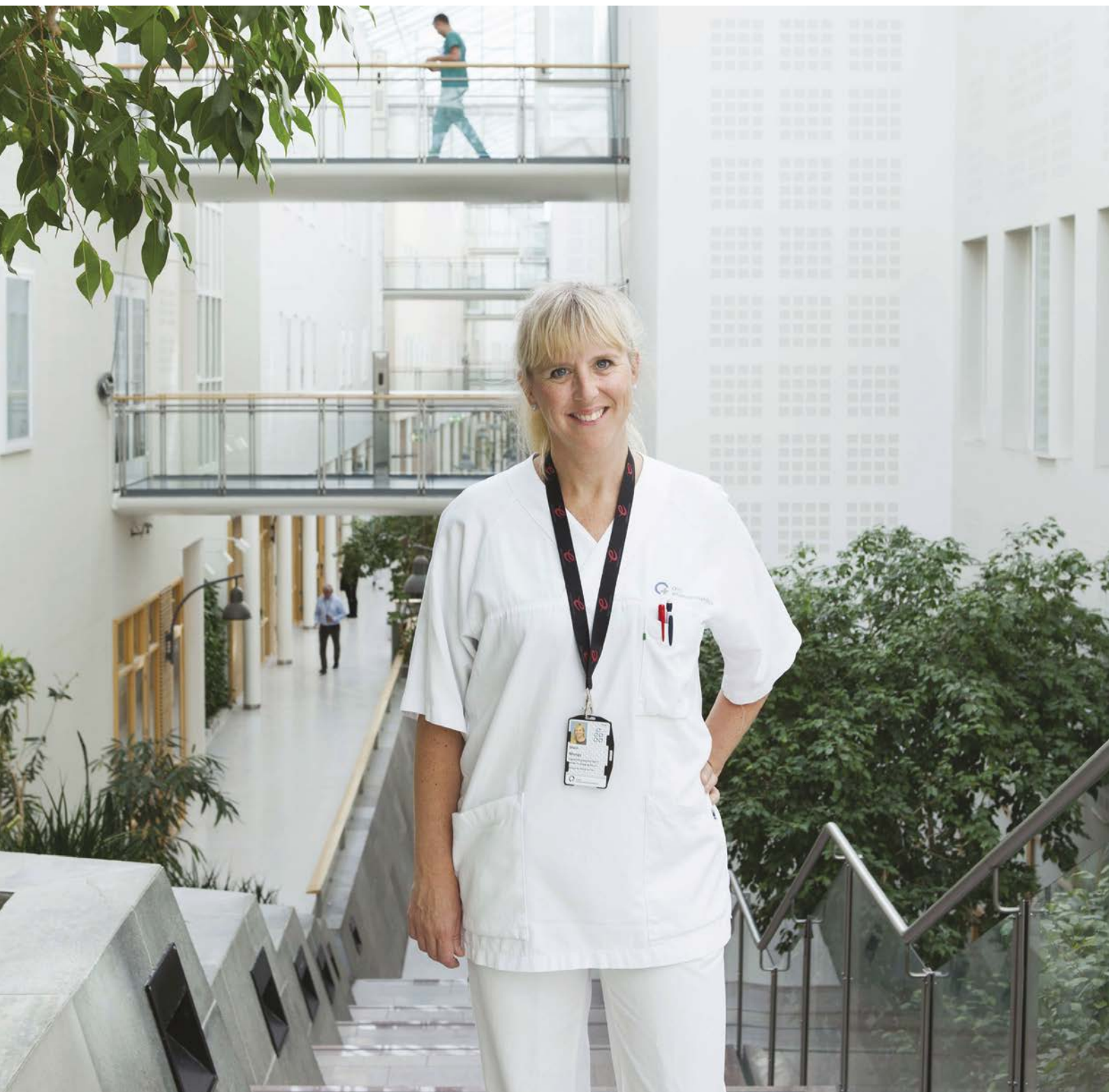


ergoterapeuten

ÅRGANG 61 • 5 – 2018

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Fremtidens spesialisthelsetjeneste 6

Eldre skal få leve hele livet **16** «Som hjelp til å få båten på vannet» **28**

ADL-Taxomin™ i norsk oversettelse **34**

En hverdag med innhold **58**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen, Sissel Horghagen og Anne-Stine Dolva

Annonser

Erik Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 6 – 3. des / 28. des

Nr. 1 – 1. feb / 28. feb

Nr. 5 – 1. april / 30. april

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrun Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Ann Kristin Løe, 2. nestleder

Berit Regine Laiti

Mariette Elise Gjerde

Linda Fauskanger Nesheim

Tonje Hansen Guldhav

Guro Lilleås

May Solveig Svendsen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

Pia Jessen, 1. varamedlem

Silvia Elisabeth Hansbø, 2. varamedlem

Heidi Fløtten, varamedlem

Kenneth Pettersen, varamedlem

Randi Skumsnes, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Line Øverlier, varamedlem

Kamilla Lemb Herbjørnsen, varamedlem

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



6



16



46



58

REPORTASJER

- 6 Fremtidens spesialisthelsetjeneste: Toget går nå**
Av Else Merete Thyness
- 8 Ergoterapeut på ortopedisk klinikk**
Av Else Merete Thyness
- 11 Ergoterapeut på Spesialsykehuset for epilepsi (SSE)**
Av Else Merete Thyness

NY ARENA

- 14 Senterleder på treningssenter i Florø**
Av Else Merete Thyness

KRONIKK

- 16 Eldre skal få leve hele livet**
Av Åse Michaelsen

FORBUNDET

- 18 Forslag til ytterligere nye varslingsregler**
Av Berit Førli
- 20 Hva bør skje med bedriftshelsetjenesten?**
Av Anita Engeset og Else Merete Thyness

- 21 Noen utfordringer ved Min side er løst**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 22 Leve hele livet og påvirkning gjennom kommuneplanarbeid**
Av Solrun Nygård
- 26 Nyttig forsikringsinformasjon**
Av Roar Hagen

FAGLIG

- 28 «Som hjelp til å få båten på vannet»**
Av Liv Grethe Kinn
- 34 ADL-Taxonomi™ i norsk oversettelse**
Av Kjersti Vik, Lene Meinskar Hovde og Vigdis Skarsaune Gausemel

VITENSKAP

- 46 Forsker i farten: Anne-Marthe Sanders**
Av Else Merete Thyness

AKTUELT

- 48 Prosjekt samhandling innen rehabiliteringsfeltet**
Av Anne Kari Thomassen
- 52 Funksjonsattest for bolig**
Av Eli Nordvik og Solveig Dale
- 55 DnU – disabled not useless**
Av Milena Marie Magerøy
- 56 Fant opp hjelpemiddelet Dignum selv**
Av Klaus Klausen Espedal

PÅ DE SISTE SIDENE

- 58 En hverdag med innhold**
Av Else Merete Thyness

ANNONSER

- 60 Kurs- og stillingsannonser**
63 Produktregister

Spor som slynger seg sammen

Den tidligere danske forbundslederen Gunnar Gamburg skrev i sin tid en bok som het: **Spor der slynger seg sammen. Det synes jeg kunne vært en passende overskrift for denne utgaven av fagbladet også.**



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Det første sporet vi følger er ergoterapeutiske kartleggings- og vurderingsredskaper. I dette nummeret har vi den store gleden av å presentere ADL-Taxomin™. Den er oversatt fra svensk til norsk, og i en artikkel av Kjersti Vik, Lene Meinskar Hovde og Vigdis Skarsaune Gausemel kan vi følge hele prosessen fra begynnelse til ferdig produkt. Nyttig hvis noen andre vil gjøre noe lignende. Bakgrunnen for prosjektet var at ergoterapeutene i Trondheim kommune ønsket å prøve ut om ADL-Taxomin™ kunne være et egnet verktøy for å dokumentere ergoterapeutisk arbeid i Norge.

I reportasjene fra Oslo universitetssykehus møter vi ergoterapeutene Marte Baklund Størseth og Mari Christoffersen, som begge vektlegger bruk av kartleggings- og vurderingsredskaper i arbeidet sitt. Med testene som grunnlag kan de veilede pasienten i aktivitet og deltakelse.

I disse reportasjene ser vi også nærmere på ergoterapeutenes plass i fremtidens spesialisthelsetjeneste. «Vi skal ikke stå passivt

på perrongen og vente på at noen kjøper billett til oss», sier Malin Mongs.

En annen rød tråd i denne utgaven er mental helse og rus. Liv Grethe Kinn har skrevet fagartikkelen *Som hjelp til å få båten på vannet*. Artikkelen gir oss kunnskap om nytten av klubbhusmodellen for mennesker med alvorlige psykiske helseproblemer. Temaet følges opp på «De siste sidene» med et intervju med Ruth Donovan, som introduserte *ABC for mental helse til Norge*. ABC står for Act – Belong – Commit, og programmet omfatter aktiviteter som fremmer trivsel og styrker oss som mennesker.

Men dette er ikke alt. Vi har enda et tema som går igjen: *Leve hele livet*, med kronikk av eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen og en artikkel av Ergoterapeutens seniorrådgiver Solrun Nygård. «Dette er en kvalitetsreform for eldre som roper etter ergoterapeuter», skriver hun.

Jeg håper dere blir like inspirert som meg.

Nå kan du utgjøre forskjellen



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Kjære kollegaer. Bak oss har vi Ergoterapiens dag. I år har vi mer enn noen gang før lyktes med å skaffe oppmerksomhet om faget vårt. La oss ta denne entusiasmen med oss når vi åpner de mulighetsrommene som ligger foran oss.

I kvalitetsreformen for eldre, *Leve hele livet*, er Ergoterapeutenes innspill blitt hørt og referert til. Denne meldinga er så viktig at forbundsstyret valgte å ta meldinga som utgangspunkt når vi valgte Mestring og deltakelse for eldre som satsningsområde neste år.

For første gang har en Stortingsmelding om eldre vektlagt ressurser, mestring og deltakelse framfor passiv pleie, sykdom og sykehjem. Det var på tide. Eldre personer er mer mangfoldige enn

resten av befolkningen når det gjelder funksjon, helse, interesser og behov. Derfor må også tjenestene gjenspeile dette mangfoldet. Meldinga anbefaler mange tiltak som nettopp ergoterapeuter utfører eller også har utviklet. Jeg nevner i fleng: hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi, forebyggende hjemmebesøk, aldersvennlige samfunn, livsarket, gode pasientforløp mellom sykehus og kommune, boligtilrettelegging...

Meldinga blir behandlet i Stortinget denne høsten. Her er det lite kontroversielt, så mest sannsynlig skal *Leve hele livet* inn i de enkelte kommuneplanene i 2019. Meldinga skriker etter ergoterapeuters kompetanse. Her er mulighetsrommet for flere er-

goterapistillinger. Jeg oppfordrer derfor alle:

- Vær i forkant ved å lese *Leve hele livet*.
- Vær interessert. Delta med innspill eller delta i kommunepolarbeidet.
- Allier deg med andre med felles interesser, for eksempel kollegaer, eldreråd eller Pensjonistforbundet.

Men aller først kan dere i dette nummeret lese kronikken av eldre- og folkehelseminister Michaelsen og artikkelen om *Leve hele livet* av seniorrådgiver Solrun Nygård.

Nå er det faktisk opp til den enkelte ergoterapeut og tillitsvalgte om ergoterapeuters stemme blir hørt i kommunene.

FREMTIDENS SPESIALISTHELSETJENESTE

TOGET GÅR NÅ

Malin Mongs er opptatt av ergoterapifagets rolle i fremtidens spesialisthelsetjeneste. – Spesialisthelsetjenesten er i endring. Vi må slenge oss på toget, holde oss fast i svingene og unngå å bli kastet av, sier hun.



Malin Mongs er ergoterapispesialist i somatisk helse og arbeider som fagutviklingsergoterapeut ved Oslo universitetssykehus. I 2017 ble hun valgt inn i Ergoterapeutenes forbundsstyre. Foto: Linn Melum

OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS

Oslo universitetssykehus består av tidligere Rikshospitalet, Radiumhospitalet, Aker sykehus og Ullevål sykehus. Sykehuset er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, akuttsykehus for store deler av Oslo-området og regionsykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst, og har en rekke nasjonale oppgaver. Sykehuset er landets største med over 23 000 ansatte og har 14 klinikker og enheten Oslo sykehuservice, som leverer ikke-medisinske tjenester til resten av sykehuset.

Malin Mongs er fagutviklingsergoterapeut for ergoterapeuter i somatisk helse på Oslo universitetssykehus (OUS). Hun er også leder for det fagspesifikke nettverket for alle ergoterapeutene ved sykehuset.

– Den rollen vi har i spesialisthelsetjenesten i dag, vil forandre seg, sier hun.

Selv kom hun fra Sverige til Norge for 20 år siden. Hennes første jobb i Norge var på slagrehabiliteringen på Ullevål sykehus. Siden den gangen har hun arbeidet og brent for ergoterapi i spesialisthelsetjenesten. På Ergoterapeutenes landsmøte i 2017 ble hun valgt inn i forbundsstyret.

– Jeg ønsker at forbundet skal ha et sterkere fokus på spesialisthelsetjenesten. Mye er i endring på dette området. Vi ser ny forskning og medisinsk fremgang, økt bruk av teknologi og endrede organisatoriske og samfunnsmessige forhold. For eksempel påvirker samhandlingsreformen pasientforløp, utskrivningsfaser og ergoterapifagutøvelsen i sykehusene. Pasientvirksomheten går mer mot økt poliklinisk drift og flere dagpasienter, samtidig som antall liggedøgn reduseres. Dette utfordrer oss å tenke nytt for å synliggjøre betydningen av egen fagutøvelse i spesialisthelsetjenesten.

Vi må vurdere spørsmål som hvordan ergoterapi kan utgjøre en forskjell i pasientforløpene, hva vårt faglige bidrag er, og hva som er verdien av ergoterapi i spesialisthelsetjenesten. Det går et tog nå – og det må vi få plass på.

TILBUD OG SAMHANDLING

Det er cirka 60 ergoterapeuter ansatt ved OUS, fordelt på fem klinikker: ortopedisk, nevrologisk, medisinsk, kreft, barn og ungdom og psykisk helse og avhengighet.

– Noe av det jeg ønsker for fremtiden, er at alle pasienter som har behov for ergoterapi, får tilbud om det. På OUS ser vi at organiseringen styrer hvem som får tilbud om ergoterapi eller ikke, ut fra hvilke avdelinger som har ergoterapeut ansatt. Det er også en utfordring at hovedvekten av henvisningene til ergoterapeuten i stor grad er diagnoserelatert og tiltaksorientert. De er i for liten grad knyttet til de reelle aktivitetsutfordringene pasienten opplever.

Hun er også opptatt av samarbeidet med førstelinjetjenesten.

– Vi har et stort forbedringspotensial når det gjelder samhandling med førstelinjetjenesten. Her må vi bli enige om hvilke oppgaver som skal gjøres hvor, og hvordan vi kan gjøre hverandre

gode. Dette er et dagsaktuelt område. Norsk Ergoterapiforbund har vedtatt «Deltakelse og mestring for eldre» som hovedsatsingsområde for 2019. Det er knyttet til stortingsmeldingen *Leve hele livet*. Her er sammenheng i tjenestene et av punktene.

FORMIDLE KJERNEVERDIER-

Som fagutviklingsergoterapeut jobber Malin med utviklingen av ergoterapifaget på OUS.

- Jeg har arbeidet mye med å skape et fellesskap blant ergoterapeutene. Fellesnevneren har vært å fremme at kjernekompetansen i ergoterapi er uavhengig av spesialistområdene. Aktivitetsperspektivet kan noen ganger «drukne» i en medisinsk hverdag der kroppsfunksjonene er mest synlige og nært knyttet til andre faggruppers spesialkompetanse. Som ergoterapeuter er vi best på aktivitet og deltakelse, og vi jobber med sammenhengen mellom personen, aktiviteten og omgivelsene, sier hun.

Malin synes synliggjøring av fagets kjernekompetanse formidles i for liten grad.

- Vi underkommuniserer for eksempel betydningen av aktivitetsanamnese, aktivitetsanalyse og kvalitet på utførelse av aktivitet. Vi bør bli bedre på å artikulere hva ergoterapeuter kan bidra med i de ulike pasientforløpene.

For å fremme aktivitetsperspektivet har ergoterapeutene jobbet på flere ulike arenaer, som utvikling av strukturen i elektronisk pasientjournal, årlige fagdager, markering av ergoterapiens dag, strategidokumenter, høringsuttalelser, karrieredager, veiledningsgrupper og innlegg både på fagkongressen i Trondheim og på verdenskongressen i Cape Town.

- Vi er nøye med alltid å pre-

sentere ergoterapi med bilder av mennesker i aktivitet. Aktivitetsperspektivet er den røde tråden.

Hun er opptatt av spesialisthelsetjenestens ansvar for å være med på å utdanne fremtidens ergoterapeuter.

- Dette er en lovpålagt oppgave. Praksisstudier er en viktig arena for læring av fagutøvelse. Det er her studentene får mulighet til å knytte teori og praksis sammen, bli tydelige i egen yrkesrolle og reflekterte og nytenkende ut fra ergoterapiens kjernekompetanse.

INNOVASJON

Malin mener det vil være behov for å tenke innovativt om hvordan ergoterapeuters ferdigheter kan bli brukt på nye arenaer.

- I 2005 var jeg med på utviklingen av tjenesteinnovasjonsprosjektet «Tidlig rehabilitering for pasienter med alvorlig traumatisk hjerneskade på intensiv enhet». Den gangen fikk jeg mange kritiske spørsmål om ergoterapeuters bidrag til så dårlige pasienter. Mye har skjedd siden dette, og flere studier har nå vist at det er lønnsomt og sikkert å begynne med tidlig rehabilitering allerede på intensive enheter.

Forskning er også en viktig del av spesialisthelsetjenesten.

- Som ergoterapeuter må vi initiere og delta i intervensjonsforskning som ser på blant annet effekt, sikkerhet, helseøkonomi og opplevelser av forskjellige ergoterapitiltak. Vi må også ta initiativ til å implementere forskning og retningslinjer som er utført av andre. På OUS har vi nylig opprettet et nettverk, ERGOforsk, for ergoterapeuter som holder på med forskning og fagutvikling. Hensikten er å samles for å dele erfaringer og kunnskap og stimulere til felles prosjekter.



Malin Mongs mener at ergoterapeuter har en viktig rolle i fremtidens spesialisthelsetjeneste.
Foto: Linn Melum

TOGET GÅR NÅ ...

Malin synes det er inspirerende å arbeide innen spesialisthelsetjenesten, og hun er helt sikker på at det kommer å være ergoterapeuter på fremtidens sykehus.

- Vi skal ikke stå passivt på perrongen og vente på at noen kjøper billett til oss, men selv sørge for å få plass på toget. Det skal vi gjøre gjennom å synliggjøre verdien av ergoterapi, vise nye måter ergoterapeuters ferdigheter og kunnskap kan benyttes på, utdanne morgendagens ergoterapeuter, og gjennom forskning og fagutvikling.

ERGOTERAPEUT PÅ ORTOPEDISK KLINIKK

Av Else Merete Thyness

Marte Baklund Størseth er ergoterapeut på ortopedisk klinikk avdeling Rikshospitalet, som er en del av Oslo universitetssykehus. – Et eksempel på en pasient jeg ofte møter, er en voksen mann som har skadet den ikke-dominante hånden på en sag eller i en vedkløyver. Alle pasientene blir operert på håndkirurgien. Så kommer de hit senere for oppfølging og opptrening, forteller hun.



Ortopedisk klinikk, avdeling Rikshospitalet, ligger på Gaustad rett utenfor Oslo sentrum.

Enhet for ergoterapi ved ortopedisk klinikk er lokalisert på Rikshospitalet og på Legevakten i Oslo sentrum. Ortopedisk avdeling ved Rikshospitalet har landsdekkende og regionale behandlingsfunksjoner, mens enheten på Legevakten i hovedsak har pasienter fra Oslo.

– Det jobber cirka 15 ergoterapeuter ved Ortopedisk klinikk. Vi jobber primært med ortopediske pasienter, men gir tilbud til enkelte andre avdelinger. De fleste pasientene vi møter, har enten gjennomgått en operasjon av hånd eller arm etter en traumatisk skade, eller det er planlagt funksjonsforbedrende kirurgi eller greprekonstruksjon, sier Marte.

Når en pasient blir operert ved ortopedisk avdeling, får ergoterapeutene informasjon om dette ved inntaksmøtet, som foregår dagen før operasjon. I enkelte tilfeller treffer de pasienten mens han eller hun fremdeles er innlagt på sengepost.

– Det hender at vi blir tilkalt for eksempel for å lage en skinne, enten for beskyttelse eller for å fremme en bevegelse, men det er sjelden.

De fleste pasientene treffer

hun poliklinisk, ofte fire til seks uker etter operasjonen. Da har pasienten gjerne vært til kontroll hos legen først.

– Legen vurderer forsiktighetshensyn og informerer om hvor mye armen kan belastes og beveges. Det er viktig å komme i gang med treningen, så hånden eller armen ikke blir stiv. Samtidig skal ikke treningen ødelegge for tilheling.

KARTLEGGING OG EVALUERING

Møtet med pasienten starter med kartlegging og evaluering.

– Vi begynner med en samtale eller aktivitetsrettede og pasientspesifikke kartleggingsinstrumenter som grunnlag for å sette mål og planlegge tiltak, og også for å evaluere og avslutte behandlingen. Ofte bruker vi *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM) eller *Pasientspesifikk funksjonsskala* (PSFS) som utgangspunkt, men nylig startet vi et prosjekt der vi prøver ut et nytt instrument.

Measure of Activity performance of the hand er et norsk instrument utviklet ved Diakonhjemmet sykehus, og det er validert for pasienter med håndar-



Dette bildet er tatt cirka ti uker etter Andreas' operasjon. Marte spurte han hva han tenkte da han ble satt i gang med å brette sokker, og svaret var: «Det var faktisk gøy. Jeg fikk mestringsfølelse. Dette er jo noe jeg vanligvis gjør hjemme.»

trose og revmatoid artritt.

– Nå undersøker vi om det kan brukes også for pasienter med traumatiske håndskader. Instrumentet kartlegger problemer med aktivitetsutførelse ved at man skårer vansker med å utføre 18 forhåndsdefinerte daglige aktiviteter og beskriver og skårer inntil fem aktiviteter som pasientene velger selv. Vårt prosjekt inkluderer 60 pasienter. Jeg er frikjøpt i et halvt år for å jobbe med prosjektet og oppsummere resultatene, sier Marte.

OPPTRENING

Som eksempel på en pasient nevner Marte Andreas. Han er 40 år og jobber som brannmann. I 2017

fikk han hånden kappet av ved håndleddet i en vedkløyver. Det ble foretatt en replantasjon på håndkirurgien ved Rikshospitalet.

– Etter en kartlegging hvor vi fikk definert hvilke aktiviteter Andreas savnet å utføre, begynte vi med forsiktig opptrening. Den startet med å veilede ham i å bruke hånden i forskjellige ADL-aktiviteter, som å brette sokker, spise med bestikk og ta ut av oppvaskmaskinen. Vi baserer treningen vår den første tiden på lette aktiviteter som ikke krever mye kraft, og som vil normalisere bruken av hånden. Det er viktig å gi konkret informasjon som at de kan drikke melk fra et glass, men ikke løfte hele kartongen, eller de kan spise



Det jobber cirka 15 ergoterapeuter ved Ortopedisk klinikk.



Marte lager ortoser nesten daglig. Dette er en knokebøyer for personer med nerveskade. Orto- sen bøyer knokene slik at grepet åpner seg.

en skive brød, men ikke dra ut kjøleskapsdøren. Vi går gjennom hva man gjør i løpet av hverdagen, og hva forskjellige aktiviteter krever av kraft. I Andreas' tilfelle gikk han bare hjem og fortsatte å utføre disse aktivitetene. I tillegg fant han fram til egne alternativer til trening.

Avhengig av hvilken skade pasientene har, følges de opp i alt fra tre måneder til flere år.

– Det kommer an på størrelsen på skaden. Er det en liten skade på en finger, følger vi kanskje opp i tre til seks måneder etter skaden. Ved store skader, som Andreas', kan vi følge opp over flere år.

Når pasienten kommer tilbake, vurderer Marte om det kan utføres mer krevende aktiviteter, og hvilke utfordringer hånden trenger for å skape de bevegelsesretningene som er nødvendige.

– En del av våre pasienter er håndverkere eller har praktiske yrker. Jeg prøver å finne aktiviteter som trener hånden slik at pasientene senere kan utføre aktiviteter han har behov for og er opptatt av. Vi gjør aktiviteter her sammen, men vi snakker også om hvilke aktiviteter det er viktig for dem å gjøre hjemme, som å bygge Lego med barna. Noen ganger er det også nødvendig å trygge pasienten på at det trygt å bruke hånden igjen i ulike faser etter kirurgi. Det kan være lettere å prøve ut aktiviteter under veiledning. Da vet de hva som er trygt å gjøre når de kommer hjem.

Noen har vent seg til å bruke bare én hånd. Eller de opplever at nedsatt sensibilitet kan gjøre det vanskelig å gjenkjenne hva de tar på, og orientere seg ved hjelp av tilbakemelding fra fingrene. Dette kan føre til at de lar være å bruke den fingeren.

– Skade på nervene kan føre til at for eksempel fingeren blir følelsesløs. Da er det fort gjort å utelate å bruke den i grep. I slike tilfeller jobber vi med å bevisstgjøre og automatisere bruk av fingeren igjen. Et annet tiltak er sensorisk relæring, noen ganger med helt enkle tiltak som å sette en gul lapp på kjøleskapet: «Husk pekefingeren!»

Nå venter en ny operasjon for Andreas for å forbedre håndfunksjonen. Det kan være aktuelt å flytte på en sene for å gi tomme- len bedre funksjon.

– Dette er en pasient jeg har fulgt opp lenge. Jeg har da en dialog med legen om treningsopplegg for å tilrettelegge i forkant av operasjonen og hvilke aktiviteter det er hensiktsmessig at Andreas trener på etterpå. Samtidig snakker jeg med Andreas om hva en eventuell forbedring kan føre til, og hvilke aktiviteter han eventuelt kan utføre da.

SPESIALISTHELSETJENESTENS FREMTID

Hun har gjort seg noen tanker om spesialisthelsetjenesten i fremtiden.

– Våre pasienter kommer fra hele landet og må reise langt for å besøke oss. I fremtiden ser jeg for meg at det vil bli en større bruk av videooverført konsultasjon.

Hun mener at kunstig intelligens i kartlegging og 3D-printede ortoser også kan være aktuelle fremover.

– Vi må skaffe oss den kompetansen og de ferdighetene det er behov for, slik at vi henger med i utviklingen. Samtidig skal vi holde fast ved det som er kjernen i faget vårt, og hele tiden tydeliggjøre aktivitetsperspektivet. Vi skal fortsatte å rette fokuset fra kroppsfunksjon og til ferdigheter.

ERGOTERAPEUT PÅ SPESIAL-SYKEHUSET FOR EPILEPSI (SSE)

Mari Forberg Christoffersen jobber som ergoterapeut ved Spesialsykehuset for epilepsi (SSE), som er en del av nevroklinikken ved Oslo Universitetssykehus. – Pasientgruppen vår har gjerne kroniske og komplekse utfordringer, enten på grunn av epilepsien i seg selv, eller tilleggsutfordringer som gir konsekvenser for hverdagsaktiviteter, sier hun.

Av Else Merete Thyness

Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) har landsfunksjon for behandling av kompleks epilepsi og utredning av epilepsikirurgi, med pasienter i alle aldre. Sykehuset har et stort fagmiljø med blant annet ergoterapeuter, fysioterapeuter og sosionomer organisert i en egen seksjon. Pasientene er ofte henvist fra lokale nevrologiske avdelinger til ulike typer utredning og behandling. Alle innleggelsene ved SSE er derfor planlagte, og innleggelsestiden kan variere fra dager til uker, avhengig av typen pasientløp.

– Totalt har vi 4,3 ergoterapistillinger. Ved innleggelser for tverrfaglig utredning er det ofte indikasjon for ergoterapi, forklarer Mari.

Barn og ungdom som legges inn til dette pasientløpet, utredes av et bredt fagteam, bestående av lege, sykepleier, fysioterapeut, nevropsykolog, ergoterapeut, sosionom og pedagog.

– Teamene har tverrfaglige møtepunkter, og vi oppsummerer funnene våre til slutt for å drøfte og samkjøre videre anbefalinger av tiltak, sier hun.

KARTLEGGING

Det er to ergoterapeuter tilknyttet barneavdelingen, men sakene som henvises, fordeles også i ergoterapigruppa.

– Jeg har pasienter fra postene som har de minste barna opp til barneskolealder, mens en kollega følger opp ungdommene.

Det første møtet starter alltid med en kartlegging eller et aktivitetsintervju hvor de går gjennom hverdagen. Siden Mari har ansvar for de minste pasientene treffer hun først foreldrene alene. Denne samtalen baserer hun ofte på instrumentene *Canadian Occupational Performance Measure* (COPM) eller *Kartlegging av dine aktiviteter* (KDA), for å sikre en bred tilnærming til hverdagens aktiviteter og eventuelle utfordringer.

– Det er viktig å få en oversikt over hvordan hverdagen arter seg og hvilke aktiviteter foreldre og barn bruker tid og krefter på.

Senere observerer hun pasienten i tilrettelagte aktiviteter, og da er det gjerne *Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system* (EVA) som blir tatt i bruk.

– Kartlegging og vurdering av ferdigheter i utførelse er det viktigste grunnlaget for tiltakene. Det er viktig å synliggjøre aktivitetsperspektivet i alle ledd, og bruke aktivitetsbegreper og fagterminologi bevisst i både pasientbehandling og dokumentasjon.

MØTE MED PASIENTEN

Den typiske pasienten Mari møter, er en åtte år gammel gutt som



Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) ligger i landlige omgivelser i Bærum utenfor Oslo.



Mari Forberg Christoffersen jobber som fagansvarlig ergoterapeut på barneavdelingen ved Spesialsykehuset for epilepsi.

har hatt epilepsi fra tidlig barneår.

– Han har gjerne vært her til medisinsk utredning tidligere, og har vært fulgt opp med medisinsk behandling både lokalt og fra SSEs side gjennom flere år. Nå kommer han til tverrfaglig utredning, sier hun.



Det er viktig å observere barna i aktivitet.

Mari får informasjon om gutten i et arbeidsmøte hvor pasienten legges fram og teamet diskuterer hvilke behov han har for kartlegging fra de ulike faggruppene.

– Han har kanskje noen motoriske utfordringer og muligens utfordringer innen kognisjon. Det meldes om at han ikke er helt selvstendig i egenomsorg, og at han blir fort avledet fra aktiviteter han holder på med både hjemme og på skolen. Han holder kanskje ikke tritt med jevnaldrende sosialt eller i fag på skolen. Hvis han har yngre søsken, mestrer de kanskje enkelte aktiviteter bedre enn han, og han kan være mestringsvar og unngå enkelte gjøremål. Han trenger ofte tett oppfølging av omsorgspersoner gjennom dagen.

Først foretar Mari et aktivitetsintervju med mor eller far.

– Jeg lurte da på hvilke aktiviteter han gjør, hvordan han utfører dem, og hvilke ferdigheter og utfordringer foreldrene opplever at han har.

Etterpå observerer hun barnet i tilrettelagte aktiviteter, avhengig av hva som kommer fram i kartleggingen med foreldre.

– For eksempel kan jeg observere under påkledning, spisesituasjoner, lekeaktiviteter eller andre tilrettelagte aktiviteter. Deretter analyserer jeg aktivitetsutførelsen og vurderer hvilke ferdigheter jeg ser utfordringer med. Er det behov, kan jeg også benytte funksjonstester eller andre verktøy for å supplere observasjonene. Videre legges resultatene fram sammen med funn fra de andre faggruppene i teamet, og vi forsøker å komme fram til en felles forståelse rundt ressurser, utfordringer og videre forslag til tiltak. Sannsynligvis har vår gutt sammensatte utfordringer som gir konsekvenser på mange områder i hverdagen, både for han selv og familien. Hvis for eksempel barnets ferdigheter ikke matcher aktivitetenes krav, eller at det er for mange aktiviteter som

krever ekstra krefter, har de som er rundt barnet, et stort ansvar for tilrettelegging. Og da har jeg som ergoterapeut et ansvar for å synliggjøre det.

Når Mari går i dybden på hverdagsaktiviteter med foreldre, kan enkelte nesten bli overrasket over hvor mye de selv automatisk tilrettelegger, graderer og veileder barnet gjennom aktiviteter i hverdagen.

– Jeg opplever at mange foreldre har et stort behov for veiledning, for eksempel rundt prioritering av aktiviteter for ferdighetstrening, gradering eller kompensering. Jeg forsøker å gi dem en forklaring på hvorfor barnet strever, veileder der det trengs, og komme med konkrete forslag til tiltak når det er aktuelt. Ofte snakker vi om gradering av krav. Hvis for eksempel det å skrive er et aktivitetsproblem, er det greit å få avklart om barnet trenger mer skriveforberedende ferdighetstrening, eller om vi

anbefaler gradering av krav eller kompensering.

Ergoterapeutene tilrettelegger også for økt trygghet i hverdagen. De fleste pasientene har en aktiv epilepsi med ulike typer anfall. Noen har mange anfall daglig, andre har sjeldnere, men fellesnevneren er ofte at det er uforutsigbart når anfallene kommer.

– Noen barn har anfall om natten, og det kan føre til utrygghet. Kanskje sover barnet inne hos foreldrene, eller så ligger foreldrene på nåler gjennom natten for å oppdage anfall. Velferdsteknologi kan gjøre nytte her. Varslingshjelpemidler som fanger opp anfallssymptomer og varsler foreldre automatisk, eller observasjonsutstyr med overføring av lyd og bilde kan bidra til økt trygghet rundt anfall og søvn. Det finnes også epilepsialarmer som kan brukes i aktiviteter på dagtid, sier hun.

Det er også viktig å tilrettelegge for å unngå skader under anfall, men det er svært få som har høy risiko for å skade seg. Det kan være greit å huske på at anfall kan se mer dramatiske ut enn de egentlig er. Forebyggende eller beskyttende tiltak skal kun brukes i de aktivitetene det er nødvendig. Mari anbefaler som utgangspunkt at barnet og familien lever så normalt som mulig.

– Den eneste generelle anbefalingen gjelder aktiviteter i vann, hvor barn med epilepsi skal følges av en voksen (som kun har ansvar for denne), helst innen en arm-lengdes avstand.

Hun anbefaler de som jobber med barn med epilepsi å oppsøke retningslinjen for epilepsibehandling.

– Vi anbefaler å tilrettelegge for sosial deltakelse og meningsfulle aktiviteter i hjem, skole og fritid. Der vi eller foreldrene gir

tilpasset informasjon om barnets epilepsi og tilleggsutfordringer til de som har med barnet å gjøre i hverdagen, er vår erfaring at det er et godt utgangspunkt.

SAMARBEID MED KOMMUNEERGOTERAPEUTENE
Samhandling med ergoterapeuter i kommunene er en viktig del av jobben.

– Den informasjonen vi tverrfaglig samler her, har som mål å være et utgangspunkt for videre vurdering og oppfølging hjemme.

Mari anbefaler i mange saker oppfølging av ergoterapeut i kommunene, og etter utredninger ser hun ofte behov for at en kommuneergoterapeut deltar i ansvarsgruppen rundt barnet. Det handler blant annet om å synliggjøre hverdagsutfordringene barnet har. Det er også viktig å gi foreldrene og støttepersoner tilgang på veiledning. I noen tilfeller er kommuneergoterapeuten med på utskrivningsmøter. Disse foregår via videokonferanse, og her deltar alle som har bidratt i utredningen av barnet på SSE, pluss lokale instanser. Men ikke alle kommuner har ergoterapeut, så Mari gleder seg til ergoterapi blir en lovpålagt tjeneste i 2020.

– Jeg sender gjerne en henvisning til kommunen, selv om de ikke har tjenesten enda, for å synliggjøre behovet for ergoterapeuter, sier hun.

SPESIALISTHELSETJENESTEN I FREMTIDEN

Helse-Norge er i endring, og på Spesialsykehuset for epilepsi (SSE) merker de det tydelig.

– Flere pasienter behandles og følges opp via lokalsykehus. De som kommer hit, har gjerne mer komplekse utfordringer enn før. Vi får også flere pasienter inn,

og oppholdene blir kortere, mens våre ressurser er de samme.

Det at mer av ansvaret for pasientene legges til kommunene, stiller krav til en fremtidsrettet fag- og pasientbehandling.

– Det må være tydelige skiller i forhold til hvilke oppgaver som løses hvor, og vi må ha gode muligheter for samhandling.

Hun tror fortsatt det vil være behov for pasientutredning og behandling av ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten, og mener at de må imøtekomme kommunenes behov for spesialisert utredning og veiledning rundt pasientgruppen.

– For å sikre at ergoterapi framover får den plassen i spesialisthelsetjenesten som pasientene har behov for, mener jeg vi bør synliggjøre kjernekompetansen og anvende aktivitet systematisk i kartlegging og behandling. Det er det sterkeste kortet vi har for å markedsføre faget, og skaper en større bevissthet rundt alt vi kan bidra med for pasientene.



– Som ergoterapeut ser jeg på hvilke konsekvenser epilepsien har for aktivitetsutførelse, sier Mari.



NAVN

Astrid Berg

STILLING

Senterleder ved Spenst
Florø

HVOR

Florø

Senterleder ved treningssenteret Spenst Florø

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Eg jobber på treningssenteret Spenst Florø. Senteret opna i 2015 og samarbeider tett med fysioterapeut, kiropraktor, ernæringsfysiolog, personlege trenarar og massasjeterapeut. Det er kjekt å jobbe tett opp mot andre fagfelt, og det er flott at eit treningssenter har etablert ein tverrfagleg arena. Dette meiner eg er ein stor fordel for Spenst som treningssenter, og for alle medlemmene.

– Hva jobber du som?

– Eg jobber som senterleder og er i tillegg salinstruktør.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Eg starta i jobben som senterleder 27. august 2018. Men eg har arbeida som salinstruktør sidan senteret opna i 2015. Eg har faste saltimar på Seniortrening og Slyngetrening. Det er veldig fint å kombinere det å være senterleder med dette. Då får eg treffe medlemmer både gjennom jobben som senterleder og i treningssammenheng. Det hjelper meg å sjå heilheten av tilbodet på senteret, samt at eg får god kontakt med kundane.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Dei mest sentrale arbeidsoppgavene er dagleg drift av senteret, og dette inneber alt frå personalansvar, resepsjonsarbeid og bedriftskontakt til økonomi og budsjett. Men det er vel så viktig å skape eit sunt og triveleg treningsmiljø for alle på senteret.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Eg arbeider tett på mennesker der fysisk aktivitet og mestring er i fokus. Ein stor del av arbeidet inneber folkehelsearbeid og kontakt med lokalmiljøet for å tilpasse treningstilbodet for flest mogleg.

Spenst sin visjon er «trening for alle», og dette meiner eg passar godt saman med ergoterapeutars fokus på aktivitet, inkludering og deltakelse i samfunnet. For mange er trening ein meningsfull og ikkje minst sosial aktivitet. Som senterleder er dette viktig å legge til rette for.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Eg meiner det er ein stor fordel. Vi har brei kompetanse

innan helse og aktivitet, og kan vere med på å sette eit helsefremmande preg på treningsbransjen. Vi ser blant anna ei auke i talet bedrifter som ønsker å tilrettelegge for sine ansatte og inngår bedriftsavtalar. Fokuset på arbeidshelse er i vekst, og dette er det viktig å ta del i.

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

– Det er kjempespennende. Du møter mennesker i alle aldrar og med ulike funksjonsnivå. Nokre trenar for å bli sterkare eller raske, og andre for helsegevinst. Også har vi dei som er i opp trening etter sjukdom og skade. Å få vere med på å utvikle eit treningstilbod som skal passe for alle, er svært givande og spennande.

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

– Eg kan absolutt anbefale ein slik jobb til andre ergoterapeuter. Her får eg nyttiggjort meg både kompetanse og interessa mi for fysisk aktivitet. Du er med på å forme din eigen arbeidskvardag, og ikkje minst får du oppleve andre sin treningsglede kvar einaste dag.





Treningssenteret Spenst ligger i Florø.



STIMULITE® MADRASSER

luftig og kjølig trykkavlastning

Nu i Norge og prisforhandlet med NAV:

Prøv selv! Bestill produkt demonstrasjon eller gratis demoprodukter nå!

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

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

Ventilerende Sengpute
Luftig og lett hodepute som avlaster og støtter effektiv hode og nakke. Meget god trykkavlastning for folk med høy risiko for sår på ørene. Hypoallergen

GØRAN SJØDÉNS REHABSHOP NORGE AS
Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru
Tel: 48 50 32 97 www.rehabshop.no [Facebook.com/RehabshopNorge](https://www.facebook.com/RehabshopNorge)



Eldre skal få leve hele livet

- Jeg er redd for å bli gammel! De fleste av oss har hørt noen si det. Noen av oss har tenkt det selv også.

By Åse Michaelsen



Åse Michaelsen er eldre- og folkehelseminister.

Jeg tror ikke vi frykter alderdommen i seg selv. Vi aksepterer rynkene rundt munnen og de grå hårene på hodet. I hvert fall til en viss grad. Mange av oss ser fram til å få mer tid til å reise eller være sammen med barnebarna. Det vi frykter, er at vi ikke kommer til å få hjelpen og omsorgen vi trenger hvis vi blir syke.

Vi må erkjenne at det svikter for ofte med de viktigste tingene i eldreomsorgen. Og vi hører for ofte om eldre som ikke får i seg nok mat, som ikke får hjelpen de trenger, som ikke kommer seg opp av senga eller ut blant folk. Men vi hører heldigvis også eksempler på eldre som opplever det motsatte. Som opplever å få god mat og den hjelpen de trenger, og som kommer seg opp av senga og ut blant folk.

Jeg er opptatt av at våre eldre skal få en trygg og verdig alderdom, uansett hvor i landet de bor. For en av utfordringene i eldreomsorgen i dag er at kvaliteten på tjenestene varierer for mye. Den varierer mellom kommuner og innad i kommuner. Dette vil regjeringen gjøre noe med, og vi er derfor i gang med eldrereformen *Leve hele livet*. Målet er å styrke kvaliteten på tjenestene til de eldre og sikre at eldre får en trygg og verdig alderdom uansett hvor i landet de bor. I *Leve hele livet* løfter vi fram 25 gode løsninger og hundrevis

av gode eksempler på hvordan kommunene kan sørge for god mat og gode måltider, aktivitet og fellesskap, helsehjelp og sammenheng i tjenestene. Dette er løsninger vi ønsker at landets kommuner skal benytte seg av for å gi sine eldre bedre tjenester. Og kommunene som benytter seg av løsningene, vil bli prioritert i øremerkede tilskuddsordninger.

FLERE ERGOTERAPEUTER

Regjeringen har samtidig økt bevilgningene til kommunene, ikke minst for å sette dem i stand til å gi gode tjenester til eldre. Vi har blant annet gjennom Opptappingsplan for rehabilitering og habilitering bevilget midler slik at kommunene kan ansette flere fysioterapeuter og ergoterapeuter. Nå ser vi at tydelig at regjeringens politikk gir resultater, blant annet i form av flere ansatte. Nye tall fra Statistisk sentralbyrå viser en vekst på 181 ergoterapeuter, 160 fysioterapeuter og 238 leger i kommunene fra 2016 til 2017. Det har vært en stor økning i årsverk for disse yrkesgruppene de siste årene.

Dette er viktig både for å forebygge og behandle ulike lidelser og for å fremme god helse og livskvalitet i befolkningen. Fra 2018 har regjeringen stilt krav om at alle kommuner skal ha fysioterapeut. Fra 2020 vil det i tillegg bli stilt krav om at kommunene må ha ergoterapeut.

God helsefaglig kompetanse er avgjørende for å gi befolkningen et godt tilbud der de bor. Det er i kommunen vi kan forebygge og gi hjelp på et tidlig tidspunkt.

Foreløpige tall fra Statistisk sentralbyrå viser også at det ble nesten 5000 flere årsverk i omsorgstjenestene i fjor. Vi hever også kompetansen til dem som skal ta vare på våre eldre, gjennom et kompetanseløft der vi bruker over 1,5 milliarder kroner hvert år.

LØSNINGER SOM PASSER KOMMUNEN

Men gode tjenester handler om mer enn penger og personell. Det handler også om å gjøre ting på nye måter. Mange kommuner har for eksempel innført forebyggende hjemmebesøk for å identifisere de Eldres ressurser og styrke den enkeltes muligheter til å holde seg frisk og aktiv lengst mulig. De kan da tilbys hverdagsrehabilitering, noen tilpasninger i hjemmet, eller noen timer med trening. Dette er et eksempel som vi trekker fram i *Leve hele livet*, og jeg oppfordrer flere kommuner å gjøre det samme.

Vi vet at mange eldre som har behov for pleie, opplever at sykehusene og kommunene ikke snakker godt sammen. Dette gjør at de blir kasteballer i systemet og ikke får god nok oppfølging etter utskrivelse fra sykehus. Det fører til utrygghet og bekymringer. I Oslobydelene Stovner har de tatt tak i dette. Her har kommunen etablert såkalte vurderingsteam. De skal sørge for et systematisk samarbeid med sykehuset ved inn- og utskrivning av pasienter, slik at pasienten får tilpasset oppfølging etter utskrivning fra sykehuset.

Andre eksempler som vi frem-



«Eldre skal få en trygg og verdig alderdom, uansett hvor i landet de bor», skriver eldre- og folkehelseminister Åse Michaelsen.

hever i *Leve hele livet*, er Harstad kommune, som har en egen helsestasjon for hjemmeboende eldre; Horten kommune, som samarbeider med Bygdekvinnene om å gi ensomme eldre noen å spise sammen med; og Kristiansand, hvor de har egne seniorsentre med varierte og gode aktiviteter for seniorer og eldre. Det finnes veldig mange gode løsninger der ute i kommunene. Utfordringen er at de deles i for liten grad. Med *Leve hele livet* skal vi spre de gode løsningene og tiltakene over hele landet, slik at de kan tas i bruk alle steder.

For å sikre at de gode løsningene i kommunene sprer seg,

vil regjeringen gi kommunene bistand og støtte til å kunne gjennomføre reformen. Kommunene skal gis faglig støtte og bistand til å tilpasse løsningene til lokale behov og ressurser. Vi legger opp til en prosess hvor kommunestyrene skal vedta de løsningene som passer i deres kommune. Når kommunene har beskrevet hvordan de vil utforme løsningene, starter arbeidet med å gjennomføre reformen. Kommuner som omstiller seg og tar i bruk nye løsninger, vil bli prioritert i statlige støtteordninger.

Jeg er sikker på at *Leve hele livet* vil føre til bedre tjenester for eldre.

STYRKING AV VARSLINGSVERNET

Forslag til ytterligere nye varslingsregler

I forbindelse med regjeringens arbeid for å styrke varslingsvernet og legge til rette for en god yringskultur ble det vedtatt nye varslingsregler i arbeidsmiljøloven som trådte i kraft 1. juli 2017. De nye reglene for varsling var ment å styrke varslingsvernet og gjøre retten til å varsle mer synlig og tilgjengelig for arbeidstakerne.



Berit Førli er advokat i Ergoterapeutene.

Av Berit Førli

Virkeområdet for reglene ble utvidet, og arbeidsgivers plikt til å etablere rutiner for intern varsling ble betydelig skjerpet.

De nye reglene inneholder i hovedsak følgende endringer:

- Alle virksomheter som jevnlig sysselsetter fem ansatte eller flere, skal ha skriftlige rutiner for intern varsling.
- Det stilles minimumskrav til de skriftlige varslingsrutinene.
- Innleide arbeidstakere får utvidet varslervern.
- Myndighetene skal ha taushetsplikt om hvem som varsler.

De nye reglene er samlet i et nytt kapittel 2A i arbeidsmiljøloven. I forbindelse med regjeringens fortsatte arbeid for å forbedre varslervernet ble det utnevnt et utvalg for å gå gjennom alle varslingsreglene i arbeidsmiljøloven, og den 15. mars 2018 kom det ut en utredning, NOU 2018:6. Utvalget foreslår en rekke flere tiltak for å styrke varslervernet i norsk arbeidsliv.

Unio opprettet en arbeidsgruppe sentralt for å gå gjennom utvalgets forslag og komme med høringsinnspill til forslagene. Ergoterapeutene har vært en del av arbeidsgruppen, og jeg vil i det følgende kort redegjøre for en del av våre felles vurderinger.

FORSLAG OM OPPRETTELSE AV ET NASJONALT VARSLINGSOMBUD OG NEMND

Unio mener at Varslingsutvalgets viktigste forslag

er opprettelsen av et nasjonalt varslingsombud og en nemnd. Et varslerombud vil sikre den største mangelen i norsk arbeidsliv i dag knyttet til varsling, nemlig en fri og uavhengig instans som sikrer habilitet og objektivitet i håndtering av varslingssaker. Erfaring viser at varslingssaker er krevende og komplekse. Uforsvarlig og direkte feil håndtering av disse sakene kan få alvorlige konsekvenser for både individ og samfunn. Ombudet og nemnda vil kunne veilede eller behandle saker også utenfor det ordinære arbeidslivet, noe vi mener vil være en styrke for våre tillitsvalgte om de må håndtere varslingssaker internt i organisasjonen.

FORSLAG OM EN UTVIDELSE AV VIRKEOMRÅDET FOR ARBEIDSMILJØLOVEN

Utvalget foreslår at varslingsreglene fortsatt skal være regulert i arbeidsmiljøloven, men mener at det i tillegg er behov for en egen lov om varsling. Denne loven skal i første omgang inneholde regler om et varslingsombud og en varslingsnemnd. Unio støtter dette forslaget.

Unio mener imidlertid også at det på sikt bør etableres en lov for å fange opp et større område enn hva arbeidsmiljøloven gjør i dag, da kritikkverdige forhold det bør varsles om, kan gå langt utenfor arbeidsforhold.

Unio anbefaler at en egen lov om varsling bør inneholde varslingsregler slik at tillitsvalgte og politisk valgte også får varslingsvern, og det anbefales en igangsettelse av en utredning av en slik lov.

FORSLAG OM KLARGJØRING AV ARBEIDSMILJØLOVENS BEGREPER

Varslingsutvalget foreslår at sentrale begreper i varslingsreglene utdypes nærmere i loven. Unio støtter at lovbestemmelsene endres slik at det blir lettere å forstå hva som er innholdet i de sentrale begrepene «kritikkverdige forhold», «forsvarlig fremgangsmåte» og «gjengjeldelse».

Unio støtter forslaget om å eksemplifisere i lovteksten hva som antas som «kritikkverdig forhold», og hva som kan være «gjengjeldelse».

En slik klargjøring vil øke kunnskapen om hva som ligger i begrepene, og således medføre at flere vil varsle.

FORSLAG TIL PRESISERING AV ARBEIDSGIVERS AKTIVITETSPLIKT I VARSLINGSSAKER

Unio støtter forslaget om en presisering av arbeidsgivers aktivitetsplikt knyttet til håndtering av varsleren og varselet. Unio mener at aktivitetsplikten bør knyttes både til håndtering av det kritikkverdige forholdet det er varslet om, og til den omsorgsplikten som arbeidsgiver har overfor varsleren.

Unios erfaring er at håndtering av varslingssaker tar lang tid, og at undersøkelse og oppfølging er mangelfulle. Konsekvensene av manglende utøvelse av arbeidsgiverens aktivitets- og omsorgsplikt kan derfor føre til store konflikter som påvirker arbeidsmiljøet i virksomheten, og alvorlige kostnader for varslere og omvarslede, som ikke får svar og/eller opplever manglende informasjon og ivaretagelse. Dette fører igjen til samfunnsmessige kostnader for virksomhetene og samfunnet.

FORSLAG OM OPPREISNING/ERSTATNING VED BRUDD PÅ ARBEIDSGIVERS OMSORGSPLIKT

Unio støtter flertallet i at det bør opprettes en egen hjemmel om at manglende oppfyllelse av omsorgsplikten kan føre til at arbeidsgiveren ilegges erstatningsansvar etter alminnelige regler.

Avslutningsvis vil Ergoterapeutene støtte Unio i deres påstand om at samfunnsnyttene av å avdekke kritikkverdige forhold i arbeids- og samfunnsliv er enorm og kan gi store årlige besparelser, og at det derfor haster å få på plass et nasjonalt varslingsombud.



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 SJODÉN'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)



Hva bør skje med bedriftshelsetjenesten?

En uavhengig ekspertgruppe ledet av Pål Molander, direktør ved Statens Arbeidsmiljøinstitutt, har lagt fram en rapport som oppsummerer gruppens vurderinger av bedriftshelsetjenesteordningen (BHT) i Norge. Arbeids- og sosialdepartementet har nå sendt rapporten med tittelen «Hva bør skje med BHT? – En fremtidsrettet bedriftshelsetjeneste med fokus på kjerneoppgaver» ut på høring.

Av Anita Engeset og Else Merete Thyness



Arbeids- og sosialdepartementet har sendt rapporten «Hva bør skje med BHT? – En fremtidsrettet bedriftshelsetjeneste med fokus på kjerneoppgaver» på høring.

Ekspertgruppen har gjennomført en rekke møter med partene i arbeidslivet på sentralt nivå, bransjenivå og virksomhetsnivå. Det er enighet om at bedriftshelsetjenesten (BHT) er et hensiktsmessig virkemiddel i arbeidsmiljøarbeidet.

- Ordningen avlaster og samarbeider godt med Arbeidstilsynet.
- Den er veletablert og har tillit i virksomheter, organisasjoner og tilsyn.
- Den er et hensiktsmessig virkemiddel i arbeidsmiljøarbeidet.

Til tross for dette har BHT også en del utfordringer:

- Den har for lite fokus på forebyggende arbeidsmiljø og på tiltak som det er behov for, og som har dokumentert effekt.
- Noen BHT-er har kompetansemangel hos sine ansatte.
- Det er en del misforståelser rundt hva som er BHTs kjerneoppgaver og samfunnsoppdrag.

HVORDAN SKAL FREMTIDENS BHT SE UT?

Ekspertgruppen har belyst fire modeller:

- En forsikringsmodell, der en arbeidsgiverbasert forsikringsordning skal finansiere BHT. Denne modellen vil passe best der støtteordningen finansieres gjennom arbeidsgiverbaserte forsikringsordninger.
- En markedsbasert modell, der det er opp til hver enkelt virksomhet å definere eget behov for arbeidsmiljøarbeidet. Denne modellen vil ikke fungere så godt i Norge, da vi har et godt utbygd

velferdssystem der det offentlige bærer de sosiale utgiftene.

- En partsbasert modell, der partene i arbeidslivet samarbeider om det forebyggende arbeidsmiljøarbeidet i virksomhetene. Denne modellen vil være sentral i alle modeller for innretning av BHT.
- En lovbasert modell, som innebærer at ett eller flere av de sentrale virkemidlene i ordningen er lovforankret.

DEN LOVBASERTE MODELLEN

Ekspertgruppen foreslår å gå videre med den lovbaserte modellen, og har utarbeidet tre varianter av denne.

- Variant A, som skal være en frivillig ordning med bistand fra kompetent aktør. Denne varianten har som hovedmål at BHT-ordningen blir frivillig for de virksomhetene som kan dokumentere liten HMS-risiko.
- Variant B, som skal være en dynamisk ordning.

Her vil plikten til å tilknytte seg BHT gjelde for noen utpekte bransjer som omfattes av bransjeforskrift. Variant B skal sees i sammenheng med utviklingen i arbeidslivet og løpende kunnskapsutvikling og tilsynserfaringer knyttet til risiko i ulike bransjer. Ordningen harmonerer bra med arbeidsmiljølovens filosofi om risikobasert arbeidsmiljøarbeid, samtidig som den er dynamisk, fleksibel og kunnskapsbasert. Denne varianten bygger i størst grad på dagens ordning.

- Variant C, som skal være en virksomhetstilpasset generell ordning. Her skal det være BHT-plikt for hele arbeidslivet. En slik ordning vil være veldig omfattende å håndtere for Arbeidstilsynet.

Ekspertgruppen anbefaler variant B. Ergoterapeutenes forbundsstyre vedtok på møtet sitt i september at Ergoterapeutenes høringssvar også støtter variant B, en lovbasert modell som bygger på en videreutvikling av dagens ordning.

Noen utfordringer med Min side er løst

Etter at forbundet lanserte ny hjemmeside og ny Min side i juni, har mye oppmerksomhet vært retta mot å rette feil ved påloggingen for en del medlemmer. Vi har nå kommet mye lenger med dette problemet og kan fortsette arbeidet med å forbedre Min side og utvikle hjemmesiden videre.

Karl-Erik Tande Bjerkaas

De fleste utfordringene ved pålogging på Min side skal nå være løst. Når medlemmer gjør endringer i medlemsopplysningene sine, oppdateres disse direkte i medlemsregisteret og er umiddelbart synlige på Min side.

ENDRINGER I ARBEIDSFORHOLD

Når det gjelder endringer som medlemmene gjør i informasjon om arbeidsforhold, må disse først behandles på forbundskontoret. Vi registrerer endringen og sender arbeidsgiver beskjed om at trekk av kontingent skal starte eller avsluttes. Endringer i informasjon om arbeidsforhold vil derfor ikke synes umiddelbart på Min side.

MEDLEMSLISTER TIL TILLITSVALGTE

Det er fortsatt ikke mulig for tillitsvalgte å hente ut medlemslister på Min side. Tillitsvalgte må derfor henvende seg til forbundskontoret når de trenger lister over medlemmene.

STORT ARBEIDSPRESS PÅ FORBUNDSKONTORET

Problemene knyttet til innføring av nytt medlemsregister har ført til stort merarbeid og arbeidspress på forbundskontoret. Etterslepet i håndtering av endringer og fakturaer har derfor vært større enn de skal. Vi beklager dette og håper på en snarlig forbedring.

Leve hele livet og påvirkning gjennom kommuneplanarbeidet

Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre roper etter ergoterapeuter! Vår kernekompetanse er som skapt for kommunenes arbeid med å implementere foreslåtte løsninger. Men det er ikke alle politikere og toppledere som vet det. Da må vi fortelle dem det! Regjeringen forventer av kommunene at de skal forankre arbeidet med *Leve hele livet* politisk gjennom kommuneplanprosessen. Det gir store muligheter for påvirkning.

Av Solrun Nygård

For å kunne bruke dette mulighetsrommet er det nødvendig å gjøre en hjemmelektse ved å sette seg inn i *Leve hele livet* og kommuneplanprosessen og kunne argumentere for ergoterapeuters kompetanse.

LEVE HELE LIVET

Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre beskriver fem satsningsområder:

- et aldersvennlig samfunn
- aktivitet og fellesskap
- mat og måltider
- helsehjelp
- sammenheng i tjenestene

Under hvert satsningsområde foreslås fem løsninger eller grep og en rekke eksempler på konkrete forslag. Noen eksempler på meldingens forslag til løsninger er:

- Planlegg egen alderdom. Tilrettelegg egen bolig. Invester i venner og sosialt nettverk. Oppretthold best mulig funksjonsevne gjennom et aktivt liv.
- Minst en time aktivitet daglig

med bakgrunn i egne interesser, ønsker og behov. Det kan være både fysiske, sosiale og kulturelle opplevelser. Det er en forutsetning at tjenestene skaffer seg informasjon og kunnskap om den enkeltes bakgrunn, interesser og livshistorie og bruker denne til å møte den enkeltes behov.

- Eldre skal ha mulighet til å være mest mulig selvhjulpne og klare seg selv i størst mulig grad. Den enkeltes behov og potensial for rehabilitering og egenomsorg skal vurderes før det eventuelt iverksettes tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. Hverdagsrehabilitering er et sentralt virkemiddel som både kan gi økt selvstendighet i dagliglivets aktiviteter, forbedre funksjonsevnen og utsette ytterligere funksjonsfall. Å mestre dagliglivets aktiviteter er avgjørende for å leve selvstendig i eget hjem.

Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre er anbefalt lesning for



Solrun Nygård er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

alle som jobber med eldre. Her er det mye ergoterapi!

KOMMUNEPLANARBEIDET

Leve hele livet tar i bruk nye virkemidler for å sikre spredning og implementering av nye løsninger i helse- og omsorgstjenesten. Dette er ikke en reform med konkrete pålegg. Det er en reform som forventer at den enkelte kommune skal starte en prosess med bred involvering av politikere, lokalsamfunn og alle berørte parter.

Reformen legger opp til at kommuner og fylkeskommuner gjennom politiske vedtak skal ta stilling til hva som er utfordringene i egen kommune, og hvordan tiltakene i *Leve hele livet* kan utformes og gjennomføres lokalt. Dette skal innarbeides i kommunens planverk, som i kommunal sammenheng vil si kommuneplanens samfunnsdel og handlingsdel med økonomiplan. Og eventuelt i en kommunedelplan for helse og omsorg. Stortingsmeldingen sier helt konkret at spørsmålet om aldersvennlige kommuner bør drøftes i den kommunale og

fylkeskommunale planstrategien, for eksempel etter neste kommunevalg, og bli en prioritert sak i arbeidet med kommuneplan og fylkesplan. Reformen legger opp til endringsprosesser med sterk medvirkning fra eldrerådene og den eldre befolkning i planarbeidet, og støtte og bistand fra fagmyndigheter og nasjonale og lokale fagmiljø.

Kommunene skal få hjelp i denne endringsprosessen for å sikre faglig og politisk legitimitet og gjennomføringskraft. Det blir etablert et støtteapparat med KS, fylkeskommunen, Helsedirektoratet og utviklingssentrene for sykehjem og hjemmetjenester som skal bistå kommunene i planlegging, omstillings- og endringsarbeid. Det vil bli arrangert samlinger og etablert kommunale nettverk.

REFORMPERIODEN FOR *LEVE HELE LIVET* 2019-2023

Fase 1: Forberedelse og oppstart. I 2019 skal *Leve hele livet* settes på dagsordenen i kommuner, fylkeskommuner og helseforetak, og i allmennheten. Det innebærer å spre informasjon og kunnskap om reformen, etablere et regionalt støtteapparat og utvikle verktøy og materiell for gjennomføring av reformen lokalt. Kommunene vil bli invitert til å delta i læringsnettverk.

Fase 2: Kartlegging og planlegging (2019-2020) Kommunene skal kartlegge egne behov og utfordringer, ta stilling til foreslåtte løsninger i *Leve hele livet* og ta politiske beslutninger om hva og hvordan de vil gjennomføre *Leve hele livet* lokalt.

Fase 3: Implementering og gjennomføring (2021-2023)

Fase 4: Evaluering og forbedring (2023)

Reformen skal evalueres gjennom følgeforskning i et representativt utvalg av kommuner.

LEVE HELE LIVET INN I KOMMUNEPLANARBEIDET

I henhold til Plan- og bygningsloven skal kommunene hvert fjerde år, senest ett år etter hvert kommunestyrevalg, lage en ny kommuneplan. En kommuneplan skal være et overordnet, strategisk dokument og virkemiddel for kommunens utvikling. Andre kommunale planer skal ideelt sett springe ut av kommuneplanen og være en videre konkretisering av sentrale områder for kommunens tilbud og drift for å møte de utfordringene som er beskrevet.

Plan- og bygningsloven av 2008 har klare krav og forventninger til kommunenes arbeid med kommuneplanen. Arbeidet med kommuneplanen skal være en åpen og forutsigbar prosess

som sikrer medvirkning fra alle berørte interesser og myndigheter.

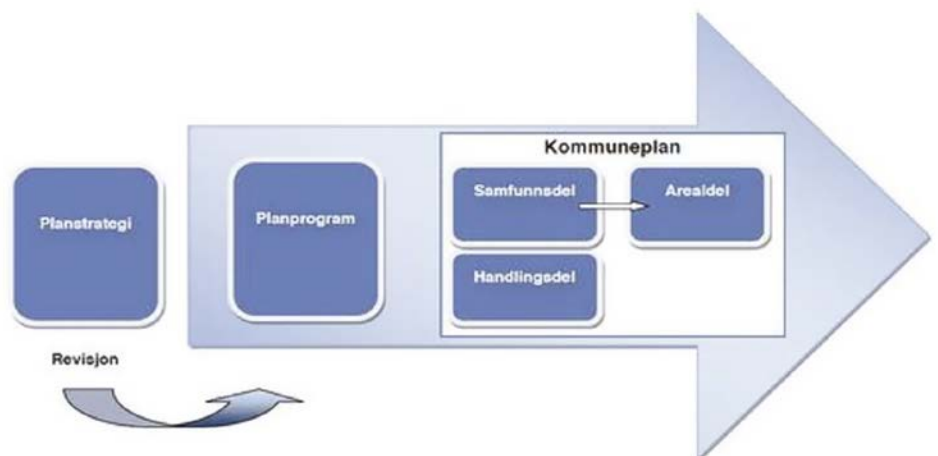
PLANSTRATEGI

Planstrategien er oppstarten i kommuneplanarbeidet. Det vil si at dette arbeidet i de fleste kommuner vil starte opp i 2019-2020. Det faller sammen med Fase 2 i tidsplanen for *Leve hele livet*. I planstrategien skal et nytt kommunestyre danne seg et bilde av hvordan situasjonen er i kommunen, hvilke utfordringer den står overfor, og hvilke strategier som skal velges for å møte disse. Planstrategien skal da si noe om innen hvilke hovedområder det er behov for å lage nye planer for å styre tjenestene i henhold til strategiene.

Etter hvert kommunevalg blir det også gitt noen nasjonale føringer til kommunenes planarbeid. I Stortingsmeldingen *Leve hele*



Figur 1: Tidsplan.



Figur 2: Kommuneplan.

livet er det uttrykt en forventning om at kommunene tematiserer i kommuneplanarbeidets planstrategi hvordan de vil arbeide med å bli en aldersvennlig kommune, og de øvrige innsatsområdene.

PLANPROGRAM

Planprogrammet skal beskrive det videre arbeidet med kommuneplanen. Formålet med planprogrammet er å gjøre den videre prosessen forutsigbar. Her skal det beskrives hvilke hovedområder kommuneplanarbeidet vil ha fokus på, hvilke utredninger som skal gjøres, og en beskrivelse av hvordan medvirkningsprosesser skal legges opp. Hvor og når er det mulig for innbyggere, lag og foreninger, fagpersoner, tillitsvalgte og alle andre interesserte og berørte å komme med innspill? Det må forventes at *Leve hele livet* blir et tema i planprogrammet.

KOMMUNEPLANENS SAMFUNNSDEL

Kommuneplanens samfunnsdel er verktøyet for kommunenes helhetlige planlegging. Gjennom arbeidet med kommuneplanens samfunnsdel skal kommunen vektlegge viktige utfordringer og synliggjøre mål og strategiske valg for å møte disse. Det må kunne forventes at kommuneplanens samfunnsdel har helse- og omsorgstjenestene som tema og angir strategier for hvordan kommunenes utfordringer skal møtes. Stortingsmeldingen *Leve hele livet* gir forslag til overordnede løsninger som det forventes at kommunene tar stilling til.

HANDLINGSPLAN OG ØKONOMIPLAN

Kommuneplanens samfunnsdel skal danne grunnlaget for videre

planlegging av handlinger – hvordan strategien skal settes ut i livet.

Regjeringen forventer at kommunene lager en handlingsplan for hva og hvordan de vil iverksette tiltak foreslått i *Leve hele livet*. Planen må også knyttes til økonomi i budsjettarbeidet.

ØKONOMI

I stortingsmeldingen ligger det lite friske midler. Det framheves at de foreslåtte løsningene kan føre til mer effektive tjenester og mindre omfattende tjenestebehov. Omstillingen skal primært dekkes gjennom omprioriteringer innenfor eksisterende ramme. Det er imidlertid gitt en liten gulrot ved at kommuner som kan vise til at de omstiller seg i tråd med reformen, vil bli prioritert ved tildeling av eksisterende eller eventuelt nye øremerkede midler.

ERGOTERAPEUTERS KOMPETANSE

Stortingsmeldingen erkjenner at gjennomføring av *Leve hele livet* krever kompetanse. «Reformen setter fokus på forsømte områder i tjenestetilbudet til eldre, der løsningene er nært knyttet til kunnskap og kompetanse. Reformen inviterer kommunene til å tenke bredere i sitt rekrutterings- og opplæringsarbeid, med særlig vekt på faggrupper som kan styrke kompetanse på kjøkken og ernæring, aktivitet og mestring, rehabilitering, miljøarbeid, sosialt arbeid og samarbeid med pårørende, frivillige og lokalsamfunn» (s. 173).

Vår kompetanse er indirekte etterspurt, men mange politikere og toppledere trenger mer informasjon om vår kjernekompetanse og hvordan vi kan bidra til å bygge gode tjenester for å nå målene i *Leve hele livet*.

BRUK MULIGHETSROMMET!

Leve hele livet er en reform som roper etter ergoterapeuter! Vår kompetanse vil være sentral i de fleste innsatsområder kommunene forventes å ta tak i.

- Sett dere inn i stortingsmeldingen *Leve hele livet*. Bestill mange eksemplarer, så du kan dele ut til alle du mener bør lese den.
- Sett dere inn i kommuneplanprosessen. Det vil gjøre at dere er i forkant av prosessen og klare for å medvirke der det åpner seg mulighet for det.
- Bruk «Alle skal kunne delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse» når dere skal argumentere for kompetansen vår.
- Etterspør kommunens arbeid med *Leve hele livet*.
- Etterspør kommunens plan for kommuneplanarbeidet. Er det laget en framdriftsplan?
- Meld dere på som bidragsytere! Det gjelder både ledere, tillitsvalgte og fagpersoner. Kanskje du kan argumentere for plass i en arbeidsgruppe?
- Sett deg inn i når det er planlagt høringsrunder og bruk muligheten til å påvirke gjennom høringsuttalelser.
- Finn alliansepartnere. Inviter deg inn til et møte i Eldrerådet eller andre brukerorganisasjoner.

Pensum i dette arbeidet:

-
- Meld.St. 15 (2017-2018) *Leve hele livet*. En kvalitetsreform for eldre.
Miljøverndepartementet: Veileder. Kommuneplanprosessen – samfunnsdelen – handlingsdelen.
Ergoterapeutene: Alle skal kunne delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse.

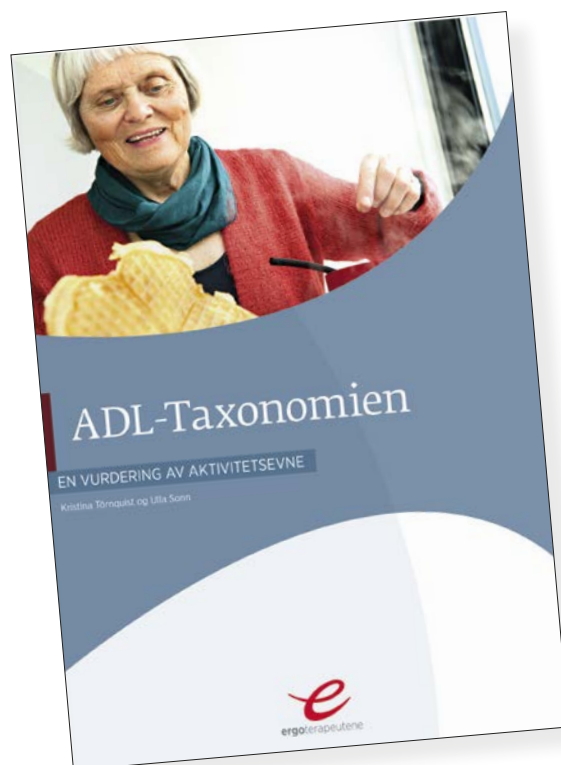
ADL-TAXONOMIEN I ERGOTERAPEUTENES NETTHANDEL

ADL-Taxonomien er et vurderingsverktøy og en systematikk for å beskrive evnen til å gjennomføre hverdagslige aktiviteter. Verktøyet har blitt utgitt av Sveriges Arbetsterapeuter siden 1991, og er siden den gang et av de mest distribuerte og benyttede verktøyene blant Sveriges ergoterapeuter. Vurderingsverktøyet kan benyttes i ulike settinger med alle personer som har utfordringer med hverdagslivets aktiviteter.

ADL-Taxonomien er nå oversatt til norsk.

Heftet gir en innføring i utvikling, formål og anvendelse av ADL-Taxonomien. I tillegg til generell innføring i bruk av ADL-Taxonomien inneholder heftet beskrivelse og kartleggingsdiagrammer for barn, personer med synsnedsettelse og personer med psykisk funksjonsnedsettelse.

Pris kroner 400.



medema
gruppen

- Løsninger som fungerer

Mini Crosser

Visste du at det finnes elektrisk seteheis som tilbehør, for tryggere forflytning.
For mer informasjon om våre elektriske rullestoler, kontakt oss på tlf 67 06 49 00 eller www.medema.no

Nyttig forsikringsinformasjon

I mange år har det vært fokus på miljø, og vi blir alle oppfordret til å redusere forbruket vårt. På forsikringskontoret jobber vi med å få redusert bruken av papir.



Roar Hagen er ansatt på Ergoterapeutenes forsikringskontor.

Av Roar Hagen

Forsikring innebærer mye dokumenter, og tradisjonelt sett har vi trykket opp enorme mengder papir som blir sendt ut i posten til hvert enkelt medlem. Du har nok vært vant med å få en stor bunke papir i posten fra oss, og det har kanskje føltes trygt å ha forsikringspapirene på plass i hylla.

Digitale løsninger har gitt oss andre muligheter, og nå kan du finne forsikringsdokumentene dine

på «Min side» på forsikringsportalen. Kanskje er du en av dem som allerede har valgt e-faktura, og med noen tastetrykk kan du også få forsikringsdokumentene digitalt. Det er bare å logge inn på «Min side» på forsikringsportalen og velge full elektronisk distribusjon, så slipper du å få mer papir fra oss. Når nye dokumenter legges ut på «Min side», får du en SMS eller e-post fra oss, slik at du vet når du må inn og sjekke. Du kan være trygg på at forsikringen din



er gyldig selv om du ikke har dokumentene i hylla lenger.

REISEKORT

Når det gjelder reisekort, har vi også endret praksisen. Tidligere har du fått tilsendt et nytt reisekort hvert år da det gamle utløp på dato. Nå har ikke reisekortet noen utløpsdato lenger – det du har, vil være gyldig så lenge du har forsikringen. Har du mistet kortet ditt, eller trenger du av andre årsaker et nytt kort, finner du dette på «Min side» i forsikringsportalen. Du kan også kontakte oss på forsikringskontoret, så hjelper vi deg.

Liker du den digitale løsningen bedre, kan du på telefonen din laste ned en app fra Tryg, som er vår leverandør på reiseforsikringen. Appen heter «Trygg på Reise». Her blir du bedt om å legge inn avtalenummer. Har du kjøpt reiseforsikring som gjelder for hele familien din, legger du inn avtalenummer 5440517. Har du kjøpt reiseforsikring for én person, legger du inn avtalenummer 5440522. Deretter velger du «Reise Ekstra», og så har du det digitale reisekortet klart.

SPAR PENGER – FÅ FULL ELEKTRONISK DISTRIBUSJON

Fra 2019 endrer vi på omkostningene knyttet til utsendelse av faktura og øvrige forsikringsdokumenter. Her kan du spare penger ved å velge full elektronisk distribusjon. Det betyr at hvis du velger e-faktura og samtidig aksepterer at forsikringsdokumentene blir lagt på «Min side» på forsikringsportalen i stedet for å få dem tilsendt i posten, vil det koste deg kr 72 i året. Vil du fortsatt ha forsikringsdokumentene tilsendt i posten, vil det fra neste år koste deg kr 144 per år. Litt senere i høst vil du få en påminnelse fra oss om dette i form av et nyhetsbrev.

ER DET NOE DU LURER PÅ?

Da ønsker vi deg en god forsikringshøst, og husk at hvis du har noen spørsmål eller ønsker råd og veiledning, er det bare å kontakte oss på forsikringskontoret. Vi er her for å hjelpe, og sammen finner vi løsninger som passer deg og ditt behov til veldig hyggelige priser. Som medlem er forsikring en av dine store medlemsfordeler.

Ergoterapeutenes forsikringskontor:

Tlf: 22 05 99 15

E-post: forsikring@ergoterapeutene.org

Nettside: www.ergoterapeutene.org/forsikring



10 gode grunner til å bli medlem

 ergoterapeutene



Les mer om hodemusen på www.daisy.no

GlassOuse
– hodemus med munnklikk

Styr musepeker med små hodebevegelser og klikk med munnen!

Enkel og elegant!

Daisy.no

Daisy AS,
Ultvetveien 21,
3512 Honefoss,
Tlf: 417-84 500,
post@daisy.no

futura.no

«Som hjelp til å få båten på vannet»

SUBJEKTIVE OPPLEVELSER AV KLUBBHUSMODELLEN

Av Liv Grethe Kinn



Liv Grethe Kinn er ergoterapeut og førsteamanuensis (ph.d.) ved masterutdanning i psykisk helse og rusarbeid, Institutt for velferd og deltaking ved Høgskolen på Vestlandet.
E-post: Liv.Grethe.Kinn@hvl.no

Dette er en oversatt kortversjon av en engelskspråklig vitenskapelig artikkel med tittelen «Pushing the Boat Out»: A Metasynthesis of How Members, Staff and Family Experience the Clubhouse Model, der Kinn er førsteforfatter. Den er publisert i Community Mental Health Journal (Kinn, Tanaka, Bellamy, & Davidson, 2018). Det er ingen interessekonflikter knyttet til artikkelen.

Sammendrag

Kunnskap om opplevd helseeffekt av klubbhusmodellen har hittil ikke blitt oppsummert og sammenstilt. Derfor utforsket vi kvalitative primærstudier av medlemmers, ansattes og pårørendes klubbhuserfaringer når det gjelder nytten for personer med alvorlige psykiske helseproblemer. Vi brukte metaetnografi for å syntetisere funn fra elleve fagfellelevurderte forskningsartikler publisert i perioden mellom 2000 og 2015. Vi identifiserte fire temaer og en overordnet metafor:

- 1 å komme seg ut av innskrenkende virkeligheter
- 2 å forankres
- 3 å fremskynde blomstring
- 4 å skimte et liv utenfor klubbhuset

Metaforen «som hjelp til å få båten på vannet» kan anskueliggjøre klubbhuserfaringer og igangsette diskusjoner om samfunnsnyttens av modellen. Våre funn viser at klubbhusaktiviteter rettet inn mot utdanning, arbeid og fritid fremmer utvikling av selvtilit, vennskap, ferdigheter og nye perspektiver for målgruppen – alle viktige forutsetninger for tilfriskning. Slik kan klubbhusmodellen hjelpe medlemmer til «å få båten sin på vannet». Men mange velger å la være fordi «sjøen» (samfunn og arbeidsliv) oppleves som for røff, eller fordi båten (personlige og sosiale forutsetninger) ikke tåler reisen. Det trengs mer kunnskap om hvordan klubbhusmedlemmer opplever muligheter for samfunns- og arbeidsdeltakelse, og hvordan ansatte kan samhandle med medlemmer og deres pårørende for å igangsette formålstjenlige inkluderingsprosesser.

Nøkkelord: psykososial rehabilitering, kvalitativ metasyntese, førstehåndsperspektivet, recovery

Introduksjon

Klubbhusmodellen er i fremmarsj. I dag fins det over 300 sertifiserte klubbhus i 34 land (Clubhouse International, 2016a, 2016b), inkludert 14 norske, og flere er i emning (Fontenehus Norge, 2017). Tiltaket anbefales som et supplement til psykisk helsetjeneste (Helsedirektoratet, 2014), men hva er klubbhusmodellen – og hva er samfunnsnyten?

Det første klubbhuset («Fountain House») ble stiftet av en gruppe eks-psykiatriske pasienter og en psykiater i 1948 i New York. Dette skjedde i kjølvannet av nedbygging av institusjonsomsorgen og datidens gryende kritikk av den biomedisinske dominansen innen tradisjonell psykiatri (Norman, 2006; Raeburn, Halcomb, Walter, & Cleary, 2013). Klubbhus (også kalt fontenehus) blir beskrevet som en internasjonal psykososial rehabiliteringsmodell for personer med alvorlige psykiske helseproblemer (medlemmer), innrettet mot å fremme medlemmers autonomi, kompetanse og tilfriskningsprosesser (Clubhouse International, 2016b; Raeburn et al., 2013).

I faglitteraturen fremheves det at klubbhusmodellen har vært i spissen for utvikling av recovery-orienterte tjenester, og at den skiller seg fra andre rehabiliteringstiltak ved dens forankring i empowerment-tenkning og hverdagspedagogikk. Troen på at arbeidsdeltakelse og arbeidsfelleskap virker styrkende, gjennomsyrrer praksisen (Battin, Bouvet, & Hatala, 2016; Norman, 2006; Raeburn et al., 2013; Raeburn, Schmied, Hungerford, & Cleary, 2014). Et annet viktig kjennetegn ved klubbhus er at praksisen reguleres av internasjonale standarder (Clubhouse International, 2016a). For eksempel skal klubbhus være samstyrte (medlemmer og lønnede ansatte driver huset sammen) og preget av strukturert likemannsstøtte (medlemmer hjelper medlemmer), og kliniske problemstillinger skal unngås (Battin et al., 2016). Det skal tilrettelegges for frivillig arbeid i husets drift (medlemmer og ansatte jobber side om side i den arbeidsorienterte dagen). Slik kan medlemmer føle seg nyttige (for eksempel i møte-, kantine-, resepsjons- og kontorarbeid), oppleve mening og mestring i sosiale og praktiske utfordringer, og etter hvert komme seg i ordinært arbeid eller utdanning (Clubhouse International, 2016a, 2016b; McKay, Nugent, Johnsen, Eaton, & Lidz, 2018; Raeburn et al., 2013; Raeburn et al., 2014).

Det har blitt forsket mye på modellen siden dens opprinnelse, for det meste i USA (se for eksempel aktuelle kvalitative studier av Chen, 2017; Prince et

al., 2017; Roth, 2017; Schonebaum & Boyd, 2012), men det finnes også studier fra Canada (Townsend, Birch, Langley, & Langille, 2000), Sverige (Norman, 2006), USA/Finland (Pirttimaa & Saloviita, 2009; Tanaka & Davidson, 2015b), Korea (Kang & Kim, 2014), og Australia (Raeburn, Schmied, Hungerford, & Cleary, 2017). Ifølge to ferske metaanalyser (Battin et al., 2016; C. E. McKay et al., 2018) er det gjort få effektstudier av tiltaket. Det påpekes at metodiske svakheter gjør at det kun kan påvises moderate (utfallsmål: livskvalitet, arbeidsdeltakelse og sykehusinnleggelse) og lave (utfallsmål: symptomatologi og sosial fungering) effektnivåer av klubbhusmodellen (Battin et al., 2016). Resultatene indikerer at klubbhus kan karakteriseres som en lovende praksis, men det trengs flere effektstudier av modellen (McKay et al., 2018).

Modellen har også blitt utsatt for kritikk. Kjernen i debatten har vært spørsmålet om hvorvidt dagens klubbhus egentlig er recovery-orienterte (Raeburn et al., 2013; Raeburn et al., 2014). Det hevdes at klubbhusaktiviteter ikke i tilstrekkelig grad forbereder medlemmene til å takle dagens arbeidsliv (Gumber & Stein, 2017), og at medlemmene risikerer å utvikle tjenesteavhengighet (Raeburn et al., 2013). Motsatt har kvalitative primærstudier avdekket medlemmenes tilfredshet med tiltaket. For de fleste representerer klubbhus et sosialt sikkerhetsnett som hjelper dem på veien mot et sunnere liv (Chen, 2017; Raeburn et al., 2014). Kunnskap om opplevd helseeffekt av klubbhusmodellen har hittil ikke blitt oppsummert og sammenstilt. For å skape ny forståelse av modellen har vi utforsket og syntetisert funn fra kvalitative primærstudier av medlemmers, ansattes og pårørendes klubbhuserfaringer når det gjelder nytten for personer med alvorlige psykiske helseproblemer. I en ny studie som er publisert i *Community Mental Health Journal* (Kinn, Tanaka, Bellamy, & Davidson, 2018), har vi forsøkt å belyse dette spørsmålet.

I denne artikkelen vil jeg beskrive korte utdrag av våre funn og hvordan vi gikk fram for utvikle disse, slik at praksisfeltet forhåpentlig kan få nytte av denne kunnskapen. De som ønsker utfyllende beskrivelser, kan lese vår engelskspråklige forskningsartikkel med tittelen «"Pushing the Boat Out": A Metasynthesis of How Members, Staff and Family Experience the Clubhouse Model» (Kinn et al., 2018).

Metode

Vår studie er basert på analyser og refortolkning



Det går an å se likhetstrekk mellom hvordan klubbhus erfares – som et sted hvor medlemmer føler seg hjemme – og hvordan båter som ligger på en strand eller i havn, vanligvis oppfattes: De er trygt plassert.

ger av eksisterende kvalitative forskningsfunn om klubbhusmodellen. Nærmere bestemt brukte vi forskningsmetoden meta-etnografi (Noblit & Hare, 1988), som består av syv trinn:

- 1 avklare forskningstema og spørsmål
- 2 utvikle søkestrategi, lete, finne, ekskludere/inkludere
- 3 lese og få oversikt over temaer
- 4 analysere og ta stilling til hvordan studiene er beslektet, og presentere temaer fra hver primærstudie i vertikale kolonner
- 5 oversette studiene til hverandre og fremstille temaer på tvers av studiene i horisontale rader i

- matriser, med vekt på likheter og forskjeller
- 6 syntetisere oversettelsene for å finne overordnede tredjehåndsforklaringer som dekker alle funn og skaper en ny forståelse
- 7 formidle syntesen i tekst (Kinn, Holgersen, Ekeland, & Davidson, 2013; Malterud, 2017; Noblit & Hare, 1988)

I det følgende vil jeg bare kort skissere hva vi gjorde på trinn 2. Jeg fikk hjelp av bibliotekar til å gjøre systematiske søk i fire databaser (AMED; EMBASE; Ovid MEDLINE®, Psyk INFO og Cinal), med søkeordene «Fountain House» OR «Clubhouse» OR «transitional employment» OR «work-ordered day». Etter omfattende og systematiske inklusjons- og eksklusjonsprosesser endte vi opp med elleve fagfellevurderte engelskspråklige kvalitative forskningsartikler som var publisert i anerkjente tidsskrifter i perioden 2000–2015. Av disse var fem fra USA, én fra USA/Finland, én fra Sverige, én fra Canada, én fra Korea og to fra Australia, og de omfattet intervjuer av 202 medlemmer, 34 ansatte og 35 pårørende i alderen 18 til 65 år.

Resultater

Vår metasyntese av de inkluderte artiklenes resultater bidro til utvikling av en overordnet metafor og fire temaer:

- 1 å komme seg ut av innskrenkende virkeligheter
- 2 å forankres
- 3 å fremskynde blomstring
- 4 å skimte et liv utenfor klubbhuset

Vi valgte metaforen «som hjelp til å få båten på vannet» fordi den kan illustrere essensen i subjektive opplevelser av klubbhusmodellen. I det følgende vil jeg kort skissere metaforen og deretter temaene i lys av denne (for utfyllende lesing, se Kinn et al., 2018).

«SOM HJELP TIL Å FÅ BÅTEN PÅ VANNET»

Det går an å se likhetstrekk mellom hvordan klubbhus erfares: som et sted hvor medlemmer føler seg hjemme, og hvordan båter som ligger på en strand eller i havn, vanligvis oppfattes: De er trygt plassert. Men som det uttrykkes i et gammelt amerikansk ordtak: «Ships are safe in harbours, but that's not what ships are for» (Shedd, 1894). Båtfolk trenger hjelp til å skyve båten sin ut på vannet. Klubbhusmedlemmer trenger hjelp til å skyve seg selv ut i en tilstand hvor de kan «skaffe seg et liv» – forhåpentligvis et frodig hverdagsliv.

Alle trenger hjelp til «å få båten sin på vannet». I århundrer har folk bygget båter som ikke lar seg skyve ut på vannet uten en håndsrekning. På lignende måte vil de fleste av oss – både de med og uten psykisk lidelse – i løpet av livet oppleve personlige eller sosiale påkjenninger som ikke lar seg håndtere alene. Følelser som sorg, sinne, fortvilelse, fastlåshet, mislykkethet og ensomhet gjør at livet stopper opp – ja, det kan oppleves som å være «strandet». Og fordi folk ofte blir værende på trygge steder, kan det være vanskelig å gripe øyeblikket – glemme negative tanker og tvil – og hoppe oppi «båten» og skyve den ut på vannet. I andre tilfeller kan forklaringen være at folk ikke har lært å ro og styre båten. Båtfolk på en strand opplever ofte betydningsfulle øyeblikk – sanselige erfaringer om livets realiteter og gleder. Slik kan klubbhusmedlemmer oppleve viktige situasjoner, «time-outs» fra fragmenterte og kompliserte liv, som fører til at de finner ut av ting. Og fordi det kan være vanskelig for både båtfolk og klubbhusmedlemmer å be om assistanse, trenger de «hjelp til å få båten sin på vannet».

Å KOMME SEG UT AV INNSKRENKENDE VIRKELIGHETER

I de inkluderte artiklene (Carolan, Onaga, Pernice-Duca, & Jimenez, 2011; Coniglio, Hancock, & Ellis, 2012; Dorio, Guitar, Solheim, Dvorkin, & Marine, 2002; Kang & Kim, 2014; Kennedy-Jones, Cooper, & Fossey, 2005; McKay et al., 2012; Norman, 2006; Pernice-Duca, Biegel, Hess, Chung, & Chang, 2015; Perrins-Margalis, Rugletic, Schepis, Stepanski, & Walsh, 2000; Schiff, Coleman, & Miner, 2008; Tanaka & Davidson, 2015a) ble klubbhus ofte beskrevet i positive termer: som et fristed der de ble møtt på en anerkjennende, forståelsesfull og ikke-dømmende måte, slik at den enkelte etterhvert våget å tre fram og delta aktivt. For informantene var klubbhus mer enn «bare arbeid». Det var et helsebringende sted der medlemmer knyttet nære bånd til hverandre og ansatte, og der de følte de seg «levende». Betydningen av likemannsstøtten ble ofte fremhevet. Det var nyttig både å hjelpe andre og bli hjulpet selv. Men det fremkom også ulikheter i hvordan klubbhus ble erfart. I kontrast til foregående positive beskrivelser refererte enkelte studier (Norman, 2006; Perrins-Margalis et al., 2000; Schiff et al., 2008) til medlemmer som følte seg presset av for mange krav, misforstått og ikke respektert som likeverdige aktører. Andre studier presenterte at for enkelte medlemmer var det vanskelig og overveldende å

forholde seg til andres åpenbare symptomer, blant annet fordi dette minnet dem om egne «skyggesider» (psykisk lidelse) (Coniglio et al., 2012; Kang & Kim, 2014).

Å FORANKRES

I tillegg vektla de fleste studiene at medlemmers bundethet til huset og opplevelsen av å høre til der var grunnleggende forutsetninger for tilfriskning. Deltakelse i husets daglige drift bidro til forankring, og i neste omgang ga dette dem lyst til å forplikte seg. Dette fremmet den enkeltes engasjement og motivasjon. De følte at de hørte til der. De var ikke lenger alene – klubbhusfelleskapet hadde blitt som familie. En studie (Norman, 2006) utdypet hvordan klubbhusfelleskapet bidro til medlemmers gradvise rolletransformasjon. De gikk fra å definere seg som «enhetsmedlem», til å oppleve seg som «en respektert likemann», for til slutt å bli «en verdsatt venn». En annen studie beskrev hvordan medlemmers endringsprosesser smittet over til arenaer utenfor klubbhuset. For eksempel beskrev pårørende sin sønn eller datter som mindre brysom hjemme, og at familiedynamikken var mer positiv (Pernice-Duca et al., 2015).

Å FREMSKYNDE BLOMSTRING

Artiklene rapporterte på ulike måter hvordan deltakelse i klubbhusaktiviteter bidro til en opplevelse av mening og mestring. Det ble særlig fremhevet at det var blandingen av medlemmers egenstyrke og ansattes oppmuntring som fremmet den enkeltes recovery-prosess. Å lære seg ferdigheter i ulike arbeidsoppgaver bidro åpenbart til utvikling av «et arbeidstaker-jeg», en opplevelse som medførte at de gradvis klarte å formulere og forholde seg til egne kortsiktige og langsiktige livsmål. Disse endringsprosessene ble beskrevet som et resultat av deltakelse i alle typer klubbhusaktiviteter, altså ikke bare arbeid, men også møtevirksomhet og sosiale sammenkomster. Aktiv deltakelse gjorde at mange gradvis ga slipp på «pasient-/brukerrollen», slik at de tok rollen som «handlekraftig og foretaksomt medlem». Mange av medlemmenes fortellinger vitnet om opplevd støtte og hjelp fra ansatte, og at dette var avgjørende forutsetninger for egen blomstring. Medlemmers og ansattes likeverdige samspill og arbeidsfelleskap ble beskrevet som svært nyttig. For medlemmer representerte ansatte medspillere og samtalepartnere som de stolte på (Carolan et al., 2011; Coniglio et al., 2012; Kang & Kim, 2014; Schiff et al., 2008; Tanaka & Davidson, 2015a).

Å SKIMTE ET LIV UTENFOR KLUBBHUSET

De fleste studiene avdekket at klubbhus bidro til arbeidsrettet rehabilitering for målgruppen. Det ble fremhevet at arbeidsfellesskapet bidro til at målgruppen fikk bearbeide egne tilkortkommentheter og utviklet livsmestringsstrategier. Med andre ord fikk de hjelp til å takle ensomhet, stress, aktiviteter i hverdagen, svingende symptomer, trøtthet og mangel på mening og motivasjon. Men i artiklene var det få suksesshistorier å spore om medlemmer som hadde kommet seg i ordinært arbeid. De fleste studiene beskrev forhold knyttet til medlemmer som tok utdanning eller deltok i klubbhusets tidsavgrensede lønnede overgangsarbeid. En av artiklene fremhevet at i rehabiliteringsterrenget fører klubbhusmodellen vanligvis til to forskjellige veier. Den ene fører til arbeidslivet, den andre går mot å holde seg frisk på klubbhuset (Kang & Kim, 2014).

Implikasjoner

Våre funn viser at for målgruppen fremmer klubbhusets arbeidsfellesskap og organisasjonsstruktur utvikling av arbeidstakerrollen og bevissthet om egen kompetanse og aktivitetsutførelse (Gallagher, Muldoon, & Pettigrew, 2015; Kielhofner, 2008). Klubbhus tilbyr sine medlemmer aktiviteter, ressurser, plass, tid og folk, slik at personer med alvorlige psykiske helseproblemer kan utvikle «et nytt interaktivt selv». Det skaper en sosial identitet og recovery-prosesser som kan kobles til eksistensielle følelser som aksept, håp, mening og tilhørighet (Boutillier et al., 2011; Davidson, 2003). Klubbhusfellesskapets virkemidler kan synliggjøres ved hjelp av sentrale ergoterapibegreper som «doing, being, becoming and belonging» – gjensidig påvirkning mellom mennesket, oppgaven og settingen former personens identitet og aktivitetsutførelse (Gallagher et al., 2015; Kielhofner, 2008; Phelan & Kinsella, 2009).

I samsvar med tidligere forskning (se for eksempel Biegel et al., 2013; Chen, 2017) viser våre funn at klubbhusmodellen involverer to primære tilfriskningsprosesser: «forankring» og «hjelp til å få båten på vannet». For det første trenger medlemmer å oppleve at klubbhusfellesskapet beskytter, forsyner, viser respekt, ønsker velkommen og engasjerer for å kunne forankres. For det andre, og i tråd med tidligere forskning (for eksempel McKay et al., 2018; Raeburn et al., 2013), er implikasjonen av denne metasyntesen at klubbhus må forberede og styrke medlemmenes evne til å lete etter jobber og sosialt nettverk i samfunnet.

DEL AV PROSJEKT

Denne artikkelen inngår som et av flere kvalitative delstudier av klubbhusmodellen som jeg er prosjektleder for, inkludert fokusgruppeintervju der til sammen 14 norske og amerikanske fontenehusansatte deltok (publisert: Kinn, L. G., Langeland, E., Tanaka, K., & Davidson, L. (2018) «We are Actually Colleagues»: Clubhouse Staffs' Experiences of Working Side-by-side with Members. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*) og et pågående ph.d.-prosjekt (dybdeintervju med 18 norske fontenehusmedlemmer) som utføres av stipendiat Orsi Fekete. Forskningsprosjektene er forankret ved Høgskolen på Vestlandet (HVL) og utviklet i samarbeid med Professor Larry Davidson ved Yale University.

TAKK

Til slutt vil jeg uttrykke min takknemlighet for FOU-midlene som jeg fikk tildelt av Ergoterapeutene i 2016. Dette har vært en veldig viktig oppmuntring og støtte i arbeidet mitt med å gjennomføre og rapportere dette review-prosjektet.

Referanser

- Battin, C., Bouvet, C., & Hatala, C. (2016). A Systematic Review of the Effect of the Clubhouse Model. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 13(4). doi:10.103/prj0000227
- Biegel, D. E., Pernice-Duca, F. M., Chang, C. W., Chung, C. L., Min, M. O., & D'Angelo, L. (2013). Family Social Networks and Recovery From Severe Mental Illness of Clubhouse Members. *Journal of Family Social Work*, 16(4), 274-296. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2012182569&site=ehost-live> doi:10.1080/10522158.2013.794379
- Boutillier, C., Leamy, M., Bird, V., Davidson, L., Williams, J., & Slade, S. (2011). What does recovery mean in practice? A qualitative analysis of international, recovery-oriented practice guidance. *Psychiatric Services*, 62(12), 1470-1476.
- Carolan, M., Onaga, E., Pernice-Duca, F., & Jimenez, T. (2011). A place to be: the role of clubhouses in facilitating social support. *Psychiatr Rehabil J*, 35(2), 125-132. doi:10.2975/35.2.2011.125.132
- Chen, F. (2017). Building a Working Community: Staff Practices in a Clubhouse for People with Severe Mental Illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(5), 651-663. doi:10.1007/s10488-016-0757-y
- Clubhouse International. (2016a). International Standards for Clubhouse Programs. Retrieved from <http://www.iccd.org/quality.html>
- Clubhouse International. (2016b). What is a clubhouse? Retrieved from <http://www.iccd.org/whatis.html>
- Coniglio, F. D., Hancock, N., & Ellis, L. A. (2012). Peer support

- within clubhouse: a grounded theory study. *Community Mental Health Journal*, 48(2), 153-160.
- Davidson, L. (2003). *Living outside mental illness: qualitative studies of recovery in schizophrenia*. New York: New York University Press.
- Dorio, J., Guitar, A., Solheim, L., Dvorkin, C., & Marine, S. (2002). Differences in job retention in a supported employment program Chinook Clubhouse. *Psychiatr Rehabil J*, 25(3), 289-298.
- Fontenehus Norge (2017).
- Gallagher, M., Muldoon, O. T., & Pettigrew, J. (2015). An integrative review of social and occupational factors influencing health and wellbeing. *Front Psychol*, 6, 1281. doi:10.3389/fpsyg.2015.01281
- Gumber, S., & Stein, C. H. (2017). Beyond These Walls: Can Psychosocial Clubhouses Promote the Social Integration of Adults With Serious Mental Illness in the Community? *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 2017(April 3). doi:10.1037/prj0000262
- Helsedirektoratet. (2014). *Lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Sammen om mestring – Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne*. Retrieved from <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/sammen-om-mestring-veileder-i-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne>.
- Kang, S. K., & Kim, E. H. (2014). A Phenomenological Study of the Lived Experiences of Koreans with Mental Illness. *Journal of Social Service Research*, 40(4), 468-480. doi:10.1080/01488376.2014.905164
- Kennedy-Jones, M., Cooper, J., & Fossey, E. (2005). Developing a worker role: Stories of four people with mental illness. *Australian Occupational Therapy Journal*, 52, 116-126. doi:10.1111/j.1440-1630.2005.00475.x
- Kielhofner, G. (2008). Doing and becoming. In G. Kielhofner (Ed.), *Model of human occupation: Theory and application* (4 th. ed., pp. 101-109). Baltimore: MD: Lippincott Williams&Wilkins.
- Kinn, L. G., Holgersen, H., Ekland, T. J., & Davidson, L. (2013). Meta-synthesis and Bricolage: An Artistic Exercise of Creating a Collage of Meaning. *Qualitative Health Research*, 23(9), 1285-1292. doi:10.1177/1049732313502127
- Kinn, L. G., Tanaka, K., Bellamy, C., & Davidson, L. (2018). "Pushing the Boat Out": A Metasynthesis of How Members, Staff and Family Experience the Clubhouse Model. *Community Mental Health Journal*, online print March 7th. doi:10.1007/s10597-018-0257-5
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative metasyntese som forskningsmetode i medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- McKay, C. E., Nugent, K. L., Johnsen, M., Eaton, W. W., & Lidz, C. W. (2018). A systematic review of evidence for the clubhouse model of psychosocial rehabilitation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 45(1), 28-47.
- McKay, C. E., Osterman, R., Shaffer, J., Sawyer, E., Gerrard, E., & Olivera, N. (2012). Adapting Services to Engage Young Adults in ICCD Clubhouses... International Center for Clubhouse Development. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(3), 181-188.
- Noblit, G. W., & Hare, R. D. (1988). *Meta-ethnography: synthesizing qualitative studies*. Newbury Park, Ca.: Sage Publications.
- Norman, C. (2006). The Fountain House movement, an alternative rehabilitation model for people with mental health problems, members' descriptions of what works. *Scand J Caring Sci*, 20(2), 184-192. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00398.x
- Pernice-Duca, F., Biegel, D. E., Hess, H. R., Chung, C. L., & Chang, C. W. (2015). Family Members' Perceptions of How They Benefit When Relatives Living with Serious Mental Illness Participate in Clubhouse Community Programs. *Family Relations*, 64(3), 446-459. doi:10.1111/fare.12127
- Perrins-Margalis, N. M., Rugletic, J., Schepis, N. M., Stepanski, H. R., & Walsh, M. A. (2000). The immediate effects of a group-based horticulture experience on the quality of life of persons with chronic mental illness. *Occupational Therapy in Mental Health*, 16(1), 15-32.
- Phelan, S., & Kinsella, A. K. (2009). Occupational identity: Engaging socio-cultural perspectives. *Journal of Occupational Science*, 16(2), 85-91. doi:10.1080/14427591.2009.9686647
- Pirttimaa, R., & Saloviita, T. (2009). Transitional employment and its effects in Finland. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 231-234. doi:10.2975/32.3.2009.231.234
- Prince, J. D., Ansbrow, J., Bennedict, A., DiCostanzo, J., Mora, O., & Schonebaum, A. D. (2017). Making connections: Severe mental illness and closeness with other people. *Social Work in Mental Health*, 15(1), 1-13. doi:10.1080/15332985.2016.1148095
- Raeburn, T., Halcomb, E., Walter, G., & Cleary, M. (2013). An overview of the clubhouse model of psychiatric rehabilitation. *Australas Psychiatry*, 21(4), 376-378. doi:10.1177/1039856213492235
- Raeburn, T., Schmied, V., Hungerford, C., & Cleary, M. (2014). Clubhouse model of psychiatric rehabilitation: How is recovery reflected in documentation? *International Journal of Mental Health Nursing*, 23(5), 389-397.
- Raeburn, T., Schmied, V., Hungerford, C., & Cleary, M. (2017). Autonomy Support and Recovery Practice at a Psychosocial Clubhouse. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(3), 175-182. doi:10.1111/ppc.12149
- Roth, G. (2017). Perspectives from Within the Clubhouse: A Qualitative Investigation into a Peer-to-Peer Vocational Support Program for Adults with Serious Mental Illness. *Journal of Psychosocial Rehabilitation Mental Health*, 4(1), 5-17. doi:10.1007/s40737-016-0070-9
- Schiff, J. W., Coleman, H., & Miner, D. (2008). Voluntary participation in rehabilitation: lessons learned from a clubhouse environment. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 27(1), 65-78. doi:10.7870/cjcmh-2008-0005
- Schonebaum, A., & Boyd, J. (2012). Work-Ordered Day as a Catalyst of Competitive Employment Success. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 391-395. doi:10.1037/h0094499
- Shedd, W. G. (1894). Retrieved from <http://www.goodreads.com/quotes/1388-a-ship-is-safe-in-harbor-but-that-s-not-what>
- Tanaka, K., & Davidson, L. (2015a). Meanings Associated with the Core Component of Clubhouse Life: The Work-Ordered Day. *Psychiatr Q*, 86(2), 269-283. doi:10.1007/s11126-014-9330-6
- Tanaka, K., & Davidson, L. (2015b). Reciprocity in the clubhouse context. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 19(2), 21-33.
- Townsend, E., Birch, D. E., Langley, J., & Langille, L. (2000). Participatory research in a mental health clubhouse. *Occupational Therapy Journal of Research*, 20(1), 18-44.

ADL-Taxonomin™ i norsk oversettelse

– ET VERKTØY FOR KARTLEGGING OG DOKUMENTASJON AV AKTIVITETSEVNE OG MESTRING I DAGLIGE AKTIVITETER

Av Kjersti Vik, Lene Meinskar Hovde og Vigdis Skarsaune Gausemel

Kjersti Vik er ergoterapeut og professor ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU i Trondheim. E-post: kjersti.vik@ntnu.no

Lene Meinskar Hovde er spesialergoterapeut ved St. Olavs Hospital, Trondheim Universitetssykehus.

Vigdis Skarsaune Gausemel er spesialergoterapeut i Trondheim kommune.

Abstract

Assessment of Activity of Daily living (ADL) is vital in occupational therapy. However, there has been a lack of ADL-assessments from an occupational therapy perspective. The aim for the project was twofold: A to translate the Swedish ADL-Taxonomin™ into Norwegian B to describe occupational therapists' experience with the use of ADL-Taxonomin™

Guidelines for the process of cross-cultural adaption of self-report measures were followed in the translation process. Eight occupational therapists (OTs) working in different facilities in community health care tried out the Norwegian version with about 60 clients.

The results showed that the concepts and translation in the Norwegian version were understood both by the OTs and the clients. Additionally the OTs experienced that ADL-Taxonomin™ contributed to assessing ADL in a more systematic way than their present assessment, especially since the assessment focused on the performance of the activity rather than on functioning.

The Norwegian version of the ADL-Taxonomin™ was found to be suitable for OTs in community health care.

Keywords: Assessment of Activity of daily living, cross-cultural adaptation, community health care

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Bakgrunnen for prosjektet var at ergoterapeuter i Trondheim kommune ønsket å prøve ut om ADL-Taxonomin™ kunne være et egnet verktøy til å dokumentere ergoterapeutisk arbeid. Rettighets-haverne til ADL-Taxonomin™ er det svenske Ar-betsterapiforbundet på vegne av forfatterne Kristina Törnquist og Ulla Sonn, som har rettighetene til nav-net. Derfor vil det norske navnet være «ADL-Taxo-nomin™», som også brukes i artikkelen (Törnquist & Sonn, 2018).

Siden det ikke fantes noen norsk oversettelse av ADL-Taxonomin™, ble det etablert en prosjektgruppe fra Trondheim kommune og ergoterapeututdannin-gen i Trondheim. Prosjektgruppen søkte om økono-misk støtte til å gjøre arbeidet. Prosjektet fikk tildelt midler fra den daværende Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST, nå NTNU) og Ergoterapeutene til å oversette og prøve ut ADL-Taxonomin™. Trondheim kommune ved enhetsleder Tove Sivertsen har stått som eier av prosjektet sammen med Ergoterapeutene. Professor Kjersti Vik ved NTNU har vært prosjektleder.

Både Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)), Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012–2013) og Leve hele livet (Meld. St. 15 (2017–2018)) vektlegger satsning på tidlig innsats og hverdagsrehabilitering. Det er et mål at bruka-rens egenmestring styrkes og funksjonsnivå opprett-holdes så lenge som mulig. I dette arbeidet er det behov for et verktøy til å kartlegge hvilke aktiviteter den enkelte mestrer, og avdekke hva den enkelte har behov for av opptrening eller tilrettelegging av dag-lige aktiviteter. Det er også behov for et verktøy som kan dokumentere om ergoterapeuters tiltak bidrar til endring i brukerens deltakelse i daglige aktiviteter. Selv om utgangspunktet for søknaden var å overset-te ADL-Taxonomin™ til norsk med tanke på doku-mentasjon, erfarte prosjektgruppen at det var et godt verktøy til å kartlegge brukernes aktivitetsevne i praktisk arbeid. I artikkelen vil både prosessen med oversettelse og praktiske erfaringer bli beskrevet.

ERGOTERAPI, ADL OG KARTLEGGING

Ergoterapeuters kjernekompetanse er å bidra til at mennesker får mulighet til å være aktivt deltaken-de. Derfor har ergoterapeuter et særlig ansvar for å kartlegge mestring av daglige gjøremål (ADL) og å vise at tiltak knyttet til evne til å utføre ADL har effekt. Videre støtter vi oss til Store Norske leksikon (www.sln.no), som definerer primær-ADL (P-ADL) som «personnære aktiviteter i dagliglivet

som personlig hygiene, av- og påkledning, spising, forflytning og toalettbesøk». Instrumentell-ADL (I-ADL) forstås som «mer komplekse aktiviteter som matlaging, husarbeid og barnestell, bruk av telefon og offentlig transportmidler, samt aktiviteter knyttet til innkjøp og ivaretagelse av egen økonomi».

Ergoterapeuter har utviklet flere kartleggings-verktøy basert på aktivitetsteorier og modeller som Model of Human Occupation (Taylor 2017) og Canadian Model of Occupation Performance and Engagement (Townsend & Polatajko, 2007). Disse har fokus på aktivitet og deltakelse mer generelt og ikke spesifikt på evne til å utføre ADL. Det finnes en rekke ADL-instrumenter eller ADL-indeks-er som Sunnaas ADL-index, Katz ADL-index, Barthel ADL-index (se <http://ergoterapeutene.org/Ergotera-peutene/Om-ergoterapi/Verktoey-og-redskap/Red-skap>, Tuntland, 2011, Vik, 2015). De ovenfor nevnte indeksene er utviklet for å kartlegge hva en person mestrer/ikke mestrer og selvstendighet/ikke selv-stendighet, og gir ofte en sumskår på for eksempel grad av selvhjulpenhet i P-ADL. Det er derfor behov for arbeidsredskap som er egnet til å kartlegge, vur-dere og dokumentere brukerens evne og mulighet til å utføre daglige gjøremål utover P-ADL, som ofte er fokuset i ADL-indeks-er.

HVA ER ADL-TAXONOMIN™?

Som sagt over ble ADL-Taxonomin™ utviklet med utgangspunkt i et aktivitetsperspektiv. ADL-Taxo-nomin™ har som hensikt å kartlegge *aktivitetsevne* («formåga» på svensk), som beskrives slik: Men-neskers aktivitetsevne er personspesifikk. Den er knyttet til hva mennesker ønsker å gjøre, og hva de må gjøre av aktiviteter i sin hverdag. Aktivitetsevne kan også variere fra dag til dag hos en del (Törnqu-ist & Sonn 2018). Forfatterne av ADL-Taxonomin™ så at det ikke var noe felles internasjonalt begreps-apparat for å beskrive ADL og alle de forhold som inngår i daglige aktiviteter. Arbeidet med ADL-Taxonomin™ ble startet tidlig på 1990-tallet og ble utviklet på bakgrunn av klinisk erfaring og littera-turgjennomgang. De siste årene har det kommet en rekke forskningsprosjekt som har hatt innflytelse på utviklingen av ADL-Taxonomin™ (Törnquist & Sonn 2018).

Taksonomi betyr systematikk og innebærer å navngi og ordne fenomener i et hierarkisk system. ADL-Taxonomin™ er en systematikk for å beskrive evnen til å utføre aktiviteter, og deles inn i tre be-grepsnivåer: ADL, aktivitet og delaktivitet. Gjennom

- FAGLIG -

Instruksjoner: Definisjonene (aktiviteter og delaktiviteter) kan ikke endres. Hvis det ikke er aktuelt å bedømme delaktiviteten, brukes "ikke aktuelt". Vurderingsalternativer kan legges til (se to tomme kolonner til dette formulæret). Ingen poeng blir gitt.

Person: <u>Ingrid Knudsen</u>	Personnummer: <u>000000</u>	Vurderingsplass: <u>Hjemme hos bruker</u>
Adresse/avd.: _____	Telefonnr.: _____	Vurderingstype: <input checked="" type="checkbox"/> Intervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Egenvurdering
Utredende person: <u>Vigdis S. Gausemel</u>	Dato for vurdering: <u>18.08.18</u>	
Behandlingsperiode: <u>Henvist 10.07.18</u>	Diagnose/funksjonsneds.: <u>Henvist hverdagsrehab.</u>	

Aktiviteter	Delaktiviteter som inngår i aktivitetene	Vurdering					Kommentar
		Gjør	Kan	Vil	M. hjelp	Ikke aktuelt	
Spise og drikke Defineres som å ta mat og drikke fra bordet, og spise og drikke.	1. Spiser, dvs. fører maten til munnen og spiser. 2. Drikker, dvs. fører drikke til munnen og drikker. 3. Forsyrer seg med og mat og deler opp maten, dvs. forsyner seg med mat og drikke og deler opp maten med bestikk.	X X					
Forflytte seg Defineres som å endre grunnleggende kroppsstilling, å forflytte seg måltrett fra ett sted til et annet.	1. Forflytter seg i sengen, dvs. endrer leie, f.eks. snur seg, setter seg opp. 2. Forflytter seg fra seng til stol, eller mellom stoler. 3. Forflytter seg mellom rom i samme etasje. 4. Forflytter seg mellom etasjer via heis eller trapp. 5. Forflytter seg ut og inn i huset. 6. Forflytter seg i nærmiljøet ute.	X X X X					red. grup. skjøter grunn saker er vanskelig opplever det som tungt en for heis i bygget får det til, men helst med bistand Bruker utendørsrullator
Toalettbesøk Defineres som å ta seg til og fra toalettet, i tide, samt utføre nødvendige gjøremål.	1. Tømmer blære og tarm viljemessig og kontrollert. 2. Forflytter seg på og av toalettet, og tørker seg i forbindelse med toalettbesøket. 3. Ordner klærne og evt. sanitets- eller inkontinenshjelpemiddel samt vasker hendene. 4. Forflytter seg til toalettet i tide.					X	
På- og avkledning Defineres som å ta fram klær etter behov, kle på og av seg, og ta av/på sko.	1. Kler av seg. 2. Kler på seg på overkroppen. 3. Kler på seg på underkroppen. 4. Kler på seg sokker/strømpebukser og sko. 5. Tar fram klær etter behov.	X X X X X					Gjennomføres sittende Bistand til strøttestrømper
Personlig hygiene Defineres som å vaske kroppen og håret samt tørke seg.	1. Vasker ansikt og hender. 2. Bader/dusjer. (Har dusjkrakk) 3. Vasker håret.	X					hjelpe fra hjemmesykepleien får ofte hjelp, men klarer det

Kode: m. hjem → gjennomføres med hjelpemidler
Bistand → med hjelp fra hjemmesykepleien

Figur 1 viser vurderingsskjemaet i ADL-Taxonomi™.

denne oppbygningen i nivåer kan en persons evne beskrives enten samlet eller detaljert. Ergoterapeuter vektlegger flere aktivitetsområder, som for eksempel arbeid, ADL og fritid. ADL-Taxonomi™ dekker aktiviteter innen I-ADL og P-ADL. Se eksempel tabell 1.

Når en skal anvende ADL-Taxonomi™, er det viktig å være bevisst på at det er *aktivitetsevne* eller *aktivitetsbegrensninger* som skal kartlegges, ikke funksjon eller funksjonsnedsettelse. Taksonomien er basert på tolv aktiviteter som er delt inn i ulike

Aktivitetsområde Arbeid – ADL – Fritid
Aktivitet Spise og drikke
Delaktivitet 1. Spiser 2. Drikker 3. Forsyrer seg selv

Tabell 1 Eksempel på aktivitetsområder.

delaktiviteter. De tolv aktivitetene, med antall delaktiviteter i parentes, er:

- spise og drikke (3)
- forflytte seg (6)
- toalettbesøk (4)
- på- og avkledning (5)
- personlig hygiene (3)
- annen kroppspleie (5)
- kommunikasjon (5)
- reiser (5)
- matlaging (3)
- innkjøp av dagligvarer (3)
- husarbeid (2)
- klesvask (3)

Alle aktivitetene er definert, og hva delaktivitetene innebærer, er beskrevet. Se eksempel figur 2 neste side.

Når ADL-Taxonomi™ skal brukes, er det viktig å være bevisst på at det skal tas utgangspunkt i den enkeltes vaner, roller og behov. Det er bare de aktivitetene som er relevante og meningsfulle for

Aktiviteter	Delaktiviteter som inngår i aktivitetene	Vurdering					Kommentar
		Gjør	Kan	Vil	M.Hj.B.står	Ikke aktuelt	
Annen kroppsspleie Defineres som å ta vare på seg selv og stelle utseendet. Med manikyr og pedikyr menes å klippe/file neglene.	1. Kjemmer seg/ordner frisyren.	X					Til frisøren annen hver uke
	2. Pusser tennene.	X					
	3. Barberer seg/sminker seg.					X	Sluttet med sminke
	4. Utfører manikyr.	X					
	5. Utfører pedikyr.					X	Sår til fotpleier
Kommunikasjon Defineres som å kommunisere og ta til seg informasjon, samt håndtere moderne utstyr (f.eks. mobiltelefon og datamaskin).	1. Melder seg/påkaller oppmerksomhet.						
	2. Snakker med andre.						
	3. Ringer.						
	4. Leser.						
	5. Skrifer for hånd eller på datamaskin.						
Reiser Defineres som å ta seg til og fra, inne og ute samt ferdes med offentlige eller private transportmidler.	1. Reiser med bil.	X					Tar taxi, kjøres av sønn
	2. Tar buss/trikk/undergrunn.			X			Vanskelig med rullator på
	3. Tar tog/båt/tf.			X			Ønsker å ta tog til datter i
	4. Sykler/kjører moped.					X	
	5. Kjører bil/motorsykel.					X	
Matlaging Defineres som å planlegge, ta frem, forberede, tilberede, dekke på bordet, servere og ta av bordet.	1. Gjør i stand et kaldt måltid.	X					
	2. Varmer opp drikke eller ferdiglaget mat.	X					
	3. Tilbereder et varmt måltid.	X		X			Kuttingkjøring vanskelig. Bruker ødel fjordland
Innkjøp av dagligvarer Defineres som å planlegge innkjøp, ta seg til og fra butikken, velge varer, betale og frakte varene hjem.	1. Planlegger innkjøp (f.eks. skriver innkjøpsliste, gjør innkjøp via Internett).	X					
	2. Utfører små innkjøp i nærbutikk.		X				Synes det er tungt
	3. Utfører ukeseinnkjøp/storinnkjøp.	X				X	my bakkun sammen m/sønn eller tar
Husarbeid Defineres som smårydding (å re opp sengen, rydde/sortere, tørke støv, støvsuge); ukentlig rengjøring (å støvsuge/vaske gulv, rydde toalett og bad).	1. Utfører daglig smårydding.	X					
	2. Utfører ukentlig rengjøring.					X	Vasker hjelp
Klesvask Defineres som å forflytte seg og transportere klesvasken til og fra vaskeplassen, sortere, vaske samt å ta hand om ren vask (f.eks. henge opp, brette sammen, stryke).	1. Vasker småvask for hånd.	X					
	2. Vasker småvask i maskin.	X					
	3. Vasker tyngre vask i maskin (f.eks. laken/sengetøy).					X	Får hjelp, blir for tungt

ADL-Taxonomi™, versjon 4.0/2016 av Sonn & Törnquist. © Sveriges Arbetsterapeuter og författare. Materialet er beskyttet av opphavsrett. Skjemaet kan bare kopieres til personlig bruk i din egen virksomhet.

Figur 2 viser eksempler på at aktivitetene er definert, og at det er beskrevet hva delaktivitetene innebærer.

den enkelte personen, som kartlegges. Foruten å gi en beskrivelse og kartlegging av de aktuelle aktivitetene og delaktivitetene skal bruker og/eller terapeut vurdere hvorvidt personen gjør, kan og/eller vil utføre en aktivitet, eller om aktiviteten er relevant. I vurderingsskjemaet som anvendes, er det gitt plass til kommentarer. ADL-Taxonomi™ er utviklet slik at den kan brukes som intervju, observasjon eller egenvurdering der personen selv fyller ut skjemaet. Se figur 1.

Avslutningsvis kan skåringen settes inn i et sirkeldiagram. Se figur 3 på neste side. Den enkleste/minst avanserte delaktiviteten er nummerert som 1 (se «spise og drikke» i figur 2), og den er alltid nærmest midten på sirkelen (se figur 3). En del av sirkelen står åpen. Denne tomme delen av sirkelen indikerer at man kan legge inn aktuelle aktiviteter som ikke står i skjemaet, men som er relevante for den enkelte. Dette kan eksempelvis være å håndtere rullestol, medisiner eller det å gå til frisøren. Videre kan de ulike aktivitetene gis farge eller markeringer som indikerer grad (om bruker gjør,

kan, vil) av aktivitetsevne. Denne form for koding gir et visuelt uttrykk av brukers aktivitetsevne, hva man ønsker å mestre, samt hvilke aktiviteter som ikke er aktuelle for bruker. For eksempel kan grønn bety at personen gjør dette, mens stjerne betyr at det er en aktivitet det bør settes inn tiltak i forhold til.

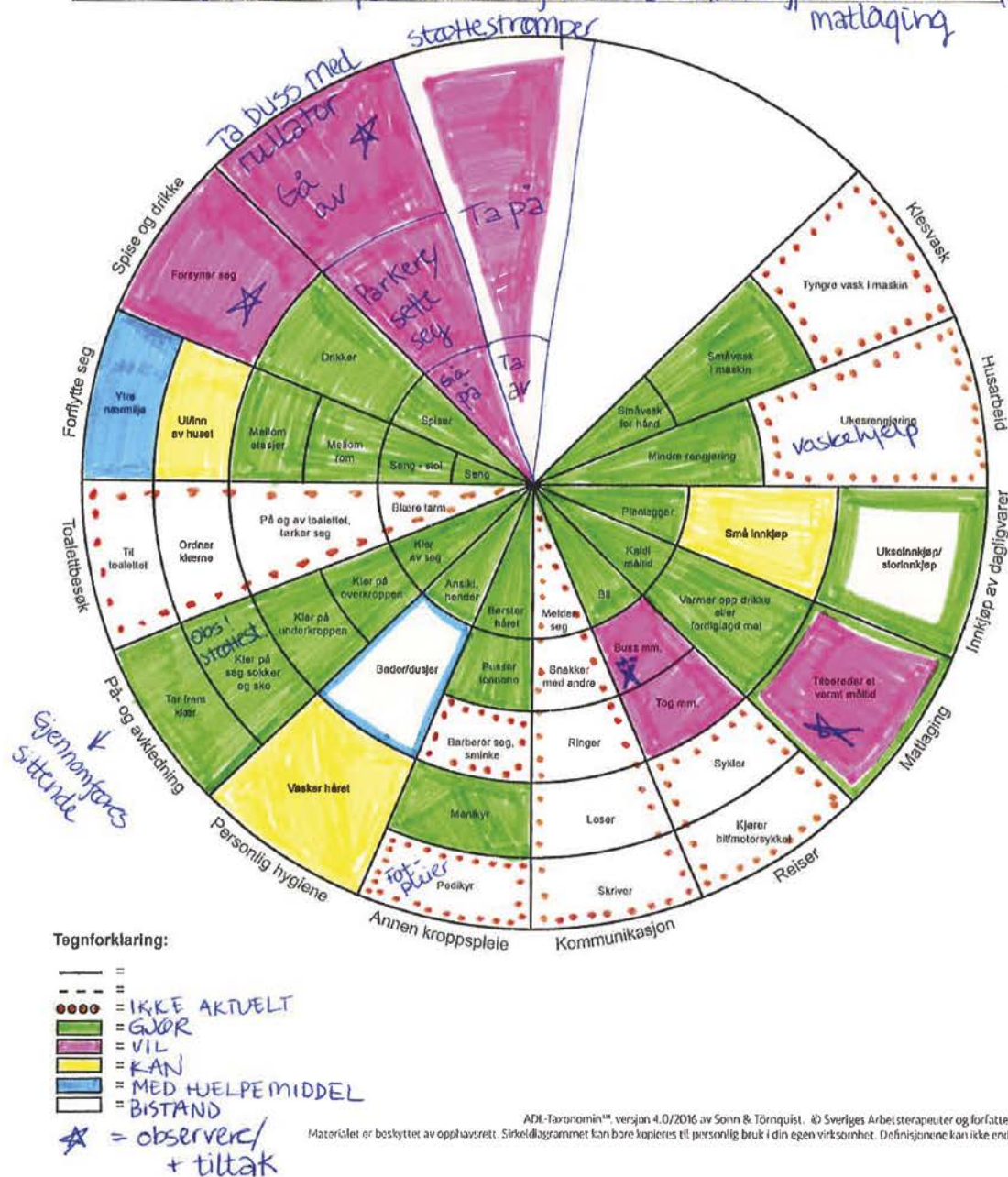
HVORDAN BLE ADL-TAXONOMI™ UTVIKLET, OG HVILKE BRUKSOMRÅDER HAR DEN?

Utviklingen av ADL-Taxonomi™ er gjort over tid av Kristina Törnquist og Ulla Sonn (Törnquist & Sonn 2018). I løpet av utviklingen er den blitt prøvd ut av ergoterapeuter i ulike kliniske virksomheter, med ulike brukergrupper og diagnoser. ADL-Taxonomi™ har derfor kommet ut i flere versjoner. Gjennom hele utviklingsarbeidet er ADL-Taxonomi™ blitt testet til å være pålitelig og at en kan stole på at den faktisk måler ADL (validitet) (Törnquist & Sonn 2018). Den norske oversettelsen er basert på siste svenske versjon, versjon 4 2016.

I manualen beskrives og refereres det til hvordan ergoterapeuter i klinisk arbeid har medvirket

med stikkord

Person: Ingrid Knudsen	Personnummer: 00 00 00
Adresse/avd.:	Telefonnr.:
Utreddende person: Vigdis S. Gausemel	Dato for vurdering: 18.08.18
Behandlingsperiode: Henvist 10.07.18	Diagnose/funksj.neds.: Henvist hverdagsrehab
Vurderingsplass: Hjemme hos bruker	
Vurderingstype: <input checked="" type="checkbox"/> Intervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Egenvurdering	
Kommentar: Blir aktuelt med observasjon/aktivitetsanalyse av å ta buss med rullator. Trekkes ut som egen aktivitet på sirkeldiagrammet. Samme gjelder støttestrømper og matlaging	



Figur 3 viser sirkeldiagrammet.

i flere prosjekt for å utvikle ADL-Taxonomi™. Den har vist seg å være et praktisk verktøy for ergoterapeuter i klinisk arbeid (Törnquist & Sonn 2018). I denne prosessen har ADL-Taxonomi™ blitt videreutviklet og tilpasset flere brukergrupper. For eksempel er det en egen barneversjon og en for personer med synsnedsettelse. Det er viktig å legge merke til at det også er en egen versjon for personer med psykisk funksjonsnedsettelse. Nylig ble det publisert en artikkel som viser at ADL-Taxonomi™ egner seg godt for denne målgruppen (Holmquist & Holmefur 2018).

I tillegg er ADL-Taxonomi™ tatt i bruk i forskjellige forskningsprosjekt for å dokumentere endring av aktivitetsevne hos pasienter og effekt av ergoterapi, for eksempel i Sirrka og Bränholms (2003) prosjekt hvor de undersøkte ADL-evnen ved utskrivelse fra sykehus og tre-fire måneder etter utskrivelse for pasienter med hoftebrudd. Det har også vist seg at ADL-Taxonomi™ kan anvendes for å måle effekt av tiltak i ergoterapi innen kommunehelsetjenesten (Zingmark, 2015) og effekt av ergoterapi i rehabilitering/hverdagsrehabilitering (Winkel, Langeberg & Wæhrens, 2014).

ADL-Taxonomi™ er altså egnet for bruk innen mange fagområder og fagfelt i ergoterapi. Av den grunn er det viktig at det kommer en autorisert oversettelse i Norge. Målet med prosjektet ble derfor todelt: å oversette og å prøve ut ADL-Taxonomi™ på norske forhold.

FREMGANGSMÅTE OG GJENNOMFØRING AV PROSJEKTET

A Metode for og gjennomføring av oversettelsen

I oversettelsen fra svensk til norsk valgte vi å følge stegene i Beaton, Bombardier, Guillemin, Ferraz (2000) «Guidelines for the process of Cross-Cultural adaption of self-report measures» (2000), som anbefaler følgende prosedyre for en slik oversettelse:

- 1 oversettelse av kompetent oversetter
- 2 diskusjon av oversettelsen i ekspertgruppe (sammenfallende med prosjektgruppen og forfatterne av artikkelen)
- 3 tilbakeoversettelse av begrep det ikke er konsensus om, og diskusjon med forfatterne der det er ulike forståelse
- 4 pretesting av første versjon (n=30-40 ifølge Beaton et al.)
- 5 Erfaringer diskuteres med ekspertgruppen, eventuelle uenigheter skal tas opp med forfatterne.
6. endelig versjon på norsk

Høsten 2016 startet det formelle arbeidet med oversettelse og bearbeiding til norsk. Fordi den praktiske utprøvingen av ADL-Taxonomien™ skulle gjøres av ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten, ble det søkt om etisk godkjenning. Prosjektet er godkjent av REK-Midt og har prosjektnummer 2016/1889.

Gjennomføring av oversettelse

1. Oversettelse av kompetent firma: Etter en anbudsrunde ble et firma valgt ut, og manuset ble sendt til et profesjonelt oversettelsesfirma, som foretok den første oversettelsen. Etter fire uker fikk prosjektgruppen manuset tilbake. Deretter ble manus og endringer sendt mellom prosjektgruppen og firmaet fram til det forelå en ferdig manual med layout som var i overensstemmelse med avtale med det svenske forbundet for Arbetsterapeuter.
2. Diskusjon av oversettelsen i prosjektgruppe: Deltakerne i prosjektgruppen leste manus hver for seg og skrev merknader. Deretter ble merknadene gjennomgått og endringer utført. Den første gjennomgangen viste at noen svenske begrep ikke alltid fanget den norske betydningen av enkelte begrep. Et eksempel var «formåga», som var oversatt til «ferdighet» på norsk, noe vi mente ikke var i overensstemmelse med norsk fagterminologi. «Formåga» ble derfor oversatt til «evne». I noen sammenhenger ble også setningsoppbygging utfordrende, da den ble for omstendelig i norsk språkdrakt. Ulikheter i organisering av tjenester mellom Sverige og Norge, som som for eksempel mellom Forsekringskassan og NAV i Norge, er et annet eksempel på utfordringer som oppstod i oversettelsesprosessen. De to sistnevnte forholdene ble fornorsket i denne fasen, men de begrepene som ikke stemte med norsk fagterminologi og språkdrakt, ble diskutert videre i neste fase.
3. Tilbakeoversettelse av begrep det ikke er konsensus om, og diskusjon med forfatterne: Både forhold vi i prosjektgruppen hadde ulik forståelse av, og begrep som etter vår mening var oversatt feil eller ikke fungerte i norsk språkdrakt, ble sendt tilbake til oversetter. I denne delen av arbeidet gikk manus mellom prosjektgruppen og oversetter til vi hadde en felles forståelse av hva som skulle stå. Dette innebar at vi foretok en tilbakeoversettelse av begrep som det ikke var konsensus om. Selv om Beaton et al. (2000) anbefaler å diskutere slike begrep med origi-

nalforfatterne, valgte vi å vente med å involvere Törnquist og Sonn til ADL-Taxonomin™ var prøvd ut blant ergoterapeuter (fase 4).

- 4 Pretest av første versjon: Beaton et al. (2000) anbefaler at første versjon utprøves av 30-40 personer. I vårt prosjekt skulle ti ergoterapeuter som arbeider med voksne og eldre i Trondheim kommune, prøve ut den norske versjonen på cirka ti brukere hver i løpet av en periode på fire måneder (oktober 2017 – januar 2018). Hensikten med denne utprøvingen var å kvalitetssikre at begrepene ble forstått av både ergoterapeuter og brukere. Det ble utarbeidet et notatark som ergoterapeutene kunne anvende for å gi tilbakemelding på begreper og ord som de erfarte ikke var egnet. Ergoterapeutenes erfaringer med å anvende ADL-Taxonomin™ i praksis er beskrevet senere i artikkelen (Framgangsmåte ved utprøving blant ergoterapeuter i brukerarbeid).
- 5 Erfaringer knyttet til oversettelsen ble diskutert med ergoterapeuter og prosjektgruppe: Etter åtte uker ble det arrangert et oppsummeringsmøte hvor hensikten var å få ergoterapeutenes erfaringer både med selve oversettelsen og begreper. Hver side i prøveversjonen ble gjennomgått muntlig i plenum, og kommentarer ble skrevet ned. I tillegg ble notatarkene samlet inn. Det viste seg at det var få kommentarer til oversettelsen av sentrale begreper. Ergoterapeutene erfarte at begrep og ord fungerte både for dem selv og i møte med bruker. Det var likevel ønskelig med ytterligere «fornorsking», for eksempel ved at setninger skulle forkortes og gjøres mer aktive.
- 6 Avklaring med forfatterne og endelig versjon: Som sagt innledningsvis er rettighetshaverne til ADL-Taxonomin™ det svenske Arbetsterapeutförbundet på vegne av forfatterne Kristina Törnquist og Ulla Sonn. Forslag til endring av språklig art ble sendt til forfatterne for godkjenning. Gjennom utprøvingen erfarte ergoterapeutene at skjemaer utarbeidet for andre målgrupper enn «voksne/eldre» besto av flere spørsmål/items med tydeligere definisjoner av noen aktiviteter. Et eksempel på dette var definisjonen på stell av negler i versjonen for barn. Et annet eksempel var beskrivelsen av bruk av PC/nettbrett for personer med psykiske funksjonsnedsettelse. Det var derfor ønskelig å gjøre endringer på dette i den norske versjonen, men det ble det ikke gitt tillatelse til. Da den endelige versjonen var klar, ble den sendt til Kristina Törnquist og Ulla Sonn for godkjenning, og noe

korrigering ble gjort. Den norske oversettelsen ble klar juni 2018.

B. Framgangsmåte ved utprøving blant ergoterapeuter i brukerarbeid

Utgangspunktet var, som nevnt over, at ti ergoterapeuter skulle prøve ut ADL-Taxonomin™ med ti brukere hver. Det var ønskelig at ergoterapeutene skulle arbeide på ulike steder i kommunen. Det var planlagt to møter med ergoterapeutene i denne fasen, ett kombinert opplærings-/informasjonsmøte og ett evalueringsmøte. Til sammen deltok åtte ergoterapeuter. De arbeidet i helsehus, dagrehabilitering, rehabiliteringsteam, som ergoterapeut i hjemmetjenesten og som kommunal ergoterapeut. ADL-Taxonomin™ ble til slutt prøvd ut med 59 voksne/eldre.

Informasjonsmøte

De som ønsket å delta, ble invitert til et halvdags informasjons- og opplæringsmøte. Som forberedelse til informasjonsmøtet hadde andre- og tredjeforfatter benyttet utprøvingsversjonen av ADL-Taxonomin™ i møte med flere brukere. Det ble presisert at selv om det var et forskningsprosjekt, skulle utprøvingen gjennomføres som et vanlig kartleggingsbesøk hos bruker. For utprøvingens skyld var det relevant å anvende ADL-Taxonomin™ både i forhold til nye og «gamle» brukere. Siden prosjektet var innmeldt til medisinsk etisk komite, ble skjema for informert samtykke fylt ut av ergoterapeuter og brukere.

Til støtte for ergoterapeutenes vurdering av ADL-Taxonomins™ egnethet ble det som nevnt utarbeidet et enkelt noteringsark med spørsmål knyttet til oversettelse og begrep. Her ble også forhold knyttet til praktisk utprøving gjennom spørsmål som «Opplever du at brukerens behov blir ivare tatt når du anvender ADL-taxonomin™?», «Opplever du ADL-Taxonomin™ som nyttig i forhold til å finne relevante mål og tiltak med bruker?», «Opplever du ADL-Taxonomin™ som et egnet verktøy til bruk i din arbeidshverdag?» og «Vil du bruke ADL-Taxonomin™ senere?»

På oppsummeringsmøtet ble først selve oversettelsen diskutert som beskrevet tidligere. Det ble videre gjennomført en gruppediskusjon i plenum med utgangspunkt i noteringsarket. Førsteforfatter ledet diskusjonen, mens andre- og tredjeforfatter skrev notater under diskusjonen. Det ble gjennomført en komparativ analyse av notatene fra gruppediskusjonen og de utfylte notatarkene. Det viste seg at det

var seks forhold som ergoterapeutenes trakk fram som erfaringer knyttet til praktisk bruk av ADL-taxonomi™.

RESULTAT

Bidrar til mer systematikk i arbeidet med brukerne

Ergoterapeutene opplevde at ADL-Taxonomi™ var godt egnet til bruk ved førstegangssamtaler. De oppga at ADL-Taxonomi™ stort sett kartlegger de samme aktivitetene som de vanligvis etterspør i møtet med brukerne. Likevel var det flere av ergoterapeutene som fremhevet at de fikk mer systematikk i kartleggingen når de benyttet ADL-Taxonomi™. Taxonomi viste seg å være hensiktsmessig i møte med brukere de har arbeidet med over lengre tid.

Graden av detaljering i ADL-Taxonomi™ ble diskutert. På den ene siden erfarte ergoterapeutene at ADL-Taxonomi™ kunne være for detaljert. På den andre siden avdekket disse detaljene utfordringer eller ressurser de ikke hadde vært oppmerksomme på tidligere. Et eksempel var «stell av negler». Ved å stille spørsmål om stell av negler fant en ergoterapeut ut at brukeren ikke klarte å gå på grunn av manglende stell av neglene på føttene. Andre erfarte at spørsmålet om stell av negler ga informasjon om at mange eldre kvinner ordnet dette ved hjelp av «fotdame». Ergoterapeutene oppga videre at de ble mer bevisste og systematiske på hvor detaljert en aktivitet kan deles opp og analyseres. Deres erfaringer var at brukerne synes det var greit å få slike detaljerte spørsmål.

En annen interessant erfaring var at ergoterapeutene mente at systematikken i ADL-Taxonomi™ bidro til at de også oppdaget ressurser hos brukerne. Det gjaldt også for brukere de kjente fra tidligere. Dette var særlig tydelig i samarbeidsprosessen med brukerne i utfylling av sirkeldiagrammet. Sirkeldiagrammet visualiserer brukernes ressurser og bidro til å bevisstgjøre både bruker og ergoterapeut om at brukerne mestret flere aktiviteter enn de selv trodde. Denne bevisstgjøringen åpnet for samtaler om både prioritering, mestringsfølelse og målsetting. Dette ble spesielt tydelig i samarbeid med brukere som sa «æ får itj te nån ting». Å synliggjøre ressurser med koding bidro også til at fokuset i samtalen med bruker ble rettet mot brukerens motivasjon for deltakelse i flere aktiviteter.

Utfylling av sirkeldiagram gir et godt bilde av aktivitetsevne og muligheter

Som vist over ga de detaljerte spørsmålene om ADL med alle delaktiviteter et godt utgangspunkt for å kartlegge deltakelse i ADL og samarbeid med brukerne. Dette ga rom for refleksjon med brukerne og bidro til å få fram ytterligere detaljer om brukers aktivitetsevne. Rubrikkene *kan/gjør* viste seg også å være interessante kategorier i samtale med bruker og bidro til ytterligere informasjon. Det ga mulighet til samtale med bruker om forhold som om vedkommende gjør en aktivitet, men med mer tid eller dårligere kvalitet enn tidligere, eller med endret standard ved utførelse. Et eksempel var en bruker som ikke mestret å fiske laks på den vanlige måten, noe som resulterte i at han sluttet å fiske laks. Aktiviteten var ikke lenger interessant for ham. Det ble også beskrevet eksempler på det motsatte. Når brukerne fylte ut sirkeldiagrammet, ble også aktiviteter de ikke utførte, men som de ønsket å gjøre/mestre, tydelig for bruker. Noen aktiviteter ble ikke utført fordi de ikke var aktuelle eller ikke lenger interessante for bruker. Andre aktiviteter som brukerne ønsket å gjøre, ble ikke utført på grunn av begrensninger i omgivelsene, for eksempel å gå på butikken eller stryke bluser. Når denne type endringer ble synliggjort i kartleggingen, ga det indikasjoner om hvilke aktiviteter det var relevant å prioritere og sette inn tiltak i forhold til, og det åpnet for å diskutere samarbeid, mål og motivasjon med brukerne.

Aktivitetene og delaktivitetene kan som nevnt markeres med ulike koder i sirkeldiagrammet. For eksempel kan aktiviteter som utføres med besvær eller endret standard, kodes i en egen farge. Slike «gråsoner» kan med det fremtre svært tydelig for bruker og terapeut. Aktiviteter som ikke er aktuelle, skal en la være å sette inn i sirkelen. Det er også mulig å legge til relevante aktiviteter som for eksempel å kjøre rullestol til butikken, mestre selvstendig bruk av medisindosett eller fritidsaktiviteter. Dette er aktiviteter som i mange tilfeller ikke blir tydeliggjort ved ordinær ADL-kartlegging. Det kan ta litt tid å fylle ut skjemaet, særlig dersom ergoterapeuten ikke er kjent med verktøyet og det samtidig skal tilpasses roller, vaner og individuelle aktiviteter for bruker.

Egenkartlegging og brukernes erfaringer

Fram til nå er det beskrevet hvordan ADL-Taxonomi™ kan anvendes ved intervju, alternativt ved observasjon i aktivitet. Men ADL-Taxonomi™ er utviklet slik at den også kan brukes som selvrapportering der bruker fyller ut skjemaet selv. For å

få erfaringer med dette hadde ergoterapeutene forsøkt ulike fremgangsmåter. En måte å gjøre dette på var å be brukere fylle ut ADL-Taxonomin™ alene eller sammen med en pårørende, for så å gjennomgå skjemaet med ergoterapeuten ved neste avtale. Selvrappotering fungerte greit for brukerne som prøvde ut den metoden. De forstod skjemaet og logikken med aktiviteter/delaktiviteter. Ergoterapeutene erfarte at en forutsetning for egenvurdering var at de gikk gjennom både skjemaet og sirkeldiagrammet sammen med bruker etterpå. Ved gjennomgang av det ferdig utfylte skjemaet ble det gjerne en spesielt god samtale, fordi terapeut og bruker fylte ut sirkeldiagrammet sammen.

Som nevnt tidligere, når ADL-Taxonomin™ ble benyttet med intervju, viste det seg at få brukere hadde kommentert alle detaljene. De syntes det var greit, selv om noen spurte: «Koffer spør du om alt dette?» En del av brukerne ønsket å prøve ADL-Taxonomin™ fordi det var interessant å bli med på prosjekt.

ADL-Taxonomin™ i kombinasjon med andre kartleggingsverktøy

Det viste seg at ergoterapeutene hadde benyttet ADL-Taxonomin™ sammen med/eller i tillegg til andre kartleggingsverktøy. Noen hadde forsøkt å anvende ADL-Taxonomin™ først, og fortsatte kartleggingen med bruk av Canadian Occupational Performance Measure (COPM), mens andre hadde gjort det motsatt ved å starte med COPM. I kommunehelsetjenesten generelt, både i hverdagsrehabilitering og blant ergoterapeuter, har anvendelsen av COPM økt. Deltakerne har erfart hvordan man kan kombinere bruken av disse kartleggingsverktøyene, og oppga at de utfylte hverandre. COPM ble av og til beskrevet som noe «diffus». Bakgrunnen for det ligger i at selv om ergoterapeuten vet hva bruker ønsker å prioritere, så vet en ikke alltid hvor «skoen trykker». Personer med samme prioriteringer kan ha ulike ADL-utfordringer i hverdagen, og ADL-Taxonomin™ kan synliggjøre hva den enkelte strever med eller mestrer. I diskusjonen med ergoterapeutene kom det fram at selv om de brukte verktøyene i ulik rekkefølge, ga kombinasjonen av verktøyene et mer sammensatt bilde av brukerens situasjon. En ergoterapeut uttalte: «Det blir som en trakt, vi starter med dette overordnede: Hva er viktig for deg? Så COPM og deretter mer avgrenset knyttet til ADL og aktivitetsanalyse for den personen. Til slutt, for dem hvor det er nødvendig, kan en

så gjøre mer spesifikke undersøkelser av funksjon, for eksempel kognisjon.»

ADL-Taxonomin™ i samarbeid med andre faggrupper

En annen erfaring var at informasjonen som de fikk gjennom ADL-Taxonomin™, var god å ha med inn i tverrfaglig samarbeid. Et forhold som ble trukket fram, var at verktøyet bidro til større bevissthet om aktivitetsevne hos både bruker og terapeut. Denne kunnskapen viste seg å være hensiktsmessig i samarbeid med andre. Et eksempel som ble fortalt, var fra et rehabiliteringssenter hvor en pasient var vurdert som utskrivningsklar. Etter en systematisk kartlegging med ADL-Taxonomin™ ble det synliggjort hvor personen hadde utfordringer. Videre ble nye mål og tiltak satt, fordi det måtte trenes før utskrivning. I tillegg medførte kartleggingen en mer konkret rapport til ergoterapeut i kommunen, som skulle følge opp bruker i hjemmet. En annen erfaring var knyttet til emnet «stell av negler», der ergoterapeuten oppdaget at bruker hadde dårlige negler. Hun rapporterte videre til sykepleier, som fulgte opp.

Hva savner ergoterapeutene?

ADL-Taxonomin™ er knyttet til P-ADL og I-ADL som inngår i dagliglivet for de aller fleste. Det betyr at sosiale aktiviteter og fritidsaktiviteter ikke inngår i skjemaet. Men som tidligere nevnt er de ivare tatt med åpne felt i sirkeldiagrammet som gir mulighet til å fylle inn og kartlegge aktiviteter som er spesielle for den enkelte.

En diskusjon som kom opp i gruppa, var behov for å kartlegge kognitiv funksjon, men her er det viktig å være bevisst på at det ikke er funksjon som kartlegges, men hva den enkelte faktisk gjør/ikke gjør – aktivitetsevne. Funksjonsvurdering av hvorfor vedkommende kan/ikke kan på grunn av kognitiv funksjon, kartlegges ikke. Men bruk av ADL-Taxonomin™ kan gi informasjon som indikerer behov for vurdering av kognitiv funksjon.

OPPSUMMERT

En ergoterapeut sa om ADL-Taxonomin™: «Det er et arbeidsredskap med god systematikk som fanger opp hvordan vi bør arbeide som ergoterapeuter». En begrunnelse for prosjektet var behovet for et ADL-verktøy som kunne anvendes til å dokumentere endring hos en bruker og effekt av ergoterapeutiske tiltak. Gjennom utprøving viste det seg at ADL-Taxonomin™ egnet seg til å se framgang og

endring av ADL-funksjon, men også erfartes som et egnet verktøy i samtale med bruker. Det var enighet om at verktøyet er aktivitetsbasert. Det ble fremhevet som svært positivt at ADL-Taxonomin™ er delt opp i delaktiviteter som synliggjør vanskelighetsgraden ved aktivitetene. På den måten opplevdes ADL-Taxonomin™ som et verktøy som kan være nyttig både for nyutdannede og for ergoterapeuter med lang erfaring. Ergoterapeutene var positive til å anvende ADL-Taxonomin™ videre ved kartlegging og evaluering og omtalte verktøyet som logisk og ryddig. En av ergoterapeutene sa: «Av alle skjema man er blitt utsatt for gjennom årene, er dette det mest intuitive. Det fanger opp hvordan jeg jobber som ergoterapeut».

DISKUSJON

Er den norske oversettelsen pålitelig og gyldig?

Testversjonen ble i stor grad forstått og anerkjent av ergoterapeutene som deltok i prosjektet. Ifølge ergoterapeutene gjaldt dette også for brukerne. Noe av grunnen kan være at prosjektet benyttet Beaton's et al. (2000) retningslinjer for kulturell oversettelse og profesjonelle oversettere. Dette innebar at oversettelsen ble gjennomgått og diskutert i flere omganger av prosjektgruppen, som i sin tur kan ha bidratt til at oversettelsen fungerte i norsk sammenheng. Et annet moment kan være at fagterminologien i Norge og Sverige er relativt lik. De kulturelle forholdene er omtrent de samme.

Selv om testing av validitet og pålitelighet ikke var en del av denne studien, gir ergoterapeutenes erfaringer indikasjoner om at den norske oversettelsen av ADL-Taxonomin™ har høy «face validity». Det betyr at ADL-Taxonomin™ ser ut til å fange opp og måle det konseptet den er ment å fange/måle, nemlig aktivitetsevne. Den svenske og den danske versjonen er testet til å være gyldige og pålitelige (Melin, 1992, Hallberg & Pettersson, 2000, Wæhrens, 2010). Vi støtter oss til disse prosjektene når vi antar at den norske versjonen av ADL-Taxonomin™ er pålitelig i forhold til å dokumentere effekt i en norsk kontekst.

ADL-Taxonomin™ fanger hvordan vi arbeider

Det var på den ene side overraskende at deltakerne var så fornøyde med å kunne bruke ADL-Taxonomin™. Mange av terapeutene i dette prosjektet hadde lang erfaring og hadde anvendt flere kartleggingsinstrument i sin yrkeskarriere. ADL-Taxonomin™ er utviklet gjennom en prosess der ergoterapeuter i

praksisfeltet i stor grad har deltatt. Verktøyet fanger dermed helt konkret hvordan en ergoterapeut kan arbeide i sin kliniske hverdag. Dette er i tråd med funn i dette prosjektet, der også disse ergoterapeutene oppgir at verktøyet er et positivt bidrag til deres arbeidshverdag. De oppga i tillegg at ADL-Taxonomin™ er et verktøy som stimulerte til mer systematisk kartlegging av hvordan brukerne mestrer de ulike delaktivitetene i ADL. Det skapte engasjement blant ergoterapeutene, da de beskrev ADL-Taxonomin™ som et aktivitetsfokustert verktøy som synliggjør ergoterapi – som viser hva vi faktisk gjør. Den positive omtalen kan også ha sammenheng med at det var motiverte terapeuter som deltok. Men siden de arbeidet på ulike steder og med forskjellig yrkeserfaring, kan en likevel anta at ADL-Taxonomin™ vil være et nyttig arbeidsredskap innen ulike praksis og fagområder i ergoterapi. Verktøyet er svært brukersentrert, fordi brukerens perspektiv tydelig trer fram ved utfylling av skjemaene. ADL-Taxonomin™ er også fleksibel, fordi den kan tilpasses til den enkelte bruker.

ADL-Taxonomin™ for å dokumentere effekt av ergoterapi

Som beskrevet innledningsvis var noe av bakgrunnen for prosjektet å utforske om ADL-Taxonomin™ kunne anvendes for å dokumentere effekt av ergoterapi, for eksempel innen tidlig innsats med ergoterapi. Dokumentasjon er blitt fremhevet som viktig i helsetjenesten, noe som har vært særlig aktuelt innen rehabilitering og hverdagsrehabilitering, men som også gjelder for ergoterapeuter innen andre fagområder. Funn i dette prosjektet tyder på at den norske versjonen av ADL-Taxonomin™ kan være egnet til å kartlegge og fange opp endringer av aktivitetsevne. Både Zingmarks (2015) og Winkel et al. (2014) prosjekter i kommunehelsetjenesten i henholdsvis Sverige og Danmark viser at ADL-Taxonomin™ er hensiktsmessig for å dokumentere effekt. Samtidig er det betimelig å problematisere hvorvidt en i klinisk virksomhet skal bruke tid på dokumentasjon som kan «ta tid fra brukerarbeidet». Fordelen med ADL-Taxonomin™ er imidlertid at den er hensiktsmessig å bruke i det daglige arbeidet. Ergoterapeutene erfarte at Taxonomin medførte at de både jobbet mer systematisk med brukerne og fanget deres «vanlige arbeidsmåte». Dersom dette stemmer, kan en si at ADL-Taxonomin™ kan være et godt kartleggingsverktøy som gir struktur i arbeidet med brukerne.

Brukermedvirkning og egenvurdering

I den norske konteksten legges det vekt på pasientens helsetjeneste. Det kan innebære at en bør diskutere hvorvidt det er pasient/bruker som har mest kunnskap om dagliglivet sitt og sin evne til å utføre daglige gjøremål. Derfor er det viktig at også kartleggings- og evalueringsverktøy kan anvendes av brukerne. Erfaringer fra dette prosjektet var at brukerne kunne fylle ut selve kartleggingsskjemaet på egen hånd, men det viste seg å være hensiktsmessig å fylle ut sirkeldiagrammet sammen med ergoterapeuten.

Wæhrens (2014) fant at det var ulikheter mellom personalets og brukernes vurderinger ved bruk av ADL-Taxonomi™. For å få innhente best mulig informasjon om brukernes aktivitetsevne, er det sannsynligvis nødvendig å utføre begge deler. Dette er ikke alltid mulig tidsmessig i en hektisk klinisk hverdag, og er kanskje mest relevant i forsknings-sammenheng. Wæhrens (2014) fremhever at det særlig for personer med kognitiv svikt vil være utfordrende å gi god nok informasjon om ADL-evne med egenrapportering. Wæhrens (2014) mener at et argument for at bruker selv fyller ut skjemaene, er at ergoterapeuter kan være for diagnosepåvirket og kan bli for opptatt av funksjonsnedsettelse. Dette viste seg også i vårt prosjekt, hvor flere av deltakerne etterlyste at de ikke kunne vurdere funksjonsnedsettelse – at det var særlig kognitiv funksjon som var savnet. Som ergoterapeutene i vår studie foreslår Wæhrens (2014) at det kan være en fin måte å få brukerne til å tenke gjennom hverdagen sin om de fyller ut skjemaet på forhånd, for så å reflektere og diskutere det med ergoterapeuten.

Nettversjon

Sveriges Arbetsterapeuter og Ulla Sonn og Kristina Törnquist samarbeidet med et datafirma for å utvikle en webversjon av ADL-Taxonomi™, som innebærer at en kan registrere brukerens resultat, sammenligne skåring og se utvikling over tid, samt knytte disse dataene opp mot lokale registre. Men å bruke dette i norsk kontekst med andre webplattformer ligger nok et stykke fram, så dataene må nok fortsatt registreres manuelt.

- tion of self-report measures. *SPINE*. 25 (24) 3186-3191.
- Hallberg, B-M & Petterson, L. (2000) ADL-Taxonomi mellombedömarreliabilitet. Reliabilitetsprövning på video-inspelat material. C-uppsats i arbetsterapi. Institutionen för Vårdvetenskap och Omsorg. Örebro Universitet.
- Holmquist, K.L. & Holmefur M. (2018) The ADL-Taxonomy for persons with mental disorders – adaptation and evaluation. *Scandinavian Journal for Occupational Therapy*. Online. DOI: 10.1080/11038128.2018.1469667
- Meld. St. 29 (2012-2013) Morgendagens omsorg. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet. En kvalitetsreform for eldre. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Melin, I. (1992) ADL-taxonomin och ADL-cirkeln's tillförlitlighet och användbarhet för bedömning av strokepatienters ADL-förmåga. C-uppsats i arbetsterapi, Institutionen för Omvårdningsforskning. Hälsouniversitetet i Linköping.
- Sirkka, M. & Bränholm, I-B. (2003) Consequences of a hip fracture in activity performance and life satisfaction in an elderly Swedish clientele. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 10 (1) 34-39 DOI:10.1080/11038120310004501
- St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Taylor, R.R: (2017) Kielhofner's Model of Human Occupation. Philadelphia. Wolters Kluwer
- Townsend E. A. & Polatajko, H.J. (2007) Enabling Occupation II. Advancing and occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation. Ottawa. Canadian Association of Occupational Therapists.
- Törnquist, K. & Sonn, U. (2018) ADL-Taxonomi™, en vurdering av aktivitetsevne. Oslo: Ergoterapeutene.
- Winkel, A., Langberg, H. & Wæhrens, E.E. (2015) Reablement in a community setting. *Disability & Rehabilitation*. 37 (15) 1347-52 DOI: 10.310/09638288.2014.963707
- Wæhrens, E. E. (2010) Measuring Quality of Occupational Performance Based on Self-report and Observation. Ph.D. Department of Community Medicine and Rehabilitation, Occupational Therapy, Umeå University
- Zingmark, M. (2015) Occupation-focused and occupation-based interventions for community-dwelling older people. Ph.D. Department of Community Medicine and Rehabilitation, Occupational Therapy, Umeå University.

Litteratur

Beaton, D.E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M.B, (2000) Guidelines for the process of cross-cultural adapta-



Skyv mindre – opplev mer

Mange brukere av manuelle rullestoler opplever smerter i skuldrene. SmartDrive vil redusere slitasjen på skuldrene som forårsakes av langvarige repeterende bevegelser.

permobil.no



SmartDrive MX2+

permobil

Hjernens funksjoner og strukturer

Av Else Merete Thyness



NAVN:

Anne-Marthe Sanders

STILLING:

Fagsjef i ergoterapi ved Sunnås Sykehus og stipendiat ved UiO, Psykologisk Institutt/Sunnaas sykehus

– Hvem er Anne-Marthe Sanders?

– Jeg er en person som trives med å ha mange baller i luften, og som helt klart er mest effektiv dersom det er litt som foregår. Jeg har jobbet en del år inn mot rehabilitering av personer med ervervede hjerneskader, men har de siste par årene hatt permisjon fra dette for å være med i et par prosjekter rettet mot aldring og helse.

Det ene er et EU-finansiert prosjekt som har fokusert på å utvikle teknologiske løsninger for å bidra til at eldre holder seg så selvstendige som mulig så lenge som mulig. Prosjektet har vært en veldig lærerik prosess med samarbeid både på tvers av landegrensene og på tvers av disipliner. I tillegg er jeg stipendiat innen nevrovitenskap. Mitt mål som fag-

person ved Sunnaas er å fremme evidensbasert rehabilitering etter skade i sentralnervesystemet. I tillegg er jeg opptatt av kunnskapstranslasjon og hvordan vi sørger for at ny forskning kommer pasienter og brukere til nytte så raskt som mulig. Jeg har store forhåpninger om at nye teknologiske løsninger skal hjelpe oss i dette arbeidet.

– Hva forsker du på?

– Som del av mitt doktorgradsarbeid deltar jeg i et større hjerneavbildningsprosjekt ved en forskningslab som heter NORMENT. Prosjektet har som mål å fremme ny kunnskap omkring hjernens funksjoner og strukturer knyttet til både friske personer og personer som har en hjerneskade som følge av hjerneslag. Vi er mange som samarbeider, og

mitt fokus er primært på sammenhengen mellom aktivitetsnivå, fysisk funksjon og hjernehelse hos friske eldre. Nå om dagen ser jeg på en «sumskår» for hjernehelse som vi kaller «hjernealder», og om blant annet aktivitetsnivå har noe sammenheng med denne sumskåren. Jeg holder fremdeles på med å gjøre analyser og skrive artikkelen, så jeg har ingen hovedfunn riktig ennå.

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

– For å få oversikt over enkeltfelt søker jeg først etter oversiktsartikler. Disse sammenstiller resultater fra flere studier og publikasjoner. Ved å lese slike artikler får jeg en oversikt over kunnskapsgrunnlaget, inkludert hva vi ikke vet så mye om



Anne-Marthe Sanders deltar i et prosjekt som skal fremme ny kunnskap omkring hjernens funksjoner og strukturer.

Illustrasjonsfoto: Colourbox

ennå. Jeg har lest mange gode oversiktsartikler, men skal jeg trekke fram én knyttet til rehabilitering, må det være en som justerte kursen for egen praksis. Publikasjonen til blant annet Keith Cicerone med flere fra 2011 med tittelen «Evidence-based cognitive rehabilitation: updated review of the literature from 2003 through 2008» inspirerte meg til å tenke mer strukturert om kognitiv rehabilitering og ga noen viktige holdepunkter for å gjennomføre kunnskapsbaserte intervensjoner rettet mot blant annet oppmerksomhetsvansker, hukommelsesvansker og eksekutive vansker for personer med ervervet hjerneskade. For min egen forskning opp mot hjerne- helse og aldring var oversiktsar- tikkelen til Cheryl Grady fra

2012 med tittelen «The cognitive neuroscience of aging» en fin inngang til å forsøke og forstå kompleksiteten og mengden med variabler som kan ha en sammenheng med aldring og hjerne- helse.

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

– Kunnskapstranslasjon er svært viktig nå, og at vi faktisk tar i bruk kunnskapen som blir og er produsert gjennom forskning til nytte for pasientene og brukerne våre. Dette anser jeg som et felles ansvar og noe vi er avhengige av samarbeid for å få til. Samtidig som det finnes mye nyttig kunnskap som vi skal benytte oss av, vil jeg alltid ønske velkommen forskning som ser på behand-

lingsmetodene våre. Vi trenger å vite at det vi gjør, er det beste for pasientene og brukerne våre, og at vi gjør det vi bør til rett tid. Jeg møter mange engasjerte og nysgjerrige ergoterapeuter som heldigvis ikke er redde for å prøve ut nye metoder for å hjelpe andre. Et eksempel er en del ergotera- peuters engasjement med å prøve ut ny teknologi som metode for å fremme pasienter og brukeres selvstendighet, deltakelse og livskvalitet. Teknologifeltet er et område hvor jeg tenker vi trenger en del forskning fremover for å få mer kunnskap om effekten av de ulike metodene som benyttes. Forskingen generelt går i retning av økt samarbeid og økt deling av innsamlet materiale, og det blir spennende å se hvordan det kan påvirke ergoterapiforskningen.

Prosjekt samhandling innen rehabiliteringsfeltet

Regionalt samarbeidsorgan for «Knutepunktkommunene» – Kristiansand og syv omkringliggende kommuner – og Sørlandet sykehus tok initiativ til å søke Sosial- og helsedirektoratet om samhandlingsmidler for å igangsette et prosjekt mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten. Prosjektet «Samhandling innen rehabiliteringsfeltet» startet opp i januar 2014 og hadde egne prosjektansvarlige fra henholdsvis Kristiansand kommune og Avdeling fra fysikalsk medisin og rehabilitering på Sørlandet sykehus.

Av Anne Kari Thomassen



Anne Kari Thomassen er avdelingssjef ved Avdeling for Fysikalsk medisin og rehabilitering på Sørlandet sykehus HF.

Målet var å få til god samhandling og gode pasientforløp for rehabiliteringspasientene.

Prosjektgruppen var sammensatt av brukere og ansatte i kommunene i Knutepunkt Sørlandet og Sørlandet sykehus. Mange aktører bidro med innspill i ulike faser av prosjektet, blant annet arbeidsgrupper på sykehuset hvor alle lokalisasjoner ble involvert, arbeidsgrupper i kommunene og ikke minst gjennomføring av workshop og fagdag innen rehabilitering med god deltakelse fra hele Agderregionen. Her kom det opp mange gode innspill. Rapporten med tilhørende implementeringsplan var på høring i både kommunene og SSHF våren 2015.

IDENTIFISERTE FLASKEHALSER

Prosjektet identifiserte «flaskehalser» og ga flere anbefalinger, konkretisert i en rapport med implementeringsplan.

Flaskehalser som ble identifisert internt ved Sørlandet sykehus HF, var blant annet kapasitet, akuttavdelingens vurdering av rehabiliteringsbehov, ufullstendig

kartlegging, kort liggetid, uklare inntakskriterier/praksis i Avdeling fra fysikalsk medisin og rehabilitering, og koordinatorrollen.

Flaskehalser som ble identifisert i overgangen mellom Sørlandet sykehus og «Knutepunktkommunene», var blant annet manglende oversikt, tillit mellom nivåene, kort liggetid, ulikt fokus, ulik vurdering av rehabiliteringsbehov, ulike kartleggingsverktøy og koordinering.

Flaskehalser internt i kommunene var blant annet kartleggingskompetanse og -rutiner, vedtaksprosess, Individuell Plan-verktøy, mange aktører, korte frister, manglende epikrise, multimorbiditet, reinnleggelse, hjelpemidler, kompetanse, koordinator, tverrfaglig team, lite ergoterapiressurser og mangel på logoped.

Prosjektet oppsummerte arbeidet med konkrete anbefalinger innen kartlegging, kompetanse, oppfølging av særskilte grupper og forslag til nye tjenester, og at en viktig forutsetning for strategisk samhandling er:

- felles forståelse og gjensidig anerkjent kunnskapsgrunnlag

for å utvikle helhetlige helsetilbud til pasientene

- prioriteringsdiskusjoner som er fasilitert med tanke på å utvikle bærekraftige helsetjenester på tvers av forvaltningsnivå
- prosesser som legger til rette for trepartssamarbeid på systemnivå

FAGUTVALG

Parallelt med prosjektsøknaden om samhandlingsmidler ble det på initiativ fra Regionalt samarbeidsorgan også etablert et Fagutvalg for rehabilitering med representanter fra de syv «Knutepunktkommunene», brukerutvalg, USHT og Sørlandet sykehus. Fagutvalget var tverrfaglig sammensatt.

Fagutvalget skulle være et rådgivende organ for Regionalt samarbeidsutvalg innen rehabiliteringsområdet og tydeliggjøre hva som er kommunenes og spesialisthelsetjenestens ansvarsområder for rehabiliteringstjenester. Videre skulle det vurderes en modell for god samhandling og koordinering av tjenester innen rehabiliteringsfeltet, og det skulle gis anbefalinger knyttet til følgende områder:

- sammenheng mellom velferdsteknologi og rehabilitering
- habilitering i forhold til voksne
- rehabilitering innen rus og psykisk helse

Oppdraget skulle løses ut fra en kunnskapsbasert tilnærming.

Det ble utarbeidet en rapport fra dette arbeidet med følgende anbefalinger:

- Det anbefales at brukergrupper med kroniske sykdommer som hovedregel får primærrehabilitering i kommunehelsetjenesten.
- Brukergrupper med ervervede



Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Sørlandet sykehus, Kongsgård.

skader eller akutt oppståtte sykdommer får primærrehabilitering i spesialisthelsetjenesten.

- Det vil alltid være behov for samhandling innen rehabiliteringsområdet.
- Anbefalingene må gjennomgås i forbindelse med opptrapningsplan på rehabiliteringsfeltet som kommer i løpet av høsten 2016.

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Sørlandet sykehus har hele Agder, ikke bare Kristiansandsområdet, som opp-taksområde. Det ble derfor naturlig å etablere et fagutvalg for hele Agder knyttet opp til overordnet strategisk utvalg, OSS. Dette ble vedtatt etablert i juni 2017.

Arbeidet i Fagutvalget har hele tiden hatt tett tilknytning til fagrådet for rehabilitering i HSØ, da to av deltakerne også sitter i dette fagrådet.

AMBULERENDE REHABILITERINGSTJENESTE

Fagrådet for rehabilitering tilknyttet Regionalt helseforetak, RHF, besluttet å utarbeide faglige anbefalinger for oppfølging av bestillingen «Mer ambulante reha-

biliteringstjenester». Det ble ned-satt en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å utarbeide utkast til et dokument som skulle fremlegges for Fagråd for rehabilitering høsten 2017 for endelig drøfting og beslutning.

«Formålet med dokumentet er å gi anbefalinger til helseforetakene og regionalt helseforetak som et grunnlag for arbeidet med oppfølging av oppdragsdokument for 2017, samt arbeid med oppfølging av regional utviklingsplan Helse Sør-Øst».

Kunnskapsgrunnlaget for nytte/effekt av ambulant virksomhet ble gjennomgått, og samlet sett er det fortsatt begrenset dokumentasjon for å trekke sikre evidensbaserte konklusjoner. Ut fra dagens kunnskapsgrunnlag gir ambulante tverrfaglige tjenester trolig noe forbedret helse og livskvalitet og økt tilfredshet med behandlingen. Det er behov for mer kunnskap om effektene av ambulante rehabiliteringstjenester.

Arbeidsgruppa har levert rapporten og kommet med følgende anbefaling:

- Det er et politisk og faglig mål å øke ambulant virksomhet med intensjon om å sikre pasientene

nødvendige rehabiliteringstjenester, redusere liggetid og hindre reinnleggelser.

- Ambulante rehabiliteringstjenester kan bidra til sømløse overganger og hindrer svikt og brudd i overgangene mellom avdelinger i spesialisthelsetjenesten og mellom forvaltningsnivåene.
- Ambulante rehabiliteringstjenester kan bidra til å trygge pasientene og pårørende. De gir poliklinisk behandling og faglig veiledning, og på den måten bidrar de til at kommunene gir forsvarlige tjenester.
- Kommunene er ofte gode på rehabiliteringsprosesser, men mangler ofte fagkompetanse som sikrer tilstrekkelig tverrfaglig rehabilitering, og spisskompetanse på sjeldne og komplekse diagnoser og tilstander.

Opptappingsplanen skal bidra til at kommunene settes i stand til å ivareta rehabilitering til volumgrupper. Kommunen har plikt til å utrede rehabiliteringsbehovet til pasienten.

- Arbeidsgruppen ser for seg at institusjoner som har ansvar for en diagnosegruppe, også følger opp ambulant, da det er det regionale eller flerområdesykehuset som har spisskompetanse på diagnose/funksjonsutfall og utfordringer knyttet til disse på kort og lang sikt. Det kan tenkes en modell der rehabiliteringsavdeling/sykehus med regions- eller flerområdefunksjon har ambulante rehabiliteringstjenester i samarbeid med områdesykehus.
- Begge forvaltningsnivåer har allerede systemer som er

lovpålagt og som skal ivareta samhandling, som forvaltnings-tjeneste, koordinerende enhet og koordinator og kontaktlege. IP blir ofte brukt som verktøy for å sikre pasientene systematisk oppfølging i henhold til deres mål.

- Arbeidsgruppen anbefaler at Regionalt helseforetak ber Helse- og omsorgsdepartementet igangsette arbeid med å utrede en finansieringsordning som inneholder incentiver for utvikling av ambulante tjenester der det er hensiktsmessig.
- Arbeidsgruppen mener at forskning bør styrkes og i større grad kobles til utvikling av ambulante rehabiliteringstjenester i sykehusområdene for å sikre en kunnskapsbasert praksis basert på ønskede effekter.





Birgit Skarstein bruker varmhjelpemidler fra Minitech AS.

- Produsert i henhold til **direktivet for medisinsk utstyr**.
- Kan **tilpasses** etter brukerens behov.
- Leveres med markedets **letteste** batteripakke.
- Har innsydd varmetråd som gir **jevn varmefordeling**.
- Kan søkes om og dekkes via **NAV hjelpemiddelsentral**.

www.minitech.no | +47 625 77 800 | mail@minitech.no

Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.



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



Bamse Produkter

Ny hjemmeside!
www.bamseprodukter.no
Info@bamseprodukter.no
Tlf: 69300105

Forsikret



Ikke forsikret



Forsikret



Ikke forsikret



Forsikret



Ikke forsikret



1 av 2 barn i Norge har barneforsikring.

Er dine barn forsikret?

Ergoterapeutenes barneforsikring er en av de mest omfattende du kan få. Den dekker små og store skader, både ved sykdom, ulykke og uførhet. Det er viktig den dagen noe skjer!

Medlemspris **kun kr 1 778** per år.

Forsikringen leveres av Tryg.

Bestill i dag!



ergoterapeutene

Funksjonsattest for bolig

Vi ligger på verdenstoppen når det gjelder å pusse opp boliger, men er vi like bevisste på hvordan vi skal pusse opp slik at boligen blir funksjonell i alle livets faser?

Av Eli Nordvik og Solveig Dale



Solveig Dale er rådgiver for universell utforming og ergoterapispesialist i Trondheim kommune. E-post: solveig.dale@trondheim.kommune.no



Eli Nordvik er seniorrådgiver og ergoterapispesialist ved NAV hjelpemiddelsentral Trøndelag. E-post: eli.nordvik@nav.no

Det er utviklet et digitalt kartleggingsverktøy for å kartlegge boligens funksjonalitet. Bruk av kartleggingsverktøyet vil gi større bevissthet om mulige funksjonelle løsninger som kan utføres og prioriteres når du likevel skal pusse opp. Det å ta de rette grep samtidig med oppussing vil være hensiktsmessig for den enkelte, og vil samtidig gi en samfunnsøkonomisk gevinst. Du kan bruke funksjonsattesten for å kartlegge enebolig, to- og firemannsboliger, blokkleilighet med mer.

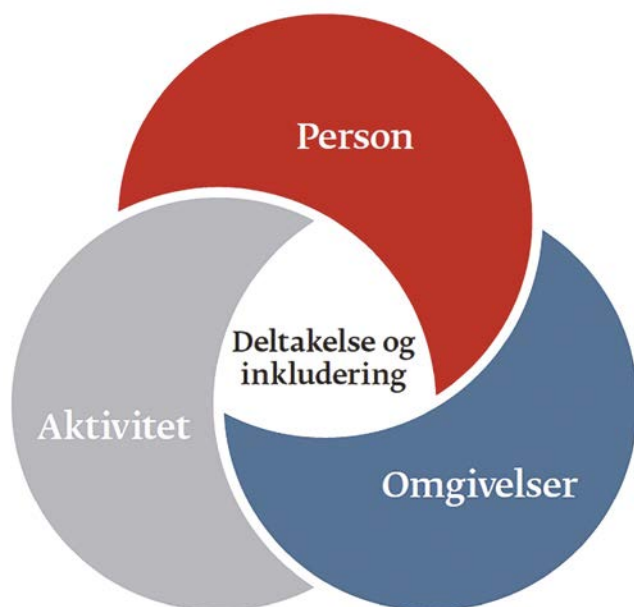
DET GODE LIV

Vi ønsker alle «det gode liv» der vi kan delta i samfunnet, være aktive og mestre vår egen hverdag. En funksjonell bolig er grunnleggende for i hvor stor grad dette er mulig. Å planlegge hvordan du kan gjøre boligen funksjonell allerede i dag, kan være en smart investering på flere måter. Å utbedre egen bolig med denne type kvaliteter vil være en god investering med tanke på boligens verdi og funksjonalitet for å mestre daglige aktiviteter.

DAGENS BOLIGER

De fleste boligene vi skal bo i i årene fremover, er allerede bygget. Samtidig vet vi at en stor andel av disse boligene ikke er utformet med hensyn til morgendagens utfordringer i samfunnet. Mange av oss bor i boliger som vil gi oss utfordringer i et livsløpsperspektiv når det gjelder å mestre hverdagsaktiviteter og være så selvstendige som mulig.

De aller fleste av oss tilrettelegger for de ulike livssituasjonene vi er i. Vi kjøper eller bygger større hus når familien øker, utvider og bygger på for å få det til å fungere i de ulike fasene i livet. Vi pusser opp for over 65 milliarder (BNL/Dagbladet 20150519). Samtidig kan det se ut til at mange av



«Ergoterapeuter bidrar til deltakelse og inkludering med sin kompetanse om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser.»

oss glemmer å ta høyde for god funksjonalitet og tilgjengelighet i egen bolig i oppussingsprosjektene. Dette handler om bevissthet og kunnskap.

DE NÆRE OMGIVELSER

Å kunne delta aktivt i samfunnet både i nærmiljø og i større avstand fra hjemmet fordrer tilgjengelighet også av utearealet. Hvor langt er det å gå til nærmeste friluftområde (park, Marka og lignende)? Hvor langt er det til nærmeste bussholdeplass, til nærmeste dagligvarebutikk og til nærmeste rekreasjonsområde og lekeplass? Finnes det benker i nærmiljøet? Er det mulig for alle å komme fram til de ulike aktivitetsarealene?

Vi opplever i vårt arbeid som ergoterapeuter hvor viktig utformingen av omgivelsene er som premiss for mestring av aktiviteter. Dersom omgivelsene i boligen og boligens nærmiljø er tilrettelagt slik at det er mulig å mestre daglige aktiviteter, vil dette ha stor innvirkning for folkehelsen.

FREMTIDSPROGNOSER

Prognosene tilsier at vi blir mange flere eldre i årene som kommer. Det foreligger flere offentlige utredninger, som blant annet Innovasjon i omsorg (NOU 2011), Morgendagens omsorg (Meld. St. 29 (2012–2013)) og Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014–2015)). Utredningene beskriver et utfordrende bilde for den enkelte kommune med tanke på å

imøtekomme behovet for tjenester innen helse og omsorg. Mange av tjenestene vil ytes i de private hjem, noe som fordrer funksjonelle boliger. Sykehjemmet som arena vil i stor grad bytte plass med arenaen det enkelte hjem.

I takt med økende antall eldre vil gode funksjonelle boliger med stor sannsynlighet bli en etterspurt vare i fremtiden. Hvordan kan vi pusse opp smart, ta høyde for fremtiden og få funksjonalitet inn i våre oppussingsprosjekt? Bruk av funksjonsattesten kan gi større bevissthet om hva som skal til for å gjøre boligen og de nære omgivelsene mer funksjonelle.

FUNKSJONSATTEST FOR BOLIG

Funksjonsattest for bolig, www.funksjonsattest.no, er et digitalt verktøy som er tilgjengelig på alle digitale plattformer. Kartlegging foregår ute i den enkelte bolig. Verktøyet er enkelt i bruk og gir gode tips i form av spørsmål og illustrasjoner. Funksjonsattesten er utformet med spørsmål knyttet til adkomst og til de ulike rommene i boligen. Verktøyet har også spørsmål knyttet til nærmiljøet utendørs.

I verktøyet registreres også type bolig med adresse og huseier. Det er mulig å anonymisere resultatet av egen kartlegging.

De ulike spørsmålene knyttet til kartlegging markeres med OK, Utgår (dersom spørsmålet er uaktuelt i det enkelte tilfellet) eller Avvik. Ved registrering av avvik er det mulig å skrive inn hva avviket består i, og ta bilde av avviket. Alle registrerte avvik med tilhørende bilde og tekst kan tas ut i et samlet dokument til slutt i funksjonsattesten. Dette er et godt underlag for eventuell utbedring av den enkelte bolig.

STATISTIKK

Resultatet av en systematisk kartlegging av boliger i et område kan tas ut i form av statistikk. Dette danner grunnlag for kunnskap om hvor utfordringene ligger med hensyn til eksisterende boligmasse og tilgjengelig boenhet, og kan danne grunnlag for kommuner med hensyn til behov for tiltak for å sikre målsettingen om å bo lengst mulig hjemme.

Alle data er sikret i henhold til lov.

NOEN BRUKSOMRÅDER

- Huseier selv, eventuelt med bistand fra det offentlige. Her kan ergoterapeuter være viktige bidragsyttere ved å bistå huseier i å kartlegge boligen.
- Redskap for ergoterapeuter i vurdering av eksis-

EKSEMPLER PÅ UTFYLT FUNKSJONSATTEST

FUNKSJONSATTEST FOR BOLIG
Befaringsrapport



Rapportdata

Utført av: Øyvind Seibæk
967654321

Befaringsdato: 07.02.2016

Elendomsopplysninger

Adresse: GÅSNESEN 76
1780 Halden

Husnr: 95735760

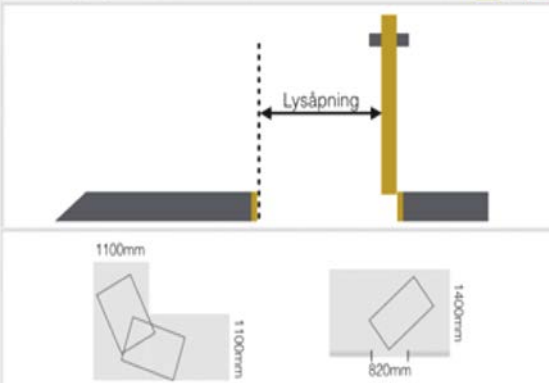
4. Entre

Les mer i TEK10, § 12-7 trykk på i-konet til høyre.

Vindfang:

A. Er det minimum 0,3m passasjerbredde gjennom vindfang/entre? ☐ Ja ☒ Nei

B. Har innender fri lysåpning minimum 0,78 m? ☐ Ja ☒ Nei



Blide #1: Ingen fri valg... ☐ Ja ☒ Nei

Blide #2: Ingen fri valg... ☐ Ja ☒ Nei

Blide #3: Ingen fri valg... ☐ Ja ☒ Nei

(Kommenter her)

6. Bad

Les mer i TEK 10 § 12-9. Bad og toalett.

A. Er bad på samme plan som de øvrige nødvendige rom i bolig? ☐ Ja ☒ Nei

B. Er det toalett på badet? ☐ Ja ☒ Nei

C. Er det eventuelt separat bad og toalettrom slå sammen til et rom på hovedplanet? ☐ Ja ☒ Nei

D. Er passasjerbredde / lysåpning på innder minimum 0,78m? ☐ Ja ☒ Nei

Avvik:
Boligen er på to plan. På inngangsplan finnes entre, vaskerom m/toalett, kjøkken og stue. I etasjen under finnes bad, to soverom og bodar.

6. Bad, toalett og vaskerom

Les mer i TEK 10 § 12-9. Bad og toalett, trykk på i-konet til høyre.

A. Er bad på samme plan som de øvrige nødvendige rom i bolig? ☐ Ja ☒ Nei

B. Er det toalett på badet? ☐ Ja ☒ Nei

C. Er det eventuelt separat bad og toalettrom slå sammen til et rom på hovedplanet? ☐ Ja ☒ Nei

D. Er det eventuelt adgang til bad? (max. 2,5 cm avrundet vinkel) ☐ Ja ☒ Nei

E. Er passasjerbredde / lysåpning på innder minimum 0,78m? ☐ Ja ☒ Nei



Er bad på samme plan som de øvrige nødvendige rom i bolig?

terende bolig, gjerne i samarbeid med teknisk etat i vurdering av tiltak.

- Kartlegging av kommunens egen boligmasse
- Del av underlag for taksering av boligen. Takstmenn kan bruke funksjonsattest for bolig for å synliggjøre funksjonalitet i boligene ved en tilstandsvurdering.
- For å kartlegge boliger i et avgrenset område som grunnlag for statistikk og mulighet for tiltak.

Det arbeides for plassering av kartleggingsverktøyet sentralt. Husbanken kan være en aktuell aktør for videre drift av verktøyet. Per i dag ligger domenet for funksjonsattesten hos Trøndelag fylkeskommune.

KARTLEGG DIN EGEN BOLIG - FUNKSJONSATTEST FOR BOLIG

Trøndelag fylkeskommune, NAV Hjelpemiddelsentral Trøndelag, Trondheim kommune og Husbanken Midt-Norge har i samarbeid utviklet et digitalt kartleggingsverktøy, «funksjonsattest for bolig». Funksjonsattesten kan hjelpe deg til å få kartlagt din egen bolig med tanke på boligens funksjonelle kvaliteter. Dette er et praktisk kartleggingsverktøy for alle digitale plattformer.

Du finner funksjonsattest for bolig her: funksjonsattest.no

DnU – disabled not useless

Disabled Not Useless (DnU) har som formål å inspirere og motivere mennesker til å sette seg nye mål og oppnå dem. Erfaring viser at det er mange mennesker som føler seg begrenset av forskjellige utfordringer som har godt av en utfordring og den ekstreme mestringsfølelsen det er å mestre noe man trodde man ikke mestret. At selv det «umulige» er mulig, er akkurat hva DnU-gutta vil vise!

Av Milena Marie Magerøy

DnU-teamet består av Einar og Diego. De har siden 2015 satt seg mål som har krevd mye både fysisk og psykisk. Einar har medfødt ryggmargsbrokk, noe som har skapt mange utfordringer. Med vennene Diego som motivator har de sammen bekjempet mange lange bakker og tunge timer i turene de har gjennomført.

Turene er dokumentert med bilder og video og redigert av DnUs eget crew. For å nå fram til flest mulig oppdateres Facebook-siden hver gang det er noe spennende på gang, noe som har vekket mye interesse i et bredt publikum. All oppmerksomheten fra folk over hele verden gir mye motivasjon, takknemlighet og glede hos DnU-gutta!

DnU ønsker å formidle et budskap om at ingen merkelapper skal kunne sette begrensninger for et menneske. De mener at ingen burde være redd for å være seg selv, uansett hva det måtte innebære av legning, religion, hudfarge eller, som i Einars tilfelle, det å være funksjonshemmet. Det ytre er *ikke* det som definerer vedkommende som person. Derfor DnUs motto: «No Labels, No Limits».

DNUS FREMTIDSPLANER

De ønsker selvsagt å kunne motivere enda flere ved å fortsette å



DnU ønsker å formidle et budskap om at ingen merkelapper skal sette begrensninger for et menneske.

gjøre det de liker best: å utfordre seg selv. Arrangering av større fellesturer er en drøm og et mål i DnU. Dette krever mye planlegging, og det er mange faktorer som skal stemme. Til neste år står en viddetur vinterstid på ønskelisten. Der kommer det til å oppstå en del utfordringer for både Einar og Diego, men den skal selvsagt gjennomføres og bli film av.

Sikkerheten står alltid høyt hos gutta, og tilrettelegging vil bli tatt hensyn til for at flest mulig skal kunne være med å oppleve en fantastisk følelse av mestring!

Er det én ting som er sikkert, så er det at du ikke skal tvile på om disse gutta får til det de vil!

MOTIVASJONSFOREDRAG

DnU-gutta har nå et rykende

ferskt motivasjonsforedrag som de vil reise rundt og dele med andre. De ønsker å gi mye av seg selv og få folk til å se ting fra deres perspektiv.

Det er mye som mange kanskje ikke tør å snakke høyt om, eller som kan være vanskelig å sette ord på. DnU vil mer enn gjerne snakke høyt for alle.

DnU – Disabled Not Useless – er et team som jobber knallhardt for å formidle at selv om man har en sykdom, enten fysisk eller psykisk, så er man ikke mindre verdt. Man er ikke «useless», man har bare en utfordring. Følg dem på Facebook og Snapchat.

Fant opp hjelpemiddelet Dignum til seg selv

Et helt nytt hjelpemiddel som skal gjøre det mulig å sette klyster på egenhånd, lanseres nå hos NAV Hjelpemiddelsentralen av en kameratgjeng fra NTNU med hjelp fra en ergoterapeut i Bærum.

Av Klaus Klausen Espedal

Våren 2015 ble Tord Are Meisterplass skadd i en skiulykke i hjembygda si og ble lam fra armhulen og ned. Med redusert mobilitet var det noen ting han ikke klarte på egenhånd. Særlig å sette klyster var utfordrende.

– Når man er avhengig av assistanse for å gå på toalettet, er det plutselig begrenset hvor stor frihet man egentlig har over livet sitt. Jeg var ikke klar for å forholde meg til at andres arbeidstider skulle avgjøre når jeg skulle på do, sier Tord.

Dette bestemte han seg for å

gjøre noe med, og han kom opp med ideen om et hjelpemiddel som gjorde det mulig å sette klyster på egen hånd, og delte den med studiekompisene sine, Carl Christian Sole Semb og Nikolai Hiorth. Med bakgrunn som maskiningeniører fra NTNU satte de seg sammen for å lage en løsning til Tord.

– Vi ville lage et verktøy til Tord som han kunne bruke til å sette klyster på egen hånd, uten å være avhengig av andre, forteller Carl Christian.

Resultatet ble hjelpemiddelet Dignum, som består av et kamera

og en skjerm, samt en holder som klystertuben kan plasseres i.

JOBBER NÅ FULLTID

Vi spoler fram til mai 2017. Tord har brukt Dignum og har med den vært helt selvstendig i et år. Han jobber fulltid som geoteknisk ingeniør og har ikke hatt behov for hjemmesykepleier siden han tok i bruk Dignum.

– Det er vanskelig å sette ord på hvor mye hjelpemiddelet betyr for meg. Jeg er veldig heldig som har venner som er såpass ressursterke og løsningsorienterte. Nå kan jeg dra på jobb og styre



Vennegjengen som fant opp Dignum. Fra venstre: Nikolai, Tord, Klaus og Carl Christian. Foto: Jonas Klausen Espedal.

dagen min selv. Jeg kan også reise hvor jeg vil, sier Tord, som akkurat nå befinner seg i Australia – en reise som hadde vært svært krevende om han måtte ha assistanse for å gå på do.

GODKJENT SOM HJELPEMIDDEL

Etter å ha sett hvor stor frihet, selvstendighet og mestring Dignum ga, ønsket kompisene å gi flere den samme muligheten. Innovasjon Norge synes dette høres ut som en god idé. Det gjorde også Forskningsrådet. Til sammen innvilget de 1,1 millioner kroner til utvikling av Dignum.

Plutselig handlet det om mer enn å hjelpe én person. Klaus Klausen Espedal ble med på teamet for å hjelpe til med forretningsutviklingen.

DEN FØRSTE BRUKEREN

I september i år, etter mangfoldige prototyper og 15 ulike testbrukere, ble Dignum endelig godkjent som et teknisk hjelpemiddel av NAV Hjelpemiddelsentralen.

– Nå gjelder det å få aktuelle brukere til å søke om Dignum gjennom NAV. Vi har allerede kontakt med flere brukere og ergoterapeuter, sier Klaus.

En av ergoterapeutene er Gro Løkken, som jobber som kommunergoterapeut i Bærum kommune. Hun er ergoterapeuten til den brukeren som vil bli den første som søker om Dignum gjennom NAV Hjelpemiddeldatabasen.

– Dignum gir uante muligheter for mange brukere. Jeg er helt imponert og har fortalt mange andre kollegaer om dette, sier Gro.

– Vi har hatt en god dialog med Gro og lært mye om hva det er viktig å fokusere på for å få skrevet en god søknad. Nå ønsker

vi å finne ut om det finnes andre grupper med brukere som kan ha bruk for Dignum, sier Klaus.

– Men først blir det utrolig spennende å se hvilket vedtak NAV kommer med, sier Klaus.

For mer informasjon, kontakt
Klaus Klausen Espedal:
E-post: klaus@dignum.no
Telefon: 99 49 11 28



*Dignum ble presentert på en messe i Tyskland. Fra venstre Carl Christian og Klaus.
Foto: Nicoline Saarisilta Bergh.*



EN HVERDAG MED INNHOLD

Ruth Donovan er sykepleier og høyskolelektor ved Høyskolen på Vestlandet med et stort hjerte for mental helse- og rusfeltet. – Alle har behov for en meningsfull hverdag og det å bety noe for andre. Mange som sliter med mental helse og rusavhengighet, våkner opp om morgenen uten å ha noen aktiviteter å gå til. Her har ergoterapeuter mye å bidra med, sier hun.

Av Else Merete Thyness

Hun mener at mental helse- og rusfeltet har vært for mye preget av diagnoser, og at det nå er behov for innovasjon, nytenkning og et mer positivt menneskesyn der fokuset er på ressurser.

– Vi trenger et rausere samfunn med høyere toleranse for mangfold, og vi behøver nye bilder av det å ha utfordringer knyttet til mental helse og rusavhengighet. Vi skal vanne rosene, ikke ugresset, sier hun.

ABC-KONFERANSEN

Robert Donovan (de er ikke i slekt) står bak ABC-programmet, som nå er ti år gammelt. Ruth flyttet til Perth i Australia i 2014 og inviterte seg selv på kaffe med ham. Siden den gangen har de samarbeidet, og kunne nå feire resultatet av arbeidet: En nordisk konferanse i Oslo!

– Else Karin Krogstad og hennes fabelaktige team på Senter for helsefremmende arbeid på Akershus universitetssykehus har

«Vi skal vanne rosene, ikke ugresset»

Ruth Donovan

ansvar for nettverket i Norge. Det er de som arrangerer konferansen, så en stor honnør til dem, sier Ruth.

Verktøyet retter seg mot hele befolkningen og gir et positivt og handlingsorientert fokus på mental helse.

– Det omfatter alt som fremmer trivsel og styrker oss som mennesker, sier Ruth Donovan.

ABC FOR MENTAL HELSE

ABC står for Act – Belong – Commit, og i Norge oversettes dette til «å gjøre noe aktivt, gjøre noe sammen og gjøre noe meningsfullt».

– Det handler om å engasjere seg i verden rundt seg, ha en følelse av å være en del av et fellesskap og gjøre ting som gir mening. Alle vet at aktivitet, tilhørighet og det å være del av noe større er viktig. Det nye er å sette det sammen systematisk og få lokalsamfunnet til å handle for å fremme mental helse, forklarer Ruth.

«ABC for mental helse» har vakt oppmerksomhet i flere miljøer og kan benyttes av alle som er opptatt av aktivitet og mental helse. På folkehelseprogrammet på Ås er den første norske studenten nå i gang med en doktorgrad basert på ABC-metoden. Trøndelag fylke og NTNU har også planer om å implementere programmet.

– Timing er bra. Fokuset i helse-Norge er i ferd med å skifte fra sykdom til helsefremming. «ABC for mental helse» tilbyr verktøy til de som vil jobbe med å fremme aktivitet og samhandling i samfunnet. Ergoterapeuter passer perfekt inn her. De har en

grunnholdning der de ser etter ressurser i menneskene og det som er virksomt. Vi har en ergoterapeut med i nettverket allerede og ønsker oss flere.

FRA RUSMISBRUKER TIL DIGITAL BRUKER

Som høyskolelærer har hun undervist flere ergoterapistudenter i kurset teknologiledelse. I et prosjekt knyttet til dette kurset samarbeidet ergoterapistudenter med studenter fra informasjonsteknologi om å lage en nettside slik at mennesker i aktiv rus kunne få tilgang til informasjon på linje med andre mennesker, og der teknologien blir brukt som hjelpemiddel til helsefremming og hverdagsmestring.

– Prosjektet «Fra rusmisbruker til digital bruker» handlet helt konkret om å gi folk med rusavhengighet digital kompetanse og lage en digital oppslagstavle i samarbeid med brukerne. Vi må koble folk på samfunnet, ikke av, som ofte er tilfelle med dem som ikke mestrer moderne teknologi.

TYDELIGE ERGOTERAPEUTER

Til slutt har hun et ønske: Ergoterapeutene må bli mer tydelige på mental helse- og rusfeltet.

– Vi trenger dere for å skape morgendagens virkelighet, der lokalsamfunnet legger til rette for at alle innbyggerne kan delta etter sine forutsetninger. Ergoterapeuter er også viktige i arbeidet for å redusere stigma knyttet til mentale helse- og rusproblemer. Dere har et positivt menneskesyn og leter etter muligheter, ikke begrensninger.



Ruth Donovan introduserte ABC til Norge og hun gleder seg over den første nordiske ABC-konferansen.

ABC FOR MENTAL HELSE

I Stortingsmeldningen Mestre hele livet – Regjeringens strategi for god psykisk helse (2017–2022) trekkes «ABC for mental helse» fram som et verktøy for å oppnå ambisjonene regjeringen har på dette området. A står for å gjøre noe aktivt, B står for å gjøre noe sammen, og C står for å gjøre noe meningsfullt.

For mer informasjon:

Nettside: www.abcmementalsunnhet.no

E-post: abc@ahus.no

Facebook: <https://www.facebook.com/abcmementalsunnhet/>

Instagram: ABC for Mental Sunnhet

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 15. januar 2019.**

GENERELL INFORMASJON OM KURSENE

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

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

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

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



Seksjonsleder

Avdeling for klinisk service, Seksjon for ergoterapi

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Vi søker en engasjert og samlende leder som i samarbeid med sine medarbeidere har store ambisjoner om å videreutvikle ergoterapien i spesialisthelsetjenesten.

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no



TA EN VIDERE- UTDANNING I UNIVERSELL UTFORMING



Ta en videreutdanning ved siden av ditt arbeid som ergoterapeut. Utdanningen foregår i København.

Søknadsfrist 1. desember 2018

Start utdanningen januar 2019

www.evu.aau.dk/master/mudt



AALBORG UNIVERSITET
KØBENHAVN



Aktivitet og
deltakelse for alle.

Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem

1. Du blir del av et landsomfattende nettverk av ergoterapeuter
2. Du bidrar til å utvikle og styrke ergoterapi som fag
3. Du får halv pris på ergoterapifaglige kurs
4. Du får fagbladet Ergoterapeuten hjem i postkassa
5. Du kan bli ergoterapispesialist og få støtte til faglig utvikling
6. Du blir medlem i World Federation of Occupational Therapist (WFOT)
7. Du forbedrer dine lønns- og arbeidsvilkår
8. Du er sikret medbestemmelse på din arbeidsplass
9. Du får tilgang til materiell for å profilere fag, yrke og forbund
10. Du får tilbud om en lang rekke attraktive medlemsfordeler og rabatter

www.ergoterapeutene.org/innmelding



ergoterapeutene

1.BEHANDLING/TRENING

0330

HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING

CYPROMED AS

Vikaveien 17, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 44 33, fax: 62 57 44 34
wes@cypromed.no www.cypromed.no
Elektriske varmehjelpemidler for alle.
MINITECH AS
Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 78 00, fax: 62 57 77 51
mail@minitech.no www.minitech.no
Elektriske varmehjelpemidler til barn og voksne

0333

ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKKFOREBYGGENDE HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

BARDUM AS

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

TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11
company@mail@togemo.no
Dekker alle behov for trykkavlastning

0348 BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR

BARDUM AS

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

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

Bruervn. 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

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

BARDUM AS

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

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

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

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no

Servantheis, badebord

BARDUM AS

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

ERGOGRIIP AS

Skeistøa 199, 5217 Hagavik
Tlf.: 92209399

aase.rokne@ergogrip.no www.ergogrip.no
Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer servanter

KLUBBEN AS

Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

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

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no

Hev/senk stellebenker/bord, servanter

BARDUM AS

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

RONDA HJELPEMIDLER

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

OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

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

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

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

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

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

Y 1

YRKESKLÆR/SKO

4. FORFLYTNING

1203/1206 GANGHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 ÅS

Tlf: 64 94 21 65

www.follo-futura.no

Gåbord

KLUBBEN AS

Pb 53 // Færdervegen 49,

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11

Nettbutikk: www.klubben.no

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@sunrisemedical.no

1224

TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com, www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

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

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Overflyttingshjelpemidler, Arcona benløfter,

Dreilett, Jøhl stolløfter

1236 LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

post@hcn.no www.hcn.no

Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten

gjennomgående skinne

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona benløfter

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

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.

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

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19

post@astec.no www.astec.no

Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

1809 SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal

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

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

– PRODUKTREGISTER –

1812 SENER

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

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19

E-post: post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad – hev/senk

1818 STØTTEANORDNINGER

ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

SecuCare støttehåndtak

1821 DØR-, VINDUS- OG GARDIN- ÅPNERE/-STENGERE

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1830 HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEISER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar

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

www.accesstrappeheiser.no

eva@accessvital.no

Heiser: Løfteplattformer,

Trappeheiser og Ramper

S 1 UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

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

1836 OPPBEVARINGSMØBLER

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19

post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad – hev/senk

K 1 KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/ VARSLING

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

2103

OPTISKE HJELPEMIDLER

2109 TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

TOBII DYNAVOX

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

2110 KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

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

MYLIFEPRODUCTS AS

Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo

Tlf: 92631425

post@mylifeproducts.no

www.mylifeproducts.no

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

1527 IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

RONDA HJELPEMIDLER

Randabergveien 308, 4070 Randaberg

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

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 (vekttdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

– PRODUKTREGISTER –

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 (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Kastanjedynen, Arcona posisjoneringssputer,
Askle posisjoneringssputer

2148 VARSLINGSHJLPEDIDLER

COGNITA AS

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

2149 POSISJONERINGSPUTER

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

2151 ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

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

PICOMED AS

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

2221 BETJENINGSHJLPEDIDLER IKT

COGNITA AS

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

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412 HJLPEDIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar
Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01
access@access-gruppen.no
www.accessgruppen.no
Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.
PICOMED AS

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

2418

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

ADL PRODUKTER AS

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

ABILIA AS

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

PICOMED AS

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

3003 LEKER

ABILIA AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.
RONDA HJLPEDIDLER
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

3006 SPILL

KLUBBEN AS

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

3009 MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

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

Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

10. HJLPEDIDLER FOR BARN

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

B.ADL ADL- HJLPEDIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no
Hjelpemidler for posisjonering av barnet i
hverdagen.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,
Krabatskjerf, sikleskjerf

– PRODUKTREGISTER –

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 BARNEHAGEAN-SATTE

ASTEC AS
Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Ergonomiske produkter for stellerom/bad, kjøkken/garderobe i barnehager/skoler.
BAMSE PRODUKTER AS
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

B.KOM KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS
Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
KLUBBEN AS
Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rompa – Snoezelen og
sansemotoriske produkter: Katalog med 250
sider med produkter for sansestimulering.
TOBII DYNAVOX
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen
Tlf.: 55 55 10 60
E-post:sales.no@tobiidynavox.com
www.tobiidynavox.no
VESTFOLD AUDIO AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

B.MOS MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Posisjonering og trening for små og store barn.
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
KLUBBEN AS
Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

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 SENER FOR BARN

BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50,
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona barneseng, Arcona reiseseng
SUNRISE MEDICAL AS
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
KLUBBEN AS
Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.
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
KLUBBEN AS
Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (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
KLUBBEN AS
Pb 53 // Færdervegen 49,
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10 Fax: +47 62 95 06 11
Nettbutikk: www.klubben.no
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.
KRABAT AS
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat trioBike, transportsykkel

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

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



Gir god og sikker søvn



RotoBed

En innovativ og harmonisk seng med mange velferdsteknologiske funksjoner, som gir mulighet til å komme seg inn og ut av sengen uten fysisk anstrengelse.

Annonse for Bardum ☺



Trygghet og brukervennlighet hånd i hånd - for store og små!

Lisa

- Dører som kan åpnes helt
- Sikkerhetspanel
- Lavt innsteg (32 cm)



Lukas

- Mulighet for dører på begge langsider og én kortsider
- Tilpasset for kabler til medisinsk utstyr
- 4 sengehøyder, høyeste modell 226 cm

NY i Norge!



Lea

- Hev-/senkbare sengegrinder
- Bekvem ut- og innstigning
- Mange tilpasningmuligheter



Safety Sleeper

- En lukket reiseseng
- Trygt for bruker og pårørende
- Bedre søvn på ferie



+ Høy kvalitet + Økt sikkerhet + Gir selvstendig sove- og hvilesituasjon