Alle skal kunne delta

ERGOTERAPEUTERS KJERNEKOMPETANSE

ergoterapeutene

Yrkesetiske retningslinjer

Hensikten med yrkesetiske retningslinjer er å beskrive profesjonsutøvelsens handlinger og verdier som Norsk Ergoterapeutforbund forventer og mener at ergoterapeuter skal følge. En profesjonell ergoterapeut viser en kombinasjon av kunnskap, ferdigheter og holdninger som kontinuerlig er under utvikling gjennom etisk og faglig refleksjon over profesjonsutøvelsen.

Ergoterapeuten

→ tar samfunnsansvar basert på befolkningens rett og mulighet til aktivitet og deltagelse i hverdagslivet.

→ ivaretar faglig kvalitet og forsvarlighet.

→ respekterer rettighetene til tjenestemottakere og tar utgangspunkt i deres behov, ønsker og interesser.

→ viser forståelse for pårørendes situasjon og tar hensyn til den betydningen disse har i tjenestemottakeres liv.

→ fremmer samarbeid med kolleger og andre samarbeidspartnere.

→ følger opp sine forpliktelser overfor arbeidsgivere/oppdragsgivere.

→ ivaretar etiske krav og hensyn i sin forskningsvirksomhet.

Les mer om Ergoterapeutenes profesjonsetikk på www.ergoterapeutene.org

Innhold

Side 5 Dette kan vi

Side 7 Alle skal kunne delta

Side 9 Samfunnet og ergoterapi

Side 10 Utfordringer med aktivitet og deltakelse

Side 12 Løsninger på utfordringene

Side 15 Ergoterapeuters kjernekompetanse

Side 16 Deltakelse og inkludering

Side 17 Person, aktivitet og omgivelser

Side 18 Person

Side 20 Aktivitet

Side 22 Omgivelser

Side 24 Samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser

Side 26 Referanser

Dette kan vi

Ergoterapeuter er eksperter på meningsfull aktivitet og deltakelse. Ergoterapeuter fremmer aktivitetsutførelse, tilrettelegger aktiviteter og utvikler inkluderende omgivelser for at flest mulig skal oppleve deltakelse og tilhørighet. *Ergoterapeuters kjernekompetanse* beskriver ergoterapeuters kjerneoppgaver for å løse samfunnets helse- og velferdsutfordringer.

Norsk Ergoterapeutforbund ga ut *Kompetanser i ergoterapi* i 2011 (1) og *Ergoterapeuters kjernekompetanse* er en revidert og oppdatert utgave. Revideringen er gjennomført i samarbeid mellom Norsk Ergoterapeutforbund og alle ergoterapeututdanningene i Norge. Revideringen er basert på en felles forståelse av ergoterapeuters kompetanse og fagets rammeverk. Den er videre fundert på litteratursøk i nasjonale og internasjonale faglige og politiske dokumenter. Samarbeidspartene har også utarbeidet felles læringsutbyttebeskrivelser for ergoterapeututdanningene i Norge, som må sees i sammenheng med *Ergoterapeuters kjernekompetanse*.

Ergoterapeuters kjernekompetanse og *yrkesetiske retningslinjer* utgjør til sammen Norsk Ergoterapeutforbunds *samfunnskontrakt*.

Kompetansebeskrivelsene danner grunnlag for:

- kommunikasjon med politikere, myndigheter, beslutningstakere og medarbeidere.
- kommunikasjon med brukergrupper spesielt og befolkningen generelt.
- opprettelse av stillinger og lønnsforhandlinger.
- innføring i ergoterapi.
- WFOT-godkjenning av norske ergoterapeututdanninger.
- Norsk Ergoterapeutforbunds politikk.

Arbeidsgruppas deltakere:
Astrid Vekve Nymo, UiT Norges arktiske universitet, Tromsø
Janne Marita Alvestad Liaaen, NTNU, Trondheim
Guri Einbu, NTNU, Gjøvik
Daniel Lee, VID vitenskapelige høgskole, Sandnes
Dorte Lybye Norenberg, Høgskolen i Oslo og Akershus
Susanne Grødem Johnson, Høgskulen på Vestlandet, Bergen
Anita Engeset, Norsk Ergoterapeutforbund
Solrun Nygård, Norsk Ergoterapeutforbund
Toril Laberg, Norsk Ergoterapeutforbund

Ergoterapeuters kjernekompetanse er godkjent i Profesjonsrådet for ergoterapi og ortopedingeniørutdanning og i forbundsstyret for Norsk Ergoterapeutforbund.

Oslo, 1. november 2017

Nils Erik Ness
Forbundsleder

Alle skal kunne delta

Kompetanse beskriver profesjonelle handlinger og atferd som kreves i yrkes- og samfunnsmessig sammenheng. Kompetanse inkluderer integrering av vitenskapelig kunnskap, ferdigheter og etisk refleksjon. Norsk Ergoterapeutforbund mener at ergoterapeuters kompetanse skal knyttes til samfunnets helse- og velferdsutfordringer, jamfør Nasjonal kompetansestrategi 2017–2021 (2).

Norsk Ergoterapeutforbund mener at meningsfull aktivitet og deltakelse er helsefremmende, og at helsen påvirkes av og skapes i omgivelsene og bidrar til opplevelse av sammenheng i livet. Helse er dermed langt mer enn fravær av sykdom. Ergoterapeuter bidrar til å finne løsninger når det oppstår et gap mellom helse og hverdagens krav. Ergoterapeuter ser etter ressurser samt løsninger og arbeider for å hindre uønskede konsekvenser av sykdom eller skade, og bidrar til å lukke gapet, jamfør Gapmodellen (3).

Målet med ergoterapi er deltakelse og inkludering. I dette dokumentet beskrives ergoterapeuters kjernekompetanse for å nå målet. Vi har valgt begrepet *kjernekompetanse* for *spesifikk ergoterapikompetanse*. Generell kompetanse, slik de er definert i nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk (4), er ikke inkludert i *Ergoterapeuters kjernekompetanse*, fordi de er tverrfaglige og ikke spesifikke for ergoterapeuter.

Ergoterapeuter bidrar med solid, generell kompetanse innen
- Løsningsrettet praksis
- Kunnskapsbasert praksis
- Samarbeidsorientert praksis

Studenter oppnår kompetanse i ergoterapi ved fullført grunnutdanning i ergoterapi. Ergoterapi er en treårig profesjonsbachelor som tilbys på fem høgskoler og universiteter i Norge, fordelt på seks studiesteder. Formålet med utdanningen er å utdanne reflekterte, brukerorienterte og selvstendige yrkesutøvere som kan inngå i tverrfaglig samarbeid. Utdanningene er vitenskapelig forankret, basert på nasjonal og internasjonal forskning.

> Målet med ergoterapi er deltakelse og inkludering.

For å jobbe i Norge må ergoterapeuter ha autorisasjon fra Helsedirektoratet. Ergoterapeuter arbeider både med personer, grupper, befolkningen og med samfunnssystemer, på alle nivåer og områder. Mange ergoterapeutstillinger er knyttet til helsefremming, forebygging, behandling, habilitering og rehabilitering. Ergoterapeuter har ulike stillingstitler i offentlige, private og ideelle organisasjoner.

Samfunnet og ergoterapi

Samfunnets helse- og velferdsutfordringer påvirker innbyggernes muligheter til deltakelse og tilhørighet, samt våre muligheter til mestring av aktiviteter på ulike arenaer, i ulike livssituasjoner og uansett alder.

Ergoterapeuters kjernekompetanse skal bidra til å løse samfunnets helse- og velferdsutfordringer. Ergoterapeuter må derfor være kjent med de nasjonale og lokale utfordringene, og anvendelse av egen kompetanse kan dermed endre seg over tid.

I dette kapitlet presenteres kort de aktuelle utfordringene som ergoterapeuter kan bidra til å forbygge, løse eller kompensere for.

> Ergoterapeuters kjernekompetanse skal bidra til å løse samfunnets helse- og velferdsutfordringer.

Utfordringer med aktivitet og deltakelse

Helsetilstanden i den norske befolkningen er god, og Norge har gode helse- og velferdstjenester. Likevel er det flere utfordringer knyttet til helse i Norge.

Demografi
Norge står overfor store demografiske endringer i årene framover (5). Flere eldre og høyere levealder fører til flere gode leveår og en generasjon med ressurser som bidrar til samfunnsutvikling. Økt alder gir også økt forekomst av sykdommer og funksjonsnedsettelser. Samtidig med økning i antall eldre er det en lavere vekst i de yngre aldersgruppene. Det tvinger frem nye løsninger på tjenester, fordi dagens bemanningsnivå og løsninger ikke er bærekraftige. Ergoterapeuter bidrar til faglig omstilling og ressursutløsing ved å bringe metoder for mestring, kompenserende teknikker og velferdsteknologi inn i tjenestene.

Psykisk helse og rus
De største helseutfordringene, i omfang og kostnader, er knyttet til psykiske helseplager og muskel og skjelettplager (6,7). De vanligste psykiske sykdommene er angst, depresjon og rusrelaterte lidelser. Hver fjerde nordmann vil få en angstlidelse i løpet av livet, hver femte en depresjon og ca. en av ti får problemer med rus eller avhengighet. Mange personer med psykiske lidelser har også rusproblemer (6).

Psykiske lidelser og rusproblemer topper statistikken over årsaker til tapte arbeidsår, fordi helseproblemene kan opptre tidlig i livet og varer over lang tid (6). Det omhandler et stort antall personer i arbeidsfør alder og er en stor helseutfordring i Norge.

Andre ikke-smittsomme sykdommer og livsstilssykdommer
Muskel- og skjelettsykdommer er den største diagnosegruppen innen ikke-smittsomme sykdommer. Muskel- og skjelettsykdommer rammer flest og koster mest, selv om de fleste tilstandene ikke medfører betydelig overdødelighet (8). I Norge er diagnosegruppen muskel- og skjelettsykdommer de vanligste årsakene til sykefravær og uførhet (9).

Livsstilssykdommer øker i forekomst i Norge og medfører utfordringer med aktivitet og deltakelse for et økende antall personer. Eksempler på livsstilssykdommer er hjertesykdom, hjerneslag, høyt blodtrykk, visse typer kreft, type 2-diabetes, KOLS, benskjørhet, depresjon, medikamentmisbruk, overvekt, artrose og HIV/AIDS. Faktorer i kosten, livsstilen, det ytre miljøet og måten vi lever på, påvirker vår disposisjon til å få slike sykdommer. Overspising, manglende fysisk aktivitet, røyking, overdrevet alkoholinntak og stress synes å være sentrale årsaksfaktorer for å få livsstilssykdommer senere i livet (10).

Sosiale forskjeller
Det er større sosiale helseforskjeller i Norge enn i mange andre europeiske land. Kvinner og menn med lengst utdanning lever seks til sju år lengre og har bedre helse enn de med kortest utdanning. Forskjellene viser seg også som forskjeller mellom kommuner og bydeler (11).

Flere ungdommer slutter i videregående skole, og får dermed problemer med å komme inn i høyere utdanning og i arbeidslivet.

Flyktninger fra områder med krig og konflikter trenger oppfølging for å mestre en ny hverdag. Dersom man ikke lykkes med bolig, utdanning og arbeid er faren for utenforskap stor. Utenforskap, både fra arbeidslivet og samfunnet forøvrig, skaper sosiale og helsemessige forskjeller (12).

Arbeidsdeltakelse

Til tross for relativt lav arbeidsledighet i Norge er det mange som sliter med å få seg jobb og å beholde jobben på grunn av redusert arbeidsevne. Redusert arbeidsevne har store konsekvenser for arbeidstakeren og samfunnet. Personer med psykiske helseplager og muskel- og skjelettplager står i fare for å falle ut av arbeidslivet (6,7). I tillegg står personer med varige funksjonsnedsettelser utenfor arbeidslivet i større grad enn befolkningen for øvrig (7). Det har skjedd få endringer på dette området siden innføring av IA-avtalen i 2001 (13).

Offentlige dokumenter er samstemte om utfordringene på området arbeidsdeltakelse. Flere offentlige meldinger understøtter at arbeidsplassen er den viktigste arenaen for sykefraværsarbeid og har pekt på til dels store utfordringer i skjæringspunktet mellom arbeids- og velferdsforvaltningen og helse- og omsorgssektoren (14 -18).

> Ergoterapeuter bidrar til faglig omstilling og ressursutløsing ved å bringe metoder for mestring, kompenserende teknikker og velferdsteknologi inn i tjenestene.

Løsninger på utfordringene

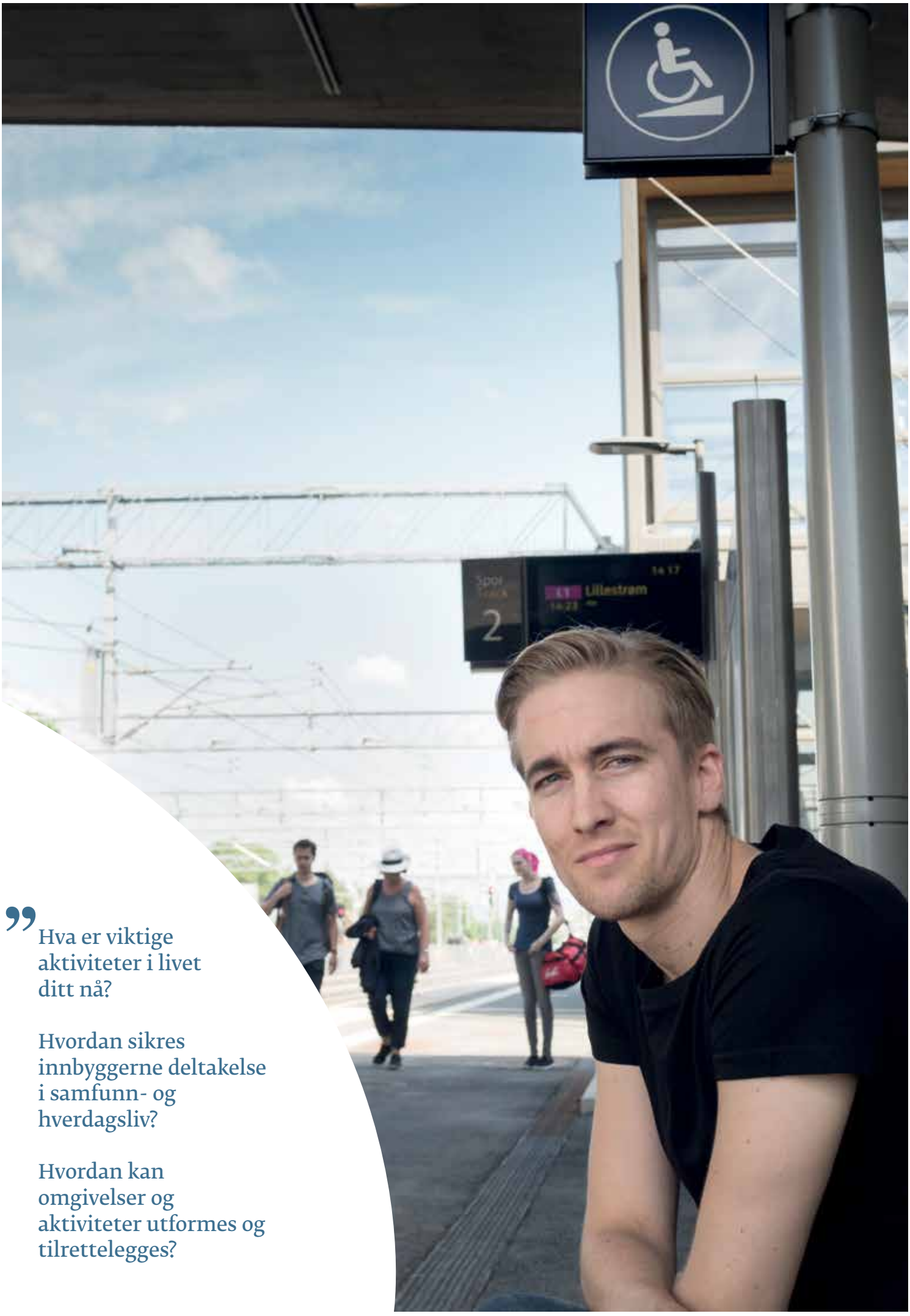
Helse- og velferdstjenestene er i konstant utvikling for å møte dagens og morgendagens utfordringer. Nye løsninger, faglig omstilling, ny teknologi og nye metoder må være en del av innovasjonen (19,20).

Nasjonale, politiske føringer om helse- og velferd presenterer flere løsninger på samfunnets helse- og velferdsutfordringer. Stortingsmeldinger og andre sentrale politiske dokumenter inneholder ofte sammenfallende løsninger, og de mest sentrale nevnes her:

- Innbyggernes mål skal være grunnlag for tiltakene
- Innbyggernes ressurser og mestring skal være grunnlag i alle tjenester
- Styrking av folkehelse, forebygging og re/habilitering
- Tidlig innsats for alle, også for barn og unge med funksjonsnedsettelser
- Tverrfaglig arbeid og team etableres
- Kortere liggetid i sykehus, økt bruk av poliklinikker og dagtilbud
- Bedre samordning av ulike tiltak
- Velferdsteknologi som integrert del av kommunehelsetjenesten
- Styrking av pårørendes og frivilliges innsats
- Systematisk arbeid med innovasjon og utvikling
- Forskning, med brukerinvolvering

Samfunnets utfordringer og de ulike løsningene som foreslås på utfordringene gjør det enkelt å argumentere for at ergoterapeuters kjernekompetanse må være en del av løsningene. (21-26). Norsk Ergoterapeutforbund mener at helse og identitet er relatert til aktivitet og deltakelse, at helsen påvirkes og skapes i samspill mellom person, aktivitet og omgivelser.

> Helsen påvirkes og skapes i samspill mellom person, aktivitet og omgivelser



Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?

Hvordan sikres innbyggerne deltakelse i samfunn- og hverdagsliv?

Hvordan kan omgivelser og aktiviteter utformes og tilrettelegges?

Ergoterapeuters kjernekompetanse

Formålet med ergoterapi er personers deltakelse og inkludering i samfunnet. Begrepene beskrives nærmere under. Ergoterapeuters kjernekompetanse sikrer deltakelse og inkludering ved å jobbe med

- **Personers** aktivitetsutførelse
- Tilrettelegging av **aktiviteter**
- Inkluderende **omgivelser**

- **Samspillet** mellom person, aktivitet og omgivelser

Kompetanse om samspillet mellom de tre første områdene er også en kjernekompetanse i ergoterapi.

Deltakelse og inkludering

Deltakelse innebærer å engasjere seg i aktivitet og å bidra i samfunnslivet. Inkludering innebærer at omgivelsene legges til rette eller inviterer til deltakelse, slik at personer erfarer tilhørighet.

Ergoterapeuter anvender begrepet hverdagsmestring, som innebærer å ta innbyggernes ønsker og valg i hverdagslivet på alvor. Hverdagsmestring handler om å kunne utføre meningsfulle og nødvendige aktiviteter i hverdagslivet både i lek, læring, arbeid og omsorg. Hver og en bestemmer over sitt eget liv og derfor må den eller de det gjelder selv definere hva som er betydningsfullt og viktig for seg (25). Hverdagsmestring bidrar til deltakelse og inkludering.

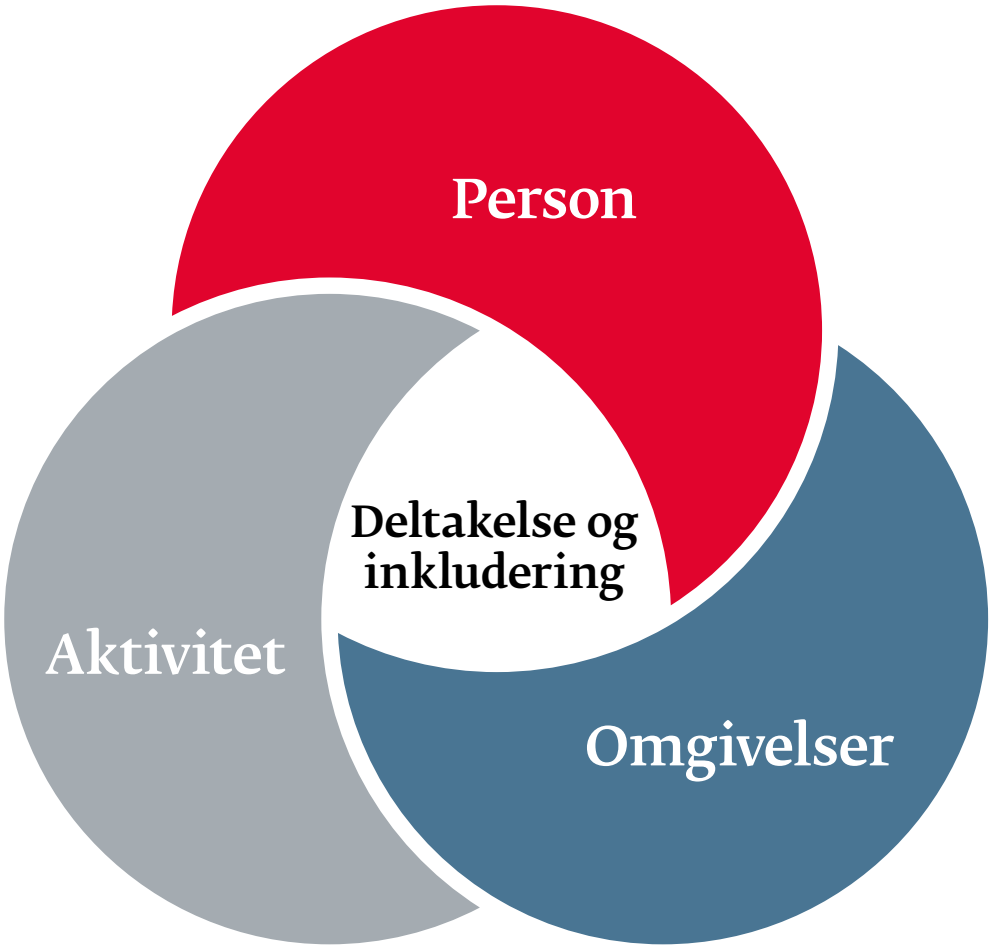
Ergoterapeuter arbeider personsentrert med enkeltpersoner og grupper, og på systemnivå med inkluderende omgivelser og samfunn. Ergoterapeuter starter sin innsats med å stille spørsmålene:

- Hva er viktige aktiviteter i livet ditt nå?
- Hvordan sikres innbyggerne deltakelse i samfunn- og hverdagsliv?
- Hvordan kan omgivelser og aktiviteter utformes og tilrettelegges?

En slik tilnærming utløser ressurser, den er samfunnsøkonomisk og støtter opp om bærekraftige helse- og velferdstjenester. Det ergoterapeutiske perspektivet er basert på retten til aktivitet og deltakelse (27-29). WFOT Minimumsstand for the education of occupational therapy education (30) og FN-konvensjon CRPD (24). Dette er en annen og supplerende tilnærming til det medisinske paradigmet.

Person, aktivitet og omgivelser

Ergoterapeuters kjernekompetanse om person, aktivitet og omgivelser samt samspillet mellom disse, synliggjøres i figur 1. Området hvor de tre sirklene overlapper hverandre beskriver deltakelse og inkludering. Figuren viser det dynamiske samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. Figuren og beskrivelsene av innholdet i den er basert på flere referanser til modeller (31-35), som beskriver nyanseforskjeller i begrepene. Norsk Ergoterapeutforbunds forståelse av de tre områdene beskrives i innledningen til hver av sirklene.



Figur 1 Person, aktivitet, omgivelser og samspillet mellom disse.

Person

I dette dokumentet brukes begrepet person om enkeltpersoner, familier, grupper og innbyggere generelt i befolkningen. Begrepet person representerer her både enkeltmennesker og grupper av mennesker.

Person kan omhandle to dimensjoner. Den ene er personers aktivitetsutførelse i ulike aktiviteter. Det kan være i lek, utdanning, arbeid, egenomsorg og andre handlinger eller gjøremål. Den andre er personers forutsetning for aktivitetsutførelse. Det vil si sansemotoriske ferdigheter, kognitive ferdigheter og kommunikasjonsferdigheter.

Ergoterapeuters personsentrerte praksis har som mål å myndiggjøre den eller de det gjelder, for å oppnå aktivitet og deltakelse. Utgangspunktet er derfor personers ønsker for aktivitet og deltakelse.

Personsentrert praksis innebærer å ha respekt for personers verdier og normer, for deres unike identitet og deres livssituasjon. Praksisen er basert på retten til å foreta beslutninger om sitt eget liv. Ergoterapeuten skal bidra til at personers valg, handlinger og erfaringer blir vektlagt som sentrale faktorer i den ergoterapeutiske prosessen.

Ergoterapeuter undersøker og vurderer personer ved å

- spørre om viktige aktiviteter i livet og hvordan personer vil delta i hverdags- og samfunnsliv.
- kartlegge personens aktivitetshistorie, daglige aktiviteter og personlige preferanser, på alle hverdagslivets områder.
- anvende personsentrerte undersøkelse- og vurderingsredskaper for sansemotoriske-, kognitive- og kommunikasjonsferdigheter.
- bruke faglige verktøy som aktivitetsanalyser og funksjonsvurderinger.

Ergoterapeuter iverksetter tiltak med personer ved å

- sikre brukerdeltakelse på alle nivåer.
- gjennomføre trening og opplæring av meningsfulle aktiviteter.
- bidra til at personer kan gjøre valg ut fra egne ønsker om hverdagsmestring.
- veilede og trene for å bedre sansemotoriske-, kognitive- og kommunikasjonsferdigheter.
- tilrettelegge og trene i kompenserende teknikker.
- motivere, bygge tillit og utnytte potensiale for forandring.
- undervise, informere og instruere gjennom handling, for å gjøre læring av ferdigheter mulig.

Ergoterapeuter anvender kunnskap om personer fra

- aktivitetsvitenskap og andre ergoterapeutiske teorier og arbeidsmodeller.
- teorier og referanserammer om aktivitet og deltakelse.
- anatomi, fysiologi og medisinske fag relatert til aktivitetsutførelse.
- psykologi og pedagogikk relatert til endringsprosesser, utvikling, læring og mestring.
- prinsipper om rett til aktivitet og deltakelse.

Aktivitet

Med aktivitet menes meningsfulle gjøremål eller virksomhet som den enkelte engasjeres i.

Noen aktiviteter er personnære, knyttet til personlig stell og omsorg. Eksempler på det er påkledning, personlig hygiene og matlaging. Andre aktiviteter er mer knyttet til utvikling, sosialt samvær og engasjement, der lek, fritids- og kulturaktiviteter med venner og familie hører hjemme. Noen aktiviteter er knyttet til produktivitet og samfunnsnytte, som blant annet utdanning, arbeid og frivillig arbeid.

Aktiviteter defineres av kultur og sosiale grupper, og kan ha ulike varianter eller aktivitetsform (36-38). For eksempel har aktiviteten måltid ulike former, betydning og innhold i ulike kulturer og grupper.

Ergoterapeuter har kjernekompetanse om aktiviteters påvirkning på helse, identitet og sosialt nettverk. Disse faktorene kan fremme eller hemme mestring av hverdagslivet. Aktiviteter kan være sammensatte og komplekse, som for eksempel å utføre kontorarbeid og å lage middag. Aktiviteter kan også være mindre sammensatte, som å kneppe knapper eller stable byggeklosser. Aktiviteter kan forenkles og graderes for å tilpasses den enkelte person eller gruppe. Aktiviteter er et mål, men kan også være et virkemiddel til å bedre sansemotoriske-, kognitive og kommunikasjonsferdigheter.

Ergoterapeuter undersøker og vurderer aktivitet ved å

- utføre aktivitetsanalyser av aktiviteters trinn, vanskelighetsgrad, bestanddeler og utførelse.
- gjøre risikoanalyser knyttet til utførelse av aktivitet.
- identifisere og formidle muligheter og aktivitetstilbud i nærmiljøet.

Ergoterapeuter iverksetter tiltak knyttet til aktivitet ved å

- tilpasse, gradere, forenkle, justere og dele opp aktiviteter for å utvikle eller vedlikeholde ferdigheter, aktivitetsvaner og aktivitetsroller.
- tilrettelegge for meningsfulle aktiviteter.
- tilrettelegge for aktivitetsbalanse, samt planlegging og organisering av aktiviteter.

Ergoterapeuter anvender kunnskap om menneskelig aktivitet fra

- aktivitetsvitenskap og andre ergoterapeutiske teorier og arbeidsmodeller.
- teorier og referanserammer om aktivitet og deltakelse.
- teorier om daglig aktivitet, lek, læring og arbeid og betydningen for helse og identitet.
- prinsipper om rett til aktivitet og deltakelse.

Omgivelser

Med omgivelser menes den sammenhengen aktiviteten og deltakelsen finner sted i. Konteksten kan være kulturell, holdningsmessig, institusjonell, digital, fysisk og sosial. Omgivelser er både private og offentlige.

Hjem og familie er eksempler på private omgivelser, mens arbeidsplassen, biblioteket og bussen er typiske offentlige omgivelser. Omgivelser inkluderer også redskaper, hjelpemidler og gjenstander som knyttes til aktiviteter. Disse gjenstandene kan beskrives med fysisk utforming og hvilken funksjon den har for aktiviteter. I tillegg har gjenstander en symbolsk funksjon som kan bidra til å signalisere identitet, status eller gruppetilhørighet (39, 40).
Figur 1 viser at omgivelsene kan ha både en fremmende og hemmende virkning for personers aktivitet, deltakelse og inkludering i et samfunn (41, 35)

Ergoterapeuter undersøker og vurderer omgivelsene ved å

- kartlegge fysiske, psykososiale, strukturelle, digitale, kulturelle og holdningsmessige forhold som påvirker inkludering og deltakelse.
- kartlegge muligheter, utfordringer og risikoer i omgivelsene.
- bruke standardiserte redskaper for å kartlegge tilgjengelighet og inkludering i omgivelsene.

Ergoterapeuter iverksetter tiltak i omgivelsene ved å

- delta i samfunnsplanlegging og anvende kunnskap om universell utforming.
- bidra til holdningsmessig og kulturell inkludering og tilhørighet.
- designe og skape løsninger som gjør aktivitet og deltakelse mulig.
- formidle kunnskap om omgivelsenes betydning for et inkluderende samfunn.
- sikre individuell tilrettelegging av fysiske omgivelser som bolig, arbeidsplass, skole og andre inne- og utearenaer.
- formidle tekniske hjelpemidler og velferdsteknologi.

Ergoterapeuter anvender kunnskap om omgivelsene fra

- aktivitetsvitenskap, ergoterapeutiske teorier, arbeidsmodeller og referanserammer om aktivitet og deltakelse.
- folkehelsevitenskap, helsefremming og forebygging.
- samfunnsvitenskap, lover, forskrifter, standarder og politiske føringer.
- velferdsteknologi og tekniske hjelpemidler.
- prinsippene om universell utforming.

Samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser

Deltakelse og inkludering oppstår i samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. Som tidligere nevnt inkluderer person også grupper av mennesker. Omgivelser er både private og offentlige.

Ergoterapeuter har kjernekompetanse om det dynamiske samspillet mellom de tre områdene. Kompetansen gjør det mulig å vurdere hvordan og når det er personen, aktiviteten eller omgivelsene som hindrer inkludering og deltakelse. Vurderingen innebærer også å søke etter ressurser som kan fremme løsninger.

Samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser er avgjørende i ergoterapeuters helsebegrep. Helse er ikke bare knyttet til kropp og psyke, men til samspillet med aktiviteter i den enkeltes private og offentlige omgivelser.

Ergoterapeuter undersøker og vurderer samspillet ved å:

- kartlegge ressurser og utfordringer i samspillet mellom personer, aktivitet og omgivelser.
- utføre aktivitetsanalyse- og syntese av relasjonen mellom personer, aktivitet og omgivelser.
- undersøke og vurdere andre aktørers betydning for samspillet.

Ergoterapeuter iverksetter tiltak knyttet til samspillet ved å

- være løsnings- og ressursfokusert.
- ved å iverksette problemløsende ressursutløsning.
- utrede konsekvenser av tiltakene som vurderes.
- initiere og koordinere samarbeid med flere aktører.
- kommunisere med person og andre aktuelle aktører.

Ergoterapeuter anvender kunnskap om samspillet fra:

- områdene person, aktivitet og omgivelser.
- salutogenese og empowerment (42, 43)
- personlig og samfunnsøkonomisk effekt av deltakelse og inkludering.
- gap-modellen (3).

Referanser

1. Ergoterapeutene. Kompetanser i ergoterapi. Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig. Oslo, Norsk Ergoterapeutforbund. 2011. [hentet 27.03.17). Tilgjengelig fra: http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse
2. Regjeringen.no. Nasjonal kompetansepolitisk strategi 2017-2021. [hentet 4.07.17]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/3c84148f2f394539a3eefdfa27f7524d/nasjonal-strategi-kompetanse-nett.pdf
3. Lie I. Rehabilitering og habilitering. Prinsipper og praktisk organisering. 1.utg. Gyldendal Norsk forlag. 1996. 124 s.
4. KD. Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR). Oslo. Kunnskapsdepartementet. 2011. [hentet 27.03.17] Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/kompetanse/nkr2011mvedlegg.pdf
5. SSB 2017. Nøkkeltall for befolkningen. [hentet 4.07.17]. Tilgjengelig fra: https://www.ssb.no/befolkning/nokkeltall/befolkning
6. FHI. Folkehelserapporten 2014. Helsetilstanden i Norge. Oslo, Folkehelseinstituttet. Rapport 2014:14. [hentet 27.03.17] Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/globalassets/migrering/dokumenter/pdf/folkehelserapporten-2014-pdf.pdf
7. STAMI. Fakta om arbeidsmiljø og helse 2015. Status og utviklingstrekk. Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI). STAMI-rapport årgang 16 nr. 3. 2015. ISSN: 1502-0932. [hentet 27.03.17] Tilgjengelig fra: https://stami.no/wp-content/uploads/2015/05/NOA_Faktabok_Web_liten.pdf
8. Lærum E, Brage S, Ihlebæk C, Johnsen K, Natvig B, Aas E. Et muskel- og skjelettregnskap. Forekomst og kostnader knyttet til skader, sykdommer og plager i muskel- og skjelettsystemet. 2.utg. 2014. Oslo. MST-rapport 1/2013. [hentet 27.03.17]. Tilgjengelig fra: http://www.formi.no/images/uploads/pdf/rapport_mussp_online.pdf
9. NAV. NAV statistikk 2014. Ellingsen J, Lindbøl, MN. Utviklingen i uførediagnoser per 31. desember 2012 [Notat]. Oslo, NAV. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Seksjon for statistikk. (2014).
10. NHI. Livsstilssykdommer. [internett] Trondheim: Norsk Helseinformatikk. [hentet 31.03.17] Tilgjengelig fra: https://nhi.no/livsstil/egenomsorg/livsstilssykdommer/
11. FHI. Folkehelserapporten 2014. Sosiale helseforskjeller i Norge. [Internett]. Oslo: Oppdatert 26.10.2016. [hentet 28.03.17]. Tilgjengelig fra: https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-i-ulike-befolkningsgrupper/sosiale-helseforskjeller-i-norge---/
12. HOD. Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle. Nasjonal strategi om innvandreres helse 2013-2017. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet 2013. [hentet 31.03.17.] Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/2de7e9efa8d341cfb8787a71eb15e2db/likeverdige_tjenester.pdf
13. Ose S O, Dyrstad K, Slettebak R, Lippestad J, Mandal R, Brattlid I, Jensberg H. Evaluering av IA-avtalen (2010-2013). Forskningsrapport. SINTEF Tekonologi og samfunn, avd. Helse. Gruppe for arbeid og helse. [hentet 29.03.17].

Tilgjengelig fra: http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/arbeid-og-helse/rapport-evaluering-av-ia-avtalen-2010-13.pdf
14. St.meld.nr.21. (1998-99). Ansvar og meistring. Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk. Oslo. Helse – og omsorgsdepartementet; 1998. [hentet 30.03.17]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-21-1998-99-/id431037/
15. NOU 2000:27. Sykefravær og uførepensjonering — Et inkluderende arbeidsliv. Oslo. Sosial- og helsedepartementet; 2000. [hentet 29.03.17]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/02060f76fc28489288d00f4a70ecb338/no/pdfa/nou200020000027000dddpdfa.pdf
16. St. meld. nr. 9 (2006-2007). Arbeid, velferd og inkludering. Oslo. Arbeids- og inkluderingsdepartementet. [hentet 29.03.17]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-9-2006-2007-/id432894/
17. Meld. St. 33 (2015–2016). NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet. Tilråding fra Arbeids- og sosialdepartementet 20. mai 2016, godkjent i statsråd samme dag. Oslo. Arbeids- og sosialdepartementet. (Regjeringen Solberg).
18. Helsedirektoratet og NAV. Arbeid og helse – et tettere samvirke. Strategi for Helsedirektoratets og Arbeids- og velferdsdirektoratets innsats for arbeid og helse (2016). Oslo. [hentet 29.03.17]. Tilgjengelig fra: https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1224/IS-2535%20Arbeid%20og%20helse%20%E2%80%93%20et%20tettere%20samvirke.pdf
19. Meld. St. 29 (2012–2013). Morgendagens omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet (Regjeringen Stoltenberg II). Oslo. [hentet 29.03.17]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/34c8183cc5cd43e2bd341e34e326dbd8/no/pdfs/stm201220130029000dddpdfs.pdf *
20. HOD. Omsorg 2020. Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020. Helse- og omsorgsdepartementet 2015. [hentet 30.03.17]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2fbe9cb7/omsorg_2020.pdf
21. HOD. Demensplan 2015 «Den gode dagen». Revidert handlingsprogram for perioden 2012–2015. Delplan til Omsorgsplanen 2015. Helse- og omsorgsdepartementet 2015. [hentet 30.03.17]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/80a24704aba7477d946fee1000fcf81f/demensplan_2015.pdf
22. Meld. St. 19. (2014-2015). Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. Oslo: Helse – og omsorgsdepartementet 2014. [Hentet 30.03.17] Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/
23. Meld. St. 26 (2014 – 2015). Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet 2014. [hentet 30.03.17]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/
24. FN-Sambandet. [Internett] FN-konvensjonen for funksjonshemmedes rettigheter. 2008, ratifisert av Norge: 03.06.2013. [hentet 30.03.17]. Tilgjengelig fra: http://www.fn.no/

FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-rettighetene-til-personer-med-nedsatt-funksjonsevne
25. Ness NE. Hverdagsmestring. Ergoterapeuten. 2016 feb;(1): 32-37.
26. Meld.St.11 (2015-2016) Nasjonal helse- og sykehusplan (2016–2019). oslo, Helse og omsorgsdepartementet; 2015. [hentet 31.03.17]. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/7b6ad7e0ef1a403d97958bcb34478609/no/pdfs/stm201520160011000dddpdfs.pdf
27. Kronenberg F, Pollard N. Overcoming occupational apartheid: A preliminary exploration of the political nature of occupational therapy. In Kronenberg F, Algado SS, Pollard n (Eds.). Occupational therapy without borders: Learning from the spirit of survivors. Toronto: Elsevier Churchill Livingstone; 2005. Pp. 58-86.
28. Stadnyk R, Townsend E, Wilcock A. Occupational Justice. In Christiansen C, Townsend E (Eds.) Introduction to occupation the art and science of living (2nd Ed.) New Jersey: Pearson Education Inc; 2010. Pp. 329-358.
29. Whiteford G. Occupational deprivation: understanding limited participation. In Christiansen C, Townsend E (Eds.) Introduction to occupation the art and science of living (2nd Ed.) New Jersey: Pearson Education Inc; 2010. Pp. 303-328.
30. WFOT. Minimum Standards for the Education of Occupational Therapists. World Federation of Occupational Therapists; 2016.
31. Taylor R (Red.). Kielhofner's Model of Human Occupation: Theory and Application 5th Edition. Wolters Kluwer; 2017. 568 p. [hentet 04.07.17] Tilgjengelig fra: https://www.amazon.com/dp/B01N3CA11C
32. Polatajko HJ, Townsend EA, Craik J. Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E). 2007.
33. Chapparo C, Ranka J, Nott M. The Occupational Performance Model (Australia): A description of constructs, structure and propositions. In Curtin m, Egan M, Adams J (Eds.). Occupational therapy for people experiences illness, injury or impairment. 7th ed. Elsevier 2017: 134-147.
34. Iwama M. The Kawa Model: Culturally Relevant Occupational Therapy Churchill Livingstone Elsevier; 2006. 241 p.
35. Law M, Cooper BA, Strong S, Stewart D, Rigby P, Letts L. The Person-Environment-Occupation Model: A Transactive Approach to Occupational Performance. Canadian Journal of Occupational Therapy; 1996.Vol 63 (1): 9-23.
36. Nelson D. Aktivitet: Form og utførelse Ergoterapeuten; 1995 (10):14-21.
37. Nelson D, Chapman L. Occupational Analysis and Syntesis. Ergoterapeuten;2015 (3)
38. Ellingham B, Clark E G, Fogtmann Jespersen L. Manual for kartlegging og vurdering av ferdigheter i aktivitetsutførelse. Oslo: Høgskolen i Oslo og Aksershus; 2015.
39. Hocking C, Wilcock A. Occupational therapists as object users: A history of Australian practice 1954-1995. Australian Occupational Therapy Journal. 1997. Vol 44:167-176.
40. Hocking C. The Relationship between Objects and Identity in Occupational Therapy: A Dynamic Balance between Rationalism and

Romanticism. [Phd .Thesis]. Auckland University of Technology; 2004.
41. Kielhofner G. Model Of Human Occupation. Theory and application. Fourth edition. Baltimore Philadelphia: Lippincott Williams, a Woltera Kluwer business;2008. 565 p.
42. Lindstrøm B, Eriksson M. Haikerens guide til salutogenese. Helsefremmende arbeid i et salutogent perspektiv. Utgave 1. 1.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2015. 106 s.
43. Empowerment. Forebygging.no. Helsedirektoratet. [hentet 03.07.2017]. Tilgjengelig fra: http://www.forebygging.no/en/Ordbok/A-E/Empowerment/

Norsk Ergoterapeutforbund | Stortingsgata 2, 0158 OSLO | Telefon 22 05 99 00
post@ergoterapeutene.org | www.ergoterapeutene.org