

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Nybrotsarbeid: Fremmer aktivitet og deltakelse for innvandrere 6

Tillitsvalgt i Drammen kommune **12** Norsk oversettelse og tilpasning av Community Integration

Questionnaire – Revised (CIQ-R): Spørreskjema om aktivitet og deltagelse i samfunnet **24**

Idealister – ja, de finnes **56**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen,

Ruca Maass og Eva Magnus

Vitenskapelige artikler sendes til:

vitenskap@ergoterapeutene.org

Annonser

Erik Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / utgivelse

Nr. 3 – 1. juni / 30. juni

Nr. 4 – 1. aug. / 31. aug.

Nr. 5 – 3. okt. / 31. okt.

Trykkeri 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Linda Stigen / 93 22 30 19

Marte B. Størseth / 23 07 29 00

Susanne Følstad / 91 53 78 27

Skender E. Redzovic / 73 55 92 29



Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Hege Munthe

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrun Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Tove Holst Skyer, forbundsleder

Tonje Hansen Guldhav, nestleder

Heidi Elisabeth Fløtten

Mariette Elise Gjerde

Judith Ekerhovd

Kathrine Færestrand

Kamilla Lemb Herbjørnsen

Siv Iren Gjermstad

Kristin Haugen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

1. vararepresentant Karina Kolnes

2. vararepresentant Ingjerd Elisabeth Valbekmo

June Rondestvedt, varamedlem

Tori Almaas, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

Yvonne Daus Børslid, varamedlem

Monica Frovik, varamedlem

Ane Larsen Mjøen, varamedlem

Jane Helen Sveen, varamedlem



6



12



23



48

REPORTASJE

- 6 Nybrottsarbeid: Fremmer aktivitet og deltakelse for innvandrere**
Av Jartrud Høstmælingen

NY ARENA

- 10 Jobber for paraseiling**
Av Else Merete Thyness

VÅRE TILLITSVALGTE

- 12 Tillitsvalgt i Drammen kommune**
Av Else Merete Thyness

FORBUNDET

- 14 Look to Tromsø**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 16 Hold brannøvelse hjemme**
Av Roar Hagen
- 17 Ergoterapeutene støtter UNICEFs arbeid i Ukraina**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 17 Hvem skal få tillitsvalgtprisen i 2022?**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 18 Kampen for et lønnsløft**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 20 Ergoterapistudentene kunne endelig møtes i Stortingsgata**
Av Therese Minde Fyhn

- 23 Ny medlemsfordel for deg som har eller har hatt pensjonsopptjening i det private**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

FAGLIG

- 24 Norsk oversettelse og tilpasning av Community Integration Questionnaire – Revised (CIQ-R); Spørreskjema om aktivitet og deltagelse i samfunnet**
Av Tina Kopseng og Susanne Følstad

VITENSKAP

- 36 Gruppeveiledning for Ergoterapistudenter i Praksis – Erfaringer med GREP-modellen i praksisstudier på helsehus**
Av Irma Pinxsterhuis, Lene Fogtmann Jespersen, Mali Melhus og Kirsti Eidheim
- 46 Forsker i farten: Kamilla Kielsgaard**
Av Else Merete Thyness

AKTUELT

- 48 Vil gjerne støtte Ukrainske flyktninger**
Av Else Merete Thyness
- 50 Presseklipp**
Av Else Merete Thyness

DEBATT

- 52 Rehabiliteringsprosessens humanistiske fordring**
Av Vegard Horne
- 54 Svar til «Aktivitetenes mørke side»**
Av Susanne Grødem Johnson

PÅ DE SISTE SIDENE

- 56 Idealister – ja de finnes**
Av Else Merete Thyness

ANNONSER

- 58 Kurs- og stillingsannonser**

Kriser og lønnsoppgjør

Koronapandemien viste oss at livet kan snus opp-ned på kort tid. Den kastet lange skygger inn i det siste hovedoppgjøret i 2020, som endte på en ramme på 1,7 prosent lønnsvekst og skapte stor misnøye blant Unios medlemmer.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

I år står vi foran et nytt hovedoppgjør, denne gangen i skyggen av krig, energikrise og en økning av strømpriser, drivstoffpriser og matpriser. Kritikerne av frontfagsmodellen hevder at den fungerer som et tak for lønnstillegg i offentlig sektor, samtidig som ansatte i private bedrifter tar ut ytterligere lønnsøkning gjennom lokale forhandlinger. Derfor har Unio i år kvasset argumentene for en mer fleksibel bruk av modellen.

Det at vi står foran et hovedoppgjør, betyr at både økonomi og tariffavtalenes bestemmelser skal forhandles om. Norsk Ergoterapiforbund krever en klar real-lønnsvekst for sine medlemmer i dette oppgjøret. Koronapandemien viste tydelig hvor viktig det var med en velfungerende, sterk, offentlig sektor. Nå har krigen i Ukraina ført til en flyktningkrise, og igjen er samfunnsfunksjoner som ergoterapi essensielt. Mennesker på flukt skal tas imot på en god måte. De trenger ikke bare tak over hodet, klær og mat, men også hjelp til å komme i gang med hverdagen sin.

Reportasjen i dette nummer handler om ALFIN, som står for et Aktivt Liv for Innvandrere i Norge.

Primus motor og initiativtager Tadalla Weriku Birmadji kom selv til Norge som flyktning fra Etiopia i 2010. I syv måneder satt han og kona på et asylmottak uten noe å gjøre. I løpet av utdanningen til ergoterapeut leste han om Occupational Justice, og her fikk han ideen til ALFIN. Han ville fremme innvandreres deltakelse i meningsfylte aktiviteter gjennom helse, medborgerskap, integrering og fellesskap. I dag har ALFIN flere prosjekter gående som leksehjelp, kulturelle kvelder, forskning og seminarer.

Vi har også intervjuet Randi Wågø Aas, enda en idealist. Hun har gitt seg selv et samfunnsoppdrag: Å jobbe for at ny kunnskap blir tatt i bruk. Dette gjør hun blant annet gjennom å oversette forskning fra store kunnskapsoppsummeringer slik at innholdet kan tilegnes på fem til 15 minutter.

I skrivende stund er lønnsoppgjøret så vidt startet. Jeg håper arbeidsgiverne tar ansvar og gir ergoterapeuter en lønn som gjenspeiler utdanning, kompetanse og ansvar. Norge trenger dyktige folk for å håndtere både hverdag og kriser.

Krigen herjer og norske ergoterapeuter skal bidra

Krig. I Europa. Den siste måneden har jeg kjent på både fortvilelse, sinne, frustrasjon og engstelse. Fredelige, demokratiske Ukraina er invadert og brutalt angrepet. Byer og lokalmiljø gruses. Dødstallene stiger. Ti millioner mennesker er på flukt, og fire millioner av dem har krysset grensen.



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

Som ergoterapeuter har vi verdens beste samfunnsoppdrag; å gjøre hverdagslivet mulig for innbyggerne, uansett livssituasjon. De første ukrainske flyktningene har for lengst ankommet Norge, og vi står foran en ny krise. Pandemikrisen etterfølges av en flyktningkrise. Behandlingskøer som ble lengre under pandemien er ikke borte, og konsekvensene av manglende behandling og rehabilitering under årene med strengt smittevern ser vi daglig.

Likevel bretter vi igjen opp ermene, selv om de egentlig ikke er rullet ned. De ukrainske flyktningene har brått fått hverdagslivet og tryggheten revet bort, og familier er splittet. Når livet blir snudd på hodet er hverdagslivet kanskje den viktigste stabilisatoren av dem alle. Hverdagslivet med gjentakende, daglige aktiviteter, som skaper forutsigbarhet og trygge rammer. Hverdagslivet med meningsfulle aktiviteter som kan bidra til avkobling, tilhørighet og en følelse av normalitet i en meningsløs og opprivende livssituasjon. Dette hverdagslivet kan

vi som ergoterapeuter være med og gjøre mulig.

Kjernekompetansen vår er ettertraktet, og vi strekker oss lenger enn langt i en krevende arbeidshverdag. Ved å ta utgangspunkt i enkeltmenneskers situasjon, forutsetninger og behov, har vi ekspertise på å legge til rette for inkludering og deltakelse. Opplevelser av meningsfull aktivitet og mestring er helsefremmende, og det vil de nyankomne flyktningene trenge. Etter den første etableringsfasen blir det viktig å fylle det nye hverdagslivet.

I skrivende stund anslår Utlendingsdirektoratet at det kan komme 60.000 ukrainske asylsøkere til Norge i løpet av året. 13.000 har allerede kommet. Regjeringen har sagt ja til medisinsk evakuering av 550 personer samt deres pårørende. Det norske samfunnet forbereder seg på å møte disse menneskene i krise på en god og forsvarlig måte. Vi ergoterapeuter skal bidra på mange arenaer. Vi skal møte dem på sykehusene, i kommunene og på vei ut i arbeidslivet, for å nevne noen få.

Det er ingen tvil om at flyktningkrisen vil kreve enda mer av et presset helsevesen og mer av oss. Sammen med Unio er vi tydelige på at mottak og integrering av et historisk høyt antall flyktninger krever økte ressurser til bemanning i helsetjenestene. Den bemanningen fordrer at helsepersonell velger å bli værende i yrkene sine. Når vi vet at mer enn 30 prosent av landets ergoterapeuter jobber utenfor helse- og omsorgssektoren, blir vårens lønnsforhandlinger viktige med tanke på å både rekruttere og beholde kompetanse som er nødvendig i møte med samfunnets utfordringer, også en flyktningkrise.

Jeg er imidlertid stolt over vissheten om at vi som ergoterapeuter vil stille opp med kjernekompetansen, som bidrar til mestring og meningsfulle aktiviteter i en ny livssituasjon. Det er deltakelse og integrering vi jobber for – hver dag. Innsats som bidrar til mestring av et nytt hverdagsliv og en ny normalitet – det er ergoterapi på sitt beste.

NYBROTTSARBEID: FREMMER AKTIVITET OG DELTAKELSE FOR INNVANDRERE

Merk deg «ALFIN» først som sist! Ressurspersonene bak har ikke tenkt å gi seg før virksomheten er landsdekkende. Foreløpig samler grunnlegger og primus motor Tadalla Weriku Birmadji troppene på Gjøvik. Med god hjelp av veilederen på masterstudiet hans, Linda Stigen, er den frivillige virksomheten i full gang med å fremme innvandreres deltakelse i samfunnet på mange spennende måter.

Av Jartrud Høstmælingen



Gjøvik kommune ligger i Innlandet fylke ved Mjøsas bredder og har cirka 30.000 innbyggere. Byen Gjøvik blir kalt for «Den hvite by ved Mjøsa».



Tadalla vil fremme innvandreres deltakelse i samfunnet, og hans mål er at ALFIN blir en nasjonal virksomhet.

Da Tadalla forsto hvor lite tilrettelegging det er for innvandreres aktive deltakelse i det norske samfunnet tenkte han: «Hva kan jeg bidra med?»

Først erfarte han det på egen kropp, da han kom til Norge som flyktning fra Etiopia i 2010.

– Jeg er ikke blant de mest uheldige, for min kone og jeg satt bare sju måneder i et lite rom på et asylmottak uten å gjøre noen ting. En slik tilværelse går definitivt ut over helsa, samtidig som jeg vil understreke at jeg er svært takknemlig for hjelpen vi fikk.

Allerede på mottaket stiftet Tadalla «Global People Integration Center», som nå er nedlagt, men som ble en liten forløper til ALFIN, som står for Aktivt Liv for Innvandrere i Norge.

Tadalla og kona hadde vært politisk aktive i hjemlandet. Han hadde en bachelor i markedsføring og arbeidet som lærer før de flyktet.

– Å komme inn i den nye kulturen, lære språket, knytte kontakter og få venner, starte på nytt med å finne en meningsfylt

tilværelse – det var ikke lett, sier han.

Tadalla valgte en ny karrierevei i Norge: Etter to år med generell studiekompetanse, tre års medisinstudier og deretter utdanning i ergoterapi, ble han uteksaminert i 2019.

KRONIKKEN SOM BLE STARTEN PÅ EVENTYRET

På ergoterapistudiet lærte de blant annet om Occupational Justice (Rett til aktivitet og deltakelse). Tadalla skrev en oppgave om temaet som ble til en kronikk i Nationen og Oppland Arbeiderblad. Dette dannet grunnlaget for temaet i hans bacheloroppgave, hvor han og partner Fatima Ali Nora intervjuet ansatte på asylmottak om faktorer som påvirker asylsøkeres deltakelse i meningsfulle aktiviteter i norske asylmottak.

– Det var overveldende å høre at det er så mye som begrenser aktiv deltakelse, forteller Tadalla.

Ut fra spørsmålet han stilte seg om «hva kan jeg bidra med», ble ALFIN stiftet i juni 2020. Målet var å samle hjelperne og ressursene



Linda Stigen har vært Tadallas lærer og veileder helt siden han startet ergoterapistudiet på NTNU Gjøvik. Hun er en stor støttespiller i hans engasjement for ALFIN.

i samfunnet, og seks personer deltok på stiftelsesmøtet.

I dag har ALFIN 35 aktive medlemmer, i tillegg til frivillige som deltar uten å være medlemmer. Målet er å fremme innvandreres deltakelse i meningsfulle aktiviteter gjennom helse, medborgerskap, integrering og fellesskap.

De har tre strategier: Den første er å skape kunnskap og bevissthet i storsamfunnet om faktorer som fremmer og hemmer innvandreres deltakelse i samfunnet. Den andre er å skape mulighet for deltakelse, og den tredje er å advokere for rettighetene til deltakelse og aktivitet.

MANGE PROSJEKTER

ALFIN har seks prosjekter de jobber med i dag:

ALFIN hjelp. Prosjektet har som formål å hjelpe medlemmene til å skaffe seg viktige ferdigheter for å delta i meningsfulle aktiviteter som bilkjøring og grunnleggende datakunnskap.

ALFIN kulturell kveld som skal skape muligheter for alle i samfunnet til å delta i sosiale aktiviteter og dermed fremme helse, integrering og fellesskap.

ALFIN besøk som skal øke asylsøkeres deltakelse i sosiale aktiviteter på mottak, inkludert kursing i livsnødvendige ferdigheter.

ALFIN forskning. I samarbeid med NTNU Gjøvik og førsteamanuensis Linda Stigen jobbes det med utvikling av forskningsprosjekter. I 2022 skriver tre studenter ved ergoterapiutdanningen

bacheloroppgaven sin om ALFIN.

ALFIN aktive eldre. Et kunnskapstranslasjonsprosjekt der den ergoterapeutiske intervensjonen «Lifestyle Redesign Model» oversettes til norsk kontekst og benyttes for å fremme helse, velvære og aktivitetsdeltakelse for eldre personer. Det er på planleggingsstadiet, og ALFIN vil samarbeide med ulike aktører for å komme i gang med prosjektet.

ALFIN seminar. Formålet er å skape kunnskap og bevissthet om ulike viktige tema rundt innvandreres deltakelse i samfunnet.

- I ALFIN ser vi på hverandre som både en ressurs og en hjelper. Jeg er for eksempel styremedlem, daglig leder, frivillig hjelper overfor andre samt at jeg selv får hjelp med språket. Det er



Ingeborg Veia Olsen, Rikke Sjuve og Julie Framnes har valgt seg ALFIN som tema for bacheloroppgaven sin.

stor bredde i hvor vi kommer fra. I styret sitter for eksempel en nordmann, en norskamerikaner, en fra Rwanda og to fra Etiopia. Totalt er sju-åtte nasjoner representert. I tillegg har vi knyttet til oss frivillige fra Gjøvik videregående skole.

En egen markedsføringsplan lages hvert år, og her kommer Tadallas bakgrunn innen markedsføring godt med.

– Vi utvikler en nettside nå, blogger og er aktive på sosiale medier som Facebook, Twitter og Instagram i tillegg til at vi har laget en brosjyre og et par videoer. Vi inviterer oss selv til å holde foredrag på aktuelle steder, for eksempel i kommunen. Den

største markedsføringen går fra munn til munn med fornøyde brukere som sprer ordet om oss, sier Tadalla.

UVURDERLIG STØTTE

Tadalla lar seg ikke stoppe av full jobb som miljøterapeut, arbeidet med ALFIN samt kone og barn: Han er nå i gang med masterstudiet i ergoterapi. Han går videre med oppgaven fra bachelorstudiet, og denne gangen vil han intervju asylsøkerne om deres opplevelser av muligheten for aktivitet og deltakelse i asylmottak. Nevnte Linda Stigen er veilederen hans her – vi kommer snart tilbake til henne.

– Jeg kunne ikke gjort alt dette uten den støtten jeg har fått fra Linda Stigen og Marte Ørud Lindstad ved ergoterapistudiet på NTNU Gjøvik. Jeg har fått veldig mye hjelp og veiledning med alt fra kronikken jeg skrev til bachelor- og masterstudiet. Linda har vært en ekstra stor støtte i forbindelse med ALFIN, roser Tadalla.

Linda Stigen har vært nevnt ved flere anledninger allerede, og det er på tide med en presentasjon: Hun er bergenser bosatt ved Lillestrøm, som har en doktorgrad i ergoterapi, undervisnings- og forskningsstilling på NTNU Gjøvik og hytte beleiligg plassert som pendlerbolig vakkert

«I ALFIN ser vi på hverandre som både en ressurs og en hjelper»

Tadalla

beliggende på en odde i Mjøsa. Hun sitter også i redaksjonskomiteen for Ergoterapeuten. Hun er åpen og nysgjerrig, elsker nye utfordringer og upløyd mark når det gjelder forskning, har bodd og jobbet i Tanzania og jobbet i Palestina, Russland og Kina. Hun er liketil og grei, får fagspråket ned på et nivå det er lett å forholde seg til, og er åpenbart en god ressurs for Tadalla.

– Lindas engasjement gir meg energi til å stå på videre, og det er supert når jeg får bekreftelse på at «Ja, du opererer innenfor ergoterapien nå», sier han.

– Tadalla forholder seg til noe av det mest grunnleggende i ergoterapien med ALFIN, jeg er rett og slett stolt av hva han får til, sier Stigen. Hun tilføyer at i forbindelse med fagkongressen i september skal han ha en plenumsforelesning, og det er stort! Om noen år deltar han med innlegg på Verdenskongressen, spør hun og hinter til ambisjonene om at ALFIN blir et nasjonalt prosjekt.

– Vi trenger å gå fram skritt for skritt, slik at vi får en solid forankret grunnmur for aktivitetene og forskningen knyttet til dette, smiler hun.

Stigen ser hvordan masteroppgaven hans danner et ideelt grunnlag for mye videre forskning.

– Her er det et stort hull å fylle, det er viktig at det forskes mer på dette feltet. Mitt mål er at om noen år har vi flere forskningsprosjekter knyttet til ALFIN og

lignende organisasjoner. Tadalla må gå videre etter masteren, og jeg har veldig lyst til å være med på den veien, konkluderer hun.

BACHELOROPPGAVE

Også tre av Lindas studenter på ergoterapiutdanningen har fattet interesse for ALFIN. Julie Framnes, Ingeborg Veia Olsen og Rikke Sjuve har valgt seg ALFIN som tema for bacheloroppgaven sin.

– Vi valgte å skrive om ALFIN fordi det virket som et spennende og aktuelt tema. Vi har hatt lite om migrasjon og integrering i løpet av studiet og ønsket derfor å lære mer om dette. ALFIN har som mål å fremme deltakelse i samfunnet blant mennesker med innvandrerbakgrunn. Dette temaet ønsker vi i vår studie å sette lys på, forteller de.

I oppgaven ser de blant annet nærmere på tiltak for å bedre integrering av mennesker med innvandrerbakgrunn. Dette skal de gjøre ved å intervjuer frivillige i ALFIN.

– Vi ønsker å finne ut hvilke erfaringer de har med å bidra i integreringsarbeid.

Foreløpig er de tidlig i prosessen med å analysere dataene sine.

– Det er et stort behov for en frivillig organisasjon som ALFIN. Det er mangel på ressurser som for eksempel tid, frivillige og tilgang på bil for øvelseskjøring. Det har også kommet fram at det å være frivillig i ALFIN oppleves meningsfullt og givende, sier studentene.



Hver torsdag har ALFIN leksehjelp på Gjøvik bibliotek.



En kulturell kveld i ALFIN på en indisk restaurant på Gjøvik der temaet var «kvinner og kultur».



NAVN
Hedda Sørensen
STILLING
Ansvarlig for paraseiling
HVOR
Norges Seilforbund

Jobber for paraseiling

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg arbeider i Norges Seilforbund.

– Hva jobber du som?

– Tja, kjært barn har mange navn. Jeg har en 60 prosent stilling med ansvar for å bygge opp paraseiling i Norge. I tillegg har jeg en 40 prosent stilling i en frivillig organisasjon som heter Vindskift. Her tar vi med ungdom som ikke har hatt mulighet tidligere, ut på sjøen. Denne organisasjonen ligger også under Seilforbundet.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Det startet som et lite pilotprosjekt i 2019 i KNS (Kongelig Norsk Seilforening). I begynnel-

sen samlet det fem seilere. Nå blir paraseiling igangsatt i flere seilforeninger, og målet vårt er at seilere med fysiske funksjonsnedsettelse skal være en naturlig del av det norske seilmiljøet.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Noe av det viktigste jeg gjør er å hjelpe seilforeningene med å forstå hva som skal til for å kunne starte opp et tilbud i paraseiling. Jeg skal også, forhåpentligvis, gjøre behovet for tilrettelegging forståelig og overkommelig.

Jeg bistår med råd og veiledning om tilrettelegging på anlegg, på brygga, i forflytning og av båter. Oppgavene går også ut på å etablere kontakt med ulike brukergrupper, nettverk, idrettskretser og interesseorganisasjoner. Videre skal jeg skape en plattform for erfaringsutveksling mellom seilforeninger som er engasjert i paraseiling. Jeg sender også trenere på kurs for blant annet å lære om tilrettelegging av paraidrett.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Ergoterapeuters kunnskap

om å tilrettelegge for aktivitet og deltakelse kommer godt med her.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Ja, jeg mener det, spesielt med tanke på ikke å gjøre det komplisert. Jeg møter på folk i seilforeninger som fort tenker at det er omfattende å tilrettelegge for paraseiling, og derfor tror de det er vanskeligere enn det er. Da blir oppgaven min å hjelpe dem å forstå at det ikke trenger å være komplisert.

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

– Så klart det er! Jeg har jo drømmejobben.

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

– Ja, det er det ingen tvil om. Jeg har allerede møtt en kulling av meg i gangen på kontoret. Og jeg vet at Parabordtennis Norge også har en ergoterapeut i forbundet. Det er utrolig gøy! For alt jeg vet kan det jo være at det er flere ergoterapeuter som lusker rundt i gangene på Idrettens hus.



Hedda Sørensen jobber for at paraseiling skal bli en naturlig del av det norske seilmiljøet.



– Det er ikke komplisert å tilrettelegge for paraseiling, forsikrer Hedda Sørensen.

Har du noe på hjertet? Delta heller i debattene i ditt eget fagblad!

Send ditt bidrag til emt@ergoterapeutene.org og merk det «Debatt».





NAVN
Hilde Bech

TARIFFOMRÅDE
KS

Tillitsvalgt i Drammen kommune

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i virksomhet «Aktivitet og Rehabilitering» i Drammen kommune. Her arbeider jeg med hjemmeboende voksne og eldre.

– Hvilket tariffområde tilhører du?

– Jeg tilhører tariffområdet KS.

– Hvor mange er du tillitsvalgt for?

– Jeg er tillitsvalgt for 41 medlemmer.

– Hvorfor ble du tillitsvalgt?

– I første omgang meldte jeg meg som tillitsvalgt fordi tidligere tillitsvalgt ønsket å sende stafettpinnen videre. Jeg følte på at det var «min tur» siden jeg aldri hadde vært tillitsvalgt før. I etterkant har jeg ikke angret. Det har vært en svært bratt læringskurve med kommunesammenslåing, pandemi, streik og lokale lønnsforhandlinger. Jeg liker innblikket og innflytelsen man får som tillitsvalgt.

– Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Jeg har vært det siden 01.01.2020.

– Hva er de viktigste oppgavene som tillitsvalgt?

– De viktigste oppgavene er:

- å være bindeledd mellom medlemmer og arbeidsgiver
- å være bindeledd mellom medlemmer og forbundet
- at medlemmene føler de har en de kan komme til, og at plasstillitsvalgt har en å drøfte saker med eller støtte seg til
- å delta i medbestemmelsesmøter og ha mulighet til å påvirke prosesser i kommunen
- å bidra i ansettelsesprosesser
- å delta i lønnsforhandlinger for ergoterapeutene

– Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?

– Den største utfordringen er opplevelsen av at tiden ikke strekker til. Ergoterapeuter som er tillitsvalgte, er sjelden frikjøpt. Samtidig sitter vi i de samme møtene som frikjøpte tillitsvalgte fra andre forbund, og det er lett å sammenligne seg med disse. Da er det viktig å huske at man ikke kan stille samme krav til seg selv.

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

– Først og fremst tenker jeg at det er viktig at man er en engasjert person. Videre er det viktig å klare å holde roen i travle perioder og å kunne prioritere blant oppgavene.

– Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

– Vi startet med én barneergoterapeut i nye Drammen med over 100 000 innbyggere. Jeg har jobbet målrettet for å få økte ressurser på dette området fra dag én som tillitsvalgt. Mitt beste minne er den dagen vi fikk beskjed om at vi kunne lyse ut ny, fast stilling som barneergoterapeut. Jeg jobber fortsatt for flere faste stillinger.



Drammen er en by og kommune i Viken fylke. Kommunen er Norges syvende største i folketall, og Drammensregionen er en del av storbyregionen omkring Oslo.

Roltec BOA2 - KUN 36 cm setehøyde - smal - alle setefunksjoner



Lasal posisjoneringsputer - posisjonering - avlastning - stillingsforandring



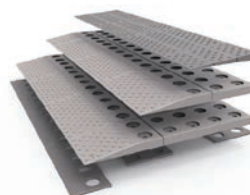
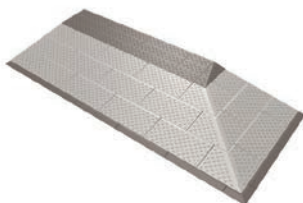
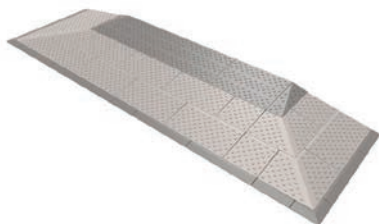
Corpoform badeputer - støtter, stabiliserer og gir trygghet



Arcona posisjoneringsputer - posisjonering - avlastning - stillingsforandring



SecuCare - terskeleliminator med mulighet for reposløsning



www.ovrebo.no

Øvrebo rehab

FORBUNDSLEDELSEN PÅ TUR:

Look to Tromsø

Et koronaåpent samfunn byr på nye muligheter for medlemskontakt, og i vinter har forbundsledelsen benyttet denne muligheten til å møte medlemmer flere plasser i landet.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Først ute var Tromsø, der forbundsleder Tove Holst Skyer og nestleder Tonje Hansen Guldhav traff medlemmer på sykehus, i kommunen og på ergoterapiutdanningen, tidligere i vinter. På spørsmål om hvorfor de valgte å dra til nettopp Tromsø først, svarte forbundsleder Tove Holst Skyer:

– Jeg ønsket et innblikk i kommunens bruk av ergoterapeuters kompetanse. Gjennom mange år har Tromsø markert seg med stor tetthet av ergoterapeuter og på stadig nye arenaer.

TROMSØ KOMMUNE

Det første stedet de besøkte var Tromsø kommune. Der tok fire flotte tillitsvalgte vel imot Tove Holst Skyer, Tonje Hansen Guldhav og regionleder Marie Kristine Søberg-Klyver. Gjennom et flott program fikk de blant annet høre om:

- «mestring i hjemmet», som er en videreutvikling av hverdagsrehabilitering
- tjenestekontor/forvaltningskontor og bruk av ergoterapeuters kompetanse



- trivselskoordinatorer i sykehjem og omsorgsboliger, som primært er ergoterapeuter
 - utbredt bruk av ergoterapeuters kompetanse i tjenester innen psykisk helse og rus
- Jeg er imponert over hvordan sterkt faglig engasjement, dyktighet, klokskap og ønsker om gode, ressursutløsende tjenester til innbyggerne preger kommunen, sa Tove Holst Skyer etter besøket.

UNN OG UTDANNINGEN

Foretakstillitsvalgt Anita Dimmen Johansen på UNN (Universitetssykehuset i Nord-Norge) og studieleder Astrid Vekve Nymo på UiT, Norges arktiske universitet, la også godt til rette for møter med mange dyktige folk. Sammen med Tonje Hansen Guldhav fikk Tove:

- spist lunsj med et godt knippe engasjerte sykehusergoterapeuter, som delte fra sin arbeidshverdag
- besøkt senterkoordinator Ida Kristine Hopaneng Fredriksen, som har tatt i bruk kjernekompetansen som første ergoterapeut ved et Vardesenter



Tromsø kommune er i gang med å styrke «mestring i hjemmet»-tjenesten og tjenestene for barn og unge med flere ergoterapeutstillinger. Fra venstre: Evelyn Solli Thomassen, Tove Holst Skyer, Margrethe Selseng, Marie Kristine Søberg-Klyver og Catrine Henriksen.



Foto: Mostphotos/Hamperium Photography

- hørt Torfinn Jensen og Solveig Mørk fortelle om Ambulant rehabiliteringsteam som har særskilt fokus på kognitive utfordringer
 - besøkt ergoterapeututdanningen ved UiT og latt seg imponere over deres arbeid, både med studentene og forsknings- og utviklingsarbeidet
- Hjertelig takk til hver og én. Dette har vært en nyttig, inspirerende og motiverende dag, sa forbundslederen etter turen.



Team-tillitsvalgte i Tromsø kommune. Fra venstre: Catrine Henriksen, Lill-Janne Isaksen, Bente Heitmann og Heidi M. Paulsen.



Torfinn Jensen og Solveig Mørk fortalte om Ambulant rehabiliteringsteam som har særskilt fokus på kognitive utfordringer.



Tove og Ida Kristine Hopaneng Fredriksen i samtale om Varde-senteret på UNN og hvordan ergoterapeutens kompetanse er nyttig i stillingen som senterkoordinator.



Lunsj med engasjerte ergoterapeuter på UNN. Fra venstre: Ida Hopaneng Fredriksen, Anita Dimmen Johansen, Irja Pedersen, Tim Larssen, Lisa Lien, Tommy Hågensen, Lise Figenschow og Kristin Melby Olsen.



Dyktige ergoterapeuter ved UiT. Fra venstre rundt bordet: Even Elias Edvardsen, Vår Mathisen, Rita Jentoft, Mari Hepo-Oja, Tove Holst Skyer og Astrid Vedkve Nymo.

Hold brannøvelse hjemme

Vet alle i familien hva de skal gjøre dersom brannalarmen går? Her gir vi deg svaret.

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

HA BRANNØVELSE HJEMME - DETTE GJØR DU:

1. Lag en evakueringsplan.
2. Avtal hvem av foreldrene som har ansvar for hvilket barn.
3. Kryp ut om det er mye røyk.
4. Avtal et møtested utenfor hjemmet.
5. Ved brann ring 110.

Benytt tiden hjemme til å holde brannøvelse. Det kan redde liv, er oppfordringen fra Tryg Forsikring og Ergoterapeutenes forsikringskontor. Erfaringen viser at det er svært få som har tenkt gjennom hva de skal gjøre dersom det begynner å brenne i boligen.

– Tall fra Direktoratet for Samfunnssikkerhet og Beredskap viser at halvparten av landets barnefamilier mangler en plan for hvem som gjør hva i tilfelle brann. Bare seks prosent har gjennomført brannøvelse, sier kommunikasjonssjef Ole Irgens i Tryg Forsikring.

Både Tryg og Ergoterapeutenes forsikringskontor oppfordrer familier til å bruke noen timer til å holde brannøvelse. Det gir økt sikkerhet og kan redde liv dersom det skulle begynne å brenne.



VÅRE ANBEFALINGER

- Hold brannøvelse med barna minst en gang i året.
- Test at røykvarslerne fungerer hver måned.
- Bytt batteri i røykvarsleren hvert år.
- Installer alarm med kobling til sentral.
- Vend pulverapparatet opp ned noen ganger hvert år slik at pulveret ikke klumper seg.
- Sjekk at nåla i trykkmåleren på apparatet står på det grønne feltet.



Ergoterapeutene støtter UNICEFs arbeid i Ukraina

Ergoterapeutenes forbundsstyre vedtok i mars å gi 25 000 kroner i solidaritetsstøtte til UNICEFs arbeid blant sivilbefolkningen i Ukraina.

Forbundsleder Tove Holst Skyer er glad for at Ergoterapeutene på denne måten kan bidra til tiltak for barn og unge som brått mistet hverdagslivet sitt og er rammet av krigen i Ukraina. UNICEF har et tydelig fokus på barn og unge, forankret i FN-konvensjonen for barns rettigheter.

– Jeg oppfordrer medlemmene til å støtte ofrene for krigen på de måtene de kan, sier hun.

Norsk Ergoterapeutforbund har også uttrykt sin støtte til sine ukrainske kolleger i et brev til lederen i det ukrainske forbundet for ergoterapeuter.

– Olya var takknemlig for solidaritet og støtte og sa at det gav håp i den svært krevende situasjonen.



Hvem skal få tillitsvalgtprisen i 2022?

Kjenner du en tillitsvalgt som har gjort en vesentlig innsats? Nominer hen til Tillitsvalgtprisen 2022! Mer informasjon finner du på nettsiden vår. Husk at det er en stor glede og inspirasjon å bli nominert til prisen.

Tillitsvalgtprisen deles ut til et medlem av Norsk Ergoterapeutforbund som har gjort vesentlig innsats som tillitsvalgt. Årets tillitsvalgte kan ha utmerket seg gjennom for eksempel:

- langsiktig arbeid for å fremme ergoterapeuters vilkår og betingelser
- å være en viktig rollemodell for kollegaer og andre tillitsvalgte
- svært god forståelse for sammenhengen mellom ergoterapi som fag og betingelser i arbeidslivet
- å ha stått i spesielt krevende prosesser på vegne av sine medlemmer
- å ha utvist mot og handlekraft i krevende saker eller prosesser på vegne av sine medlemmer
- å ha gjort en særlig innsats for å aktivere, rekruttere og beholde medlemmer

Bamse Produkter AS
Du har kunnskapen, vi har produktene.

- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling

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

Kampen for et lønnsløft

Det er grunnleggende viktig for Ergoterapeutene at medlemmenes arbeidsbetingelser reflekterer utdanning, kompetanse og ansvar, og at de fremmer likestilling og likelønn. – Det er grunnlaget når vi nå har fremmet de kravene vi mener at Unio må legge vekt på i tariffoppgjørene denne våren, sier forhandlingssjef Hege Munthe.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas



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

Forhandlingssjefen tror forhandlingene blir krevende, men setter pris på det store engasjementet som medlemmer og tillitsvalgte har vist i arbeidet med å utforme kravene.

LØNN SOM VIRKEMIDDEL FOR Å LØSE UTFORDRINGENE

Denne våren er det hovedoppgjør. I to år på rad har offentlig sektor kommet svært dårlig ut av lønnsoppgjørene.

– Nå er det på tide med resultater som gjenspeiler utfordringene i helse- og velferdstjenestene, og som bidrar til å løse dem. Lønn er et viktig virkemiddel, sier forbundsleder Tove Holst Skyer.

PRIORITER OFFENTLIG SEKTOR

Privat sektor har bevilget seg høyere lønninger enn det deres egne vurderinger og tall skulle tilsi. Tall fra Teknisk Beregningsutvalg viser at offentlig sektor har et stort etterslep på lønn fra de siste to årene. Mange i offentlig sektor har også et historisk dårlig utgangspunkt fordi arbeidsgivere og politikere ikke verdsetter det arbeidet som blir utført av ergoterapeuter og andre i offentlige velferdsyrker.

– Slik kan vi ikke ha det. Det er én av flere grunner til at rammen til offentlig sektor må opp, skrev

Unio-leder Ragnhild Lied tidligere i vår.

ØKONOMIEN GÅR GODT

Under åpningen av Unios inn-tekstpolitiske konferanse i mars sa Ragnhild Lied at vi står foran et lønnsoppgjør som påvirkes av krigen i Ukraina og konsekvensene den får for norsk og internasjonal økonomi.

– Til tross for dette er norsk økonomi på rask veg ut av koronakrisa, og verknadene for norsk næringsliv av krigen i Ukraina er avgrensa. Når det gjeld olje, gass og vasskraft, profiterer oljeselskapa, den norske stat og kraftverkskommunane stort på gjeninnhentinga etter koronapandemien og krigen i Ukraina, sa Lied.

ULIKE KRAV OG UTFORDRINGER

Ergoterapeutene har partsforhold i tariffavtalene i Staten, KS (kommunene), Spekter (helseforetak og private institusjoner), Oslo kommune og Virke (private institusjoner). Utfordringene i de ulike tariffområdene er forskjellige, men felles for de områdene der Ergoterapeutene til nå har fremmet krav er:

- Det gis sentrale, generelle tillegg til alle. Dette gis som en lik prosent.
- Minstelønns- og garantilønns-satser oppjusteres.



Forhandlingssjef Hege Munthe tror forhandlingene blir krevende.



– Lønn er et viktig virkemiddel, sier forbundsleder Tove Holst Skyer.

- Det settes av en pott til lokale forhandlinger. Forholdet mellom sentral og lokal fordeling må være slik at mesteparten gis sentralt.

For tariffområdene Spekter og Virke er det i skrivende stund ikke levert konkrete krav. For KS-området, Staten og Oslo kommune, er det i tillegg til det generelle nevnt

ovenfor, noen spesielle krav som er viktige for Ergoterapeutene.

KS-OMRÅDET

I KS-området, som omfatter alle landets kommuner og fylkeskommuner unntatt Oslo, har Ergoterapeutene i tillegg krav om at:

- Det må gis høyere kronetillegg på 16-årstrinnet for stillinger med krav om treårig universitets- og høgskole-utdanning. Differansen mellom ti og 16 år må økes.
- Tilsvarende må det gis noe mer på tiårstrinnet og 16-årstrinnet for stillinger med krav om fire-årig universitets- og høgskole-utdanning enn på den øvrige delen av garantilønnstabellen.
- Ledere, fagledere og andre stillinger som er direkte lønns-plassert må oppjusteres.

STATEN

I tariffområdet stat, har Ergoterapeutene i tillegg krav om

- justering av lønnsrammer og stillingskoder: LR 24 og LR 25 (stillinger i Universitets- og høyskolesektoren), samt 1434 Rådgiver og 1364 Seniorrådgiver

OSLO KOMMUNE

I tariffområdet Oslo kommune, har Ergoterapeutene krav om at

- Stillingskode 82 Ergoterapeut

flyttes fra lønnsramme 1800 til 2600 med innplassering 2608. Dette for å legge seg på samme lønnsramme som sykepleier med treårig bachelor.

- Det innføres en stillingskode for spesialutdannet ergoterapeut og stillingskode for ergoterapeut med mastergrad.

STORT ENGASJEMENT FRA MEDLEMMER OG TILLITSVALGTE

Ergoterapeutenes lønnskrav til årets lønnsoppgjør er utarbeidet etter en grundig og god prosess i organisasjonen. Allerede i fjor høst sendte forbundet ut spørreskjema i form av et debattnotat til de tillitsvalgte. Resultatene er behandlet på regionale tariffkonferanser i januar og februar. Forbundsstyret vedtok kravene på sitt møte i mars.

VEIEN VIDERE

Partene har frist på seg til 1. mai for å komme fram til en forhandlingsløsning. Hvis partene ikke kommer til enighet, går lønnsoppgjøret til mekling. I så fall vil resultatene foreligge først i slutten av mai. Fører heller ikke meklingen fram vil en streik være siste utvei.

– Vi håper at partene er innstilt på å jobbe hardt for forhandlingsløsning, sier Hege Munthe.



– Vi står foran et lønnsoppgjør som påvirkes av krigen i Ukraina og konsekvensene den får for norsk og internasjonal økonomi, sier Ragnhild Lied.

STOR TAKK TIL AKTIVE TILLITSVALGTE

Veldig mange tillitsvalgte og regionstyrene har vært og er engasjert med viktige oppgaver knyttet til forberedelsene til lønnsoppgjøret.

– Vi retter en stor takk til medlemmer og tillitsvalgte som har engasjert seg i årets lønnsoppgjør og kommet med gode innspill til forbundets krav. Vi vil også rette en stor takk til alle tillitsvalgte som deltar i Unios konfliktbe-redskapsutvalg, avslutter Hege Munthe.

OM LØNNSOPPGJØRET PÅ VÅRE NETTSIDER

Du vil finne samlet informasjon om lønnsoppgjørene i 2022 på ergoterapeutene.org/tariff2022.



Ergoterapistudentene kunne endelig møtes i Stortingsgata

Av Therese Minde Fyhn

Fra 25. til 27. februar var det kick-off samling i Oslo for det nye landsstyret til Ergoterapistudentene. Vi møtte opp på Ergoterapeutenes kontor, hvor vi fikk en veldig fin velkomst.

Selveste Karl-Erik Tande Bjerkaas, organisasjons-sjef i Ergoterapeutene, sto personlig og håndhilste på oss i døra da vi kom. Med seg den første dagen hadde han en sprudlende Tonje Hansen Guldhav, nestlederen i forbundet. På bordet inne på det største møterommet hadde de lagt fram informasjon, penn, papir, mye snacks og kaffe. Vi var nå klare for å få etterlengtet kunnskap og bli kjent med hverandre gjennom helgen.

Den første dagen snakket vi sammen og skrev ned noen forventninger til helgen. Gjett om de innfridde! Helgen var stappet av informasjon, inspirasjon, sosialt påfyll og nydelig mat. Vi fikk treffe både interne og eksterne representanter.

FORBUNDSLEDEREN

Forbundsleder Tove Skyer var innom på Teams. Hun skulle gjerne vært med oss fysisk, men det var veldig hyggelig å hilse på henne og høre hva hun hadde å si. Hun ønsket oss velkommen og snakket om sine erfaringer med å sitte i et styre. Hun fortalte oss også litt mer om forbundet, og vi fikk kjenne på viktigheten av jobben vi gjør.

LNU OG UNIO

Fra Landsrådet for barn og unge (LNU) kom Ingebjørg Flyum Bjørlo på skjermen. Hun fortalte oss hva LNU gjør, og hvordan vi kan

søke penger hos dem til arrangementer i våre studentbyer.

Sigrid Husøy Larsen var også med oss på Teams som representant fra UNIO-studentene. Hun snakket om flere spennende temaer de jobber med i UNIO, og som vi føler at vi også kan knytte opp mot våre mål i landsstyret. Dette gjaldt blant annet utdanning og arbeidsliv, praksis, konferanser og nettkurs.

VÅRE SAKER

Vi har hatt oppe flere viktige saker som vi ønsker å jobbe med i det kommende året. En av våre hjertesaker er å kvalitetssikre

praksis. Vi skal blant annet sende ut en undersøkelse til alle utdanningene i mai. Vi har både hørt fra andre og selv gjort oss ulike erfaringer, som er positive og negative. Nå håper vi at denne undersøkelsen kan gi oss et mer helhetlig bilde av hvordan praksis oppleves for alle våre medstudenter.

Alt i alt reiste vi hjem med «bagasjen» full av ny giv som vi tar med oss til lokallagene våre, og til videre arbeid i landsstyret. Vi ser fram til året som kommer og retter en stor takk til alle som bidro til at denne helgen ble så bra, ikke minst Karl-Erik og Tonje som tok oss så godt imot.



Bak fra venstre: Askur Iker Vender Johannessen Ryssevik, Andrea Gascon Borgen, Veslemøy Haugland, Amalie Harveland Vatne, Amalie Røyland, Tove-Mari Risholm og Magnus Aarli.

Foran fra venstre: Magnus Charles Døssland Bjørnstad, Julie Sletten Langeland og Therese Minde Fyhn.

ERGOTERAPISTUDENTENES NYE STYRE



Navn: Therese Minde Fyhn.
Alder: 23 år.
Hjemsted: Finnsnes.
Verv i landsstyret: Ergoterapeutene kontakt.
Lokallag: Tromsø.
Forventninger til styret: Jeg håper at vi får til et godt samarbeid hvor vi kan lære mye av hverandre og gjøre en forskjell for våre medstudenter.

Hvorfor ergoterapi: Jeg har alltid likt å jobbe med mennesker og å være kreativ. Da jeg skjønte at ergoterapi kunne by på begge, var valget enkelt.

En meningsfull aktivitet: Topptur med venner.

Soundtrack til «filmen om mitt liv»: Good vibes – HRVY, Matoma.



Navn: Magnus Charles Døssland Bjørnstad.
Alder: 31.
Hjemsted: Strømmen.
Verv: Regionskontakt.
Lokallag: OsloMet.
Forventninger til styret: Jeg forventer å lære mye fra de andre styremedlemmene og forbundet.

Hvorfor ergoterapi: Jeg vil være en bidragsyter til aktivitet og deltakelse for alle i samfunnet.

En meningsfull aktivitet: Styrketrening og å lage musikk.

Soundtrack til «filmen om mitt liv»: Paul Engemann – Scarface (Push It To The Limit).



Navn: Askur Iker Vender Johanness Ryssevik.
Alder: 21 år.
Hjemsted: Bergen.
Verv i landsstyret: Nestleder
Lokallag: Bergen.
Forventninger til styret: Bli kjent med nye folk.
Hvorfor ergoterapi: Kom ikke inn på sykepleie, men er veldig fornøyd med ergoterapi.

En meningsfull aktivitet: Gå tur.

Soundtrack til «filmen om mitt liv»: In a Sentimental Mood – Duke Ellington & John Coltrane.



Navn: Lone Gamborg Indrelid.
Alder: 21 år.
Hjemsted: Høybråten
Verv i landsstyret: UNIO-kontakt.
Lokallag: Gjøvik.
Forventninger til styret: Bli inspirert og lære av hverandre.
Hvorfor ergoterapi: Kom ikke inn på fysioterapi, og visste ikke helt hva ergoterapi var, men er

veldig fornøyd så langt.

En meningsfull aktivitet: Grille litt for mye marshmallows sammen med venner.

Soundtrack til «filmen om mitt liv»: Hvem er hun – Arif.



Navn: Amalie Røyland.
Alder: 22 år.
Hjemsted: Orstad.
Verv i landsstyret: Sekretær.
Lokallag: Sandnes.
Forventninger til styret: Gjøre hverandre gode og skape et godt samarbeid.
Hvorfor ergoterapi: Få muligheten til å lære å tilrettelegge slik at mennesker kan se løsninger

og leve et aktivt liv.

En meningsfull aktivitet: Løpeturer i fine omgivelser.

Soundtrack til «filmen om mitt liv»: Life is a highway – Rascal Flatts.



Navn: Julie Sletten Langeland.
Alder: 23 år.
Hjemsted: Bodø.
Verv i landsstyret: Internasjonal kontakt.
Lokallag: Trondheim.
Forventninger til styret: At vi holder god kontakt og skaper vennskap på kryss av studie-sted.

Hvorfor ergoterapi: Fordi det åpner for utrolig mange forskjellige jobbmuligheter.

En meningsfull aktivitet: Gå tur med hunden min.

Soundtrack til «filmen om mitt liv»: Hjørnebrikke – Kråkesølv.



Navn: Andrea Gascon Borgen.
Alder: 21 år.
Hjemsted: Asker.
Verv i landsstyret: Kommunikasjonsansvarlig.
Lokallag: Gjøvik.
Forventninger til styret: Å skape gode relasjoner og kunne drøfte faglige spørsmål.
Hvorfor ergoterapi: Spørsmålet bør være: Hvorfor ikke jobbe for

å fremme aktivitet og deltakelse for alle? Det skal nevnes at jeg ikke var 100 prosent klar over dette på starten, men angrer ikke ett sekund på at min hverdag skal handle om å gjøre det mulig for andre å kunne leve og mestre sin hverdag. Jeg er veldig fornøyd med studievalget.

En meningsfull aktivitet: Å trene, henge sammen med venner og kjæreste, besøke familie og matlaging.

Soundtrack til «filmen om mitt liv»: Lush life – Zara Larsson.



Navn: Kasper Eriksson Granstad.
Alder: 27.
Hjemsted: Oslo.
Verv i landsstyret: Styre-medlem.
Lokallag: Oslo.
Forventninger til styret: Sosiale aktiviteter, bli kjent med nye folk og faglig utvikling.
Hvorfor ergoterapi: Jeg vil

være med på å skape et inkluderende samfunn, og ergoterapi åpner for å jobbe med dette på helt ulike arenaer med alle mulige mennesker.

En meningsfull aktivitet: Brettspillkveld.

Soundtrack til «filmen om mitt liv»: Hva som helst – Death Cab for Cutie.



Navn: Veslemøy Haugland.
Alder: 21 år.
Hjemsted: Uskedalen.
Verv i landsstyret: Økonomiansvarleg.
Lokallag: Tromsø UIT.
Forventninger til styret: Være representant fra lokallaget i Tromsø, som er med å påverka fra oss studentar som går ergoterapiutdanninga.

Hvorfor ergoterapi: Eg ynskjer å hjelpe andre å meistra deira meningsfulle kvardag.

En meningsfull aktivitet: Stikking med bålkaffi ute.

Soundtrack til «filmen om mitt liv»: Vestlandet – Vilde og Anna.



Navn: Magnus Aarli.
Alder: 27 år.
Hjemsted: Trondheim.
Verv i landsstyret: Leder.
Lokallag: Bergen.
Forventninger til styret: Et år med spennende, nye utfordringer med en handlekraftig, trivelig gjeng.
Hvorfor ergoterapi: For å kunne jobbe for et mer inkluderende

samfunn med aktivitet og deltakelse for alle.

En meningsfull aktivitet: Europa-kamp på et fullsatt Lerkendal.

Soundtrack til «filmen om mitt liv»: Levva Livet – Åge Aleksandersen.



Navn: Tove-Mari Risholm.
Alder: 24 år.
Hjemsted: Vega.
Verv i landsstyret: Tillitsvalgt.
Lokallag: Trondheim.
Forventninger til styret: Gode relasjoner og et godt samarbeid.
Hvorfor ergoterapi: Alltid vært interessert i mennesker, men også hvordan man fremmer

helse gjennom aktivitet.

En meningsfull aktivitet: Kveldsbad i sjøen sammen med gode venner på sommeren.

Soundtrack til «filmen om mitt liv»: All star – Smash mouth



Navn: Amalie Harveland Vatne.
Alder: 23 år.
Hjemsted: Tananger.
Verv i landsstyret: Sekretær.
Forventninger til styret: Lære av hverandre og få mer kunnskap om faget og forbundet.
Hvorfor ergoterapi: Jeg liker å være aktiv og hjelpe andre, da virket det som at ergoterapistedet passet bra.

En meningsfull aktivitet: Delta i friluftaktiviteter med familie og venner.

Soundtrack til «filmen om mitt liv»: Girls just want to have fun – Cyndi Lauper.

Ny medlemsfordel for deg som har eller har hatt pensjonsopptjening i det private

I 2021 ble det lansert «Egen pensjonskonto», noe som gir deg mer kontroll og valgfrihet rundt pensjonen din. Med 2022 kom den nye medlemsfordelen på pensjon gjennom Unio, som kan gi deg lavere kostnader knyttet til forvaltningen av denne pensjonskontoen. Begge disse nyhetene kan bety mer i pensjon for deg.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Egen pensjonskonto trådte i kraft første januar 2021, som et resultat av endringer i innskuddspensjonsloven. Formålet har vært å gjøre pensjon enklere. Ansatte skal få økt innflytelse over pensjonen sin, bedre oversikt og informasjon og sist men ikke minst, lavere kostnader.

– Med egen pensjonskonto får ansatte i bedrifter med en innskuddspensjonsordning samlet pensjonen sin på én konto. Som du kanskje vet, kan du ha opptjent pensjon fra tidligere arbeidsgivere med innskuddspensjon liggende i ulike selskap. Disse pensjonsrettighetene kalles pensjonskapitalbevis. Det er disse, sammen med den pensjonsordningen du har hos dagens arbeidsgiver, som i 2021 ble samlet på ett sted – i en egen pensjonskonto, sier Liven Sandell, pensjonsspesialist i Nordea Liv.

DU KAN VELGE SELV – DET KAN LØNNE SEG

Et viktig poeng med egen pensjonskonto er at du skal få økt valgfrihet og innflytelse over pensjonen din.

– Du skal selv kunne velge hvor du vil ha din egen pensjonskonto, uavhengig av hvilket selskap arbeidsgiveren din benytter som pensjonsleverandør. Dette kan gi deg lavere kostnader og flere fordeler enn der du automatisk ble flyttet. Har du tidligere jobbet i det private hvor bedriften har spart pensjon til deg gjennom en innskuddspensjonsavtale? Da har du fått med deg pensjonskapitalbevis. På lik linje med egen pensjonskonto kan du nå selv bestemme hvor du ønsker å ha disse, sier Liven Sandell.

BRUK DIN NYE MEDLEMSFORDEL PÅ PENSJON!

Som medlem av et Unio-forbund får du nå tilgang til en ny avtale fremforhandlet av Unio. Samarbeidsavtalen mellom Unio og Nordea Liv sikrer medlemmer i tilknyttede forbund spesielt gode priser på forvaltningen av din egen pensjonskonto og pensjonska-

pitalbevis. For deg betyr dette lavere kostnader og mer i pensjon.

En undersøkelse Nordea gjennomførte nylig viste at når folk skal velge pensjonsleverandør kommer pris på forvaltningen og god avkastning høyt opp på listen. Det samme gjelder oversikt og tilgjengelighet. Over halvparten av de spurte ønsket seg gode digitale løsninger, og for mange har bærekraftig pensjonssparing blitt viktig. Alt dette er faktorer som Unio tok med i vurderingen av pensjonsleverandør, og som du nå får glede av.

HVORDAN FÅ MEDLEMSFORDELENE

Egen pensjonskonto gir deg som nevnt valgfrihet, og det betyr at du selv kan velge hvor du vil ha pensjonen din samlet. Dette heter «selvvalgt leverandør», og er noe du kan gjøre nå.

Gå inn på nordea.no/unio og flytt din egen pensjonskonto eller pensjonskapitalbevis til Nordea Liv med alle medlemsfordelene Unio tilbyr.



– Egen pensjonskonto gir økt valgfrihet, sier Liven Sandell.

Norsk oversettelse og tilpasning av Community Integration Questionnaire – Revised (CIQ-R); Spørreskjema om aktivitet og deltagelse i samfunnet

Av Tina Kopseng & Susanne Følstad



Tina Kopseng er ergoterapispesialist i somatisk helse, MPhil. Hun er fagansvarlig i klinikk ved Sunnaas sykehus. Epost: tina.kopseng@sunnaas.no.



Susanne Følstad er ergoterapispesialist i somatisk helse, MSc. Hun er ansatt ved Avdeling for vurdering ved Sunnaas sykehus.

Abstract

The Community Integration Questionnaire – Revised (CIQ-R) is a patient reported outcome measure (PROM), developed to measure community integration and participation in activities. The instrument was originally developed in the USA in the 1990s and is used in traumatic brain injury rehabilitation. It was one of the first instruments to address community integration in neurotrauma rehabilitation. It has been used in rehabilitation research in a broad variety of diagnosis¹ and has been translated into multiple languages, but not into Norwegian.

The aim of this article is to describe the process of developing a Norwegian version of the CIQ-R. The process has been performed in accordance with recommended procedures for cultural translation and adaptation of PROM according to Wild (Wild et al., 2005).

The process included two pilot studies to investigate quality assured translation, and a third to assess feasibility. With this article, the Norwegian version of CIQ-R is presented as a relevant rehabilitation instrument, to measure community integration and participation in Norway.

Nøkkelord: Rehabilitering, deltagelse, spørreskjema, oversettelse, kulturell tilpasning, Rehabilitering, participation, questionnaire, translation, cross-cultural adaptation

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

Innledning

Deltagelse og inkludering er to sentrale mål for ergoterapi (Ergoterapeutene, 2017). Deltagelse i meningsfulle aktiviteter er helsefremmende og skapes i de omgivelsene mennesker lever i (Law, 2002). Verdens helseorganisasjon (WHO) klassifiserer konsekvenser av skade eller sykdom i to hoveddimensjoner: Avvik i kroppsfunksjoner og -strukturer eller som begrensninger i mestring av dagliglivets aktiviteter, arbeid og fritid (World Health Organization, 2013).

Det finnes ulike forståelser av hva deltagelse er, alt etter hvilket perspektiv man ser det fra; om man ser det fra et enkelt individ, samfunnsperspektiv eller et relasjonelt perspektiv. WHOs internasjonale klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) klassifiserer menneskers helse knyttet til fysiske forhold i kroppen, til daglige aktiviteter og sosial deltagelse samt miljøfaktorers betydning for helse (World Health Organization, 2013). WHO definerer deltagelse som å engasjere seg i en livssituasjon og vansker med dette benevnes som deltagesinnskrenkning (World Health Organization, 2013).

Fra et ergoterapeutisk perspektiv blir deltagelse definert som å ta del i oppgaver knyttet til hverdagslige aktiviteter, arbeid og fritid. Deltagelse er ikke noe som skjer isolert, men må sees i sammenheng med personen og omgivelsene (Law, Dunn, & Baum, 2005). Det er gjennom deltagelse vi tilegner oss ferdigheter og kompetanse, blir en del av samfunnet og skaper mening med livet (Law, 2002). Livskvalitet og deltagelse har ofte en nær sammenheng.

Deltagelse krever engasjement og kan bidra til å skape tilhørighet. Deltagelse er knyttet til opplevelsen av å være deltagende og innebærer ofte samhandling med mennesker og omgivelser. Deltagelse gir muligheter til å vise en persons identitet, skape en rytme og balanse i hverdagslivet, fellesskap og sosiale nettverk og ikke minst bidra til inkludering og likestilling (Ness, 2019). ICF sin definisjon av deltagelse og det ergoterapeutiske perspektivet har klare likheter med hvordan vår helse påvirkes og påvirkes av aktivitetsutførelse (Hemmingsson & Jonsson, 2005).

KARTLEGGING AV DELTAGELSE I REHABILITERING

Rehabilitering er målrettede prosesser for å fremme deltagelse og skal bidra til god helse (Helsedirektoratet, 2017). Ergoterapeutens rolle er å kartlegge ressurser og arbeide med tiltak som fremmer deltagelse i meningsfulle aktiviteter. Kartlegging

er en sentral del av en rehabiliteringsprosess og skaper grunnlaget for utarbeidelse av individuelle mål (Helsedirektoratet, 2017). Ergoterapeuter erfarer hvordan sykdom og funksjonshemming kan hindre deltagelse og god helse. Til dette trengs instrumenter som måler deltagelse.

Denne artikkelen springer ut av et masterprosjekt gjennomført som en tverrsnittstudie ved Sunnaas sykehus, der hovedmålet var å undersøke deltagelse hos voksne med multitraume i etterkant av primærrehabilitering. I den sammenheng ble tilgjengelig litteratur gjennomgått for å undersøke hvilke kartleggingsinstrumenter som i dag benyttes for voksne med multitraume. Litteratursøk utført i 2017–2018 viste hovedsakelig studier som benyttet instrumenter som kartlegger kroppsfunksjoner- og strukturer, og svært få instrumenter som kartlegger aktivitet og deltagelse (Hoffman et al., 2014). Et av verktøyene som målte deltagelse var The Community Integration Questionnaire – Revised (CIQ-R).

I de senere årene er det rettet økt oppmerksomhet mot bruk av pasientrapporterte data (Patient reported outcome measure, PROM) i kvalitetsforbedring, forskning, innovasjon samt i klinisk arbeid (Enden, Bernklev, Jelsness-Jørgensen, & Amdal, 2018). «Pasientrapporterte utfallsmålinger gir muligheter til å fange opp betydningsfulle aspekter slik som livskvalitet, funksjonsnivå, mestring og sykdomskartlegging, som ikke fanges opp av tradisjonelle målemetoder» (Enden et al., 2018). Ved bruk av pasientrapporterte data er det mulig å få frem hva som er viktig for pasientene selv og hvordan de mestrer aktivitetsutførelse og deltagelse (Barclay, McDonald, & Lentin, 2015; Law et al., 1996). Pasientenes egne vurderinger og prioriteringer av hva som er viktig i livet danner grunnlaget for målrettet rehabilitering. Ergoterapi vektlegger et slikt klientsentrert fokus. Dette gjenspeiler seg i bruk av pasientspesifikke kartleggingsinstrumenter (Polatajko, Townsend, & Craik, 2007).

Bruk av spørreskjema er en metode for å innhente pasientrapporterte data. Egenrapportering via spørreskjema, med forhåndsbestemte svaralternativer, gir et kombinert perspektiv i kontinuumet mellom rent objektive instrumenter og pasientspesifikke instrumenter (Kjeken, Kvien, & Dagfinrud, 2007).

THE COMMUNITY INTEGRATION QUESTIONNAIRE – REVISED (CIQ-R)

CIQ-R er et selvrapportert måleinstrument for evaluering av deltagelse i aktiviteter. Willer og hans fag-

Undergrupper		Spørsmål	Skåringsområde
1	Hverdagsaktiviteter i hjemmet	1 – 6	0 – 12 poeng
2	Deltagelse i ulike aktiviteter utenfor hjemmet	7 – 11	0 – 10 poeng
3	Produktivitet (arbeid, utdanning, frivillig arbeid)	12 – 15	0 – 7 poeng
4	Sosialt nettverk ved bruk av teknologi	16 – 18	0 – 6 poeng
Total CIQ-R-skår			0 – 35 poeng

Tabell 1: Skåring av CIQ-R (Callaway et al. 2014).

miljø i USA var de første på 1990-tallet til å adressere deltagelse som et viktig aspekt i nevrorehabilitering, og de utviklet et instrument, Community Integration Questionnaire (CIQ), til bruk i evaluering av en persons aktivitetsutførelse og deltagelse samt for evaluering av rehabiliteringsprogram.

CIQ-R består av 18 spørsmål fordelt på fire undergrupper:

- hverdagsaktiviteter i hjemmet
- deltagelse i ulike aktiviteter utenfor hjemmet
- produktivitet (deltagelse i arbeid, utdanning og frivillig arbeid)
- sosialt nettverk ved bruk av teknologi (Callaway et al., 2014).

Spørreskjemaet kan fylles ut direkte av en person, i et intervju, over telefon, av pårørende eller annen omsorgsperson. Instrumentet er benyttet for ulike diagnoser blant annet traumatisk hjerneskade, hjernevulst, hjerneslag, ryggmargsskader, MS, amputasjoner, muskeldystrofi og brannskader (Callaway et al., 2014).

I 2014 ble det gjennomført en større revidering av instrumentet i samarbeid med et australsk rehabiliteringsmiljø (Callaway et al., 2014), og de psykometriske egenskapene til instrumentet ble forbedret. Spørsmål knyttet til bruk av teknologi ble inkludert, og svaralternativene i instrumentet ble endret fra å være diagnosespesifikke, til å bli generiske. Basert på resultatet av en faktoranalyse ble spørsmålene i de ulike undergruppene flyttet, for å høre bedre sammen. Undersøkelse av reliabilitet viste at instrumentet var sensitivt for endring ett år etter skade. Det ble ikke funnet takeffekt (Callaway et al., 2014; Sander et al., 1999).

Det ble videre samlet inn normative data i den australske befolkningen i arbeidsfør alder (n=1973) kategorisert i ulike undergrupper for kjønn, alder, utdanning, bostatus, bosted (distrikt/by), samt inn-

tekt (Callaway et al., 2014; Callaway et al., 2016).

Høyere skår på CIQ-R indikerer høyere grad av selvstendighet og aktiv deltagelse i samfunnet. De fleste spørsmålene i CIQ-R skåres fra 0–2 poeng, med en sumskår fra 0–35 poeng. Sumskår består av sammenlagte delskår fra de fire undergruppene som har ulikt antall spørsmål, som gir ulikt antall poeng, se tabell 1. De ulike delskårene gir mulighet til å sammenligne resultatene med tilgjengelige normative data for deltagelse (Callaway et al., 2014). Undergruppen *produktivitet*, spørsmål 12–15, skåres på en spesifikk måte med en skår fra 0–7 poeng. Spørsmål 13–15 som omhandler arbeid, utdanning og frivillig arbeid, slås sammen til en skår, som legges til skår fra spørsmål 12 som omhandler hvor ofte man ferdes utenfor hjemmet. I arbeidet med oversettelsen av CIQ-R er den engelske skåringsmanualen oversatt til norsk. Oversikt over normdata finnes kun på engelsk (Callaway et al., 2014).

CIQ og CIQ-R har vært anvendt i Australia og USA, men også i rehabiliteringsforskning i Skandinavia. Det produseres fortsatt forskning der den gamle versjonen av CIQ anvendes (Callaway et al., 2016). I denne sammenheng er det viktig å være klar over at disse studiene konsekvent utelater data knyttet til den nye undergruppen *Sosialt nettverk ved bruk av teknologi*, som ble implementert ved revideringen i 2014.

En forutsetning for å kunne bruke CIQ-R i forskning er at instrumentet er oversatt og kulturelt tilpasset for landet hvor det skal brukes. CIQ-R er oversatt fra engelsk til flere språk, som italiensk, malay og kroatisk, (Ioncoli et al., 2020; Razaob, Tham, Mohd Rasdi, Wan Yunus, & Kadar, 2020; Tršinski, Tadinac, Bakran, & Klepo, 2019). Det er per i dag ikke funnet at CIQ-R er oversatt til svensk eller dansk. Den første versjonen av CIQ har vært brukt i norske studier knyttet til traumatisk hjerneskade innen rehabilitering (Andelic et al., 2018; Forslund, Roe, Sigurdardottir, & Andelic, 2013), men den nor-

Trinn	Beskrivelse	Prosedyre
1	Forberedelse	Forfatterne lastet ned originalversjon av CIQ-R fra https://www.summerfoundation.org.au/wp-content/uploads/CIQ-R-Normative-Data-Report-2014.pdf , og innhentet godkjenning for oversettelse hos rettighetshaverne. Det ble lagt en tidsplan for gjennomføring av oversettelsesprosess og søknad om FoU-midler ble sendt til Ergoterapeutene.
2	Oversettelser	Forfatterne gjorde to selvstendige oversettelser av CIQ-R.
3	Konsensus (Sammenstilling)	De to oversettelsene ble gjennomgått, bearbeidet og sammenstilt til en norsk versjon av forfatterne.
4	Tilbakeoversettelse	En oversetter med engelsk som morsmål oversatte den norske oversettelsen av CIQ-R tilbake til engelsk.
5	Vurdering av tilbakeoversettelse	Forfatterne gjorde en vurdering av tilbakeoversettelsen og tok denne versjonen videre til ekspertpanelet i trinn 6.
6	Harmonisering	Et ekspertpanel på fire personer vurderte sammen med forfatterne tilbakeoversettelsen og originalen, samt gjorde ytterlige endringer og tilpasning av språk.
7	Kognitiv debriefing – pilotstudie	To pilotstudier ble gjennomført med henholdsvis 8 og 20 deltagere. Ved forskjeller mellom tilbakeoversettelsen og originalen, ble ordlyden i den norske versjonen tilpasset.
8	Vurdering av funn fra pilotstudie og ferdigstilling	Innspillene fra pilotstudie 1 og 2 ble vurdert, og endringer implementert. Norsk oversettelse av CIQ-R ble ferdigstilt av forfatterne. En 3. pilotstudie med 30 deltagere, undersøkte anvendbarhet for instrumentet.
9	Korrektur	Korrektur ble utført av en person utenfor ekspertpanelet.
10	Avsluttende rapport og publisering	Norsk versjon av CIQ-R er gjort tilgjengelig på Sunnaas sykehus og Ergoterapeutene sine nettsider og publisert gjennom denne artikkelen.

Tabell 2: Trinnene i oversettelse og tilpasning av CIQ-R (Wild et al., 2005).

CIQ-R kan lastes ned fra sunnaas.no og ergoterapeutene.org.

Rettighetshaver i Australia (info@summerfoundation.org.au) ønsker å bli kontaktet om instrumentet skal benyttes i forskning.

ske oversettelsen har ikke vært tilgjengeliggjort.

I forbindelse med det tidligere nevnte masterprosjektet *Deltagelse etter multitraume – Veien tilbake til samfunnet*, ble det søkt tillatelse til å oversette CIQ-R til norsk. Ferdigstilt norsk versjon ble godkjent av rettighetshaverne før igangsettelse av masterprosjektet.

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive prosessen med å oversette og kulturelt tilpasse en norsk versjon av CIQ-R, samt å presentere den nye versjonen av redskapet *Spørreskjema om aktivitet og deltagelse i samfunnet – Norsk versjon av CIQ-R*. I tillegg beskriver artikkelen anvendbarheten av CIQ-R.

Metode for oversettelses- og tilpasningsprosess – Norsk versjon av CIQ-R

Det finnes ulike standardiserte metoder for oversettelse av PROM (Patient reported outcome measure) (Edition et al., 2017). I arbeidet med oversettelsesprosessen ble det valgt å bruke Wild et al. sin strukturerte og anbefalte metode med ti trinn (Wild et al., 2005). Wild et al. benytter en transparent pro-

sess for oversettelsen som gjør det enkelt for leser å følge de valg som blir tatt under oversettelsesprosessen. Trinnene i metoden er:

- 1 forberedelser
- 2 oversettelser av flere oversettere
- 3 sammenstilling til en oversettelse
- 4 tilbakeoversettelse
- 5 vurdering av tilbakeoversettelsen
- 6 harmonisering mellom originalinstrumentet og oversatt versjon
- 7 kognitiv debriefing gjennom pilotstudie
- 8 vurdering av funn fra pilotstudien og ferdigstilling
- 9 korrekturlesing
- 10 publisering av oversettelse og sluttrapport

En oversikt over prosessen fremkommer i tabell 2, og nedenfor følger en detaljert beskrivelse av de ulike trinnene i oversettelsesprosessen.

TRINN 1: FORBEREDELSE

Innledningsvis ble den engelske originalversjonen av CIQ-R lastet ned hos Summer Foundation (Calla-

way et al., 2014). Det var denne reviderte versjonen vi ønsket å oversette. En forespørsel ble sendt til rettighetshaverne ved Barry Willer, University of Buffalo USA. Godkjenning for oversettelse til norsk med avtale om å publisere oversettelsen ble raskt innvilget. Før oppstart med oversettelsen ble det undersøkt om det forelå en allerede publisert, eller på annen måte tilgjengelig norsk versjon av CIQ-R. Det kom ikke frem ny informasjon om dette i undersøkelsene. Videre ble det i forberedelsesfasen laget en tidsplan for gjennomføring av oversettelsesprosessen, og det ble utformet en søknad til Ergoterapeutene for støtte til forskning og fagutvikling (FoU-midler). Denne søknaden ble senere innvilget.

TRINN 2 - 4: OVERSETTELSE, KONSENSUS OG TILBAKEOVERSETTELSE

To selvstendige oversettelser av instrumentet ble foretatt av forfatterne, som har norsk som morsmål og lang erfaring innen rehabilitering og bruk av standardiserte kartleggingsinstrumenter. Oversettelsene ble deretter gjennomgått, bearbeidet og sammenstilt til en versjon. Ulikhetene i oversettelsene gikk hovedsakelig på hvilke ord og begreper som skulle brukes på norsk for å få frem innholdet fra den engelske versjonen. I denne fasen ble det kommunisert med originalforfatter via e-post for å utdype betydning og hensikt med de ulike spørsmålene i instrumentet. Dette samarbeidet var nyttig for fremdriften av oversettelsesprosessen. Etter dette ble det utført en tilbakeoversettelse til engelsk av en person med engelsk som morsmål. Det ble hovedsakelig valgt en direkte språklig oversettelsesform for tilbakeoversettelsen, fremfor en mer begrepsmessig oversettelse som omtalt som et alternativ av Wild (Wild et al., 2005). Diskusjoner om betydning av aktuelle begreper ble tatt videre til trinn 5 og 6.

TRINN 5 - 6: VURDERING OG HARMONISERING

Wild beskriver at vurdering av tilbakeoversettelsen er en av de viktigste stegene i en kulturell tilpassningsprosess (Wild et al., 2005). I dette trinnet foretok forfatterne en vurdering av tilbakeoversettelsen, skrev ned utfordringer knyttet til språk, ordlyd og begreper og tok dette videre til ekspertpanelet i trinn 6.

Et ekspertpanel på til sammen seks personer som bestod av fagpersoner med rehabiliterings-erfaring og ulik utdanning (ergo- og fysioterapeuter) ble nedsatt. Alle har norsk som morsmål. De to forfatterne, tre fagpersoner og personen som hadde

foretatt tilbakeoversettelsen deltok. Ekspertpanelet møttes og vurderte tilbakeoversettelsen opp mot originalen, og utfordringer beskrevet av forfatterne i trinn 5. Basert på samtaler og faglige refleksjoner ble det foretatt ytterlige endringer og tilpasninger av språket.

Tittel på instrumentet ble diskutert av ekspertpanelet. Det engelske begrepet *community integration* kan fritt oversatt knyttes til integrering i samfunnet. Dette fungerer ikke optimalt i en norsk språkdrakt. Minnes et al. fremhever viktigheten av kulturell tilpasning av språk (Minnes et al., 2003). For å få frem en tittel som gjenspeiler innholdet i spørreskjemaet, ble følgende tittel valgt: *Spørreskjema om aktivitet og deltagelse i samfunnet – Norsk versjon av CIQ-R*. Forkortelsen CIQ-R ble beholdt for å gjøre instrumentet søkbart både i norske - og internasjonale publikasjoner.

Videre ble ordlyd knyttet til svaralternativene drøftet. Dette dreier seg om forhåndsbestemte svaralternativer knyttet til hvem som utfører ulike aktiviteter, frekvens på aktivitetsutførelse og svaralternativer knytte til deltagelse i arbeid og utdanning. Svaralternativene for arbeid (spørsmål 13) og utdanning (spørsmål 14) måtte drøftes spesifikt grunnet ulikhet i nasjonale pensjons- og forsikringsrettigheter.

I spørsmål 12, ble begrepet *travel*, til slutt oversatt med *ferdes*, da dette ikke dreier seg om å reise, men av ulike grunner ha gjøremål og aktiviteter som krever at du drar hjemmefra. Også for dette spørsmålet ble det nødvendig å ta kontakt med originalforfatteren for å avklare hensikten med spørsmålet.

TRINN 7-9: PILOTSTUDIER, REVISJON OG FERDIGSTILLING

For å sikre at den norske oversettelsen er forståelig for målgruppen (pasienter og fagpersoner), ble det gjennomført tre pilotstudier. De to første i oversettelsesprosessen av CIQ-R. Wild et al. anbefaler denne *kognitive debriefingen* for å kvalitetssikre oversettelsen. Det anbefales et utvalg på fem til åtte personer, med norsk som morsmål, gjerne tilhørende målgruppen for instrumentet (Wild et al., 2005). Et tredje pilotstudium ble gjennomført for å vurdere anvendbarheten av instrumentet.

PILOTSTUDIE 1

Den første pilotstudien inkluderte åtte personer: Fire fagpersoner og fire pasienter som er i målgruppen for bruk av instrumentet. Forfatterne fulgte en felles mal for utfylling av spørreskjemaet med én og én

deltager. Spørsmålene ble lest høyt og reflektert rundt, før avkrysning. Forfatterne noterte uklarheter og svar på spørsmålene som kom frem underveis, samt tidsbruk for utfylling av skjema. Videre ble alle deltagerne stilt følgende spørsmål muntlig:

- 1 Hvordan oppfattet du spørreskjemaet?
- 2 Var det noen spørsmål det var vanskelig å svare på (språklige uklarheter)?
- 3 Forslag til forbedringer?

I pilotstudium 1 kom det forslag til endringer i oppsett av svaralternativene for å unngå feil avkrysning, samt mindre layouttekniske endringer. For endringer av visuell utforming støttet vi oss på *Retningslinjer for visuell utforming av spørreskjema* fra Statistisk sentralbyrå (Statistisk sentralbyrå).

PILOTSTUDIE 2

I pilotstudium 2 fylte 20 ergoterapeuter, ansatt ved samme rehabiliteringssykehus, frivillig ut spørreskjemaet. Denne versjonen av CIQ-R var justert med bakgrunn i funnene i pilotstudium 1. Deltagerne i pilotstudium 2 fikk instruksjon om å legge merke til uklarheter i språk og bruk av begreper. Etter utfyllingen ble det gjennomført en samlet gjennomgang av erfaringene fra utfyllingen i plenum. Det var relativt få problemstillinger som kom frem i pilotstudium 2. Noen innspill var knyttet til layout og ord som var utelatt. Uklarhetene var hovedsakelig knyttet til to ulike spørsmål. I spørsmål 7, opplevde flere deltagerne uklarheter rundt betydningen av begrepet *handletur*. I den engelske versjonen er *shopping* brukt, til forskjell fra spørsmål 1 der det stilles spørsmål om *shopping for groceries*. Det ble drøftet om *shopping* er et kjønns- og aldersspesifikt begrep, og om noen vil unnlate å svare at de utfører *shopping*. Det ble valgt å beholde «handletur» i oversettelsen, selv om dette kan fremstå som en gammeldags terminologi.

I spørsmål 13, som omhandler arbeidsdeltagelse, var «uføretrygdet» ikke et svaralternativ. I den engelskspråklige versjonen var det kun *alderspensjonert* det var mulig å svare. Dette henger sammen med ulike velferdssystemer, og etter korrespondanse med originalforfatter ble det enighet om å inkludere uføretrygdet som et svaralternativ.

Deltagerne i begge pilotstudiene var anonymiserte, og det ble kun registrert alder og kjønn, som ikke ble benyttet i videre analyser. Det var ikke interessant hvordan deltagerne fylte ut skjemaet, og svarene ble ikke videre analysert. Det var innspill til oversettelsesprosessen som var hovedhensikten

med pilotstudiene. Det ble vurdert at pilotstudiene ikke trengte forhåndsgodkjenning av REK (Regional etisk komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) eller Personvernombudet (Andelic et al., 2018; Somby & Segadal, 2014).

I trinn 8 ble innspillene fra pilotstudium 1 og 2 vurdert og endringer implementert. Norsk oversettelse av CIQ-R ble ferdigstilt av forfatterne. Som et siste praktisk trinn ble det utført korrekturlesing på oversettelsen. Dette ble utført av en person utenfor ekspertpanelet.

PILOTSTUDIE 3

Etter ferdigstilling av spørreskjema ble det gjennomført et tredje pilotstudium med mål om å vurdere anvendbarhet for instrumentet. 30 deltagere fylte ut spørreskjemaet på et fagmøte for ergoterapeuter ved samme arbeidssted. Etter utfyllingen ble instrumentet presentert for ergoterapeutene/deltagerne, og bakgrunn, oversettelsesprosess, skåring og normdata for instrumentet ble gjennomgått. Anvendbarhet av CIQ-R og klinisk nytteverdi ble så diskutert i plenum og resultater nedskrevet. Følgende punkter om CIQ-R ble fremhevet av ergoterapeutene/deltagerne:

- Kan brukes som en mal for en kartleggingssamtale om deltagelse, gir mye informasjon som gir grunnlag for videre kartlegging.
- Er godt egnet for personer som kommer til kontrollopphold, selv om det ikke finnes utfylling av CIQ-R fra tidligere opphold/vurdering. Det samme gjelder om terapeuten ikke har erfaring med den aktuelle pasientgruppen.
- Gir systematisk informasjon om hvordan pasienten lever sitt liv, knyttet til aktivitet og deltagelse. Dette gjelder spesifikt hvor ofte aktiviteter utføres og sammen med hvem.
- Kan gi mer relevant informasjon enn andre tilgjengelig instrumenter som brukes i dag.
- Er raskt å fylle ut, deltagerne brukte i snitt under 15 minutter.
- Skåringsresultatene kan sammenlignes med normdata for deltagelse.

TRINN 10: PUBLISERING

I prosessen med oversettelse og kulturell tilpassning av CIQ-R er arbeidet med instrumentet presentert på flere fagmøter for ergoterapeutene ved ett og samme rehabiliteringssykehus, for tematisk forskningsgruppe for ryggmargsskade og i dele-

samener i et masterstudium. Det ferdig oversatte instrumentet ble i 2018 brukt i tverrsnittstudien *Deltagelse etter multitraume – Veien tilbake til samfunnet*. Denne studien er i en publiseringsprosess.

I enighet med rettighetshaver er den norske oversettelsen av CIQ-R gjort tilgjengelig på www.sunnaas.no og www.ergoterapeutene.no. Publisering av instrumentet og denne artikkelen er finansiert av FoU-midler fra Ergoterapeutene. Instrumentet vil i tillegg bli presentert ved Norsk Fagkongress i ergoterapi i Stavanger 2022.

Diskusjon

Hensikten med denne artikkelen har vært å beskrive oversettelsesprosessen og kulturell tilpasning av en norsk versjon av CIQ-R, samt å presentere den nye versjonen av redskapet *Spørreskjema om aktivitet og deltagelse i samfunnet – Norsk versjon av CIQ-R*. CIQ-R benyttes for personer som har en kjent funksjonsnedsettelse og skal følges opp i en rehabiliteringsprosess for å rette oppmerksomhet mot deltagelse i aktiviteter på ulike arenaer. Systematiske prosedyrer etter Wild et al. er fulgt i oversettelsesprosessen. Prosessen er synliggjort gjennom å anvende metodens 10 trinn. Dette har kvalitetssikret arbeidet og gjort prosessen transparent, noe som er en styrke i dette arbeidet. Forfatterne, som har norsk som morsmål, har lang erfaring innen rehabilitering og bruk av standardiserte kartleggingsinstrumenter. Dette var også gjeldende for ekspertpanelet som bestod av fagpersoner med rehabiliterings erfaring og ulik utdanning (ergo- og fysioterapeuter). Tilbakeoversetteren, som har engelsk som morsmål, var en person uten helsefaglig bakgrunn. Dette kan ha sikret en allmenn forståelse av begrepene og redusert risiko for feiltolking av begreper. Det kan være en svakhet at alle involverte i oversettelsesprosessen er kvinner i relativt samme aldersgruppe. I pilotstudiene var det også flest kvinner, men flere menn var representert både i pilotstudium 1, 2 og 3.

I den videre diskusjonen vil det bli drøftet kulturelle tilpasninger, viktigheten av å definere meningsinnhold i sentrale begreper, innholdet i selve spørreskjemaet og hvordan skåring kan benyttes.

Kulturelle tilpasninger er en sentral del av et oversettelsesarbeid. Det innebærer blant annet å se på hvordan språket definerer meningsinnholdet for eksempel i et spørreskjema. I dette arbeidet kom det tydelig frem at det var nødvendig å definere meningsinnholdet i ulike begreper. Et eksempel er begrepet *community integration* brukt i tittelen, som ikke

kunne oversettes direkte med *integrering i samfunnet*. Med begrunnelse i innholdet i spørreskjemaet var det viktig å vektlegge deltagelsesaspektet mer enn integrering som begrep i tittelen, til tross for at deltagelse og integrering går hånd i hånd.

Begrepet *shopping* har blitt en del av det norske språket og blir brukt i dagligtale av mange aldersgrupper. I oversettelsesprosessen kom det fram at det er en bredde i folks forståelse av ordet. Noen bruker ordet om vanlige innkjøp, mens andre bruker det om å tilbringe tid i butikker, å «drømme», uten nødvendigvis å kjøpe noe (Store Norske Leksikon). Ulik forståelse for innholdet i ordet kan gi ulik utfylling av et spørreskjema. Av den grunn ble det valgt å beholde den norske ordlyden *handletur* da dette referer mer til dagligdagse - og regelmessige innkjøp. Begrepet *handletur* støtter innholdsvaliditeten, da det er hvor ofte man drar og handler som skal kartlegges.

Kulturelle tilpasninger innebærer også å oversette begreper fra ulike lands helse- og sosialsystem. Som beskrevet tidligere kom dette tydelig frem i oversettelsen av svaralternativene knyttet opp til arbeid og utdanning. Det er verdt å merke seg at spørsmålet om arbeid har et deltagelsesperspektiv, mer enn et økonomisk perspektiv. Av den grunn ble ikke *arbeidsavklaringspenger* eller andre ytelser tatt med inn i svaralternativene selv om *uføretrygd* og *alderstrygd* er spesifikt nevnt.

Trening er for mange en sentral aktivitet. To av deltagerne i pilotstudium 1 opplevde at de ikke helt fikk frem at de trente. Spørsmål 8, omhandler fritidsaktiviteter, og der er *sport* nevnt som et eksempel. Spørsmål 10 følger opp om du gjør fritidsaktiviteter alene, eller sammen med andre. For mange vil sport innebære noe annet enn å trene selv, det kan for eksempel være å se en fotballkamp. CIQ-R har ikke til hensikt å kartlegge *alle* ulike aktiviteter en person gjør, til dette trengs spesifikk interessekartlegging eller kartlegging av aktivitetsmønster, som for eksempel KDA (Kartlegging av dine aktiviteter) (Bonsaksen et al., 2015). Det kan være en svakhet med CIQ-R at de som svarer på spørreskjemaet, ikke oppfatter eksemplene som er presentert som sitt riktige svaralternativ, noe som kan medføre ulik utfylling. I en klinisk setting vil uklarerheter kunne avdekkes gjennom samtale mellom terapeut og pasient. Ved bruk av spørreskjemaet i forskning kan ulik utfylling medføre nyansefeil i de svarene som blir gitt.

I 2014-oppdateringen av CIQ-R ble sosialt nett-

verk ved bruk av teknologi innlemmet med tre nye spørsmål. Dette var en nødvendig endring for å kartlegge deltagelse ved hjelp av moderne kommunikasjons- og interaksjonsformer. Det ble tatt med å skrive til andre via internett, å snakke via videobaserte plattformer, å ringe eller sende tekstmelding og hvor ofte dette gjøres. En deltager i ett av pilotstudiene beskrev at hun savnet Snapchat nevnt som ett eksempel i de nye spørsmålene. Digitale medier endrer seg raskt, og et spørreskjema som CIQ-R står i fare for å bli fort utdatert dersom spesifikk teknologi, apper eller plattformer blir nevnt. Som følge av dette vil det være hensiktsmessig å bruke generelle begreper i selve spørsmålet og kun nevne noen av de mest sentrale merkenavnene i eksemplene.

Anvendbarhet av CIQ-R og klinisk nytteverdi ble undersøkt i pilotstudium 3. Det kom tydelig frem at instrumentet kan være anvendbart i kartlegging for å innhente nyttig informasjon om hvordan en pasient lever sitt liv, hvor ofte ulike aktiviteter utføres og sammen med hvem. Ferdige svaralternativer med et kliensentrert fokus er nyttig og effektivt i en rehabiliteringsprosess.

I en klinisk sammenheng er det ikke nødvendig å skåre CIQ-R for å ha nytte av kartleggingen. Det er mulig å gjøre en visuell tolkning av svarene for å se om det er et mønster. Instrumentet kan være en introduksjon for samtale, definering av innsatsområder og valg av tiltak.

I noen sammenhenger kan det derimot være nyttig å sammenligne en pasients deltagelse med andre personer i lignende livssituasjon, for eksempel for å vise at en person har lav deltagelse og at det kan være et mål å øke deltagelsen for å fremme livskvalitet. For å kunne bruke tilgjengelig normmateriale må CIQ-R skåres. Det er mulig å bruke delskår fra hver av de fire ulike undergruppene, eller sumskår for hele CIQ-R for å sammenligne med tilgjengelig referansemateriale.

CIQ-R gir lavere skår dersom fritidsaktiviteter utføres sammen med andre funksjonshemmede, fremfor gjennomføring sammen med funksjonsfriske. Denne typen tallfesting og vekting av deltagelse kan være en form for maktutøvelse. Ifølge Foucault vil kunnskapen vi innhenter om en pasient ved tallfesting og skåringer styre blikket vårt og kunne påvirke våre handlinger som terapeuter. Det kan oppstå en form for *registreringsmakt*, ved registrering av denne type opplysninger om pasienten (Heggen & Engebretsen, 2012). Det er viktig å være bevisst hvilken makt valg av instrumenter og tallver-

dier brukt i skåringer kan ha. Kvalitet og effektivitet i helsetjenesten påvirkes blant annet ved bruk av ulike standardiserte kartleggingsredskaper. Som ergoterapeuter er det viktig å ha et bevisst forhold til hvilke data man samler inn, og hvordan disse blir benyttet. Dette gjelder både i klinisk praksis og i forskning.

Konklusjon

I denne artikkelen er fremgangsmåten for å utvikle og kulturelt tilpasse en norsk versjon av CIQ-R beskrevet. Standardiserte kartleggingsinstrumenter bør brukes i en rehabiliteringsprosess. Community Integration Questionnaire-Revised er et aktuelt instrument for å kartlegge deltagelse. En standardisert og anbefalt prosedyre for oversettelse bestående av 10 trinn, beskrevet av Wild et al., er fulgt for å utvikle en norsk versjon av CIQ-R. Instrumentet har fått den norske tittelen *Spørreskjema om aktivitet og deltagelse i samfunnet – Norsk versjon av CIQ-R*. En standardisert oversettelsesprosess har bidratt til å kvalitetssikre og lage en kulturelt tilpasset norsk versjon av CIQ-R. Instrumentet er funnet anvendbart og kan ha en klinisk nytteverdi i rehabilitering.

Det er behov for videre studier av redskapets reliabilitet, validitet og responsivitet for norske forhold.

Takk

Takk til Jill Unneland O`Farell, Kristin Loxley, Pia Wedege og Anne Irene Nygård for tilbakeoversettelse og deltagelse i ekspertpanelet. Takk til Anne-Marthe Sanders, Anne-Margrethe Linnestad og Ellisiv Mehammer for gjennomlesing og innspill til artikkel.

Referanser

- Andelic, N., Howe, E. I., Hellstrøm, T., Sanchez, M. F., Lu, J., Løvstad, M., & Røe, C. (2018). Disability and quality of life 20 years after traumatic brain injury. *Brain and behavior*, 8(7), e01018.
- Barclay, L., McDonald, R., & Lentin, P. (2015). Social and community participation following spinal cord injury: a critical review. *International Journal of Rehabilitation Research*, 38(1), 1-19. doi:10.1097/mrr.0000000000000085
- Bonsaksen, T., Lund, A., Ellingham, B., Hussain, R., Meier, M. R., & Sveen, U. (2015). Norsk oversettelse og tilpasning av Occupational Questionnaire: Kartlegging av Dine Aktiviteter (KDA). *Ergoterapeuten*, 2, 51-58.
- Callaway, L., Winkler D, Tippet A, Migliorini C, Herd N, & B, W. (2014). *The Community Integration Questionnaire-Revised (CIQ-R)*, . Retrieved from Melbourne, Australia: <https://>

- www.summerfoundation.org.au/wp-content/uploads/CI-Q-R-Normative-Data-Report-2014.pdf
- Callaway, L., Winkler, D., Tippet, A., Herd, N., Migliorini, C., & Willer, B. (2016). The Community Integration Questionnaire - Revised: Australian normative data and measurement of electronic social networking. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63(3), 143-153. doi:10.1111/1440-1630.12284
- Edition, F., Kuliš, D., Bottomley, A., Velikova, G., Greimel, E., & Koller, M. (2017). EORTC QUALITY OF LIFE GROUP TRANSLATION PROCEDURE Retrieved from European Organisation for Research and Treatment of Cancer https://www.eortc.org/app/uploads/sites/2/2018/02/translation_manual_2017.pdf
- Enden, T., Bernklev, T., Jelsness-Jørgensen, L., & Amdal, C. (2018). Pasientene kjenner best egen helse. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 138(8).
- Ergoterapeutene. (2017). *Alle skal kunne delta, Ergoterapeuters kjernekompetanse*. Retrieved from Oslo: https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%C3%B8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkelt sider.pdf
- Forslund, M., Roe, C., Sigurdardottir, S., & Andelic, N. (2013). Predicting health related quality of life 2 years after moderate and severe traumatic brain injury. *Acta Neurologica Scandinavica*, 128(4), 220-227.
- Heggen, K., & Engebretsen, E. (2012). *Makt på nye måter*: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. (2017). *Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator: Pasientforløp i habilitering og rehabilitering [Guidance on rehabilitation, habilitation, individual plan and coordinator: Patient progress in habilitation and rehabilitation]*. Oslo: Helsedirektoratet
- Hemmingsson, H., & Jonsson, H. (2005). An occupational perspective on the concept of participation in the International Classification of Functioning, Disability and Health--some critical remarks. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(5), 569-576.
- Hoffman, K., Cole, E., Playford, E. D., Grill, E., Soberg, H. L., & Brohi, K. (2014). Health outcome after major trauma: what are we measuring? *PloS One*, 9(7), e103082. doi:10.1371/journal.pone.0103082
- Ioncoli, M., Berardi, A., Tofani, M., Panuccio, F., Servadio, A., Valente, D., & Galeoto, G. (2020). Crosscultural Validation of the Community Integration Questionnaire-Revised in an Italian Population. *Occupational Therapy International*, 2020.
- Kjeken, I., Kvien, T. K., & Dagfinrud, H. (2007). MEDISIN OG VITENSKAP-Tema: Rehabilitering-Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127(5), 598.
- Law, M. (2002). Participation in the Occupations of Everyday Life. *American Journal of Occupational Therapy*, 56(6), 640-649. doi:10.5014/ajot.56.6.640 %J American Journal of Occupational Therapy
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996). The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. 63(1), 9-23. doi:10.1177/000841749606300103
- Law, M., Dunn, W., & Baum, C. (2005). *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy* (Second edition ed.). Slack Incorporated.
- Minnes, P., Carlson, P., Ann Mccoll, M., Lou Nolte, M., Johnston, J., & Buell, K. (2003). Community integration: a useful construct, but what does it really mean? *Brain Injury*, 17(2), 149-159.
- Ness, N. E. (2019). Hvorfor er hverdagsaktivitetene dine viktige? *Ergoterapeuten*, 02/2019. Retrieved from www.ergoterapeuten.no
- Polatajko, H. J., Townsend, E. A., & Craik, J. (2007). Canadian model of occupational performance and engagement (CMOP-E). In *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision of health, well-being, justice through occupation* (pp. 22-36). Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Razaob, N. A., Tham, S. Y., Mohd Rasdi, H. F., Wan Yunus, F., & Kadar, M. (2020). Translation, Validation and Reliability Testing of Community Integration Questionnaire-Revised (CIQ-R) Malay Version: A Preliminary Study. *Occupational therapy in health care*, 34(1), 32-47.
- Sander, A. M., Fuchs, K. L., High Jr, W. M., Hall, K. M., Kreutzer, J. S., & Rosenthal, M. (1999). The Community Integration Questionnaire revisited: an assessment of factor structure and validity. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 80(10), 1303-1308.
- Somby, A., & Segadal, K. (2014). Personvern hensyn og etiske problemstillinger ved publisering av fagartikler i Ergoterapeuten.
- Statistisk sentralbyrå. *Retningslinjer for visuell utforming av spørreskjema Versjon 1.1*
- Retrieved from <https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/DP/handbok-88.pdf>:
- Store Norske Leksikon. (Hentet 17. oktober 2020). Shopping.
- Tršinski, D., Tadinac, M., Bakran, Ž., & Klepo, I. (2019). Utility of the Croatian translation of the community integration questionnaire-revised in a sample of adults with moderate to severe traumatic brain injury. *Disability and Rehabilitation*, 41(14), 1711-1718.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104.
- World Health Organization. (2013). How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). In WHO (Ed.), Exposure draft for comment. Retrieved from <https://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual2.pdf?ua=1>

Spørreskjema om aktivitet og deltagelse i samfunnet

Norsk versjon av CIQ-R (Community Integration Questionnaire-Revised)

Navn: _____

Dato: _____

Alder: _____

Kjønn: ☐ Kvinne

☐ Mann

Bo-status: ☐ Bor alene

☐ Bor sammen med noen

Du skal kun velge ett svaralternativ for hvert spørsmål

1. Hvem handler vanligvis matvarer og husholdningsartikler i din husstand?

☐ Du alene

☐ Du og andre

☐ Andre

2. Hvem lager vanligvis måltider i din husstand?

☐ Du alene

☐ Du og andre

☐ Andre

3. Hvem gjør vanligvis det daglige husarbeidet i ditt hjem?

☐ Du alene

☐ Du og andre

☐ Andre

4. Hvem tar seg av barna i ditt hjem?

☐ Du alene

☐ Du og andre

☐ Andre

☐ Ikke aktuelt (ingen barn under 17 år i hjemmet)

5. Hvem planlegger vanligvis sosiale aktiviteter, som for eksempel treff med familie og venner?

☐ Du alene

☐ Du og andre

☐ Andre

6. Hvem tar seg vanligvis av din personlige økonomi, som for eksempel å betale regninger?

☐ Du alene

☐ Du og andre

☐ Andre

7. Omtrent hvor mange ganger per måned handler du i butikker?

☐ 5 ganger eller fler

☐ 1-4 ganger

☐ Sjelden/aldri

8. Omtrent hvor mange ganger per måned deltar du i fritidsaktiviteter, slik som kino, sport, restaurantbesøk eller lignende?

☐ 5 ganger eller fler

☐ 1-4 ganger

☐ Sjelden/aldri

9. Omtrent hvor mange ganger per måned besøker du venner eller slektninger?

☐ 5 ganger eller fler

☐ 1-4 ganger

☐ Sjelden/aldri

Tillatelse til å bruke CIQ-R skal innhentes hos Summer Foundation via e-post

info@summerfoundation.org.au eller Barry Willer bswiller@buffalo.edu

Norsk versjon av CIQ-R er oversatt i 2018 av ergoterapeutene

Tina Kopseng tina.kopseng@sunnaas.no og Susanne Følstad susanne.folstad@sunnaas.no, Sunnaas sykehus HF.

10. Når du deltar i fritidsaktiviteter, gjør du dette vanligvis alene eller sammen med andre?

- ☐ Som regel alene
- ☐ Som regel med familie
- ☐ Som regel med venner som har en funksjonsnedsettelse
- ☐ Som regel med venner som ikke har en funksjonsnedsettelse
- ☐ En kombinasjon av familie og venner

11. Har du en nær venn som du kan snakke fortrolig med?

- ☐ Ja
- ☐ Nei

12. Hvor ofte ferdes du utenfor hjemmet?

- ☐ Hver dag/nesten hver dag
- ☐ Nesten hver uke
- ☐ Sjelden/aldri

13. Velg det alternativet som passer best med din nåværende arbeidssituasjon (den siste måneden):

- ☐ Fulltid
- ☐ Deltid
- ☐ Arbeider ikke, men er aktivt arbeidssøkende
- ☐ Arbeider ikke, er ikke arbeidssøkende eller er uføretrygdet
- ☐ Ikke aktuelt, alderspensjonert

14. Velg det alternativet som passer best med din nåværende utdanningssituasjon (den siste måneden):

- ☐ Fulltid
- ☐ Deltid
- ☐ Ikke under utdanning
- ☐ Ikke aktuelt, alderspensjonert

15. Hvor ofte har du vært engasjert i frivillig arbeid den siste måneden?

- ☐ 5 ganger eller fler
- ☐ 1-4 ganger
- ☐ Aldri

16. Hvor ofte skriver du til andre via internett for å holde kontakt (f.eks. e-post, sosiale medier slik som Facebook)?

- ☐ Hver dag/de fleste dager
- ☐ Nesten hver uke
- ☐ Sjelden/aldri

17. Hvor ofte snakker du med andre via videoprogrammer og apper for å holde kontakt (f.eks. Skype, FaceTime)?

- ☐ Hver dag/de fleste dager
- ☐ Nesten hver uke
- ☐ Sjelden/aldri

18. Hvor ofte tar du kontakt med andre ved å ringe eller sende tekstmeldinger?

- ☐ Hver dag/de fleste dager
- ☐ Nesten hver uke
- ☐ Sjelden/aldri

Kommentarer:



ergoterapeutene



Forsikring til medlemspris

Som medlem av Ergoterapeutene får du svært gunstige betingelser på forsikring. Du får blant annet:

- ✓ Gjennomsnittlig 60 % besparelse på livs- og uføreforsikring
- ✓ Kollektiv innbo-, reise- og barneforsikring med gode vilkår til stabilt lave priser
- ✓ Inntil 27 % rabatt på individuelle skadeforsikringer som bil-, hus- og hytteforsikring
- ✓ Rådgiving når du trenger det
- ✓ Profesjonell bistand ved eventuell tvist om skadeoppgjør

Bruk
medlems-
fordelene
dine

Gruppeveiledning for Ergoterapistudenter i Praksis – Erfaringer med GREP-modellen i praksisstudier på helsehus

Av Irma Pinxsterhuis, Lene Fogtmann Jespersen, Mali Melhus & Kirsti Eidheim



Irma Pinxsterhuis arbeider som første-amanuensis ved ergoterapeututdanningen, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, OsloMet – storbyuniversitetet. E-postadresse: irma@oslomet.no



Lene Fogtmann Jespersen arbeider som fagutviklingsergoterapeut ved Oslo universitetssykehus.



Mali Melhus arbeider som universitetslektor ved ergoterapeututdanningen, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, OsloMet – storbyuniversitetet.



Kirsti Eidheim arbeider som ergoterapeut 1 ved Solfjellshøgda helsehus i Oslo.

Abstract

Gruppeveiledning for Ergoterapistudenter i Praksis – Erfaringer med GREP-modellen i praksisstudier på helsehus

Introduction: Clinical placements are a central and compulsory part of professional education. Quality assurance of clinical placements has been a challenge for many years. A model for group supervision in clinical placements (the GREP-model) has been developed for quality assurance of clinical placements for occupational therapy students.

Aim: The aim of this study was to elicit occupational therapy students' and supervisors' experiences with the GREP-model.

Method: The study was carried out as a collaboration project between the school of Occupational Therapy at Oslo Metropolitan University (OsloMet) and occupational therapists at four rehabilitation centers for adults and elderly people in eastern Norway. Separate focus group interviews were conducted with three students and seven supervisors, four to five months following participation in GREP supervision. The interviews were analysed using thematic analysis.

Results: All participants experienced that the GREP-model became an integrated part of the clinical placement, ensured the quality of the clinical placement and had led to a closer collaboration between OsloMet and the participating rehabilitation centers. In addition, the supervisors felt supported in their role as supervisors.

Conclusion: The GREP-model was experienced to ensure the quality of clinical placements for occupational therapy students at the participating rehabilitation centers.

Keywords: clinical placement, group supervision, occupational therapy students, professional development

Manuset ble mottatt 9.08.2021 og godkjent 10.01.2022. Det er ikke knyttet interessekonflikter til det innsendte manuskriptet.

Introduksjon

Bachelorutdanningen i ergoterapi er en profesjonsutdanning, og praksisstudier er en sentral del av slike utdanninger (1). Hensikten med praksisstudier er å lære ved å gjøre, observere og delta i et praksisfellesskap (2). Kvalitetssikring av praksisstudier har likevel vært en utfordring i mange år (1, 3).

I en rapport publisert av Universitets- og høyskolerådet (1) nevnes flere indikatorer som er avgjørende for å øke kvalitet og sikre relevans i praksisstudier, blant annet utvikling, utprøving, evaluering og utveksling av nye praksismodeller i et likeverdig samarbeid mellom profesjonsutdanning og praksissted. Kompetanseheving av praksisveiledere og kunnskapsbasert praksis i praksisstudier er andre kvalitetsindikatorer som trekkes frem.

Om lag en tredjedel av ergoterapeututdanningen er praksisstudier som foregår på ulike felt i helse- og velferdstjenestene. I perioden 2012–2015 ble det gjennomført et samarbeidsprosjekt mellom ergoterapeututdanningen ved OsloMet – storbyuniversitetet og Oslo universitetssykehus (OUS) (4). Prosjektet synliggjorde behov for tiltak rettet mot bedre integrering av teori og praksis og tettere samarbeid mellom ergoterapeututdanningen og OUS. Resultatene ble brukt i utviklingen av en modell for Gruppeveiledning for ergoterapistuder i praksis; GREP-modellen (5).

GREP-modellen består av gruppesamlinger for både studenter og praksisveiledere. Disse ledes av en lærer fra ergoterapeututdanningen og en ergoterapeut fra praksisfeltet (5). I tillegg gjennomføres en individuell samtale med hver praksisveileder før

halvtidsvurdering av praksis. Det faglige innholdet i GREP-modellen er relatert til utvalgte læringsutbytter for de ulike praksisperiodene (5). Det har blitt utviklet en manual for GREP-modellen som beskriver teorigrunnlaget, innholdet og gjennomføringen med instruksjonsark for hver gruppesamling (5).

GREP-modellen er forankret i et sosiokulturelt perspektiv på læring som bygger på konstruktivisme (5). Det innebærer at kunnskapen konstrueres gjennom samhandling i en sosial kontekst, og ikke primært gjennom individuelle prosesser (6). Det antas at læring er situert som betyr at hvordan en person lærer og situasjonen der en person lærer, er en fundamental del av det som blir lært (6). En annen antakelse er at læring er distribuert mellom mennesker innenfor et fellesskap hvor hvert menneske bidrar til en helhetsforståelse. Språk står sentralt. Det forventes at kunnskapen tilegnes gjennom kommunikasjon mellom deltakerne i et praksisfellesskap (6).

GREP-modellen inneholder flere refleksjonsgrupper (5). Gjennom refleksjon kobles tidligere kunnskaper til nye erfaringer, noe som kan utfordre eller bekrefte tidligere kunnskap, men også gjøre studenter i stand til å finne nye forståelses- og handlemåter som gir mening i nåværende situasjon (7). I tillegg kan studenter gjennom refleksjon se sammenhenger i faget og bli i stand til å overføre læringen til nye situasjoner (7). Økt faglig forståelse og bevissthet om egen kompetanse styrker oppfatningen og utviklingen av en faglig identitet (8). I gruppeveiledningen for praksisveilederne blir refleksjon strukturert etter

metoden Individuelt Gruppearbeid i Plenum (IGP) (9). Praksisveilederne begynner med å skrive ned individuelle erfaringer knyttet til veilederrollen, som deretter legges frem og utforskes i en mindre gruppe. Til slutt deles erfaringene i plenum og diskuteres mulige endringstiltak, slik at det blir en felles forståelse for alle (5).

GREP-modellen støtter seg til resultatene fra tidligere forskning på gruppeveiledning i praksisstudier, som hovedsakelig handler om sykepleiestuderenter. Disse studiene viste at de fleste studentene opplevde gruppeveiledning som en god læringsarena hvor de gjennom deling av erfaringer, diskusjon, refleksjon og konstruktive tilbakemeldinger kunne lære av hverandre, få ny innsikt og forståelse, støtte og bekreftelse samt oppleve faglig og personlig utvikling (10–13). Studenter som deltok i grupper som ble ledet av en sykepleier og en lærer erfarte at det i tillegg fremmet integrering av teori og praksis (10, 12). Viktige forutsetninger for at gruppesamlingene ble erfart som en god læringsarena var blant annet at studentene opplevde trygghet og gjensidig respekt, effektiv tidsbruk og en gruppestørrelse på cirka seks studenter (11–13). Det har også blitt publisert noen studier som har belyst erfaringer med gruppeveiledning for praksisveiledere (14, 15). Disse viste at praksisveilederne opplevde at deltakelse i gruppeveiledning førte til utvikling av veilederrollen gjennom deling av erfaringer, diskusjon og refleksjon med mer erfarne praksisveiledere. Dette forutsatte at veilederne følte seg trygge og stilte forberedt, samt at deltakelse ikke gikk på bekost-

Tidspunkt i praksisperioden (varighet)	Innhold	Gruppesammensetning
Før praksis (to timer)	Samarbeidsmøte: Formidling av praktisk informasjon og refleksjon knyttet til praksisveilederrollen.	Praksisveiledere
Første praksisdag (tre timer)	Introduksjonsdag: Formidling av praktisk informasjon, legge grunnlag for læringsfellesskap og refleksjon knyttet til studentrollen i praksis.	Fellesmøte for begge grupper, totalt ti studenter
Uke 2 (to timer)	Refleksjonsgruppe 1 – presentasjon av praksisstedet: Refleksjon med utgangspunkt i rammer og organisasjon av den enkeltes praksissted. Læringsutbytter: Studenten kan beskrive ergoterapiens plassering innenfor praksisstedets rammer og organisering på ulike nivåer. Studenten har kunnskap om aktuelle brukergrupper, problemstillinger og ergoterapeutiske metoder ved praksisstedet.	To grupper med fem studenter i hver gruppe
Uke 3 – 4 (tre timer)	Refleksjonsgruppe 2 – metodisk bruk av aktivitet: Refleksjon over metodisk bruk av aktivitet med utgangspunkt i ulike kasuser. Læringsutbytte: Studenten kan anvende og begrunne metodisk bruk av aktivitet basert på aktivitetsanalyse.	To grupper med fem studenter i hver gruppe
Før halvtidsvurdering	Samarbeids- og veiledningssamtale: Dialog og veiledning rundt studentens deltagelse og læring på gruppesamlingene.	Individuell samtale mellom gruppeveileder fra praksis og praksisveileder
Uke 5 – 7 (tre timer)	Kunnskapsbasert praksis – fremlegg av vitenskapelig artikkel: Faglig diskusjon og refleksjon med utgangspunkt i framlagte vitenskapelige artikler. Læringsutbytte: Studenten kan søke opp og formidle vitenskapelige artikler med relevans for praksisstedet.	To grupper med fem studenter og deres praksisveiledere
Uke 8 – 9 (tre timer)	Refleksjonsgruppe 3 – etikk og etisk refleksjon: Identifisering og refleksjon over faglige og etiske problemstillinger og dilemmaer i praksis. Læringsutbytter: Studenten kan diskutere teori, praksis og etikk ved å bruke klinisk resonnering. Studenten kan identifisere faglige og etiske problemstillinger og dilemmaer.	Fellesmøte for begge grupper, totalt ti studenter
Etter praksis (to timer)	Faglig forum: Refleksjon knyttet til praksisveilederrollen og aktuelle temaer forbundet med rollen.	Praksisveiledere

Tabell 1: GREP-modellen.

ning av andre arbeidsoppgaver. Gruppeveiledning førte i tillegg til et tettere samarbeid mellom kollegaene på praksisstedet og utdanningsinstitusjonen. (14).

GREP-modellen ble prøvd ut i tre praksisperioder på OUS i studieåret 2014-2015. Resultatene fra evalueringene etter hver praksisperiode tydet på at GREP bidro til å kvalitets-

sikre praksisstudiene gjennom integrering av teori og praksis, refleksjon mellom medstudenter og tettere samarbeid mellom ergoterapeututdanningen og praksisstedet (16). På grunnlag av disse resultatene har GREP blitt en del av praksisstudiene for ergoterapistudenter på OUS fra høsten 2015 (16). Siden har modellen blitt prøvd ut på noen

andre praksissteder. Det var behov for ytterligere utprøving og forskning på GREP-modellen for å kunne ta stilling til om modellen skulle innføres i praksisstudiene på ergoterapeututdanningen ved OsloMet. Hensikten med denne studien var derfor å belyse ergoterapistudenters og deres praksisveilederes erfaringer med GREP-modellen på helsehus.

Metode

FRAMGANGSMÅTE

Prosjektet ble gjennomført på fire helsehus på Østlandet. Helsehusene har både korttids- og rehabiliteringsplasser og tilbyr tverrfaglig behandling for å bistå pasientene til å komme hjem til egen bolig.

GREP-modellen, som beskrevet i tabell 1, ble anvendt i den første praksisperioden i ergoterapistudentenes andre studieår høsten 2018. Praksisperioden varte i ti uker. Hver student fikk i tillegg individuell oppfølging av en praksisveileder, samt tildelt en kontaktlærer fra ergoterapeututdanningen. En kontaktlærer er en fagperson som utgjør et bindeledd mellom praksisstedet og profesjonsutdanningen, og som bidrar i pedagogiske og faglige spørsmål (1).

Totalt ti ergoterapistudenter og deres ni praksisveiledere deltok i GREP. Studentene ble fordelt i to grupper. Begge grupper bestod av fem studenter fra to helsehus og ble ledet av en gruppeveileder fra helsehusene og en gruppeveileder fra OsloMet. De to gruppeveilederne fra helsehusene fikk opplæring i bruk av GREP-modellen og veiledning underveis av gruppeveilederen fra OsloMet og en gruppeveileder fra OUS, som er to av GREP-modellens utviklere. Samme gruppeveileder fra OsloMet deltok i begge grupper. Gruppesamlingene ble gjennomført på helsehusene.

STUDIEDESIGN

Studien har et kvalitativt design, da ønsket var å få frem studentenes og praksisveiledernes erfaringer med GREP-modellen. Deltakerne ble invitert til å delta i en fokusgruppe våren 2019. Fokusgrupper kjennetegnes av at deltakerne gjennom gruppe-

diskusjon beskriver og reflekterer over følelser, tanker, holdninger og erfaringer i forhold til et angitt tema. (17-19). Dynamikken mellom deltakere i en fokusgruppe kan gi større og fyldigere data enn individuelle intervjuer (17, 18). Studentene og praksisveilederne deltok i separat fokusgrupper. Semi-strukturerte intervjuguider ble utarbeidet i forkant. Disse inneholdt spørsmål om opplevd nytteverdi av GREP-modellen, temaene som ble belyst på de ulike samlingene, samhandling mellom de ulike involverte aktørene, samt tanker om den praktiske gjennomføringen av GREP-modellen. Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på OsloMet fire-fem måneder etter deltakelse i GREP og varte mellom 51 og 83 minutter. Det ble gjort lydopptak av intervjuene, som ble transkribert ordrett i etterkant. Intervjuene ble gjennomført av førsteforfatter, som ikke har vært involvert i utviklingen og gjennomføringen av GREP-modellen.

FORSKNINGSETIKK

Studien ble forhåndsgodkjent av NSD (referansenummer 246438) og har fulgt interne retningslinjer for behandling og lagring av personopplysninger ved OsloMet. Alle informanter ble informert om studien i forkant og samtykket skriftlig til å delta. De fikk informasjon om at de når som helst kunne trekke sitt samtykke uten at det ville få konsekvenser for dem selv. Resultatene er blitt anonymisert slik at utsagn ikke kan spores tilbake til den enkelte.

UTVALG

Tre av ti ergoterapistudenter takket ja til å delta i fokusgruppen. Disse tre hadde vært i praksis på to forskjellige helsehus; to av stu-

dentene hadde deltatt i samme gruppe, mens den tredje hadde vært med i den andre gruppa. Syv av ni praksisveiledere deltok i fokusgruppen; to av disse var praksisveileder for første gang, to hadde veiledet en student før, mens de øvrige tre hadde vært praksisveiledere i mange år.

ANALYSE

Tematisk analyse ble anvendt for å identifisere, analysere og skildre mønstre i datamaterialet uten å være bundet til et bestemt teoretisk rammeverk. Analysen besto av fire trinn som beskrevet av Richards & Morse (20). Først ble lydopptak og transkripsjoner gjennomgått flere ganger for å skaffe et helhetsinntrykk. Deretter ble meningsbærende setninger og avsnitt kodet som mulige temaer. Temaer som så ut til å belyse samme fenomen ble sammenlignet og satt i sammenheng med hverandre. Til slutt ble relaterte temaer gruppert sammen i kategorier. Følgende kategorier ble funnet:

- GREP som integrert del av praksis
- kvalitetssikring av praksis
- styrking i rollen som praksisveileder
- tettere samarbeid mellom utdanning og praksis

Analysen ble utført av førsteforfatter.

Resultater

De fire kategoriene som ble funnet i analysen vil bli presentert og illustrert med sitater her.

GREP SOM INTEGRERT DEL AV PRAKSIS

Praksisveilederne opplevde at GREP-modellen gav praksisperioden struktur og forutsigbarhet,

med frister for fokusering på de utvalgte læringsutbyttene. En praksisveileder sa følgende:

«Jeg føler at gruppesamlingene gjorde at det ble mer struktur på hvordan vi veiledet. Da fikk vi liksom «dette skal de gjøre først, dette veileder vi dem på» og så var det gruppa og så hadde vi etterarbeidet.»

Praksisveilederne oppfordret studentene til å komme i gang med forberedelsene til gruppesamlingene, la til rette for at studentene kunne jobbe med de aktuelle læringsutbyttene og tilbød vei-ledning på dette før gruppesamlingene. En praksisveileder sa følgende om det:

«Jeg ville gjerne oppfordre dem til å bruke en del sånn dødtid som var når pasientene var opptatt med å spise lunsj eller kanskje på morgenen når pasientene ikke hadde kommet opp.»

De fleste informantene opplevde at gruppesamlingene satte i gang nye tanker som trengte modning etterpå. En praksisveileder sa:

«Jeg hadde litt sånn aha-opplevelse med min student ganske sent i praksis, litt sånn «o ja, det var det som det var, det er sånn dere gjør det, o ja, det er derfor dere gjør sånn» og det kan jo være litt på grunn av at man tok det opp tidlig?»

Temaene som ble belyst på gruppesamlingene ble fulgt opp av praksisveilederne, men studentene gav uttrykk for at de i tillegg ønsket at temaer ble fulgt opp på neste gruppesamling. For å følge opp temaene benyttet flere av praksisveilederne seg av oppsummeringen som de fikk tilsendt per e-post etter hver refleksjons-

gruppe, samt studentenes egne tilbakemeldinger. En praksisveileder sa følgende om nytteverdien av disse oppsummeringene:

«Studentene kunne jo fortelle om hva de hadde gjort. Men da syntes jeg også det var fint å kunne lese hva de har gjort og det kunne være litt sånn forskjell fra hva de sa til hva som sto der.»

Noen praksisveiledere hadde bare skummet raskt gjennom oppsummeringene, siden disse ble opplevd som for tidkrevende å lese. De hadde i tillegg fått uklare tilbakemeldinger fra studentene og hadde derfor ikke fulgt opp temaene på samme måte som de andre praksisveilederne.

Ingen opplevde at gruppesamlingene hadde gått på bekostning av tid brukt på praksisplassen, men en praksisveileder problematiserte at refleksjon i gruppa hadde gått på bekostning av refleksjon med praksisveileder.

KVALITETSSIKRING AV PRAKSIS

Alle informantene mente at GREP-modellen kvalitetssikret praksis, siden den tar utgangspunkt i læringsutbyttene som de mente er mest sentrale for ergoterapifaget. Studentene opplevde at de gjennom deltakelse i GREP hadde fått en bedre forståelse for hva de ulike læringsutbyttene handlet om. Noen av praksisveilederne erfarte at GREP gav dem støtte og avlastning i forhold til læringsutbytter som de opplevde som utfordrende.

Studentene og praksisveilederne opplevde også kvalitetssikring av praksis gjennom god integrering mellom teori og praksis ved blant annet veiledet forberedelse av oppgaver i forkant av gruppesamlingene. Flere mente at det i

tillegg lå mye læring i at studentene på samme helsehus jobbet sammen om forberedelsene til gruppesamlingene. En student sa det slik:

«Vi diskuterte veldig mye gjennom hele praksisen, og jeg lærte mye av det. Så jeg tror det å kunne lære seg å samarbeide med andre samtidig som man får se hva andre tenker og gjør, at du lærer mye av det og sparer tid.»

Studentene opplevde at de i tillegg oppnådde god integrering av teori og praksis på gruppesamlingene gjennom presentasjon av oppgaver, refleksjon rundt oppsatte temaer og deling av erfaringer fra ulike helsehus. En student sa følgende:

«Da fikk vi utdelt et sånt ark hvor det sto: Du skal forklare hva du gjør, hvordan du gjør det og hvorfor. Det synes jeg var veldig nyttig.»

I tillegg til oppsatte temaer ønsket studentene å kunne ta opp problemstillinger som de ble opp tatt av i løpet av praksisperioden.

Både studentene og praksisveilederne opplevde ellers god oppnåelse av integrering av teori og praksis gjennom veiledet oppfølging av temaene etter gruppesamlingene. En praksisveileder sa følgende om det:

«Tankeprosessen ble satt i gang på grunn av gruppeveiledningen. Vi hadde jo veiledning etterpå, hvor vi på en måte prøvde å konkretisere det og hjelpe studentene til å forstå.»

Informantene hadde forskjellige tanker om nytteverdien av tillegg av vitenskapelig artikkel i gruppa. Praksisveilederne mente at det var lærerikt for studen-

tene, mens studentene opplevde rammene som for utrygge. Nytteverdien for praksisveilederne var avhengig av i hvilken grad artiklene var relevant for praksis. De fleste var derfor enige i at form og innhold bør justeres for å øke nytteverdien av fremlegg av vitenskapelig artikkel i gruppa. Noen praksisveiledere mente at fremlegg av artikkel kan tas ut av GREP-modellen. Andre var uenige, siden de tidligere hadde erfart at de manglet kompetanse til å kunne gi studenter selvstendig tilbakemelding etter fremlegg av artikkel.

Studentene etterlyste klarere føringer for forberedelsene og presentasjonene til alle gruppesamlingene for å kvalitetssikre deres utbytte av gruppesamlingene ytterligere.

STYRKING I ROLLEN SOM PRAKSISVEILEDER

Flere praksisveiledere mente at det mest nyttige for dem med GREP-modellen var opplegget for praksisveiledere. En praksisveileder fikk på samarbeidsmøtet i forkant av praksis en bedre forståelse for hvordan læringsutbyttene styrer innholdet i praksis. Hun sa:

«Det å skjerme studenten for alt som ikke er så nødvendig at de er med på, syntes jeg var veldig nyttig. For de skal liksom ikke følge med oss på alt. Det er hva skal de lære her, det var viktig å ha med seg.»

Praksisveilederne syntes også at det var nyttig å få tips om hvordan de kunne legge til rette for læring i praksis. En erfaren praksisveileder sa det slik:

«Jeg tror at jeg våknet litt av det med fokus på å tilrettelegge for at de skulle få gjøre mest

mulig aktiviteter ganske sånn fra starten av og hive dem litt ut i det i større grad.»

Flere av de uerfarne praksisveilederne mente at de hadde utbytte av å høre på erfaringene fra de mer erfarne praksisveilederne. De etterlyste derfor flere samlinger for praksisveilederne i løpet av praksis.

Praksisveilederne mente at faglig forum i etterkant av praksis var en nyttig arena for å evaluere og kvalitetssikre rollen som praksisveileder, drøfte vanskelige problemstillinger og få konstruktive tilbakemeldinger, både i små grupper og i plenum. De hadde likevel ønsket mer tid til diskusjon i plenum. En praksisveileder sa følgende:

«...det var veldig fint i forhold til temaene som ble tatt opp; . Alt-så, hva gjør vi med en student som er innadventd, hva gjør vi med en student som er sånn og sånn, og dele erfaringer.»

To praksisveiledere fra samme helsehus hadde ikke deltatt på faglig forum og sa:

«Det er jo et fint tilbud hvis man har mulighet til å følge opp og bli med på det som er, men vi har vært for lite ressurser, så vi har følt at vi ikke kunne benytte oss av det tilbudet til oss.»

Praksisveilederne hadde ulike erfaringer med samarbeidet med gruppeveilederne fra helsehusene underveis i praksis. Flere praksisveiledere hadde uklare forventninger til samtalen med gruppeveilederen før halvtidsvurderingen, men de fleste syntes det var nyttig å høre om gruppeveilederens vurdering av studentens deltakelse på gruppesamlingene. Praksisveilederne

som jobbet på samme helsehus som gruppeveilederen satt pris på både uformell og formell kontakt med sin gruppeveileder.

TETTERE SAMARBEID MELLOM UTDANNING OG PRAKSIS

Alle informanter erfarte at GREP-modellen hadde ført til tettere samarbeid mellom ergoterapeututdanningen og helsehusene. Praksisveilederne satte pris på gruppeveileder fra OsloMet sitt bidrag på gruppesamlingene for praksisveilederne. En praksisveileder sa følgende om det:

«Jeg følte på en måte at vi fikk litt støtte fra skolen, at dere var litt med oss på veien. Så det var fint.»

Praksisveilederne mente at kontaktlærere generelt har varierende kjennskap til deres studenter. De syntes derfor at det var en fordel at en lærer fra OsloMet var en av gruppeveilederne i GREP-modellen, siden vedkommende dermed ble godt kjent med studentene. De fleste praksisveilederne mente derfor at gruppeveileder fra OsloMet også bør være studentenes kontaktlærer. En praksisveileder sa:

«Hvis de kan være samme, så tenker jeg de gir en bedre kontinuitet og færre folk å forholde seg til.»

Noen opplevde at det ved utfordringer likevel var en fordel å kunne trekke inn en kontaktlærer som ikke hadde vært involvert i GREP. En praksisveileder sa det slik:

«Det kan kanskje få uheldige utfall for studenten hvis gruppeveilederen og praksisveilederen sitter og påvirker hverandre i negativ forstand. Hvis du får en upartisk person inn, så er det i studentens sin favør, og det er bra for oss også.»

Studenter derimot mente at gruppeveileder fra OsloMet kan være deres kontaktlærer, siden de opplevde at de gjennom GREP ble godt kjent og dermed trygg på henne. En student sa følgende om det:

«Gruppeveilederen fra OsloMet kjenner oss best. Vi snakker sammen i pausene, vi kan dele litt hvordan vi har det og ja, hun er mye tettere på.»

Diskusjon

Hensikten med vår studie var å belyse ergoterapistudenters og deres praksisveilederes erfaringer med GREP-modellen på helsehus. Deltakerne erfarte at GREP-modellen hadde blitt en integrert del av praksisstudiet, kvalitetssikret praksisstudiet og hadde ført til tettere samarbeid mellom OsloMet og helsehusene. I tillegg følte praksisveilederne seg styrket i rollen som praksisveiledere.

GREP ble av informantene oppfattet som en integrert del av praksisstudiet, som betyr at forberedelsene i forkant av GREP og oppfølgingen etterpå ble innlemmet i læringsaktivitetene og veiledningen på praksisstedene. Informantene påpekte at det lå mye læring i at ergoterapistudentene på samme helsehus jobbet sammen når de forberedte seg til gruppesamlingene. Dette er i tråd med antakelsen i den sosiokulturelle læringsteorien om at kunnskapen konstrueres gjennom samhandling i en sosial kontekst (6). Nytteverdien av et slikt samarbeid nevnes også av Nymo (8). Prosjektet til Kantardjiev et al. (21) viste at studenter på samme praksissted kan bruke hverandre som faglig og sosial støtte, samtidig som det er ressursbesparende. Sevenhuysen et al. (22) fant at studentsamarbeid på samme

praksisplass trygget studentene og førte til bedre utnyttelse av ledig tid, noe som også kom fram i vår studie.

Studentene og praksisveilederne i vår studie opplevde at refleksjonsgruppene satte i gang nye tanker som måtte modnes over tid. Det er i tråd med Illeris sine tanker om læring, som oppfatter læring som en integrert prosess som omfatter både en samspillprosess mellom individet og dets materielle og sosiale omgivelser og en indre psykisk tilegningsprosess (7). Hensikten med oppsummeringene som ble sendt ut i etterkant av refleksjonsgruppene var at belyste temaer skulle følges opp av praksisveilederne for å legge til rette for videre læring (5). At ikke alle praksisveilederne leste disse like nøye kan tyde på at hensikten med oppsummeringene bør formidles tydeligere, og at innholdet og utformingen bør revurderes, men det kan også handle om manglende ressurser og at det ikke var avsatt nok tid til praksisveilederrollen (1, 14, 16, 23, 24).

Etter innføringen av det nasjonale kvalifikasjonsrammeverket er det læringsutbyttene som skal styre og utgjøre mål i praksisstudier (1, 25). En litteraturoversikt av Zlatanovic (26) viste at det å ha en god forståelse av læringsutbyttene syntes å være en forutsetning for å være praksisveileder. Praksisveilederne i vår studie erfarte at det var nyttig at de på samarbeidsmøtet fikk tips om hvordan de kunne legge til rette for læring ved å ta utgangspunkt i læringsutbyttene for praksis. I tillegg opplevde noen praksisveiledere at GREP-modellen gav dem støtte og avlastning i forhold til læringsutbytter som de opplevde som utfordrende å gi veiledning i.

Studentene erfarte at de gjennom GREP fikk en bedre forståelse av hva de ulike læringsutbyttene handlet om.

Fagkunnskaper formidles, diskuteres og erverves av studenter på profesjonsutdanningen og i praksisstudier gjennom situert læring (6). Det å oppleve sammenhengen mellom teori og praksis kan likevel være utfordrende (1, 4, 26, 27). Informantene i vår studie opplevde at GREP fremmet integrering av teori og praksis. Dette kan ha sammenheng med at studentene både før, under og etter gruppesamlingene ble utfordret til å reflektere over praksiserfaringer i lys av teori (23, 27), men det kan også henge sammen med at GREP ble ledet av gruppeveiledere fra både OsloMet og helsehusene. Berglund et al. (12) fant at når grupper ble ledet av en veileder fra en profesjonsutdanning og en fra praksis så støttet og utfylte de hverandre, og de fungerte som en fysisk bro mellom teori og praksis.

Politiske føringer fremhever at det er viktig med godt samarbeid mellom profesjonsutdanninger og praksisfeltet for å fremme integrering mellom teori og praksis (1, 3, 23). Informantene i vår studie opplevde at GREP-modellen hadde ført til et tettere samarbeid mellom ergoterapeututdanningen ved OsloMet og helsehusene. Flere mente at dette samarbeidet kan bli enda bedre hvis gruppeveileder fra OsloMet også er studentenes kontaktlærer. Dette har allerede blitt utprøvd på noen andre praksissteder, og erfaringene tilsier at dette kan være en god ordning.

Flere politiske føringer har påpekt at det er viktig å øke veilederes kompetanse for å sikre kvalitet og relevans i praksisstudiene. Disse anbefaler derfor at utdan-

ningsinstitusjonene tilbyr utdanning i studentveiledning (1, 23, 28). Ingen av praksisveilederne i vår studie hadde en slik veilederutdanning. Studien til Uppsata et al. (29) viste at ledere heller ikke er villige til å prioritere langvarige veilederutdanninger for sine ansatte. Flere praksisveiledere i vår studie kommenterte at gruppesamlingene for praksisveilederne i GREP-modellen hadde ført til at de følte seg styrket i rollen. Praksisveilederne i studiene til Danielsson et al. (15) og Andersson et al. (14) rapporterte lignende erfaringer. Det tyder på at det er viktig å kunne møtes i grupper for å utveksle erfaringer, få støtte og tilbakemeldinger, samt lære av erfarne veiledere og på den måten utvikle seg som praksisveileder. Dette er i tråd med antakelsene i den sosiokulturelle læringsteorien om at læring er distribuert mellom mennesker innenfor et fellesskap, og at kunnskap tilegnes og overføres gjennom kommunikasjon (6). Slike veiledningsgrupper kan gjerne suppleres med et coachingstilbud til praksisveiledere, for eksempel CAP-modellen, som er utviklet i tilknytning til GREP-modellen (24). Veiledningsgrupper bør likevel ses som et supplement til en etterutdanning i studentveiledning, ikke som en erstatning.

Noen praksisveiledere hadde på grunn av ressursmangel på arbeidsplassen ikke mulighet til å delta i faglig forum. Ved høyt arbeidspress har man en tendens til å prioritere klinisk arbeid på grunn av ulike politiske føringer og lovforpliktelser, samt mangelen på finansiering av ressursbruk til utøvelse av praksisveilederrollen. Dermed utfordres kvalitet og kapasitet i praksis (1, 23). Denne utfordringen har blitt formidlet

av praksisveilederne i flere andre studier (14, 16, 24). Det er derfor viktig at det utarbeides lovverk som sikrer både kvalitet og kapasitet i praksis.

Vår studie har flere begrensninger. GREP-modellen ble utprøvd på bare en type praksissted, helsehus på Østlandet. Resultatene fra denne studien kan derfor ikke uten videre overføres til andre typer praksissteder. I tillegg takket bare tre av ti studenter ja til å delta i fokusgruppen, hvorav to hadde vært i praksis på samme helsehus. Nyere litteratur anbefaler at en fokusgruppe bør bestå av mellom fire til seks personer for å oppnå best mulig gruppedynamikk og for å få fram nok variasjon i følelser, tanker, holdninger og erfaringer (17-19). Det er derfor uklart i hvilken grad studentenes erfaringer deles av de andre studentene som deltok i denne studien eller om vi har gått glipp av andre erfaringer i forhold til de belyste temaene. Av praktiske årsaker ble intervjuene gjennomført fire-fem måneder etter gjennomført praksisperiode, noe som kan ha ført til at viktig informasjon har gått tapt i mellomtiden. Det som styrker studien er at førsteforfatter som gjennomførte intervjuene og analysene, ikke var involvert i utvikling og gjennomføring av GREP-modellen, og dermed ikke ble påvirket av egne erfaringer med GREP-modellen.

Konklusjon

Vår studie viste at deltakerne erfarte at GREP-modellen hadde blitt en integrert del av praksisstudiet, kvalitetssikret praksisstudiet og hadde ført til tettere samarbeid mellom OsloMet og helsehusene. I tillegg følte praksisveilederne seg styrket i rollen som praksisveiledere. Resultatene

fra vår studie tyder også på at GREP-modellen imøtekommer flere kvalitetsindikatorer for praksisstudier (1). Det er likevel en utfordring at praksisveiledere ved høyt arbeidspress har en tendens til å prioritere klinisk arbeid framfor utøvelsen av praksisveilederrollen. Det er derfor viktig at det utarbeides lovverk som sikrer både kvalitet og kapasitet i praksis.

GREP-modellen innføres nå i praksisstudiene for alle andreårsstudentene på ergoterapeututdanningen ved OsloMet. Det trengs likevel mer forskning som setter søkelys på bruk av GREP-modellen i andre praksisperioder, på andre typer praksissteder og for profesjonsutdanninger med andre læringsutbytter for å få bedre innsikt i nytteverdien og effekten av GREP-modellen.

Takk

Takk til alle studenter, gruppeveiledere og praksisveiledere som deltok i prosjektet og informantene som delte verdifulle erfaringer med GREP-modellen. Vi vil også takke OsloMet og Sykehjems-etaten i Oslo for tildelte samarbeidsmidler. I tillegg vil vi takke prosjektets styringsgruppe og spesielt Ragnhild K. M. Høisæth for støtten i gjennomføringen av prosjektet.

Referanser

1. Universitets- og høgskolerådet. Kvalitet i praksisstudiene i helse- og sosialfaglig høyere utdanning: Praksisprosjektet. 2016. Retrievet from https://www.uhr.no/_f/p1/i0311e40a-4465-4a77-a3f3-565762627e15/2016-praksisprosjektet_sluttrapport.pdf
2. Benner P, Sutphen M, Leonard V, Day L. Å utdanne sykepleiere: behov for radikale endringer. Oslo: Akribe;

- 2010.
3. Meld. St. 13 (2011-2012). Utdanning for velferd - Samspill i praksis. Kunnskapsdepartementet. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/ac91ff2dedee-43e1be825fb097d9aa22/no/pdfs/stm201120120013000dddpdfs.pdf>
4. Melhus M, Jespersen LF. Kartlegging og utvikling av ergoterapistudentenes praksisstudier. Rapport fra samarbeidsprosjektet mellom ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og ergoterapeutene ved Oslo universitetssykehus HF (OUS) (Vol. 13): Høgskolen i Oslo og Akershus; 2014.
5. Jespersen LF, Celo C, Melhus M. Gruppeveiledning for ergoterapistudenter i praksis: GREP-modellen. Manual for gruppeveiledning i praksisemnene (Vol. 2): OsloMet - storbyuniversitetet; 2020.
6. Dysthe O. Sosiokulturelle teoriperspektiv på kunnskap og læring. In: Dysthe O, editor. Dialog, samspel og læring. 4 ed. Oslo: Abstrakt forlag; 2008. p. 33-72.
7. Illeris K. Læring. Oslo: Gyldendal akademisk; 2012.
8. Nymo AV. Utvikling av ergoterapifaglig kompetanse og identitet i praksis. In: Arntzen C, Gramstad A, Jentoft R, editors. Ergoterapi : mangfold og muligheter. Stamsund: Orkana akademisk; 2015. p. 65-81.
9. Angeltveit R, Evjen PJ, Haugen R. Coaching, utvikling og ledelse. Oslo: Akilles; 2006.
10. Flateland S, Kristiansen A, Söderhamn U. Sykepleiestudenters læring - Læring i praksis gjennom deltakelse i refleksjonsgruppe. Nordisk sykeplejeforskning. 2011;1(1):5-18.
11. Holmlund K, Lindgren B, Athlin E. Group supervision for nursing students during their clinical placements: its content and meaning. J Nurs Manag. 2010;18(6):678-88.
12. Berglund M, Sjögren R, Ekebergh M. Reflect and learn together – when two supervisors interact in the learning support process of nurse education. J Nurs Manag. 2012;20(2):152-8.
13. Carver N, Clibbens N, Ashmore R, Sheldon J. Mental health pre-registration nursing students' experiences of group clinical supervision: A UK longitudinal qualitative study. Nurse Educ Pract. 2014;14(2):123-9.
14. Andersson CS, Danielsson A, Hov R, Athlin E. Expectations and experiences of group supervision: Swedish and Norwegian preceptors' perspectives: Expectations and experiences of group supervision. Journal of nursing management. 2013;21(2):263-72.
15. Danielsson A, Sundin Andersson C, Hov R, Athlin E. Norwegian and Swedish preceptors' views of their role before and after taking part in a group supervision program. Nurs Health Sci. 2009;11(2):107-13.
16. Jespersen LF, Melhus M, Celo C, Ellingham B. Sammen er vi sterkere - utdanning og praksis hånd i hånd. Ergoterapeuten. 2016;59(2):30-8.
17. Wibeck V. Fokusgrupper: om fokuserade gruppintervjuer som undersøkingsmetode. 2 ed. Lund: Studentlitteratur; 2010.
18. Holloway I, Galvin K. Qualitative research in nursing and healthcare. Chichester: John Wiley & Sons; 2017 (4th ed.)
19. Lerdal A, Karlsson, B. Bruk av fokusgruppeintervju. Sykepleien forskning. 2009;2(3):172-5.
18. Richards L, Morse JM. Readme first for a user's guide to qualitative methods. 3 ed. Los angeles, Calif: Sage; 2012.
19. Kantardjiev K, Wiggen KS, Kristiansen E. Praksis sett fra studieprogramleders perspektiv. NOKUT; 2019. Report No.: 12/2019.
20. Sevenhuysen S, Farlie MK, Keating JL, Haines TP, Molloy E. Physiotherapy students and clinical educators perceive several ways in which incorporating peer-assisted learning could improve clinical placements: a qualitative study. J Physiother. 2015;61(2):87-92.
21. Helseth IA, Lid SE, Kristiansen E, Fetscher E, Karlsen HJ, Skeidsvoll KJ, et al. Kvalitet i praksis - utfordringer og muligheter. NOKUT; 2019. Report No.: 16/2019.
22. Mongs M, Jespersen LF, Torp A, Hansbø SE. "Jeg ønsker jeg hadde hatt dette tidligere da jeg var praksisveileder..." - utprøving og evaluering av et coachingtilbud til praksisveilederne. Ergoterapeuten. 2019;62(3):28-36.
23. Hauksdottir N, Sortland K. Læringsutbyttebeskrivelse, taksonomier og begreper som grunnlag for veiledning. In: Tveiten S, Iversen A, editors. Veiledning i høyere utdanning: en vitenskapelig antologi. Bergen: Fagbokforlaget; 2018. p. 50-63.
24. Zlatanovic T. Veiledning i læringsprosesser i helse- og sosialfaglige utdanninger - en litteraturoversikt. In: Tveiten S, Iversen A, editors. Veiledning i høyere utdanning : en vitenskapelig antologi. Bergen: Fagbokforlaget; 2018. p 21-35.
25. Bonsaksen T, Ellingham B. Klinisk resonnering i ergoterapi. Oslo: Man-koni media; 2017.
26. Universitets- og høgskolerådet. Veiledende retningslinjer for utdanning og kompetansevurdering av praksisveiledere i helse- og velferdstjenestene. 2018. Retrieved from https://www.uhr.no/_f/p1/i6d7c80b4-ff82-4c28-a7b2-47d2ea3d438d/ny_nettsversjon_veiledende_nasjonale_retningslinjer_for_praksisveilederutdanning_krav_til_praksisveilederes_kompetanse.pdf
27. Uppsata SE, Iversen A, Skommesvik S, Nordhaug M, Onstad RF, Haukland M, et al. I en akseptert skvis mellom systemkrav og kvalitetskrav? In: Tveiten S, Iversen A, editors. Veiledning i høyere utdanning: en vitenskapelig antologi. Bergen: Fagbokforlaget; 2018. p. 121-36.

Permobil
M5 Corpus

Mer av det meste

M5 Corpus® er mer enn en vanlig senterdreven rullestol. Unik komfort, perfekt stabilitet, *Active Reach* og høy seteløft kan gi deg noen av de fineste øyeblikkene i livet ditt.

Mix'n'match

Kombiner rullestolen din med vårt store utvalg av sitteputer, for eksempel ROHO® Quadtro Select® - en av de mest klinisk avanserte putene i ROHO-familien.

Vil du vite mer?

Finn mer informasjon her:



Møt oss også på vårens messer eller
kontakt oss på tlf. 67070400

permobil





NAVN:
Kamilla Kielsgaard
STILLING:
Kvalitets- og udviklingsmedarbejder i Nordfyns Kommune og Gæsteforsker ved The Person-centered Rehabilitation Research Group, OUH and SDU

Av Else Merete Thyness

Hvordan forbedre mulighederne for at mennesker med demens kan deltage i meningsfulde aktiviteter i institutionelle kontekster?

– Hvem er Kamilla Kielsgaard?

– Jeg er uddannet ergoterapeut i 2003, og har altid været meget optaget af ergoterapiens fokus på aktiviteter centralt i menneskets liv og betydning for helbredet. Jeg har været ansat både på sygehus og i kommuner, hvor jeg har været med til at udvikle den ergoterapeutiske praksis, og hvordan vi som ergoterapeuter kunne styrke vores faglighed ved at anvende vores aktivitetscentrerede praksismønstre og redskaber.

Da jeg gerne ville forbedre mine kompetencer til at arbejde med udvikling, valgte jeg i 2009 at sige mit job op og starte på universitetet for at læse sundhedsvidenskab. Jeg blev herefter ansat på Ergoterapeutuddannelsen på University College Lillebælt. Igennem mit job som lektor har jeg haft mulighed for at hjælpe studerende med at få en stærk professionsidentitet og en god rygsæk med ergoterapi med ud i deres arbejdsliv. Som lektor

har jeg også haft mulighed for at undervise på videreuddannelsesforløb for sundhedsfaglige praktikere, hvor flere kommuner har arbejdet med rehabilitering. I 2018 startede jeg på en ph.d.-uddannelse og udførte et studie, som havde til formål at evidensbasere en praksis til gavn for mennesker med demenssygdom. Dette var en meningsfuld aktivitet for mig, og har givet mig mod til at arbejde endnu mere med udvikling og forskning til gavn for praksis.

– Hva forsker du på?

– Min forskning handler at øge trivsel og sundhed gennem deltagelse i aktiviteter. Jeg har i mit ph.d.-projekt undersøgt, hvordan kan man forbedre mulighederne for, at mennesker med demens kan deltage i meningsfulde aktiviteter i institutionelle kontekster. Flere forskningsstudier har vist, at mennesker der lever med demens, er begrænset i at kunne engagere sig i meningsfulde aktiviteter, især mennesker med

moderat til svær demens. Det kan medføre nedsat livskvalitet, sundhed og trivsel. Der er forsket meget i meningsfuld aktivitet, men jeg fandt, at der manglede viden om, hvordan man konkret kan muliggøre, at mennesker med demens kan understøttes i at engagere sig i meningsfulde aktiviteter.

Ph.d.-projektet er udført i 2018-2021 som et aktionsforskningsprojekt i samarbejde med Svendborg kommune. Svendborg kommune åbnede i 2016 en demensby med en vision om at skabe en værdig hverdag for de borgere, der bor eller bruger demensbyens faciliteter.

Formålet med mit projekt var at udvikle, implementere og evaluere en evidensbaseret intervention der skulle øge mulighederne for at mennesker med demens kunne engagere sig i meningsfulde aktiviteter i Svendborg demensby. Det resulterede i MOED interventionen (The Meaningful Occupational Engagement Inter-

vention for people with Dementia). MOED er en aktivitetsbaseret intervention, der har fokus på den enkelte persons aktivitetsmæssige præferencer og ressourcer, og hvordan det omgivende miljø, herunder personalets praksis, kan tilrettelægges for at fremme deltagelse i meningsfulde aktiviteter.

– Hvilken forskningsartikel er den bedste du har læst og hvorfor?

– Der er heldigvis efterhånden rigtig mange forskningsartikler inden for ergoterapi og aktivitetsvidenskab af høj kvalitet, så det er et svært spørgsmål at svare på.

En artikel, som jeg dog er vendt tilbage til igen og igen og stadig kan lade mig inspirere af, er artiklen «Occupational Justice: A Conceptual Review» af Durocher, Gibson & Rappolt (2014). Artiklen undersøger hvordan begrebet aktivitetsmæssig retfærdighed (occupational justice) og de relaterede termer, for eksempel aktivitetsmæssig marginalisering, defineres i aktivitetsvidenskab. I et occupational justice-perspektiv anses det som værende en iboende trang hos mennesker at være i aktivitet, og at det har betydning for vores trivsel og sundhed. Derfor bør alle have lige ret til at engagere sig i ønskede og meningsfulde aktiviteter af betydning for trivsel og sundhed (helse). For mig, har artiklen betydet, at jeg har fået øje på, hvordan grupper af mennesker i samfundet, som for eksempel flygtninge eller mennesker med mental sygdom, ikke har samme aktivitetsmæssige muligheder, som resten af befolkningen. Begreberne har jeg anvendt i min forskning til at belyse, hvordan institutionaliserede rutiner og manglende forståelser har betydet at for eksempel mennesker med

demens ikke har mulighed for at engagere sig i meningsfulde aktiviteter, og hvilken betydning det har for deres sundhed og trivsel. I mit ph.d.-projekt viste resultaterne, at når MOED-interventionen blev fulgt, så kunne mennesker med selv svær demens engagere sig i meningsfulde aktiviteter og fik forbedret deres livskvalitet, sundhed og trivsel.

– Hva mener du vi trenger mere forskning om i ergoterapi?

– Der er mange områder og specialer, som stadig er udyrket land for ergoterapi. Fra mit perspektiv, som ansat i en kommune, ser jeg et stort behov for at lave mere implementeringsforskning særligt på det kommunale område. Aktionsforskning har været en meget brugbar tilgang i min forskning til at bygge bro mellem viden (teori og evidens) og praksis. På den måde er det lykkedes at evidensbasere praksis

for eksempel ved at udvikle personalets kompetencer og skabe nye rammer og arbejdsgange, men hvor interventionen tilpasses praksis, så det kan lade sig gøre i den specifikke kontekst og bliver en bæredygtig forandring.

Der findes efterhånden en masse modeller til at implementere evidens i praksis. I min forskningsgruppe fik vi sidste år publiceret bogen «Evidensbaseret praksis. Forskning, brugerperspektiv, praksisviden» (2021), som er en fagbog, der retter sig mod studerende og praktikkere inden for de social- og sundhedsfaglige professioner, som gerne vil have mere viden om emnet. I Danmark er der ikke stor tradition for at lave forskning med afsæt i kommunale problemstillinger, så jeg håber, at flere ergoterapeuter for mulighed for at lave forskning sammen med borgere og praktikkere i kommunerne.



MOED er en aktivitetsbaseret intervention, der har fokus på den enkelte persons aktivitetsmæssige præferencer og ressourcer.

Vil gjerne støtte ukrainske flyktninger

– Norske ergoterapeuter jobber for inkludering og deltakelse gjennom å tilrettelegge for aktivitet og mestring. Nå vil vi bidra til at flyktninger får hjelp til å komme i gang med kjente, viktige hverdagsaktiviteter, og at de får en ny normalitet og et nytt hverdagsliv, sier forbundsleder Tove Holst Skyer.

Av Else Merete Thyness

Hun sendte allerede 24. februar brev og støtteklæring til sin ukrainske kollega Olya Mangusheva.

– Olya var veldig takknemlig for solidaritet og støtte. Hun fortalte at det gav håp i den svært krevende situasjonen, sier Holst Skyer.

Forbundsstyret vedtok 10. mars å gi 25 000 kroner i solidaritetsstøtte til UNICEFs arbeid blant sivilbefolkningen i Ukraina.

– Vi ville gi vår støtte gjennom en av de godt etablerte hjelpeorganisasjonene. Valget falt på UNICEF fordi de har et tydelig fokus på barn og unge, forankret i FN-konvensjonen for barns rettigheter. Det er helt forferdelig at ukrainske barn og ungdommer har fått tryggheten og hverdagslivets rammer revet bort. UNICEF gir blant annet helsehjelp, psykososial hjelp, beskyttelse og aktivitets- og læringsmaterieil til traumatiserte barn og unge på flukt.

SOLIDARITETSMARKERING

15. mars tok International Trade Union Confederation (ITUC) og European Trade Union Confederation (ETUC) initiativ til en global solidaritetsdag for Ukraina. I Norge arrangerte LO, Unio og YS solidaritetsmarkering på Youngstorget denne dagen. Her deltok Ergoterapeutene.

– Det var flott å delta i en markering hvor et samlet lag av fagorganisasjoner sto sammen og viste avsky og fordømmelse mot det russiske angrepet på Ukraina. Jeg tenker at slike markeringer er viktige fordi de samler oss, er bevisstgjørende og forsterker den fellesskapsfølelsen som er en drivkraft i situasjoner som denne. I lang tid framover blir det behov for ekstraordinær innsats. Da skal det organiserte arbeidslivet bidra både gjennom trepartssamarbeidet og gjennom viktige samfunnsfunksjoner i møtet med ukrainske flyktninger.



LO, Unio og YS arrangerte solidaritetsmarkering på Youngstorget 15. mars.



Unni Steen, Anita Engeset, Tove Holst Skyer og Toril Laberg på solidaritetsmarkeringen.

Hun mener ergoterapeuter har mye å bidra med overfor flyktninger fra Ukraina.

- I begynnelsen handler det om å komme i gang med kjente hverdagsaktiviteter. Barn og unge skal oppleve trygghet og mestring i barnehage, skole og fritidsaktiviteter. Etter den første etableringsfasen vil arbeidslivet bli en viktig integreringsarena for voksne. Her kan ergoterapeuter bidra gjennom å legge til rette for arbeidsdeltakelse. Og så vet vi at regjeringen har åpnet for å evakuere inntil 550 pasienter som trenger medisinsk behandling. Noen er her allerede, og antallet kan komme til å økes i tiden framover. Mange av disse vil trenge ergoterapi, og jeg er stolt over vissheten om at våre medlemmer vil stille opp med kjernekompetansen som bidrar til mestring, aktivitet og deltakelse.

Hun håper myndighetene vil styrke finansieringen av helse- og velferdstjenestene.

- Rehabiliteringsetterselepet etter pandemien har hverken lagt seg eller utspilt alle sine konsekvenser. For at flyktningstrømmen skal kunne møtes på en god og forsvarlig måte, må tjenestene tilføres ressurser, sier hun.



- Jeg er stolt over vissheten om at våre medlemmer vil stille opp med kjernekompetansen som bidrar til mestring, aktivitet og deltakelse, sier forbundsleder Tove Holst Skyer.

Kunsten

er samspillet mellom
bruken av riktig tilbehør
og individuell tilpasning
for å oppnå best mulig
funksjonalitet.

medemagruppen

MC 1124 Low Rider - Godkjent for bruk i bil og er på kontrakt med Nav.
For mer informasjon gå til www.medema.no eller ring oss på 67 06 49 00.

Presseklipp

Ergoterapeuter er stadig å se i media. Her er et lite utvalg fra den siste måneden.

Av Else Merete Thyness

FREMOVER: 09.04.2022

Søskenpar utvikler robot for å gi eldre trygge dager hjemme

Ergoterapeut Trude Løvås Husjord og broren Per-Kristian Løvås har laget eget selskap som skal utvikle velferdsteknologi.

De har etablert selskapet Pinova AS som satser på velferdsteknologi i form av sensorer som skal passe på eldre som bor hjemme, og som sender varsel via telefon til pårørende dersom noe er unormalt i hjemmet.

– Vi er bare i begynnelsen av den lenge omtalte eldrebølgen. Det skjer samtidig som at antallet institusjonsplasser for eldre har gått ned, sier de.

Derfor har de utviklet en «robot» – egentlig en svart liten boks – som kobles opp mot sensorer, alt etter det som det skal passes på.

– De store aktørene i dette markedet satser helst på offentlige helsetjenester. Vi satser på privatmarkedet, sier Trude Løvås Husjord som er direktør i det nystartede selskapet.



Faksimile fra Fremover: Søskenene Trude Løvås Husjord og Per-Kristian Løvås har laget eget selskap som skal utvikle velferdsteknologi. Foto: Fritz Hansen

NYE TROMS, 08.04.2022

Nå skal alle 77-åringer tilbys hjemmebesøk

Alle målselvinger som fyller 77 i år vil få et brev i posten fra helsetjenesten i Målselv. Det er sykepleierne Gørill Tangen og Hege Dividal Skogstad, ergoterapeuten Carina Haugnes og fysioterapeuten Inger Sæterhaug som sender disse ut.

Formålet med brevet er å tilby alle 77-åringer innenfor kommunegrensa forebyggende hjemmebesøk som en tjeneste til de som ikke har helse- eller omsorgstjenester fra før av. De ønsker å forberede 77-åringene på resten av livet, med fokus på å tilrettelegge og støtte opp om en god alderdom i eget hjem så lenge som mulig.



Faksimile fra Nye Troms: Sykepleier Gørill Tangen (øvre venstre), sykepleier Hege Dividal Skogstad (nedre venstre), fysioterapeut Inger Sæterhaug (øvre høyre) og ergoterapeuten Carina Haugnes ønsker å besøke alle 77-åringer i Målselv.



ASSISTEP

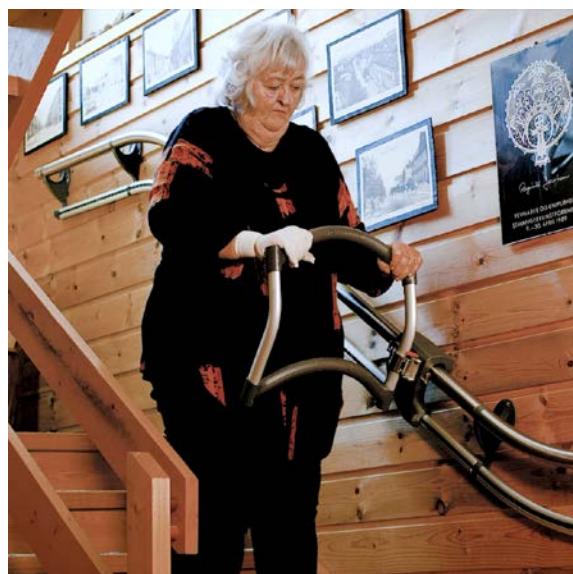
«Dette er en løsning vi kommer til å ha i mange år fremover»
- Andrea Elisabeth (71 år)

Bidrar til egenmestring og selvstendighet

- ✓ Fallsikring og støtte for å gå trappen selv
- ✓ Service-fri løsning som ikke bruker strøm
- ✓ Kan leveres til nesten alle typer trapper
- ✓ Norsk produksjon med rask leveringstid
- ✓ Forebygger fall i trapp
- ✓ Nå på rammeavtale hos NAV

Meld deg på webinar 19. mai!

I webinaret får du en innføring i hvordan AssiStep tilpasses ulike typer trapper og hvilke brukergrupper det kan være nyttig for. Meld deg på ved å scanne QR-koden eller ved å besøke hepro.no/assistep-webinar



 RING OSS PÅ
46 74 55 55

www.assistep.no

FORHANDLES AV

HEPRO

Rehabiliteringsprosessens humanistiske fordring

(HVOR INDIVIDUELL ER INDIVIDUELL PLAN)

Jeg har vært involvert i mange individuelle planer (IP) som har fungert etter sin hensikt. Samtidig har jeg opplevd situasjoner hvor jeg har spurt meg selv *hvor individuell egentlig en individuell plan er*. Eksempelet omhandler en samtykkekompetent ungdom, med en progredierende diagnose som påvirket hans motorikk.

Av Vegard Horne



Vegard Horne er universitetslektor ved bachelorprogrammet i ergoterapi ved Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT, Norges arktiske universitet.

Alle, også han, visste at han ikke ville bli mer enn kanskje tredve år gammel. Med meg hadde han satt seg et mål om å kunne åpne brusflasker selvstendig. Ved å mestre dette visste han at moren ikke trengte å hjelpe han. Når gruppen omkring den individuelle planen møttes, ble jeg av fastlegen hans spurt om hvordan jeg kunne la en overvektig ungdom lære seg å håndtere brusflaskene selvstendig? Idet jeg påpekte at dette var *hans mål*, ble jeg bare møtt med stillhet. Det viste seg etter hvert at ingen av målene i den individuelle planen var mål hovedpersonen hadde formulert selv. Det var heller ikke planlagt at han selv skulle delta i framtidige møter. Altså; en individuell plan uten noen form for individuell påvirkning. Jeg har mange flere slike eksempler og vil bare minne om at en individuell plan er en rettighet som skal inneholde enkeltpersonens mål.

Selv om man stadig har møtt på lignende situasjoner, har rehabiliteringsfeltet for meg vært det mest interessante å arbeide innen. Min daglige motivasjon var at man potensielt kunne bidra til opprettholdelse av enkeltmenneskets verdighet. Og det interessante var at pasientene eller brukerne hadde mål som

omhandlet å kunne utføre daglige aktiviteter som var viktige for dem som person. Det kunne for eksempel handle om å male, lage matretter, holde seg rene eller å handle på butikken. Dette gjaldt både barn, voksne og eldre. Det å ha utgangspunkt i enkeltmennesket egendefinerte ønsker og behov var det mest meningsfulle jeg personlig kunne gjøre.

Samtidig vet jeg at det finnes kolleger med et annet syn på hva rehabilitering skal være. Fagpersoner som mener at enkeltmenneskets egne mål kanskje er u hensiktsmessige å ta utgangspunkt i, da mange ikke vet sitt eget beste. Fagpersoner som mener at pasientene eller brukerne må veiledes til å forstå hva som egentlig er viktig. Jeg har alltid funnet en formynderisk, myk paternalisme utfordrende å forholde seg til. Jeg vil påstå at slike holdninger er uetiske og per definisjon i konflikt med rehabiliteringsprosessens hensikt. Jeg ønsker å framheve at enkeltmenneskets livsverdier skal være kjernen i rehabilitering, og det danner utgangspunktet for denne teksten.

HVA ER REHABILITERING OG HVA ER HUMANISME?

Først bør vi bli enige om noen sentrale begreper. For noen år

siden ble rehabilitering definert som en prosess som skulle «(...) *ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål.*» (1). Les sitatet på nytt, og spør deg selv om du, eller dine kolleger egentlig tar utgangspunkt i *den enkeltes mål*? Jeg mener utgangspunktet er godt og beskrivende for hva rehabilitering bør være. Samtidig er det flere som synes den gir *for mye makt til tjenestemottakeren*.

Beskrivelser over hva som bør være sentrale prinsipper for det vi nå omtaler som rehabilitering har eksistert over mange tiår. Det har gjennom tidene vært flere forsøk på å fange rehabiliteringens essens i noen få ord. Tidlig på 1960-tallet ble *attføring* definert som «(...) *det planmessige arbeid for å hjelpe uføre (funksjonshemmede) personer til å oppnå størst mulig selvhjelpenhet, normal beskjeftigelse og sosial tilpasning.*» (2). Læreboken sitatet er hentet fra, beskriver attføringsprosessen som en individuell prosess, men samtidig at målsetting omkring klienten er noe som utarbeides av ulike fagpersoner. Tretti år senere konstaterte psykologiprofessor Ivar Lie at ved å (...) *knytte rehabiliteringsmålene til personens egne ønsker har vi tatt konsekvensene av at rehabilitering dreier seg om valg av livsverdier.*» (3). Altså enkeltmenneskets valg av livsverdier, ikke fagpersonens råd om det gode liv. Lie satte dermed ord på det som senere ville bli mer regelen enn unntaket.

Et tiår senere ble rehabilitering for første gang i Norge behandlet som et overordnet begrep. Det ble da definert som tverrfaglige prosesser for «(...) *å gi nødvendig assistanse til brukeren sin egen innsats for å oppnå best moglege funksjons- og meistringsevne,*

sjølvstende og deltaking sosialt og i samfunnet.» (4). Altså er rehabilitering et felt som over relativt kort tid, har beveget seg fra å ta utgangspunkt i generelle målsettinger frembragt av fagpersoner, til å ta utgangspunkt i enkeltmennesket ønsker.

Wackerhausen (5) beskriver at humanismens utvikling fra renesansen og fram til vår samtid har noen sentrale kjennetegn. Det mest sentrale er respekten for individets autonomi, egenverdi og ukrenkelighet. Videre er det å tolerere menneskets unike perspektiv og muligheter for å forme sin egen tilværelse, humanismens kjerne. Menneskerettighetene er for øvrig noe man kan omtale som humanismens stentavle. Humanismen har enkeltmennesket som et mål i seg selv.

REHABILITERING SOM HUMANISTISK PROSESS

Rehabiliteringens og humanismens fokus på enkeltmenneskets egenverdi er selvsagt den største likheten. Jeg vil våge å påstå at rehabilitering er *humanisme satt i system*. Men hvorfor er det viktig i hele tatt å påpeke at humanisme er rehabiliteringens utgangspunkt? Hvis vi glemmer at enkeltmennesket er hva man innen rehabilitering faktisk tar utgangspunkt i, mister både fagpersonene og tjenestemottakerne seg selv.

Så spør du kanskje deg selv: hva med de menneskene som på grunn av funksjonsnedsettelser ikke kan konstruere sine personlige målsettinger? Da bør man selvsagt spørre seg hva de som kjenner personene best sier. Hva tror de personen ville valgt? Hvis det ikke er mulig å få tak på enkeltpersonens målsetting – kan man da per definisjon kalle det for rehabilitering?

Hvordan kan vi sikre at framtidens profesjonelle som arbeider innenfor rehabilitering tar utgangspunkt i enkeltmennesket – og som et minimum følger humanismens grunntrekk? Bør man for eksempel heller utdanne framtidens ergoterapeuter under institutt for humaniora enn for helse- og omsorg? Eller bør man allerede fra grunnutdanningene legge større vekt på enkeltmenneskets verdi innenfor rehabilitering og andre felt? Hvordan kan vi sikre at en individuell plan – virkelig er *ett individs plan*? Kan slike problemstillinger løses ved rehabiliteringens humanistiske fordring?

Referanser

- (1) Helsedirektoratet (2021). Rehabilitering (definisjon og lovforankring) [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (lest 30. mars 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/rehabilitering-habilitering-og-individuell-plan>
- (2) Gogstad, A.C. 1963. *Hva forstår vi ved attføring?* I: Sentralrådet for yrkesvalghemmede. Lærebok i attføring. Universitetsforlaget.
- (3) Lie, Ivar. 1989. *Rehabilitering. Prinsipper og praktisk organisering*. Gyldendal Norsk Forlag.
- (4) Regjeringen. 1998-99. St. meld. nr. 28. *Ansvar og meistring*.
- (5) Wackerhausen, Steen. 2002. *Humanisme, professionsidentitet og utdanning – i sundhedsområdet*. Hans Reitzers forlag.

Send debattinnlegg til:
emt@ergoterapeutene.org.
Merk mailen med **Debatt**.

SVAR TIL DEBATTINNLEGG I ERGOTERAPEUTEN 2-2022

Stiller vi spørsmål ved valg av «mørke» aktiviteter?

Innspillet til Vegard Horne og Even Elias Edvardsen, Motivasjon i «mørket», var tankevekkende og interessant. Det å utføre «mørke» aktiviteter kan gjøre at en har en følelse av autonomi og kontroll over egne valg i livet.

Av Susanne Grødem Johnson



Susanne Grødem Johnson er ergoterapeut og stipendiat ved Høgskolen på Vestlandet.

Jeg kom likevel til å tenke på at mennesker med alvorlig psykisk lidelse har redusert levealder i forhold til mennesker uten psykiske vansker (1). Det er mange grunner til dette, men en grunn som oppgis er at flere mennesker med psykisk vansker røyker (1). Blant annet er det dobbelt så mange mennesker med angst og depresjon som røyker enn den alminnelige befolkning (2). En viktig måte å forbedre folkehelsen til mennesker vil blant annet være å forebygge og redusere røyking (3).

Det er en viktig forutsetning i ergoterapi at alle mennesker har rett til selv å velge aktiviteter de ønsker å utføre. Brukermedvirkning og selvbestemmelse verdsettes høyt. Det er likevel et paradoks at forventet levealder er så mye lavere for mennesker med psykiske lidelser. Hvis vi ikke setter søkelys på røykeavvenning og mulighet til å stumpe røyken, gjør vi kanskje disse menneskene en bjørnetjeneste. Røykeslutt kan og skal aldri tvinges på noen, men tilbud og mulighet til å kunne gjøre denne endringen i livet bør i alle fall gis. Unngår vi å ta opp tematikken fordi vi er for opptatt av at alle har rett til å velge sine aktiviteter, inkludert de «mørke»?

Å utjevne helseforskjeller er viktig for ergoterapeuter, i tråd med Occupational Justice (lik rett til aktivitet, min oversettelse). For å bidra til å utjevne helseforskjeller må man ta tak i de bakenforliggende forskjellene, hvor levevaner, sosial støtte og andre miljøfaktorer har en direkte innvirkning på helse (3). Å hegne om at alle har rett til å velge sine egne aktiviteter, inkludert de «mørke» aktivitetene, er

viktig. Likevel bør vi iblant tørre å stille spørsmål ved valgene som tas, og legge til rette for mulighet til endring, for slik å bidra til å utjevne helseforskjeller i befolkningen.

Referanser

1. Thornicroft G. Premature death among people with mental illness. British Medical Journal Publishing Group; 2013.
2. Taylor GM, Baker AL, Fox N, Kessler DS, Aveyard P, Munafò MR. Addressing concerns about smoking cessation and mental health: theoretical review and practical guide for healthcare professionals. BJPsych advances. 2021;27(2):85-95.
3. Strand BH, Madsen C. Sosiale helseforskjeller i Norge, Folkehelse rapporten. Folkehelseinstituttet; 2018.



Send debattinnlegg til: emt@ergoterapeutene.org.
Merk mailen med **Debatt**.

Vegard Horne og Even Elias Edvardsen stilte spørsmål om det burde være opp til hver enkelt å vurdere hva man har lyst til å gjøre, uavhengig om aktiviteten er helsebringende eller ikke.

Stilling ledig som fagsjef i Ergoterapeutene

Norsk Ergoterapeutforbund, med kortnavnet Ergoterapeutene, er fagorganisasjonen for ergoterapeuter i Norge. Ergoterapeutene er en tydelig og framtidsrettet fagorganisasjon som er pådriver i utvikling av ergoterapifaget, yrkesrollen og rammebetingelsene for medlemmenes yrkesutøvelse. Bruker- og medlemsmedvirkning og samfunnets utfordringer er sentrale begreper i vårt arbeid.

Ergoterapeutene har 4500 medlemmer i kommuner, sykehus, offentlig forvaltning og i en rekke andre virksomheter. Forbundskontoret har 10 ansatte og en lønnet forbundsleder. Vi holder til i trivelige lokaler sentralt i Oslo. Ergoterapeutene er medlem av Unio.

FAGSJEF

Ergoterapeutene har ledig stilling som fagsjef fra høsten 2022. Fagsjefen leder Ergoterapeutenes arbeid med fagpolitikk, som er grunnlaget for deltakelse og inkludering av alle. Fagsjefen er sentral i forbundets arbeid med å formidle ergoterapeuters kjernekompetanse som en forutsetning for å løse samfunnets utfordringer. Prioriteringer og utvikling er styrt av Ergoterapeutenes program, budsjett og handlingsplaner. Oppgavene løses i tett samarbeid med forbundsledelsen, regionstyrene, tillitsvalgte, medlemmer og ansatte i sekretariatet.

Fagsjefen bidrar til grunnlaget for politikkutforming og gir innspill til politisk ledelse og forbundsstyret i politiske høringer og i prioriteringer av forbundets arbeid med ergoterapifaget.

Fagsjefen må være oppdatert på nasjonal og internasjonal utvikling av ergoterapifaget og videreformidle kompetanse gjennom forbundets kanaler.

FAGSJEFENS OPPGAVER

- være pådriver for at ergoterapeuters kjernekompetanse blir anvendt og verdsatt
- styrke medlemmenes kjernekompetanse i ergoterapi
- lede arbeidet med prioritering og gjennomføring av forbundets ergoterapifaglige oppgaver
- legge til rette for faglig og fagpolitisk erfaringsutveksling og nettverksbygging
- samarbeide med alle ledd i Ergoterapeutene
- samarbeide med andre organisasjoner og fagmiljøer, nasjonalt og internasjonalt

- samarbeide med ergoterapeututdanningene og lede arbeidet med WFOTs kvalitetssikring av utdanningene

NØDVENDIGE KVALIFIKASJONER

- ergoterapeut med relevant mastergrad
- solid kjernekompetanse i ergoterapi og dybdekompetanse på flere fagområder
- erfaring med fagutvikling og prosjektledelse
- kunnskap om – og interesse for – politiske prosesser
- gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
- fleksibel og kan håndtere raske endringer i planer, samt verdsette rutineoppgaver
- god kompetanse og høy grad av interesse for digitale løsninger

FAGSJEFEN BØR HA

- ledererfaring
- veiledningskompetanse
- erfaring med organisasjonsarbeid

ERGOTERAPEUTENE KAN TILBY

- varierte, utfordrende og kvalifiserende arbeidsoppgaver
- stimulerende, hektisk og trivelig arbeidsmiljø
- lønn etter kvalifikasjoner
- god, lokal tariffavtale
- pensjonsordning i KLP og forsikringsordninger

Personlig egnethet vil bli vektlagt.

For mer informasjon om forbundet se www.ergoterapeutene.org.

For opplysninger om stillingen, kontakt generalsekretær Toril Laberg, telefon 48 252 484.

Søknad med CV sendes post@ergoterapeutene.org innen **15.5.2022**



Idealister – ja, de finnes

Randi Wågø Aas har et selvoppnevnt samfunnsoppdrag: Å jobbe for at ny kunnskap blir tatt i bruk. – Alt for mye forskning når aldri ut til praksisfeltet, sier hun.

Av Else Merete Thyness

Hennes viktigste arena for dette arbeidet er selskapet «Sense of Science» som hun grunnla i 2013, da under navnet «Presenter».

– Sønn som det fungerer i dag kan det ta mange år fra forskningsresultater foreligger til samfunnet drar nytte av dem, sier hun.

Gjennom «Sense of Science» jobber hun med kunnskapstranslasjon som nettopp handler om å omsette og overføre forskning til praksis.

– Kunnskap som er utviklet gjennom forskning må få en utforming som gjør den lett forståelig og anvendbar for de som jobber i praksisfeltet. Gjennom «Sense of Science» oversetter vi forskning fra store kunnskapsoppsamlinger publisert internasjonalt, slik at innholdet fra flere hundre årsverk med forskning kan tilegnes på fem til 15 minutter. Hovedutfordringen er ikke at vi mangler forskning, det er å sørge for at den som finnes blir anvendt.

NASJONALT FAGRÅD FOR ARBEID OG HELSE

Wågø Aas er særlig opptatt av folkehelse og arbeidshelse, og de siste årene har hun sittet i Nasjonalt fagråd for arbeid og helse. Rådet er tilknyttet både Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet, som driver sekretariatet for rådet. Mange følger møtene som observatører, både fra praksis, departement og direktorat. Av de fjorten medlemmene i rådet er det to ergoterapeuter: Anita Dyb Linge og Randi Wågø Aas selv.

– Rådet er tverrfaglig og har medlemmer både fra forsknings- og praksisfeltet. Mandatet vårt er å gi faglige råd i saker som vi får av disse to direktoratene, eller vi fremmer saker selv som vi ønsker å diskutere, forklarer hun.

Hun forteller at en av sakene de jobbet med i 2021 var utformingen av pakkeforløp for kreft.

– De 30 pakkeforløpene for kreft er naturlig nok konsentrert om me-

disinsk behandling, men de mangler tverrfaglighet og at pasienten blir vurdert og fulgt opp i forhold til arbeidsdeltakelse. Her har vi foreslått konkrete tekster som vi ønsker inn i pakkeforløpene. Vi vil ha fokus både på arbeidsdeltakelse og på mer tverrfaglighet.

Et tema for det neste møtet er NAVs tiltak og virkemidler for sykmeldte. Her skal rådet diskutere om det er behov for en ny tiltakspakke, og hva som eventuelt bør være innholdet i den.

– Mange sykmeldte vil ha stor nytte av en tilbakeføringskoordinator. Forskning viser at mangel på samhandling, samarbeid og koordinering mellom den sykmeldte, arbeidsgiveren og aktører i helse- og velferdstjenestene kan forsinke tilbakeføringen til arbeidet. I flere land har de egen utdanning for denne type koordinatorene, sier hun.

Et annet viktig element er at sykmeldte trenger kvalifisert arbeidsplassvurdering.

– I en kunnskapsbasert oppføl-

«Jeg skulle ønske at alle ergoterapeuter hadde et stadig kompetansebein som het arbeidsdeltakelse»

Randi Wågø Aas

ging av sykmeldte har arbeidsplassvurdering og -tilrettelegging en helt sentral plass.

De har også sett på andre tiltak som forskning viser at har effekt, som for eksempel Jobbmestrende oppfølging (IPS), som er en form for Arbeid med bistand.

– Dette er saker vi vil ta opp på neste møte, og som vil danne basis for våre råd til den nye tiltakspakken fra NAV til sykmeldte. Vårt arbeid i fagrådet får helt konkrete konsekvenser, forsikrer hun.

Hun poengterer at det er et stort potensial for ergoterapeuter innenfor arbeidshelse.

– Det har blitt en økende erkjennelse for behovet for kompetanse på aktivitet og deltakelse, som nettopp er vår kjernekompetanse. En av mine ambisjoner er at alle langtidssykmeldte skal få en skikkelig kunnskapsbasert arbeidsplassvurdering. Her er det et klart behov for den kunnskapen ergoterapeuter besitter.

HVA NÅ?

I tillegg til å lede «Sense of Science» og inneha rollen som medlem i Nasjonal fagråd for arbeid og helse er Randi Wågø Aas professor ved både Universitetet i Stavanger og OsloMet. Ved OsloMet leder hun blant annet forskningsprosjektet «NOW WHAT-2», som utfordrer hvordan tjenester til sykmeldte blir designet, organisert og tilbudt, og som setter søkelyset på hvordan den sykmeldte selv kan lede sin egen tilbakeføringsprosess.

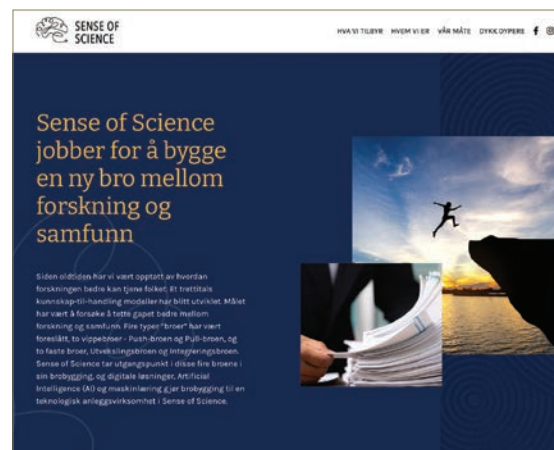
– Internasjonal forskning viser at 10-20 prosent av sykmeldte står

for 80-90 prosent av sykefraværet. Prosjektet blir kalt «Hva nå?» fordi mange personer som har vært lenge borte fra arbeid, kan ha behov for en re-start og spørre seg selv: «Hva nå?» Mange trenger også hjelp til å rydde i hva som er helsebarrierer og hva er deltakelsesbarrierer og få bistand til å bygge ned disse barrierene slik at de kan gjenoppta arbeidet. Men vi utfordrer også tjenestene med det samme spørsmålet - «Hva nå?». OBS-programmet som vi tester i dette prosjektet er utviklet gjennom mange års forskning, og søker å forsterke det som vi ikke gjør nok av i dag.

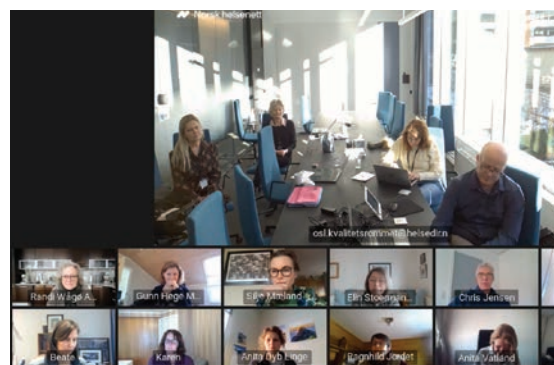
JEG HAR EN DRØM

Randi Wågø Aas drømmer om at alle ergoterapeuter som jobber med voksne i kommuner og sykehus, skal ha mer kompetanse på arbeidshelse og har nylig lansert workwise, en kunnskapstjeneste innen arbeidshelse.

– Ergoterapeuter fokuserer for mye på mestring i hjemmet og for lite på arbeid. Jeg skulle ønske at alle ergoterapeuter hadde et stadig kompetansebein som het arbeidsdeltakelse. Vi vet at psykiske symptomer reduseres gjennom deltakelse i arbeidslivet, ja at arbeid gir helse. Det er ikke nok at vi jobber med hvordan folk skal komme seg over dørstokken hjemme – vi må også fokusere på hvordan de skal komme seg over dørstokken på jobben. Det å kunne gi folk en kvalifisert skreddersydd arbeidsavklaring, er en viktig oppgave for alle ergoterapeuter som jobber med voksne.



Gjennom «Sense og Science» jobber Randi Wågø Aas for å bygge bro mellom forskning og samfunn.



Nasjonalt fagråd for arbeid og helse gir faglige råd til Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet.

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

Ergoterapeutenes nettbaserte kurs



Vi minner om at Ergoterapeutene har tre nettbaserte kurs. Alle de nettbaserte kursene er gratis for medlemmer.

Deltakelse og mestring for eldre har hovedfokus på ergoterapeuters bidrag til kvalitetsreformen Leve hele livet, det vil si kommunehelsetjenesten og eldre. Kurset har fem moduler.

Alle skal kunne delta – ergoterapeuters bidrag til bærekraftige helsetjenester er et kurs som tar utgangspunkt i ergoterapeuters kjernekompetanse og er relevant for alle ergoterapeuter, uavhengig av fagområde og nivå i helsetjenesten. Kurset har fem moduler.

Ergoterapi til barn og unge har som formål å synliggjøre ergoterapeuters kjernekompetanse knyttet til barn og unge. Kurset har fire moduler.

Kursene består av moduler, hver meritterende med seks timer til ergoterapispesialist.

Hver modul består av videoforelesninger og litteratur som selvstudium og refleksjon i nettverksgrupper. Løpende påmelding, ingen påmeldingsfrist.

Mer informasjon: <https://ergoterapeutene.org/nettkurs/>





DIGITALT KURS I ADL-TAXONOMIEN

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

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

Kurset er meritterende med 20 timer til ergoterapispesialist.

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

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Ergoterapeutene

Sted: Digitalt

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org, **innen 1. oktober 2022**

Tid: Oppstart 17. oktober 2022

Livearrangement på Teams 31. oktober 2022

Livearrangement på Teams 21. november 2022

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



1. BEHANDLING/TRENING
0330
HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING
CYPROMED AS

Vikaveien 17,
2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 44 33, fax: 62 57 44 34

wes@cypromed.no

www.cypromed.no

Elektriske varmhjelpemidler for alle.

MINITECH AS

Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad

Tlf.: 62 57 78 00, fax: 62 57 77 51

mail@minitech.no

www.minitech.no

Elektriske varmhjelpemidler til barn og voksne

0333
ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKKFOREBYGGENDE HJELPEMIDLER
BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

TOGEMO AS

Halsetveia 18, 2320 Furnes

Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11

post@togemo.no

www.togemo.no

Dekker alle behov for trykkavlastning

0348
BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR
BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

0606/0612/0618 ORTOSER
OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo

Tlf.: 23 14 26 00, fax: 23 14 26 56

info@ottobock.se

www.ottobock.no

Ortoser blir bra!

0630
PROTESER
NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad

Tlf.: 62 57 44 44, fax: 62 57 44 45

nto@ortonor.no www.ortonor.no

Spesialist i armproteser.

3. PERSONLIG STELL OG KLÆR
0903
KLÆR OG SKO
ØYTEX AS

6917 Batalden

Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77

post@oytex.no

www.oytex.no

Uteklær for rullestolbrukere

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no

www.ovrebo.no

Arcona tørkler, Arcona smekker

0909
HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING
0912
HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK
BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

Funksjonsutstyr AS

Martin Linges vei 25

0692 OSLO

Tlf: 23 38 00 00

Epost: firmapost@funksjonsutstyr.no

www.funksjonsutstyr.no/

0912 B
HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK
BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

0933
HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING
BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60

post@bardum.no

www.bardum.no

ERGOGRIIP AS

Skeistøa 199, 5217 Hagavik

Tlf.: 92209399

aase.rokne@ergogrip.no

www.ergogrip.no

Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer

servanter

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Corpoform badeputer

0933 B
HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING
BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no

www.ovrebo.no

Corpoform badeputer

Y 1
YRKESKLÆR/SKO
4. FORFLYTNING
1203/1206
GANGHJELPEMIDLER
BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

Easywalk

Tlf 64808062

post@easywalk.no

www.easywalk.no

FOLLO FUTURA AS,

Brekkeveien 43, 1430 ÅS

Tlf: 64 94 21 65

www.follo-futura.no

Gåbord

1218
SYKLER
ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

Sykler - man. og el.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

1221
RULLESTOLER - MANUELLE OG ELEKTRISKE
ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

Rullestoler - man. og el.

PERMOBIL AS

Grorudveien 55

0976 Oslo

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

firmapost@permobil.com

www.permobil.com

OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

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

Kr. 1.210,- per år for fire linjer for første produktgruppe. Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

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

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

– PRODUKTREGISTER –

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no

www.ovrebo.no

Ers Roltec BOA2

1221 B

RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

PERMOBIL AS

Grorudveien 55

0976 Oslo

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

firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo

post@picomedmobility.no

www.picomedmobility.no

1224

TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

PERMOBIL AS

Grorudveien 55

0976 Oslo

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

firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no

www.ovrebo.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona benløfter og Arcona løftestropp

1236

LØFTEHJELPEMIDLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60

post@bardum.no

www.bardum.no

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

Tlf.: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17

post@hcn.no

www.hcn.no

Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten gjennomgående skinne

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no

www.ovrebo.no

Arcona benløfter

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGING

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no

www.ovrebo.no

iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT armstøtte

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

1803

BORD

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal

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

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no

www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

1812

SENGER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE TILSATSER TIL MØBLER

1818

STØTTEANORDNINGER

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1821

DØR-, VINDUS- OG GARDIN- ÅPNERE/-STENGERE

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEISER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar

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

www.accesstrappeheiser.no

eva@accessvital.no

Heiser: Løfteplattformer,

Trappeheiser og Ramper

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no

www.ovrebo.no

Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra individuelle behov

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/ VARSLING

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

2103

OPTISKE HJELPEMIDLER

2109

TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no

www.abilia.no

2110 KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no

www.abilia.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60

post@bardum.no

www.bardum.no

- PRODUKTREGISTER -

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450

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

MYLIFEPRODUCTS AS

Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo
Tlf.: 92631425

post@mylifeproducts.no
www.mylifeproducts.no

Vestfold Audio AS

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

1527

IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no

www.abilia.no

GN RESOUND AS

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

www.gnresound.no

PICOMED AS

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

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Vestfold Audio AS

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

2139

LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GN RESOUND AS

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

www.gnresound.no

Vestfold Audio AS

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

2142

SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS

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

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no

www.bardum.no

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450

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

GN RESOUND AS

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

www.gnresound.no

Vestfold Audio AS

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

2144

GYNGETERAPI

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51

post@picomed.no

www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.

2145 Høreapparater

2146

HØRSELTEKNISKE HJLPEDMIDLER

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2147

SOVEHJELPEMIDLER

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51

post@picomed.no

www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no

www.ovrebo.no

Kastanjedyngen, Arcona posisjoneringssputer,
Askle posisjoneringssputer

2148

VARSLINGSHJELPEMIDLER

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450

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

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no

www.abilia.no

GN RESOUND AS

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

www.gnresound.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51

post@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Varsling

Vestfold Audio AS

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

2149

POSIJONERINGSPUTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60

post@bardum.no

www.bardum.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no

www.ovrebo.no

Arcona posisjoneringssputer,

Askle posisjoneringssputer

2151

ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no

www.abilia.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51

post@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2221

BETJENINGSHJELPEMIDLER IKT

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450

E-post: mona@cognita.no

www.cognita.no

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS
Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar
Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01
access@access-gruppen.no
www.accessgruppen.no
Dørautomatikk. Omgivelsesk kontroll.
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no
www.picomed.no
Omgivelsesk kontroll/fjernstyring.

2418

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

ABILIA AS
Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no
www.abilia.no
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no
www.picomed.no

3003

LEKER

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

3006

SPILL

BARDUM AS
Tlf.: +47 64 91 80 60
post@bardum.no
www.bardum.no

3009

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

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

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

BAMSE PRODUKTER AS
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.
KRABAT AS
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel, Krabatskjerf, sikleskjerf

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

BAMSE PRODUKTER AS
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS
Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no
www.abilia.no
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Posisjonering og trening for små og store barn.
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no

B.ROL

ROLLATORER

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50,
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona barneseng, Arcona reiseseng

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

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

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER
Strandgt. 123, 4307 Sandnes
Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68
www.hana-holmens.no
Leire for modellering, formingsartikler.
BAMSE PRODUKTER AS
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no
www.picomed.no
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne), Wellness Nordic Gyngestolen.
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no
www.ronda.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no
www.ovrebo.no
Stimulering/Sansemotorikk, Kastanjedynen

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no
KRABAT AS
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no
www.krabat.no
Krabat trioBike, transportsykkel

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

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



Aktivitet vil si alt mennesker gjør i hverdagslivet som er meningsfullt, viktig og/eller nødvendig.



Les hele artikkelen om barns utvikling og tilrettelegging.

Alle barn har rett til aktivitet

Alle barn har rett til deltagelse, aktivitet og inkludering på alle hverdagslivets arenaer. Barn og unge utvikler seg og lærer gjennom lek og aktivitet i samspill med sine fysiske og sosiale omgivelser.

Tilrettelegging for aktivitet og deltagelse

Et barn med nedsatt funksjonsevne utvikler seg ofte mer ujevnt enn andre barn. Når barn ikke kan følge den naturlige utviklingen, kan hjelpemidler bidra til trening, stimulering og mestring i barnets daglige aktiviteter. De første problemområdene foreldre opplever knyttes til spising, kommunikasjon, sitte, stå, gå, forflytning og hygiene.

Hjelpemidler for deltagelse i samfunnet

Hjelpemidler bidrar til å støtte barns utvikling og gi opplevelse av mestring og deltagelse. Barn forandrer seg, og det må omgivelsene og hjelpemidlene også gjøre.

(Kilde: kunnskapsbanken.net)

Vi i Bardum er her for å dele vår fagkunnskap og gi råd om våre produkter - så kontakt oss gjerne!

Bardum