

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Fontenehuset: Får folk i arbeid 6

Bør fagbevegelsen engasjere seg i Pride? 12 Rom for god reallønnsvekst 14

Økt motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med sykkelig overvekt ett år etter deltakelse på lærings- og mestringskurs 40 Skal vi ta diskusjonen? 60

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen, Ruca Maass og Eva Magnus

Vitenskapelige artikler sendes til:
vitenskap@ergoterapeutene.org

Annonser

Erik Sigurdsson

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 3 – 3. juni / 28. juni

Nr. 4 – 1. aug / 30. aug

Nr. 5 – 1. okt / 31. okt

Trykkeri 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

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

May Solveig Svendsen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

Pia Jessen, 1. varamedlem

Silvia Elisabeth Hansbø, 2. varamedlem

Heidi Fløtten, varamedlem

Kenneth Pettersen, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Line Øverli, varamedlem

Kamilla Lemb Herbjørnsen, varamedlem





6



12



54



60

REPORTASJER

- 6 Fontenehuset:
Får folk i arbeid**
Av Else Merete Thyness

NY ARENA

- 10 Jobber som kulturskolerektor**
Av Else Merete Thyness

KRONIKK

- 12 Bør fagbevegelsen
engasjere seg i Pride?**
Av André Oktay Dahl og
Liz Helgesen

FORBUNDET

- 14 Rom for god reallønnsvekst**
Av Brit-Toril Lundt
- 16 Bidra til aktivitet og
deltakelse for eldre i din
kommune**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 18 Ergoterapeuters kompetanse
er midt i blinken for den nye
IA-avtalen**
Av Anita Engeset
- 22 KICK OFF for
Ergoterapistudentane**
Av Sofie Østerbø Jansen og
Caroline Kiær
- 24 AMPS-kurs i september**
Av Solrun Nygaard
- 26 Skjeggkre – ja de er ekle,
men faktisk helt ufarlige**
Av Roar Hagen

FAGLIG

- 28 Bruk av COPM for å avdekke
aktivitetsvansker forårsaket
av fatigue etter hjerneslag**
Av Sonja Aune
- 34 Edinburgh Cognitive and
Behavioural ALS Screen –
norsk versjon**
Av Tina Taule, Annbjørg
Spilde Morland, Marit
Arnevik Renså, Tone Rev-
heim, Mari-Anne Myrberget,
Line Therese Fjær, Thomas
Guldvik, Marit Sofie Oseland,
Anita Rabbersvik Jensen,
Ole-Bjørn Tysnes og Tiina
Rekand

VITENSKAP

- 40 Økt motivasjon for fysisk
aktivitet blant personer med
sykelig overvekt ett år etter
deltakelse på lærings- og
mestringskurs**
Av Bente Bjelland, May
Solveig Fagermoen, Anners
Lerdal og Tore Bonsaksen
- 51 Forsker i farten:
Björg Thordardottir**
Av Else Merete Thyness

AKTUELT

- 52 Vi trenger flere menn som
ergoterapeuter**
Av Hans-Marius S. Klevmo-
en, Jens Fernando K. Hertz-
berg, Morten Sannes, Lars A.
Isachsen, Rune Kalland, og
Sissel Horghagen

- 54 Er denne på avtale?**
Av Thomas Falch Eide
- 56 Profesjonsetikk i ergoterapi
og fysioterapi**
Av Toril laberg
- 57 Folkehelsemeldingen**
Av Else Merete Thyness
- 58 Samvalg - hva betyr det?**
Av Liv Hopen
- 59 Åpner robotlab**
Av Anne Daae Sæle

PÅ DE SISTE SIDENE

- 60 Skal vi ta diskusjonen?**
Av Else Merete Thyness

ANNONSER

- 62 Kurs- og stillingsannonser**
67 Produktregister



Forsidefoto: Arbeidsmøte på Fontene-
huset i Oslo. Fotograf: Annelise Jackbo

Gode liv i et trygt samfunn

I begynnelsen av april la eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen fram Folkehelsemeldingen «Gode liv i et trygt samfunn». Den løfter blant annet ensomhet fram som et tema.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

I sitt folkehelsearbeid vil regjeringen forsterke innsatsen på tre utvalgte områder: Tidlig innsats for barn og unge, mindre ulikhet i helse og forebygging av ensomhet. Åse Michaelsen lanserte også en egen ensomhetsstrategi: «Saman mot einsemd – regjeringa sin strategi for å førebyggje einsemd» (2019 – 2023).

Ifølge meldingen rammer ensomhet særlig de unge og de eldre medlemmene av samfunnet. I tillegg er ensomhet også vanligere blant de som har kortere utdanning, er arbeidsledige, uføre eller har lav inntekt. Blant studenter er det omkring tre av ti som sier at de er ensomme. Prosentdelen ungdom som opplever ensomhet er den høyeste som Ungdata har registrert.

Nyere forskning viser at ensomhet, sosial isolasjon og det å leve alene påvirker både den fysiske og den psykiske helsen og gir økt risiko for død. Strategien «Saman mot einsemd» har tre hovedmål:

- Synliggjøre ensomhet som folkehelseutfordring og stimulere til økt sosial deltakelse
- Få mer kunnskap om ensomhet og effektive tiltak og
- Arbeide systematisk for å fore-

bygge ensomhet og øke den sosiale støtten

Blant tiltakene som nevnes i meldingen er:

- Sette livsmestring på timeplanen
- Synliggjøre ensomhet og generasjonstreff som del av folkehelsearbeid i kommunene
- Arbeide for sosial deltakelse blant barn og unge
- Gi teknologisk støtte til fritidsaktiviteter for barn med funksjonsnedsettelse og familiene deres
- Utvikle og utprøve teknologiske verktøy for å mobilisere mot ensomhet blant eldre
- Fremme aktivitetstiltak for å motvirke ensomhet og passivitet
- Forebyggende hjemmebesøk
- Forske på teknologiske hjelpemidler for økt sosial kontakt og samarbeid over generasjoner
- Legge universell utforming til grunn for å gjøre samfunnet tilgjengelig for alle og unngå diskriminering av enkelte grupper
- Satse på tilgjengelighet, transport og boformer for framtiden

På alle disse områdene vil jeg tro at ergoterapeuter har mye å bidra med!



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Hvorfor er hverdagsaktivitetene dine viktige?

Ergoterapeuter er eksperter på hverdagsaktivitet og deltakelse. Dette kommer godt fram i *Ergoterapeuters kjernekompetanse*, og nå også i ny *Nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning* som vektlegger kompetanse om samspillet mellom person, aktiviteter og omgivelser. Kjernebegrep som nevnes oftest i retningslinjen er aktivitet, deltakelse, inkludering, tilrettelegging og hverdagsliv. Dette tydeliggjør vårt faglige tyngdepunkt og skiller oss også ut i mengden av andre helsefagutdanninger. Flott!

Kompetanse om hverdagsaktivitet, deltakelse, inkludering og tilrettelegging er nettopp det norsk helse- og velferdstjeneste trenger framover, med eldrereformen «Leve hele livet», Inkluderingsdugnaden for arbeidsdeltakelse og den nye IA-avtalen. Satsninger som også omtales i dette nummeret av Ergoterapeuten.

Deler vi nok om vår kjernekompetanse? Jeg mener nei. Vi snakker for lite om de nærmeste og mest opplagte helseagentene vi alle er opptatt av: *Hverdagsaktivitetene*. Min utfordring til deg er: Snakk mer om betydningen av de helsefremmende hverdagsaktivitetene! Vi glemmer gjerne å snakke om det selvsagte for oss ergoterapeuter. Jeg overraskes over hvor mange invitasjoner jeg får, om å snakke om dette temaet – for eksempel på Helse- og omsorgsdepartementets store Helsekonferanse i mai. Budskapet er enkelt, viktig og virkningsfullt.

Deltakelse i hverdagsaktiviteter:

- Viser personens identitet
- Sikrer opplevelse av meningsfullhet og motivasjon
- Sikrer at vi vedlikeholder motoriske og kognitive ferdigheter
- Lager rytme og balanse i hverdagslivet
- Knytter oss til fellesskap og sosialt nettverk

- Bidrar til inkludering og likestilling
- Utløser ressurser

Spørsmålene *Hva er viktige aktiviteter i livet ditt?* og *Hvordan vil du delta?* er en god start. Like viktig er det neste spørsmålet: *Hvorfor er hverdagsaktivitetene dine viktige?* Dette gir en dypere forståelse for å gjøre det viktigste – lengst mulig. Dette bør være selvsagte spørsmål i møte med de personene som får ergoterapi, men spørsmålene er like relevante for familiemedlemmer og venner. Og deg selv. Jeg spør meg selv stadig oftere om mine viktige aktiviteter. Hvorfor er jobben viktig for meg? Hvorfor vil jeg fortsette med å gå skogturer med partner og hundene? Stelle i hagen? Lage nye matretter og middagssamlinger? Lære om nærmiljøets historie? Prøve ut nye spill og apper på nettet? Svarene blir kanskje personlige, men de bidrar til viktige helsefremmende valg.

FONTENEHUSET

Av Else Merete Thyness

FÅR FOLK I ARBEID

Fontenehuset er et arbeidsrettet lavterskeltilbud med arbeid som metode og mål. – En arbeids- og studieundersøkelse foretatt i 2017 viste at av 1325 medlemmer hadde 40 prosent jobb, studerte eller var i praksis, sier Torhild Stimo, ergoterapeut og leder av Fontenehus Norge.



Statsminister Erna Solberg har besøkt Fontenehuset og mener at dette bør være et nasjonalt tilbud.

Som leder av Fontenehus Norge er hovedarbeidsområdene å sikre statlig finansiering, vekst i antall fontenehus og å bidra til godt samarbeid og samhold for fontenehusene i Norge. I Norge er det nå 14 fontenehus, og målet er at det skal være 20 innen 2020.

– Vi har god støtte blant politikerne – selv statsministeren sier at vi bør bli et nasjonalt tilbud, sier Torhild.

– Hva vil du si er det viktigste fontenehuset har å bidra med?

– Hjelpeapparatet har hatt fokus på skjerming og det at folk skal ha et sted å bo, men lite fokus på meningsfullt innhold i hverdagen. Når folk i Norge blir psykisk syke, kan de bli frarøvet de mulighetene andre har for å holde seg friske, som jobb og kollegaer, medstudenter, venner og noen ganger familie. På fontenehuset opplever folk et arbeidsfellesskap der de blir sett, hørt, er til nytte og får ansvar, og de får støtte ut i jobb eller studier. Fontenehuset bidrar på denne måten til at medlemmer får tilført disse faktorene igjen.

JOBBER SIDE OM SIDE

Hver tirsdag har Torhild kontor på Fontenehuset i Oslo. Som alle andre fontenehus driftes det av medlemmer og ansatte, som jobber side om side. Alle hverdager klokken 09.00 og 13.00 blir det

fordelt oppgaver på arbeidsmøter slik at virksomhetene i huset kan opprettholdes. For de medlemmene som ønsker seg ordinært arbeid, er det også mange muligheter.

– Samarbeider dere med NAV?

– Tre av fontenehusene, blant annet Fontenehuset i Oslo, har avtaler med NAV om arbeideforberedende trening (AFT). Det gir ekstra ressurser til arbeid med oppfølging ut i jobb. Et av fontenehusene har vunnet et anbud i NAV om oppfølging ved bruk av IPS (individuell jobbstøtte). Sentralt i dette er samarbeid med både distriktpsykiatriske sentre (DPS) og NAV.

Fontenehusene samarbeider også med andre aktører i sin kommune, blant annet kommunens psykiske helsetjeneste.

– Noen fontenehus har samarbeid med videregående skoler slik at studenter får godkjent relevante oppgaver på fontenehuset som alternativ til ordinær undervisning, mens andre fontenehus har avtale med Folkeuniversitetet slik at flyktninger med psykisk uhelse kan ha sin språkpraksis der, sier hun.

Flere fontenehus har i dag egen satsning på unge voksne fra 16 til 30 år.

– Her samarbeider vi for eksempel med «Ungkontakten» i kommunen og med skolene. I Ungprosjektet fokuserer vi på samhold og nettverksbygging og på å gi



Fontenehusene tilbyr tidsubegrenset oppfølging, som beskrives som et suksesskriterium i tiltak som Individuell jobbstøtte (IPS) og Jobbmestrende oppfølging (JMO), sier Torhild Stimo, leder av Fontenehus Norge.

dem indre motivasjon for å få og beholde en jobb eller gjennomføre studier.

EGET SYSTEM FOR JOBBSTØTTE

Fontenehusene har et eget program, overgangsarbeid, hvor medlemmene får prøvd seg i ordinært arbeid. Dette er midlertidig, lønnet deltidsarbeid som går over ni måneder. Fontenehuset gir opplæring og støtte både til arbeidstaker og arbeidsgiver.

– Vi har 47 overgangsarbeidsplasser på landsbasis. Disse stillingene er trekantavtaler mellom medlem i jobb, arbeidsgiver og fontenehuset. Jobben skal ikke kreve spesiell utdanning, og hvis personen blir syk, stiller fontenehuset med vikar, sier Torhild.

Som eksempel viser hun til at Fontenehuset i Oslo har fire overgangsarbeidere på Stortinget: én i kantinen, én på kjøkkenet og to på trykkeriet, hvor de er resepsjonister som hjelper Stortingets ansatte med kontormateriell.

– Hva skjer når medlemmet er ferdig med ni måneder i overgangsarbeid?

– Stillingen vil da gå til en annen som vil prøve seg i arbeid. Blant de som har fått prøvd seg, er det noen som kjenner på at dette var nyttig, men nå vil de være på fontenehuset igjen. Andre vil gjerne finne en ny jobb og får da støtte og oppfølging av medlemmer og medarbeidere. De kan også delta i karriereklubben på fontenehuset for å lære å skrive CV og forberede seg på jobbintervjuer.

De fleste fontenehusene jobber mye med å skaffe overgangsarbeid.

– Det handler mye om nettverksbygging. Vi inviterer for eksempel næringslivet i kommunene hit. Hvis vi skal lykkes med arbeidsinkludering i Norge, er det viktig å få arbeidsgiverne med. Etter vår mening bør alle kommuner ha tilbud om faglig godt forankrede arbeidsrettede tilbud til mennesker med psykiske helseutfordringer.

FONTENEHUS NORGE



Fontenehus Norge er fontenehusenes samarbeidsorganisasjon. «Vår oppgave er å arbeide for at fontenehus skal bli et landsomfattende tilbud som gjør at mennesker som sliter psykisk blir integrert i arbeids- og samfunnsliv og ikke ekskludert og fratatt mulighetene for arbeid og utdanning».



Før hun begynte med overgangsarbeid, deltok Hilde i den daglige driften av fontenehuset. Fotograf: Annelise Jackbo

ET STED Å BLOMSTRE

Da Hilde besøkte Fontenehuset i Oslo for første gang i 2005, trodde hun at dette var bare «enda et tiltak». Hun oppdaget raskt at dette var et sted hun kunne blomstre.

– Jeg var langt nede da jeg kom hit, men etter det har det stadig vært en progresjon, forteller hun.

Hilde har bachelor som førsko-

lelærer, og hun forsto at på fontenehuset kunne hun teste ut sin arbeidskapasitet. I begynnelsen var hun medlem av kjøkkengruppen i tillegg til at hun deltok med andre oppgaver for å bidra til den daglige driften.

– Da jeg forsto at jeg klarte å komme fast på fontenehuset, fikk jeg lyst til å prøve meg i overgangsarbeid, sier hun.

Helt siden første dag har hun samarbeidet med ergoterapeut Grethe Berntsen Jarål. Grethe tok ansvar for det praktiske, og i 2008 fikk Hilde et overgangsarbeid som trivselsvert på Røde Kors' nettverkshus på Grønland i Oslo. I ni måneder hadde hun ansvar for uteområdene, i tillegg til at hun handlet inn matvarer til kafeen.

– Jeg likte jobben, og det var

«For meg er jobben alfa og omega»

Hilde

veldig fint å vite at hvis jeg ble dårlig, var det noen andre som overtok, sier Hilde.

Arbeidet på Røde Kors' nettverkshus varte i ni måneder. Etter det jobbet hun en periode på fontenehuset igjen, før hun ble med i Arbeid med bistand.

Grethe forklarer: – Fontenehuset i Oslo hadde samarbeidet med NAV siden 2002, noe som ga oss to konsulentstillinger (som NAV betalte for). Da Hilde ønsket å prøve seg i arbeidslivet igjen, ble jeg hennes tilrettelegger. Vi ønsket å finne en praksisplass som var knyttet opp til utdanningen hennes, og fikk et vikariat på Bøler skole for barn med multihandikap. Her jobbet hun som assistent i klassen i skolefritidsordningen.

– Det var mye tungt arbeid. Jeg hadde lurt litt på om jeg skulle begynne på et studium i spesialpedagogikk, men etter det året slo jeg dette fra meg, forteller Hilde, med et smil.

For lysten på arbeid var fremdeles tent. Etter Bøler skole var hun innom Rustad gård barnehage, før hun skaffet seg en jobb på St. Sunniva skole. Denne jobben har hun fremdeles.

– Jeg startet som assistent i skolefritidsordningen skoleåret 2011-2012, og jeg trives godt. Det kan være noen strevsomme dager, men alle jobber har sine utfordringer. I 2013 ble jeg fast ansatt, forteller Hilde.

JOB BEN ER ALFA OG OMEGA

– Hvor viktig er arbeid for deg?

– For meg er jobben alfa og omega. Det er viktig å ha en hver-

dag med struktur, og det er godt å vite at det er noen som forventer at du kommer, svarer Hilde.

– Hadde du vært i jobb uten fontenehuset?

– Det har vært veldig godt å ha fontenehuset i ryggen. Det handler om hele pakken fra det å kunne komme til et sted der du blir sett, forstått og får oppgaver, til den hjelpen du får når du ønsker deg ut i jobb. Det jeg ønsker å si med min historie, er at det alltid er håp, selv om det kan ta tid. Her på huset har jeg fått lov til å bruke den tiden jeg trengte, svarer Hilde

– I vårt samfunn forventes det at barn leker og voksne arbeider. Derfor tilstreber fontenehusmodellen å fungere som et arbeidsfellesskap hvor vi driver huset sammen, samtidig som vi skal være motiverende og støttende for de som ønsker seg ordinært arbeid, legger Grethe til.

Samtidig poengterer hun at fontenehuset også er et sosialt fellesskap.

– Dette er et arbeidssøkende miljø samtidig som det er sted hvor du kan treffe venner. Her er det fullt mulig å få i både pose og sekk.

LIVSLANG OPPFØLGING

Som et arbeidsrettet rehabiliteringstiltak følges medlemmene i Fontenehuset opp lenger og tettere enn i noen andre oppfølgende tiltak. Medlemskapet i fontenehuset er livslangt hvis en ønsker det.

– Du kan alltid komme til fontenehuset, avslutter Grethe.



Grethe og Hilde har samarbeidet lenge. – Det har vært godt å ha fontenehuset i ryggen, sier Hilde.



NAVN
Ann Kristin
Windstad
STILLING
Kulturskolerektor
HVOR
Flakstad kommune

Jobber som kulturskolerektor

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i Flakstad kommune med Ramberg som arbeidssted.

– Hva jobber du som?

– Stillingstittelen er kulturskolerektor. I det inngår administrasjon og undervisning.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg begynte første august 2018. Etter utdanningen hadde jeg bestemt meg for at jeg ville jobbe som ergoterapeut i nærheten av Lofoten, men så skjedde det ting som gjorde at jeg måtte flytte hjem til Flakstad, hjemkom-

munen min. Der har de enda ikke opprettet ergoterapistilling, men det var ledig jobb som kulturskolerektor. Etter en tids overveielse fant jeg ut at det var fint å kunne kombinere de to utdanningene mine, musikk og ergoterapi.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Jobben min er ganske variert. Jeg har 40 prosent administrasjon, som blant annet innebærer personal- og budsjettansvar, og resten er undervisning – barnekor, blandakor, korps. I administrasjonsdelen har jeg mulighet til å opprette aktiviteter som jeg synes er viktige og relevante i kommunen.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Gjennom ergoterapiutdanningen har jeg fått kompetanse på ledelse og veiledning, og det kommer godt med både i møte med de lærerne jeg har persona-lansvar for, og i forhold til elever og andre jeg samhandler med.

Jeg har jobbet som kulturskolerektor før jeg ble ergoterapeut, og jeg merker at jeg tenker på en annen måte nå. Jeg har med meg det helsefremmende perspektivet når jeg vurderer hvilke aktiviteter som kan være bra å starte opp i kulturskolen. Nå har jeg enda mer fokus på å tenke hele mennesket. Jeg tar også med meg kunnskapen om ergonomi på korpsøvelsene. Da kan jeg veilede dem i sittestillinger og om biomekanikk i forhold til hvordan de holder instrumentene.

Ergoterapiutdanningen har også gitt meg innsikt i hvordan man kan ta i bruk forskning. Jeg har blitt kjent med lovverk, og jeg har blitt bedre på å dokumentere det jeg sier eller skriver. Dermed

føler jeg meg godt rustet til å fronte kulturskolen i ulike sammenhenger, som for eksempel på tverrfaglige møter og på kommunestyremøter.

Å tenke forebyggende er viktig, og jeg har fått gode verktøy med meg fra ergoterapien når jeg argumenterer med andre om hvorfor det er viktig å starte med nye kurs. Mitt argument er at penger brukt på kulturbudsjettet, kan være penger spart på helsebudsjettet. For eksempel har vi i Flakstad valgt å ha gratis musikkbarnehagetilbud. På den måten når vi ut til alle barna, og ingen blir stående utenfor på grunn av sosiale utfordringer eller andre årsaker. Ved blant annet å legge til rette for at barn og ungdom, og også resten av befolkningen i Flakstad, kan få drive med meningsfulle aktiviteter som musikk og kultur, kan kulturskolen bidra til bedre folkehelse.

Ensomhet er jo en økende utfordring i Norge, også blant barn og unge. Der kan sosiale arenaer som kor, samspillgrupper og korps være en motvekt. I et av korene mine er det aldersspenn fra 14 til 80 år. Det er en av få aktiviteter der man kan møtes på tvers av generasjoner. Jeg har god kontakt med barnehager, skole og PU-tjenesten, som yter tiltak og tjenester til mennesker med psykisk utviklingshemming. Jeg ønsker å tilrettelegge for aktiviteter som kan fange opp elever som sliter. Det er fordelen med å bo i en liten kommune, man får lett oversikt, og det er enklere å samhandle med de andre sektorene.

Nå prøver jeg å få til et samarbeid med helsesektoren i kommunen. Da ønsker jeg å få i gang et musikktilbud for mennesker med demens. Dette er noe jeg



Ramberg blandakor har et alderspenn fra 14 til 80 år, og mange av sangerne har bakgrunn i kulturskolen.

brenner for. Jeg har satt meg inn i mye av den dokumentasjonen som finnes om musikk som et helsefremmende virkemiddel. Mennesker med demens har ikke samme mulighet til å bruke tilbudene som finnes ellers i kommunen, så da er det bra å kunne lage et tilpasset opplegg for dem. Heldigvis har vi en rådmann og en kommunelege som forstår at musikk er viktig som en helsefremmende faktor, og de støtter meg i forslagene jeg kommer med. Jeg ønsker etter hvert å få inn flere disipliner, som for eksempel dans og maling, men vi er avhengige av hvilke lærerkrefter som befinner seg i nærheten. En frivillighetssentral er også på trappene i kommunen. Da blir det tett samarbeid med dem også.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Nei, det er sånn sett viktigere at en med utdanning innen musikk og kultur innehar stillingen, men kombinasjonen musikk og helsefaglig utdanning gjør at

man får et bredere perspektiv på jobben.

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

– Ja, jeg tror ikke vi er så mange med denne kombinasjonen. De passer jo veldig godt sammen. Kulturaktiviteter og musikk er meningsfulle aktiviteter for mange, og for meg har det vært en aha-opplevelse å se dokumentasjon på de erfaringene jeg tidligere har gjort meg som musiker. At musikk faktisk påvirker helsen både fysisk og psykisk, har jeg merket hos meg selv og fått høre fra andre før, men nå har jeg forskningen i ryggen og kan begrunne det jeg sier. Det er også bra å kunne legge frem dokumentasjon på virkning overfor politikere og administrasjon når jeg argumenterer for mer penger til nye aktiviteter. Det er jo et pluss å ha kompetanse på to fagfelt og ha mulighet til å legge opp sin egen arbeidsdag, men faren er at jeg har lyst til å skape så mye at jeg sliter meg ut. Da må

jeg bruke kunnskapen om energioptimering på meg selv. På den andre siden er fagmiljøet i en liten kommune mindre, og det kan være utfordrende. Når man både er den eneste ergoterapeuten og den eneste utdannede musikeren, kan det lett føre til at man føler seg litt alene. Da er det viktig å finne måter å treffe likesinnede, for eksempel gjennom kurs og konferanser der man kan hente ny inspirasjon.

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

– Det er jo ikke alle ergoterapeuter som har musikkfaglig bakgrunn, men jeg oppfordrer til samarbeid mellom ergoterapeuter og kulturskolen, særlig ergoterapeuter som jobber med folkehelse i kommunene.

Tverrfaglig samarbeid er nyttig for å få til gode løsninger i kommunene. Kultur, og særlig musikk, er en viktig nøkkel i samhandling mellom mennesker og kan hjelpe til der språket ikke når frem.

Bør fagbevegelsen engasjere seg i Pride?

Den nylig fremlagte rapporten «Erfaringer med hatytringer og hets blant LHBT-personer, andre minoritetsgrupper og den øvrige befolkningen» var en tankevekker. Rapporten viser at en av fire LHBT-personer har opplevd hatytringer i løpet av de tolv siste månedene. Grove hatefulle ytringer eksemplifisert med utsagn som «du burde ikke vært født» eller «du bør ikke ha rett til å leve».

Av André Oktay Dahl og Liz Helgesen



André Oktay Dahl er seniorrådgiver i Unio.



Liz Helgesen er seniorrådgiver i Unio.

Ikke overraskende viser rapporten til at de fleste som opplever hatytringer, opplever dette på nett, men arbeidsplassen er den fysiske arenaen der det er vanligst å oppleve hatytringer. Det dreier seg med andre ord om et alvorlig og omfattende problem som også fagbevegelsen må ta tak i!

En dansk undersøkelse viser at fire av ti LGBT+-personer oppgir at de «slet ikke» eller «kun i mindre grad» kan være åpne om seksuell legning eller kjønnsuttrykk, og dermed heller ikke om sin familie og privatliv på arbeidsplassen (undersøkelse gjennomført av LO, FTF og Akademikerne i forbindelse med Pride 2017). Når mennesker tvinges til å «blende inn» eller gjøre seg usynlige, bidrar ikke det til et sunt arbeidsmiljø. Både mellommenneskelig og faglig burde verken arbeidsgiver, kollegaer eller fagbevegelsen trenge rare fantasien for å tenke seg til hvilken psykososial effekt dette har. Og det har godt forskningsmessig belegg. Både norsk og internasjonal forskning viser store utslag i psykiske plager og usunne vaner på grunn av diskriminering på bakgrunn av legning, kjønnsuttrykk eller seksuell orientering. «Homo» er et av de vanligste skjellsordene

i norske skolegårder. LHBTI+ personer med innvandrerbakgrunn er ekstra utsatt. Den ferske levekårsundersøkelsen viser at 33 prosent ikke er fornøyd med livet sitt. Svært mange har hatt selvmordstanker (<https://vartoslo.no/den-muslimske-homoaktivisten-thee-yezen-og-skeiv-verden-far-brosteinsprisen/>).

Flere steder i verden ser vi også at høyreekstreme og religiøse grupperinger jobber aktivt for å redusere LHBTI-befolkningens rettsvern. #metoo-bevegelsen har også aktualisert arbeidet knyttet til seksuell trakassering, og i Norge kan vi se antydninger til en polarisering i forståelse av kjønn. Rommet for hva man forventes å gjøre som jente/gutt, kvinne/mann virker å bli trangere. Det er i så fall et generelt tilbakeslag for likestillingen.

Deler av fagbevegelsen har på tross av dette ligget noe bakpå i likestillings- og inkluderings-spørsmål, både nå og tidligere. Også fagbevegelsen har «blindsoner»: Kjønnslikestilling sto eksempelvis ikke øverst på agendaen i de første fagforeningene. Likestilling mellom kvinner og menn har senere blitt en sentral del av den faglige agendaen. Samtidig mener vi at det «brede likestillingsarbeidet» har gått under radaren



Fagbevegelsen skal bekjempe all form for diskriminering, om det er basert på kjønn, religion, alder, funksjonsnivå, etnisitet eller kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.

nasjonalt, selv om internasjonal fagbevegelse har vært opptatt av alle former for diskriminering. I de globale fagforeningsdiskusjonene har fokus på mennesker som opplever diskriminering ut fra flere grunner, såkalt interseksjonalitet, lenge vært på agendaen.

OM Å STARTE Å «SE»

Men hvorfor har ikke det brede mangfolds- og anti-diskrimineringsarbeidet hatt større oppmerksomhet tidligere? Er det vi som ikke ser, eller er dreier det seg om folk som gjør seg usynlige? Antakelig dreier det seg om begge deler.

Flere Unio-forbund har en stolt historie knyttet til mangfoldspolitikk og deltakelse på Pride-arrangementer. Vi er stolte av at Unio-styret i fjor vedtok et samlet engasjement rundt deltakelse i OsloPride, et initiativ som også følges opp i år. Hovedbudskapet var da bevisst «kunnskap og fellesskap». Unios forbund

organiserer profesjoner som har et særskilt samfunnsansvar. Det dreier seg om profesjoner som møter samfunnets borgere fra vuggen til graven.

I desember 2018 vedtok Unios representantskap politiske prioriteringer knyttet til organisasjonens mangfoldsarbeid. I Unios politiske plattform heter det nå: «Lesbiske, homofile, bifile, transpersoner og interkjønnpersoners (LHBTI) rettigheter er under press internasjonalt. Også i Norge utsettes LHBTI-personer for ulike former for diskriminering og trakassering. Unio-fellesskapet står sammen om å arbeide for at alle er inkludert og behandles likeverdig.»

FEST. OG PROTEST

Svaret på spørsmålet om Unio og norsk fagbevegelse skal engasjere seg i Pride 2019 bør derfor være et rungende «ja». Fagbevegelsen har en sentral rolle å spille basert på våre grunnverdier. Ideelt sett dreier det seg om en

romslig solidaritet: Alle skal med. Da verdens fagbevegelse nylig la strategien fram mot 2020, var det eksempelvis full support for og enighet om at ingen form for diskriminering eller forskjellsbehandling er greit. Fagbevegelsen skal bekjempe all form for diskriminering, om det er basert på kjønn, religion, alder, funksjonsnivå, etnisitet eller kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk.

Deltakelse i Pride er selvfølgelig ikke det ene tiltaket som gjør oss til vinnere i inkludering og mangfold, men Unios deltakelse i Pride er et bidrag. Det er en protest mot diskriminering og usynliggjøring. Gjennom Pride er vi med på å feire og synliggjøre mangfoldet i samfunnet og i arbeidslivet. Dette vil vi at alle våre medlemmer og potensielle medlemmer skal se! Fagbevegelsen er for alle: Pride er fest og protest! Vi ser fram til Pride-arrangementer i flere norske byer og håper på stor oppslutning fra Unio-forbundene!

ÅRETS LØNNSOPPGJØR

Det er rom for god reallønnsvekst

Årets lønnsoppgjør står for døren. Norsk økonomi går bedre. – Det er ingen grunn til å holde igjen reallønnsveksten – den har vært lav lenge. Vi har vist moderasjon i flere år og betalte for høye strømpriser i fjor. Det får holde, sa Unio-leder Ragnhild Lied på Unios inntektspolitiske konferanse.

Av Brit-Toril Lundt

Prisstigningen har altså vært større enn forventet. Dette har gitt medlemmene nedgang i reallønnen, det vil si at fjorårets lønnstillegg ble spist opp av prisveksten. I tillegg har vi lagt bak oss magre år hvor organisasjonene har vist moderasjon. Derfor er det viktig at årets forhandlinger gir medlemmene økt kjøpekraft.

Tradisjonen tro har partene i konkurranseutsatt industri (LO og NHO), også kalt frontfaget, gått foran og forhandlet frem en ramme på 3,2 prosent. Rammen i frontfaget har vært normdannende for lønnsoppgjørene i offentlig sektor, hvor Ergoterapeutene har de fleste medlemmene.

MELLOMOPPGJØR

Årets lønnsoppgjør er et såkalt mellomårsoppgjør. Det betyr at det kun er lønn som er tema i forhandlingene.

Ergoterapeutene har vedtatt kravene til tariffområdene KS, Spekter, Staten og Oslo kommune. Kravene bygger på Ergoterapeutenes lønnspolitikk. Ergoterapeutene vil bruke mesteparten



– Det er rom for god reallønnsvekst i 2019, slo Unio-leder Ragnhild Lied fast på Unios inntektspolitiske konferanse. Foto: Nora Sørensen

av rammen til å sikre generelle tillegg til alle medlemmene. Det er også behov for avsetning til lokale forhandlinger i de fleste tariffområdene. Dette vil blant annet bidra til å utjevne utilsiktede skjevheter.

Likelønn, verdsetting av kompetanse samt rekruttering er også

viktige argumenter å ta med seg inn i lønnsoppgjørene.

GODT RESULTAT

Da går vi inn i lønnsoppgjøret med forventning om gode og konstruktive forhandlinger, som fører frem til et godt resultat for våre medlemmer!



Brit-Toril Lundt er forhandlingssjef i Ergoterapeutene.

Trykkavlastende sitteputer

- ✓ Maskinvaskbar på 60°
- ✓ Optimal kombinasjon av trykkavlastning, høy kvalitet og stabil posisjonering
- ✓ Gir en høy grad av stabilitet for økt komfort og bevegelsesfrihet
- ✓ Lav vekt med et gjennomsnitt på mindre enn 750 gram
- ✓ 145 standard størrelser og mange ekstra størrelser tilgjengelig ved forespørsel



Bidra til aktivitet og deltakelse for eldre i din kommune

I år er aktivitet og deltakelse for eldre Ergoterapeutenes hovedsatsingsområde. – Bli med på en dugnad for aktivitet og deltakelse blant eldre i din kommune, oppfordrer forbundsleder Nils Erik Ness.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas



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

De fleste vil mestre hverdagslivets aktiviteter. – Vi ønsker å bo hjemme og delta i arbeid og nærmiljø, også når vi blir eldre, slår Nils Erik Ness fast.

Kommunene står overfor store utfordringer innen helse- og velferdstjenestene. En aldrende befolkning med en mindre andel i yrkesaktiv alder roper på nye løsninger. Dette er også bakgrunnen for kvalitetsreformen for eldre, «Leve hele livet».

Her har Ergoterapeutenes innspill blitt hørt, og for første gang vektlegger en stortingsmelding eldres ressurser, aktivitet og deltakelse framfor diagnose, trygd, sykehjem og pleiebehov. Dette perspektivet angår alle eldre og løfter betydningen av helsefremming, forebygging og rehabilitering.

– Eldrereformen og stortingsmeldinga «Leve hele livet» roper på ergoterapeuters kompetanse. En god start er å lese meldinga. Da vil dere raskt se at det her foreslås økt innsats akkurat på de områdene ergoterapeuter har kompetanse, sier forbundslederen.

Du kan lese mer om reformen på regjeringens hjemmesider, Ergoterapeutens oktober-nummer og bloggen til forbundsleder: www.erganen.wordpress.com.

HVA ER MULIGHETSROMMET I DIN KOMMUNE?

Forbundsleder Nils Erik Ness oppfordrer medlemmene og tillitsvalgte til å avklare mulighetsrommet som eksisterer i sin kommune ved å reflektere over fem grunnleggende spørsmål:

- 1 *Hva er de store helse- og velferdsutfordringene i din kommune?* Demografiske forhold og tjenester for eldre er utfordringer i de fleste kommuner.
- 2 *Hva er politikernes og administrasjonens prioriteringer og planer, og hvordan kan ergoterapeuter bidra til å nå disse målene?*



– Ergoterapeuter fremmer helse og gjør folk selvhjulpne. Dette utløser ressurser hos eldre, og dermed også kommunene, sier Nils Erik Ness.

- 3 *Hva er kompetansen til de øvrige helseprofesjonene i kommunen?* Vi trenger ikke konkurrere der andre er best.
- 4 *Hva er ergoterapeuters spesielle kompetanse på dette området?* Hva er det vi særlig kan bidra med, som andre profesjoner ikke har samme kompetanse på? Her kan du la deg inspirere av og låne fra dokumentene «Ergoterapeuters kjernekompetanse» og «Dette mener vi om eldres helse», som du finner på hjemmesida sammen med en beskrivelse av hvordan ergoterapeuter arbeider med eldres helse og folkehelse.

5 *Hvem er samarbeids- og alliansepartnere?* Dette kan være andre faggrupper, brukerorganisasjoner, politikere eller andre.

- Når du har definert et mulighetsrom, kan du vurdere hvordan du kan ta dette rommet i bruk, hvilke ressurser og hindringer som finnes, og hvilke små og store handlinger som skal til for å få dette til, oppfordrer forbundslederen. Han peker også på mulighetene for inspirasjon som ligger i nettverket av ergoterapeuter i regionen.

MANGE MULIGHETER FOR PÅVIRKNING

Det finnes mange muligheter for påvirkning for den som vil ta i bruk mulighetsrommet sitt og være gode ambassadører for faget. Noen enkle, og noen mer krevende og utfordrende.

Her er noen forslag til anledninger som innbyr til å fortelle om ergoterapeuters kompetanse og bidrag om det vi får til, og det vi skulle gjort mer av:

- Delta i faglige diskusjoner med din leder og kollegene dine.
- Meld din interesse for å delta i prosjekter og planarbeid.
- Se etter muligheter knyttet til kommunesammenstillinger.
- Bruk tilfeldige møter og be om møter med ledere og fagpersoner i kommunen.
- Del og delta i diskusjoner i lokalmiljøet.
- Skriv leserbrev i lokalavisen.
- Send e-post eller kontakt de politiske partiene i forkant av valget.
- Gratuler de nyvalgte kommunestyrerepresentantene etter valget på annen måte.
- Inviter politiske partier til et lunsjmøte eller «en dag på jobben med en ergoterapeut».
- Marker Ergoterapiens dag.

MANGE MULIGHETER FOR INSPIRASJON

Mye av aktiviteten i forbundet i år støtter opp om dugnaden som medlemmene og tillitsvalgte inviteres med på. Dette gjelder både i forbundsstyret, i regionene og på forbundskontoret. Gi tilbakemeldinger om hva du har bruk for. Her er det en liste over verktøy som enten allerede er ferdig, eller som er under arbeid:

- Brosjyren «Deltakelse og mestring for eldre», vedlagt dette bladet
- Fagkursene «Velferdsteknologi» og «Aldersvennlig samfunn» og en lang rekke arrangementer i regionene

- Tillitsvalgtkurs i påvirkningsarbeid
- Lysbildeserier til bruk ved møter og arrangementer
- Utkast til leserbrev
- Utkast til invitasjonsbrev til politikere
- Materiell til Ergoterapiens dag
- Informasjon på nett og i fagblad
- Livsarket til Ergoterapeutenes Seniorforum.

ERGOTERAPEUTERS BIDRAG TIL DELTAKELSE, INKLUDERING OG ØKT BÆREKRAFT

– Hva er ergoterapeuters kompetanse for å skape aktivitet og deltakelse hos eldre?

– Ergoterapeuter fremmer helse og gjør folk selvhjulpne. Dette utløser ressurser hos eldre og dermed også kommunene. Vi må finne innovative løsninger i mulighetsrommet mellom blåløs og pleie, og disse må være bærebjelken i fremtidens kommunale tjenester. Rehabilitering må for eksempel prioriteres der vi kan, og pleie der vi må, mener forbundsleder Nils Erik Ness.

De fleste ønsker å mestre hverdagsaktiviteter eller delta i samfunnet lengst mulig framfor passive tjenester. Dette er også kommunen tjent med.

– En ergoterapeutstilling koster mindre enn en institusjonsplass i løpet av et år, og en ergoterapeut kan hindre og utsette mange institusjonsinnleggelser, minner forbundslederen om, og avslutter:

– Glem ikke gjentakelse. Gjenta budskapet, gjenta spørsmål om møter, gjenta forslag til endringer og gjenta gjentakelsene.



Ergoterapeuters kompetanse er midt i blinken for den nye IA-avtalen

Den nye IA-avtalen er for hele arbeidslivet. Sentralt i avtalen er en sterk satsning på forebyggende arbeidsmiljøarbeid, målrettede tiltak mot enkeltbransjer, kompetansetiltak, tettere oppfølging av langtidsfravær og å redusere frafall fra arbeidslivet. Regjeringen og hovedorganisasjonene underskrev i desember 2018 den femte intensjonsavtalen for et mer inkluderende arbeidsliv.



Anita Engeset er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

Av Anita Engeset

Hva betyr IA-avtalen for ergoterapeuter?

IA-avtalen er viktig for ergoterapeuter på mange måter, som ansatte, tillitsvalgte, verneombud og som eksperter med mye kompetanse om arbeidsmiljø. For å ha effekt må forebyggende arbeidsmiljøarbeid være kunnskapsbasert og rettet mot reelle behov på den enkelte arbeidsplass. Tillitsvalgte og verneombud trenger opplæring og kunnskap om hvordan de kan bidra på sin arbeidsplass.

I tillegg er det mange ergoterapeuter som arbeider spesielt med arbeid og arbeidsmiljø som sitt fagområde. Ergoterapeuter bidrar til arbeidsdeltakelse og inkludering med sin kompetanse om spillet mellom arbeidstaker, arbeidsoppgaver og arbeidsmiljø. Vi har kompetanse om aktivitetsbasert kartlegging, aktivitetsanalyser og tilrettelegging for arbeidsdeltakelse. Dette er en tilnærming som vektlegger trening, støtte og tilrettelegging som skjer på hverdagslivets alminnelige arena, her i direkte tilknytning til arbeidsplassen. Arbeidsdeltakelse må gjøres mulig for flere, og det er innsats knyttet til arbeidsplassen som virker. Ergoterapeuters kompetanse om Arbeidsplassvurdering (APV) er en velutprøvd og effektiv metode for å identifisere behov for tilrettelegging og tilpassing av arbeidsplassen. Les mer under Fagområder i ergoterapi, Ergoterapi og arbeidshelse (Ergoterapeutene, 2018).

Mål på nasjonalt nivå og bransje- og sektornivå

På nasjonalt nivå er målet at IA-avtalen skal skape et arbeidsliv med plass til alle gjennom å forebygge sykefravær og frafall og på denne måten bidra til å øke sysselsettingen.

- Sykefravær: Sykefraværprosenten skal reduseres



Ergoterapeuters kompetanse.

med ti prosent sammenlignet med årsgjennomsnittet for 2018.

- Frafall: Frafall fra arbeidslivet skal reduseres.

På bransje- og sektornivå legges det opp til en målrettet innsats mot bransjer og sektorer som har potensial til å redusere sykefravær og frafall.

- På bakgrunn av dokumentert kunnskap skal det fastsettes egne mål og indikatorer for prioriterte bransjer og sektorer.
- Partene forplikter seg til sammen å komme frem til hvilke bransjer og sektorer som skal prioriteres (Regjeringen, 2019).

Virkemidler i IA-avtalen

PÅ NASJONALT NIVÅ

Virkemidler og tiltak i IA-avtalen skal understøtte målene og innsatsområdene i avtalen. Nye tiltak skal være kunnskapsbaserte, og det skal settes i gang følgeforskning og effektevalueringer av prioriterte satsinger og virkemidler.

- *Ny arbeidsmiljøatsning*
 - Arbeidsmiljøatsningen skal støtte opp under begge innsatsområder i IA-avtalen og dreie seg om målrettet bransje- og arbeidsplassrettet kunnskapsutvikling, formidling og veivisning i forebyggende arbeidsmiljøarbeid.
 - Utvikle nettbasert portal for å formidle kunnskap og kompetanse om effektivt forebyggende arbeidsmiljøarbeid.
- *Opplæring i arbeidsmiljøarbeid*
 - Kunnskap og kompetanse blant ledere, tillitsvalgte og verneombud er helt avgjørende for å oppnå resultater på arbeidsplassene. Ovennevnte portal kan være et godt verktøy også i opplæringen i arbeidsmiljøarbeid.
- *En koordinert arbeidslivstjeneste*
 - For å få bistand og støtte til arbeidet med IA-avtalens mål og innsatsområder på den enkelte arbeidsplass kan virksomheter inngå samarbeid med NAV Arbeidslivssenter. NAV Arbeidslivssenters bistand og kompetanse vil være et sentralt virkemiddel overfor virksomheter i IA-arbeidet. Det skal være en dokumentert dialog mellom partene i den enkelte virksomhet før NAV Arbeidslivssenter yter bistand.
 - Flere funksjoner vil i tiden fremover ivaretas av digitale tjenester, og personlige støttefunksjoner, som for eksempel kontaktperson ved ALS, vil etter hvert være forbeholdt saker hvor behovet for bistand er størst.
- *HelseArbeid*
 - Virkemiddelet HelseArbeid består av en satsing på helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen, med rask tilgang på individrettet tverrfaglig utredning og avklaring som skal fremme mestring og arbeidsdeltakelse.
 - For personer med muskel-skjelettlidelser og/eller psykiske plager.
 - Ressurser i arbeidslivssentrene skal brukes for å få til et større omfang av HelseArbeid.
- *Kompetansetiltak*
 - Forsøk med kompetansetiltak for langtidssykemeldte som grunnet sykdom eller skade ikke kan komme tilbake til sin tidligere arbeidsgiver, og som har behov for tiltak for å kunne kvalifiseres til annet arbeid og stå i arbeid.
- *Sykefraværsoppfølging*
 - Virksomheter som i dag har utvidet egenmelding, kan og bør fortsette med det. I avtalen

oppfordres virksomheter som i dag ikke har utvidet egenmelding til å vurdere dette. Det blir også foreslått at det innføres en plikt for arbeidsgiver til å drøfte utvidet rett til egenmelding med de tillitsvalgte. Det innebærer at flere arbeidstakere enn i dag kan få mulighet til utvidet egenmelding.

- *Bedre data- og kunnskapsgrunnlag*
 - IA-avtalen skal stimulere til kunnskapsutvikling innenfor innsatsområdene som er valgt for avtalen. Kunnskap om tiltak på arbeidsplassen og partssamarbeidet på arbeidsplassnivå skal også prioriteres. Det kan videre være behov for å utvikle et bedre data- og statistikkgrunnlag på bransje- og yrkesnivå innenfor IA-avtalens fokusområder, som sykefravær, egenmeldingsbruk, frafall, og arbeidsmiljø.

FOR PRIORITERTE BRANSJER OG SEKTORER

- *Bransjeprogrammer:*
 - Utvelgelse av prioriterte bransjer og sektorer
 - Prøve ut ulike tiltak innenfor de valgte satsningsområdene: forebyggende arbeidsmiljøarbeid og oppfølging av lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær
 - Igangsette følgeforskning og evaluering av tiltak (Regjeringen, 2019)

Hva er nytt i den nye avtalen?

HELE ARBEIDSLIVET OG UTVALGTE BRANSJER

IA-avtalen 2019-2022 omfatter hele det norske arbeidslivet, og ikke bare virksomheter som tidligere har vært tilknyttet IA-avtalen. Det betyr at virksomhetene også må være tilgjengelige for alle. Nytt er også at det etableres bransjeprogrammer i utvalgte bransjer og sektorer. Partene og myndighetene skal bli enige om antallet satsninger, form på arbeidet og de konkrete satsningene i løpet av første kvartal 2019.

ARBEIDSPLASSEN HOVEDARENA FOR IA-ARBEID

Arbeidsplassen er den viktigste arenaen for et inkluderende arbeidsliv. Dette innebærer en erkjennelse av at et godt IA-arbeid skapes i den enkelte virksomhet hvor tillitsvalgte, arbeidstakere og arbeidsgiver har satt seg felles mål, og hvor myndighetene bidrar med støttende tiltak for å nå disse målene.

BÆREBJELKEN I IA-ARBEIDET

Vi er glade for at den norske arbeidslivsmodellen fortsatt skal være bærebjelken i IA-arbeidet. Det bygges videre på trepartssamarbeid og på parts-

samarbeid på arbeidsplassen. Avtalen bygger på trepartssamarbeidet (myndigheten, arbeidstaker- og arbeidsgiverorganisasjonene) og på partssamarbeidet på arbeidsplassene. Et godt partssamarbeid, der både ledelse, tillitsvalgte og verneombud har viktige roller i arbeidet, er en forutsetning for å lykkes med IA-arbeidet. Arbeidsplassen settes nå i sentrum, og både ledere, tillitsvalgte og verneombud er avgjørende for innsats og resultater.

KUNNSKAPSBASERTE TILTAK OG VIRKEMIDLER

Nye tiltak skal være kunnskapsbaserte, og det skal settes i gang følgeforskning og effektevalueringer av prioriterte satsinger og virkemidler. Det settes av betydelige midler til utvikling av en nettbasert portal for å formidle kunnskap og kompetanse om effektivt forebyggende arbeidsmiljøarbeid og sykefraværsoppfølging.

EKSPERTBISTAND

Forebyggings- og tilretteleggingstilskuddet som har ligget i tidligere IA-avtaler, er fjernet. De årlige midlene til tilskuddet er fordelt på de nye virkemidlene

i avtalen. Det etableres blant annet et nytt tilskudd til ekspertbistand forvaltet av NAV Arbeidslivssentre (ALS). Tilskuddet skal være til ekspertbistand i enkeltsaker med lange og/eller hyppig gjentakende sykefravær. Arbeidslivssentre skal være virkemidler for alle, ikke kun for IA-virksomhetene. Virksomhetene får beholde sine kontaktpersoner på NAV Arbeidslivssenter frem til disse kan erstattes av nye digitale løsninger. Det er her ergoterapeuters kompetanse kommer til anvendelse og bidrar til arbeidsdeltakelse og inkludering.

SYKELØNNSORDNING VIDEREFØRES

Flere kjente virkemidler og prosedyrer knyttet til sykefraværsoppfølgingen beholdes eller videreutvikles. Regjeringen vil ikke foreslå endringer i sykelønnsordningen i avtaleperioden, det vil si de neste fire årene. Det presiseres i avtalen at partene likevel kan diskutere problemstillinger knyttet til sykelønn.

Hvor ble det av?

HELSEFREMMING I AML § 1-1

Vi hadde håpet på et tydeligere helsefremmende fo-



- Løsninger som fungerer



Her kommer en smakebit fra vårt helt nye program av elektriske rullestoler og scootere!

MC1124 Low Rider med svært lav setehøyde, godt egnet som fører sete i bil.

Stolen er retningsstabil på alle typer underlag. Spinalus 2 setet gir deg også de største tilpasnings mulighetene og den beste komforten!

For mer informasjon ta på kontakt tlf. 67 06 49 00 eller gå inn på www.medema.no for å se brosjyre.

kus, men er glade for at det legges stor vekt på det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet. Det helsefremmende perspektivet tar i mye større grad tak i det som fungerer, og som gir engasjement og produktivitet i bedriften. Helsefremmende arbeid er fortsatt viktig. Her er Arbeidsmiljølovens §1-1 tydelig og slår fast at arbeidsmiljøet skal være helsefremmende: «Lovens formål er å sikre et arbeidsmiljø som gir grunnlag for en helsefremmende og meningsfull arbeidssituasjon.» (Arbeidsmiljøloven, 2005)

HVOR BLE DET AV DELMÅL 2?

Den nye IA-avtalen har spisset sin innsats mot mål om å redusere sykefravær og frafall. Delmål 2 om å få funksjonshemmede ut i arbeid er fjernet i den nye avtalen. Mange frykter at den lille oppmerksomheten delmål 2 hadde, nå blir helt borte. Vi deler denne bekymringen. I avtalen vises det til at regjeringen ønsker å se dette i sammenheng med øvrige prosesser som omhandler inkludering og kompetanse. Mennesker med funksjonsnedsettelser som står utenfor arbeid, skal nå ivaretas av regjeringens inkluderingsdugnad (Regjeringen, 2018).

Regjeringen har avsatt 125 millioner kroner i statsbudsjettet 2019 for å styrke gjennomføringen av Inkluderingsdugnaden. Nå som IA-avtalen er landet, vil regjeringen og partene i arbeidslivet komme tilbake til hvordan vi best kan lykkes med denne dugnaden (Regjeringen, 2018).

Kilder

- Arbeidsmiljøloven. (2005). Lov om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv. §1-1. Lovens formål. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-62#KAPITTEL_1
- Ergoterapeutene. (2018). Ergoterapi og arbeidshelse. Hentet fra <https://www.ergoterapeutene.org/ergoterapi/fagomrader-i-ergoterapi/ergoterapi-fagområdet-arbeidshelse/>
- Regjeringen. (2018, 04.05.2018). Om inkluderingsdugnaden. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/sub/inkluderingsdugnad/inkluderingsdugnaden/id2599965/>
- Regjeringen. (2019, 21.12.2018). Intensjonsavtale om et mer inkluderende arbeidsliv. Et arbeidsliv med plass til alle. 1. januar 2019 – 31. desember 2022. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/departementene/asd/dokumenter/2018/ia-avtalen-2019-2022.pdf>



STIMULITE® TRYKKAVLASTNING

luftig og kjølig anti-decubitus beskyttelse døgnet rundt

Nu i Norge og prisforhandlet med NAV:







Prøv selv! Bestill produkt demonstrasjon eller gratis demopute nå!

Ring 48 50 32 97 eller send en e-post til julia@rehabshop.com

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

SBS trykkavlastningsteppe

Luftig og multifunksjonell teppe for medeltidig trykkavlastning utenfor rullestol eller seng: dusjstol, i badekaret, lenestol, sykkelstol, i bil, kajakk og mye mer. Kan enkelt klippes til riktig form med en vanlig saks og formet sømløs etter sitteflaten

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



KICK-OFF for Ergoterapistudentane

Helga 8.-10. februar var det tid for det nye landsstyret å ha sitt første møte. Tema for helga var å få ei oversikt over styrearbeid, bli kjent med de tilsette i forbundsstyret og lage ein plan for året og korleis vi kan vere synlege.

Av Sofie Østerbø Jansen og Caroline Kiær



Sofie Østerbø Jansen er ergoterapistudent ved VID Vitenskaplege Høgskule i Sandnes.



Caroline Kiær er ergoterapistudent ved VID Vitenskaplege Høgskule i Sandnes.

Etter landsmøte i Trondheim 18.-20. januar blei det storutskifting av styret med heile tolv nye medlem i ulike verv. Dette er ein gjeng som ikkje har vore i landsstyret tidlegare.

- Som ny leiar blei Oda Ruud Bakke frå HVL – Høgskulen på Vestlandet valt.
- Frida Kvam Richardsen frå UiT – Universitetet i Tromsø blei valt som nestleiar.
- Økonomiansvarleg er frå Noregs teknisk-naturvitenskaplege universitet – NTNU Gjøvik og heiter Ingrid Olausen.
- Internasjonal kontakt er den representanten som skal ha kontakt med landa i Europa og Norden. Her blei Andreas Trædal frå HVL i Bergen valt.
- Maja Emile Schönen frå OsloMet og Kristin Østad frå NTNU Gjøvik fekk den eminente oppgåva å vere sekretærer for det nye landsstyret.
- Me må òg vere synlege ut til folk på sosiale medium. Her var det Johannes Hoon Løvås frå NTNU Trondheim og Benedikte Mindrum Hansen frå UIT Tromsø som blei valt som kommunikasjonsansvarlege.
- UNIO er ein samarbeidsorganisasjon med andre profesjonar og faggrupper. Her blei Guro Elise Aakerholt frå OsloMet valt som vår representant.
- Tillitsvaltkontakten er den som

skal ha kontakt med dei tillitsvalte på studiestadene og sikre at saker av interesse blir vidareført til landsstyret. Christina Margrethe Høiseth frå NTNU Trondheim skal ha dette vervet det kommande året.

- Ergoterapeuten-kontaktar er frå VID Vitenskaplege Høgskule. Disse er Sofie Østerbø Jansen og Caroline Kiær.

FORBUNDSKONTORET I OSLO

Det var ein spent gjeng som gleda seg til å møte kvarandre og forbundet i Oslo for å bli betre kjent med kvarandre, lære masse og saman skape eit godt år med viktige saker, god studentpolitikk og engasjement.

Styret representerte skulane i Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø, Gjøvik og Sandnes. Fredag morgon møtte me organisasjonsjef Karl-Erik Tande Bjerkaas og nestleiar Tove Holst Skyer og alle dei tolv nye representantane på forbundskontoret. Her var agendaen å bli betre kjent med kva det vil seie å sitte i landsstyret, i tillegg til verva me har tatt på oss, og korleis samarbeidet med lokalstyret og dei tilsette er. Me snakka mykje om kven me er og kva me vil få ut av året. Ein engasjert Karl-Erik snakka om sprint og dette skulle indikere at tida vår er her og no, og at me heile tida må tenke framover og jobbe

strukturert for å få til det me vil oppnå. Me fekk også ei innføring i økonomi og korleis me skal styre dette.

REKRUTTERING

I 2019 var det 493 registrerte studentmedlem i Ergoterapistudentane. Det er berre 54 prosent av studentane i landet. Dette talet skal me jobba med å få opp. For å få til dette må me finne ein god måte å rekruttere medlemmer på. Det er eit veldig viktig tema for organisasjonen Ergoterapeutane og Ergoterapistudentane. Det ble snakka mykje om korleis me som sit i Ergoterapistudentane kan engasjere andre ergoterapistudentar til å bli med og muligheitene det gjev studentar til å vere med å bestemme over egen studiekvardag.

Det blei også snakka om å tydeliggjere profesjonen vår slik at folk som vurderer å ta ergoterapiutdanning veit kva ergoterapi handlar om. For å klare dette snakka me om å ha open dag på skulane der me som studentar kan vise og fortelle om korleis studiekvardagen vår er. Muligheita for å ta med regionstyret i denne jobben, og ha det som ein del av den første veka på studiet, blei òg drøfta. Her kom det forslag som å stå på stand med brosjyrar, dele ut ergoterapeutane-effektar og bruke Ergoterapistudentanes ergo-handbok aktivt.

Ergoterapiens dag var eit anna tema me kom inn på. Dette er òg ein viktig del av rekrutteringsarbeidet vårt, og då særleg for å få fleire studentmedlem inn i organisasjonen. Det blei diskusjon om korleis ein skal klare å markere denne dagen på ein god måte som vekker folk si interesse og lyst til å ta eit djupdykk i kva eigentleg ergoterapi er.



Det nye landsstyret i Ergoterapistudentene. Bak fra venstre: Maja Emilie Schönen, Christina Margrethe Høiseth, Frida Kvam Richardsen, Ingrid Olausen, Oda Ruud Bakke, Guro Elise Aakerholt, Andreas Trædal. Foran fra venstre: Ingrid Katrine Floan, Johannes Hoon Løvås, Caroline Kizær og Sofie Østerbø Jansen.

MÅLPROGRAM 2019

Under arbeid med målprogrammet drøfta me tema som rekruttering og korleis synleggjere faget på ein god måte. Vi brukte som virkemiddel å fokusere på «kvifor ergoterapi er viktig?» i staden for å ha fokus på «kva er ergoterapi?» Dette for å vise kva ergoterapi kan bidra med til samfunnet, både helsemessige og økonomiske fordelar.

Eit anna tema som stod sentralt, var å vidareføre tema frå i fjor om kvalitetssikring av praksis, likestille kompetansen til studentane på tvers av studiestadene og bidra til ein god rekruttering. Vidare vil Ergoterapistudentane arbeide for å bidra til ei betre utdanning og studentkvardag. Det blei diskutert korleis ein kan styrke studentkvardagen gjennom sosiale arrangement på de ulike studiestadene for å skape et godt studentmiljø.

ÅRSHJUL

Denne helga satte me også opp eit årshjul. Dette er ei oversikt over kva me ynskjer å få til gjennom året. Sentrale punkt i årshjulet var blant anna rekrutteringsdag, ergoterapiens dag, sosiale arrangement og å fastsette dato for landsstyremøtene i løpet av året. Neste landsstyremøte blir avhalde i Sandnes på VID Viten-skapelege Høgskule, 5.-7. april. Der vil me vidare ta opp praksisundersøking, rekrutteringsdag, ergoterapiens dag og synliggjer- ring av profesjonen.

FRAM MOT SOMMAREN

Fram mot sommaren er dei ulike lokallaga blitt råda til å arrangere sosiale arrangement på de ulike studiestadene. Fokuset her vil vere å skape eit sosialt nettverk og godt samhald mellom studentane. Vidare på hausten skal det være landsstyremøte på Gjøvik, i Tromsø og i Bergen.

Ergoterapeutene arrangerer AMPS-kurs i september

Flere medlemmer har etterspurt AMPS-kurs. AMPS står for Assessment of Motor and Process Skills. Nå har Ergoterapeutene inngått samarbeid med Trästhjernen AB i Sverige om å arrangere kurs i september.

Av Solrun Nygård



Solrun Nygård er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

AMPS er en aktivitetsbasert vurderingsmetode for ergoterapeuter. AMPS vurderer personers motoriske ferdigheter og prosessferdigheter og kartlegger hvordan disse påvirker evnen til å utføre en aktivitet sikkert, effektivt og selvstendig.

Ergoterapeuter som har tatt AMPS-kurset tidligere, uttaler at de har fått et godt redskap for å kartlegge og forstå aktivitetsutfordringer og dermed hvilke tiltak som må iverksettes for å mestre hverdagen bedre. Det vil si kjernen i ergoterapi.

AMPS kan benyttes innenfor alle virksomhetsområder og diagnosegrupper på brukere fra tre år og oppover.

Kurset holdes av Birgitta Bernspang fra Sverige. Hun vil ha med seg en kursholder til.

Kurset er en blanding av forelesninger og praktisk øvelse. Kasus som skal bedømmes, vises som film og som levende observasjon. Det vil bli disku-

sjon i grupper om bedømmingen og hvordan den skal poengsettes og dokumenteres. Kurset legger opp til at deltakerne må sette seg inn i noe materiale før kurset, og får hjemmeoppgaver mellom kursdagene. Dette er et krevende kurs, men så får også deltakerne ny kompetanse med seg hjem!

Bruk av AMPS krever kalibrering for å sikre en reliabel vurdering. Deltakelse på kurset med trening på å score pluss innlevering av 10 scoringer etter kurset vil gi deltakeren kalibreringsbevis for AMPS.

Norsk Ergoterapeutforbund godkjenner AMPS-kurset som ergoterapispesifikt kurs merittende til ergoterapispesialist, med 50 timer for selve kurset og ytterligere 30 timer ved innlevering av observasjoner som fører til kalibrering.

Merk tidlig påmeldingsfrist, 31. juli.

For mer informasjon, se Ergoterapeutenes kursskalendar.

Kurs i Velferdsteknologi

Ergoterapeutene skal arrangere et kurs i Velferdsteknologi i 4. og 5. juni. Se kursannonse i bladet og Ergoterapeutenes kurskatalog.

Av Solrun Nygård

Bakgrunnen for kurset er et ønske om å inspirere og trygge ergoterapeuter så de melder seg på når kommunene setter velferdsteknologi på dagsorden.

Det er også et ønske om å inspirere de som allerede er enga-

sjert til å utvide engasjementet.

Ergoterapeuter har sentral kompetanse på å se muligheter og begrensninger i bruk av velferdsteknologi som hjelpemiddel til økt mestring, aktivitet og deltakelse på linje med andre tekniske hjelpemidler.

Velferdsteknologi har de samme krav til individuell tilpasning – «Hva er viktig for deg?»

Alle innledere er ergoterapeuter. De er klare til å inspirere deltakerne til å se sin rolle og sine muligheter der kommunene søker løsninger.

UT OG MØTE VÅREN

NÅR GOD FRAMKOMMELIGHET ER VIKTIG!



STERLING ELITE² PLUS SMIDIG, STERK OG KOMFORTABEL

Svært god trekkraft gjør Elite² Plus godt egnet i kupert terreng og på ujevnt underlag. Med sine tre hjul og senterstyring er den enkel å manøvrere. Enkel betjening, god sittestilling og god plass til lange ben gjør denne til et godt valg!

Sunrise Medical har gode produkter til bruk ute for alle aldersgrupper!

■ IMPROVING PEOPLE'S LIVES®



RAPTOR - STERK, TØFF OG STABIL

Raptor tar deg dit du vil!
Stabil og trygg med lavt tyngdepunkt. Utviklet for unges aktiviteter og behov.



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

Skjeggkre – ja, de er ekle, men faktisk helt ufarlige

Det kan være vanskeligere enn du tror å se forskjell på skjeggkre og sølvkre. Selv profesjonelle sliter i mange tilfeller med å se forskjell med det blotte øye.

Av Roar Hagen



I grove trekk kan man si at skjeggkreet er større og mer «skjeggete», og har lengre haletråder enn sølvkreet. I motsetning til lillebroren, som oftest er å finne på badet, trives skjeggkreene i hele huset. Insektet er så godt som altetende og kan blant annet spise tapet, papir, støv og egne artsfrender.

SKJEGGKRE ELLER SØLVKRE?

Har du sett noe du tror kan være sølvkre hjemme hos deg selv? Ettersom utbredelsen av skjeggkre faktisk er større enn utbredelsen av sølvkre, kan det være greit å vite hva du skal se etter om du er i tvil.

FUNNSTED

Sølvkre trives best på varme, litt fuktige steder, som bad, kjeller og kjøkken. Det gjør også skjeggkre, men disse kan i tillegg trives godt i tørrere omgivelser. Du kan derfor finne dem i stua og på soverommet. Begge kreene har klør og kan klatre. Derimot er skjeggkreet mer aktivt. Faller kreet ned fra taket, er det sannsynligvis skjeggkre.

STØRRELSE

Fullvoksne skjeggkre blir en del større enn sølvkre. Finner du et litt stort «sølvkre», er det derfor sannsynligvis et skjeggkre. Skjeggkre kan bli opptil 18 mm lange, ikke

medregnet haletrådene.

Haletrådene til skjeggkre er vesentlig lengre enn hos sølvkre. På et sølvkre er haletråden kun halvparten av kroppslengden, men hos skjeggkreet er haletråden gjerne like lang som kroppen.

HÅR

Skjeggkre har fått navnet sitt fordi de har mer hår («skjegg») enn sølvkre, så dersom kreet er hårete, er det mest sannsynlig skjeggkre.

FARGE

Fargen kan være en god indikator dersom du fortsatt er i tvil. Skjeggkreet er mørkere og har flekkliknende mønster på ryggen. Et sølvkre er lysere og har en glattere og jevnere farge på skjellene.

Et ungt skjeggkre kan til forveksling være ganske så likt et sølvkre, da de er lysere og mindre når de er yngre. Dette er årsaken til at mange tar feil av hva de har sett.

HELT UFARLIG

Det er ingen tvil om at skjeggkre er ekle, og for mange oppleves det ubehagelig når det kravler og kryper rundt i huset. Men de er ikke farlige, verken for mennesker eller bygningsmassen.

Og kanskje aller viktigst:

Skjeggkre er ikke udødelige.

Krypene bukker under for kjente virkestoffer som både er ufarlige for mennesker og godkjent av Folkehelseinstituttet.

MISTENKER DU SKJEGGKRE I DIN BOLIG?

- Sett ut limfeller for å finne ut hvor de bor og for å redusere bestanden.
- Støvsug ofte for å fjerne matrester og tilgang til mat.
- Fjern mulige gjemmesteder ved f.eks. å reparere gulvbelegg og løse fuger og tette langs lister.
- Skjeggkre tåler tørrere forhold enn sølvkre. Likevel kan reduksjon av fuktige forhold i boligen hjelpe.
- Skjeggkre kommer gjerne inn i boligen via pappemballasje, pappesker, bygningsmaterialer og lignende. Det kan derfor være lurt å unngå å ta slike materialer inn i huset.

Kilde: Norsk Hussopp Forsikring

Ergoterapeutenes innboforsikring inkluderer dekning for bekjempelse av veggedyr, kakerlakker og skjeggkre med inntil kr 100 000.

Du kan lese mer om ergoterapeutenes kollektive medlemsforsikringer på www.ergoterapeutene.org/forsikring.

Ønsker du å ringe oss, treffes vi på telefon 22 05 99 15.

Krabat Runner



Kombinert sparkesykkel og balansesykkel for barn



KRABAT AS, Ravnsborgveien 56, 1395 Hvalstad

Telefon: 66 77 73 00

www.krabat.no

Bruk av COPM for å avdekke aktivitetsvansker forårsaket av fatigue etter hjerneslag

EN SYSTEMATISK LITTERATURSTUDIE

Av Sonja Aune



Sonja Aune er spesialergoterapeut ved Seksjon for ergoterapi, avdeling for klinisk service, Medisinsk klinikk, Oslo Universitetssykehus.
E-post: uxsoun@ous-hf.no

Sammendrag

Cirka en tredjedel av alle personer som blir rammet av hjerneslag, gjenvinner full nevrologisk funksjon, men opplever endringer kognitiv og emosjonelt som påvirker livskvalitet og deltakelse i dagliglivet. Pasientene opplever redusert livskvalitet ved at de blir for slitne og trette ved daglige aktiviteter og har vansker med å følge disse opp. Økt behov for hvile etter aktivitet eller redusert kapasitet blir ofte omtalt som fatigue eller utmattelse etter hjerneslag. Undersøkelser viser at fatigue eller utmattelse etter hjerneslag har en prevalens på 51 prosent til 72 prosent, og at tilstanden generelt er vanlig etter hjerneslag. Pasienter opplevde vansker med å utføre daglige aktiviteter grunnet fatigue.

Det ble opprettet et prosjekt hvor ergoterapeutene som jobber på slagenheten ved Ullevål sykehus ønsket å prøve ut det klientsentrerte redskapet COPM for å se om det å kunne avdekke aktivitetsvansker forårsaket av fatigue. Som en del av prosjektarbeidet måtte det gjennomføres en litteraturstudie for å finne ut om COPM som redskap var brukt på en tilsvarende måte. Det ble gjort et systematisk litteratursøk i diverse vitenskapelige databaser. Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier er gjort rede for i artikkelen. Søkeresultatet tydet på at COPM som redskap ikke har blitt brukt til å avdekke aktivitetsvansker forårsaket av fatigue. Som redskap brukt på hjerneslagpasienter er det først og fremst benyttet til måling av effekt av behandling som enten er gitt inne på sykehus eller for mottatt behandling etter utskrivelse.

Nøkkelord: COPM, hjerneslag, fatigue, daglige aktiviteter, deltakelse i dagliglivet

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Introduksjon

Slagenheten ved Ullevål sykehus, som er en del av Oslo universitetssykehus (OUS), ble omorganisert i 2007 til en slagenhet som kombinerte akutt behandling av slag og oppstart av tidlig rehabilitering. Det ble også opprettet et poliklinisk tilbud om rutinemessig oppfølging til pasienter som hadde vært innlagt og blitt utskrevet med diagnosen hjerneslag eller TIA (transient ischemic attack - «drypp»). Ergoterapeutene har vært en del av poliklinikken siden oppstarten. På poliklinikken møtte vi pasienter som i utgangspunktet skulle være fullt restituert etter hjerneslaget, men som rapporterte om økt tretthet, at de ble fort slitne etter aktivitet, og vansker med å komme tilbake til hverdagslivet. Mange av dem strevde også med å komme fullt tilbake i jobb. Flere av disse pasientene hadde hatt poliklinisk oppfølging og var avsluttet i spesialisthelsetjenesten, men ble henvist på nytt fra egen fastlege for en ny utredning og vurdering på poliklinikken. Pasientene opplevde problemer som det var vanskelig å fange opp med vanlige standardiserte tester, og vi måtte forholde oss til pasientens subjektive beskrivelse av hva vanskene var. Vi som ergoterapeuter opplevde at disse usynlige vanskene medførte endringer i hverdagslivet til pasientene. Det førte til et behov for å finne ut hva de skjulte vanskene handlet om, og om de kunne la seg avdekke ved bruk av et ergoterapeutisk redskap som Canadian Occupational Performance Measurement (COPM).

Hensikten med denne litteraturstudien er å se om COPM kan bli anvendt i en poliklinisk sammenheng med pasienter som har gjennomgått små eller lette hjerneslag for å avdekke aktivitetsvansker forårsaket av fatigue.

HJERNESLAG:

Hjerneslag er av de største og alvorligste folkesykdommene. Den rammer cirka 12 000 personer i året, er den tredje hyppigste dødsårsaken, og er en dominerende årsak til alvorlig funksjonshemming. Hjerneslag rammer både unge og gamle, men halvparten av de som får hjerneslag, er over 75 år (Helsedirektoratet, 2017). Cirka en tredjedel av de som får hjerneslag, gjenvinner normal nevrologisk funksjon, en tredjedel får et lite til moderat hjerneslag, og en tredjedel dør. Et lite til moderat hjerneslag medfører ofte en varig funksjonshemming som påvirker dagliglivets aktiviteter, og som medfører hjelpebehov av andre (Helsedirektoratet, 2017). Mange i gruppen som har gjenvunnet normal nevrologisk funksjon,

opplever endring kognitivt og emosjonelt, endringer som påvirker livskvaliteten og deltakelse i samfunns livet (Van Zandvoort et al.; 2001, Nys et al.; 2005 og Staub et al.; 2001). Disse kognitive og emosjonelle endringene blir omtalt som skjulte utfall.

I en reviewartikkel skrevet av Moran og kollegaer (2014) kommer det frem i intervju med pasienter som har gjennomgått TIA eller små/lette hjerneslag, at disse endringene/skjulte utfallene kan være kognitive vansker som hukommelsesvansker og språkvansker, en følelse av å oppleve seg mer forvirret og emosjonell, sammen med fatigue, apati, angst og depresjon. Når det ikke blir oppdaget eller behandlet, kan det føre til redusert livskvalitet, problemer med å returnere til arbeidslivet, mindre deltakelse i sosiale aktiviteter, og at livet dreier seg om å få til livsstilsendringer for å forhindre nytt slag (Moran et al., 2014). Ifølge Næss og kollegaer (2006 og 2012) opplever mange med lette hjerneslag redusert livskvalitet. Redusert livskvalitet er en opplevelse av å bli fort sliten og trett ved daglige aktiviteter, og at de har vansker med å følge opp aktivitetene (Lerdal, 2009). Økt behov for hvile etter aktivitet eller redusert kapasitet blir omtalt som fatigue eller utmattelse etter hjerneslag.

FATIGUE

I en oversiktsartikkel skrevet av Schillinger & Becker (2015) defineres fatigue eller utmattelse som en opplevelse av langvarig eller tilbakevennende tretthet og redusert kapasitet for mental og/eller fysisk aktivitet. Tilstanden karakteriseres av at det skal uforklarlig lite fysisk eller mental anstrengelse til før utmattelsen inntreffer. Den beskrives som en forsterkning av normal tretthet. Opplevelsene av fatigue medfører at de må hvile mye og kanskje ligge i flere dager. Det fører til at deltakelse i daglige aktiviteter blir begrenset (Lerdal, 2009). Utmattelsen kan føre til at pasientens arbeidskapasitet kan bli redusert, eller at utmattelsen er så stor at de må slutte i sin jobb eller redusere selskapelige aktiviteter og deltakelse i det sosiale liv. Også fysiske aktiviteter må begrenses betraktelig (Schillinger & Becker, 2015). Schillinger & Becker (2015) oppgir i samme artikkel at de fleste undersøkelser om utmattelse etter hjerneslag har en prevalens som varierer mellom 51 prosent til 72 prosent, og at det generelle bildet er at tilstanden er vanlig etter hjerneslag.

SLAGENHETEN

Pasienter innlagt i spesialisthelsetjenesten har fått

kortere liggetid de senere årene. Dette medfører at pasienter som gjenvinner full nevrologisk funksjon, blir raskt utskrevet og ikke med annen oppfølging en sekundær profylakse (Moran et al., 2014). De nasjonale retningslinjer for hjerneslag anbefaler at liggetidene for pasienter til utredning av hjerneslag ikke bør være mindre enn syv dager. Best effekt er vist ved en gjennomsnittlig liggetid på syv til 14 dager (Helsedirektoratet, 2017).

På en sykehusavdeling er det ikke lett å kjenne igjen eller oppdage fatigue eller skjulte utfall som nedsatt oppmerksomhet, konsentrasjon eller redusert hukommelse. Verken sykehusets omgivelser eller vanlig kognitiv screening avdekker disse utfallene, som først blir merkbare ved retur til dagliglivet. Ifølge Emma Finch og kolleger (2017) er det 87 prosent av pasienter med små hjerneslag som rapporterer vedvarende vansker i forhold til mobilitet, deltakelse i sosiale aktiviteter og fysisk krevende fritidsaktiviteter.

I henhold til de nasjonale retningslinjer blir pasienter som utskrives med TIA eller hjerneslag rutinemessig innkalt til tverrfaglig poliklinisk kontroll på Ullevål sykehus én til tre måneder etter utskrivelsen fra sykehus (Helsedirektoratet, 2017). Kontrollen er en medisinsk oppfølging og en vurdering av kognitiv og fysisk funksjon etter behov. Ved behov for videre oppfølging henvises pasienten til tilbud i førstelinjetjenesten eller til tredjelinjetjenesten for videre utredning der.

Ergoterapeutens oppgave på poliklinikken er et aktivitetsintervju for å avdekke om pasienten opplever begrensinger eller vansker i utførelsen av daglige aktiviteter, samt retesting av kognitiv funksjon med standardiserte tester. Opplysningene fra aktivitetsintervjuet og resultatene fra testene rapporteres til lege, og er med som en del av den tverrfaglige vurderingen av om pasienten trenger videre oppfølging eller ikke.

Flere av pasientene som kommer til tverrfaglig poliklinisk kontroll etter små eller lette hjerneslag, rapporterer om vansker i daglige aktiviteter som arbeid, fritids- og sosiale aktiviteter. Vanskene blir beskrevet som redusert konsentrasjon, at de blir fort slitne og hadde behov for hvile etter aktivitet, og at de kjenner seg slitne i lang tid etter aktivitet. De opplever ikke å være friske og er frustrert over at dette ikke var synlig. De var uforberedt på konsekvensen det har for dagliglivet og strever med å finne mestringsstrategier. Partnere må ta mer ansvar for hverdagslivet, og dette fører til at pasien-

tene får dårlig samvittighet over ikke å kunne bidra som før.

PROSJEKT «SKJULTE UTFALL»

Det ble igangsatt et doktorgradsprosjekt på slagavdelingen ved Ullevål sykehus med tanke på å undersøke om lette eller små hjerneslag uten nevneverdige motoriske utfall kunne ha «skjulte utfall». Inklusjonskriteriene til deltakerne i studien var at de måtte være i alderen 18 til 70 år, hadde hatt førstegangs ischemisk eller hemoragisk hjerneslag, hadde en National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) score ≤ 3 ved utskrivelse, og hadde vært innlagt ved avdeling for Hjerneslag på Ullevål sykehus. Prosjektet åpnet for at flere av de tverrfaglige gruppene som jobbet på slagenheten kunne invitere pasientene som takket ja til egne relaterte prosjekter.

ERGOTERAPEUTENES PROSJEKT

Ønsket om å kunne ha et vurderingsredskap som kunne fange opp aktivitetsvansker forårsaket av fatigue, ble del av ergoterapeutenes prosjekt. Vurderingsredskapet måtte gi pasientene mulighet til selv å definere hvilke aktiviteter som var viktige for dem. I tillegg var det et ønske å kunne måle endring av pasientens oppfattelse av aktivitetsvansker forårsaket av fatigue som kunne brukes i en poliklinisk setting.

Det er utarbeidet flere redskaper for å fange opp fatigue, men ikke for å fange opp aktiviteter som pasientene selv definerer som viktige. Vi som ergoterapeuter ønsket å se om redskapet COPM kunne brukes i en poliklinisk sammenheng for å avdekke aktivitetsvansker forårsaket av fatigue.

COPM bygger på The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement som er en modell for å fremme klientsentrert praksis. COPM (Law, 2005; Kjekken, 2012) er laget for ergoterapeuter for å fange opp endringer i pasientens selvoppfattelse av sin aktivitetsutførelse over tid. Det er et semi-strukturert intervju hvor pasienten blir oppfordret til å identifisere vansker innen aktiviteter som daglige aktiviteter, produktivitet og fritid. Det omhandler aktiviteter som pasienter ønsker, trenger eller forventes å gjøre, men kanskje ikke kan utføre, eller som ikke blir utført slik pasienten ønsker. Pasienten får hjelp til å identifisere aktivitetsproblemer, hvilken betydning de har, egenopplevelsen av aktivitetsutførelsen og tilfredsheten med denne utførelsen (Cup, 2003).

I arbeidet med prosjektbeskrivelsen gjorde vi noen søk for å se om COPM var brukt på tilsvarende måte som vi ønsket i prosjektet. Resultatet var negativt, men søket var ikke systematisk og ikke gjennomførbart i egnede databaser. Det resulterte i at jeg ønsket å gjøre en systematisk litteraturstudie for å se om COPM er blitt brukt på pasienter med hjerneslag med gjenvunnet full nevrologisk funksjon for å oppdage aktivitetsvansker forårsaket av fatigue. Resultatet er planlagt publisert i en egen artikkel i Ergoterapeuten av Kjelgaard m.fl..

Metode

Det ble utført litteratursøk 29.09.2017 i databasene Ovid MEDLINE, Amed og HAPI. 23.10.2017 ble det utført søk i databasene Cinahl, Embase Classic og Embase. Søkene ble gjort i samråd og samarbeid med en bibliotekar. I og med at vi ikke hadde fått treff på noen av søkene som vi gjorde i forbindelse med prosjektbeskrivelsen var anbefalingen fra bibliotekar å gå ut med et bredt søk i forhold til bruk av søkeord som omhandler diagnosen hjerneslag. Følgende søkeord ble brukt: Brain ischemia or Stroke or stroke minor or mild or non-disabling or nondisabling, kombinert med COPM or Canadian Occupational Performance Measure. Den samme søkestrengen ble brukt i alle databasene. Det ble også gjort et søk i Google Scholar, men der var det ikke mulig å legge inn den samme søkestrengen som i de andre databasene. Redskapet ble testet for validitet og reliabilitet i forhold til hjerneslagpasienter av Cup i 2003 (Cup, 2003). Bare artikler som fylte disse kriteriene, ble tatt i betraktning.

INKLUSJONS- OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Artikler som var potensielt relevante, ble vurdert opp mot følgende inklusjonskriterier:

1. Artikkelen var publisert på engelsk, norsk, svensk eller dansk.
2. COPM ble brukt som evalueringsredskap.
3. De inkluderte deltakerne hadde hatt hjerneslag med gjenvunnet full nevrologisk funksjon.
4. Deltakeren måtte være i aldersgruppen 18-70 år, det vil si voksne, ikke barn eller geriatrike pasienter.
5. COPM ble brukt til å evaluere aktivitetsvansker forårsaket av fatigue.
6. COPM brukt i en poliklinisk sammenheng.

Artikler som ble ekskludert:

1. COPM ble brukt som måleredskap i en studie som

- omhandlet effekt av forskjellige typer behandling.
2. Studien inkluderte inneliggende pasienter.

Resultater

Resultatene av søkene presenteres i tabell 1 (se neste side). Samtlige abstrakter ble lest igjennom. Det var mange av de samme studiene som gikk igjen i databasene. COPM ble i studier stort sett brukt som et evalueringsredskap på aktivitetsnivå for å se på tilfredshet og effekt av forskjellige typer behandling gitt for motorisk og kognitiv funksjon. Studiene var gjort på barn og voksne både innlagt på sykehus og der behandling ble gitt etter utskrivelse (Nilsen et al., 2012). I mange av studiene var pasientene i en kronisk fase. Det var også studier hvor COPM ble brukt av andre yrkesgrupper. Av studier som omhandlet COPM, var ingen brukt i forhold til pasienter med fatigue etter hjerneslag, og ingen studier kunne inkluderes.

Diskusjon

Fatigue kan være et symptom også ved andre tilstander som reumatiske og nevrologiske sykdommer, kreft, infeksjose tilstander og psykisk sykdom (Schillinger & Becker, 2015). Det ble gjort et nytt søk med fatigue og COPM i samme databaser og i tillegg i Psykinfo og OTseeker. Dette for å se om redskapet har blitt brukt for å få frem aktivitetsvansker hos personer med andre sykdommer som også har fatigue som del av sykdomsbildet. Dette søket ga 12 treff, og samtlige abstrakt ble lest igjennom. Det fremkommer at COPM blir brukt til å måle effekt av treningsprogrammer eller behandlinger. For å måle fatigue har man brukt selvrapporteringsinstrumenter som Checklist Individual Strength (CIS) (Kos et al., 2015), visual analogue scales (VAS) (Kjeken et al, 2011) og måleredskaper som Fatigue Severity Scale (FSS). Det ser ikke ut til at COPM er brukt for å få frem aktivitetsvansker forårsaket av fatigue hos personer med andre sykdommer.

Selvrapporteringsinstrumenter fanger opp fatigue, men de fanger ikke opp aktivitetsvansker som følge av fatigue. Våre kliniske erfaringer tyder på at COPM som vurderingsredskap kan gi pasientene mulighet til å identifisere aktivitetsvansker forårsaket av fatigue. Det kan gi mulighet til en mer presis dokumentasjon av aktivitetsvanskene som fatigue medfører, og gi en bedre oppfølging for pasienter som opplever fatigue etter hjerneslag eller andre tilstander/sykdommer.

Ønsket vårt med COPM som vurderingsredskap

Databaser	Søkeord	Antall treff	Søkeord	Antall treff	Søkeord	Antall treff	Begrensninger	Aktuelle artikler på bakgrunn av søkeord
Ovid medline	(Brain Ischemia Or stroke Or stroke minor Or mild Or non-disabling Or nondisabling) And Canadian Occupational Measure	60	(Stroke minor Or mild Or non-disabling Or non-disabling) And COPM	1	(Stroke minor Or mild Or non-disabling Or nondisabling) And Canadian Occupational Measure	0	Publikasjoner etter 2003 (Cup, 2003)	Ingen
Embase + Embase classic	(Brain Ischemia Or stroke Or stroke minor Or mild Or non-disabling Or nondisabling) AND Canadian Occupational Measure	107	(Stroke minor Or mild Or non-disabling Or non-disabling) And COPM	1	(Stroke minor Or mild Or non-disabling Or nondisabling) And Canadian Occupational Measure	1	Publikasjoner etter 2003 (Cup, 2003)	Ingen
Cinahl	(Brain Ischemia Or stroke Or stroke minor Or mild Or non-disabling Or nondisabling) And Canadian Occupational Measure	45	(Stroke minor Or mild Or non-disabling Or non-disabling) And COPM	0	(Stroke minor Or mild Or non-disabling Or nondisabling) And Canadian Occupational Measure	1	Publikasjoner etter 2003 (Cup, 2003)	Ingen
Amed	(Brain Ischemia Or stroke Or stroke minor Or mild Or non-disabling Or nondisabling) And Canadian Occupational Measure	Ingen					Publikasjoner etter 2003 (Cup, 2003)	Ingen
Hapi	(Brain Ischemia Or stroke Or stroke minor Or mild Or non-disabling Or nondisabling) And Canadian Occupational Measure	Ingen					Publikasjoner etter 2003 (Cup, 2003)	Ingen

Tabell 1 viser resultatene av søkene.

var at pasienten selv skulle definere hvilke aktiviteter i dagliglivet som var viktige å kunne utføre, og om utførelsesvansker i disse aktivitetene førte til at pasientene opplevde redusert deltakelse i dagliglivet. Som redskap er ikke COPM utviklet for å fange opp utfall etter sykdom eller årsak til aktivitetsvansker etter sykdom, men for å identifisere og prioritere aktivitetsproblemer som er viktige for pasienten. Ifølge manualen til COPM er redskapet en del av en arbeidsprosess og kan være et utgangspunkt for videre å forstå og analysere årsakene til aktivitetsproblemene. Redskapet er semi-strukturert

og brukes i intervjusituasjon. Det åpner for å spørre om årsaken til aktivitetsvanskene.

COPM som redskap kartlegger kun vansker i enkeltaktiviteter. Redskapet peker ikke på hvordan aktivitetsvanskene påvirker en hel dag eller en hel uke. Pasientens valg av aktivitetsvansker kan gi terapeuten en mulighet til å veilede og hjelpe pasienten med å finne balanse mellom aktivitet og hvile. På bakgrunn av dette får pasienten mulighet til å prioritere og planlegge aktivitetene som det er viktig å få utført i løpet av en dag, og hvordan aktivitetene kan balanseres og struktureres i en hel uke.

For å strukturere og kartlegge aktiviteter i et lengre tidsløp kan redskaper som KDA (Smith, et al., 1986) og Aktivitetskalkulatoren (Hove ten -Moerdijk et al., 2014) være et supplement.

Søkeresultatet kan tyde på at COPM ikke blir brukt til å oppdage aktivitetsvansker som følge av fatigue. Søket viste at COPM som redskap først og fremst er benyttet som måling av effekt av behandling gitt til slagpasienter enten de er innlagt i sykehus eller mottar behandling etter utskrivelse. Når pasienter har full tilbakegang av nevrologiske utfall, forventes det at de skal kunne returnere til et normalt dagligliv, men ut ifra møte med pasienter på poliklinikken erfarer vi at mange av disse pasientene opplever vansker i daglige aktiviteter forårsaket av fatigue (Moran et al., 2014 og Schillinger & Becker, 2015). COPM som redskap gir pasienten mulighet til å si noe om hvilke daglige aktiviteter det er viktig å utføre, og vansker med å utføre disse aktivitetene som medfører at de opplever at de ikke deltar i dagliglivet som før.

Litteratursøket viser at det er behov for studier som kan bekrefte eller avkrefte våre kliniske erfaringer, som kan tyde på at COPM er et vurderingsredskap som kan avdekke aktivitetsvansker forårsaket av fatigue.

Referanser

- Cup, E. H., W J M Scholte Op Reimer, Thijssen, M. C., & Kuyk-Minis, M. A. (2003). Reliability and validity of the Canadian Occupational Performance Measure in stroke patients. *Clinical Rehabilitation*, 17(4), 402-409. doi:10.1191/0269215503cr635oa
- Finch, E. C., Foster, M. M., Fleming, J., Aitken, P. D., Williams, I., Cruwys, T., & Worrall, L. (2017). Undetected and underserved: the untold story of patients who had a minor stroke. *The Medical Journal of Australia*, 206(8), 337-338. doi:10.5694/mja16.01009
- Helsedirektoratet 2017. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. <http://www.helsebiblioteket.no/Retningslinjer/Hjerneslag>
- Hove ten - Moerdijk, K. & Hulstein - van Gennep, G. (2014). www.meandermc.nl/activiteitenweger
- Kjeken, I. (2012). Effect of Assistive Technology in patients with Hand Osteoarthritis: A randomised, controlled trial. <http://isrctn.org/>. doi:10.1186/isrctn61534918
- Kjeken, I., Sand-Svarterud, A-L. (2012). The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. *Ergoterapeuten*, (1), 11-18(n.d.). doi:10.1107/s0108768107031758/bs5044sup1.cif
- Kos, D., Eupen, I. V., Meirte, J., Cauwenbergh, D. V., Moorkens, G., Meeus, M., & Nijs, J. (2015). Activity Pacing Self-Management in Chronic Fatigue Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Occupational Therapy*, 69(5). doi:10.5014/ajot.2015.016287
- Law M., Baptiste S., Carswell A., MacColl M., Polatasjko H., Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (Manual). 4th ed. CAOT Publications ACE; 2005
- Lerdal, A., Bakken, L. N., Kouwenhoven, S. E., Pedersen, G., Kirkevold, M., Finset, A., & Kim, H. S. (2009). Poststroke Fatigue—A Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(6), 928-949. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.04.028
- Moran, G. M., Fletcher, B., Feltham, M. G., Calvert, M., Sackley, C., & Marshall, T. (2014). Fatigue, psychological and cognitive impairment following transient ischaemic attack and minor stroke: a systematic review. *European Journal of Neurology*, 21(10), 1258-1267. doi:10.1111/ene.12469
- Naess, H., Lunde, L., & Brogger, J. (2012). The effects of fatigue, pain, and depression on quality of life in ischemic stroke patients: The Bergen Stroke Study. *Vascular Health and Risk Management*, 407. doi:10.2147/vhrm.s32780
- Naess, H., Lunde, L., & Brogger, J. (2012). The Triad of Pain, Fatigue and Depression in Ischemic Stroke Patients: The Bergen Stroke Study. *Cerebrovascular Diseases*, 33(5), 461-465. doi:10.1159/000336760
- Nilsen, D. M., Gillen, G., Dirusso, T., & Gordon, A. M. (2012). Effect of Imagery Perspective on Occupational Performance After Stroke: A Randomized Controlled Trial. *American Journal of Occupational Therapy*, 66(3), 320-329. doi:10.5014/ajot.2012.003475
- Nys, G. M., Zandvoort, M. J., Kort, P. L., Worp, H. B., Jansen, B. P., Algra, A., . . . Kappelle, L. J. (2005). The prognostic value of domain-specific cognitive abilities in acute first-ever stroke. *Neurology*, 64(5), 821-827. doi:10.1212/01.wnl.0000152984.28420.5a
- Schillinger, A., & Becker, F. (2015). Fatigue/utmattelse etter traumatisk hjerneskade og hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske Legeforening*, 135(4), 331-335. doi:10.4045/tidskr.14.0271
- Smith, N. R., Kielhofner, G., & Watts, J. H. (1986). The Relationships Between Volition, Activity Pattern, and Life Satisfaction in the Elderly. *American Journal of Occupational Therapy*, 40(4), 278-283. doi:10.5014/ajot.40.4.278
- Staub, F., & Bogousslavsky, J. (2001). Fatigue after Stroke: A Major but Neglected Issue. *Cerebrovascular Diseases*, 12(2), 75-81. doi:10.1159/000047685
- Zandvoort M. J., De Haan E.H., Kappelle L. J. (2001). Chronic cognitive disturbances after single supratentorial lacunar infarct. *Neuropsychiatry Neurol.* Apr-Jun;14(2):98-102
- Zandvoort, M. J., Kappelle, L. J., Algra, A., & Haan, E. H. (1998). Decreased capacity for mental effort after single supratentorial lacunar infarct may affect performance in everyday life. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 65(5), 697-702. doi:10.1136/jnnp.65.5.697

Edinburgh Cognitive and Behavioural ALS Screen

- norsk versjon

Av Tina Taule, Annbjørg Spilde Morland, Marit Arnevik Renså, Tone Revheim, Mari-Anne Myrberget, Line Therese Fjær, Thomas Guldvik, Marit Sofie Oseland, Anita Rabbersvik Jensen, Ole-Bjørn Tysnes og Tiina Rekand

Tina Taule arbeider ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus (HUS), Bergen
E-post: tina.taule@helse-bergen.no.

Annbjørg Spilde Morland arbeider ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, HUS, Bergen. E-post: annbjorg.spilde.morland@helse-bergen.no.

Marit Arnevik Renså arbeider ved Nevrologisk avdeling, Nevroklinikken, HUS, Bergen.

Tone Revheim arbeider ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, HUS, Bergen.

Mari-Anne Myrberget arbeider ved Avdeling ergoterapi, Klinikk for kliniske servicefunksjoner, St.Olavs hospital, Trondheim.

Line Therese Fjær arbeider ved Avdeling for fysio- og ergoterapi, Seksjon Namsos, Sykehuset Namsos.

Thomas Guldvik arbeider ved Avdeling for fysio- og ergoterapi, seksjon Namsos, Sykehuset Namsos.

Marit Sofie Oseland arbeider ved Sosionom, ergoterapi, og fysioterapiavdelingen, Sørlandet sykehus, Kristiansand.

Anita Rabbersvik Jensen arbeider ved Sosionom, ergoterapi, og fysioterapiavdelingen, Sørlandet sykehus, Kristiansand.

Ole-Bjørn Tysnes arbeider ved Nevrologisk avdeling, Nevroklinikken, HUS, Bergen.

Tiina Rekand arbeider ved Nevrologisk avdeling, Nevroklinikken, HUS, Bergen.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til innsendt manuskript.

Sammendrag

Sykdommen amyotrofisk lateralsklerose (ALS) kan ramme kognitive funksjoner og føre til atferdsendringer. Dette har betydning i samhandling mellom pasient, pårørende og helsepersonell. Tidlig kartlegging av kognitiv funksjon er anbefalt. Ulike tester er tilgjengelige, men forskning viser at resultatet i for stor grad påvirkes av pasientens språklige og motoriske begrensninger.

I artikkelen introduseres en oversatt norsk utgave av Edinburgh Cognitive and behavioural Amyotrophic lateral sclerosis Screen (ECAS). ECAS er et ALS-spesifikt instrument som er raskt og enkelt i bruk og kan gjennomføres også når pasienten har vansker med å skrive, tegne og/eller snakke. ECAS er oversatt til en rekke språk og har vist lovende måleegenskaper.

Testen er oversatt til norsk ved bruk av internasjonalt anerkjente metoder. Introduksjonen av ECAS kan bidra til et mer nyansert bilde av sykdommen enn tidligere antatt. Økt innsikt i pasientens kognitive utfordringer kan gi et bedre og mer individuelt tilpasset tilbud for pasient og pårørende.

Nøkkelord: Amyotrofisk lateralsklerose, ALS, kartlegging, vurdering, kognitiv funksjon, ECAS.

BAKGRUNN

Amyotrofisk lateralsklerose (ALS) er en alvorlig nevrologisk sykdom som rammer kroppens motoriske funksjoner (Talbot, Malek, & Lacomis, 2016). I tillegg viser nyere forskning at mellom 30 og 50 prosent av pasientene også får kognitive vansker og atferdsendringer (Abrahams, Newton, Niven, Foley, & Bak, 2014; Beeldman et al., 2016; Burke et al., 2017). Hos pasienter med ALS er kognitiv funksjonsnedsettelse relatert til verbal flyt, språklige funksjoner, sosial kognisjon, verbal hukommelse og eksekutive funksjoner (Beeldman et al., 2016). Slike endringer påvirker pasientens evne til å ta imot kompleks og abstrakt informasjon. Dette har betydning i kommunikasjon mellom pasient, pårørende og helsepersonell for eksempel når det skal tas stilling i spørsmål knyttet til livsforlengende behandling og avanserte hjelpemidler. Atferdsendringer kan innebære å bli mindre opptatt av personlig hygiene, mer irriterbar, apatisk eller å utvikle nye merkelige vaner (Burke et al., 2017). For fem til 15 prosent av pasientene er endringene så alvorlige at de møter kriteriene for frontotemporal demens (Beeldman et al., 2016; Goldstein & Abrahams, 2013).

Forskning viser at spesialisert tverrfaglig oppfølging som inkluderer ergoterapi, har positiv effekt på pasientens livskvalitet og overlevelse (Abesman & Sheard, 2014; Hogden, Foley, Henderson, James, & Aoun, 2017). I møte med ALS-pasienter bidrar ergoterapeuten til best mulig mestring av daglige aktiviteter, blant annet gjennom tilpasning av bolig, elektriske rullestoler og avanserte teknologiske hjelpemidler (Abesman & Sheard, 2014). Retningslinjer vektlegger pasient og pårørendes roller i slike beslutningsprosesser (Andersen et al., 2012). Nyere kunnskap om ALS som en kompleks lidelse har bidratt til en diskusjon om hvordan ALS-pasienter med kognitive vansker kan integreres i slike beslutningsprosesser på en best mulig måte (Foley & Hynes, 2018).









Som et første steg på veien trenger ergoterapeuter og annet helsepersonell kunnskap om hvem dette gjelder, hvilke endringer pasienten sliter med, og hvor alvorlig funksjonstapet er (Abrahams, 2013). Det er derfor anbefalt at kognitive og atferdsmessige endringer kartlegges tidlig i sykdomsforløpet hos alle pasienter med ALS (Miller et al., 2009; Strong et al., 2009). Kartleggingen vil kunne gjennomføres av ergoterapeuter, da yrkesgruppen er eksperter på å vurdere hvordan kognitive vansker påvirker pasien-

tens utførelse av daglige aktiviteter og delaktighet i egen behandling.

Praktisk kartlegging av kognitiv funksjon blir imidlertid ikke utført rutinemessig (Foley & Hynes, 2018) og har vist seg å være utfordrende når pasienten i tillegg har motoriske vansker som påvirker evnen til å skrive, tegne og snakke (Khin, Minor, Holloway, & Pelleg, 2015). Dette er også årsaken til at standardiserte og mye brukte tester som Montreal Cognitive Assessment (MoCA) (Nasreddine et al., 2005) og Mini Mental State Examination (MMSE) (Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) har begrenset verdi (Abrahams et al., 2014; Phukan, Pender, & Hardiman, 2007). Full nevropsykologisk testing er også omdiskutert, både fordi dette er utmattende for pasienten, og fordi nevropsykologer ikke er tilgjengelige ved alle sykehus. Helsepersonell er derfor anbefalt å bruke korte, ALS-spesifikke tester som kartlegger ulike kognitive domener og har en integrert vurdering av adferd (Khin et al., 2015). Edinburgh Cognitive and behavioral Amyotrophic lateral sclerosis Screen (ECAS) er en slik test som har vist seg å være sensitiv for ALS-spesifikke vansker (Abrahams et al., 2014). Testen, som er rask og enkel i bruk, er oversatt til en rekke språk og har vist lovende måleegenskaper (Abrahams et al., 2014; Lulé et al., 2015; Niven et al., 2015; Poletti et al., 2016; Ye, Li, Liu, & Fan, 2016). Vi ønsker derfor å introdusere en oversatt norsk versjon av ECAS med guidelines som er klar for klinisk bruk. Testen er spesielt aktuell for ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten som har ansvar for oppfølging av pasienter med ALS. Bedre kunnskap om pasientens kognitive status vil kunne bidra til økt forståelse av hvordan slike vansker påvirker hverdagen til pasienter med ALS og deres pårørende, samt bedre tilpassete tiltak for den enkelte pasient.

METODE

Norsk versjon av ECAS er oversatt i samsvar med internasjonale anbefalinger (Sousa & Rojjanasrirat, 2011) og retningslinjer for oversettelse av ECAS utarbeidet av rettighetsinnehaver (Abrahams & Bak, 2013). Dette innebærer blant annet frem- og tilbakeoversettelse gjennomført av tospråklige og uavhengige oversettere. Misforhold ble løst ved konsensus mellom oppdragsgiver og oversettere. Videre ble den norske utgaven av ECAS pilottestet på målgruppen (n=10 pasienter, n=10 omsorgspersoner) blant annet for å identifisere ord og uttrykk som kunne være vanskelige å forstå. I tillegg har

EDINBURGH COGNITIVE AND BEHAVIOURAL ALS SCREEN – ECAS Oversatt norsk versjon – nr.3/2018 ¹	
Kontaktinformasjon: Annbjørg Spilde Morland, Ergoterapiavdelingen, Haukeland universitetssjukehus E-post: annbjorg.spilde.morland@helse-bergen.no	
Sykehus:	Navn:
Tester:	Fødselsdato:
Testdato:	Høyeste nivå av avsluttet utdanning:
Testutførelse: muntlig/skriftlig/begge deler	Nåværende arbeid:
Tidspunkt for symptomdebut (mm/åå):	Dominant hånd: høyre/venstre/begge deler
Tidligere vansker med å: lese/skrive/begge deler	
1. SPRÅK – Benevnning	
<p>☛ Sk: «Si eller skriv navnene på det du ser på bildene her.»</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;">  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 50%;">  <input type="checkbox"/> </div> </div> <p align="right">Skårer 0-8 <input type="checkbox"/></p>	
2. SPRÅK – Forståelse	
<p>☛ Sk: «Pek på bildet av:</p> <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <p>1. Noe du kan fly i</p> <p>3. Et dyr som klatrer i trær</p> <p>5. Et transportmiddel</p> <p>7. Noe som stikker</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>2. Noe som har svømmeføtter</p> <p>4. Noe som brukes til å hogge med</p> <p>6. Noe som har en skarp egg</p> <p>8. Noe som spiser netter og frø</p> </div> </div> <p align="right">Skårer 0-8 <input type="checkbox"/></p>	

S. Abrahams & T. H. Bak 1

EDINBURGH COGNITIVE AND BEHAVIOURAL ALS SCREEN – ECAS Oversatt norsk versjon – nr.3/2018				
ATFERDSSCREENING – Klinisk intervju med omsorgsperson				
<p>☛ Spør omsorgspersonen om følgende mulige endringer i atferdsmønstre. Symptomene skal ha vist seg gjentatte ganger, ikke bare én gang, og de kan ha opptrådt før utvikling av eventuelle motoriske tegn. Kryss av for «Ja», «Nei» eller «Vet ikke». Hvis «Ja», gi en kort skriftlig beskrivelse. Gi 1 poeng for hvert «Ja» (maks = 10).</p>				
A	Upassende atferd	Ja	Nei	Vet ikke
1	Sosialt upassende atferd, f.eks. upassende atferd overfor fremmede kriminell atferd			
2	Tap av manerer eller anstendighet, f.eks. frekke eller seksuelt eksplisitte kommentarer vitser eller uttalelser som kan være støtende for andre manglende respons på sosiale hint			
3	Impulsive, ubetenksomme eller uforsiktede handlinger, f.eks. begynt å gamble eller kjøp eller salg av eiendom uten tanke på konsekvensene gir fra seg personlig informasjon som ikke burde vært delt, f.eks. kredittkortnummer			
B	Apati eller sløvhet	Ja	Nei	Vet ikke
4	Tap av interesse, driv eller motivasjon, f.eks. passivitet og manglende spontanitet trenger påminnelser for å sette i gang eller fortsette med rutinemessige gjøremål			
C	Tap av sympati eller empati	Ja	Nei	Vet ikke
5	Svekket respons på andre menneskers behov og følelser Positiv skåring for dette trekket bør være basert på spesifikke eksempler som viser manglende forståelse eller likegyldighet for andre menneskers følelser, f.eks. sårende kommentarer tar ikke hensyn til andres smerte eller ubehag			
6	Svekket sosial interesse, gjensidighet, personlig varme eller nærhet i sosiale relasjoner, f.eks. viser kulde manglende øyekontakt			
D	Perseverativ, stereotyp, tvangspreget eller ritualistisk atferd	Ja	Nei	Vet ikke
7	Enkle, repetitive bevegelser, f.eks. trommer med fingrene, klapper, krafser, plukker på hud eller klær, gjentar ord			
8	Kompleks, tvangspreget eller ritualistisk atferd, f.eks. teller, har vaskeritualer, sjekker, samler, hamstrer			

S. Abrahams & T. H. Bak 10

Printscreen av ECAS-kognitiv screening og ECAS-adferdsscreening.

en ressursgruppe bestående av ergoterapeuter, nevrologer, sykepleier, psykolog, logoped og brukerrepresentant vurdert språk og relevans av oppgavene brukt i en norsk kontekst. For språklig klarhet ble inter-rater-enighet satt til minimum 80 prosent i hver av gruppene. For relevans aksepterte vi en content validity index på 0.9 eller høyere. Arbeidet er gjennomført i samarbeid med statistiker og godkjent av rettighetsinnehaver Sharon Abrahams.

Normative skåringstabeller for verbal flyt i oppgavene og cut-off verdier for alle oppgavene er utarbeidet spesifikt for Norge og basert på testresultater fra friske personer med norsk som morsmål (n=277). Personer i aldersgruppen 35-85 år ble inkludert. Ekskludert ble personer med lese-/skrivevansker, nevrologisk tilstand med vedvarende plager, alvorlig hodeskade eller medisinerbruk som kan tenkes å påvirke kognitiv funksjon. Deltagerne ble valgt for best mulig å matche diagnosegruppen hva

gjelder alder, kjønn og utdanningsnivå. Dette betyr litt flere menn enn kvinner, omtrent like mange deltakere over og under 60 år og like mange deltakere med høyskole-/universitetsutdanning som deltakere med grunn-/videregående utdanning. Halvparten av deltakerne gjennomførte testen muntlig og halvparten skriftlig. I henhold til retningslinjer for oversettelse av ECAS er gjennomsnittsverdier brukt til å etablere alders- og utdanningsjusterte normer for skriftlig og muntlig verbal flyt, samt cut-off-skårer for alle oppgavene (Abrahams & Bak, 2013).

Videre undersøkelse av måleegenskapene ved den oversatte norske versjonen pågår og forventes avsluttet i 2022. Her undersøkes det om oversatt norsk versjon av ECAS er robust for målefeil som skyldes ulike testtidspunkt og ulike testere. I tillegg undersøkes det om testresultatene kan brukes til å skille mellom personer som har ALS-spesifikk kognitiv funksjonsnedsettelse og personer som ikke har kognitiv funksjonsnedsettelse, og personer

som har kognitive vansker relatert til andre diagnoser. Prosjektet ledes fra Haukeland universitetssjukehus (HUS) i Bergen og gjennomføres i samarbeid med St.Olavs hospital i Trondheim, Sørlandet sykehus i Kristiansand og Sykehuset Namsos.

RESULTAT

ECAS består av to deltester og kan gjennomføres av ergoterapeuter. I den ene deltesten kartlegges pasientens kognitive ferdigheter (ECAS-kognitiv screen), mens den andre deltesten brukes for å kartlegge endring i atferd (ECAS-atferd-screen) og symptomer på psykose (ECAS-psykose-screen) (Abrahams et al., 2014).

ECAS-kognitiv screen er basert på pasientens utførelse av 16 deloppgaver. Her kartlegges ALS-spesifikke områder som språk, ordflyt og eksekutive funksjoner. Eksempelvis testes språk ved bruk av staveoppgaver og gjenkjenning av illustrasjoner. Eksekutive funksjoner er blant annet evnen til å fullføre setninger og veksle mellom tall og bokstaver. I tillegg vurderes hukommelse og visuospatiale funksjoner som antas ikke å være spesifikke for ALS-pasienter. Her testes blant annet pasientens evne til umiddelbar og utsatt gjenkalling, samt evne til å lokalisere tall og telle klosser. Skåring gjennomføres på bakgrunn av spesifikke opplysninger gitt i testmanualen for hver enkelt deloppgave. Resultatene oppsummeres i en ALS-spesifikk sub-skåre (0-100) og en ikke ALS-spesifikk sub-skåre (0-36). Totalskåre (0-136) og cut-off-verdier er også tilgjengelige. Høy skåre reflekterer mindre vansker enn lav skåre (Abrahams et al., 2014).

Kartlegging av atferd og symptomer på psykose gjøres ved bruk av et semi-strukturert intervju med en person som kjenner pasienten godt, som oftest nærmeste pårørende. Intervjuet fokuserer på endringer i atferdsmønstre, og pårørende blir for eksempel spurt om de har observert upassende atferd, tap av empati eller endring i kostvaner. I tillegg har testen tre enkle spørsmål knyttet til symptomer på psykose, for eksempel om pasienten hører eller ser ting som ikke er der. Skåring gjennomføres på bakgrunn av pårørendes svar (ja/nei/vet ikke), og det gis et poeng for hvert ja. ECAS-atferd-screen har en skåre fra 0-10 og ECAS-psykose screen en skåre fra 0-3. Her gjenspeiler høy skåre større vansker enn lav skåre (Abrahams et al., 2014).

Informasjon om oversatt norsk versjon av ECAS er tilgjengelig på ECAS' hjemmeside: <https://ecas.psychology.ac.uk/ecas-international/#Norwegian>. En

trainingsvideo utviklet av rettighetsinnehaver er tilgjengelig her: <https://ecas.psychology.ac.uk/training/>. Til en kostnad av 25 pund er det også mulighet for sertifisering, noe som ikke er et krav, men anbefales for dem som skal anvende testen. I tillegg er det anbefalt at guidelines benyttes aktivt. Ytterligere spørsmål angående den oversatte norske versjonen av ECAS kan rettes til Annbjørg Spilde Morland eller Tina Taule (se kontaktinformasjon).

AVSLUTNING

Gjennom boligtilrettelegging og formidling av hjelpemidler bidrar ergoterapeuter til at pasienter med ALS kan delta i daglige aktiviteter som er viktige for dem (Abesman & Sheard, 2014). For best mulig inkludering av pasienten i beslutningsprosesser må ergoterapeuten ha kunnskap både om pasientens motoriske og kognitive status (Foley & Hynes, 2018). Kognitive ferdigheter må vurderes rutinemessig (Foley & Hynes, 2018) og ved bruk av ALS-spesifikke kartleggingsinstrument (Goldstein & Abrahams, 2013). ECAS er, så langt vi kjenner til, det eneste ALS-spesifikke kartleggingsinstrumentet som er oversatt til norsk, og som kan brukes av ergoterapeuter.

Testen kan bidra til at ergoterapeuter og annet helsepersonell får et mer nyansert bilde av kognitiv funksjon hos ALS pasienter enn tidligere antatt. Vi kan etter hvert få en bedre forståelse av risikofaktorer for å utvikle kognitive vansker. Blant annet kan vi få svar på hvem av pasientene med ALS som utvikler kognitive problemer, samt hvilke kognitive utfordringer pasienten sliter med, og hvor alvorlig funksjonstapet er (Abrahams et al., 2014). Økt innsikt i pasientens kognitive funksjon kan bidra til et bedre og mer individuelt tilpasset tilbud for pasient og pårørende. Ergoterapeuten og annet helsepersonell vil lettere kunne velge løsninger basert på pasientens ressurser og begrensninger. Dette kan være ressursbesparende for samfunnet.

TAKK TIL

Vi takker Ergoterapeutene – Norsk Ergoterapeut forbund, Stiftelsen ALS Norsk Støttegruppe, Kvalitetsforbedring langtids mekanisk ventilasjon 2015, Ergoterapiavdelingen og Nevrologisk avdeling ved HUS samt Helse Vest for finansiell støtte. Takk også til Kompetansesenter for klinisk forskning, HUS og Høgskolen på Vestlandet som har bidratt til praktisk gjennomføring av arbeidet.

Referanser

- Abesman, M., & Sheard, K. (2014). Systematic review of the effectiveness of occupational therapy-related interventions for people with amyotrophic lateral sclerosis. *Am J Occ Ther*, 68(1), 20-26. doi:10.5014/ajot.2014.008649
- Abrahams, S. (2013). ALS, cognition and the clinic. *Amyotroph Lateral Scler and Frontotemporal Degener*, 14(1), 3-5. doi:10.3109/21678421.2013.760149.
- Abrahams, S., & Bak, T. (2013, 2013.03.19). Edinburgh Cognitive and Behavioural ALS Screen - ECAS English version 2013. Retrieved from <https://www.era.lib.ed.ac.uk/handle/1842/6592>
- Abrahams, S., Newton, J., Niven, E., Foley, J., & Bak, T. (2014). Screening for cognition and behaviour changes in ALS. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*, 15(1-2), 9-14. doi:10.3109/21678421.2013.805784
- Andersen, P. M., Abrahams, S., Borasio, G. D., de Cavalho, M., Chio, A., Van Danne, P., Hardiman, O., Kollewe, K., Morrison, K. E., Petri, S., Pradat, P. F., Silvani, V., Tomik, B., Wasner, M., & Weber, M. (2012). EFNS guidelines on the clinical management of amyotrophic lateral sclerosis (MALS)--revised report of an EFNS task force. *Eur J Neurol*, 19(3), 360-375. doi:10.1111/j.1468-1331.2011.03501.x.
- Beeldman, E., Raaphorst, J., Twwenaar, M., deVisser, M., Schmand, B., & de Haan, R. (2016). The cognitive profile of ALS: a systematic review and meta-analysis update. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 87(6), 611-619. doi:10.1136/jnnp-2015-310734
- Burke, T., Pinto-Grau, M., Lonergan, K., Bede, P., O'Sullivan, M., Heverin, M., Vajda, A., McLaughlin, R. L., Pender, N. P., & Hardiman, O. (2017). A Cross-sectional population-based investigation into behavioral change in amyotrophic lateral sclerosis: subphenotypes, staging, cognitive predictors, and survival. *Ann Clin Transl Neurol*, 4(5), 305-317. doi:10.1002/acn3.407
- Foley, G., & Hynes, G. (2018). Decision-making among patients and their family in ALS care: a review. *Amyotroph Lateral Scler and Frontotemporal Degener*, 19, 173-193.
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (1975). Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*, 12(3), 189-198.
- Goldstein, L. H., & Abrahams, S. (2013). Changes in cognition and behaviour in amyotrophic lateral sclerosis: nature of impairment and implications for assessment. *Lancet Neurol*, 12(4), 368-380. doi:10.1016/s1474-4422(13)70026-7
- Hogden, A., Foley, G., Henderson, R. D., James, N., & Aoun, S. M. (2017). Amyotrophic lateral sclerosis: improving care with a multidisciplinary approach. *Journal of Multidisciplinary healthcare*, 10, 205-215.
- Khin, E., Minor, D., Holloway, A., & Pelleg, A. (2015). Decisional capacity in amyotrophic lateral sclerosis. *J Am Acad Psychiatry Law*, 43, 210-217.
- Lulé, D., Burkhardt, C., Abdulla, S., Böhm, S., Kollewe, K., Uttner, I., Abrahams, S., Bak, T., Petri, S., Weber, M., & Ludolph, A. (2015). The Edinburgh Cognitive and Behavioural Amyotrophic Lateral Sclerosis Screen: a cross-sectional comparison of established screening tools in a German-Swiss population. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*, 16(1-2), 16-23. doi:10.3109/21678421.2014.959451
- Miller, R. G., Jackson, C. E., Kasarkis, E. J., England, J. D., Forshew, D., Johnston, W., Kalra, S., Katz, J. S., Mitsumoto, H., Rosenfeld, J., Shoesmith, C., Strong, M. J., & Woolley, S. C. (2009). Practice parameter update: The care of the patient with amyotrophic lateral sclerosis: Multidisciplinary care, symptom management, and cognitive/behavioral impairment (an evidence-based review). *Neurology*, 73, 1227-1233.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*, 53(4), 695-699. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- Niven, E., Newton, J., Foley, J., Colville, S., Swingle, R., Chandran, S., Bak, T., & Abrahams, S. (2015). Validation of the Edinburgh Cognitive and Behavioural Amyotrophic Lateral Sclerosis Screen (ECAS): A cognitive tool for motor disorders. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*, 16(3-4), 172-179. doi:10.3109/21678421.2015.1030430
- Phukan, J., Pender, N. P., & Hardiman, O. (2007). Cognitive impairment in amyotrophic lateral sclerosis. *Lancet Neurol*, 6(11), 994-1003. doi:10.1016/s1474-4422(07)70265-x
- Poletti, B., Solca, F., Carelli, L., Madotto, F., Lafronza, A., Faini, A., Monti, A., Zago, S., Calini, D., Tiloca, C., Doretto, A., Verde, F., Ratti, A., Ticozzi, N., Abrahams, S., & Silani, V. (2016). The validation of the Italian Edinburgh Cognitive and Behavioural ALS Screen (ECAS). *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener*, 17(7-8), 489-498. doi:10.1080/21678421.2016.1183679
- Sousa, V., & Rojjanasrirat, W. (2011). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *J Eval Clin Pract*, 17(2), 268-274. doi:10.1111/j.1365-2753.2010.01434.x
- Strong, M. J., Grace, G. M., Freedman, M., Lomen-Hoerth, C., Woolley, S. C., Goldstein, L. H., Murphy, J., Shoesmith, C., Rosenfeld, J., Leigh, P. N., Bruijn, L., & Figlewicz, D. (2009). Consensus criteria for the diagnosis of frontotemporal cognitive and behavioural syndromes in amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotroph Lateral Scler*, 10, 131-146.
- Talbott, E. O., Malek, A. M., & Lacomis, D. (2016). The epidemiology of amyotrophic lateral sclerosis. *Handb Clin Neurol*, 138, 225-238. doi:doi: 10.1016/B978-0-12-802973-2.00013-6.
- Ye, S., Li, C., Liu, X., & Fan, D. (2016). The Edinburgh cognitive and behavioural ALS screen in a Chinese amyotrophic lateral sclerosis population. *PlosOne*, 11(5). doi:10.1371/journal.pone.0155496

NYE F3 Corpus[®]



Kompakt mestring

Høy komfort og kompakt mestring på trange områder.

Active Reach funksjonen tilter sete opptil 30° fremover, og kan lette mange av dine daglige gjøremål.

permobil.no

permobil

Økt motivasjon for fysisk aktivitet blant personer med sykkelig overvekt ett år etter deltakelse på lærings- og mestringskurs

Av Bente Bjelland, May Solveig Fagermoen, Anners Lerdal og Tore Bonsaksen

Bente Bjelland er ergoterapeut MSc og arbeider i Stord kommune.

May Solveig Fagermoen er førsteamanuensis ved Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

Anners Lerdal er professor ved Avdeling for sykepleievitenskap, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo og forskningssjef ved Lovisenberg diakonale sykehus, Oslo.

Tore Bonsaksen er dosent ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, Fakultet for helsefag, OsloMet - storbyuniversitetet og Fakultet for helsefag, VID Vitenskapelige Høgskole, Sandnes. E-post: tore.bonsaksen@oslomet.no

Manuset ble mottatt 09.10.2018 og godkjent 06.03.2019.

Det er ingen uenigheter mellom forfatterne om rettigheter til artikkelen. Artikkelen er ikke publisert tidligere, og er ikke i vurdering for publisering hos annet tidsskrift.

ØKT MOTIVASJON FOR FYSISK AKTIVITET BLANT PERSONER MED SYKELIG OVERVEKT ETT ÅR ETTER DELTAKELSE PÅ LÆRINGS- OG MESTRINGSKURS

Abstract

Aims: The study aimed to describe the participants with regards to their motivation for physical activity, and to examine associations between sociodemographic variables and motivation for physical activity at the beginning of a patient education course and at one-year follow-up.

Methods: The study had a longitudinal cohort design. Participants with morbid obesity attended a patient education course and completed self-report questionnaires, including the Stages of Change-Exercise. The data were analyzed descriptively and with independent t-test, Chi Square test, Fisher's exact test, and logistic regression analysis.

Results: Data from 69 participants were analyzed. Of these, 42 (60.9 percent) reported sustained high or increased motivation for physical activity between the beginning of the patient education course and the one-year follow-up, whereas 27 (39.1 percent) reported continuing low or decreased motivation. Higher education reduced the odds of being physically active at the beginning of the course, whereas employment increased the odds of being physically active at one-year follow-up.

Conclusion: A majority of the participants showed a positive change in their motivation for physical activity, while a considerable minority remained physically inactive. Employment appears to be an important resource for promoting motivation for physical activity.

Keywords: morbid obesity, motivation, patient education, physical activity, Stages of Change-Exercise

INNLEDNING

I Norge er forebygging og behandling av overvekt og overvektsrelaterte helseplager et helsepolitisk satsningsområde (Helsedirektoratet, 2010). Sykelig overvekt, som innebærer en kroppsmasseindeks (KMI) ≥ 40 eller KMI ≥ 35 sammen med vektrelatert følgesykdom, er et økende folkehelseproblem både i Norge og resten av verden (Helsedirektoratet, 2010; Sturm, 2007). En viktig årsak til denne veksten er økt grad av fysisk inaktivitet i befolkningens hverdag. Utviklingen er bekymringsfull, spesielt fordi sykelig overvekt øker risikoen for å utvikle kroniske somatiske sykdommer som diabetes, høyt blodtrykk, hjertesykdom, slag og ulike kreftformer (Dixon, 2010; James, 1998). Sykelig overvekt er assosiert med smerte og tretthet (Alley & Chang, 2007), samt lavere psykologisk velvære og livskvalitet (De Zwaan et al., 2009). Tilstanden kan også begrense fungering og deltakelse i hverdagslivets aktiviteter (Adami et al., 2005), for eksempel lek med barn og barnebarn (Nossun, Johansen, & Kjekken, 2018). Noen personer fortsetter å delta i mange av de daglige aktivitetene, men er ikke tilfredse med sin deltakelse (Thomas, Hyde, Karunaratne, Herbert, & Komesaroff, 2008). Samlet sett kan det tolkes slik at sykelig overvekt medfører alvorlig helserisiko, redusert selvfølelse og redusert opplevelse av mestring, samt at det kan påvirke daglige gjøremål ved at aktiviteter blir tyngre og vanskeligere å utføre. På grunn av de negative konsekvensene forbundet med sykelig overvekt, er det viktig å undersøke hvordan personer med denne tilstanden lever sine hverdagsliv, og i denne sammenhengen undersøkes deres

motivasjon for fysisk aktivitet.

Norske anbefalinger for ukentlig fysisk aktivitet blant voksne er minimum 75 minutter med høy intensitet eller 150 minutter med moderat intensitet (Helsedirektoratet, 2014). Om lag 32 prosent av den norske befolkningen etterlever disse anbefalingene for fysisk aktivitet, og etterlevelsen varierer mellom grupper i befolkningen. Flere i gruppen normalvektige oppfyller anbefalingene, sammenliknet med personer med overvekt eller fedme. Personer med høyere utdanning har om lag dobbelt så høy sjanse for å oppfylle anbefalingene, sammenliknet med personer med lavere utdanning (Helsedirektoratet, 2015). Yrkesaktive har et fysisk aktivitetsnivå som er høyere enn nivået hos trygdete og arbeidsledige. Samlivsstatus og livsfase har også betydning for fysisk aktivitetsnivå: Unge enslige har et høyere fysisk aktivitetsnivå sammenliknet med personer som har familie. Dette endrer seg senere i livet, hvor personer i stabile samlivsforhold har et høyere fysisk aktivitetsnivå enn enslige (Breivik & Rafoss, 2017).

For at personer med sykelig overvekt skal lykkes med livsstilsendringer, er det viktig å ha sterk endringsmotivasjon. Teorien om endringsstadier, «Stages of Change» (SoC) (Prochaska, Diclemente, & Garfield, 1983; Prochaska, Diclemente, & Kovacs, 1982), inngår i den transteoretiske modellen, som er en av de mest brukte modellene for forskning og utvikling av tiltak innen helsefremmende atferd (Lerdal & Celius, 2011). SoC beskriver atferdsendring som en prosess som beveger seg gjennom fem ulike stadier av endring med gradvis større motivasjon, forpliktelse og gjennomføringsevne (Prochas-

ka et al., 1983; Prochaska et al., 1982). De fem endringsstadiene er benevnt som før-overveielsesstadiet, overveielsesstadiet, forbedelsessstadiet, handlingsstadiet og vedlikeholdsstadiet. Gjennom prosessen med å endre livsstil kan personen bevege seg frem og tilbake mellom de ulike stadiene. SoC kan i denne sammenhengen være et hjelpemiddel for å antyde hvilke virkemidler og strategier som kan være best tilpasset personer som er i ulike stadier av endring (Korban & Bonsaksen, 2014).

Tidligere studier som har anvendt SoC i oppfølging av personer med overvekt, har gitt positive resultater (Johnson et al., 2008; Livia et al., 2016; Mastellos, Gunn, Felix, Car, & Majeed, 2014). Flere av studiene fant at deltakerne oppnådde økt fysisk aktivitet og et sunnere kosthold, hvor de eksempelvis spiste mer frukt og grønnsaker enn tidligere (Johnson et al., 2008; Livia et al., 2016; Mastellos et al., 2014). To studier viste at deltakerne reduserte kroppsvekten (Johnson et al., 2008) samt reduserte livvidde, fettmasse og blodtrykk (Livia et al., 2016). En studie viste også at deltakerne økte sin evne til å håndtere emosjonelle vansker, samt at 40-50 prosent av deltakere var i handlings- eller vedlikeholdsstadiet to år etter intervensjon (Johnson et al., 2008).

Det synes imidlertid å være få tidligere studier som har undersøkt personer med sykelig overvekt med henblikk på deres endring i motivasjon for fysisk aktivitet, og ingen slike studier har tatt utgangspunkt i norske forhold. Det synes også å foreligge lite kunnskap om hvilke faktorer som kan bidra til progresjon gjennom de ulike endrings-

stadiene; i betydningen hva som kan bidra til at personer øker sin motivasjon slik at de går fra det ene endringsstadiet til det neste. Slike faktorer kan angå innhold og organisering av intervensjoner, for eksempel om pasientopplærings-tiltak også inneholder praktisk trening eller er mer teoretisk rettet mot undervisning, og om tiltaket pågår over kortere eller lengre tid. Progresjon gjennom endringsstadiene kan også angå stabile eller påvirkbare egenskaper hos de personene som søker hjelp, for eksempel deres øvrige helsetilstand og deres utdanningsnivå. Mer kunnskap om hva som kan fremme motivasjon for fysisk aktivitet kan ha betydning for hva helsepersonell bør gjøre, og kan antyde noe om hvem som kan ha et spesielt behov for hjelp til å øke motivasjonen.

FORMÅL

Studien er en eksplorativ studie med formål om å:

- 1) Beskrive deltakerne med henblikk på deres motivasjon for fysisk aktivitet målt med SoC, og
- 2) Undersøke sammenhenger mellom deltakernes sosio-demografiske bakgrunn og motivasjon for fysisk aktivitet ved kursstart og ett år etter kursavslutning.

Metode

DESIGN

Prosjektet er en longitudinell kohortstudie der data ble innhentet på første kursdag, og deretter to uker samt tre, seks og tolv måneder etter kursavslutning. I denne delstudien ble det anvendt data fra deltakerne ved kun to av de fem måletidspunktene: ved kursstart og ett år etter kursavslutning. Årsaken til dette var at

vi i denne studien ville undersøke hva som skjedde med deltakerne gjennom et lengre tidsforløp fremfor å undersøke mindre – og kanskje mindre stabile – endringer underveis i forløpet.

DELTAKERE

Deltakerne i studien var personer med sykkelig overvekt som deltok på et pasientopplæringskurs ved et lærings- og mestringssenter (LMS) i Norge. Personene som deltok på kurset, ble henvist fra lege. For å kunne inkluderes på kursene måtte deltakerne ha KMI ≥ 40 , eller KMI ≥ 35 i tillegg til vektrelatert følgesykdom. Det var ingen eksklusjonskriterier i studien. Deltakerne ble rekruttert fra tre forskjellige geografiske områder i Øst-Norge. I alt 185 personer deltok på kurset.

KURSET PÅ LÆRINGS- OG MESTRINGSSENTERET

LMS er en arena hvor personer med langvarig sykdom, slik som sykkelig overvekt, kan få hjelp til å starte opp med eller vedlikeholde endringer i livsstil (Helsedirektoratet, 2010). I Norge må alle personer som søker om kirurgisk behandling for overvekt, først delta på et pasientopplæringskurs, eksempelvis ved LMS (Lerdal et al., 2011). LMS-kurset består av totalt 40 timer fordelt over en periode på ti uker. Samlingene deles inn i ulike bolker hvor de tre første inneholder informasjon om ulike behandlingsmetoder, mens de syv siste fokuserer på endring av vaner og livsstil. Det fokuseres på brukermedvirkning, erfaringsutvikling og aktiv deltakelse i grupper gjennom hele kurset. Kursene vektlegger en individuell tilnærming, siden deltakerne er i ulike stadier av sin endringsprosess. Hver deltaker utarbeider mål og

en skriftlig handlingsplan, og denne planen evalueres jevnlig. Dette bidrar til å etablere den enkeltes eierskap til endringsprosessen og kan bidra til å øke motivasjon (Fagermoen et al., 2014). Kurset er forankret i kognitiv adferdsterapi, og fokuserer på hvordan deltakerens følelser og atferd påvirkes av hvordan de tenker (Fagermoen et al., 2014; Lerdal et al., 2011). Gjennom kurset sikter man mot at deltakerne skal avdekke skjulte ressurser i seg selv, styrke eget selvbilde og sosiale ferdigheter, samt øke bevisstheten rundt livsstilsendringer.

DATAINNSAMLING

Spørreskjemaene ble utfylt i et lukket rom og forseglet i en konvolutt på første dag i oppstarten av kurset. Prosjektets representant på kursstedet samlet inn konvoluttene. Ett år etter kursavslutning mottok deltakerne de samme spørreskjemaene på nytt, hvor frimerke og adressert returkonvolutt var vedlagt. En påminnelse ble sendt ut til de som ikke svarte.

INSTRUMENTER

Stages of Change-Exercise

Spørreskjemaet Stages of Change-Exercise (SoC-E), som vist i Tabell 1, ble utviklet av Prochaska og Marcus (1994) og er i stor grad anvendt innen helsefremmende arbeid (Ott et al., 2015). Skjemaet måler endringsstadier innen regelmessig fysisk aktivitet. Deltakerne bes om å markere den påstanden som best beskriver hvordan de har forholdt seg til fysisk aktivitet og hvordan de tenker å gjøre det i tiden fremover. De skal tenke på all fysisk aktivitet med unntak av aktiviteter som er en del av jobben. SoC-E klassifiserer på denne måten deltaker-

Interesse for fysisk aktivitet
1 For tiden er jeg ikke fysisk aktiv og har ingen planer om å bli fysisk aktiv i løpet av de neste 6 måneder.
2 For tiden er jeg ikke fysisk aktiv, men tenker på å bli mer aktiv i løpet av de neste 6 måneder.
3 For tiden er jeg noe fysisk aktiv, men det er ikke regelmessig.
4 For tiden er jeg regelmessig fysisk aktiv, men det er først i løpet av de siste 6 måneder at jeg har begynt med det.
5 For tiden er jeg regelmessig fysisk aktiv, og jeg har vært det lenger enn de siste 6 måneder.

Tabell 1. *Stages of Change-Exercise.*

Note. Svaralternativ 1-5 representerer henholdsvis før-overveielles-, overveielles-, forberedelses-, handlings- og vedlikeholdsstadiet.

ren innenfor ett av de fem ulike endringsstadiene, som er
(I) før-overveiellesstadiet
(II) overveiellesstadiet
(III) forberedelsesstadiet
(IV) handlingsstadiet og
(V) vedlikeholdsstadiet (Prochaska & Marcus, 1994).

Tidligere studier har vist at SoC-E har god reliabilitet og validitet (Lorentzen & MoRo, 2007; Romain, Bernard, Hokayem, Gerignon, & Avignon, 2016; Sarkin, Johnsson, Prochaska, & Prochaska, 2001). Kappa-indeksen for test-retest-reliabilitet over en 2-ukers periode var 0.78 (Lorentzen & MoRo, 2007).

Sosiodemografiske data

Selvrapporterte data inkluderte alder, kjønn, arbeidsstatus, utdanningsnivå og samlivsstatus.

ANALYSE

De fem endringsstadiene ble redusert til to stadier, fysisk inaktiv og fysisk aktiv, slik det er blitt gjort i tidligere forskning (Holmen et al., 2016; Vallis et al., 2003). Fysisk inaktiv inkluderte før-overveiellesstadiet, overveiellesstadiet og forberedelsesstadiet, mens fysisk aktiv inkluderte handlingsstadiet og vedlikeholdsstadiet. For å analysere stabilitet i atferd

som omhandlet fysisk aktivitet, ble utvalget delt inn i en gruppe med *positivt forløp* og en gruppe med *negativt forløp*. Personer som enten beveget seg fra å være inaktive ved kursoppstart til å være fysisk aktive ved ett-årsoppfølgingen, eller var fysisk aktive på begge tidspunktene, ble definert til å ha et positivt forløp. Tilsvarende ble deltakerne som var inaktive ved begge tidspunktene, eller beveget seg fra å være aktive ved kursoppstart til å være inaktive ved ett-årsoppfølgingen, definert til å ha et negativt forløp.

Aldersforskjeller mellom menn og kvinner ble analysert med uavhengig *t*-test, mens kjønnsforskjeller med henblikk på kategoriske variabler ble analysert med *kji*-kvadrat og Fishers eksakte test. For å beskrive deltakerne med henblikk på endringsstadier målt med SoC-E, ble det utført deskriptive analyser med frekvensfordelinger samt McNemars test. Sammenhenger mellom sosiodemografiske bakgrunnsvariabler og motivasjon for fysisk aktivitet (fysisk aktiv versus fysisk inaktiv) ved kursstart og ett år etter kursavslutning ble analysert med univariat og multivariat logistisk regresjon. I de multivariate analysene ble alder, kjønn, arbeidsstatus, utdanningsnivå og

samlivsstatus brukt som uavhengige variabler. Signifikansnivået ble satt til $p < 0.05$. Deltakere som ikke hadde gyldige skårer på de inkluderte variablene på begge måletidspunkter, ble ekskludert fra analysene. Alle data ble analysert med SPSS versjon 24 (IBM Corporation, 2016).

ETIKK

Studien ble godkjent av regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK S-08662c 2008/17575) og av personvernombudet ved Oslo Universitetssykehus. Alle kursdeltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om hva det ville innebære å delta i studien. Informert skriftlig samtykke, hvor det ble gitt informasjon om prosjektets formål og hensikt, ble innhentet fra alle deltakerne i forkant av studien. Deltakerne ble informert om at det er frivillig å delta i studien, og at de når som helst kunne trekke seg uten begrunnelse.

Resultater

DELTAKERNES SOSIODEMOGRAFISKE BAKGRUNN

Av de 185 personene som deltok på kurset, var det 142 (77 prosent) som valgte å delta i studien. Det ble tatt ut 73 (51 prosent) deltakere fra analysene grunnet manglede verdier på en eller flere av de inkluderte variablene i denne studien. Dette etterlot et utvalg på 69 deltakere. Med henblikk på de fleste variablene (alder, kjønn, utdanning og samlivsstatus) viste en frafallsanalyse at studieutvalget ikke var signifikant forskjellig fra utvalget som fylte ut spørreskjemaene ved oppstarten av kurset. Dette var også tilfelle med henblikk på andelen fysisk aktive, som var 21.7 prosent i studieutvalget og 32.4

prosent blant de øvrige ($p = 0.16$). Andelen personer i studieutvalget som var i arbeid, var imidlertid høyere enn blant de øvrige som fylte ut spørreskjemaene ved kursstart (66.7 prosent versus 43.1 prosent, $p < 0.01$), noe som indikerer en utvalgsskjevhet knyttet til arbeidsstatus.

Deltakernes sosiodemografiske bakgrunn ved kursstart er presentert i Tabell 2. I utvalget var deltakernes gjennomsnittsalder 43.7 år (SD = 10.3 år), og 51 (73.9 prosent) av deltakerne var kvinner. Det var førtiseks (66.7 prosent) deltakere som rapporterte at de var i arbeid, 24 (34.8 prosent) hadde minst ett år med høyere utdanning (utdanning > 12 år), og 48 (69.6 prosent) hadde ektefelle eller samboer. Ved kursstart var det ingen systematiske forskjeller mellom de fysisk inaktive og de fysisk aktive med henblikk på alder, kjønn, arbeidsstatus eller samlivsstatus, mens andelen fysisk aktive var høyere blant de med inntil 12 års utdanning ($p = 0.049$).

DELTAKERNES MOTIVASJON FOR FYSISK AKTIVITET

Figur 1 viser deltakernes fordeling etter de ulike stadiene i SoC-E ved kursstart og ett år etter kursavslutning (på gruppenivå). Ved kursstart var majoriteten av deltakerne (76.8 prosent) enten i overveielles- eller forberedelsesstadiet, mens majoriteten av deltakerne (60.9 prosent) ett år etter kursavslutning var i handlingsstadiet- eller vedlikeholdsstadiet. Ett år etter kursavslutning rapporterte fortsatt en betydelig andel å være i forberedelsesstadiet (23.2 prosent).

Figur 2 viser deltakerne fordelt ved kursstart og ett-årsoppfølging etter den to-delte inndeling

Karakteristika	Alle (n = 69)	Fysisk inaktiv (n = 54)	Fysisk aktiv (n = 15)	test
	M (SD)	M (SD)	M (SD)	p
Alder	43.7 (10.3)	44.0 (10.4)	42.9 (9.9)	0.73
Kjønn	n (%)	n (%)	n (%)	
Menn	18 (26.1)	15 (27.8)	3 (20.0)	0.74
Kvinner	51 (73.9)	39 (72.2)	12 (80.0)	
Arbeid	n (%)	n (%)	n (%)	> 0.99
Ikke i arbeid	23 (33.3)	18 (33.3)	5 (33.3)	
I arbeid	46 (66.7)	36 (66.7)	10 (66.7)	
Utdanning	n (%)	n (%)	n (%)	< 0.05
Inntil 12 år utdanning	45 (65.2)	32 (59.3)	13 (86.7)	
Over 12 år utdanning	24 (34.8)	22 (40.7)	2 (13.3)	
Samlivsstatus	n (%)	n (%)	n (%)	0.76
Ikke ektefelle eller samboer	21 (30.4)	16 (29.6)	5 (33.3)	
Ektefelle eller samboer	48 (69.6)	38 (70.4)	10 (66.7)	

Tabell 2. Sosiodemografisk bakgrunn til deltakerne ved kursstart (n = 69).

Note. Analyser er uavhengig t-test, kji-kvadrat og Fishers eksakte test.

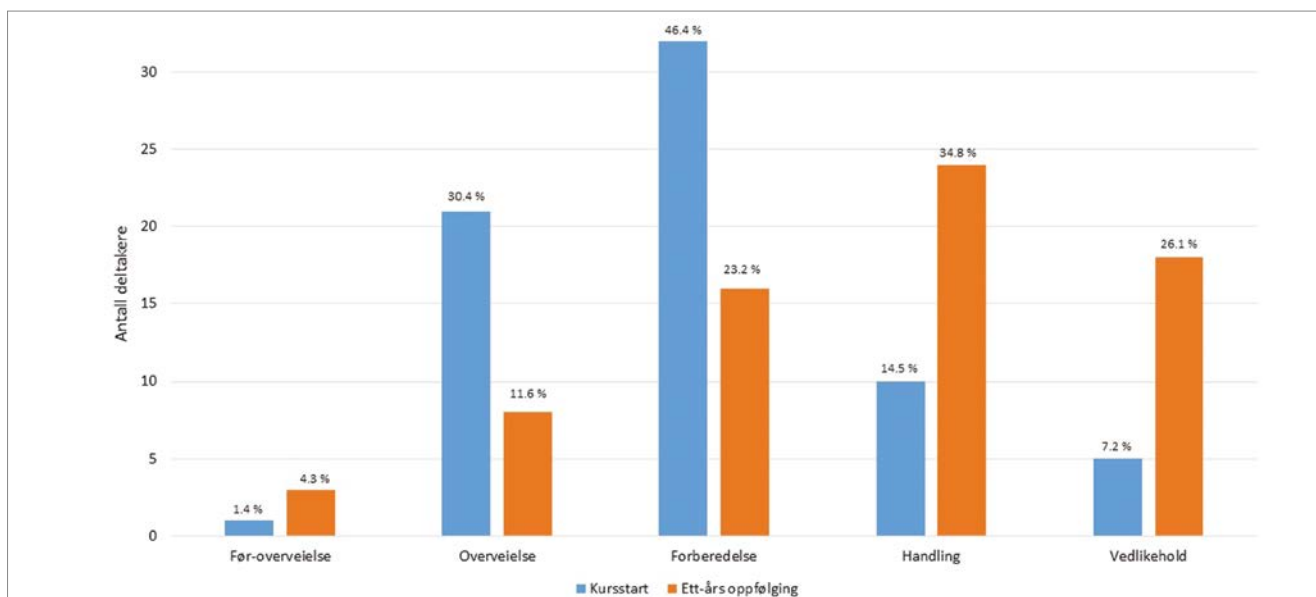
	Før kursstart	Ett år etter kursavslutning	n (%)
1	Fysisk inaktiv	Fysisk inaktiv	22 (31.9)
2	Fysisk aktiv	Fysisk inaktiv	5 (7.2)
3	Fysisk inaktiv	Fysisk aktiv	32 (46.4)
4	Fysisk aktiv	Fysisk aktiv	10 (14.5)
1 og 2	Negativt forløp		27 (39.1)
3 og 4	Positivt forløp		42 (60.9)

Tabell 3. Deltakernes endring i Stages of Change-stadiene fra kursstart til ett år etter kursavslutning (n = 69).

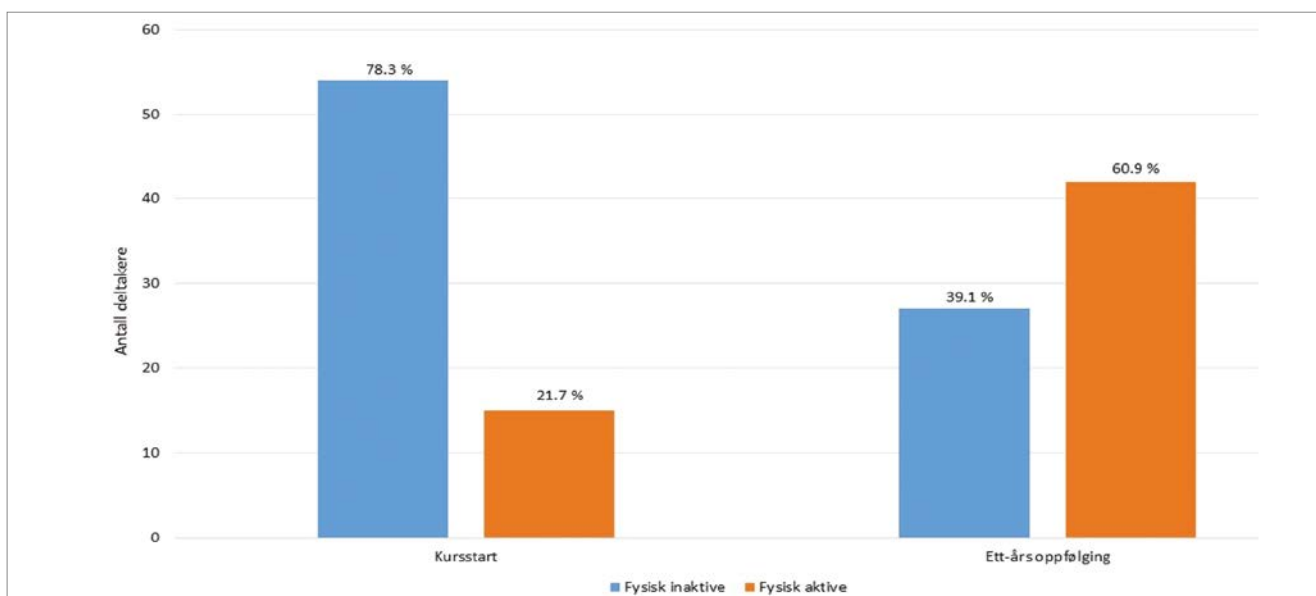
gen med fysisk aktive og fysisk inaktive. Ved kursstart var majoriteten av deltakerne fysisk inaktive (78.3 prosent), mens ett år etter kursavslutning var majoriteten fysisk aktive (60.9 prosent, McNemars test $p < 0.001$).

Tabell 3 viser de individuelle deltakernes endringer fra kursstart frem til ett år etter kursavslutning. Resultatene viste at 60.9 prosent av deltakerne rapporterte et positivt forløp av motivasjon

for fysisk aktivitet frem til ett år etter kursavslutning. Dette betyr at disse deltakerne gikk fra å være fysisk inaktive ved kursstart til å være fysisk aktive ett år etter kursavslutning, eller at de opprettholdt sin fysiske aktivitet gjennom oppfølgingsperioden. Motsatt hadde 39.1 prosent av deltakerne et negativt forløp av motivasjon for fysisk aktivitet, enten ved at de gikk fra å være fysisk aktiv ved kursstart til å være fysisk inaktiv



Figur 1. Deltakerne fordelt etter endringsstadier (SoC-E) ved kursstart og ved ett-års oppfølging (n = 69).



Figur 2. Fysisk inaktive og fysisk aktive deltakere ved kursstart og ved ett-års oppfølging (n = 69).

ett år etter kursavslutning, eller ved at de opprettholdt sin inaktivitet gjennom det første året etter kursavslutning.

SAMMENHENGER MELLOM SOSIODEMOGRAFISK BAKGRUNN OG MOTIVASJON FOR FYSISK AKTIVITET

Tabell 4 (se neste side) viser resultatene fra de univariate og multivariate logistiske regresjonsanalysene, hvor utfallsmålet

var det å være fysisk aktiv ved kursstart. Justert for alle inkluderte variabler viste analysene at det å ha høyere utdanning reduserte sjansen for å være fysisk aktiv. De øvrige variablene (alder, kjønn, arbeid og samlivsstatus) viste ingen sammenheng med det å være fysisk aktiv ved kursstart.

Tabell 5 (se neste side) viser resultatene fra de univariate og multivariate logistiske regresjonsanalysene, hvor utfallsmålet var

det å være fysisk aktiv ett år etter kursavslutningen. Justert for alle inkluderte variabler viste analysene at det å være i arbeid økte sjansen for å være fysisk aktiv. De øvrige variablene (alder, kjønn, utdanning og samlivsstatus) viste ingen sammenheng med det å være fysisk aktiv ett år etter kursavslutning.

Diskusjon

Hensikten med denne studien var

Uavhengige variabler	Univariat modell			Multivariat modell		
	OR	p	95 % CI	OR	p	95 % CI
Alder (Lav alder er referanse)	0.99	0.73	0.94-1.05	1.00	0.87	0.94-1.06
Kjønn (Mann er referanse)	1.54	0.55	0.38-6.23	1.97	0.38	0.43-8.93
Arbeid (Ikke i arbeid er referanse)	1.00	> 0.99	0.30-3.37	1.60	0.49	0.43-6.01
Utdanning (Inntil 12 år utdanning er referanse)	0.22	0.06	0.05-1.09	0.19	< 0.05	0.04-0.96
Ektefelle/samboer (Ikke ektefelle/samboer er referanse)	0.84	0.78	0.25-2.90	0.92	0.91	0.24-3.50

Tabell 4. Sosiodemografiske bakgrunnsvariabler og deres sammenheng med å være fysisk aktiv ved kursstart (n = 69).

Note. Analyser er logistisk regresjon. I den multivariate modellen inngår variablene alder, kjønn, arbeid, utdanning og ektefelle/samboer. Parametere for den multivariate modellen: Cox-Snell $R^2 = 0.08$, Nagelkerke $R^2 = 0.12$, Model $\chi^2 = 5.63$, ns.

å beskrive personer med sykkelig overvekt som deltok på LMS-kurs med henblikk på deres motivasjon for fysisk aktivitet. Ved kursstart var 78 prosent av deltakerne fysisk inaktive, slik dette ble klassifisert ved vår todeling av SoC-stadiene. Tidligere studier som har benyttet SoC-E i kartlegging av motivasjon for fysisk aktivitet i generelle befolkningsutvalg, har vist lignende resultater (Gibbison & Johnson, 2012; Kearny, Graaf, Damkjaer, & Engstrom, 1999; Lorentzen, Ommundsen, Jenum, & Holme, 2007; Sørensen & Gill, 2008). Sørensen og Gill (2008) undersøkte nordmenns barrierer mot deltakelse i fysisk aktivitet på tvers av aldersgrupper, kjønn og endringsstadier målt ved SoC. Denne studien viste også at omlag 80 prosent av deltakerne var fysisk inaktive, mens omlag 20 prosent var fysisk aktive (Sørensen & Gill, 2008). I lys av de tidligere likeartede forskningsfunnene på dette området, som beskrevet ovenfor, kan det virke som det ikke er vesentlige forskjeller mellom personer med sykkelig overvekt og befolkningen generelt når det gjelder motivasjon for fysisk aktivitet.

I løpet av den ettårige oppføl-

gingsperioden hadde flertallet av deltakerne (n = 42, 60.9 prosent) et positivt forløp av motivasjon for fysisk aktivitet. Dette vil si at de ble, eller fortsatte å være, fysisk aktive. LMS-kursene sikter eksplisitt mot å avdekke og støtte deltakernes skjulte ressurser, i tillegg til å styrke deres selvbilde, sosiale ferdigheter, og deres bevissthet rundt livsstilsendringer (Lerdal et al., 2011).

Tidligere ettårige forløpsstudier av deltakerne med sykkelig overvekt har vist at de hadde en positiv utvikling på en rekke andre områder. Blant annet økte de sin tro på egen mestring (Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2014), og de fikk bedret selvfølelse (Bonsaksen, Lerdal, Småstuen, & Fagermoen, 2016) og helse-relatert livskvalitet (Bonsaksen, Fagermoen, & Lerdal, 2016). Sannsynligheten for å opprettholde et høyere nivå av fysisk aktivitet og et sunt kosthold har vist seg å øke når den enkelte blir mer sikker på at han eller hun kan endre atferden sin (Annesi, 2011a, 2011b). Det er derfor mulig at LMS-kursene også kan ha hatt en positiv innvirkning på deltakernes motivasjon for fysisk aktivitet, og dermed har bidratt til å skape

eller vedlikeholde fysisk aktivitet blant deltakerne.

Mot slutten av kursene fikk deltakerne mulighet til å danne en selvhjelpsgruppe hvor de kunne fortsette å møtes jevnlig, også etter kursavslutning. Gruppearbeid på kurset og i selvhjelpsgruppene gir deltakerne mulighet til å utveksle erfaringer og gi hverandre råd, ros og støtte. Det har vist seg at mange kursdeltakere ønsker å delta i en slik selvhjelpsgruppe. Det kan derfor også tenkes at deltakelse i selvhjelpsgruppe har bidratt til å motivere deltakerne til å starte eller fortsette med fysisk aktivitet ett år etter kursavslutning (Bonsaksen, 2014; Bonsaksen, Hustadnes, Axelsen, & Bjørnsborg, 2011; Borge, Christiansen, & Fagermoen, 2012). Tidligere har SoC vært anvendt i studier av personer med sykkelig overvekt og vist liknende positive resultater i form av økt fysisk aktivitetsnivå og et sunnere kosthold (Johnson et al., 2008; Livia et al., 2016; Mastellos et al., 2014) og bedre evne til å håndtere emosjonelle problemer og bekymringer (Johnson et al., 2008). LMS-kurset fokuserer eksplisitt på hvordan deltakernes følelser og atferd påvirkes av hvordan de tenker,

Uavhengige variabler	Univariat modell			Multivariat modell		
	OR	p	95 % CI	OR	p	95 % CI
Alder (Lav alder er referanse)	0.99	0.72	0.95-1.04	0.99	0.78	0.94-1.04
Kjønn (Mann er referanse)	0.51	0.26	0.16-1.64	0.70	0.58	0.20-2.46
Arbeid (Ikke i arbeid er referanse)	2.97	< 0.05	1.05-8.38	3.23	< 0.05	1.03-10.16
Utdanning (Inntil 12 år utdanning er referanse)	0.85	0.75	0.31-2.34	0.63	0.43	0.21-1.95
Ektefelle/samboer (Ikke ektefelle/samboer er referanse)	1.25	0.68	0.44-3.55	1.32	0.61	0.43-4.20

Tabell 5. Sosiodemografiske bakgrunnsvariabler og deres sammenheng med å være fysisk aktiv ett år etter kursavslutning (n = 69). Note. Analyser er logistisk regresjon. I den multivariate modellen inngår variablene alder, kjønn, arbeid, utdanning og ektefelle/samboer. Parametere for den multivariate modellen: Cox-Snell $R^2 = 0.08$, Nagelkerke $R^2 = 0.11$, Model $\chi^2 = 5.88$, ns.

og kan dermed ha spilt en rolle for deltakernes endringsprosess (Fagermoen et al., 2014).

Kursene ved LMS fokuserer også på endring av vaner og livsstil i hverdagen (Fagermoen et al., 2014), ikke bare på trening. I motsetning til trening, som er planlagt og strukturert fysisk aktivitet med mål om å bedre prestasjon, helse og fysisk form (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985), så kan hverdagsaktiviteter innebære husarbeid, matlaging samt å bevege seg til og fra arbeid og andre aktiviteter. På LMS-kursene lærer deltakerne om egen sykdom for bedre å kunne mestre hverdagen, og kursene kan derfor ha hatt en positiv innvirkning på måten fysisk aktivitet har blitt integrert i deltakernes hverdagsliv. I oppfølging av personer med sykkelig overvekt kan arbeid med vaner, rutiner og hverdagsaktiviteter være nyttig å inkludere som en del av programmet, og som supplement til treningsaktivitet (Kushner, 2014). For ergoterapeuter kan slike arbeidsoppgaver være relevante, og de er beskrevet som arbeidsoppgaver ergoterapeuter føler seg kompetente til å utføre (Bergem, 2016; Reingold & Jordan, 2013). Ved kursstart

hadde deltakerne med høyere utdanning redusert sjanse til å være i gruppen «fysisk aktive». Dette samsvarer ikke med nylig forskning (Helsedirektoratet, 2015; Statens institutt for folkesundhet, 2013). En befolkningsundersøkelse viste at personer med høyere utdanning hadde om lag dobbelt så høy sjanse for å oppfylle anbefalingene for fysisk aktivitet, sammenliknet med de med lavere utdanning (Helsedirektoratet, 2015). Det finnes imidlertid også forskning som har vist motsatt rettede sammenhenger (Anderssen & Andersen, 2004; Michaelsen, 2012) og samsvarer med resultatene fra vår studie. En mulig forklaring kan knyttes til at mentalt krevende arbeid er mer vanlig i høyinntektsarbeid sammenliknet med lavinntektsarbeid (Hemström, 2005). Det kan derfor tenkes at personer med høyere utdanning kan ha lavere motivasjon for fysisk aktivitet fordi de «sliter seg ut» på mentalt krevende, men fysisk stillesittende arbeid. Følelsen av å være sliten, også den som kommer av mentalt krevende arbeid, kan gjøre det vanskelig å finne motivasjon for fysisk aktivitet. Personer med høyere utdanning kan også ha

flere forpliktelser relatert til barn og oppfølging av aktiviteter. Dette kan harmonere med de hyppigst rapporterte årsakene til fysisk inaktivitet, som er «har ikke tid» (rapportert av 37 prosent) og «orker ikke» (rapportert av 23 prosent) (Helsedirektoratet, 2015). Personer med høyere utdanning arbeider ofte mer enn de med lavere utdanning, og kan dermed ha mindre tid og kapasitet frigjort til fysisk aktivitet.

Det å være i arbeid økte deltakernes sjanse for å være fysisk aktiv ett år etter kursavslutning. Dette samsvarer med tidligere forskning (Breivik & Rafoss, 2017; Statens institutt for folkesundhet, 2013). Det er rapportert at yrkesaktive personer har et fysisk aktivitetsnivå som er 15 prosent høyere enn trygdede og 19 prosent høyere enn arbeidsledige (Breivik & Rafoss, 2017). Gibbison og Johnson (2012) påviste også at det å være i arbeid økte sjansen for regelmessig fysisk aktivitet, målt ved SoC. Omtrent 40 prosent av de yrkesaktive deltakerne i en befolkningsstudie hadde eksterne tilbud som mosjons- og treningssentre og belønningsstrukturer (eksempelvis «sykle til jobben») på sin arbeidsplass

(Helsedirektoratet, 2015). Videre hadde 65 prosent av deltakerne interne fasiliteter som garderobe- og dusifasiliteter og/eller sykkel-parkering. Det ble rapportert at de som hadde tiltak og fasiliteter på arbeidsplassen, hadde et gjennomsnittlig aktivitetsnivå som var signifikant høyere enn nivået hos dem som ikke hadde tilgang til slike fasiliteter eller tiltak, eller ikke anvendte dem. Det å være i arbeid representerer altså en mulighet til å være fysisk aktiv. Et fokus mot å få mennesker i arbeid kan dermed også bidra til at flere får økt motivasjon for fysisk aktivitet.

Forskning har vist at sosial støtte kan øke sjansen for å være fysisk aktiv (Fahrenwald & Walker, 2003; Lee & Matthews, 1993; Lorentzen, Ommundsen, & Holme, 2007; Plotnikoff, Brez, & Hotz, 2000). Med bruk av SoC viste Lee og Matthews (1993) at støtte fra venner, kolleger og bekjente kan være viktige faktorer for å bevege seg fra et tidlig endringsstadium og over til handlingsstadiet. Sammenliknet med de som ikke er i arbeid, kan det tenkes at de som har arbeid gjerne har et bredere sosialt nettverk hvor de kan oppleve mer sosial støtte. Gode sosiale nettverk øker menneskers mestringsfølelse når de står overfor utfordringer eller problemer (Elstad, 2005). Arbeidskolleger kan potensielt være støttende som pådrivere til mer og regelmessig fysisk aktivitet.

Personlige egenskaper blant deltakerne som var i arbeid kan også ha en betydning. På gruppenivå kan det tenkes at personer som er i arbeidsforhold, har mer av ressurser som viljefasthet, målbevissthet og tro på egen mestring, sammenliknet med de som ikke er i arbeid. Nylig viste

en norsk befolkningsstudie at det å være i arbeid var assosiert med høyere generell mestringstro (Bonsaksen et al., 2018), og en slik forbindelse mellom arbeid og mestringstro kan gi en bedre forståelse av sammenhengen mellom arbeid og økt motivasjon for fysisk aktivitet – denne sammenhengen kan være formidlet gjennom høyere grad av mestringstro blant dem som er i arbeid. Slike egenskaper kan ha overføringsverdi til andre situasjoner i livet, slik som å komme i gang med eller opprettholde fysisk aktivitet.

STUDIENS BEGRENSNINGER

Studien er en prospektiv longitudinell kohortstudie uten kontrollgruppe, og i hvilken grad kurset eller andre faktorer har bidratt til endringene, er derfor uvisst. Alle som deltok på LMS-kurset, ble henvist fra lege, og noen valgte selv å være med i studien. Selvseleksjonen kan medføre at deltakerne var ekstra motiverte for livsstilsendringer, sammenliknet med populasjonen av sykkelig overvektige forøvrig. Det kan også tenkes at deltakerne var motivert av utsiktene til kirurgisk behandling, hvor gjennomført kurs var en forutsetning. Dette kan gi utslag i form av utvalgsskjevhet, som vil si at utvalget ikke er representativt for studiepopulasjonen. Analysene av assosierte faktorer viste brede konfidensintervaller rundt effektstørrelsene, og disse skal derfor betraktes med forsiktighet – noen av sammenhengene vi oppdaget kan være et utslag av tilfeldigheter. Det lave antallet personer som deltok i denne studien, svekker også resultatenes generaliserbarhet.

KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER

Studien viste at et flertall av del-

takerne hadde et positivt forløp av motivasjon for fysisk aktivitet frem til ett år etter kursavslutning, mens et betydelig mindretall hadde et negativt forløp. Enkelte bakgrunnsvariabler var assosiert med det å være fysisk aktiv: Det å ha høyere utdanning reduserte sjansen for å være fysisk aktiv ved kursstart, mens det å være i arbeid økte sjansen for å være fysisk aktiv ett år etter kursavslutning. For det første impliserer studieresultatene at det er grunn til å ha positiv forventning om at personer med sykkelig overvekt kan oppleve økt motivasjon for fysisk aktivitet i løpet av det første året etter et lærings- og mestringskurs. Dette kan skyldes at LMS-kursene lykkes med å hjelpe deltakerne til å avdekke skjulte ressurser i seg selv, styrke eget selvbilde og sosiale ferdigheter, samt å øke bevisstheten rundt livsstilsendringer. Samtidig viser studien at man ikke kan ta økt motivasjon for gitt, selv etter deltakelse på relativt intensive kurstilbud.

Referanser

- Adami, G. F., Ramberti, G., Weiss, A., Carlini, F., Murelli, F., & Scopinaro, N. (2005). Quality of life in obese subjects following biliopancreatic diversion. *Behavioral Medicine, 31*(2), 53-62. doi:10.3200/BMED.31.2.53-62
- Alley, D. E., & Chang, V. W. (2007). The changing relationship of obesity and disability, 1988-2004. *JAMA, 298*(17), 2020-2027. doi:10.1001/jama.298.17.2020
- Anderssen, S., & Andersen, L. B. (2004). *Fysisk aktivitetsnivå i Norge 2003: data basert på spørreskjemaet «International Physical Activity Questionnaire»*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Annesi, J. J. (2011a). Behaviorally supported exercise predicts weight loss in obese adults through im-

- provements in mood, self-efficacy, and self-regulation, rather than by caloric expenditure. *The Permanente journal*, 15(1), 23.
- Annesi, J. J. (2011b). Self-regulatory skills usage strengthens the relations of self-efficacy for improved eating, exercise, and weight in the severely obese: Toward an explanatory model. *Behavioral Medicine*, 37(3), 71-76. doi:10.1080/08964289.2011.579643
- Bergem, M. (2016). *Ergoterapeuters erfaringer med livsstilsbehandling av fedme hos voksne - En kvalitativ studie*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisin.
- Bonsaksen, T. (2014). Fysisk aktivitet. In U. S. Goth (Ed.), *Folkehelse i et norsk perspektiv* (pp. 118-135). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bonsaksen, T., Fagermoen, M. S., & Lerdal, A. (2014). Trajectories of self-efficacy in persons with chronic illness: An explorative longitudinal study. *Psychology & Health*, 29(3), 350-364. doi:10.1080/08870446.2013.856432
- Bonsaksen, T., Fagermoen, M. S., & Lerdal, A. (2016). Trajectories of physical and mental health among persons with morbid obesity and persons with COPD: A longitudinal comparative study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 191-200. doi:10.2147/JMDH.S102630
- Bonsaksen, T., Hustadnes, A. L., Axelsen, P. M., & Bjørnsborg, E. (2011). Lærer å mestre sykkelig fedme. *Sykepleien*, 99(2), 58-60. doi:10.4220/sykepleienn.2011.0031
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., Heir, T., Ekeberg, Ø., Skogstad, L., Grimholt, T. K., & Schou-Bredal, I. (2018). General self-efficacy in the Norwegian population: Differences and similarities between sociodemographic groups (early online). *Scandinavian Journal of Public Health*. doi:10.1177/1403494818756701
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., Småstuen, M. C., & Fagermoen, M. S. (2016). Differences and similarities in the trajectories of self-esteem and positive and negative affect in persons with chronic illness: an explorative longitudinal study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 9, 355-363. doi:10.2147/JMDH.S108891
- Borge, L., Christiansen, B., & Fagermoen, M. S. (2012). Motivasjon til livsstilsendring hos personer med sykkelig overvekt. *Sykepleien Forskning*, 7(1), 14-22. doi:10.4220/sykepleiennf.2012.0024
- Breivik, G., & Rafoss, K. (2017). *Fysisk aktivitet: omfang, tilrettelegging og sosial ulikhet* (IS-0613). Oslo: Helsedirektoratet.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100(2), 126-131.
- De Zwaan, M., Petersen, I., Kaerber, M., Burgmer, R., Nolting, B., Legenbauer, T., Herpertz, S. (2009). Obesity and quality of life: a controlled study of normal-weight and obese individuals. *Psychosomatics*, 50(5), 474-482. doi: 10.1176/appi.psy.50.5.474.
- Dixon, J. B. (2010). The effect of obesity on health outcomes. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 316(2), 104-108. doi:10.1016/j.mce.2009.07.008
- Elstad, J. I. (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse: teorier og forklaringer*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Fagermoen, M. S., Bevan, K., Berg, A. C., Bjørnsborg, E., Mathiesen, C., Gulbrandsen, H., Strøm, A. (2014). Personer med sykkelig overvekt hadde økt mestringsforventning og selvfølelse etter pasientkurs. *Sykepleien Forskning*, 9(3), 216-223. doi:10.4220/sykepleiennf.2014.0132.
- Fahrenwald, N. L., & Walker, S. N. (2003). Application of the Transtheoretical Model of behavior change to the physical activity behavior of WIC mothers. *Public Health Nursing*, 20(4), 307-317. doi: 10.1046/j.1525-1446.2003.20408.x
- Gibbson, G. A., & Johnson, C. D. (2012). Stages of change in physical exercise and social support: An integrated socio-psycho-economic approach. *Journal of Applied Social Psychology*, 42(3), 646-668. doi:10.1111/j.1559-1816.2011.00801.x
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonal faglig retningslinje for forebygging, utredning og behandling av overvekt og fedme hos voksne*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2014). *Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet (2015). *Fysisk aktivitet og sedat tid blant voksne og eldre i Norge: Nasjonal kartlegging 2014-15*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hemström, Ö. (2005). Health inequalities by wage income in Sweden: The role of work environment. *Social Science & Medicine*, 61(3), 637-647. doi:10.1016/j.socscimed.2004.12.028
- Holmen, H., Wahl, A., Torbjørnsen, A., Jennum, A. K., Småstuen, M. C., & Ribu, L. (2016). Stages of change for physical activity and dietary habits in persons with type 2 diabetes included in a mobile health intervention: the Norwegian study in RENEWING HEALTH. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 4(1). doi:10.1136/bmjdr-2016-000193
- IBM Corporation. (2016). *SPSS for Mac, Version 23*. Armonk (NY): IBM Corporation.
- James, W. P. (1998). What are the health risks? The medical consequences of obesity and its health risks. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*, 106(2), 1-6.
- Johnson, S. S., Paiva, A. L., Cummins, C. O., Johnson, J. L., Dymont, S. J., Wright, J. A., Sherman, K. (2008). Transtheoretical Model-based multiple behavior intervention for weight management: Effectiveness on a population basis. *Preventive Medicine*, 46(3), 238-246. doi:10.1016/j.ypmed.2007.09.010
- Kearny, J. M., Graaf, d. C., Damkjaer, S., & Engstrom, L. M. (1999). Stages of change towards physical activity in a nationally representative sample in the European Union. *Public Health Nutrition*, 2(1A), 115-124. doi: 10.1017/S1368980099000166
- Korban, E. T., & Bonsaksen, T. (2014). Riktig strategi til riktig tid - bruk av den transteoretiske modellen for å fremme fysisk aktivitet hos personer med depresjon. *Ergoterapeuten*, 57(2), 34-42.
- Kushner, R. F. (2014). Weight loss

- strategies for treatment of obesity. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 56(4), 465-472. doi:10.1016/j.pcad.2013.09.005
- Lee, C., & Matthews, K. A. (1993). Attitudes, knowledge, and stages of change: A survey of exercise patterns in older Australian women. *Health Psychology*, 12(6), 476-480. doi:10.1037/0278-6133.12.6.476
- Lerdal, A., Andenaes, R., Bjornsborg, E., Bonsaksen, T., Borge, L., Christensen, B., Fagermoen, M. S. (2011). Personal factors associated with health-related quality of life in persons with morbid obesity on treatment waiting lists in Norway. *Quality of Life Research*, 20(8), 1187-1196. doi:10.1007/s11136-011-9865-z
- Lerdal, A., & Celius, E. H. (2011). Trening på resept - en hjelp til å endre levevaner basert på den transteoretiske modellen. In A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Eds.), *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (pp. 161-184). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Livia, B., Elisa, R., Claudia, R., Roberto, P., Cristina, A., Emilia, S. T., . . . Claudia, M. (2016). Stage of change and motivation to a healthier lifestyle before and after an intensive lifestyle intervention. *Journal of Obesity*, Article ID 6421265, 2016. doi:10.1155/2016/6421265
- Lorentzen, C., & MoRo (2007). *Psychosocial mediators of stages of change in physical activity: cross-sectional and prospective studies based on the «Romsås in Motion» community intervention*. Norwegian School of Sport Sciences, Oslo.
- Lorentzen, C., Ommundsen, Y., & Holme, I. (2007). Psychosocial correlates of stages of change in physical activity in an adult community sample. *European Journal of Sport Science*, 7(2), 93-106. doi:10.1080/17461390701456122
- Lorentzen, C., Ommundsen, Y., Jenum, A. K., & Holme, I. (2007). The «Romsås in Motion» community intervention: program exposure and psychosocial mediated relationships to change in stages of change in physical activity. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 4(1). doi:10.1186/1479-5868-4-15
- Mastellos, N., Gunn, L. H., Felix, L. M., Car, J., & Majeed, A. (2014). Transteoretical model stages of change for dietary and physical exercise modification in weight loss management for overweight and obese adults. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi:10.1002/14651858.CD008066.pub3
- Michaelsen, T. (2012). *Sosioøkonomisk status, fysisk aktivitet, fysisk form og helse*. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, Institutt for sosiologi og statsvitenskap.
- Nossum, R., Johansen, A.-E., & Kjekken, I. (2018). Occupational problems and barriers reported by individuals with obesity. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 25(2), 136-144. doi:10.1080/11038128.2017.1279211
- Ott, B. U., Stanford, L. J. J., Greenwood, A. J., Murtaugh, H. M., Gren, S. L., Thiese, T. M., & Hegmann, T. K. (2015). Stages of weight change among an occupational cohort. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 57(3), 270-276. doi:10.1097/JOM.0000000000000346
- Plotnikoff, R. C., Brez, S., & Hotz, S. B. (2000). Exercise behavior in a community sample with diabetes: Understanding the determinants of exercise behavioral change. *The Diabetes Educator*, 26(3), 450-459. doi:10.1177/014572170002600312
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Garfield, S. L. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. doi:10.1037/0022-006X.51.3.390
- Prochaska, J. O., Diclemente, C. C., & Kovacs, A. L. (1982). Transteoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. doi:10.1037/h0088437
- Prochaska, J. O., & Marcus, B. H. (1994). The transteoretical model: Applications to exercise. In R. K. Dishman, *Advances in exercise adherence* (pp. 161-180). Champaign, IL, England: Human Kinetics Publishers.
- Reingold, F., & Jordan, K. (2013). Obesity and occupational therapy. *The American Journal of Occupational Therapy*, 67(6), S39-S46.
- Romain, A. J., Bernard, P., Hokayem, M., Gernigon, C., & Avignon, A. (2016). Measuring the processes of change from the transteoretical model for physical activity and exercise in overweight and obese adults. *American Journal of Health Promotion*, 30(4), 272-278. doi:10.1177/0890117116633829
- Sarkin, J. A., Johnsson, S. S., Prochaska, J. O., & Prochaska, J. M. (2001). Applying the transteoretical model to regular moderate exercise in an overweight population: validation of a stages of change measure. *Preventive Medicine*, 33, 462-469.
- Statens institut for folkesundhet. (2013). *Danskenes sundhet - Den nasjonale sundhetsprofil København: Sunhedsstyrelsen*.
- Sturm, R. (2007). Increases in morbid obesity in the USA: 2000-2005. *Public Health*, 121(7), 492-496. doi:10.1016/j.puhe.2007.01.006
- Sørensen, M., & Gill, D. L. (2008). Perceived barriers to physical activity across Norwegian adult age groups, gender and stages of change. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(5), 651-663. doi:10.1111/j.1600-0838.2007.00686.x
- Thomas, S. L., Hyde, J., Karunaratne, A., Herbert, D., & Komesaroff, P. A. (2008). Being «fat» in today's world: a qualitative study of the lived experiences of people with obesity in Australia. *Health Expectations*, 11(4), 321-330. doi:10.1111/j.1369-7625.2008.00490.x
- Vallis, M., Ruggiero, L., Greene, G., Jones, H., Zinman, B., Rossi, S., Prochaska, J. O. (2003). Stages of change for healthy eating in diabetes: relation to demographic, eating-related, health care utilization, and psychosocial factors. *Diabetes Care*, 26(5), 1468-1474. doi:10.2337/diacare.26.5.1468

Sammenhengen mellom hjemmet, helsen og deltakelse i meningsfulle aktiviteter hos personer som hadde søkt boligtilpasning

Av Else Merete Thyness

– Hvem er Björg Thordardottir?

– Jeg er en islandsk ergoterapeut, og jeg ble ferdig utdannet ved Ergoterapeutskolen i Næstved i Danmark i 1997. Etter det jobbet jeg på Island i ti år. I 2009 begynte jeg på master og derefter doktorgrad i helsevitenskap, fokus ergoterapi, på Lunds Universitet i Sverige. Etter ti år i Sverige hørte jeg at OsloMet søkte etter folk, og da de tilbød meg en fast jobb med undervisning og forskning, takket jeg ja!

Nå er jeg medlem i en ny forskergruppe: Intervensjoner i hverdags- og arbeidsliv.

Privat er jeg gift med Hjalti, som er kulturgeograf, og sammen har vi tenåringene Axel og Flóki.

– Hva forsker du på?

– I mitt doktorgradsarbeid undersøkte jeg sammenhengen mellom hjemmet, helsen og deltakelse i meningsfulle aktiviteter, hos personer som hadde søkt boligtilpasning i tre kommuner i Syd-Sverige. De som fikk boligtilpasning, var med i studien i inntil tre år. Brukerne var i alderen 23-93, men den største delen av de som søker boligtilpasning i Sverige, er multisyke eldre som skal bo lengst mulig i eget hjem,

med alle de utfordringer som det byr på. Etter doktorgraden deltok jeg i EU-prosjektet HOME4DEM, som undersøkte bruk av sensorer i hjemmet hos personer med kognitiv svikt.

– Hva er dine hovedfunn?

– Avhandlingen viser sammenheng mellom selvstendighet i daglige aktiviteter og deltakelse både i og utenfor hjemmet. Gjennom intervjuer og spørreskjemaer kunne vi også se hvordan de yngre brukerne var mindre fornøyde med sin deltakelse og vurderte også sin helse dårligere enn de som utgjorde den eldre gruppen brukere.

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

– «Home but still engaged: participation in social activities among the homebound» av Szanton et al, 2016. Forfatterne belyser på bakgrunn av 7197 brukere at hjemmeboende eldre med diverse funksjonshindre har en sterk interesse for å delta i aktiviteter utenfor hjemmet, men at helsen og transportmuligheter hindrer dem.

Videre liker jeg alt som Mélanie



NAVN:

Björg Thordardottir

STILLING:

Førsteamanuensis ved Fakultet for helsevitenskap, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag OsloMet – Storbyuniversitetet.

Levasseur og kolleger har forsket på og skrevet om Eldres deltakelse i Canada. For eksempel: Turcotte et al (2015): «Participation needs of older adults having disabilities and receiving home care: met needs mainly concern daily activities, while unmet needs mostly involve social activities.» Tittelen sier alt som behøver å sies!

– Hva mener du vi trenger vi mer forskning om innen ergoterapi?

– Vi behøver mer forskning om hvordan det står til hjemme hos befolkningen og ute i samfunnet når det gjelder tilgang til aktiviteter som arbeid, utdanning og fritid. Det vil si brukbarhet av samfunnsstrukturer for alle – stort sett! På den måten kan vi tilby riktige intervensjoner i hverdags- og arbeidsliv som faciliterer deltakelse.

Vi trenger flere menn som ergoterapeuter

Det er altfor få gutter som søker helse- og sosialfag ved universitetene i Norge. Dette gjenspeiler seg i arbeidslivet. Blant legene er nå rundt 70 prosent kvinner, og hos sykepleierne er antallet nå oppe i hele 90 prosent. Det er også størst andel kvinner i andre helsefaglige yrkesgrupper, som ergoterapeutene. Det er derfor initiert en stor nasjonal satsing for å utdanne flere menn. Som et ledd i dette arrangerte NTNU i januar egne guttedager.

Av Hans-Marius S. Klevmoen, Jens Fernando K. Hertzberg, Morten Sannes, Lars A. Isachsen, Rune Kalland, og Sissel Horghagen

Målet med Guttedagene er at flere gutter skal søke på helse- og sosialfaglige utdanninger. Heldigvis viser statistikken fra Samordna opptak en økning på 31,8 prosent i antall mannlige søkere til ergoterapistudiet fra 2015-2018 (Bråtveit & Evenshaug, 2019). Men, som trønderen Hans Rotmo skriver: *det e itjnå som kjæm ta sæ sjøl*. Derfor deltok ergoterapeututdanningen i Trondheim med egen stand og workshop under Guttedagene 2019.

Guttedagene er for gutter som går siste året på videregående eller har generell studiekompetanse. 180 gutter ble invitert for å få informasjon om NTNUs studietilbud innen helse- og sosialfag, og for å få et innblikk i hva en av landets beste studiebyer kan tilby.

Ergoterapeututdanningen i Trondheim stilte med egen stand for å skape interesse for faget, og arrangerte to workshoper for å demonstrere hvordan ergoterapi kan bidra til bedre helse. Guttedagene ble arrangert av Hans-Marius, Jens og Morten, som er studenter ved ergoterapeututdanningen, samt Lars Armann som til nå har vært leder for Ergoterapeut-studentene. Dette gjorde de i samarbeid med universitetslektor Rune Kalland.

SPILLTEKNOLOGI I REHABILITERING

Tema for workshopene var spillteknologi i rehabilitering, og intensjonen var å illustrere et av verktøyene ergoterapeuter har for å bidra til bedre helse og livskvalitet. Spillteknologi brukes i dag i rehabilitering flere steder (Authen, 2019). Blant annet gikk Erganeprisen i 2017 til innovative ergoterapeuter ved Sunnaas sykehus som bruker VR-teknologi, robo-

tikk og spillteknologi for å bedre motorisk funksjon. Interaktive videospill hvor en person må produsere bevegelser for å gjennomføre utfordrende oppgaver kalles «exergaming». Forskning innenfor nevrologi viser at det kan virke inn på kognisjon (Stanmore et al., 2017, Benzing, Chang & Schmidt, 2018), og at det potensielt kan være en måte å gjennomføre anbefalt mengde fysisk aktivitet på (Rosly et al., 2017).

Forskningen har foreløpig fokusert mye på trening av motoriske vansker, og det etterspørres flere studier som sier noe om hvordan denne type trening virker inn på aktivitetsutførelse i dagliglivet (Laver et al., 2017). Tema for workshopene ble også valgt med utgangspunkt i at dette er en trend på tur inn i helsevesenet, og at vi i framtida ser for oss økt bruk av velferdsteknologi, spillteknologi og robotikk innen helse. Vi antok også at denne type aktiviteter kunne virke interessant for målgruppen for Guttedagene.

SKAPE INTERESSE

Første dag kom det mange nysgjerrige gutter innom standen, hvorav fåtallet visste hva ergoterapi er. Studentassistentene måtte gjøre rede for ergoterapi på en forståelig måte og skape en interesse for faget slik at de som var innom standen, fikk lyst til å bli ergoterapeuter, eller ble såpass nysgjerrige at de meldte seg på en av workshopene dagen etterpå.

Studentassistentene hadde tydeligvis gjort en meget god jobb, da det på workshopene dagen etterpå var godt oppmøte. De som var innom, fikk sitte i rullestol eller bruke ortoser som på enkelt vis skulle skape et inntrykk av aktivitetsutfordringer personer med funksjonsnedsettelse kan ha når de spiller. Tilbakemeldingene fra deltakerne var at de syntes det var spennende å prøve Nintendo Wii eller Playstation Move, og interessant å se hvordan det kan benyttes for å bedre og opprettholde funksjon.

Alle artikkelforfatterne tilhører ergoterapiutdanningen ved NTNU Trondheim.



Her ser dere Hans, Jens og Morten klar til å rekruttere neste generasjon gutter til ergoterapifaget. Foto: Kim L'Orange Sørensen



Her får noen av deltakerne gjøre seg egne erfaringer med bruk av spillteknologi. Foto: Rune Kalland

Det ble også diskutert hvordan det kan bidra til motivasjon i rehabiliteringsprosessen og fremme opplevelse av meningsfullhet, latter og glede.

DEN VIKTIGE JOBBEN ERGOTERAPEUTER GJØR

Målet vårt med deltakelse på Guttedagene var ikke bare å få flest mulig til å søke ergoterapi, men å formidle den viktige jobben ergoterapeuter gjør for samfunnet vårt. Ergoterapeuter legger stor vekt på å utvikle kompetanse og gi tilbud til for eksempel personer med kognitive eller nevrologiske skader som kan stå i fare for passivisering og/eller utestengelse fra deltakelse i aktiviteter. Vi håper at workshopene og standen bidro til at kommende søkere på ergoterapeututdanningen er forberedt på hva de går til, og at vi til høsten får et nytt kull med motiverte og engasjerte studenter.

Referanser

- Authen, T. (2019). Prosjekt Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold. *Ergoterapeuten* 1(62);26-35.
- Benzing, V., Chang, Y-K. & Schmidt, M. (2018). Acute physical activity enhances executive functions in children with ADHD. *Scientific reports*, 8 (1), 12382.
- Bråtteit, V. & Evenshaug, H. (2019). Flere menn søker ergoterapeutstudiet. *Ergoterapeuten* 1(62);54-55.
- Laver, K. E., Lange, B., George, S., Deutsch, J. E., Saposnik, G., & Crotty, M. (2017). Virtual reality for stroke rehabilitation. *Cochrane database of systematic reviews*, (11).



Hans, Jens og Morten foreleser om bruk av spillteknologi i rehabilitering. Foto: Rune Kalland

- Mat Rosly, M., Mat Rosly, H., Davis OAM, G.M., Husain, R. & Hasnan, N. (2017). Exergaming for individuals with neurological disability: a systematic review. *Disability & rehabilitation*, 39 (8), 727-735.
- Stanmore, E., Stubbs, B., Vancampfort, D., de Bruin, E.D. & Firth, J. (2017). The effect of active video games on cognitive functioning in clinical and non-clinical populations: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 78, 34-43.

«Er denne på avtale?»

- VELFERDSTEKNOLOGI OG INNOVATIVE HJELPEMIDLER

I NAVs samhandlingsveileder står det: Innovasjon brukes ofte om å skape noe nytt, mens utvikling blir brukt når det gjelder å forbedre eksisterende løsninger eller tjenester. På hjelpemiddelområdet er det behov for både innovasjon og utvikling. Målet er et mest mulig tilgjengelig samfunn for personer med nedsatt funksjonsevne.

Av Thomas Falch Eide



Thomas Falch Eide
er ergoterapeut og
gründer.



Med støtte fra Innovasjon Norge har flere norske leverandører fått muligheten til å utvikle innovative produkter som bidrar til å løse eksisterende utfordringer for brukere, helsepersonell og pårørende. De siste to årene har Hjelpemiddelpartner besøkt alle landets hjelpemiddelsentraler og vist fram våre innovative løsninger. Vi er veldig takknemlige for hvor godt vi har blitt tatt imot. Vi opplever hjelpemiddelsentralene som konstruktive og kritiske, og de gir tydelig uttrykk for at de verdsetter produktene som kan hjelpe med å løse utfordringer i hverdagen.

VELFERDSTEKNOLOGI OG HJELPEMIDLER

Flere hjelpemidler blir også omtalt som *velferdsteknologi*. Jeg vil benytte anledningen til å oppfordre ergoterapeuter til å sette seg godt inn i dette. Selv om begrepet er relativt nytt (Danmark 2007), kan det også sies å være mye kjent stoff. Tradisjonelt har ergoterapeuter over snittet god kjennskap til hjelpemidler. I dag faller også noen «hjelpemidler» inn under begrepet velferdsteknologi, - men blir ofte omtalt som «mestringsteknologi». Begrepet blir i mange sammenhenger delt i tre: *Digitale løsninger*, *mestringsteknologi* og *velvære*. Store aktører på markedet som leverer digitale tjenester, har enorm påvirkning på oss gjennom media, og har på denne måten «fått lov» til å definere begrepet. Derfor opplever nok mange av oss at «velferdsteknologi» er noe vi ergoterapeuter ikke kan så mye om. Det er ikke riktig, og her må vi hive oss på «velferdsteknologitoget». Vi har mye å bidra med, og det følger midler med denne satsingen.

«ER DET PÅ AVTALE?»

Enten du er en erfaren eller nyutdannet ergotera-

peut, har du sikkert fått høre dette spørsmålet. I forbindelse med lansering av nye løsninger hører vi dette hele tiden. Jeg har selv undervist på Høgskolen på Vestlandet i temaet «Velferdsteknologi i et samfunnsperspektiv» for tredjeklassingene i ergoterapi. Jeg er ganske forundret over hvor godt dresserte de er i spørsmålet når jeg viser de hva som finnes der ute. «Er denne på avtale?» Etter en god prat med min tidligere lærer Ingebjørg Børsheim ønsker jeg å klargjøre forståelsen av «avtalene» og ergoterapeuters mulighet til å søke på innovative hjelpemidler og velferdsteknologi.

Kjært barn med mange navn: På avtale, anbud, prisforhandling og rammeavtale. For ordens skyld bruker jeg begrepet «avtale» videre. Til syvende og sist er det ofte avgjørende for hvilket hjelpemiddel det skal søkes om. Ikke alle ønsker å «gå i krigen» for å søke dispensasjon for et hjelpemiddel i en hektisk hverdag hvor tiden må prioriteres. Men må du alltid søke dispensasjon for hjelpemidler uten avtale?

HJELPEMIDLER UTEN «AVTALE» KAN SØKES OM

Det er ikke slik at NAV lyser ut en avtale (anbud) fordi de ser at brukerne har et behov. Behovene oppstår ute hos brukerne. Vi og andre leverandører leverer flere løsninger til NAV hjelpemiddelsentraler som det aldri har vært utlyst anbud på. Så lenge disse nye løsningene ikke faller inn under anbudsteksten, så skal det heller ikke søkes dispensasjon. Dette vil i praksis si at dersom brukeren har et behov for et hjelpemiddel som ikke er på avtale, men som løser et behov, så kan man søke. Dette kan man gjøre fordi NAV ikke har lyst ut en avtale som beskriver denne typen hjelpemidler. For andre produktgrupper hvor det ikke finnes noen avtaler i det hele tatt, kan det også søkes gjennom NAV Hjelpemiddelsentral uten dispensasjon.

Det er viktig for brukeren med sine utfordringer at den gamle frasen «er den på avtale?» ikke alltid blir styrende for valg av løsninger – da gjør vi oss selv til vår egen fiende. Ved faktisk å benytte seg av nye løsninger kan ergoterapeuter bidra til videre innovasjon innenfor velferdsteknologi og hjelpemiddelområdet.

Til slutt vil jeg oppfordre dere til å slå dere litt på brystkassa når det etterspørres kompetanse om velferdsteknologi. Det handler ikke bare om teknologi, men om mennesker!

Håper innlegget vil gi dere ny giv til å søke de

beste løsningene, og at dere også ser at det i stor grad ønskes innovasjon på hjelpemiddelområdet fra statens side. Ergoterapeuters rolle er her viktig.

«Å hjelpe en person endrer kanskje ikke verden, men det kan endre verden for en person».



Bamse Produkter AS
Du har kunnskapen, vi har produktene.



- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling



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

BOKOMTALE

Profesjonsetikk i ergoterapi og fysioterapi

Av Toril Laberg

Med positiv innstilling har jeg lest boka i profesjonsetikk i ergoterapi og fysioterapi. Forfatterne har evnet å presentere etikk generelt og profesjonsetikk spesielt på en forståelig og lettlest måte. Boka er skrevet primært for studenter, men yrkesaktive vil ha stor nytte av boka. Kanskje den kan inspirere til etisk refleksjon og debatt om etiske dilemmaer i praksis?

Det finnes mange kryssende krav og forventninger til hvordan ergoterapeuter og fysioterapeuter skal arbeide. Boka veileder i hvordan etisk refleksjon kan bidra til å gjøre best mulige valg når situasjoner blir uoversiktlige eller tvilen om valg av tiltak melder seg.

Første del av boka inneholder profesjonsetikk generelt og en presentasjon av etiske refleksjonsmodeller. Oppsummeringer etter hvert kapittel gjør det enklere å reflektere over hva jeg nettopp har lest. Andre del går nærmere inn på etiske utfordringer knyttet til relasjonelt arbeid med pasienter og brukere. Lovverk og etiske retningslinjer gjennomgås, og Ergoterapeute-

nes yrkesetiske retningslinjer er en del av boka. I andre del avsluttes kapitlene med oppgaver, eller spørsmål til refleksjon, som kan egne seg godt i en studentgruppe eller på en arbeidsplass.

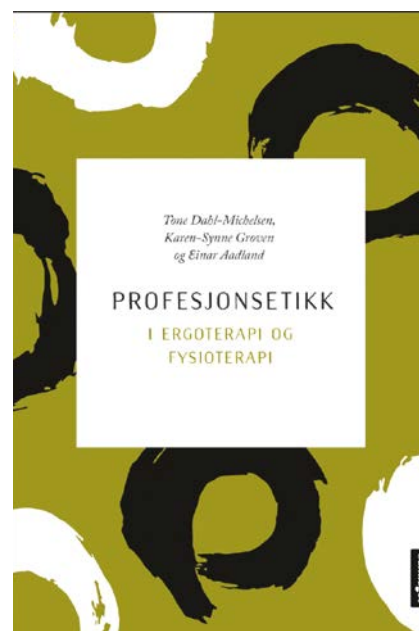
Det var interessant å lese om fysioterapiens og ergoterapiens opprinnelse, beskrevet for å gi oss lesere innsikt i dilemmaer de to profesjonene har stått i gjennom tidene. I kapitlet om ergoterapi ble Nils Erik Ness regelmessig sitert. Det gir meg trygghet for at forfatterne har beskrevet utviklingen av ergoterapifaget på en kunnskapsbasert og troverdig måte.

Boka tar også opp etiske sider ved ergoterapi og fysioterapi som kunnskapsbaserte praksiser, samt forskningsetikk. Eksempelene som benyttes, er gjenkjennelige og aktuelle for mange: samtykke, likeverdige tjenester, prioriteringer, taushetsplikt, lojalitet og varsling er blant mange temaer som er aktuelle i praksis. Så aktuelle at jeg ofte undrer meg over hvor sjelden disse etiske dilemmaene debatteres blant ergoterapeuter.

Boka er et viktig bidrag til studenter og praktikere i ti-



Toril Laberg er fagsjef og generalsekretær i Ergoterapeutene.



Tittel: Profesjonsetikk i ergoterapi og fysioterapi

Forfattere: Tone Dahl-Michelsen, Karen Synne Groven og Einar Aadland

Forlag: Det Norske samlaget 2018

Pris: 329 kroner

der hvor oppgavemengden og ventelister øker, og liggetiden på sykehus minker. Ergoterapeuters personsentrerte tilnærming, som begynner med spørsmålet om hva som er viktige aktiviteter for den enkelte, blir stadig utfordret på en slik måte at profesjonsetikken står i fare.

Lansering av Folkehelsemeldingen 2019

Eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen la 5. april frem Folkehelsemeldingen «Gode liv i et trygt samfunn».
– Folkehelse er ikke bare de store sprangene, men også de små skrittene. Si hei til den som sitter ved siden av deg. Gå en tur i naturen. Delta i aktiviteter i nabolaget, innledet hun.

Av Else Merete Thyness

Med den nye Folkehelsemeldingen vil regjeringen særlig forsterke innsatsen på tre utvalgte områder: tidlig innsats for barn og unge, forebygging av ensomhet og mindre ulikhet i helse.

TIDLIG INNSATS FOR BARN OG UNGE

Regjeringen har styrket helses-
tasjons- og skolehelsetjenesten siden 2014, og skal videreutvikle tjenesten slik at barn og unge har gode og tilgjengelige lavterskeltilbud.

– Vi vet at en god oppvekst varer livet ut. For å gi barn og unge trygge rammer må vi starte tidlig, og vi må se hele familien, sa Åse Michaelsen.

SAMMEN MOT ENSOMHET

Ensomhet er en stor trussel mot folkehelsen. Forskning viser at å være ensom gjør oss mer utsatt for fysiske og psykiske sykdommer og tidlig død. Derfor ønsker regjeringen å ha en egen ensomhetsstrategi i sitt folkehelsearbeid.

– Særlig unge og eldre faller utenfor fellesskapet. Nå ønsker vi å skape åpenhet om ensomhet. For mange er det skambelagt. Vi ønsker også å få til flere møte-



Eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen fikk gave av Frivillighet Norge etter fremleggelsen av Folkehelsemeldingen.

plasser, særlig der generasjonene kan treffes. Vi vil arbeide systematisk for å forebygge ensomhet og øke den sosiale støtten.

MINDRE ULIKHET I HELSE

Sosiale forskjeller påvirker helsen vår. Regjeringen ønsker derfor at arbeidet med å jevne ut helseforskjeller skal være en integrert del av folkehelsepolitikken.

– Vi vil arbeide for å redusere lav inntekt blant barnefamilier og

redusere frafall fra videregående skole, sa folkehelseministeren.

Meldingen vektlegger også elementer som:

1. Å lære barn og unge å ta sunne valg
2. Bruke teknologi til å hjelpe mennesker å mestre livet
4. Få en bedre oppfølging av kroniske sykdommer og
5. Skape et godt kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet

SAMVALG

– hva betyr det?

SAMVALG er et samarbeid mellom pasient og helseperson om å treffe beslutninger om utredning, behandling og oppfølging, i den grad og på de måter pasienten ønsker.

Av Liv Hopen

Ordet samvalg finner vi igjen i stadig flere offentlige dokumenter. Helsemyndighetene ber ansatte om å ta metoden i bruk.

HELSEPERSONELL KAN IKKE VELGE SAMVALG BORT

Pasientene har rett til å medvirke i et samvalg dersom de selv ønsker det. Det er ikke noe vi som ergoterapeuter kan velge å la være å forholde oss til.

Når du skal undersøke eller behandle/trene en pasient, finnes det ofte flere måter å gjøre det på. Uansett kan det være et valg ikke å behandle/opptrene.

ALTERNATIVENE MÅ FORKLARES FOR PASIENTEN

Du skal, på en måte som pasienten kan forstå, forklare hvilke alternative undersøkelser og behandlinger/treningsformer som er aktuelle for pasienten.

FORDELER OG ULEMPER GJENNOMGÅS

Det hører også med til samvalg

at pasienten skal få vite hvilke ulemper eller fordeler de ulike alternativene har.

HVA ER VIKTIG FOR PASIENTEN?

Ikke minst viktig skal pasienten fortelle om sine preferanser. Du må stille spørsmålet: «Hva er viktig for deg?»

Det har betydning at vi sitter ned så vi møter pasienten i øyehøyde, og viser med all tydelighet at vi har tid til å snakke sammen akkurat nå. Det handler om å lytte og å ha respekt for den enkelte persons verdier og normer, for dennes unike identitet og livssituasjon.

TEAMSAMARBEID

Samvalg handler i stor grad om at pasienten og helsepersonen sammen utgjør et team. De deler begge sine kunnskaper og erfaringer, før de sammen tar nødvendige avgjørelser.

PASIENTENE MÅ RUSTES

Det er ikke bare ansatte som trenger opplæring i forhold til

samvalg. Mange pasienter våger ikke å spørre hvis de ikke forstår, og de synes det er vanskelig å fortelle hva som er viktig for dem selv.

Som ergoterapeuter kan vi både lære oss å benytte samvalg som metode, og samtidig bidra til å ruste pasienter og pårørende i forhold til deres rolle i møtet med helsepersonell.

Som pasient skal jeg få vite:

- Hvilke alternative undersøkelser og behandling som er aktuelle for meg, på en måte som jeg forstår
- Mulige fordeler og ulemper ved disse alternativene

Og ikke minst skal jeg som pasient gi uttrykk for mine preferanser:

- Hva er viktig for meg i min situasjon?



Liv Hopen er leder av Ergoterapeutenes Seniorforum.

Åpner robotlab

Sunnaas sykehus setter bruk av robotikk til arm- og fingerrehabilitering i system. Apparater som trener skulder, arm, fingre og sittebalanse hos pasienter med nevrologiske skader, er nå samlet i en egen robotlab. Her kan én terapeut behandle inntil tre pasienter på samme tid.

Av Anne Daae Sæle

Ti år gamle Gabrielle klippet snoren og erklærte med det robotlab for åpnet. Hun var første barn som fikk tilbud om å bruke apparatene i rehabiliteringen på Sunnaas sykehus. Robotlab er etablert etter modell fra anerkjente rehabiliteringsinstitusjoner i Sveits, Østerrike og USA, og er delfinansiert av Sunnaasstiftelsen.

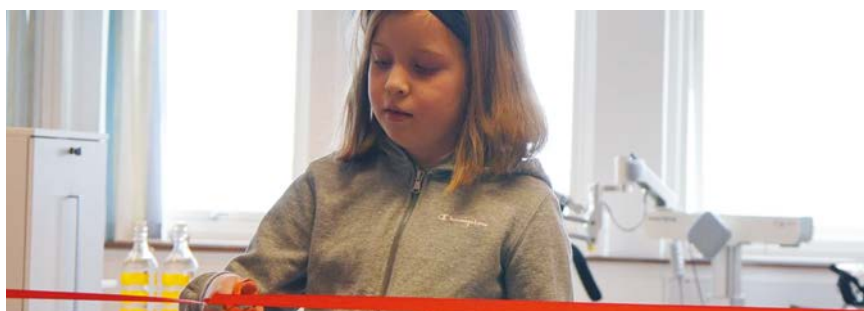
– Pasientene opplever treningen som effektiv og morsom, sier ergoterapeut og prosjektleder Linda Sørensen. – Som følge av at robotikktilbudet for arm- og fingertrening nå er samlet, kan vi tilby pasientene mer trening enn tidligere. Apparatene bidrar også til å avlaste terapeutene i daglig tungt fysisk arbeid, legger hun til.

LEDER PROSJEKTET

Sørensen leder prosjektet teknologisk intervensjonssenter i Sunnaas sykehus. Prosjektet kartlegger, utreder og anbefaler rehabiliteringsteknologier som kan være aktuelle for sykehusets pasientgrupper. Med rehabiliteringsteknologier menes sensorteknologi, bevegelsesstyrte dataspill, VR-briller og robotikk for kartlegging og trening.

ROBOTIKK SATT I SYSTEM

Helsesektoren står foran flere utfordringer i årene som kommer,



Ti år gamle Gabrielle klippet snoren og erklærte med det robotlab for åpnet.



Åsulv Horverak, her med ergoterapeut og prosjektleder Linda Sørensen, er én av mange som bruker apparatene i robotlab. – Jeg merker stor forbedring i arm og fingre, det er veldig motiverende, sier han.

spesielt med tanke på nok helsefaglig arbeidskraft.

– Dette er et eksempel på at helsesektoren har fått øynene opp for robotikk og teknologi, sier klinikkssjef Kathi Sørvig.

– Mange fagpersoner i Sunnaas sykehus er opptatt av robotikk, og nå skal vi, sammen med pasientene, gjøre oss erfaringer med denne måten å jobbe på, sier hun.



SKAL VI TA DISKUSJONEN?

Da Linda Stigen holdt presentasjonen på verdenskongressen i ergoterapi i Cape Town, sa hun blant annet: «Ergoterapeuter i kommunene velger ofte kartleggingsinstrumenter de vet ikke er gode nok; de standardiserte redskapene de benytter, kartlegger kroppsfunksjonsnivå, selv om de heller vil jobbe på aktivitetsnivå; og de trenger mer kunnskap, men har ikke tid til å opparbeide seg det.»

Av Else Merete Thyness

Linda Stigen er ansatt som førsteamanuensis ved ergoterapiutdanningen på NTNU Gjøvik. I desember 2018 disputerte hun med avhandlingen «A multifaceted practice? An investigation of methods used by occupational therapists in municipal services when assessing persons with cognitive impairments».

– Målet med avhandlingen var å undersøke hvilke metoder og redskaper ergoterapeuter i kommunene brukte når de kartla mennesker med kognitiv svikt, i tillegg til hva som var årsakene til valgene de tok, sier hun.

Avhandlingen er basert på tre studier. Den første var en spørreundersøkelse som gikk ut til alle norske ergoterapeuter som var registrert med arbeidssted

i kommunen. Den besto hovedsakelig av lukkede spørsmål om blant annet metoder og redskaper de benyttet i kartleggingen, og årsakene til valgene deres.

– I undersøkelsen kom det frem at samtale og observasjon var deres foretrukne metoder. Testene de oftest benyttet, var Klokketesten og Norsk revidert Minimal Mental Status Evaluering (MMSE). Dette overrasket meg, fordi ergoterapeutene hadde svart at de hovedsakelig benyttet samtale og observasjon, mens dette er screeningstester som kun undersøker kognitiv funksjon, og som ikke hjelper dem å strukturere samtaler eller observasjoner, sier Stigen.

Året etter foretok hun en kvalitativ studie der hun gjennom-

Linda Stigen er til daglig tiknyttet ergoterapiutdanningen på Gjøvik, men i dag er hun på OsloMet for å undervise på videreutdanning for ergoterapi i allmennhelse. – Jeg brenner for kompetanseutvikling for både kommende ergoterapeuter og de som er i praksisfeltet i dag, sier hun.

førte individuelle intervjuer med 14 ergoterapeuter og seks fokusgruppeintervjuer med 19 ergoterapeuter om deres erfaringer med kartlegging

– Informantene understreket at aktivitet er kjernen i ergoterapi, at det var mange begrensninger i de redskapene de brukte nå, og at ergoterapeutene i kommunehelsetjenesten har behov for mer kunnskap.

SKAL ERGOTERAPEUTER FORMIDLE HJELPEMIDLER?

Andre utfordringer som kom opp, var knyttet til henvisningene som kom til ergoterapeutene og at de som regel handlet om formidling av hjelpemidler.

– Det vil bli behov for flere og flere tjenester i hjemmet i tiden

som kommer, og et av tiltakene kan være hjelpemidler. Men som ergoterapeuter bør vi jo vel så ofte jobbe med personen og aktiviteten, og ikke bare omgivelsene? spør Linda Stigen.

Hun viser til Hanne Tuntlands masteroppgave fra 1998, som beskrev en del av de samme utfordringene.

– Ergoterapeuter sliter med at andre forventer hva de skal gjøre, og at de som forventer dette, ikke kjenner godt nok til ergoterapeuters kompetanse.

Nå mener Linda det er på tide å ta diskusjonen om hva ergoterapeuter skal jobbe med i kommunehelsetjenesten.

– Mye av det ergoterapeuter bruker store deler av tiden sin på i dag, trenger man nødvendigvis ikke ergoterapikompetanse til.

RELEVANT VERKTØY

Det kom også frem at ergoterapeutene ønsker seg et nytt aktivitetsbasert redskap når de kartlegger brukere med kognitiv svikt, og kartleggingsredskapet Perceive, Recall, Plan and Perform system assessment (PRPP) var et av redskapene som ble fremhevet i studiene. Noen av informantene brukte det allerede, og flere tok opp at dette var et verktøy de ønsket mer kunnskap om.

– PRPP er et standardisert, klientsentrert aktivitetsbasert redskap som man kan benytte for å kartlegge personer med informasjonsbearbeidingsvansker, som eksempelvis kognitiv svikt. Gjennom kartleggingen får du et bilde av hvordan personers evne til å bearbeide informasjon virker inn på daglige aktiviteter, og veiledning i hvilke intervensjoner som vil være relevante for brukeren, forklarer Stigen.

PRPP er utviklet av Dr. Chris

Chapparo og Dr. Judy Ranka fra Sydney i Australia. Stigen har oversatt verktøyet som en del av sin master og er norsk koordinator for instrumentet.

– Vi samarbeider allerede med det svenske ergoterapiforbundet og vil etter hvert gjerne inkludere det danske også. Jeg kommer til å ha koordineringsfunksjon for de skandinaviske landene.

Med bakgrunn i studiene initierte hun et prosjekt i 2015 der kommuneergoterapeuter fra ti ulike kommuner implementerte PRPP. Disse fulgte Linda Stigen opp i etterkant.

– Tilbakemeldingen jeg fikk, var at dette er et relevant verktøy, og at mange fikk god respons fra samarbeidspartnere. Flere fikk øynene opp for at dette var et verktøy de ønsket at ergoterapeutene benyttet. I forrige uke fikk jeg en mail fra sjefen til et par som var med på kurset i 2018. Hun ville sende flere på kurs.

På Verdenskongressen for ergoterapi i Cape Town presenterte hun artikkelen «The conflicted practice», som er skrevet sammen med Anne Lund og Evastina Bjørk. Denne studien understreker hvordan kommuneergoterapeuter jobber under ulike konflikter til enhver tid. Studien inngår i ph.d.-avhandlingen og er basert på 14 individuelle intervjuer. Denne studien, samt foreløpige data på intervensjoner som igangsettes for personer med kognitiv svikt i kommunene, understreker at kommuneergoterapeuter har behov for å utvikle praksisen sin.

– Her ser vi at intervensjoner som igangsettes i dag, hovedsakelig handler om endringer av omgivelser og implementering av hjelpemidler, mens de heller ønsker å igangsette intervensjoner på aktivitetsnivå. Så i tillegg til

at de ønsker mer kompetanse på kartlegging, er det også et behov for økt kompetanse på aktivitetsbaserte tiltak, som bør igangsettes basert på kartleggingsresultatene.

KUNNSKAPSLØFT I KOMMUNEHELSETJENESTEN

12. april deltok Stigen på Ergoterapeutenes «faglige lunsj». Her snakket hun om kommuneergoterapi i dag og i morgen.

– Jeg brenner for kompetanseutvikling, både for kommende ergoterapeuter og de som er i praksisfeltet i dag. Jeg er ergoterapeut, det er det jeg er god på, og det jeg vil arbeide med. Vi trenger en debatt om hvordan kommuneergoterapeuter skal jobbe, og selv har jeg ikke tenkt å sitte stille og vente på at noe skjer.

I samarbeid med forbundet ønsker hun å gjennomføre kurs for ergoterapeuter, blant annet om kartlegging og intervensjon.

– Det er behov for et kompetanseløft i arbeidet med personer med kognitiv svikt, og her vil jeg gjerne bidra. Jeg utfordrer utdanningene til å tenke over hvordan de også kan delta.

Hun mener at kartleggingen er grunnlaget for intervensjonen.

– Gode vurderingsinstrumenter veileder deg i hvilke intervensjoner som er aktuelle. Som ergoterapeuter har vi et unikt fokus på aktivitetsutførelse og trenger redskaper for å kartlegge og sette i gang intervensjoner på dette nivået.

Hun ser også et behov for sterkere nettverk i kommunehelsetjenesten, særlig for de som jobber alene.

– En løsning er å opprette nettverksgrupper. Kanskje kunne regionene komme på banen når det gjelder koordinering og faglig innhold? Ergoterapeuter trenger gode møteplasser.

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!

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!

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 leksjonene 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. 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. **Neste kurs starter 23. april og 3. september 2019.**

For mer informasjon og påmelding: se www.presenter.simplero.com.

Kurs i AMPS

Assessment of Motor og Process Skills er et ergoterapeutisk kartleggingsredskap.

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangør: Norsk Ergoterapeutforbund i samarbeid med Trästhjälpen, Sverige

Tid: 23.-27. september 2019

Sted: Høyres hus, Oslo

Kursavgift: kr 14 000

Påmeldingsfrist: 31.07.19



KURS I ADL-TAXONOMIEN KRISTIANSAND

ADL-Taxonomien er et valid og reliabelt redskap for å undersøke og vurdere aktivitetsevne. ADL-Taxonomien er nå oversatt til norsk, og deltakere mottar et eksemplar på kurset.

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Ergoterapeutene og Sørlandet sykehus

Tid: 30.-31. oktober 2019

Sted: Sørlandet sykehus (SSHF), Kongsgård, Kristiansand

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

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org, innen 23. september 2019.

Kurset omhandler ADL som en sentral del av ergoterapeuters kjernekompetanse.

Deltakerne får en introduksjon til ADL-Taxonomiens oppbygging og anvendelse, slik at de kan anvende det for planlegging og evaluering av tiltak. Det er lagt opp til praktisk utprøving. Dokumentasjon og måling av effekt er også en del av kurset.



Praktisk kjørevurdering og P-Drive (on-road)

1.-3. OKTOBER 2019 I OSLO

Praktisk kjøretest P-Drive er et undersøkelses- og vurderingsredskap som brukes ved observasjon av kjøreferdigheter.

P-Drive er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse. Det anbefales at deltakerne på dette kurset har kurset «Ergoterapeuter og førerkortvurdering» fra tidligere, eller har erfaring med slik kartlegging fra før.

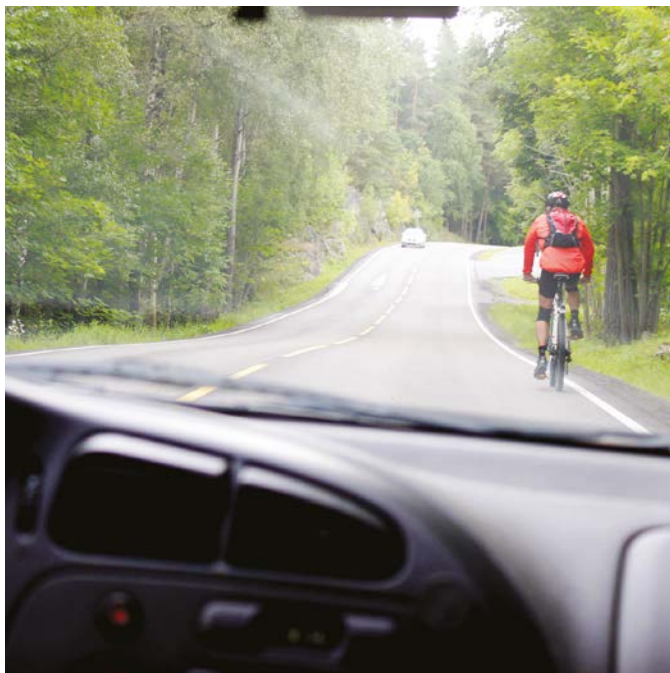
Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund.

Forelesere: Ann-Helen Patomella, ph.d., Sektionen för Arbetsterapi ved Karolinska Institutet, og Helena Selander, fil.dr. og leg. arbetsterapeut ved Statens Väg & Transportforskningsinstitut i Sverige, som har henholdsvis utviklet instrumentet og forsket på det.

Pris: medlemmer kr 3000, tillitsvalgte kr 1 500 og ikke-medlemmer kr 6000. Medlemmer prioriteres.

Kvalifikasjon: Kurset kvalifiserer ergoterapeuter til å benytte P-Drive ved førerkortvurderinger og er meritterende med 22 timer ergoterapispesifikt kurs.

Kursdeltakerne kan i etterkant av kurset kalibreres. Ved dokumentert kalibrering godkjennes ytterligere 35 timer. For program og påmelding se Ergoterapeutenes kurskalender.



Velferdsteknologi – virkemiddel for mestring, aktivitet og deltakelse

4.-5. JUNI I OSLO

Kurset løfter ergoterapeuters kompetanse i å jobbe med velferdsteknologi på system- og individnivå.

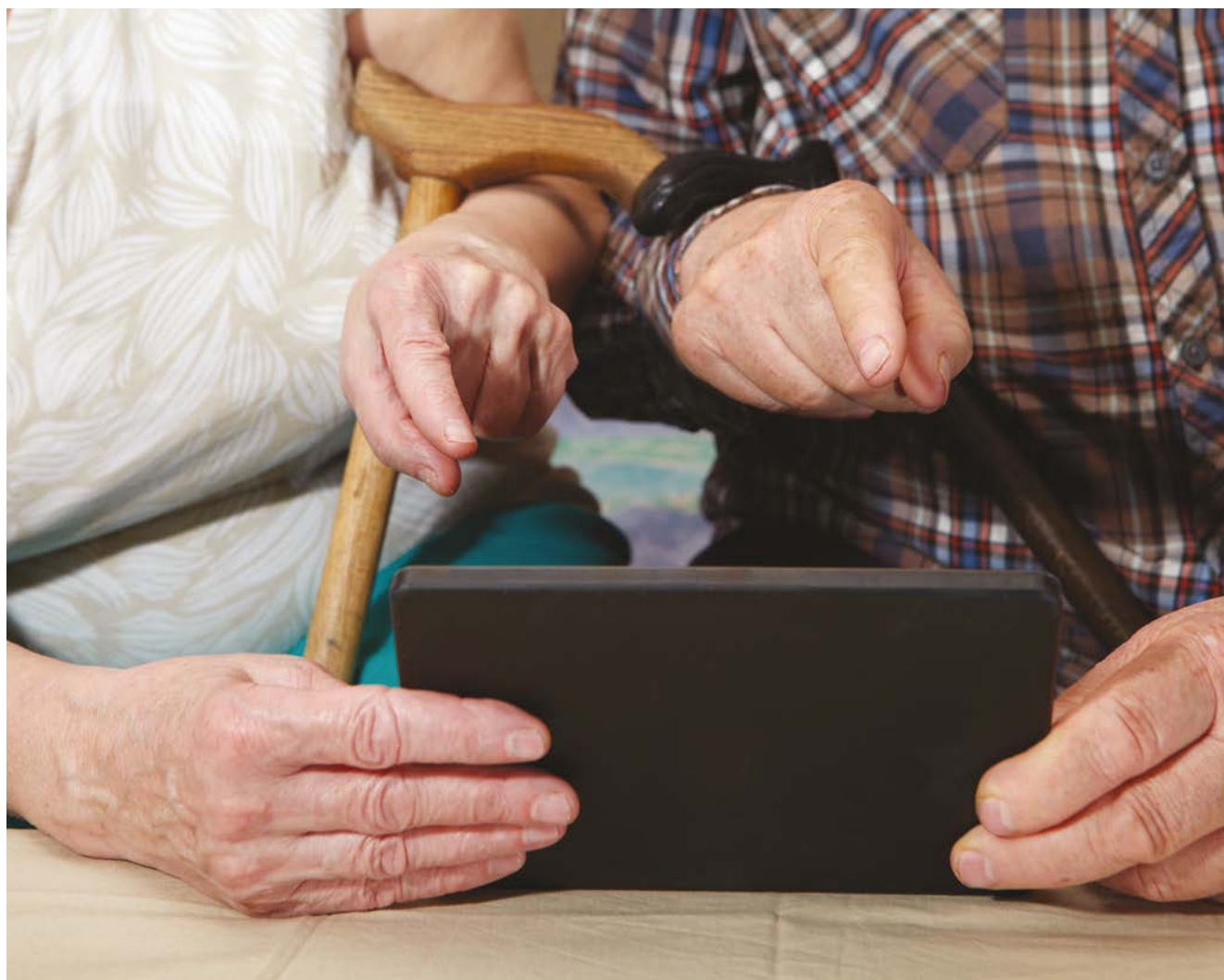
Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Ergoterapeutene

Sted: Høyres Hus, Stortingsgaten 20, Oslo

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

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org, innen 30. april 2019.



- ANNONSER -

DAG 1			
Tid	Temabolk	Tema	Innleder
09:00-09:30	Registrering		
09:30-09:40	Velkommen		
09:40-10:30	Det store bildet	Nasjonalt velferdsteknologiprogram. Politiske mål og virkemidler	Liv Bråthen, seniorrådgiver, Direktoratet for e-helse
10:30-10:45	Pause		
10:45-12.00	Ergoterapeuters kompetanse	Ergoterapeuters kompetanse ved implementering av velferdsteknologi	Toril Laberg, generalsekretær i Ergoterapeutene
12.00-13.00	Lunsj		
12:30-14.00	Velferdsteknologi på systemnivå	Hvor står kommunene i dag? Utfordringer og muligheter i prosjekt og ved implementering. Bestillerkompetanse ved innkjøp.	Kirsti Fosslund Brørs, rådgiver Trondheim kommune. Kristin Skrede, prosjektleder velferdsteknologi St.Hanshaugen bydel, Oslo kommune, Trine W Ekenes, prosjektleder velferdsteknologi i interkommunalt samarbeid, Telemark
14.00-14.15	Pause		
14.15-15.30		Velferdsteknologi til personer med demens. Erfaringer fra visningsleilighet og planlegging av boliger.	Sigrid Aketun, ergoterapeut, Senter for fagutvikling og forskning, Oslo kommune, Sykehjemsetaten
	Vi kan bestille bord kl 18.00 til de som ønsker å spise middag sammen.		
DAG 1			
09.00-09.45	Tjenesteutvikling	Kommunen trenger både bredde- og spisskompetanse innen velferdsteknologi	Ida Wulff Jensen, fagkonsulent, Aldring og Helse
09.45-10.30		Tjenesteutvikling i hjemmetjenesten ved innføring av velferdsteknologi	Hildegunn Baravelli, Velferdsteknologi-koordinator, Lindås kommune
10.30-10.45	Pause		
10.45-11.30	Velferdsteknologi på personnivå	Etiske problemstillinger og spørsmål knyttet til samtykkekompetanse og faglig forsvarlighet.	Ida Wulff Jensen, fagkonsulent, Aldring og helse
11.30-12.30	Lunsj		
12.30-14.00		Kartlegging og tjenesteutvikling. Erfaringer knyttet til velferdsteknologi generelt og lokaliseringsteknologi spesielt.	Cecilie Nervik, Avdelingsleder Ergoterapi voksne og eldre, Trondheim kommune
14.00-14.10	Pause		
14.10-14.40		Nyby app på seniorsenter for sosial kontakt	Robert Rinden, ergoterapeut og daglig leder, Sagene eldresenter
14.40-15.25		Bruk av ulike teknologier for økt mestring, aktivitet og deltakelse	Truls Sveløkken Johansen, ergoterapi-spesialist, Sunnaas sykehus
15.20-15.30	Avslutning og vel hjem		



NORSK REVMATIKERFORBUND

UTLYSNING AV FORSKNINGSMIDLER

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

**Det oppfordres til å søke om midler
til forskning på barneleddgikt,
i tillegg til allerede definerte områder.**

For info se;
www.revmatiker.no/om-nrf/sok-stotte/

(se egen seksjon for Forskningsfond og Phales legat
i bunn av web siden)

Søknadsfrist 1. oktober. 2019

PRAKSISNÆRT NYSKAPENDE SAMLENDE

NFKT INVITERER TIL

Inspirasjons- konferansen

31. oktober – 1. november **2019**
Scandic Oslo Airport

Årets konferanse vil ha et klinisk rettet program med forelesninger og workshops med Emily Holmes, Cory Newman, Marcantonio Spada, Gerd Kvale, Bjarne Hansen, Marit Lie Singsaas, Leif Edward O. Kennair, Neeta Parmar, Åshild T. Håland, Merete Berg Nasset, Stig Jarwson og Steinar Sunde.

Fullt program og påmelding: kognitiv.no



NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI



Kurs i Writing Readiness Inventory Tool In Context (WRITIC)

WRITIC er en nytt kvalitativt måleredskap for å vurdere om barn i 5-6-årsalderen er modne for å begynne skriveopplæring. Dette kurset gir opplæring i bruk og skåring av WRITIC. WRITIC erstatter Screening prewriting skills occupational therapy (SPOT).

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Ergoterapeutene Vest og Bergen kommune

Tid: 20. september 2019

Sted: Clarion Hotel Bergen Airport

Kursavgift: For medlemmer 1300,- og ikke-medlemmer 2600,-.

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org innen 1. juni 2019

Den nederlandske forfatteren av WRITIC, Margo van Hartingveldt, og hennes kollega Liesbeth de Vries kommer til Bergen for å gi opplæring i testen. Testen er foreløpig ikke oversatt til norsk og opplæringen vil bli gitt på engelsk.

Kontaktpersoner: Irene Fjeld – if@ergoterapeutene.org og Pia C.K. Turøy pia.turoy@bergen.kommune.no



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/
trykkløstbyggende hjelpemidler
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
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 TRENINGSTUTTYR

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0606/0612/0618 ORTOSER

OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo
Tlf.: 23 14 26 00, fax: 23 14 26 56
info@ottobock.se www.ottobock.no
Ortoser blir bra!

0630

PROTESER

NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad
Tlf.:62 57 44 44, fax:62 57 44 45
nto@ortonor.no www.ortonor.no
Spesialist i armproteser.

3. PERSONLIG STELL OG KLÆR

0903

KLÆR OG SKO

ØYTEX AS

6917 Batalden
Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77
post@oytex.no www.oytex.no
Uteklær for rullestolbrukere
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona tørkler, Arcona smekker

0909

HJELPEMIDLER FOR

AV- OG PÅKLEDNING

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
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0912

Hjelpemidler ved toalettbesøk

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
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0912 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0933

HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

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
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
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

0933 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

Y 1

YRKESKLÆR/SKO

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>

4. FORFLYTNING

1203/1206

GANGHJELPEMIDLER

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

BARDUM AS

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

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 ÅS
Tlf: 64 94 21 65
www.follo-futura.no

Gåbord

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
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

Delitoppen 3, 1540 Vestby
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

Delitoppen 3, 1540 Vestby
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

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedi-
cal.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

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

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

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

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGING

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

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

PICOMED AS

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

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT
armstøtte

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

1803

BORD

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

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

6250 Stordal
Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01
KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat jockey, barnestol
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

– PRODUKTREGISTER –

1812

SENGER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21

salg@adl.no www.adl.no

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

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

1527

IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.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

– PRODUKTREGISTER –

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 (vektdynen til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
2145 Høreapparater

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,
Asklø 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

POSIJONERINGSPUTER

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

Bruern. 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
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

3006

SPILL

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
SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedi-
cal.no

– PRODUKTREGISTER –

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

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

B.ADL

ADL- 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

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,

Krabatskerf, sikleskerf

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.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

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

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

B.ROL

ROLLATORER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50,

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng, Arcona reiseseng

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.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

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no



Thera-trainer Tigo 550



Scorpion Plus

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 med andre.

(Kilde: regjeringen.no)

Annonse for Bardum ☺



RotoBed Free



La ikke utfordringer hindre deg – løsninger finnes.

Det finnes en rekke praktiske hjelpemidler, i ulike størrelser og utførelser. De kan hjelpe å mestre daglige gjøremål eller gi muligheten for å være mer aktiv. Hjelpemidler med individuelle tilpasninger kan gi kroppen den støtte den trenger – og bidra til mer bevegelse. Mulighetene er veldig mange!

- + Gir trygghet
- + Mer selvstendighet
- + Økt mestringsfølelse

Klikk deg inn på vår nettside og se det store utvalget av produkter.