

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund  
[www.ergoterapeuten.no](http://www.ergoterapeuten.no)



## Sex som funker 6

Jeg elsker 10 Først og fremst ungdom 16

Virksomhetsteorien og den nærmeste utviklingssonen – et lærestykke 26

Unios helsemedlemmer trenger bedre opplæring i arbeidsrelevant teknologi 54

# ergoterapeuten

**Redaktør** Else Merete Thyness

**Mobil** 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

**Fagredaktører** Unni Sveen, Sissel Horghagen og Anne-Stine Dolva

## Annonser

Erik Sigurdssøn

**Mobil** 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

## Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 3 – 1. juni / 29. juni

Nr. 4 – 1. aug / 31. aug

Nr. 2 – 1. okt / 31. okt

**Trykkeri** 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

**Design** Fete Typer

**Layout** Else Merete Thyness

## Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

## Norsk Ergoterapeutforbund

**Adresse** Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

**Telefon** 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

**Generalsekretær/fagsjef**

Toril Laberg

**Forhandlingssjef**

Brit-Toril Lundt

**Organisasjonssjef**

Karl-Erik Tande Bjerkaas

**Seniorrådgiver**

Anita Engeset

**Seniorrådgiver**

Solrun Nygård

**Advokat**

Berit Førli

**Controller**

Tove Olsen

**Controller**

Snorre A. Nergaard

**Sekretær**

Kristin Pedersen

## Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Ann Kristin Løe, 2. nestleder

Berit Regine Laiti

Mariette Elise Gjerde

Linda Fauskanger Nesheim

Tonje Hansen Guldhav

Guro Lilleås

May Solveig Svendsen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

Pia Jessen, 1. varamedlem

Silvia Elisabeth Hansbø, 2. varamedlem

Heidi Fløtten, varamedlem

Kenneth Pettersen, varamedlem

Randi Skumsnes, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Line Øverlier, varamedlem

Kamilla Lemb Herbjørnsen, varamedlem

Blader merket  er medlem av  
Den Norske Fagpresses Forening

**fagpressen** 



6



16



26



54

---

## REPORTASJER

### 6 Sex som funker

Av Else Merete Thyness

### 10 Jeg elsker

Av Else Merete Thyness

### 12 Ny offentlig tjenestepensjon

Av Else Merete Thyness

---

## NY ARENA

### 14 Ergoterapeut lager ortoser i sølv

Av Else Merete Thyness

---

## KRONIKK

### 16 Først og fremst ungdom

Av Synne Lerhol

---

## FORBUNDET

### 18 Reallønnsutvikling og lønn for kompetanse

Av Brit-Toril Lundt

### 19 ParkinsonNet

Av Solrun Nygård

### 20 Ergoterapeutenes reiseforsikring – trygghet på små og store reiser

Av Roar Hagen

### 21 Bli ergoterapispesialist

Av Anita Engeset

### 22 Utfordringer med nye datasystemer i forbundet

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

### 24 Best sammen

Av Anita Engeset

---

## FAGLIG

### 26 Virksomhetsteorien og den nærmeste utviklingssonen - et lærestykke

Av Kjell Emil Granå, Kari Opsahl og Gitte Ravn

---

## VITENSKAP

### 36 Age, gender and approaches to studying predict academic performance among Norwegian occupational therapy students

Av Tore Bonsaksen

### 44 Forsker i farten: Hilde Thygesen

Av Unni Sveen

---

## AKTUELT

### 46 Hva betyr alle de vanskelige ordene om sex?

Av Arja Melteig

### 48 Aktivitetsdosetten innføres på Lambertseterhjemmet

Av Peter Michael Aarbakke Heitmann

### 50 Ergoterapeuten som «coach» – i lys av Modell for tilsiktet samspill (IRM)

Av Bjørg Rene, Anne Helen Jacobsen, Kari Margrete Hjelle og Tina Taule

### 52 Presentasjon av sjekklisten DCDDaily-Q\_no

Av Margunn Sognnæs og Ann-Kristin G. Elvrum

---

## PÅ DE SISTE SIDENE

### 54 Unios helsemedlemmer trenger bedre opplæring i arbeidsrelevant teknologi

Av Else Merete Thyness

---

## ANNONSER

### 56 Kurs- og stillingsannonser

### 59 Produktregister

Forsidebildet er hentet fra Unge funksjonshemmedes utstilling «Jeg elsker». Fotograf: Brian Cliff Olguin.

# Snakk om det!

**Seksualitet er nært forbundet med livskvalitet, og en helt naturlig del av det å være menneske. Likevel blir temaet ofte forbigått i stillhet i møte med mennesker som har en skade, sykdom eller funksjonshemming.**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

**Denne utgaven av Ergoterapeuten** retter søkelyset på seksualitet. Utgangspunktet er Unge funksjonshemmedes rapport «Sex som funker». Hovedkonklusjonen i dette prosjektet er: *Det blir snakket for lite om seksualitet. Ungdom synes det er vanskelig å ta det opp, og helsepersonell synes det er vanskelig å snakke om. Resultatet er at mange ungdommer med funksjonshemming ikke får informasjon om temaer som seksualitet, fertilitet og prevensjon.*

Vi lever ikke akkurat i et snerpete samfunn. Nettjournalister innrømmer at det som genererer flest klikk, er saker med et bilde av en rumpe, filmstjerner på den røde løperen konkurrerer om å ha på seg minst mulig klær, og både myk og hard porno er tilgjengelig ved et tastetrykk.

Samtidig tilhører seksualiteten den mest intime delen av livet vårt, og den spiller på dype strenger. For mange av oss innebærer det at vi kun snakker med våre nærmeste om seksualitet, og for noen betyr det at vi ikke snakker om det i det hele tatt.

Både habilitering og rehabilitering har som et av målene at personen skal oppleve størst mulig grad av livskvalitet på egne premisser. Et helhetlig menneskesyn burde innebære at også den seksuelle helsen får en plass i behandlingen.

Mange helsearbeidere opplever nok at de vet for lite om temaet til å tørre å ta det opp. Helseutdanningene har lite informasjon om seksualitetens rolle knyttet til helse og sykdom, og dermed har man kun seg selv og sin egen seksualitet som referanse. I reportasjen «Sex som funker» anbefaler Synne Lerhol og Henning Storvand helsearbeidere å søke mer kunnskap. Denne kunnskapen kan vi for eksempel finne i bøker, i fagtidsskrifter eller hos andre kollegaer.

Men det er ikke helsearbeiders ansvar at seksualitet inngår som en naturlig del av habilitering og rehabilitering. Det bør forankres på arbeidsplassen og i helsetjenesten.

Hvordan er det der du jobber?



**NILS ERIK  
NESS**  
Forbundsleder

## Ergoterapeuter ser ressurser, ressurser, ressurser, ressurser!

**Ergoterapeuter utløser ressurser.** Dette har vi gjentatt mange ganger bare i siste uke – til arbeids- og sosialminister Hauglie, til eldre- og folkehelseminister Michaelsen og på innspill til Blankholms prioriteringsutvalg. Og vi fortsetter å gjenta det i lønnsoppgjørene både sentralt og lokalt.

Ergoterapeuter har framtidens kompetanse til å tenke nytt i et bærekraftig samfunn. Ergoterapeuter er spesialister på hverdagsmestring og deltakelse. Vi går rett på sak og spør hva som er viktig for den enkelte å gjøre i hverdagen. Dette utløser ressurser.

Ergoterapeuters råd om hverdagsteknologi, spillteknologi, tek-

niske hjelpemidler, boligendringer og universell utforming er mer kostnadseffektive enn kostnadskrevende institusjonsplasser, personhjelp, pleie og omsorg.

Ergoterapeuter har bidratt med holdningsendringer og nye arbeidsformer i kommunehelsetjenesten med hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Nå er dette på plass i mer enn 230 kommuner. Et paradigmeskifte fra diagnose og pleie til hverdagsmestring og ressursutløsning.

Ergoterapeuter har potensial til å bidra med tilsvarende holdningsendring innen Nav. Vi ønsker å bidra til et paradigmeskifte fra å vektlegge utfordringer hos personer til å se muligheter i samspillet

mellom arbeidsoppgaver, arbeidsplassen og arbeidstakeren. Det vil gi økt arbeidsdeltakelse.

Ergoterapeuter bidrar til nytenkning også innen folkehelse. Trøndelagsmodellen er utviklet av ergoterapeuter ved NTNU, og den bidrar til paradigmeskifte fra problemløsing og risiko hos innbyggerne til ressursleting og involvering av lokalsamfunnet.

Samfunnet trenger ergoterapeuters kompetanse. Mestring er godt for den enkelte, og det lønner seg for samfunnet. Dette skal vi også ta med oss inn i lønnsforhandlingene denne våren. Kompetanse skal lønne seg! Og vår kompetanse er helt nødvendig fremover.



# SEX SOM FUNKER

## – UNGES ERFARINGER MED SEKSUALITET OG FUNKSJONSEVNE

Av Else Merete Thyness

I februar ble rapporten «Sex som funker» lansert på Dagsrevyen på NRK. Den er utarbeidet av organisasjonen Unge funksjonshemmede. – Både ungdom og helsepersonell synes det er vanskelig å snakke om sex. Resultatet er at mange unge med funksjonshemming ikke får god nok informasjon om egen helse og seksualitet, sier Synne Lerhol, generalsekretær i Unge funksjonshemmede.



Rapporten *Sex som funker* – Unges erfaringer med seksualitet og funksjonsevne er utarbeidet for Unge funksjonshemmede av prosjektleder Anette Remme. Den gir eksempler på utfordringer ungdom med funksjonsnedsettelse kan møte innenfor seksuell helse, og forslag til hvordan helsepersonell og lærere kan snakke med ungdommer om seksualitet. Rapporten er basert på intervjuer med ungdom og helsepersonell. *Sex som funker* er et tre-årig prosjekt finansiert av Helsedirektoratet.

Prosjektet begynte med at Unge funksjonshemmede ønsket å bli en mer inkluderende organisasjon.

– Vi ville være en trygg og god organisasjon også for homofile og transseksuelle og ha en politikk som bidrar til at alle får oppfylt retten til å leve ut seksualiteten sin på en positiv måte. Dermed var vi inne på temaet seksualitet og kjønnsidentitet og hvor viktig det er å bli møtt av helsepersonell som hele mennesker, ikke bare en diagnose, sier Lerhol.

Derfor søkte de Helsedirektoratet om midler til et prosjekt som skulle innhente kunnskap om seksuell helse hos unge med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom. De fikk full støtte til det tre-årige prosjektet.

– Vi trengte mer informasjon til vårt eget videre arbeid, og vi ville bidra til å utvikle kompetansen hos tjenestetilbydere som jobber med målgruppen. De fleste av våre medlemmer har tett kontakt med helsevesenet. De som møter unge mennesker med funksjonshemming, bør ha kunnskap om ikke bare den fysiske helsen deres, men også den seksuelle, sier Lerhol.

### DE VIKTIGSTE FUNNENE

Prosjektet har inkludert dybdeintervjuer med ungdom og fagpersoner og en spørreundersøkelse blant medlemsorganisasjonene i Unge funksjonshemmede.

– Det viktigste funnet er at det blir snakket for lite om seksualitet. Ungdom synes det er vanskelig å ta det opp, og helsepersonell synes det er vanskelig å snakke om. Resultatet er at mange ungdom med funksjonshemming ikke får informasjon om temaer som seksualitet, fertilitet og prevensjon.

Rapporten viser også at mange ungdommer blir avseksualisert i møte med helsepersonell eller andre voksne.

– De opplever at andre bare antar at mennesker med funksjonshemming verken har sex eller tenker på sex, sier Lerhol.

Hun viser til eksempler der ungdom som har spurt om prevensjon, har blitt møtt med svar som «Trenger du det, da?». Eller én som spurte om seksualtekniske hjelpemidler og ikke fikk den hjelpen han trengte.

– Det er viktig å være bevisst på hvordan du kommuniserer. Å bli avvist av helsepersonell kan bli en bekreftelse på at «dette er



Synne Lerhol er generalsekretær i Unge funksjonshemmede. – Det blir snakket for lite om seksualitet, sier hun.

ikke noe jeg skal bry meg om». Det opplever vi som skadelig. Særlig når vi vet at god seksuell helse har påvirkning på den fysiske og psykiske helsen også.

### **HVORDAN VIL UNGDOM BLI MØTT?**

Ungdom med funksjonshemming skal som all annen ungdom finne ut av identitet og seksualitet i en fase av livet som er preget av hormonforandringer og press utenfra om hvordan man skal se ut, og hva man skal ha på seg.

– Ungdommene trenger noen de kan snakke med, samtidig som det er både intimt og sårbart å ta opp et tema som seksualitet. Da er det godt hvis noen andre kan skape et trygt rom for samtalen. Helsearbeideren må ikke ha alle svarene, men være villig til å finne ut av det sammen med dem og ha fokus på løsninger, deltakelse og mestring. Det gjør ergoterapeuter bra. De spør: «Hva ønsker

du?» Den seksuelle helsen er en del av hverdagen.

Prosjektet viser også at mange ungdommer med funksjonshemming er trygge i egen seksuell helse.

– Mange med funksjonshemming har god sex. De har et avklart forhold til seg selv og egen kropp, kommuniserer bra med partneren og er flinke til å formidle hva de trenger. Felles for flere av disse er at de har hatt fora hvor de har kunnet stille spørsmål og snakke åpent om seksualitet.

### **E-LÆRINGSVERKTØY**

Høsten 2018 lanserer Unge funksjonshemmede et e-læringsverktøy for helsepersonell og lærere om ungdom og seksualitet.

– Det handler om hvordan man kan ta opp seksualitet, og hvilke tilbud medlemmene våre etterspør. Bevissthet om temaet er det første steget, og at man legger bort sperrene. Men uten

### **UNGE FUNKSJONSHEMMEDE**

Unge funksjonshemmede er en paraplyorganisasjon for 35 organisasjoner og grupperinger av ungdom med funksjonshemming og kronisk sykdom. De jobber for å sikre deltakelse og samfunnsmessig likestilling for barn og unge med funksjonshemninger og kronisk sykdom, og universell utforming på alle samfunnsområder. De jobber mot diskriminering.





*Nikolai Raabye Haugen er styremedlem i Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte Barn og Ungdom. – Seksualundervisningen på skolen burde handle om mer enn blomster og bier, sier han.*



*Nikolai Raabye Haugen er avhengig av dialyse. – Det krever mye energi bare å ta vare på seg selv, sier han.*

noe mer enn det kan samtalen stoppe opp, sier Lerhol.

### **BEDRE SEKSUALUNDERVISNING**

Ingen kan se på Nikolai Raabye Haugen at han ikke har nyrer, eller at arrene går på kryss og tvers over kroppen hans. På utsiden ser han ut som en helt vanlig gutt i begynnelsen av 20-årene. I virkeligheten er han avhengig av dialyse fem dager i uken.

– Heldigvis er jeg den første i Nord-Norge med hjemmedialyseapparat, sier han og lener seg fram over bordet for å vise fram armen sin, som har to hull. Det er her nålene settes inn, slik at dialyseslangen kan kobles på.

Nikolai er født med en inn-snevring av urinveiene som ødela nyrene hans. Han gikk gjennom sin første nyretransplantasjon da

han var tre år. Da fikk han en nyre av moren. Syv år senere trengte han en ny, og da fikk han en av faren. I 2013 fikk han nyresvikt for tredje gang. Nå lever han uten nyrer. Dette påvirker selvsagt livet hans.

– Jeg kan kun drikke én liter per dag, jeg tisser aldri, og jeg er avhengig av dialyse. Ofte er jeg sliten og trøtt. Det krever mye energi bare å ta vare på seg selv.

Seksualiteten kan også være vanskelig.

– Jeg har mange arr på kroppen, når jeg ejakulerer, kommer det ingenting ut, og jeg kan ikke få barn. Til det har de operert for mye på urinveiene. Samtidig tilhører jeg generasjon «prestasjon», der du helst skal være perfekt. Det er tøft nok i seg selv å være ung. Når du attpåtil har en kronisk



## «Ungdom er ungdom, og alle ungdommer skal behandles likt»

*Unge funksjonshemmede*

sykdom, blir det enda vanskeligere. Det hadde vært godt å ha noen kompetente voksne å snakke med om et så sårbart tema som seksualitet.

Nicolai mener at lærerne burde utvide seksualundervisningen.

– De snakker om blomsten og biene, men seksualitet handler like mye om følelser og tanker. Måten en lærer snakker om seksualitet på, kan gjøre en stor forskjell for ungdommer. En god seksualundervisning kan gi elevene trygghet på at folk er forskjellige, også på dette området, og at mangfold er bra.

Han mener helsevesenet også kan invitere til mer åpenhet om seksualitet.

– Veldig få helsepersonell tar initiativ til samtaler om seksualitet, og det er vanskelig å ta det opp selv også. Jeg har hørt mange skrekkehistorier om folk som ikke blir tatt på alvor.

### SUNNAAS SYKEHUS

Linda Sørensen er fagansvarlig ergoterapeut ved Sunnaas sykehus. Hun forteller at sykehuset har gode rutiner for å behandle temaet seksualitet.

– Legene tar det opp, og sykepleierne, som er tettere på pasientene, kan også få spørsmål. For ergoterapeuter kan det komme opp ved tilpasning av hus og bolig, som for eksempel hvilken type seng pasienten har behov for. Men de som jobber mest med dette emnet, er sexologene som er ansatt ved sykehuset, sier hun.

Sunnaas sykehus har tre ansatte med godkjenning som spesialist i sexologisk rådgivning.

I tillegg til andre arbeidsoppgaver har de også hovedansvaret for undervisning og veiledning til brukere vedrørende spørsmål knyttet til samliv og seksualitet. Henning Storvand er en av disse. Han er tilknyttet Ambulerende Rehabiliteringsteam, Klinikk for Ryggmargsskade og Multitraume.

– Dette er et sammensatt tema som du aldri blir verdensmester i. Det er synd ikke helseutdanningene har mer om dette i studietiden. For å skape en trygg ramme for pasientene er det viktig at du selv er komfortabel med å snakke om det. Mange opplever at de har for lite kunnskap. Jeg anbefaler helsearbeidere å skaffe seg mer kompetanse på dette feltet.

Han mener at helsearbeiderne skal ta initiativet til å snakke om seksualitet.

– Dette er et sensitivt tema, og pasienten skal slippe å føle seg beklemt og ille til mote ved å bringe det på banen.

Han poengterer at seksualitet og helse hører nøye sammen.

– Vi får selvtillit av å ha sex. En orgasme kan også redusere smerte, stimulere lukkemuskelen som bedrer inkontinens og minske spastisitet.

Til slutt påpeker han at det er viktig med en respektfull tilnærming.

– Sex er en naturlig aktivitet for mennesker. Vi må huske på at folk ikke blir deseksualisert selv om de har fått en skade eller har en funksjonshemming. Samtidig skal vi også ha i tankene at ikke alle har problemer med seksualiteten sin. Du kommer langt med sunn fornuft.



*Linda Sørensen er ergoterapeut ved Sunnaas sykehus. – Det er hovedsakelig sexologene som snakker med pasientene om seksualitet, sier hun.*



*– Seksualitet og helse henger nøye sammen, sier sexolog Henning Storvand.*

# Jeg elsker

Av Else Merete Thyness

**Unge funksjonshemmede har sammen med dokumentarfotograf Brian Cliff Olguin laget en fotoutstilling som tematiserer kropp, selvbylde, kjærlighet, lyst og lengsel. Den viser tydelig at mennesker med funksjonshemming har de samme følelsene, behovene og tankene om seksualitet som andre.**



## Luna Andrine & Alexa

*Vi møttes gjennom en felles venn på Facebook. Begge lette etter flere venner som kunne forstå hvordan det var å være født i feil kropp, men heldigvis utviklet vennskapet vårt seg til å bli mye mer. Begge gruet vi oss til å fortelle den andre at vi hadde Asperger. Hva ville hun tenke, liksom? Men så viste det seg av vi begge har det. Det er jo litt gøy, dessuten gjør det at vi forstår hverandre så mye bedre! En ting vi synes er viktig å få fram, er at ikke alle er hetero eller cis. Ja, noen er verken hetero eller cis.*



## Sally

*Mange tror at jeg ikke kan ha sex og at jeg ikke har en seksualitet på grunn av rullestolen. Men jeg bryter ned de fordommene ved å være fullstendig åpen om slike temaer. På sosiale medier liker jeg å vise ulike sider av meg selv, og på denne måten får jeg folk til å se meg for den jeg er. Det er en myte at funksjonshemmede ikke kan være sexy og sensuelle. Bare se på meg! Jeg nekter å la stereotypiene kontrollere meg, og de bør heller ikke kontrollere andre.*





### Marianne

*Før skulle jeg så gjerne ønske at jeg hadde sett mer ut som de andre jentene. Nå har jeg innsett at selv om jeg ikke har en kropp som er lik alle andres, så er den vakker! Dessuten er ikke kropp det viktigste i verden. Alt mulig kan skje med kroppen din, men personligheten din er det som gjør deg til den du er. En utfordring er at mange blir så usikre når de møter meg. Jeg føler at jeg må være så mye Marianne, for at de skal se meg og ikke rulle stolen min. Jeg tror mange tenker at de må være veldig forsiktige med meg, men det trenger de jo ikke. Jeg er jo ung!*



### Nauy

*Da jeg våknet og innså at benet mitt var amputert, så raste verdenen min sammen. Det høres kanskje litt rart ut, men noe av det første jeg tenkte, var at nå er det ingen damer som vil ha meg lenger. Det gikk en stund før jeg begynte å date igjen – jeg måtte lære meg å elske meg selv først. Nå er jeg forlovet med verdens beste dame, og snart blir jeg far for første gang! Jeg har nok aldri vært lykkeligere enn det jeg er nå.*

Hvis du ønsker å vise fram denne utstillingen i nærheten av der du bor eller jobber, ta kontakt med Unge funksjonshemmede. E-post: [post@ungefunksjonshemmede.no](mailto:post@ungefunksjonshemmede.no)

# Ny offentlig tjenestepensjon

Av Else Merete Thyness

**Unio, LO, YS, Akademikerne, KS og Spekter inngikk lørdag 3. mars 2018 en avtale med Arbeids- og sosialdepartementet om en ny pensjonsløsning for ansatte i offentlig sektor. – For å si det enkelt handler den nye avtalen om å kompensere for levealdersjusteringene i folketrygden, sier Nils Erik Ness.**

## ORD OG UTTRYKK

**Folketrygden** sikrer alle en pensjon som står i rimelig forhold til det man har hatt i arbeidsinntekt. Pensjonen fra folketrygden er statlig og finansieres gjennom de årlige statsbudsjettene.

**Tjenestepensjonen** er finansiert ved at arbeidsgiver setter av en avtalt del av lønn til sparing.

**AFP** er en forkortelse for avtalefestet pensjon, som igjen står for tidlig pensjonering.

**Bruttoordningen** handler om pensjonsordninger som garanterer et framtidig (brutto) ytelsesnivå uavhengig av eventuelle endringer i folketrygden.

**Nettoordning** betyr at pensjonen utbetales uavhengig av ytelsene fra folketrygden eller andre ordninger og dermed ikke gir automatisk kompensasjon dersom det skjer endringer i utbetalingene fra folketrygden.

**A**lle har krav på pensjons-  
penger fra folketrygden, og disse utbetales av NAV. I 2009 vedtok Stortinget levealdersjusteringer av denne pensjonen. I korthet gikk de ut på at siden vi lever lenger i dag, må vi også jobbe i flere år for å opparbeide oss samme pensjon som før. Dette skal gi en mer bærekraftig pensjonsordning for framtida med flere pensjonister i forhold til folk i arbeidsfør alder.

I ettertid har det vist seg at disse justeringene gir store forskjeller mellom årsgrupper. Pensjonen blir dårligere jo yngre medlemmene er. I dette pensjonsoppgjøret var ikke denne stortingsvedtatte levealdersjusterte folketrygden oppe til diskusjon. Det var derfor viktig å få på plass en offentlig tjenestepensjon som kunne bidra til å kompensere for levealdersjusteringene i folketrygden.

– Siden ordningen fikk uheldige utslag for yngre arbeidstakere, ønsket arbeidstakerorganisasjonene i offentlig sektor å forhandle om en ny offentlig tjenestepensjon. Den nye pensjonsavtalen omfatter en ny offentlig tjenestepensjonsordning, ny AFP-ordning og overgangsregler. Denne avtalen skal gjøre det mulig å kompensere raskere for levealdersjusteringen enn dagens ordning, sier Nils Erik Ness.



*Den gamle ordningen var for dårlig for de unge, sier Ness.*

## NY OFFENTLIG TJENESTEPENSJON

Offentlig tjenestepensjon og AFP for offentlig ansatte legges om til livsvarige påslagsordninger som kommer i tillegg til folketrygden.

– En påslagsmodell betyr at all pensjonen du tjener opp i offentlig sektor, kommer på toppen av pensjonen du får fra folketrygden. Alle år teller med. Pensjonen kan tas ut fleksibelt fra 62–75 år, på samme måte som folketrygden. Jo senere uttak, jo høyere årlig pensjon. Du kan dessuten kombinere arbeid og pensjon uten kutt i pensjonen, sier Ness.

Ordningen innføres fra 2020 for ansatte som er født i 1963 eller senere. Mange årskull etter



1962-kullet har opptjente rettigheter fra før 2020 og får derfor pensjonen beregnet på grunnlag av opptjening i både gammel og ny ordning.

- Når du går av med pensjon, vil pensjonsbeholdningen du har opptjent, bli levealdersjustert. Enkelt sagt betyr dette at du får en forholdsmessig årlig andel ut fra hvor lenge årskullet ditt er beregnet å leve. Ordningen sikrer også lik uttelling for menn og kvinner, selv om kvinner lever statistisk lengre enn menn. Noen private tjenstepensjoner har ulike ordninger for kvinner og menn.

### NY AFP

AFP for ansatte i offentlig sektor legges om fra en tidligpensjonsordning til en livsvarig påslagsordning som kommer i tillegg til folketrygden. Jo senere uttak, jo høyere årlig AFP. Ordningen kan kombineres med inntekt, og den sikrer også at en beholder AFP-rettigheter ved skifte av jobb mellom offentlig og privat sektor.

- Med den nye ordningen kan alle som er født før 1963, likevel benytte seg av dagens AFP-ordning. Alle som er født mellom 1963 og 1970 og går av mellom 62 og 67 år, vil få et tidligpensjonstillegg som trappes ned for hvert årskull, forklarer Ness.

### GAMLE OG NYE ORDNINGER

De som er født til og med 1958, får 66 prosent av lønnen i pensjon hvis de har full opptjening på 30 år i hel stilling når de går av ved fylte 67 år.

Årskullene 1959 til og med 1962 får en andel av garantien på 66 prosent. Tjenstepensjonen deres vil bli levealdersjustert, slik at for å oppnå 66 prosent i samlet pensjon, må de jobbe litt lenger enn til 67 år.

Årskullene fra 1963 og senere får en oppsatt rett til pensjon opptjent i gammel ordning. Fra 2020 begynner de på opptjening i ny påslagsordning. Disse har ingen ordning som garanterer 66 prosent i pensjon. Hva disse får i samlet pensjon, avhenger av hvor mange år de er i jobb. Jobber de til de blir 70+ kan de nå få 75-80 prosent av sluttlønn i pensjon.

- Et problem med den gamle ordningen var at de yngste kunne komme helt ned i 50 prosent i samlet pensjon ved 67 år og med dårligere mulighet til å kompensere for levealdersjusteringen. Dette er en vesentlig grunn til at partene forhandlet om ny tjenstepensjon. Den gamle ordningen var for dårlig for unge, sier Ness.

### ORDNINGEN SKAL EVALUERES

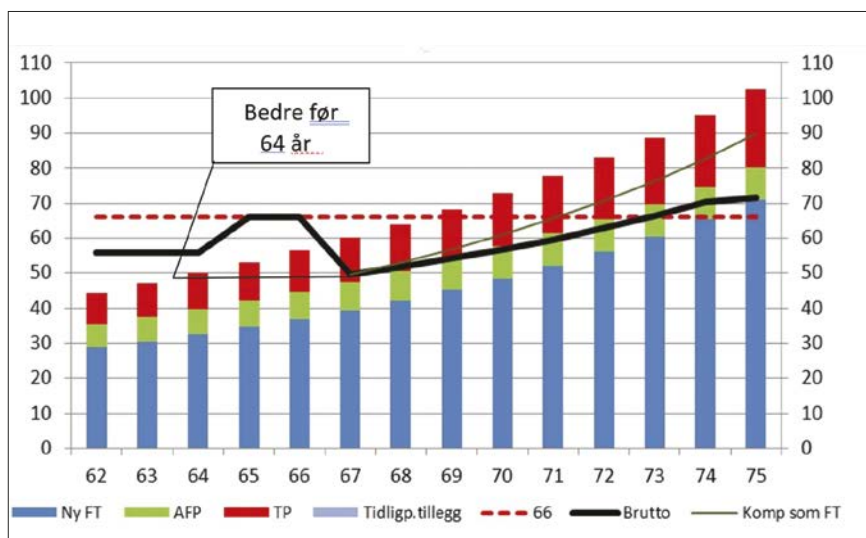
Fremdeles har den nye avtalen svakheter for de yngste aldersgruppene som ønsker å gå av fra 62 år. Disse vil ikke få like god ordning som vi har i dag med gammel AFP-ordning. Det var jo også nettopp dette som er et politisk mål med levealderjusterin-

ga: at flere skal stå i arbeid til de er 67. Ordningen med uføretrygd skal fortsette og gir muligheter for de som ikke kan stå i fullt arbeid. Uføretrygd og pensjonsopptjening skal avklares i senere forhandlinger, og det samme gjelder særaldersgrenser. Om avtalen blir vedtatt av hovedorganisasjonene, skal ordningen evalueres av partene innen 2030.

- Dette gir mulighet til endringer framover, etter hvert som vi ser hvordan levealdersjustering og ny tjenstepensjon virker. Dette kan vise seg å være en historisk avtale for framtida, men er ikke hugd i stein, sier Ness.

### VEDTAK I FORBUNDSSTYRET

Hele pensjonsavtalen skal drøftes i de enkelte fagforbundene. Noen har tradisjon for uravstemning hos sine medlemmer, for eksempel Utdanningsforbundet. Ergoterapeutene, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Sykepleierforbund velger å gjøre vedtak om pensjonsordningen i sine respektive forbundsstyre. Uniostyret avgjør innen 1. juli på vegne av Unioforbundene.



*En person født i 1993 som startet i arbeid som 25-åring og ikke har «karrierelønnsvekst» utover den vanlige lønnsveksten i samfunnet, vil kunne få en bedre samlet pensjon allerede før 64 år sammenlignet med om dagens bruttoordning ble videreført.*



### NAVN

Griet van Veldhoven

### STILLING

Ergoterapeut, ortopediingeniør og sølvsmed

### HVOR

Hand M Aid

## Ergoterapeut lager ortoser i sølv

Av Else Merete Thyness

### – Hvor jobber du?

– Jeg jobber i Hand M Aid AS. Dette er et lite firma som hovedsakelig jobber med å lage finger- og håndortoser i sølv – Silversplints.

### – Hva jobber du som?

– Jeg er utdannet ergoterapeut og ortopediingeniør. I tillegg har jeg en master i rehabilitering og er sølvsmed. Alt dette kombinerer jeg i min jobb med Silversplints. I tidligere jobber som ergoterapeut og ortopediingeniør har jeg hovedsakelig jobbet med hender. Hender har alltid vært

min store interesse, og mer spesifikt håndortoser. Jeg har skrevet to bøker om håndortoser og underviser i hånd- og armortoser på både ergoterapi- og ortopediingeniørutdanningen på OsloMet – storbyuniversitetet.

### – Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg begynte å lage fingerortoser i sølv i 2003. På denne tiden var jeg deltidsstudent på Høgskolen i Telemark. Her gikk jeg på en linje som het Folkekunst tre og metall. I 2003 hadde jeg en pasient som trengte en fingerortose som hun var nødt til å bruke i mange år framover. Damen var meget estetisk bevisst og likte ikke de plastortosene som jeg lagde til henne. Uansett hvor pent jeg formet dem, og hvor fin fargen på plasten var, så var det uakseptabelt for henne å gå med en plastortose. Det passet rett og slett ikke inn i hennes selvbilde. Akkurat i denne perioden fikk vi i oppdrag å lage noe «utradisjonelt» på høgskolen. Da ble den første Silversplint født. Pasienten var fornøyd. (Hun bruker ortosen fremdeles, dog nå som reserve, siden hun fikk en ny for et år siden.) Pasienten satte jungeltelegrafen i gang, og siden da har antallet Silversplints økt for hvert år som går. I 2006 startet jeg et enkeltpersonforetak, og i 2013 ble dette til Hand M Aid AS. Alt i alt har jeg jobbet med Silversplints i nesten femten år.

### – Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Jeg utvikler modellene, svarer på spørsmål i forbindelse med valg av type ortose og har ansvar for produksjon, reparasjon og justeringer av ortosene på verkstedet.

### – Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Det er vel mest fokuset på (hånd-)funksjon og det å se pasienten i et større perspektiv enn den ene fingeren eller hånden som ikke fungerer helt som den skal, som jeg har tatt med meg inn i denne jobben. I ergoterapi- og ortopediingeniørutdanningen er det dessverre lite fokus på håndrehabilitering, så det har jeg tilegnet meg på egen hånd i årenes løp.

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

– Ja og nei. Denne jobben krever en bredere kompetanse enn ergoterapiutdanningen gir. Ergoterapikompetansen kommer godt med. Den ligger til grunn for utviklingen av nye modeller og ikke minst i vurderingen av pasienten og hans eller hennes behov for en ortose. Men jeg hadde ikke klart denne jobben med bare bakgrunn i ergoterapi. Biomekanikkkompetansen som jeg har fått via ortopediingeniørutdanningen min, er minst like viktig. Og uten de tekniske ferdighetene som jeg har tilegnet meg i sølvsmedfaget, hadde jeg ikke klart å lage ortosene i sølv. Så denne jobben er en herlig blanding av flere utdanninger krydret med flere års arbeid innen håndrehabilitering og en genuin interesse for hender.

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

– Ja, så absolutt! Ingen arbeidsdag er lik den andre. Det er en veldig dynamisk måte å jobbe på. Du er tett på ballen. Et godt samarbeid med andre ergoterapeuter og ortopediingeniører i inn- og utland gjør at det hele



*Et utvalg av Silversplint-ortoser.*

tiden utvikles noe nytt og utføres endringer på eksisterende modeller. Jeg blir også kjent med andre måter å nærme meg en problemstilling på, noe som ofte setter i gang en del tankevirksomhet og refleksjoner, som igjen gir

næring til utvikling. Ikke minst er den positive tilbakemeldingen fra pasientene gull verdt.

Administrasjon er en litt mindre spennende side av denne jobben. Jeg er desidert ikke noe business- eller regnskapsmennes-

ke. Administrasjonen er en tidstyv du ikke bestemmer over selv. De siste årene har jeg heldigvis kunnet kjøpe meg ut av denne delen av jobben, og det er jeg glad for. Da kan jeg holde på med det jeg kan og liker best.



# Først og fremst ungdom

**Unge funksjonshemmede har dårligere livskvalitet enn andre unge. Vi inviterer ergoterapeutene med i en nasjonal dugnad for å endre trenden.**

Av Synne Lerhol



Synne Lerhol er generalsekretær i Unge funksjonshemmede.

Seks av ti unge funksjonshemmede oppgir at de ikke er fornøyd med livet, og at de ikke synes det de driver med, er meningsfylt. Bare 40 prosent av unge funksjonshemmede er stort sett fornøyd med livet, mens 80 prosent av resten av befolkningen sier det samme. Det er altså langt flere unge funksjonshemmede som oppgir å ha dårlig livskvalitet enn i befolkningen generelt, ifølge Statistisk sentralbyrå.

Slik kan vi ikke ha det. Det trengs en nasjonal dugnad for å legge til rette for at unge med funksjonsnedsettelse og kronisk sykdom opplever god livskvalitet. I en slik dugnad spiller ergoterapeutene en nøkkelrolle.

## LIVSKVALITET HANDLER OM Å DELTA

Livskvalitet handler om deltakelse i samfunnet. Det handler blant annet om å kunne leve et sosialt og aktivt liv, få seg utdanning og delta i arbeidslivet. Mange unge med nedsatt funksjonsevne deltar mindre i sosiale aktiviteter enn unge generelt, og en høyere andel enn unge generelt oppgir at de ikke har trent eller mosjonert det siste året. Mange oppgir at

de er ensomme og ikke har noen fortrolige.

Unge med nedsatt funksjonsevne deltar også i mindre grad i arbeidslivet, til tross for at en stor del av unge med nedsatt funksjonsevne som ikke er sysselsatte, ønsker seg en jobb.

## FØRST OG FREMST UNGDOM

Ergoterapeuten er ekspert på aktivitet og deltakelse. Ved å tilrettelegge og fremme mestring, deltakelse og aktivitet kan ergoterapeuten legge til rette for at ungdommer får overskuddet og muligheten til å leve et aktivt og sosialt liv, ta utdanning og delta i arbeidslivet.

Da er det avgjørende at ergoterapeuten ser hele ungdommen.

En ungdom med cerebral parese, synshemming, hørselstap eller MS er først og fremst en ungdom.

Som ungdom er man i en særskilt livssituasjon. Vi skal bli selvstendige: ta vitnemål, søke jobb, studere, flytte for oss selv, forholde oss til vennskap og kjærlighet og ta ansvar for egne avtaler med helsevesenet, utdanningsinstitusjoner, NAV og arbeidsgivere. Samtidig endrer kroppen seg, og identiteten er i utvikling.

## Å SKAPE GODE MØTER MED UNGDOM

Fagpersoner må møte ungdom der ungdom er. Vi har laget ti tips til hvordan du som fagperson kan skape gode møter med ungdom.

Vi håper at ergoterapeutene blir med oss i dugnaden for å heve livskvaliteten for unge med nedsatt funksjonsevne.

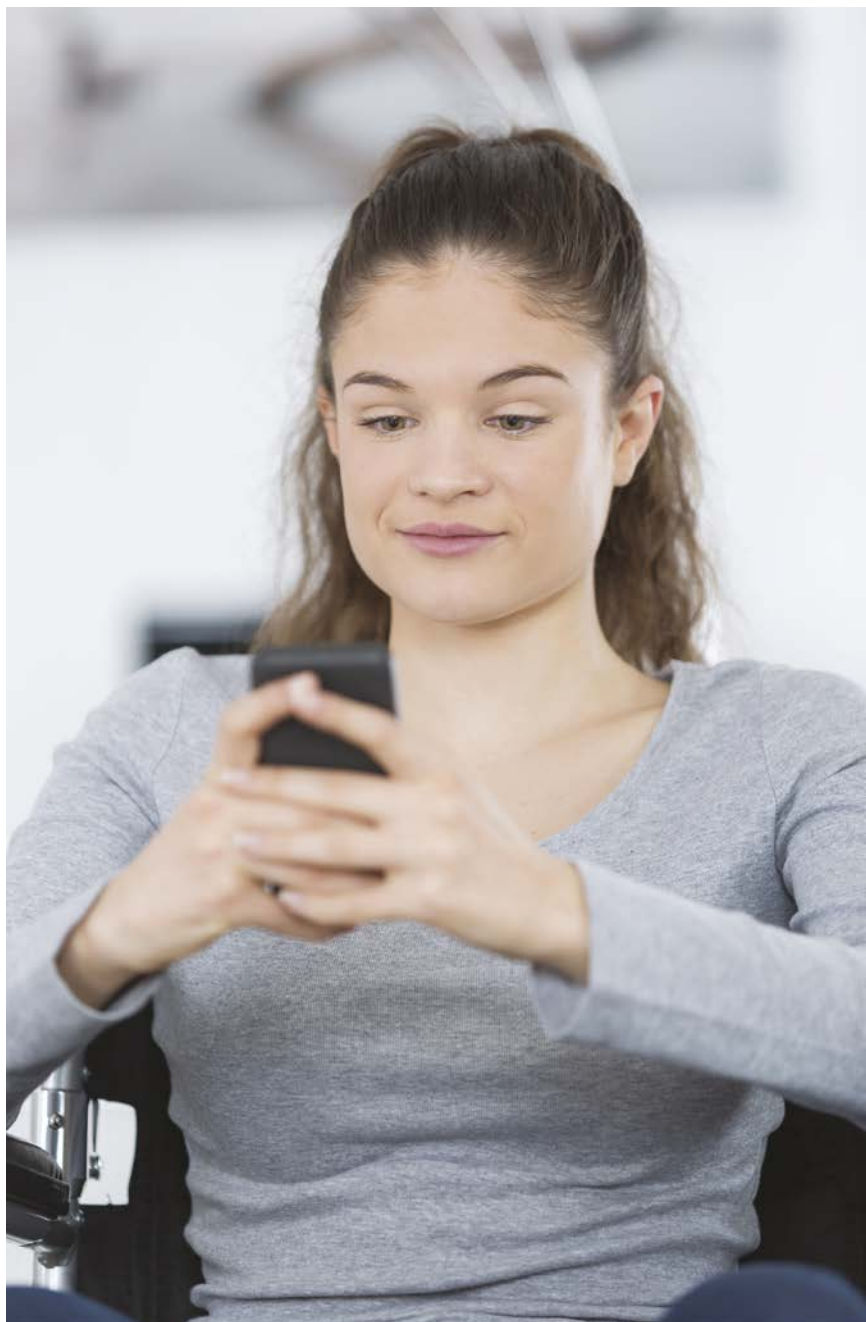
## TIPS TIL GODE MØTER MED UNGDOM

1. *Se forbi funksjonsnedsettelsen og se hele mennesket.* Still spørsmål om livet generelt, ikke bare om diagnosen. Vis interesse og empati (ikke sympati).
2. *Ikke alle med funksjonsnedsettelse er utsatte og sårbare.* Mange faktorer er avgjørende for hvordan man har det, som nettverket man har rundt seg, om man er i jobb eller studerer, hvor man bor, og om man har nok assistanse.
3. *Unngå begreper som normal og unormal, og unngå å forhåndsdomme.* Snakk heller om at vi alle utfordrer ulike normer, og at de fleste føler seg annerledes en gang i løpet av livet. Hvis noen forteller at de har en kjæreste,



skal du ikke anta at det er det motsatte kjønn.

4. *Vis at det er trygt å snakke om tabubelagte temaer, og tilby informasjon som ungdom ikke selv etterspør.* Dessverre opplever altfor mange unge med funksjonsnedsettelse at deres seksualitet er tabu. Å tilby informasjon om seksualitet og seksuelle hjelpemidler er derfor viktig.
5. *Avvis aldri en ungdom som søker svar.* Selv om du ikke er ekspert, kan du lytte og være en samtalepartner. Altfor ofte resulterer en avvisning («haha, du spør om mye rart») i at ungdommen ikke spør igjen.
6. *Våg å innrømme at du ikke vet alt.* Vis at du er interessert, villig til å lære, villig til å undersøke hva ungdommen trenger i samarbeid med ungdommen.
7. *Husk at personer med funksjonsnedsettelse også kan være skeive eller trans, og at de verken er aseksuelle eller hyperseksuelle av den grunn.* Seksuell orientering, kjønnsidentitet, kjønnsuttrykk og seksuelle preferanser er like varierte hos oss alle.
8. *Still åpne spørsmål som inviterer til å fortelle, for eksempel om seksualitet:* «Hvilket pronomen bruker du?», «Hvem bor du sammen med?», «Hva heter kjæresten din?», «Har du nære venner i kollektivet eller i nærheten?», «Har du fått informasjon om seksualitet?», «Vet du om du kan få barn?» og «Trenger du p-piller?».
9. *Henvis til generelle hjelpetilbud (for eksempel ung.no) og til brukerorganisasjonene.* Der kan man stille spørsmål om seksualitet, mental helse, utdanningsmuligheter eller hva det måtte være. Selv om



*En ungdom, enten hun eller han har cerebral parese, synshemming, hørselstap eller MS, er først og fremst en ungdom.*

ungdommen har en funksjonshemming, lur hun eller han ofte på det samme som andre ungdommer. Det kan være et godt råd å kontakte brukerorganisasjonene dersom man vil komme i kontakt med andre i lignende situasjon, eller trenger informasjon om den spesifikke diagnosen.

10 *Hjelp til med å finne tilbud.*

Dersom en ungdom bor på en liten plass med få hjelpetilbud, eller har blitt avvist, kan man hjelpe til med å undersøke om det finnes fagpersoner andre steder i landet som de kan få prate med via telefon eller internett.

Se flere tips i rapporten «Sex som funker – unges erfaringer med seksualitet og funksjonsevne».

HOVEDTARIFFOPPGJØRET PER 1. MAI 2018

# Reallønnsutvikling og lønn for kompetanse

**Aldri før har Ergoterapeutenes lønnskrav vært gjenstand for en så grundig og god prosess i organisasjonen. Allerede i fjor høst sendte forbundet ut spørreskjema i form av debattnotat til de tillitsvalgte. Resultatene er behandlet på tariffkonferanser som er gjennomført i forbindelse med regionenes årsmøter i februar. Forbundsstyret gjorde endelig vedtak i mars.**

Av Brit-Toril Lundt



*Brit-Toril Lundt er forhandlingssjef i Ergoterapeutene.*

Landsmøteprogrammet sier blant annet: «*Ergoterapeuters arbeidsbetingelser skal reflektere utdanning, kompetanse og ansvar, samt fremme likestilling og likelønn. Ergoterapeuters lønn og pensjon skal utvikles i tråd med prisutviklingen, slik at kjøpekraften opprettholdes eller styrkes.*» Disse viktige stolpene dannet grunnlag for den interne prosessen.

Ergoterapeutene har partsforhold i tariffavtalene i Staten, KS, Spekter, Oslo kommune og Virke. Det er fremmet følgende krav:

- Det gis sentrale, generelle tillegg til alle. Dette gis som en lik prosent.
- Minstelønns- og garantilønns-satser oppjusteres.
- Det settes av en pott til lokale forhandlinger. Forholdet mellom sentral og lokal fordeling må være slik at mesteparten gis sentralt.
- Det kreves nye stillingskoder i Oslo kommune og Spekter, slik at kompetanse utover grunnutdanning gir bedre mulighet for innplassering i avansementstilling.

Kravene for hvert enkelt tariffområde er lagt ut på forbundets

hjemmesider. LO og NHO forhandler først og setter rammen for hovedtariffoppgjøret også for offentlig sektor. De går i front og blir enige om hvor stor lønnsøkning Norsk industri tåler.

Det var beskjedne rammer både i 2016 og 2017. LO og NHO er enige om en ramme 2,8 prosent for 2018.

Partene har frist til 1. mai. Hvis de ikke kommer til enighet, går lønnsoppgjøret til mekling. I så fall vil resultatene foreligge først i slutten av mai. Men vi håper at partene er innstilt på å jobbe hardt for forhandlingsløsning.

Veldig mange lokale tillitsvalgte og organisasjonstillitsvalgte har vært, og er, engasjert i viktige oppgaver knyttet til lønnsoppgjøret. Jeg vil rette en stor takk til medlemmer og tillitsvalgte som har engasjert seg i årets lønnsoppgjør og kommet med gode innspill til forbundets krav! Jeg vil også takke regionene for god gjennomføring av tariffkonferansene og alle tillitsvalgte som deltar i Unios konfliktberedskapsutvalg i kommuner, helseforetak, statlige virksomheter og virksomheter i Virke!

Da gjenstår bare å ønske hverandre godt lønnsoppgjør!

# ParkinsonNet

Av Solrun Nygård

**I Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019) ble det bevilget 5 millioner kroner til et pilotprosjekt som kalles ParkinsonNet.**

**D**et er en modell fra Nederland som skal sikre bedre tjenester til Parkinson-pasienter. Modellen bygger på tverrfaglige nettverk med spesiell kompetanse på Parkinson, opplæring av pasienter og pårørende og god kommunikasjon og samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.

I Opptrappingsplanen for rehabilitering omtales ParkinsonNet som en mulighet til å kvalitetssikre behandlingen og imøtekomme den enkeltes behov og livssituasjon. Pasientperspektivet, pasientmedvirkningen og den brede tverrfaglige tilnærmingen vil øke kvaliteten på tjenestene.

Helseforetakene i Rogaland og Oslo og deres nedslagsfelt i kommuner og bydeler deltar i pilotprosjektet som skal prøve ut denne modellen i perioden 2017-2019.

Pilotprosjektet har særlig fokus på ergoterapi, fysioterapi og logopedi. Disse faggruppene tilbys kursing av eksperter fra sin faggruppe hentet fra prosjektet i Nederland. Første opplæringsrunde er gjennomført i både Stavanger og Oslo. I Stavanger deltok tolv ergoterapeuter, og i Oslo ni ergoterapeuter. Deltakerne skal prøve ut modellen og melde inn erfaringer til prosjektet.

I evaluering av prosjektet skal det blant annet vurderes om denne organiseringen av tilbudet til en pasientgruppe kan ha en overføringsverdi til andre pasientgrupper med nevrologisk sykdom og andre pasientgrupper med behov for støtte til å leve med og mestre kronisk sykdom.

Mer informasjon om pilotprosjektet finnes på nettsiden til Helsedirektoratet.



**TRYKKFRIHET**  
**STIMULITE® MADRASSER og HEELBOOT**  
LUFTIG, LETTHÅNTERLIG, STADIGT

**Nu i Norge og prisforhandlet med NAV:**

**Prøv selv! Bestill produkt demonstrasjon eller gratis demoprodukter nå!**

**Ring 48 50 32 97 eller send en e-post til [julia@rehabshop.com](mailto:julia@rehabshop.com)**

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

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

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

 Goran Sjøden's Norge AS



# Ergoterapeutenes reiseforsikring – trygghet på små og store reiser



*Roar Hagen er ansatt i Ergoterapeutenes forsikringskontor.*

## Har du reiseforsikring som dekker dine behov?

Av Roar Hagen

**D**et finnes mange reiseforsikringer på markedet. Før du kjøper reiseforsikring, anbefaler vi deg å tenke gjennom behovet ditt. Reiser du ofte og på omfattende reiser, eller sjelden og på typiske charterturer med strandferie?

Mange reisende nordmenn dropper den tradisjonelle reiseforsikringen og satser på at forsikring gjennom kredittkortet holder. Det er ikke nødvendigvis en god løsning, sier Forbrukerrådet.

Satser du på forsikring via kredittkort, kan du få noen overraskelser hvis du ikke har satt deg godt inn i hva forsikringen dekker, og når den er i kraft. Kredittkortet dekker som oftest kun reiser som er betalt med kortet, og har ofte begrenset dekning. Utgiftene til for eksempel bensin, ferge og overnatting må være betalt med kredittkortet før en skade inntreffer. Derfor kan tidspunktet for når forsikringen trer i kraft, ofte være uklart. I tillegg er viktige dekningsområder som utgifter ved sykdom, skade eller dødsfall og beløpsbegrensninger på reisegods ofte mindre gunstige.

Ergoterapeutenes forsikringskontor tilbyr deg en av markedets



beste reiseforsikringer. Den dekker småturer til butikken, arbeidst stedet og hytta. I tillegg dekkes omfattende utenlandsreiser eller tjenestereiser. Forsikringen er en helårs reiseforsikring som dekker reiser på inntil 90 dager per reise.

### HØYE FORSIKRINGSSUMMER – NOEN EKSEMPLER

- Reisegods – ingen øvre sumbegrensning. (Enkeltgjenstander erstattes med inntil kr 30 000.)
- Avbestilling – ubegrenset
- Reisesyke og eventuell hjemtransport ved sykdom – uten beløpsbegrensning

- Evakuering – ingen sumbegrensning
- Leiebil – egenandel på inntil kr 10 000 erstattes på feriereiser.

Prisgunstig er den også:

- Prisen for hele familien per år er kun kr 1 220
- Prisen for en person er kun kr 1020 per år.

Gjør som hundrevis av andre ergoterapeuter! Bestill eller les mer om reiseforsikringen på [www.ergoterapeutene.org/forsikring](http://www.ergoterapeutene.org/forsikring), eller ring ergoterapeutenes forsikringskontor på telefon 22 05 99 15.



## Bli ergoterapispesialist

- SØKNADSFRIST 15. SEPTEMBER 2018

**En ergoterapispesialist har avansert kunnskap om ergoterapi og en styrkning innen spesialistområdet.**

**E**rgoterapeutenes forbundsinterne spesialistordning omfatter syv spesialistområder: Allmennhelse, Arbeidshelse, Barns helse, Eldres helse, Folkehelse, Psykisk helse og Somatisk helse.

Spørsmål kan rettes til seniorrådgiver Anita Engset på e-post [ae@ergoterapeutene.org](mailto:ae@ergoterapeutene.org) eller telefon 92408247.

Søknad om godkjenning som ergoterapispesialist skrives på eget skjema som sendes til Norsk Ergoterapeutforbund, Stortingsgata 2, 0158 Oslo, eller via e-post til [post@ergoterapeutene.org](mailto:post@ergoterapeutene.org). Kopier av attester og annen attestert dokumentasjon skal være vedlagt. *Søknadspapirer returneres ikke.*

Ikke medlem enda?  
Meld deg inn!

[ergoterapeutene.org/innmelding](http://ergoterapeutene.org/innmelding)



**NORSK REVMATIKERFORBUND**

### UTLYSNING AV FORSKNINGSMIDLER

Norsk Revmatikerforbund utlyser midler fra NRF Forskningsfond og Overlege Jan A. Pahles legat.

For info se; [www.revmatiker.no/om-nrf/sok-stotte/](http://www.revmatiker.no/om-nrf/sok-stotte/)

**Søknadsfrist 1. oktober. 2018**



**Prøv selv! Bestill produkt demonstrasjon eller gratis demopute nå!**

**Ring 48 50 32 97 eller send en e-post til [julia@rehabshop.com](mailto:julia@rehabshop.com)**

# TRYKKFRIHET

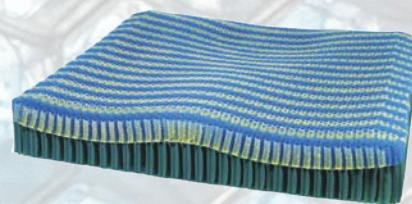
**STIMULITE® SITTEPUTER**  
LUFTIG, LETTHÅNDTERLIG, STADIGT

**Modeller prisforhandlet med NAV:**



### Contoured Ekstra Myk Bredere Sittegrup

konturert, sidestabil pute for para- og tetraplegikere med høy risiko for trykksår



### Slimline Ekstra Myk

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

**GØRAN SJØDÉN'S REHABSHOP NORGE AS**

Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru

Tel: 48 50 32 97 [www.rehabshop.as](http://www.rehabshop.as) Facebook.com/RehabshopNorge



## Utfordringer med nye datasystemer i forbundet

**Helt siden etableringene av regionene i Ergoterapeutene i 2014 har forbundet stått midt oppe i et stort digitaliseringsprosjekt. Målet er blant annet å bruke mest mulig av ressursene våre på medlemmene og medlemsaktivitet og minst mulig på manuelle prosesser og administrasjon. Prosjektet har vært omfattende og har tatt lengre tid enn vi hadde trodd og håpet på.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

**H**er er en orientering om hvordan du som medlem og tillitsvalgt må forholde deg.

### MIN SIDE

Det nye medlemsregisteret, Medlemsvekst, er ennå ikke integrert med Min side på hjemmesida. På Min side vil du derfor finne medlemsopplysninger slik de var 31. desember 2017. Forbundskontoret har oppdatert oversikt over medlemsopplysningene, men dette vises dessverre ikke på Min side.

Det er uansett viktig at du som medlem oppdaterer dine medlemsopplysninger på Min side. Det er den beste måten å sikre at du får tilgang til forbundets tjenester, og forbundet unngår å miste inntekter og få unødige utgifter.

Har du problemer med å logge deg på Min side, må du ta kontakt med forbundskontoret. Vi hjelper deg med medlemsnummer og midlertidig passord. Med ny hjemmeside og ny Min side kan vi love en helt annen brukeropplevelse.

### MINE VERV – MEDLEMSLISTER TIL TILLITSVALGTE

Tillitsvalgte har fram til årsskiftet hatt tilgang til medlemslister på Min side. Disse opplysningene

er dessverre ikke oppdaterte. Tillitsvalgte som har behov for medlemslister, kan få dette ved å henvende seg til forbundskontoret.

Vi minner som vanlig om at medlemsopplysninger er sensitive personopplysninger, og de tillitsvalgte må sørge for at medlemslistene ikke kommer uvedkommende i hende i noen form.

### FAKTURERING AV KONTINGENT OG GRUNNFORSIKRING

De fleste medlemmer trekkes for kontingent og premie til den obligatoriske grunnforsikringa i lønna. Her er det ingen endring.

De som er ikke-yrkesaktive, studenter, medlemmer i Seniorforum og noen andre, mottar faktura fra forbundet. Fakturaene skulle vært sendt ut i januar, men har på grunn av systemproblemer ikke blitt sendt. Dette berører ikke den enkeltes rettigheter til verken medlemskap eller grunnforsikring. I en periode har vi tilbudt disse medlemmene avtalegiro, men det er usikkert om vi kan få det til i det nye regnskapssystemet. E-faktura er det tilbudet som vi håper at de fleste i stedet vil benytte seg av. De vil motta informasjon om dette på SMS og epost.



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

### NY HJEMMESIDE

Lansering av ny hjemmeside har blitt utsatt på grunn av utfordringene med nytt medlemsregister og Min side. Vi vil presentere en ny hjemmeside så snart Min side er klar. Ved lansering av ny hjemmeside vil du få anledning til å komme med innspill om innhold på den. Meld dine tanker, ønsker og behov til forbundskontoret.

### FREMDRIFT OG TIDSPERSPEKTIV

Digitaliseringsprosjektet har tatt lenger tid enn vi hadde trodd og håpet på. Flere leverandører er involvert, og det er gjort utvikling og tilpassinger ingen har gjort før. Vi er fortsatt trygge på at vi har valgt gode løsninger, og at forbundet vil få moderne og brukervennlige datasystemer når integrasjonene er ferdigstilt. Vi er også trygge på at løsningene vil gjøre det enklere for medlemmer og tillitsvalgte.

Av forståelige grunner har ferdigstillelse av digitaliseringen høyeste prioritet i administrasjonen. For å unngå brutte forhåpninger, velger vi i denne omgang ikke å stipulere en dato for ferdigstillelse av hele digitaliseringsløsningen.





**Familie**  
**Kr 1 220**  
**Én person**  
**Kr 1 020**

Forsikringen leveres av Tryg.

# Hvor går ferien i år?

## Reiseforsikringen gjelder uansett!

Ergoterapeutenes reiseforsikring er en av de beste og rimeligste reiseforsikringene i markedet. Forsikringen dekker deg og dine på reiser inntil 90 dager over hele verden. Forsikringen gjelder til og med på vei til jobb eller butikken.

Skal barna på fotballcup? Kjøp familiedekning, så er de ivaretatt.

**Velg Ergoterapeutenes helårs reiseforsikring!**

# Best sammen

**Partene i kommunal sektor har utviklet hefter med tips og inspirasjon til hvordan man kan redusere sykefraværet, øke sysselsettingen blant personer med redusert funksjonsevne og oppnå flere yrkesaktive år.**

Av Anita Engeset



Anita Engeset er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

Gjennom «Best sammen»-heftene ønsker de sentrale partene å bistå kommuner og fylkeskommuner i det daglige arbeidet med HMS og et inkluderende arbeidsliv.

I heftene finner du praktiske tips og veiledning til hvordan man sammen kan skape et godt arbeidsmiljø som fremmer nærvær og inkludering på arbeidsplassen.

## **SAMARBEID OM INKLUDERENDE ARBEIDSLIV**

Arbeidsgiver og arbeidstakerorganisasjonene har lang og god tradisjon i å samarbeide om et godt og velfungerende arbeidsliv.

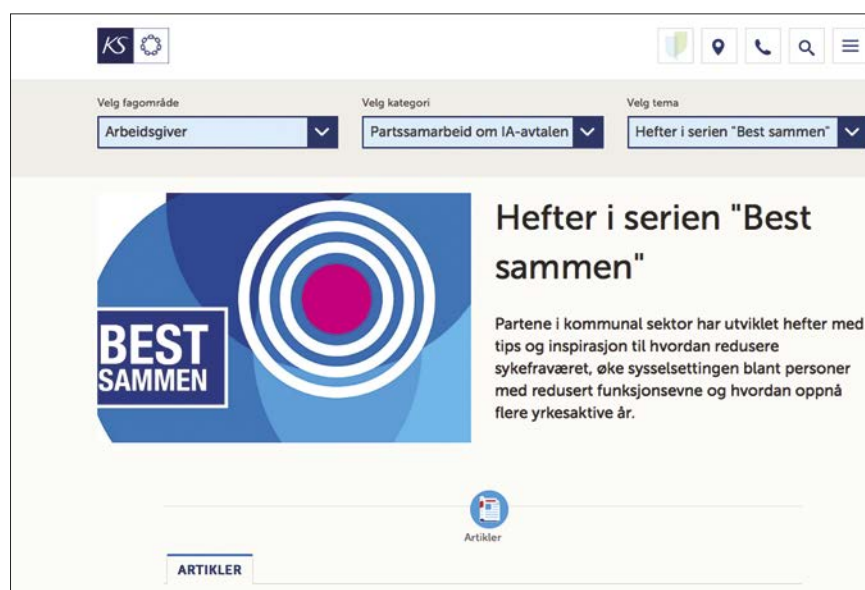
I kommunal sektor er samarbeidet formalisert gjennom

«Best sammen». Målet er å bistå kommunal sektor i arbeidet med å redusere sykefraværet, øke avgangsalderen og inkludere personer med redusert funksjonsevne.

Partene i kommunal sektor består av KS, LO-kommune, Unio, YS-kommune og Akademikerne kommune.

## **WWW.IA-BESTSAMMEN.NO**

Heftene kan lastes ned fra [www.ia-bestsammen.no](http://www.ia-bestsammen.no). Prosessen «Best sammen» handler om å skape nærvær og redusere fravær. Mottoet er «Forebygging, utvikling og oppfølging, ikke alene og hver for seg, men samlet og her og nå». Systematisk og målrettet samarbeid gir gode resultater.



Samtlige hefter i «Best sammen»-serien kan lastes ned fra [www.ia-bestsammen.no](http://www.ia-bestsammen.no).



## Podkast om den nye pensjonen

**Unio-leder Ragnhild Lied, Unios sjeføkonom Erik Orskaug og lederne i Unios største forbund har gått i studio og snakket om den nye pensjonen til offentlige ansatte.**

Du kan abonnere på Unio-podkast på iTunes eller laste den ned på Podkast-appen på mobilen. Søker du på «Unio podkast», får du automatisk opp Unios podkast-episoder.



## Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.



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



**Ny hjemmeside!**

[www.bamseprodukter.no](http://www.bamseprodukter.no)  
[Info@bamseprodukter.no](mailto:Info@bamseprodukter.no)  
Tlf: 69300105

## HJELPEMIDDEL MÆSSEN

Vi har gleden av å invitere til  
hjelpemiddelmesse i:

**Sørlandshallen, Kristiansand**  
tirsdag 24. april 2018, kl 10:00-15:30

**Skien Fritidspark, Skien**  
onsdag 25. april 2018, kl 10:00-15:30

**Drammenshallen, Drammen**  
torsdag 26. april 2018, kl 10:00-15:30

**Kongstenhallen, Fredrikstad**  
torsdag 3. mai 2018, kl 10:00-15:30

**Ekeberghallen, Oslo**  
tirsdag 8. mai 2018, kl 10:00-15:30

Her får du nyttig informasjon om et  
stort utvalg av tekniske hjelpemidler.

Enkel servering

Gratis adgang

Velkommen til en innholdsrik dag!

Hilsen  
Hjelpemiddelleverandørene

# Virksomhetsteorien og den nærmeste utviklingssonen - et lærestykke

- EN KUNNSKAPSBASERT FAGARTIKKEL HVOR ERGOTERAPI BESKRIVES OG DISKUTERES UT FRA ET SOSIOKULTURELT PERSPEKTIV

Av Kjell Emil Granå, Kari Opsahl og Gitte Ravn



*Kjell Emil Granå er sosialpedag og tidligere høyskolelektor ved ergoterapiutdanningen ved OsloMet – storbyuniversitetet.*



*Kari Opsahl er ergoterapeut og tidligere høyskolelektor ved ergoterapiutdanningen ved OsloMet – storbyuniversitetet.*



*Gitte Ravn er ergoterapispesialist i psykisk helse. Hun arbeider ved Vestre Viken HF, Asker DPS, Poliklinikk for rus og psykisk helse.*

## VIRKSOMHETSTEORIEN OG DEN NÆRMESTE UTVIKLINGSSONEN – ET LÆRESTYKKE

### Sammendrag

**I denne artikkelen** tar vi opp betydningen av læringsteori i ergoterapeutisk praksis.

Med utgangspunkt i virksomhetsteorien og Vygotskys begrep om *den nærmeste utviklingssonen* henter vi inn Tharp og Gallimores begrep om «assistert læring» og tilhørende læringsmetoder. Vi beskriver hvordan ergoterapeuter kan anvende disse læringsmetodene i rehabiliterende arbeid. Dette er etterspurt av studenter og veiledere i praksis.

**Nøkkelbegrep:** Ergoterapi, rehabilitering, virksomhetsteori, *den nærmeste utviklingssonen*, assistert læring.

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.*

## Introduksjon

I denne artikkelen tar vi opp betydningen av læringsteori i ergoterapeutisk praksis og knytter dette til virksomhetsteorien og sosiokulturell læringsteori. Deretter presenterer vi kort ergoterapi og sier noe om ergoterapi og pedagogikk og læringsteori. Virksomhetsteorien er i dag et åpent teoretisk system der teorier og kunnskaper fra andre forskningstradisjoner vurderes kritisk og hentes inn (Nygren, 1994:114-115). Med utgangspunkt i virksomhetsteorien og Vygotskys begrep *den nærmeste utviklingssonen* tar vi i bruk Tharp og Gallimores begrep om «assistert læring» og tilhørende læringsmetoder. Vi beskriver hvordan ergoterapeuter kan anvende disse læringsmetodene i rehabiliterende arbeid. Praksiseksempelene våre er basert på egne erfaringer; de er konstruerte og anonymiserte.

Innledningsvis i artikkelen beskriver vi kort en situasjon fra somatisk helse. Situasjonen er ment som en introduksjon til *den nærmeste utviklingssonen* hentet fra virksomhetsteorien. Den gir også et lite innblikk i et behandlingsforløp. Senere i artikkelen gir vi en detaljert beskrivelse av arbeidet i *den nærmeste utviklingssonen* hentet fra psykisk helse. Begge situasjonene løfter fram viktigheten av klient-sentrering, motivasjon og tilrettelegging for læring. Dette er gjennomgående tema i artikkelen. Denne måten å arbeide på i *den nærmeste utviklingssonen* er relevant innen både somatisk og psykisk helse. Virksomhetsteorien er en samfunnsvitenskapelig teori om menneskets utvikling i virksomhet, hvor motiv, mål og mening er sentrale tema. Ergoterapeuter har i mange år vært opptatt av denne teorien i forhold til både utvikling av fagets grunnleggende teori og muligheter for anvendelse i praksis. For nærmere innføring i virksomhetsteorien anbefaler vi å lese artikkelen *Virksomhetsteorien – den kulturhistoriske skole* (Opsahl og Ravn, 2003), der teorien presenteres og nytten av den i ergoterapeutisk praksis diskuteres.

## DEN NÆRMESTE UTVIKLINGSSONEN I REHABILITERENDE PRAKSIS I SOMATISK HELSE

Niels Dahl er inne i en aktiv rehabiliteringsfase etter hjerneslag med motorisk utfall. Han er på dagrehabilitering. Etter kartleggingssamtaler med bruk av CMOP (Townsend & Polatajko, 2007) er et av målene å kunne spise selv. Å spise selv er viktig for de fleste av oss; det har med selvstendighet og verdighet å gjøre. Mens Dahl og ergoterapeuten vurderer og diskuterer de ulike

spiseredskapene, hører ergoterapeuten Dahl si: «Det er viktig for meg å spise pent.» Hun lytter fram motivasjonen – den innebærer mer enn å kunne spise selv. Å spise pent er verdibasert, knyttet til Dahls kulturelle verdier. Ergoterapeuten gjør derfor en ny analyse av aktivitetsformen å spise med bestikk. Hun vurderer ferdigheter og funksjoner (Ellingham, Clark, Jespersen & Annerløv, 2012) for å imøtekomme Niels Dahls ønsker. Hun vurderer hva det kreves av ulike grep; holde og løfte kniv, gaffel og vannglass. Hun analyserer bevegelsesmønstre og styrke: bevegelse i rom og retning og tilpasset kraft. Hun sammenholder det med Dahls bevegelsesmønstre og kraft på bakgrunn av observasjoner (Jespersen, Clark og Ellingham, 2014), testene GRIPPIT (NAKBUR, 2007) og Ad-AHA (Krumlinde-Sundholm, 2010) og hva han selv sier er viktig for ham. Ergoterapeuten tilrettelegger læringsprosessen: hun vurderer sittestilling, plassering av mat og drikke, bestikk, tallerken og glass med tanke på bevegelsesmønstre og håndfunksjon.

I spisesituasjonene, når Dahl trener på å oppnå målet å spise pent, veileder, guider og tilbakemeldet ergoterapeuten. Hun stiller spørsmål som fremmer bevisstgjøring, og med det mestring. Når Dahl mister mat eller stopper opp, spør ergoterapeuten hva han tror årsaken kan være. «Jeg kom for langt bort», svarer han, «jeg tok for mye mat på gaffelen». Slik bevisstgjøres læringsprosessen, og mestring muliggjøres. Han er nå i *den nærmeste utviklingssonen* sammen med ergoterapeuten. Ergoterapeuten tilrettelegger det praktiske; hun graderer aktiviteten og bruker de fysiske omgivelsene. Hun tydeliggjør det som skjer i læringsprosessen, og støtter Dahl på ulike måter. Aktivitet og virksomhet, motivasjon og et menneskesyn som innebærer en subjekt/subjekt-relasjon, er grunnleggende i denne situasjonen (Opsahl og Ravn, 2003:60).

Virksomhetsteorien kan være et fruktbart perspektiv når ergoterapeuter i rehabiliterende arbeid legger til rette for brukers utvikling og forandring (Hval-søe, Mærsk og Bukhave, 2009). For å understøtte forandringsprosessene i en virksomhetsteoretisk tilnærming samarbeider bruker og ergoterapeut i *den nærmeste utviklingssonen*. Denne sonen defineres som en vekstsone eller mulighetssone, der en person ikke klarer å løse problemene alene, men trenger hjelp fra kompetente andre. Det dreier



seg om forholdet mellom det han faktisk mestrer på egen hånd, og det han mestrer sammen med andre – altså hvordan personen med støtte fra mer kompetente andre kan utføre og mestre oppgaver som går utover hans faktiske, individuelle kompetansenivå. *Den nærmeste utviklingssonen* er et begrep hentet fra Vygotsky, en av grunnleggerne av virksomhetsteorien (Cole & Tufano, 2008; Wittek, 2004). Det er denne mulighetssonen vi ønsker å utdype i artikkelen, hvorledes mestring av aktiviteter og virksomheter kan oppnås i praksis. Vi ønsker å utdype dette fordi læringsteoretiske utfordringer i dag er et aktuelt tema innenfor det helsefaglige arbeidsområdet.

I «Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag» (Helsedirektoratet, 2010) vises det til «oppgaverelatert trening» eller «oppgaveorientert tilnærming». Her defineres dette som konkret trening på de bevegelser, oppgaver og aktiviteter som pasienten har som mål å mestre, knyttet til daglige praktiske gjøremål. Hos forfattere som Tuntland (2011), Aasebø (2012) og Ness og Tuntland (2014) er «oppgaverelatert trening» omtalt som en relevant metode å anvende innenfor hverdagsrehabilitering. Vi deler i hovedsak prinsippene i en oppgaveorientert tilnærming som beskrevet hos Bass-Haugen med flere (2008) og Tuntland (2011). Men de konkrete læringsmetodene, som hos Tuntland (2011:127-129) omtales under begrepene «riktig instruksjon» og «egnet tilbakemelding», vil etter vårt syn tjene på å bli utdypet og tydeliggjort. Dette vil styrke kunnskapen om og anvendelsen av læringsprinsipper i det praktiske ergoterapeutiske arbeidet. I samtaler med helsearbeidere som arbeider innen hverdagsrehabilitering i dag, har mangel på slike utdypninger vært diskutert. Det er i denne sammenheng vi mener at virksomhetsteorien og Tharp og Gallimores begrep om «assistert læring» i *den nærmeste utviklingssonen* vil kunne bidra. Ut fra dette blir vår problemstilling som følger.

## PROBLEMSTILLING

Hvordan kan ergoterapeuter legge til rette for brukers mestring av aktiviteter og virksomheter med utgangspunkt i ergoterapi, virksomhetsteori, *den nærmeste utviklingssonen* og «assistert læring»?

## METODE

Dette er en teoretisk fagartikkel. Gjennom flere år har vi gjort litteraturstudier med utgangspunkt i

virksomhetsteorien. *Den nærmeste utviklingssonen* er her i fokus og har ført oss til de teoretikerne som vi refererer til. Disse litteraturstudiene har vært viktige i diskusjoner knyttet til erfaringer fra eget helsefaglig arbeid og erfaringer fra undervisning og veiledning av studenter.

## Ergoterapi, læringsteori og virksomhetsteori

«Learning is a primary therapeutic mechanism underlying many if not all occupational therapy interventions» (Flinn and Radomski, 2008). Derfor er læringsteori av stor relevans og nytte for ergoterapeuter i praksis. Læring har med relasjoner mellom mennesker å gjøre, læring skjer gjennom deltakelse og samspill mellom deltakerne, og læring skjer med utgangspunkt i aktiviteter/virksomheter der språk og kommunikasjon er sentralt. Læring er langt mer enn det som skjer i individets hode. Det har å gjøre med kroppen og omgivelsene i vid forstand, i samhandling med kompetente andre (Vygotsky, 1978). Virksomhetsteorien og sosiokulturell læringsteori gir oss muligheter til å sette ord på erfaringer med læring som vi har fra praksis. I neste omgang vil dette bidra til en utvidet forståelse av nye sammenhenger, og etter hvert har dette teoriperspektivet åpnet for nye måter å tenke videre om aktivitet/virksomhet og læring på.

## ERGOTERAPI

Ergoterapeuter begrunner og forklarer fag og kompetanse ut fra:

- Ergoterapi: Kunsten og vitenskapen om å muliggjøre engasjement i hverdagslivet gjennom virksomhet, om å muliggjøre virksomheter som fremmer helse og livskvalitet, og om å legge til rette for et rettferdig og inkluderende samfunn (Townsend & Polatajko, 2007:27).
- Aktivitetsvitenskap: Deltakelse i meningsfulle aktiviteter gir mestring, utvikling og samvær med andre, og er avgjørende for et godt liv. Det er en klar sammenheng mellom virksomhet, deltakelse i meningsfulle aktiviteter og helse (Zemke & Clark, 1996; Wilcock, 1991).
- Retten til aktivitet og deltakelse: Hvorledes funksjonsnedsettelse, fattigdom eller krig tar fra mennesket muligheten til å leve et liv hvor hun deltar i meningsfulle aktiviteter (Townsend & Whiteford, 2005).

Kunnskap og erfaring fra alle tre områder brukes i eksemplene i denne artikkelen.



*Læring har med relasjoner mellom mennesker å gjøre. Læring skjer gjennom deltakelse og samspill mellom deltakerne, med utgangspunkt i aktiviteter/virksomheter der språk og kommunikasjon er sentralt.*

## ERGOTERAPI OG PEDAGOGIKK

I det daglige ergoterapeutiske arbeidet møter vi utfordringer i menneskers utvikling, forandring og læring. Derfor er det viktig å være bevisst hvordan pedagogikken kan bidra. Den engelske ergoterapeuten Hagedorn (2001:66-67) understreker betydningen av pedagogisk tilnærming i det konkrete ergoterapeutiske arbeidet. Hun sier at gjennom deltakelse i pedagogisk virksomhet blir mennesker satt i stand til å lære nye aktiviteter, erverve nye ferdigheter og utvikle kulturelt relevante holdninger og verdier. Kunnskap om pedagogikk gir terapeuten et repertoar av metoder og ferdigheter som kan anvendes i forhold til den store bredden av lærings-situasjoner som hun møter.

## LÆRINGSTEORI

Vi kan snakke om tre generelle perspektiver på læring: Behavioristisk, kognitivt og sosiokulturelt (Greene, Collins and Resnick, 1996). Det sosiokulturelle perspektivet har fått et bredt gjennomslag både i forhold til forskning og praktisk anvendelse (Dysthe, 2001:33,36). Her kommer virksomhetsteorien/den kulturhistoriske skole inn som én av flere tilnærminger (Dysthe, 2001:54-55,58). Læring skjer gjennom deltakelse, samhandling og dialog med andre og mer kompetente personer. Individet eksisterer aldri i et vakuum, det er alltid situert – noe som innebærer at individet alltid eksisterer i en historisk, sosial og kulturell kontekst. Dette er avgjørende i ergoterapeutisk forståelse når ergoterapeuter arbeider med overføring av læring fra en kontekst til en annen, eksempelvis fra trening på sykehus til trening hjemme.

## ERGOTERAPI OG DEN NÆRMESTE UTVIKLINGSSONEN

Menneskers kompetanse kan forstås ut fra to synsvinkler (Bråten og Thurmann-Moe, 1996 :125; Lyngsnes & Rismark, 2007:62-64; Vygotsky, 1978; Wittek, 2004:106-107). På den ene siden snakker vi om individets aktuelle utviklingsnivå, som innebærer den aktuelle handlingskompetansen som er et resultat av læring som allerede har funnet sted. På den andre siden snakker vi om det potensielle utviklingsnivået. Det potensielle utviklingsnivået betegner et nivå som er innen rekkevidde for individet, og som hun eller han under spesielle opplæringsbetingelser kan nå. Området mellom disse to kompetansenivåene kalles *den nærmeste utviklingssonen* – som innebærer operasjoner, handlinger og virksomheter mennesket kan klare med hjelp og støtte fra andre

mer kompetente personer. Det er innenfor denne sonen ergoterapeuter tilrettelegger arbeidet. Den pedagogisk-terapeutiske praksis rettes inn mot brukers nærmeste utviklingssone, der den «kompetente andre» kan forklare, demonstrere, gi påminnelser, lage strukturer og stille spørsmål. I *den nærmeste utviklingssonen* vil ergoterapeut og bruker samarbeide om å kartlegge hans *aktuelle utviklingsnivå* og *potensielle utviklingsnivå*. Her vil ergoterapeuten, den «kompetente andre», bygge stillas: et reisverk som støtte for brukers egne læringsforsøk. Når han mestrer på egen hånd, kan stillaset gradvis fjernes (Wood, Bruner & Ross, 1976; Wittek, 2004; Lyngsnes & Rismark, 2007).

## DEN NÆRMESTE UTVIKLINGSSONEN OG ASSISTERT LÆRING

De to amerikanske professorene i psykologi R. G. Tharp og R. Gallimore har utviklet en teori om læring som «assisted performance» (1988:27). Deres teori bygger på Vygotskys begrep *den nærmeste utviklingssonen* og dreier seg om den støtte og hjelp eller assistanse som «den mer kompetente andre» kan gi ved behov i brukers *nærmeste utviklingssone*. I norsk sammenheng er begrepet «assisted performance» oversatt til begrepet «assistert læring» av de to pedagogene K. Lyngsnes og M. Rismark (2007). Assistansen som gis, innebærer følgende seks sentrale læringsmetoder: Modell-læring, forsterkning, tilbakemelding, instruksjon, å stille spørsmål og kognitiv strukturering.

**Modell-læring.** Ifølge Tharp and Gallimore (1988:47) er modell-læring, eller imitasjon av andres atferd, sannsynligvis den grunnleggende måten å lære nye ferdigheter, atferd og handlinger på. I praksis vil ergoterapeuten vise hvorledes oppgavene kan løses og utføres. Bandura (1977) fremhever mange faktorer som gjør seg gjeldende. Om imitasjon finner sted, avhenger først og fremst av personens motivasjon og andre egenskaper som læringsevne og ferdigheter. Viktig er modellens alder, kjønn og egenskaper som personlighet og relasjonskompetanse, samt presentasjonsform og relasjonen mellom de to. Avgjørende er også egenskaper ved det som skal læres, for eksempel lett/vanskelig, konkret/abstrakt.

**Forsterkning.** Forsterkning er en måte å assistere læring på der det tas i bruk konsekvenser som belønning og straff i forhold til handlinger og aktiviteter (Tharp and Gallimore, 1988:51-53). I «assistert læring» blir forsterkning i all hovedsak anvendt på positive



handlinger, og da som positive belønninger som for eksempel ros og oppmuntring. Positiv forsterkning kan ikke brukes for å lære noe nytt. Det brukes for å forsterke og befeste det som allerede er lært ved hjelp av de øvrige hjelpemetodene. Samtidig vil positiv forsterkning sikre oppmerksomhet, engasjement og motivasjon i læringsarbeidet. Positiv forsterkning øker sannsynligheten for at handlingen som forsterkes, gjentas i framtida under liknende betingelser.

Erfaringsmessig er det viktig at ergoterapeuten under innlæringen gir positiv forsterkning så fort som mulig og ofte. Etter hvert kan forsterkningen gis mer tilfeldig og sjelden og gradvis trekkes tilbake.

**Tilbakemelding.** Det er ulike måter å gi tilbakemelding på. Det kan dreie seg om ulike former for kommentarer på oppgaver, arbeid, aktiviteter og atferd (Tharp and Gallimore, 1988:54-56). I ergoterapeutisk sammenheng kan det bety informasjon og tilbakemeldinger om hvordan aktivitetsprosessen forløper, for å støtte, trygge og stimulere bruker videre i prosessen, samt tilbakemelding på resultatet.

**Instruksjon.** Instruksjon er den mest brukte metoden innen «assistert læring» (Tharp and Gallimore, 1988:56-57). Instruksjonen kan være muntlig eller skriftlig, som i en trinnanalyse. Når ergoterapeuten instruerer brukeren, forklarer hun det som skal gjøres – hvordan og hvorfor. Lange instruksjoner bør unngås, og det er viktig å undersøke om bruker har forstått instruksjonen. Punkter i instruksjonene kan repeteres om nødvendig.

**Stille spørsmål.** I «assisterende» spørsmål ligger det informasjon som kan skape tankevirksomhet hos personen, slik at han kan bevege seg utover sitt aktuelle utviklingsnivå (Tharp og Gallimore, 1988:57-62), som når ergoterapeuten fastslår at Dahl mister mat fra gaffelen, og spør ham hva han tror årsaken er. Det å stille spørsmål på denne måten er en parallell til bruken av spørsmål innen CO-OP (Polatajko & Mandich, 2004). Målet er at bruker reflekterer over egen læringsprosess, slik at han kan mestre aktiviteten. Her forventes verbal respons eller handling fra bruker, i motsetning til hva vi forventer ved kognitiv strukturering.

**Kognitiv strukturering.** I følge Tharp og Gallimore (1988:63-69) kan vi assistere gjennom innspill og forklaringer som kan hjelpe bruker/personen til å strukturere tanker, forståelse og handlinger i forhold til framtidig aktivitet. Det forventes ikke verbal respons eller handling fra bruker i den umiddelbare situasjonen. Ergoterapeuten kan ta i bruk to former for strukturering: Den ene formen er forklarings-

strukturering og innebærer at terapeuten forklarer faktastoff. Den andre formen assisterer bruker med illustrasjoner, forklaringer, spørsmål og informasjon om fremgangsmåten i forhold til oppgaven han skal utføre. Slik kan han utvikle sine kognitive strukturer med henblikk på framtidige handlinger og aktivitet.

Disse seks metodene for «assistert læring» glir ofte over i hverandre og vil som regel brukes i én og samme læringssituasjon (Lyngsnes og Rismark, 2007:68). De kan også brukes i kombinasjon med andre former for hjelp og støtte, som «fysisk hjelp/håndledning», «skygging», «kjeding», «gester» og «visuell hjelp», se Radomski & Latham (2014) og Siverts & Sveaass (1986).

## Den nærmeste utviklingssonen i rehabiliterende praksis innen psykisk helse

Innledningsvis beskrev vi Dahls situasjon innen somatisk helse. Vi vil her beskrive og utdype hvordan ergoterapeuter kan arbeide innen psykisk helse ved hjelp av læringsmetodene hentet fra «assistert læring».

I rehabilitering innen psykisk helse har kafé-drift vært etablert og drevet av ergoterapeuter. Vi beskriver her et eksempel hvor en medarbeider/bruker og ergoterapeut samarbeider i hans *nærmeste utviklingssone*. I denne læringssituasjonen tydeliggjør vi ulike læringsmetoder og at de ofte brukes samtidig.

Thomas 22 år, har vært innlagt på grunn av en alvorlig depresjon og følges nå opp poliklinisk. Han bor hos sine foreldre og har ønske om å flytte for seg selv. Etter samtaler med ergoterapeuten, ut fra Mayers' LSQ 2 (ergoterapeutene, 2016), kommer det fram ulike motiv hos Thomas for deltakelse i kafédriften. Et av motivene er å lære seg ferdigheter innen matlaging for å bli mer selvstendig (for å-motiv). Et annet motiv er å lage mat selv, fordi han da kan sikre et sunnere kosthold. Thomas har tidligere hatt et stort forbruk av ferdigmat, har lagt på seg, og ønsker derfor å endre kostholdet sitt (fordi-motiv). Å arbeide på kafeen innebærer også *stimulerende motiv*, som det å delta i hyggelig samvær med ergoterapeut og andre medarbeidere, og med det tilegne seg ferdigheter i samarbeid (Fortmeier & Thanning, 2003). Når motivet bevisstgjøres som en forestilling om hvorledes motivet kan realiseres, blir denne forestillingen drivkraften i *den nærmeste utviklingssonen* (Opsahl & Ravn, 2003).

Konteksten er kafeen i aktivitetshuset. Her lages

det mat på kjøkkenet for salg i kafeen. Noen ganger er Thomas og ergoterapeuten alene, men som oftest er andre medarbeidere til stede. I dag er det tomt for grønnsakssuppe. Thomas og ergoterapeuten har derfor blitt enige om å ta oppgaven med å lage suppe. De diskuterer hvordan de skal arbeide sammen, og Thomas gir uttrykk for at han ikke riktig vet hvor han skal begynne, men han ønsker å kunne arbeide mest mulig selvstendig. I Vygotskys terminologi vil forholdet mellom Thomas og terapeuten innebære et samarbeidsforhold i *den nærmeste utviklingssonen* med tett oppfølging, mot selvstendig mestring (Tharp og Gallimore, 1988:33).

Thomas starter med å hente fram den skriftlige trinnanalysen (*instruksjon*) for hele arbeidsaktiviteten. Dette har de blitt enige om for at han skal kunne arbeide mest mulig selvstendig. De går gjennom trinnanalysen (*kognitiv strukturering*), og deretter henter Thomas ut grønnsakene fra kjøleskapet, mens ergoterapeuten henter fram redskapene. Alt legges klart på arbeidsbenken. Ergoterapeuten smiler og tilbakemelder:

«Ja, bra, Thomas, da har du funnet fram grønnsakene, kål, potet, gulrøtter, kålrot og purre» (*tilbakemelding og forsterkning*).

Thomas leser videre i trinnanalysen:

«Vi starter med gulrøttene», sier han og legger dem fram.

Thomas og ergoterapeuten står side om side og hakker gulrøtter. Han observerer hvorledes ergoterapeuten holder kniven, og hvor store bitene skal være (*modell-læring*). Så forsøker han selv, øver seg og får det til. Terapeuten forsterker med verbale oppmuntringer.

Spesielt i modell-læring må modellen være seg sine påvirkningsmuligheter bevisst. Ergoterapeuten må ha kompetanse innen aktiviteten; hun må kunne den selv, slik at hun kan instruere og demonstrere utførelsen (Townsend, 2007:117). Hun må ha analysert aktiviteten slik at hun kan demonstrere den trinn for trinn. Hun må vite hva som kreves av ferdigheter i hvert trinn: motorikk, prosess og kommunikasjon, samt funksjoner som sansing, persepsjon, kognisjon og fysiske funksjoner (Ellingham, Clark, Jespersen & Annerløv, 2012). Med denne kompetansen inngir ergoterapeuten tillit og trygghet, og dette er vesentlig for modelllæring. Hun må også kunne aktiviteten så godt at hun hele tiden kan ha et øye på det som skjer ved siden av. Slik kan hun gi støtte og

forsterkning når Thomas får det til, eller hun kan veilede når det ikke går så bra, eventuelt foreslå en alternativ måte å gjøre det på.

«Dette går fint! Du holder kniven på en god måte, og størrelsen på gulrotbitene er fin», sier ergoterapeuten.

Det handler om å gi *tilbakemeldinger* eller *forsterkninger* så tett på det han gjør, slik at han ikke er i tvil om hvilken handlingskompetanse som gjelder. Og dette vil øke sannsynligheten for at han gjentar disse handlingene ved senere anledninger, under liknende forhold. De relevante handlingene forsterkes og befestes.

«Så flott at du ble ferdig med gulrøttene! Dette ser fint ut, hva gjør du nå?» spør ergoterapeuten. Her gir hun både en *tilbakemelding*, hvor hun viser til trinn i prosessen, og en *forsterkning* på mestring. Vi ser at tilbakemelding og forsterkning kan være oppmuntringer og ros gitt til Thomas på noe han har gjort, eller det kan være informasjon om hvordan prosessen går. Tilbakemelding kan også dreie seg om hvordan feil kan rettes opp. Foruten det informative aspektet ved slike tilbakemeldinger er motivasjons- og energifremmende aspekter avgjørende. Dette vil gjøre Thomas tryggere og styrke pågangsmotet hans. Under innlæringen bør tilbakemelding og forsterkning gis umiddelbart og ofte. Etter hvert gis dette mer tilfeldig og sjelden og trekkes gradvis tilbake. Ergoterapeuten er klar over betydningen av å stille *assisterende spørsmål* underveis – spørsmål som kan inkludere, ansvarliggjøre og bevisstgjøre i forhold til videre handling. Vi så det i spisesituasjonen til Dahl, og vi ser det her. Ergoterapeuten observerer og stiller spørsmål om det som skjer. Slik blir Thomas bevisst sin læringsprosess; han ser hvor han er i prosessen og kommer seg lettere videre mot målet. Som når han stopper opp i arbeidet, blir stående og se ut i luften. Ergoterapeuten stiller da spørsmål slik at han kan tenke gjennom den videre planlegging av oppgavene. «Nå har du gjort ferdig grønnsakene, Thomas. Det er fint, og hva skal gjøres videre?» spør ergoterapeuten.

«Alle grønnsakene er hakket ferdige, det er klart for koking», svarer han.

«Ja, nå skal grønnsakene kokes», bekrefter ergoterapeuten og legger til:

«Snart kan du invitere venner på grønnsakssuppe.» Thomas smiler og finner fram kjelen.

Slike assisterende spørsmål kan skape tankevirk-

somhet hos Thomas, slik at han lettere kommer seg videre til neste trinn i aktiviteten. Gjennom hele arbeidsprosessen vil ergoterapeuten ved *kognitiv strukturering* assistere Thomas ved hjelp av forklaringer, innspill, spørsmål og oversikter. Det kan dreie seg både om fremdrift, om koketid av grønnsaker med tanke på næringsinnhold, og om betydningen av å holde kjøkkenet rent og ryddig. Struktureringen organiserer tankene og kunnskapen hans rundt handlingene i forhold til arbeidet. Det dreier seg om å bevisstgjøre ham om kunnskap han allerede har, og hjelpe ham med å organisere denne kunnskapen, slik at han kan bruke den i nye sammenhenger der handling og aktiviteter skal utføres.

Thomas sjekker grønnsakene, både han og ergoterapeuten smaker.

«Hmm, kanskje litt tamt?» spør Thomas

«Tjaa, hva synes du mangler?» svarer ergoterapeuten.

«Oi, jeg vet, jeg har ikke krydret», sier Thomas. Han henter fram krydder og smaksetter suppa. Så er suppa ferdig, og han bærer kjelen inn i kafeen. På slutten av arbeidsdagen setter de seg ned og evaluerer gjennomføringen av oppgavene. Aktiviteten består av ulike handlinger som er målrettede prosesser. Handlinger kan føre til nye motiv eller oppleves kjedelige, men for Thomas er de meningsfulle, fordi han er bevisst hva de leder til; å mestre matlaging. Motivene og målene for handlingene sammenfaller. På denne måten blir handlingene en «virksomhet» for ham, en virksomhet som igjen inngår i en større virksomhet: å flytte for seg selv.

Omgivelsene og denne matlagingssituasjonen innbyr til aktivitet. De stimulerer sanser gjennom dufter, fargerike grønnsaker og bruk av redskap, og gjennom samtaler og samhandling med andre. Å stå side om side og arbeide mot et felles mål skaper fellesskap. Dette fremmer *engasjement* og likeverd (Townsend & Polatajko, 2007:125; Kielhofner & Forsyth, 2008:171). Det gir også rom for samtaler rundt drømmer og realiteter, som det å flytte ut, kameratskap, kreativ matlaging, få seg en jobb, tjene penger. Her kan nye behov og motiv for ulike aktiviteter oppstå. Når det arbeider andre ungdommer i kafeen, gir det mulighet for at de kan lære av hverandre. Noen har kommet lengre i rehabiliteringen enn Thomas og bor i egne leiligheter. Thomas kan etter hvert lage mat sammen med Fredrik, og deretter i Fredriks

leilighet. Her kan Fredrik være «den kompetente andre», fordi han har lenger erfaring med å bo alene. Dette fremmer samvær hvor de kan være virksomme i hverandres liv.

## AVSLUTNING

I artikkelen har vi beskrevet ergoterapi innen rehabilitering i et virksomhetsteoretisk perspektiv. Vi har belyst arbeid i *den nærmeste utviklingssonen*, der vi har hentet inn Tharp og Gallimores begrep «assistert læring» og tilhørende læringsmetoder. Vi har konkretisert hvordan ergoterapeuter kan anvende disse læringsmetodene i rehabiliterende arbeid.

Vi ser at ergoterapeuten henter inn kunnskap fra fagets tre områder:

Ergoterapi – når hun tilrettelegger for engasjement og mestring av aktiviteter i *den nærmeste utviklingssonen*, og når motivene til Thomas ivaretas. Når aktiviteten blir meningsfull og en «virksomhet» for ham, vil det fremme helse og livskvalitet.

Aktivitetsvitenskapen – når hun tilrettelegger for «deltakelse» i meningsfulle aktiviteter sammen med andre, og diskuterer levesett og kosthold med Thomas.

Retten til aktivitet og deltakelse – når hun støtter Thomas i ønsket om et selvstendig liv, å mestre dagliglivets aktiviteter og flytte i egen bolig.

Med det har vi vist hvordan ergoterapeuter legger til rette for brukers tilegnelse og mestring av aktiviteter og virksomheter med utgangspunkt i ergoterapi, virksomhetsteori og relevante læringsmetoder.

Det er flere spørsmål ved disse læringssituasjoner som det kan være aktuelt å utdype og diskutere videre, som relasjonskompetanse, klientsentrering, dynamisk kartlegging og motivasjonsproblematikk. En annen utfordring ville være å diskutere «oppgaveorientert tilnærming» i forhold til den tilnærmingen vi har presentert her. En tredje utfordring ville være å diskutere rehabilitering ut fra andre teoretiske praksismodeller, som MOHO og CMOP. Ville vi da se forskjeller i praksis?

## Referanser

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bass-Haugen, J., Mathiowetz, V. & Flinn, N. (2008). Optimizing Motor Behavior Using the Occupational Therapy Task-Oriented Approach. I C. Trombly & M. Radomski (ed.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (6.ed.). (s.



- 481-499). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Bråten, I. og Thurmann-Mo, A.C. (1996). Den nærmeste utviklingssonen som utgangspunkt for pedagogisk praksis. I I. Bråten (red.), *Vygotsky i pedagogikken* (s. 123-143). Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Cole, M.B. & Tufano, R. (2008). *Applied Theories in Occupational Therapy. A Practical Approach*. Thorofare: SLACK Incorporated.
- Dysthe, O. (red.) (2001). *Dialog, samspill og læring*. Oslo: Abstrakt forlag as.
- Ellingham, B., Clark, E. G., Jespersen, L. F. & Annerlöv, L. (2012). Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system. Manual for kartlegging og vurdering av ferdigheter i aktivitetsutførelse. Høgskolen i Oslo og Akershus, Ergoterapeututdanningen.
- Ergoterapeutene. [http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Om ergoterapi/Verktøy-og redskap](http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Om%20ergoterapi/Verktøy-og-redskap). Mayers' Lifestyle Questionnaires LSQ-2. Lastet ned 29.10.2016.
- Flinn, A. N. and Radomski, M. V. (2008). Learning. I C. Trombly & M. Radomski (ed.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (6.ed.). (s. 283-297). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Fortmeier, S. & Thanning, G. (2003). *Set med patientens øjne. Ergoterapi og rehabilitering som patientens egen virksomhet* (2.udg.). København:FADL's forlag.
- Greeno, J., Collins, A. and Resnick, L. (1996). Cognition and learning. I D. C. Berliner & R. C. Calfee (ed), *Handbook of educational psychology* (s. 15-46). New York: MacMillan Library Reference.
- Hagedorn, R. (2001). *Occupational Therapy: perspectives and processes*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering av hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hvalsøe, B., Mærsk, J. L. & Bukhave, E. B. (2009). Grunnlag for ergoterapeutisk intervention. I L. Nyboe, & B. Hvalsøe (red.), *Lærebog i psykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter* (s. 189-193). København: Munksgaard Danmark.
- Jespersen, L., Clark, E. og Ellingham, B. (2014). Klinisk bruk av ferdighetsanalyse fra EVA-systemet i observasjon og dokumentasjon av aktivitetsutførelse. *Ergoterapeuten*, 4, 60-69.
- Kielhofner, G. Forsyth, K. (2008). Occupational Engagement: How clients achieve change. I G. Kielhofner, *Model of Human Occupation. Theory and Application* (4th ed.). (s. 171-184). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Krumlinde-Sundholm, L., Lindkvist, B. & Holmefur, M. (2010). *Manual Adolscet/Adult Assisting Hand Assessment, Ad-AHA*, Svensk forskningsversjon 4.6.
- Lov om pasientrettigheter (Pasientrettighetsloven) (2001). Oslo: Helse- og sosialdepartementet.
- Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (Psykisk helsevernloven) (1999). Oslo: Helse- og sosialdepartementet.
- Lyngsnes, K. og Rismark, M. (2007). *Didaktisk arbeid* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mosey, A. C. (1986). *Psychosocial components of occupational therapy*. New York: Raven Press.
- NAKBUR (2007). *GRIPPIT*. Oslo: Rikshospitalet.
- Nygren, P. (1995). *Profesjonelt barnevern som barneomsorg. Fra teori til verktøy*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Næss, N.E. og Tuntland, H. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Opsahl, K. og Ravn, G. (2003). Virksomhetsteorien – den kulturhistoriske skole. *Ergoterapeuten*, 11, 54-61.
- Polatajko, H. J. & Mandich, A. (2004). *Enabling Occupation in Children: The Cognitive Orientation to daily Occupational Performance (CO-OP) Approach*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Radomski, M. V. & Latham, C. A. T. (2014). *Occupational Therapy for physical dysfunction* (7th. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins.
- Siverts, B.E. & Sveaas, N. (1986). *Store lille verden*. Oslo: Universitetsforlaget.
- St. Melding nr. 25 (1996-1997). (1996). *Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St. Melding nr. 26 (1999-2000). (1999). *Om verdier for den norske helsetenesta*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- St. Melding nr. 47 (2008-2009). (2008). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Tharp, R. G. & Gallimore, R. (1988). *Rousing Minds to Life*. New York: Cambridge University Press.
- Townsend, E. & Polatajko, H. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Townsend, E. & Whiteford, G. (2005). A participatory occupational justice framework.
- I F. Kronenberg, S. S. Algado & N. Pollard (ed.), *Occupational Therapy without Borders* (s. 110-126). Edinburgh: Elsevier, Churchill Livingstone.
- Townsend, E. & Wilcock A. A. (2004) Occupational Justice and Client-centered Practice: A dialog in progress. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71, 75-87.
- Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL. Teori og intervensjon* (2.utg.). Bergen: Høyskoleforlaget.
- Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in Society: The development of higher psychological processes*. Cambridge: Massachusettes: Harvard University Press.
- Wilcock, A. (2001). Occupational Science: The Key to Broadening Horizons. *British Journal of Occupational Therapy*, 64/8, 412-417.
- Witteck, L. (2004). *Læring i og mellom mennesker – en innføring i sosiokulturelle perspektiver*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Wood, D.J., Bruner, J.S. & Ross, G. (1976). The role of tutoring in problemsolving. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 17, 89-100.
- Zemke, R. & Clark, F. (1996). *Occupational Science: The evolving discipline*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Aasebø, K. (2012). Oppgaverelatert trening – fremme læring! *Ergoterapeuten*, 02, 22-29.

# M3 OG M5 – UNIK KJØREOPPLEVELSE



## OPPLEV PERMOBILS NYE M-SERIE

– aldri har en midthjulsdreven stol  
kunnet gi deg mer.

**Active Reach** gir deg betydelig større rekkevidde. Med opptil 20° setetilt fremover og høy seteløft, vil mange av dine daglige gjøremål bli lettere. Den vil også redusere faren for arm- og skulderslitasje.

Med **Active Height** kan du kjøre med sete i høyeste posisjon i opptil 5 km/t, uten at komfort og fjæring blir redusert.

**Fjæring på alle 6 hjul** vil gi deg det beste av komfort, stabilitet og grep på vanskelige underlag. Stabiliteten bidrar også til økt sikkerhet ved aktiv kjøring i opptil 10 km/t.

[permobil.no](http://permobil.no)

**permobil**

# Age, gender and approaches to studying predict academic performance among Norwegian occupational therapy students

Av Tore Bonsaksen

*Tore Bonsaksen is Professor at Department of Occupational Therapy, Prosthetics and Orthotics, Faculty of Health Sciences, OsloMet – Oslo Metropolitan University, Oslo; and Professor II at Faculty of Health Studies, VID Specialized University, Sandnes.  
E-mail [tore.bonsaksen@hioa.no](mailto:tore.bonsaksen@hioa.no)*

## AGE, GENDER AND APPROACHES TO STUDYING PREDICT ACADEMIC PERFORMANCE AMONG NORWEGIAN OCCUPATIONAL THERAPY STUDENTS

### Abstract

**Background:** Students' academic outcomes may be a result of several factors including the students' personal characteristics, their study behaviors, and characteristics of the learning environment. This study examined the associations between age, gender, approaches to studying, and academic performance in Norwegian occupational therapy students.

**Methods:** Occupational therapy students (n = 160) completed the Approaches and Study Skills Inventory for Students (ASSIST). Age, gender, and ASSIST subscale scores were used in a hierarchical linear regression analysis to predict the students' average academic performance.

**Results:** Higher age and female gender were associated with higher academic performance among the students. In addition, three ASSIST subscales were associated with higher performance: higher scores on *achieving* and *lack of purpose*, and lower scores on *fear of failure*. The full model accounted for 27.3 percent of the outcome variance.

**Conclusions:** To improve academic performance among occupational therapy students, it appears important to increase their motivation for achievement, and to reduce their fear of failure.

**Keywords:** academic performance, higher education, occupational therapy, students

*Manuset ble mottatt 20.02.2017 og godkjent 25.09.17.*

*There are no conflicts of interest related to this article.*

*The author would like to acknowledge the participants who volunteered to take part in this study.*



## INTRODUCTION

Students' learning outcomes and subsequent academic performance may be associated with a range of factors. Knowledge about the factors of importance for students' success in higher education is important because it may enable teachers to identify the students who most likely will perform well without much help, and those who are likely to be in need of more support. Where study behaviors are related to academic performance, students may be provided with specific advice regarding how they can change their way of studying in order to obtain better results.

According to Biggs' (1987) «3P» model of learning, the factors of relevance for students' learning in higher education can be organized in three sections: the presage, process, and product factors. Presage refers to the student's general background and predispositions for studying, in essence, his or her readiness for intellectual inquiry. Presage is also comprised by the context within which learning takes place, including the classroom environment and the teaching and assessment forms frequently used. Process, on the other hand, refers to the student's behaviors when relating to the study content and materials. Following Marten and Säljö (1976) and the later contributions by Entwistle and colleagues (Entwistle, 2007; Entwistle & McCune, 2004; Entwistle & Ramsden, 1983; Entwistle, Tait, & McCune, 2000; Tait & Entwistle, 1996; Tait, Entwistle, & McCune, 1998), the analytic categories of deep, surface, and strategic learning have been frequently used to denote the learning process.

Deep learning takes place

when the student, motivated by a drive towards comprehensive understanding, tries to connect concepts and ideas in order to understand the meanings of the study materials. Surface learning, on the other hand, takes place when the student, motivated by a drive towards avoiding failure, tries to remember factual content and makes sure that the pre-planned syllabus has been read. This approach often results in rote learning (Baxter, Mattick, & Kuyken, 2013). Strategic learning may include aspects from both deep and surface learning approaches, and the motivation is oriented towards achievement. The strategic student wants the best possible grades, and organizes his or her study efforts accordingly (Entwistle & Ramsden, 1983).

The product of learning is generally considered to be related to both presage and process – the learning outcome is seen as a result of the interplay between the student's characteristics, his or her learning environment, and the way the student engages with the study content (Entwistle, 2007). Occupational therapists face a variety of challenges in practice, and thus the learning outcomes of occupational therapy students should mirror this variation (Moyers, 2014). In addition to demonstrating the skills relevant for hands-on clinical practice, occupational therapy students also need to be able to apply relevant concepts and theories to a variety of clinical situations. Without conceptual frameworks to guide their application, clinical skills may not be applied in the most appropriate manner (Cole & Tufano, 2008; McColl, Law, & Stewart, 2015). Thus, learning outcomes for oc-

cupational therapy students need to include the academic aspect, in addition to clinical skills.

Considering presage factors across various disciplines, research on higher education students have generally found that older students perform better than younger students (Bonsaksen, Brown, Lim, & Fong, 2017; Zeegers, 2001). This may be a result of more intrinsic motivation, more higher education experience, and more frequent use of productive study approaches among the older students (Beccaria, Kek, Huijser, Rose, & Kimmins, 2014; Bonsaksen, Brown, et al., 2017; Shanahan, 2004; Zeegers, 2001). Similarly, female students have been reported to perform better academically than male students (Richardson, Abraham, & Bond, 2012), but these findings appear to be more ambiguous and the effects of gender may be discipline specific (Ballantine, Duff, & Larres, 2008; Graunke & Woosley, 2005; Salamonson et al., 2013; Severiens & Dam, 1998; Zeegers, 2001).

Considering process factors, the deep and strategic study approaches have generally been associated with better learning outcomes when compared with the surface approach (Diseth & Martinsen, 2003; Kusurkar, Ten Cate, Vos, Westers, & Croiset, 2013; Mattick, Dennis, & Bligh, 2004; Richardson et al., 2012; Salamonson et al., 2013). A recent cross-cultural study with 712 students from Australia, Norway, Hong Kong, and Singapore found that five subscales of the employed study approach measure were associated with the students' average exam grade (Bonsaksen, Brown, et al., 2017). Specifically, higher scores on the subscales *seeking meaning*, *achieving*, and

*lack of purpose*, and lower scores on *time management* and *fear of failure* were directly associated with the higher self-rated academic performance. However, another study from the same cross-cultural project showed considerable differences between the countries with regard to the students' scores on the study approach measure, the differences concerning eight of the 13 subscales and two of the three main scales (Brown et al., 2016). Thus, the results shown for the cross-cultural sample as a whole may have limited applicability to students in each of the specific countries. Because of this, country-specific analyses of the associations between approaches to studying and academic performance are warranted.

## STUDY AIM

The aim of the current study was to examine whether age, gender, and approaches to studying were associated with the Norwegian occupational therapy students' academic performance, as measured with their average exam grades. In addition, the outcome variance proportions explained by the demographic variables and the subscales belonging to each of the deep, strategic and surface approaches to studying were assessed.

## Methods

### DESIGN AND SETTING OF THE STUDY

This cross-sectional design study was conducted in the context of a cross-cultural study, including students from four different countries as participants (Brown et al., 2016). In this sub-study, data from the Norwegian students only were used.

## PARTICIPANTS AND RECRUITMENT

The inclusion criteria for the study were: 1) students enrolled in the relevant occupational therapy education program; and 2) students provided informed consent to participate in the study. A non-teaching member of staff distributed the questionnaires to students during breaks in classrooms. The data were collected in 2015.

One hundred and sixty students completed the questionnaire. The participants included all three year levels (first year  $n = 57$ , second year  $n = 50$ , and third year  $n = 53$ ).

The mean age of the students was 23.9 years ( $SD = 4.5$  years), and female students were in majority ( $n = 126$ , 78.8 percent). The mean exam grade in the sample was 4.1 ( $SD = 0.9$ ), indicating a 'good' grade level among the participants.

## MEASUREMENT

The outcome variable in the study was the students' academic performance, operationalized as their average exam grade at the time of the data collection. Academic performance scores were based on the qualitative descriptors related to the students' exam grade (The Norwegian Association of Higher Education Institutions, 2011): fail = 1, sufficient = 2, satisfactory = 3, good = 4, very good = 5, and excellent = 6.

Data related to the students' approaches to studying was obtained from the Approaches and Study Skills Inventory for Students (ASSIST; Tait et al., 1998). In this study, we used the 52-item questionnaire in section B (the Approaches to Studying questionnaire), and the students completed the Norwegian version

of the instrument (Diseth, 2001). Factor analysis has confirmed that the ASSIST items can be meaningfully organized as three main factors: the deep, strategic, and surface approaches (Byrne, Flood, & Willis, 2004; Entwistle et al., 2000; Reid, Duvall, & Evans, 2005). Each of the main factors consists of several subscales. The deep approach consists of the subscales *seeking meaning*, *relating ideas*, *use of evidence*, and *interest in ideas*. The strategic approach consists of *organized study*, *time management*, *alertness to assessment demands*, *achieving*, and *monitoring effectiveness*. Finally, the surface approach consists of *lack of purpose*, *unrelated memorizing*, *syllabus-bound*, and *fear of failure*.

The English version of the ASSIST scales has been shown to possess good internal consistency (Cronbach's  $\alpha$  ranging 0.61-0.88) when used with students in different academic and professional areas (Ballantine et al., 2008; Brodersen, 2007; Brown, Wakeling, Naiker, & White, 2014; Byrne et al., 2004; Reid et al., 2005). With the Norwegian version of the ASSIST (Diseth, 2001), the same three latent factors have been found, and satisfactory measures of internal consistency (Cronbach's  $\alpha$  ranging 0.70-0.82) have been established for each of them (Bonsaksen, Småstuen, et al., 2017; Diseth, 2001). In addition to the ASSIST, information regarding demographics (age and gender) were collected using a brief questionnaire.

## DATA ANALYSIS

All data were entered into the computer program IBM SPSS version 23 (IBM Corporation, 2015). Descriptive analyses were performed on all variables using means

(M), standard deviations (SD), frequencies and percentages as appropriate. Bivariate associations between the outcome and the independent variables were investigated using Pearson's correlation coefficient  $r$ . Hierarchical linear regression analysis was used to assess the amount of variance in the participants' academic performance that was explained by age, gender, and the ASSIST subscale scores. The analysis also assessed the independent associations between each of the independent variables and the participants' academic performance. In the first block of the regression model, the demographic variables were included: (1) age and gender (male = 0, female = 1). In the second block, the deep approach subscales were included: (2) *seeking meaning, relating ideas, use of evidence, and interest in ideas*. The third block added the strategic approach subscales: (3) *organized study, time management, alertness to assessment demands, achieving, and monitoring effectiveness*. The fourth block added the surface approach subscales: (4) *lack of purpose, unrelated memorizing, syllabus-bound, and fear of failure*. The level of statistical significance was set at  $p < 0.05$ .

## ETHICS

Approval for conducting the study was obtained from the Norwegian Data Protection Official for Research (project number 40314). The students were informed that completion of the questionnaires was voluntary, that their responses would be kept confidential, and that there would be no negative consequences from opting not to participate in the study.

ASSIST main scales	ASSIST subscales	Mean scores (SD)
<i>Deep approach</i>	Seeking meaning	14.71 (2.40)
	Relating ideas	14.03 (2.81)
	Use of evidence	14.26 (2.61)
	Interest in ideas	14.54 (2.91)
<i>Strategic approach</i>		71.13 (10.00)
	Organized study	13.03 (2.90)
	Time management	12.83 (3.04)
	Alertness to assessment demands	15.04 (2.71)
	Achieving	14.34 (2.68)
	Monitoring effectiveness	15.97 (2.33)
<i>Surface approach</i>		48.02 (8.74)
	Lack of purpose	8.85 (3.07)
	Unrelated memorizing	11.67 (2.85)
	Syllabus-bound	13.53 (2.91)
	Fear of failure	14.34 (3.67)

Table 1. The participants' approaches to studying ( $n = 160$ ).

Note. ASSIST: Approaches and Study Skills Inventory for Students.

## Results

### ASSIST SCORES

The mean deep approach score was 57.55 ( $SD = 8.33$ ), the mean strategic approach score was 71.13 ( $SD = 10.00$ ), and the mean surface approach score was 48.02 ( $SD = 8.74$ ). The mean ASSIST main scale scores and subscale scores are displayed in Table 1.

### FACTORS ASSOCIATED WITH ACADEMIC PERFORMANCE

The bivariate correlation analysis showed that higher age, higher scores on the *organized study* and *achieving* subscales, and lower scores on the *unrelated memorizing* and *fear of failure* subscales were associated with higher average exam grades among the students.

The subsequent multivariate linear regression analysis controlled for all variables simultaneously. Being of higher age and

being female were both directly associated with higher average exam grade. None of the deep approach subscales was associated with higher average exam grade. Among the strategic approach subscales, higher scores on *achieving* were directly associated with better average grade. Among the surface approach subscales, higher scores on *lack of purpose* and lower scores on *fear of failure* were directly associated with higher average exam grade. The strongest association was shown for *achieving* (std.  $\beta = 0.40$ ). The full regression model explained 27.3 percent of the total variance in average exam grades among the students, and 22.3 percent of the outcome variance was explained by the ASSIST subscales. Among the three main approaches, the strategic approach subscales explained the largest part of the outcome variance (10.0



percent), whereas the surface and deep approach subscales explained 8.2 percent and 4.1 percent, respectively. The results from the correlation and regression analyses are displayed in Table 2.

## Discussion

The aim of the current study was to examine associations between age, gender, approaches to studying, and academic performance among Norwegian occupational therapy students. The results showed that higher age, female gender, and three of the ASSIST subscales (higher scores on *achieving* and *lack of purpose*, and lower scores on *fear of failure*) were independently associated with better exam grades.

### DEMOGRAPHIC FACTORS ASSOCIATED WITH ACADEMIC PERFORMANCE

In line with previous research (Duckworth & Seligman, 2006; Richardson et al., 2012; Zeegers, 2001), being older and being female were associated with better average exam grades in the sample. However, the ASSIST subscale scores were held constant by the analyses in the current study. Thus, the effects of being older and being female are not just illustrating the tendency to employ productive approaches to studying among the older and female students. Being older and being female appears to be of importance for the students' academic performance in ways that extend beyond the older and female students' perhaps more productive approaches to studying. In comparison to the results of the cross-cultural study (Bonsaksen, Brown, et al., 2017), the associations between higher age, female gender and better

exam grades were also stronger in the Norwegian sample.

### ASSOCIATIONS WITH ACADEMIC PERFORMANCE AMONG THE ASSIST SUBSCALES

The *achieving* subscale, one of the strategic approach subscales, showed the strongest association with the students' academic performance. The strategic approach has been emphasized in prior research as a productive way of relating to study tasks (Diseth & Martinsen, 2003; Richardson et al., 2012), and the current study found that the ASSIST *achieving* subscale may be of particular importance. In fact, the effect size (std.  $\beta = 0.40$ ) was considerably larger than in the cross-cultural study (std.  $\beta = 0.22$ ; Bonsaksen, Brown, et al., 2017). The achievement-oriented student is strongly motivated towards getting good grades. Thus, the association between higher scores on the *achieving* subscale and higher average exam grade is a logical one. Similarly, it is logical that the strategic subscales taken together accounted for a larger part of the outcome variance, compared to the deep and surface scales.

Related to the surface approach, higher scores on the *fear of failure* subscale was associated with poorer average exam grades, and this is also consistent with previous education research (Richardson et al., 2012; Salamonson et al., 2013; Zeegers, 2001). The students who are afraid of failure may feel overwhelmed, worried about their own performance, and anxious if they think they do not keep up with the progression of their peers in the course. Such an anxiety-laden approach to studying may not translate into good academic results, which is reflected

in the results of this study. The attention directed towards their possible failure means less focus available for productive studying. The effect size related to *fear of failure* (std.  $\beta = -0.23$ ) was slightly larger than the one seen in the cross-cultural study (std.  $\beta = -0.17$ ; Bonsaksen, Brown, et al., 2017).

We also found that higher scores on *lack of purpose* (surface approach subscale) were associated with better average exam grades. This result is in conflict with study approach theory (Tait et al., 1998), and in direct contrast to previous research findings linking a surface approach to studying to poorer academic performance (Diseth, 2001; Diseth & Martinsen, 2003; Richardson et al., 2012). However, the association is similar – and with a larger effect size (std.  $\beta = 0.20$ ) – in comparison to the results of the cross-cultural study (std.  $\beta = 0.14$ ; Bonsaksen, Brown, et al., 2017). When considering the items comprising the *lack of purpose scale* (items expressing that the study may not be worthwhile, interesting, or relevant), it may be that some of the academically very capable students consider the occupational therapy course to be too easy, in that the intellectual challenge it presents them with does not live up to their perceived capacity. If this were the case, the intellectually very strong students may have rated the *lack of purpose subscale* at a high level while still achieving a high average exam grade.

Summarizing the similarities and differences between the cross-cultural study and the present study, using data from the Norwegian students only, a few issues deserve noting. In

the cases of statistically significant associations in the present study, the associations showed larger effect sizes. This serves to illustrate that large and heterogeneous samples often produce smaller effect sizes than smaller and more homogeneous samples. The associations detected in this study largely mirror the ones detected in the cross-cultural study, with two exceptions. The positive association with *seeking meaning* and the negative association with *time management*, as found in the cross-cultural study (Bonsaksen, Brown, et al., 2017), were not reproduced with the current sample. One reason for this may concern decreased statistical power in the present study, which can be assumed from examining the association of *time management* with academic performance – in fact, this association was stronger in the present study, compared to the cross-cultural study, but did not reach statistical significance.

The association between *seeking meaning* and academic performance was weaker than in the cross-cultural study, and it is therefore not surprising that it did not reach statistical significance. In fact, in the present study none of the deep approach subscales showed significant associations with academic performance. In view of the theoretical framework (Tait et al., 1998) and empirical studies (e.g., Bonsaksen, Brown, et al., 2017; Diseth & Martinsen, 2003; Kusurkar et al., 2013; Matlick et al., 2004; Richardson et al., 2012; Salamonson et al., 2013), this is rather surprising. It may indicate that students in the Norwegian occupational therapy course who prefer the deep learning approach are not well rewarded for their efforts to combine, contrast,

Independent variables		Academic performance	
<i>Demographics</i>		<i>r</i>	Std. $\beta$
Age		0.17*	0.19*
Gender		0.09	0.18*
<b>Explained variance</b>			<b>5.0 %*</b>
<i>Deep approach subscales</i>			
Seeking meaning		0.12	0.09
Relating ideas		-0.02	-0.14
Use of evidence		0.08	-0.02
Interest in ideas		0.00	-0.13
<b>R<sup>2</sup> change</b>			<b>4.1 %</b>
<b>Explained variance</b>			<b>9.1 %</b>
<i>Strategic approach subscales</i>			
Organized study		0.19*	-0.02
Time management		0.14	-0.18
Alertness to assessment		0.09	-0.00
Achieving		0.33**	0.40**
Monitoring effectiveness		0.20*	0.12
<b>R<sup>2</sup> change</b>			<b>10.0 %*</b>
<b>Explained variance</b>			<b>19.1 %**</b>
<i>Surface approach subscales</i>			
Lack of purpose		-0.07	0.20*
Unrelated memorizing		-0.25**	-0.14
Syllabus-bound		-0.14	0.02
Fear of failure		-0.23**	-0.23*
<b>R<sup>2</sup> change</b>			<b>8.2 %*</b>
<b>Explained variance</b>			<b>27.3 %**</b>

Table 2. Predictors of academic performance among the participants (n=160)

Note. Table content is Pearson's correlation coefficient *r*, indicating the strength of the bivariate associations, and standardized  $\beta$  weights, indicating the strength of each variable's relationship with average exam grade while controlling for all variables in the model. Coding: male = 0, female = 1. For all other variables higher scores indicate higher levels.

\*  $p < 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ .

and understand the ideas and meanings in the curriculum.

## STUDY LIMITATIONS

The study has several limitations. The cross-sectional study design precludes from inferring causal relationships between the study variables, i.e., it may be that academic results play a part in determining the students' way of

studying, and not just the opposite, as suggested from this study. Reciprocal relationships also seem possible. Convenience sampling and self-report questionnaires were used, both of which can lead to biased results. The participants in the study were recruited from one university only, and this may decrease the generalizability of the results. The study also

does not take into account other factors that may be associated with the adopted study approaches, such as students' perception of workload in their academic course, the types of assessments conducted, and the teaching approaches employed in the education program (Diseth, Pallesen, Hovland, & Larsen, 2006; Trigwell, Prosser, & Waterhouse, 1999).

## FUTURE RESEARCH

A similar study could be completed using a larger number of students groups from a larger number of universities. In the potential case of using international comparisons, undergraduate occupational therapy students' approaches to studying could be compared to those of graduate-entry masters or entry-to-practice clinical doctorate occupational therapy students. Occupational therapy students' approaches to studying may also be compared to those of other health professional student groups. Outcome variables in future studies may include objective measures of academic performance (actual exam grades), and may even go beyond the use of exam grades as outcome. Competent and effective occupational therapists need not just good grades, a perspective that preferably should be reflected in future research on this group of students.

## CONCLUSION

This study found that higher age and female gender were associated with better academic performance in a sample of Norwegian occupational therapy students. Three of the ASSIST subscales – higher *achieving*, higher *lack of purpose*, and lower *fear of failure* – were also associated with better exam grades. Based on the results,

educators should stimulate students to strive for positive achievement and try to prevent them from focusing on potential failure when engaged with learning. The message to students who want to perform well is that they should orient themselves toward achievement – to study in order to be able to perform well – rather than to try to avoid failure. Those who have a lower sense of purpose with their studying may also benefit from seeking and finding a meaningful purpose with it. However, with a view to their academic achievements, it appears that these students may perform well anyway.

## References

- Ballantine, J. A., Duff, A., & Larres, P. M. (2008). Accounting and business students' approaches to learning: A longitudinal study. *Journal of Accounting Education*, 26(4), 188-201. doi:10.1016/j.jaccedu.2009.03.001
- Baxter, L., Mattick, K., & Kuyken, W. (2013). Assessing health care students' intentions and motivations for learning: the Healthcare Learning and Studying Inventory (HLSI). *Advances in Health Sciences Education*, 18(3), 451-462. doi:10.1007/s10459-012-9383-y
- Beccaria, L., Kek, M., Huijser, H., Rose, J., & Kimmins, L. (2014). The interrelationships between student approaches to learning and group work. *Nurse Education Today*, 34(7), 1094-1103. doi: 10.1016/j.nedt.2014.02.006
- Biggs, J. B. (1987). *Student approaches to learning and studying*. Hawthorn, Victoria: Australian council for educational research.
- Bonsaksen, T., Brown, T., Lim, H. B., & Fong, K. (2017). Approaches to studying predict academic performance in undergraduate occupational therapy students: a cross-cultural study. *BMC Medical Education*, 17(76). doi: 10.1186/s12909-017-0914-3.
- Bonsaksen, T., Småstuen, M. C., Thørrisen, M. M., Fong, K., Lim, H. B., & Brown, T. (2018). Factor analysis of the Approaches and Study Skills Inventory for Students in a cross-cultural occupational therapy undergraduate student sample. *Australian Occupational Therapy Journal* (in press).
- Brodersen, L. D. (2007). *Approaches to studying and study tactics of baccalaureate nursing students* (Doctoral thesis). United States: University of Northern Iowa, IA.
- Brown, S., Wakeling, L., Naiker, M., & White, S. (2014). Approaches to study in undergraduate nursing students in regional Victoria, Australia. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 11(1), 155-164. doi:10.1515/ijnes-2014-0020
- Brown, T., Fong, K., Bonsaksen, T., Tan, H. L., Murdolo, Y., Cruz-Gonzales, P., & Lim, H.B. (2016). Approaches to learning among occupational therapy undergraduate students: A cross-cultural study. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(4), 299-310. doi: 10.1080/11038128.2016.1229811
- Byrne, M., Flood, B., & Willis, P. (2004). Validation of the approaches and study skills inventory for students (ASSIST) using accounting students in USA and Ireland: A research note. *Accounting Education*, 13(4), 449-459. doi:10.1080/0963928042000306792
- Cole, M. B., & Tufano, R. (2008). *Applied theories in occupational therapy. A practical approach*. Thorofare, NJ: Slack Inc.
- Diseth, Å. (2001). Validation of Norwegian version of the Approaches and Study Skills Inventory for Students (ASSIST): Application of structural equation modelling. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 45(4), 381-394. doi:10.1080/0031380120096789
- Diseth, Å., & Martinsen, Ø. (2003). Approaches to learning, cognitive style, and motives as predictors of academic achievement. *Educational Psychology*, 23(2), 195-207. doi: 10.1080/01443410303225
- Diseth, Å., Pallesen, S., Hovland, A., & Larsen, S. (2006). Course experience, approaches to learning and academic achievement. *Education and Training*, 48(2/3), 156-169. doi:10.1080/00400910610651782
- Duckworth, A., & Seligman, M. E. P. (2006). Self-discipline gives girls the edge: Gender in self-discipline, grades, and achievement test scores. *Journal of Educational Psychology*, 98(1), 198-208. doi:10.1037/0022-0663.98.1.198
- Entwistle, N. (2007). Research into student learning and university teaching. In N.



- Entwistle & P. Tomlinson (Eds.), *British Journal of Educational Psychology, Monograph Series II: Psychological Aspects of Education - Current Trends, Number 4* (pp. 1-18). Leicester, UK: British Psychological Society.
- Entwistle, N., & McCune, V. (2004). The conceptual bases of study strategy inventories. *Educational Psychology Review*, 16(4), 325-345. doi:10.1007/s10648-004-0003-0
- Entwistle, N., & Ramsden, P. (1983). *Understanding student learning*. London, United Kingdom: Croom Helm.
- Entwistle, N., Tait, H., & McCune, V. (2000). Patterns of response to an approaches to studying inventory across contrasting groups and contexts. *European Journal of Psychology of Education*, 15(1), 33-48. doi:10.1007/bf03173165
- Graunke, S. S., & Woosley, S. A. (2005). An exploration of the factors that affect the academic success of college sophomores. *College Student Journal*, 39(2), 367-376.
- IBM Corporation. (2015). SPSS for Windows, version 23. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kusurkar, R. A., Ten Cate, T. J., Vos, C. M. P., Westers, P., & Croiset, G. (2013). How motivation affects academic performance: a structural equation modelling analysis. *Advances in Health Science Education*, 18(1), 57-69. doi:10.1007/s10459-012-9354-3
- Marton, F., & Säljö, R. (1976). On qualitative differences in learning: I - Outcome and process. *British Journal of Educational Psychology*, 46(1), 4-11. doi:10.1111/j.2044-8279.1976.tb02980.x
- Mattick, K., Dennis, I., & Bligh, J. (2004). Approaches to learning and studying in medical students: validation of a revised inventory and its relation to student characteristics and performance. *Medical Education*, 38(5), 535-543. doi:10.1111/j.1365-2929.2004.01836.x
- McColl, M. A., Law, M. C., & Stewart, D. (2015). *Theoretical basis of occupational therapy* (3 ed.). Thorofare, NJ: Slack Inc.
- Moyers, P. A. (2014). Competence and professional development: Learning for complexity. In K. Jacobs, N. MacRae, & K. Sladyk (Eds.), *Occupational therapy essentials for clinical competence* (2 ed., pp. 679-691). Thorofare, NJ: Slack Inc.
- Reid, W. A., Duvall, E., & Evans, P. (2005). Can we influence medical students approaches to learning? *Medical Teacher*, 27(5), 401-407. doi:10.1080/01421590500136410
- Richardson, M., Abraham, C., & Bond, R. (2012). Psychological correlates of university students' academic performance: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 138(2), 353-387. doi:10.1037/a0026838
- Salamonson, Y., Weaver, R., Chang, S., Koch, J., Bhathal, R., Khoo, C., & Wilson, I. (2013). Learning approaches as predictors of academic performance in first year health and science students. *Nurse Education Today*, 33(7), 729-733. doi:10.1016/j.nedt.2013.01.013
- Severiens, S., & Dam, G. (1998). A multilevel meta-analysis of gender differences in learning orientations. *British Journal of Educational Psychology*, 68(4), 595-608. doi:10.1111/j.2044-8279.1998.tb01315.x
- Shanahan, M. M. (2004). Does age at entry have an impact on academic performance in occupational therapy education? *British Journal of Occupational Therapy*, 67(10), 439-446. doi:10.1177/030802260406701004
- Tait, H., & Entwistle, N. J. (1996). Identifying students at risk through ineffective study strategies. *Higher Education*, 31(1), 97-116.
- Tait, H., Entwistle, N. J., & McCune, V. (1998). ASSIST: a reconceptualisation of the Approaches to Studying Inventory. In C. Rust (Ed.), *Improving students as learners*. Oxford: Oxford Brookes University.
- The Norwegian Association of Higher Education Institutions. (2011). The grading system - general, qualitative descriptions. Accessed 20. January 2017 from [http://www.uhr.no/documents/Karaktersystemet\\_generelle\\_kvalitative\\_beskrivelser.pdf](http://www.uhr.no/documents/Karaktersystemet_generelle_kvalitative_beskrivelser.pdf)
- Trigwell, K., Prosser, M., & Waterhouse, F. (1999). Relations between teachers' approaches to teaching and students' approaches to learning. *Higher Education*, 37(1), 57-70. doi:10.1023/A:1003548313194
- Zeegers, P. (2001). Approaches to learning in science: A longitudinal study. *British Journal of Educational Psychology*, 71(1), 115-132. doi:10.1348/000709901158424



**minitech**®

## Varmehjelpemidler

**Norges største utvalg av standard og spesialtilpassede varmhjelpemidler.**

Minitech leverer det meste fra hansker, votter til sokker, sko, såler og strømper med innsyddde varmekabler som drives av små, oppladbare batterier. Vår nye teknologi gjør disse hjelpemidlene til de sikreste på markedet.

**minitech**  
Tlf. 62 57 7800 - [www.minitech.no](http://www.minitech.no)

# Teknologi, etikk og demensomsorg

Av Unni Sveen

## – Hva forsker du på?

– Jeg har i mange år spesielt interessert meg for skjæringspunktet mellom teknologi, etikk og demensomsorg. Denne interessen ble vekket da jeg som student i sosiologi på slutten av 1990-tallet skrev hovedfagsoppgave om den første smarthusboligen for personer med demens. Dette var en omsorgsbolig for åtte personer med demens i Tønsberg. Boligen vakte internasjonal oppmerksomhet, ettersom den var den første smarthusboligen i ordinær drift for denne målgruppen i Europa på dette tidspunktet. Men samtidig som boligen vakte oppsikt og interesse fra forskere, teknologer og helsepolitikere, var den også kontroversiell. Den omfattende bruken av automatiske alarmer og varsling innebar at mye informasjon om beboerne ble overført til personalet. Spørsmålet som jeg tok for meg i hovedfagsoppgaven, var hvorvidt teknologien bidro til trygghet eller overvåking.

Denne tematikken har fulgt forskningen min og formet mine interesser innenfor feltet. I disse dager er utprøving og implementering av velferdsteknologiske løsninger et viktig tema på den velferdspolitiske dagsordenen. Min forskning er spesifikt orientert rundt velferdsteknologi i praksis, både innenfor demensomsorgen

og i eldreomsorgen mer generelt. Fokuset er på å få en forståelse av hva teknologien muliggjør, samt hva slags begrensninger den innebærer. Jeg mener at det er viktig å ha en balansert tilnærming. Dette er særlig viktig innenfor et felt der mye av fokuset for forskningen ensidig er på «dokumentasjonsevinster».

## – Hva er dine hovedfunn?

– Jeg er spesielt opptatt av å få fram aspekter som er usynliggjort av politikutforming og offentlig meningsutveksling på området. Og det som preger både politikutforming og meningsutveksling for tiden, er en stor tro på at ny teknologi vil bidra til både billigere, mer effektive og bedre tjenester. Det jeg har synliggjort gjennom min og mine kollegaers forskning, er blant annet hvor mye arbeid som kreves for å få teknologien til å fungere, og at det ofte – i alle fall innenfor demensomsorgen – blir oppgaver og ansvar som må ivaretas av pårørende. For en del pårørende er dette oppgaver og ansvar som de ikke har verken kompetanse eller kapasitet til å påta seg.

Et annet sentralt tema jeg er opptatt av, er hvilke forskyvninger som skjer ved innføring av ny teknologi. I forskningen min viser jeg blant annet at implementering av ny teknologi har konsekvenser for



## NAVN:

Hilde Thygesen

## STILLING:

Førsteamanuensis ved VID vitenskapelige høyskole (tidligere Diakonhjemmet høyskole) og bistilling ved OsloMet – storbyuniversitetet.

alle involverte parter ved at den innebærer endringer i utøvelsen av det faglige skjønnet, ansvar og oppgaver for tjenesteutøvere, endringer i hva det vil si å motta tjenester for tjenestemottakere, samt endringer i pårørenderollen for pårørende. Implementering av ny teknologi i en helse- eller omsorgstjenestekontekst er med andre ord ingen triviell sak!

## – Hvilken forskningsartikkel er den beste du har lest og hvorfor?

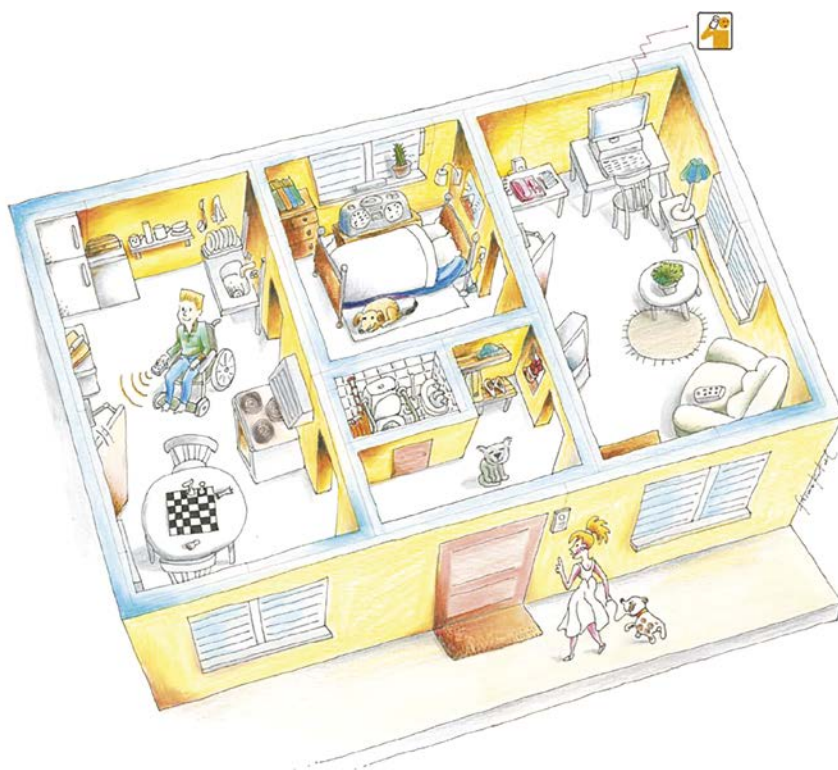
– Oi, det var et vanskelig spørsmål! Jeg lar meg lett begeistre av gode forskningsartikler. Mitt forskningsfelt og tilnærming er «vitenskap og teknologistudier» (science and technology studies, STS). Dette er et tverrfaglig felt som involverer mange fagdisipliner. Felles er en empirisk tilnærming og en interesse for relasjonen mellom det menneske-



lige og teknologi. Her er det mye interessant og relevant forskning, også innenfor temaer som ligger utenfor en helse- og omsorgstjenestekontekst. Men hvis jeg skal trekke fram noen navn på forskere som har betydd mye for meg – for min forskning – innenfor dette feltet, så er det tre navn som peker seg ut, og det er Ingunn Moser, Jeannette Pols og Annemarie Mol. I antologien «Care in Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms», som de tre har redigert, har de også skrevet hver sine kapitler.

**- Hva trenger vi ergoterapeuter mer forskning om?**

- Nå har ikke min forskning hatt et spesifikt ergoterapifokus, så det spørsmålet er litt vanskelig for meg å svare på.



*Hva muliggjør teknologien, og hva slags begrensninger innebærer den? (Illustrasjon hentet fra Helsedirektoratets veileder i smarthusteknologi)*



**medema**  
gruppen

*- Løsninger som fungerer*

**MC 1122 med fokus på kjøre og sittekomfort**  
6 hjul i bakken for god stabilitet og smidig fremkommelighet . Snur rundt egen akse. Meget tilpasningsvennlig standardsete med høy sittekomfort.

Medema Norge AS - tlf 67 06 49 00 [firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no) - [www.medema.no](http://www.medema.no)



# Hva betyr alle de vanskelige ordene om sex?

**En gruppe fagfolk ved avdeling for habilitering ved Sykehuset Telemark laget boken «Hva betyr ordene? – seksuell helse» beregnet på unge og voksne med nedsatt kognitiv funksjon.**

Av Arja Melteig



*Arja Melteig er ergoterapispesialist ved avdeling for habilitering ved Sykehuset Telemark*

Våre helsemyndigheter understreker viktigheten av lett tilgjengelighet for god kunnskap om seksualitet og handlingskompetanse i seksuelle situasjoner og relasjoner. Særlig fremheves sårbare gruppers behov på dette feltet (Forebygging av uønsket svangerskap og abort 2010–2015 – strategier for bedre seksuell helse). Til tross for betydningen seksualiteten har for de fleste, er seksualitet og seksuell helse temaer som ofte forbigås ved sykdom eller behandling. Ifølge en spørreundersøkelse ved Sykehuset Innlandet i 2014 ønsker imidlertid brukere av helsetjenester at seksualitet skal tematiseres ved behandling og rehabilitering. Mange opplever dessverre også å bli behandlet som om de ikke har en seksualitet (Snakk om det! Strategi for seksuell helse 2017–2022).

## STORE KUNNSKAPSHULL

Jeg er ansatt som fagkonsulent/spesialergoterapeut ved Avdeling for habilitering/Seksjon Habilitering for

voksne ved Sykehuset Telemark. Vår målgruppe er pasienter over 18 år med medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelse av komplisert og sammensatt karakter. Mange har en grad av utviklingshemming eller en autismespekterlidelse. Oppgaver for habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten omfatter utredning, systematisk observasjon og kartlegging, diagnostikk og medisinsk og psykologisk behandling, funksjonsutredning, funksjonell analyse, igangsetting av miljøbaserte behandlings tiltak, samt råd, veiledning, opplæring og kurs til pasient, pårørende, kommunalt personale og andre.

Problemstillinger knyttet til seksuell helse er en del av vårt arbeid, og henvisninger som handler om dette, har de siste årene vært økende i antall. Ved vår avdeling (barne- og voksenhabilitering) er jeg én av tre fagkonsulenter som har et spesielt ansvar for spørsmål knyttet til dette. Det å ha en intellektuell funksjonsnedsettelse innebærer vansker med å forstå vanlige ord og begreper, og hva som ligger bak det som blir sagt. I tillegg kan det å forstå, formidle og regulere egne følelser og atferd være vanskelig. Mange strever med å styre impulser, forutse konsekvenser, tenke langsiktig og legge egne behov til siden.

Problemstillinger som blir henvist til oss, kan dreie seg om behov for kunnskaper om egen kropp og egen seksualitet, oppsøking av sexpartnere på nettet, bekymringsfull seksualisert atferd, seksuell utnytting, nedlasting av (barne-)porno, goder i bytte mot sex, spørsmål om å få barn, kjønnsidentitet, overgrep med mer. Vi holder også mange kurs og

## REGLER FOR SEX

- Begge må være over 16 år.
- Begge må være enige om å ha sex. Spør for å være sikker!
- Sex må være godt for begge. Spør den andre om det du gjør er godt!
- Sex hører til privatlivet.
- Bruk sikker prevensjon hvis du ikke vil ha barn.
- Bruk i tillegg kondom for å unngå kjønnssykdommer.

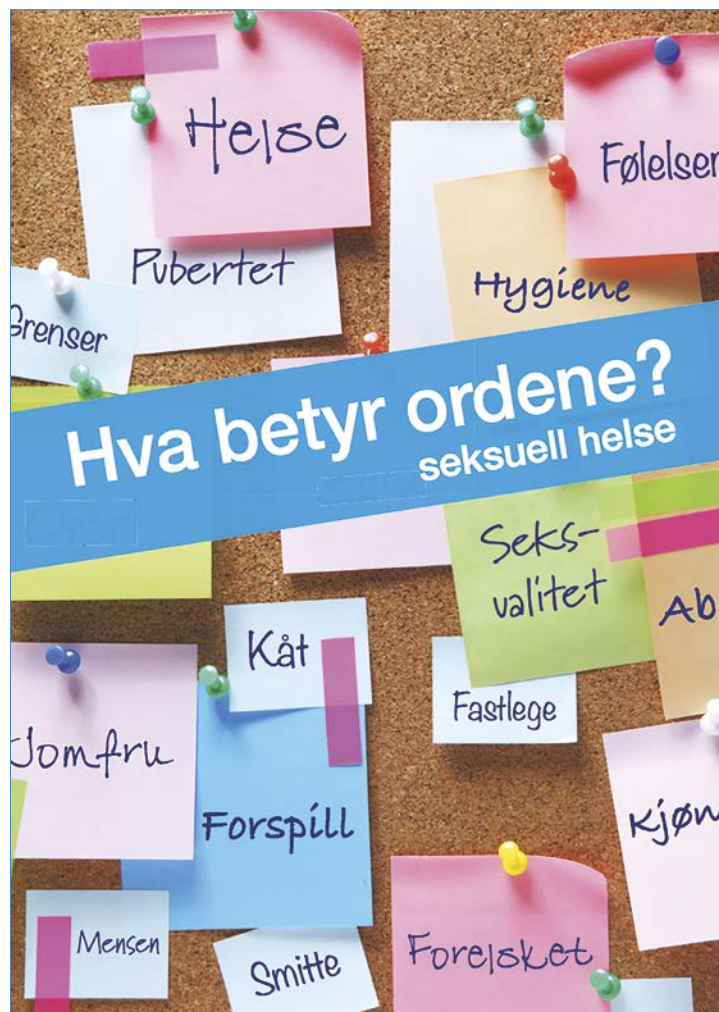
har etablert et fagnettverk for kommunalt personale i Telemark.

Vi erfarer i arbeidet vårt at mange unge voksne ikke har fått tilpasset undervisning om seksuell helse på skolen og har svært store kunnskapshull når det gjelder kunnskaper både om egen kropp og om normene og reglene som gjelder i samfunnet. Opplysning og informasjon, for eksempel på TV og internett, er sjelden godt nok tilpasset ungdommer med intellektuelle utfordringer. Det er mye som kan mistolkes og misforstås. Det er antatt at personer med funksjonshemminger er to-tre ganger mer utsatt for overgrep sammenlignet med befolkningen for øvrig, og det er sannsynligvis store mørketall. På grunn av de vanskene intellektuell funksjonsnedsettelse medfører, ser en dessverre også at de kan være i fare for selv å forgripe seg på andre.

Oppslagene i media de siste årene viser med all tydelighet hvordan vanlige, ressurssterke ungdommer og voksne strever med å forstå grenser for privatliv og hvordan man skaffer seg sikkert samtykke fra partneren. Å oppføre seg generelt slik at en ikke trækker på andres integritet, ser ut til å være svært vanskelig, slik #metoo-kampanjen har vist oss. Å være på «nettet» er en selvfølgelig del av livet i dag også for personer med intellektuelle funksjonsnedsettelser. Dette er en arena der mange endelig kan oppleve å fungere like godt som alle andre, siden kommunikasjonen uansett ofte foregår med enkle, forkortede ord og emoji. Vi kan forestille oss hvor vanskelig grensegangene privat/offentlig, samtykke/ikke samtykke kan være for personer med intellektuelle utfordringer, når så mange ellers i samfunnet trår feil.

### HVA BETYR ORDENE?

Etter oppfordring fra Helsedirektoratet har Avdeling for habilitering ved Sykehuset Telemark laget boken «Hva betyr ordene? – seksuell helse» beregnet på unge og voksne med nedsatt kognitiv funksjon. Boka, som var et felles prosjekt med fagkonsulentene Rigmor Holm og Kjell Robertsen, ble ferdig i februar 2016 og kan lastes ned gratis fra [www.sthf.no/avdelinger/barne-og-ungdomsklinikken/habilitering-avdeling#ordboker-til-nedlasting](http://www.sthf.no/avdelinger/barne-og-ungdomsklinikken/habilitering-avdeling#ordboker-til-nedlasting). Der finnes korte forklaringer på ord som *abort*, *befruktning*, *forspill*, *hygiene*, *infeksjon*, *jomfru*, *kåt*, *omskjæring*, *orgasme*, *sterilisering* med mer. Den er illustrert og lettlest med stor tekst, korte setninger og korte avsnitt. Det er laget små historier til ordene for å lette forståelsen. Boka er delt ut til habiliteringstjenestene



Boken «Hva betyr ordene? – seksuell helse» er beregnet for unge og voksne med nedsatt kognitiv funksjon.

i hele landet, Barnehusene, en del skoler og helses-tasjoner, politiet og en del fastlegekontorer. I tillegg til at den brukes av personer med nedsatt kognitiv fungering, kan den også fungere som innføring i norske ord, begreper og normer innenfor seksuell helse for fremmedspråklige. Boka kan være et bidrag til gode samtaler mellom tjenestemottakere, pasienter og helse- og boligpersonell og være med på å skape trygghet og åpenhet om temaet.

### HEDERLIG OMTALE

«Hva betyr ordene?» fikk hederlig omtale fra Språkrådet i forbindelse med tildeling av klarspråkprisene 2017: «Juryen vil spesielt fremheve Sykehuset Telemarks informasjon om seksuell helse som et prakteksemplar på et vellykket enkelttiltak.»

# AKTIVITETSDOSETTEN INNFØRES PÅ LAMBERTSETERHJEMMET

MER INDIVIDUELT TILPASSEDE AKTIVITETER = MINDRE ELLER INGEN MEDISINER

**På Lambertseterhjemmet jobber ergoterapeut og frivillighetskoordinator Peter Michael Aarbakke Heitmann. Han har en spennende og meningsfull hverdag hvor metodisk bruk av individuelt tilpassede aktiviteter står sentralt i arbeidet med beboerne. Etter å ha gjennomført kurset aktivitetsdosetten i 2015 er han godkjent aktivitetsdoktor. Han har ansvaret for å motivere og tilrettelegge for at de ansatte får nødvendig opplæring i hvordan man velger ut og gjennomfører helsefremmende aktiviteter til aktivitetsdosettene.**

Av Peter Michael Aarbakke Heitmann



*Peter Michael Aarbakke Heitmann er ergoterapeut og frivillighetskoordinator på Lambertseterhjemmet.*

## FORPLIKTENDE SYSTEM FOR HVERDAGSAKTIVITETER

Grunnleggeren av Aktivitetsdosetten er fysioterapeut Lone Koldby. I sitt arbeid på Øyane sykehjem så hun behovet for å lage et forpliktende system for hverdagsaktiviteter og tok derfor initiativet til å lage et prosjekt ut av dette i 2009. De neste årene ble metoden utviklet gjennom et tverrfaglig samarbeid mellom lege, ergoterapeut, fysioterapeut, helsefagarbeider, sykepleier og beboere på Øyane sykehjem. Aktivitetsdosetten er nå en egen bedrift innenfor sosialt entreprenørskap, og Lone Koldby har sertifisert mer enn 250 aktivitetsdaktorer siden 2010.

## METODEN AKTIVITETSDOSETTEN

Metoden går ut på å kartlegge og tilpasse aktiviteter basert på den enkeltes interesser og jobbe strukturert med dette. På den måten får aktivitetene en positiv helsegevinst for den som mottar tilbudet. Aktivitetene settes inn i en aktivitetsdosett/ukeplan og gjennomføres ukentlig. En beboer kan for eksempel ha individuell aktivitet med ergoterapeut på

mandag, trening med fysioterapeut på tirsdag og velværestund med helsefagarbeider på fredag.

Målet er at aktivitetene skal gi positive helsegevinster og være med på å redusere eller eliminere bruken av enkelte medisiner og stimulere til en mer aktiv, spennende og meningsfull hverdag for de eldre på alders- og sykehjem. Arbeidet dokumenteres i datasystemet Gerica med egne prosedyrer, situasjoner og målsettinger som evalueres underveis med beboerne selv og gjennom tverrfaglige møter. Målet er å skape en tilværelse for de eldre på alders- og sykehjem hvor de skal kunne leve innholdsrike liv ved å fortsette å gjøre aktiviteter som er viktige for den enkelte. På Lambertseterhjemmet i Oslo er de i ferd med å innføre aktivitetsdosetten.

## BEBOERNE PÅ LAMBERTSETERHJEMMET

De eldre som bor på Lambertseterhjemmet, er ikke en homogen gruppe. Mange har tilknytning til bydel Nordstrand fra tidligere. De fleste er mer enn 80 år og har i mange tilfeller levd lange og spen-



nende liv. De fleste av dem som bor der, er i godt humør, liker å kose seg og setter pris på det rike aktivitetstilbudet hjemmet har å tilby. Det er høy komorbiditet, hvor hoveddiagnosene i mange tilfeller er demenssykdom, kroniske hjerte- og karsykdommer, artrose eller følgetilstand etter hjerneslag og/eller lårhalsbrudd. Pleiebehovet er variert. De mest selvstendige bor på aldershjemmet, og de som er omsorgs- og pleietrengende, bor på sykehjemmet.

### **ERGOTERAPEUTEN PÅ LAMBERTSETERHJEMMET**

Ergoterapeuten på Lambertseterhjemmet har helt siden barndommen hatt interesse av å glede eldre mennesker. Han brenner for jobben, og ingen dag er lik. Arbeidsoppgavene går ut på å gjøre forskjellige funksjonsvurderinger og bestille, vedlikeholde, reparere og gi opplæring i hjelpemidlene han formidler. Ergoterapeuten er også frivillighetskoordinator, som går ut på å ta imot frivillige, gi opplæring, motivere og fordele de frivillige til beboerne som har behov for deres tilbud. Ergoterapeuten har pårørende grupper for bydel Nordstrand og sitter i arbeidsmiljøutvalget, aktivitetsgruppen og kvalitetsgruppen på Lambertseterhjemmet. Han gjennomfører i tillegg felles og individuelle aktiviteter med beboerne i samarbeid med andre ansatte, frivillige og pårørende. Han jobber nå for at mange eldre som bor på Lambertseterhjemmet, skal få et individuelt tilpasset aktivitetstilbud gjennom aktivitetsdosetten.

### **ERFARINGER MED METODEN**

Erfaringen med aktivitetsdosetten på Lambertseterhjemmet så langt er positiv. Sykehjemmet har over flere år opparbeidet en god akti-



vitetskultur. Dette har vært med på å skape en felles forståelse blant de ansatte for at aktiviteter er viktige for helse og livskvalitet. Det er viktig at de eldre uansett alder, funksjonsnedsettelse eller sykdom får muligheten til å bevare egen identitet og mestrings- og selvfølelse. Samtidig skal de også få støtte til å beholde viktige ferdigheter så lenge som mulig. Individuelt tilpassede aktiviteter basert på den enkeltes interesser, kan være et godt middel for å oppnå dette. Tankegangen er i tråd med ergoterapeutisk intervensjon ved at aktivitetsdosetten gir mulighet for aktivitet og deltakelse med mål om økt livstilfredshet og helse. Den er også brukersentrert. Så langt har flere ansatte på alders- og sykehjemmet fått kurs og opplæring i hvordan man kartlegger og fyller ut aktivitetsdosetter. De neste ukene skal brukes til mer opplæring av ansatte. De fleste beboerne har sine egne aktivitetsdosetter. Her

skal det jobbes videre med å kvalitetssikre aktivitetene og gjennomføringen, slik at aktivitetene har den helsefremmende effekten og beboerne får den økte livskvaliteten som er målet og meningen med metoden.

### **LAMBERTSETERHJEMMET**

Lambertseterhjemmet ligger på Lambertseter og driftes av Aleris Omsorg. Det består av et alders- og sykehjem med 91 somatiske langtidsplasser i tillegg til dagsenteret Bekkern med sine åtte brukere. Lambertseterhjemmet er kjent for sitt velfungerende tverrfaglige arbeid og et rikt mangfold av aktiviteter. Lambertseterhjemmet har også eget beboerkor, som reiser rundt og opptrer ved forskjellige anledninger.

Vil du vite mer om aktivitetsdosetten eller Lambertseterhjemmet, se [www.aktivitetsdosetten.no](http://www.aktivitetsdosetten.no) eller <https://www.facebook.com/lambertsetersykehjem/>.

# Ergoterapeuten som «coach»

## – i lys av Modell for tilsiktet samspill (IRM)

**Kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME) er en kompleks sykdom med ukjent årsak, anstrengelsesutløst utmattelse og omfattende sykdomsfølelse uten objektive funn. Sykdommen er vanskelig å forstå og har betydelige konsekvenser for personens dagligliv. Det finnes ingen medisinsk behandling, og rehabilitering anbefales. Aktivitetsregulering er ergoterapeutens fokus, og målet er et balansert og helsefremmende aktivitetsmønster i hverdagen (1).**

Av Bjørg Rene, Anne Helen Jacobsen, Kari Margrete Hjelle og Tina Taule

*Bjørg Rene, MSc og ergoterapispesialist ved Ergoterapiavdelingen, Haukeland universitetssjukehus.*

*Anne Helen Jacobsen, MSc og ergoterapispesialist ved Ergoterapiavdelingen, Haukeland universitetssjukehus.*

*Kari Margrete Hjelle, førstelektor og ergoterapeut ved Institutt for Ergoterapi, fysioterapi og radiografi, Høgskulen på Vestlandet.*

*Tina Taule, PhD og ergoterapispesialist ved Ergoterapiavdelingen, Haukeland universitetssjukehus.*

Taylor utviklet Modell for tilsiktet samspill (IRM) i 2008, der relasjonelle aspekt knyttes sammen med arbeidsprosessen i ergoterapi. I modellen skisseres seks ulike kommunikasjonsstiler som kan brukes i samhandling med brukerne (2).

### HENSIKT

Hensikten med artikkelen er å utforske det terapeutiske potensialet i kommunikasjonsstilene i IRM knyttet til læring og mestring for en bruker med CFS/ME i en rehabiliteringspoliklinikk i sykehus.

### MODELL FOR TILSIKTET SAMSPILL

IRM består av fire hovedkompo-

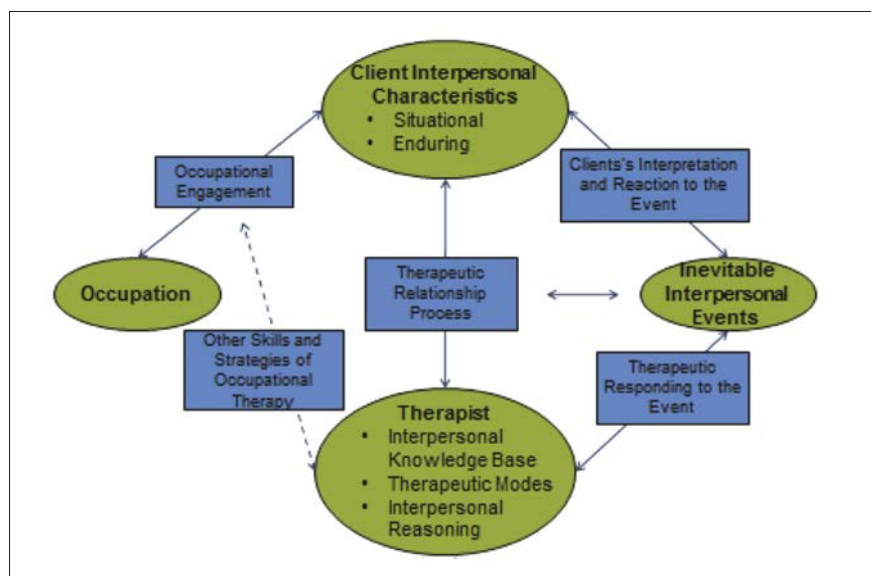
nenter: ergoterapeut, aktivitet, brukers intrapersonelle karakteristika og uunngåelige hendelser som oppstår i terapeutiske samtaler (2). Ergoterapeuten har ansvar for å utvikle en god terapeutisk allianse og kan veksle mellom seks ulike kommunikasjonsstiler. Disse er talsperson, empati, oppmuntring, samarbeid, instruksjon og problemløsning. Alle stilene har potensial til å fremme eller hemme terapeutisk allianse og aktivitetsengasjement hos bruker (2, 3).

### KASUSBESKRIVELSE

Lene Olsen er 35 år, gift og har tre barn. Hun er utdannet fysioterapeut og er 100 prosent sykmeldt ved oppstart av rehabiliteringen. Hun har 20–30 prosent fysisk og 80 prosent kognitiv kapasitet, og er frustrert og utålmodig.

### METODE

Det terapeutiske potensialet i de seks kommunikasjonsstilene ble utforsket gjennom tilbakeblikk i pasientjournalen. Journalen er basert på 15 individuelle samtaler med Lene over fire år. Temaene for samtalene har vært hverdagen og tilbakeføring til arbeid. Etter avsluttet oppfølging ble Lene invitert til to refleksjonssamtaler vedrørende temaet i artikkelen.



*The Intentional Relationship Model (Taylor R. Philadelphia: FA Davis. 2008).*

## KOMMUNIKASJONSSTILER I IRM – TERAPEUTISK POTENSIAL

Talsperson er å sikre rettigheter sosialt og juridisk, men stilen kan også gi for lite fokus på pasientens egne tanker og følelser (2,3). For Lene var talsperson ikke avgjørende for resultatet, da hun i hovedsak ivaretok rettighetene sine sjøl.

Empati er å bli sett, hørt og forstått. Dette er grunnleggende for å utvikle tillit og terapeutisk allianse. Imidlertid kan terapeuten leve seg *for* mye inn i brukers situasjon og unngå å stille utfordrende spørsmål (2,3). Lene formidlet at empati var viktig for å utvikle aksept. Hun sier «*Lettelse å høre at det jeg kjenner, er «normalt» med denne sykdommen. Det har hjulpet meg til å kunne slappe litt av.*

Oppmuntring er å bringe fram håp, mot og viljestyrke. Dette er viktig i et langt løp, men må bygge på pasientens egne erfaringer. For mye ros kan oppleves som manipulering (2,3). Lene erfarte at framgang bidro til aksept, slik sitatet underbygger: «*Våre samtaler har gitt hjelp til å se de små tingene, det er ikke lett å se de små framskrittene i hverdagen. Det er vanskelig å kjenne glede over å kunne ta ut av en oppvaskmaskin.*

Samarbeid styrker brukers egenverdi, sjøltillit og autonomi, men er ikke egnet når bruker er usikker eller i sorg eller krise (2,3). Lene tok sjøl styringen ved å forberede seg til veiledningstimer, og det bidro til mestring av hverdagsaktiviteter. Lene sier «*Jeg bygde opp mine tanker til neste samtale, og ble derfor mer strukturert enn jeg ellers er.*

Instruksjon er undervisning og faglige råd fra terapeut. Bruker kan føle seg i kyndige hender, men kan også provoseres dersom stilen oppleves autoritært (2,3). Lene opplevde kunnskap og fagli-

ge råd som viktige for å håndtere hverdagen og sa: «*I starten konkretiserte du de små endringene, for eksempel å hvile og de daglige rutinene, verdien av dem. Det hjalp meg til å utvikle aksept og se framgang.*

Problemløsning fokuserer på ergonomi, kognitiv rehabilitering og bruk av hjelpemidler. Stilen kan gi raske resultater fordi det skjer noe i terapien, men kan også bli dominerende, og terapeuten kan glemme å undersøke bakgrunnen for brukers tanker, følelser og handlinger (2,3). Etter samtale med fokus på å sortere tanker og følelser og gjøre gode valg, sa Lene: «*Du har vært «coach» for meg, som når du brukte skjema fordeler/ulempes. Du kom med ulike løsningsforslag. Det har hjulpet meg å løfte blikket, for eksempel at jeg skulle tenke timer ved økning i jobb, heller enn prosent. Enkelt tiltak, men veldig virkningsfullt.*

## KONKLUSJON

Alle seks kommunikasjonsstiler ble brukt i samhandling med Lene, minst brukt var talsperson. Førsteforfatters erfaringer med bruk av IRM er at instruksjon ble brukt mer enn forventet. Betydningen av empati og oppmuntring ble løftet fram som viktige for Lene, og førsteforfatter ble gjennom refleksjonssamtalene med Lene særlig oppmerksom på kraften i oppmuntring som kommunikasjonsstil. Erfaringene tilsier at IRM er en viktig resonneringsmodell for sjølutvikling i terapeutisk kommunikasjon med brukerne i vår praksis.

## BETYDNING FOR PRAKSIS OG UTDANNINGEN

IRM er en begrepsmodell som setter søkelyset på ulike kommu-

nikasjonsstiler, og som kan bidra til å løfte ergoterapeutens tause kunnskap fram i lyset. Det vil være nyttig for resultatet av ergoterapi å vektlegge IRM i praksisen vår på sykehuset.

I læringsutbyttebeskrivelserne for ulike emnebeskrivelser i teori- og praksisundervisning vektlegges studentens evne til å resonnerer profesjonelt, samhandle med brukere og samarbeide tverrfaglig. IRM er en modell innen klinisk resonnering som vektlegges i utdanningen, og som kan videreutvikles i samarbeid med praksisfeltet.

## TAKK TIL SAMARBEIDSPARTNERE

En særlig takk til «Lene» som delte av sine erfaringer. Takk også til kolleger i Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFMR) for god støtte.

## Referanser

Helsedirektoratet. Nasjonal veileder. Pasienter med CFS/ME: Utredning, diagnose, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg [Internett]. Oslo: Helsedirektoratet; [hentet 22.10.17]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/396/IS-1944-Nasjonal-Veileder-CFS-ME-Hovedversjon.pdf>

Kielhofner G. Modellen for tilsigtet samspill. I: Kielhofner G, redaktør. Ergoterapi i praksis – det begrepsmessige grundlag. København: Munksgaard Danmark; 2009. s. 142-159.

Decker L, Hansen H. Kvalifiser din ergoterapi: Udvikling av terapeutisk stil og relation ved hjælp af «Intentional Relationship Model» [Internett]. København: Ergoterapeututdannelsen, Professionshøjskolen Metropol; [hentet 22.10.17]. Tilgjengelig fra: [http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/kvalificer\\_din\\_ergoterapi\\_november\\_2014.pdf](http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/kvalificer_din_ergoterapi_november_2014.pdf)

Artikkelen er basert på en presentasjon forfatterne holdt ved Den norske fagkongressen i ergoterapi 2017.



# PRESENTASJON AV SJEKKLISTEN DCDDAILY-Q\_NO

**For å kartlegge om barn kan ha spesifikke motoriske vansker anbefales bruk av en standardisert motorisk test og en kartlegging av dagliglivets fungering (1). I følge forskningslitteratur benyttes Movement Assessment Battery for Children (m-ABC) svært ofte som den standardiserte motoriske testen, mens det har vært svært ulik praksis i hvordan dagliglivets fungering kartlegges (2).**

Av Margunn Sognnæs og Ann-Kristin G. Elvrum

*Margunn Sognnæs er spesialergoterapeut ved St. Olavs hospital.*

*Ann-Kristin G. Elvrum er ergoterapiespecialist i barns helse. Hun arbeider i 50 prosent stilling ved St. Olavs Hospital og 50 prosent som postdok ved Institutt for klinisk og molekylær medisin, NTNU.*



*DCDDaily-Q består av 23 aktiviteter som barn mellom 5 og 8 år forventes å utføre regelmessig.*

Det finnes flere sjekklistesom er utviklet for å vurdere barns fungering i hverdagsaktiviteter, som sjekklisten til m-ABC (3) med norsk oversettelse eller DCDQ'07 (4). Felles for disse er at de tar for seg daglige aktiviteter innenfor egenomsorg, samt ferdigheter knyttet til barnehage eller skole og fritid der foreldre eller andre nærperso-ner skal bedømme hvor bra barnet utfører den aktuelle aktiviteten. Ut ifra utsagn i sjekklisten til m-ABC-testen, som «Kan klippe papir med saks», skal foreldre plassere utførelsen på en skala fra 0-3 (0=svært bra, 3=ikke i nærheten). Det er opp til foreldrene å vurdere definisjon av «bra». I sjekklisten til DCDQ'07 er tilsvarende utsagn: «Barnet ditt klipper ut bilder og former nøyaktig og lett». På en skala fra 1-5 skal foreldre bedømme om barnet utfører aktiviteten akkurat som andre barn (=5) eller ikke i det hele tatt som andre barn (=1).

## UTVIKLET I NEDERLAND

I likhet med andre sjekklistes tar også DCDDaily-Q for seg kjente hverdagsaktiviteter som barn med motoriske vansker ofte

strever med å utføre i sin hverdag. Den er utviklet av et forskerteam i Nederland, og er funnet å kunne identifisere barn med DCD sikrere enn andre tilsvarende sjekklistes (5). Den er valid og reliabel når barns utførelse av daglige aktiviteter skal vurderes, og dette gjør den aktuell å ta i bruk for norske ergoterapeuter. I 2017 ble sjekklisten oversatt til norsk i tråd med retningslinjene til Verdens helseorganisasjon for oversettelse og kulturell tilpasning ([http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)). Norsk ergoterapeutforbund finansierte deler av oversettingsarbeidet og har lagt ut den norske sjekklisten med tilhørende engelsk manual på hjemmesiden sin, slik at flest mulig ergoterapeuter skal kunne benytte den.

## BESTÅR AV 23 AKTIVITETER

DCDDaily-Q består av 23 aktiviteter som barn mellom fem og åtte år forventes å utføre regelmessig. Beskrivelsene presiserer hva som er korrekt utførelse av aktiviteten, slik at foreldre (og terapeuter) som skal fylle ut sjekklisten, får hjelp til å vurdere hvilke kriterier barnets utførelse skal vurderes ut

ifra. Som for aktiviteten å klippe papir: «Kontrollerte klippebeve-  
gelser langs (optrukne) linjer  
med et vanlig tempo». Bra utfø-  
relse skåres 1, noen ganger bra og  
andre ganger ikke så bra skåres 2,  
ikke så bra (eller dårlig) det meste  
av tiden skåres 3.

### FOKUS PÅ DELTAKELSE

I tillegg til å presisere hva som  
er korrekt utførelse, legges det i  
sjekklisten DCDDaily-Q vekt på å  
kartlegge deltakelse ut ifra hvor  
ofte barnet faktisk utfører aktivi-  
teten på en skala fra 1 (vanligvis)  
og til 4 (ikke ennå). Det skal også  
vurderes om barnet bruker eller  
har brukt lenger tid enn andre  
barn på samme alder på å lære  
den aktuelle aktiviteten. Ut fra  
foreldrenes vurdering og bruk av  
tallskalaer summeres barnets skår  
innenfor Kvalitet, Deltakelse og  
Innlæring. Den normative tabellen  
bygger fortsatt på det nederland-  
ske utvalget og består av alders-  
gruppene 5 år, 6 år og 7/8 år.

Fokus på deltakelse og inn-  
læringstid har betydning for å  
identifisere barn som oppfyller  
diagnosekriteriene for DCD i en  
utredningssammenheng (5). I til-  
legg har dette også en klinisk be-  
tydning ut fra teorier fra motorisk  
læring, der repetisjon er et viktig  
steg før aktiviteten er innlært  
og automatisert. Erfaringsbasert

kunnskap tilsier at barn med  
nedsatt motorisk kompetanse  
ofte foretrekker å få hjelp, eller  
de bruker så lang tid på utførel-  
sen at de vanligvis ikke gjør den,  
til tross for at de «kan» den. Med  
behov for å måtte øve mer enn  
andre barn kan det være nød-  
vendig at noen aktiviteter velges  
bort, samtidig som det avklares  
hva som skal prioriteres og hvor-  
dan man kan legge til rette for  
«nok» øving i andre sammenhen-  
ger. En bevissthet omkring selve  
læreprosessen (kognitive proses-  
ser) er i samsvar med metoden  
Cognitive Orientation to Occupa-  
tional Therapy (CO-OP), som er  
en av få intervensjonsmetoder  
som det er anbefalt at ergoterape-  
uter skal benytte til barn som  
har vansker med å utføre daglige  
aktiviteter (1).

### FELLES FORSTÅELSE FOR BARNA AKTIVITETSVANSKER

I en artikkel av Missiuna et al fra  
2008 argumenteres det for at  
ergoterapeuter som får henvist  
barn med skrivevansker, bør ta  
et første steg for å vurdere mulig  
DCD (6). I denne prosessen vil  
sjekklisten DCDDaily-Q nå kun-  
ne benyttes i norsk språkform.  
Uavhengig av diagnostisering vil  
bruk av sjekklisten kunne gi er-  
goterapeuter og foreldre en felles  
forståelse av barnets aktivitets-

vansker og danne grunnlag for  
videre prioriteringer og tiltak der  
både trening i daglige aktiviteter,  
tilrettelegging og behov for ekstra  
hjelp kan være mulige løsninger.

### Referanser

1. EACD RECOMMENDATIONS for Best-Evidence Clinical Practice on DEFINITION, DIAGNOSIS, ASSESSMENT and TREATMENT of De-  
velopmental Coordination Disorder (DCD)/Specific developmental disorder of motor functions (SDD-MF). 16.08.2010. [www.eacd.org/file-download.php?id=91](http://www.eacd.org/file-download.php?id=91)
2. Sognnæs, M., Lorås, H. (2011) Anven-  
delse av diagnosekriterier for De-  
velopmental Coordination Disorder  
(DCD). Ergoterapeuten 05
3. Henderson, S.E., & Sugden, D.A.  
(1992) Movement Assessment batte-  
ry for children, London Psychological  
Corporation. Eller (2007) Second  
edition
4. Wilson, BN et al. (2007) The De-  
velopmental Coordination Disorder  
Questionnaire (DCDQ). <http://www.dcdq.ca>
5. Van der Linde et al. (2014) Psycho-  
metric properties of the DCDDaily-Q:  
a new parental questionnaire on  
children's performance in activities  
of daily living. Research in Develop-  
mental Disabilities, 35(7), 1711-1719
6. Missiuna, C et al (2008) Enabling  
occupation through facilitating the  
diagnosis of Developmental Coordi-  
nation Disorder. Canadian Journal of  
Occupational Therapy 75(1):26-34

### VI BEKLAGER

Artikkelen «**Bruk av felles ergoterapeutiske kartleggingsverktøy – hvorfor, hvordan og hvilke**», som sto i  
Ergoterapeuten 01 2018, ble dessverre trykket med ufullstendig forfatterliste. Forfatterne var:

Berit Ragnhild Walla - Fagutvikler/Spesialergoterapeut

Kristin Sand - Spesialergoterapeut

Audhild Lund - Spesialergoterapeut

Victoria Juul Leibekkhei - Spesialergoterapeut

Anita T. Rosmæl - Spesialergoterapeut

Alle forfatterne var ansatt på St. Olavs Hospital, Divisjon Psykisk helsevern, Avd. Østmarka da artikkelen  
ble skrevet.



## UNIOS HELSEMEDLEMMER TRENGER BEDRE OPPLÆRING I ARBEIDSRELEVANT TEKNOLOGI

**En rapport som Unio har bestilt av Ny Analyse, viser at hele 40 prosent av medlemmene i helseforbundene ikke tror de vil ha tilstrekkelig teknologisk kompetanse om fem til ti år. – Det er arbeidsgivers ansvar å legge til rette for kompetanseheving, sier Unios leder Ragnhild Lied.**

Av Else Merete Thyness

I lys av de teknologiske endringene som allerede har skjedd, samt forventninger om at teknologi får økt betydning i årene som kommer, fikk Ny Analyse i oppdrag av Unio å undersøke hvilke erfaringer med teknologi medlemmene av de fire helseforbundene i Unio har gjort seg.

I tillegg skulle Ny Analyse kartlegge hvorvidt medlemmene opplever kompetansen sin som tilstrekkelig for fremtidens teknologiske utfordringer, og om de

får god nok opplæring i relevant teknologi.

– Vi erfarte at stadig flere av våre medlemmer var opptatt av hvor viktig det er å være forberedt på endrede arbeidsoppgaver fremover, særlig innen ny teknologi og digitalisering, sier Unios leder Ragnhild Lied.

### **KVANTITATIVE UNDERSØKELSER**

For å belyse problemstillingene ble det utført kvantitative spørreundersøkelser blant de fire

*– Unios medlemmer er opptatt av hvor viktig det er å være forberedt på endrede arbeidsoppgaver fremover, særlig innen ny teknologi og digitalisering, sier Unios leder Ragnhild Lied. Foto: Terje Heiestad.*



## «Vi kan ikke regne oss som ferdig skolerte etter en grunnutdanning»

Ragnhild Lied

helseforbundenes medlemmer samt kvalitative intervjuer av representanter fra helseforbundene. Ergoterapeutene sendte ut undersøkelsen til alle sine yrkesaktive medlemmer med god svarprosent.

Stort sett svarte medlemmene fra Radiografene, Fysioterapeutene, Ergoterapeutene og Sykepleierne temmelig likt. Mange helsearbeidere opplever at de verken har god nok tilgang til, eller har fått god nok opplæring i, de teknologiske verktøyene de bruker. Samtidig mente nesten alle respondentene at teknologi vil bli en større del av hverdagen, og litt over halvparten at de ikke ville ha tilstrekkelig kompetanse i forhold til fremtidens teknologi.

– Hele 40 prosent av medlemmene våre tror at de ikke vil ha nok kompetanse på disse områdene om fem til ti år. 20 prosent av de spurte opplever alt i dag at de henger etter faglig sett når det gjelder ny teknologi og digitalisering. Dette er viktige funn, sier Lied.

Hun synes det er positivt at Unios medlemmene ønsker å holde seg faglig og teknologisk oppdatert.

– Dette er et kjempegodt utgangspunkt. Ansatte i helsesektoren er tradisjonelt vant til å omstille seg og tilegne seg ny kunnskap.

Nå som det ventes store omstillinger, er hun klar på hvor ansvaret for kompetansehevingen ligger.

– Endrede arbeidsoppgaver

og kompetanseheving i forbindelse med dette, er arbeidsgivers ansvar.

### BRUKER RAPPORTEN I UTVALG

I 2017 satte regjeringen ned et utvalg som skal finne ut mer om hva slags kompetanse norsk arbeidsliv vil trenge i fremtiden. Professor Steinar Holden leder utvalget. Unios seniorrådgiver Rolf Stangeland er Unios representant i rådet, som skal møtes jevnlig i perioden 2017–2021.

Arbeidet i dette utvalget henger sammen med Nasjonal kompetansepolitisk strategi (NKPS), som ble lansert i 2017. Også her har Unio en representant, Åshild Olaussen. Her skal spørsmål som disse belyses:

- Hvordan kan myndighetene og partene i arbeidslivet støtte og bidra til et velfungerende marked for etter- og videreutdanning?
- Hva skal til for at bedrifter investerer mer i etter- og videreutdanning?
- Hvilken rolle spiller trepartssamarbeidet for investering i etter- og videreutdanning?

– Partene i arbeidslivet er enige om at det er behov for en kompetansestrategi. Fremtidens arbeidsliv vil se store endringer, og vi kan ikke regne oss som ferdig skolerte etter en grunnutdanning. I begge disse utvalgene er det viktig at Unio fremmer sine gruppers kompetansebehov. Da er denne rapporten nyttig, sier Lied.



*Rapporten Teknologi og kompetanse i endring – digitaliseringen og fremtidig kompetansebehov for Unios helseforbund beskriver hvilke erfaringer medlemmene i Unios helseforbund har med teknologi og digitalisering.*



*Kompetansebehovutvalget ledet av Steinar Holden har levert sin første rapport: NOU 2018: 2: Fremtidige kompetansebehov 1 – Kunnskapsgrunnlag.*

**KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN**

Adresse: ADDmedia AS, Boks

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

## To kurs om arbeidsplassvurdering – studer hjemmefra!

**Jobber du med voksne fra 18-67 år? Bli med på å gjøre arbeidslivet mulig for enda flere ved å øke ferdighetene dine i å gjennomføre arbeidsplassvurderinger i tråd med internasjonal forskning og beste praksis!**

**Kurset omhandler et internasjonalt** mye brukt og godt dokumentert virkemiddel for å redusere arbeids- helseproblemer og deltakelsesutfordringer i arbeidslivet: arbeidsplassvurderinger. Arbeidsplassen er i tråd med gjeldende politiske føringer hovedarenaen for å forstå arbeidshelse, nærvær og inkludering, men også risiko og fravær. Ved at man forstår arbeidssituasjonen og -relasjonene bedre, kan de mest riktige og viktige tiltakene iverksettes.

### KURS 1: Minikurs med 7 leksjoner

Dette kurset heter **Lær arbeidsplassvurdering til sykmeldte på 1-2-3**. Leksjonene kommer som nettsider bestående av oversiktlig tekst og bilder.

Du blir invitert med på en diskusjon under hver leksjon sammen med de andre kursdeltakerne. Så her kan du bli kjent med utfordringer og meninger andre har. Til slutt mottar du en oversikt over alle leksjoner og et kursbevis. **Kurset går kontinuerlig og starter med en gang du bestiller kurset.**

### KURS 2: Onlinekurs med 4 moduler

Dette kurset heter **Lær arbeidsplassvurdering**. Kurset arrangeres som et åtte ukers kurs med fire moduler. Kurset tilbys på en egen kursplattform, som du har tilgang til i et helt år. Her vil du få tilgang til et rikt kursmaterieell hentet fra forskning og beste praksis. Videoforelesninger, bruk av nettressurser og quiz er sentrale arbeidsformer. Du vil også ha mulighet til å delta i et diskusjonsforum med andre deltakere.

Det vil bli satt opp Q&A-veiledninger i en egen Facebook-gruppe, der du kan stille spørsmål til kurslederne og de andre kursdeltakerne. Du lager en plan for et eget arbeidsplassbesøk med arbeidsplassvurdering til selvvalgt type arbeidstaker(e). Denne planen lages etter en mal som du lærer i kurset, og leveres inn når kurset avsluttes. Basert på dette mottar du kursbevis. **Det er fremdeles mulig å melde seg på kurset som startet 17. april. (Du kan melde deg på inntil to uker etter kursstart.) Neste kurs starter 18. september 2018.**

#### HØR HVA TIDLIGERE KURSDELTAKERE SIER OM KURSENE:

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

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

«Jeg får ny giv av dette kurset».

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

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

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

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

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

## GENERELL INFORMASJON OM KURSENE

**Målgruppe for kurset og godkjenning:** Kurset er relevant for ergoterapeuter i NAV, bedriftsergoterapeuter, privatpraktiserende og ergoterapeuter som jobber i første- og andrelinjetjenesten med rehabilitering av voksne. Kurset tilfredsstiller kravet til å kunne gjennomføre «Arbeidsplassvurdering ved fysioterapeut/ergoterapeut», et tiltak som NAV bestiller og honorerer til godkjente terapeuter i Norge.

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

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

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

**For mer informasjon og påmelding:** se [www.presenter.simplero.com](http://www.presenter.simplero.com)





# Gjør mest av det som virker best!

## KURS OM ARBEIDSPLASSEN SOM ARENA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

For mer utfyllende program og påmelding, se ergoterapeutenes kurskalender: [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org).



## 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 varmehjelpemidler 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 varmehjelpemidler til barn og voksne

### 0333

#### ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKKFOREBYGGENDE HJELPEMIDLER

##### ADL PRODUKTER AS

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

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
TOGEMOMEDICALSUPPLY AS  
P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar  
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11  
company@mail.togemo.no  
Dekker alle behov for trykkavlastning

### 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 tørklær, Arcona smekker

### 0909

#### HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING

##### ADL PRODUKTER AS

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

### 0912

#### HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no

### 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

##### ADL PRODUKTER AS

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

##### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Servanteis, badebord  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no

### ERGOGRIIP AS

Skeistøa 199, 5217 Hagavik  
Tlf.: 92209399  
aase.rokne@ergogrip.no www.ergogrip.no  
Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer servanter  
KLUBBEN AS  
Pb 53 // Færdervegen 49,  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11  
Nettbutikk: www.klubben.no  
Rompa – Snøezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### 0933 B

#### HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

##### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Hev/senk stellebenker/bord, servanter  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no

### Y 1

#### YRKESKLÆR/SKO

##### PRAXIS ARBEIDS- OG FRITIDSKLÆR AS

Sjøtun Næringspark, 6899 Balestrand  
Tlf.: 57 69 24 10, fax: 57 69 24 93  
firma@praxis.no www.praxis.no  
En ledende leverandør av yrkesklær, fottøy og naturhudpleie

## 4. FORFLYTNING

### 1203/1206

#### GANGHJELPEMIDLER

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no

## 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 -

### FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 ÅS  
Tlf: 64 94 21 65  
www.follo-futura.no  
Gåbord  
KLUBBEN AS  
Pb 53 // Færdervegen 49,  
2270 FLISA - Norway  
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11  
Nettbutikk: www.klubben.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **1218**

#### **SYKLER**

ALU REHAB AS  
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
Sykler - man. og el.  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **1221**

#### **RULLESTOLER - MANUELLE OG ELEKTRISKE**

ALU REHAB AS  
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
Rullestoler - man. og el.  
PERMOBIL AS  
Industriveien 16, 1481 Hagan  
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59  
firmapost@permobil.com, www.permobil.com  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **1221 B**

#### **RULLESTOLER FOR BARN**

ALU REHAB AS  
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
PERMOBIL AS  
Industriveien 16, 1481 Hagan  
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59  
firmapost@permobil.com, www.permobil.com

### PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo  
post@picomedmobility.no  
www.picomedmobility.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

### **1224**

#### **TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER**

ALU REHAB AS  
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
PERMOBIL AS  
Industriveien 16, 1481 Hagan  
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59  
firmapost@permobil.com, www.permobil.com  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **1230**

#### **OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER**

ADL PRODUKTER AS  
Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Overflyttingshjelpemidler, Arcona benløfter, Dreilett, Jøhl stolløfter

### **1236**

#### **LØFTEHJELPEMIDLER**

HUMAN CARE NORGE AS  
Heiasvingen 65, 1900 Fetsund  
Tlf.: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17  
post@hcn.no www.hcn.no  
Leverer Roomer takheis - fra rom til rom uten gjennomgående skinne  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Arcona benløfter

### **1509 SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER**

ADL PRODUKTER AS  
Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
PICOMED AS  
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT armstøtte

### **1803**

#### **BORD**

ASTEC AS  
Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

### **1809**

#### **SITTEMØBLER**

BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
HELLAND MØBLER AS  
6250 Stordal  
Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01  
KRABAT AS  
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad  
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01  
fb@krabat.no www.krabat.no  
Krabat jockey, barnestol  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **1812**

#### **SENGER**

BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **1815**

#### **HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE TILSATSER TIL MØBLER**

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



## – PRODUKTREGISTER –

### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
E-post: post@astec.no www.astec.no  
Kjøkken og bad – hev/senk

### **1818**

#### **STØTTEANORDNINGER**

##### ADL PRODUKTER AS

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

##### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
SecuCare støttehåndtak

### **1821**

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

##### PICOMED AS

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

### **1830**

#### **HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEISER OG RAMPER**

##### ACCESS VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar  
Tlf : 95 76 10 00, faks: 62 51 85 01  
www.accesstrappeheiser.no  
eva@accessvital.no  
Heiser: Løfteplattformer,  
Trappeheiser og Ramper

### **S 1**

#### **UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER**

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra  
individuelle behov

### **1836**

#### **OPPBEVARINGSMØBLER**

##### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Kjøkken og bad – hev/senk

### **K 1**

#### **KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER BARDUM AS**

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

#### **7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/ VARSLING**

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

### **2103**

#### **OPTISKE HJELPEMIDLER**

### **2109**

#### **TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER ABILIA AS**

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
TOBII DYNAVOX  
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen  
Tlf.: 55 55 10 60  
E-post:sales.no@tobiidynavox.com  
www.tobiidynavox.no

### **2110**

#### **KOGNITIVE HJELPEMIDLER**

##### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
COGNITA AS  
Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450  
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no  
MYLIFEPRODUCTS AS  
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo  
Tlf: 92631425  
post@mylifeproducts.no  
www.mylifeproducts.no  
VESTFOLD AUDIO AS  
Nordre Fokserød 12  
3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

### **2136 TELEFONER OG**

#### **TELEFONERINGSHJELPEMIDLER**

##### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
GN RESOUND AS  
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
PICOMED AS  
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

### VESTFOLD AUDIO AS

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

#### **2139 LYDOVERFØRINGSSYSTEMER GN RESOUND AS**

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
VESTFOLD AUDIO AS  
Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

### **2142**

#### **SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON**

##### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
COGNITA AS  
Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450  
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no  
GN RESOUND AS  
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
VESTFOLD AUDIO AS  
Nordre Fokserød 12  
3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no  
TOBII DYNAVOX  
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen  
Tlf.: 55 55 10 60  
E-post:sales.no@tobiidynavox.com  
www.tobiidynavox.no

### **2144 GYNGETERAPI**

#### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),  
Wellness Nordic Gyngestolen.

### **2145 HØREAPPARATER**

## – PRODUKTREGISTER –

**2146**

**HØRSELTEKNISKE HJLPEDIDLER**  
VESTFOLD AUDIO AS

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

**2147 SOVEHJLPEDIDLER**

PICOMED AS

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

**2148**

**VARSLINGSHJLPEDIDLER**

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450  
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no  
ABILIA AS  
Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
GN RESOUND AS  
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
PICOMED AS  
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.  
Varsling  
VESTFOLD AUDIO AS  
Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

**2149 POSISJONERINGSPUTER**

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Arcona posisjoneringssputer,  
Askle posisjoneringssputer

**2151**

**ALARMSYSTEMER**

ABILIA AS

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

PICOMED AS

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

**2221**

**BETJENINGSHJLPEDIDLER IKT**  
COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450  
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no  
TOBII DYNAVOX  
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen  
Tlf.: 55 55 10 60  
E-post:sales.no@tobiidynavox.com  
www.tobiidynavox.no

---

### 8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

**2412**

**HJLPEDIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL**

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

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

**2418**

**GREPTILPASNINGER OG HJLPEDIDLER  
SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER  
HÅND- OG/ELLER FINGERGREP**

ADL PRODUKTER AS

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

ABILIA AS

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

PICOMED AS

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

**3003 LEKER**

ABILIA AS

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

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
KLUBBEN AS  
Pb 53 // Færdervegen 49,  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11  
Nettbutikk: www.klubben.no  
Rumpa – Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med  
produkter for sansestimulering.

**3006 SPILL**

KLUBBEN AS

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

**3009 MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR**

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105  
Mail: info@bamseprodukter.no  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
KLUBBEN AS  
Pb 53 // Færdervegen 49,  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11  
Nettbutikk: www.klubben.no  
Rumpa – Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med  
produkter for sansestimulering.  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

---

### 10. HJLPEDIDLER FOR BARN

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

**B.ADL ADL- HJLPEDIDLER**

ADL PRODUKTER AS

Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
BAMSE PRODUKTER AS  
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105  
Mail: info@bamseprodukter.no  
Hjelpemidler for posisjonering av barnet i  
hverdagen.

## – PRODUKTREGISTER –

### 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 BARNEHAGEAN-SATTE**

#### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Ergonomiske produkter for stellerom/bad,  
kjøkken/garderobe i barnehager/skoler.

#### BAMSE PRODUKTER AS

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

### **B.KOM KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN**

#### ABILIA AS

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

#### BARDUM AS

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

#### KLUBBEN AS

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

#### TOBII DYNAVOX

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen  
Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com  
www.tobiidynavox.no

#### VESTFOLD AUDIO AS

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

### **B.MOS MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR**

#### BAMSE PRODUKTER AS

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

### KLUBBEN AS

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

### **B.ROL ROLLATORER**

#### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **B.SEN SENER FOR BARN**

#### BARDUM AS

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

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50,  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Arcona barneseng, Arcona reiseseng  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **B.SPO SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
KLUBBEN AS  
Pb 53 // Færdervegen 49,  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11  
Nettbutikk: www.klubben.no  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med  
produkter for sansestimulering.  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **B.STI/SAN STIMULERING/SANSEMOTORIKK**

#### AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes  
Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68  
www.hana-holmens.no  
Leire for modellering, formingsartikler.

### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105  
Mail: info@bamseprodukter.no  
Stimulering og sansemotorikk for små og  
store barn.

#### BARDUM AS

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

#### KLUBBEN AS

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

#### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Fiberdynen (vektdynen til barn og voksne),  
Wellness Nordic Gyngestolen.

#### TOBII DYNAVOX

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com  
www.tobiidynavox.no

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

### **B.SYK SYKLER**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no  
www.bardum.no  
KLUBBEN AS  
Pb 53 // Færdervegen 49,  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11  
Nettbutikk: www.klubben.no  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med  
produkter for sansestimulering.

#### KRABAT AS

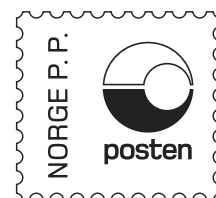
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad  
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01  
fb@krabat.no www.krabat.no  
Krabat trioBike, transportsykel

### **SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER**

#### BOJO AS

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





Returadresse:  
Norsk Ergoterapeutforbund  
Stortingsgt. 2  
0158 Oslo



Jeg kan også sykle!



Annonse for Bardum 😊



## Opplevelse av frihet og selvstendighet som gir lykkerus.

For å gjøre veien til en ny sykkel kortest mulig, er det viktig å oppsøke fagpersoner som kjenner til de mulighetene som finnes. Individuell tilpasning av spesialsykler er helt vanlig for å få optimal glede av et aktivitetshjelpemiddel. Muligheten til å sykle på tur alene eller sammen med venner eller familie gir en stor og nesten ubeskrivelig følelse!

Sykkelen skal oppleves som stabil og trygg når du finner den rette sykkelen. Det er ikke uvanlig at mange må prøve flere sykler, men sykkelgleden er stor når vi kommer i mål sammen! 📌

### AKT 26

Stønad til aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år. Aktivitetshjelpemidler er hjelpemidler som er spesielt utviklet for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i aktivitet alene eller sammen andre.

(Kilde: regjeringen.no)



ATA



Copilot 2



Comp



Gekko