

ergoterapeuten

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund

www.ergoterapeuten.no

Nr. 05 • 2013/56

Norsk fagkongress i ergoterapi 2013

Ergoterapeuter for nye samfunnsutfordringer



Fag:

The Intentional Relationship Model

Kommentarartikkel til Forventning om mestring

På den siste siden:

Ingvild Kjekken: – Jeg har vært heldig



Brukermedvirkning i praksis

Det var en fest å delta på Norsk Fagkongress i Ergoterapi – for femte gang. Kongressen arrangeres hvert fjerde år, så sånn sett kan den feire 20-årsjubileum. Og her er det bare å ta fram superlativene. Både det faglige nivået og kvaliteten på presentasjonene var høyt. Kongressen viste at ergoterapeuter følger med i tiden og det som skjer i samfunnet. Vi forsker, vi deltar i prosjekter, og vi går i takt med politiske føringer.

Det som likevel gjorde størst inntrykk på meg, var vårt fokus på brukermedvirkning. Både æresforeleser og Erganeprisvinner er ergoterapeuter som ikke bare snakker varmt om, men som også praktiserer brukermedvirkning i arbeidshverdagen.

Brukermedvirkning er en rettighet som er innført i helsevesenet så vel som i andre offentlige tjenester de siste årene. Det skal gi borgerne større innflytelse på forhold som angår dem, og gjøre tjenestene mer tilpasset brukernes behov.

Brukermedvirkning er relatert til en såkalt empowerment-tenkning fordi brukermedvirkning forutsetter en styrking av bruker. Det dreier seg om å mobilisere folks egne krefter og å nøytralisere de kreftene som bevirker avmakt. Brukermedvirkning er å gi folk kunnskap og ferdigheter slik at de kan ivareta egne eller andres interesser, og å invitere dem inn i det gode selskap der informasjon deles og beslutninger fattes.

Brukermedvirkning handler også om å gi fagfolk kunnskap om hvordan de kan involvere brukerne på en god måte – i noen tilfeller kanskje gi fra seg ekspertrollen og heller bli en samarbeidspartner. Det handler om dialog, samspill og respekt for hverandre.

Her er det mange gode eksempler å hente både fra Marit Borgs og Ingvild Kjekens praksis.

Else Merete Thyness

redaktør

REPORTASJER

- 4 ERGOTERAPEUTER FOR NYE SAMFUNNSUTFORDRINGER
Av Else Merete Thyness
- 10 INTET OM OSS UTEN OSS
Av Else Merete Thyness
- 12 FOLKEHELSEARBEID - UTFORDRINGER OG MULIGHETER
Av Else Merete Thyness
- 14 12 PÅ FAGKONGRESSEN
Av Else Merete Thyness

NY ARENA

- 16 ERGOTERAPEUT SOM PROSJEKTLEDER
I VELFERDSTEKNOLOGIPROSJEKT
Av Else Merete Thyness

FORBUNDET

- 18 TI KJENNETEGN VED ERGOTERAPEUTENE 2020
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 19 DINE SYNSPUNKTER PÅ FREMTIDENS FORBUND
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 20 TREKK I LØNN OG FERIEPENG
Av Terje Andersen
- 22 INNBOFORSIKRING DEKKER RETTSTVISTER
Av Roar Hagen
- 23 INNSPEL: KVALITET OG AKTIVITET
Av Anders Folkestad
- 24 ER DET EGENTLIG NOE POENG I Å VÆRE FAGORGANISERT?
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

FAG

- 26 THE INTENTIONAL RELATIONSHIP MODEL
Av Tore Bonsaksen, Knut Vøllestad and Renee R. Taylor
- 32 KOMMENTARARTIKKEL: FORVENTNING OM MESTRING
Av Gro Killi Haugstad

SMÅSTOFF

- 34 INGRID SKÅTUN TIL MINNE
- 35 BOKANMELDelse: FEIL MEDISIN
Av Cathrine Hagby
- 36 NYTT OG SPENNENDE DOKTORGRADSSTUDIUM
I HELSEVITENSKAP
Av Astrid Bergland og Mona Kolstø Otness
- 37 HJELPER MIDDELET: GRIPEHANSKEN
av Bodil Bø Karlsen

PA DEN SISTE SIDEN

- 38 – JEG HAR VÆRT HELDIG
Av Else Merete Thyness

Adresse: Stortingsgt. 2, 0158 Oslo
Faks: 22 05 99 01
Redaktør: Else Merete Thyness
Layout: Else Merete Thyness
Mobil: 95 73 93 13
E-post: emt@ergoterapeutene.org
Annonser:
Erik Sigurdsson
Mobil: 90 03 09 43
E-post: erik@addmedia.no

Privatpraktiserende ergoterapeuter kan annonsere for sin virksomhet til 30 % avslag hvis de tar direkte kontakt med redaksjonen.


Annonsefrister: Utgivelse:
Nr. 06 2. des 20. des
Nr. 01 3. feb 28. feb
Nr. 02 1. april 02. mai.

Trykkeri: 07 Gruppen AS
Trykt på miljøvennlig papir

Redaksjonskomité:

Unni Sveen	Mobil	91 88 47 68
Cathrine Hagby	Mobil	92 09 23 77
Tore Bonsaksen	Tlf. arb.	22 45 25 47
Anne-Stine Dolva	Mobil	40 40 87 78
Alf Inge Solbakken	Mobil	46 42 82 16
Sissel Horghagen	Tlf. arb.	73 55 92 20
Marena Brännare	Varamedlem	

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



Til statsminister Erna Solberg

Norsk Ergoterapeutforbund vil gratulere deg og Høyre med en stor valgseier. Vi håper på et godt samarbeid med deg og din regjering i årene framover. Ergoterapeuter har en kompetanse som er samfunnsnyttig og kan bidra til å fremme mange av de sakene regjeringen er opptatt av innen helse- og velferdspolitikken. Vår yrkesutøvelse er basert på å fremme den enkeltes aktivitet og deltakelse i hverdagslivet og samfunnslivet, spesielt for mennesker med ulike psykiske og somatiske funksjonsbegrensninger.

Den politiske plattformen regjeringen bygger på, har mange positive saker innen helse, velferd og arbeid. Ergoterapeuter vil gjerne bidra til å realisere disse målene, både i kommunene, i spesialisthelsetjenesten og i NAV-systemene. Vi støtter fullt ut viktige tiltak som Opptrappingsplan for rehabilitering og for rusomsorgen, oppsøkende hjemmebesøk, økt satsning på velferdsteknologi, utbygging av et lavterskel psykisk helsetilbud i kommunene, styrking av tilbudet til personer med demens, og styrking av folkehelsearbeidet.

Men hvorfor har dere ikke nevnt betydningen av å etablere hverdagsrehabiliteringstjenester i kommunene? Disse tar utgangspunkt i brukerens ønske om å klare viktige daglige gjøremål, og er et innovativt tiltak som er lønnsomt både for brukere og samfunn. Det bidrar til at flere kan mestre hverdagen og være selvstendige, og det reduserer behovet for praktisk hjelp.

Vi har merket oss at regjeringen vil hindre nedbygging av rehabilitering i spesialisthelsetjenesten inntil tilsvarende kapasitet og kompetanse er bygget opp i kommunene. Det er veldig bra. Videre er det positivt at regjeringen vil satse på flere ulike tiltak for å øke arbeidsdeltakelsen for mennesker med ulike funksjonsbegrensninger. Her kan ergoterapeuter bidra med mange ulike tiltak og løsninger basert på den enkeltes behov og ressurser.

At regjeringen ønsker å legge til rette for økt bruk av annet helsepersonell i tilknytning til fastlegekontorene, er

spennende og nyskapende. Større tverrfaglighet kan ha stor betydning. Ergoterapeuter vil i nært samarbeid med fastlegene kunne hjelpe mange til å mestre hverdagen med tidlig intervensjon og forebygging. Her er store muligheter til å redusere sykefravær, få flere raskere tilbake i jobb, forebygge funksjonsreduksjon og hjelpeavhengighet og bidra til hverdagsmestring for mennesker med psykiske problemer og rusavhengighet.

Vi er derimot skeptiske til et for stort fokus på sykehjemsutbygging. Selvfølgelig skal syke som trenger hel-døgns pleie, få det. Men når målet er at mennesker skal være selvstendige lengst mulig i eget liv, så gir det et feil bilde av de eldres ressurser og muligheter om sykehjem blir det viktigste satsningsområdet. Likedan mener vi at det ikke er nok å legge opp til å benytte flere rehabiliteringsplasser i private institusjoner og arbeidstreningstusjoner. Det kan være nødvendig i en kort periode. Men livet skal leves der folk bor, jobben skal gjøres på arbeidsplassen, og mennesker skal bo i egne hjem. Da må mer av rehabilitering skje i kommunene.

Og til slutt: Norsk Ergoterapeutforbund er for å innføre kompetansekrav i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester under forutsetning av at det blir reelle kompetansekrav og ikke bare en oppramsing av profesjonsgrupper, som i den gamle loven. Ergoterapeuter har lang og negativ erfaring med ikke å være en lovpålagt tjeneste, men en etterspurt kompetanse. Dit ønsker vi oss ikke tilbake!

Med vennlig hilsen
Norsk Ergoterapeutforbund

Mette Kolsrud

forbundsleder

Norsk Ergoterapeutforbund
Tlf. 22 05 99 00, faks 22 05 99 01
E-post: post@ergoterapeutene.org
Nettsider: www.ergoterapeutene.org
Generalsekretær/fagsjef: Toril Laberg
Forhandlingssjef: Brit-Toril Lundt
Advokat: Berit Førli
Organisasjonssjef: Karl-Erik Tande Bjerkaas
Spesialrådgiver: Anita Engeset
Sekretær: Mette Henriksen
Controller: Mette Jacobsen
Controller: Tove Olsen

Sentralstyremedlemmer:
Mette Kolsrud, forbundsleder
Nils Erik Ness, 1. nestleder
Synnøve O. Melseth, 2. nestleder
Solrun Hauglum
Bjørnar Rovde
Reidun Holm
Ragna Gjone
Benedicte Borge Bakstad
Hege Tollås
Tove Settem
Stine Marie Nord Slyngstad, 1. varamedlem
Hanne Berntsen, 2. varamedlem
Camilla Syvertsen, 3. varamedlem



Ergoterapeuter for nye samfunnsutfordringer

18. september samlet nesten 600 ergoterapeuter seg til tre dager med norsk fagkongress i ergoterapi. Temaet for kongressen var «Ergoterapeuter for nye samfunnsutfordringer».

– Vi skal fortsette å framstå som samfunnsbevisste aktører, styrke forskningen og synliggjøre våre bidrag i et samfunnmessig perspektiv, sa forbundsleder Mette Kolsrud i sin tale til kongressen.

AV ELSE MERETE THYNESS



Oslo-bandet Sturm und Drang innledet kongressen med fengende sigøymusikk.

Foto: Karl-Erik Tande Bjerkaas

Etter at tonene fra Oslo-bandet Sturm og Drang stilnet, overtok kongressleder Dorte Lybye Norenberg scenen på Oslo Kongressenter.

– Den som intet våger, intet vinner. Dette har vi gledet oss til i nesten fire år. Nå er vi samlet – studenter, ergoterapeuter og pionerer – for å lære av hverandre, strålte hun.

Norenberg kunne fortelle at nesten seks hundre ergoterapeuter var påmeldt kongressen, og at programmet speilet de ulike ergoterapiaktivitetene rundt omkring i Norge.

– Dere kan være stolte. Vi er en gruppe som har mye å bidra med. La dere motivere og engasjere, delta i faglige diskusjoner, og nyt samværet. Hjertelig velkommen til tre herlige dager!

Samfunnsbevisste aktører

Deretter var det forbundsleder Mette Kolsruds tur å hilse forsamlingen. Hun trakk linjene tilbake til pionerens dager, og pekte på at den gangen som nå var et av ergoterapeutenes



Kongressleder Dorte Lybye Norenberg ønsket velkommen til tre herlige dager. – Dette har Oslo kongresstyret gledet seg til i nesten fire år, sa hun.

Foto: Karl-Erik Tande Bjerkaas

kjerneområder samfunnsutfordringer.

– Allerede for 35 år siden var ergoterapeutenes mål å fremme mestring og selvhjelpenhet, deltakelse i arbeidslivet og forebyggende arbeid.

Hun konstaterte at ergoterapeutene i dag er på den politiske arenaen både på det nasjonale og det kommunale plan. Blant annet blir det referert

til hverdagsrehabilitering i stortingsmeldingen om morgensdagens omsorg.

– Vi skal fortsette å framstå som samfunnsbevisste aktører, styrke forskningen og synliggjøre våre bidrag i et samfunnmessig perspektiv. Vi skal vise vår kompetanse i praksis og bli etterspurt, sa hun.



Kongressens første døgn ble avsluttet med en vandring langs Akerselva i Oslo. Rundt 50 ergoterapeuter deltok og fikk blant annet med seg Birkelunden mannskor på veien.
Foto: Madeleine Sæthereng Strøm



Forbundsleder Mette Kolsrud trakk linjene tilbake til pionerenes dager.
Foto: Karl-Erik Tande Bjerkaas



Øystein Mæland viste til at livsstilssykdommene er den raskest voksende epidemien i menneskenes historie.

Glabale og nasjonale utfordringer

Assisterende direktør i Helsedirektoratet, Øystein Mæland, var førstemann ut av foredragsholderne. Han snakket under overskriften «Globale og nasjonale helseutfordringer – hva tenker vi? Hvordan jobber vi?» I sitt innlegg la han vekt på at livsstilssyk-

dommene er den raskest voksende epidemien i menneskehetens historie – og den mest kostbare.

– Hvis vi skal redusere helseplager forårsaket av diabetes, kols, hjertekarsykdommer, kreft, sykkelig overvekt, muskel-skjelettlidelser, lettere psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, må vi øke satsingen på folkehel-

searbeid og forebygging. Vi må også prioritere tidlig innsats, sekundærforebygging og rehabilitering for å kunne øke livskvaliteten og redusere sykdomsbyrden for de som allerede er syke.

Han viste til at generalsekretær i Verdens Helseorganisasjon, Margaret Chan, mener at verdens helseutfordringer ikke kan løses ved å bygge flere sykehus, men ved å tenke forebygging og primærhelsetjeneste.

– Dette er helt i tråd med vårt hjemlige arbeid med implementering og utvikling av samhandlingsreformen. Vi må gjøre noe med det faktum at sykehusene og spesialisthelsetjenesten har vokst og vokst, mens vi ikke har rustet opp primærhelsetjenesten og omsorgsfeltet nok. Igjen kommer vi tilbake til behovet for å styrke forebyggings- og folkehelsearbeid, primærhelsetjenesten og samhandlingen på tvers av profesjoner og tjenestenivåer. Kun da får vi helhetlige pasientforløp og koordinerte tjenester.

reportasje

Øystein Mæland er utdannet psykiater, og har blant annet arbeidserfaring med rus og psykisk helse.

– Jeg har jobbet på DPS og i spesialisthelsetjenesten. Her skilte ergoterapeutene seg ut med sitt fokus på mestring og de mange gode bidragene til rehabiliteringsplaner. Jeg er overbevist om at hvis vi skal møte de store helseutfordringene, er vi avhengige av kompetansen til oppgående og engasjerte ergoterapeuter.

Befolkningens levekår

Etter Mæland fulgte førsteamanuensis Monica Lillefjell fra Senter for helsefremmende forskning og Program for Ergoterapeututdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag. Hun plukket opp Mælands tråd om satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid og snakket om hvordan vi kan imøtekomme kravet om kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

– Det er et behov for mer kunnskap om de prosessene vi er inne i, og hva som fungerer best, mente hun.

Hun presenterte blant annet prosjektet «Helse og livskvalitet i Malvik kommune – LEV VEL.» Dette er en befolkningsundersøkelse som skal foretas hvert fjerde år og gi grunnlag for å kunne jobbe videre med folkehelsearbeidet i kommunen.

– Kunnskap om befolkningens levekår skal benyttes systematisk inn i kommunens plan- og utviklingsarbeid og ved valg av tiltak. Den vil være med på å gi politikerne et kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag, sa hun. (Se egen reportasje side 12.)

Hvordan fremme folkehelse

Tove Sivertsen, ergoterapeut og enhetsleder for ergoterapitjenesten i Trondheim kommune, avsluttet plenumsforedragene den første kongressdagen. Hun la fram «Folkehelse i kommunehverdagen? Eksempler på organisering, samarbeid og praktisk handling i Trondheim». Sivertsen snakket om hvordan ergoterapitjenesten kan påvirke til et samfunn som fremmer folkehelse. Hun ga praktiske eksempler på hvordan tjenesten har bidratt i kommunenes folkehelsearbeid, blant annet er universell utforming nå vedtatt som prinsipp i planarbeidet i Trondheim kommune.



Monica Lillefjell snakket om behovet for kunnskapsbasert folkehelsearbeid.



Tove Sivertsen fortalte om hvordan ergoterapeutene i Trondheim kommune deltar i folkehelsearbeidet.



– Ergoterapeuters kjerneoppgaver er å holde hverdagen i form, uansett hvor den leves, sa Gunner Gamborg. Foto: Karl-Erik Tande Bjerkaas

Ergoterapitjenesten er også pådriver i EU-prosjektet Co-living, der det utvikles og testes ut velferdsteknologi for å fremme aktivitet og deltakelse blant seniorer.

– Vi satser på å være oppdatert om føringer i planer og styringsdokumenter, bygger systematisk kompetanse som kan møte behovet innen kommunens innsatsområder, og er aktive i å selge inn kompetansen vår på viktige utfordringer og satsningsområder, sa hun.

Bred offentlig interesse

Gunner Gamborg innledet kongressens andre dag med presentasjonen: «Hverdagsrehabilitering i Danmark».

– Ergoterapeuters kjerneoppgaver er å holde hverdagen i form, uansett hvor den leves, sa den danske forbundslederen.



– Jeg vil ta roret selv, sa Ann Kristin Krokan, politisk rådgiver i ULOBA og redaktør for tidsskriftet Selvsagt.

Han pekte på utfordringen som ligger i at hverdagsrehabilitering nå har blitt et viktig fokus for mange faggrupper.

– Rehabilitering av hverdagen har gått fra ergoterapeutisk kjernefaglighet til bred offentlig interesse, der mange andre nå også vil også ta del i utviklingen.

Dette mente Gamborg førte til en ny og forpliktende samfunnsrelevans for ergoterapi. Blant annet sa han at hverdagsrehabilitering i fremtiden i større grad må favne de relasjonene som former brukerens hverdag.

– Vi må flytte fokuset fra personlig autonomi til sterke relasjoner i brukerens hverdag. Vår nye visjon kan være lengst mulig i hverandres liv, sa han.

Kontroll over eget liv

Etter Gamborg fulgte Ann Kristin



Posterutstillingen hadde nærmere 100 bidrag. Den var plassert i et eget rom og ble flittig besøkt under hele kongressen.

Krokan, politisk rådgiver i ULOBA (Uavhengig Liv Oslo og omegn) og redaktør for tidsskriftet *Selvsagt*. Hun rettet et kritisk søkelys mot dagens rehabilitering.

– Hvilken forståelse av funksjonshemming legges til grunn i dagens norske rehabilitering? Riktignok har retorikken dreid fra et helseperspektiv til et fokus på likestilling og samfunnsdeltakelse. Likevel opplever vi at funksjonshemmede stadig kommer dårligere ut enn andre, når det gjelder for eksempel bosituasjon, utdanning, arbeid, økonomi og transport.

Hun mente også at tilgangen til rehabilitering, hjelpemidler og andre tiltak har blitt stadig vanskeligere.

– Vi har havnet i grøfta mellom velvillige talemåter og positiv jus på den ene siden, og begrensende økonomisk praksis på den andre, sa hun.

Hun var også misfornøyd med at det sjelden forventes at funksjonshemmede skal bidra i samfunnet og få kontroll over eget liv.

– Jeg vil ikke ha brukermedvirkning, jeg vil ta roret selv. Det er det rehabilitering skal føre til. Problemet ligger ikke hos individet, men i samfunnet som stenger noen individer og grupper ute. Jeg vil ha likestilling, selvbestemmelse, inkludering og likeverd.

Arbeid er god behandling

Krokan fikk god støtte i Helen Bull, ergoterapeut og stipendiat ved Oslo Universitetssykehus. Bull forsker på betydningen av arbeid for mennesker med psykoselidelser, og er særlig opptatt av å belyse holdninger i helse- og velferdssystemene og i samfunnet som utgjør en barriere mot deltakelse i arbeidslivet.

– Sykemelding og trygd fra NAV er gode støtteordninger, men de er også stigmatiserende og ikke bestandig den rette veien å gå. Arbeid, derimot, er god behandling. Det gir identitet, sosial kontakt, respekt, og penger. Verdens helseorganisasjon sier at arbeid er den beste måten å integrere folk med psykiske lidelser.

Hun mente at vernede arbeidsplasser er utdatert.

– Vi må tenke ordinært arbeid. Folk med psykisk uhelse vil være som alle andre. Krav og utfordringer et gode vi ikke skal ta fra folk.

Ikke markedsfør ergoterapi

Den svenske professoren i ergoterapi Susanne Iwarsson avsluttet plenums-sesjonene den andre dagen. Hun snakket om ergoterapi for en aldrende befolkning i kommunehelsetjenesten.

reportasje

Innlegget hennes baserte seg på erfaringer og resultater fra en internasjonal tverrfaglig studie om boforhold og helse i alderdommen. Iwarsson stilte spørsmål ved hvorfor ergoterapi fremdeles er lite synlig når kunnskapen er så tidsriktig.

– Mitt råd til ergoterapeuter er; ikke markedsfør ergoterapi. Ergoterapi i seg selv er ikke viktig, men det vi kan og det vi gjør. Definer problemene og presenter løsninger – og sett ergoterapi inn i en sammenheng. Hvis vi gjør det, vil folk begynne å etterspørre ergoterapi.

Hun pekte også på betydningen av å benytte resultater fra forskningen i jobbhverdagen.

– Men ikke bruk ergoterapeutiske uttrykk. Vi må snakke så folk forstår oss.

To prisutdelinger

Denne kvelden sto festmiddag på programmet. Toastmaster for anledningen var Mona Asbjørnslett, og deltakerne lo så de skrek av hennes ablegøyer på scenen. Innimllom ble det også tid for litt alvor. Ergoterapeutenes Osloavdeling ble hedret for iherdig innsats gjennom fire år. Det ble også rom for to prisutdelinger. Ingvild Kjeklen ble tildelt Ergaprisen for den helt spesielle måten hun har synliggjort ergoterapifaget på. (Se egen reportasje side 38.) Prisen til beste digitale historie gikk til Ergoterapeutene avdeling Finnmark.

Komme seg ut av huset

Da var det duket for dag tre, som startet med ergoterapeut og professor Pip Logan fra Universitet i Nottingham. Hun snakket under overskriften «Hvordan virker ergoterapi? Prinsipper og eksempler fra randomiserte kontrollerte studier». Hun fortalte blant annet fra den tverrfaglige multisenterstudien «Getting out of the house after stroke». Bakgrunnen for studien var at mange eldre blir isolert som følge av slag. Det gjelder særlig begrensninger i utendørsaktiviteter som besøk til lege eller tannlege, men også sosiale hendelser som det å treffe venner.

– Forskningsprosjektet viste at rehabilitering rettet mot å komme seg ut av huset har effekt både på livskva-



Helen Bull mente arbeid er god behandling for mennesker med psykoselidelser.



– Rehabilitering rettet mot å komme seg ut av huset har effekt både på livskvalitet og mobilitet, sa Pip Logan.

litet generelt og mobilitet spesielt, sa Pip Logan.

Hva ønsker folk i livene sine

Dermed var det duket for æresforelesningen av professor Marit Borg. Med utgangspunkt i psykisk helsearbeid sa hun at ergoterapeuter har et samfunnsoppdrag.

– Vi skal finne løsninger, og vi skal starte med å spørre folk hva de ønsker i livene sine. Deretter må vi samarbeide med brukerne slik at de kan oppnå det de ønsker seg.

Hun slo også et slag for den kvalitative forskningen der de det gjelder, får komme med sine bidrag.

– Mye av forskningen kommer fra forskere og fagfolk. De som kjenner problemene på kroppen, har vært lite involvert. Dette har ført til en ensidig forståelse av helse- og velferdsproblemer og hva som hjelper. Det er på



– Ergoterapi i seg selv er ikke viktig, men det vi kan og det vi gjør, sa Susanne Iwarsson.



– Det er på tide å involvere folk med førstehåndskunnskap i forskningsarbeidet, sa Marit Borg.

tide å skifte fokus – involvere folk med førstehåndskunnskap i forskningsarbeidet. Gjennom samarbeidsbasert forskning får vi opp mer presise problemstillinger, sa Borg. (Se egen reportasje side 10.)

Vi glær oss

Kongressen varte i tre dager. I tillegg til hovedforeleserne kunne deltakerne velge mellom parallellsesjoner med i alt 102 muntlige fremlegg. Disse var organisert etter temaer som arbeid, hverdagsrehabilitering, demens og utdanning, og speilet mangfoldet og bredden i faget. De over 100 posterne var også med på å høyne det faglige innholdet.

Og da gjenstår det bare å gi en stor lykkønsking til Ergoterapeutene, avdeling Sør-Trøndelag, som skal arrangere fagkongress i 2017 i Trondheim. Vi glær oss. □



Mona Asbjørsløtt var toastmaster under festmiddagen. Hun ga loffen en ny betydning.



Ergoterapeutenes seniorforum hadde egen stand i foajeen hvor de solgte den rykende ferske boka «Pionerens fortellinger – da ergoterapi var et nytt fag i Norge».



*Anne Lund imponerte med vakkert trompetspill under festmiddagen.
Foto Madeleine Sæthereng Strøm*



*Nils Erik Ness overrakte Erganeprisen til Ingvild Kjekken.
– Dette har vi fått til sammen, sa Kjekken.*

Intet om oss uten oss

Slagordet «Intet om oss uten oss» ble først brukt i USA i kampen for funksjonshemmedes rettigheter. Nå er begrepet frontet også av brukerorganisasjoner i Norge. – Vi må inkludere stemmen til dem det gjelder, både i forskning og praksisutvikling. Folk med egenerfaring er tett på situasjonen og kan få opp mer presise problemstillinger og bedre løsninger, sa Marit Borg.

AV ELSE MERETE THYNESS

Marit Borgs æresforelesning handlet mye om hvordan vi kan jobbe sammen med folk med egenerfaring både innen rehabilitering, psykisk helsearbeid og forskning.

– Ergoterapeuter har et samfunnsoppdrag. Det speiler tittelen på dette seminaret. Vi har en ambisjon om å ha mer fokus på løsninger enn på problemer. Vi er handlingsorienterte og opp tatt av aktivitet og funksjoner. Våre sentrale mål er deltakelse og inkludering i hverdagslivet, utvikling av mestring, tilrettelegging av aktiviteter og endring av omgivelsene – i samarbeid med dem det gjelder og folk rundt dem. Det er et godt utgangspunkt.

Borg mente at en av utfordringene blir ikke å være for ivrige og «overkjøre» dem vi skal hjelpe.

– Vi skal være med å skape omgivelser som gir næring, men vi må ikke stå i veien for folk. Vi skal være lydhøre for hva folk mener selv, og ta imot de svarere de gir. Hvis vi blir for engasjerte, får vi sette oss på hendene våre, og la folk komme til orde med egne tanker og målsettinger.

Tenk nytt om rehabilitering

Med utgangspunkt i hvordan vi kan tenke nytt om rehabilitering, siterte hun psykolog og forsker Patricia Deegan, som selv har erfaring med psykisk uhelse og arbeider med å fremme kunnskap om bedringsprosesser og myndiggjøring for mennesker med psykiske helseproblemer.

«Å tenke på nytt om rehabilitering betyr å tenke på hvordan tjenester bidrar til å fjerne frihet og gjøre det vanskelig for dem av oss som har psykiske helseproblemer, å blomstre.

Dersom rehabilitering skal være en del av løsningen på problemene, må den være frigjørende og anstrengende seg

for å få slutt på undertrykking.»

– Patricia Deegan har dobbeltkompetanse ut fra lang erfaring både som bruker og psykolog, og fra arbeid med forskning og praksisutvikling. Hun mener det blant annet er nødvendig å finne strategier mot krenkelser, stigmatisering og det å være satt utenfor når du har psykiske problemer.

Borg viste til at folk med psykiske helseproblemer opplever mye urett i dagens samfunn. De har stort sett dårligere levevilkår enn andre innbyggere, og mange stenges ute av arbeidslivet. Det er grunn til å være utålmodig. Vi må spørre oss selv etter flere tiårs satsninger innen psykisk helse: Blir «den psykiatriske pasienten» møtt som et likeverdig menneske og innbygger?

– Hvis vi skal lykkes i å inkludere mennesker, må vi jobbe helhetlig, og sammen med dem det gjelder. Vi må tenke ressurser og kompetanse, ikke diagnose. Hvis vi for eksempel skal ha et inkluderende arbeidsliv, må vi finne arbeidsplasser til folk, og legge praktisk til rette slik at det fungerer.

Igjen understreket hun behovet for at dette må skje i samarbeid med den det gjelder.

– Vi må snakke med folk om hva de vil ha i livene sine, og hva som fungerer for dem. Det er bare gjennom å lytte at vi forstår hva vi bør gjøre mer av, og hva vi må slutte å gjøre.

Samarbeidsbasert forskning

Marit Borg er professor ved avdeling for helsevitenskap, Institutt for forskning innen psykisk helse og rus, ved høyskolen i Buskerud. Høyskolen har en egen videreutdanning som gir folk med egenerfaring kunnskap om å forske.

– Folk med brukerkompetanse kjenner problemene på kroppen – men de har foreløpig vært lite inkludert i forskningsprosesser. Dette har

ført til ensidig forståelse av helse- og velferdsproblemene og hva som hjelper. Definisjonsretten har ligget hos forskere. Nå er det på tide å skifte fokus og involvere folk med førstehåndskunnskap i forskningsarbeidet, sa Borg.

Hun oppfordret forskere til å invitere personer med helseutfordringer inn som fullverdige deltakere og med forskere i hele forskningsprosessen.

– De vet om og kan beskrive konsekvensene av helseproblemer, og sitter med verdifulle bidrag til å utvikle fag, felt og samfunn. Gjennom samarbeidsbasert forskning får vi opp mer presise problemstillinger, siden de er tett på situasjonen.

Hun la ikke skjul på at det kan bli litt kaotisk å ha med mange mennesker inn i forskningsprosesser, men sa at det også er veldig spennende og bidrar til god kunnskapsutvikling.

–Jeg vil inspirere alle til å ta med flere stemmer enn seg selv inn i forskningen. Da blir man heller ikke så alene.

Bedringsprosesser

Marit Borg henter mye inspirasjon fra «Recovery-tankegangen», som hun har arbeidet med siden midten av 1990-tallet. Recovery handler om at det er personen som sliter med psykisk helseproblemer, som sitter inne med kunnskapen om hva som skal gjøres, og er den som skal sitte i førersetet i bedringsprosessen. Recovery handler om personens arbeid med å komme seg. Det er forankret i troen på at mennesker som erfarer psykiske lidelser, har rett til å være en medborger, til å ha et hjem, en jobb og trygge levekår. Innen recovery er man også kritiske til den dominerende maktposisjonen ved de psykiatriske institusjonene, og er opptatt av å støtte

mennesker med psykiske helseproblemer i å håndtere sin egen situasjon og skape seg et meningsfullt liv i lokalmiljøet.

– Det er mange fellestrekk mellom hverdagsrehabilitering og recovery. Begge tankesettene handler om å gi brukerne kontroll over egne liv. Fagpersonene skal være en ressurs som samarbeider med brukeren og personer i hans eller hennes nettverk for å oppnå dette.

Hun understreket at dette gir fagpersonen en rolle som kartleser, veiviser og medvandrer, snarere enn en som sitter på alle svarene.

– Og det forutsetter at fagpersonen har en interesse for folks liv – ikke for symptomene.

Borg fortalte at de nå planlegger en recovery-skole ved instituttet, der personer med egenerfaring skal lede kunnskapsformidlingen. Det skal utvikles og tilbys ulike former for kurs og dialogarenaer som vil ha som mål å bidra med kunnskap som kan støtte personers bedringsprosesser, og bidra til mer recovery- og samarbeidsorientert kunnskap for fagpersoner og hjelpesystemer samt utvikle praksisnære forskningsprosjekter.

– Hvis vi skal endre de daglige praksisene, må vi også forandre hvordan de drives. Hvis vi skal ta på alvor at vi ønsker en felles kunnskapsutvikling for fagpersoner, brukere og familien, så må vi invitere dem inn der det foregår. Dette vil kreve mot og evne til å tåle uro, men hvis skal jobbe med endring og utvikling, må vi være modige.

Skape endring

Hun mente at fremtidens ergoterapeuter har en viktig rolle som endringsagenter og barrierebrytere.

– Ergoterapeuter kan fortsette å tydeliggjøre hverdagslivets gullstandarder, samarbeide med brukere og pårørende miljøer og være synlige på den offentlige arenaen. Det foregår et paradigmeskifte fra fokus på det medisinske til fokus på ressurser. Ergoterapeuter er i utgangspunktet mer opptatt av løsninger enn av problemer. I fremtiden kan vi bli enda bedre i å bidra til støttende miljøer i samarbeid med mennesker med erfaringskompetanse. Vi skal også være synlige på den offentlige arenaen, oppfordret Marit Borg.



Marit Borg var æresforeleser ved Norsk Fagkongress i ergoterapi. – Den rikeste kunnskapsutviklingen kommer fra praksis, sa hun.

Foto: Madeleine Sæthereng Strøm

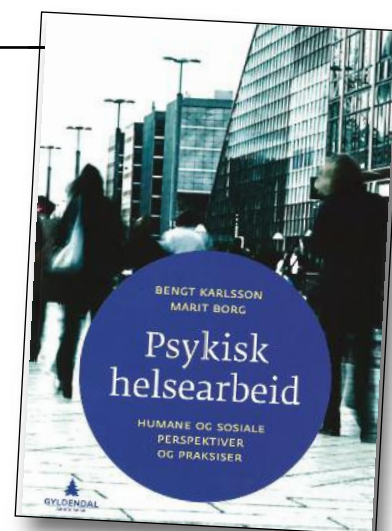
Psykisk helsearbeid

Humane og sosiale perspektiver og praksiser

Bengt Karlsson og Marit Borg har nettopp gitt ut boken «Psykisk helsearbeid. Humane og sosiale perspektiver og praksiser». Boken gir en samlet og systematisk fremstilling av psykisk helsearbeid med forankring i human- og samfunnsvitenskap.

Bokens viktigste budskap er at psykisk helsearbeid må utvikles i samarbeid mellom dem som ønsker hjelp, deres nærmeste og dem som kan yte hjelp. Forfatterne stiller spørsmål ved den dominerende sykdomsmodellen og utfordrer de praksiser hvor hjelpen ytes i en asymmetrisk relasjon mellom «pasient» og «ekspert».

Boken er tredelt. I den første delen beskriver og diskuterer forfatterne sitt filosofiske ståsted og sine grunnleggende antakelser om arbeidet med psykisk helse i ulike kontekster. I andre del tar de opp sosiale forståelser innenfor psykisk helsear-



«Psykisk helsearbeid» er gitt ut på Gyldendal forlag.

beid og diskuterer levekår og velferdspolitiske utfordringer, arbeidets betydning samt bedringsprosesser (recovery). I bokens tredje del beskriver de kontekster og arenaer i psykisk helsearbeid og viser hvordan de humane og sosiale tilnærmingene kan settes ut i praksis.

Anders Johan W. Andersens har skrevet forordet. Her skriver han: *Endelig. En bok som vil ha endring, og som peker på mulige veier videre.*

Folkehelsearbeid – utfordringer og muligheter

Monica Lillefjell løftet frem behovet for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. – Det ligger et betydelig potensial i en større systematikk i dette arbeidet, sa hun.

AV ELSE MERETE THYNESS

Den nye folkehelseloven stiller krav om at kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter skal ha oversikt over innbyggernes helsetilstand og hva som påvirker denne.

– I praksis betyr det at vi skal vite hvor skoen trykker, og hva som er utfordringene, sa Monica Lillefjell.

Kommunen er hovedaktøren i folkehelsearbeidet og skal fastsette mål og iverksette nødvendige tiltak for å møte helseutfordringene. Et grunnleggende prinsipp er å tenke «helse i alt vi gjør», både for kommuner, fylkeskommuner og statlige myndigheter.

– Tiltak i alle sektorer påvirker helsen. Derfor er det ikke lenger bare helsesektoren i kommunen som skal ha ansvar for folkehelse. Det settes blant annet fokus på samfunns- og arealplanleggingen som en viktig helsefremmende ressurs, sa Lillefjell.

Helsefremming og forebygging

Folkehelse handler om befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeles seg i en befolkning. Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å fremme befolkningens helse og trivsel, forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse og beskytte mot helsetrusler. Det innebærer også arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

– Definisjonene av folkehelse og folkehelsearbeid rommer både helsefremmende og forebyggende arbeid. Mens helsefremming fokuserer på kunnskap om hva som fremmer, vedlikeholder og gjenoppretter god helse, handler forebygging fortrinnsvis om å forhindre eller utsette at sykdom utvikles, sa Lillefjell.

Forskning viser at de sterkeste vir-

kemidlene for å styrke folkehelsen er befolkningsrettede tiltak på samfunnsnivå i kombinasjon med sosialpolitikk, økonomisk politikk og eventuelle lovendringer.

– Vi kjenner flere eksempler på slike strukturelle virkemidler. Røykeloven er et eksempel, sa hun.

Bærekraftig folkehelsepolitikk

Dagens helseutfordringer handler i stor grad om sykdommer knyttet til livsstil. I tillegg representerer psykisk helse en stor andel av sykdomsbyrden, og økt levealder fører til at flere lever med kroniske lidelser.

– Utgiftsøkningene i helsetjenesten de siste tiårene og de demografiske endringene viser at det er nødvendig å etablere en bærekraftig folkehelsepolitikk. Dagens helsesektor forbruker for mye av samfunnets totale ressurser, herunder for mye av arbeidskraften i årene som kommer. Dagens og morgendagens utfordringer må derfor løses på nye måter, sa Lillefjell.

De nasjonale målene for helsearbeid er at Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder, at innbyggerne skal få flere leveår med god helse, og at helse skal fremmes i hele befolkningen.

– For å nå disse målene, må vi sette helse på agendaen i alle sektorer og samarbeide på tvers av disse. Vi må gjøre sunne og enklere valg og evaluere alle tiltak i forhold til om de vil bidra til en reduksjon av sosiale forskjeller, sa Lillefjell.

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Sentrale føringer og styringsdokumenter som Samhandlingsreformen, Ny helse og omsorgslov, Ny lov om folkehelsearbeid og Plan og bygningsloven har det til felles at de alle løfter

fram og stiller krav til et kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

– Det betyr ikke at folkehelsearbeidet tidligere ikke var bygget på kunnskap, men det ligger et betydelig potensial i en større systematikk i dette arbeidet. Det vil sikre anvendelse av best tilgjengelig kunnskapsgrunnlag når beslutninger skal fattes og tiltak iverksettes.

Lillefjell pekte på at også planverktøy er vesentlig i arbeidet med forebygging og helsefremming, både på regionalt og kommunalt nivå.

– Gjennom for eksempel målrettet planlegging av kommunikasjon, skoler og barnehager, servicetilbud og fritidstilbud, kan offentlige myndigheter bidra til å fremme helse og forebygge helseproblemer. Bruk av plan gir mulighet for å forankre og prioritere tiltak både innen og på tvers av sektorer. Dette er viktig når helsehensyn skal integreres i alle politikkområder og på de fleste samfunnsarenaer.

Hva er kunnskapsbasert folkehelsearbeid?

Det har vært mange forsøk på å definere hva som ligger i kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Kravet om effektmål er utfordrende i folkehelsearbeidet.

– I øyeblikket ser det ut til å være en konsensus blant forskere og ledere på folkehelsefeltet om et prosessperspektiv hvor man kombinerer ulike kunnskapstilfang, og hvor konteksten er sentral. Beste tilgjengelige kunnskap hviler med andre ord på flere elementer: forskning og teori, kunnskap ervervet gjennom erfaringer, brukernes eller borgernes kunnskap og medvirkning, samt verdier, ressurser og politikk. Til sammen kan dette omtales som kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Dette understøttes av

flere nyere studier som vektlegger betydningen av ulike typer kunnskapskilder, sa Lillefjell.

Kunnskapsbaserte prosjekter

Lillefjell la fram to eksempler på kunnskapsbaserte prosjekter innen folkehelse. Et av dem var «LEV VEL – Malvik kommune». Dette er første gang en kommune gjennomfører en befolkningsundersøkelse som fokuserer på det som gjør folk friske, fremfor det som gjør folk syke. Gjennom undersøkelsen søker kommunen svar på hvilke konkrete faktorer som bidrar til god helse, og hvordan Malvik kommune skal tilrettelegge samfunnet slik at Malviks befolkning bevarer god helse, eller lever best mulig med den helsen de har.

– Gjennom prosjektet skal vi blant annet utvikle et minimumsett av helsefremmende indikatorer. Videre skal kunnskapen om befolkningens levekår benyttes systematisk inn i kommunens plan- og utviklingsarbeid og ved valg av tiltak. Den skal også være med på å gi politikerne et kunnskapsbasert beslutningsgrunnlag, fortalte Lillefjell.

Det andre prosjektet hun la fram, het «Innovasjon i offentlig sektor: Fra kunnskap til handling og fra handling til kunnskap». Prosjektet bygger på erfaringer fra forprosjektet «Kunnskapsbasert folkehelsearbeid».

– Her ser vi på politiske prosesser, hvordan beslutninger foregår, og i hvilken grad man tar i bruk tilgjengelig kunnskapsgrunnlag når beslutninger skal fattes. Formålet med prosjektet er blant annet å utvikle konkrete eksempler på effektive styrings-sirkler i folkehelsearbeidet som kan standardiseres.

Flere ergoterapeuter

Avslutningsvis oppsummerte Lillefjell med å si at for å kunne imøtekomme kravet om kunnskapsbasert folkehelsearbeid, trenger vi et bredt kunnskapstilfang hvor ulike metodiske tilnærminger benyttes. Det er videre behov for å utvikle kompetanse i å vurdere ulike helsekonsekvenser av data og funn samt utvikle kunnskap om årsaker. Dette for å kunne velge strategier som påvirker helse gjennom hele livsløpet – og som bidrar til



Førsteamanuensis Monica Lillefjell er tilknyttet Senter for helsefremmende forskning (HiST/NTNU) og Program for Ergoterapeututdanning, Høgskolen i Sør-Trøndelag. Hun løftet fram behovet for kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

reduksjon i sosiale helseforskjeller. Det er også behov for å utvikle plan-, analyse- og prosesskompetanse hos gjennomføringsaktørene i kommuner og fylkeskommuner.

– «Samfunnskompetanse» er helt sentralt i folkehelsearbeidet. Det handler om kompetanse på samfunnsforhold, samfunnssektorer, forvaltning, planarbeid og organisering relatert til helsefremmende og forebyggende arbeid, sa hun.

I følge Lillefjell er ergoterapeuter en av de yrkesgruppene innen helsesektoren som har mest «samfunnskompetanse».

– Dette potensialet må utnyttes

bedre. Vi trenger flere ergoterapeuter inn i planarbeidet og utforming og gjennomføring av strategier i folkehelsearbeidet i årene som kommer. Vi må finne nye samarbeidsformer på tvers av sektorer og nivå – og en brobygging mellom praksis, forvaltning, utdanning og forskning. I dette bildet har vi som forsknings- og utdanningsinstitusjoner et ansvar, og ikke minst et stort mulighetsrom som det er viktig at vi fyller – men det kan vi bare få til i et enda tettere samarbeid med forvaltning og praksisfeltet. Jeg håper dere er klare til å ta utfordringen, sa Lillefjell. □

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

- 1 Benytte beste tilgjengelige kunnskap/evidens i alle stadier av politikk og program-/ tiltaksutvikling.
- 2 Tydeliggjøre kriterier for inkludering eller ekskludering av evidens.
- 3 Benytte et variert datagrunnlag (bred samfunnsvitenskapelig tilnærming).
- 4 Generere data gjennom ulike forskningsmetodiske tilnærminger.
- 5 Identifisere og vurdere effektive intervensjoner.
- 6 Formidle forskningsresultater og tilrettelegge for at disse skal gjøres tilgjengelig politisk for beslutningstakere.

Raphael, 2000; 2010; 2012

12 på fagkongressen

– Hva har gjort mest inntrykk på deg?

– Har du fått noe ny kunnskap som du kan ta med deg tilbake?

DAG 1 DAG 1 DAG 1 DAG 1

DAG 1 DAG 1 DAG 1 DAG 1



– Jeg deltok på alle plenumsessjonene. De fokuserte på folkehelse. Jeg var også med på parallellsesjonen om barn. Alt gjorde inntrykk.
– Jeg har særlig fått ny kunnskap og nye tanker om arbeid med barn. Jeg har notert meg folk jeg skal kontakte når jeg er tilbake på jobb.

Nina Christin Lysø er ansatt ved Høgskolen i Sør-Trøndelag og i Trondheim kommune.



– Det beste var å treffe igjen så mange gamle kjente. Her er det f. eks. flere folk jeg gikk på skole med, og som jeg ikke har sett igjen siden.
– Jeg har fått nye ideer om hvordan jeg kan gjøre ting når jeg underviser studentene. Tove Sivertsen var inspirerende med den måten hun brukte bilder på under sin presentasjon.

Vigdis Skarsaune Gausemel arbeider ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

DAG 2 DAG 2 DAG 2 DAG 2

DAG 2 DAG 2 DAG 2 DAG 2



– Forelesingen av Ann Kristin Krokan fra Uloba var en tankevekker. Hun stilte seg blant annet kritisk til brukerbegrepet.
– Jeg har fått ny kunnskap om det å tenke i nye baner. Vi må hele iden stille spørsmål ved måten vi jobber på og se på brukerne som en ressur.

Anne-Elin Freland er nyutdannet ergoterapeut.



– Helen Bull hadde et interessant innlegg om hvor viktig aktivitet og arbeid er for mennesker med psykisk uhelse. Det er flott å dokumentere dette gjennom forskning.
– En nyttig viten er at vi ikke bestandig skal fokusere på det å være selvstendig, men heller å fungere i et nettverk sammen med andre.

Trond Reinseth er ergoterapeut og tilsynsleder i Arbeidstilsynet Midt-Norge.

DAG 3 DAG 3 DAG 2 DAG 3

DAG 3 DAG 3 DAG 3 DAG 3



– Det var fint å høre på Marit Borg. Hun snakker om psykisk helsearbeid, men det er overførbart til mange andre brukergrupper. Ellers er jeg fornøyd med at kongressen har fått frem bredden i faget vårt.
– Det er flott at dette nå skjer overalt i hele Norge, ikke bare i en liten krets rundt høyskolene. Se bare på ergoterapeutene i Finnmark, som vant prisen for beste digitale historie.

Linda Stigen er stipendiat ved Høgskolen i Gjøvik.



– Dette er min første nasjonale kongress, og det var flott med så mange ergoterapeuter. Ellers var parallellsesjonen med hverdagsrehabilitering spennende. Det tenker jeg på i min travle hverdag.
– Jeg har lært mye om hverdagsrehabilitering og skal fortsette med det også etter at jeg kommer tilbake på jobb.

Thor Henrik Fon er ergoterapeut i Re kommune.

AV ELSE MERETE THYNESS



– Jeg likte godt innlegget til Mæland. Det satte arbeidet vårt i perspektiv i forhold til utviklingen i Norge og verden.
– Siden jeg jobber innen arbeids-helse, og dette handlet mye om fol-kehelse, har jeg lært mye nytt, for eksempel av Monika Lillefjell.

Morten Hoel arbeider i arbeidstilsynet i Trondheim.



– Parallellsesjonen om barns deltakel-se var variert og ga gode innspill fra ergoterapeuters hverdag. Den siste delen ble holdt av to ergoterapeuter fra Stavanger som har startet et finmo-torisk gruppetilbud for førskolebarn. Dem vil jeg gjerne kontakte igjen.
– Kongressen ga en smakebit på mange flotte prosjekter. Og ikke minst er det nyttig å treffe folk og bygge nettverk.

Elin Raunholm Sæle er ergoterapeut i Fjell kommune.



– Jeg likte godt Gunner Gamborg fra Danmark. Han sa blant annet at vi ikke skal være så opptatt av ergo-terapi og aktivitet, men også bruke andre innfallsvinkler.
– Jeg skal tenke mer over hvilke ord jeg bruker overfor samarbeidspart-nere og brukere – og kanskje erstatte stammespråket vårt med mer folkelige uttrykk.

Kristin Skrede jobber i hverdagsrehabiliteringsteamet i bydel St.Hanshaugen.



– Susanne Iwarsson er enormt spennende. Hun er professor og er opptatt med store studier. Samti-dig tenker hun på hverdagen og hva som skal til for å få et godt liv.
– Jeg lærte om tiltak for mennesker som er sensitive for kulde på paral-lellsesjon med Tone Vaksvik. Hun fortalte om folk som har håndska-der.

Unni Steen jobber ved TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser på Sunnaas sykehus.



–Mest inntrykk gjorde Marit Borg og hvordan hun snakket om å få med personen som har hatt lidelsen selv i utformingen av behandlingen.
– Den røde tråden i hele kongressen var hvordan brukerne av helsetje-nestene må være mer med i utfor-mingen av fremtidens helsearbeid.

Elisabeth Kjelgaard er ansatt ved Oslo Universitets-sykehus.



– Størst inntrykk gjorde en ergotera-peut i bydel Ullern som i løpet av et halvt år snudde forventningene til ergoterapi fra å handle om monte-ring av toalettforhøyere til om hun kunne hjelpe herr Hansen å bo hjem-me lengre.
– Jeg lærte mest av parallellsesjonene. De favnet bredden av faget. Noe av det jeg tar med hjem, er at det er vik-tig å finne ut om det vi gjør, fungerer.

Liv Elisabeth Hinderaker arbeider ved Stavanger Universitetssykehus.

Ergoterapeut som prosjektleder i velferdsteknologiprojekt

– *Hvor jobber du?*

– Jeg arbeider i Friskliv og mestring, en virksomhet organisert under seksjon for Helse og velferd i Fredrikstad kommune.

– *Hva jobber du som?*

– Jeg jobber som avdelingsleder for ergoterapiavdelingen. Jeg er også prosjektleder for et velferdsteknologiprojekt der vi skal prøve ut smarthusteknologi i omsorgsboliger og hjemme hos eldre. eSenior er et grenseoverskridende, skandinavisk samarbeidsprosjekt der vi skal utvikle, utprøve og implementere nye løsninger som kan gjøre hverdagen enklere og tryggere for eldre og omsorgstrengende. Utprøvingen skal gjøres i tett samarbeid med eldre, pårørende, leverandører, samt helse- og omsorgspersonell, for å sikre god kvalitet og anvendbare løsninger.

– *Hvor fant du utlysningen til stillingen?*

– Velferdsteknologiprojektet hadde oppstart i 2012. Jeg var først med som medlem. Prosjektlederjobben ble jeg plassert inn i september 2013. Det er en 30 prosent stilling.

– *Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?*

– Jeg er hovedansvarlig for pilotering av velferdsteknologi i brukers hjem og institusjon, og leder for de to pilotgruppene hjemmeboende og institusjon. Opparbeidelse av pilot, gjennomføring av pilot og evaluering av pilot hører med blant mine oppgaver. Målsetningene er blant annet at den enkelte gis mulighet til å bo hjemme så lenge som mulig, redusere behov for sykehusinnleggelser, og øke tryggheten for pårørende.

– *Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?*

– Jeg representerer med min kompetanse direkte inn i styring av prosjektets mål, tiltak og evaluering. Det er viktig med ergoterapikompetanse fordi vi kan representere bindeledet mellom helse og teknikk, og sørge for at det er brukers egenmestring som skal oppnås. Jeg er leder for selve prosjektet, men det er også ergoterapeuter med i pilotgruppene. De benytter ergoterapikompetansen i det direkte brukerrelaterte arbeidet.

– *Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?*

– Det er viktig å ha med vår kompetanse inn i et slikt prosjekt. Vi stiller med vesentlig kunnskap om egenmestring, tidlig intervensjon og ulike strategier som bidrar til at bru-



Thomas Andersen er prosjektleder for et velferdsteknologiprojekt i Fredrikstad kommune.

ker kan og ønsker å bo hjemme lenger i egen bolig. Vi har en unik kunnskap om kartlegging av brukers aktiviteter og funksjon. Vi er gode på brukermedvirkning og benytter standardiserte verktøy. Vi er gode på målsettingsprosessen og har lang erfaring med tiltak innenfor velferdsteknologibegrepet.

– *Er det spennende å jobbe i en utradisjonell, og sånn sett nyskapende, stilling?*

– Det er selvfølgelig veldig spennende. Vi i Fredrikstad er med i et større Interreg-prosjekt sammen med Göteborg, Oslo, Sarpsborg og Borg innovasjon. Vi er med på å skape nasjonale standarder, og arbeidet må betraktes som nybrottsarbeid både nasjonalt og internasjonalt. Det er må også sies å være krevende, fordi det ikke er så mange som har gått opp stien på forhånd.

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

– Det vil jeg absolutt anbefale. Her er det bare å hive seg på og vise sin kompetanse. Det er banebrytende arbeid som gjøres nå, og det vil kunne ha påvirkning på kommende arbeidsfelt for vår faggruppe og tjenesteinnovasjon generelt i helsetjenestene. □

Medlemsfordel – gunstig innboforsikring!



Har du noen gang

kommet hjem og oppdaget vann fra oppvaskmaskinen eller vannlekkasje fra rør?

Har noen vært frekke nok til å stjele fra deg når du aller minst ventet det?

Sykkelen din under et kafébesøk, eller kanskje du har hatt uønskede gjester i kjellerboden?

Uflaks er kjedelig nok i seg selv.

Med Innbo Ekstra får du en av markedets beste innboforsikringer til medlemspris gjennom ergoterapeutene.



Ergoterapeutenes innboforsikring inkluderer Innbo Ekstra og dekning for plutselige og uforutsette skader som rammer innbo og løsøre. Dette gir deg ekstra trygghet fordi den dekker flere skadetilfeller og har i tillegg høyere grenser for erstatningsbeløp.

Innboforsikringen dekker innbo og løsøre for deg og din husstand inntil valgt forsikringssum.

Du kan velge mellom fem alternative forsikringssummer. Prisen på forsikringen avhenger av ditt bosted.

Sone	Kr 500 000	Kr 1 mill	Kr 1,5 mill	Kr 2 mill	Kr 3 mill
Sone 1	kr 698	kr 1 022	kr 1 328	kr 1 626	kr 2 065
Sone 2	kr 585	kr 748	kr 946	kr 1 135	kr 1 538
Sone 3	kr 458	kr 608	kr 771	kr 980	kr 1 329
Student		kr 547			

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.

Tegn Innbo Ekstra i dag! Les mer på www.ergoterapeutene.org/forsikring eller ring oss på tlf 22 05 99 15.

Forsikringen leveres av Tryg.

Ergoterapeutene 2020

Som beskrevet i augustnummeret av Ergoterapeuten, har forbundet satt ned ei arbeidsgruppe som skal foreslå hvordan forbundet kan organiseres i fremtiden. Denne fremtidige organiseringen kaller gruppa for Ergoterapeutene 2020. Arbeidsgruppa ønsker din tilbakemelding på sitt arbeid. Benytt denne unike sjansen til å sette preg på fremtidens forbund!

AV KARL-ERIK TANDE BJERKAAS



10 kjennetegn ved Ergoterapeutene 2020

Arbeidsgruppa ønsker å legge til rette for utvikling av en organisasjon med aktive medlemmer, økt satsing på de tillitsvalgte og en rød tråd i organisasjonen fra det enkelte medlem og inn i forbundets styre. Organisasjonen skal ha egenskaper som beskrevet i disse ti punktene. Hvis du har synspunkter, send dem til arbeidsgruppa på epostadressen 2020@ergoterapeutene.org. Fristen er 26. november 2013.

1. En organisasjon som bidrar til å virkeliggjøre vår visjon «Aktivitet og deltakelse for alle»
2. En organisasjonskultur preget av engasjement og aktivitet
3. En organisasjon som oppleves som en naturlig arena for ergoterapeuter som ønsker å utvikle faget og rammebetingelsene for fagutøvelsen
4. En organisasjon som stimulerer til forskning og utvikling av kunnskapsbasert ergoterapi
5. En organisasjon som gjennom opplæring og støtte legger til rette for at den tillitsvalgte får gjort en best mulig jobb i møtet med medlemmer og arbeidsgiver
6. En organisasjon som forvalter sine ressurser effektivt og målrettet
7. En sterk, tydelig, integrert, effektiv og handlekraftig organisasjon med gjennomgående representasjon fra det enkelte medlem til organisasjonens styre
8. En organisasjon som er omstillingsdyktig i forhold til endrede rammebetingelser
9. En synlig og aktiv organisasjon som oppleves som en naturlig samarbeidspartner
10. En organisasjon som er det naturlige valget for ergoterapeuter, og som gjennom aktive og engasjerte medlemmer oppnår



Arbeidsgruppa ønsker å treffe blink. Her tar Synnøve Opsahl Melseth seg en pause fra arbeidet og deltar i en omgang kubb på Gardermoen i september.

Dine synspunkter på fremtidens forbund

Arbeidsgruppa har utarbeidet sju påstander om hvordan organisasjonen kan nå sine mål. Hvis du har innspill, send dem til arbeidsgruppa på epost 2020@ergoterapeutene.org. Fristen er 26. november 2013. Du må også gjerne dele dine synspunkter med fylkesavdelinga di. Det er fint om du knytter svarene dine til bokstavene A til G.

AV KARL-ERIK TANDE BJERKAAS

Medlemmenes behov

Norsk Ergoterapeutforbund skal, nå og i fremtiden, være en tydelig og fremtidsrettet fagorganisasjon og det naturlige valget for ergoterapeutene i Norge. Organisasjonen skal ivareta medlemmenes arbeidsvilkår og yrkesutøvelsens rammebetingelser, uavhengig av stillingstittel.

For å oppnå dette, har arbeidsgruppa, med utgangspunkt i de ti kjennetegnene ved Ergoterapeutene 2020, beskrevet nærmere egenskaper ved forbundets arbeid i forhold til medlemmene. Gruppa har også utformet spørsmål som vi ønsker dine synspunkt på.

- A. Vår styrke og gjennomslagskraft som organisasjon og vår evne til å tiltrekke oss nye medlemmer forutsetter aktive medlemmer.
Hva kan gjøres for å legge til rette for økt rekruttering og aktive medlemmer?
- B. Organisasjonen skal bidra til utvikling av kunnskapsbasert ergoterapi og fremme gode rammebetingelser for fagutøvelsen.
Hvordan tror du organisasjonen kan bidra til dette?
- C. Vi ønsker en organisasjon hvor medlemmene inngår i faglige nettverk og møteplasser.
Hva skal til for at du tar del i slike nettverk og møteplasser?
- D. Et nettverk av kompetente tillitsvalgte skal ivareta medlemmenes lønns- og arbeidsforhold og ivareta medbestemmelse på arbeidsplassen.
Hva skal til for at du opplever at dine lønns- og arbeidsforhold og medbestemmelse på arbeidsplassen blir ivare tatt?

Tillitsvalgtes behov

Alle tillitsvalgte er sentrale aktører i utforming og gjennomføring av organisasjonens politikk. På samme måte som ovenfor har arbeidsgruppa, med utgangspunkt i de ti kjennetegnene, beskrevet nærmere egenskaper ved forbundets arbeid i forhold til tillitsvalgte. Gruppa har også utformet spørsmål som vi ønsker dine synspunkter på.

- E. Vi ønsker en organisasjon der det skal være attraktivt å være tillitsvalgt.
Hva mener du skal til for å gjøre det mer attraktivt å være tillitsvalgt?
Hva skal til for at du vil kunne påta deg tillitsverv i framtiden?
- F. Vi ønsker å styrke tillitsvalgtes

rolle som sentrale aktører i utforming og gjennomføring av organisasjonens mål og aktiviteter, både når det gjelder samfunnspolitikk, lønns- og arbeidsforhold og ergoterapifaglige spørsmål.

Hva bør kjennetegne en organisasjon som gir de tillitsvalgte en slik sentral rolle?

- G. Vi vil gi tillitsvalgte trygghet i rollen og gode arbeidsbetingelser gjennom solid opplæring, et tilgjengelig nettverk av tillitsvalgte og god veiledning.
Hvordan bør opplæringa av tillitsvalgte styrkes?
Hva skal til for at den tillitsvalgte skal kunne utføre sitt verv på en best mulig måte?
Hva bør kjennetegne veiledningen til tillitsvalgte?



Arbeidsgruppa Ergoterapeutene 2020 arbeider med forslag til optimal organisering av forbundet ut fra formål og rammebetingelser. Foran fra venstre: Margrethe Øyslebø, Anita Therese Rosmæl, Rune Trættli Storvik og Karl-Erik Tande Bjerkaas. Bak fra venstre: Anita Engeset og Tove Holst Skyer. Synnøve Opsahl Melseth, Tove Settem og Torunn Fagerli er ikke med på bildet.

Trekk i lønn og feriepenger

De aller fleste av oss er avhengige av våre månedlige lønnsutbetalinger for å dekke våre løpende utgifter til mat, hus og hjem. Vi står således alle i et sterkt avhengighetsforhold til vår arbeidsgiver. Den useriøse arbeidsgiver kunne lett tenkes å utnytte denne posisjonen. Dette er grunnen til at arbeidsgivers adgang til å foreta trekk i lønn og feriepenger er sterkt begrenset.

AV TERJE GERHARD ANDERSEN

Etter arbeidsmiljøloven paragraf 14-15 annet ledd er trekk i lønn og feriepenger i utgangspunktet forbudt. Loven åpner imidlertid for at arbeidsgiver kan foreta slike trekk i helt spesielle tilfeller. Det er dette vi skal se nærmere på i det følgende.

For det første kan trekk i lønn og feriepenger foretas «når det er hjemlet i lov», jmfør arbeidsmiljøloven paragraf 14-15 annet ledd, bokstav a. Dette vil typisk være lovbestemmelser som åpner for trekk for å dekke skattekrav, underholdsbidrag, påleggstrekk med videre. Videre åpner bestemmelsens bokstav b) blant annet for trekk av arbeidstakers egenandel i pensjonsordninger. I tillegg vil visse trekk hjemlet i tariffavtale med videre kunne være lovlig.

Etter arbeidsmiljøloven paragraf 14-15 annet ledd bokstav c kan trekk i lønn og feriepenger også foretas «når det på forhånd er fastsatt ved skriftlig avtale». En muntlig avtale gir med andre ord ikke adgang til trekk i lønn og ferie-

pengar. Avtalen må være inngått mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Praktiske eksempler er trekk for dekning av husleie til tjenestebolig, renter og avdrag på lån gitt av arbeidsgiver, betaling for varer tatt ut til privat bruk osv.

Det er ikke uvanlig at det i arbeidsavtalen er inntatt en bestemmelse som sier at arbeidsgiver i tilfeller hvor man har utbetalt for mye i lønn, kan trekke dette i senere lønnsutbetalinger. I juridisk teori har det vært diskutert om en slik *generell* avtalebestemmelse kan gi lovlig grunnlag for lønnstrekk. Enkelte hevder at avtalekravet må innebære at avtalen må inngås konkret for det aktuelle tilfelle. Dog er nok den rådende oppfatning at slikt trekk vil være lovlig.

Det er viktig å presisere at det loven regulerer, kun er arbeidsgivers rett til å trekke – eller, mer presist: motregne sitt krav mot arbeidstakers lønnskrav. Loven sier imidlertid ikke noe om hvorvidt arbeidsgiver har et legitimt krav mot arbeidstaker. Dette må avgjøres ut fra alminnelige avtale-, erstatnings- og pengekravsregler. Det vil føre for langt å gi en fullstendig gjennomgang av dette her, men en regel må vi nevne kort: den såkalte *condictio indebiti*-regelen. Dette er en ulovfestet regel som i korthet går ut på at dersom A mottar penger hun ikke har rett på, typisk ved at arbeidsgiver har utbetalt for mye lønn, så vil arbeidsgiver ikke ha rett til å kreve pengene tilbakebetalt dersom

- 1) det er arbeidsgiver som er skyld i feilutbetalingen,
- 2) arbeidstaker har brukt opp pengene og
- 3) arbeidstaker brukte pengene i aktsom god tro.

Alle vilkårene må være oppfylt for at arbeidsgivers rett til å kreve tilbakebetaling går tapt. Det er særlig det tredje vilkåret – aktsomhetskravet – som sjelden er oppfylt. Det stilles strenge krav til arbeidstakers aktsomhet. Normen er objektiv i den forstand at den tar utgangspunkt i hvilke



Terje Gerhard Andersen er advokat og partner i Advokatfirmaet Storeng, Beck & Due Lund DA.

ADVOKATFIRMAET
**STORENG,
BECK &
DUE LUND**
MNA ANS

Spesialistfirmaet innen arbeidsrett og HR

www.sbdl.no Tlf 22 01 70 50

Det er også vi som har skrevet

«Arbeidslivets spilleregler»

Dersom du har spørsmål om temaet som er berørt i denne artikkelen, kan du rette disse til din tillitsvalgte eller til Ergoterapeutenes forbundskontor.

aktsomhetskrav man kan stille til et alminnelig oppegående menneske. Det vil nok gjennomgående være vanskelig for arbeidstaker å hevde at man i aktsom god tro har brukt opp ti tusen kroner som plutselig kom inn på konto i tillegg til den faste månedslønnen.

Endelig følger det av arbeidsmiljøloven paragraf 14-15 annet ledd bokstav e at arbeidsgiver på nærmere bestemte vilkår kan foreta trekk i lønn og feriepenger dersom arbeidstaker har handlet på en slik måte at arbeidsgiver har et rettmessig erstatningskrav mot arbeidstaker.

For det første må skaden eller det økonomiske tapet ha skjedd «i forbindelse med arbeidet».

For det andre må arbeidstaker ha opptrådt «forsettlig» eller utvist «grov uaktsomhet». For det tredje må arbeidstaker ha «skriflig erkjent» ansvaret, eller dette er «fastslått ved dom». Det må av erkjennelsen uttrykkelig fremgå at arbeidstaker erkjenner erstatningsansvar for erstatningskravet. Det er for eksempel ikke tilstrekkelig at arbeidstaker har erkjent en erstatningsbetingende handling, eller at det er signert på at manko i kasse kan trekkes i lønn og feriepenger.

Erkjennelse eller dom for erstatningskravet er imidlertid ikke nødvendig dersom arbeidstakeren «rettsstridig fratrær sin stilling». Rettsstridig fratreden vil foreligge dersom arbeidstaker forlater virksomheten uten å overholde oppsigelsesfristen, det vil si «fantegår». Arbeidstaker har nemlig plikt til å overholde oppsigelsesfristen enten det er han selv eller arbeidsgiver som sier opp, med mindre man blir enige om noe annet. Ved fantegåelse er det kun arbeidsgivers nettotap som kan kreves erstattet, ikke bruttotapet. Det må således gjøres fradrag fra erstatningskravet for de utgifter arbeidsgiver uansett ville ha hatt, samt eventuelle sparte utgifter.

Før arbeidsgiver iverksetter lønnstrekk med grunnlag i et erstatningskrav, skal grunnlaget for trekket og beløpets størrelse drøftes med arbeidstaker og med arbeidstakers tillitsvalgte, jamfør arbeidsmiljøloven paragraf 14-15 fjerde ledd. Dette gjelder ikke dersom arbeidstaker selv ikke ønsker slike drøftinger. Trekkene kan heller ikke være større enn at arbeidstaker sitter igjen med et beløp som er tilstrekkelig for et rimelig underhold av seg og sin husstand, jamfør arbeidsmiljøloven paragraf 14-15 tredje ledd.

Redusert lønnsutbetaling som følge av at arbeidstakeren ikke har oppfylt sin del av arbeidsavtalen, ved for eksempel skoft, er ikke å regne som lønnstrekk i lovens forstand. Arbeidstaker har i slike tilfeller ved sin manglende oppfyllelse av arbeidsavtalen ikke opptjent krav på lønn. Dette vil også være tilfelle der hvor arbeidstaker ikke selv er skyld i den manglende oppfyllelse, for eksempel der hvor vedkommende kommer for sent på arbeid som følge av transportstreik. Hvorvidt det i slike tilfeller vil være fornuftig av arbeidsgiver ikke å utbetale vanlig lønn, er dog et annet spørsmål.

Som vi har sett ovenfor, er reglene om trekk i lønn og feriepenger forholdsvis kompliserte. Dersom arbeidsgiver foreslår, eller rent faktisk gjennomfører, trekk i din lønn, vil jeg absolutt råde deg til å ta kontakt med sekretariatet for nærmere avsjekk og rådgivning. □



Quality for life

Neurexa Line

Ortoser for slagrehabilitering!

Neurexa line er en produktserie spesifikt laget for behandling av slagpasienter – alle produktene er med på å hjelpe til aktiv bevegelsestrening.

Neurexa line har en diskret og moderne design og er laget av øko-tex godkjent PCM® – et temperaturregulerende materiale som ikke varmer og som tillater langtids bruk!



Otto Bock Scandinavia AB
www.ottobock.no · www.rehband.no

REHband 

Innboforsikringen dekker rettstvister

Private tvister kan hvem som helst havne i, om man er aldri så rettskaffen. Typiske saker er tvister i forbindelse med kjøp av bolig, tvist med en håndverker som har gjort feil da han pusset opp badet ditt, eller tvist i forbindelse med personskadeerstatning.

AV ROAR HAGEN

Dersom du har kjøpt en leilighet med feil og mangler og ønsker å fremsette et krav om erstatning eller heving av kjøpet, kan det bli dyrt å søke advokathjelp. Det mange ikke er klar over, er at innboforsikringen kan være med på å dekke utgifter til retts-hjelp, dersom du som privatperson havner i en tvist.

Inntil kr 100 000

Gjennom innboforsikringen til Ergoterapeutene kan du få støtte til advokatbistand og rettsbehandling med inntil kroner 100 000. Det betyr at du da faktisk er i stand til å forsvare dine interesser uten å gå personlig konkurs.

Egenandelen under denne delen av innboforsikringen er på kroner 4 000. I tillegg må du selv dekke 20 prosent

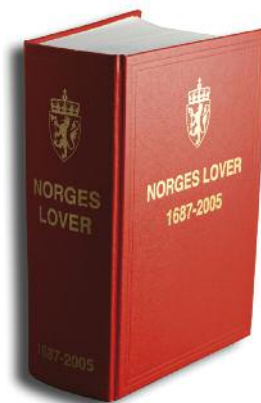
av det overskytende beløpet. Trykksamarbeider med dyktige advokatfirmaer over hele landet og kan hjelpe ved valg av advokat.

Dersom du skulle havne i en tvist, bør du umiddelbart ta kontakt med forsikringskontoret for å finne ut om den aktuelle tvisten er dekket av forsikringen, samt få opplysninger om hvordan du skal forholde deg videre i saken.

Dekker ikke familietvister

Rettshjelpsdekningen gjelder ikke ved interne «familietvister» som skilsmisse, barnefordeling, farskapssaker, bodeling og arveoppgjør. Forsikringen dekker heller ikke saker som knytter seg til yrkesutøvelsen.

Tvist som søkes dekket gjennom innboforsikringen, må være oppstått



etter at forsikringen er tegnet for at den skal være dekningsberettiget.

Erstatningsansvar

Du har i tillegg også en ansvarsdekning i din innboforsikring. Forsikringen kan dekke det rettslige erstatningsansvar du som privat person (innen Norden) blir ansvarlig for ved skade på annenmanns ting/eiendom eller person.

Som eksempel kan nevnes hvis man ikke overholder vikeplikt når man sykler i trafikken, og en bil blir skadet i sammenstøtet. Eller at man har en trampoline stående usikret i sin hage utover høsten, og den blir tatt av sterk vind og treffer naboens bolig og skader denne.

Det maksimale erstatningsbeløpet under ansvarsforsikringen er kroner tre millioner kroner. Egenandelen er kroner 2000. Forsikringen kan ikke benyttes i forhold som vedrører yrket ditt.

Også for denne dekningen gjelder det å ta kontakt med Forsikringskontoret så snart en mulig sak dukker opp. Da får du vite om tilfellet er dekket av forsikringsvilkårene, og det gir også forsikringsselskapet muligheter til å rådgi deg vedrørende om erstatningsansvar kan pålegges deg.

Bestille forsikringen?

Ønsker du å kjøpe innboforsikringen, kan du ta kontakt med Forsikringskontoret på 22 05 99 15 eller på e-post forsikring@ergoterapeutene.no. Forsikringen får du til hyggelig medlemspris. □



Ergoterapeutenes forsikringskontor hadde egen stand på fagkongressen.



INNSPEL

AV ANDERS FOLKESTAD

Kvalitet og aktivitet

Vi har fått ny regjering. Vi vil merke ny politikk, ny kurs. På somme område raskt. På andre område etter kvart. Kvalitet og aktivitet, skal sikre eit betre tilbod til eldre og pleietrengande, heiter det i regjeringserklæringa. Dette er slagord meir enn ny politikk. Men kjem det nye tiltak, nye verkemiddel? Blir det kvalitet gjennom meir aktivitet?

I alle fall: for å oppnå mål som dette, trengst kunnskap og kompetanse. Også det er eit satsingsområde for regjeringa. Dette må vere midt i blinken for ergoterapien og ergoterapeutane. Her er det berre å slå til. Ta initiativ og vise fram eigen kompetanse.

I praksis er dette ei erklæring om å satse på kvardagsrehabilitering. I alle fall må Ergoterapeutene sjå det slik. Det er fleire punkt i regjeringserklæringa som må sjåast som ein invitt til å satse meir offensivt på den kompetansen ergoterapeutar har: Kommunane skal stimulerast til innovasjon i omsorga, det skal leggjast til rette for dag- og aktivitetstilbod, og det skal satsast på velferdsteknologi.

Her kan det ligge til rette for å vri tankegangen til å stimulere eldre og andre til aktivitet og sjølvhjelp i staden for å gi passiviserande hjelp og tilsyn, som ofte er «let-tast» å ty til. Gjennom å stimulere til kvardagsmeistering, kan eldre klare oppgåver sjølve, og somme kan bu lenger

heime. Til glede for seg sjølve. Og det vil også vere bra for den samla breidda og kvaliteten i kommunens helse- og omsorgstilbod.

Sjukeheimplassar og pleie vil likevel alltid trengast. Og ein viktig føresetnad for vellukka kvardagsrehabilitering og lenger butid heime, er at sjukeheimplassen er klar når behovet er der. Kvalitet og aktivitet kan ikkje kombinerast med ein passiv plass på ei venteliste!

Så spørst det om kommunepolitikarar landet rundt vil gripe sjansen. Vil dei satse på eigne tilsette, bygge ny kompetanse og på den måten skape endring og forbedring?

Eller vil fokuset no bli retta mot det regjeringa kallar modernisering: meir konkurranse, meir konkurranseutsetting og privatisering av tenestene? Då vil dei også måtte bruke ressursar på å kontrollere og følgje opp private firma – ofte store kommersielle firma. Eg registrerer i alle fall at ein del aktørar no gnir seg i hendene, og ser for seg ei storstilt utflagging av kommunale velferdstestener.

I så fall er eg redd at det blir skarpere fokus på business enn på aktivitet og kvardagsrehabilitering.

Men kanskje er det likevel slik at lokalpolitikarar flest vil halde fast på at sentrale oppgåver som helse, eldreomsorg og utdanning er det best å ta hand om fullt ut i eigen regi. Dette er kommunale oppgåver, dei er eit kommunalt ansvar. Det er ein hovudgrunn til at vi held oss med kommunane – store som små.

Og då er det vel også klokt å gjere jobben sjølv? Til dømes gjennom kommunalt tilsette ergoterapeutar som skaper aktivitet og kvalitet.

Er du på Facebook?

Permobil er også på Facebook og vi ønsker å høre fra deg! Send inn bilder, del dine historier, få support eller delta i diskusjoner. Bruk oss! Vi er her for deg.



www.facebook.com/PermobilNorge

permobil



Er det egentlig noe poeng i å være fagorganisert?

Alle arbeidstakere stiller seg det spørsmålet. For å få et godt svar, ringte Ergoterapeutene og Unio Nils Ole Oftebro og spurte om han var villig til å spille inn en film. – Jeg spiller aldri i reklamefilmer, men da jeg forsto at det var fagbevegelsen som ringte, var jeg ikke i tvil. Dette ville jeg støtte, sier han.

AV KARL-ERIK TANDE BJERKAAS

Slik havnet Oftebro i et boblebad som sinna sjef. Han er forbanna fordi fagbevegelsen plager ham, og han spør sine ansatte: «Hva har fagbevegelsen egentlig gjort for oss?» Ganske mye, skal det vise seg.

Forbundsleder Mette Kolsrud er svært fornøyd med resultatet.

– Filmen minner oss om at vi som fagforbund for ergoterapeuter bidrar til så mye mer enn å utvikle faget og legge grunnlaget for medlemmenes fagutøvelse. Vi har en svært viktig rolle, ikke bare for arbeidstakere, men for hele samfunnet. Dette er det ikke så lett å få øye på alltid. Derfor

ønsket vi å lage denne filmen. Nå håper jeg så mange som mulig deler den med kolleger, sier hun.

Filmen er et samarbeid mellom alle de tolv medlemsforbundene i Unio. Den tar utgangspunkt i at mange ikke tenker over hva fagbevegelsen har gjort og gjør for samfunnet. «Hvorfor har vi egentlig ferie? Hvordan skaffet vi oss egentlig sykelønn?»

– Det er for lett å ta de rettighetene vi har i dagens samfunn og arbeidsliv for gitt, påpeker forbundslederen. Noen har kjempet fram disse godene. Uten en samlet fagbeve-

gelse hadde vi vært et helt annet sted. Arbeidslivspolitikken som er varslet av den nye regjeringen, viser at det fortsatt er kamper å kjempe, fortsetter hun kamplystent.

Hun minner om at det er flere gode grunner til å være medlem i Ergoterapeutene og utgjøre en del av vårt landsomfattende nettverk.

– Forbundet utvikler faget og tar vare på deg som arbeidstaker.

Og til slutt har hun en oppfordring:

– Kjenner du en ergoterapeut som ikke er medlem, håper jeg du jevnlig anbefaler et medlemskap. □



Nils Ole Oftebro spiller sint sjef. Han vil vite om fagbevegelsen noensinne har gjort noe for samfunnet.

Foto:Unio

Ny og lavere kontingent for studenter

Ergoterapeutene har inngått ny samarbeidsavtale med Ergoterapistudentene (tidligere ERGON). Samarbeidsavtalen vil styrke det fra før gode samarbeidet mellom de to organisasjonene.

AV KARL-ERIK TANDE BJERKAAS

Som følge av den nye avtalen vil en kontingent på 540 kroner dekke hele studiet, og kontingenten vil kreves inn bare én gang. Dette er enklere for det enkelte medlem og for forbundet.

Ergoterapeutene og Ergoterapistudentene håper på denne måten at

medlemsandelen skal bli enda høyere.

Eksisterende studentmedlemmer som ved utgangen av 2013 ikke har betalt 540 kroner i samlet kontingent, vil bli fakturert differansen mellom det de allerede har betalt, og den nye studentkontingenten på 540 kroner.

Samtidig som kontingenten går ned, vil også forbundskontoret engasjere seg enda sterkere i rekrutteringsarbeidet blant studentene. Dette skjer som før i samarbeid med Ergoterapistudentenes lokallag og våre fylkesavdelinger.



Hvor mye tjener en ergoterapeut?

Ergoterapeutene vil over nyttår tilby en lønnsstatistikk til våre medlemmer. I løpet av høsten vil alle medlemmer bli invitert til å levere informasjon om sine lønns- og arbeidsforhold. Jo flere som leverer, jo bedre blir statistikken. Lønnsstatistikken kan brukes av medlemmer når de forhandler lønn, både ved ansettelse og lønnsforhandlinger. Vi mener også at det vil være et nyttig verktøy når tillitsvalgte og forbundet skal formulere krav og forhandle lønn i ulike sammenhenger.

Statistikken skal utarbeides årlig, og vil gi oversikt

over lønn og øvrige arbeidsforhold, og hvordan disse varierer i forhold til blant annet kompetanse, tariffområde, geografi og stillingstype. Vi håper på best mulig respons på undersøkelsen. Kvaliteten på statistikken øker med svarprosenten. Derfor er det svært viktig at du tar deg tid til å svare. Belønningen er et nyttig verktøy i lønnsarbeidet.

Dersom du har synspunkter på elementer som bør inngå i undersøkelsen, kan du sende disse til forhandlingssjef Brit-Toril Lundt, btl@ergoterapeutene.org.



Barnas ståstol Stå- og Relax funksjon i ett

LIFESTAND LSR KID er utviklet i samarbeid med barn og foreldre. Resultatet er en rullestol som stimulerer barnas bevegelser, gir mulighet for trykkavlastning og hvile. LSR KID er markedets eneste manuelle rullestol med stå- og Relaxfunksjon for barn. Relaxfunksjonen gir god hvilestilling uten forflytning. Rullestolen som gjør barnet mer selvstendig og aktiv i hverdagen! www.permobil.com



permobil
THE POWER OF MOBILITY





The Intentional Relationship Model

– Use of the therapeutic relationship in occupational therapy practice

BY TORE BONSAKSEN, KNUT VØLLESTAD AND RENEE R. TAYLOR

Abstract

Introduction: The occupational therapy profession has a long tradition for highlighting the role of the client-therapist relationship for the outcomes of occupational therapy. Despite its perceived value and significance among practicing therapists, a consistent theoretical framework for addressing the therapeutic relationship in occupational therapy practice was not published until 2008.

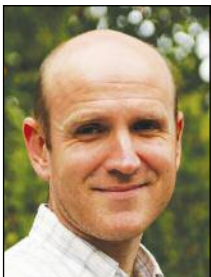
Aim: This article introduces the Intentional Relationship Model, a model which conceptualizes the relational aspects of importance to occupational therapy practice.

Outline of the model: Particular emphasis is placed on describing the therapist's tasks and demands for establishing and sustaining a productive relationship with the client. These demands concern the learning and utilizing of a range of interpersonal skills, the flexible and self-reflective use of six therapeutic modes, and the process of reasoning about the interpersonal events of therapy and how these can be appropriately addressed.

Discussion and implications: In the future, the concepts and the practical usefulness of the model will have to be addressed in research, education, and clinical occupational therapy practice.

Keywords: the intentional relationship model, therapeutic relationship, use of self, occupational therapy.

Key message: The Intentional Relationship Model directs attention to the interpersonal aspects of the occupational therapy process. The ultimate goal of IRM is to help therapists improve their relationships with clients and help them provide their assistance to clients more effectively. In practice situations, the occupational therapist should decide on a therapeutic style – or therapeutic mode – based on reasoning about the client's interpersonal style and the events of therapy.



Tore Bonsaksen is Associate Professor at Oslo and Akershus University College. Email: tore.bonsaksen@hi-aa.no



Knut Vøllestad is Assistant Professor at Oslo and Akershus University College, Department of Occupational Therapy, Prosthetics and Orthotics.



Renee R. Taylor is Professor at University of Illinois at Chicago, Occupational Therapy Program in the USA.

Conflict of interest: There are no reported conflicts of interest related to this article.

Worldwide, occupational therapy practice is concerned with supporting clients in their efforts to perform the everyday life occupations that are important to them (American Occupational Therapy Association, 2002; College of Occupational Therapists, 2010; Crepeau, Cohn, & Schell, 2003; Kolsrud, Laberg, & Ness, 2011). By doing this, occupational therapists contribute to clients' participation in life – and to the related experiences of health and well-being (Crepeau et al., 2003; Kielhofner, 2009). A vast amount of publications points to a general agreement within the profession that success in promoting client participation in occupations partly relies on the quality of the relationship between the client and the therapist (Allison & Strong, 1994; Cole & McLean, 2003; Eklund & Hallberg, 2001; Palmadottir, 2006; Peloquin, 2003; Peloquin, 1990). Without a basis in a positive and nurturing relationship with the client, otherwise well-intended and thoroughly designed treatment interventions may be compromised.

In line with this view of the therapeutic relationship as an important precondition for productive occupational therapy interventions, there is a longstanding professional tradition for emphasizing the client-therapist relationship as one important aspect of the occupational therapy process (Taylor, 2008). Empirically, a recent survey in the USA with 568 participants confirmed that occupational therapists place a high value on the therapeutic relationship – more than 90 percent believed their relationship with the client affected the client's occupational engagement, and more than 80 percent believed their use of self in the client-therapist relationship was the most important skill in their occupational therapy practice (Taylor, Lee, Kielhofner, & Ketkar, 2009). As a paradox, however, only about half of the respondents felt that they had received sufficient training in the therapeutic use of self during their basic occupational therapy education. Moreover, less than a third felt that there was sufficient knowledge about the therapeutic use of self in

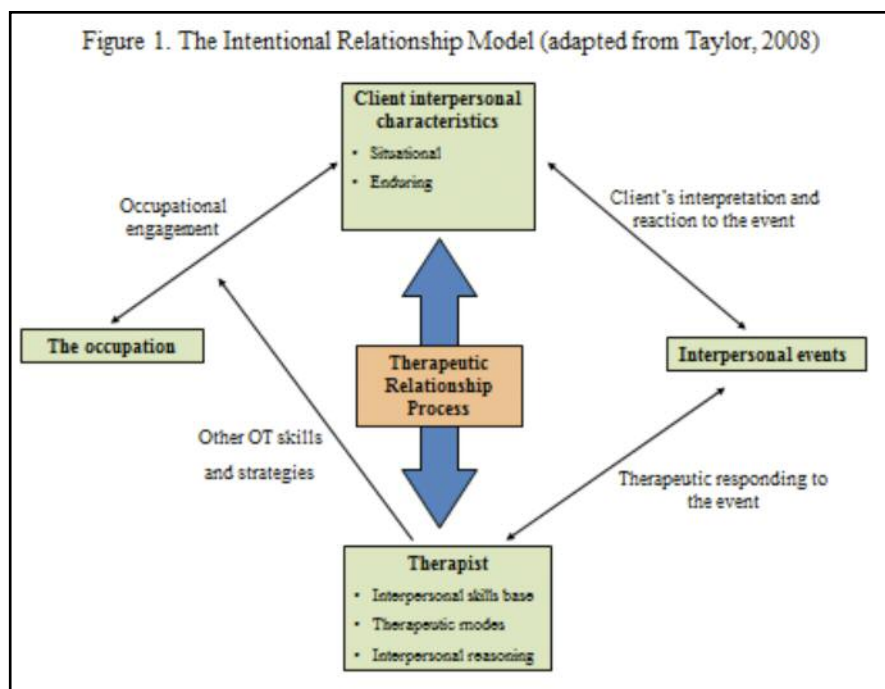


Figure 1. The Intentional Relationship Model.

the profession as a whole. These findings advocate for a consistent conceptual framework, addressing the relational aspects of the occupational therapy process, to be introduced.

This theoretical article introduces the recently developed model of the therapeutic relationship in occupational therapy, the Intentional Relationship Model (Taylor, 2008), and aims to clarify its key concepts. Underscoring the clinical utility of the model, particular attention will be given to outlining the tasks and demands of the occupational therapist in the process of establishing and sustaining productive relationships with clients. In conclusion, possible directions for the future application of the model are addressed.

The Intentional Relationship Model

The Intentional Relationship Model (IRM), introduced by Taylor in 2008, is the first theoretical outline of the therapeutic relationship in occupational therapy practice (Taylor, 2008). It is not directly concerned with the profession's primary focus of supporting the client's occupational engagement, but explains the relationship between the client and the therapist as one potential precondition for the client's engagement in the occupational therapy process.

There are several goals related to the use of this model: First, therapists should use it as a tool for self-reflection to be able to shape and develop their relationship with clients intentionally. Second, the model is designed to increase therapists' awareness of their own contributions to the relationship with the client, including an awareness of their preferred «modes» of relating to the client. Third, therapists should use their knowledge of therapeutic modes in order to expand their repertoire of modes – and in order to use each of them flexibly, according to clients' needs. The ultimate goal of IRM is to help therapists improve their relationships with clients, as this can help them provide their assistance to clients more effectively.

According to the IRM, there are four variables of importance to the occupational therapy process (Taylor, 2008). These are the client; the interpersonal events occurring within the client-therapist relationship; the therapist and his or her way of responding to the interpersonal events; and the client's occupation. We will address each of these variables in the following, and Figure 1 shows the proposed relationships between them.

The client

The client's contributions to the therapeutic relationship particularly rela-

tes to his or her interpersonal characteristics. Interpersonal characteristics are emotions, behaviors, and reactions that occur in interactions between the client and the therapist. The client's interpersonal characteristics at any given time should be viewed as determined by a combination of the client's underlying personality traits (enduring characteristics) and important aspects of the client's current circumstances (situational characteristics) (Taylor, 2008).

Enduring characteristics: For a large part, a person's personality constitutes the person's stable and consistent ways of perceiving and relating to other people. Each person has an idiosyncratic interpersonal profile, which involves a habitual style of communication, a certain capacity for trust, and a certain need for control. In addition, the person's personality involves a general orientation to relating to others and a usual way of responding to change, challenge and frustration (Taylor, 2008).

Situational characteristics: Occupational therapists should hesitate to explain the client's ways of responding to the therapy or to the therapist with reference to the client's personality. Clients in need of therapy may have strong personal reasons to act and respond in ways that are inconsistent with their underlying personality. Such reasons may include new or exacerbating illness, symptoms, or impairments – in fact, these are typically the situations that cause the stress that often leads the person into therapy in the first place. Stressful situations give rise to acute emotional reactions that are specific to the situation, and not to the person. In such situations, the stress that the person experiences may attenuate, change, or intensify his or her typical pattern of response. The therapist's interpretation of the client's responses as anchored in enduring personality traits and/or in the stressful situation at hand helps inform the therapist in understanding the client and guides clinical reasoning towards tailoring an appropriate response (Taylor, 2008).

In addition, the client's relations-

hip with the therapist can itself be experienced as a source of stress. For example, if the therapist comes across to the client as insensitive or uncaring, this may cause the client to interact and relate in ways that he or she would not normally do. How these problems are addressed and resolved during the therapy is important for the client-therapist relationship as well as for the client's outcomes from occupational therapy.

Interpersonal events

An interpersonal event consists of a «naturally occurring communication, reaction, process, task, or general circumstance that occurs during therapy and that has the potential to detract from or strengthen the therapeutic relationship» (Taylor, 2008, p. 49). In turn, interpersonal events may strongly influence the client's motivation, goal-orientation, and occupational engagement.

As different persons respond to different things in different ways, the kinds of interpersonal events that may have an impact during the course of occupational therapy defies definition. One typical example, however, can relate to the client and the therapist having a disagreement over appropriate goals for therapy. These are issues that need to be resolved in order to make therapy work. Another example concerns the client's overt expression of grief or anger during a therapy session. The occupational therapist needs to respond appropriately to such emotionally challenging events.

The IRM emphasizes that interpersonal events are, by their nature, unavoidable. Moreover, the therapist should not try to ignore them when they occur, but rather deal with them. Interpersonal events are what happen between persons who interact, and who do so in ways that stimulate, or even call for, an emotional reaction. The emotional reaction may surface at the time when the interaction takes place, or later upon reflection. As interpersonal events are charged with emotion, they should not go unnoticed. Ignoring them, or responding to them inappropriately, may threaten the therapeutic relationship. Con-

versely, appropriate responding to emotionally charged events can solidify the relationship and provide opportunities for the client's learning or change (Taylor, 2008).

The therapist

The intentional use of the therapeutic relationship includes the therapist's consideration of appropriate responses to the interpersonal events occurring in therapy. To accomplish this, the therapist should preferably be able to draw from a large base of interpersonal skills. According to the IRM, interpersonal skills are summarized in nine categories. Some of these skills develop naturally as the person develops, whereas others require considerable training to develop and maintain (Taylor, 2008). The nine interpersonal skills are summarized in Table 1.

The interpersonal skill base: Therapeutic communication skills allow the occupational therapist to establish a relationship with the client characterized by caring and understanding. Therapeutic communication skills involve verbal and non-verbal communication skills, therapeutic listening, assertiveness, and being able to give feedback to the client and respond to feedback from the client. Interviewing skills and skills related to strategic questioning are important in order to gain sufficient information about the client. Establishing relationships is necessary for building and maintaining rapport with clients.

Similarly important is the therapist's knowledge about the impact of families, social systems, and groups relevant for the client's current situation, is he or she to be able to work effectively with these groups. Other important stakeholders in clinical collaboration can be supervisors, employers, and other professionals, and the occupational therapist would benefit from learning to cooperate effectively with them. In direct therapy with a client, difficult interpersonal behaviors may occur, and effective occupational therapists are able to understand and manage such behaviors and their consequences. One reason for experiencing difficulties in

the relationship with the client can be the occurrence of an empathic break or a conflict between the client and the therapist, and skills in mending such ruptures in the therapeutic relationship is a fundamental interpersonal skill.

The occupational therapist should be able to uphold and practice professional behavior, including the adherence to professional ethics and values. Finally, the model proposes that one therapist skill is related to caring for oneself and caring for his or her professional development.

Therapeutic modes: A therapeutic mode is a specific way of relating to a client. For therapists, the most frequently used mode or modes tend to be consistent with the therapist's personality. Therefore, the therapist's favorite mode defines his or her interpersonal style in relationship to clients. Performing therapy is most comfortable when relating in a way that is familiar; relating in more unfamiliar ways demands a high level of therapist self-knowledge in addition to a willingness to change. The goals of the IRM include both of these aspects. Developing as a therapist involves being able to use the therapeutic modes based on the client's personality and current needs, as opposed to the therapist's personal preference (Taylor, 2008). Each mode has its inherent strengths and weaknesses, and they should therefore be used flexibly and with good timing. The IRM identifies six distinct therapeutic modes, and an overview is provided in Table 1.

The *advocating* mode often relates to an understanding of disability emphasizing the environmental barriers to occupational participation. Using this mode of relating, the therapist will seek to ensure that the client is provided with access to the various types of resources they need in order to participate in desired occupations. For example, imagine Daniel, a client with chronic mental illness who has just started a supportive employment program. He is stressed by the new situation and tells the therapist that he has started hearing more voices. He has also told the psy-

Interpersonal skills	Therapeutic modes	Interpersonal reasoning
Therapeutic communication	Advocating	Anticipate
Interviewing skills and strategic questioning	Collaborating	Identify and cope
Establishing relationships with clients	Empathizing	Determine if a mode shift is required
Families, social systems, and groups	Encouraging	Choose a response mode or mode sequence
Working effectively with supervisors, employers, and other professionals	Instructing	Draw upon any relevant interpersonal skills associated with the modes
Understanding and managing difficult interpersonal behavior	Problem-solving	Gather feedback
Empathic breaks and conflicts		
Professional behavior, values, and ethics		
Therapist self-care and professional development		

Table 1. Interpersonal skills, therapeutic modes, and steps in the interpersonal reasoning process

chiatrist about this, and the psychiatrist has increased Daniel's medication. The situation makes him worry that he may lose his job if the supervisor finds out about his increased symptoms. A response to this client within the advocating mode can be to point out to him that he has certain rights to have the workplace accommodated to his needs. Also, the therapist can remind him about the possibility of negotiating the problem with the supervisor if he feels this will be necessary.

The *collaborating* mode strongly relates to the principles of client-centered practice, with its emphasis on client empowerment. Therapists using this mode will often involve clients in all aspects of therapy, including setting goals for therapy, making decisions about courses of action, and

in reasoning about the therapeutic process. Imagine once more the case of Daniel, who was worried about losing his job if the supervisor found out about him hearing voices. A collaborative therapist response can be to ask the client what he thinks he will need to do to keep his job, and if he can set a goal for himself that will direct his efforts towards staying in it.

The *empathizing* mode concerns the therapist's striving towards fully understanding the client's inner world, including all facets of his experience. Therapists using this mode will listen vigilantly to the client and be 'tuned in' to be able to adjust their approach rapidly and respond carefully to slight changes in the client's affect and behavior. Applied to the case of Daniel, the therapist can use the empathizing mode by acknowledging

the difficulties related to experiencing more symptoms when he has just started in a new job. The therapist can also invite Daniel to tell more about the things that he goes through.

The *encouraging* mode is characterized by the therapist instilling the client with hope and courage, so that the client will pursue with exploring or performing important occupations. The role of a «cheerleader» can be a salient metaphor for this mode, and frequent strategies connected with the mode are complimenting and cheering. The client's successes are celebrated with joy. The therapist can convey an encouraging response to Daniel by reminding him about a time in the recent past when he had a similar increase in symptoms. The problems at that time were temporary, the therapist may remind him – the symptoms eventually faded, and the fact that Daniel managed to get through it back then gives much hope that he will again now.

Therapists using the *instructing* mode often educate their clients about various topics, and may well assume a teacher-like style of communication. Clients are provided with clear instructions about, for example, how to perform a specific task, or about the rationale for the proposed occupational therapy intervention. The style is characterized by an active, directive, and structured way of relating to the client. Applied to Daniel, an instructing mode of relating can be expressed if the therapist chooses to remind him how long the psychiatrist has said it may take for medication to be effective. In addition, the instructing therapist may review with Daniel possible strategies for managing hallucinations on the job.

Finally, the *problem-solving* mode is based on using reason and logic in the therapeutic approach. Reasoning as a way of relating can for example be used when exploring with the client a range of options for action, as well as the potential consequences of these actions. Strategic questioning is often used as a way of structuring the dialogue with the client, and therapists using this mode will often rely on logic also when resolving conflicts

in the relationship. A problem-solving response to Daniel can take the form of asking him whether he can think of any other reasons why he may lose his job – or conversely, why he may keep it. A therapist performing in this mode can also pose further questions in order to help Daniel think more rationally about his current job situation.

Interpersonal reasoning: Interpersonal reasoning is an important task that requires the therapist's attention towards the interpersonal aspects of therapy. The attention is based on the anticipation that problems or dilemmas might occur in the relationship with the client, and that the therapist should be able to review and evaluate alternatives for therapeutic responses to such problems (Taylor, 2008). According to the IRM, the process of interpersonal reasoning is described in six steps. An overview of these steps is provided in Table 1.

First, the therapist should anticipate that the inevitable interpersonal events of therapy may test, challenge, or pose a threat to the therapeutic relationship. Second, when such events occur, they must be accurately identified by the therapist. This often involves labeling the event, either silently to oneself, or aloud to the client in order to seek access to his or her interpretation of what just happened. The therapist must also find ways to cope with the event, in terms of managing his or her own emotional reactions to it, but also in terms of reflecting about what aspects of the client's behavior can lead to non-therapeutic responses – commonly experienced are problems related to client's anger or hostility, excessive criticism or negativism, and controlling and manipulative efforts.

Next, having identified, labeled, and initially coped with the event, the therapist should assess whether or not a shift in therapeutic mode is required. Such a shift in therapeutic approach can often be useful in responding to interpersonal events of therapy that otherwise may have the potential to create ruptures in the therapeutic bond between client and therapist. Mode shifts require a range of

capacities and skills, including the therapist's being knowledgeable about the different modes and their inherent strengths and limitations. The therapist must also be able to identify his or her own mode use in the moment, to reason about which mode(s) can be better suited as a response mode to the situation at hand, and to be able to learn and practice responses that are related to unfamiliar modes.

Having considered the need for a mode shift, a response mode or a sequence of modes should be chosen and used with the client. In this process, the therapist draws upon any relevant interpersonal skills associated with each of the modes. In addition, the IRM suggests that messages to the client should be framed within the boundary of one therapeutic mode, as more complex, many-faceted messages may lose some of their intended meanings (Taylor, 2008).

As the client defines the quality of the client-therapist relationship, the therapist may want to gather feedback from the client on a regular basis, and particularly following interpersonal events. The therapist may check in with the client about his or her perception of what takes place in therapy, including his or her perceptions of the relationship with the therapist. Following an interpersonal event, the client may well be asked about his or her feelings about it, and similarly about how he or she feels about the therapist's way of managing the event. This will provide the therapist with valuable information concerning how the use of modes is perceived by the client, and will eventually prepare the therapist for subsequent mode shifts based on the feedback.

The occupation

According to the ideology of occupational therapy, the therapeutic mechanisms by which the client achieves or returns to health, mastery, and well-being are related to his or her engagement in valued and important occupations (American Occupational Therapy Association, 2002; College of Occupational Therapists, 2010; Crepeau et al., 2003; Kolsrud et al., 2011). Promoting occupational parti-

cipation is, consequently, at the core of occupational therapy practice (Crepeau et al., 2003; Kielhofner, 2008; Kielhofner, 2009). Occupations may include the performing of a wide range of activities, such as dressing oneself, making a meal, taking the kids to a ball game, or reading a book. The IRM conceives a sound therapeutic relationship as a precondition for the therapist's promotion of occupational engagement in the client (Taylor, 2008). Without a trusting relationship with the occupational therapist, the client will not, or will only reluctantly, become engaged in the occupational therapy process. Given a well-functioning relationship with the therapist, where the client feels safe to explore, practice, and sustain new occupations – or new ways to perform old ones – important change can take place (Kielhofner, 2008).

Future directions

In this article, the key concepts of the Intentional Relationship Model are described. The model is focused on the therapeutic relationship in occupational therapy – that is, the dynamic relationship between client and occupational therapist throughout therapy. The importance of this relationship for the client's process and outcomes from therapy has been highlighted in much of the profession's existing literature (Allison & Strong, 1994; Cole & McLean, 2003; Eklund & Hallberg, 2001; Palmadottir, 2006; Peloquin, 2003; Peloquin, 1990; Taylor et al., 2009). However, the IRM is the first conceptual outline that systematically has addressed the role of the therapeutic relationship in occupational therapy practice.

On a critical note, some may argue that the IRM focus on the therapeutic relationship brings about an attention shift for occupational therapy practice, bringing the attention closer to the focus area of psychotherapy. This is not the intention of the model. Although the IRM purports to be a conceptual model of occupational therapy practice, it reports openly about its limitations. The IRM focuses on the relational aspects of occu-

pational therapy practice, and not on the occupation itself. Although this relational context is considered highly important for the outcomes of occupational therapy – particularly in cases where the client has mental health problems, or other problems that impact the client's relationships to others – the IRM should always be used in conjunction with other conceptual models of occupational therapy practice (Taylor, 2008). It should not be used as the therapist's only tool for clinical reasoning, but as an additional model highlighting the relational aspects of therapy. Other occupation-focused models should always underpin the practice of occupational therapists.

The IRM is a relatively new model of practice. The extent to which it will have an impact on occupational therapy practice depends on several factors. The model's concepts will have to be put into use by occupational therapists in order to verify or question their usefulness for clinical practice. Are these concepts useful to reason with? Can the model help me improve my understanding of real life practice situations? Does it provide me with tools for changing and developing my way of managing relationships with clients? These are questions that need to be addressed from a clinical practice viewpoint. In addition, assessments based on the model will have to be tested in order to ascertain their validity. A process of investigating the psychometric properties of selected IRM assessments at the University of Illinois at Chicago, in collaboration with a number of universities worldwide, is currently progressing.

The further development and dissemination of this model appears to be timely. The recent survey conducted in USA confirmed the high value being placed on the therapeutic relationship by occupational therapists (Taylor et al., 2009). However, about half of the therapists felt they were insufficiently trained during basic education, and a larger proportion felt there was insufficient knowledge available in the profession as a whole about the use of self in occupational therapy practice. This gives reason to

put more energy into researching the role of the therapeutic relationship in occupational therapy practice, and into teaching the therapeutic use of self in basic and advanced occupational therapy education. □

Reference List

- Allison, H., & Strong, J. (1994). Verbal strategies used by occupational therapists in direct client encounters. *Occupational Therapy Journal of Research*, 14(2), 112-129.
- American Occupational Therapy Association. (2002). Occupational therapy practice framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 609-639.
- Cole, M. B., & McLean, V. (2003). Therapeutic relationships re-defined. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19(2), 33-56.
- College of Occupational Therapists. (2010). *Code of ethics and professional conduct*. London: COT.
- Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. B. (Eds.). (2003). *Willard & Spackman's Occupational Therapy*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Eklund, M., & Hallberg, I. R. (2001). Psychiatric occupational therapists' verbal interaction with their clients. *Occupational Therapy International*, 8(1), 1-16.
- Kielhofner, G. (2008). *A Model of Human Occupation. Theory and Application*. (4 ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice* (4 ed.). Philadelphia: FA Davis.
- Kolsrud, M., Laberg, T., & Ness, N. E. (2011). *Kompetanser i ergoterapi [Occupational therapy competence; in Norwegian]* Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund.
- Palmadottir, G. (2006). Client-therapist relationships: Experiences of occupational therapy clients in rehabilitation. *British Journal of Occupational Therapy*, 69(9), 394-401.
- Peloquin, S. M. (1990). The patient-therapist relationship in occupational therapy: Understanding visions and images. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(1), 13-21.
- Peloquin, S. M. (2003). The therapeutic relationship: Manifestations and challenges in occupational therapy. In E.B. Crepeau, E. S. Cohn, & B. A. B. Scell (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (10 ed., pp. 157-170). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Taylor, R. R. (2008). *The Intentional Relationship. Occupational Therapy and the Use of Self*. Philadelphia: FA Davis.
- Taylor, R. R., Lee, S. W., Kielhofner, G., & Ketkar, M. (2009). Therapeutic use of self: A nationwide survey of practitioners' attitudes and experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, 63(2), 198-207.

Forventning om mestring

– et perspektiv på aktivitetsmotivasjon
blant klienter med depresjon

Artikkelen «Forventing om mestring – et perspektiv på aktivitetsmotivasjon blant klienter med depresjon» er skrevet av Marita Mostad, Mariken Røsnes Skjelbred, Velsemøy Bråten og Tore Bonsaksen. Den sto på trykk i Ergoterapeuten 04/2013.

AV GRO KILLI HAUGSTAD

Depresjon og angst er de hyppigste psykiske lidelsene i befolkningen og blant de to største årsakene til arbeidsuførhet (Malt, Andreassen, Melle & Årslund, 2012). Lidelsene er et stort samfunnsproblem og rammer mennesker i alle aldre. Depresjon medfører ofte personlige endringer og bidrar også til store relasjonelle utfordringer. Den deprimerede kan ofte ha et så lavt aktivitetsnivå i alle de sentrale områdene i hjernen at bare det å stå opp fra sengen kan oppleves som et helt dagsverk. Derfor er det svært viktig for alle helsearbeidere å ha kunnskap og kompetanse i hva depresjon er, og hvordan man kan møte denne pasientgruppen i forhold til motivasjon og mestring i daglige aktiviteter. I følge Becks depresjonstriade har pasienter med depresjon liten tro på seg selv, omgivelsene og fremtiden (Beck, 1979).

Forskningen i depresjonsfeltet er økende, og det er flere studier som viser at fysisk aktivitet kan være sentralt i behandlingen av særlig lett og moderat depresjon. Denne forskningen har klar vitenskapelig støtte som behandling og for å redusere risikoen for tilbakefall (Borge, Martinsen, & Moe, 2011). Den fysiske aktiviteten bør skje parallelt med vanlig behandling med medisiner og samtale. Harris og medarbeidere fulgte over 400 pasienter i en

tiårsperiode. De fant at fysisk aktivitet var assosiert med mindre depressivitet og kroppslige symptomer (Harris, Cronkite, &

Moos, 2006). Derfor er det av sentral betydning å motivere pasienter til å være fysisk aktive i sitt daglige liv. Men som artikkelen «Forventning om mestring hos deprimerede» skriver, er noe av hovedproblemet hos den deprimerede ofte knyttet til tap av motivasjon for aktiviteter (Mostad, Skjelbred, Bråten & Bonsaksen, 2013).

Hovedspørsmålet i artikkelen, som her kommenteres, er da følgende: Hvordan kan vi som helsearbeidere fremme motivasjon hos deprimerede pasienter?

I Lund og Haugstads artikkel (2013) ble pasienter med psykiske lidelser intervjuet om hva som motiverte dem for å delta i aktiviteter som fysisk aktivitet. Det mest uventede funnet i datamaterialet omhandlet informantenes eksistensielle beskrivelser og betraktninger rundt deltakelse i aktivitet. De ga uttrykk for at aktivitet var viktig og at det var av vesentlig betydning at de kom seg ut av huset. Alternativet til deltakelse var å bli hjemme, hvor hverdagslivet ble beskrevet som ensomt og passivt. Erfaringene belyser menneskers grunnleggende behov for å møte andre (Lund & Haugstad, 2013). Informantene i denne studien viser også til at indre motivasjon for deltakelse i aktivitet handlet noe om tidligere positive erfaringer knyttet til aktiviteten. Betydningen av tidligere aktivitetserfaringer kan forstås fenomenologisk som at «kroppen husker», hvor bevegelsesmønstre manifesterer seg i kroppen. Kunnskapen finnes i kroppen, og kroppen vet hva den må gjøre uten at den kognitivt må huske hvordan aktiviteten utføres (Merleau-Ponty, 1994). Bandura (1997) hevder at det å delta i en kjent aktivitet har stor betydning for egen mestningsforventning, da tidligere erfaringer fungerer som sterke bevis for mulighet til å lykkes. Dette samsvarer da



Gro Killi Haugstad er førsteamanuensis ved Institutt for fysioterapi, Høgskolen i Oslo og Akershus.

også med Kielhofners verdisystem, som refererer til individets tanker og følelser om hva mennesket finner det fornøylig å gjøre (Kielhofner, 2008, Mostad et al., 2013).

Alliansens betydning i terapi er viktig med hensyn til resultatet av behandlingen. Alliansen består av tre komponenter;

- 1) Enighet om mål for behandlingen,
- 2) enighet om hvordan behandlingen skal foregå, og
- 3) at empatien opprettholdes i alle ledd av behandlingen (Bordin, 1994).

I møte med den deprimerte pasient bør alliansen være av stor betydning. Målet for aktiviteten bør settes i dialog med pasienten. Samtaler om tidligere erfaringer av aktivitetsmestring må være av eksistensiell betydning, og at terapeut og pasient jobber i tett relasjon. Individuelt skreddersydd behandlingsopplegg for den enkelte pasient blir også støttet i fysioterapiforskning i møte med muskel/skjelett lidelser og langvarig smerte, som også ofte har depresjon som en komorbiditet. Det å starte der pasienten er, selv om det kun er å komme opp fra sengekanten, svært sentralt. Den australske fysioterapeuten Moseley har vist betydningen av å gå sakte fram og begynne med det lille pasienten mestrer. Det bidrar til å kunne øke aktiviteten suksessivt hvis pasienten hele tiden blir fulgt tett opp og får en positiv forventning om egen mestring (Moseley, 2003).

Forskningen omkring depresjon viser også at fysisk aktivitet i kombinasjon med kognitiv terapi gir enda bedre resultater enn fysisk aktivitet alene (Martinsen, 2008). Derfor mener vi at å motivere pasientene til å endre automatiske destruktive tanker i forhold til seg selv, fremtiden og aktiviteten, vil være nyttige redskaper for å mestre og motivere til daglig fysisk aktivitet.

Artikkelen «Forventning om mestring – et perspektiv på aktivitetsmotivasjon» (Mostad et al., 2013) bidrar til å løfte opp viktige dimensjoner av motivasjonsteorier inn mot depresjon og mestring. Vi som helsearbeidere trenger å gå dypere inn i dette kunnskapsfeltet for å finne motivasjonsfaktorer som bidrar til økt aktivitet hos mennesker med stemningslidelser. Både Bandura og Kielhofner setter fokus på hvordan vi som helsearbeidere kan øke mestringfølelsen og motivasjon i møte med den deprimerte. I tillegg til dette mener vi også at alliansen og den individuelle tilrettelagte tilnærmingen, gjerne i kombinasjon med kognitive terapeutiske strategier, kan bidra til økt motivasjon for deltakelse i aktivitet. □

Referanser

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy for the emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Bordin, E. (1994). Theory and research on the therapeutic alliance. New directions. I; A. Horvath & L. Greenberg (9th ed.), *The working alliance. Theory, research and practice*. New

York: John Wiley & Sons.

Borge, L., Martinsen, E., & Moe, T. (2011). *Psykisk helsearbeid: Mer enn medisiner og samtaleterapi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Harris, A.H.S., Cronkite, R., & Moos, R. (2006). Physical activity, exercise coping and depression in a 10-year cohort of depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 79-85.

Kielhofner, G. (2010). *MOHO: Modellen for menneskelig aktivitet: ergoterapi til utdanning og praksis*. København: Munksgaard.

Lund, H.T. & Haugstad, G.K. (2013). Erfaringer fra veien ut og inn i felleskapene. En kvalitativ studie om hva som bidrar til deltakelse i fritidsaktiviteter blant mennesker med psykiske lidelser. *Ergoterapeuten*, 56(2), 29-35.

Malt, U.F., Andreassen, O.A., Melle, I., & Årslund, D. (2012). *Lærebok i psykiatri* (3. utgave). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Martinsen, E.W. (2008). Physical activity in the prevention and treatment of anxiety and depression. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62 (suppl. 47), 25-29.

Merleau-Ponty, M. (1994). *Kroppens fenomenologi*. Oslo: Pax forlag A/S.

Moseley, G.L. (2003). A pain neuromatrix approach to patients with chronic pain. *Manual Therapy*, 8(3), 130-140.

Mostad, M., Skjelbred, M.R., Bråten, V., & Bonsaksen, T. (2013). Forventning om mestring – et perspektiv på aktivitetsmotivasjon blant klienter med depresjon. *Ergoterapeuten*, 56(4), 30-35.

Nyhet! – Ny prisforhandlet Servantheis ergonomistyr



Elektrisk servantheis

Designline 415 er en 65 cm bred elektrisk heve og senkbar servantheis. Valgfri servant monteres på heissystemet og justeres enkelt ved bruk av håndkontroll. Klemsikring hindrer klemfare under bruk. Speil monteres fast på vegg, heisen heves og senkes fra 65-90 cm over gulv etter brukers behov. Avløp og trykkslanger er skjult bak dekkplater.

Servanten vant nylig NAV prisforhandling og dekkes av folketrygden. Servantheisen benyttes mye i omsorgsboliger, legekantor, skoler og andre prosjekter med krav til tilpasning. Servantheisen leveres av

Astec A.S.
en enklere hverdag

Astec AS - Tlf. 2272 2355 - post@astec.no - www.astec.no

Ingrid Skåtun til minne

Ingrid Skåtun, mangeårig lektor ved Ergoterapeututdanningen, Høgskolen i Oslo og Akershus, døde 29. juli 2013 i en alder av 80 år.

Ingrid var en faglig, fargerik, kreativ og raus person som vil bli savnet.

Hun ble utdannet som arbeidsterapeut i et av de første kullene i Norge, dro til USA for å spesialisere seg, og kom tilbake med mange nye og utfordrende ideer. Hun var sentral både i oppbyggingen av ergoterapiavdelingen ved Sunnaas sykehus og utdanningen av ergoterapeuter i Norge (fra 1972). Ingrid har satt sine spor hos studenter og kollegaer ved ergoterapeututdanningen, og ergoterapeuter i praksisfeltet. Hun var glødende opp tatt av ergoterapifaget, godt orientert i de fleste helseområder og åpen for nye tilnærminger i faget. Ingrid var kreativ og møtte nye ideer og forslag med begeistring og støtte. Selv var hun også et oppkomme av ideer og

alltid oppdatert om terapeutiske nyvinninger, både nasjonalt og internasjonalt. Til utdanningen inviterte hun inn ergoterapeuter som utviklet nye tilnærminger og var i forkant av utviklingen. Hun lyttet, argumenterte og var åpen for nye ideer.

Som lektor var det fagområdet fysisk medisin som var hennes spesialfelt. Studentene husker hvorledes hun brukte eksempler fra sin allsidige praksis, nasjonalt og internasjonalt, i undervisningen, og sier: «Det jeg husker best, var hvor tydelig hun formidlet hvor viktig det var å se pasientene og ivareta deres verdighet.» Behandlingen måtte stå i forhold til pasientenes reelle ønsker og behov».

Ingrid var samfunnsorientert og politisk engasjert. I mange år hadde hun vervet som tillitsvalgt og mange kollegaer fikk gode råd og støtte når de hadde behov for det.

Samarbeidet med Ingrid bar preg



Ingrid Skåtun døde 29. juli 2013 i en alder av 80 år.

av masse humor, skarpe og treffende replikker og omsorg for studenter og kollegaer.

Familien var sentral i Ingrids liv, og hun snakket alltid varmt om dem.

Vi kommer til å savne Ingrid og hennes faglighet, kreativitet og raushet. Våre tanker går til Torhild og Ingeborg og deres familier.

Tidligere kollegaer Grete, Kari og Berit

Bamse Produkter AS

Spesialprodukter utviklet for posisjonering, behandling og trening av spedbarn og barn i alle aldre. Velegnet for barn med motoriske problemer, cerebral parese og syndrombarn.

Ny varekatalog er nå klar, full av bilder, instruksjoner og tips. Ta kontakt med oss for å få tilsendt den nye varekatalogen i posten.



Bamse Produkter AS
Titangaten 13
1630 Gml. Fredrikstad
Tlf: 69300105
info@bamseprodukter.no
www.bamseprodukter.no

Verneombud får app som hjelpemiddel

Unio har lansert en app som skal være et praktisk og lett tilgjengelig verktøy for alle verneombud. «Verneombudshjelpen» kan lastes ned fra App Store og er gratis.



Det er lett for et verneombud å gå seg vill i jungelen av lover, regler, rollefordeling, plikter og rettigheter i sitt arbeid med å ivareta de ansattes interessert i arbeidsmiljø-saker. Unio har derfor utviklet et egen app der det gis svar på spørsmål vedkommende måtte ha – enten det gjelder sin egen rolle, forhold til Arbeids tilsynet eller lover, avtaler og forskrifter. Appen er

utviklet i samarbeid med Arbeidsmiljøsen teret. For mer informasjon kontakt Jon Olav Bjergene i Unio, mobil 95 17 95 73.

Bokanmeldelse

Feil medisin

Historien om Norges største sykehuskandale

«På kort tid skapte Norges mektigste kvinner og menn Europas største sykehus: Oslo universitetssykehus. Denne boka forteller et stykke skremmende norsk samtidshistorie. Forfatter Are Saastad gir en personlig beretning fra innsiden om feilslåtte intensjoner, maktspill og naivitet. En historie om valg som aldri burde vært tatt, beslutninger som ble fattet på tross av faglige innvendinger, og om skjulte allianser.»

AV CATHRINE HAGBY

Slik presenteres innholdet i boka på omslaget, og det ga meg lyst til å lese. Det er en bok basert på fakta og forfatterens personlige oppfatninger og vurderinger som aktiv tillitsvalgt i store deler av prosessen. Han skriver om en stor omstillingsprosess som alle, uansett hvor i Norge man bor, har hørt om, og kanskje til og med følt konsekvensen av.

Sammenslåing av sykehusene

Boka forteller om prosessen som førte til sammenslåing av alle sykehusene i Oslo fra 2001 og fram til i dag. Innledningsvis forteller han om sin bakgrunn og sitt politiske ståsted, og hva han har vært gjennom i arbeidslivet. Han taler, som en av de få, Akers og psykiatriens sak. Han krydrer boken med sitater og historier fra utallige møter, både offisielle og uoffisielle. Han skriver at både toppen og til tider bunnen i organisasjonene har vært med på mange av de «dårlige» avgjørelsene. Det at både parti- og fagforeningstoppene ikke satte ned foten, men var med på avgjørelsene, er sårende for Saastad og for meg som leser. Fagforeninger og enkeltpersoner får så hatten passer, men han skryter også av enkeltpersoner og fagforeninger som gjorde en hederlig innsats underveis. For meg som kun kjenner saken gjennom media, leses boken med en oppgitthet og en følelse av at «uskylden» har gått tapt. Min, til nå, naive tro på at politikere og fagfor-

eninger gjør det som er best for fellesskapet og ikke meler sin egen kake, får mange slag underveis.

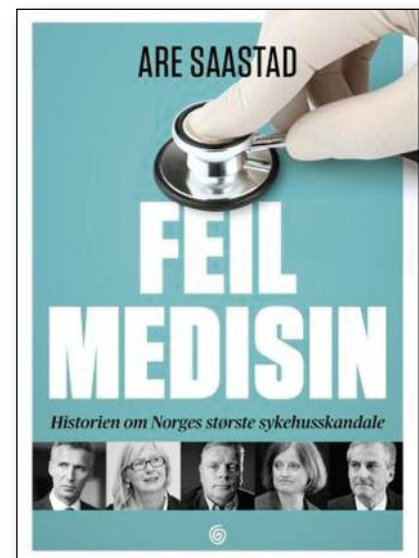
Skarp tone

Saastad skriver og dokumenterer godt underveis. Han har til tider en skarp tone, men det kan ha vært vanskelig å skrive denne boken uten. Han beskriver en målsetting om å skulle drifte de nye helseforetakene etter New Public management-metoden, og de konsekvensene det har og har hatt på norsk sykehusdrift. Ulempene med sykehus er at de ikke fungerer som det private næringsliv, men består av mennesker som trenger en eller annen form for behandling av både akutt og kronisk sykdom, uavhengig av muligheter for inntjening. Tidligere psykiater Per Aschjem sier til slutt i boken at behandlingsideologi og faglige verdier har blitt til varer som har en pris, og antall konsultasjoner har blitt et mål på omsetning og ikke et uttrykk for omsorg.

Opprivende prosess

Dette er en fascinerende bok om en stor og opprivende prosess. Til tross for dette måtte jeg stadig legge boken fra meg fordi det han forteller, rokker ved mye av min tillit og min tidligere nevnte naivitet i forhold til det norske styresettet og tillitsvalgsapparatet. Jeg tar meg mange ganger i å tenke at dette ikke kan være sant, og lurar på om det er slik avgjørelser tas i stort og

smått andre steder og? Det undrer meg at ikke etterspillet av boken har vært større, siden den tar for seg en sak som har fått og fortsatt får mye medieoppmerksomhet. Dette er en viktig og godt skrevet bok om en del av helsevesenet som på et eller annet tidspunkt berører oss alle. Den sier noe om hvor viktig det er å si fra, men også hvor vanskelig det blir når man plutselig blir stående ganske alene. □



Tittel: Feil medisin
Forfatter: Are Saastad
Forlag: Kagge forlag
Språk: Norsk bokmål
Utgitt: 2013
Antall sider: 326
Opplag: 1 (2013)
ISBN: 9788248911883

Nytt og spennende doktorgradsstudium i helsevitenskap

De første kandidatene er tatt opp ved det nye doktorgradstudiet i helsevitenskap ved Fakultet for helsefag (HF), Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA). Doktorgradsstudiet har en flerfaglig og tverrfaglig profil der helsefaglige forskere samarbeider om å utvikle et helhetlig kunnskapsbasert helsetilbud.

AV ASTRID BERGLAND OG MONA KOLSTØ OTNÆSS

Doktorgradsstudiet har som mål å bidra til forskningsbasert kunnskapsutvikling innen helsefagene, som står overfor en rekke utfordringer. Samfunnet stiller blant annet økte krav og forventninger til helsetjenester og nye muligheter for forebygging, helsefremming, rehabilitering, diagnostikk og behandling. NOU 2011:6 belyser viktigheten av å utdanne et tilstrekkelig antall forskere som kan håndtere framtidige utfordringer i samfunns- og næringsliv og møte økende krav til forskningskvalitet og konkurranseevne, både nasjonalt og internasjonalt.

Forankring

Studiet er forankret ved HF, som har lang erfaring i å utdanne profesjonsutøvere og den største utdanningsinstitusjonen for helsefag i Norge. HF har den faglige bredden, kompetansen og nasjonale og internasjonale nettverk som trengs for å tilby et doktorgradsstudium i helsevitenskap. De vitenskapelig tilsatte ved HF veileder for tiden cirka seksti PhD-kandidater som er ansatt ved fakultetet, men som følger PhD-programmer ved andre institusjoner.

Studiets særpreg

Den helsefaglige forskningen er praksisnær og foregår i stor grad i samarbeid med det kliniske feltet og er rettet mot evaluering og intervensjoner innen helsefremming, forebygging, behandling, rehabilitering og omsorg. Helsefaglig forskning bidrar i dag innenfor flere fagområder, for eksempel rehabilitering, muskel/skjelett, kronisk sykdom, geriatri, ernæringsforskning, laboratoriemedisinske fag, psykiatri, pediatri, hjerte/kar, kroniske lungelidelser, kreft og palliativ omsorg. Helsefaglig forskning kan bidra til å bedre menneskers velferd, helse, livskvalitet og funksjon.

Programmet kjennetegnes av

HØGSKOLEN I OSLO OG AKERSHUS

Studier og kurs | Studentliv | Forskning og utvikling | Kontakt oss

Hjem > Studier og kurs > Helsefag > Ph.d. > PhD i helsevitenskap > Helsevitenskap

Helsevitenskap

Doktorgradstudiet i helsevitenskap har en flerfaglig og tverrfaglig profil som vektlegger en kritisk tilnærming til dagens helseutfordringer på tvers av helseprofesjonene og danner grunnlag for utvikling av kunnskapsbaserte helsetjenester. Som doktorgradskandidat i helsevitenskap vil du i løpet av studiet gjennomføre uavhengig forskning som fører til en vitenskapelig doktorgradsavhandling av høy internasjonal standard.

Studieinnhold

Den helsefaglige forskningen foregår i stor grad i samarbeid med det kliniske feltet og er rettet mot evaluering og intervensjoner innen helsefremming, forebygging, behandling, rehabilitering og omsorg. Felles for de helsevitenskapelige forskningsområdene er menneskers helse på mikro-, mellom- og makronivå, der samspillet mellom individuelle, mellommenneskelige og samfunnsmessige forhold står sentralt.

Opplæringsdelen av doktorgradsstudiet omfatter 30 studiepoeng og skal støtte opp under forskningsdelen (avhandlingen) som er på 150 studiepoeng. Programmet kjennetegnes av metodologisk og teoretisk mangfold. Opplæringsdelen består av to obligatoriske helsevitenskapelige emner, ett fordypningsemne i metode og to valgfrie emner.

Her finner du en kort oversikt over obligatoriske og valgfrie emner.

Mer utfyllende informasjon om det enkelte emne finner du i [programplanen](#).

Mer om studiet

Helsevitenskap
Fører til grad
Ph.d. i helsevitenskap
Studieopplegg
Studiepoeng: 180
Antall studieår: 3
Studiestart: etter opptak
Kostnader

Kontakt

Faglig: Astrid Bergland
Administrativ: Mona Otnæss

Mer om studiet

[Søknad og opptak](#)
[Emneoversikt med timeplan](#)
[Programplan](#)
[Reglement](#)
[Skjemaer](#)

Velkommen som søker! Les mer på http://www.hioa.no/Studier/HF/Phd/node_29007/Helsevitenskap.

metodologisk og teoretisk mangfold. Opplæringsdelen består av to obligatoriske helsevitenskapelige emner, ett fordypningsemne i metode og to valgfrie emner. De obligatoriske emnene er Helsevitenskap I: Helse og sykdom; og Helsevitenskap II: Vitenskapsteori, forskningsetikk og forskningsmetodologi. Obligatorisk fordypningsemne er enten kvalitative eller kvantitative metoder. De valgfrie emnene er: 1) begreps- og teoriutvikling i helsevitenskap, 2) intervensjoner i helsevitenskap, 3) måling og målemetoder og 4) medvirkning og samhandling.

Målgruppe

Målgruppen for doktorgradsstudiet i helsevitenskap er fortrinnsvis personer med helsefaglig bakgrunn. Aktuelle kandidater til studiet kan tas opp direkte fra studier eller fra arbeidslivet, der profesjonsutøvere med masterutdannelse ønsker og har behov for mer kompetanse og kunnskap,

samt fra forskningsinstitutter som arbeider med helsevitenskapelige prosjekter. Det åpnes også for opptak av kandidater med annen fagbakgrunn enn helsefag, som ønsker å arbeide med helsevitenskapelige prosjekter.

Karrieremuligheter

Med en doktorgrad i helsevitenskap vil du være kvalifisert for forskning, undervisning og annen virksomhet hvor det stilles store krav til vitenskapelig innsikt og produksjon av ny kunnskap. Doktorgradsstudiet kvalifiserer til vitenskapelige stillinger ved universiteter, høyskoler, helseforetak og forskningsinstitutter, samt stillinger i annen offentlig og privat sektor der det er behov for helsevitenskapelig kompetanse. Med sin flerfaglige og tverrfaglige profil gir doktorgradsstudiet et godt grunnlag for å kvalifisere seg videre til lederoppgaver i helsefaglige utdannings- og forskningsinstitusjoner og i helse- og omsorgssektoren. □

Hjelper middelet?

Gripehansken



Seilturen hadde gått i vasken, hadde det ikke vært for Gripehansken.

På min årlige reise til England for å delta på weekendseiling i Nordsjøen, overnattet jeg på et hotell i Newcastle. Samme kveld var jeg veldig uheldig og forstuet høyre håndledd. Det første som bekymret meg var at nå går turen i vasken!

Det bar avgårde til akuttavdeling- en på byens sykehus, hvor jeg fikk nødvendig behandling. Jeg uttrykte imidlertid en sterk bekymring for hvordan jeg skulle greie å gjennomføre reisen videre med tog, båt og fly. Jeg måtte blant annet kunne håndtere ryggsekk og trillekoffert, som jeg skulle gripe, trekke og løfte. Under seiling stilles det dessuten mange ulike krav til håndtering. Jeg

ga derfor uttrykk for at jeg trengte et hjelpemiddel for å avlaste håndleddet.

Til min store overraskelse kom sykepleieren med «Gripehansken», som nettopp var det ideelle hjelpemiddel i denne prekære situasjonen. Den ga nødvendig støtte og avlastning, hvilket også begrenset smerteopplevelsen. Mine seilervenner uttrykte stor bekymring, men ble overrasket over hvor fint dette hjelpemiddelet fungerte.

Bodil Bø Karlsen, ergoterapeut



Gripehansken gjør det mulig for personer med redusert gripeevne å holde rundt gjenstander. Det unike borrelåssystemet gjør at man kan gripe rundt objekter uten å sette press på hånden.

I denne spalten kan ergoterapeuter skrive inn tips, ideer og erfaringer med hjelpemidler.

Sterk og pålitelig For en tøffere livsstil!

M400 Corpus HD er en pålitelig og sterk rullestol. M400 HD har Corpussetesystem, som er utviklet i samarbeid med en anerkjent ergonom. Setet følger kroppens form for suveren komfort og optimal sittestilling. Setet har forsterkede armlener, benstøtter og fotplater. Ved å vinkle rygg og sete blir M400 HD en "hvilestol" uten forflytning. Ved bruk av stolens elektriske funksjoner, får man hevet bena over hjertehøyde som gir flere helsefordeler, blant annet å forebygge trykksår. M400 HD chassis er gjennomgående forsterket og har et fjærsystem for optimal kjørekraft. Rullestolen har brukervekt opp til 205 kg og maks hastighet er 8km/t. M400 Corpus HD er bygd for en tøffere livsstil!

www.permobil.com

permobil



Permobil Norge

Årets Erganevinner

- Jeg har vært heldig

Erganeprisen 2013 ble delt ut på fagkongressens festmiddag. Den glade vinneren var ergoterapeut og seniorforsker Ingvild Kjekken. – Tusen takk, alle sammen. Denne prisen har vi fått til sammen, sa hun.

AV ELSE MERETE THYNESS

Erganeprisen deles ut hvert fjerde år til en ergoterapeut som har utmerket seg og synliggjort ergoterapi på en helt spesiell måte. Prisvinneren var overveldet og glad og takket alle rundt seg.

– Det ligger en veldig anerkjennelse av mitt arbeid i en pris som denne, men jeg jobber ikke i et vakuum. Jeg har vært utrolig heldig med arbeidsplass, ledere, kollegaer og de mulighetene jeg har fått ved Diakonhjemmet Sykehus, sa hun.

Hun delte også æren med ergoterapeuter hun samarbeider med.

– Jeg er imponert over hva ergoterapeuter får til. Vi har all grunn til å være stolte av oss selv. Vi styrker hverandre for morgensdagens utfordringer.

Og sist men på ingen måte minst takket hun alle de pasientene hun har møtt gjennom sin lange yrkeskarriere.

– Jeg har lært utrolig mye av pasientene. Brukerkompetansen må være den mest uutnyttede ressursen i det norske helsevesenet.

Brukermedvirkning

Det er tretti år siden Ingvild Kjekken gikk ut fra ergoterapihøyskolen. De siste 14 har hun vært ansatt som assisterende enhetsleder og seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering. Hun er også førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo. Det faglige interessefeltet hennes er stort, men brukermedvirkning er kanskje det som ligger hennes hjerte nærmest.

– Behandlingen fungerer mye bedre når vi samarbeider med brukerne.

Her har vi mange gode eksempler fra hverdagsrehabilitering. Det er imponerende hvordan mennesker mobiliserer for å nå de målene de selv har definert.

Hun er også opptatt av brukermedvirkning i forhold til fagutvikling og forskning.

– Brukerne har en unik kompetanse og bør involveres både når vi utformer forskningsspørsmål og prøver ut intervensjoner. Det er ikke uten grunn at når Forskningsrådet nå lyser ut sine programmer, står det i utlysningen at de ønsker brukermedvirkning.

På Diakonhjemmets revmatologiske avdeling har de etablert et eget pasientråd, som blant annet er involvert i fagutvikling og forskning ved avdelingen. Sammen med en kollega koordinerer Ingvild rådet. Hun sitter også i redaksjonskomiteen for Revma-rapporten som utgis av Norsk Revmatikerforbund. Dette er et årlig tidsskrift som oppsummerer de viktigste bidragene til fagutvikling og forskning innen revmatologi. Målgruppen er pasienter og pårørende.

– En Cochrane-oversikt viser at den mest effektive måten å endre helsepersonells praksis, er når informerte pasienter etterspør forskjellige typer behandling. Pasientmediert kunnskap har større innflytelse enn en forsker som sier: «Jeg synes du burde gjøre dette.»

COPM

Hennes engasjement for brukermedvirkning førte i sin tid til at hun brukte kartleggingsredskapet Canadian



– Ingvild Kjekken har med sitt engasjement synliggjort ergoterapifaget på ulike arenaer både nasjonalt og internasjonalt, sa prisutdeler Nils Erik Ness.

Occupational Performance Measure (COPM) til Norge. Hun var på jakt etter en metode for å systematisere det gode samarbeidet mellom brukerne og behandlere, og fant det hun lette etter på en kongress i USA om revmatologi. Der hørte hun en kanadisk ergoterapeut snakke om COPM.

– Da jeg kom tilbake til Norge, henvendte jeg meg til det kanadiske forbundet, og vi fikk de norske rettighetene til COPM. Deretter oversatte vi redskapet til norsk og kvalitetssjekket det i forhold til validitet, gyldighet, pålitelighet, evne til å fange endringer og anvendelighet for mennesker med revmatisme.

Siden den gangen har Ingvild holdt utallige kurs i COPM. I dag er det tatt i bruk også på andre fagområder



Ingvild Kjekken har vært tilknyttet Diakonhjemmet sykehus nesten hele sin yrkeskarriere. – Her er det et fruktbart miljø hvor alle som har lyst, får både muligheter og utfordringer nok til å utvikle seg, sier hun.

enn revmatologi, ikke minst hverdagsrehabilitering.

Andre ergoterapeut med doktorgrad

COPM har ikke bare formet arbeidshverdagen hennes. Både hovedfaget og etter hvert doktorgraden er basert på studier av COPM. I 2006 var hun den andre ergoterapeuten som tok doktorgrad i Norge.

– Var det annerledes å ta doktorgrad den gangen, enn nå?

– Hvis du ønsker en forskerkarriere som ergoterapeut, så er veien blitt mer formalisert. Vi har fått flere mastergrader i ergoterapi og en PhD i helsefag. Dessuten har vi nå mange norske ergoterapeuter med doktorgrad som kan veilede andre ergoterapeuter.

Selv har Ingvild veiledet syv doktorgradskandidater og seks masterkandidater. Blant disse er det både ergoterapeuter, sykepleiere og fysioterapeuter. Hun kan også skilte med en lang publikasjonsliste med 47 artikler registrert i PubMed, den største medisinske databasen, samt en rekke fagartikler i Ergoterapeuten.

– Du publiserer mye – hvorfor prioriterer du det?

– Ergoterapifaget trenger forskning. Det er trist hvis store forskningsarbeider bare presenteres som en

rapport. Vi må dele den kunnskapen vi utvikler.

Flere prosjekter

– I sentralstyrets begrunnelse heter det blant annet at «Ingvild har en finger med i de aller fleste prosjekter innen ergoterapi, revmatologi og rehabilitering, og har bidratt enormt med å dele av sin kunnskap og veilede ergoterapeuter og andre faggrupper». Hva tror du de mener med det?

– De sikter nok blant annet til ROS-prosjektet, en multisenterstudie basert på rehabilitering med oppfølgingssamtaler.

Ingvild leder prosjektet, der de bruker motiverende intervju – og mye ros – som kommunikasjonsform mellom helsepersonell og pasienter.

– Dette er et av de største rehabiliteringsprosjektene i Norge, og det involverer leger, sykepleiere, ergoterapeuter, fysioterapeuter og brukere. Alle har gjort en kjempeinnsats. Datinnsamlingen ble avsluttet i juni. En stipendiat er sterkt involvert og skal ta doktorgrad på analysen av dette materialet.

Ingvild er også med å lede et annet nasjonalt rehabiliteringsprosjekt, der det skal utvikles et kjerne sett for utfallsmål i rehabilitering.

Også dette prosjektet er tverrfaglig.

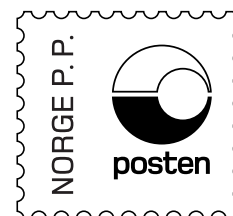
– Ved siden av brukermedvirkning er tverrfaglighet noe av det mest spennende man kan holde på med. Det er viktig å ha gode faglige diskusjoner med ergoterapeuter, men det er like viktig å diskutere med andre yrkesgrupper. Vi lærer av å bli utfordret. Hun er også veileder for forsknings- og fagutviklingsprosjekter blant annet på Martina Hansen i Bærum, Haukeland sykehus i Bergen og St. Olavs hospital i Trondheim.

– Disse prosjektene involverer stort sett ergoterapeuter som ikke har master eller doktorgrad. Men de er engasjerte, kjempeflinke og ambisiøse på fagets vegne og ønsker å tilby pasientene god og effektiv behandling. Og det er jo nettopp i praksis blant klinikerne og pasientene at de beste forskningsspørsmålene utvikles.

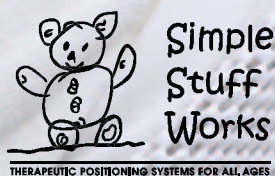
Mer fagutvikling

– Prisen er på 15000 kroner. Hva skal du bruke pengene til?

– De skal i hvert fall ikke brukes på brunost og salami. Canada er opphavlandet til den kanadiske modellen og COPM. Nå åpner det seg en mulighet for å reise dit og treffe noen av verdens fremste på rehabilitering og brukermedvirkning. □



Returadresse:
Norsk Ergoterapeutforbund
Stortingsgt. 2
0158 Oslo



Et lydløst og enkelt posisjoneringssystem

Simple Stuff Works beskytter og ivarter kroppen der og da - og for tiden som kommer.



Med Simple Stuff Works oppleves posisjonering som behagelig uten forstyrrende lyder. Dette systemet gjør individuell posisjonering enkelt.

De ulike komponentene til Simple Stuff Works er fukt- og temperatur-regulerende, og gir et godt sengeklimate.

For demonstrasjon ta kontakt med
fagkonsulenten i ditt distrikt!
post@bardum.no – tlf. 64 91 80 60 – www.bardum.no

Bardum
- din hjelpemiddelleverandør