratt med svært nyttig ekstern coaching.

Vi vil takke praksisveilederne som har deltatt i utprøving og evaluering, og Ergoterapeututdanningen ved OsloMet, som har bidratt med representant til styringsgruppen.

Referanser

- Aigeltinger, E., Haugan, G., & Sørli, V. (2012). Utfordringer med å veilede sykepleierstudenter i praksisstudier. *Sykepleien Forskning*, (2), 160-166. doi:10.4220/sykepleienf.2012.0084
- Angeltveit, R., Evjen, P. J., & Haugen, R. (2006). *Coaching, utvikling og ledelse*. Oslo: Akilles.
- Duffy, A. (2008). Guided reflection: A discussion of the essential components. *British Journal of Nursing*, 17(5), 334-339. doi:10.12968/bjon.2008.17.5.28832
- Gjerde, S. (2013). *Coaching: Hva, hvorfor, hvordan*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Griffiths, K., Campbell, M. (2009). Discovering, applying and integrating: The process of learning in coaching. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring* 2(7) 2009
- Jensen, P., & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene: Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Oslo: Gyldendal
- Akademisk.
- Jespersen, L. F., Melhus, M., Celo, C., & Ellingham, B. (2016). Sammen er vi sterkere. Utdanning og praksis hånd i hånd. *Ergoterapeuten*, 2, 30-39.
- Kunnskapsdepartementet (2011-2012). Meld. St. 13 Utdanning for velferd: Samspill i praksis. Oslo: Hentet 01.02.19 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/>
- NIFU: Nordisk institutt for studier av innovasjon, forskning og utdanning (2013) Kvalitet i praksis: Oppfatninger om kvalitet blant praksisveiledere. Hentet 05.02.19 fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/280417/NIFUrapport2013-14.pdf?sequence=1>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforl.
- Nasjonalt kunnskapssenter (n.d) Modell for kvalitetsforbedring Hentet 05.02.19 fra <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/om-kvalitetsforbedring/squire-retningslinje-for-publiserings-av-kvalitetsforbedringsprosjekt>
- Silva, L. C., Troncon, L. E., & Panuncio-Pinto, M. P. (2018). Perceptions of occupational therapy students and clinical tutors on the attributes of a good role model. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-11. doi:10.1080/11038128.2018.1508495
- Universitets- og Høgskolerådet (2016). Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet. Hentet 05.02.19 fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/86921e6e6f4c45d9a2f67fda3e6eae08/praksisprosjektet-sluttrapport.pdf>
- Universitets- og Høgskolerådet (2015). Fremtidens praksisstudier i ergoterapi: Praksisstudieprosjektet. Hentet 05.02.19 fra: https://www.uhr.no/_f/p1/i2bbc585d-69a7-415c-b6ded9dc1a0857c/delrapport-praksis-ergoterapeut_gruppen.pdf
- Oslo Universitetssykehus (OUS) (2019) Utdanningsstrategi 2019-2022.



PS! Ektefelle/samboer
kan også kjøpe våre
forsikringer!

Uførhet kan snu livet opp ned!

– Kunne du ha klart deg på uføretrygd?

Lønn	Uføretrygd
400 000,-	264 000,-*
500 000,-	330 000,-*
600 000,-	395 000,-*

*) Uføretrygden fra NAV beregnes ut i fra pensjonsgivende inntekt de siste fem årene. Uføretrygden utgjør 66 % av gjennomsnittlig inntekt i de tre beste årene. Du kan maksimalt få utbetalt 66 % av 6 ganger gjennomsnittlig grunnbeløp (6G).

Å miste store deler av inntekten kan få enorme konsekvenser for hverdagslivet og hele familien. For å kunne leve livet omtrent som før, trenger du en uføreforsikring.

Norsk Ergoterapeutforbund har sannsynligvis den beste forsikringen for deg.

Kontakt oss i dag!

Forsikringen leveres av Storebrand.



ergoterapeutene

Utdanningssamarbeid og kulturmøter på masterutdanninger i aktivitetsvitenskap i Norge og Danmark

Av Sissel Horghagen og Hanne Kae Kristensen



Sissel Horghagen er førsteamanuensis ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.



Hanne Kae Kristensen er førsteamanuensis ved Syddansk Universitet i Danmark.

Sammendrag

Introduksjon: Kulturmøteprosjektet har vært forankret i to masterutdanningers moduler om aktivitetsvitenskap. Prosjektet er utviklet med utgangspunkt i overordnede visjoner om internasjonalisering som en integrert og fortløpende del av utdanningene ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim og Syddansk Universitet i Odense i Danmark. Prosjektet har hatt som mål å promotere undervisning i aktivitetsvitenskap samt det å ta i bruk nye pedagogiske metoder, «blended learning», for å dra veksler på internasjonalt samarbeid.

Metode: For å få til dette iverksatte de to utdanningene et obligatorisk arbeidskrav i aktivitetsvitenskap som studentene fra Trondheim og Odense samarbeidet om. Gjennom arbeidet skulle studentene få forståelse av, kunne forklare og kritisk presentere forskningsresultater innenfor aktivitetsvitenskap og relatere disse til klinisk praksis, slik som for eksempel rehabilitering og palliative innsatser og/eller helsefremmende arbeid. Totalt har cirka 50 studenter fra Norge og Danmark deltatt hvert år. Studentene i Odense var alle ergoterapeuter, mens i Trondheim var studiet tverrfaglig, og studentene hadde bakgrunn fra ulike bachelorgrader som barnevernspedagog, ergoterapi, fysioterapi, idrett, lærer/pedagog, folkehelse, sykepleie, vernepleie og lignende.

Konklusjon: Det internasjonale undervisningstiltaket ved bruk av «blended learning» og e-læring for studenter i Norge og Danmark har gitt erfaring i å samarbeide med studenter i andre land, å se aktivitetsvitenskap i et nordisk perspektiv, å lære en kritisk reflekterende måte å lese vitenskapelige artikler på, og å gi feedback til andre.

Nøkkelord: Aktivitetsvitenskap, pedagogikk, blandet læring, internasjonalisering, utdanningssamarbeid

Det er ingen interessekonflikter knyttet til innsendt manuskript.

Introduksjon

Kulturmøteprosjektet har vært forankret i to masterutdanningers moduler om aktivitetsvitenskap. Prosjektet er utviklet med utgangspunkt i overordnede visjoner om internasjonalisering som en integrert og fortløpende del av utdanningene ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) i Trondheim og Syddansk Universitet i Odense i Danmark.

Ideen til kulturmøteprosjektet ble utviklet i 2015 av førsteamanuensis Hanne Kaae Kristensen og førsteamanuensis Sissel Horghagen. Det skulle være et e-basert kulturmøteprosjekt som del av tilnærmingen «blended learning». Det ble iverksatt fra høsten 2015. Vi vil i denne artikkelen redegjøre for prosjektets mål, gjennomføring og evaluering. Vi mener at prosjektet har relevans for andre, da det i dagens Norge foregår mange fusjoner ved universitet og høgskoler. Det danner et behov for å lage gode e-læringspakker som kan gjelde for flere utdanninger på ulike steder i landet, eller, som vi har gjort det: samarbeid mellom utdanninger i to ulike land. Gjennom en slik organisering av undervisning kan man dra fordeler av hverandres kompetanser. Dette kan være en måte å samarbeide på, på tvers av utdanninger både nasjonalt og internasjonalt, og er relevant i tider der mange universiteter fusjonerer selv om de ikke er på samme geografiske sted. Gruppearbeidet var e-basert for å gjøre undervisningen samtidssrelevant og fleksibel samt øke studentenes læringsmiljø utover egen campus med en internasjonal rekkevidde.

Kulturmøteprosjektet har hatt som formål å øke internasjonaliseringen i utdanningene gjennom å øke den faglige forståelser for aktivitetsvitenskap gjennom dialog og samarbeid og ta i bruk nye pedagogiske metoder for å få til dette. Gjennom studentaktiviteten og de interaktive feedbackmulighetene var videre læringsmål at studentene skulle erfare og øke kultursensitivitet i det å samarbeide med noen fra andre land og med studenter med ulik profesjonsbakgrunn. Videre hadde prosjektet som mål å gi masterstudentene erfaringer og kompetanse i å arbeide e-basert i gruppebasert oppgaveløsning.

Gjennom kulturmøteprosjektet skulle studentene lære om mer utdypende problemstillinger innen aktivitetsvitenskap med temaer som aktivitetsbalanse/ubalanse (Backman, 2004; Wagman & Håkansson, 2014), rett til aktivitet/hindret deltakelse (Hocking & Whiteford, 2011; Hocking & Townsend, 2015; Horghagen & Hocking, 2017) og aktivitetsdepresjon (Kielsgaard, Kristensen & Nielsen, 2018).

Vi antok at gjennom å lese og diskutere forskningsartikler ville studentene styrke sine kritiske og kliniske refleksjoner vedrørende egen yrkesutøvelse (Kristensen & Pedersen, 2016). I de siste tiårene har diskusjoner innen aktivitetsvitenskap også fokusert mer på betydningen av kultur og sosiale faktorer (Rudman & Dennhardt, 2008; Hocking & Whiteford, 2011; Horghagen & Hocking, 2017). Rudman og Dennhardt (2008) hevder at selv om kultur har blitt mer vektlagt som å ha en stor betydning for menneskelig aktivitet, så har det vært lite kritiske refleksjoner om hvordan kultur er underliggende mange sentrale aktivitetsbegreper som for eksempel «occupational justice».

Videre antok vi at kulturmøteprosjektet ville kunne øke kunnskap, forståelse og interesse for aktivitetsvitenskap (Kristensen, Schou, & Mærsk, 2017) som en av flere teoretiske referanserammer for helse og sosialarbeidere, for å støtte og muliggjøre personers deltakelse i meningsfulle aktiviteter i hverdagslivet.

HVA ER BLENDED LEARNING?

I dette prosjektet har vi gjort bruk av blended learning. Blended learning (Alvarez, 2005) kan på norsk oversettes til *blandet læring* og er et begrep som benyttes innenfor utdanning og pedagogikk. Blandet læring betegner en kombinasjon av flere ulike tilnærminger til læring som e-læring, kurs som er ledet av en instruktør, ulike kombinasjoner av selvstudier og utarbeidelse av gruppebaserte skriftlige oppgaver der man arbeider med et e-basert felles dokument via internett. Teorien bak blandet læring er at man kombinerer de best egnete metoder i et undervisningsforløp, slik at innlæringen blir optimert (Alvarez, 2005).

HVA ER AKTIVITETSVITENSKAP?

Aktivitetsvitenskap (Occupational science) ble etablert i 1989 ved universitetet i Southern California. Yerxa med flere (1989) publiserte den første artikkelen om aktivitetsvitenskap: *An Introduction to Occupational Science, a Foundation for Occupational Therapy in the 21st Century*. Denne artikkelen og opprettelsen av et doktorgradsprogram i aktivitetsvitenskap etablerte aktivitetsvitenskap som en ny vitenskapelig disiplin (Molineux, 2010; Zemke & Clark, 1996). Aktivitetsvitenskap ble definert av Yerxa (1990) som studiet av mennesket som et aktivt vesen med behov og kapasitet til å engasjere seg og orkestrere sine daglige aktiviteter i omgivelsene sine



Her legger to studenter ved aktivitetsvitenskap ved NTNU fram resultatet sitt fra samarbeidet med studentene ved Syddansk Universitet. Her er de i dialog med emneansvarlig Sissel Horghagen. Fra venstre Oda Helen Græsli, Nina Margrethe Lilo Fagertun Benden og Sissel Horghagen.

gjennom livet sitt. Ifølge Molineux (2010) er aktivitetsvitenskap den første disiplinen som er basert på mange ulike forskningsmetoder og utforsker menneskers kompleksitet og menneskelig aktivitets sammensatte natur i en kontekst. Aktivitetsvitenskap er en tverrfaglig disiplin, og Elisabeth Yerxa har blitt kreditert som dens grunnlegger.

Metoder

De to involverte masterutdanningene hadde ulike studieplaner. Vi løste dette ved at vi la inn kulturmøteprosjektet som et arbeidskrav i hver våre moduler. Studentene skulle gjøre et felles arbeid, som var definert som et obligatorisk arbeidskrav. Gjennom arbeidet skulle studentene erverve seg forståelse av, kunne forklare og kritisk presentere forskningsresultater innenfor aktivitetsvitenskap og relatere disse til klinisk praksis, slik som for eksempel rehabilitering og palliative innsatser og/eller helsefremmende arbeid. Oppgaven ble løst i grupper på 4–6 studenter fra begge land. Gruppene var tverrfaglig sammensatt av masterstudenter fra kandidatutdannelsen i ergoterapi ved Syddansk Universitet og masterstudenter ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

Som introduksjon til felles fordypningsoppgave utarbeidet vi tre podcasts der vi introduserte både oppgaven, selve forløpet og forskningsfeltet. Gruppearbeidet ble tilrettelagt som et internasjonalt samarbeid mellom de to universitetene. Den pedagogiske intensjonen var at det internasjonale samarbeidet og gruppeoppgaven skulle føre til at studentene tilegnet seg en tverrfaglig forståelse og språklige kompetanser som kunne styrke studentene i å gjøre bruk av internasjonal forskningsbasert litteratur og få en erfaring og trygghet til å bygge internasjonale kontakter og etablere internasjonalt samarbeid i framtidige praksiser.

STUDENTENE

Det har vært litt ulikt antall studenter i de fire årene (2015–2018) vi har gjennomført kulturmøteprosjektet. Det har vært cirka 16–27 studenter i det norske masteremnet og cirka 20–30 danske studenter i hvert av kullene, så til sammen har cirka 200 studenter deltatt i prosjektet. Studentene i Odense var alle ergoterapeuter, mens i Trondheim var studiet tverrfaglig og studentene hadde bakgrunn i ulike bachelorgrader som barnevernspedagog, ergote-

rapi, fysioterapi, idrett, lærer/pedagog, folkehelse, sykepleie og vernepleie.

ARTIKLER SOM HAR VÆRT GRANSKET

Følgende artikler har vært gransket av studentene i ulike perioder.

- Eric Asaba PhD OTR & Jeanne Jackson PhD OTR (2011) Social Ideologies Embedded in Everyday Life: A Narrative Analysis about Disability, Identities, and Occupation, *Journal of Occupational Science*, 18:2, 139-152,
- Anne-Le Morville MSc, OT Reg & Lena-Karin Erlandsson PhD, OT Reg (2013) The Experience of Occupational Deprivation in an Asylum Centre: The Narratives of Three Men, *Journal of Occupational Science*, 20:3, 212-223
- Kirk Reed, Clare Hocking & Liz Smythe (2010) The interconnected meanings of occupation: The call, being-with, possibilities, *Journal of Occupational Science*, 17:3, 140-149, DOI:
- Horghagen, S., Magnus, E., Anthun, K. S., Knudsen, M. S., Wist, G., & Lillefjell, M. (2018). Involving citizens' occupation-based knowledge in public health planning: Why and how. *Journal of Occupational Science*, 25(1), 112-123
- Kielsgaard, K., Kristensen, H. K. & Nielsen, D. S. (2018) Everyday life and occupational deprivation in single migrant mothers living in Denmark. *Journal of Occupational Science*; Vol. 25: 19-36

Til hvert kull benyttet vi tre ulike artikler. Vi så det som en fordel at minst to grupper arbeidet med samme artikkel. Da kunne de sammenligne det de selv fant, med den andre gruppen, og de kunne lettere opponere på hverandres arbeid.

Studentene ble inndelt i grupper da vi fikk listene over oppmeldte studenter, Vi hadde et felles tidspunkt for når gruppene skulle ta kontakt med hverandre. Vi hadde også laget tre podcaster som gruppene kunne se på når de ville, og som var forelesninger relatert til oppgaven og emnet. Gruppene avtalte selv når de skulle arbeide sammen, men hadde en dato da arbeidet skulle leveres inn og når de skulle legge fram arbeidene sine for medstudentene for opponering og diskusjon.

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME

Alle artiklene studentene vurderte, hadde vært publisert i et fagfellevurdert internasjonalt tidsskrift, *Journal of Occupational Science*. Artiklene her må være skrevet inn i en aktivitetsvitenskapelig kon-

tekst. Studentene skulle tilegne seg en systematisk måte kritisk å vurdere vitenskapelig litteratur og eksisterende forskning på. Hver gruppe fikk utdelt en vitenskapelig empirisk artikkel. Gruppen leste den tildelte artikkelen og samlet seg så i gruppen for å gjøre en vurdering av artikkelens kvalitet, både metode og faglig innhold, ved hjelp av verktøyet Critical Appraisal Skills Programme <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/> (CASP) (Arbesman, Scheer, & Lieberman, 2008). Videre diskuterte gruppen artikkelens resultater i forhold til egen praksis og erfaringer. Dette ble summert opp i en skriftlig fremstilling på cirka 500 ord inkludert referanser.

Både de danske og norske gruppene hadde i tillegg en muntlig presentasjon på hvert sitt utdanningssted. Her oppsummerte de artikkelens innhold og redegjorde for sine kritiske vurderinger av artikkelens forskningsmetodiske styrker og svakheter. Gruppene la også fram en vurdering av forskningsresultatenes anvendelighet i praksis. Presentasjonen og det skriftlige produktet ble så utgangspunkt for diskusjon og feedback fra medstudenter og undervisere. Ettersom arbeidene var obligatoriske og definert som arbeidskrav, ble de også formelt vurdert til bestått/ikke bestått.

Resultat

I resultatet presenterer vi studentenes og lærernes evalueringer av kultur møteprosjektet. Studentene har diskutert, evaluert og rapportert sine erfaringer og synspunkter i referanseevalueringer i henhold til universitetenes kvalitetssikring av undervisning.

EVALUERING AV OPPGAVENS INNHOLD OG FOKUS

Studentene har evaluert kultur møteprosjektet som motiverende og relevant for å kunne fordype seg i et sentralt emne i sine studier. Arbeidet har hatt form av en lengre gruppebasert læringsprosess som har økt deres egeninnsats i emnet aktivitetsvitenskap. Videre har studentene vært åpne overfor å ta i bruk e-basert undervisning. Flere har hatt erfaring med andre e-baserte oppgaver fra tidligere utdanningsforløp og/eller arbeidssammenhenger. Flere har arbeidet med Office 365 før, men de færreste hadde kjennskap til Adobe Connect, som ble brukt som en av læringsplattformene. Ut fra studentenes ulike erfaringer med e-baserte læringsplattformer fikk de velge det som de i gruppen syntes fungerte best. De fleste brukte Adobe Connect, men noen brukte Skype eller FaceTime. Adobe Connect er et dataprogram, og det ble brukt for at studentene kunne invi-

Is a qualitative methodology appropriate?

Ja

Da forskerne søger at belyse meningen i aktivitet ud fra det levede liv, er kvalitative metoder passende. I studiet anvendes en fænomenologisk hermeneutisk metode. Metodologien i dette studie er både beskrivende og fortolkende. De anvender fænomenologisk til beskrivende og hermeneutisk til fortolkende (Reed et.al. s.140,141). Igennem narrative fortællinger får forskerne adgang til deltagernes subjektive oplevelser, der indsamles uden tolkning. Her efter analyseres de, og først der tillader forskerne sig at tolke på den indsamlede empiri.

Tabell 1: Utdrag fra CASP sjekkliste.

tere deltakere til nettmøte uten at møtedeltakere må installere programmer. De danske studentene hadde tilgang til Adobe Connect og inviterte de norske studentene inn til møtet. Studentene kunne koble seg til møtet både med Mac, PC, mobiltelefon og nettbrett. Deltakere måtte kun ha tilgang til internett og vite adressen til møterommet.

Ut fra studentenes evalueringer i det første året måtte vi gjøre noen endringer for å legge forholdene enda bedre til rette for at studentene skulle få til det praktiske med samarbeidet. Et tiltak var at vi timeplanfestet tidspunkt for felles møtetid der gruppene tok kontakt med hverandre.

Vi har hatt det samme pedagogiske opplegget i fire år, med små justeringer. Artiklene har blitt skiftet ut for å få mer variasjon og nye publikasjoner. I hovedsak har artikler publisert i en nordisk kontekst blitt valgt ut, da de nordiske velferdsstatene har fellestrekk og kjennetegnes ved sjenerøse universelle sosiale ordninger og et bredt spekter av offentlige tjenester. Samtidig skjer det store samfunnsendringer i våre dager med økt privatisering, økende andel eldre i befolkningen, sosial dumping knyttet til økt arbeidsinnvandring og integrering av innvandrere, som innebærer nye utfordringer for den nordiske velferdsmodellen. Dette var noe av den kontekstuelle bakgrunnen for de utvalgte artiklene og som også ble presentert i en av de forhåndslagde podcastene.

INTERNASJONALT SAMARBEID

Samarbeidet på tvers av landene har generelt fungert godt. Det er positive tilbakemeldinger om inspirerende samarbeid og ansvarlige medstudenter som har bidratt aktivt til å løse den felles oppgaven. Flere nevner at særlig oppgavedelen med å relatere forskningsbasert kunnskap til egen praksis har vært et godt utgangspunkt for å utveksle kunnskap og øke innsikt og forståelse gjennom felles diskusjo-

ner. Gjennom det å diskutere artiklenes funn opp mot egen praksis fikk de mer innsikt i hverandres ulike måter å håndtere og tenke på. Samtidig fikk de bekreftet felles forståelser og de fikk aha-oplevelser og nye innsikter gjennom det å gi respons på hverandres arbeider og få respons fra medstudenter.

Gruppene har kommunisert på dansk, norsk og engelsk. Studentene beskriver at de brukte litt tid på å finne ut av hvilket språk de ønsket å gjøre seg forstått på. Studentene fikk velge hvilket språk de ville skrive besvarelsen på. Det ble akseptert at det også har blitt brukt ulike språk i de skriftlige besvarelsene. De løfter fram at de har fått økt innsikt i den nordiske velferdsmodellen og aktivitetsvitenskap, og at de har fått en mer nyansert kunnskap om disse emnene og klart å lage sammenhenger mellom kunnskap på metanivå ned til de helt konkrete praktiske eksempler.

GRUPPESAMMENSETNINGEN

Gruppesammensetningen har variert noe gjennom de fire årene. Her evaluerer studentene enstemmig at det er viktig at det er flere norske og danske studenter på hver gruppe. Dette begrunner de i at man da har mulighet til også å gjøre lokale sparringer og at det bidrar til å øke læringsutbyttet og motivasjonen for den enkelte student. Samtidig har noen opplevd det som utfordrende å skulle være den eneste fra sitt land i gruppen. Dette har også skjedd svært sjeldent. En sammensetning med flere studenter fra hvert land fører til styrket kommunikasjon på tvers av landene, beskriver studentene. Videre har vi etter studentenes evalueringer sett til at gruppene ikke blir for store, da det kan være vanskelig å finne felles tidspunkt for å møtes. Det ble enklere for dem med færre deltakere i gruppene (maksimum 5).

CASP SJEKKLISTE

Studentene har gitt gode tilbakemeldinger på bruk av redskapet Critical Appraisal Skills Programme

(CASP). De rapporterer at et standardisert skjema som dette også øker deres metodiske forståelse og evne til å gjøre kritiske vurderinger. Videre at dette er svært relevant i forhold til å kunne anvende kunnskapsbasert praksis i sine videre arbeider.

Diskusjon

BLANDET LÆRING

Vi tror at blandet læring vil bli benyttet i økende grad på grunn av trenden med fusjoner og sammenslåinger av universitet og høyskoler, men også ut fra pedagogiske argumenter knyttet til hvordan studenter lærer best. Når en underviser gjør bruk av blandet læring, forener vedkommende flere læringsformer. Det mest alminnelige er at undervisning av gruppen/klassen kombineres med digital læring som studentene kan gjennomføre utenfor klasserommet. Et sentralt moment i kulturmøteprosjektet er at studentene har fått mer ansvar for egen læring, og vi ser hvordan de har dratt veksler på det. Det betyr at vi har brukt tiden i klasserommet på øvelser, mens studentene har gjennomgått de tre podcast-forelesningene når de har bestemt det selv. Evalueringer av denne formen for undervisning tyder på at den gir en mer fleksibel utdanning med mer nærvær mellom lærere og studenter. Underviseren blir mer en fasilitator enn en foreleser og kan bruke mer tid på veiledning og respons og være en sparringspartner for å øke studentenes engasjement (Motta, 2016). Vi er i en tid der vi trenger å utforske nye læringsmetoder og kulturmøteprosjektet ga oss noen muligheter til å utforske blandet læring. Vi har erfart det som en form for læring som gir studentene et oppgavesett for å kunne arbeide selvstendig sammen med andre innenfor et faglig valgt tema.

INTERNASJONALE KULTURMØTER I UTDANNING

Vi er i en tid der vi trenger å utforske pedagogiske muligheter som forholder seg til den økte globaliseringen. Studentene uttrykte at å overskride terskelen for internasjonalt samarbeid kan være utfordrende før man har gjort det, men at det var inspirerende å arbeide slik når de ble kjent med hverandre. Studentene har også blitt kjent med teknologi som muliggjør internasjonalt samarbeid. De utforsket og erfarte hvordan man kan lage et felles arbeid gjennom internasjonalt samarbeid. De hadde i utgangspunktet utfordringer med å forstå hverandre, men fant ut hvilke språk de skulle kommunisere på. De ulike gruppene valgte hver sine strategier. Studentene har fått innblikk i det faglige nivået hos studenter

i et annet land, og har nok ytt litt ekstra for å være gode samarbeidspartnere for internasjonale samarbeidspartnere.

Det har også vært inspirerende for oss som undervisningspersonale å få innblikk i hverandres studieplaner, emner, læringsutbytter, arbeidskrav og nivå for vurdering. Dette har ført til refleksjoner og noen endringer i emnet, da man ser både styrker og svakheter i eget undervisningsopplegg når man samarbeider på denne måten. Prosjektet har også ført til at vi som kollegaer har startet samarbeid om andre faglige, pedagogiske og vitenskapelige prosjekter. Gjennom arbeidet med å planlegge kulturmøteprosjektet har vi som undervisningspersonell blitt mer bevisst på våre universitets internasjonale ambisjoner samt nasjonale visjoner og mål om internasjonalisering. Den måten vi har organisert dette på kan sees på som en av flere viktige innsatser for å øke internasjonalisering ved våre universiteter.

AKTIVITETSVITENSKAP I TRANSISJON – OGSÅ I UTDANNING

Aktivitetsvitenskap er i forandring (Occupational Science in transition), og det er også de pedagogiske metodene. Vi har i dette kulturmøteprosjektet gjort noen forsøk på å ta i bruk pedagogiske metoder som fører til samarbeid mellom masterstudenter over landegrensene. Studier (Kristensen & Pedersen, 2017) viser at bidrag fra aktivitetsvitenskap blir reflektert innen klinisk resonnering – som vi anser å være en nøkkel til ergoterapeutisk kompetanse, både som en faglig verdi og som praksis. Klinisk resonnering vurderes å være et kjerneelement for helseprofesjoners praksis og lager en link mellom forskning og praksis. Gjennom de utvalgte oppgavene og metodene i kulturmøteprosjektet mener vi at studentene har fått mulighet til å utvide sine klinisk resonnerende ferdigheter. I dette prosjektet valgte vi å ha faglig fokus på begrepene *occupational justice/injustice*, *occupational balance/imbalance*, *occupational deprivation*, som er forankret i aktivitetsvitenskap, og som studentene så gjennom kritiske vurderinger og resonneringer relaterte til erfaringene sine fra praksis.

KONKLUSJON

Vi er i en endringstid når det gjelder kontekst for utdanning, både hvordan utdanning organiseres gjennom fusjoner med universitet og høyskoler som ligger på ulike geografiske steder, pedagogisk utvikling og endring i kunnskapsbehov for helse- og

sosialarbeidere. Gjennom kulturmøteprosjektet har vi erfart at bruk av blandet læring som har inkludert e-læring for studenter i Norge og Danmark, har gitt erfaring i å samarbeide med studenter i andre land, å se aktivitetsvitenskap i et nordisk perspektiv, å lære en kritisk reflekterende måte å lese vitenskapelige artikler på og å få erfaring i å gi feedback til andre. Vi utfordrer andre som har lignende erfaringer til å formidle disse til inspirasjon for andre.

Referanser

- Arbesman, M., Scheer, J., & Lieberman, D. (2008). Using AOTA's critically appraised topic (CAT) and critically appraised paper (CAP) series to link evidence to practice. *OT practice*, 13(5), 18.
- Alvarez, S. (2005): Blended learning solutions, i: B. Hoffman (red.), *Encyclopaedia of Educational Technology*.
- Eric Asaba PhD OTR & Jeanne Jackson PhD OTR (2011) Social Ideologies Embedded in Everyday Life: A Narrative Analysis about Disability, Identities, and Occupation, *Journal of Occupational Science*, 18:2, 139-152.
- Backman, C. L. (2004). Occupational balance: Exploring the relationships among daily occupations and their influence on well-being. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(4), 202-209.
- Hocking, C., & Townsend, E. (2015). Driving social change: Occupational therapists' contributions to occupational justice. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 71(2), 68-71.
- Horghagen, S., & Hocking, C. (2017). 11 Shout out who we are! *Participation in Health and Welfare Services: Professional Concepts and Lived Experience*, 128.
- Horghagen, S., Magnus, E., Anthun, K. S., Knudtsen, M. S., Wist, G., & Lillefjell, M. (2018). Involving citizens' occupation-based knowledge in public health planning: Why and how. *Journal of Occupational Science*, 25(1), 112-123.
- Kristensen, H. K., & Petersen, K. S. (2016). Occupational science: An important contributor to occupational therapists' clinical reasoning. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 23(3), 240-243.
- Kristensen, H. K., Schou, A. S., & Mærsk, J. L. (2017). *Nordisk aktivitetsvitenskap*. Munksgaard.
- Kielsgaard, K., Kristensen, H. K., & Nielsen, D. S. (2018). Everyday life and occupational deprivation in single migrant mothers living in Denmark. *Journal of Occupational Science*, 25(1), 19-36.
- Molineux, M. (2010). *Occupational Science and Occupational Therapy: Occupation at Center Stage*. In Introduction to Occupation. The art and Science of Living. Second edition. (Christiansen, Townshend Eds.). Pearson education, New Jersey.
- Morville, A-L. & Erlandsson, L-K. (2013). The Experience of Occupational Deprivation in an Asylum Centre: The Narratives of Three Men, *Journal of Occupational Science*, 20:3, 212-223.
- Motta, M. (2016). A blended learning environment based on the principles of deliberate practice for the acquisition of interpreting skills. *The Interpreter and Translator Trainer*, 10(1), 133-149.
- Reed, K., Hocking, C. & Smythe, L. (2010) The interconnected meanings of occupation: The call, being- with, possibilities, *Journal of Occupational Science*, 17:3, 140-149.
- Rudman DL, Dennhardt S. (2008). Shaping knowledge regarding occupation: Examining the cultural underpinnings of the evolving concept of occupational identity. *Australian Occupational Therapy Journal*, 2008;55:153-162.
- Wagman, P., & Håkansson, C. (2014). Exploring occupational balance in adults in Sweden. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 21(6), 415-420.
- Whiteford, G. E., & Hocking, C. (Eds.). (2011). *Occupational science: Society, inclusion, participation*. John Wiley & Sons.
- Yerxa, E. J. (1990). An introduction to occupational science, a foundation for occupational therapy in the 21st century. (4), 1-17.
- Zemke, R., & Clark, F. (1996). *Occupational Science. The Evolving discipline*. F.A.Davis Company. Philadelphia.

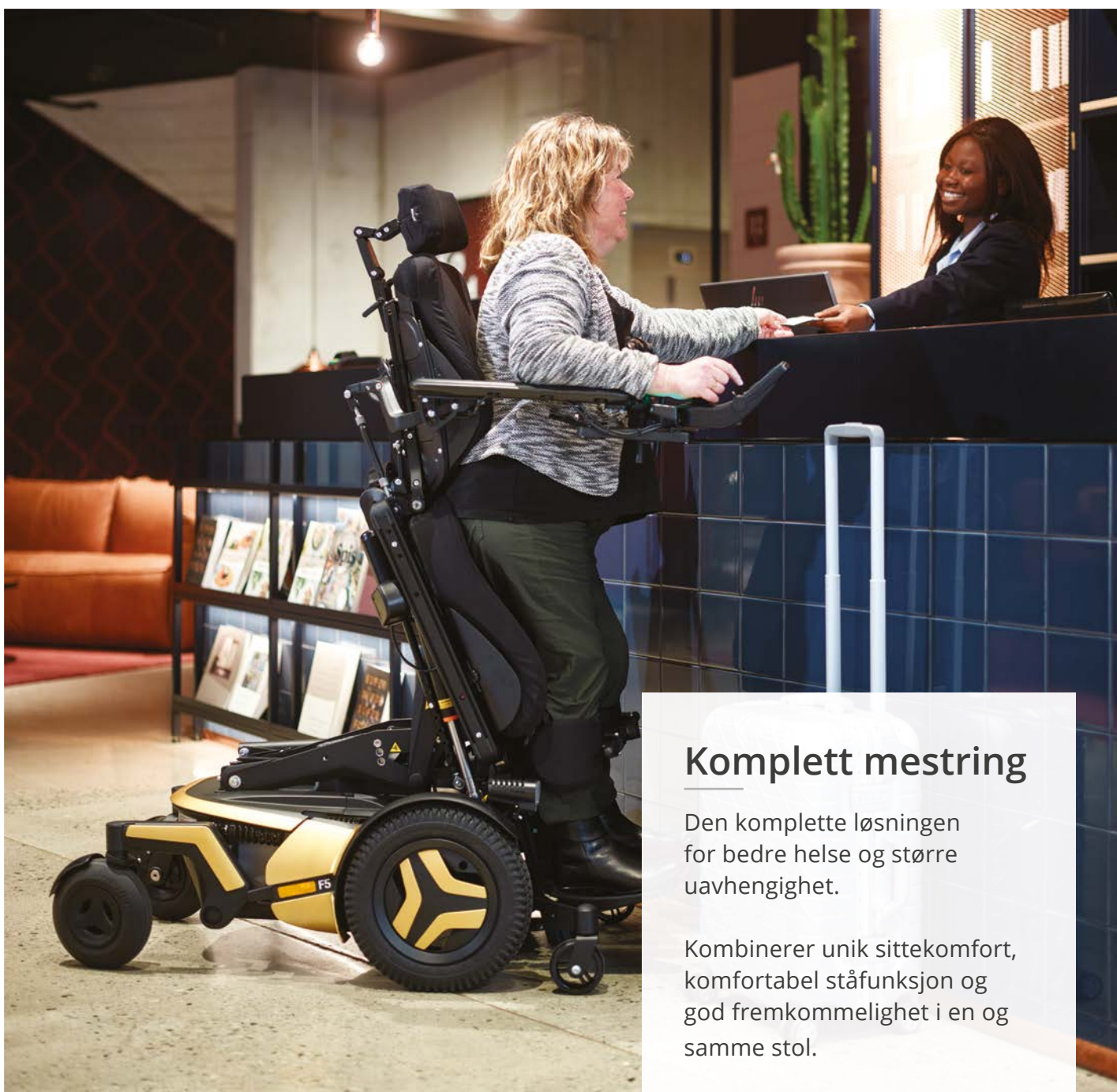
Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.

- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling

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

NYE F5 Corpus[®] VS



Komplett mestring

Den komplette løsningen for bedre helse og større uavhengighet.

Kombinerer unik sittekomfort, komfortabel ståfunksjon og god fremkommelighet i en og samme stol.

permobil.no

permobil

Skjulte utfall i subakutt/kronisk fase etter lette hjerneslag vurdert med Canadian Occupational Performance Measure

Av Elisabeth Kjelgaard, Mona Michelet og Unni Sveen

Elisabeth Kjelgaard har en Master of science og er spesialergoterapeut ved Seksjon for Ergoterapi, Avdeling for klinisk service ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

E-post: UXELKJ@ous-hf.no

Mona Michelet har en Master of science og er ph.d.-student tilknyttet Institutt for helse og samfunn ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Hun arbeider ved Seksjon for ergoterapi, Avdeling for klinisk service ved Oslo universitetssykehus Ullevål.

Unni Sveen er professor i ergoterapi og arbeider ved Seksjon for ergoterapi, Avdeling for klinisk service ved Oslo universitetssykehus Ullevål; Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag ved OsloMet – Storbyuniversitetet, og Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Oslo Universitetssykehus.

Manuset ble mottatt 15.11.2018 og godkjent 04.05.2019.

Det er ingen uenigheter mellom forfatterne om rettigheter til artikkelen.

SKJULTE UTFALL I SUBAKUTT/KRONISK FASE ETTER LETTE HJERNESLAG VURDERT MED CANADIAN OCCUPATIONAL PERFORMANCE MEASURE

Abstract

Objective: The objective was to investigate whether the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) was a suitable assessment in an outpatient stroke clinic, and to investigate if the COPM could give information about hidden impairments like fatigue, reduced awareness and acceptance of disability when combined with activities of daily living (ADL).

Method: A prospective longitudinal study was conducted using semi-structured COPM interviews at 3 and 12 months post-stroke. Changes in activity status from 3 to 12 months were measured. The patients' experiences were recorded and summarized. Analyses were performed using descriptive statistics and content analysis.

Results: Sixty patients were included, 44 patients had problems with ADL at 3 months post-stroke, 22 of these still had problems at 12 months. Twenty-six patients experienced fatigue and 24 experienced cognitive impairments at 3 months. At 12 months, 19 patients still experienced fatigue and 19 experienced cognitive impairments. Sixteen patients improved from 3–12 months after stroke, the situation for 19 patients was unchanged, none deteriorated.

Conclusion: To our knowledge, the COPM gives good information about activity and participation, as well as information about fatigue and cognition. The COPM gives little to no information about awareness and acceptance of stroke impairment for this group of patients.

Keywords: stroke, activity, Canadian Occupational Performance Measure (COPM), fatigue

Introduksjon

Mange pasienter med lett hjerneslag opplever nedsatt livskvalitet (1, 2). De strever med skjulte utfall i form av nedsatt energi og vansker med å planlegge, samt å løse oppgaver som tidligere ikke var noe problem. De blir fort trettede og slitne og klarer ikke å følge opp vanlige daglige gjøremål. De opplever ofte fatigue, det vil si utmattelse. De må hvile mye, og ofte ligge i flere dager hvis de har vært for aktive en dag. Dette er begrensende når det gjelder å følge opp daglige aktiviteter som familieliv, studier, være på jobb, og delta i samfunnsliv og fritidsaktiviteter (3-6). De fleste av disse pasientene ser helt friske ut. Utfallene er skjulte for personene som er i pasientenes omgivelser. Det er derfor vanskelig for pårørende, venner og arbeidskollegaer å forstå hva som gjør at de ikke kan være like aktive og deltagende som tidligere. Det er også vanskelig for pasienten selv å forstå, godta og akseptere dette.

Fatigue er et utfall som ofte oppstår etter hjerneslag, og ifølge flere studier får 36–77 prosent av pasienter med hjerneslag dette utfallet, som samsvarer sterkt med nedsatt livskvalitet (2, 7-9). I en oversiktsartikkel av Lerdal med flere fra 2009 indikeres det at mer enn 1/3 av pasientene opplever fatigue etter hjerneslaget (3). Ifølge Lerdal med flere finnes det ikke en teoretisk definisjon på fatigue når det gjelder hjerneslag. I artikkelen vises det til en definisjon av fatigue ved multippel sklerose som «a subjectiv lack of physical and/or mental energy that is perceived by the individual or caregiver to interfere with usual and desired activities». Det refereres også til en definisjon av Staub og Bogousslavsky som «a feeling of early exhaustion

developing during mental activity, with weariness, lack of energy, and aversion to effort». I artikkelen understrekes det at det er pasientens selvrapportering som er basis for å måle fenomenet (3). Schillinger og Becker foreslår en norsk definisjon som «en subjektiv opplevelse av langvarig eller stadig tilbakevendende tretthet og redusert kapasitet for mental og/eller fysisk aktivitet» (10). Lerdal med flere skriver at det ser ut til at fatigue er mer relatert til energikonsumerende aktiviteter som å gjøre innkjøp, gå i selskap og det å være i fulltidsarbeid enn aktiviteter som har med personlige aktiviteter i dagliglivet (PADL) å gjøre (3). Fatigue er et utfall som veldig ofte ikke avdekkes på slagenheten. Innleggelsesperioden er ofte kort. Fokuset er å avklare slagdiagnosen samt hjerneslagets årsak og art for å begrense skade. Det med kort liggetid fremheves flere steder i litteraturen (4-6). I sistnevnte artikkel fremheves også andre skjulte utfall ved lette hjerneslag som påvirker deltagelse og livskvalitet. Eksempler på dette er depresjon, nedsatt oppmerksomhet og prosesseringstempo, redusert hukommelse, og utfordringer med utførelse av komplekse aktiviteter. Det finnes holdepunkter for at fatigue i akutt fase er en risikofaktor for nedsatt fysisk helse 18 måneder etter hjerneslaget (11). Det blir derfor viktig for pasientene å få vurdert og diagnostisert fatigue, så de kan bli kjent med at dette er et vanlig utfall etter hjerneslag og kan få hjelp til å håndtere utfallet.

Å oppnå selvinnsikt om egen funksjonshemming, hva som har skjedd, og hva som gjør at livet ikke er som tidligere etter hjerneslaget, er en prosess hos den enkelte. Dette er ofte vanskelig å begripe når man er innlagt på sy-

kehus; innsikten om at noe er forandret, kommer gradvis ettersom man får prøvd seg i hverdagen (12, 13). Mange personer som har hatt hjerneslag, har vansker med å akseptere sin nye situasjon, og dette gjør at prosessen med å tilpasse seg fysisk, kognitivt og sosialt til en annerledes måte å leve på kan bli forsinket (14). Chiu oppfordrer i sin artikkel helsepersonell til å implementere rehabiliteringstilbud relatert til psykologiske prosesser. Disse prosessene bør ha til hensikt å gi pasienten mulighet til å tilpasse seg til sykdommen på en best mulig måte (14). Det er viktig at helsepersonell får en forståelse av pasientens egen oppfattelse av innsikt og aksept overfor det å ha fått et hjerneslag, da det er av avgjørende betydning i rehabiliteringsprosessen (12-14).

For å kunne gi et relevant og klientsentrert tilbud til pasienter med lette hjerneslag er det behov for kunnskap om skjulte utfall som fatigue. Det dreier seg om subjektive og subtile fenomen som pasientene har vansker med, og som ofte ikke fanges opp via formelle tester (5). Det klientsentrerte vurderingsredskapet Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er basert på The Canadian Model of Occupational Performance (CMOP) (15, 16). COPM får frem pasientens egne vurderinger av aktivitetsvansker på områdene PADL, produktivitet og fritid. Det har vist seg at lignende redskaper får frem aktivitetsvansker samt skjulte vansker i andre studier (17, 18).

I denne studien var vi interesserte i å finne ut om bruk av det klientsentrerte redskapet COPM parallelt med kartlegging av aktivitetsvansker kunne gi relevant informasjon:

- om COPM ville fange opp en

	3 mnd.			12 mnd.		
Variabel	N			N		
Alder ved 3 mnd. mean (range):	60	55,2	(30-71)			
Kjønn:	60					
Kvinner, n ()		11	(18,3)			
Menn, n (%)		49	(81,7)			
Diagnose:	60					
Hjerneinfarkt, n (%)		58	(96,7)			
Hjerneblødning, n (%)		2	(3,3)			
MMSE mean (range)	59	29,0	(22-30)	54	29,3	(22-30)
TMTA sek. mean (range)	59	32,9	(11-90)	53	31,1	(15-60)
TMTB sek. mean (range)	58	81,6	(30-199)	53	84,8	(28-189)
Arbeid *	58			52		
Ikke i arbeid, n (%)		35	(60,3)		20	(38,5)
Delvis, n (%)		14	(24,1)		15	(28,8)
Fullt, n (%)		9	(15,5)		17	(32,7)

Tabell 1: Demografiske data for inkluderte pasienter med hjerneslag (n=60)

*Av de som ikke var i arbeid, var 10 pensjonerte, 1 uføretrygdet, 1 på arbeidsavklaringspenger og 1 hadde permisjon.

Mini Mental State Evaluering (MMSE) max. skår 30/30. Trailmaking Test A (TMTA) øvre grense 60 sekunder Trail Making Test B (TMTB) øvre grense 120 sekunder.

endring i aktivitetsstatus fra tre måneder til 12 måneder etter hjerneslaget

- om opplevelse av endringer etter hjerneslaget, som fatigue, innsikt og aksept av en ny livssituasjon kunne fanges opp

Det er utført en litteraturstudie samtidig med arbeidet med denne studien, publisert i Ergoterapeuten 2 2019. Det ble ikke funnet noen studier som tok for seg temaet eller omhandlet COPM og fatigue.

Metode

DESIGN

Studien er en longitudinell prospektiv deskriptiv studie som er en delstudie i forbindelse med to doktorgradsprosjekter om «Hidden Impairments after Cerebral Stroke».

ETIKK

Alle pasientene har gitt informert samtykke for deltakelse i studien. Hovedstudien er godkjent av

Regional Etisk Komite, 2014/1268/ sør-øst C.

STUDIEPOPULASJON

Det ble inkludert 60 pasienter i delstudien (se tabell 1). Alle pasientene hadde vært pasienter ved en slagenhet på et sykehus i Helse Sør-Øst i perioden 2014-16 og kom til tremånederskontroller ved slagpoliklinikken. Pasientene fulgte inklusjons- og eksklusjonskriterier fra hovedstudien, «Hidden Impairments after Cerebral Stroke». Pasientene skulle ha gjennomgått førstegangs iskemisk eller hemoragisk hjerneslag, være i alderen 18-70 år og ha en National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS) (19) på ≤ 3 ved utskrivelse. NIHSS er en skala som måler nevrologiske utfall som en indikator på hjerneslagets alvorlighetsgrad. Skalaen består av 11 punkter som produserer skår fra 0 (ingen skade) til 34 (alvorlig skade) (19). Pasienter som fikk et nytt hjerneslag i løpet av ett

år etter utskrivelse fra Seksjon for hjerneslag, ble ekskludert. Pasienter med en skår på Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) (20) $> 3,2$ ble ekskludert. IQCODE er en skala som måler endring i kognitiv funksjon, vurdert av en pårørende. Tre poeng indikerer ingen endring, lavere skår indikerer forbedring, og høyere skår indikerer forverring i kognitiv funksjon (20). Av de 60 inkluderte trakk 1 person seg før datainnsamlingen startet; utvalget ble dermed 59.

VURDERINGSINSTRUMENTER

Samtlige pasienter som deltok i hovedstudien, ble testet med en kognitiv testpakke bestående av Mini Mental Status Evaluering Norsk Revisjon (MMSE-NR) (21, 22), Klokketest (23), Trailmaking test A og B (TMTA og B) (24, 25). Testingen ble utført ved baseline (1.-3. dag etter det aktuelle), og tre måneder og 12 måneder etter hjerneslaget (se tabell 1). Testene

Nivå 1	PADL			PRODUKTIVITET			FRITID		
Nivå 2	Personlig stell	Mobilitet	Fungere i samfunnet	Arbeid	Husarbeid	Lek Skole Utdanning	Rolige aktiviteter	Fysisk krevende aktiviteter	Sosiale aktiviteter
Nivå 3	Personlig hygiene Påkledning Spise	Forflytning innendørs, utendørs	Transport Innkjøp Økonomi	Lønnet Ulønnet	Rengjøring Matlaging	Lek Lekser	TV Lesing Hobby	Sport Turer Reiser	Besøk Gå ut Annet

Figur 2. Oversikt over nivåene i COPM.

måler global kognitiv funksjon, oppmerksomhet, psykomotorisk tempo og eksekutiv funksjon.

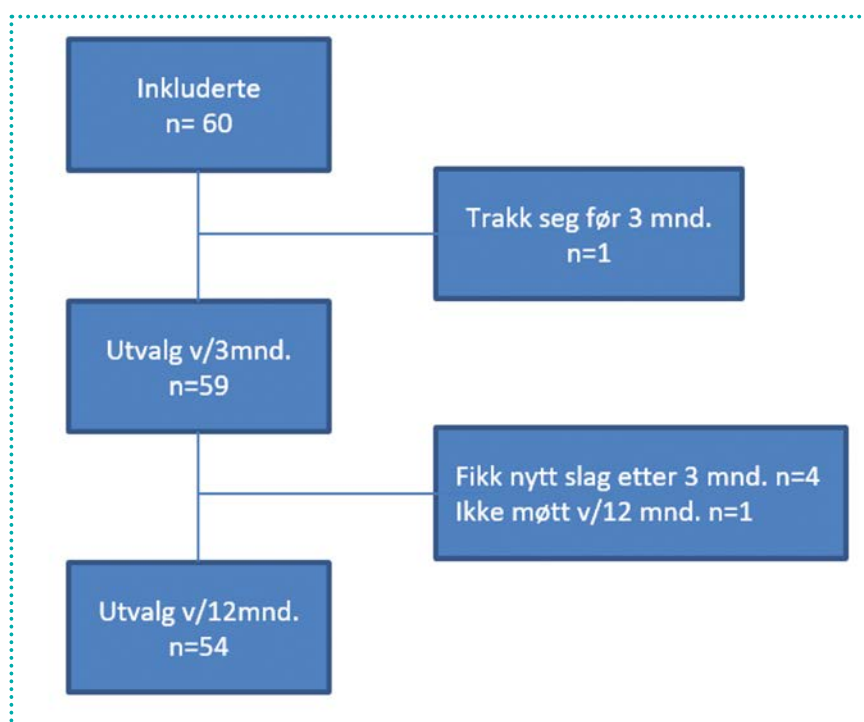
Deltakerne i delstudien ble vurdert med COPM ved 3 måneder og 12 måneder etter hjerne-slaget. Vurderingene ble utført poliklinisk. Det ble ikke gjort vurdering med COPM ved baseline, fordi de fleste aktivitetene i COPM forutsetter utprøvelse i hjemmet, på arbeid og i fritiden.

Av de 59 deltagende pasientene anga 15 pasienter at de ikke hadde aktivitetsvansker verken ved tre måneder eller 12 måneder. De resterende 44 er med i analysene for aktivitetsvansker.

Vi valgte å beholde informasjon fra de 59 deltagende pasientene om slagrelaterte utfall som kom frem parallelt med aktivitetsvanskene. Denne informasjonen ble oppsummert på alle pasientene etter det semistrukturerte intervjuet. Oppsummeringene inneholdt kvalitativ informasjon som kunne belyse den siste delen av målet: om COPM er egnet til å fange opp opplevelse av slagrelaterte utfall som fatigue, innsikt og aksept.

HOVEDUTFALLSMÅL

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (15, 16) er basert på et klientsentrert semistrukturert intervju, som anvendes på tvers av diagnosegrupper og munner ut i en tallfestet skår. Grad av problem med



Figur 1. Flytskjema.

utførelse av og tilfredshet med egen utførelse av ADL-aktiviteter blir rangert fra 1–10 der 1 er «kan ikke utføre eller er ikke tilfreds» og 10 er «kan utføre svært bra eller er veldig tilfreds». Graderingen utføres av pasienten i betydningsfulle aktiviteter som pasienten har problemer med å mestre innen aktivitetsområdene:

- personlige daglige aktiviteter, herunder personlig stell, mobilitet og funksjon i samfunnet
- produktivitet, herunder lønnet eller ulønnet arbeid, husarbeid, lek, skole og utdanning
- fritid, herunder rolige fritidsaktiviteter, fysisk krevende

fritidsaktiviteter og sosiale aktiviteter. Se figur 2.

Det er pasienten selv som prioriterer hvilke aktivitetsproblemer som er betydningsfulle, og velger ut opptil fem aktiviteter som plasseres i rangert rekkefølge. COPM egner seg til å fange opp endringer i en persons vurdering av egen aktivitetsutførelse over tid (responsivitet) (26, 27). Instrumentet er testet for validitet og reliabilitet for pasienter med hjerneslag (27). Test-retest-reliabilitet er moderat. Utførelse og tilfredshetsskår er reliabel, og instrumentet egner seg til å

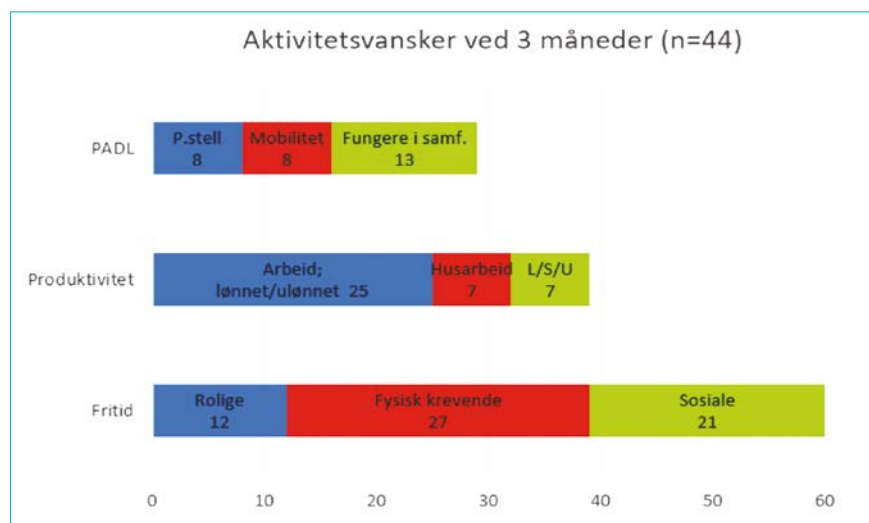
måle endring (27). COPM er ikke et normbasert instrument og er ikke designet for å måle avvik i aktivitetsutførelse. Teorigrunnlaget for instrumentet beskriver aktivitetsutførelse som en individuell subjektiv opplevelse (28, 29).

BEHANDLING AV DATAENE I COPM

COPM-intervjuene ble utført av tre ergoterapeuter ved Slagseksjonen. Samtlige ergoterapeuter har COPM-kurs. For at intervjuene skulle utføres så likt som mulig, ble det utarbeidet en enkel intervjuguide. Denne intervjuguiden ligger tett opp til hvordan COPM-skjemaet er bygd opp.

BEHANDLING AV SKÅRENE

På COPM-skjemaet er arbeidsprosessen delt inn i trinn. Vi har kategorisert trinnene inn i nivåer (N 1-2-3) (se figur 2). Aktivitetene på N 1-2-3 ble delt inn i om pasientene hadde vansker med aktiviteten eller ikke (0 = har ikke vansker og 1 = har vansker). Dataene ble lagt inn i en SPSS-fil per nivå og per pasient. Betydningsskår, utførelsesskår og tilfredshetsskår for valgte aktiviteter (opptil fem aktiviteter) er lagt inn med valgt tallskår. Totalskår er lagt inn for å kunne regne ut endring fra tre måneder til 12 måneder. Alle de som ikke hadde vansker verken ved tre måneder eller 12 måneder etter hjerneslaget, er lagt inn som 0, disse (15 stykker) ble fjernet fra datasettet som ble brukt til analyser. COPM skalaene er, som nevnt, fra 1-10 der 1 er ikke viktig i det hele tatt, kan ikke utføre i det hele tatt, ikke tilfreds i det hele tatt og 10 er veldig viktig, kan utføre svært bra, veldig tilfreds. Alle som hadde vansker ved tre måneder men ingen vansker ved 12 måneder,



Figur 3. Antall aktivitetsvansker tre måneder etter hjerneslaget.

P.stell = personlig stell. Fungere i samf. = fungere i samfunnet. L/S/U = lek, skole, utdanning. Rolige = rolige aktiviteter. Fysisk krevende = fysisk krevende aktiviteter. Sosiale = sosiale aktiviteter.

der, det vil si at klienten angir seg «som før det aktuelle», har blitt skåret som 10, høyeste skår på COPM-skalaen. For å identifisere hvem som fortsatt har vansker, har forfatterne laget følgende kategorier for utførelsesskår:

- 1-3 store utførelsessvansker
- 4-6 moderate utførelsessvansker
- 7-8 lette utførelsessvansker
- 9-10 ingen utførelsessvansker

Der nye aktivitetsvansker ble angitt ved 12 måneder, er disse ikke med i analysen, fordi det ikke var noe sammenligningsgrunnlag fra tre måneder. Det samme gjelder aktiviteter som har skåring fra tre måneder, men ikke fra 12 måneder. Der hvor klienten har angitt at han er som ved tre måneder, det vil si har de samme vanskene, er de samme skårene gjentatt ved 12 måneder.

ANALYSE

Dataene fra skåringene om aktivitetsvansker på COPM (n=44) ble analysert med programmet IBM SPSS Statistics 23. Det ble utført deskriptive analyser med

beregning av gjennomsnitt og spredning. Det ble også regnet ut endring i skår fra tre måneder til 12 måneder.

INNHEMTING OG ANALYSE AV KVALITATIVE DATA

Slagrelaterte utfall (n=59) som kom frem parallelt med aktivitetsvanskene ved det semistrukturerte intervjuet, ble notert underveis. I etterkant av hvert enkelt semistrukturerte intervju ble det skrevet ned en kort oppsummering for hver pasient. Det ble gjort en innholdsanalyse ved at vanskene som pasientene selv anga i disse oppsummeringene, ble satt inn i et skjema. I dette skjemaet ble alle kategoriene pasientene nevnte, satt opp. Kategoriene var: fatigue, selvinnsikt, aksept, angst, depresjon, syn, finmotorikk, sensibilitetsforstyrrelser, balanse, svimmelhet, multitasking, planlegging, oppmerksomhet, hukommelse. Kategoriene angst og depresjon ble slått sammen. Kategoriene multitasking, planlegging, oppmerksomhet og hukommelse ble slått sammen til høyere kognitive funksjoner. Resultatene ble talt

opp og behandlet på en kvantitativ måte.

Resultat

UTVALG VED TRE MÅNEDERS KARTLEGGING

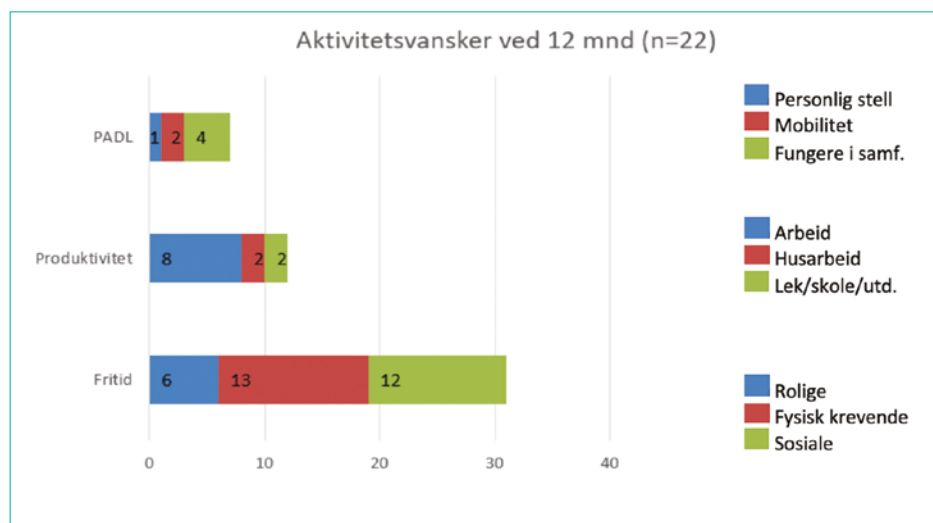
Av de 59 pasientene som deltok ved tre måneder, rapporterte 15 at de ikke hadde noen aktivitetsvansker. Funnene ved tre måneder baserer seg derfor på data fra de resterende 44 deltakerne.

HOVEDFUNN OM AKTIVITETSVANSKER TRE MÅNEDER ETTER HJERNESLAGET

De 44 pasientene rapporterte totalt 128 aktivitetsvansker fordelt på de ulike områdene. Det vil si at 22 av pasientene (50 prosent) anga vansker innenfor området PADL, 29 av pasientene (66 prosent) anga vansker innenfor området produktivitet, og 35 (80 prosent) anga vansker innenfor området fritid. Her er det viktig å huske på at én pasient kan angi flere aktivitetsvansker.

Pasientenes egenrapporterte aktivitetsvansker i PADL var (se figur 2 og 3): Personlig stell (antall rapporterte aktivitetsvansker i parentes): påkledning (1), spise (6), hygiene (1). Mobilitet: forflytning inne (3), forflytning ute (5). Fungere i samfunnet: bilkjøring (10), annet (3).

De som anga vansker med påkledning, spising og hygiene, hadde vansker med finmotorikk. De som hadde vansker med forflytning inne/ute, hadde vansker med balanse. Vansker med å fungere i samfunnet var hovedsakelig relatert til ikke å få kjøre bil (igjen). Pasientenes egenrapporterte aktivitetsvansker med produktivitet var: Lønnet/ulønnet arbeid: lønnet (23), ulønnet (2). Husarbeid: matlaging (3), rengjøring (4). Lek, skole, utdanning (7).



Figur 4. Antall aktivitetsvansker 12 måneder etter hjerneslaget

P.stell = personlig stell. Fung. i samf. = fungere i samfunnet. Husarb. = husarbeid. L/S/U = lek, skole, utdanning. Rolige = rolige aktiviteter. Fysisk krevende = fysisk krevende aktiviteter. Sosiale = sosiale aktiviteter.

Pasientenes egenrapporterte aktivitetsvansker med fritid: Rolige aktiviteter: TV (3), lese (5), hobby (4). Fysisk krevende aktiviteter: sport (14), turer (11), reiser (2). Sosiale aktiviteter: besøk (6), gå ut (6), annet (9).

SLAGRELATERTE UTFALL TRE MÅNEDER ETTER HJERNESLAGET

Disse ble tematisert i det semistrukturerte intervjuet parallelt med aktivitetsvanskene. Det kom frem at 26 pasienter (n=59) hadde problemer med fatigue/trettighet, 24 pasienter anga vansker med høyere kognitive funksjoner, elleve pasienter hadde symptomer på angst/depresjon, og elleve pasienter anga synsvansker. Videre oppga syv pasienter at de hadde vansker med finmotorikk, fire pasienter at de hadde sensibilitetsforstyrrelser, og tre pasienter anga vansker med aksept. Ingen anga vansker med innsikt.

UTVALG VED 12 MÅNEDERS KARTLEGGING

Av de 44 som oppga aktivitetsvansker ved tre måneder, fikk fire

pasienter nytt hjerneslag og én møtte ikke til tolv månederskontroll. Ytterligere åtte pasienter anga ikke lenger aktivitetsvansker, og ni pasienter oppga ikke skårer som lot seg sammenligne med skårene fra tre måneder. Funnene ved tolv måneder baserer seg derfor på de resterende 22 deltakerne.

HOVEDFUNN OM AKTIVITETSVANSKER 12 MÅNEDER ETTER HJERNESLAGET

Totalt 22 pasienter (50 prosent) av de som anga at de hadde vansker ved tre måneder etter slaget (n=44), hadde fremdeles vansker etter tolv måneder. Det vil si at disse 22 pasientene anga skårer for utførelse og tilfredshet som var sammenlignbare med resultatene ved tre måneder, noe som ga mulighet for å beregne endringer i aktivitetsvansker fra tre til tolv måneder. De 22 pasientene rapporterte syv aktivitetsvansker innenfor området PADL, tolv aktivitetsvansker innenfor området produktivitet og 32 aktivitetsvansker innenfor området fritid (se fig 4). Som tidligere

nevnt kan hver pasient angi flere aktivitetsvansker.

Pasientenes egenrapporterte aktivitetsvansker i PADL var (se figur 2 og 4): Personlig stell: spise (1) og Mobilitet-ute (2). Fungere i samfunnet: bilkjøring (2), transport (1), annet (1). Pasientenes egenrapporterte aktivitetsvansker med produktivitet: Lønnet/ulønnet arbeid: lønnet (8), Husarbeid: matlaging/rengjøring (2), Lek-skole-utdanning (2).

Pasientenes egenrapporterte aktivitetsvansker med fritid var: Rolige aktiviteter: se TV (3), lesing (2), hobby (1). Fysisk krevende aktiviteter: sport (8), turer (5). Sosiale aktiviteter: besøk (4), gå ut (5), annet (4). Det kommer tydelig frem at det er aktiviteter knyttet til fritid som angis som problematiske ved 12 måneder.

SLAGRELATERTE UTFALL 12 MÅNEDER ETTER HJERNESLAGET

Disse ble angitt parallelt med aktivitetsvansker ved det semistrukturerte intervjuet (som ved tre måneder). Fatigue ble angitt av 19 av totalt 54 pasienter, mens redusert høyere kognitive funksjoner ble rapportert av 19 pasienter. Synsvansker ble rapportert av seks pasienter, og sensibilitetsforstyrrelser av seks pasienter. Fem pasienter oppga å ha problemer med finmotorikk og fire pasienter anga angst som en utfordring. Det viste seg at 16 av de 19 pasientene som rapporterte fatigue ved 12 måneder, hadde minst ett utfall til.

ENDRING I SKÅRING PÅ UTFØRELSE OG TILFREDSHET FRA TRE MÅNEDER TIL 12 MÅNEDER

Endring er her definert ved at skåren på den enkelte aktivitet er endret med 2 poeng eller mer fra tre måneder til 12 måneder, som

regnes som en klinisk relevant endring ifølge Kjekken og Svartehrud (16) og COPM-manualen (30). For å anses som endret må skårene endres med mer enn 2 poeng i positiv eller negativ retning.

Skårene som er over +2 er definert som bedring, og skårene som er under -2 er her definert som et endret resultat til det verre. Det er brukt samme definisjon for klinisk relevant endring når det gjelder gjennomsnittsskåren for alle valgte aktiviteter per individ. I Tuntlands artikkel (31) om hverdagsrehabilitering hevdes det at 3 poeng utgjør en klinisk relevant endring. I denne artikkelen blir det valgt å forholde seg til 2 poeng, som anbefalt i manualen.

Av til sammen 86 skårte aktiviteter (N3-nivå) når det gjelder utførelse (aktivitetene pasientene selv har angitt som utfordrende), var det 42 skåringer som hadde en endring til det bedre (+2 poeng og over), 40 skåringer ga et uendret resultat (-2 poeng til +2), og 4 skåringer ga et forverret resultat (-2 og under). Av til sammen 89 skårte aktiviteter (N3-nivå) når det gjelder tilfredshet (hvor fornøyde pasientene er med skåren på utførelse), var det 53 skåringer som hadde en endring til det bedre (+2 poeng og over), 33 skåringer ga et uendret resultat (-2 poeng til +2), og 2 skåringer ga et forverret resultat (-2 poeng og under).

På individnivå har 16 av de 44 pasientene i gjennomsnitt, for alle valgte aktiviteter, en endring til det bedre (når det gjelder utførelse) på lik eller over 2 poeng, 19 pasienter har i gjennomsnitt uendret status (-2 poeng til +2 poeng), ingen pasienter har i gjennomsnitt en forverring. For de ni resterende pasientene kunne det ikke regnes ut gjennom-

snittsskår. Det vil si at av de ni var det fire drop-out (tre fikk nye hjerneslag, og én møtte ikke opp), og fem definerte aktivitetsproblemer, men skårte ikke ved både tre og tolv måneder.

Diskusjon

Hovedfunnene var at 50 prosent av pasientene (n=44) anga vansker innenfor området PADL, 66 prosent anga vansker innenfor området produktivitet, og 80 prosent anga vansker innenfor området fritid. Det var spesielt vansker med fysisk krevende aktiviteter og sosiale aktiviteter ved tre måneders kontroll.

Ved 12 måneder fant vi at 50 prosent (n=44) fremdeles hadde vansker på ett eller flere av områdene PADL, produktivitet og fritid. Det ble angitt 7 aktivitetsvansker (17 prosent) innenfor området PADL, 10 aktivitetsvansker (24 prosent) innenfor området produktivitet og 32 aktivitetsvansker (69 prosent) innenfor området fritid. Det vil si, som ved tre måneder, at området fritid, og da spesielt fysisk krevende aktiviteter og sosiale aktiviteter, fremdeles var problematiske for mange. Bilkjøring er også med i bildet, men har vært problematisk å følge fordi pasientene har sett på denne aktiviteten på forskjellige måter. Noen har ikke vært bekymret i det hele tatt og har tatt det som en selvfølge at dette ville ordne seg ved tremånederskontrollen, noe det også gjorde for de fleste. Andre meldte det inn som et problem. Noen hadde endret vaner og begynt med kollektivtransport og sykling og var fornøyde med dette. Lønnet arbeid har noe av den samme problematikken. Noen var i slutten av arbeidskarrieren, hvor det kan være naturlig å gå over til pensjon. Noen hadde star-

tet opp arbeid i en viss prosentstilling og kunne være fornøyd med det foreløpig. Det betyr at det er nyttig å følge med på disse to aktivitetene også via annen dokumentasjon.

Våre resultater er i samsvar med funn fra andre studier. En studie om fysisk krevende aktiviteter etter lette hjerneslag, det vil si NIHSS lavere enn 6, med 127 deltakere rapporterer at pasienter ikke gjenopptok fysisk krevende fritidsaktiviteter som de gjorde før, etter hjerneslaget (17). En annen studie som så på hvordan lette hjerneslag (NIHSS ≤ 5 , $n=219$) hadde innvirkning på meningsfulle aktiviteter og livskvalitet, rapporterte endringer som gjelder arbeid, bilkjøring og fritidsaktiviteter. Studien rapporterer også forekomst av depresjon, eksekutive vansker og nedsatt oppmerksomhet (18).

Tatt i betraktning at deltakerne i vår studie er pasienter som hadde en NIHSS skår på ≤ 3 ved utskrivelse, som er svært lette hjerneslag, er det verdt å merke seg at så mange som 22 av 44 fremdeles hadde aktivitetsvansker av varierende art og grad 12 måneder etter hjerneslaget.

COPM dokumenterer pasientens selvopplevde aktivitetsvansker innenfor områdene PADL, produktivitet og fritid (29), og av den grunn har COPM ifølge flere artikler (32-36) vært brukt til å sette mål ved rehabilitering og måle endring underveis. COPM gir med sin semistrukturerte form for intervju en mulighet for pasienten til å reflektere høyt om aktivitetsvansker i dialog med en fagperson. Dette kan skape en arena som gir mulighet for å snakke om skjulte vansker etter et hjerneslag. Vi var interesserte i om COPM parallelt med å gi informasjon om

aktivitetsvansker ville gi informasjon om fatigue, selvinnsikt og aksept. Dette undersøkte vi ved å notere og oppsummere kvalitative data som kom fram under COPM-intervjuet.

COPM-intervjuet fikk frem opplevelse av fatigue hos 26 av totalt 59 pasienter ved tre måneder og hos 19 av totalt 54 pasienter ved 12 måneder. Vansker relatert til fatigue kommer ofte naturlig frem under intervjuet om daglige aktiviteter, om hva som går bra og hva som går mindre bra etter hjerneslaget. COPM åpner for at man kan legge inn spørsmål om utfall som kan kjennetegne en diagnose (29). Vi var spesielt interesserte i forekomst og opplevelse av fatigue og hadde fra klinikken kjennskap til at mange hadde vansker med dette. Derfor spurte vi om pasientene hadde kjent på økt tretthet og slitenhet etter det aktuelle. Dette spurte vi om mot slutten av intervjuet. Vår erfaring er at de pasientene som hadde vansker med fatigue, rapporterte uoppfordret og spontant om dette. Det som ofte skjedde, var at pasientene fortalte om økt slitenhet og tretthet, men ikke klarte å relatere det til noen spesiell aktivitet. Grunnen var at det ofte ikke var vansker med å utføre den enkelte aktiviteten, men det var summen av aktivitet som ga vansker. En annen variant var at trettheten kom, og det var vanskelig å sette fingeren på hva som utløste den. Flere forteller om den vanskelig balansen mellom aktivitet og hvile. Hvis man gjorde for mye en dag, kunne man risikere å måtte ligge hele neste dag. Andre igjen var helt klar over hva som utløste trettheten, og valgte da aktiviteter bort. En systematisk litteraturgjennomgang av Moran med

flere (5) som så på forekomst av fatigue, psykologiske og kognitive vansker etter transitorisk ischemisk attack (TIA) og lette hjerneslag (minor stroke), inkluderte 31 artikler og konkluderte med at resultatene var begrensede grunnet svak evidens i litteraturen. De fremhever allikevel en reduksjon av kognitive vansker og depresjon over tid. Det var begrenset informasjon om angst, posttraumatisk stresslidelse og fatigue. Kun tre artikler omhandlet fatigue, alle med forskjellige måleredskaper (Fatigue Severity Scale, Frenchay Activities Index, Chalder Fatigue Scale). En av artiklene viste at 2/3 av deltagerne som rapporterte fatigue ved seks måneder, også hadde fatigue ved 12 måneder. En annen av artiklene rapporterte at det var høyere forekomst av fatigue hos pasienter med minor stroke enn pasienter med TIA (5).

Det var tre personer i vår studie som tok opp temaet aksept. Én snakket om at det var vanskelig å godta at det hadde skjedd noe med hjernen og at han var blitt en «hjerneslagpasient». To personer nevnte at det hadde vært en utfordring for dem at nære pårørende hadde problemer med å godta de usynlige vanskene. Dette handlet om aksept på to forskjellige nivåer, at man selv har problemer med å akseptere, versus at andre synes det er utfordrende å akseptere oppståtte vansker som ikke er synlige. Dette kom frem ved tre måneders kontroll; det var ingen som nevnte noe om aksept ved 12 måneder.

Det var ingen pasienter som spesifikt sa noe om egen innsikt i utfall etter hjerneslaget, verken ved tre måneder eller 12 måneder. Når det gjelder selvinnsikt, hadde disse pasientene god kognitiv funksjon ut ifra resultatene av

den kognitive testingen (se tabell 1). De hadde ved intervju-tidspunktet god oversikt over egne ressurser og begrensninger. Noen hadde allikevel vansker med å godta at de ikke kunne få kjøre bil igjen. Dette til tross for at de for eksempel hadde fått påvist synsfeltutfall. Det med å godta et funksjonsfall er komplisert. Det er som en sorgprosess, det tar tid, og man kan kanskje ikke forvente at det fullt ut godtas innenfor en tidsramme på tre til 12 måneder. COPM gir terapeuten en pekepinn på pasientens egenoppfattelse av innsikt og aksept av en ny livssituasjon. Under et intervju som berører aktivitetsområder som er viktige, kan det komme frem signaler og stemninger i form av ansiktsuttrykk og tonefall som kan gi nyttig informasjon. Aktivitetsvansker og utfall som fatigue etter hjerneslag henger nøye sammen, derfor kan det være nyttig å bruke redskaper som har et aktivitetsfokus for å få frem de skjulte utfallene.

For at pasientene skulle rekke å få erfaringer med egen funksjon og hvilke aktivitetsvansker de hadde, ble ikke baseline gjort før det hadde gått tre måneder etter hjerneslaget. Dette valget var basert på våre erfaringer fra klinikken. Pasienter med lette hjerneslag har ofte kort liggetid, og fokuset under sykehusoppholdet er rettet mot å få avklart riktig diagnose og å sette i gang forebygging av nye hjerneslag. For at data skulle bli samlet inn på en så lik måte som mulig, ble dette gjort av kun tre ergoterapeuter som alle hadde deltatt på samme COPM-kurs. Det ble også utarbeidet en kort intervjuguide, av samme grunn.

Begrensningene med studien er flere. Materialet er lite, selektert

(ifølge inklusjonskriteriene) og hentet fra en slagenhet. Derfor er nok ikke studiepopulasjonen helt representativ for personer med lette hjerneslag. Noen pasienter har hatt oppfølging i perioden mellom tre måneder og 12 måneder. Dette har ikke vært systematisk oppfølging, men «treatment as usual». Vi har ikke detaljerte opplysninger om innholdet i oppfølgingen. Det er vanlig på tremånederskontroller å anbefale tiltak og henvise til videre rehabilitering, der det er behov for det. Noen pasienter har også på eget initiativ søkt hjelp. COPM som redskap gir ikke spesifikk informasjon om alvorlighetsgrad av utfall etter hjerneslaget, men graderer opplevde aktivitetsvansker. Det bringer frem subjektive data om det pasienten selv synes er viktig. Derfor bør redskapet brukes sammen med andre mer objektive redskaper.

Konklusjon

COPM dokumenterer aktivitetsvansker innenfor områdene PADL, produktivitet og fritid. For denne gruppen slagpasienter med en NIHSS skår på ≤ 3 ved utskrivelse fra sykehuset fanget det opp vansker spesielt når det gjelder bilkjøring, lønnet arbeid, fysisk krevende fritidsaktiviteter og sosiale aktiviteter ved tre måneder og 12 måneder etter slaget. Endring i aktivitetsvansker fra tre måneder til 12 måneder ble fanget opp. COPM ga også informasjon om utfall/vansker parallelt med aktivitetsvansker, spesielt ved fatigue og høyere kognitive vansker. Samlet sett kan COPM anbefales til bruk i oppfølging på en slagpoliklinikk, det gis et godt grunnlag for å vurdere status ut ifra pasientens ståsted og for å kunne anbefale videre tiltak.

Takk

Takk til Ergoterapeutene for tilde-
ling av forsknings- og utviklings-
midler.

Stor takk til alle informanter som
har bidratt til studien. Takk til
alle ergoterapikolleger som har
fulgt prosessen, og spesielt Sonja
Aune og Karla Ascensio, som har
bidratt med datainnsamling.

Referanser

1. Naess H, Waje-Andreassen U, Thomassen L, Nyland H, Myhr KM. Health-related quality of life among young adults with ischemic stroke on long-term follow-up. *Stroke*. 2006;37(5):1232-6. doi:10.1161/01.str.0000217652.42273.02
2. Naess H, Lunde L, Brogger J. The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: the Bergen Stroke Study. *Vascular health and risk management*. 2012;8:407-13. doi:10.2147/vhrm.s32780
3. Lerdal A, Bakken LN, Kouwenhoven SE, Pedersen G, Kirkevold M, Finset A, et al. Poststroke fatigue - a review. *J Pain Symptom Manage*. 2009;38(6):928-49. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.04.028
4. Tellier M, Rochette A. Falling through the cracks: a literature review to understand the reality of mild stroke survivors. *Topics in stroke rehabilitation*. 2009;16(6):454-62. doi:10.1310/tsr1606-454
5. Moran GM, Fletcher B, Feltham MG, Calvert M, Sackley C, Marshall T. Fatigue, psychological and cognitive impairment following transient ischaemic attack and minor stroke: a systematic review. *European journal of neurology*. 2014;21(10):1258-67. doi:10.1111/ene.12469
6. Finch EC, Foster MM, Fleming J, Aitken PD, Williams I, Cruwys T, et al. Undetected and underserved: the untold story of patients who had a minor stroke. *The Medical journal of Australia*. 2017;206(8):337-8. doi:10.5694/mja16.01009
7. van Eijsden HM, van de Port IG, Visser-Meily JM, Kwakkel G. Post-stroke fatigue: who is at risk for an

- increase in fatigue? Stroke research and treatment. 2012;2012:863978. doi:10.1155/2012/863978
8. Lynch J, Mead G, Greig C, Young A, Lewis S, Sharpe M. Fatigue after stroke: the development and evaluation of a case definition. *J Psychosom Res.* 2007;63(5):539-44. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.08.004
 9. Carlsson GE, Forsberg-Warleby G, Moller A, Blomstrand C. Comparison of life satisfaction within couples one year after a partner's stroke. *Journal of rehabilitation medicine.* 2007;39(3):219-24. doi:10.2340/16501977-0048
 10. Schillinger A, Becker F. Fatigue/utmattelse etter traumatisk hjerneskade og hjerneslag. *Tidsskrift for den Norske legeforening.* 2015;135(4):331-5. doi:10.4045/tidskr.14.0271
 11. Lerdal A, Gay CL. Fatigue in the acute phase after first stroke predicts poorer physical health 18 months later. *Neurology.* 2013;81(18):1581-7. doi:10.1212/WNL.0b013e3182a9f471
 12. Ekstam L, Uppgaard B, Kottorp A, Tham K. Relationship between awareness of disability and occupational performance during the first year after a stroke. *The American journal of occupational therapy.* 2007;61(5):503-11. doi:10.5014/ajot.61.5.503
 13. Leung DP, Liu KP. Review of self-awareness and its clinical application in stroke rehabilitation. *International journal of rehabilitation research.* 2011;34(3):187-95. doi:10.1097/mrr.0b013e31823487f31
 14. Chiu SY, Livneh H, Tsao LL, Tsai TY. Acceptance of disability and its predictors among stroke patients in Taiwan. *BMC Neurol.* 2013;13:175. doi:10.1186/1471-2377-13-175
 15. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko HJ, Pollock NJ. Canadian Occupational Performance Measure (Manual). 4th ed. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2005.
 16. Kjekken I, Sand-Svartrud A-L. The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. *Ergoterapeuten.* 2012;55(1):30-7.
 17. Hildebrand M, Brewer M, Wolf T. The impact of mild stroke on participation in physical fitness activities. *Stroke research and treatment.* 2012;2012:548682. doi:10.1155/2012/548682
 18. Edwards DF, Hahn M, Baum C, Dromerick AW. The impact of mild stroke on meaningful activity and life satisfaction. *Journal of stroke and cerebrovascular diseases.* 2006;15(4):151-7. doi:10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2006.04.001
 19. Goldstein LB, Bertels C, Davis JN. Interrater reliability of the NIH stroke scale. *Arch Neurol.* 1989;46(6):660-2. doi:10.1001/archneur.1989.00520420080026
 20. Jorm AF, Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychol Med.* 1989;19(4):1015-22. doi:10.1017/s0033291700005742
 21. Molloy DW, Standish TI. A guide to the standardized Mini-Mental State Examination. *International psychogeriatrics / IPA.* 1997;9 Suppl 1:87-94; discussion 143-50. doi:10.1017/s1041610297004754
 22. Strobel C, Engedal K. MMSE-NR. Norsk revidert Mini Mental Status evaluering. Revidert og utvidet manual. Tønsberg/ Oslo: Forlaget Aldring og helse; 2008.
 23. Shulman KI, Pushkar Gold D, Cohen CA, Zuccherro CA. Clockdrawing and dementia in the community: A longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry.* 1993;8(6):487-96. doi:10.1002/gps.930080606
 24. Reitan RM. The relation of the trail making test to organic brain damage. *Journal of consulting psychology.* 1955;19(5):393-4. doi:10.1037/h0044509
 25. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW. *Neuropsychological Assessment* 4th ed: Oxford University press 2004. s 371-374
 26. Enemark Larsen A. What COPM can and can not. *Hvad COPM kan og ikke kan.* 2004;65(9).
 27. Cup EH, Scholte op Reimer WJ, Thijssen MC, van Kuyk-Minis MA. Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clin Rehabil.* 2003;17(4):402-9. doi:10.1191/0269215503cr635oa
 28. Canadian Association of Occupational Therapists. *Enabling occupation: An occupational therapy perspective.* Ottawa: CAOT Publications ACE; 1997.
 29. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko HJ, Pollock NJ. Canadian Occupational Performance Measure (Norwegian Version). 4th ed. Oslo: NKRR National Advisory Unit on Rehabilitation in Rheumatology. Diakonhjemmet Hospital; 2008.
 30. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko HJ, Pollock NJ. *COPM Canadian Occupational Performance Measure (Norwegian Version).* 5th ed. Oslo: NKRR National Advisory Unit on Rehabilitation in Rheumatology; 2015.
 31. Tuntland H, Aaslund MK, Langeland E, Espehaug B, Kjekken I. Psychometric properties of the Canadian Occupational Performance Measure in home-dwelling older adults. *Journal of multidisciplinary healthcare.* 2016;9:411-23. doi:10.2147/jmdh.s113727
 32. Phipps S, Richardson P. Occupational therapy outcomes for clients with traumatic brain injury and stroke using the Canadian Occupational Performance Measure. *The American journal of occupational therapy.* 2007;61(3):328-34. doi:10.5014/ajot.61.3.328
 33. Enemark Larsen A, Carlsson G. Utility of the Canadian Occupational Performance Measure as an admission and outcome measure in interdisciplinary community-based geriatric rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy.* 2012; Vol19(2), p204-213. 2012;19(2):204-13. doi:10.3109/11038128.2011.574151
 34. Skubik-Peplaski C, Carrico C, Nichols L, Chelette K, Sawaki L. Behavioral, neurophysiological, and descriptive changes after occupation-based intervention. *The American journal of occupational therapy.* 2012;66(6):e107-13. doi:10.5014/ajot.2012.003590
 35. Polatajko HJ, McEwen SE, Ryan JD, Baum CM. Pilot randomized controlled trial investigating cognitive strategy use to improve goal performance after stroke. *The American journal of occupational therapy.* 2012;66(1):104-9. doi:10.5014/ajot.2012.001784
 36. Hayner K, Gibson G, Giles GM. Comparison of constraint-induced movement therapy and bilateral treatment of equal intensity in people with chronic upper-extremity dysfunction after cerebrovascular accident. *The American journal of occupational therapy.* 2010;64(4):528-39. doi:10.5014/ajot.2010.08027

Deltakelse i forskning og utviklingsarbeid blant ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten

Kommuneergoterapiprojektet skal utvikle kunnskap om kommuneergoterapi i Norge før og etter at ergoterapi blir en lovpålagt tjeneste i kommunene i 2020. Denne artikkelen oppsummerer funnene fra den andre publiserte delstudien fra prosjektet: «Involve-ment in Research and Development Projects Among Community-working Occupational Therapists in Norway».

Tore Bonsaksen, Anne-Stine Dolva, Cathrine Hagby, Unni Sveen, Sissel Horghagen, Else Merete Thyness & Cathrine Arntzen

*Tore Bonsaksen er ansatt ved OsloMet – storbyuniversitetet og Fakultet for helsefag ved VID vitenskapelige høyskole i Sandnes.
E-post: tore.bonsaksen@oslomet.no*

Anne Stine Dolva er ansatt ved Høgskolen i Innlandet i Lillehammer.

Cathrine Hagby er ansatt ved NAV hjelpemiddelsentral Buskerud i Drammen.

Unni Sveen er ansatt ved OsloMet – storbyuniversitetet og Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Oslo universitetssykehus.

Sissel Horghagen er ansatt ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim.

Else Merete Thyness er ansatt i Norsk Ergoterapeutforbund.

Cathrine Arntzen er ansatt ved UiT – Norges arktiske universitet i Tromsø og Universitetssykehuset i Nord-Norge i Tromsø.

Den overordnede hensikten med forskningsprosjektet om ergoterapi i norsk kommunehelsetjeneste er å fremskaffe mer kunnskap om trekk ved tjenestetilbudene på tvers av kommunegrenser og landsdeler, og hvordan tjenestetilbudene endrer seg i perioden mellom 2017 og 2022. For å komme frem til slik kunnskap ble det i 2017 sendt ut en survey-undersøkelse til 1767 ergoterapeuter ansatt i norske kommuner, og komplette svar ble mottatt fra 561 (32 prosent) av dem. Disse ergoterapeutene utgjør utvalget som er benyttet i prosjektets første fase.

DENNE STUDIEN

Her presenteres den andre publiserte delstudien fra prosjektet (Bonsaksen, Dolva, et al., 2018). I denne sammenhengen studerte vi spesielt hvordan deltakerne besvarte spørsmålet «Deltar du i prosjekt eller fagutvikling som del av din stilling?» De som svarte ja, ble deretter spurt om temaet for det aktuelle prosjektet eller fagutviklingsarbeidet. De som svarte nei på spørsmålet, ble deretter spurt om de ønsket å delta i prosjekt eller fagutviklingsarbeid, og eventuelt med hvilket tema. I analysene undersøkte vi om det var

noen egenskaper ved deltakerne eller deres arbeidssituasjon som økte eller reduserte sjansen for å delta i prosjekt eller fagutvikling. De åpne spørsmålene om hvilke tema ergoterapeutene arbeidet med i prosjekter og fagutvikling, eller hvilke de ønsket å arbeide med, ble analysert med tanke på innhold. Svarene ble deretter kategorisert og rangert etter hvor ofte de forekom.

HVA FANT VI?

Av deltakerne var det 245 (43.7 prosent) som oppga at de deltok i prosjekt og utviklingsarbeid, og av disse oppga 74 å være leder for prosjektet. Av de 316 som ikke deltok i prosjekt eller utviklingsarbeid, oppga 220 (69.6 prosent) at de ønsket å delta i slikt arbeid. Idet vi justerte for alle variabler i den statistiske modellen, fant vi at sjansen for å delta i prosjekt eller utviklingsarbeid avtok med alder, mens sjansen økte med arbeidserfaring og med å ha videreutdanning. De som deltok i prosjekt eller utviklingsarbeid, oppga oftest at temaet for prosjektet var kommunalt baserte tjenester, hverdagsrehabilitering eller tekniske hjelpemidler. Hverdagsrehabilitering og tekniske hjelpemidler var også særlig ønskede tema blant dem som oppga at de

ikke deltok i prosjekt, i tillegg til temaet barn og unge.

HVORDAN TOLKER VI FUNNENE?

Det er løfterikt at en så vidt stor andel av ergoterapeuter i kommunene deltar i prosjekter og faglig utviklingsarbeid, og enda mer løfterikt at en stor andel av de som ikke gjør det, har et ønske om å delta i slikt arbeid. Dette er ingen selvfølge, siden slikt arbeid også medfører en ekstra arbeidsbyrde. Prosjekt- og utviklingsarbeid krever særlig kompetanse, og det er derfor rimelig at mer utdanning og arbeidserfaring økte sjansen for å delta i slikt arbeid. I sin tur kan deltakelse i utviklingsarbeid øke mulighetene til å påvirke mål og vilkår på sin egen arbeidsplass og innenfor sin egen virksomhet (Bonsaksen, Sveen, et al., 2018). Høyere alder medfører oftest mer faglig erfaring, men kan også indikere mindre kapasitet og lavere ambisjoner med tanke på å ta på seg ansvarsfulle roller som slikt arbeid medfører. Eldre ergoterapeuter vil også oftest være utdannet i en tid hvor det i mindre grad var forventet at ergoterapeuter skulle delta i forsknings- og utviklingsarbeid. De to viktigste temaene for pågående så vel som ønskede prosjekter og utviklingsarbeid var knyttet til hverdagsrehabilitering og tekniske hjelpemidler. Dette synes i tråd med tidligere norsk forskning på hva som er prioriterte forskningsområder blant norske ergoterapeuter (Gramstad & Nilsen, 2017).

KONKLUSJON

For at ergoterapi skal kunne bidra til positiv endring for personer som trenger det, er det viktig at forskningsinnsatsen også rettes mot egen profesjonsutøvelse



Figur 1. Ny artikkel om deltakelse i forskning og utviklingsarbeid blant ergoterapeuter i norske kommuner.

og den konteksten som omgir ergoterapeuters praksis (Mackenzie, Alvarez Jaramillo, & Ledgerd; Mackenzie et al., 2017). I denne studien fant vi at mange ergoterapeuter i kommunene deltar i prosjekter og utviklingsarbeid, og at mange flere ønsker å delta. Sjansene for å delta økte med mer utdanning og yrkeserfaring, men avtok med alder. Det synes viktig at forskning og utvikling i ergoterapi skjer i et samspill mellom lokalt erfarte behov og profesjonens strategiske mål.

HER KAN DU FINNE ORIGINALARTIKKELEN

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07380577.2018.1526434>

ANDRE RESSURSER

Prosjektgruppens arbeider vil bli samlet på nettstedet ResearchGate: <https://www.researchgate.net/project/Occupational-therapy-in-community-healthcare-contexts-in-Norway>.

FINANSIERING

Prosjektet er støttet av Ergoterapeutenes FoU-midler.

Referanser

- Bonsaksen, T., Dolva, A. S., Hagby, C., Sveen, U., Horghagen, S., Thyness, E. M., & Arntzen, C. (2018). Involvement in research and development projects among community-working occupational therapists in Norway (early online). *Occupational Therapy in Health Care*. doi:10.1080/07380577.2018.1526434
- Bonsaksen, T., Sveen, U., Dolva, A.-S., Horghagen, S., Thyness, E. M., Hagby, C., & Arntzen, C. (2018). Perceived Influence on Service Goals Among Community-Working Occupational Therapists in Norway. *Journal of Primary Care & Community Health*, 9. doi:10.1177/2150132718813491
- Gramstad, A., & Nilsen, R. (2017). Prioriterte områder for forskning blant kommuneergoterapeuter i Norge. *Ergoterapeuten*, 60(3), 36-45.
- Mackenzie, L., Alvarez Jaramillo, L., & Ledgerd, R. (2018). Developing international research priorities for occupational therapy (early online). *British Journal of Occupational Therapy*. doi:10.1177/0308022618803869
- Mackenzie, L., Coppola, S., Alvarez, L., Cibule, L., Maltsev, S., Loh, S. Y., . . . Ledgerd, R. (2017). International Occupational Therapy Research Priorities: A Delphi Study. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 37(2), 72-81. doi:10.1177/1539449216687528

Deltakelse i samfunnet for personer med funksjonshemming

Av Else Merete Thyness

– Hvem er Annelie Schedin Leiulfsrud?

– Jeg har lang fartstid som klinisk ergoterapeut innen ryggmargsskaderehabilitering både i Sverige og i Norge. Ryggmargsskadde er en gruppe som jeg fortsatt er opptatt av – nå som forsker og lærer ved Ergoterapiutdanningen i Trondheim. På ergoterapiutdanningen underviser jeg blant annet i emnet «arbeid og helse» for bachelor- og masterstudenter.

– Hva forsker du på?

– Mitt hovedfokus er på deltagelse og arbeidsdeltakelse i samfunnet for funksjonshemmede – en interesse som startet i forbindelse med mitt doktorgradsarbeid (Leiulfsrud, 2016). Jeg deltar i et globalt WHO-nettverk som i dag inkluderer 22 land (International Spinal Cord Injury Survey – InSCI). Ved årsskiftet avsluttet vi datainnsamlingen om «det levde liv for personer med ryggmargsskade». Det er en studie som inneholder opplysninger om helse og komplikasjoner, livskvalitet, deltagelse og inkludering, holdninger, ADL, fysisk aktivitet med mer. Nå gjenstår en spennende analyse av det omfattende materialet. Det er veldig spennende og lærerikt å være en del av dette tverrfaglige prosjektet med psykologer, leger,

fysiologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosiologer, filosofer, antropologer og statistikere. Mitt bidrag er her primært innenfor områdene deltagelse og arbeidsdeltakelse, ADL samt sosial identitet. Jeg deltar også i et nyoppstartet prosjekt om mennesker med funksjonsnedsettelse i grenselandet ungdom-voksne og deres deltagelse i arbeid. Dette er et samarbeid mellom Norge, Sverige og Finland.

– Hva er dine hovedfunn?

– Ettersom vi enda ikke har bearbeidet datamaterialet fra InSCI-studien, er det mest nærliggende å vise til ILIAS-SCI (International Labour Market Integration for People with Spinal Cord Injury), som jeg fortsatt jobber med.

Viktige resultater fra den norske og europeiske delen av ILIAS-SCI er knyttet til den «sosiale gradienten» i arbeidsdeltakelse etter en ryggmargsskade, der personer i arbeiderklassejobber har langt større sannsynlighet å falle ut av arbeidslivet enn de med god utdanning i middelklassejobber. Utdanning er viktig, men god oppfølging og støtte fra arbeidsgiver er vel så avgjørende. Resultatene er viktige fordi det peker på behov for målrettede rehabiliteringstiltak som poten-



NAVN: Annelie Schedin Leiulfsrud

STILLING: Ergoterapispesialist, førsteamanuensis og ph.d. ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap ved NTNU i Trondheim

sielt kan få langt flere i varig arbeid. For å få til dette kreves det imidlertid fortsatt mer og langt bedre samhandling mellom brukeren/pasienten, spesialist- og kommunehelsetjenesten og NAV og arbeidsgiverne (Solheim & Leiulfsrud, 2018)

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

– Mye, og kanskje det beste jeg har lest i jobbsammenheng, er ikke nødvendigvis artikler, men gitt ut i bokform. I forlengelsen av et aktivitets- og deltakelsesperspektiv er det nærliggende å interessere seg for hvordan vi som mennesker ser og vurderer hverandre. Axel Honneth og Nancy Frasers bok «Redistribution or Recognition: A Political-Philosophical Exchange» er et viktig bidrag. Dette er en debatt der Honneth og Fraser både samarbeider og har ulike oppfatninger om sosial

rettferdighet (social justice) i en tid preget av økt individualisering og identitetspolitikk.

I denne boka videreutvikler Honneth sin anerkjennelsesteori knyttet til erfaringer av krenkelse og miskjennelse. Grunntanken i Honneths teori er at anerkjennelse er et universelt menneskelig behov som er nødvendig for at individet skal utvikle selvrespekt og selvaktelse. Med hjelp av Honneth kan vi lettere forstå hvorfor det er avgjørende å møte pasienter med respekt og toleranse uavhengig av kultur og sosiale forskjeller. Om vi ensidig fokuserer på anerkjennelse og rettigheter uten at vi samtidig har en forståelse av menneskers makt og ressurstilstand så er det dog langt i fra selvfølgelig at dette bidrar til økt autonomi og empowerment i det

levde liv. Her har Nancy Fraser et poeng om at gjensidighet og toleranse ikke nødvendigvis er symmetrisk, og at vi som klinikere må være bevisst hva slags roller vi spiller i møter med pasienter med ulike ressurser og bakgrunn.

– Hva mener du vi trenger mer forskning om innen ergoterapi?

– Norske ergoterapeuter har et stort potensial i arbeidsrettet rehabilitering. Forskning som kan avdekke hva som kan bidra til å bryte ned barrierer og avdekke faktorer som kan få flere mennesker i varig arbeid, er viktig for faget og for samfunnet.

Vi trenger mer forskning innen området deltakelse – ikke minst arbeidsdeltakelse for utsatte grupper i samfunnet, som eksempelvis unge personer i grenseland

mellom ungdom og voksen, eldre, ulike grupper av funksjonshemmede, personer med psykiske vansker og immigranter.

Kilder:

- Honneth, Axel & Fraser, Nancy (2004). *Redistribution or Recognition: A Political-Philosophical Exchange*. London & New York. Verso.
- Leiulfsrud, Annelie Schedin, *Exploring persons with a spinal cord injury participation in society - The paradoxes of the participation dimension in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Trondheim: NTNU 2016 (ISBN 978-82-326-1987-0) 209 s. Doktoravhandling ved NTNU(2016:324)
- Solheim, Erling & Leiulfsrud, Annelie Schedin (2018). Employment after spinal cord injury in Norway: A cross-sectional survey. *Scandinavian Journal of Disability Research* 2018 ;Volum 20.(1) s. 197-210.



- Løsninger som fungerer



Bredt utvalg av stoler til barn og små voksne

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

Velferdsprofitører – hva med fremtiden?

«Velferdsprofitørene» var tittelen på foredraget som samlet 43 seniorergoterapeuter og i tillegg noen yrkesaktive i Litteraturhuset 4. april i år. Lite ante vi om hva vi skulle få innblikk i.

Av Liv Hopen



Økonomihistoriker Linn Herning er daglig leder av alliansen «For velferdsstaten».



Hun har skrevet boken «Velferdsprofitørene», utgitt på Manifest forlag.

Økonomihistoriker Linn Herning, daglig leder av alliansen «For velferdsstaten», snakket for et lydhørt publikum på møtet til Ergoterapeutenes Seniorforum i Litteraturhuset.

HVA ER VELFERDSPROFITØRER

Multinasjonale selskaper har kommet inn på markedet «Velferdstjenester» fordi det er penger å tjene. Linn Herning beskrev det som «private sugerør i fellesskapets kasse».

Det dreier seg om virksomhet som betales av skattepenger. Barnevernsbransjen er en av de mest lønnsomme bransjene, og barnehager og sykehjem. – Profitørene utnytter markedet der det er lønnsomme kunder, sa Herning.

HVORDAN ARBEIDER DE NYE AKTØRENE I MÅRKEDET?

Virksomheter kjøpes opp av store kommersielle selskaper. De ansetter gjerne profesjonelle anbydere, slik at de vinner anbudskonkurransene. De får samme støtte som de offentlige tjenestene for å drive virksomhetene. Måten de tjener penger på, er for eksempel å kreve at de ansatte skal være selvstendig næringsdrivende. Da slipper de å betale både arbeidsgiveravgift og pensjon, så her er

penger å tjene. Eller de kutter på bemanningen.

Ansatte som opererer som selvstendig næringsdrivende har ikke rett til sykepenger eller pensjon. Det er dårlig kontroll med økonomien, og selskapene gjemmer seg gjerne bak at dette er forretningshemmeligheter.

HVORDAN BRUKES HELSEKRONENE?

Pengene går i flere tilfeller direkte til egne skatteparadiser. Selskapene kjøper virksomheter, effektiviserer og selger etter ti år med økt kapital. De har ingen forpliktelser for hva de driver med.

TRENGER IKKE DET OFFENTLIGE KONKURRANSE?

Det kan være en fare for at det offentlige kan stivne. Derfor er det positivt med konkurransen fra de private ideelle instansene. Det kan gi det mangfoldet som politikerne etterspør.

PRIVATE IDEELLE, IKKE PRIVATE KOMMERSIELLE

Motivasjonen er helt forskjellig om det er Frelsesarmeen eller profittfolk som står bak. Politikerne burde skille mellom ideelle og kommersielle når de legger til rette for private aktører i velferdsmarkedet.



Liv Hopen er leder av Ergoterapeutenes seniorforum.

BOKOMTALE

Hverdag i velferdsstatens bofellesskap

Retten til en hverdag med aktivitet er et av kapitlene i boka «Hverdag i velferdsstatens bofellesskap». Professor Jan Tøssebro har i samarbeid med kollegaer laget en bok om utfordringene i hverdagslivet for funksjonshemmede som bor i kommunale bofellesskap. Utviklingen har gått i feil vei og truer retten til en hverdag med aktivitet for mennesker som bor i bofellesskap.

Av Sissel Horghagen

Retten til en hverdag med aktivitet er et av kapitlene i boka Hverdag i velferdsstatens bofellesskap. Professor Jan Tøssebro har i samarbeid med kollegaer laget en bok om utfordringene i hverdagslivet for funksjonshemmede som bor i kommunale bofellesskap. Denne boformen vokste fram for utviklingshemmede i 1990-årene, etter den store nedbyggingen av sentralinstitusjoner. Denne boformen har også blitt vanlig for personer med psykiske vansker eller omfattende bevegelsesvansker. Kommunale bofellesskap har blitt vår tids alternativ til institusjoner, men de skal ikke ligne institusjoner, verken i beliggenhet, utforming eller omsorgsform. Bofellesskapene er noens hjem og andres arbeidsplass – med de utfordringene og dilemmaene dette medfører. Særlig løftes fram utfordringer med å kunne gjøre valg i hverdagslivet og til å kunne gjøre aktiviteter alene eller sammen med andre venner man har, enn de som man lever sammen med i bofellesskapet.

OMFATTENDE TJENESTER I ANDRES HJEM

Denne boka er et resultat av prosjektet «Omfattende tjenester i andres hjem» som har vært et samarbeid mellom forskere ved NTNU Samfunnsforskning, Nord universitet og NTNU. Det ble ledet av professor Jan Tøssebro. Ergoterapeututdanningen i Trondheim ved NTNU har deltatt gjennom førsteamanuensis Eva Magnus' deltakelse i prosjektet. Bachelorstudenter har vært invitert inn i prosjektet sammen med studenter fra vernepleierutdanningen. Dette har

resultert i både bacheloroppgaver og brosjyrer om retten til en hverdag med aktivitet. Ergoterapeut Eva Magnus har også bidratt til tre av kapitlene i boka, som kan anbefales da den har et gjennomgående aktivitets- og deltakelsesperspektiv. Boka løfter også bofellesskapene refleksivt opp imot politiske idealer og utviklingslinjer i den norske velferdspolitikken og stiller spørsmål om hvor det ble av de politiske idealene. Boka er utgitt på Universitetsforlaget og koster 409 kroner.

Det ble arrangert boklansering ved NTNU i mai som et samarbeid mellom NTNU Samfunnsforskning, programmet for vernepleierutdanning og programmet for ergoterapeututdanning.



Boken «Hverdag i velferdsstatens bofellesskap» er utgitt på Universitetsforlaget.



Samling på NTNU: Fra venstre: Aud Elisabeth Witsø, Odd Morten Mjøen, Eva Magnus, Anna Kittelsaa, Oddbjørn Johansen, Berit Berg, Jan Tøssebro og Hilde Guddingsmo.

Nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen ergoterapi og ortopediingeniørfag

De nasjonale fagorganene blir opprettet etter behov for å løse langsiktige oppgaver innenfor spesifikke fagfelt. Formålet med de nasjonale fagorganene er å ivareta institusjonenes behov for faglig og administrativ utvikling, erfaringsdeling, samordning og nasjonal koordinering innenfor avgrensede fagområder.

Av Sissel Horhagen, Toril Beate Røssvoll og Nina Kristin Brostrøm

Sissel Horhagen er leder for Nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen ergoterapi og ortopediingeniørfag.

Toril Beate Røssvoll er nestleder i Nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen ergoterapi og ortopediingeniørfag.

Nina Kristin Brostrøm er sekretær i Nasjonalt fagorgan for utdanning og forskning innen ergoterapi og ortopediingeniørfag.

UNIVERSITET OG HØGSKOLERÅDET (UHR)

Universitets- og høyskolerådet (UHR) er en medlems- og interesseorganisasjon for akkrediterte institusjoner under lov om universiteter og høyskoler 1. april 2005. UHR skal fremme universiteter og høyskolars interesser, bidra til samordning og arbeidsdeling i sektoren og skape gode møteplasser for universiteter og høyskoler, nasjonale myndigheter samt andre nasjonale og internasjonale aktører.

Det er seks ergoterapeututdanninger i Norge og én ortopediingeniørutdanning. Disse utgjør en egen faggruppe i Universitets- og høyskolerådet (UHR), som består av studieprogramlederne ved disse utdanningene samt observatører. Fagorganet planlegger og organiserer møtene sine sammen med fysioterapeututdanningene i Norge, og noen av temaene diskuteres i fellesskap, mens andre behandles i de respektive gruppene. Fagorganet har møte en gang hvert semester og leder deltar på fellesmøter for alle helse- og sosialutdanningene i UHR. Her diskuteres utdannings-

politiske spørsmål. Dette er et råd og har ikke beslutningsmyndighet. I den siste perioden har Mona Dahl fra OsloMet vært leder i gruppa med Toril Beate Røssvoll fra UiT Norges arktiske universitet som nestleder og Lars Mesna Helliksen som sekretær. Fra første januar i 2019 er Sissel Horhagen fra NTNU leder med Toril Beate Røssvoll som nestleder og Nina Kristin Brostrøm som sekretær i arbeidsutvalget. Arbeidsutvalget er valgt for en treårsperiode. Vårsemesterets møte var lagt til Tromsø. Vi vil i denne artikkelen gjøre rede for hva som var aktuelle utdanningssaker relatert til ergoterapeututdanningene på vårens møte.

STUDIEBAROMETERET

Studiebarometeret er en nasjonal spørreundersøkelse som blir sendt ut til over 60 000 studenter hver høst. Undersøkelsen spør om studentenes oppfatninger om kvalitet i studieprogrammer ved norske høyskoler og universiteter. Formålet med Studiebarometeret er å styrke arbeidet med kvalitetsutvikling i høyere utdanning og gi nyttig informasjon om

studiekvalitet. Studiebarometeret inneholder blant annet studentenes vurdering av kvaliteten på 1800 studieprogrammer. Studentene svarer på hvert spørsmål ved bruk av en skala fra 1-5, der 5 angir best score. Studiestedene bruker resultatene fra Studiebarometeret aktivt som et styrings- og kvalitetssystem. Særlig ble det diskutert hvordan man kan styrke studentenes medvirkning. Noen hadde valgt å la studentene velge hvilke temaer som skulle være obligatoriske gjennom demokratiske valg. Det ble stilt spørsmål om balanse mellom medvirkning og kvalitetssikring av utdanning.

NASJONALT UNDERVISNINGSSAMARBEID

Fagorganet har gått sammen om å lage et nasjonalt undervisningssamarbeid inkludert digitale læringsressurser. Formålet var å få til et tettere faglig samarbeid mellom ergoterapeututdanningene i Norge. Arbeidsutvalget har laget et mandat for felles undervisningstema. En person fra hver utdanning har gått inn i dette arbeidet som nå ledes av Fanny A. Jakobsen ved VID. Gjennom dette samarbeidet kan utdanningene trekke veksler på hverandres kompetanser og bygge bredere fagmiljø nasjonalt. Rita Jentoft, som sitter i gruppen fra UiT Norges arktiske universitet, representerte gruppen på møtet og informerte om arbeidet så langt. Temaet som er valgt ut for det nasjonale undervisningssamarbeidet, er aktivitetsanalyse. Arbeidet skal være ferdig til de nye studieplanene skal implementeres på alle utdanningene høsten 2020.

UTDANNINGSKAPASITET

Denne saken var meldt opp av forbundet, og Toril Laberg pre-

senterte det. Ergoterapeutene registrerer en økende etterspørsel etter ergoterapeuters kompetanse på mange områder. Demografiutviklingen tvinger fram nye arbeidsmåter og nye organiseringer der ergoterapeuters kompetanse etterspørres. Kommunehelsetjenesten får flere brukere, og spesialisthelsetjenesten får økende press med kortere liggetid og nye arenauavhengige tilbud. Riktig utdanningskapasitet er viktig for å sikre at det er tilgjengelige ergoterapeuter når vår kompetanse etterspørres.

Ergoterapi blir også, som kjent, en lovpålagt tjeneste i kommunene fra første januar 2020. Per i dag er cirka 80 kommuner uten stilling for ergoterapeuter. Like mange kommuner har ergoterapeuter kun i deltidsstillinger. Til sammenligning var 111 kommuner uten ergoterapeuter i 2013, så det er en positiv utvikling. Kommunene har mellom 0 og 12 ergoterapeuter per 10 000 innbyggere. Tallet inneholder ergoterapeuter i ulike stillinger og gir i snitt tre ergoterapeuter per 10 000 innbyggere. I både Sverige og Danmark er det cirka 10 ergoterapeuter per 10 000 innbyggere. Fra 2016–2017 ble det opprettet 172 stillinger for ergoterapeuter i kommunene. I tillegg er det ergoterapeuter som går av med pensjon som skal erstattes.

I 2017 ble det utdannet cirka 220 nye ergoterapeuter i Norge. Kommunetallene fra SSB vekker både bekymring og interesse hos Ergoterapeutene og danner grunnlag for å diskutere dette temaet i NFO-EO. Økt utdanning av ergoterapeuter vil kreve flere praksisveiledere, og Ergoterapeutene vil gjerne drøfte hvordan forbundet kan bidra til å motivere medlemmer til å bli praksisveile-

dere og til å øke egen kompetanse der det er nødvendig. Under diskusjonen kom det fram at behov for økt utdanningskapasitet oppfattes noe ulikt, og at en økning ikke nødvendigvis trenger å skje på alle utdanningsstedene. Det kom også fram anbefalinger om å øke utdanningskapasitet på eksisterende utdanninger, i motsetning til å etablere flere ergoterapeututdanninger, da det gir mer robuste fagmiljø. Det nasjonale fagorganet NFO-E ga tilslutning til at forbundet utreder dette. Det er opp til Kunnskapsdepartementet og de ulike universitetene og høyskolene til slutt å avgjøre om utdanningskapasiteten skal økes.

NYTT STYRINGSSYSTEM FOR HØYERE UTDANNING INNEN HELSE- OG SOSIALFAG

Kunnskapsdepartementet har vedtatt at de gamle rammeplanene skal erstattes med *Retningslinjer og Forskrift for nye helse- og sosialfagutdanninger*. RETHOS står for RETningslinjer for Helse Og Sosialfagutdanninger. Den nye forskriften skal gjelde fra høsten 2020.

Fagorganet er en naturlig arena for å diskutere og dele erfaringer om dette arbeidet. Særlig er det viktig å se på hvordan vi kan bidra med synergieffekter med tanke på implementering av felles læringsutbyttebeskrivelser. På møtet la alle utdanningene fram utkast til sine nye studieplaner. Det kom tydelig fram at de ulike utdanningene tolker *Forskrift for nye helse- og sosialfagutdanninger* forskjellig. Det ble stilt spørsmål om dette er en tilsiktet praksis fra Kunnskapsdepartementet. Man ser de samme trendene i andre utdanninger. Utdanningene uttrykker at de er mer styrt av pålegg fra de respektive universitetene enn av

forskriften. Det er mange meninger om dette, om en så åpen tolkning er hensiktsmessig eller ikke. På møtet ble det diskutert om det er mer behov for en harmonisering av studieplanene generelt og av spesielle emner, slik som for eksempel bacheloremnet.

SAMISKE PERSPEKTIVER

Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger, paragraf 2 Felles læringsutbytte, beskriver at kandidaten skal kjenne til samers rettigheter og ha kunnskap om og forståelse for samenes status som urfolk. Professor Ann Ragnhild Broderstad var invitert til å innlede om emnet. Hun er faglig leder og overlege ved senter for samisk helseforskning (SSHF). Senteret er en selvstendig institusjon ved institutt for samfunnsmedisin ved UiT Norges arktiske universitet. Senteret (SSHF) ble opprettet i 2001 med hovedoppgave å fremskaffe ny kunnskap om helse- og levekår til den samiske befolkningen i Norge. SSHF vektlegger tverrfaglig forskning, der befolkningsbaserte studier og bruk av kvantitative metoder står sentralt. Helse- og levekårsundersøkelsen SAMINOR er senterets viktigste forskningsprosjekt og den eneste nyere befolkningsundersøkelsen i Norge som bidrar til økt kunnskap om helse- og levekår i den samiske og nordnorske distriktsbefolkning. Hovedformålet er å se på helse og sykdom i relasjon til levekår for den samiske befolkningen og sammenligne med ikke-samisk befolkning i samme geografiske område.

Det er gjort to helse- og levekårsundersøkelser: SAMINOR 1 fra 2003–2004 og SAMINOR 2 fra 2012–2014. SAMINOR-undersøkelsene omfatter mange forsknings-

områder og kan deles inn i tre hovedtemaer: kroppslig helse, psykisk helse og helsetjenester til befolkningen. Undersøkelsen gikk inn i 24 kommuner i hovedsak i Finnmark, men også en del kommuner sørover som for eksempel Røros/Brekken-distriktet. En tredje undersøkelse er under planlegging: SAMINOR 3, som vil foregå i perioden 2019–2024. Noen av resultatene fra SAMINOR 2, blant annet resultatet på forekomst av diabetes 2 sammenlignet med resultater fra undersøkelser fra folkehelseinstituttet (FHI), viser høyere forekomst av diabetes 2 blant den samiske befolkningen.

Manglende kompetanse om urfolk kan føre til misforståelser i et helseperspektiv basert på språkproblemer og liten eller ingen kjennskap til kultur/bakgrunn. Mange personer og grupper i den samiske befolkningen skammer seg den dag i dag over å være same, basert på diskriminering og hendelser i et historisk perspektiv. Spesielt forsøket på fornorskning av den samiske befolkningen fikk mange til å skamme seg over sin herkomst og vil sannsynligvis ha innvirkning på fremtidige generasjoner. Resultatet av dette er at mange forsøker å skjule sin samiske opprinnelse i møte med helsevesenet. Derfor er det så viktig at studentene i dag lærer seg den samiske historien for å forstå reaksjoner og oppførsel til samiske pasienter. Uten denne informasjonen kan ikke behandleren forstå pasienten som en helhet. Det er viktig at studentene lærer og forstår at det er behandler som har ansvaret for å kommunisere korrekt med pasienten.

For å sikre at våre studenter blir skolert til å møte urfolk med ydmykhet og respekt, bør vi

starte opplæring av helsefaglige studenter tidlig i utdanningsløpet og inkludere samiske temaer i kliniske undersøkelser. Temaet bør være obligatorisk hvis dette skal få ønsket effekt. Det kan også være mulig å bruke digitale verktøy som MOOC som et supplement til vanlig undervisning.

TERSKELVERDIER I ERGOTERAPI

Sophie Hill orienterte om «threshold concepts» eller terskelverdier. Dette er en betegnelse på grunnleggende begreper og forståelser i de ulike profesjonene. Disse begrepene kan være vanskelige å forstå først, som for eksempel aktivitetsanalyse, aktivitet, hverdagsliv og klinisk resonnering. Studentene blir utfordret til å forstå hva som ligger i begrepene, men når de forstår det, er det som de går gjennom en portal. Da åpner det opp for en ny, tidligere utenkelig måte å forstå og tenke på. Denne transformasjonen kan skje plutselig eller over en lengre periode.

All læring krever endring i subjektivitet, en endring i selv-tillit og bevissthet om seg selv. Den vanligste beskrivelsene av et terskelbegrep tar utgangspunkt i disse fem begrepene; Integrerende, Transformativ, Irreversibel, Avgrenset, og Plagsom/utfordrende.

Det kan også kalles en konseptuell forståelse som integreres i læringen, og som fører til fundamentale endringer i måten studenten forstår emnet på. Denne prosessen/transformasjonen innebærer ofte følelsen av et «tap» av en kjent måte å tenke på, det kan være skremmende å bevege seg bort fra den trygge måten man kjenner. Prosessen med å krysse terskelen er også beskrevet som psykisk og emosjonelt ubehagelig. Man må

utvikle forståelsen av emnet, men det fører ikke nødvendigvis til et annet kvalitativt syn på det. Det diskuteres om disse forståelsene er reversible eller ikke, men det kan virke som om det kan være vanskelig for studenten «å gå tilbake» når de først har krysset terskelen. Underveis i foredraget utfordret Sophie Hill-deltakerne til å diskutere forskjellige begrep knyttet opp mot «threshold concepts», og hva som er slike sentrale begrep i arbeidet med de nye studieplanene.

PLAN S

Plan S handler om å gjøre all forskning allment tilgjengelig. Så langt har elleve nasjoner sluttet seg til prinsippene, men innføringen er mer komplisert enn hva som var tenkt. Mesteparten av dagens forskningslitteratur publiseres i abonnementsbaserte tidsskrifter, som gjør tilgangen begrenset av betalingsmurer. De fleste ansatte på universiteter har tilgang som er betalt av arbeidsgiver. Økonomi er en av årsakene til at man ønsker åpen forskning for å slippe å betale for samme forskning flere ganger. Det pågår for tiden en engasjert diskusjon blant forskere om hvilke eventuelle konsekvenser plan S kan få for dem. Publisering koster penger, så dersom tidsskrifter ikke skal ta betalt gjennom abonnemeter, så må pengene komme fra et annet sted. Løsningen man ser for seg i plan S er å flytte pengestrømmen slik at forskningsmiljøet må betale for å publisere. Det vil være den samme kvalitetskontrollen for publisering som tidligere. Det er ingen global enighet om hvilken form for åpen tilgang som skal være normen. Planen er at all offentlig finansiert forskning skal



SAMINOR-undersøkelsene omfatter mange forskningsområder og kan deles inn i tre hovedtemaer: kroppslig helse, psykisk helse og helsetjenester til befolkningen.

ha åpen tilgang innen 1.1. 2020. Vi har heldigvis et eget tidsskrift som har open access, og der det ikke koster å publisere.

ETISK HANDEL

Formålet med Etisk Handel er å fremme ansvarlige leverandørkjeder slik at internasjonal handel bidrar til å ivareta menneske- og arbeidstakerrettigheter, bærekraftig utvikling og forsvarlig miljøhåndtering. Tematikken er også en del av FNs bærekraftsmål, som er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe

ulikhet og stoppe klimaendringer innen 2030.

I fagrådet diskuterte vi blant annet hvordan vi kan bidra til å fremme bevissthet over innkjøp. Det er viktig at våre studenter får informasjon om dette, spesielt med tanke på at de er morgendagens innkjøpere. Det kom fram at det særlig kan være utfordringer som bryter etisk handel ved import av ortopedisk utstyr. Konklusjonen etter innlegget og en kort diskusjon er at temaet er viktig og relevant, og man ønsker å ta med temaet inn til høstmøtet 2019.

E-læring for kommunale ergoterapeuter

NAV Hjelpemidler og tilrettelegging er et nasjonalt resultatområde i NAV. Resultatområdet har 1400 ansatte på landsbasis. Vi skal bidra til en likeverdig og helhetlig problemløsning for mennesker med funksjonsnedsettelse og våre fylkesenheter er ressurs og kompetansesentra innen hjelpemiddelformidling og tilrettelegging.

Av Dag Martinsen



Dag Martinsen er tilknyttet Fagsenter for NAV hjelpemidler og tilrettelegging.

Det er kommunene som er den viktigste samarbeidsparten for hjelpemiddelsentralene i boligsaker. NAV Hjelpemiddelsentral skal samarbeide med kommunene i komplekse saker når kommunene trenger bistand i tilrettelegging, og når brukeren har behov for tekniske hjelpemidler. Kommunen har et ansvar for å utrede saken og sende søknad om teknisk tilrettelegging til hjelpemiddelsentralen.

For å få til økt deltakelse og selvstendighet hos mennesker må boligen fungere. Hvile, personlig hygiene og ernæring er grunnleggende og danner forutsetninger for skole, utdanning og fritidsaktiviteter. Dersom ikke boligen kan tilby det grunnleggende, blir det hypotetisk å snakke om selvrealisering, forteller Dag Marthinsen, koordinator for satsing på bolig på Fagsenteret for NAV hjelpemidler og tilrettelegging.

E-LÆRING

I boligsaker er en god funksjonsvurdering av brukeren viktig, men en nøyaktig beskrivelse av hva som faktisk skal tilrettelegges i brukers bolig, er en forutsetning

for god og effektiv saksbehandling. Hjelpemiddelsentralene jobber for økt kompetanse i kommunene og holder blant annet kurs for kommunene. NAV Hjelpemidler og tilrettelegging har utviklet to e-læringsmoduler som skal bidra til økt kompetanse og bevissthet knyttet til tilrettelegging av boliger.

Hoveddelen heter *Grunnkurs bolig* og er en e-læringsmodul som retter seg mot grunnleggende tilrettelegging av boliger for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Denne e-læringen tar for seg boligtilrettelegging som ikke fordrer store tekniske inngrep, og er ment som en grunnopplæring for de som jobber med dette i kommunene. Mye tilrettelegging dreier seg om å forebygge fall og kan blant annet gjøres ved enkle grep.

HVORDAN LAGE GODE TEGNINGER?

Hjelpemiddelsentralen er avhengig av målsatte tegninger når man skal ha konkrete tekniske tilrettelegginger. Hva som er gode nok tegninger, kan være vanskelig å vite, og hjelpemiddelsentralene trenger ofte konkrete og nøyak-

KUNNSKAPSBANKEN

Fag ▾ Artikler ▾ E-læring ▾ LOGG INN ▾ Q

GRUNNKURS BOLIG

e-læring

Grunnkurs bolig

7. MAI 2019 /

Målgruppen for kurset er primært personer som bistår brukere med å søke om tilrettelegging av boligen. Dette er i hovedsak kommunale fysioterapeuter og ergoterapeuter, gjerne i samarbeid med kommunens boliggruppe.

Kurset kan også være relevant for andre faggrupper og ellers de som er interessert i tema bolig. Det kan være andre ansatte i kommunen som kommunale serviceteknikere, brukere og deres pårørende.

E-læringskurset vil være nyttig for både nye og erfarne medarbeidere og egner seg også som opplæring i mindre grupper.

Kurset og tilhørende test tar cirka 90 minutter å gjennomføre. For å bli registrert og få kursbevis, må du bestå testen.

Du kan starte og avslutte kurset så mange ganger du har behov for, og du må ikke fullføre hele kurset i sammenheng. Etter at du har gjennomført hele kurset, kan du bruke det som oppslagsverk.

Kurset inneholder nyttig materiale som du kan laste ned og skrive ut.

[Ta kurset](#)

Kursinnhold

Utvid alle | Skjul alle

Kapitler	Status
1 Innledning	<input checked="" type="checkbox"/>

Du finner Grunnkurs bolig på kunnskapsbanken.net. Modulen retter seg mot grunnleggende tilrettelegging av boliger for mennesker med nedsatt funksjonsevne.

tige tegninger av bad, kjøkken eller inngangspartier til boligene. Tegninger kan være vanskelige å lage, og det kan være utfordrende å vite hva slags mål hjelpemiddelsentralen faktisk trenger.

NAV Hjelpemidler og tilrettelegging har utviklet en e-læringsmodul som tar sikte på å utvikle tegneferdighetene for de som skal lage skisser over rom eller funksjoner som skal tegnes og målsettes. E-læringen ble lansert i januar 2019 og ligger nå på www.kunnskapsbanken.net.

Som en del av e-læringen

er det utarbeidet en huskeliste for dem som skal på befaring til bruker. Den kan brukes som en mal for hvilke mål det er viktig å ta med. Huskelisten rommer de vanligste utfordringene i hjemmet, som inngangsparti, bad og kjøkken. E-læringen er basert på film, og gjennom disse blir man vist hvordan man tar de ulike målene i boligen.

E-LÆRING SOM OPPSLAGSVERK

E-læringen skal gjøre kommunene bedre i stand til å foreta enkle-

re tilrettelegginger og sende mer utfyllende søknader og tegninger til NAV Hjelpemiddelsentral.

E-læringen kan repeteres, og man trenger ikke dra noe sted for å få gjennomført den. E-læring kan man ta på kontoret som en hel modul, og man kan gå gjennom deler av den før man skal ut på konkrete brukerbefaringer.

Hjelpemiddelsentralene kan bistå kommunene i spørsmål om e-læringsinnholdet.

Du finner mer om dette på kunnskapsbanken.net.

Kjønnsdelte hjelpemidler

Rapporten «Kjønnsdelte hjelpemidler?» ble presentert på en pressekonferanse i Unge funksjonshemmedes lokaler, 5. juni. – I kommuner med dårlig dekning av ergoterapeuter havner aktivitetsbaserte hjelpemidler langt nede på prioriteringslisten, sa Annette Solberg, som presenterte undersøkelsen.

Av Else Merete Thyness

Studien er gjennomført av Likestillingssenteret i samarbeid med Østlandsforskning. Målet med undersøkelsen var å avdekke hvorvidt det finnes utilsiktede skjevheter og ulikheter i tildeling av hjelpemidler basert på kjønn, alder og bosted. De ønsket også å finne ut hvorfor det var en skjevhet i tildelingen.

– Vi ville rette søkelyset på eksisterende og eventuelt diskriminerende praksis, sa Annette Solberg, som er rådgiver ved Likestillingssenteret.

FLERE MENN FÅR HJELPEMIDLER MED MOTOR

Kartleggingen er gjennomført ved hjelp av statistisk analyse av tildelte hjelpemidler og fokusgruppeintervju med hjelpemiddelforbidlere. Undersøkelsen viser at menn mottar flere hjelpemidler enn kvinner når hjelpemiddelet inneholder en motor, har en elektronisk komponent, samt når den bidrar til fysisk aktivitet. Kvinner får flest hjelpemidler knyttet til tilpassing av hjemmet og kjøkkenet og rullestoler med kort rekkevidde. Dette gir menn mer mulighet til deltakelse i samfunnet.

– Vi spurte informantene om hva de mente var årsakene til at menn oftere får elektriske rullestoler enn kvinner. Svaret var at det er forventet at menn har behov for å komme seg ut, menn er mer tekniske enn kvinner, og at de har et større behov for å være i aktivitet, sa Solberg.

STOR FORSKJELL MELLOM KOMMUNER OG FYLKER

Undersøkelsen viser at lovverk og retningslinjer tolkes ulikt av hjelpemiddelsentralene, noe som fører til ulik praksis. Samtidig spiller kommunens økonomi og hvor mange ergoterapeuter som er ansatt i hver kommune, en stor rolle. Få ergoterapeuter kan bety at først og fremst hverdagen ivaretas, deretter arbeid og utdanning.

– I kommuner med få ergoterapeuter havnet aktivitetshjelpemidler og seksualtekniske hjelpemidler langt nede på prioriteringslisten. I kommuner med flere ergoterapeuter er dette bedre. En høyere dekningsgrad av ergoterapeuter i kommunene er derfor avgjørende for å kunne gi likeverdige, offentlige tjenester og like bra tilbud til alle, uavhengig av hvor de bor.

Dette handler om kommuneøkonomien og de politiske prioriteringene i kommunene.

Undersøkelsen peker også på at regelverket tolkes ulikt av hjelpemiddelsentralene, særlig når det gjelder aktivitetshjelpemidler.

– Dette gir rom for ulik praksis og prioritering, sa Solberg.

Alle kan søke NAV om aktivitetshjelpemidler, men for de under 26 år er det ingen egenandel.

– Vi mener denne aldersgrensen bør fjernes, slik at alle med funksjonsnedsettelse som ønsker å være aktive, kan være det uten hensyn til alder og økonomi.

STEREOTYPIER OG FORVENTNINGER

Basert på intervjuene og den kvantitative analysen konkluderer undersøkelsen med at det ikke er likeverdige, offentlige tjenester i dagens hjelpemiddelsystem, fordi stereotypier og forventninger til kjønn skaper begrensninger for menn og kvinner til lik tilgang på hjelpemidler. Dette er et klart brudd på artikkel 8b i FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, som sier at man er forpliktet til «å bekjempe stereo-



Anette Solberg og Anette Remme presenterte undersøkelsen «Kjønnsdelte hjelpemidler? Kartlegging av hjelpemidler til personer med nedsatt funksjonsevne». Foto: Ida C. Freng

typier, fordommer og skadelig praksis knyttet til mennesker med nedsatt funksjonsevne, også de basert på kjønn og alder, på alle livets områder».

– Skal vi følge opp prinsippene om likestilling, inkludering og deltakelse i samfunnet, må vi sikre likeverdige, offentlige tjenester fri for antakelser og forventninger til kjønn.

PROSJEKTETS FIRE ANBEFALINGER:

Prosjektet anbefaler:

- at kunnskap om holdninger og forventninger til kjønn inkluderes i utdanningen til hjelpemiddelformidlere
- at aldersgrensen for aktivitets-hjelpemidler fjernes, slik at alle får lik rett til fysisk aktivitet uavhengig av alder og økonomi
- at rådene for mennesker med nedsatt funksjonsevne får styrket sin rolle, slik at de kan følge

opp hjelpemiddelområdet og andre tjenester i kommunene og fylkene for å sikre at rettighetene ivaretas

- at registrene for seksualtekniske og ortopediske hjelpemidler bygges opp på lik linje med hjelpemiddeldatabasen for å sikre data for fremtidig forskning og utvikling av forebyggende tiltak.

SAMME RETTIGHETER

Anette Remme, prosjektleder for seksuell og psykisk helse i Unge funksjonshemmede, overtok podiet etter Solberg.

– Likestillingssenteret og Unge funksjonshemmede har sett at sex er et vanskelig tema, ikke minst det å snakke om det. Nå skal vi starte et nytt prosjekt sammen: «Hva skal jeg si?» Her skal vi blant annet lage en veileder for helsepersonell og brukere om hvordan man kan ta opp tematikken.

Hun mente rapporten «Kjønnsdelte hjelpemidler» var gode nyheter.

– Det er flott at det forskes på funksjonshemming og kjønn. Det er sjeldent at disse to temaene settes sammen. Som jente med nedsatt funksjonsevne må du både bryte med kjønns- og funksjonsnormer.

Rapporten viser at fram til barn er 18 år, får gutter og jenter like mange aktivitetshjelpemidler, men etter dette synker andelen aktivitetshjelpemidler til jenter.

– I Unge funksjonshemmede jobber vi mye med overgangen fra barn til voksen. Hvis jenter får færre elektriske rullestoler, færre tilpassede biler og færre aktivitetshjelpemidler, hvordan skal de da kunne planlegge en aktiv framtid med tanke på jobb, eget hjem, arbeid og sosial deltakelse? Alle unge bør ha de samme mulighetene, sa Remme.



VIL BIDRA TIL BEDRE PRAKSIS

Ergoterapistudentene diskuterer ofte erfaringer fra praksis. – Praksis utgjør en stor del av studiet, og du skal være sikret samme kompetansenivå uavhengig av hvilken skole du går på, sier Oda Ruud Bakke.

Oda Ruud Bakke er andreklasserstudent på Høgskulen på Vestlandet (HVL) i Bergen. Hun er også nyslått leder av Ergoterapistudentene. I disse dager sender de ut en spørreundersøkelse om praksis til alle ergoterapistuder i første, andre og tredje klasse. Undersøkelsen skal inneholde både lukkede og åpne spørsmål, og temaene som blir tatt opp, er blant annet om de ble godt nok forberedt, om de fikk et bra læ-

ringsutbytte, og om veiledningen var god nok. Studentene blir også spurt om de har konkrete forslag til forbedringer.

– Vi har laget denne studentevalueringen av praksis fordi studentene har veldig varierende opplevelser – noen gode og noen dårlige. Det er selvsagt mange faktorer som spiller inn, men dette er Ergoterapistudentenes bidrag til å forbedre praksis.

– Hva skal dere gjøre med sluttrapporten?

– Ergoterapistudentene har laget en spørreundersøkelse om praksis for første-, andre- og tredjeklasserstudentene, forteller Oda Ruud Bakke.

Av Else Merete Thyness

– Den vil vi ta videre til profesjonsrådet i ergoterapi- og ortopediingeniørfag.

DISKUTERER OFTE PRAKSIS

– Ergoterapistudentene har lang tradisjon for å sette praksis på agendaen. Hvilke temaer diskuterer dere?

– Vi sammenligner for eksempel praksistilbudene ved de seks skolene. Praksis utgjør en stor del av studiet, og du skal være sikret samme kompetansenivå uavhen-

«Det sies at praksis er den viktigste læreren du har under utdanningen»

Oda Ruud Bakke

gig av hvilken skole du går på. Når det gjelder observasjonspraksisen i første klasse, er det forskjeller i hvor lang den er på de ulike utdanningsstedene. Vi mener at de bør være like lange. To av skolene har observasjonspraksis i barnehage, men uten ergoterapeut som veileder. Dette er det mye misnøye med. Vi mener at studentene i første klasse verken har rukket å bli faglig sterke eller å ha bygget opp en faglig identitet, så poenget må være å kunne observere en ergoterapeut i arbeid, sier Oda.

Ergoterapistudentene etterlyser også bedre kommunikasjon mellom studiested og praksisplass.

– Skolene må informere praksisplassene om hva studentene kan. Studentene skal ha arbeidsoppgaver som er relevante i forhold til hvor de er i studiet, og det er vanskelig å lage gode læringsopplegg for en student uten å kjenne til personens faglige bakgrunn. Det er også et poeng at studentene får tidlig nok informasjon om hvor de skal i praksis, slik at de kan forberede seg.

Hun peker på at det også er viktig at veilederen har tid og lyst til å ha student.

– Mange studenter opplever at veilederen har sagt ja til å ha student fordi de føler seg presset av arbeidsplassen. Hvis det skal bli en god læringssituasjon for studenten må veilederen ha tid, ressurser og lyst til å ha en student.

KOMPETANSELØFT

– I de siste årene har det blitt

igangsatt mange prosesser for å heve kvaliteten på praksis. Har dere opplevd en bedring av praksis?

– Vi har ikke merket de store forandringene. Ut fra det jeg har forstått, skal alle ergoterapiutdanningene følge *Nasjonale retningslinjer for helse- og sosialfagutdanningene* fra 2020. Jeg håper våre skoler velger å la disse tre i kraft allerede nå fra høsten av. Det kan være en inngangsdør til bedre praksis – og det samme gjelder læringsutbyttene for hele utdanningen.

– *Hva tenker dere om at ifølge «Forslag til veiledende nasjonale retningslinjer for praksisutdanning» bør veiledere ha ti studiepoeng på masternivå i veiledning?*

– Vi har diskutert dette i styret, og vi er selvsagt positive til at veilederens kompetanse heves. På min siste praksisplass hadde veilederen min veilederutdanning, og det merket jeg godt. En veileder med ti studiepoeng på masternivå vil nok sørge for en god læringsituasjon.

Samtidig mener hun at ti studiepoeng på masternivå er mye å kreve av de som melder seg som veiledere, særlig når de har vært veiledere i mange år og kanskje har annen type veiledningsutdanning.

– Det er allerede et problem å skaffe praksisplasser. Med et så høyt kompetansekrav vil det bli vanskelig å finne veiledere nok.

Hun er også opptatt av at ergoterapeuten skal ha de riktige intensjonene når hun eller han velger å ha en student.

– Selv med ti studiepoeng i

veiledning er det ikke sikkert at du egner deg som lærer. Ergoterapistudentene mener at alle som melder seg som veileder, bør ha et kurs, men til syvende og sist må de ønske å være veiledere. De er med på å utdanne fremtidens ergoterapeuter, og praksis er viktig. En ergoterapeut med mye kompetanse og erfaring som har lyst til å dele sin kunnskap, kan egne seg bedre enn en med studiepoeng som opplever egentlig ikke å ha tid til student.

Hun peker på at etter endt praksis leverer studentene inn en evaluering av praksisperioden.

– Disse studentevalueringene blir ikke alltid tatt med i beregningen når skolene forsøker å finne praksisplasser. Vi skjønner at det kan være vanskelig å finne plasser nok, men vi ønsker at skolene skal ta hensyn til evalueringene fra studentene og ikke sende nye studenter til arbeidsteder som har fått lav skår.

STUDENTER ER EN RESSURS

Selv har Oda Ruud Bakke gode erfaringer fra praksis.

– Jeg har opplevd at arbeidstedet har satt pris på studenter, og det var verdifullt å lære og oppleve hvordan det er å jobbe som ergoterapeut. Det sies at praksis er den viktigste læreren du har under utdanningen. Her kan du bruke det du har lært av teori og forskning i det virkelige livet, og du finner mer ut av hva som engasjerer deg som ergoterapeut og hvilket fagfelt du kanskje vil jobbe med senere. Praksis former deg som ergoterapeut.

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

To kurs om arbeidsplassvurdering – studer hjemmefra!

Bli med på å gjøre arbeidslivet mulig for enda flere ved å øke ferdighetene dine i å gjennomføre arbeidsplassvurderinger i tråd med internasjonal forskning og beste praksis!

KURS 1: MINIKURS MED 7 LEKSJONER

Dette kurset heter **Lær arbeidsplassvurdering til sykmeldte på 1–2–3**. Leksjonene kommer som nettsider bestående av oversiktlig tekst og bilder. Du blir invitert med på en diskusjon under hver leksjon sammen med de andre kursdeltakerne, så her kan du bli kjent med utfordringer og meninger andre har. Til slutt mottar du en oversikt over alle leksjonene og et kursbevis.

Kurset går kontinuerlig og starter med en gang du bestiller kurset.

KURS 2: ONLINEKURS MED 4 MODULER

Dette kurset heter **Lær arbeidsplassvurdering**. Kurset arrangeres som et åtte ukers kurs med fire moduler. Kurset tilbys på en egen kursplattform som du har tilgang til i et helt år. Du vil også ha



mulighet til å delta i et diskusjonsforum med andre deltakere. Det vil bli satt opp Q&A-veiledninger i en egen Facebook-gruppe der du kan stille spørsmål til kurslederne og de andre kursdeltakerne. Du lager en plan for et eget arbeidsplassbesøk med arbeidsplassvurdering til selvvalgt type arbeidstaker(e). Denne planen lages etter en mal som du lærer i kurset, og leveres inn når kurset avsluttes. Basert på dette mottar du kursbevis. **Neste kurs starter 3. september 2019.** For mer informasjon og påmelding: se www.presenter.simplero.com.

Kurs i AMPS

Assessment of Motor og Process Skills er et ergoterapeutisk kartleggingsredskap.

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangør: Norsk Ergoterapeutforbund i samarbeid med Trästhjernen, Sverige

Tid: 23.-27. september 2019

Sted: Ingeniørenes hus, Oslo

Kursavgift: kr 14 000

Påmeldingsfrist: 31.07.19



Ledersamling for kommunehelsetjenesten



Målgruppe: Ledere og fagledere av kommunenes fysio- og ergoterapeuter. Kun for medlemmer.

Arrangør: Norsk Fysioterapeutforbund

Tid: 2.-3. september 2019

Sted: Meet Ullevål, Oslo

Kursavgift: kr 2000

Påmelding: via kurskalender i Ergoterapeuten innen 31.juli 2019.



KURS I ADL-TAXONOMIEN KRISTIANSAND

ADL-Taxonomien er et valid og reliabelt redskap for å undersøke og vurdere aktivitetsevne. ADL-Taxonomien er nå oversatt til norsk, og deltakere mottar et eksemplar på kurset.

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Ergoterapeutene og Sørlandet sykehus

Tid: 30.-31. oktober 2019

Sted: Sørlandet sykehus (SSHF), Kongsgård, Kristiansand

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

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org, innen 23. september 2019.

Kurset omhandler ADL som en sentral del av ergoterapeuters kjernekompetanse.

Deltakerne får en introduksjon til ADL-Taxonomiens oppbygging og anvendelse, slik at de kan anvende det for planlegging og evaluering av tiltak. Det er lagt opp til praktisk utprøving. Dokumentasjon og måling av effekt er også en del av kurset.



Praktisk kjørevurdering og P-Drive (on-road)

1.-3. OKTOBER 2019 I OSLO

Praktisk kjøretest P-Drive er et undersøkelses- og vurderingsredskap som brukes ved observasjon av kjøreferdigheter.

P-Drive er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse. Det anbefales at deltakerne på dette kurset har kurset «Ergoterapeuter og førerkortvurdering» fra tidligere eller har erfaring med slik kartlegging fra før.

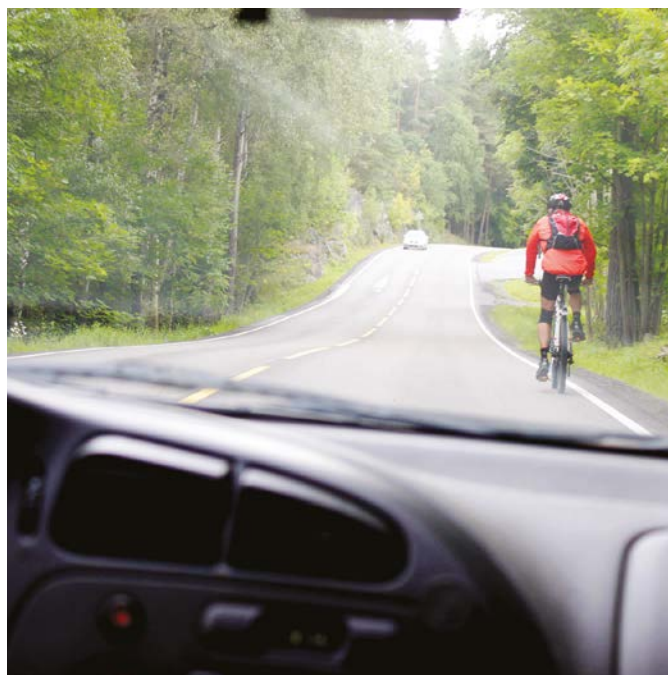
Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund.

Forelesere: Ann-Helen Patomella, ph.d., Sektionen för Arbetsterapi ved Karolinska Institutet, og Helena Selander, fil.dr. og leg. arbetsterapeut ved Statens Väg & Transportforskningsinstitut i Sverige, som har henholdsvis utviklet instrumentet og forsket på det.

Pris: medlemmer kr 3000, tillitsvalgte kr 1 500 og ikke-medlemmer kr 6000. Medlemmer prioriteres.

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

Kursdeltakerne kan i etterkant av kurset kalibreres. Ved dokumentert kalibrering godkjennes ytterligere 35 timer. For program og påmelding se Ergoterapeutenes kurskalender.





Aktivitet og
deltakelse for alle.

Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem

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

www.ergoterapeutene.org/innmelding


ergoterapeutene

1.BEHANDLING/TRENING

0330

HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING

CYPROMED AS

Vikaveien 17, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 44 33, fax: 62 57 44 34
wes@cypromed.no www.cypromed.no
Elektriske varmemidler for alle.

MINITECH AS

Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 78 00, fax: 62 57 77 51
mail@minitech.no www.minitech.no
Elektriske varmemidler til barn og voksne

0333

Antitrykksårhjelpe midler/
trykkløstbyggende hjelpe midler

ADL PRODUKTER AS

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

BARDUM AS

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

TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar
Tlf.: 62 52 62 72, Fax: 62 52 12 11
company@mail.togemo.no
Dekker alle behov for trykkavlastning

0348

BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0606/0612/0618 ORTOSER

OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo
Tlf.: 23 14 26 00, fax: 23 14 26 56
info@ottobock.se www.ottobock.no
Ortoser blir bra!

0630

PROTESER

NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 44 44, fax: 62 57 44 45
nto@ortonor.no www.ortonor.no
Spesialist i armproteser.

3. PERSONLIG STELL OG KLÆR

0903

KLÆR OG SKO

ØYTEX AS

6917 Batalden
Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77
post@oytex.no www.oytex.no
Uteklær for rullestolbrukere
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona tørklær, Arcona smekker

0909

HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0912

Hjelpe midler ved toalettbesøk

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0912 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0933

HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
ERGOG RIP AS
Skeistøa 199, 5217 Hagavik
Tlf.: 92209399
aase.rokne@ergogrip.no www.ergogrip.no
Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer servanter
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

0933 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

Y1

YRKESKLÆR/SKO

OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

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

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

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

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

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

4. FORFLYTNING

1203/1206

GANGHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

BARDUM AS

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

FOLLO FUTURA AS

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

Gåbord

Ronda Hjelpemidler

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

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1218

SYKLER

ALU REHAB AS

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

Sykler - man. og el.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1221

RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS

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

Rullestoler - man. og el.

PERMOBIL AS

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

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1221 B

RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS

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

PERMOBIL AS

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

PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo
post@picomedmobility.no
www.picomedmobility.no
SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedi-
cal.no

1224

TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

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

BARDUM AS

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

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

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Overflyttingshjelpemidler, Arcona benløfter,
Dreilett, Jøhl stolløfter

1236

LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund
Tlf.: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17
post@hcn.no www.hcn.no
Leverer Roomer takheis - fra rom til rom uten
gjennomgående skinne

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona benløfter

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGING

Ronda Hjelpemidler

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

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebu
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Ronda Hjelpemidler

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

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT
armstøtte

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler

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

1803

BORD

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

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

6250 Stordal
Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01
KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat jockey, barnestol
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

– PRODUKTREGISTER –

1812

SENGER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE

TILSATSER TIL MØBLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

1818

STØTTEANORDNINGER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

SecuCare støttehåndtak

1821

DØR-, VINDUS- OG GARDIN-

ÅPNERE/-STENGERE

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER,

TRAPPEHEISER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar

Tlf : 95 76 10 00, faks: 62 51 85 01

www.accesstrappeheiser.no

eva@accessvital.no

Heiser: Løfteplattformer,

Trappeheiser og Ramper

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV

TEKN. HJ.MIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra

individuelle behov

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/

VARSLING

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

2103

OPTISKE HJELPEMIDLER

2109

TILBEHØR TIL DATAMASKINER,

SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

tobiil dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

2110 KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

E-post: mona@cognita.no www.cognita.no

MYLIFEPRODUCTS AS

Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo

Tlf: 92631425

post@mylifeproducts.no

www.mylifeproducts.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

1527

IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070 Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50

info@gnresound.no www.gnresound.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2139

LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50

info@gnresound.no www.gnresound.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2142

SAMTALEHJELPEMIDLER VED

NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

E-post: mona@cognita.no www.cognita.no

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50

info@gnresound.no www.gnresound.no

– PRODUKTREGISTER –

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen
Tlf.: 55 55 10 60
E-post:sales.no@tobiidynavox.com
www.tobiidynavox.no

2144

GYNGETERAPI

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vektdynere til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
2145 Høreapparater

2146

HØRSELTEKNISKE HJELPEMIDLER

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2147

SOVEHJELPEMIDLER

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vektdynere til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Kastanjedynen, Arcona posisjoneringssputer,
Asklø posisjoneringssputer

2148

VARSLINGSHJELPEMIDLER

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no

ABILIA AS

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

GN RESOUND AS

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

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.
Varsling
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2149

POSIJONERINGSPUTER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona posisjoneringssputer,
Asklø posisjoneringssputer

2151

ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

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

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2221

BETJENINGSHJELPEMIDLER IKT

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no
tobii dynavox
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen
Tlf.: 55 55 10 60
E-post:sales.no@tobiidynavox.com
www.tobiidynavox.no

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar
Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01
access@access-gruppen.no
www.accessgruppen.no
Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2418

GREPTILPASNINGER OG HJELPEMIDLER SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER HÅND- OG/ELLER FINGERGREP

ADL PRODUKTER AS

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

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no

3003

LEKER

ABILIA AS

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

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

3006

SPILL

3009

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedi-
cal.no

– PRODUKTREGISTER –

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

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

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,

Krabatskerf, sikleskerf

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

B.ROL

ROLLATORER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50,

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng, Arcona reiseseng

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no

Annonse for Bardum ☺



Sikkerhet i høysetet for alle barn i bil, uansett utfordring!

Det er livsviktig å sikre mennesker, dyr og bagasje korrekt i bil. Kun små marginer kan utgjøre forskjellen på hvor alvorlig en skade blir i et trafikkuhell. Alle barn skal sikres i godkjente barneseter – tilpasset deres vekt, lengde og forutsetninger.

ENERGI-ØKONOMISERING

Stabil sittestilling er viktig – også i bilen!

Et barnesete bør kompensere for mange av de utfordringer et barn med funksjonsnedsettelse, av ulik art, kan møte på under bilkjøring. Med ekstra støtte får barnet hjelp til korrekt sittestilling – og sikkerhet og komfort kan bedre ivaretas selv om kroppen ikke alltid spiller på lag. Mulighetene er flere i kombinasjon med hverandre: 5-punktsbelte, også for store barn, i tillegg til tilt, ryggregulering, rotasjon samt gode, justerbare sidestøtter. Seter finnes både med og uten Isofix.

- + Godkjente bilseter
- + Opp til 75 kg
- + God støtte

Bruk vår fagkompetanse og få hjelp til riktig valg av løsning.