

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Verdenskongress i ergoterapi 6

The importance of WFOT World Congresses **16** Considering the possibility of globally relevant occupational therapy **26** Do live well **38**
Ergoterapi i Zambia **54**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen, Sissel Horghagen og Anne-Stine Dolva

Annonser

Erik Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 4 – 1. aug / 31. aug

Nr. 5 – 1. okt / 31. okt

Nr. 6 – 3. des / 28. des

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrun Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Ann Kristin Løe, 2. nestleder

Berit Regine Laiti

Mariette Elise Gjerde

Linda Fauskanger Nesheim

Tonje Hansen Guldhav

Guro Lilleås

May Solveig Svendsen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

Pia Jessen, 1. varamedlem

Silvia Elisabeth Hansbø, 2. varamedlem

Heidi Fløtten, varamedlem

Kenneth Pettersen, varamedlem

Randi Skumsnes, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Line Øverlier, varamedlem

Kamilla Lemb Herbjørnsen, varamedlem

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



6



16



26



54

REPORTASJER

- 6 Verdenskongress i ergoterapi**
Av Else Merete Thyness
- 14 8 i farten**
Av Else Merete Thyness

KRONIKK

- 16 The importance of WFOT World Congresses**
Av Marilyn Pattison

FORBUNDET

- 20 Bruk av egen bil i tjeneste**
Av Berit Førli
- 22 Verneombud og tillitsvalgte – sammen om et godt arbeidsmiljø**
Av Anita Engeset
- 24 Skadeforebyggende tips fra Ergoterapeutenes forsikringskontor**
Av Roar Hagen

FAGLIG

- 26 Considering the possibility of globally relevant occupational therapy**
Av Karen Whalley Hammell

AKTUELT

- 32 Living in group homes - the right to occupational participation**
Av Eva Magnus og Turid Møller Olsø

- 34 Do we practice what we preach?**
Av Eli Langørgen

- 36 A Radical Repositioning of Occupational Therapy's Ontological and Epistemological Foundations**
By Frank Kronenberg

- 38 Do live well**
Av Sandra Moll

- 40 Precarious Working Conditions: Holding Women's Engagement and Participation Hostage**
By Roshan Galvaan, Izabella Oliveira Rodrigues and Vagner dos Santos

- 44 Immigration, Participation in Health Services and Social Occupations**

By Farzaneh Yazdani, Mehdi Rassafiani, Kellie Tune, Nicholas Pollard, Dikaos Sakellariou, Mahdiah Fani, Laya Nobakht and Sepide Firuzi

- 48 Public action and sexual diversity in Chile**

By Rodolfo Morrison, Catherine Galaz, Lelya Tronco, Mauricio Sepúlveda and Rolando Poblete

- 50 Occupational therapy and the fight against human trafficking**

By Emma George and Mandy Stanley

PÅ DE SISTE SIDENE

- 54 Ergoterapi i Zambia**
Av Else Merete Thyness

ANNONSER

- 56 Kurs- og stillingsannonser**
63 Produktregister

Knyttet sammen i mangfold – posisjonert for påvirkning

Dette bladet er i all hovedsak viet verdenskongressen i ergoterapi i Cape Town i Sør-Afrika. Temaet var «Connected in diversity – positioned for impact». Mange av bidragene i denne utgaven er på engelsk, men de alle skrevet spesielt for vårt fagblad.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Over 1700 ergoterapeuter fra hele verden kom sammen i mai – for første gang i en afrikansk region. Det skulle også prege kongressen. Gjennom presentasjoner, sosiale sammenkomster og besøk rundt omkring i selve Cape Town fikk vi et rikt inntrykk av den mangfoldige afrikanske kulturen og hvordan ergoterapeuter praktiserer innenfor disse rammene.

Hvordan vi bedre skal knyttes sammen i mangfold var temaet i flere presentasjoner. Blant andre plenumsforeleser Karen Whalley Hammel pekte på at før dette kan skje, må faget ta innover seg at ikke alle praktiserende ergoterapeuter tilhører den lille, hvite middelklasseeliten som i stor grad har utviklet fagets teorier og modeller. Hvis vi virkelig skal bli et fellesskap, må vi omfavne mangfoldet i verdens forskjellige kulturer. Vi ble også minnet på at Occupational Justice kan handle om at ergoterapeuter fra rike vestlige land kan vise solidaritet med sine kolleger fra områder som fremdeles sliter med undertrykking og fattigdom.

Når det gjelder «posisjonert for påvirkning» handler det om å få en plass i folks bevissthet, slik at man reelt kan påvirke. Dette igjen er avhengig av flere faktorer, som at folk legger merke til oss, at arbeidet vi gjør har høy

kvalitet, at vi er til stede i relevante fora og snakker med de rette menneskene. For å si det med Marilyn Pattisons ord: Vi må vise at vi er relevante og bidrar til samfunnet. En kongress som dette, som samler så mange ergoterapeuter på tvers av landegrenser, er i hvert fall et bidrag til å stryke faggruppen.

Med unntak av forbundsstoffet er alt innholdet i denne utgaven fra kongressen. Karen Whalley Hammel har skrevet fagartikkelen. Da hun sendte artikkelen, skrev hun også:

«Tusen takk for muligheten til å skrive denne lille artikkelen. Jeg har hatt glede av å gjøre det, og det er også en anledning til å "hilse på" mine norske kolleger, som jeg verdsetter høyt.»

Jeg hadde lyst til å bringe den hilsenen videre.

Innholdet under «Aktuelt» er også skrevet på bakgrunn av innlegg på kongressen, men spesielt rettet mot norske ergoterapeuter.

Sør-Afrika er fremdeles preget av apartheidsystemet. Det kommer til uttrykk i en urettferdig fordeling av ressurser, men også i en voldsom kraft til å reise seg og kreve tilbake sitt menneskeverd. Kongressen gjorde dypt inntrykk på meg, faglig, men også rent menneskelig.



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Helsefremming før forebygging

Jeg har gått Malvikstien i

Trøndelag i sommer – et fantastisk helsefremmende tiltak som har fått nasjonal og internasjonal anerkjennelse. Stien følger det gamle jernbanesporet langs fjorden, er universelt utformet og er mye mer enn en trimløype. Den åpner muligheter for fiske og andre aktiviteter, gir barna trygg skolevei, har engasjert lokalt til dugnad, den gir stolthet og engasjement for historien og lokalmiljøet.

Dette er et stjerneeksempel på at folkehelse angår så mye mer enn helsebudsjettet. Stien er et resultat av Trøndelagsmodellen og Malvik kommunes satsning, der de har lyktes med

å involvere innbyggerne i tett samarbeid med politikere, fagfolk og forskere.

Flere ergoterapeuter har vært helt sentrale i dette arbeidet og ledet arbeidet i LEVVEL-studien. I stedet for å finne risikofaktorer for sykdom og plager, har studien vektlagt å spørre innbyggerne om hva som er bra med Malvik, hvorfor det er godt å bo der og hva de vil ha mer av. Dette ga viktig informasjon for kommuneplanleggingen. Mange likte spesielt nærheten til sjøen – et godt argument for å lage fjordstien.

Regjeringen arbeider med en ny Folkehelsemelding og Ergoterapeutene har gitt våre innspill til folkehelseministeren. Vi mener

folkehelse ikke må avgrenses til forebygging av sykdom, som ofte reduseres til tobakk, kosthold, mosjon og alkohol. Folkehelse må støtte opp om innbyggernes mangfold og ressurser. Det må inkludere deltakelse, inkludering og aldersvennlige samfunn. Det må bygge videre på befolkningens interesser og lokalkulturens meningsfulle aktiviteter.

Spørsmålene ergoterapeuter stiller enkeltpersoner er like relevant i folkehelsearbeid: Hva er viktige aktiviteter for lokalbefolkningen? Hvordan vil innbyggerne delta i nærmiljøet sitt? Disse ressursutløsende spørsmålene kan være starten på et framtidig helsefremmende samfunn.

CAPE TOWN 2018

VERDENSKONGRESS I ERGOTERAPI

Fra 22. til 25. mai samlet ergoterapeuter fra hele verden seg i Cape Town for å delta på Verdenskongressen for ergoterapi 2018.

Av Else Merete Thyness



Cape Town ligger ved kysten av Sør-Afrika og er landets nest mest folkerike by. Cape Town er blant annet kjent for fangeøya Robben Island, der store deler av ledelsen i frigjøringsbevegelsen ANC satt fengslet under apartheidregimet.



– Vår drøm er at flere mennesker skal bli kjent med oss, sa Marilyn Pattison.

Foto: Neels Kleynhans

Cape Town er en by med i underkant av fire millioner innbyggere. Langs motorveien fra flyplassen ser du bare slum og rønner, mens fra toppen av Table Mountain skuer du utover en av verdens vakreste byer. Kontrasten mellom fattig og rik er påfallende. Med fangeøya Robben Island like utenfor byen, der Nelsons Mandela satt i 18 av de 27 årene han var fengslet, og vissheten om at apartheid levde i beste velgående fram til 1994, kan du kjenne pusten fra kolonitiden i nakken. Ettervirkningene av denne perioden preget også flere av presentasjonene på kongressen.

ÅPNINGSSEREMONIEN

«Velkommen til verdenskongress i ergoterapi 2018», sa en stemme over høyttaleren, og 1700 ergoterapeuter fra alle verdens kanter strømmet inn i den største salen i Cape Town International Convention Centre tirsdag 22 mai. Da alle hadde funnet sin plass, startet åpningsseremonien med at WFOTs president, **Marilyn Pattison**, ønsket velkommen.

– Dette er den 17. verdenskongressen. Sør-Afrika var blant grunnleggerne av WFOT og har vært med siden 1952, sa Pattison, før hun fortsatte:

– Drømmer er noe av det vik-

tigste vi har. Uten dem vil vi ikke oppnå noe. Hvis du har en drøm, har du også et ansvar overfor deg selv for å oppfylle den. Vi kjenner alle til verdien av ergoterapi når det gjelder menneskers helse og velbefinnende. Vår drøm er at flere mennesker skal bli kjent med oss.

Deretter fulgte innledere på rekke og rad. Presidenten for det sørafrikanske ergoterapiforbundet, **Helen Buchanan**, lovet at kongressen skulle ta profesjonen inn i fremtiden.

– Vi skal lære, dele og møte kollegaer fra hele verden, sa hun.

Kongressleder **Lana Van Niekerk** fra Stellenbosch University i Cape Town sa at kongressen var et landemerke for ergoterapi i Afrika.

– Takk for at dere har kommet hit til våre hjem og breddegrader. I fire dager skal vi dele et program og samhandle. Jeg håper dette vil forandre livene våre.

Deretter kom **Marlene Le Roux** inn på scenen. Den sørafrikanske aktivisten jobber for å fremme menneskerettighetene til kvinner og jenter med funksjonshemming i Sør-Afrika og er en av grunnleggerne av Women's Achievement Network for Disability. I tillegg leder hun The Artscape Theatre Centre i Cape Town. Hun ble selv





Indoni Dance, Arts & Leadership Academy underholdt på åpningskongressen med en dans for frihet. Foto: Neels Kleyhans



Helen Buchanan lovet at kongressen skulle ta profesjonen inn i fremtiden. Foto: Neels Kleynhans



– Kongressen er et landemerke for ergoterapi i Afrika, sa Lana van Niekerk.



– Er du ergoterapeut, må du også være aktivist, sa Marlene Le Roux. Foto: Neels Kleynhans

«Du har ansvar for Afrika, selv om du kommer fra Europa»

Marlene Le Roux

rammet av polio som barn, noe hun mente skyldtes det rasistiske apartheidregimet som ikke beskyttet sine innbyggere mot denne sykdommen, som det på den tiden var mulig å forhindre. Hun hadde en klar utfordring til ergoterapeutene i salen.

– For å være ergoterapeut, må du også være aktivist. Dere skal ikke bare tenke på dere selv som forskere, men også som frigjørere. Jeg elsker landet mitt, men utfordringene vi har, er store. Vi trenger flere ergoterapeuter i Afrika, men hvis det skal skje, må bevisstheten om denne vidunderlige profesjonen bli mer synlig i alle samfunn. Ikke tro at du ikke har et ansvar for Afrika, selv om du kommer fra Europa.

VÅR FELLES HISTORIE

Nå var det tid for den første plenumsforelesningen, eller «Keynote 1», som det sto i programmet. Den ble holdt av ergoterapeut og professor ved University of Cape Town, **Elelwani Ramugondo**. Tittelen på innlegget var «Helbredende arbeid: veikryss for dekolonialisering». Som metafor for helbredelse brukte hun det forgiftede blodet som må heles.

– Når en nasjons blod er forgiftet, påvirker det også fremtidens generasjoner. Dette anskueliggjør hvor viktig det er at dette blodet igjen blir friskt.

Så reflekterte hun over hvilken påvirkning ergoterapi har i Afrika, og hvilke begrensninger profesjonen har.

– Ergoterapi muliggjør engasjement og deltakelse for enkeltpersoner og grupper med nedsatt funksjon, både ved å bedre funksjonsnivået og ved å tilpasse miljøer. Men våre omgivelser er noe mer enn det vi fysisk omgir oss med. Det inkluderer også vår historie. I denne sammenhengen har ergoterapi noen begrensninger i det helbredende arbeidet sitt. Vi kan ikke fornekte at Sør-Afrika er et av de mest urettferdige landene i verden, og at denne situasjonen ikke eksisterer i et vakuum. Verden er åsted for kriminalitet og er et produkt av slaveri og tyveri. Tidligere så vi denne urettferdigheten i slaveriet, som ga de rike billig arbeidskraft. Dagens globale handel utnytter fremdeles billig arbeidskraft. Dette er vår felles historie og kan derfor ikke ignoreres som en del av kontekstbasert ergoterapeutisk praksis. En rettferdig verden skal ikke bare gjelde for Europa, USA og Kina.

Hun pekte også på at det kan virke som om konstruksjon av kunnskap kun er mulig hvis den kommer fra Europa eller USA. Dermed blir menneskene fra andre land usynlige i ergoterapiens teorier.

– Hvis dere aksepterer at ergoterapeuten er opptatt av hele mennesket, så må dere innrømme at koloniseringen er et problem for profesjonen. Hvis et helt menneske refererer til et tenkende, bevisst vesen, bør ergoterapi se det som et problem at visse men-



– Hvis dere aksepterer at ergoterapeuten er opptatt av hele mennesket, så må dere innrømme at koloniseringen er et problem for profesjonen, sa Elelwani Ramugondo. Foto: Neels Kleynhans

nesker blir stemplet som mindre kunnskapsrike. Descartes grunnsetning var Cogito ergo sum – jeg tenker, derfor er jeg. Jeg mener at vi burde se for oss denne tenkeren som en svart, funksjonshemmet og homofil kvinne.

ERGOTERAPI I AFRIKA

Den første kongressdagen valgte jeg et symposium som het «Ergoterapi i Afrika». Det åpnet med **Mildred Chikwanha**, som for tiden er ph.d.-kandidat ved Stellenbosch University i Sør-Afrika. Hun snakket om sine erfaringer fra 15 år med ergoterapipraksis i Zimbabwe.

– På 80-tallet, etter frigjørin-

gen fra kolonitiden, bygget Zimbabwe opp et helsesystem som også skulle gi et velfungerende tilbud til den svarte befolkningen. I denne perioden reiste flere zimbabwære utenlands for å utdanne seg til ergoterapeuter, men få av dem returnerte. Først i 1992 kunne vi uteksaminere seks studenter fra egen utdanning og hadde også etablert vårt eget forbund. På 2000-tallet la en sviktende økonomi landets helsevesen i grus, men ergoterapien var fremdeles i utvikling. I 2014 var det registrert 125 ergoterapeuter her, som også var medlemmer av forbundet, sa hun.

Chikwanha ga oss innsikt i den



– Ergoterapi er i utvikling i Zimbabwe, sa Mildred Chikwanha, ph.d.-kandidat ved Stellenbosch University i Sør-Afrika.



Brenda Shuma, fra Gabriella Children's Rehabilitation Centre i Tanzania, bruker media for å fjerne stigma og spre kunnskap i lokalsamfunnet.



– Å ikke si noe er det samme som å medvirke til at folk ikke tør å stå fram som den de er, sa Eivin Williams fra University of the Western Cape i Cape Town.



Tahmineh Mousavi fra Tehran University of Medical Sciences i Iran. Hun presenterte «Å praktisere retten til aktivitet: Kapasitetsmetoden».

mangfoldige kulturen i landet og hvordan ergoterapeuter må ta denne med i betraktningen i møtet med pasienter.

– På landsbygda er det fremdeles mange som tror at hvis du har en psykisk lidelse, så er du besatt av en demon. Derfor går folk først til en åndelig leder, og deretter oppsøker de ergoterapeuten. Det samme gjelder for fysiske handikap. Hvis et barn blir født med en funksjonshemming, blir det sett på som et resultat av trolldom. Først oppsøker foreldrene en landsbydoktor. Hvis medisinen hans ikke virker, oppsøker de det tradisjonelle helsevesenet. Derfor må ergoterapeuten i mange tilfeller samarbeide med heksedoktoren for å få tillit hos familien.

Neste taler var **Brenda Shuma** fra Gabriella Children's Rehabilitation Centre i Tanzania.

– I Tanzania er det 123 forskjellige stammer som alle snakker sitt eget språk. Handikappede mennesker blir stort sett ignorert, og folk flest tror de har en forbannelse hengende over seg. Ergoterapeuten må derfor være smart og innovativ for å bygge ned fordommer og hjelpe folk å bli uavhengige og deltakende i lokalsamfunnet, forteller hun.

Gabriella-senteret har som målsetting at barn med funksjonshemming i Tanzania får en behandling som kan sikre dem integrering i samfunnet.

– Vi har en egen barnehage og skole for barn både med og uten funksjonshemming og tilbyr hjemmebesøk og opplæring i kunstneriske og arbeidsrelaterte ferdigheter, forteller hun.

For å fjerne stigma og spre kunnskap i lokalsamfunnet bruker de blant annet media for å nå fram med sine synspunkter om at mennesker med funksjonshem-

ming kan være produktive.

– De færreste har internett, men folk i lokalsamfunnet hører på radio. Jeg presenterer ergoterapi og betydningen av aktivitet i egne radioprogrammer.

Jevnlig holder de workshops hvor de inviterer folk fra lokalsamfunnet til å delta.

– Noen ganger har vi mote-show hvor barna og ungdommene kler seg i den lokale klesdrakten Kanga og har på seg smykker de har laget. Det gjør godt å få aksept og beundring får det de har produsert.

De arrangerer også teaterforestillinger hvor de gjennom dans og musikk informerer lokalsamfunnet om at et handikap ikke betyr at du er besatt av en demon, men at forklaringen kan være noe så enkelt som malaria.

Selvhjelpenhet står også høyt i kurs.

– En av våre pasienter startet med å selge hjemmelagede brød etter at hun kom tilbake til familien sin. Med ett var hun den i familien som tjente mest penger. Det gir styrke til et menneske med funksjonshemming. Samtidig føler familien seg bedre når familiemedlemmet kommer tilbake og kan være produktivt.

SOSIAL RETTFERDIGHET

Preget av stemningen på kongressen valgte jeg på onsdag et symposium som het «Å jobbe for sosial rettferdighet». Det startet med et innlegg av ergoterapeuten **Eivin Williams** fra University of the Western Cape i Cape Town, som het «Skeiv aktivitet: "Å være" og "utføre" homifili i ergoterapi». Williams er selv homofil og fortalte om motstanden han møtte ved universitetet da han som farget og «skeiv» student ønsket å forske på dette feltet.



Kongressen handlet ikke bare om fag. Det var også tid til å komme sammen, knytte nettverk og bli bedre kjent på tvers av landegrenser. Foto: Neels Kleynhans

– Min «mislykkede» forskning ble et springbrett til å studere hvordan et seksuelt mangfold blir uttrykt i ergoterapeutisk forskning og litteratur, fra et sørafrikansk perspektiv. Med dette håper jeg å bidra til den pågående diskursen om skeive studier i ergoterapi, sa Williams.

Han mente at det en foruroligende mangel på oppmerksomhet om dette temaet i Sør-Afrika, og at også de dominerende vestlige erkjennelsesteoriene som gjennomsyrrer utdanningene, forskningen og praksisfeltet må ta inn over seg det eksisterende seksuelle mangfoldet. Gjør de ikke det, vil faget gå glipp av en autentisk ergoterapipraksis.

– Å ikke si noe er det samme som å medvirke til at folk ikke tør å stå fram som den de er, sa han til slutt og rørte flere i salen til tårer.

Neste kvinne ut var **Tahmineh Mousavi** fra Tehran University of Medical Sciences i Iran. Hun presenterte «Å praktisere retten til aktivitet: Kapasitetsmetoden» med utgangspunkt i Martha Nussbaums rettferdighetsfilosofi. Nussbaum foreslår en liste med ti kapabiliteter som den enkelte skal sikres for å kunne leve et liv i overenskomst med menneskelig verdighet:

1. Livet. Mulighet til å leve et visst antall år.
2. Helse. Potensial til god, reproduktiv helse, ernæring og husly.
3. Kroppslig integritet. Bevegelsesfrihet, beskyttelse mot vold, mulighet til seksuell tilfredsstillelse.
4. Sanser, forestillinger og tenkning. Å være i stand til å bruke sansene, få tilstrekkelig skolegang og kunne ytre seg fritt.

5. Følelser. Evne til å knytte verdi til gjenstander og bygge relasjoner til andre mennesker.
6. Praktisk fornuft. Evne til å vite hva som er «det gode», til kritisk refleksjon og til å se konsekvenser av egne valg.
7. Tilknytning. Mulighet til å anerkjenne andre mennesker og vise omtanke for dem.
8. Andre arter. Å kunne leve med omtanke for og i samspill med dyr, planter og naturen for øvrig.
9. Rekreasjon. Å være i stand til å le, leke og nyte rekreative aktiviteter.
10. Eiendomsrett og politisk innflytelse. Rett til ytringsfrihet, til å kunne besitte eiendom og til å søke arbeid.

I sitt fremlegg diskuterte Mousavi hvorvidt disse kapabilitetene kan fungere som et rammeverk for



Annelie Schedin Leilufsrud presenterte posteren «Strategies for participation in society – from the perspectives of people with spinal cord injury in six European countries». Hun holdt en presentasjon med samme tema. Foto: Anita Engeset



Lene Fogtman Jespersen sammen med Ellen Gjertsen Clarck, som presenterte posteren «Can analysis of occupational forms prior to activity based assessment enhance the quality of observation of occupational performance?» Foto: Anita Engeset



Anne Lund presenterte posteren «Dialogue cafes with older adults to promote user participation in technology development». Foto: Anita Engeset



Nerida Hyett fra La Trobe University i Australia snakket om samfunnsbasert ergoterapi.



Maxwell Mboxela fortalte om sitt møte med en ergoterapeut.

ergoterapeuter for å forstå sosial rettferdighet.

– Ergoterapeuter har et ansvar for å bistå sine klienter i å nå disse målene. Sosial rettferdighet reflekteres i begrepet «retten til aktivitet og deltakelse», sa hun.

Nerida Hyett fra La Trobe University i Australia snakket om «Å forestille oss klienter som samfunn: Utforming av en fellesskapsbasert praksisramme for ergoterapi». Hun tok utgangspunkt i at ergoterapi tradisjonelt er en klientsentrert profesjon, men at stadig flere ergoterapeuter nå jobber på samfunnsnivå. Målet for prosjektet var å lage en begrepsmessig modell for samfunnsbasert ergoterapi.

– Modellen ble utviklet på bakgrunn av to kvalitative studier. Den ene var et kanadisk mat-sikringsprogram, mens den andre var et lokalt fellesskapsbankinitiativ. Resultatet ble en firetrinns, praksisfokustert, samfunnscentrert modell med fire konsepter:

- Hva er samfunnsidentiteten?

- Hvilke aktiviteter er viktige for fellesskapet?
- Hvilke ressursrer kan brukes for å overkomme barrierer?
- Hva er ergoterapeutens rolle?

– Denne modellen kan være nyttig for praksisfeltet når det gjelder å forstå ergoterapeutens rolle i lokalsamfunnet, sa Hyett.

BRUKERPANEL

Torsdag innledet et brukerpanel dagen. Fire sørafrikanere delte erfaringene sine med ergoterapi. En av disse var **Maxwell Mboxela**, som snakket om «Min helbredelsesreise; en historie om mental helse».

– Moren min var alenemor. Etter hvert giftet hun seg med en mann som hadde seks barn, og jeg ble overlatt til bestemoren min. Alt gikk bra i begynnelsen. Jeg hadde mange venner i lokalsamfunnet, men så begynte jeg med narkotika og sluttet på skolen.

Da han var 18, flyttet Maxwell



– Mesteparten av forskningen på funksjonshemming stammer fra urbane regioner i Vest-Europa og Nord-Amerika, mens 80 prosent av mennesker med funksjonshemming i lever i det globale sør, sa Karen Hammel. Foto: Neels Kleynhans

tilbake til moren sin for å få en miljøforandring. Planen var at han skulle ta opp igjen skolen, men i stedet fortsatte han å drikke og bruke narkotika. Til slutt tente han på familiens hus. Da ble han innlagt ved et psykiatrisk sykehus med diagnosen schizofreni.

– Heldigvis møtte jeg en ergoterapeut her. Hun ga meg støtte til å begynne på skolen igjen, og hun hjalp meg til å delta i jobbprosjekter inne på sykehusområdet. Her fikk jeg erfaring i å samarbeide med andre og opparbeidet meg ferdigheter i

kontorarbeid. I dag jobber jeg på en kafé som er åpen for pasienter og ansatte på sykehuset. Planen er at jeg skal finne meg en egen leilighet. Ergoterapeuten har vært viktig i prosessene mine, fordi hun støttet meg i å finne aktiviteter jeg hadde lyst til å gjøre, sa den unge sørafrikaneren.

RELEVANT ERGOTERAPITEORI
Fredag sto Keynote 2 med **Karen Whalley Hammel** på programmet. Hennes innlegg var meget relevant med temaet «Å bygge en globalt relevant ergoterapi på

styrken av vårt mangfold». Hun pekte på at ergoterapeutiske teorier og modeller er utformet av en liten, privilegert, engelsktalende gruppe.

– Ergoterapeuter opprettholder koloniseringen så lenge praksismodeller, teorier, kartleggingsredskaper, behandling og resultater er preget av en vestlig forståelse for hva som er verdifullt og ønskelig, samtidig som de promotes i samfunn som er politisk, kulturelt, økonomisk og sosialt ulike.

Hammel mente det er nødvendig å avdekke hull i den eksisterende kunnskapen og identifisere det som er oversett, skjult, utelatt og antatt, for deretter å kunne utvikle inkluderende teoretiske modeller og kulturelt trygge praksiser

– Hvis vi bygger på styrken i vårt mangfold og jobber sammen for å sikre at alle mennesker har muligheten til å bidra både til egen helse og trivsel og samfunnets, kan ergoterapi få betydelig global innflytelse, sa Hammel.

NETTVERK OG KONTAKTER

Kongressen besto selvfølgelig av mye mer enn de smakebitene jeg har presentert her. I alt var det 670 forskjellige innlegg, inkludert symposier, debatter og postere. Av disse var det 25 norske bidragsyttere.

Til tross for at kongressen ga et rikt faglig utbytte, vil jeg likevel si at det dypeste inntrykket jeg sitter igjen med er: Vi lever i en rik og mangfoldig, men også urettferdig verden. Derfor slutter jeg meg til Elelwani Ramugondo og Marlene Le Roux når de sier at alle har et ansvar for å inkludere og støtte hverandre i retten til aktivitet og deltakelse, uansett hvilket kontinent vi bor på.

8 i farten

- Hva har gjort størst inntrykk på deg under denne kongressen?
- Kan du trekke fram en eller flere presentasjoner som du mener utmerket seg?

Av Else Merete Thyness



Foto: Neels Kleynhans



Navn: Rosemary Doe-Asinyo
Arbeidssted: University of Ghana
Land: Ghana

- Det gjorde inntrykk å se hvordan europeiske ergoterapeuter støtter sine afrikanske kollegaer i å utvikle egne kartleggingsredskaper og metoder for å styrke praksisen sin. Det

har også gjort inntrykk å se hvordan afrikanske ergoterapeuter utvikler praksis.

- Jeg likte godt de sesjonene som handlet om sosial deltakelse og inkludering. Jeg skulle ønske vi hadde verdenskongress hvert andre år for vi har lært mye.



Navn: Naja Benigna Kruse
Arbeidssted: VIA University College, Århus
Land: Danmark

- Det må være den hjertefølelsen jeg har fått, særlig under de sørafrikanske presentasjonene da afrikanske ergoterapeuter reiste seg opp og fortalte hvordan de har kjempet

både personlig og profesjonelt. Å være her har gitt en annen dimensjon til begrepet Occupational Justice.

- Frank Kronenbergs budskap om å huske å sette mennesket først var bra. Vi snakker så mye om aktivitet, men uten mennesket har vi ingen aktivitet.



Navn: Said Nafai
Arbeidssted: American International College
Land: USA og Marokko

- Jeg er president i det marokkanske forbundet for ergoterapi. I forkant av kongressen arrangerte Verdensforbundet for ergoterapi et møte med delegater fra alle landene. Det er bemerkelsesverdig hvor godt

vi jobber sammen på tvers av kulturer og religioner. Vi kan oppnå mye sammen.

- I stedet for å trekke fram en bestemt presentasjon vil

jeg peke på temaet for kongressen, som er «Knyttet sammen i mangfold, posisjonert for påvirkning». Mangfoldet i seg selv er en styrke, og vi kan gjøre enda mer for å styrke hverandre. «Posisjonert for påvirkning» får en særlig betydning med tanke på alle de menneskene, for eksempel i Afrika, som fremdeles ikke kan dra nytte av ergoterapi. Mangelen på ergoterapi mange steder i verden er en av grunnene til at vi må jobbe enda hardere for å sørge for at det finnes ergoterapi alle hjørner av verden.



Navn: Anja Funch Overgaard
Arbeidssted: Kandidat ved VIA University College, Århus
Land: Danmark

- Dette er min første kongress, så bare det å være her har gjort et stort inntrykk. Det er også flott å kjenne på fellesskapet vi har på tvers av kulturer og interessefelter.

- Jeg hadde stor glede av debatten «Is it time to reconsider framing our work as therapy?» Den ble ledet av Jennifer Creek, Theresa Lorenzo, Miranda Thew, Helene Polatajko, Jane Davis og Janet Njelesani. Jeg har ikke selv noen andre navneforslag enn ergoterapi, men det ble en interessant diskusjon.



Navn: Sheleen Aw
Arbeidssted: Nanyang Polytecnic
Land: Singapore

- Jeg er veldig interessert i den sørafrikanske kulturen, og det har vært spennende å høre om ettervirkningene av koloniseringen og apartheid. Vi hører ikke mye om dette i Singapore,

som har vært et fritt land siden 1965.

- Den beste forelesningen ble holdt av Elelwani Ramugondo. Den første dagen presenterte hun «Healing work: Intersections for decoloniality».



Navn: Linda Stigen
Arbeidssted: NTNU
Land: Norge

- Følelsen av fellesskap gjorde inntrykk. Ergoterapeuter er en relativt liten faggruppe som har mer enn nok med å kjempe mot andre faggruppers forventninger om hva vi skal gjøre. Vi trenger å stå sammen for å fronte faget vårt slik at

mennesker med ulike aktivitetsutfordringer skal få den veiledningen de trenger for å mestre hverdagen bedre. Det virker som om vi nå er modne og klare for en verdensomspennende dugnad for å utvikle og promotere



Navn: Yazeed Alshammari
Arbeidssted: Student ved King Saud bin Abdulaziz university for health sciences
Land: Saudi Arabia

- Presentasjonene som handlet om ergoterapi i lokalsamfunnet i de sørafrikanske landene, gjorde inntrykk. Ergoterapi spiller en viktig rolle på landsbygden, blant annet i arbeidet

med AIDS-pasienter. Det var også inspirerende å høre om grupper som GAPA: Grandmothers against poverty and aids.

- Jeg likte godt de sesjonene som handlet om sosial urettferdighet og ergoterapi. Jeg ble imponert over den rollen ergoterapi kan spille i å advokere for og hjelpe folk å kreve tilbake sin rett til aktivitet og deltagelse.



Navn: Sandrine Magdeleine
Arbeidssted: Friends in Hope, association for the support of persons with mental illnesses and their families
Land: Mauritius

- Det føles som om vi er et globalt fellesskap og at alle som har kommet hit har en god opplevelse. Kongressen er en

plattform for å skape nettverk og å lære av hverandre.

- Jeg har satt pris på de sesjonene som har handlet om ergoterapi i Afrika og erfaringer med å implementere ergoterapi i lokalsamfunnene. Jeg opplever at selv om vi ikke er fra samme land, så møter vi de samme utfordringene. Vi må alle argumentere for ergoterapi.

ergoterapifaget for å møte fremtidens helseutfordringer. En annen ting som også gjorde inntrykk, var å se hvor mange norske deltakere vi var, sammenlignet med tidligere verdenskongresser.

- Av presentasjoner vil jeg trekke fram dr. Hammels keynote-forelesning. Hun dro fram hvor viktig det er å tørre å se med kritiske øyne på de mest brukte teoriene, modellene og kartleggingsredskapene innen faget vårt, som forøvrig er utviklet for mange år siden av representanter for kun 20 prosent av verdens praktiserende ergoterapeuter. Vi er en verden i endring og trenger teorier, modeller og redskaper for kartlegging og intervensjoner som kan benyttes uavhengig av hvor man praktiserer, og uavhengig av den kulturelle bakgrunnen til dem vi jobber med.

The Importance of WFOT World Congresses

Established in 1952, the World Federation of Occupational Therapists is the key international representative for occupational therapists and occupational therapy around the world and the official international organisation for the promotion of occupational therapy. WFOT promotes occupational therapy as an art and science internationally. The Federation supports the development, use and practice of occupational therapy worldwide, demonstrating its relevance and contribution to society. (WFOT Mission 2016).

By Marilyn Pattison



Marilyn Pattison is the president of WFOT.

THE FIFTIES AND SIXTIES

Since its establishment, each decade reflects different aspects of development and evolution for WFOT and the profession globally. The fifties saw the formation and the foundation of purpose and principles; the planning of organisational parameters for operating; the setting of educational standards and the striving for international recognition. The sixties were a period of consolidation of earlier policies; the establishment of links with other international bodies; a rapid increase in membership and an expansion in literary publications.

THE SEVENTIES AND EIGHTIES

The seventies and early eighties reflect a time when there was a widening of knowledge in professional practice around the world; a steady increase in membership;

a very active liaison with WHO and an expansion of commitments to maintain educational standards.

THE NINETIES

The nineties saw WFOT take a much greater international presence due to the impact of technology – through internet use and the establishment of a virtual office structure and the noughties saw the completion of the expansion of WFOT's focus which, whilst still acknowledging the medical model, embraced the social model with occupational therapy holding a pivotal position to be the bridge.

WFOT WORLD CONGRESS – A KEY FUNCTION

The WFOT World Congress is long established as a key function of WFOT in its support for occupational therapists and



The WFOT World Congress is long established as a key function of WFOT in its support for occupational therapists and occupational therapy internationally. Photo: Neels Kleynhans.

occupational therapy internationally. Since its inauguration in 1952 the International Congress of the World Federation of Occupational Therapists has been the premier international educational event for the organisation and the growth and focus of the profession has been reflected in the themes and content of the congresses over the decades. It is a pivotal piece of the growing jigsaw of our emergence as a profession.

FIRST WFOT WORLD CONGRESS

The first WFOT World Congress

was held in 1954 in Edinburgh in Scotland with approximately 400 delegates. In «A Chronicle of the World Federation of Occupational Therapists: The first thirty years 1952-1982» (WFOT 1986) Mendez described that «As well as representatives from the ten founder member countries of WFOT medically and educationally interested persons attended from twelve other countries including Ceylon (sic), Egypt, Finland, France, Germany, Greece, Netherlands, Norway, Poland, Rhodesia (sic) and Switzerland.» Norway and Germany would

become the first of those «other» countries to join WFOT as members in 1958.

The main topics covered in the 1954 programme reflected the trend of professional expertise and medical demand at the time: tuberculosis, poliomyelitis, orthopaedics, cerebral palsy and psychiatry. By the end of this decade, the Congress programme reflected a variety of aspects of work in which occupational therapists were participating, i.e. physical disabilities, paediatrics, psychiatry, neurology and geriatrics, the latter being a



relatively new clinical specialty at that time.

Mendez went on to conclude her review of the 1st World Congress by saying *«The organising Committee of this first Congress set a very high standard and a pattern for the Scientific Programme and Social Events that was to be followed for many subsequent Congresses. Their courage in accepting the challenge to be responsible for the first Congress must be recognised, for much weighed on its success. Had Edinburgh failed the World Federation may have failed with it.»* Indeed, from their very beginnings the World Congress was pivotal to the success of WFOT as an organisation.

THE IMPORTANCE OF CULTURE

Congress programmes continued to reflect developments in the profession, and the third International Congress of WFOT in Philadelphia in 1962 had a theme entitled «Cultural Patterns Affecting Rehabilitation». WFOT continues to acknowledge the importance of culture for the health and wellbeing of people, and the importance of health care as a human rights issue. Of note at this particular Congress was a welcome message received from President John F Kennedy.

TO MOVE WITH THE TIMES

The Proceedings of the 1974 Congress in Vancouver, Canada, show the increasing areas of activity in which occupational therapy was being involved. The move in education towards more graduate programmes, the shift into the community, more questioning of the effectiveness of procedures used and the need for more research — the overlap-

ping of functions and roles with other professions. All signs of an awareness by the profession of a wish to enhance its contribution to health care: a wish that had to be tempered with caution so as not to change its basic image.

In an attempt to move with the times, there was the problem of becoming so diffuse in application that the fundamental ethos of the profession could become clouded. It seemed so much easier when there were clear cut boundaries in which to work, but as worldwide changes were being made in an attempt to improve health care programmes, so WFOT — through its international network — had to be made aware of them. The mid-seventies were emerging as a period when more significant changes were being made, which would influence development of the profession and WFOT.

SHARE IDEAS AND LEARN

WFOT has continued to provide opportunities for members to meet, share ideas and learn together. The Congresses held in London 1994, Montreal 1998, Sweden 2002, Australia 2006, Chile 2010 (the first ever World Congress in Latin America), Japan 2014 and most recently South Africa 2018 (the first ever World Congress in Africa) were successful in so many different ways. It is at these Congresses that we can truly celebrate the achievements of WFOT, occupational therapy, and occupational therapists globally.

The attendance at World Congresses has certainly grown since 1954 from around 400 attendees to usually more than 2000 with Japan hosting an astounding 6,500 attendees. Chile in 2010 was the first ever bilingual Con-

gress in English and Spanish with the 2014 Congress in Japanese and English.

A SOUTH AFRICAN EXPERIENCE

The WFOT Congress 2018 was a truly South African experience. From the moment it began with the opening ceremony there was a «buzz» in Cape Town. There were more interactive sessions, the introduction of a plenary session presented by occupational therapy service users, a debate, panel presentations; and a world café producing high energy throughout the convention centre.

For the first time ever, plenary sessions were videoed and immediately loaded to FaceBook to include participants from around the world in the South African experience. And so we are now focussing on WFOT2022 in France where we will participate in «Occupational R-Evolution».

See you there.



Bruk av egen bil i arbeidsgivers tjeneste

Ergoterapeutene har medlemmer som bruker egen bil i arbeidsgivers tjeneste. Dette gjelder særlig medlemmer ansatt i kommunene (KS-området).

Av Berit Førli



Berit Førli er advokat i Ergoterapeutene.

Det er ingen plikt å bruke egen bil. Det vises til særavtalen i KS, SGS 1001-Reiseregulativet, paragraf 4 Kompensasjon for bruk av egen bil i tjenesten.

«Der det er nødvendig å benytte bil for å få utført kommunens/fylkeskommunens/virksomhetens tjenester, stiller som hovedregel arbeidsgiver bil til disposisjon. I motsatt fall bør arbeidsgiver og den enkelte arbeidstaker inngå avtale om kompensasjon for jevnlig bruk av egen bil i tjenesten. Slik kompensasjon godtgjøres med inntil kr. 13 000 pr. år.»

Du finner hele bestemmelsen på Ergoterapeutenes nettside. Den inneholder to viktige prinsipper. Hovedregelen er at arbeidsgiver stiller bil til disposisjon. Dette er ikke til hinder for at det likevel kan inngås avtale om å bruke egen bil. Men arbeidsgiver er altså avhengig av arbeidstakers aksept.

I erkjennelse av at kilometergodtgjørelsen ikke dekker kostnadene ved bruk av egen bil, har de sentrale parter (KS og organisasjonene) tatt inn i særavtalen

hjemmel for å tilstå kompensasjon for jevnlig bruk av bil i tjenesten. Etter ovennevnte nedregulering av kilometergodtgjørelsen øker tapet ytterligere for den ansatte ved bruk av egen bil.

STATENS REISEREGULATIVER

Reiseregulativene i Staten har vært gjenstand for tvisteløsning, og den 25. juni 2018 falt nemndsavgjørelsen. Nemnden valgte å sette ned kilometergodtgjørelsen for bruk av egen bil i tjenesten til 3,90 kroner.

Statens satser for kjøregodtgjørelse gjelder, som navnet sier, for statsansatte. Men det er vanlig at andre også følger disse satsene.

DEKKER IKKE UTGIFTER

Hovedsammenslutningene la fram beregninger som viste at arbeidstakerne selv med gjeldende satser ikke fikk dekket de reelle utgiftene med bruk av egen bil. På bakgrunn av et slikt signal bør en kanskje i fremtiden være mer bevisst på om det er bedre å finne andre transportmidler enn bruk av egen bil. En bør vurdere om taxi eller leie av bil fremstår som et økonomisk bedre alternativ.

REISETIDSSAKEN

Etter nemndsbehandlingen og før nemndsavgjørelsen har Høyesterett kommet med en avgjørelse knyttet til arbeidstid og reisetid. Av denne dommen (HR-2018-1036-A – Reisetidssaken) fremgår det at all nødvendig tid som går med på å reise til og fra et annet sted enn arbeidstakers faste oppmøtested for å utføre arbeidsoppgaver, er arbeidstid.

Arbeidsgiver- og arbeidstakerforeningene vil trolig ha forskjellige syn på hva som er regelen når det gjelder reisetid utenfor normal arbeidstid. Unio har satt ned en arbeidsgruppe som skal ta stilling til dette spørsmålet og andre spørsmål som oppstår som følge av dommen. Ergoterapeutene er representert i arbeidsgruppen.



Selv med gjeldende satser fikk arbeidstakerne ikke dekket de reelle utgiftene med bruk av egen bil. Foto: Colourbox



TRYKKFRIHET

STIMULITE® SITTEPUTER

LUFTIG, LETTHÅNTERLIG, STADIGT

Modeller prisforhandlet med NAV:



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



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

GØRAN SJØDÉNS REHABSHOP NORGE AS
Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru
Tel: 48 50 32 97 www.rehabshop.as [Facebook.com/RehabshopNorge](https://www.facebook.com/RehabshopNorge)



Verneombud og tillitsvalgte – sammen om et godt arbeidsmiljø

Arbeidslivet i Norge preges av et tett og organisert samarbeid mellom arbeidsgiverne og de ansatte. Et godt arbeidsmiljø krever et godt samarbeid og god kommunikasjon mellom partene. Både verneombud og tillitsvalgte har en viktig rolle i arbeidet for et godt arbeidsmiljø.

Av Anita Engeset

Ergoterapeutene er opptatt av at alle skal ha et arbeidsmiljø som gir trygghet og trivsel og muligheter for profesjonell yrkesutøvelse.

Ledere på alle nivåer har det overordnede ansvaret for et godt arbeidsmiljø, men tillitsvalgte, verneombud og ansatte har et medansvar for å arbeide for et godt arbeidsmiljø. Dette er hjemlet i Arbeidsmiljøloven paragraf 6 1-5. Arbeidsmiljø deles ofte inn i tre ulike områder:

- Fysisk arbeidsmiljø: arbeidsplassens tekniske utforming
- Psykososialt arbeidsmiljø: det mellommenneskelige samspillet på en arbeidsplass
- Organisatorisk arbeidsmiljø: alt fra tilrettelegging og organisering av arbeidsdagen til innflytelse, ansvarsforhold, størrelse på enheter og arbeidstid (1)

Alt dette påvirker både produktivitet og opplevelsen av arbeidshverdagen.

HVA ER VERNEOMBUDETS ROLLE OG OPPGAVER?

Verneombudets rolle er å ivareta arbeidstakernes interesser i saker som angår arbeidsmiljøet. Selv om arbeidsgiver har ansvar for arbeidsmiljøet i virksomheten, er verneombudet en viktig

medspiller. Et verneombud velges av sine kolleger og skal representere alle som arbeider i bedriften. Verneombudet befinner seg et sted midt mellom tillitsvalgt og leder.

Rammer og utøvelse av vervet er satt gjennom lovverket (2). Arbeidsmiljøloven er her den viktigste rettesnoren. Loven forteller hva et verneombud er og har ansvar for, og hvilke HMS-krav en arbeidsplass må oppfylle.

Verneombudet har varslingsplikt når det gjelder farlig arbeid, og har rett til å stanse arbeidet. Arbeidsmiljølovens paragraf 2.3 bokstav d og e er krystallklar på verneombudets plikt til å reagere og melde fra om trakassering og diskriminering og om arbeidstaker blir skadet eller pådrar seg sykdom på grunn av arbeidet (3).

Å være verneombud kan være utfordrende. En må kunne ta opp problemer i forbindelse med arbeidssituasjonen uten at dette skaper konflikter, enten det er med ledelsen, mellom avdelinger eller mellom kolleger. Problemer skal løftes opp til de fora og utvalg som kan løse dem, og verneombudet skal bidra til god kommunikasjon mellom partene.

Et godt utført verneombudarbeid betyr utrolig mye både for de ansatte og ledelsen. Det gjel-



Anita Engeset er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

der å være konstruktiv og finne gode og praktiske løsninger.

HVA ER TILLITSVALGTES ROLLE OG OPPGAVER?

Vanligvis er en tillitsvalgt valgt av og blant de fagorganiserte arbeidstakerne for å være gruppens talsmann på arbeidsplassen. Tillitsvalgtordningen er ikke direkte lovregulert og baserer seg på tariffavtale eller hovedavtale. Arbeidsmiljøloven har ingen direkte bestemmelser som krever at virksomheten skal ha en tillitsvalgt, men forutsetter flere steder at ansatte er representert gjennom tillitsvalgte i saker som gjelder arbeidsvilkår (4). Den tillitsvalgte skal ivareta arbeidstaker når det gjelder rettigheter i henhold til kontrakter, tariffavtaler og lignende (4).

Tillitsvalgte skal bistå medlemmene sine både i å ivareta generelle arbeidsvilkår og i enkeltsaker som for eksempel lønnsforhandlinger eller konflikter. Den tillitsvalgte skal også ivareta medlemmer i konkrete saker vedrørende arbeidsbetingelser som lønn og arbeidstid, ansettelse og oppsigelser og i rent faglige spørsmål (4).

I Ergoterapeutenes opplærings- og utviklingsprogram for tillitsvalgte er oppgavene oppsummert i følgende punkter:

- ivareta medlemmenes lønns- og arbeidsforhold
- bidra til godt arbeidsmiljø og virksomhetenes IA-arbeid
- ivareta rammebetingelser for fagutøvelsen i virksomheten
- bruke medbestemmelsesretten og påvirkningsmulighetene i egen virksomhet
- synliggjøre ergoterapeuters kompetanse overfor medlemmer, arbeidsgiver og andre
- være faglig oppdatert og kjennet forbundets satsningsområder
- rekruttere, aktivisere og beholde medlemmer (5)

En tillitsvalgt kan også være en samlende person på arbeidsplassen som de ansatte i fellesskap har valgt for at hun/han skal representere de ansatte overfor ledelsen. Den tillitsvalgte skal som nevnt passe på at tariffavtalen følges i bedriftens behandling av de ansatte. Den tillitsvalgte har også rett til å motta informasjon fra ledelsen og til å ha egne drøftelser når det pågår noe i virksomheten som direkte eller indirekte vil kunne berøre de ansatte (2).

SAMMEN I ARBEIDET FOR ET GODT ARBEIDSMILJØ

Selv om de har de ulike roller og oppgaver, er det viktig at verneombud og tillitsvalgt samarbeider for å få til et best mulig arbeidsmiljø i bedriften. Dette krever at en kjenner til den andres rolle og er trygg på sin egen rolle og sine oppgaver.

Mange blander sammen rollen som verneombud og rollen som tillitsvalgt, men dette er to forskjellige funksjoner (2). I korte trekk passer tillitsvalgte på at tariffavtalens krav oppfylles, mens verneombudet skal vokte at ar-

beidsplassen ikke bryter arbeidsmiljøloven.

Alle virksomheter skal ha et verneombud, siden det er lov-pålagt. Langt fra alle bedrifter og virksomheter har tillitsvalgte, siden retten til tillitsvalgt krever at en tariffavtale er forhandlet fram på arbeidsplassen. Dette igjen krever at mange nok av de ansatte er fagorganiserte (2).

KOMPETANSE GIR TRYGGHET

God opplæring er det viktigste arbeidsredskapet både for verneombud og tillitsvalgte.

Å føle seg trygg på hvilke lover og regler som gjelder, og å vite hvordan man går fram for å få gode resultater, bidrar til å gi verneombudet god gjennomslagskraft og gir trygghet i rollen. Arbeidsgiver skal sørge for at verneombudet får den opplæring som er nødvendig for å utføre vervet på en forsvarlig måte. I utgangspunktet skal denne opplæringen for verneombud være på minst 40 timer, men partene i den enkelte virksomhet kan i spesielle tilfeller avtale kortere opplærings-tid (2). I praksis varierer dette mye fra virksomhet til virksomhet.

Vervet som tillitsvalgt skal være attraktivt, og alle tillitsvalgte skal være gode representanter for medlemmer, fag og forbund. Derfor arrangeres det mange kurs for tillitsvalgte i regi av de enkelte forbundene og hovedorganisasjonen. Ergoterapeutene ivaretar sine tillitsvalgte gjennom et eget opplærings- og utviklingsprogram for å motivere og ruste tillitsvalgte med kompetanse og verktøy som gjør dem trygge i rollen sin (5).

For å ivareta medlemmer som er verneombud inviterer Unio verneombudene i sine forbund til: Verneombudskonferansen

(VOK) 2018, som nå arrangeres for sjette år på rad (6). På konferansen deles det også ut en pris til verneombud som har gjort en spesiell innsats. Kom med forslag på kandidater (7)! Mer om konferansen og verneombudsprisen finner du på Unio.no (6,7).

Referanser:

1. AML § 6. 1-5. Verneombud. Hentet 06.08.2018 fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62/KAPITTEL_7#%C2%A76-2
2. Arbeidstilsynet. Verneombud. Hentet 03.08.2018 fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/roller-i-hms-arbeidet/verneombud/>
3. AML §2.3. Arbeidstakerens medvirkningsplikt. Hentet 06.08.2018 fra: <http://arbeidsmiljolooven.com/article/%C2%A7-2-3-arbeidstakers-medvirkningsplikt/>
4. Arbeidstilsynet. Tillitsvalgt. Hentet 06.08.2018 fra: <https://www.arbeidstilsynet.no/hms/roller-i-hms-arbeidet/tillitsvalgte/>
5. Ergoterapeutene. Opplærings- og utviklingsprogram for tillitsvalgte. 2016. Hentet 06.08.2018 fra: https://ergoterapeutene.sharepoint.com/:w:/r/regionsstyret/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7Bbe-9c25ea-63d5-4ef0-83f4-199cc34ac-bea%7D&action=default
6. Unios verneombudskonferanse – VOK 2018. Hentet 06.08.2018 fra: <https://www.unio.no/no/nyheter/nyheter-2018/unios-verneombudskonferanse--vok-2018>
7. Verneombudsprisen – vi trenger ditt forslag til kandidat! Hentet 06.08.2018 fra: <https://www.unio.no/no/nyheter/nyheter-2018/verneombudsprisen--vi-trenger-ditt-forslag-til-kandidat>



Skadeforebyggende tips fra Ergoterapeutenes forsikringskontor

Nå er det på tide å gjøre hus og hytte klar for høsten. Med enkle grep kan du unngå vannskader, flygende hagemøbler og uvelkomne små gjester.

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt på Ergoterapeutenes forsikringskontor.

Det kan være lurt å benytte fine høstdager til å forberede hus og hytte på at årstiden etterhvert kan by på dårligere vær.

Her er våre tips til hva du bør forberede:

- Sett inn hagemøbler og andre løse gjenstander som kan ta skade av å stå ute gjennom høsten og vinteren.
- Har du trampoline bør denne demonteres eller sikres tilstrekkelig slik at den ikke blir tatt av vinden.
- Rengjør takrenner og utvendige avløp slik at vann lett ledes bort fra boligen. Dette må du gjerne gjøre flere ganger i løpet av høsten hvis du har mye trær rundt huset eller hytta.
- Sjekk taket. Fjern mose og se etter at takstein/takplater ikke er løse eller ødelagt. Ta en titt under takpannene og sjekk om lektene ser tørre og friske ut. Sjekk også at beslag rundt pipe og ventiler ikke er skadet. Har du flatt tak med belegg, bør du se etter sprekker og frostsprengninger. Rens sluk og avløp slik at vannet har fri vei bort fra taket.
- Har du store trær rundt huset eller hytta, bør du sjekke

hvordan det står til med disse. Er det fare for at treet eller store greiner vil bli tatt av neste storm og gjøre skade på huset? Da bør disse hugges ned.

HOLD MUS OG ROTTER UTE

Når det begynner å bli kaldt i været, søker smågnagerne ly og vil inn i varmen. Disse kan gjøre stor skade på hus og hytte, men med enkle grep kan du holde dem ute.

- Sikre ventiler og andre åpninger i hus og hytte slik at rotter

og mus ikke kan komme inn. Husk at det ikke skal store åpningen til for at de minste gnagerne finner veien inn i varmen.

- Unngå å stable materialer og andre gjenstander inn mot husveggen, da disse kan fungere som stiger for mus og rotter.
- Fjern nedfallsfrukt fra hagen.

Ergoterapeutenes forsikringskontor ønsker alle medlemmer en fin høst. Husk at vi treffes på telefon 22 05 99 15 eller på www.ergoterapeutene.org/forsikring.



Ergoterapeutenes forsikringskontor ønsker alle medlemmer en fin høst.



Aktivitet og deltakelse for alle.

Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem



TIPS OM PÅLOGGING PÅ MIN SIDE

Her er noen tips for vellykket pålogging til Min side, der du kan kontrollere og korrigere dine medlemsopplysninger i medlemsregisteret vårt. Brukernavnet er den e-postadressen som vi har registrert i medlemsregisteret. Selv om du hadde tilgang til den gamle løsningen, må du sette et nytt passord på den nye løsningen. Dette får du tilsendt ved å skrive inn brukernavn og trykke «Trenger du nytt passord?» Sjekk at Min side kvitterer med «E-post om passordbytte er sendt». Du vil etter noen minutter få tilsendt en e-post fra oss med en lenke som tar deg til en side der du skriver inn nytt passord to ganger. Mottar du ikke e-posten, er det lurt å ta en kikk i søppelposten/spamfilteret ditt.



TRYKKFRIHET

STIMULITE® MADRASSER og HEELBOOT

LUFTIG, LETTHÅNDTERLIG, STADIGT

Nu i Norge og prisforhandlet med NAV:

Prøv selv! Bestill produkt demonstrasjon eller gratis demoprodukter nå!

Ring 48 50 32 97 eller send en e-post til julia@rehabshop.com



3-SONE Madrass Ekstra Myk
Til forebygging eller behandling av fuktskader og trykksår opp till grad 3. Sikker og letthåndterlig i hjemmebruk og omsorgsavdelinger. Bra for følsom hud i cancer- eller palliativ omsorg, ved langtidsbruk



HEELBOOT hæbeskyttelse
Ekstra myk og luftig hæl- og malleol beskyttelse for deg med smerter eller risiko for trykksår. For aktiv og passiv bruk i seng eller rullestol



GØRAN SJØDÉN'S REHABSHOP NORGE AS
Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru
Tel: 48 50 32 97 www.rehabshop.as [Facebook.com/RehabshopNorge](https://www.facebook.com/RehabshopNorge)



Considering the possibility of globally relevant occupational therapy

By Karen Whalley Hammell



*Dr. Karen Whalley Hammell is honorary professor in the department of Occupational Science and Occupational Therapy at the university of British Columbia. She was one of the keynote speakers at the WFOT Congress 2018.
Email: ik.hammell@sasktel.net*

Background

Throughout her work Karen Whalley Hammell has sought to foster critical thinking, challenge taken-for-granted assumptions and advocate culturally relevant and inclusive occupational therapy theories.

Convinced of the important connections between occupational participation and human well-being, Karen's work affirms the inherent right of all people to engage in occupations that contribute positively to their well-being.

Accordingly, she advances occupational therapy practices that address, not solely people's abilities, but their capabilities – their opportunities to do what they have the abilities to do.

Her keynote lecture «Building globally relevant occupational therapy from the strength of our diversity», presented at the World Congress of Occupational Therapy in Cape Town, focused on issues arising from the dominance within the international occupational therapy profession of theories and models formulated by a privileged English-speaking minority.

It was a big surprise and a tremendous honour to be invited to present a keynote lecture at the recent World Federation of Occupational Therapists' Congress in Cape Town, South Africa. The subject of my talk - «*Building globally relevant occupational therapy from the strength of our diversity*» - reflected my ongoing concern with the cross-cultural relevance of our profession's dominant theories and models, and with the consequences of exporting and applying these value-laden ideas in contexts that may be radically different from those in which they originated.

It is almost 40 years since I became an occupational therapist. As a student and later as a clinician - first in a large university teaching hospital and then in a regional rehabilitation centre - I had been struck by occupational therapy's preoccupation with self-care activities. Although it was clearly important to many patients and clients to be able to relearn the skills required to toilet, bath and dress themselves, this seemed to me to be inadequate preparation for re-engagement in living. What, for example, was a retired woman with a stroke going to do *after* she got dressed? Although some occupational therapy services were explicitly focused on efforts to return people of working age to paid employment, there seemed little attention within our profession to the occupational priorities and well-being needs of all those people for whom paid employment was neither desired nor feasible.

SELF-CARE, PRODUCTIVITY AND LEISURE

I was working as a community therapist in a rural area of Saskatchewan, Canada when some of our profession's leaders advanced a model of occupation that comprised three core categories: self-care, productivity and leisure. I was excited that the occupational therapy profession was formally declaring itself to be concerned, not solely with self-care skills, but with the various productive and leisure occupations that contribute so much meaning and purpose to people's lives. This innovative conceptual framework - which seemed so solidly grounded in common sense - provided an inspiring vision and expanded mandate for clinicians, such as me.

But over time, I began to question these three categories. In the farming communities where I worked the lines between productive and leisure occupations were often blurred. The daily occupations described by participants in my doctoral research into the experience of living with high spinal

cord injury didn't fit neatly into compartments of self-care, productivity and leisure; and it occurred to me that neither my own occupations nor those of my partner nor parents fit these categories either. For several years I awaited the revision of the occupational categories that I was sure would be forthcoming. But instead, the categories became entrenched as lore, as if the common sense with which they had been informed had been accepted as a reasonable substitute for empirical evidence, and as if the pronouncements of our leading theorists were somehow deemed to be correct or «true».

I was puzzled that occupational therapy's leading theorists and researchers had neither attempted to determine whether people in general perceived their everyday occupations as constituting activities they would choose to label as self-care, productivity or leisure, nor whether these three categories reasonably encompassed all the everyday occupations people valued or in which they were motivated to become engaged. It was unclear to me that any research evidence had informed the division of occupations into these three specific categories, yet as a self-professed «scientific» discipline I believed that common sense was an inadequate basis for occupational therapy theory and the practices it informs. And as someone who has had a life-long habit of challenging the unsupported proclamations of those in positions of authority, the oft-repeated assertion from our profession's leaders - that the tripartite framework is simple and fairly comprehensive - seemed to me to be a hopelessly inadequate justification for its use. It was also clear to me that a framework is either comprehensive, or it is not comprehensive; the premise that a framework could be «fairly comprehensive» is an oxymoron (an expression in which contradictory terms are placed together, such as «only choice» or «client-centred enablement»), and a flimsy foundation on which to construct measures that assess occupational performance and interventions that are informed by these assessments.

My intellectual unease concerning the three privileged categories of occupation motivated my further examination of the unchallenged assumptions that seemed to underpin so many of our profession's authoritative pronouncements. I was profoundly troubled, for example, by the claim that individuals choose, shape and orchestrate - or «compose» - their everyday occupations, and by the associated assertion that all humans participate in occupations



There has been insufficient attention within the profession to whether people's environments actually allow them to do what they have the abilities to do. Foto: Colourbox

as autonomous agents, which I perceived to be uniquely privileged assumptions. I have sought to draw attention to the significant body of multidisciplinary research evidence demonstrating that opportunities for human agency and occupational choice are inequitably distributed; that many people's occupations are co-opted, coerced or compelled; that many people simply do what needs to be done; and that occupational choices may be severely constrained by structural inequalities such as poverty and racism, by class and caste-based exploitation, and by oppressive, unjust and misogynistic religious and cultural traditions. In all corners of the world, for example, the occupations of many girls and women are chosen, shaped and orchestrated by men.

THE PRIVILEGED ENGLISH-SPEAKING MINORITY

My particular interest in spinal cord injuries and in the process of rebuilding a life in an altered physical form had made me question the assumption – which underlies so much of the rehabilitation enterprise – that perceptions of quality of life are positively correlated with physical function and physical independence; and the associated assumption, that mental distress will be more profound in the presence of profound impairment. Both these assumptions were contested by my own clinical observations and contradicted by a significant body of research evidence. Discovery of the early work by disabled disability studies scholars such as Barnes and Oliver was a revelation, and my work continues to be influenced by the international disability studies literature and its insights into those disabling features of the social, cultural, political, economic and legal environment that reduce the opportunities available to people to employ their abilities.

The occupational therapy literature explicitly acknowledges that the environmental context is integral to occupational engagement but I believe there has been insufficient attention within the profession to whether people's environments actually allow them to do what they have the abilities to do. Thus, in much of my work I have endeavoured to foreground the impact of inequitable social, economic, political, structural, cultural and religious dimensions of the environment on the real opportunities available to disabled individuals and disadvantaged communities. Sen's (e.g. 1999, 2005) capabilities approach to human well-being – as it has been adapted and employed by disability scholars – has been an important reference point in this endeavour.

This approach encourages us to determine whether a person is able to do the things she or he would value doing (their abilities), and whether their circumstances actually allow them to do what they would like to do (their opportunities).

In addition, travelling through over 50 countries across Europe, North and South America, Africa, Asia, the Middle East and Australasia during my life has confronted me with the narrowness of my own perspective as a privileged, well-educated, agnostic, Anglophone heterosexual white woman. I am aware that the «common-sense norms» that inform my life are not common to everyone, everywhere, that they are not even sensible in many places, and that what is deemed normal, or usual, in one place, might be perceived as abnormal or bizarrely unusual in another place. This awareness has underpinned my constant challenge to the dominance within the international occupational therapy profession of theories and models formulated by a privileged English-speaking minority, in which I acknowledge my own culpability.

The insights I have gained from my travels and from my immersion in the literatures of the social sciences and humanities, and from scholarly, philosophical and creative literatures from many non-Western places, have convinced me that humans do not all aspire to independence and individualism, that work is not always supportive of health, that humans do not all have an innate and universal urge to achieve mastery over the environment and that Western Anglophone perspectives on occupation and human well-being are culturally-specific and not shared universally. And as my work challenging the assumptions informing our theories has been published in the occupational therapy journals of Australia, Britain, Canada and Scandinavia, I have received emails from occupational therapists in all areas of the world – for example from Argentina, Iran, Slovenia, India, Peru, the Philippines and from Māori therapists in Aotearoa – who have conveyed their enthusiastic support for my work and who have expressed their profound frustrations with the status quo of dominant theories they perceive as irrelevant, and with the practices informed by these theories that they perceive as oppressive.

I am well aware, of course, that not everyone has appreciated my efforts to demonstrate the cultural specificity of so many of our leaders' pronouncements, and it has been suggested that I am disrespectful towards the occupational therapy profession and

its celebrated leaders. But it is because I believe so fervently in the importance of occupation to human well-being, in the importance of occupational rights as human rights, and in the importance of an occupational therapy profession committed to expanding people's abilities and opportunities to do and be what they value doing and being that I have sought to highlight the dearth of cross-cultural evidence that supports our dominant assumptions and models. Moreover, I believe that an academic discipline that does not critique and challenge its own theoretical status quo cannot claim to be scientific and ought not to claim membership of the academic community.

CONNECTED IN DIVERSITY

So when I received the invitation to present a keynote lecture at the first WFOT congress ever to be held on African soil, I wanted to use this amazing opportunity to articulate my perception that occupational therapists perpetuate colonialism when theories, assessments, interventions, outcome measures and models of practice that are informed by culturally-specific, Western neoliberal assumptions about what is valuable and desirable, are promoted and applied in contexts that are politically, culturally, economically and socially dissimilar. I wanted to raise awareness that occupational therapy practices informed by these assumptions may be inadequate, inappropriate, irrelevant and oppressive. I wanted to highlight the fact that occupational therapy's most influential theorists have shared very similar, privileged social positions as well-educated, professional, urban, middle class, middle aged, able-bodied, white Anglophones, usually with Judeo-Christian cultural backgrounds and that these positions differentiate them from the majority of the world's people, and even from most of the people in our own, minority world; and I wanted to explain why I think this matters.

In my keynote lecture I drew from the congress theme: *Connected in diversity; Positioned for impact* to foreground some of the issues arising from the *lack* of diversity reflected in occupational therapy's dominant theories and models, and the practices they inform; explored some specific Western values embedded in these ways of thinking about humans and occupations; and endeavoured to suggest how things might be different, and why I believe things will have to be different if occupational therapy is to be positioned to have a globally-relevant impact in the future.

Occupational therapy's theoretical tradition

maintains that occupations occur within a specific context, yet there has been little critical examination of the specific ideological and political context in which our own theories and assumptions have arisen. Part of my intent in this keynote talk was to encourage occupational therapists to look critically at the specific neoliberal context that has informed the work of Anglophone theorists and to recognise that the high priority our profession has placed on independence, self-reliance, individualised interventions, self-care skills and occupations we can label «productivity» are reflective of a specific neoliberal ideology that does not reflect the values of the majority of the global population.

I wanted to articulate my concern that by focusing on the assessment, promotion and «enablement» of independence in self-care, productive and leisure occupations, our profession has tended to overlook the fundamental importance of occupations concerned with ensuring basic survival; of occupations that contribute to the care of families; of occupations that strengthen social roles; of occupations that are collective, shared or collaborative; of occupations that foster interdependence and a sense of belonging; of occupations that are commemorative, celebratory or sacred; of occupations that foster connections to cultural traditions; of occupations that derive their meaning from the context or season within which they are enacted or from the people with whom they are enacted; of occupations undertaken with the purpose of honouring ancestors, spiritual traditions and the natural world; and of occupations that are motivated by a desire to care for the land and oceans. And I wanted to express my particular concern that because of the privileged position of our dominant thinkers the occupational therapy profession has not paid much attention to the inequities stemming from racism, classism, sexism, heterosexism, homophobia, patriarchy and caste and from social determinants such as poverty, vulnerability to disease, exposure to violence, unemployment, unstable housing, and inequitable access to education, literacy, information technology and transportation. Yet these factors, which often intersect, are a consequence of the soaring levels of global inequality that create inequitable occupational choices and opportunities, and exert a noxious impact on human health and well-being.

The World Federation of Occupational Therapists has stated clearly and unequivocally that «All persons...by virtue of being human, have the right

to occupational opportunities necessary to meet human needs, access human rights, and maintain health» (2012); and has declared our profession's commitment to ensuring equitable opportunities for participation in occupation, regardless of difference (2006). So I proposed that if the international occupational therapy profession is to be positioned to have a globally relevant impact in the future, we shall need to draw theoretical and practical wisdom and knowledge from all our diverse membership, and not solely those located in the global North. Our membership's diversity derives, not solely from our geographic locations, our languages, religious and cultural traditions, races, ethnicities and experiences of colonialism and imperialism, but from our different gender identities, sexual orientations, ages and disabilities, our location in urban and rural communities and our different political and economic contexts.

I also proposed that if occupational therapists are to have a globally relevant future we shall need to focus clearly on occupational rights, and on capabilities - people's opportunities to do what they have the abilities to do – and to employ theoretical models, forms of assessment, interventions and outcome measures that identify and address the inequitable structures that constrain the capabilities and occupational rights, not solely of individual disabled people, but of entire disadvantaged communities. And thus I challenged occupational therapy researchers and clinicians to aspire beyond modifying individuals' abilities, to expand our profession's focus and relevance, and to work towards enlarging the possible occupational choices people have the real opportunity to make.

References

- Sen, A. (1999). *Development as freedom*. Oxford: Oxford University Press.
- Sen, A. (2005). Human rights and capabilities. *Journal of Human Development*, 6, 151-166.
- World Federation of Occupational Therapists. (2006) *Position Statement: Human rights*. www.wfot.org
- World Federation of Occupational Therapists. (2012) *Position Paper: Human displacement*. www.wfot.org

Further reading

- Hammell, K.W. (2009) Sacred texts: A sceptical exploration of the assumptions underpinning theories of occupation *Canadian Journal of Occupational Therapy* 76(1):6-13.
- Hammell, K.W. (2009) Self-care, productivity and leisure, or

- dimensions of occupational experience? Rethinking occupational «categories». *Canadian Journal of Occupational Therapy* 76(2):107-114.
- Hammell, K.W. (2011) Resisting theoretical imperialism in the disciplines of occupational science and occupational therapy *British Journal of Occupational Therapy* 74(1):27-33.
- Hammell K.W. (2012) Exposing the emperor: Meditations on credulity and occupational therapy *Occupational Therapy Now* 14(6):13-17.
- Hammell, K.W., Iwama, M.K. (2012) Wellbeing and occupational rights: An imperative for critical occupational therapy. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 19:385-394.
- Hammell, K.W. (2013) Client-centred practice in occupational therapy: critical reflections. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 20(3):174-181.
- Hammell, K.W. (2013) Client-centred occupational therapy in Canada: refocusing on core values. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 80(3):141-149.
- Hammell, K.W. (2013) Occupation, well-being and culture: Theory and cultural humility. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 80(4):224-234.
- Hammell, K.W. (2014) Belonging, occupation and human well-being: An exploration. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 81(1):39-50.
- Hammell, K.W. (2015) Guest Editorial. Participation and occupation: The need for a human rights perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 82(1):4-8.
- Hammell, K.W. (2015) Quality of life, participation and occupational rights: A Capabilities perspective. *Australian Occupational Therapy Journal* 62(2):78-85.
- Hammell, K.W. (2015) Client-centred occupational therapy: The importance of critical perspectives. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 22(4):237-243.
- Hammell, K.W. (2015) Respecting global wisdom: Enhancing the cultural relevance of occupational therapy's theoretical base. *British Journal of Occupational Therapy* 78(11):718-721.
- Hammell, K.W. (2015) Occupational rights and critical occupational therapy: Rising to the challenge. *Australian Occupational Therapy Journal* 62(6):449-451.
- Hammell, K.W. (2016) Empowerment and occupation: A new perspective. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 83(5):281-287.
- Hammell, K.W. (2017) Critical reflections on occupational justice: Towards a rights-based approach to occupational opportunities. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 84(1):47-57.
- Hammell, K.W., Beagan, B. (2017) Occupational injustice: A critique. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 84(1):58-68.
- Hammell, K.W. (2017). Opportunities for well-being: the right to occupational engagement. 2017 Muriel Driver Memorial Lecture. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 84, 209-222.
- Hammell, K.W. (in press) Building globally relevant occupational therapy from the strength of our diversity. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*

Living in group homes – the right to occupational participation

I presentasjonen vår under WFOT Congress 2018 snakket vi om retten alle har til å delta i aktiviteter.

Av Eva Magnus og Turid Møller Olsø



Eva Magnus er førsteamanuensis ved Bachelor i ergoterapi ved NTNU, Trondheim.



Turid Møller Olsø er faglig rådgiver i NAP-HA, NTNU Samfunnsforskning, Trondheim.

FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne gir alle rett til et selvstendig liv, til å være en del av samfunnet og til å delta i arbeidsliv, kulturliv, fritidsaktiviteter, fornøyer og idrett. Konvensjonen, som Norge skrev under i 2013, fremhever retten til å kunne utføre alle de hverdagslige aktivitetene som de fleste av oss gjør. Vårt fokus var muligheter og barrierer for at personer som bor i bofellesskap, og som trenger omfattende hjelp, skal kunne utføre ønskede aktiviteter.

Empirien er hentet fra prosjektet «Omfattende tjenester i andres hjem: Brukeres, ansattes og kommuners perspektiv». Her utforsker vi både utfordringer og dilemmaer knyttet til det å motta omfattende tjenester i hjemmet. Prosjektet ledes av Jan Tøssebro ved NTNU Samfunnsforskning i samarbeid med forskere fra tre institutt ved NTNU og ett fra Nord Universitet. Dette er et fireårig prosjekt, som finansieres av Norges forskningsråd. Seks kommuner deltar med til sammen 15 bofellesskap.

Prosjektet gjennomføres som praksisforskning med en intensjon om å bidra til positive endringer gjennom samarbeid mellom ansatte, ledelse, beboere i bofellesskapene og forskere. Den største gruppen beboere er personer med utviklingshemming, mens empirien i denne presentasjonen er hentet fra ett bofellesskap for mennesker

med fysiske funksjonsnedsettelse og ett for personer med psykiske vansker og rusproblemer. Beboerne er voksne i alderen 18 til 67 år, altså den delen av livet hvor voksne er i arbeid eller studier, og er aktive deltakere familie og samfunnsliv. Det er foretatt til sammen elleve individuelle intervjuer med beboere, to fokusdiskusjoner med til sammen ni ansatte, intervju med tre ledere, to fokusdiskusjoner med til sammen fem pårørende og deltagende observasjoner, til sammen 14 ganger. Det er gjennomført en tematisk analyse, og funnene er diskutert ved hjelp av begreper fra perspektivet occupational justice / retten til aktivitet (Stadnyk, Townsend og Wilcock, 2014).

AKTIVITETSMARGINALISERING

Funnene viste at mulighetene for individuelle og ønskede aktiviteter var begrenset. Fellesaktiviteter og i noen grad vedtaksfestede aktiviteter beskrevet i en dagsplan preget hverdagen. Fellesaktiviteter som gåturer, kafébesøk og felles pizza på lørdag ble organisert av ansatte og gjennomført sammen med andre beboere. Dette er lite individuelt tilpassede og spontane aktiviteter, og de ble ikke begrunnet med beboernes ønsker. Ansatte ønsket at de kunne ha gjort mer, men henviste til reduserte budsjetter, få personer på arbeid og vaktplaner.

I ett av de to bofellesskapene hadde beboerne vedtak på delta-

kelse i én aktivitet utenfor hjemmet hver uke. Dette ble gjennomført ved at aktiviteten stort sett skjedde sammen med minst én annen beboer. En bytur alene eller en tur på butikken sammen med en ansatt var vanskelig å få til.

For personer som trenger støtte i aktiviteter utenfor hjemmet, er det mange aktiviteter som er vanskelige å gjøre. Dette kan ha konsekvenser for særlig meningsfulle aktiviteter, vedlikehold av relasjoner og muligheten for nye erfaringer.

Deltakelse i fellesaktiviteter innebærer at den enkelte beboer har begrenset mulighet til å foreta egne valg om hva han eller hun vil gjøre, hvor, med hvem og når. De har ikke autonomi i valg av aktiviteter.

Stadnyk, Townsend og Wilcock (2014) betegner dette som aktivitetsmarginalisering. Forfatterne beskriver hvordan aktivitetsmarginalisering fører til ekskludering fra deltakelse og fra sosialt verdsatte aktiviteter. Autonomi i valg av aktiviteter kan begrenses i mange av hverdagens selvfulgjelige aktiviteter, som når en vil legge seg om kvelden – fordi det er få folk på jobb, eller at vaktsystemet med rapporter begrenser mulige tidspunkt for når aktiviteter kan gjøres.

Mennesker som over tid erfarer restriksjoner når det gjelder deltakelse i aktiviteter på ulike plasser og sammen med forskjellige mennesker, risikerer å erfare aktivitetsdeprivasjon. Aktivitetsdeprivasjon er «a state of prolonged preclusion from engagement in occupations of necessity and/or meaning due to factors which stand outside of control of the individual» (Whiteford, 2014, s. 201). Det er altså restriksjoner utenfor individet som hindrer deltakelse, og som har konse-



Mennesker som over tid erfarer restriksjoner i aktivitet, risikerer å erfare aktivitetsdeprivasjon. Foto: Colourbox

kvenser for helse og inkludering. Whiteford (2014) peker på at årsakene til dette kan være mange – sosiale, økonomiske, geografiske, historiske, kulturelle eller politiske. Det sentrale er at den enkelte ekskluderes fra deltakelse i samfunnet. Som et eksempel på aktivitetsdeprivasjon kan nevnes at alle beboerne hadde egen leilighet, men få hadde støtte i å gjøre daglige aktiviteter i hjemmet, som å lage mat eller vaske klær. Konsekvensen av dette var at de ikke fikk mulighet til å lære og mestre vanlige aktiviteter som hører med i voksenlivet. Årsakene til begrenset tilgang til aktiviteter for beboere i bofellesskapene ble beskrevet som dårlig økonomi og for få ansatte på arbeid.

Selvbestemmelse beskrives som viktig for personer som trenger omfattende tjenester i hjemmet. Likevel er realiteten for mange at det er begrenset om de får bestemme over og ta egne valg om det de vil gjøre, og få mulighet til å utvikle ferdigheter som kan bidra til helse og inkludering. Beboerne deltar i liten grad i aktiviteter som gir muligheter til å prøve seg fram,

lære, mestre, få tilbakemelding på seg selv og delta på et mangfold av samfunnslivets arenaer. Dette skyldes mange forhold på flere samfunnsnivåer. Det har konsekvenser for helse og inkludering, og det bryter med sentrale rettigheter. Vi har altså et stykke vei å gå for å oppnå fulle rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne. Ergoterapeuter kan, med sin spesifikke kunnskap om aktivitet og deltakelse, synliggjøre dette i så mange sammenhenger og på så mange arenaer som mulig.

Referanser

- FNs Konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne* (2006). Oslo: Barne- Likestillings- og Inkluderingsdepartementet.
- Stadnyk, R.L., Townsend, E.A. og Wilcock, A.A. (2014). Occupational Justice. I C. Christiansen og E.A.Townsend, *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living*. Essex: Pearson, s.307-336.
- Whiteford, G. (2014). Occupational Deprivation: Understanding Limited Participation. I C. Christiansen og E.A. Townsend, *Introduction to Occupation: The Art of Science and Living*. Essex: Pearson, s.281-306.

Do we practice what we preach?

STUDENTER MED FUNKSJONSNEDESETTELSE I PROFESJONSUTDANNINGER MØTER AMBIVALENTE DØRVAKTER

Som ergoterapeut har jeg en profesjonell identitet som ekspert på tilrettelegging for personer med funksjonsnedsettelse. Jeg forfekter profesjonelle verdier som likeverd, inkludering og mangfold, og ønsker at alle mennesker skal ha muligheter til å delta i samfunnet ut fra sine ønsker og forutsetninger.

Av Eli Langørgen



Eli Langørgen er lektor ved NTNU, har en mastergrad i Funksjonshemming og samfunn fra NTNU, og er ergoterapispesialist i Somatisk Helse.

Doktorgradsprosjektet mitt om studenter med funksjonsnedsettelse i profesjonsutdanninger har bidratt med kunnskap som indikerer at mye av utfordringene til likeverdig deltakelse kan relateres til samspillet mellom aktørene i profesjonsutdanningene; studentene, lærerne og praksisveilederne. Et spørsmål som reiser seg, er hvor inkluderende vi som profesjonsutøvere egentlig er i rollen som dørvakter til vår profesjon.

En generell økning i antall studenter, samt politiske føringer for å fremme likeverdige utdanningsmuligheter, har ført til et større mangfold av studenter i høyere utdanning. Til tross for politiske føringer som skal få oss til å ivareta en inkluderende praksis, møter mange studenter med funksjonsnedsettelse barrierer knyttet til både fysiske og sosiale forhold.

Utdanningsinstitusjonene er gjennom lovverket pålagt å legge studiesituasjonen til rette for personer med «særskilte behov» (Universitets- og høyskoleloven). Både forskning og erfaring tilsier at mange studenter med funksjonsnedsettelse er tilbakeholdne med å be om tilrettelegging. I

profesjonsutdanninger, hvor studentene hyppig skifter læringsarena på grunn av praksisperioder, må tilrettelegging ofte etterspørres gjentatte ganger. Akademisk ansatte og praksisveiledere på sin side rapporterer utfordringer med å legge til rette for studenter med varierte behov: Hvordan og hvor mye kan de legge til rette uten å gå på akkord med kvalifikasjonskravene?

Temaet studenter med funksjonsnedsettelse i høyere utdanning er lite utforsket i Norge, mens den internasjonale forskningsinteressen er økende.

Doktorgradsprosjektet har hatt som overordnet formål å undersøke hva som fremmer og hemmer deltakelse i profesjonsutdanning for personer med funksjonsnedsettelse. Det ble gjennomført individuelle intervju med fjorten studenter med ulike funksjonsnedsettelser (sensoriske, fysiske, og kognitive funksjonsnedsettelser, og kronisk sykdom), samt fokusgruppediskusjoner med tretten lærere og åtte praksisveiledere. Deltakerne ble rekruttert fra til sammen tolv profesjonsutdanninger på bachelornivå innen pedagogikk, helse- og sosialfag.

I fremlegget på WFOT-konferansen, som denne artikkelen er et sammendrag av, presenterte jeg en overordnet tolkning på tvers av hele datamaterialet.

Jeg møtte studenter med ambisjoner, som ønsket å bruke sine evner til å bidra i samfunnet og arbeidslivet. De var forberedt på at studentlivet ville bli krevende, men visste ikke helt hva som ventet dem, hvilken type tilrettelegging de kunne få, og hvem som kunne hjelpe. De ønsket ikke å skille seg ut på noen måte eller bli oppfattet som masete. Når de møtte funksjonsutfordringer i studieaktiviteter, tok de personlig ansvar for å finne løsninger og følge opp. Umiddelbart kan man få inntrykk av at de klarte seg bra, imidlertid ble den ekstra innsatsen de la ned for å kompensere usynlig. Prosjektet viste at studenter med funksjonsnedsettelse er under konstant press for å bevise at de duger som profesjonsstudenter og oppnå anerkjennelse som fremtidige profesjonsutøvere.

I datamaterialet fra fokusgruppene fant jeg en ambivalens blant deltakerne til å involvere seg i studenter med funksjonsnedsettelse. Lærerne og praksisveilederne erfarte at verdier, normer og roller kom i konflikt: De måtte ta vanskelige avgjørelser vedrørende studenters kvalifikasjoner og fremtidige yrkesmuligheter, men manglet kunnskap om tilrettelegging og tid til å følge opp. Lærerne opplevde at den som tilfeldigvis hadde emneansvar da det ble avdekket at en student strevde, ofte ble sittende alene med arbeidet. Praksisveilederne følte seg også alene, og begge informantgrupper ga uttrykk for mangelfull informasjonsutveksling og samarbeid vedrørende studenter

med funksjonsnedsettelse.

Individuell tilrettelegging forutsetter at studentene selv ber om det. Dette premisset bygger på en forståelse av funksjonsnedsettelse som et individuelt og stabilt kroppslig fenomen, og tar ikke høyde for den kontekstuelle kompleksiteten og vanskelighetene studentene har med å definere sine vansker. Studenters manglende åpenhet og de ansattes taushetsplikt vedrørende studenters funksjonsnedsettelse bidro til å legge lokk på temaet og svekket dermed samarbeidet med studenten, og mellom lærerne og praksisveilederne.

Lærerne og praksisveilederne var sannsynligvis ikke klar over – eller villige til å se – hvor mye ansvar studentene tok, og hvor mye tid og krefter de brukte. Dørvaktene gjorde det de måtte når de ble bedt om det, men var ikke proaktive når det gjaldt å møte studentenes utfordringer. Satt på spissen kan man undres om det er slik at vi som profesjonsutøvere – både i utdanningen og praksisfeltet – «stikker hodet i sanden» og håper at det ikke dukker opp en student som trenger ekstra oppfølging, fordi det skaper så mange dilemma og medfører ekstra arbeid. «Flinke» studenter med funksjonsnedsettelse som selv ordnet opp, fremsto dermed som «lett å følge opp».

Jeg etterspør økt oppmerksomhet rundt interaksjonen mellom aktørene. Hvordan kan vi som ergoterapeuter anvende vår kunnskap om person, aktivitet og omgivelser inn på dette feltet? Hvordan inkluderer og legger vi til rette for en mangfoldig studentgruppe i våre profesjonsutdanninger? Jeg antyder også behov for et perspektivskifte vedrørende synet på personer med funksjons-



«Flinke» studenter med funksjonsnedsettelse som selv ordnet opp, fremsto som «lett å følge opp».

Foto: Colourbox

nedsettelse – fra en individuell defekt som det bør kompenseres for, til å anerkjenne at personer med funksjonsnedsettelse kan bidra med viktig erfaringskompetanse og unike perspektiver inn i vår profesjon.

For interesserte lesere:

Langørgen, E. & E. Magnus (2018). «We are just ordinary people working hard to reach our goals!» Disabled students' participation in Norwegian higher education, *Disability and Society*.

Langørgen, E., Kermit, P. & E. Magnus (2018). Gatekeeping in professional higher education in Norway: Ambivalence among academic staff and placement supervisors towards disabled students, *International Journal of Inclusive Education*.

HUMANITY—OCCUPATION—HEALTH:

A Radical Repositioning of Occupational Therapy's Ontological and Epistemological Foundations

This article briefly presents the focus of Frank Kronenberg's doctoral research; the set of concerns which prompted it, a revealing and unsettling finding in the literature review and, a «sneak preview» of a called-for radical repositioning of occupational therapy's ontological and epistemological foundations.

By Frank Kronenberg



Frank Kronenberg is an author, occupational therapist and freelance educator at universities in North and South America, Europe and South Africa. He is also Chair of the Board of the Cape Town / South Africa based non-profit organization Grandmothers Against Poverty and Aids.

The study focused on everyday enactments of humanity affirmations in post 1994 apartheid South Africa, building a case for advancing an understanding of being human as occupation and health. The central notion «humanity» was appreciated as referring to both: >7 billion occupational beings who collectively make up our one and only human race, and; being human, foregrounding not what does it mean but, how we do it and know that we did. To inform the study's statement of the problem, I drew from an Aristotelean interpretation of being political, that is, being concerned with what is good and bad for humanity. I politicized occupational therapy's traditional concern, shifting from «how certain groupings of individuals are doing in their social contexts», to «how we are doing together as a society». Post 1994 South Africa was then diagnosed as suffering a historically entrenched dehumanized and dehumanizing societal condition, held hostage by a vicious cycle of violence-division-woundedness. This hugely challenging concern coupled with occupational therapy's ill-positionedness and ill-preparedness to do something about it, had

prompted this research. The aim of the study was to generate practical knowledge to inform and enable humanizing and healing responses to this condition (Kronenberg, Kathard, Laliberte Rudman & Ramugondo, 2015).

SEARCH FOR HUMANITY

Prior to data collection, as part of the literature review, an extensive search for a cluster of «humanity» terms was conducted, looking for matches in titles, abstracts, keywords, and indexes in occupational therapy and occupational science journals, key-textbooks, practice models and frameworks, WFOT key-documents and conferences themes and keynotes. The overall result was rather revealing and puzzling. The notions humanity, inhumanity; humane, inhumane; humaneness, inhumaneness; humanization, dehumanization; humanizing, dehumanizing; and humanized, dehumanized appeared to be virtually absent in our discourses. See Table 1. Why? What may explain that this terminology is missing in action? Possibly, because to date, occupational therapists may have overlooked or taken for granted the relevance and usefulness of explicit humanity terminology,

making it perhaps, a proverbial elephant («black», presumably) in the room of our profession and discipline («white», definitely). The study's thesis substantiates this critical suggestion, but this could not yet be elaborated on.

HUMAN DIGNITY AND RIGHTS

The following insight, shared by the South African academic Dr. Gubela Mji, may help us realize at a deeper level why our declared professional intentions and practices struggle to correspond:

«Whenever I visit new places, connecting with the people includes the 'ritual' of touching the soil of the land on which they live. One day I visited a large slum in Kinshasa, the capital of the Democratic Republic of Congo. When I touched the soil there, it felt soilless, and this really concerned me.»

The message hits home hard. Soilless means soil lacking ingredients necessary for sustaining life. May an occupational therapy which lacks a thoroughly theorized grammar of humanity be at risk of becoming «soilless soil»? We cannot afford to overlook or take for granted the possibility that what we humans do to one another manifests on a continuum of affirmations and negations of our human dignity and rights. For example, it can be argued that, by remaining silent on the Gaza massacre, the WFOT Council simultaneously enacted an affirmation of Israel's and a negation of Palestine's humanity. Just as healthy soil typically consists of a mixture of organic remains, clay, and rock particles, for occupational therapy to position and prepare itself to become a resource for humanizing and healing a depleted, contaminated societal condition, requires

SOURCES	Journals OT & OS (>20.000 articles) (1970-2016)	Key-text books OT & OS (28) (2000-2016)	OT Practice Models (6)	WFOT Position papers (2004-2016)	WFOT Min. Standards (2016)	WFOT Congress (1954-2018)	AOTA-AOPF (2013)	AOTA Slagle Lectures (1955-2016)	SAAOT/OTASA Conferences (1976-2016)
MATCHES	Title Abstracts Keywords	Titles Chapters Index	Keywords Index	Body of text	Body of text	Themes Keynotes	Body of text	Title Abstracts Keywords	Themes Keynotes
humanity	11	0	0	0	1	0	1	0	0
inhumanity	1	0	0	0	0	0	0	0	0
humanness	2	0	0	0	0	0	0	0	0
inhumaneness	0	0	0	0	0	0	0	0	0
humane	6	0	0	0	0	0	0	0	0
inhumane	0	0	0	0	0	0	0	0	0
humanized	1	0	0	0	0	0	0	0	0
dehumanized	0	0	0	0	0	0	0	0	0
humanization	4	0	0	0	0	0	0	0	0
dehumanization	1	0	0	0	0	0	0	0	0
humanizing	0	1	0	0	0	0	0	0	0
dehumanizing	1	0	0	1	0	0	0	0	0
TOTAL	21	1	0	1	1	0	1	0	0

Table 1. Literature Review: Absence of Humanity Terminology in OT-OS Discourses

decolonized hearts, minds and relationships of power. This calls for a radical repositioning of the ontological and epistemological foundations of occupational therapy, foregrounding humanity as the soil from which to grow an understanding of being human as occupation and health.

References

Kronenberg, F., Kathard, H., Laliberte Rudman, D., & Ramugondo, E.

(2015). Can post-apartheid South Africa be enabled to humanize and heal itself? South African Journal of Occupational Therapy. Vol 45, No 1. Pp. 20-27. <http://dx.doi.org/10.17159/2310-3833/2015/v45n1a4>

United Nations (2017). 70 Years Universal Declaration of Human Rights. Retrieved from: <http://www.standup4humanrights.org/en/index.html> [Accessed 21 June 2018].

WFOT (2006). Position Statement on Human Rights. Retrieved from: <http://www.wfot.org/ResourceCentre.aspx> [Accessed 21 June 2018].

BREAKING THE SILENCE

Just days before the WFOT 2018 Council meeting and occupational therapy world congress in Cape Town in South Africa, the military forces of WFOT member country Israel had killed 64 protesters of WFOT member country Palestine in Gaza. This massacre occurred during demonstrations marking 70 years since the Nakba – 'Catastrophe' in Arabic – 15 May 1948, the day on which the state of Israel was established in a violent ethnic cleansing campaign. Ironically, this atrocity coincides with celebrating 70 years Universal Declaration of Human Rights (UDHR) (United Nations, 2018). The night prior to presenting my paper, I had considered withdrawing its delivery in protest of the WFOT only paying lip-service to its fully endorsed UDHR (WFOT, 2006). Instead, I opted to end the talk with a moment of silence to pay respect to the Palestinian victims and human beings worldwide who risk and actually lose their lives in protests intended to (re)claim their humanity.

Do live well

INTERNASJONALE PERSPEKTIVER PÅ EN ERGOTERAPEUTISK HELSEFREMMENDE MODELL

«Det du gjør hver eneste dag teller!» Dette er kjernebudskapet i det helsefremmende rammeverket «Do Live Well» (DLW). Modellen, som er utviklet av kanadiske ergoterapeuter, har et forskningsbasert budskap om sammenhengen mellom aktivitetsmønstre og vår generelle helse og velvære.

Av Sandra Moll, Rebecca Gewurtz, Terry Krupa, Lori Letts og Nadine Lariviere



Sandra Moll er førsteamanuensis ved School of Rehabilitation Science ved McMaster University i Canada.

«Do Live Well»-rammeverket ble utviklet for å promotere et aktivitetsperspektiv på helse, som skulle omfatte mer enn et smalt fokus på dietter og trening. Modellen foreslår åtte erfaringsdimensjoner som har støtte i forskning, og som påvirker helse og velvære. De åtte dimensjonene er:

- ha tilknytning til andre
 - aktivere kroppens sinn og sanser
 - utvikle evner og potensial
 - uttrykke personlig identitet
 - etablere velstand og sikkerhet
 - bidra til samfunnet
 - ta vare på seg selv
 - oppleve nytelse og glede
- (Moll et al., 2015)

Dagliglivets aktiviteter kan ha forbindelser til en eller flere av disse helsefremmende erfaringsdimensjonene. Å gå i skogen, for eksempel, kan aktivere kropp, sinn og sanser, være en del av det å ta vare på deg selv, og kan fremme en opplevelse av nytelse og glede. Andre aktiviteter, som å delta på et kurs, kan utvikle dine evner og potensial, uttrykke din personlige identitet, gi deg tilknytning til andre og/eller være et middel for å etablere velstand og trygghet. Betydningen og ver-

dien av en spesiell aktivitet kan variere fra en person til en annen. Derfor er ikke rammeverket normativt, men snarere et verktøy for å starte en dialog med individer eller fellesskap.

Den andre delen av modellen beveger seg fra erfaringsdimensjoner til aktivitetsmønstre. Det blir foreslått fem aktivitetsmønstre, som utfolder seg i et kontinuum:

- deltakelse
- mening
- balanse
- valg/kontroll
- rutine

Ekstreme mønstre på begge sider av kontinuumet kan ha ødeleggende effekt (for eksempel kan både kjedsomhet og for mye engasjement ha negativ effekt på helsen) (Moll et al., 2015).

Den siste delen av modellen understreker at erfaringsdimensjonene og aktivitetsmønstrene blir formet av personlige og sosiale krefter. Funksjonshemming, fattigdom eller stigma er eksempler på personlige eller sosiale krefter som kan innskrenke optimalt engasjement og deltakelse. Figur 1 viser rammeverket og budskapene.

*Artikkelen er oversatt av
Else Merete Thyness.*

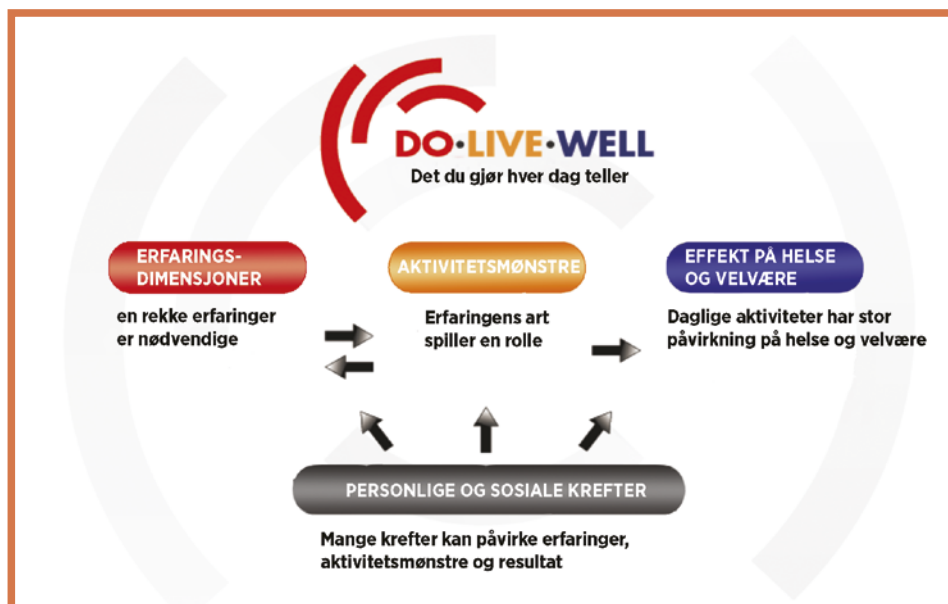
OVERGANGSFASER

Kjernekonseptene og budskapene er designet slik at de skal være relevante på tvers av aldersgrupper og ferdighetsnivåer. Modellen er spesielt relevant å bruke i overgangsfaser der aktivitetsmønstrene blir avbrutt. Dette kan inkludere forandringer i bosituasjonen (å flytte, få mindre plass, immigrasjon) utdanning (å begynne på eller avslutte en skole), jobbsituasjonen (fra å begynne å jobbe til å gå av med pensjon) og/eller helse (akutt eller kronisk sykdom) (Gewurtz et al., 2016).

Det å utforske konsekvensen av livsoverganger kan inkludere spørsmål om forstyrrelser i aktivitetsmønstre og/eller erfaringsdimensjoner. For eksempel kan en diskusjon med en toppidrettsutøver som har skadet seg slik at hun eller han ikke kan komme tilbake til idretten, handle om å utforske forandringer i erfaringsdimensjonene relatert til hans eller hennes evner og potensial, personlig identitet, opplevelse av velstand, trygghet og tilknytning til andre, i tillegg til forandringer i hans eller hennes aktivitetsmønstre inkludert balanse, rutine, mening og en opplevelse av kontroll/valg. Forstyrrelser i disse kjerneelementene kan påvirke hans eller hennes fysiske, mentale, sosiale og emosjonelle velvære. Arten og graden av forstyrrelse kan også påvirkes av hans eller hennes personlige og sosiale kontekst og tilgang til støtte.

FORTELL OSS HVA DU MENER

En artikkel som beskriver modellen og som med støtte i forskning viser dens forbindelse til helse og velvære, ble publisert i *The Canadian Journal of Occupational Therapy* (Moll et al, 2015). En annen artikkel, som plasserer



Figur 1 viser rammeverket og budskapene.

modellen innenfor området helsefremmende arbeid, ble publisert i *Canadian Journal of Public Health* (Gewurtz et al., 2016). Etter dette har forfatterne fått tilbakemeldinger fra ergoterapilærere i flere land (Australia, Canada, Hong Kong, Storbritannia) om hvordan de har inkorporert «Do Live Well»-modellen i moduler relatert til folkehelse og helsefremmende arbeid.

Modellen har blitt oversatt til fransk og tysk, og det har blitt utviklet en nettside som gir mer tilgang til informasjon og ressurser (www.dolivewell.ca). Etter at nettstedet ble lansert i oktober 2015, har det blitt besøkt av mennesker fra 111 land, de fleste av disse fra Nord-Amerika og deler av det engelskspråkelige Europa. Vi har hørt om måter modellen har blitt brukt for å informere praksisen innenfor primærhelsetjenesten, psykisk helse (Canada), og samfunnsbasert praksis i arbeid med eldre voksne (Tyskland). Vi har også hørt fra forskere som har brukt rammeverket for å forstå problemstillinger som spenner fra integrering av unge voksne med hjerneskade i

samfunnet (Australia), til pendleres helse og velvære (USA).

For øyeblikket utvikler og tester vi ut online-kurs og fysiske kurs på fransk og engelsk som i løpet av de neste årene skal bli brukt til å sammenligne læringsformater. Vi ønsker også å fortsette å utforske modellens kulturelle relevans i forskjellige land rundt omkring i verden.

Fortell oss hva du mener! Du kan kontakte «Do-live-well»-temaet gjennom vår nettside eller ved å sende en e-post til forfatteren: molls@mcmaster.ca.

Referanser

- Gewurtz, R., Moll, S. et al. (2016). What you do every day matters: A new direction for health promotion, *Canadian Journal of Public Health*, 107(2), e205-208.doi: 10.17269/CJPH.107.5317
- Moll, S., Gewurtz, R., Krupa, T., Law, M., Lariviere, N., Levasseur, M. (2015) "Do-Live-Well": A Canadian framework for promoting occupation, health and well-being, *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(1), 9-23. DOI: 10.1177/0008417414545981

Precarious Working Conditions: Holding Women's Engagement and Participation Hostage

The article addresses the precariousness of Live-in Domestic Work in South Africa and Brazil as a case of occupational injustice.

Av Roshan Galvaan, Izabella Oliveira Rodrigues, Vagner dos Santos

Roshan Galvaan is an occupational therapist and professor at University of Cape Town, Cape Town, South Africa.

Izabella Oliveira Rodrigues is an occupational therapist and works at Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brazil.

Vagner Dos Santos is an occupational therapist and works at Ceilândia Faculty, University of Brasília, DF, Brazil.

INTRODUCTION

Globally, working conditions vary according to economic drivers, legislation and trade unions, amongst other factors. Work disparity leads workers to suffer from insecure, uncertain, and unpredictable conditions (ILO, 2012).

In the past two decades, there has been a growing interest of such issues among occupational therapists and occupational scientists (Pollard, Sakellariou and Kronenberg, 2009; Shaw and Rudman, 2009). Indeed, these disciplines have acknowledged power relations and made a shift towards a social transformative scholarship (Frank and Kigunda, 2015; Farias et al, 2018). Occupational justice has since been appreciated as a core concept to address job market disparities and promote participation in labor activities (Shaw et al, 2009).

In this article, we address the precariousness of Live-in Domestic Work (LiDW) in South Africa and Brazil as a case of occupational injustice. Domestic work is overrepresented by a female workforce with little legislative protection and trade union representatives in both countries (ILO, 2012). Based on research in these countries we aim to:

- 1 explore LiDW working experiences as women and
- 2 provide insight to advance social transformation.

METHODOLOGY

We take a critical stance to explore the precarious working experiences of LiDW in South Africa and Brazil. A critical perspective encompasses adopting a broad theoretical landscape, with an emphasis on power relations that result in privileges and disadvantages (Jorgensen and Phillips, 2002) that operate across and within society. In this sense, we have established an ongoing dialogue over the conditions of LiDW based on fieldwork and theoretical stances in the two countries.

Research was carried out in Cape Town, South Africa by the first author and in Brasília, Brazil by the second and third author. Besides methodological differences among authors, both studies included semi-structured interviews, verbatim transcripts, and data analyses by reducing the volume of text, identifying and grouping categories together and attempting to understand the LiDW lifeworld (Paton, 1990; Malterud, 2012). The South African study has been published (Galvaan, 2011) while the Brazilian study is under review. The third author analysed the findings from the two studies to draw out the key insights emerging from the studies. Notes and questions related to these abstractions were shared throughout the process amongst co-authors, with further discussion to explore areas of similarities and differences. Further engagement also occurred between the first and second author during the World Federation Occupational Therapy 2018 Congress and this increased the reflexivity on the findings.

FINDINGS

The women's demographic and historical profiles reflected strikingly similar realities, namely: All women were born in the non-democratic states of South African apartheid or the Brazilian military dictatorship. The women mostly migrated from small towns, where they experienced poverty and had limited access to education, to cities in order to search for employment. In the two studies the women moved to Cape Town and Brasília to work as LiDW at a young age. As LiDW, the women expressed struggles in the role and how it limited their identities as human beings. A key factor contributing to their struggle was the tension when negotiating with employers. Their struggles and tensions were caused by oppressive power relations with employers. Never-ending negotiations is an everyday characteristic of LiDW and employer interactions. These negotiations and work conditions influenced the women's personal lives in such a way that even their non-related work choices were subjected to their employers' circumstantial decision-making.

The participants in both studies had difficulties arriving for the scheduled interviews because of their employers' arbitrary demands. While women did not expect an equal playing field, ambivalent feelings emerged about their LiDW social positioning and self perception. Despite having their engagement and participation held hostage by their work, the women attempted to discover meaningful activi-



Being a Live-in domestic worker limits your identity as a human being.
Foto: Colourbox

ties within their life possibilities. They aimed to build a sense of belonging within their constrained social milieu. Women enrolled in educational programs, made friends, and many built, however fragmented, roles as mothers and partners. These were not only forms of disengaging from their LiDW underprivileged positioning, but also an opportunity to extend their occupational repertoire.

DISCUSSION

Domestic workers in both countries had limited access to work beyond domestic labor due to historical patterns of economic, gender, and racial inequality (Bernardino-Costa, 2014, Galvaan et al, 2015). This was evident in the personal and social circumstances which led most women to become LiDW's. The continued inequalities, reflected as structural violence in South Africa and Brazil, mediates women's occupational choices influencing how they perform their roles as LiDW (Galvaan, 2015).

Internalised oppression, known to be a consequence of structural violence and oppression, was apparent in the ways that LiDW experienced occupational restriction (Galvaan, 2011). Occupational restriction may be conceptualized as type of occupational deprivation where, in addition to an external environment limiting participation, the influence of power is such that internalized oppression operates to also limit occupational engagement. For the LiDW, their ongoing internalised oppression, as a result of symbolic and structural violence, sustains their experiences of occupational restriction (Galvaan, 2011). This was evident in the manner in which LiDW

succumbed to employers prioritizing their well-being, expecting LiDW to arbitrarily adapt to these schedules. During their experiences of occupational restriction, LiDW's well-being was compromised, but employers could experience occupational balance when engaging in social and labor activities (Galvaan et al, 2015; Wagman, Håkansson, & Björklund, 2012).

LiDW drew on their agency to renew their life possibilities through attempting various forms of occupational reconciliation, allowing them to experience a sense of connectedness, although they remained marginalised. This process of occupational reconciliation that took place within their personal lives allowed the LiDW to reconfigure their work interactions and social positioning, so as to continue their subjugated roles within oppressive systems. Their attempts to improve their lives qualifies them as holding potential social transformative agents working through uneven circumstances.

Acknowledging how both structural conditions and individual agency contributes to limiting the possibilities for decent work, highlights further research needed in order to conceptualise how to promote occupational justice. This study, focused on research with domestic workers in two countries, showing that the congruence in experiences of occupational restriction limited the occupational choice available to domestic workers. The complex, systemic and relational inequalities of power are highlighted as central to the challenges that LiDW face.

References

- ILO. International Labour Office, Bureau for Workers' Activities. From precarious work to decent work: outcome document to the workers' symposium on policies and regulations to combat precarious employment. Geneva: ILO; 2012
- POLLARD N, SAKELLARIOU D, KRONENBERG F. A political practice of occupational therapy. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2008.
- SHAW, L. AND RUDMAN, D. Using occupational science to study occupational transitions in the realm of work: From micro to macro levels. WORK. Editorial, 32(4), 361-364, 2009. DOI: 10.3233/WOR-2009-0848
- FRANK G, KIGUNDA BA. Theorising Social Transformation in Occupational Therapy: The American Civil Rights Movement and South African struggle against apartheid as 'Occupational Reconstructions'. The South African Journal of Occupational Therapy, v. 45, n1; 2015. DOI: <http://10.17159/2310-3833/2015/v45n1a3>
- FARIAS ET AL. Critical dialogical approach: A methodological direction for occupation-based social transformative work. Scandinavian Journal of Occupational Therapy. 2018. DOI: 10.1080/11038128.2018.1469666 JORGENSEN & PHILLIPS. Discourse Analysis as Theory and Method. London. 1st Edition, Sage Press; 2002
- PATTON M. Qualitative evaluation and research methods. London: Sage Press; 1990
- MALTERUD K. Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. Scand J Public Health 2012;40:795-805. DOI: 10.1177/1403494812465030
- BERNARDINO, C. J. Intersectionality and female domestic workers' unions in Brazil. Women's Studies International Forum, n. 46, p. 72-80, 2014. DOI: 10.1016/j.wsif.2014.01.004
- GALVAAN R. The Contextually situated nature of occupational choice: Marginalised young adolescents' experiences in South Africa. Journal of Occupational Science 22 (1), 39-53. 2015. DOI: 10.1080/14427591.2014.912124
- GALVAAN R. Domestic Workers' Narratives: Transforming Occupational Therapy Practice. In: KRONENBERG F POLLARD N, SAKELLARIOU D, editors. Occupational Therapies without Borders - Volume 11: Towards an Ecology of Occupation-Based Practices. 2nd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier, 2011. 349-356.
- GALVAAN ET AL. Employers' experiences of having a live-in domestic worker: Insights into the relationship between privilege and occupational justice. The South African Journal of Occupational Therapy, v.45, n.1, pp.41-46. DOI: 10.17159/2310-3833/2015/v45n1a7.
- WAGMAN P, HAKANSSON C, BJORKLUND A. Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, v. 19, n. 4, p. 322-327, 2012.

Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.



Posisjonering for barn i alle aldre. Vi starter med de premature, fortsetter med spedbarn, større barn, ungdom, voksne og eldre. God posisjonering 24 timer i døgnet fører barnet inn i normale bevegelsesmønstre som igjen gir frie bevegelser. Se vår hjemmeside med illustrasjoner og videoer for bruk og tips.



Ny hjemmeside!

www.bamseprodukter.no
Info@bamseprodukter.no
 Tlf: 69300105

Skyv mindre – opplev mer

Mange brukere av manuelle rullestoler opplever smerter i skuldrene. SmartDrive vil redusere slitasjen på skuldrene som forårsakes av langvarige repeterende bevegelser.

permobil.no



permobil

Immigration, Participation in Health Services and Social Occupations

A LITERATURE REVIEW

According to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) health and health-related states are determined by limitation in activity and restriction in participation.

By Farzaneh Yazdani, Mehdi Rassafiani, Kellie Tune, Nicholas Pollard, Dikaïos Sakellariou, Mahdiah Fani, Laya Nobakht and Sepide Firuzi

Farzaneh Yazdani works at The Occupational Therapy Program, Faculty of Health and Life Sciences, Oxford Brookes University, Oxford, United Kingdom. Email: fyazdani@brookes.ac.uk

Mehdi Rassafiani works at The Occupational Therapy Department, Faculty of Allied Health, Kuwait University, Kuwait and The Iranian Research Centre on Aging, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

Kellie Tune works at The Occupational Therapy Program, Faculty of Health and Life Sciences, Oxford Brookes University, Oxford, United Kingdom.

Nicholas Pollard works at The Occupational Therapy Program, Health & Wellbeing, Sheffield Hallam University, Sheffield, United Kingdom.

Dikaïos Sakellariou works at The Occupational Therapy Program, Cardiff University, Cardiff, United Kingdom.

Mahdiah Fani works at The Occupational Therapy Program, Faculty of Health and Life Sciences, Oxford Brookes University, Oxford, United Kingdom.

Laya Nobakht works at The Department of Clinical Psychology, Azad University, Tehran, Iran.

Sepide Firuzi works at The Independent Clinician, Tehran, Iran.

The ICF defines participation as involvement in life situations and it highlights a direct relationship between health and participation in everyday life (Murray & Skull, 2005).

On the other hand, occupational scientists and occupational therapists emphasize that the issue of participation should be looked at within the particular context of its occurrence (Hemmingsson and Jonsson 2005).

Immigration as the context of studying participation was considered in this study. This was because evidence indicates that the issue of health and well-being in immigrants needs particular attention. Immigration could put people more at risk of disease, suboptimal living conditions, as well as stressors associated with their immigration and resettlement process. Immigrants can experience social, cultural, legal, economic and linguistic barriers to participation in health and community services (Murray & Skull, 2005; Rechel, Mladovsky, Ingleby, Mackenbach, & McKee, 2013; Watson, 2006).

A preliminary literature review indicated that immigrants' parti-

cipation has mostly been studied either in relation to participation in community, social occupations or health services. The authors of this paper planned a literature review to provide a review of the current situation of immigrants participation in health related services and social occupation within the literature in order to create sound evidence that facilitates further studies in this area (Hart, 2006).

A systematic literature review was applied as the method of study. Articles were identified through electronic searches that were carried out between February and May 2015. To ensure credibility, various databases, which would potentially cover both health and social perspectives of health²³, were used for the literature search: PubMed, ASSIA, CINHALL, PsycINFO, AMED, CRD, EBESCO Host, Sociological Abstract, Lexis and EMBASE. Applying qualitative analysis techniques, the data were analysed by two of the researchers who are occupational therapists and experienced in topics related to health and social participation. The following steps were taken in analysis process: extracting

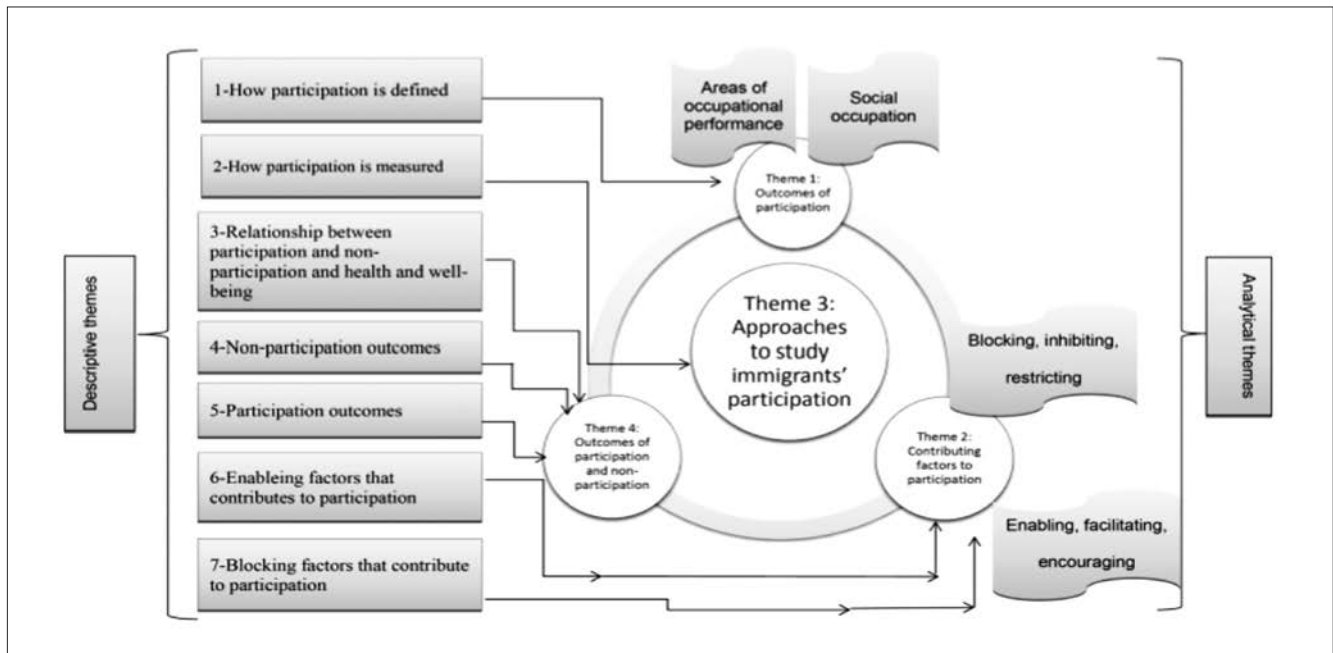


Figure 1 shows the analysis process (Yazdani et al).

data, coding based on the salient information in the articles. The next stage was to synthesise the descriptive themes into analytical themes that would offer an answer to the review question (Thomas & Harden, 2008). In this literature review, there were seven issues reported in the papers; under further investigation, these fell into four analytical themes. (See figure 1.) The following section will briefly present some of the most significant findings of this study

RESULTS AND DISCUSSION

There was diversity in the immigrants' ethnicity, health, social beliefs, and cultural values. In this report we present two of the very significant findings of this study, Contributing Factors to Participation, that were addressed as: a) enabling, facilitating, encouraging, supporting factors and b) blocking, inhibiting, demanding, restricting factors.

Some of these factors relate more to immigrants' previous experien-

ce of living in their home country (health beliefs) and others relate to the current environment of the country of immigration (availability, transport, language). In the context of immigration, the previous elements of a client's world need to be studied hand in hand with the current ones.

Most studies considered diversity in nationalities, ethnicity and religion, and culture in the sense of beliefs and life patterns, as obstacles to the provision of health services (Amankwah, Ngwakongnwi, & Quan, 2009; Kwok & Sullivan, 2006; Kwok, White, & Roydhouse, 2011; Lai & Chau, 2007; McMullin, Alba, Chavez, & Hubbell, 2005). However, cultural differences could be seen also as an empowering or enabling factor in the social and community participation of immigrants (Maroney, Potter, & Thacore, 2014; Pooremamali, Eklund, Östman, & Persson, 2012; Pooremamali, Persson, & Eklund, 2011; Suto, 2013).

The findings of this review show that studies mostly emphasised immigrants' perceptions

or evaluations of the availability of the resources and facilities for participation, and that actual availability of services was not explored. The supporting services mentioned to be available to immigrants (e.g. interpreters or group facilitators) also were not explored in relation to their availability and efficacy from immigrants' point of view. As in other studies (Murray & Skull, 2005; Rechel et al., 2013), this review identified issues around factors such as accessibility, language barriers and the complexity of systems. Similar to a report of other immigrant studies (Zanchetta & Poureslami, 2006), this review demonstrates that immigrants often did not feel confident, secure and able to take the initiative in seeking information. The issue here is the level of initiation required for raising awareness about health and social care services.

There is a high level of emphasis on cultural sensitivity (Anderson et al 2003) and culturally responsive care (Talero 2016). From an occupational

therapy perspective, not only is the meaning of participation in occupation and perceived supportive factors necessary to motivate people for participation (Hammell, 2014; Hasselkus, 2011), but also knowledge of the context in which any activity happens is essential (Pollard & Sakellariou, 2012). It is as evident in most study reports that most immigrants feel secure, supported and at ease within their own community groups. From the occupational therapy perspective, identifying communities where the client feels supported could be seen as an enabling factor for participation in a variety of occupations (Cole & Donohue). This review also shows that according to the published papers in the field some of the negative contributing factors refer to immigrants' personal, family and social backgrounds. For example some immigrant communities regard particular activities as stigmatised. This can be a strong restricting factor for social participation and sometimes for participation in health related services.

The authors conclude that there is a need to study participation from different angles and in particular with more attention to the subjective perspectives of immigrants and service providers (occupational therapists in this context). This would facilitate a deeper understanding of the immigrant population and their participation in relation to their health.

References

- Amankwah, E., Ngwakongnwi, E., & Quan, H. (2009). Why many visible minority women in Canada do not participate in cervical cancer screening. *Ethnicity & Health*, 14(4), 337-349. doi:10.1080/13557850802699122
- Cole, M. B., & Donohue, M. V. *Social Participation in Occupational Contexts: In Schools, Clinics and Communities*. Thorofare: SLACK Incorporated.
- Hammell, K. R. W. (2014). Belonging, occupation, and human well-being: An exploration. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 81(1), 39-50.
- Hart, C. (2006). *Doing a Literature Review: Releasing the Social Science Research Imagination*. Oxford, UK: Sage Publications.
- Hemmingsson, H. Jonsson, H. (2005) An Occupational Perspective on the Concept of Participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health—Some Critical Remarks. *American Journal of Occupational Therapy*, 59, 569-576. doi:10.5014/ajot.59.5.569
- Hasselkus, B. R. (2011). *The meaning of everyday occupation* (2nd ed.). NJ: Slack Incorporated.
- Kwok, C., & Sullivan, G. (2006). Influence of traditional Chinese beliefs on cancer screening behaviour among Chinese-Australian women. *Journal of Advanced Nursing*, 54(6), 691-699.
- Kwok, C., White, K., & Roydhouse, J. K. (2011). Chinese-Australian women's knowledge, facilitators and barriers related to cervical cancer screening: a qualitative study. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(6), 1076-1083. doi:10.1007/s10903-011-9491-4
- Lai, D. W., & Chau, S. B. (2007). Predictors of health service barriers for older Chinese immigrants in Canada. *Health & Social Work*, 32(1), 57-65. doi: 10.1093/hsw/32.1.57
- Maroney, P., Potter, M., & Thacore, V. R. (2014). Experiences in occupational therapy with Afghan clients in Australia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 61(1), 13-19. doi:10.1111/1440-1630.12094.
- McMullin, J. M., Alba, I. D., Chavez, L. R., & Hubbell, F. A. (2005). Influence of beliefs about cervical cancer etiology on Pap smear use among Latina immigrants. *Ethnicity & Health*, 10(1), 3-18.
- Murray, S. B., & Skull, S. A. (2005). Hurdles to health: immigrant and refugee health care in Australia. *Australian Health Review*, 29(1), 25-29. doi:10.1071/AH050025
- Pollard, N., & Sakellariou, D. (2012). *Politics of occupation-centred practice: Reflections on occupational engagement across cultures*. UK: John Wiley & Sons.
- Pooremamali, P., Eklund, M., Östman, M., & Persson, D. (2012). Muslim Middle Eastern clients' reflections on their relationship with their occupational therapists in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 328-340.
- Pooremamali, P., Persson, D., & Eklund, M. (2011). Occupational therapists' experience of working with immigrant clients in mental health care. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 18(2), 109-121.
- Rechel, B., Mladovsky, P., Ingleby, D., Mackenbach, J. P., & McKee, M. (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. (9873), 1235-1245. doi:10.1016/S0140-6736(12)62086-8
- Suto, M. J. (2013). Leisure participation and well-being of immigrant women in Canada. *Journal of Occupational Science*, 20(1), 48-61.
- Talero, P. Cultural responsive care in occupational therapy: learning from other worldviews in Sakellario, D. and Pollard, N. (2016) *Occupational Therapy Without Border* (2nd ed). ELSEVIER. Edinburgh.
- Thomas, J., & Harden, A. (2008). Methods for the thematic synthesis of qualitative research in systematic reviews. *BMC Medical Research Methodology*, 8(45), 1-10. doi:10.1186/1471-2288-8-45
- Watson, R. M. (2006). Being before doing: The cultural identity (essence) of occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53(3), 151-158.
- Zanchetta, M. S., & Poureslami, I. M. (2006). Health literacy within the reality of immigrants' culture and language. *Canadian Journal of Public Health*, S26-S30.



**Ta kontakt!
– tegn din
forsikring
idag**

Du eier mer enn du tror!

– benytt deg av Ergoterapeutenes kollektive innboforsikring



De fleste har store verdier i hjemmet – gjerne mer enn de tror. Er uhellet ute, kan det være mye som går tapt. Det er derfor viktig å ha en god forsikring med høy nok forsikringssum. Ergoterapeutenes kollektive innboforsikring har både gunstig pris og svært gode vilkår.

Prisen avhenger av hvor du bor og forsikringssum. Du kan velge mellom fem alternative forsikringssummer. Egenandel ved skade er kun kr 3 000.

Sone	Kr 500 000	Kr 1 mill	Kr 1,5 mill	Kr 2 mill	Kr 3 mill
Sone 1	kr 860	kr 1 203	kr 1 527	kr 1 843	kr 2 309
Sone 2	kr 741	kr 912	kr 1 124	kr 1 324	kr 1 749
Sone 3	kr 606	kr 765	kr 937	kr 1 158	kr 1 528
Student		kr 601			

Sone 1 er Oslo.

Sone 2 er Tromsø, Trondheim, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Drammen, Asker, Bærum, Oppegård, Nesodden, Ski, Skedsmo, Lørenskog og Nittedal.

Sone 3 er resten av landet.

Forsikringen leveres av Tryg.

Public action and sexual diversity in Chile: social constructions in democracy

AN OCCUPATIONAL THERAPY PERSPECTIVE

This work is part of the research project «Public action and sexual diversity in Chile: social constructions in democracy (1990-2016)», research project Fondecyt 1170417. Its objective is to analyze the emergence of «sexual diversity» as a field of public action in Chile and make visible the diverse matrices of understanding that have defined it in democracy as a space for social intervention, beyond legal and medical intervention.



By Rodolfo Morrison, Catherine Galaz, Lelya Tronco, Mauricio Sepúlveda and Rolando Poblete



Rodolfo Morrison is an occupational therapist and researcher at The University of Chile, Department of Occupational Therapy and Occupational Science.

In this line, we discuss the role that Occupational Therapy has played as a profession in the field of health, within public policies and social interventions, that work with people who identify themselves as Lesbians, Gays, Transsexuals, Bisexuals and Intersex (LGTBI). The strategies, practices and discourses that have been derived from the different models of understanding of sexual diversity linked to the practice of Occupational Therapy, are analyzed, following the critical reflexivity on culture and diversity in the discipline (Beagan, 2015, Carrasco Madariaga, 2014, Galheigo, 2012, Gallardo & Hirmas, 2013, Guajardo, 2012, Simó Algado & Ann Townsend, 2015, Simó, 2015).

Occupational Therapy, as a social control device (Gallardo & Hirmas, 2013) has been established with more support in Chilean public policies in the last 20 years. Its beginnings in Chile were linked

to the recovery of sequential polio patients. Its current field is very diverse and multiple (Gómez Lillo, 2013). Some of them, where the discipline operates in a regulated manner as a state apparatus, are:

- educational programs such as those linked to school inclusion
- health programs for physical, psychiatric and psycho-social rehabilitation at the three levels of care (primary, secondary and tertiary)
- internal security programs such as drug addiction programs and people deprived of liberty in prisons; among others

On the other hand, diversity has been the standard of the profession since its inception and has been its banner of struggle for a very long time. Sexual diversity has been addressed with greater force in recent years (Beagan & Hattie, 2015).

The occupational therapists

who work in government devices that are faced with the LGTBI population, have addressed various intervention strategies to meet the demands of this population. This is due to casuistic practices, rather than standardized protocols or, even, published in the profession. But there is evidence that sexual diversity was for a long time a field that was not addressed in the practices of the discipline (Moreno, Morrison, Peña, & Reyes, 2018). Thus, there is no explicit or particular role of occupational therapy within the LGTBI population in Chile.

Regarding the models and representations of sexual diversity by occupational therapists, there is great diversity. Preliminary results show that the definition of sexual diversity is based on a heterosexual matrix (Butler, 1990). Although it tries to generate an opening and approach of certain themes in the intervention axis, they are mechanisms of exclusion, inequality and invisibility of people identified as LGTBI.

OCCUPATIONAL THERAPY AND SEXUAL DIVERSION

In this regard, we ask ourselves what is the role of occupational therapy in this scenario. How could it improve its practices to disallow the development of exclusion mechanisms. One of the possible alternatives is related to critical practice and reflection on practice. Some occupational therapists have rescued the value of reflection on their own practices, with training support and discussion spaces (Morrison, 2011a, 2011b). This favors the denaturalization of established mechanisms that foster social segregation and exclusion. In this regard, foundations from the critical paradigm,

the perspectives from human rights (Guajardo & Galheigo, 2015), and the contribution of epistemological foundations from other disciplinary fields (Whiteford & Hocking, 2012), pertinent to the discipline, are strategies employed by some occupational therapists to become aware and be critical in their practices.

Professional training is one of the aspects that particularly needs to be developed. Preliminary results show that the LGTBI issues are not explicitly addressed in the curriculum, and when they have been addressed, it has been from heteropatriarchal perspectives, which stigmatize and reinforce negative stereotypes. Therefore, it is necessary to generate reflective spaces within universities and as part of the curriculum of occupational therapists.

The above aspects could contribute to a strengthening of the discipline in this area, in order to be consistent with the needs of the people identified as LGTBI.

References

- Beagan, B. L. (2015). Approaches to culture and diversity: A critical synthesis of occupational therapy literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 82(5), 272-282. doi:10.1177/0008417414567530
- Beagan, B. L., & Hattie, B. (2015). LGBTQ experiences with religion and spirituality: Occupational transition and adaptation. *Journal of Occupational Science*, 22(4), 459-476.
- Carrasco Madariaga, J. (2014). Metáforas de la terapia ocupacional: nuevas formas de comprender e intervenir la discapacidad. *Revista polis psique*, 4(1), 110-127.
- Galheigo, S. (2012). Perspectiva crítica y compleja de Terapia Ocupacional, actividad, cotidiano, diversidad, justicia social y compromiso ético y político. *Revista Terapia Ocupacional Galicia, Monográfico 5*, 176-187.
- Gallardo, J., & Hirmas, N. (2013). *Un nuevo dispositivo para el control de la subjetividad: terapia ocupacional en salud mental comunitaria*. Paper presented at the XXIX Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología, Santiago de Chile.
- Guajardo, A. (2012). Enfoque y praxis en Terapia Ocupacional. Reflexiones desde una perspectiva de la Terapia Ocupacional crítica. *Revista Terapia Ocupacional Galicia*, 9(5), 18-29.
- Guajardo, A., & Galheigo, S. M. (2015). Reflexiones críticas acerca de los derechos humanos: Contribuciones desde la terapia ocupacional Latinoamericana [Critical Reflections on Human Rights: Contributions from Latin American Occupational Therapy]. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 71(2), 73-80. doi:10.1179/1447382815Z.000000000023
- Gómez Lillo, S. (2013). *Antecedentes, creación y desarrollo de la terapia ocupacional en Chile: 50 años de historia*. Santiago de Chile: Abarca-Girard.
- Moreno, B., Morrison, R., Peña, D., & Reyes, B. (2018). Percepción de la construcción de género en estudiantes de terapia ocupacional: una aproximación al género en la vida cotidiana. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(1).
- Morrison, R. (2011a). La retórica de la ciencia. Descripciones y reflexión crítica respecto a la conformación del conocimiento. Aportes para la Terapia Ocupacional | Rhetoric of science. Descriptions and critical reflection about creation of knowledge. Contributions to Occupational Therapy. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 11(1), 89-100. doi:10.5354/0717-5346.2011.17085
- Morrison, R. (2011b). Metáforas: conceptos y perspectivas para la reflexión crítica desde la Filosofía de la Ocupación Humana [Metaphors: concepts and perspectives for critical reflection since the Philosophy of Human Occupation]. *Revista Electrónica de Terapia Ocupacional. Espacio T.O. Venezuela*, 7, 1-23.
- Simó Algado, S., & Ann Townsend, E. (2015). Eco-social occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 182-186.
- Simó, S. (2015). Una Terapia Ocupacional desde un paradigma crítico. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia, TOG*, 2(7), 3.
- Whiteford, G. E., & Hocking, C. (2012). *Occupational science: Society, inclusion, participation*. Oxford, UK: Blackwell Publishing Ltd.

Occupational therapy and the fight against human trafficking

Human trafficking is a form of modern slavery and has no place in a civil society. Yet human trafficking does exist and involves the movement of people, usually across borders, under coercion, into exploitation (United Nations 2000). People are forced into agriculture, fishing and forestry, textiles, manufacturing, mining, construction, domestic servitude, begging, bonded labour, sex work, and forced marriage.

By Emma George and Mandy Stanley



Emma George is an occupational therapist and lecturer in Australia with post graduate qualifications in public health. She has researched human trafficking from a public health perspective. She is a current PhD candidate in the Centre for Research Excellence in Social Determinants and Health Equity at Flinders University. Email: emma.george@flinders.edu.au. Twitter: @EmKGeorge.



Mandy Stanley is an Associate Professor and has worked nearly 30 years at the University of South Australia. She is known internationally for her contributions to occupational therapy and occupational science. She is a National Assessor of occupational therapy programs for the Occupational Therapy Council, an Associate Editor for the Journal of Occupational Science and President of the Editorial Board.

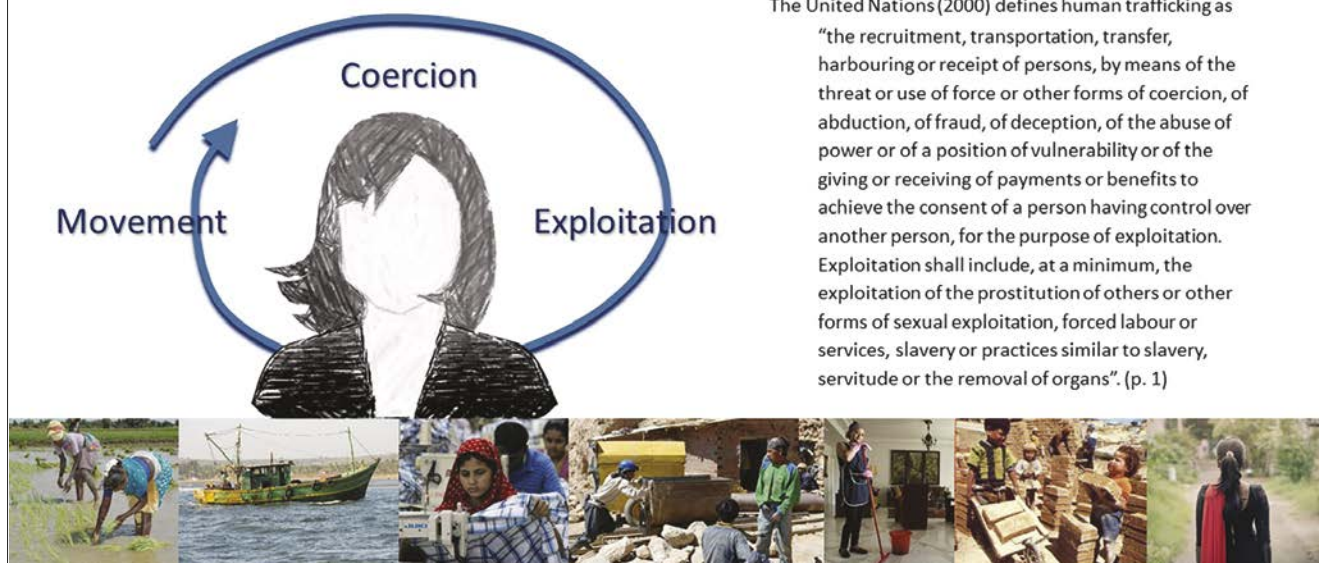
On any given day in 2016, 40.3 million people were victims of modern slavery, with women and girls being the most likely to be trafficked (International Labour Organisation et al, 2017). However, this is a contested statistic. Actual numbers of people who have been trafficked are difficult to obtain. Research has shown that people who have been trafficked experience severe health problems, such as injuries from abuse, disease, substance misuse, poor mental health and emotional issues (Hynes, 2010; Kilner & Stroud, 2012; Sandhu et al., 2012).

Norway is primarily a destination country where people have been trafficked into sex work, domestic servitude, forced begging, and criminal activity, including shoplifting and the sale of illegal substances (US Dept of State 2018). The Norwegian government first responded to the issue of human trafficking in 2003 (Solvi 2010) and has maintained a commitment to address human trafficking. Most recently this is evident through an increased effort in prosecutions and convictions, referrals for trafficking survivors in care, and increased funds for assistance.

VIOLATION OF OCCUPATIONAL RIGHTS

Human trafficking is a violation of occupational rights where people are prevented from engaging in meaningful occupations that contribute positively to well-being. When people are forced to perform occupations against their will, or deprived of meaningful occupation, they experience occupational injustice (Wilcock and Hocking 2015), including

What is human trafficking?



The United Nations (2000) defines human trafficking as "the recruitment, transportation, transfer, harbouring or receipt of persons, by means of the threat or use of force or other forms of coercion, of abduction, of fraud, of deception, of the abuse of power or of a position of vulnerability or of the giving or receiving of payments or benefits to achieve the consent of a person having control over another person, for the purpose of exploitation. Exploitation shall include, at a minimum, the exploitation of the prostitution of others or other forms of sexual exploitation, forced labour or services, slavery or practices similar to slavery, servitude or the removal of organs". (p. 1)

marginalisation, deprivation, imbalance and alienation. This can occur when people are vulnerable to trafficking and at risk of recruitment and transit across borders, through the process of coercion, and during exploitation. Even when people are in recovery they can remain marginalised and are at risk of further injustice and exploitation. Occupational injustices all contribute to the physical, social and psychological health problems of people who have been trafficked.

THREE KEY STRATEGIES

Understanding human trafficking from an occupational perspective is important for occupational therapists. Given the occupational impacts of human trafficking, occupational therapists could play an important role in identifying people who have been trafficked, and supporting the process of recovery through client-centred practice, in hospitals, rehabilitation, education, and community-based programs (Gorman and Hatevich 2016).

We recommend three key strategies for tackling the issue of human trafficking:

1. Awareness

Know about human trafficking, talk about it with your colleagues and teach it to your students. This is a wicked problem that requires inter-sectoral collaboration. When exploitation becomes visible, people in communities as well as health professionals, law enforcement and advocates are more

likely to take action (Bishop, Morgan and Erickson 2013). Greater awareness will support the identification of people who have been trafficked and those who are vulnerable to trafficking.

2. Promotion

Occupational therapists have much to offer in service provision for people recovering from exploitation. In human trafficking, people disengage from meaningful occupation and are forced to perform occupations against their will. Occupational therapists can work alongside survivors of trafficking as they recover and reintegrate into community.

3. Influence

In order to address human trafficking on national, regional and global scales, policy that promotes rights and justice is needed. An occupational view of health deepens our understanding of complex issues like human trafficking. Occupational therapists must be active in lobbying for collaboration, comprehensive service provision, and advocating for policies with actions to prevent exploitation.

A key message from the World Federation of Occupational Therapy Congress in 2018 was «to be an occupational therapist is to be an activist» (Marlene Le Roux).

Human trafficking is a complex global issue and an extreme example of occupational injustice. The profession of occupational therapy has a responsi-

SALE



EXPRESS DELIVER



HUMAN TRAFFICKING



MADE IN

bility to be positioned for impact in the fight against human trafficking.

References:

- Bishop, R. A., Morgan, C. V., & Erickson, L. (2013). Public Awareness of Human Trafficking in Europe: How Concerned Are European Citizens? *Journal of Immigrant & Refugee Studies*, 11(2), 113-135.
- George, E., & Stanley, M. (2018). Human Trafficking and Occupational Justice. Paper presented at the World Federation of Occupational Therapy Congress Cape Town, South Africa.
- Gorman, K. W., & Hatkevich, B. A. (2016). Role of Occupational Therapy in Combating Human Trafficking. *The American Journal of Occupational Therapy*, 70(6).
- Hammell, K. (2007). Reflections on... well-being and occupational rights. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(1), 61-64.
- Hynes, P. (2010). Global points of 'vulnerability': understanding process of the trafficking of children and young people into, within and out of the UK. *The International Journal of Human Rights*, 14(6), 952-970.
- International Labour Organization, Walk Free Foundation, & International Organization for Migration. (2017). *Global estimates of modern slavery: Forced labour and forced marriage*. Retrieved from: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_575479.pdf
- Kilner, M., & Stroud, L. (2012). Psychological and Health Impact of Working with Victims of Sex Trafficking. *Journal of Occupational Health*, 54 (1), 9-15.
- Sandhu, S., Bjerre, N. V., Dauvrin, M., Dias, S., Gaddini, A., Greacen, T., Priebe, S. (2012). Experiences with treating immigrants: a qualitative study in mental health services across 16 European countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(1), 105-116.
- Solvi, M. S. (2010). *State Obligation to Protect: Unaccompanied children seeking asylum and the risk of human trafficking in Norway*. University of Oslo, Norway.
- United Nations. (2000). Protocol to prevent, suppress and punish trafficking in persons especially women and children, supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime. Retrieved from <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/Protocol-TraffickingInPersons.aspx>
- US Department of State. (2018). *Trafficking in Persons Report 2018*. Retrieved from: <https://www.state.gov/documents/organization/282798.pdf>
- Wilcock, A. A., & Hocking, C. (2015). *An occupational perspective of health* (3rd ed.). Thorofare NJ: Slack Incorporated.



medema
gruppen

- Løsninger som fungerer

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

WFOT CONGRESS AND EXHIBITION



ERGOTERAPI I ZAMBIA

Av Else Merete Thyness

Ekiwe Kamanga er en av seks ergoterapeuter i Zambia. Den driftige ergoterapeuten har vært pådriver for etablering av ergoterapiforbund og -utdanning i landet. Med seg på laget har hun hatt norske ergoterapeuter og Norsk Ergoterapeutforbund.



Marianne Olsen og Ekiwe Kamanga har samarbeidet i mange år. Her foran en av posterne de presenterte på verdenskongressen.

Eckiwe startet sin karriere i det zambiske helsevesenet som sykepleier ved Livingstone Central Hospital. En dag så hun en annonse for utdanning som rehabiliteringstekniker i Zimbabwe. Det hadde hun lyst til.

– En rehabiliteringstekniker er en kombinasjon av tre fag: fysioterapi, ergoterapi og logopedi. Jeg flyttet til Zimbabwe de to årene utdanningen varte. Da jeg kom tilbake til Zambia, startet jeg i min nye stilling som rehabiliteringstekniker ved Livingstone Central Hospitals avdeling for psykisk helse.

Her jobbet også Marianne Olsen som fredskorpser gjennom NORAD for å etablere rehabiliteringstjeneste ved sykehuset. Dette ble starten på et godt samarbeid.

Eckiwe jobbet som rehabiliteringstekniker i ni år, men gradvis innså hun at mesteparten av det hun gjorde, dreide seg om ergoterapi. I møte med pasientene engasjerte hun dem i forskjellige aktiviteter, og hun likte resultatene hun fikk.

– Det motiverte meg til å videreutdanne meg i ergoterapi, forteller hun.

«Vi har flere norske ergoterapeuter på medlemslisten vår»

Eckiwe Kamanga

Denne gangen gikk turen til Tanzania, hvor hun startet på en tre-årig diplomutdanning i ergoterapi. Utdanningen hennes ble støttet av både individuelle norske ergoterapeuter og Norsk Ergoterapeutforbund. Gjennom Marianne Olsen og ergoterapeututdanningen i Tromsø hadde hun etter hvert skaffet seg et stort norsk nettverk.

– Da jeg kom tilbake til Livingstone Central Hospital, ble ergoterapiavdelingen utvidet slik at vi nå kunne tilby tjenester til hele sykehuset, sier hun.

FORBUND

I 2011 var Livingstone vertskap for den syvende Occupational Therapy African Regional Conference. Eckiwe ledet konferansen og kom i kontakt med personer fra det private Lusaka Apex Medical University (LAMU), som ønsket å starte en bachelor-utdanning for ergoterapeuter.

I kjølevannet av konferansen ble det etablert en arbeidsgruppe med tre ergoterapeuter fra Zambia, to fra England, Marianne Olsen fra Tromsø og LAMU. Det viste seg midlertidig at ifølge WFOTs retningslinjer må du ha et forbund for å kunne etablere en utdanning. Dermed ble arbeidet med å etablere en organisasjon prioritert.

– Zambia Occupational Therapy Association (ZOTA) ble etablert i 2013 og formelt registrert i 2016. Ifølge kravene skulle organisasjonen ha minst ti medlemmer.

Det ble løst ved at kolleger som fysioterapeuter og sykepleiere ble invitert med, i tillegg til ergoterapeuter fra andre land. Vi har flere norske ergoterapeuter på medlemslisten vår, forteller hun.

UTDANNING

Med forbund på plass, der Eckiwe Kamanga er president, lå veien klar for å etablere utdanningen ved LAMU. Først sto fagplanen for tur. Også her fikk de støtte fra det norske forbundet, blant annet av Ergoterapeutenes forbundsleder Nils Erik Ness. I 2016 ble den lagt fram for WFOT og godkjent.

– Vi håper at skolen kan ta imot 15 studenter i januar 2019, sier Eckiwe.

En bremsekloss for oppstart har vært å skaffe undervisere til utdanningen. Ingen av ergoterapeutene i Zambia oppfyller kravene for å bli ansatt som lærer ved skolen, som er en master i ergoterapi. LAMU har derfor henvendt seg til det internasjonale ergoterapimiljøet og har flere kvalifiserte søkere fra regionen. De er nå inne i en tilsettingsprosess.

Eckiwe Kamanga skulle selv gjerne hatt en godkjent bakgrunn til å undervise ved utdanningen.

– Diplomutdanning i ergoterapi er ikke nok. Jeg må først oppgradere til en bachelor for så å ta en master i ergoterapi.

Så nå er videreutdanning på agendaen hennes.

– Kanskje jeg blir den første som tar master i ergoterapi i Zambia, smiler hun.



Lusaka Medical University i Zambia planlegger å starte en Bachelor's utdanning for ergoterapeuter i Januar 2019. Foto: Marianne Olsen.



Eckiwe Kamanga har arbeidet som ergoterapeut ved Livingston Central Hospital i mange år. Foto: Marianne Olsen.

NORSK ERGOTERAPEUTFORBUND STØTTER ERGOTERAPI I ZAMBIA

Forbundet har siden 2005 bidratt med støtte til ergoterapi i Zambia, blant annet i å etablere et eget forbund og ergoterapiutdanning.

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!

Jobber du med voksne fra 18–67 år? 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!

Kurset omhandler et internasjonalt mye brukt og godt dokumentert virkemiddel for å redusere arbeidshelseproblemer og deltakelsesutfordringer i arbeidslivet: arbeidsplassvurderinger. Arbeidsplassen er i tråd med gjeldende politiske føringer

hovedarenaen for å forstå arbeidshelse, nærvær og inkludering, men også risiko og fravær. Ved at man forstår arbeidssituasjonen og -relasjonene bedre, kan de mest riktige og viktige tiltakene iverksettes.

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. Her vil du få tilgang til et rikt kursmaterieell hentet fra forskning og beste praksis. Videoforelesninger, bruk av nettressurser og quiz er sentrale arbeidsformer. 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 15. januar 2019.**

HØR HVA TIDLIGERE KURSDELTAKERE SIER OM KURSENE:

«Det har vært lærerikt og interessant å delta på kurset, og jeg har fått mye informasjon som jeg vil prøve ut i praksis.»



«Takk for et lærerikt, nyttig og innholdsrikt kurs. Det er definitivt sunt med litt nytenkning på dette området.»

«Jeg får ny giv av dette kurset.»

«Oversiktlig, praktisk og faglig solid kurs. Jeg ønsker gjerne flere slike.»

«Jeg blir klarere i tanken og sannsynligvis en bedre fagperson av dette kurset og å gjøre det til en del av egen praksis.»

«Takk for et kurs som rydder i tankegangen! Jeg sitter igjen med et konkret, praksisrelevant og nyttig utbytte!»

«Veldig bra kursform! Synes minikurset er bra for å få et innblikk før jeg tar online-kurset.»

«Denne måten å studere på er veldig fleksibel og bidrar til å gjøre det enklere å oppdatere seg faglig ved siden av jobb og i en hektisk hverdag.»

GENERELL INFORMASJON OM KURSENE

Målgruppe for kurset og godkjenning: Kurset er relevant for ergoterapeuter i NAV, bedriftsergotera-

peuter, privatpraktiserende og ergoterapeuter som jobber i første- og andrelinjetjenesten med rehabilitering av voksne. Kurset tilfredsstiller kravet til å kunne gjennomføre «Arbeidsplassvurdering ved fysioterapeut/ergoterapeut», et tiltak som NAV bestiller og honorerer til godkjente terapeuter i Norge.

Ta kurset der du vil – når du vil: Kursene er nettbaserte, og du har derfor mulighet til å lese eller se forelesninger og delta i diskusjoner der du vil – når du vil.

Arrangører: Kursene er utviklet av Presenter-Making Sense of Science, og arrangeres i samarbeid med blant annet Norsk Ergoterapeutforbund.

Faglig kursansvarlig er Randi Wågø Aas, ergoterapeut og professor i arbeidshelse. Flere dyktige ergoterapeuter er forelesere på kurset, som Anita Engeset og Elisabeth Gedde.

For mer informasjon og påmelding: se www.presenter.simplero.com.

Gjør mest av det som virker best!

KURS OM ARBEIDSPLASSEN SOM ARENA

Arbeidsplassen er den viktigste arenaen for inkludering og deltakelse i arbeidslivet. Dette er midt i ergoterapeuters kjernekompetanse, og Ergoterapeutene vil derfor arrangere et kurs høsten 2018 for å øke ergoterapeuters kompetanse om inkludering og deltakelse i arbeidslivet. Kurset skal gi deg innsikt i hvordan du kan arbeide kunnskapsbasert med arbeidsplassen som arena.

Har du behov for å øke din praktiske kompetanse om fremgangsmåte, metoder og ferdigheter i å gjennomføre arbeidsplassbesøk og arbeidsplass tilrettelegging? Da er dette kurset for deg.

Målgruppen er alle ergoterapeuter som jobber med arbeidsdeltakelse, for eksempel i ulike NAV-tiltak, Jobbspesialist-team, Individual Placement and Support (IPS), bedriftshelsetjeneste, kommunen eller spesialisthelsetjeneste, med hab/rehabilitering av voksne eller med overganger fra utdanning til arbeid.

Internasjonal og nasjonal forskning viser at tiltak som i første rekke er rettet mot arbeidslivet, med støtte og oppmuntring til jobbsøkeaktiviteter og rask utplassering i arbeidslivet, er mer effektive enn tradisjonelle arbeidstreningstiltak.

Det er behov for at flere retter oppmerksomheten mot arbeidsplassen som arena. Ved at man forstår arbeidssituasjonen og -relasjonene bedre, kan de riktige og viktige tiltakene iverksettes. Arbeidsevnen er et resultat av relasjonen mellom den enkeltes ressurser, kompetanse og begrensinger på den ene siden og omgi-

velsenes krav og forventninger på den andre siden. Det er viktig å finne den optimale jobbmatchen mellom hvilke arbeidsoppgaver som utføres, og den enkelte arbeidstakers ressurser, kompetanse og helse. Dette er nødvendig for å oppnå jobbengasjement og mestring. Ergoterapeuter har spesiell kompetanse på tilrettelegging for at person, aktivitet og omgivelser matcher slik at hverdag og arbeid mestres bedre.

Kurset arrangeres i **Oslo 18. og 19. oktober** med en nettbasert oppfølging i midten av november. Mellom kursdagene og den nettbaserte oppfølgingen skal kursdeltakerne gjennomføre et bedriftsbesøk og skrive arbeids-

oppgave eller rapport med mal fra kurset. Etter oppfølgingsdagen vil kursdeltakerne motta kursbevis.

Kurset er meritterende for ergoterapeutenes spesialistordning med 22 timer som ergoterapispesifikt kurs og spesialistspesifikt kurs innen Arbeidshelse, Allmennhelse, Somatisk helse, Psykisk helse, Folkehelse, Barns helse og Eldres helse. For fagområdene Barns helse og Eldres helse vil kurset kunne være aktuelt i relasjon til unge og eldre i overgangsfaser – inn i og ut av arbeidslivet.

For mer utfyllende program og påmelding, se ergoterapeutenes kurskalender: www.ergoterapeutene.org.





KURS I ADL-TAXONOMIEN

**ADL-Taxonomien er et valid og reliabelt redskap for å undersøke og vurdere aktivitets-
evne. ADL-Taxonomien er nå oversatt til norsk, og deltakere mottar et eksemplar på
kurset. Kurset gir innføring i bruken av redskapet for planlegging og evaluering av tiltak.**

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Trondheim Kommune, NTNU og
Ergoterapeutene

Tid: 15. og 16. oktober 2018

Sted: St. Olavs hospital, Trondheim

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

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

Mandag 15. oktober		
Når	Hva	Hvem
10:00	Registrering. Te og kaffe.	
10:30	Velkommen! Introduksjon til kurset. Presentasjon av deltakerne og arrangørene.	Kjersti Vik, professor ved NTNU, Institutt for nevro-medisin og bevegelsesvitenskap
11:00	ADL er en sentral del av hverdagsmestring, og ergoterapeuters kjernekompetanse	Nils Erik Ness, forbundsleder i Ergoterapeutene
12:00	Lunsj	
13:00	Introduksjon til ADL-taxonomien	Kjersti Vik
13:45	Introduksjon til anvendelse av ADL-taxonomien	Vigdis Skarsaune Gausemel, Spesialergoterapeut III, Ergoterapitjenesten Trondheim kommune
14:30	Pause	
15:00	Anvendelse av ADL-taxonomien	Vigdis Skarsaune Gausemel
16:00	Takk for i dag!	
Felles middag på kvelden?		
Tirsdag 16. oktober		
08:15	God morgen! Kaffe og te	
08:30	Oppsummering av gårsdagen. Introduksjon til dagen i dag.	Kjersti Vik
09:00	Praktisk utprøving av ADL-Taxonomien med case. Arbeid individuelt og grupper	Vigdis Skarsaune Gausemel
12:00	Lunsj	
13:00	Oppsummering. Dokumentasjon og måling av effekt. Aktivitetsperspektivet.	Vigdis Skarsaune Gausemel Kjersti Vik
14:45	Pause	
15:00	Avslutning, arbeidet videre	Kjersti Vik
15:30	Takk for i dag!	

Med forbehold om endringer.

Kurs for ledere og fagutviklere av ergoterapitjenester i spesialisthelsetjenesten 22. og 23. oktober 2018

Hvorfor? Spesialisthelsetjenesten i endring: Kortere liggetid, overføring av oppgaver til kommunene. Hva er og blir spesialisthelsetjenestens oppdrag, og hvordan skal ergoterapi være med på å løse dette oppdraget for pasienter og samfunn?

Hvem? Ledere, fagutviklere og klinikere med interesse for utvikling av ergoterapitjenesten i spesialisthelsetjenesten.

Hvor? Høyres Hus, Stortingsgata 20, 0158 Oslo

Pris: Medlemmer kr 2000,-

Tillitsvalgte kr 1000,-

Ikke-medlemmer kr 4000,-

Påmelding: Via kurskalenderen på Ergoterapeutenes hjemmeside.

Påmeldingsfrist: 5. september

Mandag 22.oktober		
Tid	Tema	Innlegg
08.30-09.30	Registrering	
09.30-09.40	Velkommen!	
09.40-10.10	Spesialisthelsetjenestens utfordringer og ergoterapeuters bidrag til å møte disse	Ergoterapeutenes politikk og andre virkemidler. Forbundsleder Nils Erik Ness
10.10-10.30		Utviklingen av spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratet
10.30-10.45	Pause	
10.45-11.10		Utviklingen av spesialisthelsetjenesten og muligheter for ergoterapi. Astrid Millum, direktør for Divisjon habilitering og rehabilitering, Sykehuset Innlandet
11.10-11.35		Nasjonale faglige retningslinjer og pakkeforløp. Utfordringer og muligheter for ergoterapeuter. Frank Becker, klinikkoverlege, førsteamanuensis Universitetet i Oslo
11.35-12.10		Korte innlegg fra ledere av ergoterapitjenester
12.10-13.00		<i>Diskusjon i grupper og plenum</i>
13.00-14.00	Lunsj	
14.00-14.30	Ergoterapeuters kompetanse	Hvordan ivareta aktivitetsperspektivet i spesialisthelsetjenesten? Malin Mongs og Lene Fogtmann Jespersen, fagansvarlige Oslo Universitetssykehus
14.30-15.00		Hvordan ivareta aktivitetsperspektivet ved medikamentfri avdeling? May-Britt Klaudiussen, spesialergoterapeut UNN
15.00-15.10	Pause	
15.10-15.30		Bruk av ergoterapeutiske kartleggingsverktøy for å vise ergoterapeuters fokusområder og kompetanse. Anita Engeset, seniorrådgiver, Ergoterapeutene
15.30-16.30		<i>Diskusjon i grupper og plenum</i>
18.00?		<i>Mulighet for felles middag</i>

Tirsdag 23.oktober		
Tid	Tema	Innlegg
08.30-08.50	Samhandling spesialisthelsetjeneste-kommune	Ambulant virksomhet og veiledning. Hva forventes av spesialisthelsetjenesten? En fra Helsedirektoratet
08.50-09.20		Muligheter og utfordringer i samarbeidet mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Anne Kari Thomassen, Avdelingssjef ved Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering i Sørlandet sykehus
09.20-09.30	Pause	
09.30-10.00		Sammen om mestring – gode levekår og helsefremmende tjenester. Ingunn Thomassen Berg, rådgiver, Sykehuset Innlandet, DPS Gjøvik
10.00-11.00		<i>Diskusjon i grupper og plenum</i>
11.00-12.00	Lunsj	
12.00-12.30	Tjenesteutvikling	Kompetanseplan og strategi. Bodil Sokke, avdelingssjef, ergoterapiavdelingen, Haukeland universitetssykehus
12.30-12.50		Mulighetsrommet for tjenesteutvikling i spenningsfeltet mellom medisinsk fokus og aktivitetsfokus. Mari Klokke, leder, ergoterapeut ph.d., Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering, Diakonhjemmet sykehus.
12.50-13.00	Pause	
13.00-13.20		Tjenesteutvikling innen psykisk helse (ikke endelig avklart)
13.20-14.10		<i>Diskusjon i grupper og plenum</i>
14.10-14.30	Fagutvikling, forskning, innovasjon	Hvordan prioritere forskning i en klinisk hverdag. Tina Taule, Forsknings- og fagutviklingsleder ergoterapiavdelingen, Haukeland Universitetssykehus
14.30-15.20		<i>Diskusjon i grupper og plenum</i>
15.20-15.30	Avslutning og vel hjem	



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
0030
**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 varmhjelpemidler 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 varmhjelpemidler til barn og voksne

0033
**ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/
TRYKKFOREBYGGENDE HJELPEMIDLER**
ADL PRODUKTER AS

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

BARDUM AS

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

TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

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

**0048 BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE
TRENINGSTUTSTYR**
BARDUM AS

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

RONDA HJELPEMIDLER

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

0606/0612/0618 ORTOSER
OTTO BOCH AS

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

0630 PROTESER
NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 44 44, fax: 62 57 44 45
nto@ortonor.no www.ortonor.no
Spesialist i 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, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0912
HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK
ADL PRODUKTER AS

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

BARDUM AS

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

RONDA HJELPEMIDLER

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

0912 B
**HJELPEMIDLER FOR BARN VED
TOALETTBESØK**
BARDUM AS

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

0933
**HJELPEMIDLER VED VASKING,
BADING OG DUSJING**
ADL PRODUKTER AS

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

ASTEC AS

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

Servantheis, badebord
BARDUM AS

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

ERGOGRIIP AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no

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

RONDA HJELPEMIDLER

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

SUNRISE MEDICAL AS

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

0933 B
**HJELPEMIDLER FOR BARN
VED VASKING, BADING**
ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Hev/senk stellebenker/bord, servanter

BARDUM AS

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

RONDA HJELPEMIDLER

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

OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

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

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

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

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

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

Y 1

YRKESKLÆR/SKO

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Færdervegen 49,

2270 FLISA – Norway

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

Nettbutikk: www.klubben.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

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@sunrisemedical.no

1224

TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89

www.alurehab.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59

firmapost@permobil.com, www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

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 skinn

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona benløfter

1503 HJELPEMIDLER TIL MATLAGING

RONDA HJELPEMIDLER

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

1509 SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

RONDA HJELPEMIDLER

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT

armstøtte

1512 RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

RONDA HJELPEMIDLER

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

1803 BORD

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

1809 SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal

Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

– PRODUKTREGISTER –

1812 SENER

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

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

E-post: post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad – hev/senk

1818 STØTTEANORDNINGER

ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

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

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad – hev/senk

K 1 KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/ VARSLING

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

2103

OPTISKE HJELPEMIDLER

2109 TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

TOBII DYNAVOX

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

2110 KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

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

MYLIFEPRODUCTS AS

Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo

Tlf: 92631425

post@mylifeproducts.no

www.mylifeproducts.no

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

1527 IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

RONDA HJELPEMIDLER

Randbergveien 308, 4070 Randberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

2136 TELEFONER OG

TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2139 LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2142

SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

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

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

TOBII DYNAVOX

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

2144 GYNGETERAPI

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

– PRODUKTREGISTER –

2145 HØREAPPARATER

2146

HØRSELTEKNISKE HJLPEDIDLER

VESTFOLD AUDIO AS

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

2147 SOVEHJLPEDIDLER

PICOMED AS

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

2148 VARSLINGSHJLPEDIDLER

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 POSISJONERINGSPUTER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona posisjoneringssputer,
Askle 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 BETJENINGSHJLPEDIDLER 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 HJLPEDIDLER 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 HJLPEDIDLER SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER HÅND- OG/ELLER FINGERGREP

ADL PRODUKTER AS

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

ABILIA AS

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

PICOMED AS

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

3003 LEKER

ABILIA AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rumpa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.
RONDA HJLPEDIDLER
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

3006 SPILL

KLUBBEN AS

Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rumpa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

3009 MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

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

Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rumpa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

10. HJLPEDIDLER FOR BARN

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

B.ADL ADL- HJLPEDIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no
Hjelpemidler for posisjonering av barnet i
hverdagen.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,
Krabatskjerf, sikleskjerf

– PRODUKTREGISTER –

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 BARNEHAGEAN-SATTE

ASTEC AS
Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Ergonomiske produkter for stellerom/bad, kjøkken/garderobe i barnehager/skoler.
BAMSE PRODUKTER AS
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

B.KOM KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS
Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
KLUBBEN AS
Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rompa – Snoezelen og
sansemotoriske produkter: Katalog med 250
sider med produkter for sansestimulering.
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
KLUBBEN AS
Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

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 SENER 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
KLUBBEN AS
Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.
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

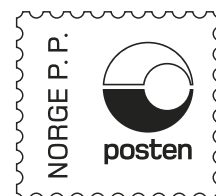
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
KLUBBEN AS
Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
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
KLUBBEN AS
Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.
KRABAT AS
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat trioBike, transportsykkel

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS
Akersbakken 12, N-0172 OSLO
Tlf +47 23 32 75 32
www.bojo.no post@bojo.no



Returadresse:
Norsk Ergoterapeutforbund
Stortingsgt. 2
0158 Oslo



Thera-trainer Tigo 550

AKT 26

Stønad til aktivitetshjelpemidler
for personer over 26 år.

Aktivitetshjelpemidler er hjelpemidler
som er spesielt utviklet for at
personer med nedsatt funksjonsevne
skal kunne delta i aktivitet alene eller
sammen med andre.

(Kilde: regjeringen.no)

Scorpion Plus



Annonse for Bardum :)



RotoBed Free



La ikke utfordringer hindre deg – løsninger finnes.

Det finnes en rekke praktiske hjelpemidler, i ulike størrelser og utførelser.
De kan hjelpe å mestre daglige gjøremål eller gi muligheten for å være mer aktiv.
Hjelpemidler med individuelle tilpasninger kan gi kroppen den støtte den trenger
– og bidra til mer bevegelse. Mulighetene er veldig mange!

- + Gir trygghet
- + Mer selvstendighet
- + Økt mestringfølelse

Klikk deg inn på vår nettside og se det store utvalget av produkter.