

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Sammen for å løfte fram habilitering 6

Jobber med livsglede og aktivitet **10** Kognitiv atferdsterapi – også for ergoterapeuter ved somatiske helsetjenester **26** Ergoterapeut er noe jeg er **48**

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. 1 – 1. feb / 28. feb

Nr. 2 – 1. april / 30. april

Nr. 3 – 3. juni / 28. juni

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrun Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Ann Kristin Løe, 2. nestleder

Berit Regine Laiti

Mariette Elise Gjerde

Linda Fauskanger Nesheim

Tonje Hansen Guldhav

Guro Lilleås

May Solveig Svendsen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

Pia Jessen, 1. varamedlem

Silvia Elisabeth Hansbø, 2. varamedlem

Heidi Fløtten, varamedlem

Kenneth Pettersen, varamedlem

Randi Skumsnes, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Line Øverlier, varamedlem

Kamilla Lemb Herbjørnsen, varamedlem

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



6



16



26



48

REPORTASJER

6 Sammen for å løfte fram habilitering

Av Kristine Askvik

8 Fire på nettverkssamling

Av Kristine Askvik

NY ARENA

10 Jobber med livsglede og aktivitet

Av Else Merete Thyness

KRONIKK

12 HMS i offentlig sektor er diffus, intetsigende og uten effekt

Av Hans Jacob Busch

FORBUNDET

14 Ergoterapeutene gratulerer nye ergoterapispesialister

Av Anita Engeset

16 Når har du krav på fast stilling?

Av Berit Førli

18 Ergoterapeutenes tildeling av FoU-midler 2018

Av Solrun Nygård

20 Aktivitet og deltakelse i hele forbundet

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

22 Forbedret forsikring

Av Roar Hagen

24 Ergoterapeutenes arrangementsplan 2019

FAGLIG

26 Kognitiv atferdsterapi – også for ergoterapeuter ved somatiske helsetjenester

Av Kati Langhaug

34 Kognitiv atferdsterapi som behandlingsmetode hos barn med leddgikt og angst – en kaspresentasjon

Av Kati Langhaug

VITENSKAP

43 Forsker i farten:

Ellen Gabrielsen Hjelle

Av Else Merete Thyness

AKTUELT

44 30-årsjubileum for kull 28

Av Line Fossumstuen

46 Ergoterapistudent ble årets ildsjel

Av Else Merete Thyness

47 Til minne om Marie Berg

Av Anne-Marthe Sanders, Susanne Følstad, Anne-Margrethe Linnestad og Ellisiv Mehammer

PÅ DE SISTE SIDENE

48 Ergoterapeut er noe jeg er

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

50 Kurs- og stillingsannonser

55 Produktregister

Forsidebildet: Ergoterapeutene Tove Karin Johansen (foran fra venstre), Jane Helen Sveen, Randi Hoel, Frank Ottesen og Heidi Elnes deltok på samlingen i Bergen. Marian Yrke (bak fra venstre) og Olaug Lillehammer Laukeland var med å arrangere samlingen.

Foto: Silje Katrine Robinson

Sammen er vi sterke

Mitt inntrykk er at ergoterapeuter er gode lagspillere. Det gjelder både på arbeidsplassen og innad i forbundet. Det at vi spiller hverandre gode, gjør det lettere å oppnå de beste resultatene. Vi setter oss høye mål og samarbeider om å nå dem.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

I et godt samarbeidsklima får kreativitet og pågangsmot gode kår. I 2019 har forbundet *Leve hele livet* som satsingsområde. Fagbladet følger opp med temanummer med samme tittel mot slutten av 2019. Hvis noen der ute har noe å bidra med, ta kontakt! Ingen innsats er for liten eller for stor.

Et nytt år er spesielt for de aller fleste av oss. Det vinker liksom til oss med sine blanke ark, nye muligheter og positive visjoner. Som redaktør er mitt ønske for det nye året at ergoterapeuter fortsetter å skrive gode norske fagartikler og vitenskapelige artikler til sitt eget fagblad. Og ikke bare artikler, men også stoff til Aktuelt-spalten, kronikker, ytringer, debattinnlegg og tips til reportasjer er velkomne. Å dele erfaringer gjør oss enda sterkere.

I oktober 2018 kom fagbladet

seg endelig på Facebook (bedre sent enn aldri). Vi nærmer oss 500 liker-klikk og har allerede 390 følgere. Det er plass til flere.

Når dette fagbladet havner i postkassene i slutten av desember, er mesteparten av julematen spist opp, julegavene åpnet og mange, mange julesanger sunget. Men her i nåtiden ligger alt dette fremdeles foran oss. Jeg håper derfor, i tråd med denne utgavens kronikk, at dere går inn i juleferien med oppladede batterier fordi jobben har gitt dere energi, ikke tappet dere for den.

Å gjøre en positiv forskjell er en kilde til motivasjon på arbeidsplassen. For å vite at vi er verdsatte må vi gjerne høre at vi er det også. Mitt nyttårsforsett i år er derfor å bli (enda) bedre på å gi positive tilbakemeldinger til alle dere som fortjener det.

Godt nytt år!



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Bærekraftsmålene angår oss!

FNs bærekraftsmål er verdens felles arbeidsplan for å utrydde fattigdom, bekjempe ulikhet og stoppe klimaendringene innen 2030. I alt har FNs medlemsland vedtatt 17 globale felles mål for en bærekraftig utvikling de neste elleve årene.

I Unio sier vi at disse målene treffer i hjertet av fagforeningenes verdier. De kunne like gjerne vært skrevet av fagbevegelsen. Bærekraftsmålene handler om å ta vare på behovene til mennesker som lever i dag, uten å ødelegge framtidige generasjoners muligheter til å dekke sine. De reflekterer de tre dimensjonene i bærekraftig utvikling: klima og miljø, økonomi og sosiale forhold. Unio var internasjonalt i framkant da representantskapsmøtet før jul forankret sin politikk i bærekraftsmålene.

FNs bærekraftsmål er viktig for hele fagbevegelsen, også for Ergoterapeutene. I landsmøteprogrammet vårt sier første hovedpunkt at Ergoterapeutene

skal jobbe for et inkluderende og bærekraftig samfunn.

Ved å ha et bevisst forhold til bærekraftsmålene vil vi i større grad se betydningen av arbeidet vi gjør i en global og nasjonal sammenheng. Ergoterapeuter har alltid argumentert for ressursutløsning og for sammenhengen mellom omgivelsene, aktivitet og det enkelte menneske. Vi har de siste årene argumentert for helsefremming, forebygging og re/habilitering for å sikre inkludering og deltakelse for alle. Vi viser at hverdagsmestring sikrer en mer bærekraftig helsetjeneste. Bærekraft dreier seg om aldersvennlige samfunn og universell utforming av skoler, arbeidsplasser og offentlige rom. Dette dreier seg om arbeidsinkludering som utjevner sosiale forskjeller. Dette dreier seg om eldres deltakelse i hverdagsliv og samfunn. Ergoterapi bygger på forståelsen av bærekraftig utvikling!

En god fortsettelse framover

for forbundet og hver enkelt av oss er å tenke globalt og handle lokalt. Vi må derfor:

- forplikte oss til å se bærekraftsmålene som del av vårt verdigrunnlag om ressursutløsning
- alminneliggjøre bærekraftsmålene i hverdagslivet. Vi må se betydningen av de enkelte valg i vårt daglige arbeid.
- samarbeide med andre som drar i samme retningen, både andre faggrupper, arbeidsgivere, frivillige og brukere.

Jula er ei god tid til å lese seg opp på og reflektere over bærekraftsmålene. Jeg tar dem med meg til neste års innsats. Jeg har også et nyttårsønske: Samarbeid med Ergoterapistudentene om hvordan vi skal jobbe videre med bærekraftsmålene. Deres stemmer er viktige!

God julerefleksjon og godt nytt bærekraftig år!

ERGOTERAPEUTER OG FYSIOTERAPEUTER SAMLES I BERGEN

Av Kristine Askvik

SAMMEN FOR Å LØFTE FRAM HABILITERING

Mennesker med fysisk og psykisk utviklingshemming trenger noen til å snakke deres sak. Habiliteringsfeltet må løftes opp og fram, mener ergoterapeuter fra hele landet.

I midten av november inviterte Helse Vest ergoterapeuter og fysioterapeuter fra Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO) i hele Norge til nettverkssamling i Bergen. Å være arrangør for samlingen går på rundgang. Spesialfysioterapeut Annett Henriksen og spesialergoterapeut Olaug Lillehammer Laukeland var blant arrangørene for årets samling. Gjennom å samle fagpersoner på tvers av helseforetak ønsker kollegene å stå samlet og styrke fagfeltet voksenhabilitering i Norge.

– Selv om habilitering er et satsingsområde, så er det innsparinger i hele helseforetaket. Vi blir også rammet av det. I Helse Vest er det blant annet mangel på leger innen habilitering. Det går utover pasientene, sier ergoterapeutspesialist Olaug Lillehammer Laukeland ved HAVO i Helse Bergen.

Hun peker på at pasientene har mer og mer komplekse og sammensatte utfordringer. Det innebærer for eksempel innen rus, psykiatri og livsstil.

– Fremover er det viktig at vi tydeliggjør oppgavene våre og kompetansen vår. Vi møter mange pasienter med komplekse og sammensatte problemer. Det krever store ressurser, sier Laukeland.

I en tverrfaglig faggruppe spiller ergoterapeutene en viktig rolle.



Spesialfysioterapeut Annett Henriksen (til venstre) og spesialergoterapeut Olaug Lillehammer Laukeland var blant arrangørene av samlingen i Bergen.

Foto Silje Katrine Robinson

– Kommunen trenger kompetansen vår i forhold til pasienter med komplekse utfordringer. Det er viktig at brukeren får ha innvirkning på sitt eget liv. Vi synes det er viktig å se hele mennesket, sier Laukeland.

SAMMENSATTE UTFORDRINGER

Mens rehabilitering handler om å hjelpe personer til å gjenopprette funksjoner de hadde før sykdom eller skade oppsto, handler habilitering om personer som har medfødt sykdom eller har blitt syke som barn.

Personer med cerebral parese eller ryggmargsbrokk er

eksempler på pasienter som får behandling og tilrettelegging i voksenhabiliteringen i spesialisthelsetjenesten.

Litt lenger sør i samme region som Laukeland jobber Marian Yrke. Hun er spesialergoterapeut ved Habiliteringstjenesten for voksne i Helse Fonna.

Hun forteller at pasienter gjerne kan bli henvist til dem grunnet én diagnose, men at utfordringene er veldig sammensatte.

– Vi får mange pasienter som har cerebral parese (CP), men de kan ha en rekke andre utfordringer i tillegg. Det kan for eksempel være beinskjørhet eller feilstil-

linger i hofter, bein og armer. Noen med alvorlig CP har psykisk utviklingshemming, sier Yrke.

Å IVARETA BRUKEREN

Utfordringen i møtet med disse pasientene er å ivareta brukeren selv på en best mulig måte og i tillegg samarbeide tett med hjelpepersonalet rundt brukeren.

– Vi veileder assistenter og miljøterapeuter som følger opp pasienten lokalt i kommunen. Vårt mål er å forebygge negativ utvikling. Vi ønsker å legge til rette for at personer kan leve fullverdige liv selv om de har en diagnose.

Yrke håper at man fremover vil forske mer på feltet habilitering. Hun trekker fram oppfølgingsprosjektet for CP-pasienter, CPOP, som et eksempel her.

– Ved oppfølging av CP-pasienter har man jobbet veldig systematisk og dokumentert effekt av behandling og tilrettelegging over tid. Dette må vi gjøre også for andre pasientgrupper, for å løfte feltet habilitering, sier Yrke.

ULIKE PROBLEMSTILLINGER

Nettverkssamlingen i Bergen ble innledet med en runde rundt bordet. Alle ergoterapeuter og fysioterapeuter fortalte litt om sin hverdag, hva de jobber med, og hvordan de er organisert. Hvordan de ulike voksenhabiliteringstjenestene er organisert, varierer fra helseforetak til helseforetak. Noen er organisert under psykisk helsevern, andre i egne avdelinger.

I begynnelsen av 2018 kom sluttrapporten fra prosjektet «Nasjonal kartlegging av habilitering av voksne i spesialisthelsetjenesten - utfordrende oppgaver med begrensede ressurser».

Nils-Øivind Offernes ved Avdeling for nevrohabilitering ved Oslo



– Vi ønsker å legge til rette for at personer kan leve fullverdige liv selv om de har en diagnose, sier Marian Yrke.

Foto Silje Katrine Robinson

Universitetssykehus ledet prosjektet, der både ledere og fagpersoner som er ansatt i tjenesten svarte på spørreskjema.

Habiliteringstjenesten gir tilbud om tverrfaglige helsetjenester til pasienter over 18 år som trenger spesialisert helsehjelp på grunn av medfødte eller tidlig ervervede funksjonsnedsettelser av kompleks og sammensatt karakter. Kartleggingen viser at det er tre problemstillinger som peker seg ut når det gjelder hvem som henvises til HAVO. Den første gruppen er utredning, behandling og veiledning i forhold til utfordrende atferd. Nær femti prosent av de ansatte jobber med dette. Den andre gruppen er utredning av kognitiv funksjon, adaptive ferdigheter og bistandsbehov. Nær femti prosent jobber også med dette. Den tredje gruppen er arbeid knyttet til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester kapittel 9. Det handler om bruk av tvang og makt overfor personer med psykisk utviklingshemming. 35 prosent av de ansatte fortalte at de jobbet med problemstillinger knyttet til dette.

I kartleggingen trekker ledere fram forhold som hindrer effektiv



– Vi ser at dette er en pasientgruppe som ikke får nok oppmerksomhet, sier statssekretær Anne Grethe Erlandsen.

Foto: Bjørn Stuedal

pasientflyt. Mangel på fagpersoner i spesialisthelsetjenesten og lav bemanning nevnes øverst. Det er særlig tilgang til leger og medisinsk kompetanse man ønsker å bedre. I tillegg nevnes det at man ønsker bedre tilgang på ergoterapeut, psykolog, vernepleier, spesialpedagog, fysioterapeut og fagkonsulenter. 15 av 28 ledere uttaler dette, mens 14 av 28 ledere peker på at det er manglende kapasitet til utredning og diagnostisering.

– Vi ser at dette er en pasientgruppe som ikke får nok oppmerksomhet, og at brukerne opplever for stor variasjon i kompetanse og tilgjengelighet. Det å ha en spesialisthelsetjeneste som er tilgjengelig, og som kan drive med god veiledning, oppfølging og behandling underveis, er viktig, sier statssekretær Anne Grethe Erlandsen i Helse- og omsorgsdepartementet.

Hun viser til at regjeringen har lagt fram en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering.

– Planen er i hovedsak rettet mot kommunene, men omfatter også spesialisthelsetjenesten. Denne planen er nå fullfinansiert, sier Erlandsen.

Fire på nettverkssamling

Spørsmål 1: Hva er hovedoppgavene dine på jobb?

Spørsmål 2: Hva mener du er det viktigste å gjøre for å styrke habiliteringsfeltet fremover?

Tekst: Kristine Askvik & foto: Silje Katrine Robinson



Jane Helen Sveen (33) er spesialergoterapeut ved habiliteringsavdelingen for voksne ved Sykehuset Innlandet.



Frank Ottesen (48) er spesialergoterapeut ved habiliteringsavdelingen for voksne ved Haukeland universitetssykehus.

1: Jeg jobber med personer med utviklingshemming. Noen har også psykisk utviklingshemming og er multifunksjonshemmede. Mine hovedoppgaver er å hjelpe til med posisjonering i liggende, stående og sittende stilling. I poliklinikk jobber jeg med pasienter som har blant annet cerebral parese, ryggmargsbrokk og andre mer sjeldne diagnoser. Jeg gjør også leddmålsundersøkelser og har veiledning i aktivitet i hverdagen. Jeg jobber også med kapittel 9-saker som går på bruk av tvang og makt, og saker som handler om brukerens rettigheter i forhold til epilepsi og alarmer. I tillegg veileder jeg ansatte rundt brukerne.

2: Jeg mener at økt fokus og styrking av faget vårt på området rehabilitering er nødvendig i forhold til brukergruppen. Forbundene til ergo- og fysioterapeuter må sette mer fokus på mennesker med utviklingshemming, også de med psykisk utviklingshemming. Vi trenger noen som snakker om disse gruppene og som framsnakker vår kunnskap på området. Det er viktig at det også jobbes mer sentralt opp mot regjeringen. Det vil være behov for flere fagpolitiske arrangementer rettet mot brukergruppen. Og vi skal fortsette å arrangere nettverksmøter i HAVO slik at vi kan styrke hverandre faglig.

1: Som ergoterapeut består hovedoppgavene mine i å veilede kommunale samarbeidspartnere innenfor den helsehjelpen som er gitt, samt bidra i tverrfaglig utredning av pasienter som blir henvist til oss. Utredningen innbefatter blant annet funksjonskartlegging og utprøving/vurdering av behov for tekniske hjelpemidler innen områdene kommunikasjon, kognisjon og varsling. I tillegg arbeider jeg mye med sensorisk kartlegging, aktivitetsanalyse og tiltak innenfor disse områdene. En sentral rolle i vårt arbeid er også å veilede kommunene i utforming av tiltak etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9, bruk av tvang, overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.

2: Det er viktig å få beholde kompetanse og ressurser i tiden fremover, samtidig viser det seg at behandlingstilbudet til pasienter som søkes inn til de ulike rehabiliteringstjenestene rundt om i landet er svært ulikt. Det er derfor viktig å enes om dette. Et tverrfaglig tilbud bestående av blant annet ergoterapeuter er særlig viktig, da mange av pasientene har behov for oppfølging og tiltak som er helsefremmende. I tillegg til behovet for mer forskning innenfor området spesialisert rehabilitering er brukermedvirkning et svært aktuelt tema.



I midten av november inviterte Helse Vest ergoterapeuter og fysioterapeuter fra Habiliteringstjenesten for voksne (HAVO) til nettverkssamling i Bergen.



Randi Hoel (66) er ergoterapispesialist i barns helse og ansatt i spesialergoterapeutstilling ved Sykehuset i Vestfold, avdeling Habilitering.



Tove Karin Johansen (41) er spesialergoterapeut ved Avdeling for habilitering Oppland.

1: Jeg jobber i 80 prosent stilling delt mellom habilitering for voksne og habilitering for barn. Mine hovedoppgaver er AMPS-kartlegging (Assessment of Motor and Process Skills) som supplement til nevropsykologisk utredning og Vineland-kartlegging. Saksansvar og habiliteringsansvar for pasienter med ryggmargsbrokk og cerebral parese (CP) inngår også i arbeidsoppgavene, og jeg deltar i konsultasjoner sammen med nevrolog. Jeg jobber også noe med vurdering av håndfunksjon.

2: Habiliteringstjenesten for voksne er organisert i både psykiatri og somatikk, og det gjenspeiles i hvilke målgrupper som prioriteres. Psykiatri prioriteres der man er organisert under psykiatri, og somatikk prioriteres der man er organisert under somatikk. Et overordnet mål bør derfor være å harmonisere og ruste opp tjenestene, det vil si be- manne, slik at de ulike målgruppene får tilnærmet lik oppfølging uavhengig av hvor de bor. Oppfølgingen av mennesker med CP er for eksempel svært varierende. Jeg er opptatt av at den systematiske tverrfaglige oppfølgingen av barn med CP videreføres i habiliteringstjenesten for voksne.

1: Jeg jobber med tverrfaglig medisinsk oppfølging og utredning av ungdom og voksne. Arbeidsoppgavene er blant annet 24 timers posisjonering. Det vil si at vi fokuserer på de ulike stillingene kroppen befinner seg i gjennom hele døgnet for å kunne ha en positiv utvikling når det gjelder skjevstillinger. Jeg jobber også med kosthold, aktivitet og ernæring i forhold til pasienter som sliter med overvekt.

2: Habiliteringspasienter trenger planlagte, koordinerte og sammensatte tjenester. Dette må synliggjøres overfor politikere i kommunen, da det ofte er satt av lite ressurser til nettopp dette. Mange av de oppgavene som ligger på dagens spesialistnivå skal overføres til kommunen, og da må man jobbe for å bygge opp kompetansen i kommunene.



NAVN

Terese Engelund

STILLING

Livsgledekonsulent

HVOR

Østre Toten sykehjem

Jobber med livsglede og aktivitet

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber på Østre Toten sykehjem.

– Hva jobber du som?

– Jeg jobber som aktivitets- og frivillighetskoordinator. I forbindelse med at Østre Toten sykehjem skal sertifiseres til å bli et livsgledehjem, har jeg også fått rollen som livsgledekonsulent.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg har jobbet som koordinator/konsulent siden mai 2018.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Vi håper at sykehjemmet kan sertifiseres som Livsgledehjem i løpet av 2019. Dette innebærer å ha økt fokus på hverdagsaktivitet og mestring. Prosessen fram mot sertifiseringen vil bestå av å job-

be systematisk og øke livsglede ved aktivitet. I dette arbeidet tas det i bruk nye metoder og verktøy. Livsgledesatsning og tilbud om aktivitet skal implementeres, og nå handler jobben om å sette dette i system. Det er viktig å sikre kontinuitet og få arbeidet bærekraftig.

Rollen som livsgledekonsulent innebærer å være representant for organisasjonen «Livsglede for eldre». Jeg er bindeledd mellom organisasjonen og sykehjemmet. Min funksjon blir å tilrettelegge og være en kontaktperson i livsgledearbeidet/sertifiseringsprosessen.

Jeg kartlegger potensielle samarbeidspartnere. Det kan være lag, foreninger, barnehager, skoler og andre frivillige. For å få til mest mulig aktivitet er vi avhengige av nærmiljøet vårt. En viktig oppgave er å rekruttere og følge opp de frivillige vi har. Deres innsats på sykehjemmet er en avgjørende ressurs for at vi skal klare å oppnå nok aktivitet. I tillegg til dette jobber vi for å oppnå god struktur og for å nå målene vi setter oss for sertifisering og resertifisering. Hver beboer kartlegges og får tilbud om individuell aktivitet etter interesser, og dette settes opp i en månedskalender. Dette skal følges opp, oppdateres og evalueres. Vi skal jobbe etter de ni livsgledekriteriene.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Deltakelse og inkludering i hverdagen er viktig. Aktiviteter som skjer på sykehjemmet skal settes i system. Med vår kompetanse ser vi behov for aktivitet og deltakelse for hvert enkelt individ. Alle skal inkluderes, og vi må finne beboernes ressurser for at de skal få en meningsfull og aktiv hverdag.

Aktivitet kan være interesser

og hobbyer. Noen vil at den individuelle aktiviteten skal gå igjennom rehabilitering, ADL-trening og hverdagsmestring. Beboerne har ulike behov og ønsker, og dette er det viktig å følge opp. Her kommer også engasjement og motivasjon for aktivitet og mestring inn, som en viktig del av arbeidshverdagen.

Satsning på livsglede innebærer å se hele mennesket. Beboernes sosiale, kulturelle og åndelige behov ivaretas også av livsgledekriteriene. Vi ergoterapeuter jobber løsningsorientert. Oppstår det et gap mellom helse og aktivitet, ser vi på ressurser og løsninger. Beboerne skal få tilbud om deltakelse. Vi må her legge til rette for inkludering om noen av aktivitetene ikke er gjennomførbare. Vi ser på muligheter, ikke begrensninger.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– I denne stillingen vil jeg si at det er en fordel å være ergoterapeut. Tilrettelegging, veiledning, motivering og koordinering av meningsfulle aktiviteter, både felles og individuelt, er viktige fokusområder. Vår kompetanse kan brukes på mange måter i arbeidslivet, og det å jobbe som livsgledekonsulent kan være en av dem.

Det jobbes også tverrfaglig i dette livsgledearbeidet. Vi har opprettet en livsgledegruppe bestående av andre yrkesgrupper, og vi drar nytte av hverandres kompetanse. Som gruppe skal vi se på løsninger og ideer og jobbe kreativt fram mot sertifisering. Vi jobber mot samme mål og er avhengige av hverandre for å oppnå best resultat.

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



Østre Toten sykehjem ligger i Østre Toten kommune. Sykehjemmet er bygdas største institusjon.

– Det er det det absolutt, og jeg lærer noe nytt hver dag! Det å få være med på å utvikle denne arbeidsprosessen er spennende. Det har vært mye nytt å sette seg inn i, både for meg og andre ansatte som jobber på avdelingene. Vi må bruke tid på å komme ordentlig inn i rutiner og arbeidsprosesser. Dette er krevende, men det er god læring og ikke minst god erfaring å ta med seg videre. Vi har lov til å prøve og feile.

Det å kunne gi beboerne tilbud om meningsfulle aktiviteter i hverdagen som gir dem livsglede, gir også meg livsglede.










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

– Jeg vil anbefale andre ergoterapeuter å jobbe som koordinator/livsgledekonsulent. Det er en varierende jobb og arbeidshverdag, og det er rom for kreativitet. Ingen dager er like – det er gøy!

De ni kriteriene viser hvor variert hverdagen kan være. Det å se at beoerne setter pris på aktivitetene som skjer, gir meg stor glede ved denne jobben. Det er ekstra gøy å se at det du jobber mot, lykkes og fungerer i praksis.



De ni livsgledekriteriene

-  Alle ansatte ved virksomheten skal vite om hva sertifiseringsordningen er, og hva det innebærer.
-  Virksomheten skal legge til rette for samarbeid med skoler, barnehager og andre organisasjoner.
-  Virksomheten skal legge til rette for at beboeren får komme ut i frisk luft *minst* en gang hver uke.
-  Virksomheten skal legge til rette for kontakt med dyr.
-  Virksomheten skal legge til rette for at beboeren får mulighet til å opprettholde sine hobbyer og fritidssysler.
-  Virksomheten skal legge til rette for sang, musikk og kultur i hverdagen.
-  Virksomheten skal legge til rette for å skape en hyggelig ramme rundt måltidet.
-  Virksomheten skal legge til rette for god kommunikasjon med pårørende.
-  Virksomheten skal legge til rette for å trekke årstidene inn som en naturlig del av hverdagen.

Hentet fra «Livsglede for eldre».

HMS i offentlig sektor er diffus, intetsigende og uten effekt

Jeg låner dette utsagnet fra seniorforsker ved Sintef, Solveig Osborg Ose, som veldig presist påpeker det som jeg vet mange føler på, men ikke er i posisjon til å hevde. Hun har gjennom mange års forskning på sykefravær og HMS et godt faktagrunnlag for å hevde dette.

Av Hans Jacob Busch

Jeg har også lånt et vers fra *Eg ser* av Bjørn Eidsvåg for gi et tidlig signal om at en viktig årsak til at HMS i offentlig sektor blir diffus, intetsigende og uten effekt, er mangelen på et godt vern mot de emosjonelle belastningene arbeidet gir. *Eg ser* er en god tekst med stor dybde og som i sin enkelhet rammer inn flere svar på hvordan vi bør forstå HMS – særlig som forebyggende og gjenopprettende tiltak i offentlig førstelinje. Studier viser at sosial og emosjonell støtte på jobb virker positivt på sykefravær (STAMI).

Helse, Miljø og Sikkerhet er begreper som kanskje har fremmedgjort mer enn de har vist vei – ikke for privat sektor som industri og petroleum, men for yrker i offentlig sektor med et helt annet og relativt høyt og uklart risikobilde. Jeg tenker på yrkene som gir oss velferd, yrker hvor arbeidets egenart er møter mellom mennesker. I kommuner og fylkeskommuner jobber det i dag cirka 400 000 innen helse, sosial og utdanning – førstelinjene. Dette er yrker med en kvinneandel på 80 prosent eller mer. Antall ansatte i sektoren har blitt tredoblet de siste 40 år – samtidig som kvinners deltakelse i

EG SER

Eg ser du har det vondt
Men eg kan ikkje grina
Alle tårene for deg
Du må grina de sjøl
Men eg vil grina med deg
Eg vil grina med
Utdrag fra tekst av Bjørn Eidsvåg - 2. vers.

lønnet arbeid har hatt tilsvarende vekst de siste 50 år. Når kampen for kvinners rett til lønnet arbeid langt på vei er vunnet, er den enn så lenge tapt når det gjelder å sikre godt nok vern av helsen på arbeid. Er sykefraværet for kvinner høyere enn menns fordi de er kvinner, eller fordi HMS er diffust i de kvinnedominerte yrkene?

Et normalt sykefravær i en stor populasjon ligger på fire-fem prosent. Normalt sykefravær gjenspeiler det faktum at vi mennesker blir syke, og vårt samfunn har tatt høyde for det og gitt oss som befolkning sikkerhet gjennom Folketrygdloven (1967) og sykelønnsordningen (1978). Når fraværsprosenten for store ansattgrupper overstiger normalverdien, er det blant annet et symptom på at vernet på jobb (HMS) ikke er godt nok. Førstelinjen i kommunal sektor har



Hans Jacob Busch har vært enhetsleder for Arbeidsmiljøenheten/BHT i Trondheim kommune i ti år.

et langt høyere sykefravær enn privat sektor.

Hva er det store deler av privat sektor lykkes med? Et åpenbart svar er at de har blitt treffsikre på å gi ansatte et kunnskapsbasert og godt vern mot helseskadelig eksponering. Eksponering er et godt begrep for å forstå HMS. Hvis vi i arbeid eksponeres for farlige kjemiske stoffer, skal vi bruke riktig verneutstyr som eliminerer eller reduserer faren for helseskader. Det samme gjelder eksponering for biologiske stoffer og fysiske og ergonomiske faktorer. Slik skal vi forstå det vi kaller for internkontrollforskriften.

PSYKISKE PLAGER ER FØLELSER

Psykiske plager og muskel- og skjelettlidelser er de to største diagnosegruppene blant sykmeldte i offentlig sektor (henholdsvis cirka 20 og 40 prosent), og psykiske plager fører ofte til fysiske plager i muskler og skjelett.

Arbeid i kommunal førstelinje ligner ikke på arbeid i privat sektor. I kommuner eksponeres de aller fleste for mennesker – som elever, barn, eldre, syke, klienter med mer, og i utgangspunktet oppfatter vi ikke slik eksponering som farlig. Det er også som oftest riktig. Arbeid i førstelinjen

gir mening, energi, motivasjon og glede – altså svært mye av de gode følelsene.

Men alle som jobber med mennesker, vet at arbeidet også gir mer enn nok av dårlige og vanskelige følelser. Dette snakker vi dessverre lite om, i alle fall på jobb. Jeg har over tid fått hundrevis av fortellinger fra ledere og medarbeidere som beskriver følelser som sinne, frykt, fortvilelse, skam, irritasjon, tilkortkommenhet, nedstemthet, tristhet og skamfullhet – for å nevne noen få av et bredt følelsesspekter. En barnevernspedagog er sjikanert på Facebook av grupper som hater barnevernet. En ergoterapeut ble utskjelt av en mor som mente at kommunen ikke gjorde nok for datteren hennes. En lærer så seg nødt til å bruke fysisk tvang mot en elev, mot egen overbevisning og verdier. Du vet hva jeg snakker om? Ikke om trusler og trusler om vold, som er et økende og alvorlig problem, men om de små og store hverdagsbelastningene på jobb. Belastninger som vi alt for enkelt ser oss nødt til å privatisere, det vil si ta med oss hjem. Dette må eller skal jeg tåle! Vi «beskytter» oss ofte med utsagn som «alle kan ikke jobbe som ergoterapeut eller som barnevernspedagog». Kanskje dette er noe av årsaken til 30 prosent turnover i barnevernet?

Arbeidshverdagen har utallige situasjoner som gir vonde og vanskelige følelser. Problemet er at vi sjelden snakker om disse følelsene, kanskje ikke til legen engang. Legen ser at du har det vondt, og du får en timeout og noe tid til å bearbeide følelsene fra jobb, alene eller sammen med dine nærmeste. Men legen går ikke skrittene med deg.

Arbeid for og med andre men-

nesker gir vonde og gode følelser. Det er helt normalt. Det er også her vernet bør ligge, ikke verneutstyret, men det vernet godt lederskap og medarbeiderskap kan gi, og i denne konteksten – det vi nå må begynne å definere som HMS i store deler av offentlig sektor. Skal vi lykkes, må ny HMS baseres på sikker kunnskap om risiko og vern, den må tilpasses den lokale konteksten (arbeidets egenart), settes inn i et hensiktsmessig system (forutsigbart og gjentakende) og, ikke minst, den må prege kulturen. Vi må akseptere at vi ikke kan forebygge all emosjonell belastning. Vi må derimot finne måter å gjenopprette på og hjelpe hverandre til å finne tilbake til god psykisk balanse.

EG SER

Det er her teksten *Eg ser*, eller *Eg ser* som verdiuttrykk, kan puste liv i HMS i offentlig sektor. «Jeg ser, jeg vet, jeg forstår, jeg handler, jeg bryr meg, jeg har erfart, jeg har tid, jeg setter av tid» kan utledes av første linje.

Eg ser du har det vondt, men eg kan ikke grina alle tårene for deg. Du må grina de sjøl, men eg vil grina med deg. Følelser er ikke farlige når jeg får fortelle om hvordan jeg har det akkurat nå, og reflektere sammen med deg om hvordan jeg kan forstå dem, alminneliggjøre dem, få avstand til dem og etter hvert le av dem. Du forteller meg ikke at jeg føler feil, du anerkjenner at jeg har de følelsene akkurat nå, og du forsøker ikke å ta fra meg ansvaret for meg selv. Du lar meg heller få se problemstillingene følelsene kommer fra, fra flere perspektiver – for akkurat nå har jeg ikke kontroll, skylapper og er passe selvcentrert.

Dette leser jeg ut av *Eg ser*. Jeg tror at vi må forstå at følelser

er den største risikoen for psykisk uhelse når vi jobber for og med andre mennesker. Derfor må vi bygge opp et godt vern, skape gode ladestasjoner på jobb – både hurtigladere og langladere mot utlading. Ledelse er sentralt. Det å lede er også å lade, men fundamentet er en ledende kultur i medarbeiderskapet.

Nå kan alt dette kanskje høres ut som lettvinde floskler, men lettvint er det så visst ikke. Dette dreier seg om å endre kulturer og enkeltindividers atferd. Jeg har 25 års erfaring i veiledning av arbeidsmiljøer med høyt konfliktnivå, mellom ledelse og medarbeidere og medarbeidere imellom. Arbeidsmiljøer med personkonflikter svekker det vernet vi trenger i arbeid med og for andre mennesker. Kanskje ligger også mye av årsaken til interne konflikter i det faktum at HMS i offentlig sektor er diffus, intetsigende og uten effekt.

Julen 2018 blir for mange en etterlengtet pause fra arbeid med tid til bearbeiding av vanskelige følelser fra eget arbeid. I en HMS-logikk må denne bearbeidingen skje på jobb, slik at vi går oppladet inn i julefreden. *God jul.*



Vi bør gå inn i ferien med oppladete batterier.

Ergoterapeutene gratulerer nye ergoterapispesialister

På spesialistrådsmøtet 2. november 2018 ble 17 nye ergoterapispesialister godkjent og syv regodkjent.

Av Anita Engeset

NYE ERGOTERAPISPECIALISTER

- Bente Iren Eide Nyland, ergoterapispesialist Barns helse
- Heidi Elisabeth Fløtten, ergoterapispesialist Barns helse
- Ann-Elin Johansen, ergoterapispesialist Eldres helse
- Hege Ragnhildsløkken, ergoterapispesialist Eldres helse
- Anita Wang, ergoterapispesialist Psykisk helse
- Mildrid Ofstad, ergoterapispesialist Somatisk helse
- Benedicte Bjordal, ergoterapispesialist Somatisk helse
- Katy Bartschick, ergoterapispesialist Somatisk helse
- Åshild Hove, ergoterapispesialist Somatisk helse
- Truls Johansen, ergoterapispesialist Somatisk helse
- Else Kristin Jensen, ergoterapispesialist Somatisk helse
- Olaus Lillehammer Laukeland, ergoterapispesialist Somatisk helse
- Elin Andresen Leistad, ergoterapispesialist Somatisk helse
- Jorunn Ellingsen, ergoterapispesialist Somatisk helse
- Therese Gjerde, ergoterapispesialist Somatisk helse
- Karin Hoegh Matre, ergoterapispesialist Somatisk helse
- Line Digerud Waagsaas, ergoterapispesialist Somatisk helse

REGODKJENNINGER

- Nina Levin, ergoterapispesialist Allmennhelse
- Kristin Adelheid Aurlen, ergoterapispesialist Allmennhelse
- Kari Gro Haakestad, ergoterapispesialist Arbeidshelse
- Kati Eline Langhaug, ergoterapispesialist Barns helse
- Susanne Følstad, ergoterapispesialist Somatisk helse
- Gunnbjörg Aune, ergoterapispesialist Somatisk helse
- Anne-Lene Sand-Svartrud, ergoterapispesialist Somatisk helse

HVA ER EN ERGOTERAPISPECIALIST?

En ergoterapispesialist er en ergoterapeut som har avansert kunnskap om ergoterapi og med en styrkning innen spesialistområdet. Ergoterapeutenes spesialistordning tar utgangspunkt i brukergrupper og helse- og velferdspolitiske prioriteringer for å tydeliggjøre ergoterapeuters kompetanse og rolle i samfunnet.

Spesialistordningen gjenspeiler nye og endrede kompetansebehov som følge av utviklingen i helse- og velferdstjenestene. Ergoterapeutenes forbundsinterne spesialistordning omfatter syv

spesialistområder: Allmennhelse, Arbeidshelse, Barns helse, Eldres helse, Folkehelse, Psykisk helse og Somatisk helse.

ERGOTERAPEUTENES SPESIALISTORDNING

I Ergoterapeutenes spesialistordning er det lagt vekt på at spesialistordningene skal være likeverdige med de sammenlignbare profesjonenes ordninger. Det kreves nå utdanning på masternivå med ergoterapifaglig eller relevant tverrfaglig master med 120 studiepoeng. Kandidaten må selv begrunne relevansen av masteren for sitt spesialistområde.

I revidert ordning er det lagt vekt på veiledet praksis. Læringsutbytte for det enkelte spesialistområdet og veiledning gitt av godkjent veileder skal sikre at den enkelte spesialistkandidat har de nødvendige kunnskaper og ferdigheter og den generelle kompetansen som er nødvendig for sitt spesialistområde. I kriteriene for spesialistgodkjenning inngår:

- autorisasjon som ergoterapeut og medlemskap i Norsk Ergoterapeutforbund
- ergoterapifaglig eller relevant tverrfaglig master med 120 studiepoeng



Anita Engeset er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

- tre års arbeidserfaring, hvorav to årsverk innenfor spesialistområdet
- veiledning og veiledet praksis
- fagutvikling og formidling

Fram til 31. desember 2020 kan søknader bli behandlet etter de gamle kriteriene. Kriteriene kan bli justert dersom myndighetene krever det for å innføre en offentlig godkjent spesialistordning.

KOMPETANSE ER FERSKVARE – FORNYING AV GODKJENNINGEN

Godkjenning gjelder for syv år fra og med vedtak i spesialistrådet. Regodkjenning vil kreve dokumentasjon av både teori og praksis innenfor spesialistområdet. Spesialistgodkjenningen bidrar på denne måten til å sikre nødvendig opprettholdelse av kompetanse og kvalitet i tjenestene, som opplever rask faglig utvikling. For å beholde spesialisttittelen må en søke om fornyet godkjenning eller regodkjenning.

ERFARINGER MED SØKNADER ETTER NY ORDNING

Det blir flere og flere som søker godkjenning med en master i bunnen. I år var fem av søknadene etter ny ordning. Masterstudiet i ergoterapi startet høsten 2016 ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Det er derfor ingen som til nå har søkt med en ergoterapifaglig master. De som søker med tverrfaglig master, har et fordypningsemne eller en masteroppgave med et tydelig ergoterapifaglig fokus. Kandidaten har begrunnet relevansen av valgemnet, og komiteene har brukt faglig skjønn i vurderingen. Veiledet praksis er nytt i denne ordningen og er blant annet en tilpasning for å imøtekomme krav til en offentlig godkjenning. Veiledet praksis krever målrettet plan-

legging av gjennomføringen av veiledningen for å sikre nødvendig kompetanse innen det aktuelle fagområdet. Mange søkere opplever utfordringer med å nå dette målet, ofte fordi de oppdager kravet for sent. Ergoterapeutene må derfor vurdere å gjøre noen grep for å tydeliggjøre og tilrettelegge ytterligere for veiledet praksis i spesialistordningen.

ØNSKER FLERE ERGOTERAPISPECIALISTER

Ergoterapeutene har 145 godkjente ergoterapispesialister. Av disse er elleve innen Allmennhelse, åtte innen Arbeidshelse, 18 innen Barns helse, 14 innen Eldres helse, én innen Folkehelse, 21 innen Psykisk helse og 72 innen Somatisk helse. Antallet spesialister hadde vært langt høyere hvis flere spesialister søkte regodkjenning. Ergoterapeutene vil ha flere nye ergoterapispesialister. Er du allerede spesialist, husk å fornye godkjenningen din før den går ut.

Mange arbeidsgivere innser at arbeidstakere med høy kompetanse er en forutsetning for å utvikle tjenester med høy kvalitet. Derfor er det viktig at medlemmene våre svarer på denne utfordringen med å dyktiggjøre seg enda mer i faget.

Arbeidstakere med høy kompetanse har ikke bare et fortrinn når de konkurrerer om ledige stillinger, men har også et godt argument i lønnsforhandlinger. Kollegaer i andre helseprofesjoner har tilsvarende spesialistordninger. På mange områder samarbeider vi, og på enkelte konkurrerer vi, om de samme stillingene. Da må også ergoterapeuter ha mulighet til å vise til dokumentert kompetanse utover grunnutdanningen. Ved ellers like utdanningsnivåer kan spesialist-

kompetanse utgjøre en forskjell ved ansettelser. Ergoterapeutforbundet ser fram til å motta flere søknader om å bli ergoterapispesialist, slik at flere medlemmer opplever faglige og økonomiske gevinster, og slik at ergoterapi blir et enda mer tydelig, kunnskapsbasert fag. Slik blir spesialistordningen lønnsom for alle. Søknadsfrist er 15. september hvert år.

TAKK FOR GOD INNSATS I ÅRETS GODKJENNINGSRUNDE

Ergoterapeutene vil takke alle i komiteene og rådet for fantastisk innsats ved årets godkjenninger. Spesialistkomiteene er sammensatt av ergoterapeuter som har utmerket seg innen det aktuelle fagområdet, fortrinnsvis ergoterapispesialister.

Det oppnevnes én spesialistkomité for hvert av de syv spesialistområdene. Lederne i spesialistkomiteene utgjør spesialistrådet. I 2017 ble det oppnevnt nye spesialistkomiteer og råd for landsmøteperioden 2017–2020. Oversikt over spesialistkomiteer og råd finnes her: <https://www.ergoterapeutene.org/forbundet/organisasjonsledd-styrer-komiteer-utvalg/>

SPECIALISTKOMITEER OG RÅDETS OPPGAVER

Det legges ned et stort frivillig arbeid i behandling og godkjenning av ergoterapeuters spesialistkompetanse. Hver komité gjennomgår og vurderer individuelle søknader om spesialistgodkjenning ut fra gjeldende krav og lager en innstilling til spesialistrådet. Spesialistrådet vedtar eller avslår søknadene på bakgrunn av innstillingen fra komiteen. I tillegg er spesialistkomiteene rådgivende instans eller høringsinstans for forbundet i saker knyttet til deres spesialistområde.

MIDLERTIDIG ANSATT I FLERE ÅR

Når har du krav på fast stilling?

Utgangspunktet og hovedregelen i norsk rett er at arbeidstaker skal være fast ansatt. Likevel er det mange ergoterapeuter og mange andre yrkesgrupper som ansettes midlertidig og jobber midlertidig i flere år.

Av Berit Førli

Helt siden andre verdenskrig har det vært et viktig tema å være fast ansatt. Fast ansettelse er verdifullt både av hensyn til samarbeid på arbeidsplassen, trygghet for arbeidsgiver og ikke minst trygghet for arbeidstaker. En fast ansatt vil i større grad føle at han eller hun kan være med på beslutninger, samarbeide bedre og være opptatt av et godt resultat for virksomheten. Det betyr ikke at en midlertidig ansatt ikke vil gjøre en god jobb, men det er nok et moment i det totale bildet at en fast ansatt som føler trygghet til arbeidet, automatisk vil føle seg mer knyttet til arbeidsplassen og også vil være opptatt av å trygge virksomheten.

At arbeidstakerne er fast ansatt, kan også muligens føre til størst mulig grad av likebehandling av de ansatte. Dette kan igjen bidra til større engasjement hos alle de ansatte, bedre samarbeid, større åpenhet og muligheter for tilbakemeldinger til arbeidsgiver.

Å være fast ansatt gir videre økonomisk trygghet og forutsigbarhet, bedre pensjonsrettigheter, rett til utvidet stilling og sterkere oppsigelsesvern for den ansatte.

HVOR LENGE KAN EN ANSATT GÅ MIDLERTIDIG I EN STILLING?

En ansatt som har gått sammenhengende i midlertidige stillinger i mer enn tre eller fire år, er å anse som fast ansatt.

Midlertidig ansatte i staten har rett til fast stilling etter tre år. Dette fremgår av statsansatteloven paragraf 9. Jeg går ikke nærmere inn i reglene om statsansatte.

For å kunne avgjøre hvorvidt det er tre- eller fireårsregelen som gjelder, må en ha oversikt over de ulike hjemlene til å ansette midlertidig i arbeidsmiljøloven paragraf 14-9 første ledd bokstav a-f. Hvilken regel som gjelder, fremgår videre også av de forskjellige arbeidsavtalene som inngås.

Arbeidstakere som har gått i stillinger hvor arbeidet er av midlertidig karakter (bokstav a) i fire sammenhengende år, regnes som fast ansatt. Hvis arbeidstakeren har gått i vikariat (bokstav b) eller er midlertidig ansatt etter den nye generelle adgangen (bokstav f), regnes vedkommende som fast ansatt etter tre år. Ved en kombinasjon av de ulike hjemlene er det tre år som gjelder.

Man kan være midlertidig



Berit Førli er advokat i Ergoterapeutene.

ansatt på generelt grunnlag (paragraf 14-9 bokstav a). Da er en ikke ansatt i stedet for en annen person. Dersom en derimot er ansatt i stedet for en annen person, for eksempel fordi en ansatt går ut i permisjon, brukes betegnelsen vikariat (paragraf 14-9 bokstav b).

ARBEIDSGIVER HAR EN DRØFTINGSPLIKT

Arbeidsgiver skal drøfte virksomhetens bruk av midlertidige ansettelser med de tillitsvalgte minst én gang per år. Dette fremgår av arbeidsmiljøloven paragraf 14-9, første ledd. I KS skal det drøftes to ganger i året, jmfør Hovedtariffavtalen i KS paragraf 2.3.2. Drøftingene skal inkludere grunnlagene for de midlertidige ansettelsene, omfanget av slike ansettelser og konsekvensene av midlertidige ansettelser på arbeidsmiljøet.

I arbeidsmiljøloven vil «tillitsvalgt» kunne være fagforenings-tillitsvalgte, verneombud, arbeidsmiljøutvalget eller andre valgte representanter for arbeidstakerne. Arbeidstilsynet fører tilsyn med at drøftingsprosessen faktisk blir gjennomført.

HVORDAN GÅR DU FRAM FOR Å KREVE FAST STILLING?

Finn fram timelister og lønns slipper. Dette dokumenterer hvor mye du har arbeidet. Beregn hvilken stillingsprosent du faktisk har arbeidet. Har du jobbet mer på slutten av perioden, kan du dokumentere at det er denne stillingsprosenten du er ansatt i.

Lever skriftlig krav til arbeidsgiver, for eksempel i form av en e-post. Krev en arbeidsavtale der det fremgår at du er fast ansatt. Vurder om du samtidig også skal kreve høyere lønn og eventuelt andre bedre lønnsbetingelser.

Er du medlem i Ergoterapeutene, kan du drøfte situasjonen med din tillitsvalgte. Dersom du ikke har en tillitsvalgt, kan regionen eller forbundskontoret være aktuelle drøftingspartnere og bidragsyttere.



Etter tre eller fire år i midlertidig stilling er man å anse som fast ansatt.

Fordi det går litt opp og ned

Du vet selv hvor fort det kan svinge – fra perioder med romslig økonomi til trange regningsmåneder hvor du må strekke lommeboka i alle retninger. Med Cresco Unique kan du gjøre ut svingningene med lån og sparing på samme smarte konto – til svært gode vilkår.

Smarte fordeler for medlemmer i Norsk Ergoterapeutforbund:

- 1,25 % sparerente fra første krone
- Ingen begrensninger i antall uttak
- Gebyrfrie varekjøp i hele verden
- Gebyrfri betaling av regninger i nettbanken
- Inntil 75 000 kroner i kreditt
- «Halv» kredittrente sammenlignet med ordinære kredittkort
- Fleksibel tilbakebetaling



Søk nå og les mer på www.cresco.no/unique

Nom. kredittrente: 10,95 %. Eff. rente 16,0 %, 15.000 o/ 12 md., totalt kr 16.242,-. Priser og betingelser gjelder per 01.03.2017, og kan bli endret.

Ergoterapeutenes tildeling av FoU-midler 2018

Av Solrun Nygård

Ved fristens utløp var det innkommet 13 søknader med et samlet søknadsbeløp på 1 541 000 kroner.

Den økonomiske rammen for FoU-midler er vedtatt av landsmøtet. For 2018 var det avsatt 500 000 kroner. Av disse har Forbundsstyret avsatt 100 000 til egen disposisjon i tilfelle det skulle oppstå behov for å kjøpe bistand til utredning av fagpolitiske spørsmål. Kun 20 000

av disse er brukt, så Forbundsstyret økte potten for tildeling til FoU-søknadene 2018 til 480 000 kroner.

Forbundsstyret har vedtatt at prioritering for tildeling skal følge satsningsområdet i Handlingsplanen i 2018, som er «Ergoterapeuters kompetanse innen arbeidshelse skal være kjent og etterspurt».

FØLGENDE PERSONER OG PROSJEKTER HAR FÅTT FOU MIDLER 2018:

Navn:	Prosjekt:	Beløp:
Liv Grethe Kinn	Useful Components of Job Support – IPS Employees Experiences Fokusgruppeintervju med personer med alvorlig psykisk lidelse som har/har hatt oppfølging gjennom IPS. Hvilke erfaringer har de? Hva mener de var positivt/negativt i oppfølgingen? Hva vil de trekke fram som nyttig jobbstøtte?	kr 8000
Randi Wågø Aas	IPS – en modell som kan endre «psykisk helse- og rusfeltet» mot et sterkere fokus på arbeid og deltakelse Kvalifisering av ergoterapeuter i IPS-praksis og IPS-effekter. Utvikle et gratis e-hefte og webinar, samt minikurs og onlinekurs til ergoterapeuter og ergoterapistuderenter om IPS-praksis og IPS-effekter. Mål er å kvalifisere ergoterapeuter i IPS-metodikken og nyansert kunnskap om effekter av IPS. Styrking av kvaliteten på IPS-praksis gjennom bidrag fra ergoterapifagets kunnskapsgrunnlag.	kr 125 000
Elin Andersen Leistad	Arbeidsdeltakelse ved inflammatorisk revmatisk sykdom. Hva kan ergoterapeuter bidra med? Arbeid er løftet fram som et viktig fokusområde innen revmatologisk rehabilitering i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet skal drive strukturert utvikling av dagens praksis for å kunne jobbe kunnskapsbasert. For at tiltak skal tas inn i behandlingskjeder, må det kunne vises til at det er kunnskapsbasert. Samarbeid med NKRR. Et delmål med prosjektet er å utvikle nettverk for ergoterapeuter som jobber med arbeidsdeltakelse for revmatikere. Fagutviklingsprosjekt.	kr 130 000
Christina Mol Slettenes og Anne Østensen	Ergoterapeuters bidrag til arbeidsevnevurdering av pasienter med kompleks epilepsi Statens Senter for Epilepsi (SSE) har egne arbeidsevnevurderingsopphold hvor ergoterapeuter brukes i liten grad. Prosjektet ønsker å synliggjøre ergoterapeuters rolle og kompetanse ved å utvikle et undervisningsopplegg til internt bruk på SSE, utarbeide sjekkliste over hva ergoterapeutene bør kartlegge under et arbeidsevnevurderingsopphold og linke til aktuelle ergoterapeutiske kartleggingsverktøy	kr 38 000
Ingvild Thorsrud Eidsaas og Malin Mongs	Utvikle ergoterapeuters rolle innen spesialisthelsetjenesten til personer med kreft Studier viser at det er økt risiko for å falle ut av arbeid etter kreftsykdom. Synliggjøre ergoterapeuters kompetanse i forhold til at arbeidsdeltakelse skal være en del av strategien for ergoterapeuters bidrag i rehabilitering av kreftpasienter.	kr 7000
Tina Kopseng	Spørreskjema om aktivitet og deltakelse i samfunnet. Community Integration Questionnaire – Revised, CIQ-R oversatt til norsk CIQ-R vektlegger deltakelse i aktiviteter utenfor hjemmet, som arbeid/utdanning og deltakelse i sosiale nettverk ved bruk av teknologi.	kr 100 000

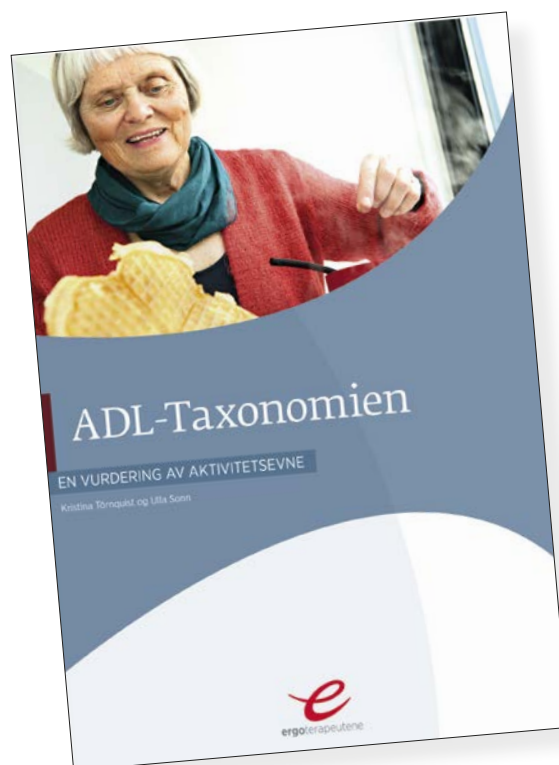
ADL-TAXONOMIEN I ERGOTERAPEUTENES NETTHANDEL

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.



VI OPPFORDRER ALLE TIL Å BIDRA TIL LØNNSUNDERSØKELSEN 2018

Desember er tid for lønnsundersøkelse. Rapporten brukes mye av både medlemmer, tillitsvalgte og på forbundskontoret. Kvaliteten blir bedre jo flere som deltar.

DU KAN VINNE GAVEKORT

Hvert enkelt medlem betyr mye i en liten organisasjon. Derfor er ditt bidrag til undersøkelsen så viktig. Som en ekstra gulrot trekker vi et gavekort på 1000 kroner blant de som deltar.

FÅ BEDRE BETINGELSER

Resultatene fra lønnsundersøkelsene kan du bruke til å argumentere for høyere lønn i forhandlinger, ved tilsetninger eller i andre sammenhenger der lønns- og arbeidsforhold er et tema. Konkret kan dette være:

- Sjekke om du lønnsmessig er på rett nivå
- Lokale lønnsforhandlinger
- Finne ut hvilket lønnsnivå du kan forvente ved skifte av jobb
- Forventet lønnsutvikling i yrket over tid

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

AMBISIØS HANDLINGSPLAN

Aktivitet og deltakelse i hele forbundet

Forbundsstyret har pekt ut retning for Ergoterapeutenes arbeid i 2019 og har denne høsten vedtatt en handlingsplan der satsingsområdet er *Deltakelse og mestring for eldre*.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

I kvalitetsreformen for eldre, *Leve hele livet*, er Ergoterapeutenes innspill blitt hørt og referert til. Denne meldinga er så viktig at forbundsstyret hadde den som utgangspunkt da de valgte *Mestring og deltakelse for eldre* som satsingsområde neste år.

– For første gang har en stor-

tingsmelding om eldre vektlagt ressurser, mestring og deltakelse framfor passiv pleie, sykdom og sykehjem. Det var på tide, sier forbundsleder Nils Erik Ness.

AMBISIØS HANDLINGSPLAN

Forbundsstyret har pekt ut retning for Ergoterapeutenes arbeid i 2019 og har nylig vedtatt en

handlingsplan der satsingsområdet er *Deltakelse og mestring for eldre*.

– Når regjeringen samtidig gjennom stortingsmeldinga *Leve hele livet* har presentert en eldre-reform som roper etter ergoterapeuter, må vi bare ta med oss engasjementet og kreativiteten inn i et nytt år, sier forbundslederen.

2019 er også et år for kommunvalg i den kommunen du bor i.

– Vi skal skolere oss i påvirkningsarbeid, utvikle materiell og sørge for at ergoterapeuters bidrag til å gjøre hverdagslivet mulig og til bærekraftige helsetjenester blir kjent både for dem som stiller til valg, dem som velger, og dem som blir valgt, sier Ness.

AKTIVITET DER DU ER

I handlingsplanen har Ergoterapeutenes seks regioner lagt opp til stor aktivitet for å støtte opp om hovedsatsingsområdet og målene som ble satt av landsmøtet høsten 2017.

Regionene våre er som alltid takknemlige for innspill til konkrete aktiviteter.

– I handlingsplanen har alle



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



– Regionene har uttrykt et ønske om at tillitsvalgte kan søke midler til støtte for lokale arrangementer, forteller generalsekretær Toril Laberg.



– Det er opp til den enkelte ergoterapeut og tillitsvalgte om vi klarer å ta i bruk det mulighetsrommet vi har oppnådd, sier Nils Erik Ness.

regionene uttrykt et ønske om at tillitsvalgte kan søke midler til støtte for lokale arrangementer, forteller generalsekretær Toril Laberg.

Hun oppfordrer tillitsvalgte til å ta kontakt med sin region.

GEVINSTEN AV HOVEDSAT- SINGSOMRÅDER OG SPISSET INNSATS

Helt siden suksessen med hverdagsrehabilitering har Ergoterapeutene hatt gode resultater med å innrette den målrettede innsatsen mot et hovedsatsingsområde.

– I et forbund med begrensede ressurser har vi på denne måten likevel klart å skaffe oppmerk-

somhet og forståelse for ergoterapeuters kompetanse til å løse samfunnets utfordringer, sier Nils Erik Ness.

Dette har ført til stillingsvekst de siste årene og en nysgjerrighet og forståelse for faget, som også har kommet alle ergoterapeuter til gode. Han er spesielt glad for den responsen forbundet har fått innenfor spesialisthelsetjenesten og barns helse denne høsten.

LEVE HELE LIVET – OPPFØL- GING I LOKALE PLANER

Leve hele livet vil bli en del av de enkelte kommuneplanene i 2019.

– Meldinga skriker etter ergoterapeuters kompetanse. Her er det mulighetsrom for flere ergo-

terapistillinger, slår forbundsleder fast.

Han oppfordrer derfor ergoterapeuter til å:

- være i forkant ved å lese stortingsmeldinga *Leve hele livet*
- delta med innspill eller delta i kommuneplanarbeidet
- alliere seg med andre med felles interesser, for eksempel kollegaer, eldreråd eller Pensjonistforbundet

– Nå er det faktisk opp til den enkelte ergoterapeut og tillitsvalgte om vi klarer å ta i bruk det mulighetsrommet vi har oppnådd, og sikre at Ergoterapeutenes stemme blir hørt i kommunene, avslutter Nils Erik Ness.



HELIOS
Anatomic

NYTT I NORGE

Helios korset-vest
Stabilitet med bevegelse –
i samarbeid med bandagister
fys/ergoterapeuter

Corset Vest

Book et Skype  / FaceTime  videomøte
for produktdemonstrasjon
www.helios-anatomic.dk
Kildegårdsvej 8 c · DK 2900 Hellerup · +45 3251 6517



FÅ EN FUNGERENDE HVERDAG

Uro, angst eller søvnproblem?
Vi i Somna Hjelpemidler tilbyr sansestimulerende hjelpemidler som baseres på vekt, trykk og en omfavnende effekt.

Vår **Kjededyne™**, **Kjedeteppes™** og **Kjedevest™** er utviklet for å kunne gjøre hverdagen enklere uten bivirkninger, samt stimulere til egenaktivitet.

somna®
HJELPEMIDLER

Vil du vite mer om våre produkter eller ønsker du en utprøving?
Ta kontakt med oss på info@somnahjelpemidler.no så hjelper vi deg.

Forbedret forsikring

Vet du at Ergoterapeutenes obligatoriske forsikring blir vesentlig forbedret med Kritisk sykdomsforsikring inkludert?

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt på Ergoterapeutenes forsikringskontor.

Den obligatoriske forsikringen består i dag av tre dekninger:

- Livsforsikring for medlem
- Uføreforsikring for medlem
- Familieulykkesforsikring

Med virkning fra første januar 2019 blir dekningen *Kritisk Sykdom* inkludert i den obligatoriske forsikringen. Ergoterapeutenes forsikringspakke er dermed utvidet med en viktig forsikring få har maken til.

FORSIKRINGSSUMMENE FRA 2019

- Kroner 400 000 til etterlatte ved dødsfall
- Inntil kroner 320 000 dersom du blir arbeidsufør
- Inntil kroner 1 500 000 dersom du blir invalid som følge av ulykke
- Kroner 50 000 ved kritisk sykdom

HAR DU GODE FORSIKRINGER GJENNOM JOBBEN?

Ergoterapeutenes forsikringer utbetales i tillegg til andre ordninger du har gjennom jobb eller andre steder. Det er altså ikke samordning.

NB: Etter det vi kjenner til, har ingen medlemmer Kritisk sykdomsforsikring gjennom jobb.

HVA DEKKER KRITISK SYKDOMSFORSIKRING?

- Forsikringssum: kr 50 000
- Sykdommer: hjerteinfarkt, hjerneslag, gjennomført hjerteroperasjon, angioplastikk, alvorlig kreftsykdom, hjernesvulst, multippel sklerose, motornevrosyndrom, tap av taleevnen, nyresvikt, organtransplantasjon, parkinson, døvhets, blindhet, lammelser, store brannskader, tap av ben og armer.

For detaljer vises det til forsikringsbevis og vilkår.

REGLER FOR KRITISK SYKDOMSFORSIKRING

- Forsikringen utbetales ved diagnose av en av de kritiske

sykdommene ovenfor.

- De første 90 dagene gjelder den kun for ulykkeshendelser.
- Forsikringen gjelder ikke dersom du har reservert deg mot deltakelse i den obligatoriske forsikringen.

HVA MED OPPHØRSALDER?

Tidligere gjaldt forsikringen ut det året man fylte 67 år. Med virkning fra 2019 kan man ha den obligatoriske forsikringen ut det året man fyller 70 år. Livsforsikringen og ulykkesforsikringen vil gjelde til 70 år, Kritisk sykdom til 67 år og uføreforsikringen til 60 år.

Spørsmål? Kontakt Ergoterapeutenes forsikringskontor, telefon 22 05 99 15.



Har du boliglån?

Spar inn hele eller deler av kontingenten!

Dine Penger har sett nærmere på hvor mye du kan spare årlig dersom du er medlem i en fagforening og velger å takke ja til lånetilbud med ekstra gode medlemsbetingelser.

«Den aller største prisforskjellen fant vi i Storebrand, der Unio-medlemmer kan spare 19 992 kroner, hvis man sammenligner med bankens ordinære boliglån», skriver Dine Penger.

Dette tilbudet fra Storebrand har regions- og forbundsstyremedlem Tonje Hansen Guldhav benyttet seg av:

- Jeg har spart inn hele medlemskontingenten, og mer enn det, i løpet av et år ved å benytte rentefordelen, forteller hun entusiastisk.

Oppfordringen fra Tonje er klar:

- Bytt bank, eller snakk med banken du har.

Kanskje du også har penger å spare? Og ikke minst: Spre budskapet, både til medlemmer og ikke-medlemmer.

Du kan lese om hvordan du kan spare inn medlemskontingenten her: www.storebrand.no/unio.



Regions- og forbundsstyremedlem Tonje Hansen Guldhav har spart inn hele medlemskontingenten ved å benytte seg av medlemstilbudet fra Storebrand.

FoU-midler 2019

Forbundsstyret har i arbeidet med Handlingsplan 2019 satt *Mestring og deltakelse for eldre* som hovedsatsningsområde.

Prioritering ved tildeling av FoU midler i 2019 skal bygge opp om dette satsningsområdet.

Prosjekter med fokus på «Mestring og deltakelse for eldre» vil derfor bli prioritert, og særlig prosjekter som kan dokumentere kost-nytte av ergoterapeuters bidrag innen dette feltet.

Søknadsfrist 15.09. 2019.

Oppdater din kompetanse.
Ta et kurs!

ergoterapeutene.org/kurskalender



Ergoterapeutenes arrangementsplan 2019

Type	Start	Slutt	Kurs/arrangement
Fag	1. januar	etter 8 uker	Lær arbeidsplassvurdering
Fag	Kontinuerlig	Kontinuerlig	Minikurs: Lær arbeidsplassvurdering til sykmeldte på 1-2-3
Organisasjon	16. januar	16. januar	Forbundsstyret
Tariff	22. januar	23. januar	Grunnkurs 1
Organisasjon	29. januar	30. januar	Vinterkurset
Fag	31. januar	1. februar	Fagkurs, Aktivitetskalkulator
Fag	5. februar	6. februar	Fagpolitisk konferanse
Fag	26. februar	26. februar	Årsmøte og fagpolitisk dag
Tariff	5. mars	6. mars	Grunnkurs 2, KS
Organisasjon	7. mars	8. mars	Forbundsstyret
Fag	12. mars	13. mars	Fagpolitisk konferanse / årsmøte
Fag	26. mars	27. mars	ADL-Taxonomien
Organisasjon	13. mai	13. mai	Forbundsstyret
Fag	Mai	Mai	Fagpolitisk konferanse, «Leve hele livet»
Fag	Våren	Våren	Velferdsteknologi som middel til aktivitet og deltakelse
Fag	Våren	Våren	Ergoterapi, mestring og deltakelse for eldre
Fag	Våren	Våren	Ergoterapi, mestring og deltakelse for eldre
Organisasjon	12. juni	13. juni	Forbundsstyret
Fag	3. september	4. september	Kurs for ledere i kommunehelsetjenesten
Organisasjon	12. september	12. september	Forbundsstyret
Tariff	17. september	18. september	Grunnkurs 2
Fag	23. september	27. september	AMPS-kurs
Fag	1. oktober	3. oktober	P-Drive-kurs
Tariff	15. oktober	16. oktober	Grunnkurs 2, KS
Organisasjon	16. oktober	17. oktober	Forbundsstyret
Tariff	12. november	12. november	Grunnkurs 2, Spekter
Tariff	13. november	13. november	Spekter, lokalt avtaleverk
Tariff	Høst	Høst	Grunnkurs 2, Virke
Tariff	Høst	Høst	Grunnkurs 2, Stat
Tariff	Høst	Høst	Grunnkurs 2, Oslo kommune
Organisasjon	11. desember	12. desember	Forbundsstyret

Arrangør	Sted
Forbundskontoret	Nettkurs
Forbundskontoret	Nettkurs
Forbundskontoret	Skype
Forbundskontoret	Oslo
Forbundskontoret	Lillestrøm
Ergoterapeutene Sør	Kristiansand
Ergoterapeutene Sør	Larvik
Ergoterapeutene Nord	Bodø
Forbundskontoret	Oslo
Forbundskontoret	Forbundskontoret
Ergoterapeutene Øst	Scandic Ambassadeur, Drammen
Forbundskontoret	Oslo
Forbundskontoret	Skype
Ergoterapeutene Midt	Kristiansund
Forbundskontoret	Oslo
Forbundskontoret	Region Øst
Forbundskontoret	Region Midt
Forbundskontoret	Forbundskontoret
Forbundskontoret	Ullevål stadion, Oslo
Forbundskontoret	Forbundskontoret
Forbundskontoret	Sandefjord
Forbundskontoret	Oslo
Forbundskontoret	Oslo
Forbundskontoret	Tromsø
Forbundskontoret	Forbundskontoret
Forbundskontoret	Bergen
Forbundskontoret	Bergen
Forbundskontoret	Oslo
Forbundskontoret	Oslo
Forbundskontoret	Oslo
Forbundskontoret	Forbundskontoret



Kognitiv atferdsterapi – også for ergoterapeuter ved somatiske helsetjenester

Av Kati Langhaug



*Kati Langhaug er ergoterapispesialist i barns helse og arbeider ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nevrologi-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken, Ergoterapi, logopedi og sosionomseksjon.
E-post kati.langhaug@unn.no*

Sammendrag

Kognitiv atferdsterapi (KAT) har vist seg å være en effektiv behandlingsmetode på flere ulike tilstander hos barn og unge (Berge & Repål, 2013; Graham & Reynolds, 2013; Grova, 2011). Kognitiv atferdsterapi brukes blant annet ved Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) i de fleste sykehus, men er etter min erfaring mindre utbredt i somatikken. Jeg tok videreutdanning i «Kognitiv atferdsterapi for barn og unge i spesialisthelsetjenesten» ved Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet (UiT) og har erfart tilnærmingen som svært nyttig i arbeidet mitt i somatisk sykehus. Jeg ønsker i denne artikkelen å beskrive hva kognitiv terapi er, og hvorvidt det er et hensiktsmessig og nyttig redskap for ergoterapeuter. Artikkelen er basert på sluttoppgaven min ved ovennevnte videreutdanning. Metodisk har jeg benyttet meg av relevant litteratur kombinert med egen klinisk erfaring. Litteraturen som er benyttet i denne artikkelen, har jeg kommet frem til ved å bruke databaser jeg har hatt tilgang til via universitetsbiblioteket, i tillegg til pensumlitteratur til videreutdanningen. Jeg har prioritert norske bøker og artikler der det har vært tilgjengelig. Jeg har valgt å bruke både betegnelsen «barn» og «pasienten» i artikkelen, men kunne like gjerne ha brukt ordet ungdom eller klient. Det meste som omtales i artikkelen vil også være gjeldende for voksne.

Nøkkelord: kognitiv atferdsterapi, ergoterapi, barn og unge, somatikk

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Hva er kognitiv atferdsterapi?

Kognitiv terapi som tilnærming metode ble dannet av Aaron Beck tidlig på 1960-tallet for å bli brukt med deprimerte pasienter. Metoden er blitt utviklet videre av flere behandlere og er tatt i bruk ved en rekke ulike tilstander (Beck, 2011). Behandlingsmetodene er basert på forståelsen for at tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner er knyttet til og påvirker hverandre (Martinsen & Neumer, 2012). Målet med behandlingen er vedvarende emosjonell og atferdsmessig endring hos pasienten ved å endre dennes dysfunksjonelle tankemønstre (Beck, 2011). Dette kalles kognitiv restrukturering. I den siste fasen av kognitiv restrukturering assimileres den nye informasjonen, og mer balanserte og funksjonelle kognisjoner utvikles. Det skjer øking og utvikling av ferdigheter både i emosjonelle og atferdsmessige domener (Stallard, 2013). Det vil si at pasienten får en økt forståelse for sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og handlinger i gitte situasjoner. Pasienten skal også ha fått mestringsopplevelser i utfordrende situasjoner og vil endre sitt atferdsmønster før, under og etter utfordrende situasjoner. De nye ferdighetene må implementeres i hverdagen (Stallard, 2013).

Målet med kognitiv atferdsterapi er ikke å bli kvitt alt ubehag eller løse alle problemer, men å gi pasienten ferdigheter som gjør at han eller hun klarer å stå i utfordrende situasjoner. Pasienten skal også lære seg mer hensiktsmessige måter å håndtere eventuelle nye utfordringer de kan møte i sitt liv på. Pasienten blir på en måte sin egen terapeut og lærer å hjelpe seg selv (Beck, 2011).

BEHANDLINGSFORLØP

Behandlingen starter med kartlegging, som følges av behandlingsperiode og fortløpende evaluering. Behandlingens varighet varierer fra korte intensive forløp på noen få dager (for eksempel behandling av fobier) til ett til to år lange behandlingsforløp (for eksempel traumefokusert kognitiv atferdsterapi). En behandlingstime varer vanligvis 45 minutter, men dette kan variere. Behandlingstimene er strukturerte og innebærer humørsjekk, gjennomgang av hjemmeoppgave, plan for timen, jobbing med dagens tema, ny hjemmeoppgave, oppsummering og tilbakemelding (Beck, 2011). Før avslutning av terapien jobbes det med tilbakefallsforebygging. Noen ganger er det hensiktsmessig med en eller flere «booster sessions» etter endt behandlingsperiode for å forsterke behandlingseffekten (Beck, 2011).

KARTLEGGING OG KASUSFORMULERING

Kartlegging av barnets utfordringer skjer ved hjelp av intervju (barn, foreldre og for eksempel lærer), observasjon og eventuelt ulike tester. I kognitiv atferdsterapi brukes kasusformulering som redskap for å organisere og systematisere informasjon fra kartleggingen. Kasusformulering er en samling av informasjon om barnets situasjon og ansees å være et grunnleggende premiss for å kunne utøve god kognitiv atferdsterapi (Martinsen & Hagen, 2012). Kasusformuleringen gir en samlet oversikt over informasjon om barnet og dets omgivelser samt funnene i kartleggingen. Den gir terapeuten retning og et utgangspunkt for å kunne gå videre i det terapeutiske arbeidet (Friedberg & McClure, 2002; Skjerve, 2011). I arbeidet med pasienten bruker jeg som terapeut kasusformuleringen til å skaffe oversikt over kontekstuelle (blant annet kultur), predisponerende (for eksempel forsinket utvikling), utløsende (en spesifikk hendelse eller belastning over tid), opprettholdende (for eksempel unngåelse) og beskyttende (for eksempel trygg tilknytning, gode vennerelasjoner) faktorer hos pasienten og i dens nettverk (Jensen, Granly, Hoaas & Stormyren, 2012). Underveis kan det komme frem opplysninger, som krever at jeg justerer den opprinnelige kasusformuleringen. Ifølge Skjerve (2011) er kasusformulering et dynamisk redskap som kan endres eller tilføyes ny informasjon som eventuelt kommer frem i det videre arbeidet med pasienten.

INTERVENSJON

Intervensjoner innen KAT kombinerer spesifikke teknikker som fokuserer på kognitive, emosjonelle og atferdsmessige domener (Stallard, 2013). Behandlingen består av blant annet psykoedukasjon, spørsmålsteknikker, utforskning ved hjelp av både tiltenkte og reelle atferdsekspesimenter, eksponering, avspenning og pusteteknikker. Behandlingen forutsetter aktiv deltakelse fra pasienten (Beck, 2011). Barnets utviklingsnivå, heller enn kronologisk alder, er med på å gi retning på hvorvidt man har fokus på kognitive prosesser eller på atferd, samt i hvilken grad foreldrene skal involveres (Martinsen & Hagen, 2012). Metakognitive metoder kan brukes, men egner seg mer for ungdommer (Haugland, 2011; Friedberg & McClure, 2002; Martinsen & Hagen, 2012).

PSYKOEDUKASJON OM TANKER, FØLELSER, KROPPEN OG ATFERD

Ifølge Martinsen og Hagen (2012) står psykoedu-

kasjon sentralt i kognitiv atferdsterapi. Målet er at både barnet og foreldrene får en bedre forståelse av symptomer samt opprettholdende mekanismer. Samarbeidet mellom behandleren, barnet og foreldrene er derfor åpent (Stallard, 2013). Newman Kingery et al. (2006) har beskrevet at behandlingen skal tilpasses barnets utviklingsnivå, og dets modenhet skal være retningsgivende for hvordan man arbeider med kognisjoner. Behandlingen inneholder elementer av ulike atferdsintervensjoner (for eksempel eksponering), kognitive mestingsstrategier, affektiv opplæring (kjenne igjen og håndtere ulike følelser) og øving av ferdigheter for å håndtere fysiologiske reaksjoner (skjelving, muskelspenning, besvimelse, pustevansker) (Martinsen & Neumer, 2012). Det er terapeutens oppgave å hjelpe pasienten med å lære å differensiere tanker og følelser, synliggjøre hvordan disse påvirker atferden i gitte situasjoner, og hvordan atferden igjen kan påvirke både fysiologiske reaksjoner, følelser og tanker. Ofte bruker terapeuten store ark eller whiteboard å tegne og skrive på. Det er da mulig for pasienten å visualisere temaet det jobbes med (Martinsen & Hagen, 2012). Man bruker gjerne metaforer og eksempler fra pasientens interesseområder og kjente situasjoner for å øke forståelsen av sammenhenger hos barnet (Friedberg & McClure, 2002; Stallard, 2013).

Behandlingen starter ofte med å monitorere tanker for å få frem (dysfunksjonelle) tankemønstre (Stallard, 2013). Barnets tankemønstre og reaksjonsmåter kan evalueres objektivt ved hjelp av spørsmålsteknikker og atferdseksperimenter, der antakelsene systematisk vurderes og testes (Stallard, 2013). Da utforsker terapeuten sammen med barnet hvilke følelsesmessige reaksjoner og tanker ulike situasjoner kan skape og hva som kan hjelpe barnet i disse situasjoner.

Barnet lærer å kjenne igjen ulike emosjoner og betydningen av dem. Kunnskap om følelser faciliterer utviklingen av det emosjonelle vokabularet samt bevissthet på ulike signaler knyttet til emosjoner (Stallard, 2013). Å forstå egne emosjonelle reaksjoner gjør barnet i stand til bedre affektregulering. Pasienten får psykoedukasjon om hvilke fysiologiske endringer som skjer i kroppen, og hvorfor mennesket kan reagere slik han gjør emosjonelt i de gitte situasjoner. Ulike avspenningsteknikker med regulering av pust, mindfulness eller meditasjonsøvelser er ofte en viktig del av behandlingen (Martinsen & Neumer, 2012).

Barnet øver på å legge merke til egne følelser i gitte situasjoner eller prøver ut ny atferd i en utfordrende situasjon. Dette gjøres i behandlingstimen, men kan i tillegg gis som hjemmeoppgave. Formålet med hjemmeoppgaver er å forsterke behandlingseffekten ved at barnet også mellom avtalte behandlingstimer jobber med temaer som er utfordrende. Barnet får da både intensivt behandlingen og tatt den ut av terapirommet, ut i hverdagslivet sitt.

ATFERDSEKSPERIMENTER

Atferdseksperimenter er planlagte situasjoner som gir pasienten en mulighet til å prøve ut i praksis hvorvidt hans negative antakelser i en gitt situasjon stemmer. Pasienten tester ut nye handlingsalternativer eller sjekker ut katastrofetanker for om det fryktede virkelig skjer (Berge & Repål, 2013). Etter et atferdseksperiment skal pasienten snakke med terapeuten og trekke konklusjoner basert på egne erfaringer heller enn antakelser. Atferdseksperimenter kan gjennomføres flere ganger, slik at eventuelle positive erfaringer ikke tilskrives tilfeldigheter. Det er som regel mer effektivt å erfare effekten av en ny måte å håndtere en situasjon på selv enn å bli fortalt om den av en annen person.

EKSPONERING

Ved eksponering møter man det man er redd for (det fobiske objektet) planlagt og systematisk, for så å habitueres ved at angsten går ned og ikke eskalerer i det uendelige. Eksponering brukes spesielt med angstlidelser og fobier (Berge & Repål, 2013). Denne strukturerte fremgangsmåten i møte med det fryktede tilbyr ny informasjon, som igjen gir mulighet til å utfordre eksisterende antakelser (Stallard, 2013). Eksponeringen graderes slik at barnet kan mestre å gjennomføre eksponeringen. Dette igjen gir mestingsopplevelser, som kan bygges på i videre behandling.

Det er viktig at barnet etter endt intervensjon ikke unngår situasjoner det har fryktet, men fortsetter å eksponere seg og aktivt bruker sine nyervervede ferdigheter (Berge & Repål, 2013). Eksempelvis kan fobi for medisinske prosedyrer eksponeres gradvis ved først å snakke om den aktuelle prosedyren (som blodprøvetaking og MR-undersøkelse). Deretter kan barnet se på og ta på utstyr som brukes, eller besøke rom der prosedyren gjennomføres. Til slutt skal barnet gjennomføre den medisinske prosedyren ved hjelp av sine nye, hensiktsmessige hjelpestrategier.



Eksempelvis kan fobi for medisinske prosedyrer eksponeres gradvis ved først å snakke om den aktuelle prosedyren (som blodprøvetaking og MR-undersøkelse).

Implementering av kognitiv atferdsterapi i somatikken

Behandlingen med kognitiv atferdsterapi er ofte lagt opp slik at pasienten møter behandleren en gang i uken i 10–15 uker. Sykehusets nedslagsfelt innen somatikk er mange steder større enn i psykiatrien, og det kan være store geografiske avstander fra bosted til behandlingssted. Dette er en ramme som legger noen føringer for behandlingen. Det er mulig, også i somatikken, å ha ukentlig oppfølging av dem som bor i nærheten. Med familier som har lang reisevei kan det være mer hensiktsmessig å gjennomføre et intensivt behandlingsopplegg på for eksempel tre eller fem dager. Eksponering i et klinisk sykehusmiljø langt fra hjemmet og barnets naturlige omgivelser kan være en utfordring. Samtidig kan det være nyttig å eksponere i flere ulike settinger for å forsterke effekten av eksponeringen. Vanlig struktur i timene kan uansett følges slik Beck (1995) har beskrevet det, med humørsjekk, gjennomgang av hjemmeoppgave, plan for timen, jobbing med dagens tema, ny hjemmeoppgave, oppsummering og tilbakemelding (Martinsen & Hagen, 2012).

Det er i den senere tid rettet mer fokus mot om behandlingseffekten av kognitiv atferdsterapi kan være like god eller bedre når man reduserer behandlingstiden ved å øke intensiteten. Det finnes lovende resultater ved bruk av intensive intervensjoner, for eksempel eksponeringsterapi med responspreven- sjon (ERP) hos voksne med OCD (Helse Bergen, 2016). Jeg vil anta at effekt med økt intensitet sannsynligvis ikke gjelder all behandling (for eksempel traumefokusert kognitiv atferdsterapi). Tidlig intervensjon og intensiv trening av skader både i CNS, i det perifere nervesystemet og ved muskel-skje- lettskader er allerede i bruk ved alle rehabiliterings- avdelinger innen somatikk. Viktige kriterier for effekt synes å være oppgaverelatert trening, høy intensitet og tilstrekkelig mengde trening (Helsedirektoratet, 2010), altså ikke helt ulikt erfaringene fra psykisk helsevern og kognitiv atferdsterapi. Intensive tiltak eksisterer allerede i somatikken – det er metoden kognitiv atferdsterapi som etter min erfaring bør innføres i større grad.

Å OPPDAGE OG OPPFATTE SYMPTOMER – BEHANDLE DER SKOEN TRYKKER

Barn som blir henvist til BUP, har allerede blitt vurdert av en fagperson, gjerne en fastlege, som har oppfattet at barnet har utfordringer som må utredes og behandles innen psykisk helsevern. Barn

jeg møter i min jobb, kommer på grunn av ulike somatiske tilstander. Det er vanlig med problemer i håndfunksjon eller ADL-ferdigheter (for eksempel av- og påkledning).

Ergoterapeuter kan bruke standardiserte tester, intervju samt observasjon i ulike aktiviteter for å kartlegge funksjonsnivå hos barnet. Noen ganger opplever jeg at påvirkningen av symptomer fra den somatiske tilstanden ikke står i samsvar med be- grensingen den setter for barnets fungering i hver- dagen. Ved hjelp av ulike spørsmål forsøker jeg å få frem hvilke andre forhold som kan ligge til grunn for funksjonsnedsettelsen.

Alle sykdommer har en rekke spesifikke symp- tomer som sammen danner grunnlag for å stille en diagnose. Symptomer kan være like ved flere diagnoser. Når jeg først får en mistanke om en mer sammensatt årsakssammenheng, ville det vært hen- siktsmessig å bruke kartleggingsverktøy for å kunne definere om barnet fyller kriteriene for psykiatriske diagnoser. Det er allikevel ikke så vanlig å bruke disse innen somatikk.

Mangel på kompetanse og kartleggingsverktøy kan føre til underkjennelse av alvorlige psykiske problemer i somatikken, med fare for at disse ikke blir oppdaget og behandlet. Når barnets somatiske symptomer dekker over for eksempel angstpro- blematikk eller depresjon, vil dette kunne føre til unødvendige undersøkelser og noen ganger over- medisinerer. I møte med helsepersonell presenterer familien som regel utfordringer som er direkte knyttet til den somatiske tilstanden. Andre ganger rapporterer ikke familien forhold som åpenbart er utenom forventet funksjonsnivå, alderen tatt i be- traktning. Dette kan skje når familien er blitt vant til utfordringene i hverdagen sin og har tilpasset hand- lingsmønsteret sitt deretter. I slike situasjoner er det opp til helsepersonell å fange opp den avvikende atferden samt undersøke årsaken til det.

Å LEVE MED KRONISK SYKDOM

Å leve med en kronisk sykdom kan føre til en rekke utfordringer, både på grunn av selve sykdommen og som følge av nødvendig medisinsk behandling. Barn kan oppleve fysiske symptomer som smerte, utmattelse og kvalme, og både barnet og familien må tilpasse seg tilstanden og hvordan den påvirker livet deres.

Noen barn med kronisk sykdom må også holde ut gjentatte prosedyrer. Mange familier klarer seg bra, men en del har forhøyet risiko for å utvikle psy-

kiske vansker både hos foreldre, søsken og barnet selv (Edwards & Baños, 2013).

Ifølge Glasscoe et al. (2007) og Sloper (2000) er det rapportert høyere nivåer av angst og depresjon hos mødre til syke barn enn hos mødre til friske barn, spesielt kort tid etter diagnostisering (Edwards & Baños, 2013). Det finnes færre undersøkelser av fedre, men Kristensen (2006) viser til en undersøkelse av Frank et al. (1998) der både mødre og fedre viser høyest nivå av angst og depresjon rundt diagnosetidspunkt. Hvordan barnets omgivelser klarer å støtte barnet i utfordrende situasjoner, har betydning for hvordan barnet har det. Det er derfor viktig å ha kunnskap om foreldrenes reaksjoner og deres situasjon. Etter min erfaring er noen foreldre rådville og usikre på for eksempel hvor mye de skal presse barnet når det har det vondt. Deres rolle er både å beskytte og å stille krav, to oppgaver som kan være utfordrende å kombinere. Barn med en kronisk sykdom kan ha spesielle behov å ta hensyn til, noe som kan komplisere den normale oppdragelsen og omsorgen sammenlignet med det som er vanlig hos friske barn.

MEDISINSKE PROSEDYRER

Også barn med akutt eller kronisk somatisk sykdom kan i tillegg ha ulike typer angst, der fobi for medisinske prosedyrer nok er den som lettest kommer til uttrykk i sykehushverdagen. Situasjoner der barnet må opereres akutt eller har fått en diagnose (for eksempel kreft) som krever umiddelbar behandling og en mengde medisinske prosedyrer, kan være utfordrende. Det er da begrenset mulighet for å gjøre gradvis eksponering. Allikevel er dette viktig. Behandling av fobi for medisinske prosedyrer vil effektivisere behandlingen av somatiske sykdommer fordi det brukes mer tid og sedering (beroligende medisiner eller narkose) hos barn som er engstelige. Dette vil dessuten ha enorm betydning for barn som trenger langtidsoppfølging eller livslang oppfølging av sin tilstand.

Barn som opplever overtramp og tvang i gjennomføringen av medisinske prosedyrer, kan bli traumatisert og i noen tilfeller utvikle posttraumatisk stresslidelse (PTSD) (Edwards & Baños, 2013). I en sykehusverden der effektivisering i form av mindre tidsbruk og medikamentbruk er i fokus, bør behandling av fobi for medisinske prosedyrer være prioritert. Her har kognitiv atferdsterapi vist seg å ha en svært god effekt, som metode (Edwards & Baños, 2013). De aller fleste yrkesgrupper er opptatt

av at barna skal mestre situasjoner, og samarbeider dermed gjerne under eksponering. For eksempel bruker bioingeniørene god tid med disse barna og har tydelig fokus på at dette er en investering for fremtiden.

DEPRESJON OG ANGST – USYNLIGE DIAGNOSER?

Etter min erfaring er depresjon, sosial angst, separasjonsangst og generalisert angst diagnoser som lett blir oversett eller forklart med den spesielle situasjonen barnet er i mens det er på sykehuset i somatikken. Det å forklare, uten å behandle, både angst og depresjon som naturlige og forventede følger av en belastende situasjon ved innleggelse, kan sammenlignes med å la være å bandasjere et blødende sår med den begrunnelse at det er ganske naturlig og som forventet at et sår blør.

Videre kan skolefraværet bli akseptert og begrunnet med symptomer fra den somatiske tilstanden, mens underliggende årsak til fravær kan være separasjonsangst eller sosial angst. Dermed får ikke barnet og familien adekvat hjelp. Noen ganger bidrar råd fra helsepersonell utilsiktet til å øke eller opprettholde skolevegringsatferd. Hvis man har kompetanse til å avdekke denne typen problematikk, kan kognitiv atferdsterapi være en effektiv og anvendelig metode for å behandle disse tilstandene. Metoden kan benyttes både i spesialist- og i kommunehelsetjenesten. Noen av barna har så store utfordringer eller så alvorlig psykopatologi at de allikevel vil trenge behandling ved BUP.

HOLDNINGER OG HELHETLIG BEHANDLING

Jeg opplever at psykiske sykdommer fortsatt er mer tabubelagte og derfor snakkes mindre åpent om i samfunnet enn somatiske tilstander. Enkelte familier vil derfor ha lavere terskel for å ta imot denne typen behandling hvis det skjer ved en somatisk sykehusavdeling eller i kommunehelsetjenesten. I min kliniske praksis har jeg møtt familier som er villige til å være i behandling hos meg, men har takket nei til en henvisning til BUP for å unngå stigmatisering. Dog gjelder ikke dette alle. Det er holdninger i samfunnet generelt som setter premissene, til tross for at det jobbes aktivt med å definere BUP som en del av det vanlige tilbudet for barn og ungdom ved sykehuset. Forhåpentligvis vil innføring av psykologkompetansen ved barne- og ungdomsmedisinske avdelinger bidra til et bedre og mer helhetlig behandlingstilbud til barn og unge innen somatikk (Psykologforeningen, 2016).

De fleste yrkesgrupper innen helse- og sosialfag hevder å ha et holistisk menneskesyn og ønsker å behandle pasienter helhetlig. Samtidig kan en se at for eksempel en sykepleier og en lege definerer helheten ulikt. Ergoterapeutene er opptatt av deltakelse i meningsfulle aktiviteter og av at funksjon påvirkes av både psykososiale, sansemotoriske og kognitive aspekter i samspill med omgivelsene (Mathiasson & Morville, 2013). Jeg tror at de fleste fagpersoner er bundet, ikke bare til sitt fags fokusområde, men også til tradisjonen på sin arbeidsplass. Jeg har erfart at behandlere innen somatikk velger ikke å fokusere på psykiske symptomer hos barnet da det er innlagt for en tilstand av somatisk karakter. Likeså har jeg erfart at somatiske tilstander og påvirkningen av disse kan forbigås innen psykiatri til fordel for fokus på psykiske prosesser.

Denne dualismen i helsevesenet har trolig sin opprinnelse i filosofen Descartes' (1596-1650) tenkning, der han anså kroppen for å være separat fra sinnet (body/mind). Den kartesianske arven har gitt store konsekvenser i utviklingen av, og speiles fortsatt i, dagens helsevesen (Thornquist, 2003). Selv om det i ettertid har vært poengtert svakheter i teorien hans, er påvirkningen i den moderne medisinen svært sterk. Denne kommer til uttrykk både i språk og i hvordan helsevesenet er organisert. Også denne artikkelen bærer den kartesianske arven i begrepene som brukes, samt i at det problematiseres hvordan en behandlingsmetode – kognitiv atferdsterapi – kan brukes på et sted der det kroppslige har hovedfokus i behandlingen.

Barne- og ungdomspsykiatrien har mye kompetanse om barns psykiske helse og om kognitiv atferdsterapi, mens det er mindre kjennskap til og fokus på disse i somatikken. Jeg opplever lite kompetanseoverføring mellom psykisk og somatisk helsevern innad i sykehuset. Dog er det nok forskjeller rundt om i landet. En del barrierer kan synes å ligge i organiseringen. Jeg vil gjerne tro at det er mulig å få til helhetlig behandling til tross for rammebetingelsene. Hvorvidt en klarer å fange helheten hos en pasient, og ikke mister viktige faktorer som påvirker barnets fungering, er mer avhengig av den enkelte behandlers evne og kompetanse i å se bredt på sammensatte problemstillinger enn av det organisatoriske tilholdssted. Jeg bruker et kamera som metafor for terapeutens søkeredskap. Når barnet kommer til utredning, er kameralinsen rettet mot de somatiske plagene og følgene disse har for dagliglivet. Ofte har man til og med tatt på

makrolinsen, som fokuserer på et lite og avgrenset område av symptomer og plager. Det er gjerne det spesialisthelsetjenesten skal gjøre med sin spisskompetanse innen spesifikke tilstander. Det er allikevel viktig også å kunne bruke vidvinkelen i møte med barn og familier. I den første kartleggingsamtalen skal barnet, foreldre og behandleren sammen få frem et helhetlig bilde av barnets fungering. Det er gjerne under denne kartleggingen at vidvinkelen skal brukes. Å utvide forståelsen av symptomer til å omfatte flere forklaringsmodeller, både psykiske og somatiske, vil gi behandleren mulighet til å velge riktige tiltak og gi mer treffsikker behandling.

Konklusjon

Etter min erfaring kan kognitiv atferdsterapi brukes av ergoterapeuter i både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten i behandlingen av barn med somatisk hoveddiagnose, der det kommer frem symptomer på for eksempel angst. Metoden er anvendelig også ved andre tilstander. Mulighetene er mange, og for det meste kan metoden brukes slik den er, dog kan tilpasninger gjøres der det er hensiktsmessig. Jeg har opplevd både skepsis og oppmuntrende støtte i arbeidet mitt med å implementere kognitiv atferdsterapi i somatikken. Det må gjøres en del pionerarbeid for å gjøre denne behandlingsformen mer kjent og anerkjent som en del av behandlingen av barn også i somatisk orienterte helsetjenester. Økt kompetanse vil kunne føre til et mer helhetlig og treffsikkert behandlingstilbud til barn og ungdom med sammensatte utfordringer.

Litteraturliste

-
- Beck, J.S. (2011). *Cognitive Behaviour Therapy – Basics and Beyond* (2nd ed.). New York: The Guildford Press.
- Berge, T. & Repål, A. (2013). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Edwards, M. & Baños, I. (2013). Children with chronic and life-limiting health conditions. I Graham, P. & Reynolds, S. (edit.), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (3.utg., s. 159-175). Cambridge: Cambridge University Press.
- Friedberg, R.D. & McClure, J.M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Theory with Children and Adolescents – The Nuts and Bolts*. New York: The Guilford Press.
- Graham, P. & Reynolds, S. (2013). Introduction. I Graham, P. & Reynolds, S. (edit.), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (3. utg., s. 1-4). Cambridge: Cambridge University Press.
- Grova, B., Haugland, B.S.M. & Dahl, K. (2011). Kognitiv atferdsterapi med barn og unge: Forskningsbasert praksis i

- utviklingsperspektiv. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 2-3.
- Haugland, B.S.M. (2011). En utviklingssensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 5-11.
- Helse Bergen. (2016, den 29. april). Stor etterspurnad etter 4-dagersformatet. Hentet fra <http://www.helse-bergen.no/OmOss/Avdelinger/kronstad-dps/ocd/Sider/den-nasjonale-ocd-studien.aspx>
- Helsedirektoratet. (2010). Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/hjerneslag/rehabilitering-og-behov/funksjon-og-aktivitet/sensorimotoriske-forstyrrelser/motorisk-funksjon>
- Jensen, T.K., Granly, L.B., Hoaas, L.E.C. & Stormyren, S. (2012). Traumefokusert kognitiv atferdsterapi. I Martinsen, K. & Hagen, R. (red.) (2012): *Kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s. 169-199). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kristensen, P. (2006). Å være psykolog på en barneavdeling. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 4, 330-337.
- Martinsen, K. & Hagen, R. (2012). Introduksjon i kognitiv atferdsterapi. I Martinsen, K. & Hagen, R. (red.), *Kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s. 15-46). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. & Neumer, S-P. (2012). Angst hos barn. I Martinsen, K. & Hagen, R. (red.), *Kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s. 48-85). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mathiasson, G. & Morville, A-L. (2013). Grunnleggende antagelser, verdier og etik i ergoterapi. I Brandt, Å., Madsen, A.J. og Peoples, H. (red.), *Basisbog i ergoterapi* (3. utg., s. 97-118). Munksgaard. København.
- Psykologforeningen. (2016, den 14. april). Milepæl for barn og unge i sykehus. Hentet fra <http://www.psykologforeningen.no/foreningen/nyheter-og-kommentarer/aktuelt/milepael-for-barn-og-unge-i-sykehus>
- Skjerve, J. (2011). Kasusformulering i kognitiv atferdsterapi med barn og unge – et nyttig og praktisk hjelpemiddel? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1, 16-20.
- Stallard, P. (2013). Adapting cognitive behaviour therapy for children and adolescents. I Graham, P. & Reynolds, S. (edit.), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (3. utg., s. 22-33). Cambridge. Cambridge University Press.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.



minitech
VARMEHJELPEMIDLER



Birgit Skarstein bruker varmhjelpemidler fra Minittech AS.

SpareBank 1
Hovedsponsor for
NSF Langrenn

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

www.minittech.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

Kognitiv atferdsterapi som behandlingsmetode hos barn med leddgikt og angst

– EN KASUSPRESENTASJON

Av Kati Langhaug



Kati Langhaug er ergoterapispesialist i barns helse og arbeider ved Universitetssykehuset Nord-Norge HF, Nevrologi-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken, Ergoterapi, logopedi og sosio-nomseksjon.
e-post kati.langhaug@unn.no

Sammendrag

Ergoterapeuter har ulike redskaper i sin terapeutiske verktøykasse for å kunne gi best mulig behandling til sine pasienter. Å velge hensiktsmessig tilnærming krever at terapeuten har et repertoar å velge ut fra. Jeg ønsker med denne artikkelen å bidra til å utvide ergoterapeutenes kjennskap til kognitiv atferdsterapi (KAT) og beskrive hvordan det kan brukes som behandlingsmetode for å oppnå ønskede endringer hos pasienten. Hensikten med denne artikkelen er todelt. Den ene er å beskrive ved hjelp av et kasus hvordan kognitiv atferdsterapi kan brukes som behandlingsmetode og relevant ergoterapifaglig intervensjon av en ergoterapeut ved somatiskorienterte helsetjenester. Den andre er å få frem viktigheten av å forstå symptomer i en større sammenheng for å kunne gi mer treffsikker behandling. Jeg presenterer et kasus av en ti år gammel gutt jeg møtte i min jobb i spesialisthelsetjenesten. Jeg velger å kalle ham Kai. Han hadde fått diagnostisert juvenil idiopatisk artritt (JIA), polyartikulær type, to år tidligere, altså barneleddgikt med flere affiserte ledd. (Se infoboks neste side.) Kai var henvist til ergoterapeut for funksjonsvurdering på grunn av uttalte plager med smerter og kvalme samt svært nedsatt funksjon i hverdagen.

Nøkkelord: barneleddgikt, angst, kognitiv atferdsterapi, ergoterapi, barn

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Detektivarbeid i det første møtet

Jeg møtte Kai og hans mor poliklinisk rett før sommerferien. For å kartlegge Kais funksjonsnivå og problemområder snakket jeg med Kai og mor og observerte han under konsultasjonen. I et semistrukturert intervju snakket vi oss gjennom Kais døgn og uke samt hans deltakelse i ulike aktiviteter (søvn, måltider, personlig hygiene, skole, fritidsaktiviteter, sosialt) for å finne ut hvilke begrensinger han opplevde for deltakelse. Kai var en sosial gutt med flere gode venner, mange ressurser og gode egenskaper. Han var aktiv med håndball. Etter sykdomsdebut av barneleddgikt, JIA, opplevde han store begrensinger i hverdagen sin, og til tross for omfattende hjelpetiltak hadde ikke Kai opplevd bedring av plagene sine. Han hadde mye smerter, var uttalt sliten, var ofte kvalm og hadde etter hvert utviklet massivt skolefravær der han var borte flere dager i uken enn han var til stede på skolen. Han var skolefaglig sterk, men skulle utredes for spesifikke lærevansker i matematikk.

I det kommunale hjelpeapparatet var det satt i gang mange hensiktsmessige tiltak i henhold til JIA. Kai fikk behandling hos fysioterapeut to ganger i uken. Ergoterapeut hadde bistått i å tilrettelegge de fysiske omgivelsene både hjemme og på skolen med en rekke tekniske hjelpemidler, blant annet en rullestol, krykker og sykkel med hjelpemotor samt mange småhjelpemidler til bruk på kjøkkenet. På skolen hadde han fått tilpasset en stol og pult i klasserommet, saccosekk og varmevifte på et grupperom for å kunne trekke seg ut av klasserommet for hvile, samt to sett skolebøker for å unngå belastning

av nakke og rygg ved bæring av bøker. Han hadde fått innvilget drosje til og fra skolen, men brukte dette sjelden.

Under kartleggingen ble det tydelig for meg at Kais uttalte plager kunne ha flere forklaringer. Hans egne tanker rundt årsaken til vansker med å delta i bestemte aktiviteter var ikke i samsvar med funksjonsnivået hans på andre arenaer. For eksempel kunne han ikke overnatte hos bestemor, fordi leiligheten hennes på ett plan ikke var tilrettelagt for ham. Samtidig kunne han hoppe på trampoline, delta på håndballturneringer og bevege seg fritt i sykehuset. Ved nærmere spørsmål viste det seg at Kai hadde en del redsler, heller enn smerter, forbundet med disse situasjonene. Også atferden og reaksjonsmønsteret hans i utfordrende situasjoner styrket mistanken min om andre årsaker til utfordringene enn leddgikt. Basert på familiens beskrivelser av situasjonen var min vurdering at Kai hadde, i tillegg til leddgikt, utviklet symptomer på angst,

dog uten å være diagnostisert med det (se tabell 1 neste side). Når jeg snakket med familien, ble ikke ordet angst brukt, men uttrykk som å være «engstelig» eller «redd». Kai var ofte kvalm og hadde smerter om morgenen, begge vanlige symptomer ved JIA og bivirkninger på medisiner. Angst kan komme til uttrykk på samme måten og hadde her, slik jeg tolker det, utviklet seg uoppdaget, kamuflert av symptomer av JIA. Angstlidelser er den vanligste psykiske lidelsen hos barn og unge i Norge, og cirka 20 prosent vil få en angstlidelse før voksen alder (Mykletun, Knudsen & Mathiesen, 2009). Utløsende faktor for angstsymptomer syntes å være sykdomsdebut med JIA, og ifølge mor hadde symptomene økt gradvis.

Både Kai og mor ønsket hjelp og var svært motiverte til å gjøre en innsats for å få til en endring i situasjonen. Kai virket lettet av å få fortelle om de redselsfulle tankene sine. Han hadde brukt mye energi på å holde vanskene

JUVENIL IDIOPATISK ARTRITT (JIA)

Ifølge International League Against Rheumatism (ILAR) er barneleddgikt, eller juvenil idiopatisk artritt (JIA), en autoimmun sykdom som forårsaker betennelse i ledd (artritt), varer over seks uker og inntreffer før fylte 16 år. Annen årsak til artritt må være utelukket. De to vanligste typene er oligoartikulær JIA (fåleddstype med inntil fire affiserte ledd), som utgjør cirka 50 prosent av tilfellene, og polyartikulær JIA (flerleddstype med fem eller flere affiserte ledd), som utgjør cirka 25–40 prosent av tilfellene. Vanlige symptomer er smerter, hevelse og stivhet i affiserte ledd samt fatigue. Sykdommen kan ha svingende forløp der formen varierer fra dag til dag. Barnet kan i lange perioder være symptomfritt. Sykdommen behandles med betennelsesdempende, smertestillende midler (NSAIDs i tablettform, for eksempel Ibux), kortikosteroider (tablett eller sprøyte), cellegift (MTX) eller biologiske midler (anti-TNF, for eksempel Enbrel). De vanligste bivirkningene av NSAIDs er mageplager, og ved MTX mageproblemer, kvalme samt økning av leververdier. For å minske bivirkningene kombineres ofte behandlingen med folsyre. Bruk av anti-TNF kan føre til økt risiko for infeksjoner, og langvarig kortisonbruk øker risikoen for veksthemming og benskjørhet (Songstad, Nordal & Rygg, 2018).



Kai hadde symptomer på spesifikke fobier. Blant annet dusjet han kun når mor hadde tid til å stå ved siden av ham.

Illustrasjonsfoto: Colourbox

sine skjult for venner og til dels familien. Mor var overrasket over Kais avsløringer, men samtidig falt brikkene på plass for henne, og hun fikk forklaring på og forståelse for hvorfor de beskrevne situasjonene var så vanskelige for Kai.

Uhensiktsmessige strategier og bjørnetjenester

Kai hadde utviklet uhensiktsmessige strategier (unngåelse og sikringsatferd) for å håndtere situasjoner i hverdagen. Unngåelse ansees som betydelig opprettholdende faktor ved angst og fobier (Martinsen & Neumer, 2012). Mor hadde mye ansvar alene og ble mer og mer sliten i mangel på egentid. Dette påvirket også hennes jobbsituasjon, da hun hadde fått mye fravær, noe som igjen bidro til å øke stressnivået hennes. Foreldrenes og likeså skolens

tiltak for å hjelpe endte med å bli bjørnetjenester, støttet oppunder unngåelse og opprettholdt derfor angstsymptomene. Lærer hadde forståelse for at skoledagen måtte tilrettelegges utfra Kais behov med JIA. Læreren var forsiktig med å presse Kai for ikke å bidra til forverring av sykdomstilstanden hans. Dermed slapp Kai unna i situasjoner der han burde ha deltatt, og fikk ikke mulighet til å utfordre og utvikle seg.

Det lokale hjelpeapparatet med ergoterapeut, fysioterapeut og lege hadde forsøkt å løse problemene ved å tilrettelegge med økt fysikalsk behandling og flere hjelpemidler. Medisinering av JIA var justert flere ganger uten at man hadde stilt spørsmål om symptomene kunne ha en annen forklaring. Tiltakene bidro dermed til å opprettholde angstsymp-

tomene. Alle involverte trengte veiledning om hvordan de kunne støtte Kai mer hensiktsmessig. Det var god dialog med fagpersonene, som var åpne for innspill for å endre håndteringen sin av situasjonen.

NÅR REDESEL STYRER HVERDAGEN

Kai hadde symptomer på separasjonsangst. Han kunne for eksempel ikke være alene hjemme eller besøke bestemor, og var redd for at det skulle skje noe med mor. Separasjonsangst bidro sterkt til skolefraværet hans. De dagene han var på skolen, gjemte han seg flere ganger om dagen på toalettet for å ringe mor. Kai fikk bli hjemme sammen med mor når han hadde smerter eller var kvalm, og trengte da ikke uroe seg for henne. Symptomene bidro

Vanlige symptomer ved juvenil idiopatisk artritt	Vanlige symptomer ved angst
<ul style="list-style-type: none"> • Smerter i ledd • Hevelse i ledd • Stive ledd (spesielt morgenstivhet) • Slitenhet eller utmattelse • Humørsvingninger • Kvalme (som bivirkning av medisiner) • Magesmerter (som bivirkning av medisiner) • Svingende forløp der dagsformen kan variere fra gode dager uten symptomer til dager med mye symptomer og nedsatt funksjonsevne 	<ul style="list-style-type: none"> • Smerter (for eksempel magesmerter, hodepine) • Muskelspenninger/anspenhet • Økt slitenhet/trettbarhet • Irritabilitet • Kvalme • Skjelving • Hjerterbank • Svette • Uro (kroppslig og mental) • Søvnvansker • Konsentrasjonsvansker

Tabell 1. Symptomer ved barneleddgikt og angst kan ligne på hverandre. Uten næyere kartlegging av symptomene kan den ene tilstanden kamuflere den andre. Dette skjer ofte uten at pasienten selv er klar over dette. For å kunne sette i gang riktige tiltak må årsaken til symptomene være kartlagt. Manglende bedring (effekt av tiltak) kan antyde at årsaken til symptomer kan være mer sammensatt. (Basert på Martinsen & Neumer, 2012 og Songstad, Nordal & Rygg, 2018.)



Figur 1. Det er sammenheng mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd i en gitt situasjon. De ulike elementene påvirker hverandre, og uhensiktsmessige mønstre kan føre til en ond sirkel. Ved å endre på ett eller flere av elementene kan man få til endring i hele systemet. Ved å puste kontrollert blir man for eksempel roligere, mindre ansent og mindre engstelig. (Basert på Dummett, 2013.)

dermed til å opprettholde angstproblematikken.

Kai hadde også symptomer på spesifikke fobier, da han blant annet var svært mørkeredd, ikke kunne dusje alene og var redd for å kaste opp. Både separasjonsangst og fobier reduserte Kais deltakelse i aldersadekvate aktiviteter og begrenset dermed betydelig hans funksjon i det daglige. Dette hindret ham for eksempel i å besøke venner om ettermiddagene, da han ikke turte å gå over veien til naboene når det var mørkt, til tross for gatelys. Han dusjet kun når mor hadde tid til å stå ved siden av ham. Han kunne heller ikke være med på

svømming. Han var i tillegg redd for å kaste opp. I og med at han var kvalm nesten daglig, var han også svært engstelig store deler av tiden.

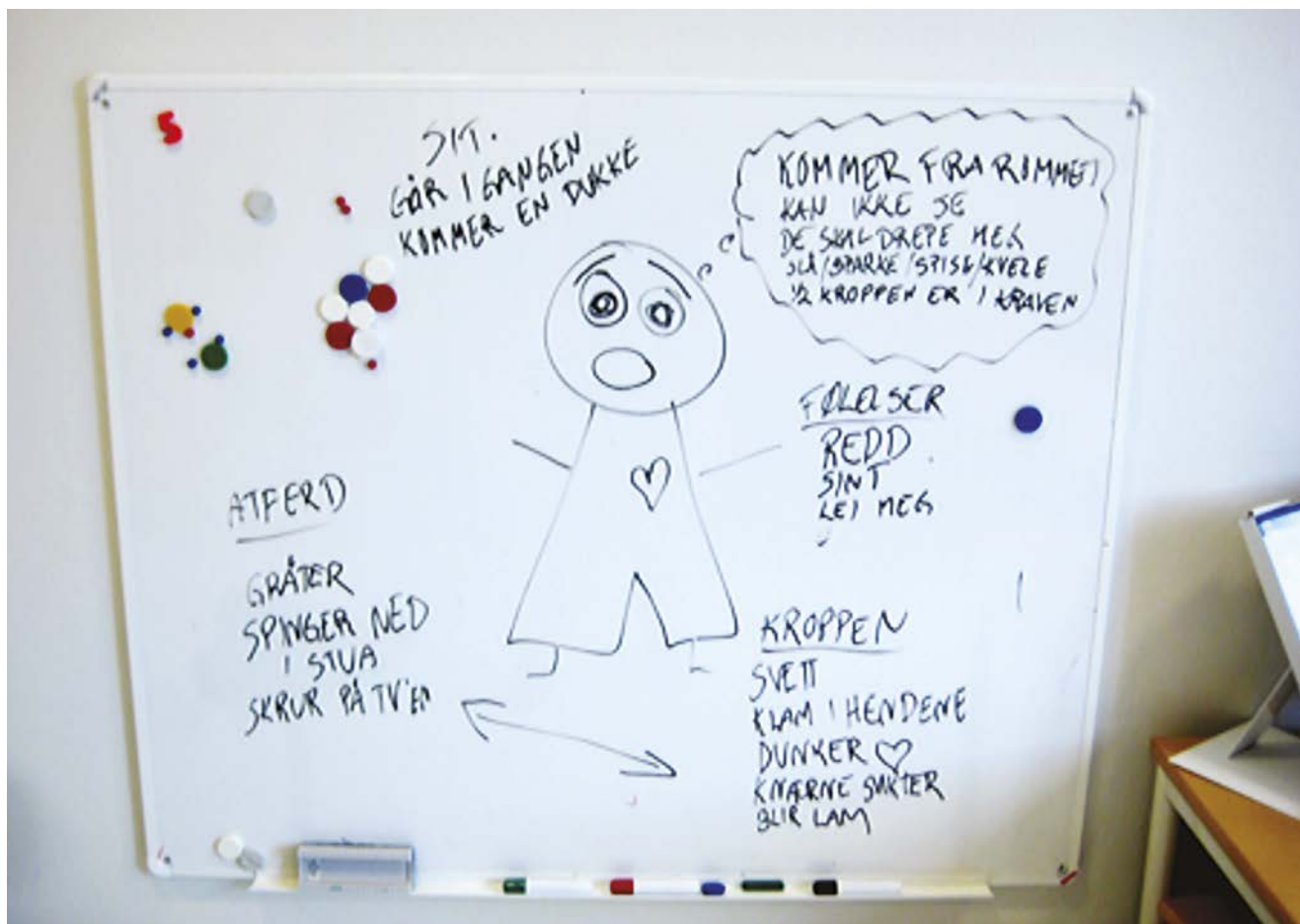
VALG AV BEHANDLINGSMODALITET

Behandlende lege bestemte at Kai skulle innlegges i fem dager etter sommerferien for intensivt treningsopphold hos fysioterapeut og ergoterapeut. Mens han var innlagt, skulle Kai gå på skole for Sosiale og Medisinske Institusjoner (SMI-skole). Jeg mente at håndtering av angstsymptomer ville føre til størst forbedring i Kais funksjonsnivå i dagliglivet.

Jeg valgte derfor å bruke kognitiv atferdsterapi (KAT) som tilnærmingemetode i mitt arbeid med Kai. KAT har i metaanalyser vist seg å være en evidensbasert og effektiv behandlingsmetode for en del angstlidelser (Solomando, Kendall & Whittington, 2008; Edmunds, O'Neil & Kendall, 2011; Ishikawa, Okajima, Matsuoka & Sakano, 2007).

BEHANDLING MED KOGNITIV ATFERDSTERAPI

Behandlingsplanen gikk ut på ved hjelp av psykoedukasjon å øke forståelsen for årsakssammenhenger og Kais reaksjonsmønstre samt å veilede til en mer hensikts-



Behandlingen med Kai startet vi med at han fikk sette ord på hva som skjedde i gitte konkrete situasjoner.

messig måte å møte utfordringene hans på. Behandlingsmetoden er basert på forståelsen for at tanker, følelser, atferd og kroppslige reaksjoner er knyttet til og påvirker hverandre (Martinsen & Neumer, 2012) (se figur 1). Intervensjoner innen KAT kombinerer spesifikke teknikker som fokuserer på kognitive, emosjonelle og atferdsmessige domener (Stallard, 2013). Barnets utviklingsnivå, heller enn kronologisk alder, er med på å gi retning på hvorvidt man har fokus på kognitive prosesser eller atferd, samt i hvilken grad foreldrene skal involveres (Martinsen & Hagen, 2012). Samarbeidet mellom behandleren, barnet og foreldre er åpent (Stallard, 2013). Mor var med under hver konsultasjon og fikk dermed den samme

psykoedukasjonen som Kai. Mor ga adekvat støtte underveis og hjelp til med å motivere Kai.

Mot kognitiv restrukturering

Behandlingen inneholder elementer av ulike atferdsintervensjoner (for eksempel eksponering), kognitive mestringsstrategier, affektiv opplæring og øving av ferdigheter for å håndtere fysiologiske reaksjoner (Martinsen & Neumer, 2012). Vi arbeidet mot ny forståelse og endrede tanke-mønstre (kognitiv restrukturering) ut fra både Kais atferd og tanke-mønstrene hans, men benyttet lite metakognitive metoder, som egner seg mer for ungdommer (Haugland, 2011; Friedberg & McClure, 2002; Martinsen &

Hagen, 2012). Kai var dyktig i å beskrive hendelser han hadde opplevd som skremmende. Min oppgave var da å systematisere inntrykk og hans uttrykk, slik at vi kunne differensiere spesielt hans tanker og følelser og hvordan dette påvirket hans atferd. Vi brukte metaforer og eksempler fra hans interesseområde innen ballspill og StarWars (Friedberg & McClure, 2002; Stallard, 2013).

Tanker, følelser, atferd og kroppslige symptomer

Ofte starter man behandlingen med å monitorere tanker for å få frem dysfunksjonelle tankemønstre (Stallard, 2013). Med Kai startet vi med at han fikk sette ord på hva som skjedde i gitte konkrete situasjoner (se bilde). Hos barn

med angst er engstelige tanker ofte forbundet med trussel og fare (Stallard, 2013). Kai var redd for blant annet at noe skulle skje mor, at en levende dukke skulle ta ham, at han skulle kaste opp, at han skulle ramle i dusjen og få vondt, eller at noen skulle komme opp gjennom sluket. Kunnskap om følelser fasiliteterer utviklingen av det emosjonelle vokabularet samt bevissthet i ulike signaler knyttet til emosjoner (Stallard, 2013). Hos Kai førte gjennomgang av emosjoner til at foreldrene rapporterte at han begynte å snakke mer om følelsene sine hjemme. Han fikk større vokabular og register til å beskrive hvordan han har det, også utenfor terapirommet. Kai fikk psykoedukasjon om hva som skjer i kroppen (fysiologiske endringer), og hvorfor mennesket kan reagere emosjonelt slik han gjorde. For barn med angst er det viktig å forklare slike forhold for å utvikle en forståelse for angstreaksjoner og hvordan barnet kan ta kontroll over disse (Martinsen & Neumer, 2012; Stallard, 2013).

Avspenning

Avspenning er en måte å ta kontroll over kroppslige symptomer. Kai prøvde progressiv muskelavspenning, som ifølge Gosch et al (2006) er den mest brukte teknikken (Martinsen & Neumer, 2012). Dette var tydelig vanskelig for Kai å få til og ville krevd mer øving. Kai fikk også prøve noen utvalgte meditasjonsøvelser med mindfulness som er rettet mot barn. Øvelsene skal hjelpe barnet til å bli kjent med sine urolige tanker og å finne ro både i tankene og i kroppen (Snel, 2012). Kai opplevde at det var lettere for ham å få til meditasjonsøvelsene enn progressiv muskelavspenning.

Han fortsatte å bruke meditasjon hjemme ved leggetid og rapporterte at det hjalp ham med å roe seg.

Gradvis endring av det utfordrende

Det å sove alene var en stor utfordring for Kai. Dette hadde begynt kort tid etter sykdomsdebut. Kai sov sammen med mor, mens far sov på hans rom. Mor måtte legge seg samtidig med Kai. Han syntes det var flaut ikke å klare å sove alene som tiåring. Han kunne heller ikke sove hos venner, noe han hadde likt å gjøre tidligere, og som er vanlig i hans alder. Ut fra min vurdering var det en kombinasjon av komponenter av både spesifikke fobier (redd for mørke, masker og dukker) og separasjonsangst som ble representert i dette. I utgangspunktet veiledet jeg Kai til gradvis å øke tiden alene i mors seng, for deretter steg for steg å kunne gå over til å sove i egen seng på eget rom. Mellom første konsultasjon og innleggelse gjorde familien selv flere tiltak, blant annet med å endre innredningen på Kais soverom slik at de fjernet det som kunne virke skremmende i mørket. Da Kai ble innlagt etter sommerferien, hadde han klart å starte flere netter med å sove i egen seng på eget rom, men gikk fortsatt over i foreldrenes seng i løpet av natten. For å klare resten av jobben fikk mor veiledning og støtte (handlingsplan) til å kunne stå i situasjoner der hun måtte returnere Kai til barnerommet midt på natten.

Handlingsplan som hjelp

Barnets tankemønstre og reaksjonsmåter kan evalueres objektivt ved hjelp av spørsmålsteknikker og atferdsekspesimenter, der antakelsene systematisk vurderes

og testes (Stallard, 2013). Vi utforsket sammen hvilke reaksjoner og tanker ulike situasjoner kunne vekke, og hva som kunne hjelpe Kai i disse situasjonene. Kai skrev ned tankene sine og vurderte hvor sanne de var. Han var fra starten av klar over at noen av tankene var urealistiske: «Jeg vet at det ikke finnes levende dukker, men jeg er redd allikevel.» Han skrev ned andre konkrete, mer hjelpsomme tanker som han kunne erstatte de uhensiktsmessige tankene med. Listen med hjelpsomme tanker vedrørende dusjing inneholdt også en handlingsplan der både mors og Kais oppgaver ble definert. I formuleringen unnvikte vi å beskrive hva som ikke skal gjøres, med fokus på hva som skal gjøres. For eksempel skulle mamma repetere handlingsplanen med Kai først. Hun skulle være i stua (ikke stå i eller utenfor baderommet) når Kai dusjet. Kai skulle tenke sine definerte hjelpsomme tanker og handle etter planen (ikke rope på mamma), deriblant lukte på en dusjsåpe for å skape gode assosiasjoner, lage egen blanding av ulike shampo, noe han syntes var artig. Kai var engasjert i å finne anvendelige forslag til handling. De aller fleste handlingsalternativene foreslo Kai selv og fikk dermed også bekreftet at han kunne mestre å finne mer hensiktsmessige måter å håndtere utfordrende situasjoner på.

Angsthierarki

Vi laget angsthierarki der Kai skrev ned ulike situasjoner som var utfordrende for ham. Angsthierarki skaper oversikt, både for barnet og for behandleren, over hvilke situasjoner som skaper angst, og hvor intens reaksjonen til barnet er i disse situasjonene (Martinsen & Neumer, 2012). Kai

graderte, på en skala fra 0–10, hvor ubehagelige bestemte situasjoner kunne være. Disse tallene er lette og forståelige å forholde seg til, også for barn. Angsthierarki gir en pekepinn for å finne riktig nivå for eksponeringen. Eksponeringen vil ikke ha noen effekt hvis den er for lett (0–3) og kan være vanskelig eller umulig å gjennomføre hvis den er for krevende (8–10) (Martinsen & Neumer, 2012).

Eksponering og atferdseksperimenter

Behandlingen av angstlidelser skiller seg noe fra behandlingen av spesifikke fobier. Den vanligste teknikken for å behandle fobier er eksponering. Ved eksponering møter man det fobiske objektet planlagt og systematisk, for så å habitueres ved at angsten går ned og ikke eskalerer i det uendelige (Berge & Repål, 2013). Bare det å snakke om det fobiske objektet kan skape ubehag og være en del av eksponeringen (Martinsen & Neumer, 2012). Også psykoedukasjon, belønning, modellering og andre kognitive strategier er i bruk. Manualbaserte behandlinger av andre angstlidelser involverer alltid eksponering, psykoedukasjon, kognitive strategier og selvmonitorering. Ofte er også belønning, avspenning, foreldrepsykoedukasjon og foreldrestrategier en del av behandlingen (Chorpita, 2007). Eksponering og psykoedukasjon er altså en vesentlig del av behandlingen av både ulike angstlidelser og spesifikke fobier.

Ved planlegging av eksponering kunne jeg dra nytte av min fagspesifikke kompetanse som ergoterapeut. Ergoterapeuter vant til å gradere og tilpasse aktiviteter, som brukes både som middel og mål i behandlingen.

I aktivitetsanalyse, som brukes kontinuerlig i hele den ergoterapeutiske arbeidsprosessen, reflekteres det over hvordan aktiviteten kan utføres og brytes i mindre sekvenser (delkomponenter). Aktivitetsanalyse ansees som en grunnleggende ferdighet hos ergoterapeuter (Bundgaard & von Bülow, 2013) og er et redskap for å finne riktig nivå for det man skal gjøre eller øve på. Dermed faller det naturlig for en ergoterapeut å planlegge, tilpasse og gjennomføre eksponering, også som en del av KAT-behandling.

Kai gjennomførte atferdseksperimenter og eksponering der han gradvis fikk oppleve mestring i utfordrende situasjoner han forbandt med sterkt ubehag. Denne strukturerte fremgangsmåten tilbyr ny informasjon, som igjen gir mulighet til å utfordre eksisterende antakelser (Stallard, 2013). Imaginært (in vitro) eksponering fikk Kai gjennomført når han for eksempel skulle lage en handlingsplan for å dusje alene i forbindelse med bassengtrening på sykehuset. Dette ble også gjennomført i virkeligheten (in vivo), først på sykehuset og senere hjemme.

Mens Kai var innlagt, gikk han på SMI-skolen utenom treningstid hos fysioterapeut og ergoterapeut. De to første dagene var han der sammen med mor. Den tredje dagen fikk Kai gjennomført in vivo-eksponering der han skulle være på skolen mens mor skulle vente utenfor. Det var også et element av responsprevensjon (stoppe uhensiktsmessig sikringssatferd), da han ikke fikk lov til å ringe mor med mobilen i løpet av skoletiden (jfr. Martinsen & Neumer, 2012). Kai klarte å være på skolen alene og sendte mor bort fra gangen allerede ved første

forsøk. Mestring av denne situasjonen dannet et viktig erfaringsgrunnlag med tanke på overføring til skolen hans. Videre arbeid med å øke skoletilstedeværelse beskrives senere i artikkelen.

Atferdseksperimenter gir en mulighet til å prøve ut i praksis hvorvidt negative antakelser stemmer. Man kan teste ut nye handlingsalternativer eller sjekke ut katastrofetanker for om det fryktede virkelig skjer (Berge & Repål, 2013). Kai var som regel kvalm når han kom til timene, og var redd for å kaste opp. Kvalme er en vanlig bivirkning av medisiner ved JIA (Songstad, Nordal & Rygg, 2018). Siden Kai sannsynligvis ikke blir kvitt kvalmen, er det viktig å finne strategier for å håndtere den. Kvalmen ble validert i begynnelsen av timen. Deretter oppfordret jeg Kai til å bli i timen og fokusere på dagens tema i stedet for å gå tilbake til rommet og vente til kvalmen skulle gå over. I slutten av timen diskuterte vi hva som hadde skjedd med kvalmen. Ideelt sett burde han også prøvd ut å gå på rommet og vente, for så å kunne trekke konklusjoner basert på egne erfaringer. Kai erfarte at kvalmen kunne gå over eller at han ikke hadde viet mye oppmerksomhet til den i løpet av timen. Han var allikevel ikke helt overbevist om at fokusendringen hjalp. Årsaken kan være at atferdseksperimentet ikke ble gjennomført grundig nok (begge alternativene bør erfares). Kai ble videre veiledet, i stedet for å «kjenne etter» hvordan han har det om morgenen, til heller å rette oppmerksomheten mot konkrete gjøremål som ventet, ting han gledet seg til (for eksempel kanonball i friminuttene eller håndballturnering til helgen), for så å dra til skolen.

Øke tilstedeværelse på skolen

Når tiden er begrenset, må man noen ganger finne alternative tilnærmingsmåter. Kai hadde mange objekter i angsthierarkiet sitt, og vi hadde få dager. Jeg tok en avgjørelse, basert på Kais egne prioriteringer på hva han ønsket hjelp til, og fokuserte i timene på mestring av kvalme, dusjing og å være alene hjemme. Jeg vurderte at skolevegring var en vesentlig opprettholdende faktor for separasjonsangst, men som Kai ikke var så motivert til å jobbe med. Ordet skolevegring ble ikke brukt med Kai, da jeg valgte å ha fokus på det å mestre og komme seg til samt være på skolen. Som en snarvei innførte jeg en resept på skoletilstedeværelse. Kai hadde en positiv assosiasjon til blåresept på medisiner som hjalp ham. Allikevel aktiverte bare tanken på å innføre en skoleresept mange negative automatiske tanker hos Kai: «*Det kommer ikke til å gå. Det blir helt forferdelig. Jeg klarer det ikke.*». Dette ga oss en anledning til å jobbe med hans uhensiktsmessige tankemønstre i timen. På skoleresepten ble det definert tre gyldige grunner (for eksempel kraftig oppkast) til å være hjemme fra skolen. Det ble også nevnt eksempler på ugyldig fravær (kvalme). I første omgang tillot resepten ham å være hjemme én dag i uken, noe jeg tror var viktig for å imøtekomme Kais vegring. Skoleresepten hadde utløpsdato på lik linje med blåresepter. Siden det nærmet seg høstferie, var det naturlig å la resepten være gyldig til og med høstferien. Dette for at tidsspennet (2 ½ uker) skulle oppleves som overkommelig. Hvis Kai ville klare å være til stede på skolen, ville han få en god mestringssopplevelse. Hvis han ikke

skulle klare det, ville jeg ha justert ned resepten etter høstferien. Metoder beskrevet i litteraturen legger opp til en mer gradvis økning av tilstedeværelse på skolen (for eksempel Kearney, Lemos & Silverman, 2006) enn hva jeg la opp til med resepten. Jeg hadde telefonisk kontakt med mor rett før høstferien og fikk høre at Kai ikke hadde hatt noe fravær. Han hadde til og med dratt til skolen med en vond fot en dag. Jeg skrev en ny skoleresept som skulle være gyldig fra høstferien til juleferien, men uten mulighet til å være hjemme én dag i uken. Den nye resepten ble sendt hjem til Kai slik at han mottok den i løpet av høstferien.

Reseptordning viste seg å fungere godt med Kai. Han hadde ikke fravær etter innføringen av skoleresepten. Ved kontroll rett før jul ba Kai selv om å få en ny resept, som skulle være gyldig til og med sommerferien. Han var svært stolt over å mestre skolegangen. Skolen hadde tidligere hatt en mistanke om spesifikke vansker i matematikk, noe Kai skulle utredes for. Det viste seg at når han var tilstede på skolen, fikk han med seg undervisningen og fikk fulle poeng i flere matteprøver. Uoppdaget og ubehandlet angstproblematikk kan føre til ikke bare unødvendige medisinske undersøkelser, men også unødvendige kartlegginger og støttetiltak på skolen.

TILBAKEFALLSFOREBYGGING OG BEHANDLINGSEFFEKT

I den siste fasen av kognitiv restrukturering assimileres den nye informasjonen, og mer balanserte og funksjonelle kognisjoner utvikles. Det skjer øking og utvikling av ferdigheter i både de emosjonelle og de atferdsmessige

domener (Stallard, 2013). Både Kai og mor fikk en økt forståelse for sammenhengen mellom tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og handlinger i gitte situasjoner. Begge fikk mestringsopplevelser i utfordrende situasjoner. De endret sine atferdsmønstre før, under og etter utfordrende situasjoner, samt øvde videre med å implementere disse nye ferdighetene i hverdagen (Stallard, 2013). En direkte konsekvens av disse endringene var at Kai fikk mindre skolefravær.

Målet med KAT er ikke å bli kvitt all angst eller ubehag, men å gi barnet ferdigheter som gjør at det klarer å stå i utfordrende situasjoner. Barnet skal også lære seg mer hensiktsmessige måter å håndtere eventuelle nye utfordringer det kan møte i livet sitt på. Det er derfor viktig at barnet etter endt intervensjon ikke unngår situasjoner det har fryktet, men fortsetter å eksponere seg og aktivt bruker de nyervervede ferdighetene sine (Berge & Repål, 2013). I dette tilfellet fungerte intensivert behandling (en poliklinisk konsultasjon før og etter samt en fem dagers innleggelse med daglige konsultasjoner) utmerket. Det var ikke nødvendig med et langt behandlingsforløp. Vi hadde én poliklinisk konsultasjon med kort repetisjon av de viktigste elementene etter jul for å sikre den gode utviklingen. I tillegg hadde jeg telefonkontakt med mor.

Fem måneder etter den siste konsultasjonen var Kai mindre plaget av smerter og kvalme. Han hadde ingen skolefravær og ingen skolefaglige vansker. Mor kjørte Kai til skolen, og han kom hjem i drosje. Han dusjet alene uten hjelpestrategier. Han sov alene på rommet sitt, kom noen ganger til mor om natten, men aksepterte å bli returnert til sitt eget rom. Han

hadde overnattet hos en kompis to ganger og kunne være alene hjemme på ettermiddagen i opptil to timer. Han hadde ikke lenger behov for å ringe mor fra skolen eller når han var alene hjemme. Mor hadde begynt å trene to ganger i uken, noe som ga henne både egentid og overskudd i hverdagen. Dette igjen bidro til at hun hadde krefter til å være konsekvent i grensesettingssituasjoner. Med mors egne ord: «Vi har fått et nytt liv!»

To år etter forteller mor at angstproblematikken er borte. Det har vært et tilbakefall med økt skolefravær ved overgangen til ungdomsskolen. Da hadde foreldre, Kai og skolen en god dialog. De hentet frem det som fungerte tidligere, og klarte å snu situasjonen. Hvis mor aner noen «mørke tanker» hos Kai, snakker de åpent om det, og Kai klarer å styre seg selv på mer hensiktsmessige baner i både tanker og handlinger. Kai får medisiner for sin JIA og behandling hos fysioterapeut en gang i uken. Han er nå keeper på håndballaget og fungerer fint i den rollen.

OPPSUMMERING

Å kunne oppdage og behandle sammensatte utfordringer hos barn og unge krever kompetanse hos ergoterapeuten. Jeg har i denne artikkelen beskrevet hvordan jeg har brukt kognitiv atferdsterapi som behandlingsmetode hos barn i somatisk orientert spesialisthelsetjeneste. Behandlingsmetoden kunne like godt ha vært implementert i kommunehelsetjenesten. Jeg har også forsøkt å få frem gevinsten av å se symptomer i en større sammenheng for å få til mer treffsikker behandling. Når barnets symptomer dekker over for

eksempel angstproblematikk, vil dette kunne føre til unødvendige undersøkelser og overmedisinering, noe som gir en kostnad for både samfunnet og for barnet det gjelder. I verste fall får ikke barnet den hjelpen det trenger.

Jeg håper jeg har klart å inspirere flere ergoterapeuter til å utvide sin terapeutiske verktøykasse, slik at en kan velge de best egnede redskaper i behandling i klinisk hverdag.

Jeg vil rette en stor takk til Kai med foreldre for samarbeidet og for å ha fått lov til å dele denne historien med flere. Jeg vil også takke Annelise Fredriksen, universitetslektor og spesialist i klinisk psykologi, for oppmuntring og veiledning i det kliniske arbeidet, og Cathrine Arntzen, førsteamanuensis og ergoterapeut, for veiledning og hjelp underveis i artikkelskrivingen.

Litteraturliste

- Berge, T. & Repål, A. (2013). *Den indre samtalen. Lær deg kognitiv terapi* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bundgaard, K.M. og von Bülow, C. (2013). Aktivitetsanalyse i ergoterapi. I Brandt, Å., Madsen, A.J. og Peoples, H. (red.), *Basisbog i ergoterapi* (3. utg., s. 197-212). København: Munksgaard.
- Chorpita, B.F. (2007). *Modular Cognitive-Behavioural Therapy for Childhood Anxiety Disorders*. New York: The Guildford Press.
- Dummet, N. (2013). Formulation: a systemic approach in cognitive behaviour therapy. I Graham, P. & Reynolds, S. (edit.), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (3. utg., s. 69-88). Cambridge: Cambridge University Press.
- Edmunds, J.M., O'Neil, K.A., & Kendall, P.C. (2011). Current status and future directions. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48, 26-33.
- Friedberg, R.D. & McClure, J.M. (2002). *Clinical Practice of Cognitive Theory with Children and Adolescents – The Nuts and Bolts*. New York: The Guilford Press.
- Haugland, B.S.M. (2011). En utviklings-sensitiv tilnærming til kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 48, 5-11.
- Ishikawa, S., Okajima, I., Matsuoka, H., & Sakano, Y. (2007). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents: A meta-analysis. *Child and Adolescents Mental Health*, 12, 164-172.
- Kearney, C.A., Lemos, A. og Silverman, J. (2006). School Refusal Behaviour. I Menunuti, R. et al. (red.), *Cognitive-behavioural interventions in educational settings* (s. 89-105). Routledge. Taylor & Francis Group.
- Martinsen, K. & Hagen, R. (2012). Introduksjon i kognitiv atferdsterapi. I Martinsen, K. & Hagen, R. (red.), *Kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s. 15-46). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Martinsen, K. & Neumer, S-P. (2012). Angst hos barn. I Martinsen, K. & Hagen, R. (red.), *Kognitiv atferdsterapi i behandling av barn og unge* (s. 48-85). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Mykletun, A., Knudsen, A.K., & Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv* (bind 2009: 8). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Snel, E. (2012). *Rolig og oppmerksom som en frosk*. Oslo: Arneberg forlag.
- Solomando, A.M., Kendall, T., & Whittington, C.J. (2008). Cognitive behavioural therapy for children and adolescents. *Current Opinion in Psychiatry*, 21, 332-337.
- Songstad, N.T., Nordal, E. & Rygg, M. (2018, den 6. mai). 4.2 Juvenil idiopatisk artritt – JIA. Hentet fra <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/pediatri/revmatologi-ortopedi/juvenil-idiopatisk-artritt>
- Stallard, P. (2013). Adapting cognitive behaviour therapy for children and adolescents. I Graham, P. & Reynolds, S. (edit.), *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families* (3. utg., s. 22-33). Cambridge: Cambridge University Press.

Psykososial helse etter hjerneslag

Av Else Merete Thyness

– Hvem er Ellen Gabrielsen Hjelle?

– Jeg er nå i mitt siste år som ph.d.-student ved Avdeling for Sykepleievitenskap ved UiO. Her er jeg en av to ergoterapeuter som prøver å spre litt ergoterapeutisk tenkning inn i sykepleieforskningsmiljøet.

– Hva forsker du på?

– Jeg forsker på psykososial helse etter hjerneslag. Vi er i avslutningsfasen av en randomisert kontrollert studie der vi har undersøkt om en samtalebasert intervensjon påvirker psykososial helse etter hjerneslag.

Studien er en multisenter prospektiv randomisert kontrollert studie med en intervensjonsgruppe (150 deltakere) og en kontrollgruppe (150 deltakere). Hovedutfallsmålet er psykososial helse (GHQ-28) ved tidspunktene én, seks og 12 måneder etter hjerneslaget.

Studien ledes av professor Marit Kirkevold ved Universitetet i Oslo, Avdeling for sykepleievitenskap, i samarbeid med professor Unni Sveen ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål. Studien er tilknyttet Forskningscenter for habilitering og rehabilitering (CHARM).

Bakgrunnen for studien er at mange slagrammede opplever rehabiliteringsprosessen etter hjerneslaget som krevende. De fysiske, kognitive, kommunikative og følelsesmessige konsekvensene av slaget er ofte sammensatte og påvirker hverandre. Depressive symptomer, angst og sosial isolasjon er vanlig etter slag. En forskergruppe ved avdeling for

sykepleievitenskap under ledelse av professor Marit Kirkevold har utviklet en strukturert, samtalebasert psykososial intervensjon tilpasset norske forhold. Intervensjonen er prøvd ut i ulike pilotstudier med eldre og yngre slagrammede og med afasirammede.

Intervensjonen bestod av inntil åtte møter mellom den slagrammede og en spesialopplært sykepleier eller ergoterapeut i perioden fra én til seks måneder etter hjerneslaget. Hvert møte varte rundt en time og tok utgangspunkt i et bestemt tema knyttet til det å leve med hjerneslag, som for eksempel stemningsleie/humør, meningsfulle aktiviteter, kropp, nettverk/samvær med andre og selvforståelse. Samtalene var fleksible og ble tilpasset den enkeltes behov. Møtene foregikk stort sett hjemme hos deltakeren. Pårørende ble invitert med på møtene inntil to ganger i løpet av perioden.

– Hva er dine hovedfunn?

– Det positive var at psykososial helse forbedret seg signifikant i løpet av de første seks månedene etter slaget i både intervensjons- og kontrollgruppen. Analysene av tolv måneders dataene er ikke helt klare ennå.

Det å legge til et ekstra samtalebasert oppfølgingsprogram påvirket imidlertid ikke psykososial helse signifikant sammenlignet med effekten av vanlig oppfølging.

Det er mange faktorer som kan ha påvirket studien. Det er generelt utfordrende å forske i et felt der også kontrollgruppen får mye oppfølging som en del av rehabiliteringen etter hjerneslag.



NAVN:

Ellen Gabrielsen Hjelle

STILLING:

Ph.d.-student ved Universitetet i Oslo

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

– Jeg leser mye forskjellig, og alt jeg kommer over om intervensjoner for psykososial helse etter hjerneslag, men har ingen jeg kan rangere som «den beste». Formatet vitenskapelige artikler må skrives i, er så stramt at det skal veldig mye til å skille seg ut. Jeg synes også det er skuffende mye av det som publiseres som avsluttes med at mer forskning er nødvendig for å kunne konkludere.

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

– Det finnes mye kvalitativ forskning om hvordan personer med ulike diagnoser lever med sine sykdommer, og også en del om hvordan disse opplever ulike helsetjenester eller mangelen på dem. Det jeg synes vi trenger mer forskning om, er vurdering av effekten av tiltak vi gjør – gjerne ulike institusjoner i samarbeid, slik at studiene blir store nok til at resultatene kan implementeres.

ERGOTERAPIHØGSKOLEN I OSLO

30-årsjubileum for kull 28

Lørdag 20. oktober var det duket for jubileum for kull 28 ved Ergoterapihøgskolen i Oslo.

30 år har gått siden vi tok farvel med skolen. Selv om mange har holdt kontakten siden, var det flere som

ikke hadde sett hverandre på 30 år. Ikke rart det var en spent og begeistret gjeng som troppet opp på skolen denne formiddagen. Av

Av Line Fossumstuen

30 som ble uteksaminert, var det 23 som deltok. Dessverre har to av oss gått bort så altfor tidlig.

Da vi gikk ut av skolen i 1988, holdt vi til i de små lokalene i Grenseveien, en intim skole med kun 30 elever i hvert kull. Da vi skulle treffes denne lørdagen, startet vi jubileet på dagens ergoterapihøgskole i Pilestredet. Kulling Brian Ellingham, som nå er lærer ved skolen, tok imot oss og fortalte om dagens opplegg på skolen. Vi fikk mimre fra vår skolehverdag, friske opp datidens kunnskap og sammenligne den med dagens. Konklusjonen ble: Selv om vi jobber på ulike nivåer, i ulike fagområder, i tradisjonelle og utradisjonelle yrker, har vi den grunnleggende ergoterapitanken med oss. Den ligger godt forankret og kan utøves på alle felt.

Etter et par timer på skolen gikk vi i samlet flokk ut og spiste en laaaang lunsj – det er mye en skal snakke om etter så mange år! Deretter ble det litt «fritid», før vi klokken 19.00 møttes på Olivia restaurant i Østbanehallen, hvor vi spiste jubileumsmiddag med høyløyd snakk og latter. Lærer Berit Tveit kom også innom og hadde med hilsen fra de andre lærerne.

Vi hadde en fantastisk dag og kveld sammen! Lysten til å treffes igjen snart gjorde at vi der og da avtalte nytt treff.

Så det er bare å glede seg: Vi sees på Oliva til samme tid i 2019, folkens.



På bildet ser vi fra venstre: 1. rekke: Trine Bathen, Anne Falkenberg, Maria Birgitte Hahnsson, Lise Andresen Reiten, Mari-Anne Haugstad. 2. rekke: Nancy Haugen, Liv Solfrid Ervik Hanken, Line Fossumstuen, Solveig Torp, Tone Marie Trondal, Bente Nordenengen Ringen. 3. rekke: Anne Karine Dihle, Ingunn Thomassen Berg, Frøydis Bjerke, Grete Nyborg, Brian Ellingham, Martha K Seiersnes, Anne Aas, Unni Vågsmyr. 4. rekke: Elin Aars, Ingrid Lesjø.

DEN OPTIMALE SITTEOPPLEVELSEN

Permobil + ROHO® = Sant

ROHO er verdensledende innen
sitteløsninger for beskyttelse
og forebygging av trykksår.

ROHO® DRY FLOATATION® Technology
er basert på 45 års forskning og
individuell erfaring. Teknologien gir
optimal trykkfordeling, posisjonering,
stabilitet og komfort.

permobil.no

permobil

SEATING + POSITIONING



Ergoterapistudent ble årets ildsjel

Renate Thorvaldsen Svinning er ergoterapistudent ved utdanningen i Trondheim og fikk ildsjelprisen for arbeidet sitt med Klæbu idrettslag Funkis. – Dette er et aktivitetstilbud for barn og unge som av ulike årsaker ikke klarer å delta i ordinære idrettstilbud. Funkis er mitt hjerte-barn, sier hun.

Av Else Merete Thyness

Prisutdelingen foregikk 19. oktober i forbindelse med Idrettens hederskveld i Trøndelag.

– Bakgrunnen for at Funkis ble startet var at det ikke fantes noe fritidstilbud for min sønn, som har en funksjonshemming. Hans ergoterapeut tok på seg jobben med å skaffe oss et treningslokale dersom jeg startet opp et tilbud. Det gjorde jeg. Fra å begynne med noen treninger på fredagsettermiddagene har dette nå blitt et fullverdig treningstilbud. Hos oss fokuserer vi ikke på å bli best, men å mestre best mulig, sier Svinning.

Hun forteller at aktivitetene legges til rette slik at alle opplever mestring.

– Vi tar utgangspunkt i vanlige idrettsaktiviteter, som for eksempel badminton. Denne aktiviteten kan graderes slik at de som klarer det, kan spille med fjærball, mens andre kan spille med ballong. Slik gjør vi det med alle aktiviteter. Om vi bruker ett år på å komme oss opp en ribbevegg, så er det verdt hvert eneste minutt det har tatt oss. Jeg er privilegert som får oppleve denne gleden sammen med barna, sier hun.

De deler også inn gymsalen i flere områder slik at alle barna får drive med de aktivitetene de synes er meningsfulle i løpet av treningen. Annenhver uke i vinterhalvåret har de trening i svømmehallen. Da får utøverne gjøre det de har lyst til i vannet.

– Det er viktig for barn å bli trygge i vann, og flere av deltakerne har lettere for å bevege seg i vann enn i gymsalen, sier Svinning.

VIKTIG MED FRITIDSAKTIVITETER

Funkis gir tilbud til barn helt ned til første klasse.

– Når de andre vennene begynner på idrettsskolen i første klasse, er det sårt ikke å kunne delta på fritidsaktiviteter. Det er viktig for barna at også de kan si til sine venner at de skal på trening.

Funkis skaper også et samhold blant utøverne og deres familier.

– Jeg vil bruke denne prisen til å rette fokus på dette og fortsette å jobbe for disse herlige barna og ungdommene. Jeg håper også jeg kan bidra til at andre lag og kommuner kan lage slike tilbud for barn. Funkis betyr enormt mye for meg og utøverne, og deres familier har en spesiell plass i hjertet mitt, sier ildsjelen.



Funkis handler ikke om å bli best, men å mestre best mulig, sier Renate Thorvaldsen Svinning. Foto Viggo Jakobsen



Funkis er et aktivitetstilbud for barn og unge som av ulike årsaker ikke klarer å delta i ordinære idrettstilbud.

KONTAKT FUNKIS

E-post: funkis@klaebuil.no

Til minne om Marie Berg

Det er med sorg vi har mottatt budskapet om at Marie Berg er død. Hun ble 61 år. Med det har ergoterapimiljøet i Norden mistet en kunnskapsrik og engasjert fagperson.

Marie utdannet seg til ergoterapeut i hjemlandet Sverige i 1978. Hun viste tidlig interesse for videre akademisk utvikling og fullførte Master of Science i USA i 1984 med «Domain of Concern as Perceived by Occupational Therapy Clinicians» som tema for hovedoppgaven. Formidling av ergoterapifaget har stått sentralt for Marie. Allerede i sin andre jobb var hun faglærer for aktivtører, og tilbake i Norge arbeidet hun fra 1985 til 1987 som høyskolelektor ved ergoterapiutdanningen i Trondheim. Marie var også i en periode førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus (OsloMet). Hun var en dyktig foredragsholder og bidro med mange presentasjoner både nasjonalt og internasjonalt, i tillegg til å veilede kollegaer og studenter i ulike prosjekter og fagutviklingsarbeid.

I 2008 forsvarte Marie sin doktorgrad med temaet «Norwegian validation of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Assessing children's ADL skills». Med Maries doktorgrad ble PEDI tilpasset og validert for norske forhold. Barns helse har stått i særlig fokus gjennom Maries karriere. Hun arbeidet ved Children's Hospital Medical Center

i California i USA. I Norge arbeidet hun både ved Rikshospitalets Barnenevrologiske seksjon, Berg Gård og Haug skole og ressurs-senter i Bærum. Hun hadde et sterkt engasjement for tilbudet til barn med sjeldne diagnoser gjennom arbeidet sitt ved TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser. Marie var godkjent spesialist i barns helse gjennom Norsk Ergoterapeutforbund. Hun holdt omfattende kursvirksomhet og står bak mange publikasjoner om både PEDI og andre temaer innen barns helse.

Marie begynte ved Sunnaas Sykehus første gang i 1992. Her har hun hatt ulike kliniske stillinger tilknyttet hjerneskaderehabilitering og sjeldne diagnoser. Marie var ansatt som fagsjef i ergoterapi fra 2001 til 2013. Som fagsjef arbeidet hun blant annet for å fremme en evidensbasert praksis i klinikken. Hun bidro sterkt til økt kunnskap omkring nytteverdien av forskningsresultater for en mer målrettet kartlegging og behandling av pasientene våre. Hun hadde et fremtidsrettet fokus på ergoterapi og var blant annet en viktig pådriver for å implementere bruk av ny teknologi i rehabilitering etter skade i sentralnervesystemet. Hun hadde en stor faglig dyktighet og var en grundig og kunnskapsrik fagperson.

Marie avsluttet sin karriere ved Regional Kompetansetjeneste for Rehabilitering i Helse Sør-Øst. Her arbeidet hun for økt satsning på



implementering av kunnskapsbasert praksis i hele helseregionen. Hun arbeidet der fram til 2017.

Marie ble i senere tid syk. Med sitt store kunnskapsnivå og interesse for faglig utvikling engasjerte hun seg etter dette i Hjernesvulstforeningen.

Vi takker deg, Marie Berg, for din kunnskap og ditt engasjement for rehabilitering og ergoterapi. Takk for alle gode og lærerike diskusjoner og frøene du sådde i vårt fagmiljø, som fortsetter å bære frukter. Vi er heldige som har fått arbeide sammen med deg og lære av deg. Kunnskapen tar vi med oss videre.

Våre tanker går til Marie Bergs familie og venner.

På vegne av ergoterapimiljøet ved Sunnaas Sykehus, Anne-Marthe Sanders, Susanne Følstad, Anne-Margrethe Linnestad og Ellisiv Mehammer



ERGOTERAPEUT ER NOE JEG ER

I oktober la forbundsleder Nils Erik Ness ut en film av ergoterapistudenten Frida Søbstad-Eide på Facebook-siden sin. – Ergoterapeut er noe jeg er. De ergoterapeutiske verdiene og holdningene blir integrert i personligheten din. Det er en kjernekompetanse, som er uavhengig av hvilken stillingstittel du har, sa Frida.

Av Else Merete Thyness

Frida Søbstad-Eide er 26 år og ferdig med bachelor i ergoterapi i Trondheim til sommeren. Dette er ikke den første utdanningen hun har gitt seg i kast med. Faktisk var det bachelor i produktdesign som ledet henne til ergoterapi. Det siste året på produktdesignstudiet jobbet hun også på et sykehjem i Trondheim. Som et ledd i bacheloroppgaven observerte og intervjuet hun de ansatte og beboerne.

– Jeg fant ut at det ikke var samsvar mellom brukernes behov for aktivitet og de ansattes krav og rutiner. Derfor foreslo jeg

Frida Søbstad-Eide har vært leder for Ergoterapistudentene. – Dette er en erfaring jeg ikke ville vært foruten, sier hun.

at brukerne kunne være med å dekke på bordene før måltidene. Det ble utfordrende, siden mange hadde demens og ikke husket hvor de skulle plassere ting.

Dette ga Frida ideen til å designe en spisebrikke med bilder av bestikk og glass. Produktet heter nå Placelt, og det er designbeskyttet i patentstyret.

– Etter denne erfaringen hadde jeg lyst til å kombinere designutvikling med å bidra til at mennesker kunne leve de livene de har lyst til å leve. Da trengte jeg mer kompetanse om helse, sier hun.

«Jeg hadde bestemt meg for at under studiet skulle jeg gripe alle sjanser som bød seg»

Frida Søbstad-Eide

Etter et år i tenkeboksen begynte hun på bachelor i ergoterapi.

ERGOTERAPISTUDENTENE

Hun visste ikke så mye om ergoterapi da hun startet opp, men ganske raskt forsto hun hvor mange muligheter faget ga.

– Ergoterapi har en helt unik måte å tilnærme seg helse på. Vi er opptatt av ressurser og muligheter, ikke problemer. Når noen blir syke eller får en funksjonshemming, ser vi etter det de er interessert i og fremdeles kan bidra med. Det handler om verdighet, at folk skal få mulighet til å delta og bli inkludert og oppleve mestring og mening i eget liv.

Litt tilfeldig ble hun leder for Ergoterapistudentene.

– Representanter fra forbundet vårt besøkte skolen og informerte om hvordan de jobbet. Etter det meldte jeg meg inn i Ergoterapeutene. Samtidig fortalte studieleiderne om Ergoterapistudentene og at de ønsket seg flere medlemmer, så da meldte jeg meg inn her også. Jeg hadde på forhånd bestemt meg for at under studiet skulle jeg gripe alle sjanser som bød seg, sier Frida.

I januar ble hun leder for lokallaget, så sekretær og deretter leder i Ergoterapistudentenes landsstyre.

– Dette er erfaringer jeg ikke ville vært foruten. Jeg har fått venner for livet og jobbet med inspirerende saker.

Som leder av Ergoterapistudentene fikk hun også plass i Ergoterapeutenes forbundsstyre.

– Det var spennende å møte ergoterapeuter i praksisfeltet. Det ga meg en fin kobling mellom

teori og praksis. Jeg lærte også om hvordan man jobber politisk med saker som opptar en, og jeg fikk et nettverk. Nå føler jeg meg bedre rustet til å gå ut i arbeidslivet. Hvis det er noen andre ergoterapistudenter der ute som har lyst til å engasjere seg på denne måten, men føler seg usikre på om de er «flinke» nok, vil jeg si dette: Jeg har sittet som leder av Ergoterapistudentene og i forbundsstyret, og det er en læringsprosess. Du er ikke utlært når du begynner.

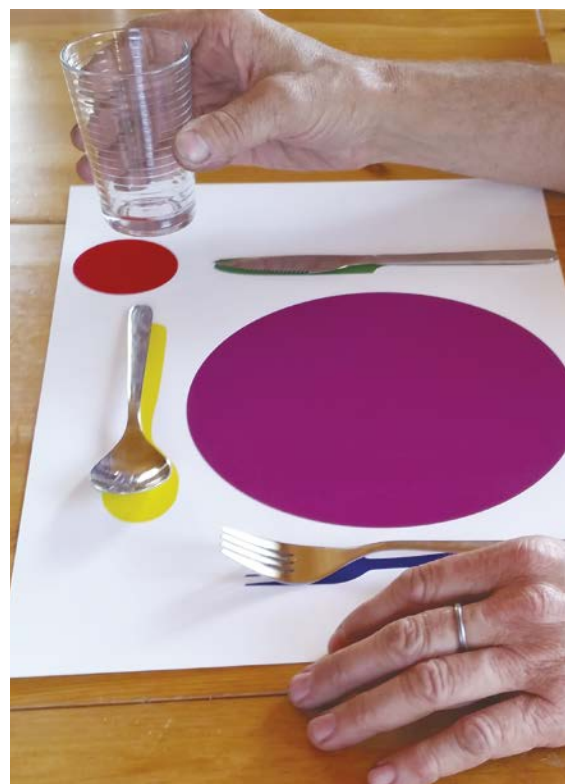
ERGOTERAPI ER EN TILNÆRMING

Om ikke lenge skal Frida søke sin først jobb. Hun tenker bredt når hun vurderer mulige arbeidsplasser.

– Jeg har lært mye om det å se ressurser og muligheter, og dette er en kompetanse som kan brukes i mange sammenhenger og med mange typer mennesker. Ergoterapi er en tilnærming og et bakgrunnsteppe for alt man gjør. Når det gjelder stillinger, er det ikke nødvendigvis stillingstittelen som avgjør om du jobber ergoterapeutisk eller ikke. Det handler om måten du tilnærmer deg helse på, sier hun.

Helst vil hun jobbe helsefremmende og forebyggende for å kunne bidra til at folk kan leve gode liv og ta gode valg. Og aller helst vil hun jobbe med innovasjon.

– Drømmestillingen ville vært å kombinere begge studiene mine og arbeide med innovasjon innen medisin og helse. På denne måten kan en utvikle tjenestene og møte menneskers behov der de er.



Spisebrikken Placelt kan hjelpe mennesker med demens lettere å dekke et bord.



«Det er ikke stillingstittelen som avgjør om du jobber med ergoterapi praksis eller ikke. Det handler om hva du faktisk utfører.»

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.

Kurs i ADL-Taxonomien

ADL-Taxonomien er et valid og reliabelt redskap for å undersøke og vurdere aktivitetsevne. ADL-Taxonomien er nå oversatt til norsk, og deltakere mottar et eksemplar på kurset. Kurset omhandler ADL som en sentral del av ergoterapeuters kjernekompetanse. Deltakerne får en introduksjon til ADL-Taxonomiens oppbygging og anvendelse, slik at de kan bruke det i planlegging og evaluering av tiltak. Det er lagt opp til praktisk utprøving. Dokumentasjon og måling av effekt er også en del av kurset.

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Ergoterapeutene

Tid: 26.-27. mars 2019

Sted: Oslo Kongressenter

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

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org innen 25. januar 2019

UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Mastergradstudier

UiT - Norges arktiske universitet tilbyr følgende tverrfaglige mastergradstudier som er aktuelle for ergoterapeuter:

- **Master i Aldring og geriatrisk helsearbeid**
Mulighet for desentralisering.
- **Master i helsefaglig utviklingsarbeid**
- **Master i psykisk helsearbeid**

Søknadsfrist: 1. mars 2019

Studiene er samlingsbaserte deltidsstudier over tre år som gir 120 studiepoeng. Oppstart er i august 2019. Oppstart forutsetter tilstrekkelig antall studenter.

Nærmere opplysninger om hvordan søke og om opptakskrav, oppbygging og innhold finner du på <https://uit.no/utdanning/opptak> og på <https://uit.no/utdanning> eller ved å henvende deg til Institutt for helse- og omsorgsfag – iho.studier@support.uit.no eller tlf. 77 66 06 07 / 77 64 52 66. Spørsmål om opptakskrav kan også rettes til opptak@uit.no eller tlf. 77 64 40 00

Det skal søkes via UiTs søknadsweb: <http://uit.no/sokweb>.

UiT Norges arktiske universitet

Postboks 6050 9037 Tromsø | Tlf. 77 64 40 00 | uit.no





7. NASJONALE KONFERANSE OM **HJERNESLAG**

Oslo Kongressenter, 14. - 15. februar 2019

PROGRAM OG PÅMELDING
www.hjerneslag.no

Ergoterapeuter ønskes velkommen

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

ONLINE EXECUTIVE EDUCATION

Master's Courses in Dementia Care for Occupational- and Physiotherapists

Develop modern dementia care strategies and competencies to achieve effective and evidence-based care.

Gain advanced knowledge linked to your profession

Dementia disease is a major cause of disability and dependency and has physical, psychological, social as well as economic impact on patients, care givers, families and society.

Solve complex problems with the help of evidence-based and person-centred tools

- Two years part-time studies
- Entirely web-based
- Starts April 15th 2019
- Flexible: work while studying

Deeper understanding and knowledge of people with dementia in different stages

The courses focus on interactive, student-centred learning. Short lectures and seminars are supplemented with individual studies and assignments - all available online whenever you want.

This education is a collaboration between Karolinska Institutet and The Silviahemmet Foundation and is based on research and best practices.

Next course start April 15th 2019.
More information and application:
www.ki.se/epe/dementia



**Karolinska
Institutet**

OSLOMET

Master i ergoterapi

Skaff deg spesialisert kompetanse i analyse, utvikling og tilpasning av intervensjoner. Deltid over 4 år, men kan tas på kortere tid. 120 studiepoeng.

Ergoterapi innenfor allmennhelse

Styrk din faglige identitet med en videreutdanning. Deltid over 1 år. 30 studiepoeng.

Søknadsfrist 15. april

www.oslomet.no

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET



Sør-Varanger Bedriftshelsetjeneste SA er en godkjent bedriftshelsetjeneste som bistår medlemsbedriftene i deres systematiske helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid. Vi har engasjerte medarbeidere med tverrfaglig kompetanse. Som godkjent bedriftshelsetjeneste skal vi dekke fagområdene arbeidsmedisin, ergonomi, yrkeshygiene samt psykososialt og organisatorisk arbeidsmiljø. Nå søker vi en ergoterapeut/fysioterapeut i 100 % stilling. Dersom du skulle ønske en deltidsstilling, er vi vi åpen for å drøfte det – ta kontakt!

Ergoterapeut / fysioterapeut

Arbeidsoppgaver

- Bistå våre medlemsbedrifter i deres systematiske HMS arbeid
- Arbeidsplasskartlegginger, rådgivning og veiledning innen ergonomi
- Bistå med funksjonsvurdering
- Rådgivning om utforming og tilrettelegging av det fysiske, mellommenneskelige og organisatoriske arbeidsmiljøet
- Undervisning
- Kontaktperson for medlemsbedrifter
- Samarbeid med eksterne instanser

Kvalifikasjoner og personlige egenskaper

- Formell utdanning med autorisasjon
- God formidlingsevne, skriftlig og muntlig
- Evne til å etablere gode relasjoner med våre medlemsbedrifter og med kolleger
- Ha interesse for forebyggende arbeid
- Er strukturert og selvstendig
- Liker å jobbe i team

Vi kan tilby

- Fast stilling
- Varierte arbeidsoppgaver
- Et tverrfaglig og godt arbeidsmiljø
- Gode muligheter for faglig utvikling
- Lønn etter avtale

Ved ansettelse vil det bli lagt vekt på utdanning, erfaring og personlig egnethet. Det er en fordel med erfaring fra bedriftshelsetjeneste eller fra HMS arbeid i bedrift.

Du må disponere egen bil, da jobben innebærer en del reising.

Stillingen er ledig fra januar 2019.

Søknad med CV og 2 oppgitte referanser sendes:

Sør-Varanger Bedriftshelsetjeneste til e-postadresse: firmapost@svbht.no

Søknadsfrist: 10. januar 2019

For nærmere opplysninger, ta kontakt med daglig leder Tove Karin Andersen , tlf: 78977900/ 97665119

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

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

0333
ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/ TRYKKFOREBYGGENDE HJELPEMIDLER
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, 0611 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

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

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

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Overflyttingshjelpemidler, Arcona benløfter,

Dreilett, Jøhl stolløfter

1236 LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

post@hcn.no www.hcn.no

Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten

gjennomgående skinne

SUNRISE MEDICAL AS

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

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.

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 (vektdyner 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



Sammen i vinter

De vanlige utfordringene og begrensninger vi opplever til daglig forsvinner når vi er i bakken med Sitski. Vi kan bevege oss like raskt som alle andre.

- Ledsager



Finn glede i felles opplevelser

Det er de enkle ting i hverdagen som kan gjøre en forskjell, både for store og små. Enten det er transport fra A til B, lek og moro - eller bare å være sammen. Snø og kulde kan gi mulighet for mange herlige og minnerike aktiviteter. Begynn planleggingen av vinterens gleder nå og ta kontakt med oss i dag!

- + Sikker og solid
- + Enkel i bruk
- + Individuell tilpasning



SnowComfort



Ledsagerbrett