

ergoterapeuten

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund

www.ergoterapeuten.no

Nr. 06 • 2013/56



Temanummer om
barn og unges helse



Barn og unges helse

Denne utgaven av Ergoterapeuten handler om barn og unges helse. Aldri før har jeg opplevd et større engasjement for et temanummer. Bidragene har strømmet inn fra det ganske land. Hadde det kommet én artikkel til kunne jeg like gjerne utgitt bladet i bokform. Tusen, tusen takk til alle som har delt av sin tid og fagkunnskap. Dette er en verdig avslutning på det ergoterapeutiske året.

Å skulle si noe klokt om barn og unge på denne lille lederplassen er bortimot umulig. Barna våre er kanskje små – men de fyller husene våre, livene våre, tankene våre og drømmene våre. Barn gir oss håp, glede og kjærlighet – og mer til. Og selv om barnet er lite, så er det meget kompetent. Du skal være våken og skjerpet for å holde tritt.

Artiklene i dette temanummeret speiler den grunnleggende interessen og respekten ergoterapeuter har for barns rett til aktivitet og deltagelse – på egne premisser. Jeg kunne ha trukket frem hver og en av artiklene i dette bladet for å illustrere disse ordene. Hver på sin måte viser de aspekter av ergoterapeuters arbeid med å legge til rette for barn og unges mulighet til oppleve sosialt samspill og å mestre læring, lek og daglige aktiviteter på sine egne betingelser,

André Bjerke har oversatt FN's Barnerettighetserklæring:

*La meg vokse som jeg er
og prøv å forstå hvorfor jeg vil vokse
som meg selv.*

*Ikke som mamma ønsker jeg skal være
eller som pappa håper jeg skal være
eller som læreren min synes jeg skal være.
Kjære prøv å forstå og hjelp meg
å vokse nettopp som meg selv.*

Med det sier jeg god jul og godt nytt år til dere alle sammen.

Else Merete Thyness

redaktør

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. 01 3. feb 28. feb

Nr. 02 1. april 02. mai.

Nr. 03 2. juni 27. juni

Trykkeri: 07 Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir

innhold

REPORTASJER

4 FRA BARNEHAGE TIL SKOLE

Av Else Merete Thyness

NY ARENA

8 AKTIV MED HUND

Av Else Merete Thyness

ARBEIDSPLASSEN MIN

10 UNG PÅ VEG MOT VAKSENLIVET

Av Birgitte Ulstein Kvangarsnes

KRONIKK

14 EN BARNDOM VARER I GENERASJONER

Av Mari Trommald

FORBUNDET

16 JOHANNE KNUDSEN FIKK TILLITSVALGTPRISEN

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas og Else Merete Thyness

17 MØTER, KURS OG KONFERANSER 2013

18 KAN ARBEIDSGIVER FLYTTE ELLER FORSKYVE ARBEIDSTIDEN?

Av Terje Andersen

19 INNSPEL: BARN I KLEMMEN MELLOM FORBRUK OG FELLESKAP

Av Anders Folkestad

20 MEDLEMMENE VIL HA FORSIKRINGENE

Av Roar Hagen

22 LANDSSTYRET STØTTER STUDENTENE

Av Sigrid Heimdal Myreng

22 OTARG ZIMBABVE

Av Sigrid Heimdal Myreng

24 CREATIVE COURSE WITHIN OCCUPATION THERAPY

Av Silje Torggrimsen og Kamilla Lemb Herbjørnsen

25 ERGOTERAPISTUDENTENE PÅ ENOTHE-KONFERANSEN

Av Sigrid Heimdal Myreng og Therese Øqvist

26 ERGOTERAPIENS DAG

Av Sigrid Heimdal Myreng

FAG

28 OCCUPATION-FOCUSED INTERVENTION APPROACHES

FOR CHILDREN AND YOUTH

By Noemi Cantin and helene J. Polatajko

36 FRITIDSAKTIVITET FOR UNGDOM MED UTVIKLINGSHEMMING

Av Anne-Stine Dolva, Marit Kollstad og Jo Kleiven

44 BARN, HÅNDSKRIFT OG ERGOTERAPI:

HVILKE INTERVENSJONER HAR EFFEKT?

Av Hilde M. Ingvaldsen og Therese Grieg

52 BARN SOM PÅRØRENDE

Av Vibecke U. Vallesverd og Signegun Romedal

56 ERGOTERAPEUTER OG BARNEHABILITERING

Av Gunvor Lilleholt Kleivberg, Ingvild Kjekken

og Reidun Jahnsen

62 THE CHILDRENS' HAND-USE EXPERIENCE QUESTIONNAIRE (CHEQ)

Av Anne Birgit Stavenes, Inger Helen Bolstad, Unni Sveen og Tone Vaksvik

68 IPAD + BARN = SANT

Av Thea Dihle, Maria Solberg Dolmen, Anne Berit Eik,

Lise Knippenberg Høiberg og Stine Terese Vatne

74 CHIPPA BRUKT PÅ NORSKE BARN

Av Margunn Sognnes

SMÅSTOFF

80 GAUSDALMODELLEN

Av Liv Else Ertesvåg Brenden

82 HEALTHY CHILDREN IN HEALTHY FAMILIES

Av Tiril Bjerås og Maja Myhre

84 YOGA - EN PAUSE I SKOLEHVERDAGEN

Av Inger-Synnøve S. Johansen

87 FORSKER I FARTEN: MONA ASBJØRNSLETT

Av Else Merete Thyness

88 NY FAGPLAN VED ERGOTERAPEUTUTDANNINGA I TROMSØ

FØLGJER EIT LIVSLØPSPERSPEKTIV

Av Astrid Gramstad og May-Britt Klaudivussen

PA DEN SISTE SIDEN

90 HVA ER ET BARN?

Av Else Merete Thyness

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 **F** er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen **F**



Du spør om det som er viktig for meg, du!

Dette året har vi løftet spørsmålet *Hva er viktig for deg nå?* Og mer spesifikt: Hva er viktige aktiviteter for deg nå? Dette er innledningsspørsmålet i hverdagsrehabilitering, der COPM er det sentrale redskapet. Hverdagsrehabilitering har fått et voldsomt gehør i Norge. 40 kommuner gjør nå praktiske erfaringer, like mange planlegger oppstart med det første, og enda flere har fattet interesse. Det var et klokt vedtak av Representantskapsmøtet i 2011 og 2012 å spisse handlingsplanen med hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi. Ergoterapeutene er nå med og endrer tankesettet i kommunehelsetjenesten! Å spørre om hva som er viktige aktiviteter, gir mer helsefremmende og ressursutløsende svar enn å spørre om hva en skal ha hjelp til, eller hva som er problemet.

I november var Representantskapsmøtet på nytt samlet og vedtok handlingsplan for neste år. Det ble vedtatt at for 2014 skal Ergoterapeutene ha *rehabilitering* som satsningsområde, nærmere spesifisert: *Synliggjøre ergoterapeuters rolle i rehabilitering med vekt på aktivitetsutføring og hverdagsmestring*. I 2014 må vi fortsatt stille spørsmålet innen flere fagområder: Hva er viktige aktiviteter for deg nå?

Jeg har tro på at det i årene framover vil skje en kulturendring i helsetjenesten. Kall det gjerne et paradigmeskifte, der spørsmålet «Hva er viktig for deg nå?» vil legge grunnlaget for tjenestetilbudet til den enkelte. Vi har allerede startet med å publisere en felles plattform om *Habilitering og rehabilitering i kommunene* sammen med FFO, Unge funksjonshemmede og Norsk Fysioterapeutforbund. I denne plattformen er det grunnleggende spørsmålet nettopp «Hva er viktig i livet ditt nå?»

Utgangspunktet må alltid være *deltakelse* – ikke avgrenset til brukermedvirkning eller brukersentrering! Og her kan ergoterapeuter bidra med kjernekompetanser. Våre kompetanser er ikke kompenserende passive tjenester. Vi tar utgangspunkt i den enkeltes egne valg om aktivitet og deltakelse, og samarbeider om hva som kan gjøres i sam-

spillet mellom personen, aktiviteten og omgivelsene.

I dette nummeret annonseres en rekke kurs som vektlegger aktivitetsutføring og hverdagsmestring innen ulike fagområder, med temaer som psykisk helsearbeid og recovery, oppgaverelatert trening for barn, kunnskapsbasert ADL, velferdsteknologi, arbeidsdeltakelse, COPM og demensarbeid osv. Sett av datoene og meld deg på!

Som barneergoterapeut i hjertet er det med stolthet at dette nummeret av Ergoterapeuten har barn og unge som tema – også med vekt på aktivitetsutføring og hverdagsmestring. Dette gir minner flere tiår tilbake om en ung mann på 19 år, som kom til meg for vurdering etter en håndskade. Jeg stilte vanlige spørsmål om hverdagslivet, som ergoterapeuter gjør: Hva han drev på med en vanlig hverdag? I fritida? Hans interesser? Hva han var god til? Hva som motiverte av aktiviteter? Jeg husker godt han fortalte om sin interesse for jakt sammen med venner, hans dyktighet i å mekke biler og motorsykler, og hans glede over å kunne leke med sin lille sønn. Han fortalte villig om aktivitetene i livet sitt, noe som ga meg nødvendig informasjon om videre innsats. Til slutt sa ungdommen: «Jeg har gjort flere undersøkelser av håndskadene mine; men du spør jo om det som er viktig for meg, du!»

La oss fortsette å stille det samme spørsmålet uansett hvor vi jobber som ergoterapeuter: Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?

Godt aktivt og deltagende 2014 for alle!

Nils Erik Ness

nestleder

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
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

Fra barnehage til skole



Hannah, Linnea og Sara Emilie leter ivrig etter firkantede gjenstander ute. I rask rekkefølge finner de en vegg, en bygning, et gjerde og min egen fotoveske. Jeg befinner meg i Pyramiden barnehage på Huseby. Førskolegruppen har startet opplegget «Fra barnehage til skole – aktivitet, mestring og glede».

AV ELSE MERETE THYNESS

Itto uker skal det handle om firkanter og rette linjer. Det er fordi rette streker er en grunnleggende skriveforberedende bevegelse. Tidligere i dag har de hatt samling, de har vært gjennom en hinderløype med rulling, hinking og balansering, de har trillet ball, og de har lagt seg ned for å hvile. Etter lunsjen har de arbeidet med den fine arbeidsboka som hører til opplegget, før de avsluttet med en fellesoppgave: å lage et stort hus av firkanter.

– Vi er veldig fornøyde med dette opplegget, sier førskolelærer og styrer i Pyramiden barnehage, Anne-Marte Henaug.

God skolestart

«Fra barnehage til skole» er et tilbud til alle de 85 barnehagene i Vestre Aker bydel. Ergoterapeut Nina Rønneberg Nielsen og fysioterapeut Kari Kaardal er drivkreftene bak prosjektet. De er ansatt ved Ressursenhet for barn og unge i bydel Vestre Aker i Oslo. Enheten organiserer ergoterapeuter, fysioterapeuter, spesialpedagoger og støttopedagoger, og er lokalisert på Huseby i Oslo.

– Ressursenhetens hovedmål er å gi tilbud til barn og unge med nedsatt funksjonsevne, men vi jobber også med helsefremmende og forebyggende tiltak, forteller de.

Og det var med forebygging det hele begynte. Faggruppene ved Ressursenheten ønsket å sette i gang



Ergoterapeut Nina Rønneberg Nielsen og fysioterapeut Kari Kaardal er drivkreftene bak prosjektet.



Før jeg vet ordet av det, har barna med stor glede kastet seg over fotoba-gen.

med et felles prosjekt for barn som nettopp hadde begynt på skolen. Derfor startet de opp «Ressursuken», som nå heter «God skolestart». Kort fortalt går Ressursukemodellen ut på at eksterne fagpersoner arbeider sammen med pedagogisk personell ved skolen én uke om høsten. Deretter sammenfatter de observasjonene sine og legger til rette for tiltak.

– Vi er sammen med førsteklasingene en hel uke og observerer hvordan de fungerer i den nye situasjonen. Å begynne på skolen forbindes gjerne med å lære å lese og skrive, men vi så at barna strevde med små, hverdagslige aktiviteter som å ta imot beskjeder, ta ting opp og ned av sekken, kle av og på seg, sitte rolig ved pulten, gå på do alene, knytte skolisene sine, og hoppe tau og kaste ball i friminuttene, forteller Rønneberg Nielsen.

Med bakgrunn i observasjonene ble det lagt til rette for aktiviteter som skulle gi enkeltbarn opplevelser av mestring og deltakelse i skolehverdagen.

– Vi la vekt på at aktivitetene som ble valgt, var noe klassen kunne gjøre sammen, og samtidig hjalp de barna som trengte det, sier hun.

Prosjekt «Aktivitet, mestring og glede»

Etter erfaringene fra Ressursuken bestemte teamet på Ressursenheten at det ville være gunstig å jobbe mer



Hannah, Linnea og Sara Emilie har funnet en firkantet vegg. Førskolebarna i Pyramiden barnehage på Huseby har startet opplegget «Fra barnehage til skole». – Dette er et både morsomt og lærerikt prosjekt. Både personalet, barna selv og foreldrene er veldig fornøyde så langt, sier førskolelærer og styrer Anne-Marte Henaug.

målrettet med disse aktivitetene med førskolebarna.

– De fleste barnehager har skoleforberedende aktiviteter som språk og matematikk, men vi vet jo at også motorikken er grunnleggende for utviklingen av lese- og skriveferdigheter. Mange barn strever med praktiske ferdigheter som det forventes at de kan når de begynner på skolen. Derfor ønsket vi å forberede barna for skolestart ved å sluse dem gjennom et sett av aktiviteter, sier Kaardal.

Ergoterapeuten og fysioterapeuten laget derfor en plan for hvordan de kunne øke barns motoriske kompetanse gjennom lek og målrettede aktiviteter. Resultatet ble prosjektet «Aktivitet, mestring og glede», som først ble prøvd ut i fire barnehager i 2007. Prosjektets mål var å gi fem- og seks-åringene tilstrekkelig erfaring med aktiviteter de ville møte i skolehverdagen.

– Barn lærer gjennom å bevege seg. Det første de gjør når de er født, er å bevege seg, og siden er de i bevegelse så mye de kan. For førskolebarna er en godt utviklet motorikk en forutsetning for å mestre sosiale, psykiske og praktiske utfordringer i hverdagen. Derfor la vi vekt på lek og aktiviteter som utfordret hele barnet. Gjennom det ville vi sikre at førskolebarna fikk et sett grunnleggende hverdagsferdigheter som skulle gjøre overgangen fra den trygge barnehagetiden til skolehverdagen enklest mulig for dem, forteller Rønneberg Nielsen.

«Aktivitet, mestring og glede» ble organisert i fem ulike temaer: firkant, trekant, sirkel, kryss og åttetall. Innenfor hvert tema skulle barna, med utgangspunkt i aktiviteter, øve på blant annet grovmotorikk, finmotorikk, bevegelseslek og munnbevegelser. Barnehagene jobbet to uker fra

ni til ett hver dag med hvert tema, slik at hele opplegget i alt tok ti uker. Temaene bygget på hverandre og har økende vanskelighetsgrad.

– Aktivitetene utviklet seg hele tiden, så vi begynte med å tegne rette streker, og endte opp med å knytte skolisser, sier hun.

Da prosjektet var avsluttet i de fire barnehagene, ble opplegget evaluert. Alle, inkludert barnehagepersonalet, foreldrene og barna selv, var veldig fornøyde.

– Så Vestre Aker ønsket å etablere dette tilbudet for alle barnehagene i bydelen, forteller de.

Boken Fra barnehage til skole

Sånt noe blir det bok av. Forlaget Gan Aschehoug fikk høre om prosjektet og bestemte seg for å gi det ut i bokform. Det har resultert i en hovedbok (veileder) som først og fremst er for barne-



Fra barnehage til skole - aktivitet, mestring og glede består av en veileder og en arbeidsbok.

Forfattere: Nina Rønneberg Nielsen og Kari Kaardal.

Veileder og arbeidshefte

«Fra barnehage til skole – aktivitet, mestring og glede» er et tverrfaglig, skoleforberedende opplegg til bruk i siste året i barnehagen.

AV ELSE MERETE THYNESS

Fra barnehage til skole – aktivitet, mestring og læring består av en hovedbok til de voksne og en arbeidsbok til barna. Hovedboken er et praktisk verktøy, og er delt inn i en teoridel og en praktisk del. Teoridelen inneholder en innføring i fem- og seksåringenes motoriske utvikling, eksempler på ferdigheter aldersgruppen bør ha, og hvordan man setter i gang.

Den praktiske delen består av fem temaer basert på formene firkant, trekant, sirkel, løkke og åttetall. Formene er valgt ut fordi de har alle elementene som trengs for senere forming av tall, bokstaver og sammenhengende skrift.

Hvert tema består av et aktivitetsprogram som tar cirka to og en halv time. Programmet inneholder samling, grovmotorikk, tegne- og bevegelseslek, finmotorikk og avslutning. Alle temaene er bygd opp på samme måte

Bakerst i boken er det maler til kopiering. Boken kan følges som den er – alt står i boken, men gir rom for egne ideer.

Til materiellet hører også en arbeidsbok til hvert barn, med oppgaver som er relatert til de finmotoriske aktivitetene i veiledningen.



hagepersonalet. Den består av en teoridel og en praktisk del med aktiviteter og oppgaver. I tillegg er det gitt ut et eget arbeidshefte for barna.

– Vår erfaring er at både barna og foreldrene setter stor pris på en egen bok, hvor de kan holde orden og følge med på utviklingen.

Bydel Vestre Aker har kjøpt inn bøkene og har lagt «Aktivitet, mestring og glede» inn i planene for de kommunale barnehagene i bydelen. Kaardal og Rønneberg Nielsen holder jevnlig kurs i opplegget og går inn i barnehagen som veiledere etter behov.

– Det er veldig gøy å jobbe med

dette. Det handler om hverdagsaktiviteter, og det kan brukes av alle, sier Rønneberg Nielsen.

En god uke

Til daglig drives opplegget av barnehagepersonalet. Det bygger på vanlige prinsipper som barnehagen er tuftet på, samtidig som det styrker barnas motorikk, noe forskning viser er grunnleggende for at barna skal bli små, trygge, selvstendige individer. I Pyramiden barnehage er de veldig fornøyde med vel gjennomført uke.

– Vi sa ja med en gang vi fikk tilbud fra bydelen. Dette er andre året

vi har førskolebarn, og det er spennende å prøve ut dette opplegget med dem. Barna synes det er gøy. De føler seg store fordi de har en gruppe som bare er for dem, og de liker aktivitetene. Det er rett og slett stas å være med på dette. Foreldrene er også veldig fornøyde, sier Anne Marte Henaug.

Hun roser ergoterapeut Rønneberg Nielsen og fysioterapeut Kaardal som følger dem opp.

– De er veldig behjelpelige og hyggelige å samarbeide med. Opplegget er lett å følge, og vi gleder oss til fortsettelsen. □



Nicoline, Linnea, Sara Emilie, Jacob, Aleksander, Susanne, Henrik, Sara, Amelia, Alexander og Sivert er klare for å trille ball.



Det er Susannes tur til å ta imot ballen.



De andre barna venter pent i kø, mens Sivert ruller rundt på matten.

Forløpet i et generelt program

Samling (cirka 15 minutter): Gjennom aktivitetene i denne delen får barna øvelse i å organisere seg, konsentrere seg, vente på tur, bli satt i sentrum, spille og synge samtidig. De blir kjent med former og begreper, lærer rim og rytme og oppøver munnmotorisk kontroll.

Grovmotorikk (cirka 45 minutter): Gjennom ulike grovmotoriske aktiviteter øver barna blant annet på grunnleggende bevegelser, balanse, koordinasjon, kryssende bevegelser og ballferdigheter.

Tegne- og bevegelseslek (cirka 30 minutter): Skriveforberedende lek. Leken består av to deler: en bevegelseslek som utfordrer balanse og grov- og finmotorikk og en tegne-/skrivelek der barna lærer å forme grunnleggende skriveforberedende bevegelser på store ark. Begge aktivitetene utføres mens barna synger kjente barnesanger.

Måltid/pause

Finmotorikk (cirka 30 minutter): Barna får øvelse i øye-hånd-koordinasjon og finmotorisk trening gjennom tegning og klipping etter de ulike formene. De øver seg på å knytte knute og sløyfe. Barna jobber også med arbeidsboka.

Avslutning (cirka 10 minutter): Oppsummering av hva vi har gjort den dagen. Ved å snakke sammen om aktivitetene i etterkant, hjelper vi barna til å huske, repetere og reflektere.

Ergoterapeut driver gruppen

Aktiv med hund

AV ELSE MERETE THYNESS



– Hva jobber du som?

– Jeg jobber som kommuneergoterapeut i Grimstad kommune. Kommunen startet i 2012 pilotprosjektet «Aktiv med hund» sammen med Arendal og Omegn hundeklubb og Universitetet i Agder. Tiltaket hadde et helsefremmende fokus der hund skulle inngå som motivator for bevegelsesaktivitet hos barn. Tanken med prosjektet var blant annet å se om hund kunne brukes for å stimulere til økt fysisk aktivitet.

– Kan du kort beskrive prosjektet?

– «Aktiv med hund» var et prosjekt for barn i alderen ni til tretten år som ikke fant seg til rette i annet aktivitetstilbud. Tilbudet var veldig vellykket; derfor ønsket kommunen å starte opp en «forenklet modell» av «Aktiv med hund». Tanken var å rekruttere barn i aldersgruppen fjerde til syvende klasse som var lite fysisk aktive, og som kanskje var vanskelige «å få i gang» fysisk, og eventuelt også sosialt. Derfor implementerte Grimstad kommune prosjektet i ordinær drift og la det under Frisklivssentralen. De rekrutterte også frivillige som stilte opp med hund.

– I Grimstad administreres Frisklivssentralen av fysio- og ergoterapitjenesten. Flere faggrupper i enhet Helse bidrar også i tilbudet. Jeg, som ergoterapeut, driver nå gruppen «Aktiv med hund». På fritiden er jeg også opptatt av hunder. Jeg har tre stykker selv og er avlaster for den fjerde. I tillegg driver jeg med hundeklipping og dressur. Jeg ble spurt om jeg kunne tenke meg å videreføre prosjektet «Aktiv med Hund» rett og slett fordi jeg er en hund elsker, og når sant skal sies, er vel noen av mine kolleger en smule engstelige for hunder. Dermed er hobbyen min nå også blitt en del av jobben.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene dine?

– Fysio- og ergoterapitjenesten i Grimstad har sammen med de fleste andre tjenester i enhet Helse nylig flyttet til vakre Dømmesmoen. Dette stedet ligger flott til like ved lysløyper og turområder. Her har «Aktiv med hund» fått egen bane, der vi møtes en gang i uken. Åtte frivillige voksne med hunder stiller opp. Det er forskjellige hunderaser og ulikt nivå på dressur og lydighet, fra vanlige familiehunder til topp premierte agilityhunder. Felles for hundene er at de har vært gjennom en undersøkelse hos veterinær som viser at de har god helse og godt gemytt. Deltakerne på kurset er åtte barn mellom ni og tretten år som ikke har funnet seg til rette i andre aktiviteter. Barna er rekruttert til gruppen av helsesøster, fysioterapeut eller ergoterapeut, eller gjennom annonsen som har stått i avisen.

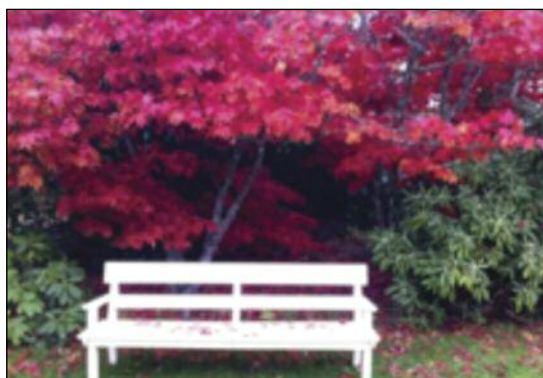
– Gruppen går over åtte ganger. Vi møtes en gang i uken for cirka en og en halv times moro med hund. Først går og løper vi en runde i lysløypa, og så samles vi for agility på banen vi har. Pølsebiter går det masse av når både trente og utrente hunder skal gå slalom, hoppe hinder og løpe gjennom tunneler. For barna er hunden motivasjonsfaktoren. Vi prøver å sette sammen hund og barn som passer sammen, og barna får ansvar for «sin» hund gjennom hele kurset.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Forskning viser at å ha kontakt med hund er godt både for fysisk og psykisk helse, samt at det er en utrolig motivasjonsfaktor til aktivitet. Dette passer jo perfekt for meg som ergoterapeut. For mange er det å forholde seg til en hund mindre komplisert enn å forholde seg til mennesker. Dette gir lettere innpass for en terapeut. I Grimstad er vi



Dømmesmoen ligger flott til like ved lysløyper og turområder.



En vakker høstdag på Dømmesmoen.



Slik har ergoterapeuten i Grimstad det på jobb.



heldige som bor og jobber i en kommune som er åpen for bruk av hund. Her er det også hunder på sykehjem, og nylig ble Frivillighetsprisen utdelt til Molly, en storpudde som er lesehund på biblioteket.

– Jeg ser mange muligheter for å videreutvikle «Aktiv med hund» og overføre det til andre brukergrupper. Flere samarbeidspartnere har allerede tatt kontakt for å diskutere mulighetene.

– **Anbefaler du andre ergoterapeuter å starte med noe lignende?**

– Ja, jeg anbefaler på det varmeste flere ergoterapeuter å star-

te noe lignende. Hunder er en unik inngangsport til vårt hovedverktøy – aktivitet! Det er ikke alle barn som føler seg vel på fotballtrening, turn eller svømming. Mange kan også ha noen kilo for mye, og det kan være tungt å komme i gang med en aktivitet. Da kan «Aktiv med hund» være akkurat det de trenger for å komme i gang. ☐

Myndighetene anbefaler at alle barn bør være i aktivitet minst 60 minutter hver dag. Blant norske niåringer er det ti prosent av guttene og 25 prosent av jentene som ikke oppfyller denne anbefalingen.

Ung på veg mot voksenlivet

«Ung på veg» var et prosjekt som skulle lette overgangen frå barn til vaksen for ungdomar med lett utviklingshemming i høve venskap, kjærleik og seksualitet, men også einsemd og manglande sosiale ferdigheiter. Prosjektet hadde som mål å gjere kommunar og skolar kompetente til å sikre overgangen for desse ungdomane. Prosjektet sprang ut av eit behov som fleire innan Habiliteringstenesta ved Ålesund Sjukehus såg etter kvart som dei hadde jobba med denne aktuelle brukargruppa nokre år.

AV BIRGITTE ULSTEIN KVANGARSNES

Bakgrunn for prosjektet

I starten av 2000-tallet var både Barneteamet og Vaksenteamet ved Seksjon for Habilitering blitt merksame på behovet for eit tilbod til ungdommar med lett utviklingshemming i høve sosiale ferdigheiter og overgangen til voksenlivet. Denne gruppa får ofte ikkje like stor merksemd som dei med moderat til tung utviklingshemming, som meir openbert treng hjelp og støtte. Ungdomar med lett utviklingshemming, generelle lærevanskar eller ulike utviklingsforstyringar har meir usynlege utfordringar ved overgangen til voksenlivet. Problema er likevel alvorlege og kan få svært store konsekvensar både for ungdomane sjølve og for dei rundt dei, om dei ikkje får hjelp. Det kan starte som ein uskuldig pubertetsfrustrasjon, men kan utvikle seg til store problem som kan vere vanskeleg å reversere.

Med diagnosen lett utviklingshemming følger kognitive og dermed sosiale vanskar, som ofte er lite synlege. Dei med utviklingshemming vil leve som andre ungdomar, med lausriving frå foreldre, kjærast, jobb og eigen bustad. Dei vil klare seg sjølve. Dette viser seg å vere vanskelegare for desse enn andre. Med lite sosial trening eller tilretteleg-

ging kan det føre til store problem som einsemd, uakseptabel åtferd, overgrep, psykiske tilleggsproblem og kriminalitet. Det finst lite statistikk på desse felta, men når det gjeld overgrep er tala klare:

«Hele 12 prosent av kvinner og seks prosent av menn med psykisk utviklingshemming er utsatt for seksuelle overgrep. Det er over dobbelt så mye som blant befolkningen for øvrig.» (Fagbladet, mai 2013)

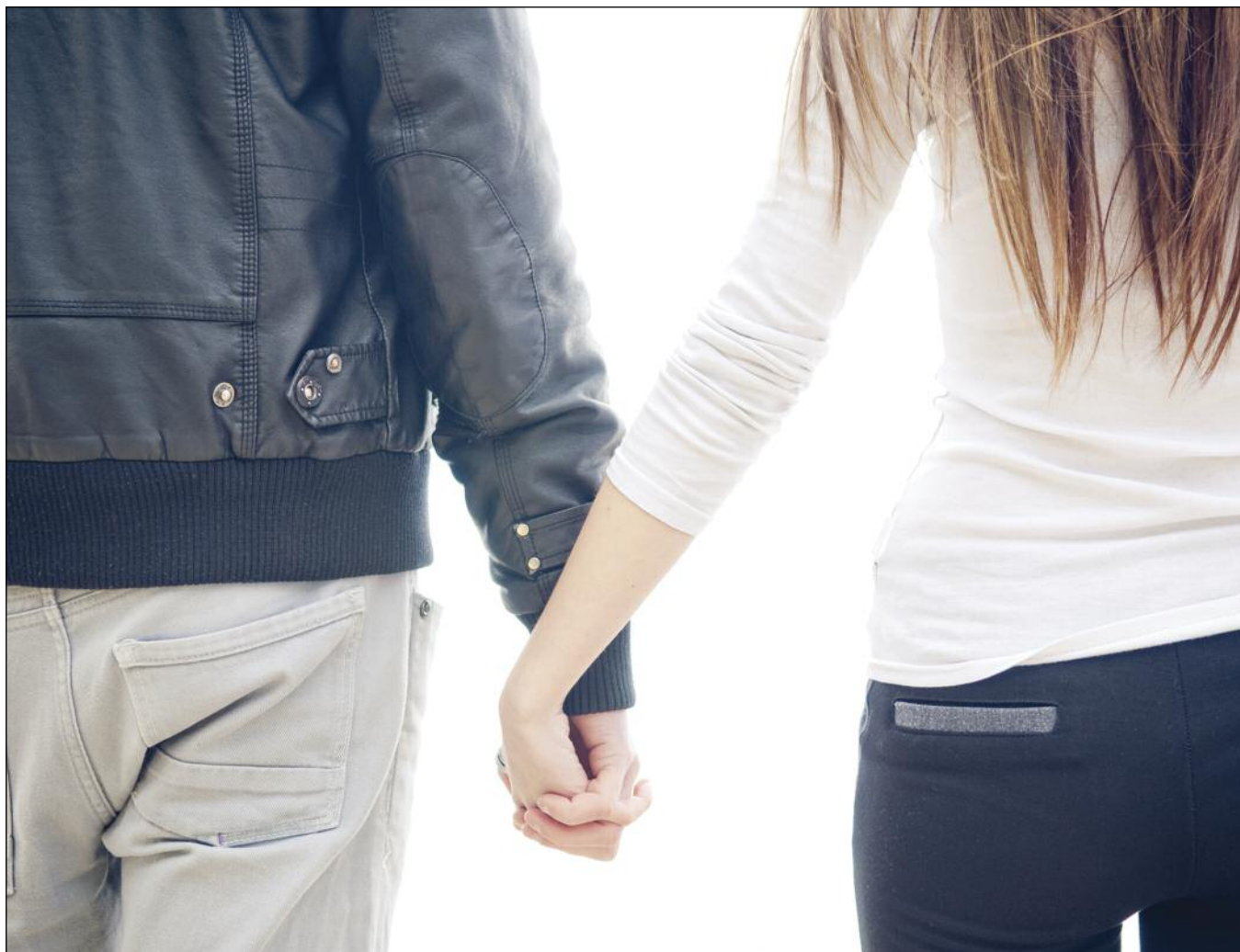
Ved Habiliteringstenesta såg ein at det ikkje var nok med overgangsstøtte i høve arbeid og bustad, men at sosiale funksjonsnedsettingar var ei like stor utfordring. Mange i førstelinja vegrar seg for å ta tak i problem som kan innehalde seksualitetsproblematikk. Desse ungdomane sine vanskar fører til at dei i liten grad oppfattar historier og diskusjonar, hint og flørtning, kodar og folkeskikk, slik andre gjer i løpet av oppveksta. Dei får difor generelt lite erfaringsgrunnlag som kan føre til svært feilslåtte framstøyt for å få vener eller kjærast. Ein ville derfor gje desse eit opplæringstilbod i gruppe, som fokuserer nettopp på sosiale ferdigheiter. Å gje slik trening i gruppe, og over tid, kan gje kunnskap og erfaring å bygge vidare på i livet.

Vaksenteamet hadde ei kursrekke allereie hausten 2000, medan Barneteamet starta opp med Nesten Vaksen-grupper i 2002/3. Vaksenteamet hadde kursrekke i 2004 og 2005, medan Barneteamet hadde eit kontinuerleg tilbod fram til påska 2011.

Både kursrekkene og Nesten Vaksen-gruppene var bygt opp med same tema og over same lest. Tilbodet blei gitt til ungdomar som var tilvist Habiliteringstenesta med typiske overgangsutfordringar i høve venskap, kjærleik og seksualitet, men også einsemd og manglande «antennar» eller sosiale ferdigheiter for å kunne bli akseptert blant andre



Birgitte Ulstein Kvangarsnes er spesialergoterapeut med videreutdanning i tverrfagleg rehabilitering. Hun var tilsett som prosjektleiar ved Seksjon for habilitering, Helse Møre og Romsdal HF, Ålesund Sjukehus. E-post: ulsteinb@online.no



Ungdom med utviklingshemming vil leve som andre ungdomar, med lausriving frå foreldre, kjærast, jobb og eigen bustad. Dei vil klare seg sjølve.

ungdomar. Ungdomane var i alderen 14 - 18 år for Nesten Vaksen-gruppene, medan Vaksenteamet hadde unge vaksne frå 19 - 35 år.

Vaksenteamet sine kursrekker strekte seg over eitt semester med åtte kveldar. Nesten Vaksen-gruppene hadde ingen tidsavgrensing, slik at dei fleste av ungdomane deltok i fleire år til dei nådde 18 år. Tilbodet var to timar på ettermiddag/kveld annakvar veke, både for kursrekkene og Nesten Vaksen-gruppene. Ein fylgde skolekalenderen. Tilbodet vart populært, og dei gav uttrykk for trivsel og læring både til Habiliteringstenesta og til sine føresette.

Det var oftast tre leiarar på kvar samling, og desse planla innhaldet og detaljane for kvelden. Ungdomane hadde også ei viss påverknad på tema og mat, og korleis ting utvikla seg i gruppa. Sidan ungdomane blei oppmoda om ikkje å fortelje andre om noko frå gruppa (teieplikt), vart det vanskeleg for foreldra/tilsette å kunne spinne vidare på dei tema som vart tatt opp. Tema var blant anna:

- venskap
- kjærleik
- seksualitet
- sosiale kodar

- folkeskikk/bordskikk
- mobbing
- hygiene
- sosiale medier
- mobil-/telefonbruk

Tema vart repetert fleire gonger med ulike innfallsvinklar. Metodane var ei blanding av samtale, collage, teikning, rollespel, spelet «Jeg lurar på» og filmsnuttar med diskusjon etterpå. Ved behov delte ein opp i mindre grupper delar av kvelden. Det var cirka seks til åtte deltakarar kvar gang.

Sjukehuset i Ålesund har 19 kommunar i sitt nedslagsfelt. Deltakarane kom frå ni av desse. Ein vesentleg grunn til at ikkje fleire deltok, er dei geografiske utfordringane. Sunnmøre har fjordar og fjell, ferger og dårlege vegar. Dei som budde lengst unna, hadde ikkje eit reelt høve til å delta. Det var også vanskeleg med oppfølging lokalt. Habiliteringstenesta hadde ikkje kapasitet til å utvide med fleire grupper.

Vi opplevde at ungdomar som i utgangspunktet hadde få eller ingen vener, fekk vener i gruppa. Dei budde for

arbeidsplassen min

langt frå kvarandre til å kunne vere i lag utanom gruppa. Då har venskapen liten verdi. Dei mestrar vanlegvis ikkje sosiale medier godt nok til ha glede eller nytte av dei.

«Ung på veg»

Vi søkte difor Helsedirektoratet om midlar til prosjektet «Ung på veg». Midlar vart gitt, og frå første september 2010 var prosjektleiar i arbeid og prosjektgruppe etablert. I lys av Samhandlingsreforma, som kom eit halvår etter, var timinga god.

Mål

Prosjektet hadde som mål å gjere kommunar og skolar kompetente til å sikre ein best mulig overgang frå barn til vaksen for ungdom med spesielle behov.

Alle budde i ein kommune, og mange gjekk på skole. Nokre var ferdige med skolegangen, men ikkje med overgangsutfordringane, difor hadde vi eit vidare tidsspekter enn «vanleg ungdomstid». Her rekna vi tenåra frå cirka 13 til 25 år. Målsettinga var altså at desse ungdomane skal få eit godt tilbod i denne overgangsfasen.

Ein har derfor eit primærmål og eit sekundærmål.

- Primærmål: Å hjelpe kommunar og skolar til å gje eit godt tilbod til desse ungdomane.
- Sekundærmålet, det eigentlege målet: Å gje ungdomane ein best mulig overgang frå barn til vaksen.

Ein kan også snakke om objektmål i høve primærmålet:

- Samhandling (samarbeid mellom skolane og kommunane, og mellom kommunane).
- Kompetanse (til å gje eit godt tilbod).

Prosjektorganisering

Prosjektet vart enkelt organisert. Eigar var Helse Sunnmøre HF, etter juni 2011 Helse Møre og Romsdal HF, Ålesund. Ein valgte ikkje å ha ei styringsgruppe, men å ha seksjonsleiar som representant for eigar i prosjektgruppa. Prosjektgruppa hadde syv medlemmer, inkludert prosjektleiar, og var henta frå ulike faggrupper i Vaksenteam og Barneteam. Det var bare prosjektleiar som var i 50 prosent løna stilling i prosjektet.

Gjennomføring

Prosjektet varte i to år og fire månadar. Dette var naudsynt for å kunne få eit resultat: *Flest muleg Nesten Vaksen-tilbod i regi av kommunar og skolar.*

Vi starta med ein dialogkonferanse, gratis og med spanande program. Vi fekk god respons, omlag 100 deltakarar. Dei fleste arbeidsplassane var representert med fleire enn ein tilsett. Der var også fleire leiarar. Ei aktiv forsamling der halvparten av tida var gruppearbeid, resulterte i ei god kartlegging av tilbodet til denne gruppa og kva ønsker og behov dei har. Det vart ytra ønske om ein mal, og vi bestemte oss for å lage ein perm med diverse fagstoff, malar, metodar og råd. Dei ville også ha meir kunnskap om utviklingshemming og seksualitet.

Vi arrangerte derfor eit oppfølgingskurs eit halvår seinare og laga ein fyldig perm: «Nesten Vaksen-permen». Den har stoff om korleis ein kan starte og sette saman

grupper, metodar og forslag til tema og ikkje minst mykje fagstoff og linkar. Permen har plass til meir, og kan kompletterast i høve kvar enkelt sitt behov. Permen ligg no ute på helseføretaket (Helse Møre og Romsdal) si nettside for gratis nedlasting.

Kurset hadde først føredrag om utviklingshemming og seksualitet. Etter presentasjon av den nye permen, brukte vi tida til gruppearbeid. Å skape noko av ingenting, krev mykje høgtenking i gruppene for å finne kvarandre på tvers av dei vanlege samarbeidslinjene.

Etter kurset var det tid for grasrotarbeid. No måtte dei enkelte jobbe med å finne ut av korleis kome vidare. Det viste seg snart ein del problemstillingar, særleg i kommunane. Her er det ingen sjølvstendig ansvarleg instans eller arena. Det er mange aktuelle fagpersonar som kan bidra, men variasjonane mellom kommunane er store, og det går veldig på personleg interesse.

I skulane var det langt enklare. Der er tilsette, ungdomar og arena på plass, og det er ikkje så vanskeleg å innlemme disse tema i fleire av faga.

Vi såg i månadane etterpå at mange kommunar og skular sleit med den vanskelege oppstarten. Derfor innbaud vi til Nettverksamling, ein erfaringsarena for dei i startfasen. Habiliteringsstenesta stilte med fem - seks fagpersonar med erfaring frå Nesten Vaksen-grupper. Nettverksamlinga var lagt opp med ein liten fagbolck, og så drøfting i plenum om kor langt dei var komne og kva utfordringar dei hadde. Dette vart ei nyttig samling for dei som streva. Dei fekk drøfta med dei andre deltakarane, fekk ufarleggjort arbeidet ved å snakke med dei erfarne frå Habiliteringsstenesta, og kom med ønske for fagtema til neste gang.

Status ved avslutting av prosjektet

Prosjektet vart avslutta ved nyttår. Da hadde fleire kommuner og vidaregåande skular starta nesten Vaksen-grupper. Fleire planlegger oppstart. Habiliteringsstenesta har ansvar for ei årleg Nettverksamling kvar vår for dei som er i gang eller planlegg oppstart. Like viktig som fagleg tema er erfaringsdelen, der deltakarane kan dele erfaringar og drøfte utfordringar med kvarandre og med tilsette ved Habiliteringsstenesta.

Årets nettverkssamling viste at det skjer ei gledeleg utviding av tilbodet og at det er stor entusiasme rundt temaet.

Konklusjon

Samhandlingsreforma hadde ein intensjon om at flest tenester skal skje nærast der folk bur. Samtidig kom det altfor lite midlar til å kunne gjennomføre reforma. Prosjektet har vist at det ikkje treng å koste store ressursar, men at det kan vere mykje å spare på å sette i gang slike tilbod. Ein kan spare store lidningar for enkeltmennesket, men sjølvstendig også mykje ressursar for kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. Det kostar for eksempel samfunnet store summer kvart år å sette i gang krisetiltak grunnet atferdsproblematikk.

Nesten Vaksen-arbeidet kan også klart definerast inn i den førebygginga som Samhandlingsreforma nemner. All erfaring viser at det er enklare og billigare å førebygge enn å reparere skade. Men førebygging er ikkje gratis, og den

er vanskeleg å måle effekt av og å argumentere for, i motsetning til konkret oppstått problematikk. Nesten Vaksen-tilbod er også aktuelle for ungdomar som allereie har problem. Dette blir då ikkje førebygging, men «brannsløking».

Prosjektet si oppgåve var å sette i gang ein prosess:

- å få ei bevisstgjerjing av kor viktig dette arbeidet er
- at det ikkje er særleg vanskeleg eller dyrt å drive slike grupper
- å dele Nesten Vaksen-kunnskapen med heile Sunnmøre, og gje dei trua på at dei kan sjølv
- å gje dei eit verktøy som lettare kan gjere dei i stand til det, nemleg Nesten Vaksen-permen
- å skape ei eigarkjensle til tilbodet for å halde motivasjonen oppe.

Prosjektgruppa var bevisst på at ikkje alle trengte å velje Nesten Vaksen-grupper. Vi ser no at resultatet vart ganske variert, frå å bruke delar av permen i undervisninga, til å lage vennegruppe eller å starte vanlege Nesten Vaksen-grupper.

Ungdommar med lett utviklingshemming er lette å oversjå. Utan nødvendig hjelp og støtte i overgangen til vaksenlivet, kan de skape store problem for seg sjølve og andre. Men dette er også ungdommar med potensial til både å vere produktive i eit arbeid og ein positiv faktor i nærmiljøet, hvis dei har ein grunnleggande sosial kompetanse. Då er eit Nesten Vaksen-tilbod ei billig investering, sidan det kan førebygge og minske utfordringar, og i staden legge grunnlaget for meir harmoniske ungdommar med god livskvalitet. □



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 

En oppvekst varer i generasjoner

Det er et klart uttalt mål for barneverden i Norge at barn skal ha det bra fordi de er barn. Barnekonvensjonen slår fast at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn, og barneloven etablerer at barn har krav på omsorg og omtanke fra sine omsorgspersoner.

AV MARI TROMMALD

Vi vet at det er en klar sammenheng mellom barns oppvekst og deres fysiske og psykiske utvikling. Derfor bør vi se samlet på oppvekstfeltet over tid. Barn har ikke sammensatte problemer, det er hjelpeapparatet rundt barn i oppvekstfasen som er fragmentert og sammensatt.

Generasjonsoverførte problemer

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har ansvar for fagområdene barnevern, familievern, adopsjon, vold i nære relasjoner og likestilling og ikke-diskrimineringsfeltet. Direktoratet har også forvaltningsansvar og oppgaver innenfor en rekke områder, som foreldreveiledning, ekteskapssaker og forskning og utvikling. Med en så bred portefølje innenfor oppvekstfeltet, er det vesentlig å se tendenser i en sammenheng og sikre et så bredt kunnskapsgrunnlag som mulig.

På makronivå er en god barndom viktig for samfunnet. Oppveksten kan påvirke barns og unges fremtid og deltakelse i samfunnslivet. Sosiale relasjoner, etablering av familie, deltakelse i arbeidslivet, bolig- og helseforhold henger sammen med den oppveksten hver enkelt har hatt. Vi ser klare tendenser til at ikke-deltakelse i arbeidsliv, fattigdom og rusproblemer ofte følger barn videre inn i deres eget voksenliv. De generasjonsoverføres.

Krav er viktig i skolen – for alle barn

Resultater fra oppfølgingsstudier i Norge viser at barn som får hjelp av barnevernet, ikke lykkes like godt i

skole- og opplæringssammenheng som andre barn. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Utdanningsdirektoratet og forskere jobber tett for å finne effektive tiltak for å bedre barns skoleprestasjoner. Det er nødvendig å ha trykk på oppfølgingen både fra skole og barnevernet. Det er eksempler på at skole eller barnevern vegrer seg eller gir opp arbeidet med oppfølgingen til tross for at barnet har rett på utdannings tilbud. Oppsummeringen viser at det er nødvendig å ha klare forventninger til skoleprogresjon og skoleprestasjon. Dette sammenfaller med barnevernets tilbakemeldinger om at barnets bakgrunn enkelte ganger brukes som en unnskyldning, og man kommer inn i en spiral med manglende forventninger og oppfølging og deretter svakere prestasjoner. Barnas omsorgspersoner og nettverk kan være avgjørende for å styrke motivasjon og læring. Ved å se tjenester i sammenheng kan man eksempelvis se skolen som en svært viktig inkluderingsarena og få bedre resultater, som i sin tur vil fremme barnas muligheter her og nå og videre i livet.

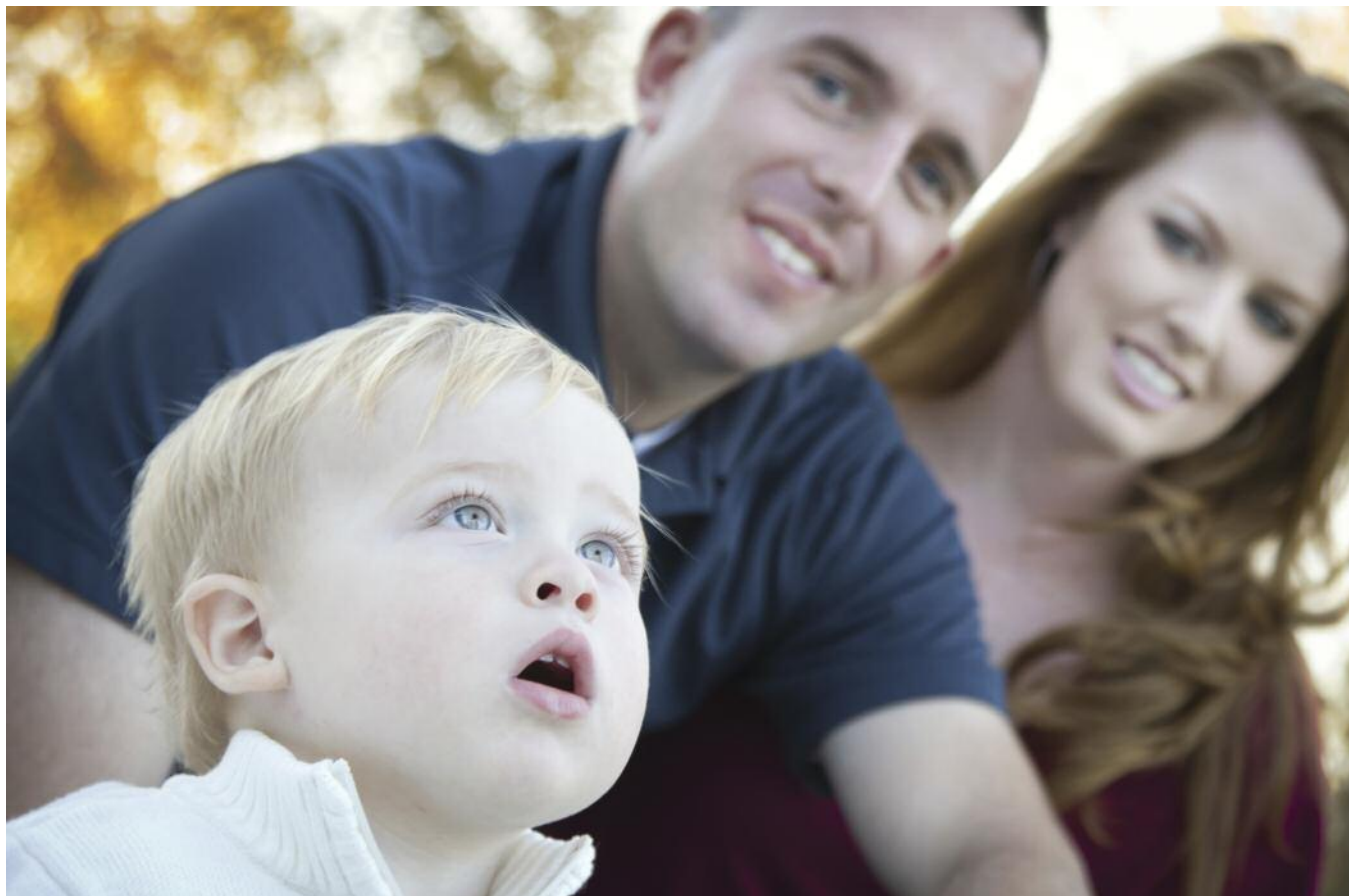
Foreldrekonflikt skader barna

Det er ulike faktorer som spiller inn og påvirker barns oppvekstforhold og mulighet til vekst og kognitiv utvikling. Noe av det viktigste for barna er at samspillet med foreldrene er bra, og at de blir sett og hørt som egne individer. Det gjør ikke så stort utslag at foreldrene er fattige og uten arbeid dersom de er gode foreldre med innlevelse i barnets behov.

Vi vet at hyppige konflikter mellom foreldre kan lede til atferdsproblemer, stress, usikkerhet og problemer på skolen. Både foreldre i konfliktfylte forhold og foreldre som går hver til sitt må vite at vedvarende konflikt skader barna. Det er viktig å se barna der de er, i de nære relasjonene, og skjønne at konfliktene preger dem. Derfor må foreldre få hjelp til å løse sine konflikter, både i og utenfor forhold, slik at barna



Mari Trommald er direktør i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir).



Oppveksten påvirker barns og unges fremtid og deltakelse i samfunnslivet.

slipper å forholde seg til voksenkonflikter de ikke har noen forutsetning for å takle. Det viser seg at det som hjelper mest for å redusere foreldrekonflikt, er når foreldre blir gjort oppmerksomme på hvor skadelig det er for barna å bli eksponert for konflikt og krangling.

Barn oppvokst under tøffe omstendigheter kan få hjerne-skade som en direkte følge av stresset de blir utsatt for. Små hjerner i konstant beredskap produserer så mye kortisol at det kan få varige mén, viser forskning. Det er meget vanskelig å vite hva som påvirker mest, og hvilke kombinasjoner av problemer som gir størst utslag. På overordnet nivå kan det sies at barn med god tilknytning til sine omsorgspersoner klarer seg bedre enn andre barn, og stiller forholdsvis sterkt selv om de har utenforliggende sosio-økonomiske problemer.

Målbarhet for barna

Barn og unge skal sees, møtes med tillit, respekt og krav som kan skape gode rammer for oppveksten. For å få til dette må vi tette kunnskapshull på oppvekstfeltet og bidra til at vi kan ha en helhetlig tilnærming til barn og unges levekår og hvordan vi som samfunn skal sørge for god og trygg oppvekst for våre yngste.

Offentlige tjenester må styrkes og utvikles for å hjelpe barn og unge som er i vanskelige livssituasjoner. Det er ingen entydig utvikling i barn og unges risikoatferd. Vi ønsker å kunne måle kvaliteten på omsorgen barn mottar. For å vite mer om kvaliteten på omsorgen er det behov for mer kunnskap om hvordan barn selv vurderer sin relasjon til foreldre og andre omsorgspersoner, og om hvordan de

opplever sin familie- og livssituasjon. Det er også behov for kunnskap om trivsel. Hvilke faktorer mener barn og unge selv er viktige for at de skal ha det bra. Dette er et tema vi ønsker å se nærmere på. □

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) er et fagorgan for barnevern, familievern, likestilling og ikke-diskriminering, samt vold og overgrep i nære relasjoner.

Bufdir er underlagt Barne-, likestillings og inkluderingsdepartementet (BLD). Direktoratet styrer Bufetats fem regioner, som yter tjenester innen barnevern, familievern og adopsjonsområdet.

Bufdirs overordnede mål er å fremme vekst og utvikling for barn, unge og familier, samt arbeide for inkludering, likestilling og å forebygge marginalisering for alle aldersgrupper og på tvers av alle diskrimineringsgrunnlag.

Bufdir skal bidra med relevant kunnskap, råd, informasjon og veiledning og jobber systematisk med dokumentasjon på egne fagområder.

Direktoratet utvikler også nye tjenestemodeller, evaluerer eksisterende tilbud og utvikler kompetansetiltak. Utarbeiding av veiledere og modeller for god faglig praksis basert på beste kunnskap er et av hovedinnsatsområdene for Bufdir.

Johanne Knudsen fikk Tillitsvalgtprisen 2013

Årets tillitsvalgtpris gikk til Johanne Knudsen. Den energiske damen på snart 70 år mottok diplom, gave og blomsterbukett under Ergoterapeutenes representantskapsmøte. – Dette er en gledelig overraskelse og en stor ære, sa prisvinneren.

AV KARL-ERIK TANDE BJERKAAS OG ELSE MERETE THYNESS

Årets tillitsvalgtpris deles ut til et medlem av Norsk Ergoterapeutforbund som har gjort en vesentlig innsats som tillitsvalgt.

– Johanne Knudsen har vært tydelig og klar i sin måte å arbeide for faget på. Hennes innsats som tillitsvalgt har bidratt til at det er nesten 100 ergoterapeuter ansatt i Bergen kommune i dag, sa Mette Kolsrud da hun overrakte prisen.

Hun fortalte at Johanne Knudsen har stått i mange krevende prosesser på vegne av sine medlemmer.

– Hun har gjentatte ganger kjempet mot nedlegging av ergoterapeutstillinger – og vunnet de fleste kampe, sa Kolsrud.

Videre berømmet hun Knudsen for å ha gjort en innsats for å rekruttere og beholde medlemmer, og ikke minst for å være en god arbeidskamerat.

– Det vil bli et stort tap for forbundet og kollegaer når hun nå går av med pensjon. Derfor er det ekstra flott å kunne hedre henne med denne prisen, sa forbundslederen.

Mange verv

Johanne Knudsen har vært medlem av forbundet helt fra hun var nyut-

dannet ergoterapeut i 1967. I løpet av årene har hun innehatt så å si alle de vervene det er mulig å ha i en fylkesavdeling: fylkesleder, kasserer og sekretær – i flere omganger.

– Det å representere forbundet gir tilgang på både informasjon og innflytelse. Vi blir synligere for arbeidsgiverne våre og bedre kjent med det administrative systemet enten det er i kommunen eller fylket, sa hun.

Hun startet ergoterapeutkarrieren sin på Haukeland sykehus i Bergen. De siste årene har hun jobbet i Bergen kommune. Som tillitsvalgt har hun deltatt i forhandlinger og kjempet for både arbeidsplasser og stillingskoder.

– Jeg måtte hele tiden tenke på hvordan jeg kunne skape best mulig vilkår for de jeg representerte, sa hun.

Hun føler seg beæret over å ha blitt tildelt Tillitsvalgtprisen.

– Jeg er veldig glad for denne prisen. Det er gledelig at forbundet viser så tydelig at de anerkjenner det arbeidet tillitsvalgte utfører.

Sterke kandidater

Kandidater til hedersprisen kan foreslås av alle medlemmer av forbundet,



– Gjennom engasjement får vi innflytelse, sa Johanne Knudsen. Hun vant Tillitsvalgtprisen 2013.

Sentralstyret beslutter hvem den skal deles ut til. Årets kandidater var, i tillegg til Johanne Knudsen, Mari Thon og Liv Marie Torbergesen.

– De var gode kandidater, alle sammen, og i år var det Johanne Knudsen som gikk av med seieren, sa Mette Kolsrud. □

Ergoterapeutene tilbyr avtalegiro

Medlemmer som i dag får tilsendt faktura for å betale sin kontingent, vil nå få tilbud om å benytte avtalegiro. Dette gjelder først og fremst medlemmer som ikke er yrkesaktive.

Tilhører du denne gruppen, vil du i høst få tilsendt faktura på vanlig måte. Når du betaler denne i nettbanken, vil du få tilbud om å ta i bruk avtalegiro. Takker du ja, går du fra årsskiftet over på avtalegiro. Dersom du ikke tar i bruk avtalegiro ved betaling av fakturaen, kan du likevel

inngå avtale om avtalegiro i nettbanken senere.

Avtalegiro er en lettere og sikrere ordning for den enkelte, og enklere å administrere for forbundet. Ved avtalegiro vil det skje et månedlig trekk fra kontoen i stedet for en større faktura to ganger i året.

Medlemmer som fortsatt ønsker papirfaktura tilsendt, vil fra årsskiftet bli belastet med et fakturagebyr på 35 kroner. Ergoterapeutene har også innført et purregebyr når vi må purre en faktura.

Stort utvalg av møter, kurs og konferanser i 2014

Aktiviteten i Ergoterapeutene blir enda større i 2014. Vi lanserer nå en bred oversikt over våre kurs, møter og konferanser i 2014. I tillegg til disse kommer en lang rekke arrangementer i fylkesavdelingenes regi, og flere kommer til i løpet av året. Merk av aktuelle datoer og finn mer informasjon i www.ergoterapeutene.org/kurs-kalender. Arrangementene er gruppert i kurs for tillitsvalgte, møter i organisasjonen og ergoterapifaglige kurs. Har du spørsmål, kan du sende dem til post@ergoterapeutene.org.

Type	Start	Slutt	Dager	Hva	Hvor
Organisasjon	07.jan	08.jan	2	Sentralstyremøte	Oslo
Tillitsvalgt	03.feb	06.feb	4	Videregående kurs, Virke-tillitsvalgte	Trondheim
Organisasjon	04.feb	04.feb	1	Sentralstyremøte	Telefonmøte
Tillitsvalgt	11.feb	12.feb	2	Videregående kurs, kommunene	Gardermoen
Tillitsvalgt	11.feb	12.feb	2	Videregående kurs, spesialisthelsetjenestene	Gardermoen
Tillitsvalgt	13.feb	13.feb	1	Tariffkonferanse	Oslo
Fag	06.mars	07.mars	2	Ergoterapi og psykisk helse - recovery	Oslo
Fag	10.mars	11.mars	2	Kunnskapsbasert ADL-trening	Trondheim
Organisasjon	12.mars	12.mars	1	Sentralstyremøte	Oslo
Tillitsvalgt	17.mars	19.mars	3	Videregående kurs, tillitsvalgte i Oslo kommune	Oslo
Tillitsvalgt	17.mars	19.mars	3	Videregående kurs, tillitsvalgte i staten	Oslo
Fag	18.mars	19.mars	2	Ledersamling for kommunale ledere	Oslo
Tillitsvalgt	26.mars	28.mars	3	Grunnkurs for tillitsvalgte	Oslo
Organisasjon	02.apr	03.apr	2	Vårmøte	Hadeland
Fag	07.apr	08.apr	2	Oppgaverelatert trening for barn og unge	Bergen
Fag	24.apr	25.apr	2	COPM-kurs	Oslo
Organisasjon	05.mai	06.mai	2	Sentralstyremøte	Gardermoen
Fag	21.mai	22.mai	2	Velferdsteknologi	Oslo
Organisasjon	25.aug	26.aug	2	Sentralstyremøte	Oslo
Organisasjon	03.sep	03.sep	1	Sentralstyremøte	Telefonmøte
Fag	04.sep	05.sep	2	COPM-kurs	Oslo
Fag	29.sep	03.okt	5	Arbeidsdeltakelse	Oslo
Fag	06.okt	07.okt	2	Ergoterapi ved kognitiv svikt og demenes	Oslo
Tillitsvalgt	14.okt	16.okt	3	Grunnkurs for tillitsvalgte	Oslo
Fag	27.okt	28.okt	2	Førerkortvurderinger	Oslo
Organisasjon	12.nov	12.nov	1	Sentralstyremøte	Telefonmøte
Organisasjon	16.nov	16.nov	1	Sentralstyremøte	Gardermoen
Organisasjon	17.nov	19.nov	3	Landsmøte	Gardermoen
Tillitsvalgt	27.nov	28.nov	2	Kunsten å overbevise	Oslo
Organisasjon	01.des	05.des	5	Sentralstyreseminar	Hurtigruta

Kan arbeidsgiver flytte eller forskyve arbeidstiden?

Arbeidstidens lengde og plassering er sentrale elementer i ethvert arbeidsforhold. Arbeidstidens lengde vil være nært knyttet til avlønningsspørsmålet. Det skal vi ikke se nærmere på her. Det vi imidlertid skal se på, er hvorvidt arbeidsgiver har rett til ensidig – altså uten arbeidstakers samtykke – å flytte arbeidstiden, for eksempel beordre en ansatt til å ta kveldsvakter i stedet for dagvakter.

AV TERJE GERHARD ANDERSEN

Utgangspunkt i arbeidsavtalen

Arbeidstiden er i arbeidsmiljøloven paragraf 10-1 (1) definert som «den tid arbeidstaker står til disposisjon for arbeidsgiver». Videre heter det i arbeidsmiljøloven paragraf 14-6 (1) at den skriftlige arbeidsavtalen blant annet skal inneholde opplysninger om «lengde og plassering av den avtalte daglige og ukentlige arbeidstid». Når man skal vurdere arbeidsgivers adgang til ensidig å endre arbeidstidens plassering, må vi derfor ta utgangspunkt i hva som står i arbeidsavtalen. Dersom arbeidstidens plassering er klart definert i arbeidsavtalen, for eksempel: «Arbeidstiden er fra kl. 08.00 - 16.00», er utgangspunktet at arbeidsgiver ikke ensidig kan beslutte at arbeidstiden for eksempel endres til 10.30 - 18.30.

Endringsoppsigelse

I et slikt tilfelle må nok arbeidsgiver gå veien om såkalt

«endringsoppsigelse». Dette innebærer at arbeidsgiver formelt sett må si opp arbeidsavtalen samtidig som arbeidstaker tilbys en ny arbeidsavtale med endret arbeidstid. Det stilles en rekke krav til en slik endringsoppsigelse. For det første må den være «saklig» begrunnet, jmf. arbeidsmiljøloven paragraf 15-7. Hvorvidt endringsoppsigelsen vil være saklig, vil bero på en konkret helhetsvurdering. Hvis vi skal våge oss på en generell antakelse, så vil nok slike endringsoppsigelser normalt sett være saklige dersom arbeidsgiver kan vise til gode grunner for endringen, for eksempel at virksomheten utvider sine åpningstider. Videre må endringen ikke fremstå som uforholdsmessig for arbeidstaker. Før en slik oppsigelse iverksettes, må arbeidsgiver drøfte endringene med den enkelte ansatte, jmf. arbeidsmiljøloven paragraf 15-1, før endelig beslutning fattes. Videre må oppsigelsen gis skriftlig, jmf. arbeidsmiljøloven paragraf 15-4, og arbeidsgiver må respektere arbeidsavtalens oppsigelsesfrist. Dersom det for eksempel er avtalt tre måneders oppsigelsestid i avtalen, eller dette følger av arbeidsmiljøloven paragraf 15-3, kan ikke endringen iverksettes før tre måneder etter at oppsigelsen ble meddelt.

Styringsrettens grenser

Ofte er det imidlertid slik at arbeidsavtalen ikke eksakt angir arbeidstidens plassering. Det er mer og mer vanlig at arbeidsavtalen kun viser til «den til enhver tid gjeldende arbeidstidsordning». En annen variant er at det i avtalen står at arbeidstiden «for tiden» er for eksempel 08.30 - 16.00, og at arbeidsgiver står fritt til å endre dette. Dette er fra arbeidsgivers side gjort helt bevisst, nettopp for at virksomheten skal kunne stå friere til å gjennomføre endringer. Står arbeidsgiver i slike tilfeller helt fritt til å flytte arbeidstiden? Ikke nødvendigvis. Spørsmålet blir

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



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.sbdli.no Tlf 22 01 70 50

Det er også vi som har skrevet

«Arbeidslivets spilleregler»

hvorvidt endringen ligger innenfor det arbeidsgiver ensidig kan bestemme innenfor rammene av styringsretten. Styringsretten blir gjerne definert som «*arbeidsgivers rett til å lede, kontrollere og fordele arbeidet, herunder retten til å ansette, samt si opp arbeidstakere*». Høyesterett har gjennom flere dommer slått fast at det gjelder visse begrensninger i styringsretten. Blant annet må ikke utøvelsen av styringsretten fremstå som vilkårlig eller uforholdsmessig. Arbeidsgivers beslutning om å endre arbeidstiden må – på samme måte som ved endringsoppsigelse, jamfør ovenfor – hvile på et saklig behov. Videre må ikke endringen fremstå som uforholdsmessig for arbeidstaker. En forskyvning på noen timer må nok arbeidstakerne måtte tåle, men å gå fra dag- til nattarbeid vil nok i de aller fleste tilfeller ligge utenfor det arbeidsgiver kan beslutte i kraft av styringsretten. Arbeidsgiver må da enten gå veien om en saklig og formålstrett endringsoppsigelse, eller be om arbeidstakers samtykke.

Arbeidstakers resignasjonsplikt

Et viktig prinsipp i arbeidsretten er arbeidstakers resignasjonsplikt. Dette prinsippet innebærer at arbeidstaker som den klare hovedregel plikter å etterkomme arbeidsgivers pålegg om endret arbeidstid, selv om endringen kanskje

ligger utenfor det arbeidsgiver ensidig kan beslutte. Dersom arbeidsgiver for eksempel endrer den ansattes arbeidstid fra 08.00 - 16.00 til 14.00 - 22.00, må altså arbeidstaker møte på jobb klokken 14.00. Samtidig bør arbeidstaker overfor arbeidsgiver gi uttrykk for at man ikke aksepterer endringen, og at hun ønsker å forfølge endringen rettslig, for eksempel ved å kreve forhandlinger. Så får man se om man kommer til enighet, alternativt at man søker avklaring gjennom rettsapparatet. Arbeidstaker kan imidlertid ikke trumfe gjennom sitt syn ved ikke å forholde seg til den nye arbeidstidsordningen. Gjør hun det, kan hun risikere oppsigelse eller i alvorlige tilfeller avskjed.

Hva bør du gjøre

Dersom arbeidsgiver gjennomfører endringer i arbeidstiden, bør du rent faktisk etterkomme pålegget om ny arbeidstid, men samtidig gi uttrykk for at du ikke uten videre aksepterer at arbeidsgiver har rett til å gjennomføre endringen. Videre bør du henvende deg til foreningens sekretariat for en vurdering av din sak. □

NB: Ovenfor har vi ikke behandlet eventuelle tariffreguleringer av arbeidstiden og fremgangsmåte ved reforhandling av kollektive arbeidstidsavtaler.



INNSPEL

AV ANDERS FOLKESTAD

Barn i klemma mellom forbruk og fellesskap?

Det er mange skarpe debattar om barn og ungdom for tida. Ytterpunktene er debatten barn som ranar på den eine sida, og debatten om barn som utstillingsvindaug for dyre merkeklede på den andre.

Det er svært ulike saker, men med eit fellestrekk: forbruks-samfunnet – lysta til å ha noko «fint». Barn og ungdom som har rana, fortel at motivet ofte er å skaffe fine og moderne ting som andre har, eller å skaffe seg pengar. Dei vil vere moderne. Og det vil også dei foreldre som kler opp småbarn i dyre merkeklede. Dei vil vise seg fram, vere moderne. Lenger skal eg ikkje dra samanlikninga. Små barn har neppe den store gleden eller nytten av dyre merkeklede og gjenstandar. I alle fall er det vanskeleg å tru at Armani-smokkar til tusenlappen løysar oppgåva betre enn langt billigare variantar. Viss det er foreldre sine utstillingsbehov som styrer, viser det til fulle at reklame og business har overmakta. Om barn blir lærte opp til

at det skal veljast frå «øverste hylle», kan ein ikkje bli over-raska over at ungdom blir endå meir kjøpefokusera. Men det er det slett ikkje alle som kan henge med. Heldigvis er det også mange som ikkje vil gi etter for det hysteriske kjøpepresset. Og det handlar ikkje berre om dyre klesplagg til småbarn. Dei fleste av oss har vel litt svare for. Dessutan er det nok slik at eldre generasjonar vanlegvis synest at dei yngre er for kravstore. I så måte er det meste som før.

Folk må få bruke pengane sine som dei vil, er eit vanleg omkvede. Javel. Men når dette blir kopla til stadige krav om stadig meir skattelette, kan det røyne på for fellesskapet.

Veksten i det private forbruket er klart større enn veksten i det offentlege. Folk forventar likevel gode barnehagar, god utdanning, godt helsetilbod og tryggleik i samfunnet. Dette skal også finansierast.

Ein må gjerne klede opp barna i dyre merkeklede når dei skal på besøk til besteforeldre på aldersheimen. Det viktigaste er trass alt sjølve besøket. Forhåpentlegvis har kommunen råd til eit godt tilbod til bestemor og bestefar, enten dei klarer å bu heime eller må vere på «gamleheimen».

Konkurransen om pengane ser i alle fall ut til å forsterke seg. Kven vil vinne? Forbrukssamfunnet eller fellesskapet? Eller rettare kva er viktigast?
God jul.

Medlemmene vil ha forsikringene

25 prosent økning på tre år. Det er status for oppslutningen om våre medlemsforsikringer. – Det er vi svært godt fornøyde med, og det styrker vår forhandlingsposisjon overfor forsikringsselskapene, sier Roar Hagen på forsikringskontoret til Ergoterapeutene.

AV ROAR HAGEN

Det er gode skaderesultater og høy oppslutning som bestemmer hvor gode priser vi klarer å få til med medlemsforsikringene. De siste årene har dette gått svært bra, og dermed har prisene holdt seg stabile.

Uendret neste år

– Vi er glade for at vi også for 2014 vil holde uendret pris på de aller fleste forsikringene. Det er kun på frivillig gruppelivsforsikring, hvor erstatningen er knyttet til G (grunnbeløpet i folketrygden), at vi får en justering på 3,8 prosent. På de øvrige forsikringene er det uendrede priser, fremholder Hagen.

Barneforsikringen vokser

Antall forsikringer øker for alle produktene, men det er særlig barneforsikringen som har fått et oppsving de siste årene. Siden høsten 2010 har antall forsikrede barn gjennom Ergoterapeutene femdoblet seg. De øvrige forsikringene har til sammenligning en årlig vekst på under ti prosent.

– Vi er godt fornøyde med en vekst på ti prosent, men det er overraskende og flott at så mange husker på å forsikre barna sine, sier Roar Hagen.

Gratis rådgivning

Ergoterapeutenes forsikringskontor er bemannet med erfarne rådgivere som kan hjelpe deg gjennom forsikringsjungelen.

– Mange er usikre på hva slags forsikringer de bør ha, og med de mange faguttrykkene i forsikring er det ikke så enkelt å orientere seg. Dette opplever vi svært ofte på forsikringskontoret. Mitt råd er at folk tar en telefon til oss, så kan vi sammen gå gjennom de forsikringene den enkelte har. Ofte finner vi ut at medlemmene har forsikringer de ikke lenger har bruk for, at de har doble dekninger, og at de samtidig mangler viktige forsikringer. Derfor er det viktig at man av og til tar en gjennomgang av forsikringene, sier Roar Hagen.

Endret livssituasjon?

Erfaringsmessig er det ved store endringer i livssituasjonen at behovet for forsikringer endrer seg. Dersom du er blitt skilt, har giftet deg, blitt samboer eller fått barn, bør du absolutt ta en titt på forsikringene. Da er det helt sikkert noe som bør justeres, sier Hagen.

Dette er tilbudet i 2014

Gjennom våre avtaler kan du få dekket praktisk talt alle dine forsikringsbehov. Du kan kjøpe

- innboforsikring




Ergoterapeutene tilbyr gunstige medlemsforsikringer.

- reiseforsikring
- livsforsikring
- uføreforsikring
- kritisk sykdom
- barneforsikring
- ulykkesforsikring

Dessuten kan studentene kjøpe forsikring til spesielt lav pris, og du kan kjøpe private skadeforsikringer, for eksempel bil og villa, med stor rabatt fra vår samarbeidspartner Tryg.

Ta kontakt!

Ring til forsikringskontoret på 22 05 99 15 eller send en e-post til forsikring@ergoterapeutene.org.

Da får du ryddet opp i forsikringene, får god samvittighet – og kanskje spart penger i tillegg. 

Kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og COPM

Norsk Ergoterapeutforbund arrangerer i samarbeid med Ergoterapeututdanningen i Oslo og Akershus kurs i den kanadiske modell CMOP-E og bruk av instrumentet COPM. Formålet med COPM er å avdekke aktivitetsproblemer, få informasjon om betydning av ulike aktiviteter, og få brukerens vurdering av utførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse. Dette kan danne grunnlag for videre rehabilitering eller evaluere effekt av tiltak. Dette er et klientsentrert standardisert undersøkelsesredskap, der det er utført en rekke studier i forhold til validitet, reliabilitet, sensitivitet og anvendelighet. COPM er særlig aktualisert i forbindelse med Hverdagsrehabilitering, der en starter rehabiliteringsforløpet med COPM.

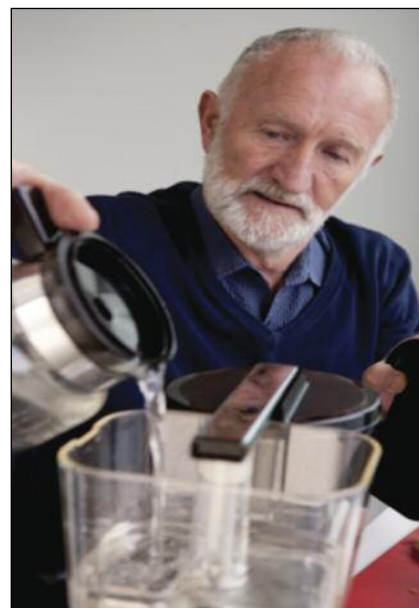
Faglig ansvarlig: Ergoterapeut/PhD Anne Lund, Høgskolen i Oslo og Akershus, Ergoterapeututdanningen

Kurssted: Høgskolen i Oslo og Akershus, Pilestredet 48, Eva Balkes hus, rom R711, Oslo

Kurset er åpent for ikke-medlemmer og andre faggrupper.

Pris for medlemmer kr. 2700,-, ikke-medlemmer kr. 5400,- og studentmedlemmer kr. 1350,-

Kurset er meritterende for spesialistgodkjenning med 37,5 timer som ergoterapispesifikt kurs.



24. og 25. april 2014

kl. 09.00 - 16.00

Oppfølgingsdag 12. juni 2014

kl. 09.00 - 12.00

Ergoterapi og psykisk helse

Recovery: begreper, perspektiver og praksiser

Kurset har fokus på recovery (bedringsprosesser), hverdagsliv, mestring og samarbeidende praksiser innen psykisk helsearbeid. Recovery handler om de ulike måtene som personer med psykiske helseutfordringer aktivt arbeider med å håndtere situasjonen og skape seg et meningsfullt liv i lokalmiljøet på. Videre er ulike sosiale og kontekstuelle forhold knyttet til bedringsprosesser sentrale. Recovery er like mye en sosial som en personlig prosess. På kurset vil også utvikling av recovery-orienterte tjenester bli belyst og diskutert.

Målgruppen er ergoterapeuter som ønsker å utvide sine perspektiver innen psykisk helse, og henvender seg til ergoterapeuter som arbeider innen psykisk helse/rus/miljøterapi.

Arrangør: Norsk Ergoterapeutforbund

Kurssted: Oslo

Dato: 06. og 07. mars 2014

Tid: 09.00 - 16.00

Faglig ansvarlig: Marit Borg, ergoterapeut og professor i psykisk helsearbeid, Senter for psykisk helse og rus



(SFPR), Høgskolen i Buskerud. Anne Helene Vedlog, ergoterapeut og erfaringskonsulent, Vinderen DPS, vil også forelese på kurset.

Kurset er meritterende med tolv timer som ergoterapispesifikt kurs og spesialistspesifikt kurs til ergoterapispesialist i Psykisk helse og Allmennhelse.

Landsstyret støtter studentene!

Ergoterapistudentenes landsstyre ønsker å informere medstudenter om økonomiske midler som vi setter av hvert år til ergoterapifaglige arrangementer og formål.

AV SIGRID HEIMDAL MYRENG



Ergoterapistudentenes landsstyre setter hvert år av midler til våre medstudenter til ergoterapifaglige arrangementer og formål. Eksempler på slike arrangementer er fagkongresser, relevante kurs og research til Bachelor-oppgaver. Du må være medlem for å kunne søke om støtte. Om du som student sender inn søknad med begrunnelse for hva du søker til, hvorfor du søker, og hvor mye penger du søker på, vil landsstyret behandle søknaden din.

Dette er et tiltak vi gjør for å fremme ergoterapifaget i andre forum og utvikle kunnskapen til de flinke og engasjerte studentene som vi har i Norge. Dersom du får inn-

vilget søknaden din, ønsker vi en liten artikkel om din opplevelse på arrangementet i retur. Dette for at vi alle kan dra nytte av det du har lært, og dele av dine erfaringer. En gang i halvåret går vi gjennom søknadene for å fordele midlene våre på de ulike søkerne. Ønsker du å søke om støtte, anbefaler vi å sende inn søknad så raskt som mulig da det kan ta tid før den blir innvilget.

Hittil i år har vi blant annet gitt støtte til studenters bachelor-research, studenter som deltok på en fagkongress i India, studenter som deltok på OTARG-fagkongress i Afrika og Creative Course in Occupational Therapy.

OTARG Zimbabwe

Vi er fem studenter, Jeanette Andersen, Frida Leivdal Haavik, Paula Holthe, Catrine Henriksen og Sigrid Heimdal Myreng som går siste året ergoterapi og som har valgt å ha siste praksis i Livingstone, Zambia. Lykken var at OTARG-konferansen ble arrangert rett før vår praksis startet, og vi fikk muligheten til å delta. OTARG står for Occupational Therapy Africa Regional Group, som representerer den delen av Afrika som ligger sør for Sahara-ørkenen i WFOT. OTARG-konferansen ble i år holdt i Harare, Zimbabwe, med høy deltakelse fra hele verden.

AV SIGRID HEIMDAL MYRENG

Vi landet med flyet i Harare med sommerfugler i magen. Endelig var vi i Afrika! Mandag 19. august var første dagen på OTARG, som skulle vare til den etterfølgende fredagen. Det faktum at vi tilegnet oss kunnskap om ergoterapi i en afrikansk kontekst, så vi på som både en god og relevant erfaring for oss som fremtidige ergoterapeuter, god livserfaring generelt, og en fin oppvarming til vår praksis i Zambia.

Noe av det mest interessante og spennende for oss var hvilke sykdommer og problemstillinger ergoterapeuter her møter, og synet på sykdom på bestemte områder. Vi fikk en oversikt over hva forskjellige ergoterapeuter jobber med og har fokus på i ulike land. Vi la merke til en del forskjeller i ergoterapeutiske intervensjoner og arbeidsområder, men samtidig var det mye likt! Noe som viser at essensen av ergoterapi, grunnlaget, går igjen uansett kontekst og arbeidsfelt. Det er

tydelig at Afrika har kommet langt når det gjelder forskning og utvikling. Det var mange spennende presentasjoner av forskjellige problemstillinger og forskningsprosjekter som foregikk på kryss og tvers av Afrika.

Vår veileder fra Zambia Livingstone,



Vår veileder Eckwe Akende Kamanga holdt en presentasjon.

ne, Eckwe Akende Kamanga, var en av de mange flinke ergoterapeutene som holdt en presentasjon. Hun tok opp et viktig tema som handlet om hvilke barrierer og utfordringer som kan oppstå for en mor som har barn med funksjonsnedsettelse, i et Zambisk perspektiv. Her fikk hun virkelig fram betydningen av å være kulturelt kompetent som ergoterapeut.

Del av et samfunn

Kulturen i Afrika er i stor grad preget av ubuntu, et syn på fellesskap som er spesielt for miljøet her. «Jeg er, fordi vi er, og jeg ser deg.» Altså er det en ikke-individualistisk måte å se mennesker på. De ser på seg selv som en del av et samfunn, et fellesskap. Dette var nytt for oss som kom fra en annen kultur, et samfunn preget av individualisme. Aktivitetsbevissthet og retten til deltakelse i meningsfull aktivitet var i større eller mindre grad en del av de fleste

presentasjonene. Vi kunne tydelig se at det ergoterapeutiske perspektivet i stor grad er globalt og under god utvikling selv i utviklings land.

Den åttende konferansen

Vi fikk gleden av å møte mange «kjendiser» i ergoterapimiljøet, blant andre Jennifer Creek, Sharon Brintnell (President i WFOT) og Rosemary Crouch, for å nevne noen. Lærer Marianne Olsen holdt en presentasjon sammen med Jennifer Creek om forskjellige måter å bruke rollespill i ergoterapi på. Creek sa raskt ja da jeg spurte om jeg kunne få noen av hennes synspunkter på OTARG. hun skrev: «*The 8th OTARG Congress, held in Zimbabwe in August this year, was my third African Regional conference and the best so far. The quality of the papers and workshops was outstanding, with presentations from internationally renowned occupational therapists including Elelwane Ramugondo from South Africa, Sharon Brintnell of WFOT, Kit Sinclair from Hong Kong and Clare Hocking from New Zealand. Word has obviously got around that this is the conference to attend if you want to find out what is happening at the cutting edge of theory and practice.*

A particular delight of this congress was the number of students attending and presenting. Their enthusiasm and fresh ideas give me confidence that the profession is in good hands for the future. The students from Tromsø University came to the workshop co-facilitated by their lecturer, Marianne Olsen, and me, on using role play to promote occupational therapy. They surprised me by volunteering to enact the first scenario and playing it with great gusto: I had the mistaken idea that Norwegians are rather reserved!

The outstanding feature of the week was a number of unexpected, spontaneous transpersonal events, starting with a flash mob at the end of Elelwane's superb keynote lecture. This was begun by some of the lecturers from the University of Kwazulu Natal and eventually involved the whole audience standing up, holding hands and reciting: 'I am because you are, and I begin to see you'. I found it a very moving enactment of the African concept of



Fra venstre: Marianne Olsen, Sharon Brintnell, Paula Holthe og Sigrid Heimdal Myreng.



Fra venstre: Paula Holthe, Frida Leivdal Haavik, Sigrid Heimdal Myreng, Jennifer Creek, Catrine Henriksen, Jeanette Andersen og Marianne Olsen.

ubuntu, or collective occupation.

The OTARG congresses take place every two years, and the next one will be held in Uganda. Whatever you have to sacrifice to earn and save the money, just do it. This is sure to be another unmissable experience».

Kulturell kompetanse

Vi har gjort oss en del refleksjoner på forskjeller og likheter på ergoterapi globalt. Vårt syn på ergoterapi har blitt bredere og mer utfyllende fordi vi har fått større fokus på felleskap, kulturbevissthet og kultursensitivitet enn tidligere. Vi mener at det er viktig at norske ergoterapeuter har god kulturell kompetanse. Dette fordi forståelse av klientenes situasjon alltid bør være i fokus uansett aktivitetsproblem, hvor de kommer fra og deres bakgrunn.

Vi føler vi at som studenter ble tatt imot på en fantastisk måte. De mest etablerte og erfarne ergoterapeutene i verden tok seg tid til en prat over kaffen. Det føltes godt å være del av et så stort felleskap med ergoterapeuter, med andre ord, vi fikk i stor grad oppleve ubuntu! Fantastisk.

Vi vil oppsummere det hele med å anbefale alle til å delta på fagkongresser rundt om i verden, spesielt OT-ARG. Godt kunnskapsutbytte og nye perspektiver og ideer er noe du vil komme hjem med. Neste OTARG-konferanse finner, som Creek sa, sted i Uganda om to år.

En stor takk til landsstyret, som støttet oss studenter som er medlemmer i forbundet med fem tusen kroner for å delta. Vi har fått stort utbytte og er veldig fornøyde! □

Creative Course within Occupational Therapy

Vi er to av seks heldige ergoterapistudenter fra Høgskolen i Oslo og Akershus som fikk delta på årets kreative kurs i Dworp, Belgia, sammen med høyskolelektorene Cecilie Krüger og Sidsel Byhring fra ergoterapi- og fysioterapiutdanningene. Kurset ble arrangert av Artevelde Hogeschool i Gent, Belgia, i samarbeid med ulike utdanningsinstitusjoner i Europa.

AV SILJE TORGRIMSEN OG KAMILLA LEMB HERBJØRNSEN

Fokuset for kurset var å oppleve og utforske forskjellige terapiformer og kreativ bruk av aktivitet. Programmet bestod av workshops, øvelser for selvrefleksjon, kreativ lek, improvisasjon, diskusjon, forelesninger og utvekslinger av erfaringer.

Kurset gikk fra fredag til fredag, med et intensivt program fra morgen til kveld. Dagene startet med en felles oppvarmingsaktivitet, hvor vi etterpå delte oss opp i ulike grupper ut fra ønske og interesse. Det var to til tre workshops i løpet av en dag, kun avbrutt av matpauser. På kvelden var det ofte lagt opp til sosiale aktiviteter.

Mange europeiske land var representert. Dette ble markert med en kulturkveld hvor alle landene laget sin egen stand med kulturelle og tradisjonelle matvarer, drikke og andre ting fra eget hjemland. Vi stilte blant annet med brunost, lefse, spekepølser, lusekofte, Marius-effekter og en bunad! I tillegg danset vi tradisjonelle folkedanser instruert av studentene. Dette var en fin arena for å bli kjent med de forskjellige deltakerne og landene de kom fra.

Samarbeid med brukere

De ulike workshopene inneholdt bruk av improvisasjon og drama, musikk som terapi, inkluderende dans, kroppsbevissthet og bevegelse, ulike kunstformer som leire, maling, tegning, makramé, hattemakeri og ansiktsmaling i mørket. Nesten hver dag samarbeidet vi med brukergrupper, alt fra barnehagebarn til sykehuspasienter under rehabilitering. Det var spennende og utfordrende i forhold til språk, kommunikasjon og kultur. De fleste workshopene la vekt på selvopplevelse i aktivitet, etterfulgt av diskusjon for hvordan dette kan brukes i praksis. Gjennom erfaringene vi fikk i de ulike aktivitetene ble refleksjon i forhold til brukergrupper enklere.

Kurset la også stor vekt på å trække



Vi deltok på mange kreative workshops – her lagde vi masker.

utenfor egen komfortsone. Vi følte på hvordan det er å bli kastet inn i noe nytt og ukjent, uten å ha kontroll over utfallet. Det føltes likevel trygt, fordi lærere, deltakere og miljøet rundt la til rette for kreativ utfoldelse.



Silje Torgrimsen og Kamilla Lemb Herbjørnsen.

Vi vil også fremheve de to lærerne fra HiOA som bidro med egne workshops. De ga godt læringsutbytte for oss som deltok.

Tenk kreativt

Vi ble utfordret på hvordan vi tolket begrepet kreativitet, og hvordan vi kan bruke kreativitet som et verktøy i vår yrkesutøvelse. Kurset fokuserte på

kreative uttrykksformer, men ga oss også inspirasjon til å tenke kreativt i alle situasjoner og sammenhenger. Et problem kan ha mange gode løsninger, selv om vi gjerne stopper etter å ha funnet én – og det går an å tenke utenfor boksen.

Denne opplevelsen har gitt oss mange erfaringer og muligheter, både på det personlige og profesjonelle plan. Ved å utfordre vår egen komfortsone kan vi som snart skal ut i yrkeslivet kanskje stå litt bedre rustet i forhold til å forstå usikkerheten og utryggheten som mange av våre fremtidige samarbeidspartnere (brukere/pasienter) kanskje føler på. God kommunikasjon og forståelse for en annens situasjon er grunnleggende for å danne en god relasjon i et terapiforhold.

Vi anbefaler alle dere som synes dette temaet er spennende, å skaffe dere erfaring gjennom for eksempel å delta på praktisk rettede kurs eller seminarer. Vi sitter igjen med bare positive erfaringer og mange gode minner. En ting er å lese eller høre om hva kreativitet er, eller hva det kan være, en annen ting er å kjenne det på kroppen. Tusen takk til landstyret som ga oss økonomisk støtte. ▣

Ergoterapistudentene har vært i York på ENOTHE 2013

Hvert år blir ENOTHE-konferansen avholdt på ulike steder i Europa. Hver konferanse har forskjellige temaer, og dette året var fokuset «The European Year of Citizens». Med det sto borgernes rettigheter og kunnskap sentralt. Tanken var at dette vil bidra til at folk tar flere og bedre avgjørelser i sine aktivitetsliv, og at vi dermed får et mer demokratisk Europa på alle nivåer.

AV SIGRID HEIMDAL MYRENG OG THERESE ÖQVIST

Tre representanter fra Ergoterapistudentenes landsstyre, Therese Öqvist, Vegard Flister og Ragnhild Ingerberg tok turen til ENOTHE-konferansen, som dette året ble avholdt i York i England. Dette viste seg å bli en spennende og lærerik tur hvor mye kunnskap ble utvekslet og nye nettverk opprettet.

Målet med turen var å undersøke interessen for å starte et internasjonalt studentforum blant de deltagende studentene i form av en workshop. I forkant av konferansen hadde de tre studentene utarbeidet en invitasjon til workshopen som ble sendt til de påmeldte studentene og de eksisterende studentorganisasjonene. De hadde i tillegg laget en poster om innholdet på workshopen som ble hengt opp i konferanselokalene.

Medborgerskap

Over de tre dagene deltok studentene på forskjellige presentasjoner og workshops. Presentasjonene handlet i hovedsak om medborgerskap og forskjellige perspektiver og utfordringer i forbindelse med dette. Eksempler på dette er animasjonsterapi, «Do, Done, Gone» (danse-app for å hjelpe mennesker med angstproblemer), bruk av ergoterapi for å fremme vanskeligstiltes deltakelse i samfunnet, terapeutisk hagebruk og kreative tilnærminger til integrering av brukere av utdanningsprogrammer. Dette syntes studentene var veldig givende, inspirerende og lærerikt. I tillegg holdt leder i landsstyret, Therese Öqvist, sammen med en lærer fra HiOA, Tore Bonsaksen, en presentasjon om bruk av Intentional Relationship Model (IRM). Presentasjonen var basert på et samarbeidsprosjekt mellom lærere og stu-

denter. Fokuset var erfaringer og bruk av denne modellen i praksis fra et studentperspektiv.

Internasjonalt samarbeid

Ergoterapistudentene har internasjonalt samarbeid på sitt målprogram for 2013. Derfor kontaktet vi ENOTHE i forkant av konferansen. Dette førte til at det for første gang ble satt av en time til studentene på programmet. Her arrangerte Ergoterapistudentene en workshop. Deltakelsen var høy – cirka åtti studenter møtte opp. Representantene begynte med å etterspørre interessen for å starte opp et

I tillegg til å holde workshop ble ergoterapistudentene flere ganger under konferansen spurt om hvordan man starter opp og driver studentorganisasjon. Det er et klart behov hos mange ergoterapistudenter i flere land i Europa for å starte opp studentorganisasjoner, fordi fordelene med slike organisasjoner er mange. Vi tenker derfor at dette temaet kan være aktuelt for neste års konferanse. Landsstyret skal derfor undersøke muligheten for å legge til rette for en workshop på ENOTHE som kan inneholde veiledning, tips og råd fra allerede eksisterende organisasjoner til studenter fra land som mangler organisasjoner, og som ønsker å starte opp.

Positiv opplevelse

Studentene som deltok, syntes at ENOTHE-konferansen var en positiv opplevelse. De fikk synliggjort at studenter har en viktig rolle i ENOTHE, og de fikk innsikt i hvor betydningsfullt og spennende internasjonal relasjonsbygging og samarbeid er.

ENOTHE-konferansen er en utmerket møteplass for ergoterapistudenter. Den gir studenter en gyllen mulighet til å opprette nettverk og dermed kunne opprette samarbeid på tvers av landegrensene. Å utveksle ideer, problemstillinger og løsninger med studenter globalt kan bidra til utvikling og kulturell kompetanse. Vi lærer fra hverandre og nytteverdien er stor ved at vi deler av våre erfaringer.

Landsstyret er veldig fornøyd med resultatene som våre tre representanter klarte å oppnå. Et frø er plantet, og målene våre for samarbeid med studentene og studentorganisasjonene som det ble opprettet kontakt med, er oppfylt. □



Tre representanter fra Ergoterapistudentene deltok på ENOTHE-konferansen.

internasjonalt forum, og fikk positiv respons på dette. Deretter fulgte gruppearbeid med forslag om hvordan dette kan gjennomføres i praksis, samt hva tiden satt av til studentene på ENOTHE kan inneholde. Forslagene på workshopen ble samlet inn og bearbeidet av Landsstyret i etterkant av konferansen.

Studentene feiret over hele landet

Over det ganske land markerte ergoterapistudentene Ergoterapiens dag. Landsstyret fikk inn rapporter om hva de hadde gjort, at det hadde vært veldig vellykket, og at de hadde klart å skape stor interesse blant folk. Dette er noe vi landsstyret mener er fantastisk, særlig med tanke på promoteringen av faget. Nedenfor kommer noen korte rapporter fra Bergen, Trondheim, Oslo og Tromsø. Bra jobbet, vi gleder oss allerede til neste år!

AV SIGRID HEIMDAL MYRENG

Ergoterapiens dag – Bergen

Av Monica Gaarder

Ergoterapistudentene i Bergen markerte Ergoterapiens dag på Festplassen, midt i Bergen sentrum. Standen vår var pyntet med røde ballonger, og vi fristet forbipasserende med vafler, kaffe og frukt. I løpet av dagen fikk vi mange spørsmål om hva ergoterapi egentlig er, og vi følte vi fikk svart godt på dette. Studentene hadde også med rullestoler og fikk vist fram disse, noe publikum viste interesse for. Som vist på bildene, hadde vi en flott markering av Ergoterapiens dag i Bergen. Til og med solen tittet fram.

Trondheim feirer ergoterapeutene!

Av: Martine Øvergård Engan, Monica Kvalmo, Lena Kolbeinsen og Marte Gallefoss

Ergoterapistudentene ved Høgskolen i Sør-Trøndelag

valgte å markere Ergoterapiens dag over to dager. Målet med dagene var å vise hva ergoterapi er. Vi ønsket også å få fram at ergoterapi ikke bare er hjelpemidler.

Lørdag 26. oktober sto studenter fra utdanningen på stand i Trondheim sentrum. Engasjerte studenter fra alle trinn møtte opp. Vi markerte oss ved å ha quiz, sanseballer og styrketest med dynamometer. Vi delte også ut brosjyrer til de voksne og ballonger til barna. Til tross for dårlig vær hadde vi bra besøk av både unge og eldre som var nysgjerrige på vår profesjon. Store plakater med teksten «Er du Trondheims sterkeste?» viste seg å være et godt trekkplaster for å få folk bort til standen vår. Barna syntes det var stor stas å få ballonger og prøve ut sanseballene, som inneholdt alt fra spagetti til vannkuler.

På selve Ergoterapiens dag, søndag 27. oktober, befant vi oss i Bymarka. Vi håpet å nå Trondheims turgåere med



Ergoterapistudentene i Bergen var fornøyd med dagen. Til og med solen tittet frem.



Nordre gate i Trondheim. Fra venstre: Monica Kvalmo, Lena Kolbeinsen, Marte Gallefoss, Hege Pedersen, Martine Øverbø Engan, Guro Nabben Nilsen og Petter Berntsen.



I Bergen markerte studentene Ergoterapiens dag på Festplassen, midt i sentrum.



I Bymarka i Trondheim. Fra venstre: Marte Gallefoss, Andreas Hammervold Isaksen, Mari Bergem, Vegard Flister, Andrea Harjo, Monica Kvalmo og Petter Berntsen.

de samme aktivitetene som på lørdagen. I tillegg delte vi ut boller og saft, noe som var veldig populært. Tross dårlig vær på starten av dagen var mange, både turgåere og mosjonister, interesserte i hva vi holdt på med. De fleste som kom bort, prøvde de ulike aktivitetene vi tilbød, og det virket som folk hadde litt bedre tid enn på lørdag. Dette var en kjempefin dag, og stemningen var på topp.

Vi hadde ordnet premier fra butikken Enklere Liv. Vi har trukket ut tre heldige vinnere fra quizen og tre fra styrketesten. For at alle skulle ha muligheten til å vinne styrkekonkurransen, delte vi deltakerne inn i én klasse for menn, én for damer og én for barn.

Begge dagene var det godt samhold og bra oppmøte av studenter. Det kom noen lærere fra skolen og en representant fra fylkesavdelingen i Sør-Trøndelag. Alle var enige om at dette var en vellykket markering av Ergoterapiens dag, og at vi fikk fram målet med dagene.

Ergoterapiens dag – Oslo

Av Liv Svanæs

Ergoterapiens dag, 27 oktober, rigget vi opp teltene og gjorde oss klare til å fortelle forbigående om ergoterapi og markere denne internasjonale dagen i Oslo. Vaffellukten spredte seg over hele Egertorget, og mennesker strømmet til. Alle som ville ha en vaffel, måtte gjøre en av aktivitetene vi hadde satt opp. Den første aktiviteten var hverdagsmestringstreet, der alle kunne skrive en eller flere aktiviteter som er viktige for dem.

Vi ga ut brosjyrer med informasjon om ergoterapi i tillegg til diverse ting som sukkertøy og poseklemmer. Barna

likte spesielt godt de røde ergoterapiballongene. Det er alltid morsomt med ballonger, og disse var ikke et unntak. I løpet av dagen fikk vi besøk av mange mennsker. Hverdagsmestringstreet ble fylt med stadig flere meningsfulle aktiviteter, og vaflene gikk ned på høykant. Denne dagen var veldig fin, selv om været ikke var det beste.

Hverdagsmestring – Ergoterapiens dag i Tromsø

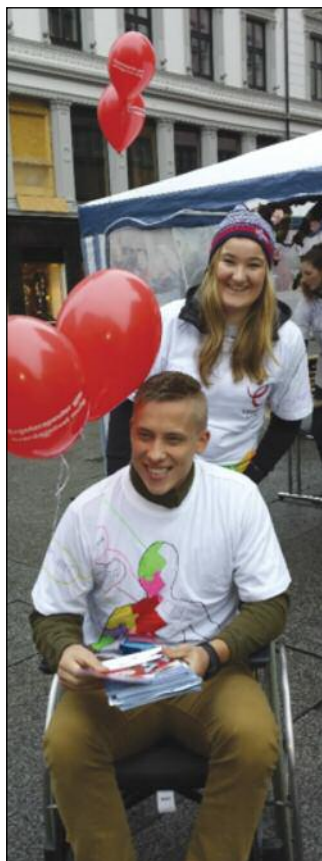
Av Åre Jeanette Haaland og Line Johanne Tønnessen

Ergoterapistudentene i Tromsø valgte å legge feiringen til lørdag 26 oktober for å nå ut til flest mulig av Tromsøs befolkning. Klassen hadde delt seg i komitégrupper med ansvar for ulike oppgaver. Dagen før dagen satt vi alle og klippet kreative kort og gjorde de siste forberedelsene.

Lørdag hadde vi stands på Jekta storsenter og på Nerstranda kjøpesenter. Her hadde vi med oss en quiz om ergoterapi, der publikum kunne vinne en fin premie ved riktig besvarelse. Vi hadde også med oss «hverdagens tre», der publikum skrev aktiviteter som er meningsfulle i deres liv på en lapp og hengte den opp på treet. Dette treet fikk mye oppmerksomhet med sine flotte farger og fine ord.

Vi delte ut flyers, ballonger, poseklyper, armbånd og Twist. På standen hadde vi med oss enkle håndhjelpemidler til hjelp for mestring i hverdagen. Lokalavisen i Tromsø kom for å intervju oss, og vi fikk en artikkel om kontor-skader i avisen.

Vi var glade og fornøyde med publikumsdeltakelsen og hadde det morsomt med å fortelle om ergoterapi. Publikum var veldig nysgjerrige, og mange hadde også kjennskap til oss fra før. □



Ergoterapistudentene i Oslo ga ut brosjyrer om ergoterapi i tillegg til sukkertøy, poseklemmer og ballonger.



Fra venstre: Åse Jeanette Haaland, Kirsti Mikalsen, Therese Wulff og Daniel Vestgård.



Ergoterapistudentene i Tromsø vartet opp med flere aktiviteter.

Occupation-focused intervention approaches for children and youth

BY NOEMI CANTIN AND HELENE J. POLATAJKO

Abstract

In occupational therapy, there is a growing consensus that enabling occupation in everyday contexts is our core business. Declaring the enablement of occupation as our core business calls upon us to examine our practice with that lens, it calls upon us to consider the extent to which our interventions are occupation-focused.

Objective: In this paper, we provide an overview of occupation-focused approaches that are current in the pediatric occupational therapy literature, and review the evidence for their adoption.

Methods: A comprehensive review of indexed journal articles published since 2003 was undertaken to identify occupation-focused intervention approaches currently being researched by occupational therapists working with children with a wide variety of occupational challenges.

Results: Out of 36 articles investigating the effectiveness of specific intervention approaches, 19 articles were found to describe occupation-focused approaches. Two basic approaches were apparent, both task-focused: direct skill teaching approaches and the guided discovery approach, Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP). The main elements distinguishing these two categories are presented, alongside a selection of articles.

Conclusions: The emerging evidence from intervention studies supports a shift to task-specific, occupation-focused intervention approaches, as they show great promise.



Noemi Cantin, PhD, OT(C), Erg.
Département d'ergothérapie,
Université du Québec à Trois-Rivières.
Email: noemi.cantin@uqtr.ca



Helene J. Polatajko, PhD, OT Reg. (Ont.), OT(C), FCAOT, FCAHS, Associate Chair and Professor, Graduate Department of Rehabilitation Science, Professor, Department of Occupational Science and Occupational Therapy.
Email: h.polatajko@utoronto.ca

Background

Occupational therapy today

In occupational therapy, the turn of the last century saw the emergence, around the world, of position statements, articles, books and practice guidelines reaffirming the centrality of the concept of occupation to our profession, and declaring that enabling occupation in everyday living is our core business (Law, Baum, & Baptiste, 2002; Rodger, 2010; Townsend & Polatajko, 2013).

Indeed, the Canadian Association of Occupational Therapists' guidelines define occupational therapy as «the art and science of enabling occupational performance in everyday living, through occupation; of enabling people to perform the occupations that foster health and well-being [...]» (Polatajko, et al., 2013, p. 27).

Declaring the enablement of occupation as our core business calls upon us to examine our practice from that perspective; it calls upon us to determine which of our interventions are occupation-focused, and which are the most effective and efficient at enabling occupation. This is particularly important in the area of pediatrics, where we are often focused on development, rather than occupational performance per se, and our interventions are designed to promote normal development of the domains that subtend development, e.g., gross and fine motor development or sensory-motor development. It is the purpose of this paper to do just that; to examine occupational therapy intervention approaches for children and youth from the perspective of occupational enablement.

Specifically, in this paper we will describe what occupation-focused interventions are, contrasting them to traditional approaches; present the evidence supporting their adoption, and then provide an overview of the occupation-focused approaches that are current in the occupational therapy literature.

Occupational therapy and children

Occupational challenges can occur at any age and stages of life.

Throughout infancy, childhood and

adolescence, children typically progress through numerous developmental stages and acquire motor, cognitive, emotional, and social skills and abilities. All the while they develop an occupational repertoire; they become competent at a myriad of occupations that support and are supported by their growth and development, a repertoire that will continue to evolve throughout their lives. For many children, this development seems simply to unfold. However, for some children, developing an occupational repertoire that is typical of their age peers is challenging (Davis & Polatajko, 2006; Humphry & Wakeford, 2006).

The International Classification of Functioning (ICF) – Children and Youth (World Health Organization, 2007) identifies a large number of personal factors, such as disorders or medical conditions, and environmental factors, such as the lack of stimulating environments or opportunities, that alone, or in combination, can challenge life participation. In a similar fashion, our own occupational therapy models of occupational performance and engagement (Polatajko et al., 2013) indicate that personal and environmental factors, alone and in combination, can contribute to the challenges experienced by children in the development of an occupational repertoire, the grist of participation. However, occupational models add an additional potentially contributing factor, occupation. Our models make explicit that occupations themselves can present challenges in developing an occupational repertoire and the participation it supports.

Accordingly, occupational therapy interventions have been developed that address one or more aspects of occupational performance: person, occupation, or environment.

Intervention approaches:

A shift to occupation-focused approaches

The ultimate objective of occupational therapy with children and youth is to enable occupational performance. In this new millennium, therapists have available to them a large array of intervention approaches designed to

meet the various needs of their clients. In choosing the intervention that is best in a particular situation, therapists take into account a variety of environmental and child-related factors, such as age, goals, temperament or identified difficulties (Copley, et al., 2008). Frequently, numerous options are available, so choosing can be difficult. The literature indicates that therapists frequently deal with this by not using intervention approaches in their purest form, but instead by using a combination of techniques and modalities borrowed from different approaches (Berry & Ryan, 2002; Copley, Nelson, Turpin, Underwood and Flannigan, 2008). While such an eclectic approach seems pragmatic, it begs the evidence question. In this era of evidence-based practice, an important additional consideration must be the evidence, both the empirical evidence and the theoretical evidence; the latter being particularly important when the empirical evidence does not exist – which is frequently the case in occupational therapy, most especially for eclectic approaches.

In pediatric occupational therapy there are two broad theoretical perspectives that govern our approach to enabling occupational performance: deficit-focused and occupation-focused. In the former, the focus is on the child and on reducing or minimizing the impairments that challenge the child's development of occupational competence. In the latter, the focus is on the performance and the barriers and supports to that performance. This classification is based on the primary, observable, content of the intervention which in the former may comprise activities that address performance components, such as balance or co-ordination activities to prepare for riding a bicycle, while in the latter bicycle riding would be addressed directly.

Intervention approaches classified in the deficit-focused category are mostly approaches that were developed in the 1960s and 1970s, when the occupational therapy profession was being criticized by the medical community for lacking a solid scientific foundation (Kielhofner, 2009).



The ultimate objective of occupational therapy with children and youth is to enable occupational performance.

During those times, medicine was heavily influenced by a reductionist scientific approach that focused on understanding diseases and illnesses by understanding the inner mechanisms of body structures and functions. Medical interventions focused on fixing, replacing or adjusting malfunctioning, deficient or broken body parts and structures, with the assumption that, once fixed, well-being and health would return (Kielhofner, 2009). The essential underlying theoretical assumption of such deficit-focused approaches is that the reduc-

tion of specific deficits will lead to improved occupational performance and occupational development, even though it is not the focus of the intervention. An example, from the recent literature is hippotherapy, an intervention approach using horseback riding as a therapeutic modality, (e.g. Shurtleff, Standeven, & Engsber, 2009; Snider, Korner-Bitensky, Kammann, Warner, & Saleh, 2007). While horseback riding is an occupation performed by many individuals, sometimes as leisure or even as a productive occupation, in this context it

is used not to teach the child that skill but as a therapeutic activity to address the impairments consistent with cerebral palsy, i.e. to promote righting and balance reactions, mobilize hip joints, the pelvis and the spine, and to normalize muscle tone (Snider et al., 2007). Neurodevelopmental Therapy (Bobath & Bobath 1984) and Ayre's Sensory Integration Therapy (1974) are other examples of deficit-oriented intervention approaches.

In contrast, the underlying theoretical assumption of occupation-focused intervention approaches is that improved occupational performance and occupational competence necessarily starts with learning to perform the targeted occupation. The basic assumptions of these approaches are derived from the learning literature. As Eliasson (2005) wrote, «you learn what you practice» (p. 46).

Occupation-focused approaches were developed more recently and have emerged alongside the evolution of dynamic systems theories. Dynamic systems theories have had a broad influence on many disciplines over the last 30 years, including physics, biology, and psychology (Thelen & Smith, 2006). With regards to human actions and behaviours, dynamic systems theories propose that human actions are self-organizing, that they result from the interaction between the person and the constraints imposed by his or her environment while actions are being performed. Accordingly, performance cannot be understood by simply considering the contribution of individual body structures and functions; performance is understood when an individual is observed in action, within a specific context (Kielhofner, 2009). In occupational therapy, dynamic systems theories have had a considerable influence on theoretical orientations, and eventually intervention approaches, leading to occupation-focused intervention approaches. Contrasting the example of a deficit-focused approach to intervention described above for children with cerebral palsy, the reasoning underlying the choice of activities for an occupation-focused intervention approach would be that cerebral palsy cannot

be fixed. Accordingly, and as recommended in the literature, the goal of the intervention would be to help the person be as independent as possible (National Institute of Neurological Disorders and Stroke, 2013).

Occupation-focused intervention approaches can further be divided into two general categories: approaches striving for occupational performance and development through enabling learning and skill acquisition, and those targeting the same objectives through adapting the occupation or environment within which performance occurs.

With the emergence of occupation-focused intervention approaches, there has also been an emergence of a literature on the relative effectiveness of deficit-focused versus occupation-focused interventions. Sugden (2003) examined the shift in intervention approaches from deficit-focused (he used the term process-oriented) to occupation-focused (he used the term task-oriented) for children with motor-based performance problems. He concluded that while most approaches remain untested, the evidence suggests that the deficit-focused approaches are «at best, no better than other approaches that are less labor intensive» (p. 469), and that occupation-focused approaches «report the highest effects» (p. 469). Similarly, in a review of intervention outcomes for children experiencing difficulty with processing and integrating sensory information, Polatajko and Cantin (2010) concluded that the effectiveness literature continues to be plagued with insufficient rigorous examination of intervention approaches; that «taken together, the results from the impairment-oriented [deficit-focused] studies must be considered inconclusive» while, «it can be concluded that the evidence in support of performance-oriented [occupation-focused] approaches is very encouraging» (p. 428). Most recently, a systematic review of the Developmental Coordination Disorder literature by Blank and colleagues (2012) also concluded that the evidence supported the use of occupation-focused [task-oriented] approaches.

Emerging neuroscience also supports intervention approaches focused on direct skill acquisition (Carey, Polatajko, Tabor Connor, & Baum 2012). There is now clear evidence from animal studies and fMRI studies with humans post-stroke that task-specific motor training is associated with functional recovery, as are motivation, an enriched environment, active participation and functional demand on the system. Further, evidence suggests that to promote learning, synonymous with neural plasticity, interventions should be explicit, task-specific, and goal-driven; they should be centred on tasks that have real world relevance, involve active problem solving, be responsive to environmental demands, provide opportunities for variation and practice, and are challenging to the individual.

Identifying current occupation-focused intervention approaches

A comprehensive review of indexed journal articles referenced in OTDbase, Medline and CINAHL and published in the last decade (since 2003) was undertaken to identify occupation-focused intervention approaches currently being researched by occupational therapists working with children with a wide variety of occupational challenges. The generic keywords used to search computerized indexing databases were children, treatment, intervention, and occupational therapy. Articles presenting the results of effectiveness studies and providing details about the intervention approach researched were examined. Systematic and comprehensive review articles discussing the effectiveness of specific intervention approaches were perused to ensure that the approaches presented had been included in this article. This strategy yielded an initial 160 articles. Next, a two-step process was undertaken to generate an overview of the current occupation-focused intervention approaches.

First, the articles were examined to determine if they described studies exploring the effectiveness of specific intervention approaches. This yielded 36 articles. Next, the interventions

described in these 36 articles were examined to determine if the intervention under study was deficit-focused or occupation-focused, and if the results indicated that the intervention was effective. In all 19 articles were found to describe effective occupation-focused approaches, i.e. interventions directly addressing skills acquisition and learning, and reporting positive results for skill acquisition. Data were extracted from these articles to identify current occupation-focused intervention approaches.

Current occupation-focused intervention approaches

Occupation-focused intervention approaches whose content emphasize skill acquisition and learning are presented here. The articles led to the identification of eleven occupation-focused approaches addressing a number of specific skills, including, but not limited to, play skills, community living and handwriting. For each of the approaches, the objective of the intervention was occupational performance and occupational development, and the sessions involved directly addressing the targeted occupations. Two basic approaches to skill acquisitions and learning were apparent: direct skill teaching and guided discovery. The main elements distinguishing these two categories are presented below, alongside a selection of articles that have investigated the effectiveness of occupation-focused intervention approaches.

Direct skill teaching

Intervention approaches whose clinical activities emphasize learning through direct skill teaching recognize the importance of giving children explicit information about the occupation to be performed. In the context of learning, instructions providing children with an initial idea of how movements, actions and tasks making up an occupation should be performed, are given verbally or through modeling (Schmidt & Lee, 2011). With children, verbal instructions also serve to focus their attention to the essential elements of a movement, action or task. Practice, part or whole, is utilized, and occupa-

tions are broken down into tasks, actions or movements to facilitate learning (Schmidt & Lee, 2011).

Another variant of direct skill teaching is modeling how a particular movement, action or task should be performed, implying that there is an expert way to perform a given occupation (Schmidt & Lee, 2011). When appropriate and relevant, variability in practice content and contexts is introduced to ensure that the occupation can be performed under varied environmental conditions.

Throughout, feedback is given. Typically, knowledge of result and knowledge of performance is provided (Schmidt & Lee, 2011), and children are encouraged to use such feedback to self-reflect on their performance and correct their errors.

Numerous direct skill teaching approaches to intervention are being researched by occupational therapists. This comprehensive review revealed eleven articles. The most common ones are presented here, grouped according to the skill being taught.

Teaching play skills

Three articles investigating the effectiveness of intervention approaches using direct skill teaching principles to enable the occupation of play in children with developmental delays or disorders were found (Lantz, Nelson & Loftin, 2004; Stagnitti, 2012; Wilkes, Cordier, Bundy, Docking, & Munro, 2011). One example is «Learn to play», a program designed to improve children's ability to self-initiate play and develop pretend play skills so that they can fully engage in the occupation of play (Stagnitti, 2012). The intervention approach focuses on particular tasks and actions that make-up the occupation of play, such as sequences of play actions, object substitutions, the stories in the play, doll/teddy play, social interaction and role play. During typical intervention sessions, a given play activity is modelled by the therapist, and the child is encouraged to imitate the play activity. Eventually, slight variations are applied to the play activity (Stagnitti, 2012).

Wilkes and colleagues (2011) developed an intervention aimed at

improving the play skills of children with attention deficit hyperactivity disorder. Similar to the «Learn to play» program, this intervention approach also considers the motivation of the child as crucial to its effectiveness, as well as modelling and repetition. During typical intervention sessions, children self-reflect on their performance after watching themselves on video, or therapists provide children with feedback and model desired skills in the playroom. During play sessions, children are supported in their use of social play skills.

Teaching handwriting

Six of the direct skill teaching intervention studies targeted handwriting, one of the most common reasons for referral of children to occupational therapy (Hoy, Eagan & Feder, 2011). Denton and colleagues (2006) compared the effectiveness of direct skill teaching to a deficit-focused intervention approach on handwriting in school-age children with handwriting difficulties but no other identified delays or disorders. Practice opportunities, randomized practice schedules, variability in practice content and contexts, targeted feedback including knowledge of result and knowledge of process, as well as self-reflection and error correction were part of the intervention protocol. Their results suggest that direct-skill teaching was more effective than the deficit-focused approach. Zwicker and Hadwin (2009) and Weintraub and colleagues (2009) also reported on the effectiveness of an intervention approach using direct skill teaching. Here again, elements similar to those described in Denton's intervention approach were integrated in the intervention sessions. For example, Zwicker (2009) reports that a typical intervention session included modeling, imitation, practice, discussion and self-evaluation of performance.

Among the articles reporting on a direct skill teaching approach to handwriting some do so in combination with deficit-focused approaches, arguing that handwriting is a complex skill involving many processes, and intervention should target the many processes involved (Feder, Racine &

Majnemer, 2008; Peterson & Nelson, 2003). For example, Peterson and Nelson (2003) combined deficit-focused and occupation-focused intervention approaches, including clinical activities using direct skill teaching as well as biomechanical and sensorimotor approaches. A survey of Canadian occupational therapists suggests that such an approach to teaching handwriting is fairly common in occupational therapy (Feder et al., 2000). Nevertheless, a comprehensive review of intervention approaches targeting handwriting by Hoy and colleagues (2011) reveals mixed results with regards to the effectiveness of integrating multiple theoretical perspectives. It would seem that the one element that seems important to the effectiveness of the interventions was the amount of handwriting practice included during intervention sessions, supporting the use of occupation-focused approaches.

Teaching community living skills

A third skill area addressed in the direct skill teaching literature is community living for children with intellectual or developmental disabilities. The primary goal of intervention approaches teaching community living skills is to enable children to acquire the skills to engage in particular activities and occupations, such as using public transportation, banking, or shopping. Different approaches to direct skill teaching are reported (e.g. Michie, Lindsay & Smith, 1998; Morse & Schuster, 2000), each having a different slant on the importance of underlying elements related to direct skill teaching, such as the use of feedback (e.g. timing of feedback, type of feedback), the use of positive reinforcements, the context of practice (classrooms, in vivo, virtual environments), or the use of instructional techniques (verbal instruction, demonstration, role play, group exercises, games or discussions). Activity analysis is essential to most intervention approaches to identify critical and non-critical components to be specifically taught during intervention sessions. Drysdale and colleagues (2008) examined the effectiveness of direct skill teaching to train clients with

intellectual disabilities on a variety of community living skills. Their results demonstrated that, when compared to a control group, the group who had received the intervention approach, which included verbal instruction, contextual practice, modelling and discussion, was significantly more skilled after the intervention for some community living skills (e.g. shopping) than the control group.

Guided discovery

Guided discovery is an approach to skill teaching that actively engages the learner in discovering solutions rather than providing the learner with the required solution. The basic premise of guided discovery is that meaningful learning occurs when the learner strives to make sense of the presented material by selecting relevant incoming information, organizing it into a coherent structure, and integrating it with other organized knowledge (Mayer, 2004). When considering the role of feedback in skill acquisition and learning, guided discovery falls somewhere between direct skills teaching, during which knowledge of result and of process is offered to the learner (Schmidt & Lee, 2011), and discovery learning, during which the learner does not receive any feedback from the instructor. During guided discovery, feedback takes the form of verbal guidance and questions, the purpose of which are to guide learners to problem-solve through their difficulties and find their own solutions.

Eight of the articles describing occupation-focused interventions used guided discovery; all were in relation to the Cognitive Orientation to daily Occupational Performance approach (CO-OP) (Polatajko & Mandich, 2004).

Cognitive orientation to daily occupational performance

The Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance (CO-OP) (Polatajko & Mandich, 2004) is an occupation-focused intervention approach used to enable children to overcome their difficulties and learn to perform their chosen occupations. The approach was derived from a combination of cognitive behavioural

principles and motor learning theory, and addresses four goals: skill acquisition, cognitive strategy use, generalization and transfer. Some of the key components of the approach include client-centred goal setting, cognitive strategy use, guided discovery and dynamic performance analysis. During a typical intervention session, therapists guide children in using a global problem-solving strategy (goal-plan-do-check) to resolve their difficulties and discover specific strategies related to the chosen occupations. Enabling generalization and transfer to other setting and occupations is consciously integrated throughout the intervention sessions (Polatajko & Mandich, 2004).

The CO-OP approach is one of the most studied occupation-focused intervention approaches; numerous reviews have suggested that it is particularly successful among approaches focused on skill acquisition (Chen et al., 2003). Recent literature reports on the effectiveness of the CO-OP approach with children with Developmental Coordination Disorder (DCD) ages seven to twelve (Polatajko & Mandich, 2004), younger DCD children ages five to seven (Taylor, Fayed, & Mandich, 2007; Ward & Rodger, 2004), children with Asperger's (Rodger, Ireland, & Vun, 2008; Rodger, Pham & Mitchell, 2009; Rodger & Vishram, 2010), children with pervasive developmental disorder (Phelan, Steinke, & Mandich, 2009) and children with acquired brain injury (Missiuna et al., 2010).

Summary

The reaffirmation at the turn of the last century of the centrality of occupation to our discipline and the declaration of occupational enablement as our core business has heralded a shift to occupation-focused interventions. In occupational therapy with children, this shift has seen the emergence of intervention approaches focused directly on the acquisition of occupational skills and the development of occupational repertoires that support participation. The emerging evidence from intervention studies and emerging neuroscience supports such a

shift, as interventions focused directly on skill acquisition have shown great promise. □

References

- Ayres, A. J. (1974). Occupational therapy for motor disorders resulting from impairment of the central nervous system. In A. J. Ayres (Ed.), *The development of sensory integrative theory and practice: A collection of the works of A. Jean Ayres*, (pp. 34–53). Dubuque, IA: Kendall/Hunt. (Original work published 1963).
- Berry, J., & Ryan, S. (2002). Frames of reference: Their use in paediatric occupational therapy. *British Journal of Occupational Therapy*, 65, 420–427.
- Blank, R., Smits-Engelsman, B., Polatajko, H. J., & Wilson, P. (2012). European Academy for Childhood Disability (EACD): Recommendations on the definition, diagnosis and intervention. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 54, 54–93. doi: 10.1111/j.1469-8749.2011.04171.x
- Bobath, K., & Bobath, B. (1984). The neurodevelopmental treatment. In Scrutton, D. (Ed.), *Management of the motor disorders of children with cerebral palsy*, (pp. 6–19). Suffolk: Lavenham Press Ltd.
- Carey, L. M., Polatajko, H. J., Tabor Connor, L., & Baum, C. M. (2012). Stroke Rehabilitation: A Learning Perspective. In L. Carey (Ed.), *Stroke rehabilitation: insights from neuroscience and imaging*. Oxford University Press.
- Chen, H. F., & Cohn, E. S. (2003). Social Participation for Children with Developmental Coordination Disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 23, 61–78.
- Copley, J., Nelson, A., Turpin, M., Underwood, K., & Flanagan, K. (2008). Factors Influencing Therapists' Interventions for Children with Learning Difficulties. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75, 105–113. doi: 10.1177/000841740807500206.
- Davis, J., & Polatajko, H. (2006). Occupational development. In S. Rodger & J. Ziviani (Eds.), *Occupational therapy with children: Understanding children's occupations and enabling participation*. (pp. 136–154). Blackwell Science Publishers.
- Denton, P. L., Cope, S., & Moser, C. (2006). The Effects of Sensorimotor-Based Intervention versus Therapeutic Practice on Improving Handwriting Performance in 6- to 11-Year-Old Children. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 16–27. doi:10.5014/ajot.60.1.16
- Drysdale, J., Casey, J., & Porter-Armstrong, A. (2008). Effectiveness of training on the community skills of children with intellectual disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15, 247–255.
- Eliasson, A.-C. (2005). Improving the Use of

Hands in Daily Activities: Aspects of the Treatment of Children with Cerebral Palsy. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 25, 37-60.

Feder, K., Majnemer, A., & Synnes, A. (2000). Handwriting: Current trends in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, 197-204.

Feder, K., Racine, M., & Majnemer, A. (2008). A review of handwriting performance and interventions: does remediation work? *Israel Journal of Occupational Therapy*, 17, E69-88.

Hoy, M., Egan, M. Y., & Feder, K. P. (2011). A Systematic Review of Interventions to Improve Handwriting. *Canadian Journal of Occupational Therapy* February, 78, 13-25.

Humphry, R., & Wakeford, L. (2006). An occupation-centered discussion of development and implications for practice. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 258-267.

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy*, 4th ed.. Philadelphia, PA: F.A. Davis.

Lantz, J. F., Nelson, J. M., & Loftin, R. L. (2004). Guiding children with autism in play: Applying the integrated play group model in school settings. *Teaching Exceptional Children*, 37, 8-14.

Law, M., Baum, C. M., & Baptiste, S. (2002). *Occupation-based practice: Fostering performance and participation*. Thorofare, NJ: Slack.

Mayer, R. E. (2004). Should There Be a Three-Strikes Rule Against Pure Discovery Learning? The Case for Guided Methods of Instruction. *American Psychologist*, 59, 14-19. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.14

Michie, A. M., Lindsay, W. R., & Smith, A. H. W. (1998). Changes following community living skills training: A controlled study. *British Journal of Clinical Psychology*, 37, 109-111.

Missiuna, C., DeMatteo, C., Hanna, S., Mandich, A., Law, M., Mahoney, W., & Scott, L. (2010). Exploring the use of cognitive intervention for children with acquired brain injury. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30, 205-219. doi: 10.3109/01942631003761554

Morse, T. E., & Schuster, J. W. (2000). Teaching elementary students with moderate intellectual disabilities how to shop for groceries. *Exceptional Children*, 66, 273-288.

National Institute of Neurological Disorders and Stroke. (2013). *NINDS cerebral palsy information page*. Retrieved from http://www.ninds.nih.gov/disorders/cerebral_palsy/cerebral_palsy.htm

Phelan, S., Steinke, L., & Mandich, A. (2009). Exploring a cognitive intervention for children with pervasive developmental disorder. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76, 23-28.

Polatajko, H. J., & Cantin, N. (2010). Exploring Interventions other than the Sensory Integration Therapy with Children and Adolescent with Sensory Processing Disorders/Sensory Integrative Dysfunction. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 415-429.

Polatajko, H. J., & Mandich A. (2004). *Enabling occupation in children: The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) Approach*. Ottawa: Ontario: CAOT Publications ACE.

Polatajko, H. J., Davis, J., Stewart, D., Cantin, N., Amoroso, B., Purdie, L., & Zimmerman, D. (2013). Specifying the domain of concern: Occupation as core. In E. Townsend & H. Polatajko (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*, 2nd edition, (pp. 13-36). Ottawa, Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists.

Polatajko, H. J., Davis, J., Cantin, N., Dubouloz-Wilner, C.-J., & Trentham, B. (2013). Occupation-based practice: The essential elements. In E. Townsend & H. Polatajko (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*, 2nd edition, (pp. 203-228). Ottawa, Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists.

Rodger, S. (2010). Introduction to occupation-centred practice with children. In S. Rodger (Ed.), *Occupation-centred practice with children*, (pp. 1-20). Oxford, England: Wiley- Blackwell.

Rodger, S., Ireland, S., & Vun, M. (2008). Can Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) help children with Asperger's syndrome to master social and organisational goals? *British Journal of Occupational Therapy*, 71, 23-32.

Rodger, S., Pham, C., & Mitchell, S. (2009). Cognitive strategy use by children with Asperger's syndrome during intervention for motor-based goals. *Australian Occupational Therapy Journal*, 56, 103-111. doi:10.1111/j.1440-630.2007.00719.

Rodger, S., & Vishram, A. (2010). Mastering Social and Organization Goals: Strategy Use by Two Children with Asperger Syndrome during Cognitive Orientation to Daily Occupational Performance. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 30, 264-276. doi:10.3109/01942638.2010.500893.x

Schmidt, R. A., & Lee, T. D. (2011). *Motor control and learning: A behavioral emphasis* (5th edition). Champaign, IL: Human Kinetics.

Shurtleff, T. L., Standeven, J. W., & Engsber, J. R. (2009). Changes in dynamic trunk/head stability and functional reach after hippotherapy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 90, 1185-95.

Stagnitti, K., O'Connor, C., & Sheppard, L. (2012). Impact of the Learn to Play pro-

gram on play, social competence and language for children aged 5-8 years who attend a specialist school. *Australian Occupational Therapy Journal*, 59, 302-31, doi: 10.1111/j.1440-1630.2012.01018.x

Snider, L., Korner-Bitensky, N., Kammann, C., Warner, S., & Saleh, M. (2007). Horseback Riding as Therapy for Children with Cerebral Palsy: Is There Evidence of Its Effectiveness? *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 27, 5-23.

Sugden, D. A., & Chambers, M. E. (2003). Intervention in children with Developmental Coordination Disorder: The role of parents and teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 73, 545-561.

Taylor, S., Fayed, N., & Mandich, A. (2007). CO-OP intervention for young children with developmental coordination disorder. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 27, 124-130.

Thelen, E., & Smith, L. B. (2006). Dynamic Systems Theories. In W. Damon, R. M. Lerner, D. Kuhn, R. S. Siegler (Eds). *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development*. Oboken, New Jersey: John Wiley & Sons. Inc.

Townsend, E., & Polatajko, H. (2013). *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being and justice through occupation*. 2nd edition. Ottawa, Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists.

Ward, A., & Rodger, S. (2004). The application of cognitive orientation to daily occupational performance (CO-OP) with children 5-7 years with developmental coordination disorder. *British Journal of Occupational Therapy*, 67, 256-264.

Weintraub, N., Yinon, M., Hirsch, I. B., & Parush, S. (2009). Effectiveness of sensorimotor and task-oriented handwriting intervention in elementary school-aged students with handwriting difficulties. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 29, 125-134. doi: 10.3928/15394492-20090611-05.

Wilkes, S., Cordier, R., Bundy, A., Docking, K., & Munro, N. (2011). A play-based intervention for children with ADHD: A pilot study. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, 231-40.

World Health Organization (2007). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children and Youth version*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Zwicker, J. G., & Hadwin, A. F. (2009). Cognitive versus multisensory approaches to handwriting intervention: A randomized controlled trial. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 29, 40-48.

BARNERULLESTOLER FOR DEG SOM KREVER HØY KVALITET!



Simba



zippie
Explore your world!

- Stolene er utviklet for barn.
- Stolene kan vokse med barnet!
- Stort antall størrelser!
- Godt utvalg tilbehør og farger!
- 32 ulike motiver på eikebeskyttere!
- God plass til bena, også med støvler.

2 meget gode rullestoler med mange tilpasningsmuligheter!



Youngster 3

Ta kontakt for mer informasjon:
Kundeservice treffes på: 66 96 38 00
eller post@sunrisemedical.no

 **SUNRISE**
MEDICAL.

Sunrise Medical AS, Dynamitveien 14 B, 1400 Ski

T: 66 96 38 00 F: 66 96 38 80 E: post@sunrisemedical.no www.sunrisemedical.no


QUICKIE
Live without limits.

HELIUM® "lightweight-rigid"
for beste kjøreegenskaper og høy ytelse!

Quickie Helium gir deg :

- muligheter for individuell tilpasning
- smarte integrerte løsninger
- en lett og sterk rullestol
- Jay J3 rygger (kollisjonstestet)

 **SUNRISE**
MEDICAL.



Sunrise Medical AS

Dynamitveien 14 b, 1400 Ski T: 66 96 38 00 E: post@sunrisemedical.no



Fritidsaktivitet for ungdom med utviklingshemming

– hvilke muligheter blir brukt?

Evalueringer etter Ansvarsreformen har vist en bekymringsfull utvikling i utviklingshemmedes deltakelse i fritidsaktiviteter og sosiale nettverk. Det er imidlertid lite kunnskap om hva dagens ungdom med utviklingshemming faktisk gjør på fritiden. Hensikten med denne fagartikkelen er derfor å formidle nasjonal og internasjonal kunnskapsstatus på området, og å drøfte resultater fra en studie vi har gjennomført av fritidsaktiviteter hos et årskull fjortenåringer med Downs syndrom. Artikkelen drøfter spesielt fritiden i lys av intensjonen og erfaringene med Ansvarsreformen, og forhold som kan påvirke muligheter for deltakelse og utbytte.

Nøkkelord: ungdom, Downs syndrom, aktivitet, deltakelse.

AV ANNE-STINE DOLVA, MARIT KOLLSTAD OG JO KLEIVEN

Bakgrunn

Downs syndrom (DS) er den vanligste enkeltårsak til utviklingshemming (Roizen & Patterson, 2003). Dagens ungdom med DS har vokst opp etter Ansvarsreformen fra 1991, da helsevern for psykisk utviklingshemmede (HVPU) ble avviklet. Intensjonen med Ansvarsreformen var likeverdig deltakelse og valgmuligheter som befolkningen for øvrig, også i fritidsaktiviteter (Tøssebro, 1996). Evalueringer etter reformen utpekte likevel fritid som et tapende område (Tøssebro & Lundebj, 2002). Den siste statusrapporten for perioden 2001 til 2010 viser noe økt deltakelse i fritidsaktiviteter, og dans/diskotek

og hobbyvirksomhet nevnes spesielt. Men deltakelsen i fysiske aktiviteter er fortsatt lav, og bruk av støttekontakt eller fritidsassistent har gått ned (Søderstrøm & Tøssebro, 2011). Videre viser rapporten at selv om det er en økt bruk av fritidstilbud for alle, er det fortsatt få som omfattes av dette. Også norsk idrettspolitik har en visjon om «idrett og fysisk aktivitet for alle», med en målsetting om å legge til rette for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i idrett og fysisk aktivitet ut fra egne ønsker og forutsetninger (Meld. St. 26, 2012).

Fritid kan defineres som den frie tiden utenom skole og arbeid hvor en deltar i aktiviteter en har lyst til, og

som er resultat av frie valg (Desha & Ziviani, 2007). Fritidsaktiviteter kan omfatte formelt og uformelt organiserte aktiviteter. Formelt organiserte aktiviteter ledes eller organiseres vanligvis av andre, mens uformelle primært er selvorganiserte (King et al., 2003; Kollstad, 2011). Her omtales formelt organiserte aktiviteter som organiserte eller formelle aktiviteter, og uformelt organiserte aktiviteter som uformelle og selvorganiserte aktiviteter. Fritid er viktig for helse og livskvalitet, den fyller viktige funksjoner. Fritid kan gi mulighet for å utvikle vennskap og nettverk, og kan forstås som en livsstilsarena for læring, mestring og styrking av identitet (Grue, 1999; Kollstad, 2008,

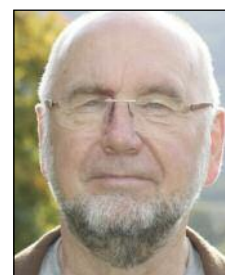


Anne-Stine Dolva er ergoterapeut, MSc, PhD. Hun er førsteamanuensis ved Avdeling for pedagogikk og sosialfag, Høgskolen i Lillehammer.

E-post: anne-stine.dolva@hil.no



Marit Kollstad er helsesøster, pedagog og Amanuensis ved Avdeling for pedagogikk og sosialfag, Høgskolen i Lillehammer.



Jo Kleiven er Cand. psychol., Dr. philos og professor emeritus ved Avdeling for samfunnsvitenskap, Høgskolen i Lillehammer.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

2011). Når det gjelder deltakelse i fysiske aktiviteter, kan fritid innebære mulighet for å styrke fysisk helse, mental velvære og økt selvfølelse (Hutzler & Korsensky, 2010).

Forskning viser at unge med DS deltar i færre fritidsaktiviteter enn sine jevnaldrende, og med få eller ingen venner (D'Haem, 2008; Oates, Bebbington, Bourke, Girdler, & Leonard, 2011; Solish, Perry, & Minnes, 2010). De deltar også relativt lite i idrett og fysiske aktiviteter sammenlignet med barn og unge uten funksjonshemming (Verdonschot, de Witte, Reichrath, Buntinx, & Curfs, 2009). Noen velger å delta i fritidsaktiviteter som er tilrettelagte, for å oppnå mestring og knytte vennskap med andre med funksjonshemming (Askheim, 2009; Gustavsson, 1998; Kittelsaa, 2008; Kollstad, 2011).

Behov for støtte og hjelp kan være en årsak til å søke seg til tilrettelagte fritidsaktiviteter. Mange opplever vansker med å holde tritt med jevnaldrende uten funksjonshemming (Barr & Shields, 2011; Menear, 2007; Roizen & Patterson, 2003). Barn og unge med DS er ofte også lite motiverte for fysisk aktivitet, samtidig som de er disponert for overvekt (Roizen & Patterson, 2003). Deltakelsen i fysisk aktivitet synker også med alder (Esposito, MacDonald, Hornyak, & Ulrich, 2012; Sellinger, Hodapp, & Dykens, 2006).

Familien er en viktig pådriver for deltakelse i fritidsaktiviteter (Cuckle & Wilson, 2002; Sloper, Turner, Knussen, & Cunningham, 1990), og familiens prioriteringer i fritid påvirker ungdommenes deltakelse i fritidsaktiviteter (King et al., 2006; Mactavish & Schleien, 2000). Samtidig påvirkes unge med DS, som ungdom flest, av verdier og normer i samfunnet. Dette gjelder også hva de gjør og ikke gjør i fritiden.

Motivasjon og frihet til å velge har betydning for deltakelse i fritidsaktiviteter (Brown, O'Keefe, & Stagnitti, 2011; Fitzgerald, Joseph, Hayes, & O'Regan, 1995; Larson & Verma, 1999). Samvær med andre og evne til å utføre verdsatte aktiviteter blir forstått som vellykket sosial samhandling (Fox, Farrell, & Davis, 2004; Heah, Case, McGuire, & Law, 2007).



Forskning viser at unge med Downs syndrom deltar i færre fritidsaktiviteter enn sine jevnaldrende, og med få eller ingen venner.

Kunnskap om fritiden til ungdommer med DS har for det meste vært knyttet til formelt organiserte tiltak. Dette gjelder spesielt fysiske aktiviteter. Forskere har poengtert denne begrensningen og understreket at man for å få et helhetlig bilde av fritidens muligheter, burde studere både formelt organiserte og uformelle, selvorganiserte aktiviteter (Jobling, 2001; Solish et al., 2010). Hensikten med vår studie var derfor å beskrive fritiden for norsk ungdom med DS, med en tilnærming som omfatter alle former for aktiviteter.

Metode

Data ble samlet gjennom strukturerte intervju over telefon med foreldre (34 mødre, fire fedre) til ungdommer på 14 år med DS. Studien ble tilrådd av NSD i 2010. Ungdommene ble rekruttert fra et prosjekt som følger et årskull med DS gjennom livsløpet (se Dolva, Coster, & Lilja, 2004). Data til fritidsstudien omfattet 62 prosent av årskullet (n=38).

Foreldrene ble intervjuet om hvilke aktiviteter fjortenåringene faktisk drev med på sin fritid. Aktiviteter i regi av skolen ble ikke inkludert. Intervjuet fulgte en enkelt, strukturert intervjuguide der foreldrene kunne beskrive hvilke aktiviteter ungdommene deltok i i en uke, dag for dag, og deretter på andre årstider. For hver aktivitet foreldrene nevnte, ble utdypende spørsmål fra intervjuguiden stilt: Hvor ofte? Hvor? Sammen med hvem? Med støtte og hjelp av hvem? Hvordan var aktiviteten organisert? Hvem har valgt aktiviteten? Hva var bakgrunnen for valget? Og til slutt: Hva betydde denne aktiviteten for deres sønn eller datter?

Vi registrerte at ungdommene holdt på med til sammen 372 aktiviteter. Disse aktivitetene ble først lagt inn i Excel. Deretter fulgte en prosess med kategorisering utført av to av forskerne i tett samarbeid, i samsvar med vanlige metodiske tilrådinger som for eksempel i Patton (Patton, 2002). Først samlet vi alle

Eksempler på ulike aktiviteter	Eksempler på ulike aktivitetstyper (av 44)	Fire hovedkategorier
Fotball	Ballaktiviteter	Fysiske aktiviteter
Håndball		
Riding	Riding	
Svømming	Svømming	
Tur med hund	Turaktiviteter	
Fjelltur		
Skitur		
Sykkeltur		
Vedhugging	Fysisk arbeid hjemme	
Snømåking		
Søke opp ulikt på PC	PC aktiviteter	Data/mediaaktiviteter
Spille spill på PC		
Fotografere og bearbeide bilder	Digitalt kamera	
TV spill	TV	
Ringe, SMS	Mobiltelefon	
Tegne	Avkoblingsaktiviteter	Hobby/rekreasjons-aktiviteter
Lese		
Bli lest for		
Familiebesøk	Sosiale familieaktiviteter	
Gårdsbesøk		
Cafébesøk		
Spille piano	Instrumentopplæring	Kulturelle aktiviteter
Spille gitar		
Sangkor	Sang og teater	
Teater		
4H-klubb	Klubbaktiviteter	
Juniorklubb		
Konfirmasjons-undervisning	Konfirmasjons-undervisning	

Tabell 1: Eksempler på aktiviteter og aktivitetstyper som inngår i fire hovedkategorier.

like aktiviteter under samme begrep. Som oftest innebar dette bare å velge en felles betegnelse der hvor informantene hadde gitt litt ulike navn på samme aktivitet. Så fulgte en prosess der aktiviteter som hadde klare felles-trekk, ble samlet i aktivitetstyper. Her ønsket vi å ha gjensidig utelukkende alternativer, av hensyn til videre analyser. Det vil si at hver aktivitet ble kodet i bare en kategori. For eksempel ble alle aktiviteter som anvendte ball samlet i kategorien *ballaktiviteter*

(fotball, håndball, basketball etc.); alle aktiviteter som hadde det fellestrekket at hensikten var å komme ut på tur, ble samlet i *turaktiviteter* (gåtur, fjelltur, skitur, tur med hund etc.). Aktiviteter som innebærer bruk av data, er hyppig brukt av all ungdom, og alle *PC-aktiviteter* (skrive historier, spill, google, bearbeide foto etc.) ble samlet. Alle aktiviteter som inkluderte instrumenter, ble samlet i kategorien *spille instrument* (gitar, piano, trommer etc.), og så videre. Etter denne

kategoriseringen satt vi igjen med 44 ulike aktivitetstyper. Tabell 1 gir noen eksempler på denne kategoriseringen.

Neste steg var å sortere de 44 ulike aktivitetstypene. Siden fysisk aktivitet har vært framhevet som en utfordring for ungdom med utviklingshemming og DS spesielt, fant vi det naturlig og fornuftig å samle ulike kategorier av slik aktivitet i hovedkategorien *fysiske aktiviteter*. Dette omfattet for eksempel aktivitetstypene ballaktiviteter, turaktiviteter, svømming, riding etc. Aktiviteter som generelt vokser fram av interesse, avslapning og hygge, er vanlige for alle, og ble tolket som en fellesnevner for aktivitetstyper som spilling av spill, lesing, tegning, familiebesøk, cafébesøk etc. Disse ble samlet i hovedkategorien *hobby og rekreasjonsaktiviteter*. Aktiviteter som innebærer bruk av teknologi, er vanlig blant dagens ungdom, og dette var begrunnelsen for å samle slike aktivitetstyper i en hovedkategori. Aktivitetstyper med PC, digitalt kamera, mobiltelefon, Ipod etc. ble også samlet i hovedkategorien *data og mediaaktiviteter*. Å lære nye fritidsaktiviteter som ikke er fysiske, har ofte et preg av kultur, og større eller mindre grad av sosialt samvær. Noen slike aktiviteter vil også være aldersbetingede. Vi definerte derfor aktivitetstyper som teater, ulik klubbaktivitet, konfirmasjonsundervisning etc. i en slik hovedkategori som fikk navnet *kulturelle aktiviteter*. Denne siste sorteringen gav altså fire hovedkategorier. Det var fysiske aktiviteter, hobby- og rekreasjonsaktiviteter, data- og mediaaktiviteter og kulturelle aktiviteter, slik vi ser i Tabell 1.

Datamaterialet ble deretter overført til SPSS (Norusis, 2010), koblet mot data fra tidligere undersøkelser av det samme utvalget (Dolva et al, 2004), og analysert med beskrivende statistikk. For detaljer om metodisk tilnærming viser vi til Dolva, Kleiven og Kollstad eller Kollstad, Dolva & Kleiven (innsendt til publisering/submittet).

Resultat

Vi vil først gi en presentasjon av de *ungdommene* som studien omfattet, og hvilke fritidsaktiviteter de holdt på

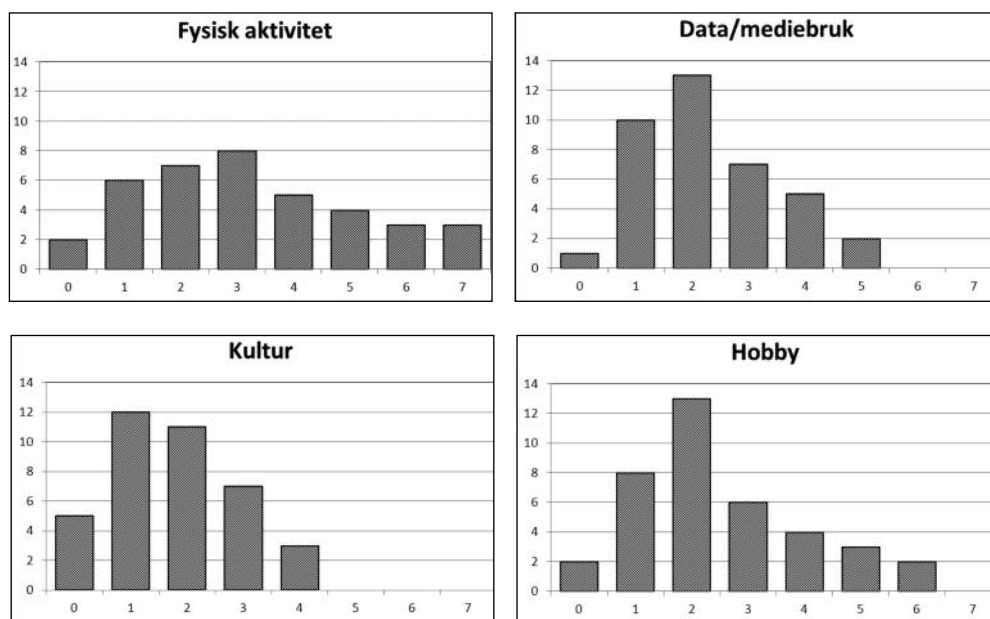
med, både som gruppe og individer. Her er det individene som analyseres. Deretter vil vi gå nærmere inn på resultater knyttet til *aktivitetene*, og bruker da aktivitetene som analyseenheter.

Ungdommene

Studien omfattet 38 ungdommer jevnt fordelt på kjønn. De aller fleste hadde Trisomi 21, den vanligste formen for DS. Synsvansker og medfødt hjertefeil ble registrert hos halvparten, og hørselsvansker hos en fjerdedel. For de aller fleste var hjertefeil korrigert i løpet av første leveår. En tredel av ungdommene hadde en eller flere tilleggsskolelærere som autisme, ADHD, astma og diabetes. Halvparten av ungdommene bodde på små steder med mindre enn 10 000 innbyggere, mens de øvrige fordelte seg likt mellom byer med mindre eller mer enn 50 000 innbyggere. Ni av ti gikk på sin lokale ungdomsskole. Drøyt halvparten av disse i ordinær klasse, og de resterende i spesialklasser eller grupper. Noen få gikk på spesialskole. Dette var imidlertid avhengig av bosted; forsterket skole og spesialskole fantes bare i byer.

Grupper av fritidsaktiviteter

Som nevnt i metodeavsnittet deltok ungdommene samlet sett i 372 aktiviteter på fritiden, og disse kan deles i fire hovedgrupper. *Fysiske aktiviteter* utgjorde den største gruppen, med en tredjedel av aktivitetene. Dette omfatter ikke bare idrett (som fotball, håndball, all-idrett, turn, dans og ridning), men også tur- og friluftsliv (på ski, sykkel, til fots) og fysiske aktiviteter hjemme (fysisk arbeid og lek). Den nest største gruppen var *hobby-/rekreasjonsaktiviteter*. Dette var ikke bare hjemmeaktiviteter, men også sosiale aktiviteter som familiebesøk, titt i butikker og lignende. *Data og mediaaktiviteter* var den tredje største aktivitetsgruppen. Det sentrale her var bruk av data, TV og mobiltelefon. Mange av disse hjemmeaktivitetene var av avslappende karakter. Likevel hadde flere en klar hensikt, som leting etter spesielle ting på internett, se et TV-program, lage historier med digitale kameraer osv. *Kulturaktiviteter* var den siste og minste gruppen, hvor



Figur 1: Antall aktiviteter i hovedkategoriene for hver person.

ungdommene deltok i teater, musikk og klubbaktiviteter.

Deltakelse i fritidsaktiviteter

I gjennomsnitt deltok ungdommene i tre fysiske, to data/media-, to kultur- og tre hobby/rekreasjonsaktiviteter, det vil si ca. ti aktiviteter pr ungdom. Gjennomsnittene gir imidlertid ikke noe tilfredsstillende bilde av situasjonen, da det er betydelig individuell variasjon. Dette ser vi tydelig i figur 1.

Deltakelsen i fysiske aktiviteter fordeler seg fra ingen til sju aktiviteter pr. person, og er den hovedkategorien som viser størst individuell variasjon. Kulturelle aktiviteter, derimot, er i større grad samlet rundt én til to aktiviteter. Her deltar dessuten ingen i mer enn fire slike aktiviteter. Data/mediabruk og hobbyaktiviteter kommer i en mellomstilling, med mindre spredning enn fysiske aktiviteter, men med større spredning enn kulturaktivitetene.

Den store spredningen betyr at det bare er en begrenset sammenheng mellom hva som er vanlige aktiviteter i gruppen som helhet, og hva hver enkelt ungdom bruker tid på. For eksempel deltar enkelte ungdommer relativt mye i aktiviteter som ellers ikke er særlig vanlige – som når noen deltar i dobbelt så mange kulturaktiviteter som gjennomsnittet. Vi ser også at andre deltar lite i aktiviteter

hvor relativt mange deltar, som når enkelte ikke rapporterer fysiske aktiviteter i det hele tatt. Mønsteret for utvalget som helhet skjuler altså en betydelig individuell variasjon, og gir derfor en svært ufullstendig forståelse av hva den enkelte gjør i sin fritid.

Det er nærliggende å tro at slike forskjeller kan skyldes ulikheter mellom ungdommene. Men det ble for eksempel ikke funnet forskjell mellom kjønn, bortsett fra en liten overrepresentasjon av gutter i fysiske aktiviteter. Det var heller ikke forskjell relatert til funksjonsevne, nedsett syn og hørsel, hjerteproblemer og type DS. Skoleform hadde heller ingen betydning.

Også ulik frekvens på aktivitetene kan gjøre det vanskelig å forstå det samlede mønsteret på en tilfredsstillende måte. Om lag en tredjedel av aktivitetene foregikk daglig. Dette gjaldt særlig data- og medieaktiviteter, men også en god del av hobby- og rekreasjonsaktivitetene. Kulturaktivitetene foregikk derimot bare en gang i uka eller sjeldnere. Det samme gjaldt de fleste fysiske aktiviteter. Derfor er det faktisk mulig at ungdommene bruker *mer* tid på data/media og hobby/rekreasjon enn på fysisk aktivitet, selv om de gjennomsnittlig deltar i noen *flere ulike* fysiske aktiviteter.

Det er også grunn til å merke seg at fire av fem ungdommer deltok i alle

de fire hovedkategoriene. Dette gir et visst belegg for å se ungdommenes bruk av aktiviteter som relativt mangesidig. Vi vil nå flytte oppmerksomheten til aktivitetene og hva som karakteriserer dem.

Ulikt organiserte aktiviteter

Fritidsaktivitetene var organisert på ulike måter. For det første var bare 45 prosent av aktivitetene formelt organiserte, mens 55 prosent var mer uformelle. Dernest var det et viktig skille innad i de formelt organiserte aktivitetene. Halvparten av disse var organisert for *alle*, mens de øvrige var *tilrettelagt* for personer med funksjonsnedsettelse.

Bosted spiller en klar rolle her. Tilrettelagte aktiviteter finnes nesten bare i de større byene, og var nesten fraværende på landsbygda. I mindre byer fantes både aktiviteter for alle og tilrettelagte aktiviteter. Ungdommene der deltok da også gjerne i begge tilbudstypene.

Blant både fysiske og kulturelle aktiviteter var en av tre organisert for *alle*. Andelen som var *tilrettelagt* var derimot mindre for fysiske enn for kulturelle aktiviteter. Denne ulike organiseringen hadde også en sammenheng med andre forhold rundt ungdommenes deltakelse. Både hvor ofte aktivitetene fant sted, motivasjon og valg av aktivitet, samhandling med andre og mulighetene for støtte og hjelp varierte mellom de ulike organiseringsformene.

Ungdommenes valg og motivasjon

Uformelle, selvorganiserte aktiviteter ble i størst grad valgt av ungdommene selv. De tilrettelagte aktivitetene ble derimot i hovedsak valgt av andre (foreldre, familie, andre voksne og støttekontakt). Aktiviteter som var organisert for alle, kom i en mellomstilling, og ble oftest valgt av ungdommene selv sammen med andre. Særlig bisto foreldrene ofte ved å ta på seg lederrollen eller delta sammen med sin sønn eller datter. Foreldrene later til å kjenne godt til hva ungdommene liker og ikke liker, hva de mestrer og hvilket behov for støtte de måtte ha.

Når det gjaldt ungdommenes motivasjon for deltakelse, var «inter-

esse» nevnt for de aller fleste fritidsaktivitetene. Når foreldrene beskrev denne interessen, brukte de ord som «elsker», «har glede av» og «liker». Ungdommene uttrykte også ønske om avslapping i om lag halvparten av alle aktivitetsvalgene, men minst for fysiske aktiviteter. Motivasjon for å være sammen med andre ungdommer eller venner ble uttrykt i en av fem aktiviteter, og oftest for valg av kulturaktiviteter. Det var også delvis aktuelt for fysiske aktiviteter, men fraværende i data/medieaktiviteter. I tilknytning til fysiske aktiviteter var også ønsket om å mestre en spesiell aktivitet viktig. Et hyppig motiv for valg av turer var ønsker om trim og samvær med familie.

Ungdommene

– alene eller sammen med andre

Omlag halvparten av fritidsaktivitetene drev ungdommene med alene. Mange foreldre fortalte at deres ungdom ikke hadde venner, og at det aldri kom venner hjem til dem på besøk. Bare i en av fire aktiviteter deltok de sammen med andre ungdommer. De øvrige var sammen med foreldre og familie, andre voksne eller støttekontakt.

Det var imidlertid betydelig forskjell på de fire aktivitetsgruppene når det gjaldt hvem ungdommene deltok sammen med. Data-/medieaktiviteter ble i all hovedsak drevet alene, og også tre av fire hobby-/rekreasjonsaktiviteter foregikk på egen hånd.

Samhandling med andre ungdommer fant i hovedsak sted i tilrettelagte kulturelle eller fysiske aktiviteter. Foreldre/familie var noe involvert i hobbyaktiviteter, men mest i fysiske aktiviteter. I drøyt en av tre fysiske aktiviteter var det foreldre og familie som deltok sammen med sine ungdommer. Det viser at fysiske aktiviteter var typiske familieaktiviteter. Dette gjelder særlig tur- og friluftaktiviteter.

Et deltakelsesmønster tegner seg

De samlede resultatene tegner et deltakelsesmønster, der særlig organiseringsform og hjelpebehov er sentrale faktorer. Vi ser en linje fra uformelt selvorganiserte aktiviteter hjemme, via tilrettelagte aktiviteter utenfor

hjemmet – til organiserte aktiviteter for alle, også utenfor hjemmet.

I begge ender av denne linjen, er samhandling med andre ungdommer relativt fraværende. Den skjer primært i tilrettelagte aktiviteter. I organiserte aktiviteter for alle var ungdommenes deltakelse avhengig av hjelpere utover aktivitetslederen, og foreldre eller assistent fylte den rollen. I tilrettelagte aktiviteter framsto hjelpebehovet som lite, og ble for det meste ivarettatt av aktivitetslederen. Derav tolker vi at det i slike aktiviteter ikke var behov for særlig hjelp utover det som allerede lå i at aktivitetene var tilrettelagte. I motsatt ende av linjen, i tilknytning til uformelle aktiviteter, var ungdommene oftest selvstendige. Når de likevel trengte hjelp var det foreldre eller familien som ga denne.

Diskusjon

Ansvarsreformen for utviklingshemmede hadde som mål å fremme inkludering på ulike samfunnsområder, med fritid som ett område der like muligheter for valg og deltakelse skulle oppnås. Denne studien viser at ungdom med DS har en aktiv og relativt sosial fritid, men sosialt fellesskap med andre ungdommer er avgrenset til tilrettelagte aktiviteter. Våre funn står i kontrast til tidligere internasjonal forskning som beskriver ungdom med DS som lite aktive. En forklaring på denne forskjellen ligger trolig i at denne studien har inkludert både uformell og formelt organisert aktivitet. Med en slik bred tilnærming avdekket vi at ulike former for organiserte fritidsaktiviteter med klare ulikheter spiller en vesentlig rolle. Det samlede mønsteret viser hvilke aktiviteter ungdommene deltar i, men det er ingen enkel sammenheng mellom dette og hva den enkelte ungdom gjør. Et omfattende og variert samlet aktivitetsmønster garanterer altså ikke noen god aktivitetsfordeling for den enkelte.

Tjue år etter Ansvarsreformen rapporteres for første gang positive trekk for området fritid, idet Söderström og Tøssebro (2011) ser noe økt deltakelse i hobbyaktiviteter og i deltakelse på dans/diskotek. Men de melder også om mindre bruk av assistenter i

fritiden. Sammenholdt med våre resultater, er vi usikre på om dette er en positiv trend. Dersom hobbyaktiviteter er uformelle aktiviteter, er det et område der foreldrene er bekymret fordi ungdommene er uten kontakt med annen ungdom. Deltakelse på dans og diskotek, derimot, er i vårt materiale tilrettelagt aktivitet. Dersom dette også gjelder hos Söderström og Tøssebro (2011), kan det bety deltagelse i en aktivitet med samvær med andre ungdommer. At bruk av assistenter har gått ned, anser vi som problematisk, fordi ungdommene ofte trenger hjelp for å kunne delta. Vår studie viser også påfallende lite bruk av assistenter, mens foreldre ser ut til å ta et svært stort ansvar for å gi hjelp og støtte.

I den følgende diskusjonen vil vi konsentrere oss om muligheter som kan knyttes til aktivitetenes organisering, fysisk aktivitet, vennskap og aktivitet med bistand.

Ulike muligheter innen fritidsaktiviteter som er ulikt organisert

Som vi har sett, deltok ungdommene i denne studien i ulikt organiserte fritidsaktiviteter. Tidligere forskning har vist at utviklingshemmede først og fremst deltar i tilrettelagte aktiviteter (Askheim, 2009; Gustavsson, 1998; Kittelsaa, 2008; Kollstad, 2011). Söderström og Tøssebro (2011), derimot, kan vise en liten framgang i bruk av fritidstilbud for alle. Vår studie gir et litt annet bilde, da ungdommene i tillegg til utstrakt deltagelse i uformelle aktiviteter deltar både i aktiviteter for alle og tilrettelagte aktiviteter i forholdet 50/50. Mens selvorganiserte aktiviteter gir muligheter for daglig deltagelse hjemme, foregår de organiserte vanligvis en gang i uka utenfor hjemmet.

Vi fant at bosted spiller en rolle når det gjelder organiserte aktiviteter. Tilrettelagte aktiviteter finnes hovedsakelig i større byer og er nesten fraværende på landsbygda. I mindre byer ser det ut til at deltagelse i begge former for organiserte aktiviteter foregår, og da deltar også ungdommene gjerne i begge type tilbud. Det er interessant å registrere at flere aktivitetstilbud faktisk er for alle og inkluderer ungdom med utviklingshemming. Våre

resultater tyder på at de som deltar i slike aktiviteter, enten har lite behov for hjelp i nettopp den aktiviteten, eller at foreldre i stor grad stiller opp og dekker det hjelpebehovet som måtte være.

Deltakelse i tilrettelagte aktiviteter har vært problematisert av flere forskere, fordi det kan føre til utestenging fra aktiviteter for alle (cf. Askheim, 2009). Når flere ungdommer i vår studie deltar i både tilrettelagte aktiviteter og aktiviteter for alle, forstår vi det som at det ikke er et ønske om enten eller, men snarere et både og. Dette understøttes av forskere som argumenter for at tilrettelagte tilbud åpner for muligheter til å ta del i fritidsaktiviteter som kan mestres på linje med andre deltakere (Gustavsson, 1998; Kollstad, 2008, 2011). En kan tenke seg at de to ulike organisatoriske formene kan bidra med ulike muligheter og kvaliteter for de unge med DS, og slik sett utfylle hverandre.

Muligheter i fysisk aktivitet

I vår studie framstår fjortenåringene som relativt fysisk aktive. Dette funnet står i kontrast til forskning som viser at unge med DS driver lite fysisk aktivitet (Verdonschot et al., 2009). Igjen kan dette være fordi vi har inkludert ungdommenes deltagelse i uformelle fysiske aktiviteter, noe som utvider aktivitetsbildet i stor grad. Uformelle fysiske aktiviteter utgjorde 40 prosent av alle fysiske aktiviteter, og omfatter mye turaktivitet, fysisk lek og fysisk arbeid hjemme. En forklaring kan knyttes til den norske tur- og friluftskulturen. Friluftsliv står sterkt i norsk kultur (St.meld. 39, 2001). Slik aktivitet må medregnes når en skal se helhetlig på fysisk aktivitet, og kanskje er det mer uformell fysisk aktivitet i hverdagslivet til unge mennesker med DS enn annen ungdom fordi de har få eller ingen venner å dele fritiden hjemme med? Et annet forhold er at uformell fysisk aktivitet foregår daglig, i motsetning til organisert fysisk aktivitet, som foregikk ukentlig eller sjeldnere. Dermed bør helsegevinsten ved uformell fysisk aktivitet medregnes.

Muligheter for vennskap

Denne studien viser at ungdom med

DS deltar sammen med annen ungdom i både tilrettelagte aktiviteter og aktiviteter for alle. Flere studier viser at ungdom med utviklingshemming primært utvikler vennskap med andre på samme funksjonsnivå (cf. Askheim, 2009). Det samsvarer med våre resultater der vennskap også er et klart motiv for å velge tilrettelagte aktiviteter. Kan det være slik at en søker seg til ulike aktiviteter avhengig av om en ønsker å treffe venner, likesinnede eller andre som en deler felles interesse med? Putnam (2000) beskriver vennskap som sosial kapital som enten er preget av nær vennskap med tette bånd eller løsere vennskap. Nært vennskap bygger på felles erfaringer og felles identitet (bonding), mens løsere vennskap er preget av løsere bånd med mulighet for å bygge bro mellom ulike sosiale grupper og barrierer (bridging). Nære vennskap for ungdom med utviklingshemming ser ut til å oppstå med andre med utviklingshemming (Askheim, 2009; Gustavsson, 1998; Kittelsaa, 2008; Kollstad, 2011). Vår studie viser det samme. Dette tyder på at de to formene for organiserte fritidsaktiviteter – for alle og tilrettelagte – gir ulike muligheter for «bonding» og «bridging». Dersom ungdommene med DS skal utvikle nært vennskap, kan det være klokt, som flere av foreldrene sier, å søke seg til tilrettelagte fritidsaktiviteter. Samtidig kan slike bånd være problematiske dersom en kan bli utestengt fra andre sosiale miljøer (Askheim, 2009). Søker en etter sosiale relasjoner som kan bygge bro over barrierer til nye miljøer, kan det derimot være fritidsaktiviteter for alle som gir best utsikter. Slik vi forstår det, er det derfor ikke det ene å foretrekke framfor det andre, men heller et både-og. Slik ser det også ut for flere av ungdommene, men da er bosted en avgjørende faktor for hvilke muligheter som finnes.

Muligheter med bistand

Ungdommenes behov for støtte og hjelp er forskjellig og avhenger av hvordan aktivitetene er organisert. Uformelle aktiviteter peker seg særlig seg ut som noe ungdommene mestrer, og deltagelse er basert på egne valg og interesser. Vi tolker denne ty-

pen deltakelse som basert på et sam-svar mellom omgivelsenes krav og individets forutsetninger. I organiserte aktiviteter, særlig aktiviteter for alle, der ungdommene trenger mer støtte enn en leder kan gi, er det påfallende lite bruk av assistenter. Derimot er det mange foreldre som gjør det mulig for ungdommene å delta. Foreldre kjenner sin ungdom best og har kunnskap om hvordan bistanden best kan gis. Samtidig er det ikke vanskelig å tenke seg at foreldres eller andre voksnes involvering kan oppleves som en barriere til fellesskap med annen ungdom i slik aktivitet. Internasjonal forskning peker på mangel på aktivitetsfellesskap med annen ungdom på fritid (Buttimer & Tierney, 2005; Cuckle & Wilson, 2002; D'Haem, 2008; Oates et al., 2011). En yngre assistent med hjelpekunnskap tilsvarende foreldrenes, vil kanskje fungere både som rollemodell og brobygger til annen ungdom i slike aktiviteter? Vårt samlede inntrykk er at det er foreldre, familie og andre voksne som i stor grad er hjelpere, og at en større bruk av assistenter vil kunne muliggjøre både deltakelse og samhandling med annen ungdom. Slik sett kunne en oppnå mer tilrettelagt eller tilpasset fritid innen tilbudet for alle.

Oppsummering

Tjue år etter Ansvarsreformen framstår fortsatt fritid som et område som krever stor oppmerksomhet for å gi utviklingshemmede muligheter for valg, deltakelse og sosialt aktivitetsfellesskap. Denne studien viser at ungdom med DS, som annen ungdom, ønsker å drive med fritidsaktiviteter som de har interesse og talent for. Likevel er noe av deltakelsen avhengig av tilpasninger og støtte. Dette gjelder spesielt i aktiviteter for alle, mens i det tilrettelagte tilbudet er det mindre nødvendig på grunn av tilpasningene som allerede er gjort. Vi mener det er behov for *både* tilrettelagte aktiviteter og aktiviteter for alle, fordi ulike organiserte aktiviteter gir ulike muligheter. Noen ganger er aktiviteten og mestring viktig, mens andre ganger er det sosiale med nære venner viktig. Om fritidsaktiviteter for alle skal kunne være et reelt valg for *alle*, vil det

kreve ikke bare at fritidstilbud åpnes for deltakelse, men at det finnes bistand og kompetanse til å dekke individuelle behov for tilpasning og støtte. Da først kan deltakelse muliggjøres. Slik det ser ut i dag, blir dette i stor grad overlatt til foreldre. Økt bruk av assistenter kan da være ett virkemiddel for å fremme deltakelse i aktiviteter på fritid, men assistentene må ha nødvendig kompetanse for å mestre denne oppgaven.

Resultatene fra denne studien kan bidra til å rette oppmerksomheten mot bruk av assistenter/støttekontakt for å øke ungdommenes muligheter i fritidsaktivitet. Det gjelder både deres rolle og kompetanse. De samlede resultatene er også viktige for helse- og sosialfaglige profesjoner, slik som for eksempel ergoterapeuter, fysioterapeuter og vernepleiere, i sitt arbeid med utviklingshemmede og fritidsaktivitet. □

Takk: Forfatterne vil rette en stor takk til foreldrene som deltok i denne studien.

Referanser

- Askheim, O. P. (2009). Sosial kapital som grunnlag for politikk og tiltaksutvikling for utviklingshemmede. I R. Rønning & B. Starrin (Red.), *Sosial kapital i et velferdsperspektiv*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barr, M., & Shields, N. (2011). Identifying the barriers and facilitators to participation in physical activity for children with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(11), 1020-1033. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01425.x
- Brown, T., O'Keefe, S., & Stagnitti, K. (2011). Activity Preferences and Participation of School-Age Children living in Urban and Rural Environments. *Occupational Therapy in Health Care*, 25(4), 225-239.
- Buttimer, J., & Tierney, E. (2005). Patterns of leisure participation among adolescents with a mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9(1), 25-42.
- Cuckle, P., & Wilson, J. (2002). Social relationships and friendships among young people with Down's syndrome in secondary schools. *British Journal of Special Education*, 29(2), 66-71.
- D'Haem, J. (2008). Special at school but lonely at home: An alternative friendship group for adolescents with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 12(2), 107-111.
- Desha, L. N., & Ziviani, J. M. (2007). Use of time in childhood and adolescents: A literature review on the nature of activity participation and depression. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54, 4-10.
- Dolva, A.-S., Coster, W. J., & Lilja, M. (2004). Functional performance in children with Down syndrome. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 621-629.
- Dolva, A.-S., Kleiven, J., & Kollstad, M. Actual leisure activity participation in Norwegian adolescents with Down syndrome. (Innsendt til publisering/submitted).
- Esposito, P. E., MacDonald, M., Hornyak, J. E., & Ulrich, D. A. (2012). Physical activity patterns of youth with Down syndrome. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50(2), 109-119.
- Fitzgerald, M., Joseph, A. P., Hayes, M., & O'Regan, M. (1995). Leisure activities of adolescent schoolchildren. *Journal of Adolescence*, 18, 349-358.
- Fox, S., Farrell, P., & Davis, P. (2004). Factors associated with the effective inclusion of primary-aged pupils with Down's syndrome. *British Journal of Special Education*, 31(4), 184-190.
- Grue, J. (1999). *Funksjonshemmet ungdom og livskvalitet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Gustavsson, A. (1998). *Inifrån utanförskapet. Om at vara annorlunda och delaktig*. Lund: Studentlitteratur.
- Heah, T., Case, T., McGuire, B., & Law, M. (2007). Successful participation: The lived experience among children with disabilities. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 74(1), 38-47.
- Hutzel, Y., & Korsensky, O. (2010). Motivational correlates of physical activity in persons with an intellectual disability: a systematic literature review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(9), 767-786.
- Jobling, A. (2001). Life be in it: Leisure choices for active leisure. *Down Syndrome Research and Practice*, 6(3), 117-122.
- King, G., Law, M., Hanna, S., King, S., Hurley, P., Rosenbaum, P., et al. (2006). Predictors of the leisure and recreation participation in children with physical disabilities: A structural equation modeling analysis. *Children's Health Care*, 35(3), 209-234.
- King, G., Law, M., King, S., Rosenbaum, P., Kertoy, M. K., & Young, N. L. (2003). A Conceptual Model of the Factors Affecting the Recreation and Leisure Participation of Children with Disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 23(1), 63-90.

Kittelsaa, A. M. (2008). *Et ganske normalt liv*. PhD avhandling, Norges tekniske høgskole, Trondheim.

Kollstad, M. (2008). *Klare seg selv? faglige utfordringer i arbeid med unge funksjonshemmede*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kollstad, M. (2011). Fritidens muligheter. *Fontene forskning*, 1, 32-44.

Kollstad, M., Dolva, A.-S., & Kleiven, J. The participation in physical leisure activities of Norwegian adolescents with Down syndrom. (Innsendt til publisering/submitted.)

Larson, R., & Verma, S. (1999). How children and adolescents spend time across the world: Work, play and developmental opportunities. *Psychological Bulletin*, 125, 701-736.

Mactavish, J. B., & Schleien, S. (2000). Exploring family recreation activities in families that include children with developmental disabilities. *Therapeutic Recreation Journal*, 34(2), 132-153.

Meld. St. 26 (2011-2012). (2012). *Den norske idrettsmodellen*. Oslo: Kulturdepartementet.

Menear, K. S. (2007). Parents' perceptions of health and physical activity needs of children with Down syndro-

me. *Down syndrome Research and Practice*, 12(1), 60-68.

Norusis, M. J. (2010). *PASW Statistics 18 Guide to Data Analysis*. Upper Saddle River, NJ, USA: Prentice-Hall.

Oates, A., Bebbington, A., Bourke, J., Girdler, S., & Leonard, H. (2011). Leisure participation for school-aged children with Down's syndrome. *Disability & Rehabilitation*, 33(1880-1889). doi: 10.3109/09638288.2011.553701

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3. utg.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Putnam, R.D. (2000). *Bowling alone: The collapse and Revival of American Community*. New York: Simon and Schuster.

Roizen, N., & Patterson, D. (2003). Down's syndrome. *The Lancet*, 361(12), 1281-1289.

Sellinger, M. H., Hodapp, R. H., & Dykens, E. M. (2006). Leisure activities of individuals with Prader-Willi, Williams, and Down syndromes. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18(1), 59-71.

Sloper, P., Turner, S., Knussen, C., & Cunningham, C. (1990). Social life of school children with Down's syndro-

me. *Child: Care, Health and Development*, 16, 235-251.

Solish, A., Perry, A., & Minnes, P. (2010). Participation of children with and without disabilities in social, recreational, and leisure activities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 226-236.

St.meld. nr. 39 (2000-2001). (2001). *Friluftsliv - Ein veg til høgere livskvalitet*. Oslo: Miljøverndepartementet.

Søderstrøm, S., & Tøssebro, J. (2011). *Innfridde mål eller brutte visjoner?* Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.

Tøssebro, J. (1996). *En bedre hverdag? Utviklingshemmedes levkår etter HVPU-reformen*. Oslo: Kommuneforlaget.

Tøssebro, J., & Lundebj, H. (2002). *Statlig reform og kommunal hverdag: Utviklingshemmedes levkår 10 år etter reformen*. Trondheim: NTNU, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.

Verdonschot, M. M. L., de Witte, L. P., Reichrath, E., Buntinx, W. H. E., & Curfs, L. M. G. (2009). Community participation of people with an intellectual disability: A review of empirical findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53(4), 303-318.



 Permobil Norge

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

Barn, håndskrift og ergoterapi: hvilke intervensjoner har effekt?

Sammendrag

I denne artikkelen presenterer vi vår litteraturstudie, gjennomført som bachelorprosjekt våren 2011. Vi ønsket å besvare problemstillingen «Hva sier forskning om effekten av ergoterapeutiske intervensjoner rettet mot barn med vansker med utførelse av håndskrift?» Vi har vurdert fire RCT-studier med totalt åtte forskjellige intervensjoner som varierer stort i innhold og teoretisk tilnærming. Intervensjonene retter seg mot barn med nedsatte skriveferdigheter, men uten kjent diagnose som kan påvirke dette. Konklusjonen er at ergoterapeutiske intervensjoner som inkluderer skrivetrening, gir bedre effekt enn intervensjoner uten skrivetrening. I tillegg kan diskusjon og selvevaluering hjelpe til å forbedre utførelsen av håndskrift. Intervensjoner som kombinerer flere teoretiske tilnærminger, viser best effekt.

Nøkkelord: Ergoterapi, håndskrift, barn.

AV HILDE M. INGVALDSEN OG THERESE GRIEG

Introduksjon

Vi ble introdusert for temaet barn og håndskrift da vi var studenter i praksis. Kompleksiteten i temaet fascinerte oss, både i forhold til mulige årsaker til barnets utfordringer og de mange ulike intervensjonene som benyttes av ergoterapeuter i dette arbeidet. Det finnes mye litteratur om temaet, men på grunn av ulike begrep, ulike teoretiske tilnærminger og kombinasjoner av disse, opplevde vi det som vanskelig å orientere oss i litteraturen. Dette bekreftes også av Case-Smith (2006), som sier at det å oppsummere funn i forskning som omhandler intervensjoner for å fremme håndskrift, er svært vanskelig. Dette på grunn av omfattende forskjeller i innholdet i intervensjonene som benyttes, selv innenfor samme teoretiske tilnærming. I tillegg er det store forskjeller i studiedesign, utvalg og miljømessige kontekster. Dette gjør at studier må leses, vurderes og fordøyes med grundighet. En inngående analyse kan da gi en tydelig veiledning for praksis. Formålet med vår litteraturstudie var å bidra til å gjøre eksisterende kunnskap lettere tilgjengelig ved å identifisere hva som fantes av relevant forskning. Vi ønsker med dette å kunne bidra til at ergoterapeuter kan jobbe mer kunnskapsbasert.

Litteraturstudien ble utført våren 2011. Vi gjennomførte nye søk i mars 2013 for å se om ny forskning har kommet til. Våre søk ga ikke treff på nye randomiserte kontrollerte studier (RCT). Imidlertid er det publisert en kanadisk litteraturstudie i 2011 som omhandler samme tema. Denne studien konkluderer med at intervensjon må inkludere adekvat skrivetrening (Hoy, Egan & Feder, 2011).

Teori

Betydningen av funksjonell håndskrift for barn i skolealder

Skriving for hånd utgjør en vesentlig del av skoledagen for barn. En amerikansk undersøkelse indikerer at skoleelever tilbringer over halvparten av tiden i klasserommet med penn-og-papir-oppgaver (Schneck & Amundson, 2010). Det er estimert at mellom 12 og 21 prosent av barn i skolealder har vanskeligheter i forhold til funksjonell håndskrift (Rogers & Case-Smith, 2002). Vanskeligheter i forhold til håndskrift kan ofte ha negativ effekt på barnets akademiske prestasjoner og selvspekt (Weintraub et al., 2009; Feder & Majnemer, 2007). Dette kan føre til begrensning i aktivitet og deltakelse i alminnelige skoleak-



Hilde M. Ingvaldsen er utdannet ergoterapeut ved Høgskolen i Bergen i 2011. Hun arbeider i dag som koordinator for Familietilbud ved Beitostølen Helsesportsenter.



Therese Grieg er utdannet ergoterapeut ved Høgskolen i Bergen i 2011. Hun arbeider i dag som ergoterapeut i Bergen Kommune, med arbeidssted Søreide Seniorsenter.

Det bekreftes at det ikke er uenigheter mellom forfatterne om rettigheter til manuskriptet.

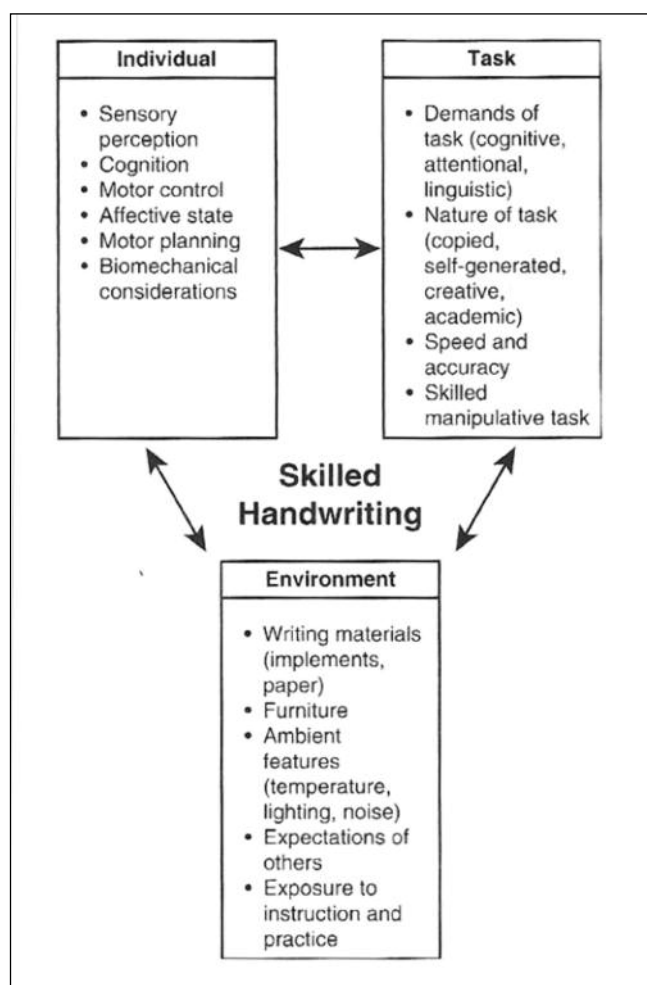
tiviteter. Lavere skrivehastighet kan begrense flyt og kvalitet på det som skrives (Schneck & Amundson, 2010). Eleven kan bruke lengre tid på å fullføre oppgaven enn sine medelever, og det kan være vanskelig å ta notater i klasserommet og lese dem senere. Eleven kan unnlate eller mislykkes med å lære andre prosesser, som planlegging og grammatikk, og skrivevegring kan utvikles og hemme videre utvikling av skriveferdigheter. Barn med nedsatte skriveferdigheter opplever et høyere nivå av ensomhet og ser på sin verden som mindre forståelig, overkommelig og meningsfull enn andre barn (Margalit, 1998). Sett i et større perspektiv er gode lese- og skrivekunnskaper i befolkningen viktig for demokratiutviklingen. Gode lese- og skrivekunnskaper i alle lag av befolkningen er også viktig i arbeidet med sosial utjevning (Kunnskapsdepartementet, 2009).

Forutsetninger for funksjonell håndskrift

Funksjonell håndskrift kan defineres som «en flytende sekvens med tegn som er utført uten et høyt nivå av anstrengelse, med tilfredsstillende hastighet og med et lesbart resultat» (Weintraub, Gilmour-Grill & Weiss, 2010:123). Håndskrift er en kompleks ferdighet som utvikles gjennom år med øvelse. Utførelsen av håndskrift stiller krav om samspill mellom egenskaper hos personen, oppgaven og omgivelsene (figur 1). Dette spillet gjenspeiles også i ergoterapispesifikke referanserammer som for eksempel Model of Human Occupation (MoHO) og The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E).

Det er gjennom forskning dokumentert at spesifikke ferdigheter har betydning for å oppnå en funksjonell håndskrift (Case-Smith, 2002; Feder & Majnemer, 2007; Edwards, Buckland & McCoy-Powlen, 2002). Et utvalg av disse spesifikke ferdighetene beskrives slik av Amundson (1992):

- *Taktil sans:* gir informasjon til barnet angående grepet rundt blyanten og viskelæret, og stabiliseringen av skrivepapiret.
- *Kinestetisk sans:* oppfatningen av bevegelsens omfang, tyngde og retning. Hvor stort trykk barnet bruker på blyanten og på arket, evnen til å skrive innenfor oppmerket felt og retning som anvendes på skriveutstyret er påvirket av kinestetisk sans.
- *Visuell persepsjon:* evnen til å organisere og tolke det en ser. Dette påvirker evnen til å skrive i forhold til å bedømme avstand mellom bokstaver i et ord, og mellom ord i en setning, samt å plassere bokstaver riktig på skrivevelinjen. Visuell persepsjon er også nødvendig for å kunne skille mellom bokstaver og tall som b/d, p/q og 2/5.
- *Visomotorisk integrasjon:* evnen til å koordinere og integrere den visuelle informasjonen med en motorisk respons, for å kunne reproducere bokstaver og tall.
- *Finnmotorikk:* innehar tre momenter som påvirker håndskrift; isolering av bevegelse, gradering av bevegelse, og timing. Nedsatt evne i isolering og gradering av finger- og håndbevegelse kan resultere i uegnet blyantgrep sammen med nedsatt evne til å kontrollere små bevegelser.



Figur 1. Faktorer som påvirker håndskrift. Figuren viser samspillet mellom person, oppgaven og omgivelsene i forhold til utførelse av håndskrift (Ziviani & Wallen, 2006:218)

- Timing påvirker rytmen og flyten i skriften.
- *I-hånd-manipulasjon:* prosessen med å justere ett eller flere objekt i hånden, for eksempel å manipulere en blyant med fingrene for å justere grepet før skriving.

Teoretiske tilnærminger

Ergoterapeuter tilbyr et mangfold av intervensjoner i arbeidet med barn og håndskrift (Weintraub et al., 2009). Kompleksiteten i håndskrift gjenspeiler seg i intervensjonene, som ofte kombinerer ulike teoretiske tilnærminger. Dette ses også tydelig i våre fire inkluderte studier. Det benyttes ulike begrep på intervensjonene, selv om de har mange fellesnevner, i tillegg til at ulike tilnærminger ofte kombineres. For enklere å kunne sammenligne teoretisk tilnærming, intervensjon og effekt, er studiene oppsummert i tabell 1.

Sensomotorisk tilnærming, modell for motorisk innlæring og den biomekaniske modellen er blant de teoretiske tilnærmingene som er mest benyttet av ergoterapeuter for å fremme håndskrift (Feder, Majnemer & Synnes, 2000). Disse tilnærmingene, og kombinasjoner av dem, er også benyttet i våre inkluderte studier.

Sensomotorisk tilnærming: Tilnærmingen går ut på å benytte varierte, meningsfulle opplevelser basert på sanse-

Forfattere	Denton, Cope & Moser (2006)	Sudsawad et al. (2002)	Weintraub et al. (2009)	Zwicker & Hadwin (2009)
Formål med Studien	Måle effekten av sensorisk intervensjon og terapeutisk trening på skriveferdigheter	Undersøke om kinestetisk trening har effekt på utførelse av håndskrift.	Sammenligne effekten av sensorisk og oppgaveorientert intervensjon på håndskrift	Sammenligne effekt av kognitiv og multisensorisk intervensjon på lese-lighet.
Utvalg	38 elever, 6-11 år	45 elever på 1. trinn	55 elever på 2.-4. trinn	72 elever på 1.-2. trinn
Intervensjon	<p><i>Sensomotorisk intervensjon:</i> Fokus på visuell persepsjon, visomotorisk integrasjon, kinestesi og i-hånd-manipulasjon. Aktivitetskoffert med oppgaveark, materialer og liste med aktivitetsforslag. Ergoterapeuten kunne avgjøre hvilken aktivitet, rekkefølge og hvilke materialer som skulle benyttes. Dette inkluderte blant annet oppgaveaktiviteter som labyrinter og prikk-til-prikk-tegninger, klippe-og-lime-aktiviteter, origami, lage former i sand og klinkekule-aktiviteter.</p> <p><i>Terapeutisk trening:</i> Skrivetrening i form av oppgaveark, skriving av takkekort og oppskrifter, og utførelse av generelle skoleoppgaver. Kopiere skrift, diktat og skrive etter hukommelse. Mangfold av pinner, blyanter og papir for å variere skriveoppgavens krav. Verbal tilbakemelding og oppfordring til selvevaluering gjennom identifisering av beste utforming.</p> <p><i>Kontrollgruppe:</i> Ingen intervensjon.</p>	<p><i>Kinestetisk trening:</i> Basert på antakelsen om at kinestesi kan endres gjennom trening, og at forbedring i kinestesi vil føre til forbedring i håndskrift. Trening av rom-/retningsans i forhold til plassering og bevegelse av armene. Barnas armer ble plassert i ulik høyde på en innretning med to baner. Barna skulle med tildekkede øyne si hvilken arm som var høyest. Verbal og visuell tilbakemelding ble gitt. Barnet skulle så plassere ulike mønstre i riktig posisjon, ved bruk av et spesielt instrument.</p> <p>Ergoterapeuten guidet barnet i rotering av mønsteret til en annen posisjon, med barnets øyne tildekket. Barnet skulle se på mønsteret og selv rotere det tilbake til utgangsstillingen. Visuell tilbakemelding ble gitt.</p> <p><i>Håndskrifttrening:</i> Kopiering av bokstaver, ord og setninger. Gradert ved at de startet med bokstaver, deretter ord, for så å skrive setninger. Verbal og visuell tilbakemelding i forhold til bokstavstørrelse, mellomrom og om det var skrevet på linje.</p> <p><i>Kontrollgruppe:</i> Ingen intervensjon.</p>	<p><i>Sensomotorisk intervensjon:</i> Ble kombinert med oppgaveorientert trening. De første 15 minuttene i hver leksjon ble brukt til forberedende aktiviteter med fokus på sittestilling, stabilitet, koordinasjon og finmotorikk. Deretter ble det utført skrivetrening som inkluderte trening med taktil, kinestetisk og auditiv tilbakemelding på utforming av bokstaver. Videre ble det trent på komponenter som avstand mellom bokstaver og ord, bokstavstørrelse og å skrive på linje. Det ble gitt ti minutter hjemmelekser hver dag for å trene på innlærte ferdigheter i en annen setting, og foreldrene var forventet å bidra aktivt.</p> <p><i>Oppgaveorientert intervensjon:</i> Fokus på å forbedre håndskriften gjennom direkte trening og tilbakemelding. Det ble trent på bokstaver med varierte skrivredskaper i ulike skriveaktiviteter som ordspill, skriving av bursdagsinvitasjoner og notater. Også her hadde barna hjemmelekser.</p> <p><i>Kontrollgruppe:</i> Ingen intervensjon.</p>	<p><i>Kognitiv intervensjon:</i> Basert på teorier om læring. Det ble trent på bokstavforming ved at ergoterapeuten demonstrerte og beskrev hvordan bokstavene skulle formes. Deretter imiterte barnet bokstaven og beskrev selv hvordan den ble formet. Ergoterapeuten og barnet diskuterte forskjeller og likheter mellom ulike bokstaver. Det ble også trent på å skrive fra hukommelse. Barnet evaluerte selv hvilke bokstaver han eller hun mente var best utformet.</p> <p><i>Multisensorisk intervensjon:</i> Basert på sensorisk tilnærming. Det ble trent på bokstavforming gjennom lignende metode som den kognitive gruppen, men med fokus på å føle bokstavens form gjennom ulike sanseområder. Barna formet bokstaver i ulike medier, som å skrive med glitterlim, skrive i sand, på tavle og i luften. Til slutt ble hver bokstav skrevet med blyant på papir. Denne gruppen mottok kun visuell demonstrasjon.</p> <p><i>Kontrollgruppe:</i> Ingen intervensjon.</p>
Mengde intervensjon	30 min. fire ganger per uke i fem uker.	30 min. daglig i seks påfølgende skoledager.	En time én gang per uke, i åtte uker.	30 min én gang i uken, i ti uker.
Resultat	Terapeutisk trening viste noe fremgang i håndskrift, dog ikke statistisk signifikant. Sensorisk intervensjon førte til en tilbakegang av klinisk betydning i utførelsen av håndskrift.	Ingen signifikant forbedring i lese-lighet i noen av gruppene. Subjektive målinger viste bedring i lese-lighet hos alle deltakerne, også kontrollgruppen, men ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene.	Begge intervensjonsgruppene viste statistisk signifikant forbedring i håndskrift, også 4 mnd etter intervensjon.	Ingen statistisk signifikant forskjell mellom de tre gruppene. Elevene på 1. trinnet viste forbedring i lese-lighet ved posttest uavhengig av gruppe. Elevene på 2. trinnet viste betydelig forbedring med kognitiv intervensjon sammenlignet med multisensorisk, dog ikke statistisk signifikant.

Tabell 1. Oppsummering av studiene.

systemet. Dette kan bidra til at barnets nervesystem integrerer informasjon mer effektivt i forhold til å oppnå tilfredsstillende motorisk ytelse (Schneck & Amundson, 2010). Alle sansesystemer kan tas i bruk for å fremme håndskrift: kinestetisk sans, taktil sans, syn, hørsel, lukt og smak. I tillegg kan bruk av uvanlig og spennende skrive-materiale bidra til å holde barnet motivert og begeistret gjennom skrivetreningen. Sensomotorisk tilnærming er den mest anvendte intervensjonen benyttet av ergoterapeuter i arbeidet med barn og håndskrift (Feder, Majnemer & Synnes, 2000).

Modell for motorisk innlæring: Teorien om modell for motorisk innlæring refererer til ervervelse eller tilpasning av motoriske ferdigheter (O'Brian & Williams, 2010). Teorien omhandler prinsipper som overføring av lærte ferdigheter, sekvensering og tilpassing av oppgaven, læring gjennom feil, samt ulike former for tilbakemelding. Ferdighetstreningen bør foregå i naturlige omgivelser, da forskning viser at overføring av lærte ferdigheter er enklere når aktiviteten utføres i dens naturlige setting.

Den biomekaniske modell: Den biomekaniske modell benyttes først og fremst for å vurdere og tilby aktiviteter som forbedrer barnets leddbevegelighet, styrke eller utholdenhet (Exner, 2010; Kielhofner, 2009). En biomekanisk tilnærming fokuserer på faktorer som kroppens stilling, stabilitet i ledd og problemer knyttet til muskel- og skjelettsystemet. Ergonomiske faktorer som sittestilling, arkets plassering, blyantgrep, skriveredskap og type papir påvirker håndskriftens kvalitet og hastighet (Schneck & Amundson, 2010). Denne modellen vektlegger modifisering av elevens kontekst, for å forbedre den skriftlige utførelsen og det skriftlige produktet.

Meningsfull aktivitet

Det er viktig at det jobbes med meningsfulle aktiviteter, da dette er en forutsetning for at barnet vil delta aktivt. Tilrettelegging bør baseres på barnets ønsker og aktivitetsbehov, da det er veldig individuelt hva som er meningsfull aktivitet for den enkelte (Trombly & Radomski, 2002; Kielhofner, 2009). Ergoterapeuten bruker aktivitet som middel for å trene på ulike ferdigheter som kan fremme barnets forutsetning for aktivitet og deltakelse (Tuntland, 2007). Dette kan igjen bidra til økt livskvalitet og mestringfølelse hos det enkelte barn. Barn har en medfødt indre drivkraft og nysgjerrighet, og det er viktig at barnet stadig får næring i forhold til dette, slik at læring og utvikling får mulighet til å foregå gjennom lek (Ahlmann, 2008). De fleste barn lærer best nye ferdigheter ved å få mulighet til å eksperimentere, øve og praktisere ferdighetene i naturlige sammenhenger – der hvor ferdighetene skal brukes. Leken kan da være en meningsfull arena for trening av ferdigheter. Kartlegging av barnets interesser kan gi informasjon om aktiviteter barnet liker å engasjere seg i. Ergoterapeuten kan bruke dette bevisst som et middel i intervensjonen for å fremme motivasjon, interesse og mestringfølelse. Hvis et barn for eksempel er interessert i en filmfigur, kan dette tas i bruk i intervensjonen ved at barnet tegner figuren, bygger figuren eller skriver historier om figuren. Dette kan være alternative måter å trene på

faktorer som kan påvirke håndskrift, som for eksempel finmotorikk, i-hånd-manipulasjon, visuell persepsjon, og kinestesi.

Metode

I bachelorprosjektet benyttet vi det som Steward (2004) kaller litteraturstudie som sekundært dataanalyseprosjekt. En slik type studie identifiserer nøkkeltema og sammenligner forskningsresultatene, for å frembringe nye former for forståelse og arbeidsteorier basert på de ulike resultatene. Vi utarbeidet følgende inklusjonskriterier:

- (1) RCT-studier som omhandler håndskrift
- (2) studier med barn med nedsatte skriveferdigheter
- (3) studier med barn uten kjent diagnose som kan påvirke skriveferdigheter
- (4) studier med ergoterapeutiske intervensjoner hvor effekt på håndskrift måles
- (5) studier med intervensjon som ikke er databasert

Vi gjennomførte søk i Cochrane Library, Amed, Cinahl, ERIC, Medline og OT Seeker. For å kunne vurdere om de inkluderte studiene var av god kvalitet, benyttet vi oss av en sjekkliste utarbeidet av the Critical Appraisal Skills Programme (CASP) spesifikt for å vurdere RCT-studier (Aveyard, 2010). I den kritiske vurderingen har vi også overveid muligheten for systematiske feil eller skjevheter som kan påvirke resultatene i studiene.

Resultat

Det var fire RCT-studier som møtte inklusjonskriteriene:

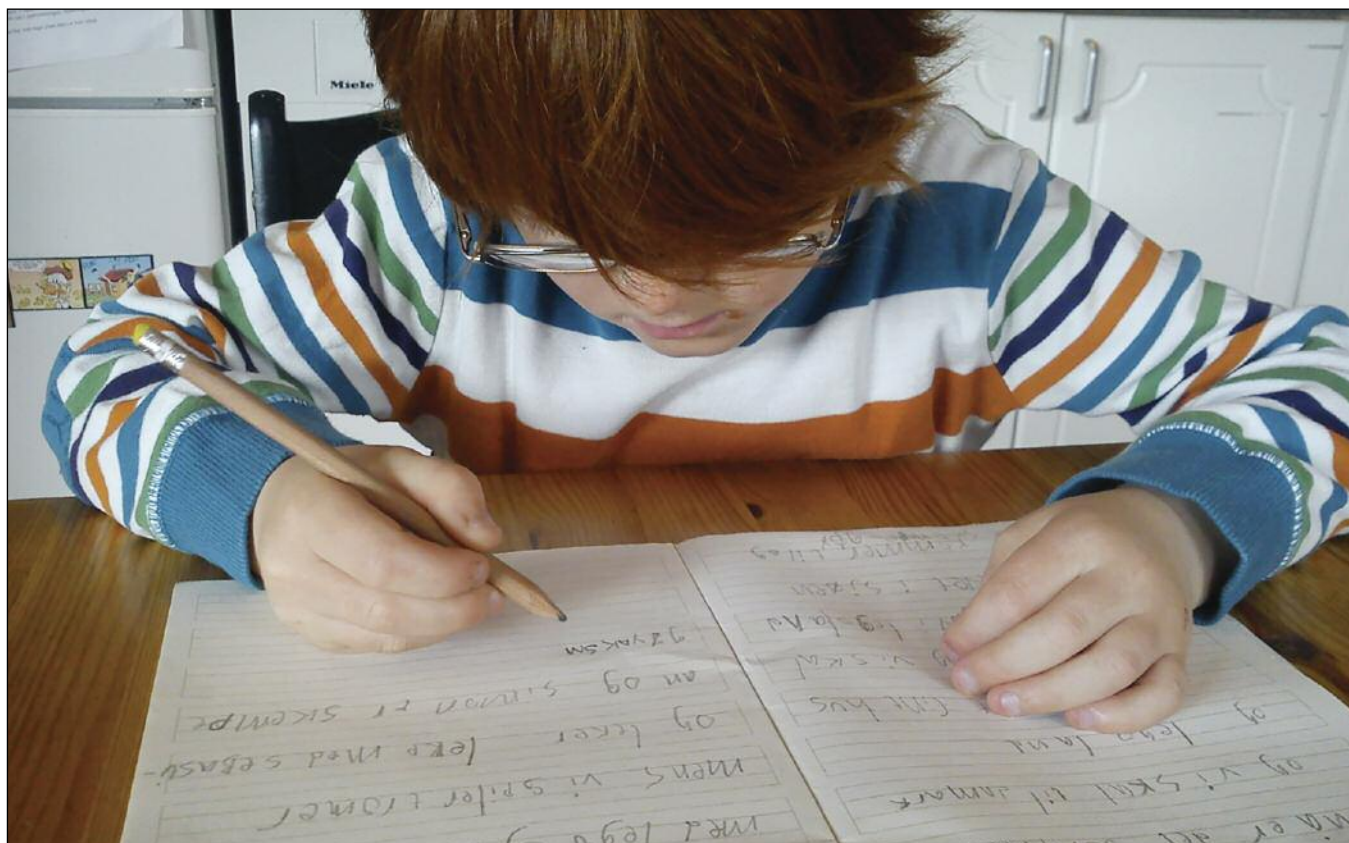
- The Effects of Sensorimotor-Based Intervention Versus Therapeutic Practice on Improving Handwriting Performance in 6- to 11-Year-Old Children (Denton, Cope & Moser, 2006).
- Testing the Effect of Kinesthetic Training on Handwriting Performance in First-Grade Students (Sudsawad et al., 2002).
- Effectiveness of Sensorimotor and Task-Oriented Handwriting Intervention in Elementary School-Aged Students with Handwriting Difficulties (Weintraub et al., 2009).
- Cognitive Versus Multisensory Approaches to Handwriting Intervention: A Randomized Controlled Trial (Zwicker & Hadwin, 2009).

Studiene er oppsummert i tabellform (tabell 1), hvor formål, utvalg, intervensjon, mengde intervensjon og resultat beskrives.

Drøfting

Ergoterapispesifikk referanseramme

Vi mener det er en forutsetning at ergoterapeuten forankrer tilnærmingen i en ergoterapispesifikk referanseramme. Dette vil kunne veilede ergoterapeuten gjennom en aktivtetsbasert og klientsentrert praksis, som er rettet mot å muliggjøre endring i aktivitetsutførelse og deltakelse (Kielhofner, 2009). Det er stor forskjell på hvor tydelig det fremkommer i de inkluderte studiene at intervensjone-



Håndskrift er en kompleks ferdighet som utvikles gjennom år med øvelse. Utførelsen av håndskrift stiller krav om samspill mellom egenskaper hos personen, oppgaven og omgivelsene. Illustrasjonsfoto av Therese Grieg

ne kan være forankret i en ergoterapispesifikk referanseramme. Vi stiller oss kritiske til fremgangsmåten i den kinestetiske intervensjonen til Sudsawad et al. (2002), hvor det i svært liten grad benyttes lek som motivasjonsfaktor for innlæring av nye ferdigheter hos barnet. I motsetning til dette vil vi fremheve den terapeutiske treningen til Denton, Cope og Moser (2006), som har barnet i fokus ved at det kan velges aktiviteter og materialer fra en aktivitetskoffert. Dette gir helt andre muligheter for motivasjon og for å møte barnets interesser og behov.

De inkluderte studiene har en begrenset holistisk tilnærming til barnet. En holistisk tilnærming er vanskelig å imøtekomme i forskning utført for å måle effekt av en intervensjon på en gruppe barn. Barna i en slik gruppe kan ha fellestrekk, men deres ønsker, behov og forutsetninger vil aldri være helt like. Ergoterapeuter kan i sin praksis i mye større grad tilpasse intervensjonen til barnet enn hva som er mulig i en forskningsstudie. Dette mener vi kan være med på å forklare hvorfor studiene ikke viser større effekt.

Bredde i teoretiske tilnærminger

I de fire RCT-studiene er det benyttet ulike teoretiske tilnærminger, samt kombinasjoner av tilnærminger. Mange av intervensjonene er smale sett i forhold til den kompleksiteten som kan ligge bak vansker med håndskrift.

Den sensomotoriske intervensjonen og den oppgaveorienterte intervensjonen til Weintraub et al. (2009), var de

eneste som viste statistisk signifikant fremgang i utførelse av håndskrift. Dette er også intervensjonene med størst bredde, da de kombinerer flere teoretiske tilnærminger. Den sensomotoriske intervensjonen har i tillegg til sensomotorisk tilnærming elementer fra den biomekaniske modell og modell for motorisk innlæring. Intervensjonen har fokus på blant annet sittestilling, stabilitet, koordinasjon, finmotorikk, overføring av lærte ferdigheter og auditiv tilbakemelding. Et annet moment er at det ble benyttet både forberedende aktiviteter, skriveaktiviteter, læring av bokstaver gjennom ulike sanser og hjemmelekser. Den oppgaveorienterte intervensjonen ser vi bygger på modell for motorisk innlæring gjennom blant annet direkte trening på håndskrift, tilbakemelding på utførelse, samt overføring av lærte ferdigheter. Det er også benyttet elementer fra sensomotorisk tilnærming og den biomekaniske modell gjennom bruk av varierte skriveredskaper. Skrive-treningen ble i tillegg knyttet til meningsfulle oppgaver som skrijving av bursdagsinvitasjoner og notater. I disse to intervensjonene adresseres dermed ulike faktorer som kan fremme utførelse av håndskrift. Det kan imidlertid være vanskelig å vurdere hvilke elementer som faktisk har bidratt til fremgangen når det benyttes flere teoretiske tilnærminger i samme intervensjon.

Intervensjonene med minst bredde, der kun kinestetisk sans eller kopiering av skrift adresseres (Sudsawad et al., 2002), og der det kun benyttes sensomotorisk tilnærming (Denton, Cope & Moser, 2006), viser ikke fremgang i

utførelse av håndskrift. Det kan derfor se ut som intervensjon som ene og alene adresserer én komponent, har mindre effekt. Det kan også se ut som sensomotorisk tilnærming må kombineres med andre tilnærminger for å ha effekt.

Skrivetrening i intervensjon

Seks av intervensjonene inkluderer skrivetrening, med stor variasjon i metode. Fire av disse viser fremgang i utførelse av håndskrift, dog ikke alle viser statistisk signifikant fremgang.

Den oppgaveorienterte intervensjonen og den sensomotoriske intervensjonen til Weintraub et al. (2009) viser statistisk signifikant forbedring. Den sensomotoriske intervensjonen trener på komponenter som avstand mellom bokstaver og ord, bokstavstørrelse og å skrive på linje. Den oppgaveorienterte intervensjonen benytter skriveoppgaver med mening knyttet til hverdagslivet, som å skrive bursdagsinvitasjoner og beskjeder, og det ble benyttet varierte skriveredskaper. Forskning antyder at barns opplevelse av skriving kan forbedres dersom de får mulighet til å bruke forskjellige skriveredskaper (Schneck & Amundson, 2010). Dette ser vi også benyttet i intervensjonen med terapeutisk trening av Denton, Cope og Moser (2006). Denne viser noe fremgang, dog ikke statistisk signifikant. Intervensjonen har også et stort fokus på reelle skriveoppgaver med mening, som skolebesvarelser, takkekort og oppskrifter. Ergoterapeuten var utstyrt med en aktivitetskoffert som inneholdt forslag til en rekke skriveaktiviteter, i tillegg til et bredt utvalg av spennende pinner og papir. Videre ble det vektlagt at barnet skulle ha det morsomt gjennom skriveaktiviteter hvor de selv kunne velge oppgaver og skriveutstyr i deler av leksjonstiden. Dette står i kontrast til den multisensoriske intervensjonen til Zwicker og Hadwin (2009) og håndskrifttreningen til Sudsawad et al. (2002), hvor skrivetreningen ikke knyttes til meningsfull aktivitet. Disse intervensjonene viser ikke fremgang. De gir heller ikke barnet valgmulighet i forhold til aktivitet, utstyr eller rekkefølgen i aktivitetene. Vi mener dette kan gjøre det vanskeligere for ergoterapeuten å møte barnets behov, interesser og forutsetninger for å opprettholde barnets motivasjon for skrivetreningen.

De to intervensjonene som ikke benytter skrivetrening – den sensomotoriske intervensjonen til Denton, Cope og Moser (2006) og den kinestetiske treningen til Sudsawad et al. (2002) – viser ikke fremgang.

Diskusjon og selvevaluering i intervensjon

De to intervensjonene som ga størst fremgang i utførelse av håndskrift, var den sensomotoriske og den oppgaveorienterte intervensjonen til Weintraub et al. (2009). I følge Weintraub et al. (2009) er de underliggende prinsippene i de to intervensjonsprogrammene imidlertid ikke tilstrekkelig til å indikere en fordel med den ene tilnærmingen fremfor den andre. Videre mener de at faktorene som er felles i begge intervensjonene, kan ha bidratt til forbedringen i begge intervensjonsgruppene. Dette gjelder memoreringsteknikker og selvevaluering, i tillegg til overføring av lærte ferdigheter til en annen setting gjennom

hjemmelekser. Selvevalueringen i disse to intervensjonene innebar at barnet skulle vurdere skrivearbeidet sitt ved å fastslå om bokstavene var riktig utformet. Forskning viser at det å diskutere barnets utførelse av håndskrift sammen med barnet kan hjelpe barnet å forbedre utførelsen (O'Brian & Williams, 2010). Dette er benyttet i Zwicker og Hadwins (2009) kognitive intervensjonsgruppe som viste fremgang, dog ikke statistisk signifikant. Ergoterapeut og barn diskuterte hvordan bokstaver i en gruppe var like eller forskjellige. I tillegg ble det også benyttet selvevaluering ved at barnet markerte hvilken bokstav som var best utformet. Denton, Cope og Moser (2006) sin terapeutiske treningsgruppe viste noe fremgang. Det ble benyttet selvevaluering ved at barnet identifiserte sin beste utførelse, og barnet forklarte likheter og ulikheter i forhold til det gitte eksempelet. I motsetning til disse intervensjonene, benyttet ikke Sudsawad et al. (2002) noen form for diskusjon eller selvevaluering, verken i gruppen med kinestetisk trening eller håndskrifttrening. Heller ikke den sensomotoriske intervensjonsgruppen til Denton, Cope og Moser (2006), eller den multisensoriske intervensjonsgruppen til Zwicker og Hadwin (2009) inneholdt diskusjon eller selvevaluering. Ingen av disse intervensjonene viste fremgang.

Mengde intervensjon

Mengden intervensjon varierer stort i de ulike studiene. Dette gjelder både i forhold til lengden på hver leksjon, antall leksjoner per uke, antall leksjoner totalt og perioden intervensjonene strakk seg over.

Den sensomotoriske og den oppgaveorienterte intervensjonen til Weintraub et al. (2009) er blant studiene med størst total intervensjonstid. Dette er også de eneste intervensjonsgruppene med statistisk signifikant forbedring i utførelsen av håndskrift. Samtidig ser vi at Sudsawad et al. (2002) sine intervensjoner har minst mengde intervensjon, både i totalt antall timer og perioden intervensjonene strakk seg over. Disse intervensjonene viser ingen bedring i utførelse av håndskrift. I kontrast til dette viser Denton, Cope og Mosers (2006) sensomotoriske intervensjonsgruppe en tilbakegang av klinisk betydning i utførelsen av håndskrift. Dette til tross for at denne studien har størst mengde intervensjon. Vi stiller dog spørsmål ved om denne tilbakegangen kan ses i sammenheng med at intervensjonen verken inkluderte skrivetrening, diskusjon eller selvevaluering.

Det kan se ut til at intervensjon med få timer over en kort tidsperiode har mindre effekt enn intervensjon av større mengde, og som strekker seg over lengre tid.

Konklusjon

Ergoterapeuter bruker ulike tilnærminger og kombinasjoner av tilnærminger med varierende effekt på utførelsen av håndskrift. Intervensjoner som kombinerer flere teoretiske tilnærminger viser best effekt. Sensomotorisk tilnærming er den mest anvendte intervensjonen benyttet av ergoterapeuter i arbeidet med barn og håndskrift. Basert på resultatene fra studiene stiller vi spørsmål ved den utbredte anvendelsen av denne tilnærmingen. Sensomotorisk tilnær-

ming viser dog god effekt i kombinasjon med andre tilnærminger. Med bakgrunn i kompleksiteten som kan ligge bak barnets vansker med håndskrift, anbefaler vi bredde i intervensjonen for å kunne adressere faktorene som påvirker det enkelte barnets utførelse. En ergoterapispesifikk referanseramme er i tillegg nødvendig for å strukturere den teoretiske kunnskapen slik at den blir veiledende for praksis, og for å sikre et holistisk syn og et aktivitetsperspektiv med barnet i fokus.

Uavhengig av hvilke teoretiske tilnærminger ergoterapeuten ønsker å basere intervensjonen på, bør håndskrift-trening inkluderes. Intervensjoner som inkluderer slik trening, viser bedre effekt enn intervensjoner uten. Skrive-trening knyttet mot meningsfulle hverdagsaktiviteter viser bedre effekt enn kun fokusering på kopiering eller bokstavforming. På bakgrunn av dette anbefaler vi skrive-trening som en del av intervensjonen. Ergoterapeuten må være bevisst i hvilken form dette utføres, og hvordan det implementeres. Dette ser ut til å være sentralt med tanke på både å benytte meningsfulle skriveoppgaver knyttet til hverdagslivet, og å tilby variasjon i skriveutstyr. Vi mener dette er spesielt viktig i forhold til barn som er på vei til å utvikle, eller allerede har utviklet, skrivevegring, for å vekke barnets motivasjon og interesse for treningen. Det at treningen fører til et produkt, som for eksempel et bursdagskort, kan gi barnet en større mestingsopplevelse enn bare kopiering av bokstaver, ord og setninger i en arbeidsbok.

Alle intervensjonene som inkluderer diskusjon og selvevaluering, viser fremgang i utførelsen av håndskrift, mens intervensjonene som *ikke* benytter dette, *ikke* viser fremgang. På bakgrunn av dette anbefaler vi å oppmuntre barnet til å evaluere egen utførelse, og at denne utførelsen diskuteres med barnet.

Videre forskning er nødvendig for å undersøke effekten av intervensjoner som adresserer flere faktorer som kan ha betydning for utførelsen av håndskrift i én og samme intervensjon. Det er i tillegg nødvendig med mer forskning for å kunne dokumentere enkeltfaktorens betydning. Vi anbefaler videre å forske på effekt av intervensjoner i ulike aldersgrupper for å undersøke i hvilken alder intervensjon kan ha best effekt. □

Litteraturliste

- Ahlmann, L. (2008). *Bevægelse og udvikling*. 5.utg. København: Hans Reitzel forlag.
- Amundson, S. J. C. (1992). Handwriting: Evaluation and intervention in school settings. I J. Case-Smith, & C. Pehoski (red.), *Development of hand skills in the child* (s.63-78). Rockville: The American Occupational Therapy Association.
- Aveyard, H. (2010). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. 2.utg. Maidenhead: Open University Press.
- Case-Smith, J. (2006). Efficacy of Interventions to Enhance Hand Function. I A. Henderson, & C. Pehoski, (red.), *Handfunction in the Child: Foundations for Remediation*

(s.433-459). Missouri: Mosby Inc.

Case-Smith, J. (2002). Effectiveness of school-based occupational therapy intervention on handwriting. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 17-25

Denton, P. L., Cope, S., & Moser, C. (2006). The effects of sensorimotor-based intervention versus therapeutic practice on improving handwriting performance in 6- to 11-year-old children. *American Journal of Occupational Therapy*, 60, 16-27

Edwards, S. J., Buckland, D. J. & McCoy-Powlen, J. D. (2002). *Developmental & Functional Hand Grasps*, Thorofare NJ: SLACK Incorporated.

Exner, C. E. (2010). Evaluation and Interventions to Develop Hand Skills. I J. Case-Smith, & J.C. O'Brien, (red.), *Occupational Therapy for Children* (s. 275-324). 6th edition. Missouri: Mosby Elsevier.

Feder, K. P., & Majnemer, A. (2007). Handwriting development, competency, and intervention. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 312-317

Feder, K., Majnemer, A., & Synnes, A. (2000). Handwriting: Current trends in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, 197-204

Hoy, H.P., Egan, M.Y. & Feder, K. P. (2011). A systematic review of interventions to improve handwriting. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 78 (1), 13-25

Kielhofner, G. (2009). *Conceptual Foundations of Occupational Therapy Practice*. 4th edition. Philadelphia: F. A. Davis Company.

RullestolPUTE

Trykkavlastende pute med elektrisk varme

- Et integrert system gjør at puten ser og føles som en ordinær rullestolpute. Det er diskrete brytere i fronten på puten for å skru puten av og på, og justere varmen. Systemet drives av et oppladbart batteri som er innlemmet i puten.

- Kan tilpasses de fleste puter.



minitech®

Rambekkveien 7, 2816 Gjøvik - Norge - Tlf. +47 61 10 99 00
www.minitech.no

Kunnskapsdepartementet (2009). *Rett til læring*. NOU 2009:18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste.

Margalit, M. (1998). Loneliness and Coherence Among Preschool Children with Learning Disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 31, 173-180

O'Brian, J. & Williams, H. (2010). Occupational Therapy Intervention: Performance Areas. I J. Case-Smith, & J. C. O'Brian (red.), *Occupational Therapy for Children* (s. 245-274). 6th edition. Missouri: Elsevier Mosby.

Rogers, J. & Case-Smith, J. (2002). Relationships between handwriting and keyboarding performance of sixth-grade-students. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 34-39

Schneck, C. M. & Amundson, S. J. (2010). Prewriting and Handwriting Skills. I J. Case-Smith, & J. C. O'Brien (red.), *Occupational Therapy for Children* (s. 555-582). 6th edition. Missouri, Mosby Elsevier.

Steward, B. (2004). Writing a literature review. *British Journal of Occupational Therapy*, 67 (11), 495-500

Sudsawad, P. et al. (2002). Testing the effect of kinesthetic training on handwriting performance in first-grade students. *American Journal of Occupational Therapy*, 56, 26-33

Trombly, C. A. & Radomski, M. V. (2002). *Occupational Therapy and Physical Dysfunction*. 5th edition. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Tuntland, H. (2007). *En innføring i ADL*. 2.utg. Kristiansand:

Høgskoleforlaget.

Weintraub, N., Gilmour-Grill, N. & Weiss, P. L. (2010). Relationship between handwriting and keyboarding performance among fast and slow adult keyboarders. *American Journal of Occupational Therapy*, 64, 123-132

Weintraub, N. et al (2009). Effectiveness of sensorimotor and task-oriented handwriting intervention in elementary school-aged students with handwriting difficulties. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 29, 125-134

Ziviani, J. & Wallen, M. (2006). The Development of Graphomotor Skills. I A. Henderson, & C. Pehoski, (red.), *Hand function in the Child: Foundations for remediation*. 2nd edition. St. Louis: Mosby Elsevier.

Zwicker, J. G. & Hadwin, A. F. (2009). Cognitive versus multi-sensory approaches to handwriting intervention: A randomized controlled trial. *OTJR: Occupation, Participation & Health*, 29, 40-48



Du har kontrollen

MagicDrive Touch™

Vi ønsker å gi deg mulighet til å kontrollere rullestolen samtidig som du enkelt har kontroll over dine omgivelser. Styr døråpnere og tv med samme enhet som du styrer rullestolen. MagicDrive Touch gir deg mulighet til å kommunisere gjennom telefoni, digitale medier eller moderne taleteknologi.

Alt dette får du i en og samme enhet.

- Styringsystemer - Brytere eller alternative joysticker
- Lett å bruke - Tydelig display med ikoner og norsk tekst
- Touch skjerm - Enklere tilpassinger og bruk
- Frittstående - Kan også brukes utenom rullestolen
- Standard IR - Styr omgivelsene direkte med infrarøde koder
- TV/DVD - Enkel installasjon mot TV/DVD.
- Z-wave - Radiosignaler som kan styre kontakter og døråpnere etc
- Fleksibel - Tilgjengelig til både barn- og voksenrullestoler
- Enkel installasjon - Kan lett tilpasses
- Skreddersy - Tilpass dine krav, ønsker og behov
- Integrert system - Se på bilder og hør på musikk
- Integrert system - Mobiltelefon og tekst til tale

www.permobil.no

permobil
THE POWER OF MOBILITY

Barn som pårørende

Mange barn og unge er pårørende i korte eller lengre perioder av oppveksten. Når nære omsorgspersoner eller søsken opplever sykdom, skade, avhengighet eller funksjonshemming, påvirkes barnas hverdag. Dette gjelder også barn som opplever dødsfall i nær familie, eller har familiemedlemmer i fengsel. Disse barna er utsatte og sårbare, men har likevel ikke vært prioritert.

AV VIBECKE ULVÆR VALLESVERD, OG SIGNEGUN ROMEDAL

Alt helsepersonell har et lovpålagt ansvar for å bidra til at barn som pårørende får informasjon og nødvendig oppfølging. Dette vet vi kan være en utfordring spesielt for helsepersonell som jobber i tjenester for voksne. Med denne artikkelen ønsker vi å sette søkelyset på barn som pårørende og deres behov, helsepersonells oppgaver og forslag til ergoterapeutens rolle i arbeidet med å ivareta barn og unge.

Om barna

Barn som pårørende er i utgangspunktet friske barn under 18 år som lever i en situasjon der nære omsorgspersoner strever. Barn er ikke pårørende slik voksne er pårørende. Barn skal slippe plikter, oppgaver og ansvar som er større enn de kan mestre (1). Samtidig er de unike individer med egne ressurser og har ofte viktige oppgaver i familien. De er knyttet til sine foreldre på godt og vondt, og trenger støtte til å mestre situasjonen de står i.

Konsekvenser

Foreldres sykdom utgjør en risiko for barns helse og utvikling (2). Belastninger i fosterliv, så vel som senere i barndommen, kan virke inn på helsetilstanden senere i livet, for eksempel i form av sykdom i voksen alder (3). Barn merker at hverdagens rutiner og familieatferd endrer seg og kan lure på hva som skjer (4,5). Dette gjelder også for

de minste barna, som er spesielt vulnerable for endringer i stemninger, kontakt og rutiner. Barn som over tid ikke får respons på sine forsøk på kontakt og samspill, kan resignere, bli apatiske og stagnere i utvikling (6, 7). Vanlige reaksjoner hos større barn er bekymring, redsel og skyldfølelse, tristhet og ensomhet, sinne og utagering, skole- og konsentrasjonsproblemer, søvnproblemer og somatiske plager (8,9).

De små voksne – barn som støttespillere og omsorgsgivere

Når foreldre eller søsken strever, kan oppgavene bli for mange for de voksne. Ikke sjelden fører også utfordrende livssituasjoner til samlivsbrudd, og oppgavene kan bli for mange for den som er alene. I slike situasjoner får eller påtar barn og unge seg å hjelpe den voksne med å løse oppgavene (10, 11). Dette er ikke alltid de voksne rundt klar over.

Oppgavene barn som pårørende utfører, kan deles inn i ulike kategorier:

- Husholdning (husarbeid, handle og lage mat, økonomi)
- Pleie og omsorg (personlig hygiene, fysiske løft og trening, medisiner, avverge fall, fyll, overdose eller suicid)
- Emosjonell omsorg (trøste, oppmuntre, motivere og holde med selskap)
- Barnepass (sitte barnevakt, følge til og fra barnehage og skole, hjelpe til med lekser, påkledning og matlaging)
- Beskyttelse (beskytte den voksne eller søsken fra å skade seg eller bli skadet).

Andre oppgaver kan være organisering rundt den syke, skrive søknader, ta telefoner, gå på møter, tolke eller ha den øvrige kontakten med hjelpeapparatet.

Det er naturlig at barn har ansvar og oppgaver som del av en familie. Barn ønsker å ta ansvar og liker å bidra. De kan også oppleve det positivt - å ha ansvar kan gi dem nyttige ferdigheter og forme dem til empatiske, modne og sterke mennesker. Likevel kan ansvaret og oppgavene noen ganger bli for vanskelige og for store, og måtte utføres så ofte at det får negative konsekvenser. Ansvaret og oppgavene vil da kunne være på et nivå som vi normalt vil assosiere med en voksen.

Barn og unge med mye ansvar forteller om bekymringer for den syke, liten konsentrasjon, egne helseproblemer, mindre tid til fritidsinteresser, ferier og sosiale aktiviteter og økonomiske begrensninger. De opplever også at ansva-



Vibecke Ulvær Vallesverd (t.h) har master i barnevern. Signegun Romedal er ergoterapeut. Begge er fagrådgivere i BarnsBeste - Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende.

Det er ikke uenigheter mellom forfatterne om rettigheter til manuskriptet.

ret påvirker skolegang, utdanning og karrieremuligheter. I tillegg rapporterer de om nedstemthet, mobbing, mangel på anerkjennelse og en følelse av å ikke bli hørt (11). På lang sikt kan dette få store konsekvenser. Det er derfor viktig at de voksne som kommer i kontakt med familien, fanger opp disse barna og sørger for nødvendig oppfølging.

Barnas behov for informasjon

Barn og unge trenger konkret informasjon for å forstå hva som skjer. De har behov for å bli inkludert og vite at de ikke har skyld eller ansvar for det som har skjedd. De har også behov for å vite at de har lov til å ha det bra. Det barn ikke vet, har de vondt av (10). Vi kan snakke med barna om alt, tilpasset tid, sted og barnets alder og modenhet. Barna ønsker klar beskjed fra omsorgsfulle voksne, og de vil ha og fortjener vår beste voksenversjon i et språk de kan forstå. I krisesituasjoner har barn et særskilt behov for å vite og bli lyttet til, for å skape forutsigbarhet i eget liv (12). Det er viktig å ta tak i og respondere på barnas spørsmål og tanker, slik at barnas forestillinger kan korrigeres og følelsene deres bekreftes, og for å finne gode mestringsstrategier og bedre måter å leve på i hverdagen (13).

Bakgrunn

I 2007 igangsatte Regjeringen, ved Helse- og omsorgsdepartementet og Barne- og likestillingsdepartementet, en satsing på barn som pårørende. Satsingen var en prioritering på bakgrunn av kunnskap om at arbeidet med barn som pårørende den gang var fragmentert og tilfeldig. Satsingens hovedmål var å gi barna tidlig og langsiktig hjelp samt å styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene. Mye tyder på at regjeringens satsing har vært et skritt i riktig retning. Mange prosjekter og tiltak er igangsatt. Blant dem «BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende», som ble opprettet i 2007 for å samle inn, systematisere og videreformidle kunnskap og erfaring om barn som pårørende. Barn har fått styrket sin rettsstilling, og i løpet av satsingsperioden har det også blitt bevilget en betydelig sum til forskning på feltet. Barn som pårørende er fra 2011 et strategisk forskningsområde i Norges forskningsråd (14). Det er imidlertid mye som gjenstår, ikke minst et grundig implementeringsarbeid og spredning av kunnskap til alle relevante yrkesgrupper.

Lovbestemmelser om barn som pårørende

I 2010 fikk helsepersonelloven (15) og spesialisthelsetjenesteloven (16) bestemmelser som omhandler ivaretagelsen av barn som pårørende når foreldre opplever psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Begrepet barn som pårørende skal tolkes vidt og uavhengig av formalisert omsorgssituasjon, og bestemmelsen omfatter både biologiske barn, stebarn, fosterbarn og adoptivbarn (1).

Formålet er å gi bedre oppfølging når foreldre mottar helsehjelp ved å sikre risikoutsatte barn og unge tidlig hjelp, og å sette barn og foreldre bedre i stand til å mestre situasjonen. Selv om mange barn som vokser opp med syke foreldre, klarer seg bra, kan en lovpålagt plikt bidra til

at enda flere får en bedre oppvekst, og også klarer seg bedre (13). Alt helsepersonell har plikt til å bidra til å avklare om pasienten har barn, og bidra til at barna får informasjon og nødvendig oppfølging (15). Helsepersonellet skal ikke overta ansvaret fra foreldrene. De skal avklare om pasienten har barn, og om noen tar vare på det, vurdere om barna har behov for oppfølging, tilby pasienten informasjon og veiledning, samt bistå med å gi barnet informasjon eller annen oppfølging dersom foreldrene ønsker det. Spesialisthelsetjenesteloven pålegger helseforetak å ha barneansvarlig helsepersonell med ansvar for å fremme og koordinere arbeidet. Enkelte kommuner har også opprettet barneansvarlige.

Samhandlingsreformen (17) er en viktig reform for ivaretagelse av barn som pårørende. I samarbeid mellom pasient, spesialisthelsetjeneste og kommune skal det planlegges tiltak som skal ivareta barns behov. Tiltak skal i størst mulig grad forankres i barns hverdag gjennom de relasjonene, arenaene og aktivitetene de har der.

Tre premisser og tre oppgaver

BarnsBeste (18) har utarbeidet et sammendrag av lovtekst og rundskriv for helsepersonell generelt og ledere i helse-tjenesten. Sammendraget gir en oversikt over sentrale intensjoner i loven, viktige begreper og foreslår en praktisk tilnærming til ivaretagelse av barn i samsvar med lovbestemmelsene. Tilnærmingen består av tre premisser og tre hovedoppgaver. Senere i teksten har vi forslag til ergoterapeutens rolle spesielt.

Premisser i alt arbeid med barn som pårørende

- A. Støtte foreldre i å ivareta barna sine.
Derfor skal arbeidet med barn som pårørende, så langt det er mulig, skje i samråd og samarbeid med pasienten.
- B. Helhetlig, sammenhengende og meningsfull støtte og hjelp til familiene.
Helsepersonell må derfor søke samarbeid rundt barna, både internt og eksternt (helsepersonelloven paragraf 25 tredje ledd)
- C. Alt arbeid med barn som pårørende skal skje innenfor rammene av taushetsplikten.
Helsepersonell må derfor innhente samtykke fra pasienten for å ivareta barna og samarbeide med andre.

Oppgaver for å ivareta barn som pårørende

1. Avklare om pasienten har barn:
Så tidlig som mulig skal det avklares om pasienten har barn. Det er naturlig at dette gjøres av den ansvarlige for behandlingen/pasienten. Den akutte kartleggingen bør inneholde informasjon om barnas alder og kjønn, den andre foresattes navn, kontaktinformasjon og foreldreansvar, barnas aktuelle omsorgssituasjon når pasienten er innlagt/er under behandling, og om barnas aktuelle omsorgssituasjon tilsier akutte tiltak.
Ved akutte tiltak informeres viktige omsorgspersoner om hva som er skjedd, og bidrar til at barna blir ivare tatt. Informasjon kan kun gis etter samtykke. Hvis kartleggingen avdekker at barnets aktuelle omsorgssituasjon ikke er god nok, skal akuttjenesten i barnets hjemkom-

mune varsles (barneverntjenesten, politi).

2. Kartlegge barnas behov for informasjon og oppfølging:

Kartleggingen av barnas situasjon skal ha sitt utgangspunkt hos pasienten gjennom egne samtaler. Formålet er å få innsikt i hvilke konsekvenser pasientens situasjon har for barnas hverdagsliv, og hvilke behov de har for informasjon og oppfølging. I samtalen gis informasjon om barns behov og hvilke tiltak helsetjenesten kan tilby.

Barna og andre omsorgspersoner kan inkluderes i kartleggings samtalen. Det kan være hensiktsmessig å innhente informasjon fra andre aktører, for eksempel barnehage og skole. Underveis i kartleggingen har helsepersonell en selvstendig plikt til å vurdere om barna er godt nok ivaretatt.

Hvis vurderingen tilsier at barnet ikke er godt nok ivaretatt, skal det vurderes om det er grunnlag for unntak fra taushetsplikten, om barnet trenger helsehjelp, eller om det skal sendes bekymringsmelding til barneverntjenesten.

3. Tiltak – informasjon og oppfølging:

Tiltak skal bidra til at barna kjenner seg trygge og inkluderte, forstår det som skjer, og få støtte til å mestre hverdagen. Informasjon og oppfølging skal tilpasses barnets individuelle forutsetninger. Tiltak skal, så langt det er mulig, gjennomføres i samarbeid med foreldre.

I samarbeid med pasienten og eventuelle andre planlegges tiltak for å ivareta barnas behov for informasjon og oppfølging. Informasjon til barn kan gis i egne samtaler. Innholdet i samtalen skal gi barna en forståelse av hva som skjer med den syke forelderen, familien og dem selv. Informasjon bør også gis til andre omsorgspersoner og aktører som er viktige for barnas hverdag; familie, nettverk, barnehage og skole.

Tiltak skal i størst mulig grad forankres i barnets hverdag gjennom de relasjonene, arenaene og aktivitetene barnet har der. Søk samarbeid med lokale hjelpeinstanser og benytt tiltak som allerede eksisterer (fastlege, helsestasjon, skolehelsetjeneste, PP-tjenesten, sosialtjeneste, barneverntjeneste o.a.).

Ergoterapeutens rolle

Hva vil kunnskapen og lovbestemmelsene om barn som pårørende innebære i praksis for ergoterapeuter? Ofte er det lite som skal til for å bedre barnas situasjon. Her er noen innspill og forslag fra BarnsBestes perspektiv:

Barnas situasjon i tverrfaglig samarbeid

Et forebyggende og helsefremmende perspektiv i tilnærmingen er viktig for å forhindre at barn tar skade av at foreldre strever. Forebyggende arbeid rettet mot barn gir også positive ringvirkninger for foreldre som mottar behandling (19). Å styrke foreldrerollen og fokusere på ressurser og faktorer som påvirker helse i positiv retning for barn og voksne, vil fremme helse. Med dette som utgangspunkt kan ergoterapeuter etterspørre barnas situasjon i tverrfaglig samarbeid. Har pasienten barn? Hvordan er barna ivaretatt? Videre kan ergoterapeuten initiere til samarbeid rundt barn i deres hverdag. Hvem følger opp barnas situa-

sjon? Er skole og barnehage informert? Hvilke tilbud finnes der barna bor?

Kartlegging av rollen som foreldre

Ergoterapeuters kunnskap om rollers betydning for identitet, deltakelse og helse vil være et vesentlig bidrag i barn som pårørende-arbeidet. Rollene og rutinene i familien endres når mamma, pappa eller søsken er syk. De små tingene er viktige for at barn skal oppleve trygghet og forutsigbarhet. Det er ikke nødvendigvis foreldres sykdom i seg selv som er vesentlig for barnas situasjon, men konsekvensene sykdommen har for foreldres omsorgskapasitet og familiens samspill. Alle foreldre ønsker det beste for sine barn, men kan oppleve å ha liten kapasitet til å se og ivareta barnas behov i sykdomsperioder og oppleve at de ikke strekker til som foreldre (13). Vi ser at ergoterapeuter kan ha en viktig rolle ved å ivareta barneperspektivet i kartlegging av hverdagsmestring. Hva er viktig for deg for å kunne være den pappaen du ønsker å være? Hva vet barna om situasjonen din? Hva er viktige aktiviteter for familien nå?

Kartlegging av barns oppgaver

Barn som pårørende skal forbli i sin rolle som barn, når omsorgspersoner ikke i tilstrekkelig grad kan ivareta sine foreldrefunksjoner. Ansvar og oppgavene de får eller påtar seg skal ikke overskride deres kapasitet slik at det får negative konsekvenser for deres helse. Det er ikke alltid foreldre er klar over hvilken innsats barna gjør. Den voksnes ønske om å klare seg uten støtte, kan også komme i konflikt med barnas behov. Det er derfor vesentlig at barnas innsats regnes inn som et perspektiv og at barna også høres, når pasientens behov kartlegges. Ofte vil familien trenge bistand fra helsepersonell til å se hva som er viktig for barna, foreldrene og familien som helhet.

Mestring i hverdagen som foreldre

Ergoterapeuters kunnskap om ferdigheter i hva som fremmer og hemmer læring og mestring er et godt utgangspunkt for å tilrettelegge for mestring av foreldrerollen. Informasjon og veiledning til foreldre kan legge til rette for økt bevisstgjøring og en påminnelse om barnas behov for å bli inkludert. Ergoterapeuter kan bringe på banen hva deres begrensede aktivitetsutfoldelse innebærer for barna i hverdagsslivet, mobilisere foreldres ressurser og vektlegge verdien av å informere barna. I noen tilfeller kan det avdekkes omsorgssvikt som skal meldes til barnevernet.

Veiledning i energiøkonomisering med et barneperspektiv vil kunne bidra til at foreldre gjør bevisste valg også i forhold til aktiviteter med og for barn. Videre kan ergoterapeuter legge til rette for at foreldre kan delta i aktiviteter med barna, for eksempel fritidsaktiviteter. Her er det viktig å involvere barna og å høre deres mening om foreldres deltakelse. Ergoterapeuter kan motivere til å aktivisere nettverket til å delta på fritidsaktiviteter osv., og bidra til at foreldre ser verdien av, og aksepterer, å la andre stille opp for familien. Hvem i nettverket kan være en støtte for familien?

Snakke med barna

Folkehelsemeldingen (19) fremhever at barn som pårørende er eksperter på seg selv. Det innebærer at de skal føle seg sett, hørt og ivaretatt. Hvem som snakker med barna vil variere. Informasjon til barn skal helst gis av foreldre selv, eller i nært samarbeid med foreldre (1) For ergoterapeuter vil det kunne innebære å inkludere barna for eksempel ved hjemmebesøk, ved å se dem og snakke med dem ut fra deres perspektiv. Det vil også kunne innebære å spørre hvilke oppgaver de har hjemme, og om det påvirker for eksempel skolearbeid. Barn har behov for å vite hvordan de selv kan håndtere situasjonen, og hvem som kan være støttespillere. Ungdom etterlyser voksne som forstår dem, og som er opptatt av å snakke med dem. De savner fagpersoner som har tid, og som har en annen yrkesrolle enn det de oppfatter at de har (20). Det avgjørende er om usynlige barn og unge blir synlige og selvstendige, noe som gir mulighet til vekst og endring.

Barneperspektiv i tilrettelegging av bolig

Det vil komme barna til gode å ta hensyn også til dem i tilrettelegging av hjemmet. I hjelpemiddelformidling kan det gjelde design, antall og plassering. Hva tenker barna om tilrettelegging i hjemmet? Hvordan vil det være å ha venner på besøk?

Avslutning

Tenk barn – tenk foreldre – tenk familie – tenk nettverk i møte med foreldre som pasienter eller brukere. Dette vil bidra til bedre helse for både voksne og barn når foreldre strever i hverdagen. Barn som pårørende har krav på å bli sett, hørt og ivaretatt. Lovbestemmelser, sentrale føringer og retningslinjer har vært og er fortsatt viktig i forankring og implementering av arbeidet. Kompetanseheving pågår kontinuerlig. Det aller viktigste for disse barna er å bli møtt med et engasjement og interesse for deres situasjon. Vi håper ergoterapeuter ser muligheten til å utgjøre en forskjell for barn som pårørende. □

Litteratur

1. Rundskriv IS-5\2010. Barn som pårørende. Helsedirektoratet; 2010.
2. Kirkengen A L. Hvordan krenkede barn blir syke voksne. Oslo: Universitetsforlaget; 2009.
3. Prytz Mjølstad B. Barn i blindsonen. Tidsskr Nor Legeforen 2013;133. E-publisert 18.06. Tilgjengelig fra <http://tidsskriftet.no/article/3025529DOI: nr. 10.4045/tidsskr.13.0688>
4. Bøckmann K, Kjelleveold A. Pårørende i helsetjenesten – en klinisk og juridisk innføring. Bergen: Fagbokforlaget; 2010.
5. Dyregrov Kari. Når foreldre har en alvorlig kreftsykdom – eller dør av den, i Storm Mowatt Haugland B, Ytterhus B, Dyregrov K. Barna i sentrum – hva vil vi løfte frem?, i Barn som pårørende. Oslo: Abstract forlag AS; 2012.
6. Brandt A E, Grenvik T H. Med barnet i sentrum. Nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre. Oslo: Kommuneforlaget AS; 2010.
7. Moe V, Slinning K, Bergum Hansen M. Håndbok i sped-



Mer informasjon finnes på www.barnsbeste.no og www.barn-sompårørende.no

- og småbarns psykiske helse. Oslo: Gyldendal Norsk forlag; 2010.
8. Bøckmann K, Kjelleveold A. Pårørende i helsetjenesten – en klinisk og juridisk innføring. Bergen: Fagbokforlaget; 2010.
 9. Ireland M J, Pakenham K I. Youth adjustment to parental illness or disability: The role of illness characteristics, caregiving, and attachment. Psychology, Health & Medicine. Vol. 15, No. 6, December 2010, 632-645.
 10. Gilstrup K. Det barn ikke vet..har de vondt av. Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn.
 11. Becker F, Becker S. Young Adult Carers in the UK : Experiences, Needs and Services for Carers aged 16-24. London: The Princess Royal Trus for Carers; 2008.
 12. Raundalen M, Schultz J H. Kan vi snakke med barn om alt? Oslo: Pedagogisk Forum; 2008.
 13. Storm Mowatt Haugland B, Ytterhus B, Dyregrov K. Barna i sentrum – hva vil vi løfte frem? I Barn som pårørende. Oslo: Abstract forlag AS; 2012.
 14. Rapport IS-2011. Oversikt over Helse og omsorgsdepartementets satsing for barn som pårørende 2007-2010. Helsedirektoratet; 2011.
 15. Lov om helsepersonell mv. (helsepersonelloven. paragraf 3-7a. LOV-1999-07-02-61.
 16. Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. /spesialisthelsetjenesteloven). paragraf 3-7a. LOV-1999-07-02-61.
 17. Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Stortingsmeld.nr.47. 2013. Helse-og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://regjeringen.no>.
 18. BarnsBeste – Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende. Sammendrag-lovbestemmelsene; 2010. Tilgjengelig fra: <http://www.helse-sorost.no/pasient/laeringogmestring/barnsbeste/loven/Sider/sammendrag.aspx>
 19. Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. St.meld. nr.34 (2012.2013). Helse-og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <http://regjeringen.no>.
 20. Gjertsen P Å. De usynlige barna. Bergen: Fagbokforlaget; 2013.

Ergoterapeuter og barnehabilitering

Hvordan kan ergoterapeuter bidra til å fremme håndfunksjon og deltakelse i hverdagsaktivitet hos barn med cerebral parese?

Nøkkelord: Habilitering, cerebral parese, håndfunksjon, trening, Samhandlingsreformen.

AV GUNVOR LILLEHOLT KLEVBORG, INGILD KJEKEN OG REIDUN JAHNSEN



Gunvor Lilleholt Klevberg er ergoterapeut og PhD-stipendiat ved CHARM, Institutt for Helse og Samfunn, Universitetet i Oslo. Doktorgradsprosjekt handler om

håndfunksjon hos førskolebarn med CP og beskrivelse av tiltak og tjenester.
E-post: g.l.klevberg@medisin.uio.no



Ingild Kjekken er ergoterapeut, PhD, førsteamanuensis II ved Institutt for Helse og Samfunn ved Universitetet i Oslo. Hun er medveileder i PhD-prosjektet om

håndfunksjon hos førskolebarn med CP.



Reidun Jahnsen er fysioterapeut og PhD, Seniorforsker ved barneavdeling for nevrofag ved Oslo Universitetssykehus. Hun er hovedveileder i PhD-prosjektet om

håndfunksjon hos førskolebarn med CP.

Det bekreftes enighet omkring manuskriptet og ingen interessekonflikter blant forfatterne.

Innledning

Norske ergoterapeuter har fokus på å fremme selvstendighet og deltakelse i hverdagsaktiviteter ut fra individuelle ønsker og behov. Ergoterapeuter jobber innen et bredt felt, der pediatri, nevrologi og habilitering er viktige innsatsområder. Ifølge Norsk ergoterapeutforbund jobber over halvparten av norske ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten (1).

Samhandlingsreformen (2) tvinger frem nytenkning og endringer i prioritering av innsatsområder og faglig fokus, for ergoterapeuter så vel som for andre helsefaglige yrkesgrupper. Spesialisthelsetjenesten skal jobbe enda mer spesialisert, og primærhelsetjenesten skal ha et ytterligere definert ansvar for brukerne av tjenestene – med en helhetlig og fokusert tilnærming.

Innen barnehabiliteringsfeltet utgjør barn med cerebral parese (CP) en stor diagnosegruppe. De representerer en gruppe barn med store variasjoner i funksjonsnivå og problemstillinger, og med ulike behov for habiliteringsoppfølging. Felles for de fleste barn med CP er en opplevelse av begrensede muligheter for å kunne delta i hverdagsaktiviteter på lik linje med jevnaldrende barn, og for mange har dette sammenheng med redusert håndfunksjon (3).

Hensikten med denne artikkelen er å:

- 1 Stimulere til refleksjon rundt kommuneergoterapeuters praksis og prioriteringer rettet mot barn med CP.
- 2 Presentere ulike evidensbaserte praksismodeller for å fremme håndfunksjon og aktivitetsutførelse.

- 3 Motivere kommuneergoterapeuter til å engasjere seg i evidensbaserte tiltak for å fremme håndfunksjon og aktivitetsutførelse for denne gruppen barn.

Barn med cerebral parese

CP er den vanligste årsaken til motoriske funksjonsforstyrrelser hos barn, og forekommer hos 2,1 per 1000 levende fødte barn (4). I Norge gir dette 120 - 130 nye tilfeller hvert år. CP forårsakes av en tidlig skade eller strukturendring som rammer hjernen i fosterlivet, under fødsel eller i de to første leveår. De motoriske forstyrrelsene i muskel- og skjelettsystemet endrer seg over tid, og ledsages ofte av andre tilleggsutfordringer, som kommunikasjonsvansker, syns- og hørselsproblematikk, kognisjons- og persepsjonsvansker, samt epilepsi (5). CP er en kompleks tilstand og fører ofte til utfordringer knyttet til aktivitetsutførelse og deltakelse på ulike livsarenaer (6).

CP deles inn i undergrupper, basert på de mest fremtredende symptomene. Den største gruppen er spastisk CP, som utgjør cirka 80 prosent av populasjonen (4). Spastisk CP deles igjen i undergruppene unilateral (33 prosent) og bilateral (49 prosent). I tillegg finnes dyskinetisk (6 prosent) og ataktisk (5 prosent) CP. For å differensiere mellom alvorlighetsgrader av funksjonsbegrensninger innenfor de ulike undertypene er det utviklet klassifikasjonssystemer for grovmotorisk funksjon (Gross Motor Function Classification System, GMFCS) (7), håndmotorisk funksjon (Manual Ability Classification System, MACS) (8) og kommunikasjonsferdigheter

(Communication Function Classification System, CFCFS) (9). Alle klassifikasjonssystemene har fem nivåer, der nivå I representerer høyest funksjon og nivå V lavest funksjon.

Utfordringer og behov

Barn med CP utgjør en av gruppene innenfor nevrologiske utviklingsforstyrrelser som i størst grad opplever begrenset deltakelse i hverdagsaktivitet (10). Deltakelse for barn med CP preges ofte av mindre varierte og mer passive aktiviteter sammenliknet med jevnaldrende (11). Årsaker til redusert deltakelse kan forklares både med faktorer i omgivelsene og personlige faktorer (3). Det er allikevel bred enighet om at graden av motoriske funksjonsforstyrrelser er en viktig forklarende faktor. Det er vanskelig å oppnå selvstendighet i hverdagsaktivitet ved store motoriske begrensninger (12).

De fleste aktiviteter i hverdagen stiller krav til bruk av hendene, og med nedsatt håndfunksjon er mange barn avhengige av tilrettelegging og hjelp. Sammenhengen mellom redusert håndfunksjon og begrenset deltakelse i hverdagsaktiviteter for barn med CP er dokumentert i flere internasjonale studier. Redusert håndfunksjon er beskrevet som den viktigste årsaken til begrenset selvstendighet i egenomsorgsaktiviteter, har stor betydning også for mobilitet og forflytning og påvirker i stor grad deltakelse i generell hverdagsaktivitet (3, 12, 13).

Populasjonsbaserte beskrivelser viser at 60 - 80 prosent av alle barn med CP har utfordringer med å håndtere gjenstander i hverdagsaktivitet, 40 prosent trenger hjelp eller tilrettelegging i tilsvarende aktivitet, og 15 % er helt avhengige av hjelp i all aktivitet som innebærer håndtering av gjenstander (3, 14).

Den dokumenterte sammenhengen mellom redusert håndfunksjon og begrenset deltakelse i hverdagsaktiviteter underbygger betydningen av tiltak for å fremme håndfunksjon som del av et helhetlig habiliteringstilbud for barn med CP (15).

Terapeutisk intervensjon – før og nå

I tråd med internasjonal forskning og

ny kunnskap om motorisk læring har det gjennom de siste 10 - 15 årene skjedd store endringer i tilnærmingen til bevegelsesforstyrrelser ved CP (16). Tidligere var såkalte «bottom-up»-teorier fremtredende, med sentrale metoder som for eksempel Bobath (17) eller Sanseintegrasjonsterapi (18). Treningsprinsippene innenfor disse retningene fokuserte på økt bevegelseskvalitet og normalisering av barnas bevegelsesmønstre, med en grunnleggende antakelse at endringer i underliggende faktorer ville resultere i funksjonelle gevinster (19). Disse metodene er nå ikke lenger anbefalt i oppfølgingen av barn med CP, basert på dokumentasjon som viser at metodene ikke har ønsket effekt på funksjonelle ferdigheter i hverdagsaktiviteter (20).

Terapeutiske prinsipper som nå preger tilnærmingen til CP internasjonalt, og på tvers av faggrupper, er såkalte «Top-down»-metoder. Disse metodene vektlegger betydningen av funksjonelle ferdigheter og trening gjennom målrettet aktivitet i barnas naturlige omgivelser, med mål om funksjonell aktivitetsutførelse snarere enn normalisering av bevegelser (20).

Verdien av målrettede, aktivitetsbaserte og intensive tiltak er nå solid forankret innen det norske habiliteringsfeltet. Mange norske barn med CP deltar i perioder med intensiv trening gjennom etablerte habiliteringsprogram, ofte forankret i de fylkesvise helseforetakenes habiliteringsteam (21, 22). Mange av de intensive habiliteringstilbudene i Norge er rettet mot trening av grovmotorisk funksjon, men en stor andel av kunnskapsgrunnlaget for intensiv og målrettet habiliteringsoppfølging er basert på effektstudier av intensiv håndtrening, og vil bli omtalt senere i denne artikkelen.

Hva vet vi om effekt av tiltak for å fremme håndfunksjon?

Trening av håndfunksjon for barn med CP står sentralt i internasjonal forskning, med mange studier som har dokumentert effekt av ulike treningsmodeller. De ulike modellene som beskrives i litteraturen, integrerer i stor grad prinsippene for «top-down»-tilnærming og overordnet

fokus på målrettet aktivitet.

Constraint Induced Movement Therapy (CI-terapi) er den metoden som har best dokumentert effekt for endring av håndmotoriske ferdigheter hos barn med spastisk unilateral CP (23). CI-terapi innebærer at barna får en begrensende vott på sin dominante hånd, for å stimulere til økt funksjon i den affiserte hånden. Intensiteten og varigheten av trening varierer i ulike studier (23, 24). Modifiserte varianter av CI-terapi er utprøvd, så vel som en «økologisk» modell for CI-terapi for de aller yngste barna (25). Felles for de ulike modellene er gradering av aktiviteter som fremmer repetert bruk av den affiserte hånden i en stimulerende og motiverende setting.

Bimanuell trening av håndfunksjon har lange tradisjoner innenfor ergoterapeutisk praksis. I tråd med kunnskap om intensiv og målrettet trening er det utviklet modeller for intensiv bimanuell trening basert på tilsvarende prinsipper som CI-terapi, med repetisjoner og gradering av aktivitet (26). Et økende antall studier indikerer at denne type intensiv og målrettet trening kan ha tilsvarende positiv effekt som CI-terapi på håndfunksjon hos barn med spastisk unilateral CP (27, 28).

En tredje modell for trening av håndfunksjon, sterkt i tråd med tradisjonell ergoterapeutisk praksis, er funksjonell trening i målrettet aktivitet. Andre betegnelser på tilsvarende trening er «oppgaveorientert trening» eller «aktivitetsbasert trening». Disse modellene er ofte mer komplekse enn de to forannevnte modellene, og har et uttalt fokus på å fremme mestring av selve målaktivitetene (29). Denne typen tiltak er i mindre grad dokumentert i forskningslitteraturen, men en rekke kasuseksempler illustrerer hvordan systematisk, intensiv og målrettet trening i funksjonelle aktiviteter kan gi svært gode resultater (30). Det som skiller disse treningsmodellene fra ordinær ergoterapeutisk praksis, er systematikken og intensiteten i treningen. Treningen bør foregå med en grad av intensitet tilsvarende dokumenterte modeller, og over en definert tidsperiode. Forslag til struktur er beskrevet i en studie av Novak m.fl (29), bestående av fem trinn:

- (a) kartlegging av funksjon
- (b) definering av omforente mål for barn/familie og planlegging av program ut fra beste dokumenterte kunnskap
- (c) trening/veiledning av barn og foreldre i programmet som skal gjennomføres
- (d) oppfølging av foreldrene med telefon/hjemmebesøk underveis i programmet
- (e) evaluering av effekt.

Trass i økende kunnskap om effekt av tiltak for å fremme håndfunksjon hos barn med CP er det fortsatt store kunnskapshull. Den eksisterende kunnskapen er utelukkende basert på studier av barn med spastisk unilateral CP, som utgjør i underkant av 50 prosent av alle barn med spastisk CP (31). Barn med spastisk bilateral CP utgjør en litt større gruppe, og har i tillegg mer variasjon i funksjonsnivå og tilleggsproblematikk. For barn innenfor denne undergruppen er kunnskap om tiltak for å fremme håndfunksjon fraværende, selv om 60 prosent har håndfunksjonsproblemer (14). Barn med spastisk bilateral CP har i langt større grad enn barn med unilateral CP utfordringer knyttet til grovmotorikk, og mange bruker flytningshjelpemidler i hverdagen (32). Det er få beskrivelser av denne gruppen separat, men det er grunn til å anta at disse barna i større grad enn barn med unilateral CP opplever begrenset deltakelse i hverdagsaktivitet. Klinisk erfaring tilsier at trening av håndfunksjon i liten grad prioriteres for barn med bilateral CP. Et ubesvart spørsmål er i hvilken grad begrenset deltakelse for barn med bilateral CP kan forklares ved redusert håndfunksjon, og hvorvidt de ville profitte på bimanuell og funksjonell trening i tråd med evidensbasert kunnskap for barn med unilateral CP.

Habiliteringsoppfølging og ergoterapeuters rolle

Habiliteringsforløp for barn med CP foregår over år og inneholder mange og ulike former for tiltak og tjenester, med forankring både i spesialisthelsetjenesten og i kommunen. I «Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering» uttrykkes en satsning på

habilitering, med bakgrunn i at fagfeltet ikke har den status og prestisje som er nødvendig for rekruttering og utvikling (33).

I Norge har alle barn og unge med CP tilbud om oppfølging gjennom Cerebral pareseregisteret i Norge (CPRN) og Cerebral Parese Oppfølgingsprogrammet (CPOP). CPRN er et nasjonalt medisinsk kvalitetsregister hvor det de siste fem årene har fremkommet viktig epidemiologisk kunnskap om blant annet forekomst og årsaker til CP (4, 34-37). CPOP er et motorisk oppfølgingsprogram der barnas håndmotoriske- og grovmotoriske funksjon kartlegges systematisk av ergoterapeuter og fysioterapeuter (38). Bakgrunnen for CPOP var observasjoner fra tilsvarende program i Sverige, som dokumenterte at systematisk og tverrfaglig oppfølging førte til kraftig reduksjon i sekundære problemstillinger som tradisjonelt har vært fremtredende ved CP, som alvorlige kontrakturer og hoftededds-luksasjoner (39, 40). Overordnet målsetting for det norske kvalitetsregisteret og oppfølgingsprogrammet er å sikre kunnskapsbaserte, helhetlige og likeverdige tjenester til barn med CP, uavhengig av bosted.

Ergoterapeuters oppgaver innen barnehabilitering handler om å fremme deltakelse og mestring i hverdagslivet, med et solid forankret fokus på meningsfull aktivitet. Gjennom CPOP har ergoterapeuters rolle knyttet til oppfølging av håndfunksjon blitt tydeliggjort i samsvar med praksis blant ergoterapeuter internasjonalt (41, 42).

CPOP innebærer standardisert kartlegging av motorisk funksjon innenfor de ulike dimensjonene av ICF ved fastsatte intervaller ut fra barnets alder og funksjonsnivå. Hensikten med de systematiske kartleggingene er å avdekke risikofaktorer, utfordringer og behov hos hvert enkelt barn på et tidlig tidspunkt, for å kunne iverksette målrettede, forebyggende og/eller behandlende tiltak tidlig. Standardiserte undersøkelser av barna under lek og i aktivitet er således en viktig del av CPOP-oppfølgingen. Involverte ergoterapeuter i kommuner og habiliteringstjenester har deltatt på kurs for å utvikle kom-

petansen i å beskrive håndmotorisk funksjon, definere problemområder, samt planlegge og gjennomføre målrettede tiltak.

Norsk Ergoterapeutforbund beskriver ergoterapeuters kompetanse knyttet til barns helse (www.ergoterapeutene.org). Ifølge forbundet utfører ergoterapeuter blant annet «undersøkelse, vurdering og gjennomføring av strukturert trening knyttet til lek-/læringsaktiviteter (...) og håndmotorisk funksjon (...), og utarbeider individuelle treningsopplegg med bruk av aktivitet.» Erfaring med oppfølging av barn med CP fra spesialisthelsetjenesten og kontakt med ergoterapeuter over hele landet gir grunn til å stille spørsmål ved i hvilken grad forbundets beskrivelse av ergoterapeuters kompetanse gjenspeiler dagens klinisk praksis. Det er i tillegg grunn til å stille spørsmål ved i hvilken grad norsk ergoterapeutisk praksis gjenspeiler praksis internasjonalt (43). Selv om flere ergoterapeuter finner mulighet for å prioritere dette fagområdet, er erfaringen at knappe ressurser og stramme rammer gjør det vanskelig for ergoterapeuter i kommunene å prioritere tid til trening. Dette inntrykket forsterkes ytterligere i kommunikasjon med brukerorganisasjonen for CP (CP-foreningen), som beskriver sitt inntrykk av ergoterapeuters rolle som «ikke behandlere» (44).

Foreldres erfaringer med motorisk trening av norske førskolebarn med CP

I en fersk norsk studie (n=360) ble motorisk trening hos et utvalg av norske førskolebarn i CPOP undersøkt. Resultatene viste at de fleste barna deltok i aktivitetsfokusede tiltak for å fremme motorisk fungering (21). I alt 84 prosent av barna deltok i grovmotorisk trening, mens 69 prosent deltok i finmotorisk trening. Hyppigheten av trening var høyere for grovmotorikk (48 prosent trente flere ganger per dag) enn for finmotorikk (30 prosent trente flere ggr per dag). Det var definerte mål for både grovmotorisk trening (89 prosent) og finmotorisk trening (79 prosent), og det ble funnet en positiv sammenheng mellom definerte mål for tiltakene og foreldrenes opplevelse av tiltakenes

nytte. Selv om både grovmotorisk og finmotorisk trening oftest foregikk hjemme eller i barnehagen, ble grovmotorisk trening oftere utført integrert i daglige aktiviteter (58 prosent) enn hva tilfellet var for finmotorisk trening (49 prosent). Foreldrerapportert tilfredshet med tiltakenes nytte var høyere for grovmotorisk trening enn for finmotorisk trening. Verdt å merke seg er også at andelen barn som mottok tjenester fra ergoterapeut (48 prosent) var nesten halvparten av andelen som mottok tjenester fra fysioterapeut (90 prosent).

Tallene fra denne studien gir større mening dersom de ses i forhold til hvordan grovmotorisk og finmotorisk funksjon fordeler seg blant barn med CP. Den påviste større andelen av barn som mottok grovmotorisk trening fremfor finmotorisk trening, kunne indikere at flest barn har grovmotoriske utfordringer. Resultater fra CPOP (31) viser imidlertid det motsatte, at andelen barn med moderat begrenset grovmotorisk funksjon er 53 prosent mens andelen barn med finmotorisk funksjon på tilsvarende nivåer er 63 prosent. Disse tallene samsvarer godt med fordelingen av grov- og finmotorisk funksjon i det svenske oppfølgingsprogrammet CPUP (45). Fordelingen av grov- og finmotorisk funksjon i CP-populasjonen indikerer at behovet for tiltak er annerledes enn hva resultatene i den ferske studien indikerer som klinisk praksis.

Samhandlingsreformen, «hverdagshabilitering» og ergoterapi

I Samhandlingsreformen fremholdes det at «Habilitering og rehabilitering er et av områdene det skal legges økt vekt på» (2). Kommunene skal ha et tydeligere ansvar, og det er et mål å «sikre rett behandling til rett person på rett sted til rett tid». Reformen skal også bidra til å styrke tidlige tiltak for å fremme utvikling hos barn med medfødte og tidlig ervervede skader, for å bidra til optimal deltakelse i hverdagslivet og forebygge sekundære komplikasjoner. Dette skulle være gode nyheter for oppfølgingen av barn med CP, ettersom vi vet at tidlig og målrettet oppfølging kan bidra til å fremme barnas utvikling og forebygge

sekundære komplikasjoner (46). Økt fokus på tidlig trening i regi av primærhelsetjenesten vil kunne bidra til en bedre utvikling hos barn med tidlige tegn til asymmetri og forsinket finmotorisk utvikling.

«Folkehelsemeldingen» er nylig lansert med målsetting om «flere leveår med god helse og trivsel» (47). Sammen med den nye stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» (48) innebærer dette mål om at hvert leveår for barn med livsvarige funksjonsbegrensninger skal være meningsfullt og godt, og samsvarer med Samhandlingsreformens intensjoner om at tilbudet i kommunene, og oppfølgingen av personer med kroniske lidelser skal bli bedre (2).

Samhandlingsreformen, Folkehelsemeldingen og Morgendagens omsorg gir norske kommuneergoterapeuter en unik mulighet til å satse på «hverdagshabilitering» med mål om å styrke aktivitetsutførelse og deltakelse hos barn med CP. I hverdagshabiliteringen bør trening av håndfunksjon inngå som en viktig del, og dette bør foregå på en strukturert måte etter evidensbasert kunnskap som dokumenterer betydningen av intensive tiltak. Darrah (49) fremholder tre viktige prinsipper for å oppnå ønsket effekt. Tiltakene må være basert på (a) familiesentrert tilnærming, (b) de terapeutiske målene må være funksjonelle og aktivitetsbaserte, og (c) tiltak og tjenester må være koordinerte og sikre samarbeid og gode overganger.

I en kommentar til praksis har ergoterapeuten Iona Novak, en av frontfigurene for evidensbasert terapeutisk praksis innen barnehabilitering, uttalt:

«it is time for us as evidence-based physical and occupational therapists to be more discriminatory in the way in which we choose the intensity of therapy for our pediatric clients. First, we must choose the best available treatment approach and provide it at the literature recommended intensity to address the client's goals.» (20)

Konklusjon og spørsmål til refleksjon

Ergoterapeuter har som mål å bidra til økt selvstendighet og deltakelse i

hverdagsaktivitet. Barn med CP er en stor diagnosegruppe innen barnehabiliteringsfeltet, og mange opplever begrenset deltakelse i hverdagsaktiviteter. Problemstillingene hos barn med CP kan være komplekse, men de motoriske begrensningene er hovedutfordringen for de fleste. Redusert håndfunksjon forekommer hos mange barn med CP, og er en viktig årsak til begrenset selvstendighet i daglige aktiviteter. Effekten av intensiv trening av håndfunksjon er godt dokumentert i internasjonal litteratur, men en fersk studie indikerer at slike tiltak ikke prioriteres i tråd med behovet i det norske habiliteringssystemet. Ergoterapeuter har ansvar for oppfølgingen av håndfunksjon gjennom CPOP, og dette bør også i større grad inkludere treningstiltak i kommuneergoterapeutenes regi.

Evidensbasert trening av håndfunksjon for små barn bør baseres på *målrettet, gradert trening i meningsfull aktivitet*. Håndfunksjon handler om å *håndtere gjenstander i hverdagslivet*. Enten det er å vaske hender eller pusse dukkens tenner, handler håndfunksjon om å kunne *utføre de aktivitetene som gir mening* i den hverdagen man lever. Finnes det noe mer «ergoterapeutisk» enn dette?

Ergoterapeuter har kompetanse i å gradere aktiviteter, analysere aktivitetsmønstre, interesser og roller. Dette er viktige elementer i utviklingen av gode og målrettede tiltak. Som ansvarlig faggruppe for oppfølging av håndfunksjon for barn med CP, bør vi sikre at vi gjør de prioriteringer som er viktige for å fremme best mulig utvikling hos barna med CP.

Dagens spørsmål til refleksjon lyder dermed som følger:

- Gjør kommuneergoterapeuter de riktige prioriteringene i forhold til barn med CP?
- Hva skal til for at ergoterapeuter i større grad kan tilby perioder med intensiv og målrettet innsats for å fremme selvstendighet i viktige hverdagsaktiviteter for barn med redusert håndfunksjon? □

Referanser

- (1) Norsk Ergoterapeutforbund. [Web Page]. Norsk ergoterapeutforbund; 2013. Available from: www.ergoterapeutene.org.

- (2) Helse- og Omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen. 2008-2009.
- (3) Imms C, Reilly S, Carlin J, Dodd KJ. Characteristics influencing participation of Australian children with cerebral palsy. *DisabilRehabil*. 2009;31(26):2204-15.
- (4) Andersen GL, Irgens LM, Haagaas I, Skranes JS, Meberg AE, Vik T. Cerebral palsy in Norway: prevalence, subtypes and severity. *Eur-JPaediatrNeurol*. 2008;12(1):4-13.
- (5) Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl*. 2007;109:8-14.
- (6) Carr LJ, Reddy SK, Stevens S, Blair E, Love S. Definition and classification of cerebral palsy. *DevMed-Child Neurol*. 2005;47(8):508-10.
- (7) Rosenbaum PL, Palisano RJ, Bartlett DJ, Galuppi BE, Russell DJ. Development of the Gross Motor Function Classification System for cerebral palsy. *DevMedChild Neurol*. 2008;50(4):249-53.
- (8) Eliasson AC, Forssberg H, Hung YC, Gordon AM. Development of hand function and precision grip control in individuals with cerebral palsy: a 13-year follow-up study. *Pediatrics*. 2006;118(4):e1226-e36.
- (9) Hidecker MJ, Paneth N, Rosenbaum PL, Kent RD, Lillie J, Eulenberg JB, et al. Developing and validating the Communication Function Classification System for individuals with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2011;53(8):704-10.
- (10) Imms C. Children with cerebral palsy participate: a review of the literature. *DisabilRehabil*. 2008;30(24):1867-84.
- (11) Parkes J, McCullough N, Madden A. To what extent do children with cerebral palsy participate in everyday life situations? Health & social care in the community. 2010;18(3):304-15.
- (12) Ohrvall AM, Eliasson AC, Lowing K, Odman P, Krumlinde-Sundholm L. Self-care and mobility skills in children with cerebral palsy, related to their manual ability and gross motor function classifications. *DevMedChild Neurol*. 2010;52(11):1048-55.
- (13) Bourke-Taylor H. Melbourne Assessment of Unilateral Upper Limb Function: construct validity and correlation with the Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Dev Med Child Neurol*. 2003;45(2):92-6.
- (14) Arner M, Eliasson AC, Nicklasson S, Sommerstein K, Hagglund G. Hand function in cerebral palsy. Report of 367 children in a population-based longitudinal health care program. *JHand SurgAm*. 2008;33(8):1337-47.
- (15) van Meeteren J, Roebroek ME, Celen E, Donkervoort M, Stam HJ. Functional activities of the upper extremity of young adults with cerebral palsy: a limiting factor for participation? *Disabil Rehabil*. 2008;30(5):387-95.
- (16) Loftod B, Jahnsen R, Terjesen T. [Cerebral palsy in children--motor function and new treatment strategies]. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2006;126(20):2648-51.
- (17) Bobath BBK. Motor development in the different types of cerebral palsy: Butterworth-Heinemann Ltd.; 1975.
- (18) Ayres J. Sensory integration and the child: Western Psychological Services 1979.
- (19) Wiart L, Ray L, Darrah J, Magill-Evans J. Parents' perspectives on occupational therapy and physical therapy goals for children with cerebral palsy. *DisabilRehabil*. 2010;32(3):248-58.
- (20) Novak I. Evidence to practice commentary: Is more therapy better? *Phys Occup Ther Pediatr*. 2012;32(4):383-7.
- (21) Myrhaug HT, Ostensjo S. Motor Training and Physical Activity Among Preschoolers with Cerebral Palsy: A Survey of Parents' Experiences. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2013.
- (22) Myrhaug HT ØS, Lerdal B, Skranes J, Hammerstrøm KT, Risberg K DK, Larun L, Åldstedt L, Leite RS, Jahnsen R, Ludvigsen S TS, Mjøen T. Intensiv trening/habilitering til barn med medfødt og ervervet hjerneskade. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2008 27.
- (23) Hoare BJ, Wasiak J, Imms C, Carey L. Constraint-induced movement therapy in the treatment of the upper limb in children with hemiplegic cerebral palsy. *CochraneDatabaseSystRev*. 2007(2):CD004149.
- (24) Sakzewski L, Ziviani J, Boyd R. Systematic review and meta-analysis of therapeutic management of upper-limb dysfunction in children with congenital hemiplegia. *Pediatrics*. 2009;123(6):e1111-e22.
- (25) Eliasson AC, Shaw K, Berg E, Krumlinde-Sundholm L. An ecological approach of Constraint Induced Movement Therapy for 2-3-year-old children: a randomized control trial. *ResDevDisabil*. 2011;32(6):2820-8.
- (26) Charles J, Gordon AM. Development of hand-arm bimanual intensive training (HABIT) for improving bimanual coordination in children with hemiplegic cerebral palsy. *DevMedChild Neurol*. 2006;48(11):931-6.
- (27) Deppe W, Thuemmler K, Fleischer J, Berger C, Meyer S, Wiedemann B. Modified constraint-induced movement therapy versus intensive bimanual training for children with hemiplegia – a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2013.
- (28) Fedrizzi E, Rosa-Rizzotto M, Turconi AC, Pagliano E, Fazzi E, Pozza LV, et al. Unimanual and bimanual intensive training in children with hemiplegic cerebral palsy and persistence in time of hand function improvement: 6-month follow-up results of a multisite clinical trial. *J Child Neurol*. 2013;28(2):161-75.
- (29) Novak I, Cusick A, Lannin N. Occupational therapy home programs for cerebral palsy: double-blind, randomized, controlled trial. *Pediatrics*. 2009;124(4):e606-14.
- (30) Elvrum A-K. Måltrettetrening basert på motorisk læring. In: Norsk Ergoterapeutforbund, editor. Oslo 2006.
- (31) CPOP. Cerebral Parese Oppfølgingsprogram, Årsrapport 2012. Oslo: Oslo Universitetssykehus, 2013.
- (32) Rodby-Bousquet E, Hagglund G. Sitting and standing performance in a total population of children with cerebral palsy: a cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010;11:131.
- (33) Helse- og Omsorgsdepartementet. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008–2011. Særtrykk av St.prp. nr. 1 (2007–2008) kapittel 9.
- (34) Andersen GL, Irgens LM, Skranes J, Salvesen KA, Meberg A, Vik T. Is breech presentation a risk factor for cerebral palsy? A Norwegian birth cohort study. *Dev Med Child Neurol*. 2009;51(11):860-5.

- (35) Andersen GL, Romundstad P, De La Cruz J, Himmelmann K, Sellier E, Cans C, et al. Cerebral palsy among children born moderately preterm or at moderately low birthweight between 1980 and 1998: a European register-based study. *Dev Med Child Neurol*. 2011;53(10):913-9.
- (36) Elkamil AI, Andersen GL, Salvesen KA, Skranes J, Irgens LM, Vik T. Induction of labor and cerebral palsy: a population-based study in Norway. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2011;90(1):83-91.
- (37) Stoknes M, Andersen GL, Dahlseng MO, Skranes J, Salvesen KA, Irgens LM, et al. Cerebral palsy and neonatal death in term singletons born small for gestational age. *Pediatrics*. 2012;130(6):e1629-35.
- (38) CPOP. Cerebral Parese Oppfølgingsprogram i Norge 2013. Available from: www.oslo-universitetssykehus.no/cpop.
- (39) Hagglund G, Andersson S, Duppe H, Lauge-Pedersen H, Nordmark E, Westbom L. Prevention of dislocation of the hip in children with cerebral palsy. The first ten years of a population-based prevention programme. *J Bone Joint Surg Br*. 2005;87(1):95-101.
- (40) Hagglund G, Andersson S, Duppe H, Lauge-Pedersen H, Nordmark E, Westbom L. Prevention of severe contractures might replace multi-level surgery in cerebral palsy: results of a population-based health care programme and new techniques to reduce spasticity. *J Pediatr Orthop B*. 2005;14(4):269-73.
- (41) Hoare BJ, Imms C. Upper-limb injections of botulinum toxin-A in children with cerebral palsy: a critical review of the literature and clinical implications for occupational therapists. *Am J Occup Ther*. 2004;58(4):389-97.
- (42) Palisano RJ, Begnoche DM, Chiarello LA, Bartlett DJ, McCoy SW, Chang HJ. Amount and focus of physical therapy and occupational therapy for young children with cerebral palsy. *Phys Occup Ther Pediatr*. 2012;32(4):368-82.
- (43) Hoare BJ, Imms C, Rawicki HB, Carey L. Modified constraint-induced movement therapy or bimanual occupational therapy following injection of Botulinum toxin-A to improve bimanual performance in young children with hemiplegic cerebral palsy: a randomised controlled trial methods paper. *BMC Neurol*. 2010;10:58.
- (44) CP-foreningen. Personlig kommunikasjon, E-mail 2013.
- (45) Carnahan KD, Arner M, Hagglund G. Association between gross motor function (GMFCS) and manual ability (MACS) in children with cerebral palsy. A population-based study of 359 children. *BMC MusculoskeletDisord*. 2007;8:50.
- (46) Novak I. A magical moment in research translation: strategies for providing high intensity bimanual therapy. *Dev Med Child Neurol*. 2013;55(6):491.
- (47) Helse- og Omsorgsdepartementet. Folkehelsemeldingen: god helse - felles ansvar. Mld.St.34. 2013.
- (48) Helse- og Omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. Mld.St. 29.2013
- (49) Darrah J, Wiart L, Magill-Evans J, Ray L, Andersen J. Are family-centred principles, functional goal setting and transition planning evident in therapy services for children with cerebral palsy? *Child Care Health Dev*. 2012;38(1):41-7.



**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 kjørekomfort. 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

The Childrens' Hand-use Experience Questionnaire (CHEQ)

– en oversettelse og pågående innholdsvalidering

AV ANNE BIRGIT STAVENES, INGER HELEN BOLSTAD, UNNI SVEEN OG TONE VAKSVIK

Bakgrunn for prosjektet: Det finnes i dag ikke noe standardisert spørreskjema, bortsett fra CHEQ, som kartlegger funksjon i tohåndsaktiviteter for barn/ungdom med unilateral cerebral parese, plexusskade eller dysmeli. CHEQ kartlegger utførelse av hverdagsaktiviteter hos barn (6 - 18 år), og deres opplevde kvalitet og effektivitet ved bruk av den affiserte hånden i tohåndsaktiviteter. Spørreskjemaet er utviklet og validert i Sverige og må derfor oversettes til norsk og tilpasses norsk kultur. Spørreskjemaet er nettbasert.

Mål for prosjektet: Oversette CHEQ til norsk og innholdsvalidere oversettelsen, slik at vi får et kartleggingsinstrument på norsk som utreder barns/foreldres erfaringer med ferdigheter i utførelse av hverdagsaktiviteter.

Metode: Spørreskjemaet oversettes etter anbefalte retningslinjer. Barn/ungdom med dysmeli og unilateral cerebral parese prøver ut spørreskjemaet. Gjennom kognitive intervju undersøkes forståelse av aktuelle begrep og formuleringer samt tanker bak svarene som avgis.

Resultat og konklusjon: Oversettelsen er ferdigstilt. Innholdsvalidering ved kognitive intervju foretas i løpet av 2013.

Konsekvenser for ergoterapeutisk praksis: Vi vil få et nettbasert kartleggingsinstrument som kan brukes av terapeuter i 1., 2. og 3. linjetjenesten. Instrumentet kan være et tids- og kostnadseffektivt hjelpemiddel for å kartlegge status, sette mål, prioritere tiltak og evaluere endringer. CHEQ kan benyttes for å måle effekten av medisinsk behandling ved pre- og postoperativ vurdering. Å fylle ut skjemaet kan bevisstgjøre barnet og foreldrene på hva man ønsker å oppnå når det gjelder deltagelse og utførelse av hverdagsaktiviteter, enten tiltaket er trening eller operasjon.

Nøkkelord: Spørreskjema, barn/ungdom, tohåndsaktiviteter, oversettelse.



Anne Birgit Stavenes er spesialergoterapeut. Hun arbeider ved Seksjon for klinisk service, ortopedi, Avdeling for ortopedi, Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus. E-post: astavene@ous-hf.no



Inger Helen Bolstad er spesialergoterapeut. Hun arbeider ved Seksjon for klinisk service, ortopedi, Avdeling for ortopedi, Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus.



Unni Sveen er ergoterapeut og forsker ved Avdeling for fysikalskmedisin og rehabilitering, Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus. Hun er også ansatt ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, Fakultet for helsefag, Høgskolen i Oslo og Akershus.



Tone Vaksvik er spesialergoterapeut med master i helsefagvitenskap. Hun arbeider ved Seksjon for klinisk service ortopedi, Ortopedisk avdeling, Klinikk for kirurgi og nevrofag, Oslo universitetssykehus.

Det er ingen interessekonflikter forbundet med artikkelen.

Introduksjon

Jobber du med kartlegging av barns hverdagslige aktiviteter? Trenger du et effektivt instrument på norsk som kartlegger bruk av tohåndsaktiviteter hos barn/ungdom? Har du tenkt å oversette et spørreskjema til norsk? Hovedformålet med denne artikkelen er å gjøre The Children's Hand-use Experience Questionnaire (CHEQ) og den norske oversettelsen kjent for ergoterapeuter som arbeider med barn/ungdom med cerebral parese, plexusskade eller dysmeli. Artikkelen vil også kunne være relevant for de som planlegger å oversette et spørreskjema, fordi vi beskriver prosessen med å oversette spørreskjemaet til norsk språk og kultur, samt den pågående innholdsvalideringen.

Grunnen til at vi publiserer artikkelen før vi er ferdige med de kognitive intervjuene, er at vi ønsker å formidle informasjon om den norske utgaven av CHEQ i dette temanummeret om barn og ungdom. Ettersom vi enda ikke har fullført de kognitive intervjuene, vet vi ikke om den endelige versjonen vil inneholde endringer. Det bør også presiseres at det er en begrenset del av valideringen som gjøres gjennom pilottesten med kognitive intervju. Den norske oversettelsen er verken testet for reliabilitet eller andre psykometriske egenskaper.

Bakgrunn

I dag finnes det ikke noe standardisert spørreskjema, bortsett fra CHEQ, som kartlegger funksjon i tohåndsaktiviteter for barn/ungdom (6 - 18 år) med unilateral cerebral parese, plexusskade eller dysmeli (Sköld 2010). CHEQ er utviklet av den svenske ergoterapeuten Annika Sköld på bakgrunn av forskning på barn med cerebral parese (Sköld, Josephsson Fitinghoff og Eliasson 2007, Sköld 2010). Sköld savnet et spørreskjema som kartlegger hverdagsaktiviteter og opplevd kvalitet og effektivitet ved bruk av den affiserte hånden i tohåndsaktiviteter. Instrumentet ble utviklet som et hjelpemiddel for å planlegge tiltak, sette mål, evaluere effekt av tiltak og for å følge utviklingen i aktivitetsutførelse over tid. Undersøkelser tyder på god validitet ved at aktivitetene er relevante og at skjemaet har god intern struktur (Sköld, Hermansson, Krumlinde-Sudholm og Eliasson 2011). Samhandlingsreformen fra januar 2012 vektlegger betydningen av tett samarbeid mellom de ulike instansene i helsetjenesten. Bruk av felles standardiserte kartleggings- og evalueringsinstrumenter er viktig for god og effektiv pasientbehandling, dokumentasjon, fagutvikling og forskning. CHEQ er oversatt til flere språk, noe som også gir mulighet til sammenlikning av resultater mellom ulike land og kulturer.

Ergoterapeuter ved Oslo universitetssykehus gir tilbud til alle de tre pasientgruppene som instrumentet er rettet mot. Vi tror at CHEQ vil kunne være nyttig både i den kliniske hverdagen og til fagutviklings- og forskningsformål. Vi har derfor oversatt spørreskjemaet fra svensk til norsk.

Hva er CHEQ?

CHEQ er et nettbasert selvrapporteringsskjema (www.cheq.se) som kan fylles ut av barn/ungdom/foreldre hjem-

I Ta av papiret på en is

Er dette noe du pleier å gjøre selv?

☐ Ja
☐ Nei, jeg får hjelp /ar være å gjøre det
☐ Ikke relevant.

Bruker du én hånd eller begge hendene?

☐ En hånd
☐ Begge, den påvirkede (affiserte) hånden fungerer som støtte
☐ Begge, den påvirkede (affiserte) hånden brukes med et grep

Hvordan synes du at grepet/støtten fungerer?

☐ 1 Lite effektivt ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Effektivt

Hvor lang tid bruker du på å gjøre dette, sammenlignet med jevnaldrende?

☐ 1 Betydelig lengre tid ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Like lang tid

Sjeneres du av den nedsatte funksjonen i hånden/armen når du gjør dette?

☐ 1 Veldig ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 Ikke i det hele tatt

Figur 1: Skjerm bilde fra www.cheq.se.

me i forkant av konsultasjon hos ergoterapeut. Skjemaet inneholder spørsmål om 29 aktiviteter som hver er illustrert med en tegning (se figur 1).

Spørsmålene er knyttet opp mot hverdagens aktiviteter og barn/ungdom/foreldre skal vurdere hva barnet/ungdommen mestrer, og hvordan de opplever dette. Instrumentet gir grunnlag for å sette mål og kartlegge behov for trening. CHEQ egner seg også til pre- og postoperativ kartlegging for å evaluere effekt.

Utfyllt spørreskjema gir informasjon om:

- 1) hvorvidt barnet/ungdommen utfører aktiviteten selv («ja», «nei», «ikke relevant»)
- 2) hvordan barnet/ungdommen, eventuelt foreldrene, opplever at barnet/ungdommen bruker den affiserte hånden i aktivitetsutførelse («med et grep», «som støtte», «bruker ikke»)
- 3) kvaliteten i grepet/støtten
- 4) tiden det tar å utføre aktivitetene
- 5) i hvilken grad man sjeneres når man utfører aktivitetene

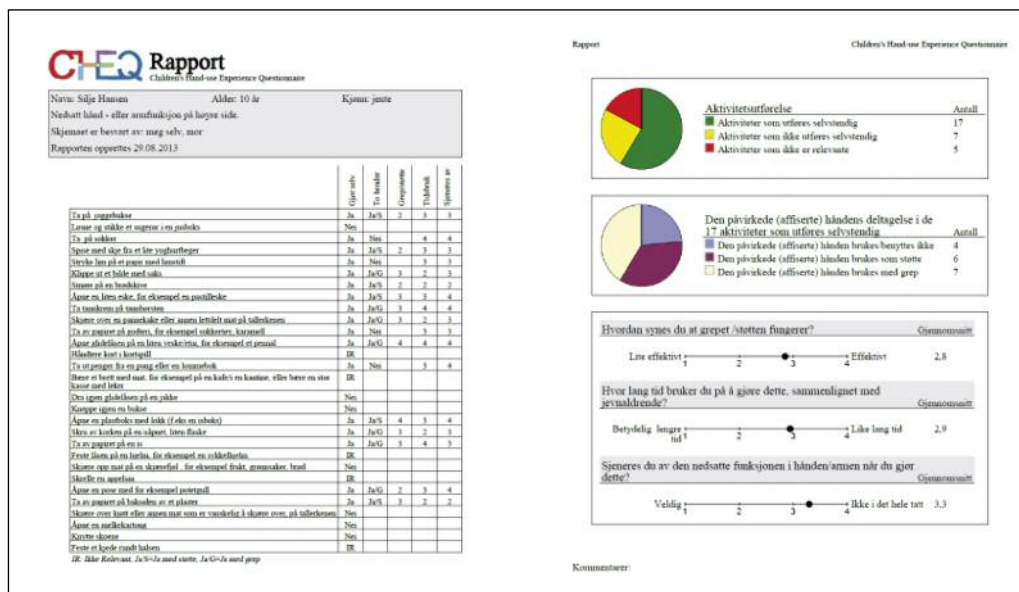
3-5 besvares på en gradert skala fra 1 til 4. Etter utfylling på nettet får man en grafisk og tallmessig fremstilling av resultatene (se figur 2).

Den svenske oversettelsen er validert, men da med den opprinnelige svarskaalen fra 0 til 10. Statistiske analyser (Rasch metode) viste at en skala fra 0 til 4 var mer presis, og Sköld et al. (2011) anbefaler at denne skalaen brukes i praksis og videre forskning.

Oversettelse og innholdsvalidering av spørreskjema

Vi har valgt å bruke anbefalte retningslinjer av Beaton, Bombardier, Guillemin og Ferraz (2000) for oversettelse av spørreskjema. Der beskrives en todelt prosess: Først en språklig og kulturell oversettelse og deretter innholdsvalidering i form av utprøving og intervju.

Når man oversetter et spørreskjema fra én kultur til bruk i en annen, krever det ny validering i den kulturen eller det miljøet hvor det skal brukes. Dette er viktig for å sikre at spørreskjemaet inkluderer de problemstillingene man er interessert i, og for at svarene skal være pålitelige.



Figur 2: Ferdig utfylt CHEQ-skjema.

CHEQ er utviklet i Sverige og må derfor oversettes til norsk og tilpasses norsk kultur. Man kan tenke at det er få kulturelle forskjeller mellom Norge og Sverige, men en aktivitet som er hverdagslig i ett land er ikke nødvendigvis det i et annet land (Kvamme et al. 1998). Målet med oversettelsen er å utvikle en norsk versjon av CHEQ som er lett å forstå og besvare for barn/ungdom med unilateral cerebral parese, plexusskade eller dysmeli og/eller deres foreldre.

Metode

Oversettelsesprosessen

Å oversette er en omfattende prosess som innebærer at man først må oversette fra originalspråket til norsk. Her må det være minst to personer (T1 og T2) som oversetter hver for seg før de blir enige om en felles oversettelse. Den ene skal ha kjennskap til faget og spørreskjemaet, noe som representerer et klinisk perspektiv, mens den andre vil kunne reflektere det språket som brukes av den allmenne befolkningen, uten faguttrykk. Deretter må minst to andre personer (O1 og O2) oversette den nye versjonen tilbake til originalspråket og bli enige om en felles versjon. Disse skal ikke ha kjennskap til spørreskjemaet eller fagområdet og har originalspråket som morsmål. Dette er viktig for å sikre validiteten i oversettelsen, for å sikre at den oversatte versjonen gjenspeiler den originale, og at man spør om det samme som utviklerne mente å spørre om. I tillegg må det opprettes en ekspertkomité som har et overordnet ansvar for å ferdigstille og godkjenne en endelig versjon. Prosessen er illustrert i figur 3. Ekspertkomitéens oppgave er å sikre likhet mellom den originale og den oversatte versjonen på fire områder (Beaton et al. 2000):

1. Begrepsmessig likhet: Betyr ordene det samme? Har de flere betydninger?
2. Idiomatisk likhet: Er ord og vendinger som er særegent for et språk (for eksempel «slå to fluer i en smekk») godt oversatt?

3. Eksperimentell likhet: Hvis et spørsmål ikke kan relateres til erfaringer i en kultur (for eksempel åpne dører ved å vri på en dørnøtt («door knob») i for eksempel USA), er det da erstattet med noe kulturellt relevant som gir en lignende mening (for eksempel dørhåndtak slik vi har i Norge)?
4. Konseptuell likhet: Har begrepene og formuleringen samme mening i ulike kulturer? «Se familien så ofte som du ønsker» – her kan familien for eksempel referere til kjernefamilien i én kultur og storfamilien i en annen.

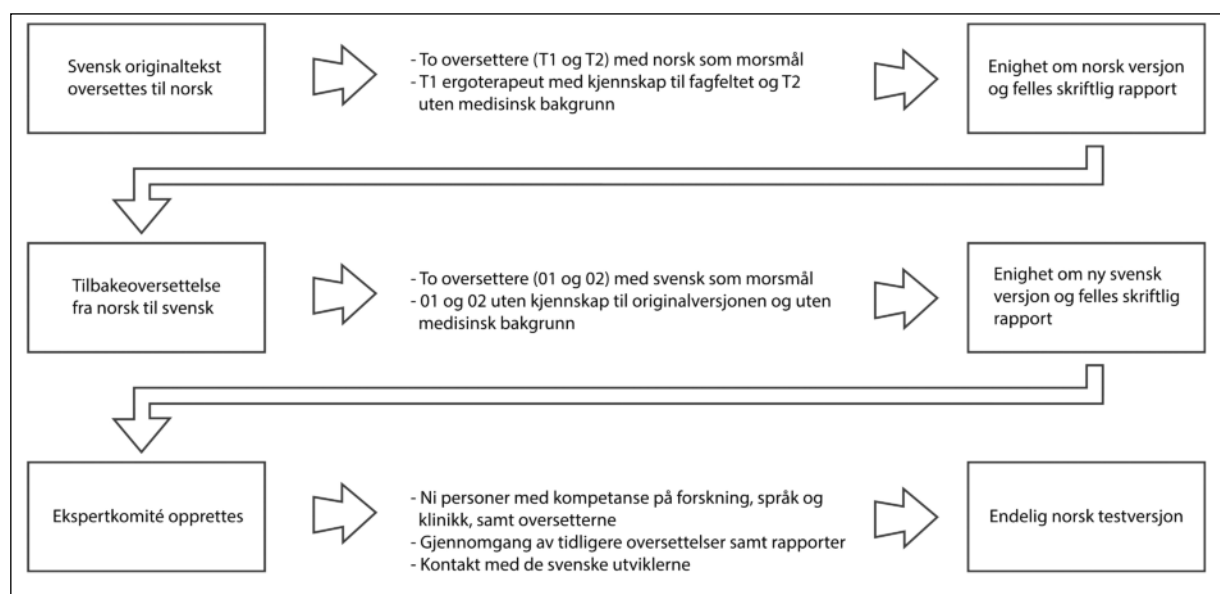
I tillegg må ekspertkomitéen sikre at man måler det man ønsker å måle. «Å spise lunsj med kniv og gaffel» kan for eksempel ikke oversettes til «å spise matpakke» (vanlig norsk lunsj), dersom hensikten er å kartlegge bilateral håndfunksjon.

For å innholdsvalidere oversettelsen er vi nå i gang med å teste ut den norske versjonen ved hjelp av kognitive intervju.

Innholdsvalidering ved bruk av kognitive intervju

Siden spørreskjemaet er oversatt til nytt språk og ny kultur, må det valideres i den nye konteksten det skal benyttes i. Kognitivt intervju er en metode for å avdekke om respondentene forstår spørsmålene på samme måte, og på den måten utviklerne av spørreskjemaet har tenkt (Willis 2005, Collins 2003).

Vi har i første omgang valgt å inkludere barn og ungdom med dysmeli og cerebral parese i studien. Beaton et al. (2000) anbefaler å inkludere så mange som 30 - 40 respondenter. Vi planlegger å fortsette intervjuene så lenge det dukker opp nye problemstillinger, eller inntil vi har intervjuet 30 i hver diagnosegruppe. Respondentene ble rekruttert til pilotutprøvingen i forbindelse med innkalling til undersøkelser på sykehuset. De fikk i forkant informasjon om studien og spørsmål om deltakelse. De som valgte å delta i studien, ble enten intervjuet i forbindelse med undersøkelsen på sykehuset («ansikt til ansikt») eller i etterkant på telefon. Dette ble avtalt når de kom til



Figur 3:
Proessen.

sykehuset. Det anbefales at barn under tretten år fyller ut spørreskjemaet sammen med foreldrene sine, eller at foreldrene gjør det på vegne av barnet (Sköld et al. 2011).

Dette prinsippet fulgte vi også i intervjuene. Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK Sør- Øst) og Personvernombudet på Oslo universitetssykehus har godkjent prosjektet.

Intervjuene ble utført av to terapeuter (første- og andreforfatter) som byttet på å intervju og å skrive ned svarene. Ved telefonintervju brukte vi høyttaler, slik at begge terapeutene hørte hva som ble sagt. Det ble foretatt intervju av ungdom alene, barn og foreldre sammen og foreldre alene.

Intervjuene ble gjennomført etter en intervjuguide. Denne ble utviklet av to ergoterapeuter. Seks ergoterapeuter (to og to) prøvde intervjuguiden ut på hverandre for å finne ut hvordan spørsmålene fungerte. Etter utprøvingen samlet de seks terapeutene seg og gjorde nødvendige endringer av intervjuguiden.

Under intervjuet ble respondentene bedt om å:

- skåre hvordan det var å svare på spørsmålene, og hvor aktuelle de opplevde aktivitetene. Dette ble gjort på en numerisk skala med endepunktene 1 = vanskelig/ikke aktuelt og 5 = lett/veldig aktuelt.
- beskrive med egne ord hvordan de forsto ti utvalgte aktiviteter fra spørreskjemaet samt noen ord og uttrykk.
- kommentere andre aktiviteter, ord og uttrykk de hadde tanker om.

Etter fem intervjuer gikk de to intervjuerne og prosjektleder (fjerdeforfatter) gjennom foreløpige resultater for å se om man fikk svar på det man ønsket. Etter denne gjennomgangen ble det foretatt noen små endringer av intervjuguiden.

Resultat

Resultat av oversettelsen

Begrepe

Verken T1 og T2 eller O1 og O2 hadde store forskjeller i

oversettelsene sine. O1 og O2 poengterte at ord de hadde oversatt ulikt, skyldes dialektforskjeller, og at meningen var den samme. Eksempler er «dragkedja» versus «blyxtlås» eller «pennfederal» versus «pennskrin».

Det var ett ord som gav utfordringer i alle ledd av oversettelsen, nemlig det svenske begrepet «besväras». Dette er et ord som brukes flere ganger i spørreskjemaet («Besväras du av den nedsatta funktionen i handen/armen när du gör detta?»). T1 og T2 valgte å oversette det med «sjeneres». («Sjeneres du av den nedsatte funksjonen i armen/hånden når du gjør dette?») Dette ordet ble vurdert som best dekkende, selv om det ikke er vanlig i barns vokabular. I ekspertkomiteen ble andre ord som hemmet, plaget, flau og irritert også vurdert. De ble valgt bort fordi de oppfattes å ha en mer negativ klang, spesielt ordet hemmet som også blir brukt som en type skjellsord og knyttes til erting/mobbing. O1 og O2 foreslo henholdsvis «besväras» og «generas» i tilbakeoversettelsene. De ble enige om «besväras» som også er brukt i originalversjonen. Det norske begrepet sjeneres kan oppfattes som at man er sosialt og følelsesmessig brydd, i denne sammenhengen over at man har en hånd/arm som er annerledes. Det kan også tolkes som at man plages av det fysiske, det at man strever med eller er forhindret fra å utføre noe. Det svenske «besväras» kan også ha denne doble meningen. Ekspertkomiteen tok kontakt med utviklerne som bekreftet at de var ute etter det sosiale/følelsesmessige aspektet, siden det fysiske ble kartlagt gjennom øvrige spørsmål.

Kulturelle forskjeller

Det var ingen idiomer i den svenske utgaven, og ingen av begrepene oppfattes kulturelt forskjellige. Noen av aktivitetene ble oppfattet som *kulturelt betinget*, som for eksempel det å *bære et brett med mat*. Dette er en alminnelig aktivitet for skolebarn i Sverige fordi de spiser varmlunsj i kantine daglig. Dette er ikke tilfellet for norske barn. T1 og T2 valgte en sammenlignbar situasjon; å bære et brett på en kafé eller i en kantine. Ekspertkomiteen diskuterte om det finnes andre aktiviteter som krever samme grep, og

som er mer alminnelig for norske barn/ungdommer. Aktiviteten ble supplert med «eller bære en stor kasse med leker». Dette krever ikke helt samme grep og heller ikke å balansere noe på et brett, men innebærer at noe må bæres med begge hender/armen samtidig som man går. Både brett og en stor kasse kan bæres både med aktivt grep og ved å bruke hånden som støtte.

«Åpne en melkekartong» vises med en *tegning* av en kartong som åpnes ved å rive av en flik på hjørnet. Denne åpningsmekanismen finnes ikke på norske melkekartonger og sjelden på juicekartonger. Ekspertkomitéen diskuterte om hensikten med aktiviteten var å kunne åpne en melkekartong uavhengig av hvordan den ser ut, eller å kunne bruke hånden for å åpne en spesifikk kartong. Det kan oppleves som forvirrende at bildet ikke viser en norsk melkekartong. Komitéen valgte å beholde aktiviteten og bildet og heller se på tilbakemeldingene fra de kognitive intervjuene.

Foreløpig resultat av intervju

Respondentene

Hittil har vi gjennomført 20 intervju av barn/ungdom og/eller foreldre til barn/ungdom med dysmeli (n= 8) eller cerebral parese (n= 12) i alderen 6 til 17 år. Vi har intervjuet barn/ungdom sammen med foreldre (n= 8), ungdom alene (n= 6) og foreldre alene (n= 6).

Aktivitetene og illustrasjonene

Respondentene har forklart hvordan de forstår aktiviteten «*åpne en plastboks med lokk (for eksempel en isboks)*». Flere bemerket at å spise is ikke var en hverdagsaktivitet, og at de så for seg litersboks med større lokk enn tegningen viste. Flere foreslo å fjerne eksempelet. Tre respondenter foreslo å erstatte isboks med matboks da det vil representere lignende grep/støtte.

Når det gjelder *tegningen av melkekartongen* har noen lagt merke til at den ser annerledes ut på bildet enn hva de er vant til. De fleste svarte likevel på bakgrunn av type kartong de hadde mest erfaring med. Noen respondenter har tatt utgangspunkt i bildet og ikke tenkt melkekartong med skrukork. To av disse har angitt aktiviteten som ikke relevant fordi melkekartongen ikke ser slik ut.

Mange kommenterte aktiviteten «*bære et brett med mat, for eksempel på en kafé/i en kantine*» som ikke relevant. Det ble sagt at brettet blir for tungt eller det er vanskelig å balansere med gjenstander oppå. Noen foreldre sa at de ikke vil la barna sine prøve det på grunn av faren for å knuse ting eller søle. Noen av ungdommene har angitt aktiviteten som mer relevant. Eksempelet vi hadde lagt til, «å bære en kasse med leker», opplevde de yngste som mer relevant.

Alle forstod at «*feste et kjede rundt halsen*» innebar et kjede med lås. Det vil si en lås som må lukkes, til forskjell fra et kjede med tråd eller strikk som bare tas over hodet. Alle sa at de trengte hjelp til denne aktiviteten eller at den ikke var relevant for dem. Noen foreldre mente at aktiviteten var mest relevant for ungdom.

Begrepe

De aller fleste har tenkt at begrepet *sjeneres* betyr flau, at de

synes noe er leit eller blir brydd. Noen har også nevnt «*plages*» eller «*forstyrres*». Det er en følelse som ikke er positivt ladet. Dette samsvarer med det utviklerne har ment. To tenkte at det ikke er et egnet ord å bruke selv om de beskriver det riktig. Én av dem synes det kan være vanskelig å forstå, og den andre sier at man burde bruke flere ord i tillegg. Få av barna forstod begrepet, og foreldrene forklarte da at det betydde flau eller bli lei seg. Det var også en ungdom som ikke forsto hva ordet betydde. Én forelder forsto «*sjeneres*» som at man trøbler og ikke får det til. Dette tilsvarer den andre måten å forstå begrepet på, som ikke samsvarer med det utviklerne har ment.

Alle forstod grep og støtte som ord med ulik betydning, men mange synes det var vanskelig å forklare forskjellen. De aller fleste nevnte at ved *grep* bruker man fingrene. *Støtte* beskrev de som å «*støtte opp*». De forstod det som at hånda/armen var der, uten særlig funksjon ellers, og at det innebar å støtte med hånden/armen mot andre hånden, mot et bord, bolen eller lignende.

Effektivt grep ble beskrevet som at det er velfungerende, hensiktsmessig, i orden, fungerer godt og at det man holder, sitter godt fast. Én sa at det var et begrep man ikke benyttet i hverdagen, og foreslo å bytte det ut med «å holde godt». Det var vanskeligere å forstå hva som menes med *effektiv støtte*. Det ble beskrevet som en god støtte, og at man blir fornøyd med utføringen av handlingen. Noen sa at støtte ikke er like effektivt som grep, og at det kan bli litt mer ustødig. *Lite effektivt* blir forstått som at noe ikke fungerer så godt, tar lang tid å gjøre, går sakte og koster mer krefter. Et lite effektivt grep kan innebære at grepet må forandres på, fordi det ikke er tilfredsstillende og man ikke får gjort det man skal. Det beskrives også som at hånden nesten ikke blir brukt.

Det fremkommer at *affisert* er et begrep som er ukjent for de fleste barn. Også én ungdom har oppgitt dette som et ord hun ikke forsto. Et par respondenter foreslår at man endrer det til «*dysmelihånden*» eller «*lillehånden*», men at dette ikke da er dekkende for de andre diagnosegruppene.

Formatet og skåringene

Alle syntes at det var lett å fylle ut spørreskjemaet og besvare spørsmålene. Aktivitetene var relevante i hverdagen (alle skårte minst tre av fem på begge spørsmålene, og de fleste skårte fire eller fem). De fleste sa at innledningen til spørreskjemaet, med eksempel på utfylling, var lett å forstå. Én respondent nevnte at det var vanskelig å vite hva man gikk til, men bekreftet at han ikke hadde lest innledningen. I to tilfeller der barn/ungdom ble intervjuet sammen med foreldrene skårte foreldre og barn forskjellig på gradering av forståelse og aktualitet. Foreldrene skårte da høyere enn barnet.

Én ungdom foreslo en femgradersskala i stedet for en firegradersskala, da det ikke passet ham å vekte svaret sitt i noen retning. Noen få mente det var mange underpunkter til hver aktivitet, og en ulempe at alle underpunktene var likt utformet. Dette gjorde at man «gikk på autopilot» når man svarte. Noen ønsket seg kommentarfelt. Én mor beskrev sitt barns funksjon slik: «Snurrer hånden inni tøyet og holder på denne måten, det blir et slags grep uten å hol-

de». Hun mente det verken kunne beskrives som grep eller støtte, og savnet muligheten til å kunne beskrive funksjonen i skjemaet.

Diskusjon

Metode

Oversettelsene ble utført i tråd med anbefalingene fra Beaton et al. (2000). Det var liten forskjell mellom de parvise oversettelsene og det var lett å nå konsensus. Vi mener derfor den språklige oversettelsen er dekkende for originalutgaven.

Intervjuene ble gjennomført både på telefon og ansikt til ansikt. Ved intervju ansikt til ansikt har man fordelene å kunne lese usikkerhet i kroppsspråk og mimikk. Over telefon var det ved noen tilfeller litt vanskelig å få med seg hva som ble sagt, grunnet dårlig lyd på telefonlinjen. Enkelte dialekter ble da noe utfordrende å forstå. Vi erfarte å få mer presise svar ved telefonintervjuene. «Ansikt til ansikt» kom det flere digresjoner og vi opplevde at noen mistet fokus lettere. Ved tilfeller der barn og foreldre hadde fylt ut skjemaet sammen, var det primært mor eller far som fullførte intervjuet, da de minste barna ble utålmodige mot slutten.

Det er ingen konsensus på hvor mange personer som skal inngå i pilotutprøving/pretest av et oversatt spørreskjema. Vi har i utgangspunktet valgt å følge Beaton et al. (2000) sine retningslinjer. De Vet, Terwee, Mokkink og Knol (2011) foreslår 15 - 30. Willis (1999) er mest opptatt av å få et variert utvalg for at flest mulige uklårheter i spørreskjemaet skal avdekkes. Dersom vi opplever at intervjuene ikke lenger gir ny informasjon, velger vi å fravike anbefalingene til Beaton et al. (2000).

Aktivitetene

Det er ikke store forskjeller mellom den svenske originalutgaven og den norske oversettelsen. Aktivitetene opplevdes som relevante, bortsett fra *å feste et kjede*. Denne aktiviteten hadde også færrest skåringer i den svenske feltesten (Sköld et al. 2011). *Å åpne en isboks* ble ikke sett på som en hverdagsaktivitet, og vi vil vurdere om vi skal føye til «å åpne en matboks» som flere av respondentene foreslo, eventuelt fjerne eksempelet helt. *Tegningen av en melkekartong* kunne forvirre da den avviker fra en typisk norsk melke- eller juicekartong, men respondentene så ut til å relatere spørsmålet til å åpne en kartong de var vant til. Siden dette skaper forvirring, vil vi vurdere å endre teksten, eventuelt tegningen. Aktiviteten *bære et brett med mat* var kjent for alle, men aktuell bare for de eldste ungdommene. De yngste barna kunne relatere til den supplerende aktiviteten *bære en kasse med leker*. Resultatene av de videre intervjuene vil bestemme om vi beholder aktiviteten slik den er.

Begrep

Ordet *sjeneres* ble korrekt oppfattet som en følelsesmessig tilstand i relasjon til andre, men mange var ikke helt sikre på hva det betydde. Vi valgte bevisst å bruke få ord i oversettelsen, men flere av respondentene har ønsket at det var

brukt flere ord for å tydeliggjøre dette. Vi vil vurdere om vi skal tilføye eksemplene «flau» eller «bli lei seg», som foreldrene brukte.

Man har valgt å bruke betegnelsen «... den påvirkede (*affiserte*) hånden...» i spørreskjemaet. Selv om det er benyttet to ord, ser det likevel ut til å være vanskelig å forstå meningen. Vi må se på alternative beskrivelser som gjør det lettere å forstå. Det må være en beskrivelse som passer uansett hvilke av de tre pasientgruppene (cerebral parese, plexusskade eller dysmeli) som besvarer skjemaet.

Avsluttende bemerkninger

Sköld et al. (2011) anbefaler at barn under tretten år får hjelp av foreldre når de svarer på spørsmålene eller at foreldrene fyller ut spørreskjemaet for dem. Dette har vi også erfart under våre intervju at er mest hensiktsmessig. Den norske oversettelsen ligger på nettet til fri bruk (www.cheq.se), men ta forbehold om at den kan bli noe endret på bakgrunn av intervjuene. I tillegg til cerebral parese og dysmeli skal vi fra desember 2013 også inkludere barn/ungdom med plexusskade i innholdsvalideringen. Vi regner med å ha den endelige utgaven etter pilottesten klar til sommeren 2014. □

Forfatterne vil takke alle barna/ungdommene og foreldrene som har deltatt i studien. Vi takker de svenske utviklerne for muligheten til å oversette spørreskjemaet til norsk, samt for godt samarbeid. En takk også til de som har oversatt skjemaet og ekspertkomitéen, samt kollegaer som har bidratt til prosjektet. Prosjektet er støttet med midler fra Stiftelsen Sophies Minde.

Litteratur

- Beaton D. E., Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M.B. (2000). Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaption of Self-Report Measures. *Spine*, Vol 25(24), 3186-3191, Lippincott Williams & Wilkins, Inc.
- Collins D. (2003). Pretesting survey instruments: An overview of cognitive methods. *Quality of Life Research*, Vol 12(3), 229-238.
- De Vet H. C. W., Terwee C. B., Mokkink L. B., Knol D. L. (2011). *Measurement in Medicine, A practical guide*. Cambridge University Press, ISBN 978-0-521-13385-2.
- Kvamme O.J., Mainz J., Helin A., Ribacke M., Olesen F., Hjort Dahl P. (1998). Oversettelse av spørreskjema, et oversatt metodeproblem *Nord Med*. Vol 113, 363- 366.
- Sköld A., Josephsson S., Fitinghoff H., Eliasson AC. (2007). Experiences of use of the cerebral palsy hemiplegic hand in young persons treated with upper extremity surgery. *Journal of Hand Therapy*, Vol 20,(3), 262-273.
- Sköld A. (2010). *Performing bimanual activities in everyday life-experiences of children with unilateral cerebral palsy* (Doktoravhandling). Stockholm: Karolinska Institutet.
- Sköld A., Hermansson L. N., Krumlinde-Sundholm L., Eliasson AC. (2011). Development and evidence of validity for the Children's Hand-use Experience Questionnaire (CHEQ). *Developmental Medicine & Child Neurology*, Vol 53(5), 436-442.
- Willis G. B. (1999). Cognitive Interviewing. A «How to» Guide. Hentet fra <http://www.uiowa.edu/~c07b209/interview.pdf> (lest 10.07.13).
- Willis G. B. (2005). *Cognitive interviewing: A tool for improving questionnaire design*. Thousand Oa

iPad + barn = sant

AV THEA DIHLE, MARIA SOLBERG DOLMEN, ANNE BERIT EIK, LISE KNIPENBERG HØIBERG OG STINE TERESE VATNE

Sammendrag

Denne fagartikkelen er basert på et praksisprosjekt utført i regi av ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. Oppdraget gikk ut på å undersøke applikasjoner og innstillinger på iPad som kunne benyttes av barn med kognitive og kommunikative utfordringer. Det ble benyttet et kvalitativt undersøkelsesdesign med halvstrukturert intervju og observasjon som metoder. Kunnskap ble også tilegnet gjennom å søke etter og teste ut applikasjoner, samt å lese om og utprøve innstillinger og ekstrautstyr til iPad. Gjennom prosjektet fant vi ut at applikasjoner på iPad kan fungere som et middel for å motivere barn til å lære ferdigheter i ulike fag, brukes som et kommunikasjonshjelpemiddel, og som et hjelpemiddel for kognitiv støtte. Det kom også frem at iPad kan oppleves som mindre stigmatiserende sammenlignet med andre hjelpemidler. I tillegg fant vi ut at det finnes innstillinger og ekstrautstyr som kan brukes for å tilpasse iPad til den enkelte bruker. Nøkkelord: barn, iPad, hjelpemiddel, kommunikasjon, kognisjon.



Sosialt samspill og læring med iPad. Fotograf: Marina Nordin.



*Thea Dihle er ergoterapeut.
E-post: Theadihle@gmail.com*



Maria Solberg Dolmen har bachelor i ergoterapi (HIST) og bachelor i drama og teater (NTNU).



Anne Berit Eik er ergoterapeut og mastergradsstudent i helsefremmende arbeid og helsepsykologi ved UiB.



Lise Knipenberg Høiberg er audiograf og ergoterapeut



Stine Terese Vatne er ergoterapeut.

Det er ikke uenigheter mellom forfatterne om rettigheter til manuskriptet

Innledning

I første kvartal av 2013 utførte vi et praksisprosjekt kalt *Muligheter for bruk av iPad som hjelpemiddel for barn* i regi av ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. Oppdragsgiverne var Tone Rønneberg og Tordis Tesdal ved enhet for ergoterapitjeneste i Trondheim kommune. Hensikten med prosjektet var å undersøke om applikasjoner og innstillinger på iPad kan fremme deltakelse i lek og læring for barn med kognitive og kommunikative utfordringer. Problemstillingen var: *hvilke funksjoner og applikasjoner på iPad kan fungere som kommunikasjons-/kognisjonshjelpemidler for barn i skolen?* Gjennom prosjektet så vi at iPad i økende grad blir anvendt som et hjelpemiddel for barn med denne typen utfordringer. Det kom også fram at kunnskap om iPad som hjelpemiddel i stor grad etterspørres av fagpersoner og pårørende.

Ergoterapeuter skal kunne gi råd og veiledning om velferdsteknologi og hjelpemidler, samt tilrettelegge omgivelser slik at barn oppnår økt deltakelse i aktiviteter på skolen, fritiden og hjemme (Ergoterapeutene, 2011). Dette innebærer at ergoterapeuter bør kunne bistå med rådgivning og tilrettelegging med iPad. Det nødvendiggjør også at ergoterapeuter har kunnskap om hvilke muligheter en iPad innehar som et hjelpemiddel. Formålet med denne artikkelen er å dele kunnskap og erfaring omhandlende iPad som vi har tilegnet oss gjennom prosjektet. Vi håper artikkelen kan være til nytte og inspirasjon for ergoterapeuter som arbeider med barn. Det ønskes videre å oppmuntre de som innehar kunnskap om iPad som hjelpemiddel til å dele sine erfaringer.

Metode

Det ble i prosjektet anvendt et kvalitativt undersøkelsesdesign. Designet baserer seg på et lite utvalg av informanter hvor hensikten er å utvikle en dypere forståelse innenfor et bestemt tema (Thagaard, 2009). Metodene observasjon og intervju ble benyttet for å innhente kunnskap om hvordan iPad kan fungere som et hjelpemiddel. Målet med kunnskapsinnhenting var å finne ut hvordan iPad kan fungere som et hjelpemiddel i lek, læring og kommunikasjon og som kognitiv støtte. For å innhente relevant kunnskap om emnet, ble et strategisk utvalg benyttet. *Strategisk utvalg* innebærer at man velger informanter som man på forhånd vet har kunnskap og informasjon som kan bidra til å svare på problemstillingen (Malterud, 2011).

Utvalget i prosjektet besto av fem barn i alderen syv til 14 år, som det ble foretatt observasjoner av, samt ulike fagpersoner, som ble intervjuet. Kriteriene som ble lagt til grunn for utvelgelse av barna, var at de hadde kommunikasjons- og/eller kognisjonsutfordringer, samt at de benyttet iPad i tilpasset undervisning. Kriteriene for utvelgelse av fagpersoner var at de hadde erfaring med implementering av iPad som hjelpemiddel i forhold til lek, læring, kommunikasjon og/eller som kognitiv støtte for den ovennevnte brukergruppen.

Observasjon benyttes når man ønsker å se handlinger som kan gi en helhetlig forståelse av et fenomen (Dalland, 2007). I dette prosjektet ble det valgt å bruke deltakende observasjoner. Det innebærer at forskeren er deltakende i

sammenhengen som studeres (Malterud, 2011). Observasjon av barna ble foretatt under barnets bruk av iPad. Hensikten var å se hvordan barna betjente iPaden og dens bruksområder. Observasjonene ble foretatt på barnas respektive skoler under tilpasset undervisning. Det ble på forhånd innsamlet skriftlig godkjenning fra barnas foresatte med tillatelse til å observere.

Det ble utført halvstrukturerte intervju med fagpersoner for å innhente kunnskap om iPad basert på deres erfaringer. Et *halvstrukturert intervju* tar utgangspunkt i en utarbeidet intervjuguide. Samtalen kan likevel styres inn mot temaer av interesse (Thagaard, 2009). Informantene besto av spesialpedagoger, vernepleiere, ergoterapeuter og miljøterapeuter ansatt på de nevnte barnas respektive skoler, samt fagpersoner med relevant erfaring fra St. Olavs Hospital ved Trondsløtten habiliteringssenter, Statped Midt, Statped hovedkontor, NTNU ved Institutt for produktdesign, samt NAV Hjelpemiddelsentral.

Det ble foretatt søk etter applikasjoner i Apples nettbutikk, App Store, samt utprøving av applikasjonene som ble lastet ned. Dette ble gjort for å finne pedagogiske applikasjoner som muliggjør fremming av læring og selvstendighet for brukergruppen. Informasjon om innstillinger og ekstraustyr til iPad ble innhentet gjennom internettkilder. Internettsøk ble utført for å finne informasjon om muligheter for å tilpasse en iPad for barn med betjeningsvansker. Funnene som ble ansett som relevante for problemstillingen, ble samlet i en oversikt. Denne oversikten er å finne i prosjektrapporten som er publisert på ASK-loftet sin nettside: <http://www.tks2.no/ask/?p=4403>.

Da materiale fra observasjon, halvstrukturerte intervju og internettsøk, samt erfaringer fra utprøvelse av applikasjoner, var innsamlet, ble det foretatt en analyse med utgangspunkt i Malteruds (2011) fire analysetrinn. I første analysetrinn gikk alle forskerne gjennom rådata, for deretter å samles for å komme fram til foreløpige temaer. I andre analysetrinn ble datamaterialet kodet ved at det ble organisert etter temaene og irrelevante data ble fjernet. I tredje analysetrinn ble hver kodegruppe inndelt i subgrupper for å synliggjøre innholdet i hver kodegruppe. Til slutt, i fjerde analysetrinn, ble ti kategorier utviklet ved å sammenfatte innholdet i kode- og subgruppene. Følgende kategorier ble konstruert; *iPad som hjelpemiddel, Kartlegging, Ferdigheter, Video Modeling, Lek, læring og motivasjon, Kognisjon, Kommunikasjon, Innstillinger og Ekstraustyr*. Resultatene vil videre bli presentert og diskutert i henhold til kategoriene. Etske aspekter ved bruk av iPad som hjelpemiddel vil også drøftes.

Resultat og diskusjon

iPad som hjelpemiddel

Fagpersoner som arbeider med barn, har som oppgave å være løsningsorienterte. Dette gjøres gjennom å kartlegge brukerens funksjon og behov, aktivitetens krav, samt utformingen av omgivelsene et eventuelt hjelpemiddel skal brukes i. Hjelpemiddelets muligheter bør også vurderes (Hocking, 1999). Før implementering av iPad vil det være

nødvendig å kartlegge de ovennevnte faktorene for å vurdere hvorvidt det vil være hensiktsmessig å ta i bruk iPad som et hjelpemiddel.

Et hjelpemiddel innføres som en løsning for å minske avstanden mellom en persons forutsetninger og omgivelsenes krav. Dette kan muliggjøre utførelse av målrettede oppgaver og aktiviteter (Ness, 2011). Hensikten med å innføre iPad som hjelpemiddel bør være å kompensere for barnets aktivitetsutfordringer i forhold til blant annet lek og læring. Fagpersoner påpekte viktigheten av god oppfølging når iPad innføres som hjelpemiddel, og at dette vil være avgjørende for hvorvidt hjelpemiddelet vil være nyttig for barnet eller ikke.

Når man introduserer et hjelpemiddel er det viktig å kartlegge og basere seg på barnets vaner og interesser for at barnet skal være motivert for å ta hjelpemiddelet i bruk (Kielhofner, 2010). Under observasjon så vi at flere av barna benyttet et premiespill som avslutning etter en økt med fagrelatert læring på iPad. Applikasjonene som ble brukt under selve økten, baserte seg på læring, mens premiespillet var en applikasjon som barnet selv hadde valgt ut. Læring kunne også oppstå under bruk av premiespillet, men det ble hovedsakelig ansett som en belønning for barnet, og fungerte dermed som en motivasjon for å fullføre økten.

Teknologi kan anvendes som et både alternativt og kompenserende redskap til lek, læring og kommunikasjon (Bentholt, 2003). Selv om bruk av ny teknologi kan oppleves utfordrende for fagpersoner, kan det falle naturlig å benytte for barn. Å peke på gjenstander er det som faller barn mest naturlig fram til de mestrer språket. Bruk av berøringsskjermer kan egne seg for barn som har vansker med å forstå sammenhengen mellom for eksempel en datamus eller et tastatur og det som skjer på dataskjermen (Bentholt, 2003). Berøringsskjermen på iPad fungerer ved å ta på skjermen direkte med fingrene. Som regel holder det å trykke lett på skjermen med en finger, eller å dra fingeren over skjermen. Under observasjonene så det ut til at samtlige barn mestret å navigere seg rundt på iPaden og hadde forståelse for hvordan dette fungerte.

Konsentrasjon, oppfattelse og forståelse kan oppleves som utfordrende for barn med kognitive utfordringer i autismespektret. For denne brukergruppen kan bruk av visuelle hjelpemidler være nyttig (Grindheim et al., 1998). iPaden består av en skjerm med bilder, farger, lyd og tekst. Dette medfører at barn som anvender iPad forholder seg til både visuelle og auditive inntrykk. Under observasjon så vi en pedagog som brukte iPad for å fange oppmerksomheten til en elev. iPadens visuelle og auditive stimuli gjorde at gutten klarte å holde på oppmerksomheten og utføre ulike oppgaver i norskfaget.

Kartlegging

iPad og de fleste applikasjoner stiller krav til barnets forståelse for årsak/virkning. Det vil derfor være aktuelt å kartlegge barnets forståelse for dette når man vurderer å innføre bruk av iPad. Kartleggingen kan skje gjennom at man observerer barnet når det bruker applikasjoner som forutsetter forståelse for årsak/virkning. Dette kan eksem-

pelvis være en applikasjon hvor man må berøre dyr på skjermen for at de skal lage lyder. Da vil man se om barnet tar initiativ til å trykke på skjermen og om det fortsetter å utforske på egenhånd. Ut ifra dette kan man vurdere om barnet har tilstrekkelig forståelse for årsak/virkning og hvordan berøringsskjermen fungerer til å mestre mer avanserte applikasjoner. Dersom dette ikke er tilfelle, er det mulig å anvende enkle applikasjoner for å trene opp forståelsen av årsak/virkning.

Ferdigheter

Barnets forutsetninger for å lære seg en ferdighet eller aktivitet avhenger av barnets kognitive nivå, aktivitetens vanskelighetsgrad samt hvilket miljø aktiviteten utføres i (Elvrøm, 2005). Anvendelse av teknologibaserte hjelpemidler har vist seg å kunne bidra til å styrke følgende ferdigheter: finmotorikk, øye-hånd-koordinasjon, persepsjon, strategi/planlegging, kommunikasjon/talespråk, lek, selvstendig aktivitet og mestring (Bentholt, 2003). På bakgrunn av observasjoner og vurderinger av applikasjoner i prosjektet ser det ut til at også iPad, hovedsakelig gjennom applikasjoner, gir rom for å trene på disse ferdighetene. Det vil variere hva slags ferdigheter som kan trenes på i hver enkelt applikasjon. Eksempelvis kan et spill kreve bruk av finmotoriske ferdigheter som pinsettgrepet eller bruk av begge hender. En annen applikasjon kan kreve at man må legge en strategi for å mestre spillet. Våre informanter forteller at øving på ferdigheter ved bruk av iPad kan medføre at læringen oppleves som lek. Dette kan opp- tre som en motivasjonsfaktor for barna.

Video Modeling

I ettertid av praksisprosjektet har vi tilegnet oss kunnskap om en metode som heter Video Modeling (VM). Dette er en metode for læring av ferdigheter hvor man anvender en innspilt filmsnutt på iPad. Man kan bruke applikasjoner som har ferdiginnspilte filmsnutter. Et alternativ er å lage sine egne videoer. VM viser barnet selv, omsorgspersoner eller jevnaldrende som utfører en aktivitet eller ferdighet på ønsket måte. Filmsnutten skal fungere som en instruksjonsvideo for hvordan en ferdighet skal utføres av barnet på korrekt måte (Hart & Whalon, 2012; Cardon, 2012).

En aktivitet bør læres i omgivelsene som aktiviteten skal utføres i, for å lette læringsprosessen (Elvrøm, 2005). VM på iPad muliggjør dette, da iPaden kan bringes med i de aktuelle omgivelsene, samt at VM kan innspilles og avspilles umiddelbart når behovet oppstår. Flere amerikanske forskningsartikler (Hart & Whalon, 2012; Cardon, 2012) omhandler VM viser til gode resultater ved bruk av denne metoden for barn som har utfordringer med å fungere i sosiale settinger.

Lek, læring og motivasjon

Lek er en viktig faktor for barns utvikling av kognitive ferdigheter, og blir ansett som en kognitiv prosess. Virksomhetsteoretikeren Leontjev omtaler leken som barnets dominerende aktivitet (Jacobsen et al., 2008). Gjennom leken lærer barnet å utvikle og mestre ferdigheter, kjenne seg selv og omverdenen, samt skape fellesskap og tilknyt-

ning til andre barn (Kunnskapsdepartementet, 2010). Applikasjoner på iPad kan være motiverende i seg selv, da mange av dem inneholder elementer som gjør dem morsomme og underholdende. Læringen som skjer ved bruk av disse applikasjonene, kan dermed oppnås gjennom aktivitet som barnet oppfatter som lek. Et stort spekter av applikasjonene vi undersøkte har, i tillegg til å være underholdende, som hensikt å gi barn faglige ferdigheter i for eksempel matematikk, engelsk og norsk. Gjennom disse applikasjonene kan barnet blant annet øve seg på ferdigheter innen lesing, staving og regning, samt få kunnskap om bokstaver og gløser.

Når et barn skal anvende et dataprogram i en lærings-situasjon, er det nødvendig å se på ulike pedagogiske aspekter (Bentholt, 2003). Da applikasjoner er en program-vare, mener vi det samme gjelder ved bruk av iPad. Man må eksempelvis vurdere i hvor stor grad barnet skal ha hjelp, om man skal ha en tidsramme, i hvor stor grad det skal være fokus på lystbetonte aktiviteter, om barnet skal velge applikasjoner selv, eller om det skal ha tilgang til alle funksjoner på iPaden. Det er også hensiktsmessig å arbeide med få programmer om gangen, for så å evaluere effekt. Etterhvert kan man supplere med flere programmer (Bentholt, 2003). Det å ha tilgang til mange programmer, kan for enkelte barn oppleves som uoversiktlig og distraherende. Dersom et program skal anvendes i forhold til læring, er det ikke hensiktsmessig å la barnet leke med det på egne premisser. Dette vil minske motivasjonen og utforskningslysten (Bentholt, 2003). Mange av applikasjonene gir mulighet for justering av vanskelighetsgrad. Når barnet mestrer applikasjoner kan man tillate tilgang til nye applikasjoner med høyere vanskelighetsgrad for å tilrettelegge for videreutvikling av ferdigheter. På denne måten kan man tilpasse applikasjonene etter det enkelte barns forutsetninger.

Under observasjon så vi at barna var motiverte til å bruke iPad, da de valgte aktivitet på iPad fremfor andre oppgaver når de fikk velge. Motivasjon er et viktig aspekt i en lærings-situasjon. Det kan være en forutsetning for å klare å holde på konsentrasjonen og å gjennomføre en oppgave (Gjesing & Lauritzen, 2008). For å holde barnet motivert er det viktig å sørge for at oppgaven som skal løses, ligger på et nivå som befinner seg innenfor barnets nærmeste utviklingssone (Holm & Schrøder, 2008). Utviklingspsykologen Vygotskij definerer nærmeste utviklingssone som et stadium der barnet klarer å gjennomføre en oppgave ved hjelp av andre. Dersom oppgaven ligger utenfor barnets nærmeste utviklingssone, kan den bli for vanskelig og føre til at barnet lettere mister motivasjonen til å gjennomføre aktiviteten. Om oppgaven stiller for lave krav, kan den oppleves som kjedelig, og dette kan resultere i at læringen uteblir (Holm & Schrøder, 2008). Ved bruk av iPad kan oppfølging av nærmeste utviklingssone gjøres ved å la barnet utforske og prøve ut oppgaver på egenhånd og kun hjelpe til når barnet står fast. Oppfølging kan videre gjøres ved å holde oversikt over når barnet mestrer oppgaver i en applikasjon, samt registrere hvilken skår barnet oppnår i oppgavene. Videre kan man justere vanskelighetsgraden eller laste ned en annen applikasjon med en

høyere vanskelighetsgrad. Dette muliggjør også oppfølging av barnets utvikling og fremgang.

Kognisjon

Det ble etterspurt applikasjoner som kan hjelpe barn som har kognitive utfordringer med å få oversikt over dagen, og til å huske rekkefølgen på hverdagslige aktiviteter. Eksempler på slike applikasjoner kan være dagsplanleggere og applikasjoner hvor man kan legge inn egne oversikter over handlingskjeder.

Barn med kognitive vansker blant annet innen autismespektret, kan ha nytte av visuelle hjelpemidler (Grindheim et al., 1998). Ved bruk av en kalenderapplikasjon kan barnet selv se når og hvor neste aktivitet skal utføres, hvem som skal delta, og hva som skal gjøres. Man kan også benytte seg av auditiv støtte, samt legge inn egne bilder i slike applikasjoner. Ved å ta i bruk en kalenderapplikasjon kan barnet oppleve å bli mer selvstendig som følge av selv å huske avtaler og holde oversikt over hva som eksempelvis skal skje i løpet av dagen. I forhold til handlingskjeder kan man ta flere bilder og legge til tekst og lyd for å forklare hva og i hvilken rekkefølge barnet skal gjøre en aktivitet i en gitt situasjon. Man kan også spille inn filmsnutter. Dette kan eksempelvis vise rekkefølgen på en morgenrutine. En slik applikasjon kan forenkle hverdagen for både barnet og foresatte, da barnet kan opptre selvstendig ved hjelp av iPaden, istedenfor å måtte spørre foresatte om hjelp. For noen med kognitive utfordringer kan abstrakt tenkning og tidsbegrepet oppleves vanskelig (Sosial- og helsedepartementet, 2001). Hvor lenge varer egentlig 15 minutter? Det ble etterspurt applikasjoner som kunne hjelpe barn med å forstå tidsbegrepet. Igjen ser man at visualisering kan være til hjelp. Applikasjoner som fungerer som timestokk eller nedtellingsklokke, kan være nyttige hjelpemidler, da de gir et visuelt bilde av tiden som har gått, og hvor lang tid som gjenstår av en oppgave. Dette kan blant annet benyttes for å sette en tidsramme for en aktivitet, slik at det oppleves mer forståelig for barnet.

Kommunikasjon

Vi har observert at applikasjoner på iPad kan benyttes av personer som har behov for alternativ og/eller supplerende kommunikasjon (ASK). Ved å gjøre seg forstått og uttrykke sine ønsker og behov er barnet med på å bestemme over seg selv og fremme sin sosiale mestring og deltakelse. Ved å kommunisere med andre kan barnet tilegne seg kunnskap om samfunnet, normer og språk. Barnet får også mer glede av samspillet med andre barn og voksne gjennom å kommunisere (Tetzchner & Martinsen, 2002). Å kommunisere via en applikasjon på iPad kan foregå på forskjellige måter. De fleste kommunikasjonsapplikasjoner inneholder et utvalg av kjente symboler innen ASK-miljøet (for eksempel Picture communication systems), de har talesyntese og diverse valgmuligheter som å legge inn egne bilder, tekst eller innspilling av tale. Ved at man trykker på symboler, aktiveres talesyntesen, og barnet får uttrykt det han eller hun ønsker å si til mennesker i omgivelsene. Man kan også lage setninger ved å sette sammen flere symboler, eller man kan skrive inn tekst og få dette opplest. iPadens funksjoner gjør at man har flere

valgmuligheter for kommunikasjon. Under observasjon så vi et barn uten språk som brukte iPad som alternativ kommunikasjon når klassen hadde sangstund. Barnet valgte sanger på iPaden som klassen sang og danset til. Vi så at barnet lo og så ut til å kose seg i samhandling med klassekameratene. Dette eksempelet illustrerer at en applikasjon på iPad kan være med på å fremme den sosiale deltakelsen i hverdagen til et barn. Gjennom intervju ble vi fortalt at barn som benytter en applikasjon på iPad som kommunikasjons hjelpemiddel, uttrykker sine behov mer tidseffektivt sammenlignet med barn som bruker kommunikasjonsbok. Dette kan skyldes iPadens berøringsskjerm, som gir barnet mulighet til å trykke seg hurtig fram for å uttrykke seg, i stedet for å bruke tid på å lete seg fram i en kommunikasjonsbok. Dette forutsetter at barnet mestrer å navigere seg frem på iPaden.

Talesyntesen kan også bidra til at samtalepartnere lettere oppfatter hva barnet formidler. For at barnet skal kunne relatere seg til talesyntesen, er det fordelaktig at den har en stemme som passer alderen og kjønn til det aktuelle barnet.

Det er viktig å finne en kommunikasjonsapplikasjon med funksjoner som passer barnets forutsetninger. Å implementere iPad i skolesammenheng krever at fagpersoner forstår på hvilken måte barnet best kommuniserer med applikasjonen. Dette krever at fagpersonen setter seg inn i applikasjonens funksjoner og muligheter. Det er fordelaktig at barnets samtalepartnere kjenner til bruken av hjelpemiddelet, slik at kommunikasjonen kan skje effektivt, og uten at det påvirker samtaleforløpet på en negativ måte (Tetzchner & Martinsen, 2002). Det må legges til rette for bruk av applikasjoner i undervisning og andre sosiale settinger med barn.

Under observasjon så vi at barn med behov for ASK bruker forskjellige teknikker for å sosialisere seg. Et barn med behov for supplerende kommunikasjon brukte eksempelvis et kart i applikasjonen Google Earth på iPad som et supplement i en samtale. Barnet pekte for eksempel på kartet for å spørre oss om hvor vi bodde. Et annet barn brukte et personlig fotoalbum innlagt på iPaden for å vise vennene sine bilder fra hva hun hadde gjort i helgen. Vi mener at fotoalbum på iPad kan være et nyttig verktøy for barn med kommunikasjonsutfordringer da de kan kommunisere gjennom innlagte bilder og tekst. Man kan også lage historiefortellinger fra hverdagen sin på applikasjoner på iPad med innspilt lyd, video, tekst og/eller tale. Dette kan være nyttig dersom barnet har behov for et supplement til egen tale for å kunne kommunisere.

Innstillinger

I løpet av prosjektet var det mange som etterspurte informasjon om hvilke muligheter for innstillinger som finnes på iPad. Flere personer har eksempelvis ønsket å kunne fjerne valgmuligheter i en applikasjon. Dette er mulig ved å låse deler av eller hele skjermbildet gjennom å bruke en selvvalgt kode. Dette kan for eksempel være nyttig i tilfeller hvor et barn trykker seg ut av applikasjonen, eller trykker seg videre før det er ferdig med en oppgave. Det er også mulig å legge inn restriksjoner for å forhindre at barnet kjøper applikasjoner og tilleggfunksjoner.

Personer som er svaksynte, kan ha ulike synsegenskaper

når det gjelder skarpsyn, kontrastsyn og synsfelt, og følgelig ha ulike behov for innstillinger av skjermbildet (Pukstad & Haugen, 2012). På en iPad er det mulig å forstørre skriftstørrelsen og å konvertere fargene for å skape kontrast mellom tekst og bakgrunn. Det finnes også funksjoner for å få tekst opplest. Funksjonen kan være nyttig for barn som har begrensede leseferdigheter og trenger auditiv støtte under lesing. Det finnes også en opplesingsfunksjon på iPad som heter VoiceOver som er ment for svaksynte og blinde. iPad kan i tillegg brukes som lese-TV ved hjelp av det innebygde kameraet. Her er det fordelaktig å bruke et stativ for å holde iPaden i ro. En tradisjonell lese-TV har imidlertid større skjermstørrelse og flere valgmuligheter for fargekombinasjoner sammenlignet med en iPad. En nærmere beskrivelse av disse innstillingene kan leses i prosjektrapporten.

Ekstraustyr

Vi har observert at flere skoler anvender ekstraustyr til iPad for å tilpasse hjelpemiddelet til barnets forutsetninger. Det finnes flere typer ekstraustyr til iPad, blant annet stativ. Med et stativ kan man feste iPaden til rullestol, vegg eller bord. En annen type ekstraustyr til iPad er brytere. De finnes med varierende funksjon, knapper og utforming. Disse kan anvendes av barn som har utfordringer med å betjene berøringsskjermen med fingre, og fungerer som et alternativ til dette. Det er foreløpig få applikasjoner som støtter bryterstyring. Dersom applikasjonen støtter bryterstyring, vil dette opplyses om under beskrivelsen av den enkelte applikasjonen i App Store.

Annet ekstraustyr som kan være hensiktsmessig å ta i bruk, er penn (også kalt stylus) og beskyttelsesetui. Med pennen kan barn øve på skrive- og tegneferdigheter og ulike grep, for eksempel trepunktsgrep. Vi observerte også at det for barn med ukontrollerte håndbevegelser kan være enklere å navigere seg fram på berøringsskjermen ved hjelp av penn enn med fingre. Det finnes ulike typer beskyttelsesetui som har som hensikt å forhindre at iPaden skades ved for eksempel fall. Beskyttelsesgraden varierer hos de ulike etuiene, så disse bør velges etter behov.

Gjennom diverse artikler om iPad, nettfora og samtaler med fagpersoner har vi bemerket oss at hode- og øyestyring til iPad etterspørres. Foreløpig finnes det dessverre ingen funksjoner som tillater dette på iPad.

Etiske aspekter

Gjennom praksisprosjektet oppdaget vi en rekke fordeler ved å bruke iPad som et hjelpemiddel i hverdagen. Vi har observert at den har en motiverende og ønskelig virkning på barnas læring av ulike ferdigheter. I tillegg blir iPad et stadig mer kjent teknologisk verktøy og er en vanlig eien del i norske hjem (Röhne, u.å.). Dette medfører at iPad ikke oppfattes som like stigmatiserende som enkelte andre hjelpemidler. I tillegg appellerer iPad til barn, og regnes som kult (Fjellstad, 2012).

Det finnes imidlertid også negative aspekter ved å anvende iPad som et hjelpemiddel. Observasjoner gjort i barnehager av ansatte og foreldre, viser at enkelte barn overfører funksjoner som kan utføres på iPad over til andre objekter. Eksempelvis ble det fortalt om en gutt som så

på småfugler utenfor et vindu. Gutten ønsket å se nærmere på fuglene, og plasserte derfor fingrene sine mot vinduet og utførte en fingerbevegelse som på en iPad ville medført en zoomeffekt. Dette eksempelet kan igangsette refleksjoner om hvorvidt det er riktig at teknologien skal være en naturlig del av et barns liv. Man bør overveie og vurdere hvilke implikasjoner en implementering av teknologi kan medføre med tanke på barnets virkelighetsoppfatelse.

I tillegg har det i de senere år vært stadig mer fokus i media på barns økende inaktivitet som følge av blant annet økt tidsbruk til TV-titting og dataspilling. Vi har gjennom prosjektet observert at iPad blir anvendt i tilpasset undervisning, hvor den blir brukt som et supplement til læring og ikke erstatter fysisk aktivitet, og blir anvendt i et begrenset tidsrom. Dersom en iPad skal brukes av barn på deres egne premisser, kan imidlertid faren for økt inaktivitet være større. Det vil være viktig å sette grenser for tidsbruk på iPaden for å forhindre at barnet bruker større deler av dagen på stillesittende iPad-bruk.

Vi har gjennom prosjektet observert at iPad kan invitere til samspill med andre barn. Det vil derfor være viktig å begrense barnets asosiale bruk av iPaden, og videre utforske muligheter for å bruke den på en inkluderende måte med andre barn. For å sikre hensiktsmessig bruk av iPad vil det i tillegg være viktig å finne en balanse mellom tidsbruk til forholdsvis lek og læring.

Konklusjon

Under observasjon og intervju gjennom prosjektet har vi sett at applikasjoner på iPad kan brukes som et hjelpemiddel for å lære ferdigheter i skolefag. De kan også brukes som et kommunikasjonsmiddel for barn med behov for alternativ og/eller supplerende kommunikasjon. Dagsplanleggere, handlingskjerder, Video Modeling og time-stokk på iPad kan brukes for å gjøre barn med kognitive utfordringer mer selvstendige i hverdagen. Ekstraustyr og ulike innstillinger kan brukes for å tilpasse iPad til barn med nedsatt håndfunksjon, samt svaksynte og blinde. Enhver bruk av iPad som hjelpemiddel vil måtte tilpasses det enkelte barnets behov, ressurser og begrensninger. Det er imidlertid viktig å huske at iPad kun skal fungere som et supplement til andre tiltak for å fremme lek, læring og kommunikasjon. Eksempelvis mener vi ikke at en iPad skal erstatte barnets måte å kommunisere på eller ordinær undervisning i skolen. Vi ønsker imidlertid å trekke fram positive aspekter ved dette hjelpemiddelet og komme med forslag til måter det kan anvendes på. Bruk av iPad skaper variasjon og supplement i undervisningsmetoder, som videre kan føre til motivasjon og effektiv tilpasset læring.

På bakgrunn av våre funn konkluderes det med at iPad kan brukes av barn for å fremme lek og læring, samt bidra som kognitiv og kommunikativ støtte. iPad kan fungere som et fleksibelt hjelpemiddel, og dens muligheter bør utprøves og forskes videre på for å kartlegge ytterligere muligheter og begrensninger.

Referanseliste

Bentholm, K. R. (2003) Informations- og kommunikationsteknologi (IKT) til børn med handicap. I: M. Andersen, I. Hass, G.

Lauritzen & R. Schmidt (Red.), *Ergoterapi og børn* (s. 301-327).

FADL's Forlag.

Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (4. utg). Oslo: Gyldendal akademiske forlag.

Elvrud, A. K. G. (2005). Måltrettet trening basert på motorisk læring. *Ergoterapeuten*, (9), (s. 38-44).

Ergoterapeutene. (2011). «Kompetanser i ergoterapi» *Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig*. Hentet fra: <http://www-netf.no/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse>

Fjellstad, L. (2012). Nettbrett gav ny giv. ROM FOR LÆRING, (3), 6-11, Hentet fra http://www.statped.no/Global/6_Res-surser/Magasinet/Nr%203%202012.pdf

Cardon, T. A. (2012). Teaching Caregivers to Implement Video Modeling Imitation Training via iPad for Their Children with Autism. *Research in Autism Spectrum Disorders*, (6) 1389-1400.

Gjesing, G., & Lauritzen, G. Q. (2008). At muliggjøre aktivitet og deltakelse hos barn med nedsatt funksjonsevne. I: T. Borg, U. Runge, J. Tjørnov, Å. Brandt & A. Madsen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (2. utg., s. 410-440). København: Munksgaard.

Grindheim E., Hoff S., Lien T., Martinsen H., Romhus S., Steensen E. & Storvik S. (1998). *Alternativ kommunikasjon I* (Rapport nr 1). Oslo: Autismeenheten

Hart, J. E. & Whalon, K. J. (2012). Using Video Self-Modeling Via iPads to Increase Academic Responding of an Adolescent with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, (47) 438-447.

Hocking, C. (1999). Function or feelings: factors in abandonment of assistive devices. *Technology and Disability*, (11) 3-11.

Holm, H. & Schröder, I. (2008). At muliggjøre aktivitet og deltagelse hos unge med nedsatt funksjonsevne. I: T. Borg, U. Runge, J. Tjørnov, Å. Brandt, A. Madsen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (2. utg. s. 441-477). København: Munksgaard.

Jacobsen, A., Kristensen, A., Legarth, K. H., Schröder, I. (2008). Aktivitet og deltagelse i forskjellige livsaldrer. I: T. Borg, U.

Runge, J. Tjørnov, Å. Brandt, A. Madsen (Red.), *Basisbog i ergoterapi* (2. utg. s. 92-122). København: Munksgaard.

Kielhofner, G. (2010). *A Model of Human Occupation. Theory and Application*. Lippincott Williams & Wilkins, Fourth Edition.

Kunnskapsdepartementet. (2010). *Med forskertrang og lekelyst. Systematisk pedagogisk tilbud til alle førskolebarn*. (NOU 2010:8). Oslo: Kunnskapsdepartementet.

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Ness, N. E. (2011). *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse*. (1. utg.). Trondheim: Tapir Akademiske forlag.

Røhne, B. (2013, 16. april). Lesebrett. *Store norske leksikon*. Hentet fra <http://snl.no/lesebrett>

Sosial- og helsedepartementet. (2001). *Fra bruker til borger. En strategi for nedbygging av funksjonshemmedes barrieres*. (NOU 2001:22). Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

Tetzchner P. V. & Martinsen H. (2002). *Alternativ og supplerende kommunikasjon*. (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thagaard, T. (2009). *Systematisk innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Pukstad, T. & Haugen J. G. (2012) *iPad og svaksynte - hvordan bruke iPad i skolen*. Statped skriftserie nr. 108, s. 7.

ChIPPA (Child-Initiated Pretend Play Assessment) brukt på norske barn

Sammendrag:

BAKGRUNN: The Child-Initiated Pretend Play Assessment (ChIPPA) er en standardisert normreferert kartlegging av barns spontane evne til å organisere leken sin og til å late som i lek utviklet av den australske ergoterapeuten Karen Stagnitti.

MÅL: Hensikten med dette prosjektet var å prøve ut et standardisert utvalg av leker og materiale fra ChIPPA på vanlige norske barn mellom tre og seks år for å se om de spontant tok i bruk utstyret, og om deres skåringsresultat i henhold til kriterier gitt i ChIPPA samsvarer med den australske normeringen og viser en god intra-rater reliabilitet.

METODE: Fem gutter og fem jenter ble inkludert og videofilmet innenfor en normert tidsperiode. Kvalitative kriterier valgt av artikkelforfatter ble benyttet for å se på de ti barnas gjenkjenning og bruk av lekene og utstyret. Åtte barn fra fire år og oppover ble skåret i henhold til kriterier gitt i ChIPPA to ganger ut fra samme videoopptak.

RESULTAT: Ni av ti barn tok i bruk de fleste lekene og benyttet det meste av utstyret spontant. Fire gutter benyttet ikke tøydukkene i den symbolske delen av leken sin. Antall objekterstatninger (NOS) oppstod sjeldnere enn den australske normeringen tilsier. Barnas sekvensielle late-som-lek (PEPA) lå innen gjennomsnittlig eller over gjennomsnittlig nivå for sju av åtte barn. Intra-rater reliabilitet for skåring av late som lek viser et noe større samsvar innenfor den konvensjonelle delen.

KONKLUSJON: Et lite utvalg av norske barn ser ut til å kjenne igjen og benytte konvensjonelle leker og ustrukturert lekemateriell fra ChIPPA. Variasjon i skåringsresultat fra første til andre gangs skåring settes i sammenheng med usikkerhet i tolking av skåringskriteriene, og indikerer behov for en videre utprøving på flere norske barn og med flere ergoterapeuter involvert.

AV MARGUNN SOGNNÆS

Introduksjon

Ergoterapeuter som arbeider med barn, er opptatt av barnets daglige aktiviteter. Lek kan i denne sammenhengen betraktes som en primær aktivitet som barnet deltar i daglig ved å gjøre noe meningsfylt for dem selv, eller sammen med andre (Lawlor, 2003).

Vansker med å leke kan føre til begrensninger i å kunne delta sosialt og læringsmessig (Stagnitti, 2000). Kartlegging av barnets evne til å leke seg bør derfor være essensielt innenfor pediatrik habilitering og rehabilitering (Lautamo et al., 2011)

«Late-som-lek» er et smalere begrep enn det mer generelle begrepet «lek» og kjennetegnes ved at barnet kan erstatte et objekt og late som det er noe annet, tilføre egen-

skaper til et objekt eller referere til fraværende objekt i leken (Stagnitti 2004). Den er preget av indre motivasjon, både overskridelser og refleksjoner av virkeligheten, kontrollert av den som leker, fokus på prosess heller enn produkt, vanligvis morsomt og uforutsigbart og et frivillig aktivt engasjement (Bundy 1997). Late-som-lek er i høy grad avhengig av kognitive og sosial-emosjonelle evner hos barnet, i mindre grad motoriske og sensomotoriske ferdigheter (Stagnitti 2000). Innenfor kognitiv utviklingsteori regnes late-som-lek som den mest utfordrende formen for lek hos førskolebarn (Stagnitti 2004).

I norsk sammenheng har trolig samarbeidet mellom den amerikanske ergoterapeuten Anita Bundy og den norske ergoterapeuten Geva Skard hatt mest betydning for å sette lek på dagsorden ved å videreutvikle Test of Playfulness (ToP) (Skard og Bundy 2008) og å oversette og introdusere dette kartleggingsredskapet til norske forhold. ToP er en strukturert observasjon av barn i lek i sine naturlige omgivelser som vurderer barnets grad av lekenhet. Naturlige omgivelser vil i norsk sammenheng ofte være et barnehagemiljø for førskolebarn. Et annet eksempel på observasjon av barnets lek i sine vante omgivelser er den finske ergoterapeuten Tiina Laautamo sitt arbeid med å utvikle Play Assessment for Group Settings (Laautamo, T 2011). Bruk av foreldrerapportering er en annen metode for å kartlegge barnets lek. For eksempel er det innenfor



Margunn Sognnæs er ergoterapeut og ansatt ved Klinikk for kliniske servicefunksjoner, avdeling ergoterapi ved St. Olavs Hospital, Universitetssykehuset i Trondheim. e-mail: margunn.sognnes@stolav.no

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.



Bilde 1. Konvensjonelle forestillingsleker for barn fra fire år og oppover.



Bilde 2. Konvensjonelle forestillingsleker for treåringer.



Bilde 3. Ustrukturert lekemateriell til symbolsk del (småsteiner fjernes til treåringer).



Bilde 4. Denne jenta leker at dukkene er på tur i båten sin for å se på tårnet.

området sosial fungering i Vineland Adaptive Behavior Scales en kategori som betegnes som «lek og fritid», og herunder er det noen spørsmål som knyttes til barnets evne til å late som i lek (Sparrow, S.S. et al). Med en nordisk normering av Vineland Adaptive Behavior Scales vil barnets lekeferdigheter og late-som-lek sammenlignes med det som er vanlig for nordiske barn på samme alder. The Child-Initiated Pretend Play Assessment (ChIPPA) er et kartleggingsredskap som fokuserer på barnets late-som-lek (Stagnitti, 2007), og som er utviklet i Australia.

I sitt arbeid med å utvikle ChIPPA beskriver Stagnitti at hun lenge hadde savnet et redskap som kunne anvendes i klinikken, som var raskt å bruke, og som kanskje kunne føre til et større fokus på å vurdere lek direkte fra ergoterapeuters side siden dette fortsatt var et forsømt område innen pediatrik virksomhet i Australia (Stagnitti, 2004). I Norge er det også mangel på redskaper som kan kartlegge lek på en enkel og rask måte i klinikken. ChIPPA representerer en måte å måle barns spontane handlinger på i møte med et utvalg av både standardiserte leker og ustrukturert lekemateriell fra Australia. Før dette kartleggingsredskapet kan tas i bruk i Norge, bør det undersøkes om

vanlige norske barn vil gjenkjenne disse lekene fra Australia, og om de vil finne lekene interessante nok til å leke spontant med dem. Videre bør det undersøkes om norske barn vil ta i bruk det ustrukturerte lekematerialet på samme måte som australske barn, eller om egne normer må utvikles for norske barn.

Hensikten med dette prosjektet var derfor å undersøke følgende:

- 1) Vil et standardisert utvalg av leker fra ChIPPA føre til spontan lek innenfor en normert tid hos norske barn i alder tre til seks år, vurdert ut ifra kvalitative beskrivelser av barnas lek?
- 2) Hvordan samsvarer skåring av norske barnas lek i henhold til kriterier gitt i ChIPPA, med den australske normeringen for aldersgruppen fire til seks?
- 3) Vil skåring av barnas lek ut fra videoopptak ha en god intra-rater-reliabilitet for aldersgruppen fire til seks år?

Metode:

Utvalg

Totalt ble ti vanlige norske barn (fem gutter og fem jenter)

uten spesielle behov i alderen tre til seks år inkludert i denne studien. Åtte barn ble rekruttert fra en barnehage, og to barn ble rekruttert via kollegaer ved St. Olavs Hospital.

Alle foreldrene ga informert samtykke til at barnet deres ble med i studien. Foreldrene fikk skriftlig informasjon om at barnet deres ville bli filmet i 30 minutter, og at opp-taket ville bli forsvarlig lagret på et lukket område ut ifra gjeldende regler ved St. Olavs Hospital fram til utgangen av 2014, før sletting. Det ble sendt et framleggingsvurderingsskjema til Regional Etisk Komite Midt Norge, som fattet vedtak om at dette prosjektet ikke var framleggings-pliktig.

Instrumentet

The Child-Initiated Pretend Play Assessment (ChIPPA) er en standardisert normreferert kartlegging av barns spontane evne til å organisere leken sin, og til å late som i lek (Stagnitti, 2007). ChIPPA er utviklet i Australia og er rapportert å være reliabel (Stagnitti & Unsworth, 2004; Swindells & Stagnitti, 2006) og valid (Stagnitti et al 2000; Uren & Stagnitti, 2009) for australske barn. Testen bygger på antagelser om at late-som-lek er verdi-full i seg selv, at det er en kognitiv aktivitet, og at den er viktig for barnets utvikling og for barnets deltakelse (Stagnitti, 2007). ChIPPA kan benyttes for barn i alderen tre til syv år som har en forsinket utvikling, mulige lærevansker, spesifikke diagnoser som Downs syndrom, autismespekter eller ADHD. Den kan også benyttes til barn med fysiske funksjonsvansker og til barn som har vært traumatisert (Stagnitti 2007).

Det tar 18 minutter å gjennomføre ChIPPA for barn på tre år og 30 minutter for barn fra fire år. ChIPPA sies å være den eneste lekevurderingen som er inndelt med en konvensjonell del, der barnet benytter konvensjonelle forestillingsleker (bilde 1 og 2), og en symbolsk del, der barnet benytter ustrukturert lekemateriell (bilde 3) (Stagnitti, 2007). I en konvensjonell forestillingslek relaterer barnet de vanlige lekene til hverandre (som for eksempel plasserer dyr i traktortilhenger, kjører med traktoren og tar dyrene ut igjen). Innenfor den symbolske delen leker barnet med det ustrukturerte lekematerialet, setter sammen eller konstruerer og tillegger ny mening i det de leker med (bilde 4).

Administrering av ChIPPA og skåringsprosedyrer

For å administrere testen, sitter barnet og terapeuten på gulvet framfor to stoler med et laken over. Barnet blir invitert til å leke med utstyret slik det selv ønsker. Det skal ikke gis andre instruksjoner, men man kan delta på en støttende måte ved for eksempel å vise forundring over det som skjer i leken. I et mellomparti skal terapeuten gå inn og utføre noen standardiserte handlinger med dukke nummer to, som da introduseres for barnet.

Skåring skjer ut fra videoopptak, og det er barnets handlinger som skal registreres. Det er tre kategorier som skåres: (1) prosentvis andel av tid der det foregår handlinger som indikerer late-som-lek (Percentage of Elaborate Pretend Play Actions, PEPA), som viser barnets evne til å organisere lekehandlingene logisk og i sekvenser

	NOS	
	råskår	z-skår
Deltaker 1	3	-1,16
Deltaker 2	13	-0,25
Deltaker 3	2	-1,25
Deltaker 4	23	+0,65
Deltaker 5	5	-1,00
Deltaker 6	26	+0,75
Deltaker 7	8	-0,77
Deltaker 8	3	-1,05

Tabell 1: Råskår og z-skår for antall objekterstatninger (NOS).

- (2) antall ganger objekter omdannes (Number of Object Substitutions, NOS), som indikerer barnets kapasitet til å bruke et objekt og late som det er noe annet
- (3) antall imitasjoner (Number of Imitated Actions, NIA), som viser om barnet imiterer terapeutens handlinger i mellompartiet av leken.

For å kunne skåre prosentvis andel av tid med late-som-lek (PEPA), blir barnets handlinger kodet til fire kategorier: atferd ikke knyttet til lek (b, behavior), atferd knyttet til enkeltvis funksjonell utforsking (f, functional), atferd som viser repetisjon uten at leken utvikler seg (r, repetition), og atferd som indikerer handlinger i sekvenser som ofte ledsages av en narrativ historie (e, elaborate play). PEPA blir beregnet ut fra antall registrerte handlinger i sekvenser i leken (e), delt på totalt antall handlinger (b, f, r, e) og ganget med 100.

NOS og NIA blir beregnet ut fra henholdsvis antall registrerte ganger barnet later som et objekt er noe annet enn i virkeligheten, og antall ganger barnet imiterer terapeutens handlinger i midtpartiet.

Både PEPA, NOS og NIA skal skåres ut fra den konvensjonelle delen og ut fra den symbolske delen av ChIPPA. Barnets råskår for PEPA og NOS kan sammenlignes opp mot en standardskår (z-skår), slik at man kan se hvor det enkelte barnet befinner seg sammenlignet med den australske aldersnormeringen. Z-skår har et gjennomsnitt på null og kan variere fra -4 til +4. En z-skår fra -1 til +1 representerer et gjennomsnittlig nivå, mens z-skår over

	Konvensjonell del i prosent av tid 1. skåring		Konvensjonell del i prosent av tid 2. skåring		Symbolsk del i prosen-tav tid 1. skåring		Symbolsk del i prosent av tid 2. skåring	
	råskår	z-skår	råskår	z-skår	råskår	z-skår	råskår	z-skår
Deltaker 1	81	+1,11	84	+1,33	76	+0,87	75	+0,83
Deltaker 2	92	+1,93	90	+1,78	76	+0,87	82	+1,15
Deltaker 3	24	-3,18	24	-3,18	22	-1,58	13	-1,99
Deltaker 4	79	+0,95	78	+0,88	76	+0,87	78	+0,96
Deltaker 5	91	+1,56	91	+1,56	88	+1,17	96	+1,52
Deltaker 6	83	+1,06	80	+0,88	70	+0,39	62	+0,04
Deltaker 7	87	+1,3	81	+0,94	75	+0,61	61	+0,00
Deltaker 8	70	+0,39	75	+0,68	64	+0,52	63	+0,48

Tabell 2: Det enkelte barns råskår og z-skår for sekvensiell late-som-lek (PEPA) i prosent av tid ved første og andre gangs skåring innenfor konvensjonell del og symbolsk del.

+1 indikerer et nivå over gjennomsnittet, og en z-skår under -1 indikerer et nivå under gjennomsnittet. Stagnitti har definert området betydelig under gjennomsnittlig med z-skår fra -2 og lavere som indikasjon på tiltak ut fra skåring av PEPA. NOS har en cutoff-grense fra -1 og lavere, mens NIA har en variert cutoff-grense ut fra barnets alder, der de yngste forventes å imitere terapeuten oftere enn eldre barn, som ikke trenger denne støtten for å kunne leke (Stagnitti, 2007).

For aldersgruppen tre til fire år er det ennå ikke utviklet australske normeringstabeller med z-skår, fordi det ikke foreligger et stort nok utvalg, men det er utarbeidet cutoff-grenser basert på råskår for å kunne identifisere barn med forsinket lekeutvikling som kan trenge tiltak.

Praktisk gjennomføring

For å lære å administrere og skåre testen ble en instruksjonsvideo og manual gjennomgått av artikkelforfatter flere ganger i løpet av en tomånedersperiode. I tillegg ble det gjennomført et hospiterings- og kursopphold i Finland, der ChIPPA har vært i bruk i flere år, i april 2013.

Alle barna ble skåret på bakgrunn av videoopptak tatt i juni og juli 2013. De åtte barna som ble rekruttert fra en barnehage, ble filmet på et grupperom på barnehagen. De to andre ble filmet i ergoterapeutenes lokale på Barne- og Ungdomsklinikken ved St Olavs Hospital.

For å bedømme om de ti norske barna i alder tre til seks år ville ta i bruk lekene spontant, ble det registrert om de

benyttet de fleste lekene, om de brukte dukkene som del av leken, om de snakket under leken, og om de holdt interessen for å leke oppe innenfor den oppgitte tidsrammen. Dette er kvalitative kriterier valgt av artikkelforfatter.

Totalt antall objekterstatninger (NOS) ble registrert som råskår ut fra kriterier i ChIPPA-manualen hos de åtte barna fra fire år og oppover. Råskår ble deretter omregnet til z-skår for å kunne sammenligne med den australske normeringen. Antall imitasjoner (NIA) ble også registrert og sammenlignet med den australske normeringen. Disse delene av skåringen ble kun utført en gang.

Barnas sekvensielle late-som-lek (PEPA) ble omregnet til z-skår for alle de åtte barna fra fire til seks år, slik at de kunne sammenlignes med det australske utvalget. Dette ble gjort innenfor både den konvensjonelle og den symbolske delen.

Skåring av PEPA ble gjennomført to ganger med minst en uke mellom av artikkelforfatter, slik at man også kunne se på intra-rater-reliabilitet.

Statistiske analyser

Det ble foretatt en analyse av intra-rater-reliabilitet mellom første og andre gangs skåring av barnets sekvensielle late-som-lek, PEPA, basert på det samme videoopptaket. Statistikkprogrammet SPSS ble benyttet for å undersøke intra-rater reliabilitet ved hjelp av Intraclass Correlation Coefficient (ICC) modell 3.1. ICC modell 3.1 benyttes ved testing av intra-reliabilitet når test-retest skåres av én person (Portney, 2009). Verdien for

ICC går fra 0.00 til 1.00, der verdier nær 1.00 representerer sterkest reliabilitet. Vanligvis betegnes en reliabilitet på over 0.90 som svært god, men det er en klinisk bedømming som ligger bak hvor høy reliabiliteten må være for å rettferdiggjøre bruken av en test (Portney, 2009).

Resultat

Resultatene viser at ni av ti barn tok i bruk de fleste lekene og benyttet det meste av utstyret i sin utforskning, lek og konstruksjon. Alle kjente igjen de forskjellige dyrene og hva traktor og tilhenger brukes til. Flere barn spurte hva skiftenøkkelen var, og benyttet ikke denne før i siste del av leken sin, etter at de hadde sett sekvensen der terapeuten viser hvordan den kan brukes.

To barn brukte ikke dukkene verken i den konvensjonelle eller symbolske delen av leken. I tillegg var det to andre barn som ikke benyttet dukkene i den symbolske delen av leken, slik at fire av ti barn ikke benyttet tøydukkene. Tre barn snakket ikke under sin lek med det konvensjonelle utstyret, ett av de samme barna benyttet heller ikke språk innen den symbolske leken.

Ni av ti barn opprettholdt interesse og selvinitierte handlinger knyttet til utstyret i henholdsvis 18 minutter for treåringer og 30 minutter for barn eldre enn fire år. Ett av ti barn ville ut av rommet før tiden var gått, og viste ikke interesse for å ta i bruk lekene eller utstyret. Barnet viste glede i å fortelle om seg selv og sin familie, uten å knytte dette til noe av lekeutstyret.

Antall objekterstatninger (NOS) ble bedømt for åtte barn og viser et sprik fra to til 26 for både konvensjonell og symbolsk lek. Z-skår viser at tre av åtte barn ligger under -1,00, eller under gjennomsnittlig nivå, og ingen av barna ligger i området over gjennomsnittlig nivå (tabell 1).

Antall registrerte imitasjoner (NIA) hos de norske barna (n=8) overskred ikke grensen for det som forventes for aldersgruppen fire til seks år. Seks barn hadde ingen imitasjon av terapeuten's handlinger. Ett barn hadde tre imitasjoner, men dette er også innenfor grensen av det vanlige/gjennomsnittlige.

Barnas sekvensielle late-som-lek (PEPA) med konvensjonelle leker ble skåret hos åtte barn. Oppgitt z-skår i tabell 2 viser at ved første gangs skåring lå sju av åtte barn i området gjennomsnittlig eller over gjennomsnittlig nivå. Ett barn skåret betydelig under gjennomsnittet. Ved andre gangs skåring finner man at gruppen innenfor «over gjennomsnittet» er redusert fra fem til tre stykker, slik at det har samlet seg flere resultat innenfor gjennomsnittlig nivå ved andre gangs skåring av konvensjonell del. Ett barn lå fortsatt betydelig under gjennomsnittet.

Innenfor den symbolske delen plasserte sju av åtte deltakere seg i området gjennomsnittlig eller over gjennomsnittlig ved første gangs skåring, mens ett barn fikk en z-skår tilvarende under gjennomsnittet. Ved andre gangs skåring ble det en større spredning i resultat innenfor den symbolske delen, men alle lå fortsatt i samme funksjonsområde som ved første gangs skåring, bortsett fra ett barn som gikk fra gjennomsnittlig til over gjennomsnittlig nivå (tabell 2).

Intra-rater-reliabilitet PEPA viser at det er størst svar innenfor den konvensjonelle delen mellom de to skåringene (tabell 3).

Diskusjon

Utpøvingen av det australske kartleggingsverktøyet ChIPPA viser at ni av ti norske barn tok i bruk de fleste lekene og benyttet det meste av utstyret i sin utforskning og lek. Alle barna kjente igjen de konvensjonelle lekene, bortsett fra skiftenøkkelen. Selv om skiftenøkkel ikke ble gjenkjent av flere barn, så fant man ikke at dette hadde noen konsekvenser for leken deres. Det kunne virke som de syntes det var spennende med noe annerledes, og flere av dem tok skiftenøkkelen aktivt i bruk etter at de hadde sett hvordan terapeuten hadde benyttet den i midtpartiet av leken. Dette ble ikke registrert som imitasjon fordi barna ikke hermet handlingen direkte fra terapeuten, men tilpasset bruken slik at verktøyet passet inn i deres leketema.

Stagnitti har valgt ut leker som hun har funnet skal være kjønnsnøytrale (Stagnitti, 1997). Imidlertid var det bare gutter (n=4) som ikke benyttet tøydukkene innenfor den symbolske leken. Disse guttene var opptatt av å bygge opp deler av det ustrukturerte lekemateriellet til tårn som de prøvde å skyte ned ved å kaste med steinene, eller de var opptatt av å konstruere og få ting til å balansere. Dette er handlinger som Stagnitti kategoriserer som «elaborate pretend play», fordi flere objekter knyttes sammen i en sekvensiell og meningsfull sammenheng. Det var ikke naturlig for dem å benytte tøydukkene i denne leken, og dette fikk ingen konsekvenser for skåringsresultat på PEPA (percentage of elaborate pretend play action). Samtidig er all lek der dukkene er involvert, definert som late-som-lek i ChIPPA, slik at det kan utgjøre en forskjell dersom norske gutter ikke finner det like naturlig som australske gutter å leke med tøydukkene.

Tre barn snakket ikke som del av leken sin med de konvensjonelle lekene, ett av disse barna benyttet heller ikke språk innen den symbolske leken. Dette barnet var en språklig aktiv tre-åring til vanlig, som ble stille i møte med en fremmed. Det var likevel tydelig at hos alle de tre barna foregikk det en sekvensiell late-som-lek ved at leker og utstyr ble håndtert med forsiktighet og tanker for detaljer, slik at fravær av språk ikke hindret at deres handlinger ble oppfattet som late-som-lek.

Antall objekterstatninger oppstod i mindre grad hos fire av åtte barn, og dette ser ut til å være noe av det som avviker fra den australske normeringen i størst grad. Dette kan delvis sees i sammenheng med fysisk eksperimenterende lek, der det i liten grad oppstod lek der utstyr ble omdannet til å representere noe annet enn det var. I følge Stagnitti skal det ikke skåres objekterstatning dersom man er i tvil, slik at barn som ikke bruker språket sitt, kan ha vanskeligere for å skåre objekterstatning fordi de for eksempel ikke forteller at tårnet de har bygget, representerer et romskip. Denne delen av testen bør derfor benyttes med forsiktighet i forhold til norske barn, og z-skår fra -1 og nedover kan så langt ikke anbefales som cutoff-grense for mulige vansker, slik Stagnitti har anbefalt for australske barn.

Konvensjonell del i prosent av tid 1. skåring		Konvensjonell del i prosent av tid 2. skåring			Symbolsk del i prosent av tid 1. skåring		Symbolsk del i prosent av tid 2. skåring		
Mean	SD	Mean	SD	ICC (3.1)	Mean	SD	Mean	SD	ICC (3.1)
74,4	21,4	75,9	22,1	0,97	66,8	24,6	68,4	19,9	0,95

Tabell 3: Gjennomsnittlig intra-rater-reliabilitet PEPA, med minst én uke mellom skåring ut ifra samme videoopptak.

Skåringsresultatene for prosentvis andel av tid med late-som-lek (PEPA) ligger innen eller over gjennomsnittlig nivå for sju av åtte barn. Denne delen av skåringen er i stor grad basert på å kunne skille mellom funksjonell lek og sekvensiell-late-som-lek. Skåringskriteriene kan være vanskelige å tolke og benytte konsekvent når man ikke har et kollegiale som kan avklare og drøfte tvilstilfeller, slik at det knyttes usikkerhet til funn som viser at skåringsresultat for konvensjonell del fremstår som mer samlet ved andre gangs skåring, og motsatt at det oppstår en større spredning i resultat innen symbolsk del ved andre gangs skåring. Til tross for veiledning og presiseringer i manualen ser det ut til at barn finner nye variasjoner av lek og utforsking knyttet til utstyret og lekene, og at dette krever mer erfaring for å kunne tolke barnets spontane handlinger i tråd med kriteriene.

Det er noe dårligere gjennomsnittlig intra-rater-reliabilitet for den symbolske delen av testen, som kan indikere at det er vanskeligere å etablere en konsekvent oppfattelse av hvordan lekeatferd innenfor den symbolske leken skal registreres og kategoriseres. Siden leken til barnet skåres ut fra samme videoopptak, burde test og retest resultat ligget nærmere opp mot 1. Dette indikerer behov for å prøve ut ChIPPA på et større utvalg av barn, og det ville også vært en stor styrke at flere norske ergoterapeuter lærte seg å bruke ChIPPA, slik at man fikk sett på inter-rater-reliabilitet.

Konklusjon

Et lite utvalg av norske barn ser ut til å kjenne igjen og benytte konvensjonelle leker og ustrukturert lekemateriell fra ChIPPA. Antall objekterstatninger varierer mer enn standardiseringen tilsier, og den foreslåtte cutoff-grensen for tiltak kan derfor ikke anbefales så langt. Innbyrdes forflytning fra over gjennomsnittlig til gjennomsnittlig nivå for late-som-lek innenfor konvensjonell del av testen ved andre gangs skåring settes i sammenheng med usikkerhet i tolking av skåringskriteriene, slik også noe dårlig intra-rater-reliabilitet for den symbolske delen av testen gjør. Disse funnene indikerer behov for at flere norske eller nordiske ergoterapeuter etablerer et samarbeid for en videre utprøving på flere barn.

Da vil ChIPPA kunne ha potensial til å representere en reliabel og valid metode for norske ergoterapeuter til å kunne bedømme barns spontane selvinitierte lek og deres evne til kompleksitet i late-som-lek. □

Referanser

- Bundy, A.C. (1997). Play and playfulness: What to look for. In L.D. Parham & L.S. Fazio (Ed), *Play in occupational therapy for children* (pp. 56-62). St. Louis: Mosby
- Lautamo, T., Laakso, M-L., Aro, T., Ahonen, T. & Törmäkangas, K. (2011). Validity of the Play Assessment for Group Settings: An evaluation of differential item functioning between children with specific language impairment and typically developing peers. *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, 222-230.
- Lawlor, M.C. (2003). The significance of being occupied: The social construction of childhood occupations. *American Journal of Occupational Therapy*, 57, 424-434.
- Portney, L.G. & Watkins, M.P. (2009). *Foundations of clinical research: applications to practice*. Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Skard, G. & Bundy, A. (2008). Test of Playfulness. In L.D Parham & L.S. Fazio, (Ed), *Play in Occupational Therapy for Children* (pp 71-95). St. Louis: Mosby
- Sparrow, S.S., Cicchetti, D.V., & Balla, D.A. (2011). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Second Edition. Manual (Norsk versjon). Stockholm: Pearson Assessment
- Stagnitti, K. & Unsworth, C. (2000). The Importance of Pretend Play in Child Development: An Occupational Therapy Perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 63, 121-127.
- Stagnitti, K. (2004). Occupational performance in pretend play; implications for practice. In M. Mollineux (Ed.) *Occupation for Occupational Therapists*. (pp 103-121). Oxford, UK: Blackwell Science.
- Stagnitti, K. (2007) *Child-Initiated Pretend Play Assessment (ChIPPA) manual and kit*. Melbourne, Australia: Co-ordinates Therapy Publications.
- Stagnitti, K. & Unsworth, C. (2004) The Test-Retest Reliability of the Child-Initiated Pretend Play Assessment. *The American Journal of Occupational Therapy*, 58, 93-99.
- Stagnitti, K., Unsworth, C. & Rodger, S. (2000) Development of an assessment to identify play behaviours that discriminate between the play of typical preschoolers and preschoolers with pre-academic problems. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, 291-303.
- Stagnitti, K., Rodger, S. & Clarke, J. (1997). Determining gender-neutral toys for assessment of preschool children's imaginative play. *Australian Occupational Therapy Journal* 44, 119-131.
- Swindells, D. & Stagnitti, K. (2006). Pretend play and parents' view of social competence; the construct validity of the Child-Initiated Pretend Play Assessment. *Australian Occupational Therapy Journal*, 53, 314-324.
- Uren, N. & Stagnitti, K. (2009). Pretend play, social competence and involvement in children aged 5-7 years: The concurrent validity of the Child-Initiated Pretend Play Assessment. *Australian Occupational Therapy Journal* 56, 33-40

Gausdalmodellen

Gausdalmodellen handler om at barn skal utvikle gode motoriske ferdigheter før skolestart, som grunnlag for læring og videre utvikling. Modellen skal sikre at førskolebarna får nødvendig fysisk aktivitet.

AV LIV ELSE ERTESVÅG BRENDEN

Jeg er kommuneergoterapeut i Gausdal kommune og fagleder for rehabiliteringsavdelingen i Gausdal. Det vil si ergo-/fysioterapi, dagsenter for eldre og psykiatri. Gausdal er en kommune med cirka 6 100 innbyggere.

Prosjektleder for Gausdalmodellen er fysioterapeut Inger Stalheim Thorsen. Hun er også min nærmeste samarbeidspartner i alle saker som handler om barn i kommunen.

Bygger på «God skolestart»

Gausdalmodellen bygger blant annet blant annet på erfaringer fra det tverrfaglige tiltaket «God skolestart». I «God skolestart» besøker vi alle førsteklassingene på barneskolelone én skoledag om høsten. Her merket vi oss at flere barn ikke var «på plass» motorisk. Dette startet en diskusjon om hvordan vi skulle få til en endring på dette. For tre år siden fikk barnefysioterapeuten en henvisning på en stor gruppe barn fra en avdeling i en barnehage. Disse barna skulle begynne på skolen sammen. Det gav rom for nytenkning.

Sammen med en rektor og en barnehagestyrer startet vi en prosess som endte i et prosjekt med satsing på aktivitet for alle barna på denne avdelingen. Nå – tre år senere – gjennomføres dette opplegget i alle barnehagene i Gausdal.

Modellen i praksis

Gausdalmodellen skal sikre at barna får nødvendige motoriske ferdigheter i førskolealder. Sentrale elementer i Gausdalmodellen er aktivitet for alle barn (universelle til-

tak), tiltak for de få, tidlig innsats og samhandling mellom barnehage og fagpersoner. Vi ønsker at barna i Gausdal skal utvikle gode motoriske ferdigheter før skolestart som grunnlag for læring og videre utvikling. Det overordnede målet er at alle barn skal ha en helsefremmende hverdag i Gausdal.

I modellen har vi utviklet et årshjul for aktiviteter, som omfatter grov- og finmotorisk aktivitet, samt sansestimulering og pulsøkning. Barnehagene gjennomfører disse aktivitetene tre ganger i uken i vel 40 minutter hver gang. Barnefysioterapeuten har vært ute i barnehagene og veiledet i forkant av nytt opplegg, mens barnehagepersonalet gjennomfører treningen med barna.

Det er et nytt tema for hver måned. I november har barnehagene jobbet med hørselssans, stabilitet og balanse. Vi har laget forslag til aktiviteter, men barnehagene står fritt til å legge inn flere aktiviteter og justere på opplegget, så lenge de sikrer at ungene får jobbe med det som er månedens tema. Andre temaer vi har, er koordinasjon, ballaktiviteter, vestibular sans, taktil sans, kinestetisk sans og synssans (omfatter trening av øyebevegelser).

Vi har også vurdert utforming av uteareal og tilgjengelig utstyr i blant annet gymsal med tanke på universell utforming.

Gode resultater hittil

Vi startet med å teste de motoriske ferdighetene til alle barna på avdelingen med Movement ABC 2-test. Dette er en bevegelsestest for å identifisere og vurdere problemer i barns motoriske utvikling. Da fant vi ut at 34 prosent av barna hadde ferdigheter under gjennomsnittet for alderen. Alle barna fikk intensiv trening tre til fire dager i uken, tre uker av gangen. De fikk et opplegg for motorisk trening med styrke, balanse og stimulering av blant annet vestibulæres og andre sanser. Barnehagen utførte treningen.

Etter et halvt år med intensiv trening, retestet vi barna. Da var det fem prosent som fortsatt hadde motoriske ferdigheter under gjennomsnittet for alderen. To år seinere, da barna var begynt på skolen, var det ingen av barna som viste motoriske vansker. To av barna hadde utviklet ferdigheter langt over gjennomsnittet for alderen.



Liv Else Ertesvåg Brenden er kommuneergoterapeut i Gausdal kommune og fagleder for rehabiliteringsavdelingen i Gausdal.



GAUSDALSMODELLEN I PRAKSIS: Her er Mina Nørstegård Seielstad, Trygve Solberg Finndalen og Hedda Wold i Fjerdum barnehage i full aktivitet med å «vaske bil» sammen med barnefysioterapeut Inger Stalheim Thorsen og pedagogisk leder Kristin Olsen. Foto: Silje Rindal, GD.

Dette dannet grunnlag for fortsatt satsing på prosjektet, som etter hvert har blitt en modell for helsefremmende og utviklingsfremmende aktivitet. Modellen omfatter i dag fast tilstedeværelse av fysioterapeut i barnehagene, samt at helsesøster har femårskontroll i barnehagen.

«God skolestart» som kontrollpost

I «God skolestart» ser vi nå at barna i større grad er «på plass» motorisk. Det er også interessant at vi i dag kan se at barn som ikke har gått i barnehagene her i kommunen, ikke har like gode ferdigheter som de barna som har deltatt i Gausdalmodellen. Dette ser vi særlig i forhold til øyemotoriske ferdigheter. «God skolestart» har derfor blitt en kontrollpost for om Gausdalmodellen fungerer, og hvordan vi skal justere opplegget vårt. På bakgrunn av de utfordringene vi observerer blant førsteklassingene, kan vi korrigere det tilbudet vi gir til førskolebarna.

Vi har også årlige evalueringer sammen med barnehagene for å justere årshjulet ut fra de erfaringene vi gjør.

Løfter hele gruppen

Vi ser tydelig at vi har lyktes med å løfte hele gruppen barn. Gausdalmodellen viser at vi kan redusere behovet for mer individrettet oppfølging og heller fokusere på

befolkningsrettete tiltak i førskolealder. Målsettingen vår er at normal aktivitet skal bli mer fremtredende. Vi ønsker ikke å plukke ut enkelte barn, men heve hele gruppen, for at flest mulig skal kjenne på felles mestring. Ved å satse på økt fysisk aktivitet får barna et fundament for den motoriske gullalder (7 - 12 år). Prosjektet har for øvrig resultert i at noen av barna er henvist før skolestart for utredning av andre vansker.

Tverrfaglig samarbeid

Det tverrfaglige samarbeidet har hele tiden stått i sentrum. Personalet i barnehagene er viktige medspillere. Samarbeidet mellom fysioterapeut og ergoterapeut har også hatt stor betydning for prosjektet. Blant annet har vi sammen formet innholdet i årshjulet og treningspakkene til barnehagene. Et prosjekt som dette kunne ikke lykkes uten et godt tverrfaglig samarbeide.

Fra 2012 har Gausdalmodellen vært del av det ordinære opplegget i alle de kommunale barnehagene i Gausdal kommune. Etter planen skal den også implementeres i de private barnehagene. Tiltaket gjelder i utgangspunktet de barna som går siste året i barnehagen før skolestart, men noen av barnehagene har valgt å tilby deler av opplegget allerede fra barna er tre år. □

«Healthy Children in Healthy Families»

– frivillighet i bydel Sagene

«Healthy Children in Healthy Families» er et frivillighetsprosjekt i regi av EU, gjennomført i bydel Sagene i 2012. Flere frivillige helseambassadører ble rekruttert. Her vil vi presentere prosjektet i sin helhet og våre personlige erfaringer som frivillige fra perioden.

TIRIL BJERKÅS OG MAJA MYHRE

Prosjektet «Healthy Children in Healthy Families» (HCHF) var en del av EUs helseprogram 2008 - 2013 og et samarbeidsprosjekt mellom seks ulike land. Prosjektet startet høsten 2010, og målet var å utvikle tiltak som fremmer sunn livsstil blant barn og unge. Frivillige skulle organisere lavterskeltilbud i sitt nærmiljø, og prosjektet skulle bidra til å utvikle et samspill mellom lokale myndigheter, frivillige organisasjoner og enkeltindivider (www.healthy-children.eu).

Livsstilssykdommer er en av de store helseutfordringene Norge står ovenfor. Det er store sosiale ulikheter tilknyttet helse, og i Oslo er barnefattighetsraten nesten dobbelt så høy som i resten av landet (Fafo, 2009). Ifølge forskning er fysisk aktivitet og sosiale nettverk helsefremmende faktorer (Folkehelsemeldingen 2012 -

13). Å etablere en sunn livsstil tidlig er derfor viktig. Målet med HCHF var å bidra til å skape en sunnere livsstil for barn og unge i bydel Sagene i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA), Sagene Internasjonale og Flerkulturelle Frivillighetssentral (SAIFF), Stiftelsen Betanien Oslo og Sagene Frivillighetssentral. Bydel Sagene har tidligere deltatt i flere internasjonale studier for å øke sin kompetanse innen folkehelsearbeid. Ved å øke kompetansen håper bydelen å gjøre Sagene til et godt sted å vokse opp og leve i. I bydel Sagene er det store sosiale forskjeller, stor andel innvandrere og mange kommunale boliger. Det er derfor stort behov for helsefremmende tiltak (Folkehelseplan Bydel Sagene 2011 - 13). Tanken var at de frivillige medhjelperne skulle fungere som lokale helseambassadører.

et samarbeid mellom frivillige organisasjoner i bydelen, som skulle ha hovedansvaret for praktisk gjennomføring. Den andre perioden startet også med innledende opplæringskvelder, men denne gangen var planen at opplæringen og aktiviteter i organisasjonene skulle gå parallelt. Nytt av denne perioden var videre at bydelen hadde ansatt en tidligere frivillig og ildsjel som kontaktperson mellom Sagene, HIOA, de frivillige og organisasjonene. Representanter fra bydelen og HIOA kurset de frivillige gjennom temaer som kommunikasjon, folkehelse og aktuelle problemstillinger. De samarbeidende organisasjonene SAIFF, Sagene Frivillighetssentral og Stiftelsen Betanien Oslo var tilstede den første kurskvelden og presenterte de ulike tilbudene man kunne engasjere seg i.

De frivillige og deres rolle

Mange av de frivillige var rekruttert gjennom HIOA. Hele seks studenter fra ergoterapiutdanningen var representert blant de 20 frivillige. Andre rekrutteringsarenaer var flyers og plakater på relevante steder, som helsestasjonen og familiesenteret. De frivillige kunne velge hvilken av de tre organisasjonene de ønsket å jobbe i. Arbeidet foregikk på ettermiddagen, én kveld i uken.

De frivillige hadde forskjellige roller i de ulike organisasjonene. Vi var frivillige på barneklubben ved SAIFF, der rollen vår var å delta i og lede planlagte aktiviteter for barn i alderen fem til ni år.

Menigheten Betanien arrangerte barnekor og forberedte julespill. Her bidro de frivillige til å lage enkle mid-

Prosjektgjennomføring i bydel Sagene

Prosjektet i bydel Sagene var delt i to perioder. Den første perioden ble gjennomført vinteren 2012, der det ble organisert en vinteraktivitetsuke for familier i bydelen. De frivillige deltok på seks opplæringskvelder. På opplæringskveldene ble det gjennomgått temaer og aktiviteter som skulle gi de frivillige økt kompetanse om helsefremmende arbeid. Det var de frivillige som planla, organiserte og gjennomførte vinteraktivitetsuken.

Den andre perioden ble gjennomført høsten 2012. Etter evalueringen fra første periode kom det fram at det var utfordrende for de frivillige å gjennomføre aktivitetene alene. Derfor ble det i andre periode inngått



Tiril Christine Bjerkås arbeider som ergoterapeut på Vikersund Kurbad.



Maja Drevander Myhre arbeider på rehabiliteringsavdelingen på Bråset bo- og omsorgssenter, i Røyken.

dagsmåltider for barna som deltok i koret.

To søndager i måneden ble det avholdt familiemiddager på Sagene Frivillighetssentral. Der bidro de frivillige med å lage måltider og å arrangere aktiviteter sammen med familiene som deltok.

Våre erfaringer

På barneklubben SAIFF var det lagt opp til forskjellige hobbyaktiviteter en gang i uken, i to og en halv time. Her var det en fast klubbleder og tre frivillige. Rundt fem barn dukket opp og deltok på aktivitetene hver uke. I begynnelsen av prosjektet ble det forespeilet at det ville gjennomføres varierte aktiviteter, både ute og inne. I praksis ble hobbyaktiviteter gjennomført innendørs hver uke, uten mye variasjon. Vi erfarte at å drive barneklubb krever mye planlegging og organisering. Som frivillige opplevde vi at vi fikk ta lite del i planleggingen, og at aktivitetene var dårlig forberedt fra lederens og organisasjonens side. Vi erfarte at rekruttering av deltakere ikke ble gjennomført som forespeilet. Barneklubben ble ikke markedsført i nærmiljøet, og dette gjorde at få barn fikk vite om tilbudet.

Det var lite plass, og dette var en utfordring for gjennomføringen. Informasjonen fløt heller ikke så godt mellom leder og de frivillige. På samme tidspunkt som barneklubben foregikk andre aktiviteter på huset, slik at oppslutningen ikke var optimal.

Til tross for lite variasjon i aktiviteter og dårlig organisering, ga barna uttrykk for at de hadde glede av tilbudet. De samme barna kom tilbake hver uke, og dette gjorde at de ble godt kjent med hverandre.

Resultater fra prosjektet

Noen frivillige måtte trekke seg fra prosjektet underveis av forskjellige årsaker, men dette gikk ikke utover tilbudet hos de ulike organisasjonene. Både familiemiddager, barneklubb og barnekor ble gjennomført hele høsten/vinteren 2012.

Evalueringsprosjektet ble gjennomført ved et fokusgruppeintervju med fem frivillige tilstede. Her kom det fram at de fleste frivillige hadde funnet kurskveldene nyttige og



På barneklubben SAIFF var det lagt opp til forskjellige hobbyaktiviteter en gang i uken. Rundt fem barn dukket opp og deltok på aktivitetene hver uke.

interessante, men at opplegget i organisasjonene ble noe annet enn forespeilet. At bydelen hadde ansatt en kontaktperson som bindeledd mellom de frivillige, organisasjonene og bydelen, opplevde vi som svært positivt. Vi opplevde at dette bindeleddet kan ha bidratt til forbedring av prosjektet.

Felles for de tre organisasjonene var at det var uklarheter rundt de frivilliges roller, og at det var dårlig informasjonsflyt mellom lederne og de frivillige. Noen av de frivillige skulle ønske de hadde mer kontakt med barna i løpet av perioden, og opplevde en rolle som kjøkkenpersonale fremfor helseambassadør. Det kom også fram at de frivillige fant det uheldig at nærmiljøet ble lite brukt, og at det ble gjennomført lite uten-dørsaktiviteter.

En annen viktig del av evalueringen av prosjektet var å lage digitale fortellinger. En workshop ble gjennomført, men kun to av de frivillige deltok og lagde digitale fortellinger ved begge gjennomføringene.

Konklusjon

Til tross for dårlig informasjonsflyt, organisering og noe feilinformasjon

om hvilke aktiviteter som skulle gjennomføres, virker det som om tilbudene har kommet innbyggerne i bydel Sagene til gode. Barna virket godt fornøyde med både barneklubb og kor, og familiemiddagene var et godt tiltak i nærmiljøet.

De frivillige følte at kompetansen deres ikke ble godt nok utnyttet, og at dersom man fikk muligheten, kunne man vært en bedre helseambassadør. Samarbeid på tvers av ulike arenaer kan være utfordrende, og det tar tid å etablere samarbeid og aktiviteter i lokalmiljøet. God rekruttering er avgjørende for at flest mulig skal få nyttiggjøre seg av tilbudene.

Som ergoterapeuter ser vi at vi kan bidra i lokalmiljøet med å tilrettelegge for helsefremmende aktiviteter, både som frivillige gjennom organisasjoner og som tilretteleggere for opplæringsprogram for frivillige. □

Vi vil takke prosjektmedarbeidere fra Høgskolen i Oslo og Akershus Lisebet Skeie Skarpaas og John E. Berg for samarbeid og veiledning. Ta kontakt med Lisebet (lisebet.skeie.skarpaas@hioa.no) dersom du ønsker å vite mer om prosjektet.

Yoga

– en pause i skolehverdagen

I en hektisk hverdag med mange fritidsaktiviteter og fulle skoledager er det viktig også å finne tid til å slappe av. Yoga kan være et fint verktøy til det.

AV INGER-SYNNØVE S. JOHANSEN

Jeg jobber som ergoterapeut på Haug skole og ressurs-senter i Bærum kommune. Dette er både en spesialskole for barn med spesielle behov i grunnskolealder og et ressurs-senter for spesialpedagogikk i barnehager og skoler. Skolens integrerte og fleksible organisering, også kalt Haugmodellen, er unik, og virksomheten omfattende.

Om Haug skole og ressurs-senter

Skolen har til sammen 120 elever, hvorav 35 er i integrerte grupper på seks av skolens samarbeidsskoler i kommunene. Ressurssenteret kan gi spesialpedagogisk hjelp til cirka 170 barn under opplæringspliktig alder. Haug skole og ressurs-senter har elever med vansker på ulike områder; multihandikap, autisme og autis melignende vansker og sammensatte lærevansker. På ressurs-senteret finnes det både lekotek, bibliotek og læremiddelavdeling. På Haug skole og ressurs-senter er vi to ergoterapeuter. Vi er en del av støtteteamet, som også består av sosionomer, fysioterapeuter, helsesøster, musikkterapeuter, logopeder og pedagogisk-psykologiske (PP) rådgivere.

Hva er yoga?

Ordet yoga betyr «å føre sammen», og handler om å forene

kropp og sinn. Yoga stammer opprinnelig fra India, hvor det har vært praktisert i mer enn fire tusen år. Man trenger ikke være spesielt myk eller sterk for å praktisere yoga. Yoga er en kontinuerlig prosess og kan læres og utføres av de fleste, nettopp fordi man jobber med den fysikken og den kroppen man har. Yogastillinger og yogateknikker kan hjelpe voksne og barn med å få bedre balanse og koordinasjon og heve selvfølelsen ved å redusere stress og angst. Mange ser for seg avanserte meditasjonsstillinger eller posisjoner som krever svært fleksibel og sterk kropp. Dette er også yoga, men yoga trenger ikke å være så vanskelig og utilgjengelig. Ved å modifisere stillingen eller posisjonene, og ved å bruke hjelpemidler som for eksempel puter, blokker, belter og stoler, kan yoga bli tilgjengelig for alle. Yogapraksisen kan gjøres enklere for de som trenger det, eller man kan gjøre den mer krevende for de som ønsker større utfordringer.

Kombinasjonen av fokus, pust og bevegelse er det som utgjør yoga.

Effekt av Yoga

Yoga gir et konkurransefritt miljø for barn hvor de kan lære fysiske øvelser og pusteteknikker. De lærer forskjellige verktøy for å slappe av og å bli mer kjent med og bevisst på sin egen kropp. Det som kjennetegner yogaøvelser, er at de gir en sterkere, mer fleksibel og smidigere kropp. Ved å bli sterkere, mer fleksibel og smidig, får man bedre kroppskontroll og bedre holdning. Når man får bedre kroppskontroll og holdning, er det lettere å bli mer bevisst på sin egen kropp. Ved hjelp av pusteteknikker får man en friere pust, og en friere pust gir kroppen mer energi.

Jeg ble selv introdusert for yoga da jeg gikk gravid med mitt andre barn for syv år siden. Jeg ønsket å finne en teknikk for å kjenne ro i meg selv i en travel hverdag, og jeg



Inger-Synnøve S. Johansen er barneergoterapeut ved Haug skole og ressurs-senter (i permisjon). Hun har også en toårig yogalærerutdanning ved The Yoga Academy, Kent, England.



Yogastillinger og yogateknikker kan hjelpe voksne og barn med å få bedre balanse, koordinasjon og heve selvfølelsen ved å redusere stress og angst. Mange ser for seg avanserte meditasjonsstillinger eller posisjoner, men yoga trenger ikke være vanskelig og utilgjengelig.

følte at yoga og alt hva det innebærer (fysiske øvelser, pusteteknikker og meditasjon) ga meg det jeg lette etter. Jeg så at yoga også kunne gi noen av barna på Haug et etterlengtet pusterom i en travel og aktivitetsfylt skolehverdag.

Hvorfor yoga?

For et og et halvt år siden startet jeg opp yogatimen for en gruppe på fire jenter (12 - 15 år) – en med autismediagnose og tre med sammensatte lærevansker.

Hovedårsaken til at gruppen ble startet, var en samtale en kollega og jeg hadde om barn med spesielle behov, og at de i tillegg til sine diagnoser ofte sliter med stress og angst. Min kollega gikk da på den samme yogaskolen som jeg går på nå, og jeg hadde akkurat søkt opptak. Vi så at en del av barna med sammensatte lærevansker strekker seg veldig langt i forhold til å gjøre alt som blir krevet av dem. Vi fant ut at yoga kunne være et fint supplement til den treningen de allerede gjør, og den aktive hverdagen mange av dem har. Stress og angst er ikke andre barn immune mot, heller.

I dagens samfunn er det mindre tid til ustrukturert lek og «kjede seg-tid». Det er overflod av tekniske dupeditter og organiserte fritidsaktiviteter, og ofte et stort konkurranseaspekt i nesten alle aktiviteter på skole og fritid. Vi lever alle svært hektiske liv og trenger en motpol til dette. Et pusterom. Det å lære seg å slappe av og senke skuldrene er svært viktig for å kunne hente seg inn igjen, og man blir bedre rustet til å kunne gjøre alt man

ønsker, men likevel beholde roen inne i seg selv.

Yogatimen

Jeg starter alltid timene med å ha fokus på pusten. Pust er den viktigste kilden til energi og til å regulere energien i kroppen. Pusten fjerner faktisk 70 prosent av avfallsstoffene i kroppen. Alexander Skari, som driver Pust Yoga, sier: «Pusten i seg selv kan ikke helbrede alvorlig kroniske sykdommer, men den kan være med på å forebygge og helbrede stressrelaterte lidelser i kropp og sinn. Ved å puste riktig, kan man forebygge mye. Man støtter kroppen sin og gir den færre stresshormoner.»

Barn og tenåringer som trenger ekstra struktur og rutiner, elsker yoga. Det er mye de samme rutinene hver gang de kommer. Vi begynner hver time med at de tar av seg skoene, jeg setter på rolig musikk og de flytter oppmerksomheten til pusten sin. Vi gjør så noen oppvarmingsøvelser. Knærne til brystet er en fin øvelse å starte med for å koordinere pust og bevegelse. Hendene holdes innunder knehasene og på innpust flyter/skyves knærne fra deg til brystet. I yoga kalles øvelsene for *asanas*. Vi har nesten de samme øvelsene hver gang. De mest kjente hovedøvelsene vi har hver gang, er:

Sommerfuglen: vi later som vi flyr rundt og stopper opp på forskjellige blomster. Når vi flyr rundt, beveger vi knærne opp og ned, og barna får en god strekk på innsi-

småstoff

den av lårene. Når vi stopper opp, er de stille; her læres tålmodighet: hvor lenge kan vi være stille før vi flyr igjen?

Billen: vi ligger på ryggen og spreller (slik billen gjør når den har kommet på rygg og prøver komme rundt). Her stopper vi også opp og kjenner på hvor mye mer avspent kroppen har blitt etter å ha vært i sprelleaktivitet.

Kattestrek: vi krummer og svaier ryggen for å smøre ryggsoylen og koordinere bevegelse og pust. Når innpusten begynner, starter vi å svaie ryggsoylen ved at bekkenet starter bevegelsen og så følger ryggsoylen og hodet etter. Det samme skjer på utpust: når utpusten starter, begynner vi å krumme ryggsoylen ved at bevegelsen starter i bekkenet, og så følger ryggsoylen og hodet etter. Her lærer vi også tålmodighet ved ikke å presse kroppen, men la bevegelsen følge pustens rytme.

Hunden: her står vi på hender og føtter, alle fire med fokus på å skyve sitteknutene opp mot taket, vi har lett bøyde knær og logrer med halen og flytter litt på armer og føtter og står stille noen pust på slutten. Hunden gir fin styrke til armene og overkropp og fin strekk til skuldre og hamstrings. Hunden roer ned sinnet og skal hjelpe mot stress. Den gir også energi til kroppen.

Den yogaposisjonen som de liker aller best, er *Savasana* – det er den siste posisjonen i nesten alle yogatimer, avslapningsposisjonen. Det at mange gir uttrykk for å like avslapningsposisjonen best, gir oss ett viktig signal og påminnelse i en travelt hverdag om at vi alle, små og store må lære oss kunsten å finne noen pusterom!

Innimellom disse varierer det med skulderrulling, øvelser som smører alle ledd, strekkøvelser og balanseøvelser.

Vi går ikke for dypt inn i stillingene, og øvelsenes nivå blir tilpasset etter barnets funksjonsnivå. Jeg er ekstra oppatt av at øvelsene ikke skal gjøre vondt, og man skal ikke presse seg inn i stillinger. Når jeg vet at en student har spesielle plager, tar jeg det med meg når jeg instruerer og/eller tilrettelegger. De fleste øvelsene jeg har i timene med elevene på skolen, er øvelser som virker samlende og beroligende på nervesystemet. De åpner opp hofter, stimulerer blodsirkulasjonen, smører ryggsoylen, avspenner spente skuldre og styrker kroppen.

Meditasjon

Meditasjon henger tett sammen med yoga, men ikke alle praktiserer meditasjon selv om de praktiserer yoga. I mine

timer har jeg lært barna en enkel meditasjon basert på pusten, som heter «Take 5» eller på norsk «Ta deg fem pust». Barna puster inn og teller til fem, og puster ut mens de teller til fem. Ønsket mitt er at de ikke bare gjør denne i yogatimen, men at de tar med seg denne øvelsen inn i dagliglivet når noe gjør dem stresset eller urolige, på skolen eller hjemme.

Håpet er at de kjenner at de kan roe seg selv ned.

Ergoterapi og yoga

Ergoterapi er i forhold til yoga en ganske ny terapeutisk metode. Begge metodene er holistiske i menneskesynet, alt henger sammen, kropp, sinn og åndelig helse. Jeg opplever at yoga er et nyttig redskap i jobben som ergoterapeut. Man kan trekke inn

trening av ADL-ferdigheter uten at det sees på som trening, ved at man tar av eller på seg sokker og sko i begynnelsen og slutten av timen. Man kan trekke inn begreper som høyre, venstre, over, under, bak og ved siden. Barna lærer seg å flytte fra en aktivitet til en annen ved å gå fra en posisjon til en annen. Det er en sosial gruppesetting, og alle er med og rydder når timen er over. Mange barn med spesielle behov kan ha vanskeligheter med å tolke signaler fra sentralnervesystemet sitt, og tradisjonell terapi for mange av disse er ofte sanseintegrasjon med

aktiviteter som stimulerer de forskjellige sansene.

Taktilsansen, vestibulærsansen og proprioseptiv.

Aktivitetene er spesielt utvalgt for å stimulere den eller de sansene som eventuelt er ute av balanse, som for eksempel massasjeknotteball for stimulering av taktilsansen, eller å sette barnet i en huske eller tummelumsk for å stimulere vestibulærsansen. I mange av disse aktivitetene er barna ofte avhengige av andre for å bli stimulert. De velger ofte ikke selv det kroppen har behov for, eller de velger den samme aktiviteten igjen og igjen. Jeg har selv jobbet mye på denne måten, men på skolen jobber vi også samtidig med direkte trening på det barnet vil bli god på.

Yoga kan hjelpe barna til å hjelpe seg selv – hjelpe dem å roe seg selv ned og ikke være avhengige av at andre skal gi dem den indre roen. ▣

Breath

Breathing in, I know I'm breathing in.

Breathing out, I know

As the in-breath grows deep,

The out-breath grows slow.

Breathing in makes me calm.

Breathing out makes me ease.

With the in-breath, I smile.

With the out-breath, I release.

Breathing in, there is only the present moment.

Breathing out, it is a wonderful moment.

-Thich Nhat Hanh

Forsker i farten

Mona Asbjørnslett er lektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Hun forsker på barns erfaringer med sitt eget hverdagsliv.

AV ELSE MERETE THYNESS

– Hva forsker du på?

– Jeg forsker på barns erfaringer med sitt eget hverdagsliv. Dette er barn i alderen 12 - 14 år som har ulike diagnoser, og som har fått merkelappen «fysisk funksjonshemmet»

– Hva er dine hovedfunn?

– Mitt hovedfunn er at barna snakker om seg selv som «vanlige» barn. Med bakgrunn i sin egen identitet av å være «som alle andre barn» jobber de for å tilpasse seg det som er det viktigste motivet – å være sammen med andre barn. De jobber ofte hardt med å kunne delta i det som er meningsfullt for dem i nærmiljøet, for eksempel vennskap, korps og teatergrupper. Barna tilpasser seg «normative krav» i skole og fritid og jobber for å «passe inn» i forventninger til «alle» barn, noe som også kan bety at de ikke alltid får mulighet til å delta i alt de selv ønsker å delta i, og jobber ekstra hardt med å kunne delta på lik linje. Internett har gjort noen former for (sosial) deltakelse enklere, og åpner i tillegg til ulike former for

vennskap og fellesskap opp for utvikling av mange aktiviteter i vårt samfunn.

«Funksjonshemmingens historie» preges av disse nye mulighetene. Selv om mye forskning viser til at barn med funksjonsvansker diskrimineres fra deltakelse, viser disse barna på bakgrunn av eget engasjement, interesser og tilrettelegging at de deltar på svært mange og varierte områder og aktiviteter. Fordi vi lever i et normativt samfunn, kan de stå i fare for å underkjenne egne behov i dette arbeidet for å inkludere seg selv.

Merkelappen «funksjonshemmet» kan virke fremmedgjørende på barn. «Hemming» eller «hemmet» er ikke egenskaper som barna tillegger seg selv eller en identitet. Men barna utsettes ofte for andres ide eller holdninger til «funksjonshemming», noe som kan være en trussel mot inkludering, fordi denne ideen ofte er knyttet opp til en individuell forståelse.

Konklusjonen er at vi har en jobb å gjøre for at alle barn skal kunne delta i «alle» aktiviteter som er ment



Mona Asbjørnslett.

for barn. Vi kan lære av barns selvforståelse i debatten om hva funksjonshemming er. Barns egne motiver er styrende for hvordan de tilfører engasjement og mening til eget hverdagsliv, og hvordan de tilpasser seg andres krav og forventninger.

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

– Jeg vet ikke om den er den beste, men den har inspirert min tenkning rundt hva deltakelse er: Michael Gallagher (2008): «Foucault, Power and Participation» i *International Journal of children's rights*.

Gallagher sier, i tråd med Foucault, at deltakelse ikke er det man finner i konvensjoner, lovverk og retningslinjer, men det man finner i praksis. Når man lytter til barns erfaringer om egen deltakelse, får vi ny kunnskap om hvordan deltakelse oppleves i praksis, og kan lære av dette.

– Hva trenger ergoterapeuter mer forskning om?

– For å kunne utføre ergoterapi på bakgrunn av barns egne premisser, motiver og mål, trenger vi å vite mer om hva som skjer i praksis gjennom å utforske barnas erfaringer. Vi trenger å vite mer om hvordan barn selv opplever og fremstiller ulike holdninger og praksiser, både i skole, fritid og habilitering. Barns kunnskaper er derfor viktige å utforske.



Barn som har fått merkelappen «fysisk funksjonshemmet» snakker om seg selv som «vanlige» barn og jobber for å tilpasse seg og være sammen med andre barn.

Illustrasjonsfoto

Ny fagplan ved ergoterapeututdanninga i Tromsø følgjer eit

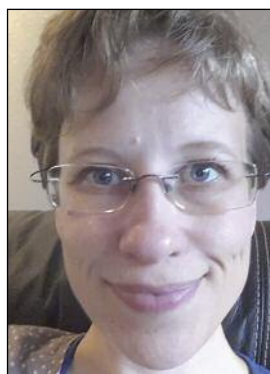
Livsløpsperspektiv

Ergoterapeututdanninga ved Universitetet i Tromsø innførte hausten 2012 ein ny fagplan der utdanningsløpet følgjer eit livsløpsperspektiv. Det første kullet av studentar som følgjer denne fagplanen, jobba dimes intensivt med helse, aktivitet og deltaking hos barn i vår, og skal dette andre studieåret fordjupe seg i emne som fokuserer på høvesvis ungdom, vaksne og eldre.

AV ASTRID GRAMSTAD OG MAY-BRITT KLAUDIUSSEN



May-Britt Klaudiussen er spesialergoterapeut i psykisk helse. Hun arbeider ved Allmennpsykiatrisk akuttpost ved Universitetssykehuset i Nord Norge og ved Bachelorutdanningen i ergoterapi ved Universitetet i Tromsø.



Astrid Gramstad er universitetslektor og doktorgradsstudent ved ergoterapeututdanninga i Tromsø.

Det første emnet dei skal gå i gang med etter sommarferien, er «Helse, aktivitet og deltaking hos ungdom». Dette emnet legg vekt på ulike aspekt ved ungdom, relatert til aktivitet og særleg psykososial helse. I tillegg skal studentane jobbe med å utvikle relasjonell og terapeutisk kompetanse gjennom mellom anna arbeid i grupper. Som pedagogisk plattform har utdanninga halde fast ved problembasert læring (PBL), men har òg valt å supplere med ei anna studentaktiv læringsform: casepedagogikk.

Casepedagogikk

Casepedagogikk vil seie at studentane skal arbeide med komplekse, kliniske problemstillingar der dei må trekkje vekslar frå kunnskap og teoriar frå fleire fagfelt i arbeidet med å analysere situasjonar for deretter å ta avgjersler for å løyse problem. Denne måten å arbeide på fremmer forståing, dybdekunnskap og sjølvstende hos studentane, og førebur dei dimes godt på rolla dei vert forventa å skulle utøve som ferdige ergoterapeutar. Då medisinarutdanninga ved Universitet i Tromsø innførte ny fagplan, valte dei òg å satse på casepedagogikk i større grad, og har fått gode tilbakemeldingar frå studentane på dette.

For å utvikle gode case har ergoterapeututdanninga samarbeidd med fleire dyktige lokale klinikarar.

Ergoterapeutar som arbeider med ungdom innan psykiatri og somatik, i både kommune- og spesialisthelseteneste, har arbeidd sine erfaringar om til skildringar av situasjonar som er realistiske for kva studentane kan møte i praksis, og som gjev eit godt utgangspunkt for å utvikle kunnskapar og ferdigheiter.

Helse hos ungdom

Helse hos ungdom er eit komplekst felt som har vore lite handsama innan ergoterapi, men der ergoterapeutar likevel har stor kompetanse gjennom sine teoretiske perspektiv om aktivitet og deltaking, og sitt heilskaplege syn på menneske. Ungdomstida er ei brytningstid der store endringar skjer fort, og mange viktige livsval som får konsekvensar for utvikling av identitet og roller vert tekne. Ungdomstida vert ofte sett som den perioden i livet der mennesket gjennomgår den største endringa mot det å finne sin eigen identitet, og det er særleg viktig at ergoterapeutar som jobbar med ungdom, har god kunnskap om både normalutvikling og sjukdomsutvikling for denne aldersgruppa. Det kan ofte vere ei utfordring å vite kva som er «vanlege tenåringshormon» og kva som kan vere utfordringar utover det vanlege. Ungdom er òg ei gruppe der nye uttryksmåtar og kulturar utviklar seg raskt, noko som kan vere utfordrande for fagpersonane som skal



Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet. Foto: Ola Røe

bistå dei. Vidare kan ungdom ofte vere i opposisjon til vaksne, noko som kan vere utfordrande i høve til å bygge ein terapeutisk relasjon. Relasjonsbygging krev mykje tålmod, respekt, tydelegheit og humor frå ergoterapeuten, i tillegg til den meir fagspesifikke kunnskapen dei skal ha.

Kliniske situasjonar

Dei kliniske situasjonane studentane skal ta utgangspunkt i, representerer fleire utfordringar knytt til ungdom, aktivitet og deltaking, der ergoterapeutar kan bidra med sin kompetanse. Situasjonane som studentane skal studere, tangerer tema som til dømes å gå inn i ungdomstida med ein progredierande sjukdom og utfordringar knytt til kroppsbilete, autonomi og identitet. Studentane jobber i basisgrupper under veiledning, og får òg høve til å gå i dialog med ergoterapeuten som har utvikla caset i førelasing og på seminar der dei legg fram sine refleksjonar. I tillegg skal studen-



Semesteråpning ved Universitetet i Tromsø.

tane utforske kreativitet, gruppeprosessar og gruppeleing gjennom studentleia kreative verkstader. Dei vil òg få undervisning knytt til andre tema som er knytt til ungdom og som kan skape vanskar i høve til aktivitetsidentitet og aktivitetsdeltaking, som sosiale media, rus, overvekt, inaktivitet, kulturforståing, nettverk og isolasjon. Bidragsytarar til denne undervisninga vil i tillegg til ergoterapeutar vere fagfolk som har erfaringar med arbeid med ungdom, som familieterapeutar og helsesøstrer.

Komen for å bli

Det er som nemnt første gongen dette emnet vert køyrt igjennom, så erfaringar og evalueringar frå studentar og samarbeidspartnarar vil vere eit viktig utgangspunkt for å konsolidere og spisse undervisninga til seinare studentkull. Ungdomstida er komen for å bli ved ergoterapeututdanninga i Tromsø! □



Fam



Ninni



Theo



Josefine

Hva er et barn?

Fjerdeklassinger, bestevenner, veldig store og bittelitt små.

AV ELSE MERETE THYNESS

Hva er et barn?

Ninni: Et barn har et barneliv og leker og er mye ute.

Josefine: Et barn er ikke like stor som en voksen og kan ikke bestemme like mye.

Theo: Et barn gjør lekser i stedet for å betale regninger, og går på skole i stedet for å jobbe.

Fam: Et barn er en som må lære hele tiden.

Er det fint å være barn?

Josefine: Ja, det er fint å slippe å jobbe, men jeg tror det er bra å være voksen også.

Fam: Ja, barn har det morsomt.

Ninni: Det er gøy å være barn, og når du blir voksen, kan du tenke tilbake på de rampete tingene du gjorde.

Theo: Ja, det er fint å være ute og leke. Voksne er mye mer inne enn barn.

Når er det litt dumt å være barn?

Ninni: Når du ikke kan bestemme når du vil legge deg, og når du ikke får lov til å gjøre noe du har lyst til.

Josefine: Det er dumt når mamma og pappa sier at de bestemmer fordi de er voksne.

Fam: Når voksne er strenge.

Theo: Når man slår seg, eller ser at andre barn slår seg.

Er det noe som ville gjort det enda bedre å være barn?

Ninni: Det ville vært bedre hvis voksne skjønnte at de ikke må ta helt av når de gjelder å bestemme. De kan bestemme litt, men ikke så mye som de gjør.

Josefine: Ja, hvis barn bestemte like mye som voksne, kunne jeg vært barn hele livet.

Fam: Hvis vi ikke fikk hull i tennene. Da kunne vi spise så mye godteri vi ville.

Theo: Hvis det var leksefri.

Hva liker dere å gjøre?

Fam: Jeg liker å danse, bade og å gå på kino.

Ninni: Å klatre.

Josefine: Å danse, synge, og være med venner.

Theo: Danse, svømme, gå på skøyter, spille fotball, gå i bursdager og å stå på slalom.

Hvorfor liker dere å gjøre disse aktivitetene?

Theo: Fordi jeg ikke tenker, jeg bare gjør det.

Ninni: Når jeg klatrer, blir jeg glad i kroppen – da kan det ikke bli bedre.

Josefine: Fordi når jeg danser, da kan jeg røre kroppen og være i bevegelse.

Fam: Fordi det er deilig å være sammen med venner og hoppe og skli.

Er det noe du nettopp har lært deg, som du ikke kunne før?

Ninni: Jeg har lært meg å stupe fra treern.

Josefine: Jeg har lært meg noen nye, kule dansetrinn.

Theo: Å ta 360 fra treern i et hopp – og lande med bena først.

Fam: Jeg har lært å lage små vaniljekaker fra en bok som heter Barnas mat-historie.

Er det noe du har lyst til å lære deg?

Theo: Araber back-flip stående på bakken.

Fam: Jeg vil lære meg å strikke. Da skal jeg strikke en rosa lue.

Josefine: Jeg vil lære meg å tegne bedre. Når jeg tegner, føler jeg at jeg er i den verdenen jeg tegner, og da har jeg lyst å lage enda mer detaljer.

Ninni: Å klatre enda høyere.

Hva er en venn?

Theo: En som holder på hemmeligheter.

Ninni: En du kan leke med uten å krangle.



Josefine, Theo, Fam og Ninni går i fjerde klasse på Blakstad skole. De er enige om at barn er mindre enn voksne og leker mer.

Fam: En du kan stole på, og som ikke er truende.

Josefine: Jeg tenker at en god venn er en som ikke blir flau over deg.

Hva kan dere gjøre for at alle skal være gode venner?

Fam: Høre på hverandre bedre og si fortere unnskyld.

Josefine: Ikke blande seg inn i andres krangler. Da blir ikke krangler så store.

Theo: Finne ting å gjøre som alle har lyst til.

Ninni: Ikke holde noen utenfor, snakke pent til hverandre og ikke baksnakke noen.

Hva er en voksen?

Josefine: Voksne er større versjoner av barn. De er over 18 år og kjører bil.

Ninni: En voksen må ta ansvar, klare seg selv og ta jobben sin på alvor. De kan ikke tulle så mye, men de kan ha det hyggelig.

Theo: En voksen jobber, har barn – og sjefer.

Fam: Voksne passer på oss.

Når er det fint å ha en voksen rundt seg?

Ninni: Når jeg har det vondt, er trist, eller trenger hjelp til noe.

Fam: Når man vil prate om noe, eller trenger å fikse noe man har ødelagt.

Josefine: Når man blir holdt utenfor – for da ordner de opp.

Theo: Når man trenger trøst.

Hvordan liker dere at voksne snakker til dere?

Fam: Snilt og hyggelig, og helst ikke for høyt.

Josefine: At de ikke er frekke.

Theo: Ja, de skal være snille.

Ninni: Jeg synes det er fint hvis mammaen og pappaen snakker lavt og rolig og ikke stresser.

Hvordan kjennes det å være redd?

Fam: Jeg begynner å gråte og har lyst til å legge meg.

Josefine: Jeg føler at jeg vil gjemme meg.

Theo: Det gjør vondt i magen.

Ninni: Jeg får ekle tanker, og de går fort rundt i hodet.

Er det noe dere er redde for?

Theo: Jeg er mørkredd. Det er skum-

melt å være alene i mørket.

Ninni: Løse hunder som jeg ikke kjenner.

Josefine: Jeg er redd for å dumme meg ut, bli mobbet av andre, eller å skade meg. Jeg er ganske mye redd.

Fam: Jeg er redd for å gå inn i gamle hus, eller å gå ned i kjelleren alene.

Hva hjelper når dere er redde?

Josefine: Det hjelper å snakke med foreldrene mine, eller noen andre som kan fortelle meg at det ikke er noe å være redd for.

Fam: Å ta fram et kosedyr. Jeg har veldig mange.

Theo: Pappa hjelper – eller en lommelykt. Selv om lommelykter også er litt skumle, for de lyser foran, mens det er helt mørkt bak.

Ninni: At mamma og pappa er der.

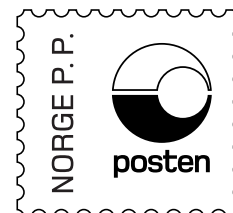
Hvis dere kan ønske seg dere hva som helst – hva ville det vært?

Fam: En lillesøster – eller en kosebamse.

Josefine: At Fam var søsteren min, og hvis ikke det – at jeg blir motedesigner i Paris.

Theo: At jeg blir superrik.

Ninni: Fred i verden.



Returadresse:
Norsk Ergoterapeutforbund
Stortingsgt. 2
0158 Oslo

SITSKI FOR ALLE

**Vinteren er her og Bardum kan tilby
sitski for alle - uansett funksjonsnivå.**

*Med sitski får man oppleve fart og spenning, samt at det gir
sansestimuli. Movitasjonen for å dra ut kalde vinterdager
blir forsterket både for elever og ledsagere når man vet at
man skal kjøre sitski i slalåmbakken.*

- Morten Hansen, Idrettspedagog

Bardum
- din hjelpemiddelleverandør

post@bardum.no | tlf.nr: 64 91 80 60
www.bardum.no

