

# ergoterapeuten



Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund

[www.ergoterapeuten.no](http://www.ergoterapeuten.no)

Nr. 01 • 2013/56

Reportasje

## Ny ergoterapeututdanning på Gjøvik

Andre reportasjer:

Celebert besøk

Advokaten tar saken

Fag:

«Så bruk oss, da!»

Helsepersonells kliniske erfaringer med  
kartlegging, utredning og behandling  
av synsforstyrrelser

Kronikk:

«It's your union - keep it strong!»



## Bruker du stemmen din?

I år er det 100 år siden kvinner over 25 år fikk allmenn stemmerett ved stortingsvalg på lik linje med menn. Norge var blant de første landene i verden som innførte allmenn stemmerett for både kvinner og menn. «Vi hadde aldri tvilt på at vi skulle seire, men at seiren skulle komme saa stor og fullkommen, så stille og skjønn, som den kom i kveld, det hadde vi aldri drømt om», sa stemmerettspioneren Gina Krog til Stortingets presidentskap etter avstemningen i 1913. Da var det 28 år siden hun hadde tatt initiativet til den første foreningen som kjempet for kvinners stemmerett i Norge. Med stemmeretten var det formelle grunnlaget lagt for at kvinner skulle kunne delta i samfunnets avgjørelser på lik linje med menn. Dermed fikk vi i et reelt demokrati, eller folkestyre, som det også kalles.

Demokratiske organisasjoner som Norsk Ergoterapeutforbund styres etter de samme prinsippene. Alle skal få komme til orde, og alles mening er viktig.

I denne utgaven av Ergoterapeuten har arbeidslivsforskeren Ann Cecile Bergene skrevet kronikken «It's your union - keep it strong!». Den bygger på et debattnotat hun laget for Unio med tittelen: «En fagbevegelse for framtiden». Notatet la grunnlaget for en diskusjon i Unios representantskap om verdien av fagorganisasjoner og hvordan disse best kan møte utfordringene i dagens arbeidsliv.

Norsk Ergoterapeutforbund har nettopp startet sin egen prosess med å finne ut hvordan forbundet skal organiseres for å bli et best mulig redskap i å ivareta en god faglig utvikling og samtidig påvirke arbeidslivet og samfunnet. Her oppfordres alle ergoterapeuter til å komme med innspill.

La din stemme bli hørt!

*Else Merete Thyness*

redaktør

### REPORTASJER

4 NY ERGOTERAPEUTUTDANNING PÅ GJØVIK

*Av Else Merete Thyness*

9 CELEBERT BESØK

*Av Else Merete Thyness*

### NY ARENA

11 ERGOTERAPEUT SOM FRISKLIVSKOORDINATOR

*Av Else Merete Thyness*

### KRONIKK

12 «IT'S YOUR UNION - KEEP IT STRONG!»

*Av Ann Cecile Bergene*

### FORBUNDET

14 DU KAN FÅ ERSTATNING VED ALVORLIG SYKDOM

*Av Roar Hagen*

16 KVALITETSSIKRING AV PRAKSIS

*Av Anita Engeset*

18 ALDER INGEN HINDRING

*Av Kaja Goplen*

20 INNSPEL: PENSJON - INNTEKT TIL Å LEVE AV

*Av Anders Folkestad*

20 TIL MINNE OM GRETE OLAUSSEN

*Av Anita M. Heden Johnsen*

### FAG

26 «SÅ BRUK OSS, DA!»

*Av Ingvild Kjekken, Gerd Jenny Aanerud, Liv Rognerud Eriksson og Solvår Lillemo Reinsberg*

32 HELSEPERSONELL KLINISKE ERFARINGER MED

KARTLEGGING, UTREDNING OG BEHANDLING AV SYNSFORSTYRRELSER

*Av Elizabeth Solhjem*

### SMÅSTOFF

38 MÅLEUTSTYR FOR BRUK VED LIGGENDE POSISJONERING

*Av Åse Seljebu og Jonas Henriksen*

40 IDÉBANKEN AKTIV OMSORG

*Av Anne Tiril Svensson*

41 FOLKESTAD NØKTERN OPTIMIST FORAN LØNNSOPPGJØRET

*Av Nora Sørensen*

### PA DEN SISTE SIDEN

42 ADVOKATEN TAR SAKEN

*Av Else Merete Thyness*

Adresse: Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Faks: 22 05 99 01

Redaktør: Else Merete Thyness

Layout: Else Merete Thyness

Mobil: 95 73 93 13

E-post: emt@ergoterapeutene.org

Annonser:

Erik Sigurdsson

Mobil: 90 03 09 43

E-post: erik@addmedia.no

Privatpraktiserende ergoterapeuter kan annonsere for sin virksomhet til 30 % avslag hvis de tar direkte kontakt med redaksjonen.

Annonsefrister:      Utgivelse:

Nr. 02      1. april      30. april

Nr. 03      3. juni      28. juni

Nr. 04      1. aug      29. aug.

Trykkeri: 07 Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir

### Redaksjonskomité:

Unni Sveen      Mobil      91 88 47 68

Cathrine Hagby      Tlf. arb.      67 50 60 75

Tore Bonsaksen      Tlf. arb.      22 45 25 47

Anne-Stine Dolva      Mobil      40 40 87 78

Alf Inge Solbakken      Mobil      46 42 82 16

Marena Brännare      Varamedlem

Sissel Horghagen      I permisjon

Blader merket er medlem av Den Norske Fagpresses Forening

**fagpressen**





## Alle må med i fellesskapet

Med drahjelp fra Samhandlingsreformen har Norsk Ergoterapeutforbund de siste årene blitt en synlig og tydelig aktør i utviklingen av helse- og velferdstjenestene. Ergoterapeutene er nå en selvfølgelig faggruppe på de arenaene hvor vi er mest synlige som aktører. Særlig har fokuset på ergoterapeuters arbeid innen rehabilitering og ergoterapi i kommunehelsetjenesten blitt styrket. Det er et godt utgangspunkt for arbeidet på andre arenaer framover.

Synliggjøring og verdsetting av ergoterapeuters framtidrettede kompetanse har vært en stor dugnad i organisasjonen. Medlemmer og tillitsvalgte har jobbet på mange og ulike områder med vårt budskap og vært viktige ambassadører for faget. Her er det de mange bekker små som har gitt resultater. Flere ergoterapeuter får muligheter til nye og spennende oppgaver og det kommer flere stillinger hvor ergoterapeuters kompetanse er aktuell ute i kommunene og på nye områder. Vi er stolte av den jobben vi har gjort, og vi er stolte av dugnadsinnsatsen.

Men vi kan være enda fler som bidrar! Vi ser at en del ergoterapeuter står utenfor organisasjonen og fellesskapet. Det gjelder nyutdannede som starter sin yrkeskarriere med ulike vikariat og kortere arbeidsforhold, det gjelder ergoterapeuter som jobber uten andre ergoterapeutkollegaer, og det kan gjelde din kollega på arbeidsplassen. De trenger forbundet, og forbundet trenger dem.

Det er tradisjonelt to grunner til at noen ikke er med i organisasjonen; at de ikke kjenner til hva forbundet står for, eller at de ikke er blitt spurt om å bli med. Det må vi gjøre noe med! Alle må vite om forbundet, og alle må bli spurt om å bli medlem – spurt på nytt og på nytt. Ved at vi er flere som bidrar, får vi mer makt og innflytelse, både på den enkelte arbeidsplass og i lokalmiljøet. Forbundet har nå satt i gang en rekrutteringskampanje med fine ver-

vepremier, et tilbud som er omtalt i dette nummeret av Ergoterapeuten. Benytt sjansen, og delta i rekrutteringsdugnaden!

Ergoterapeuter er nå på et mangfold av arenaer hvor vi tidligere ikke var aktuelle. Kampanjen for ergoterapeuter som en selvfølgelig tjeneste til brukere, «Selvfølgen», som forbundet hadde på slutten av åttitallet, er nå i mål! Vi er ikke bare en selvfølge i politiske dokumenter, men vi er en profesjon som er etterspurt for å løse nye utfordringer i helse- og velferdstjenestene. Et klart eksempel er innen velferdsteknologi. NOU 2011:11 «Innovasjon i omsorg» foreslo en tredobling av ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten for å møte de nye utfordringene.

De siste to årene har forbundet gjennom sitt fokus på hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering klart å vise nye muligheter for at mennesker kan leve og bo i sitt hjem og nærmiljø. Mange kommuner har oppdaget dette og sett ergoterapeuters sentrale rolle i denne tilnærmingen. Aktivitet og deltakelse står sentralt i planlegging av nye tjenester for oppfølging av Samhandlingsreformen. Dette gir ergoterapeuter nye muligheter også i framtiden. Vi har fortsatt en viktig jobb å gjøre med å synliggjøre og tydeliggjøre vår kompetanse og ergoterapeuters bidrag i helse- og velferdstjenestene. Derfor bør vi være så mange ambassadører som mulig. Spør en kollega eller en du kjenner som ikke er medlem! Vi trenger en dugnad for å få alle med i fellesskapet.

*Mette Kolsrud*

forbundsleder

Norsk Ergoterapeutforbund  
Tlf. 22 05 99 00, faks 22 05 99 01  
E-post: post@ergoterapeutene.org  
Nettsider: www.ergoterapeutene.org  
Generalsekretær/fagsjef: Toril Laberg  
Forhandlingssjef: Brit-Toril Lundt  
Advokat: Berit Førli  
Organisasjonssjef: Karl-Erik Tande Bjerkaas  
Spesialrådgiver: Anita Engeset  
Sekretær: Mette Henriksen  
Controller: Mette Jacobsen  
Controller: Tove Olsen

*Sentralstyremedlemmer:*  
Mette Kolsrud, forbundsleder  
Nils Erik Ness, 1. nestleder  
Synnøve O. Melseth, 2. nestleder  
Solrun Hauglum  
Bjørnar Rovde  
Reidun Holm  
Ragna Gjone  
Benedicte Borge Bakstad  
Hege Tollås  
Tove Settem  
Stine Marie Nord Slyngstad, 1. varamedlem  
Hanne Berntsen, 2. varamedlem  
Camilla Syvertsen, 3. varamedlem

# Ny ergoterapeututdanning på Gjøvik

**Høsten 2013 åpner Høgskolen på Gjøvik dørene for 25 ergoterapistudenter. Da går startskuddet for Bachelor i ergoterapi med profilering på innovasjon, velferdsteknologi og universell utforming. – Den splitter nye utdanningen er svaret på kommunenes behov for ekspertise på akkurat disse områdene, sier Evastina Bjørk, som har ledet arbeidet med fagplanen.**

TEKST ELSE MERETE THYNESS FOTO KJETIL HEGGE

Forbundsleder, redaktør av fagbladet og innleid fotograf har tatt turen til Gjøvik for lære mer om det nye tilskuddet på ergoterapistammen. Vi er ikke lite spent på hvordan de skal kombinere ergoterapi med disse nye fagområdene.

Først snakket vi med Heidi Vifladt, som leder seksjon

for helse, teknologi og samfunn, og Randi Stokke, daglig leder av radiografutdanningen. Sammen har de blant annet koordinert og gjennomført administrative oppgaver knyttet til etableringen av utdanningen og jobbet med fagplanen.

– *Hvordan startet det hele?*



**Heidi Vifladt og Randi Stokke har vært primus motor i planleggingen av den nye ergoterapeututdanningen. – Ergoterapeuter er skreddersydde for denne utfordringen, sier de.**



**Mette Kolsrud og Evastina Bjørk gikk gjennom den nye fagplanen for ergoterapistudentene. – Dette er en spennende og profilert fagplan, sier forbundslederen.**





**Høgskolen på Gjøvik ønsker 25 nye ergoterapistudenter velkommen til høsten.**

– Høgskolen på Gjøvik er part i et nettverk som heter *Arena Ny Omsorg*. Nettverket arrangerte et seminar hvor et av temaene var manglende kompetanse på velferdsteknologi i kommunene. Det ble også drøftet hvilken fagprofesjon som kunne være bærer av denne kunnskapen, og om vi skulle etablere en ny utdanning, eller bringe det inn i en allerede eksisterende en, forteller Heidi.

– Parallelt med dette foregikk det en intern diskusjon her på høyskolen om å skape utdanninger på tvers av fagområdene våre, som blant andre er teknologi, informatikk og helsefag, fortsetter Randi.

Svaret på begge diskusjonene ble ergoterapi.

– Yrkesgruppen jobber allerede med hjelpemidler – noe velferdsteknologi er en naturlig forlengelse av – og med helsefremming og er vant til å jobbe tverrfaglig. Vi mente at ergoterapi er skreddersydd for å plukke opp denne ballen, forteller Randi.

– Dessuten passet ergoterapi veldig bra sammen med satsingsområdene til høyskolen, som er teknologi, innovasjon og universell utforming, fyller Heidi ut.

Da ideen var unnnfanget, ble den raskt satt ut i praksis. Høgskolen inviterte ressurspersoner til et felles møte hvor de lanserte ideen om å etablere en bachelor i ergoterapi med profilering på velferdsteknologi og universell utforming. Her var også forbundet til stede. Deretter ble det nedsatt arbeidsgrupper, først til å skrive diverse søknader, og så til å jobbe med fagplanen.

– Fagplanen skal baseres på rammeplanen, som sier mye om hva ergoterapeuters grunnkompetanse skal være. Samtidig har vi også jobbet med andre dokumenter som «Innovasjon i Omsorg», forbundets hefte «Kompetanser i ergoterapi» og de andre skolenes fagplaner.

Den nye utdanningen skal sikre det ergoterapifaglige, men den skal også romme mye nytt.

– I tillegg til at vi satser på velferdsteknologi og universell utforming, har vi lyst til å bringe inn prosjektledelse. Vi ser at ergoterapeuter har en sentral rolle i mange prosjekter både i kommunene, på sykehus og i etablering av nye institusjoner. Derfor vil vi gjerne gi litt bakgrunn i dette emnet.

– *Hvor mange studenter tar dere imot til høsten?*

– Vi starter opp med et kull på 25.

– *Hvordan skal undervisningen foregå?*

– Den vil være basert på problembasert læring, hvor studentene vil få oppgaver knyttet opp mot virkeligheten. Vi lyser ut fire stillinger for ergoterapeuter som skal ta seg av det ergoterapifaglige, mens andre deler av undervisningen vil foregå sammen med ingeniører og andre helsefagutdanninger. På Gjøvik jobber vi tverrprofesjonelt helt fra starten av.

Skolens eget laboratorium for universell utforming vil også være sentralt i undervisningen.

– Vi har et laboratorium for universell utforming. Her vil studentene kunne jobbe praktisk med både velferdstek-



**Norsk forskningslaboratorium for universell utforming er rikt utstyrt med velferdsteknologiske hjelpemidler. Her viser Jonny Nersveen, Heidi Vifladdt og Hans Petter Olsen fram eksempler på tastaturer for forskjellige brukergrupper.**

nologi og universell utforming, alene og sammen med andre faggrupper.

## En unik fagplan

Evastina Bjørk er hentet inn fra Nordiske høgskolen for Folkehelsevitenskap i Göteborg for å lede arbeidet med fagplanen. Hun er ergoterapeut med doktorgrad i produktutvikling, har vært delaktig i utviklingen av et diplomprogram for Universell utforming, og har tidligere undervist i rehabiliteringsteknikk og innovasjonsvirksomhet på høyskolen i Halmstad

– *Hva vil du si om den fagplanen dere utvikler her?*

– Dette er en unik fagplan med en helt spesiell profil.

Jeg vil si den imøtekommer de samfunnsutfordringene vi står overfor, både når det gjelder den kommende eldrebølgen, enkelte velferdssykdommer og psykisk uhelse.

Hun er imponert over de ambisjonene de har på høyskolen på Gjøvik.

– Ved å satse på en ergoterapiutdanning som favner velferdsteknologi og universell utforming får ergoterapeuter verktøy som vil bidra til å skape et bedre samfunn for alle. Hvorvidt du er deltakende i samfunnet, påvirker selvsagt både helse og livskvalitet.

Hun er også glad for at høyskolen fokuserer på innovasjon.

– Interessen for innovasjon er stor på flere høyskoler - Gjøvik er en av dem. Innovasjon handler ikke bare om å

finne opp nye produkter; ofte er det kjente deler eller kjente systemer som brukes på nye måter i nye områder. Innovative løsninger kan også være nye måter å samarbeide og organisere seg på i offentlig sektor, slik at vi blir mer effektive i helsesektoren og kan møte menneskers behov på en bedre måte. Dette er helt i tråd med regjeringens anbefaling om å satse på kommunehelsetjenesten, velferdsteknologi og universell utforming.

Hun kan røpe at høyskolen har planer om å utvikle helt nye praksisplasser.

– Vi legger opp til fem praksisperioder, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Men i tillegg til dette diskuterer vi med flere hjelpemiddelforetak om de kan ta i mot ergoterapistudenter i praksis. Denne typen praksisplassering kan gi stor innsikt i velferdsteknologi og vil også være bra for en kommende yrkeskarriere.

For øyeblikket har hun et engasjement ved høyskolen.

– Jeg har lyst til å være med på å utvikle denne utdanningen videre. Jeg tror den kan betyr mye for ergoterapifaget i Norge fremover.

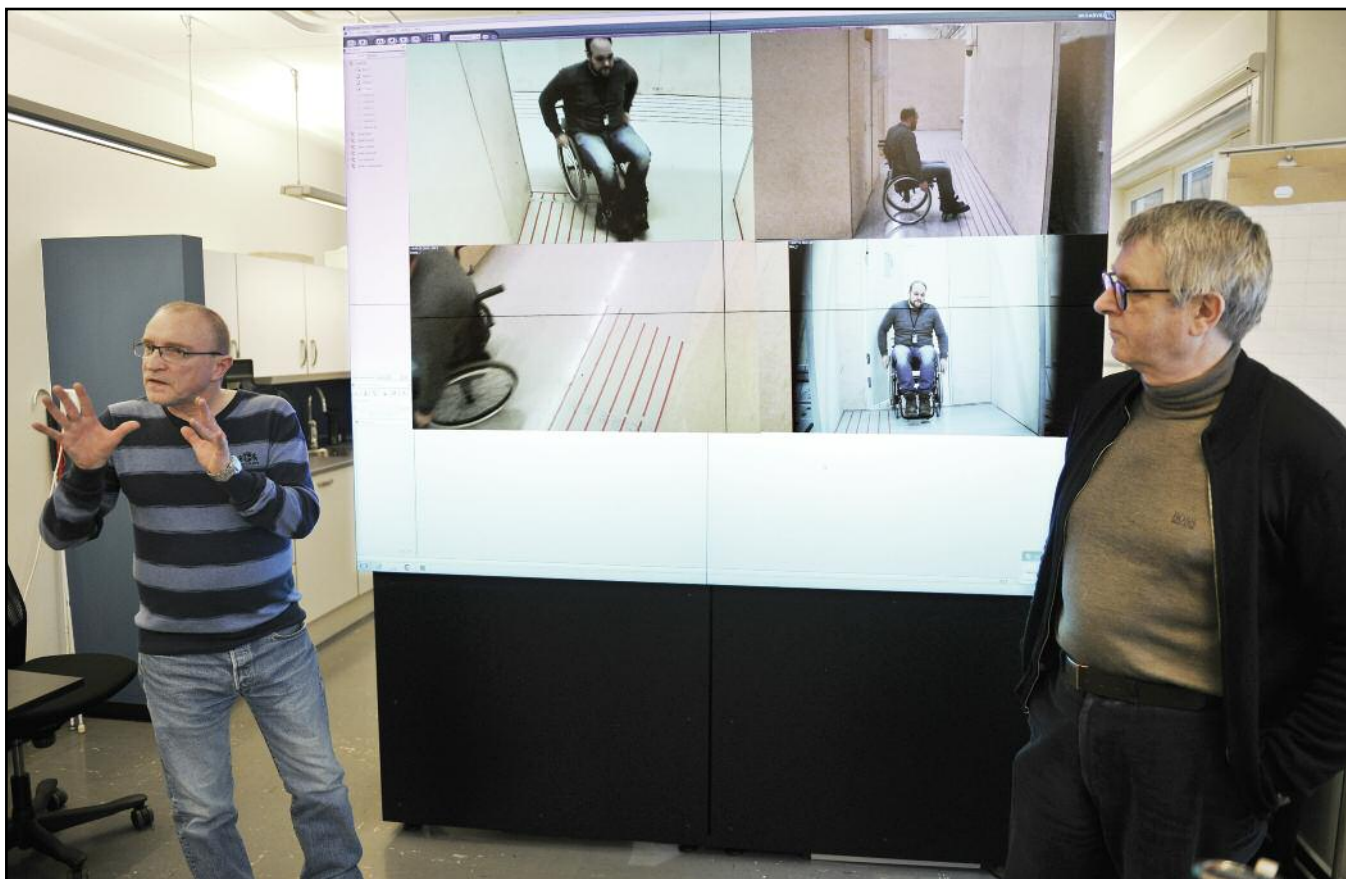
Og når Bachelorutdanningen først er på plass, mener hun det bør diskuteres å utvide med en Master.

– Men vi skal ta et skritt av gangen, lover hun.

## Forskningslaboratorium for universell utforming

Etter samtaler med ildsjelene ved utdanningen går turen til Norsk forskningslaboratorium for universell utforming.





**Undervisningsrom med plass til 25 personer gjør det mulig for flere forskere å følge samme forsøk samtidig, uten at forsøkspersonene opplever forstyrrelser. Rommet brukes aktivt til undervisning og møtevirksomhet. Her får vi demonstrert hvordan en manuell rullestol kan manøvreres gjennom en gang.**

Det ligger like ved høyskolen på et gammelt industriområde. Her blir vi møtt av Hans Petter Olsen, høyskolelektor, og Jonny Nersveen, førsteamanuensis. Sistnevnte er i gang med doktorgrad nummer to, denne gangen med tema om universell utforming og svaksynte.

De kan bekrefte at laboratoriet fungerer som en tverrfaglig arena for alle avdelingene ved skolen.

– Vi åpnet i januar 2012, og her kan studentene studere mennesker i det bygde miljø, mobilitet og forhold knyttet til syn og hørsel. Målet er å finne ny kunnskap om hvordan vi kan tilpasse bygg for alle mennesker, inkludert de som har funksjonsnedsettelse, eldre og syke, forteller de.

Laboratoriet består av sanselaboratorium, fullskalalaboratorium og undervisningsrom. I fullskalalaboratoriet vil det være mulig å bygge i full størrelse med for eksempel et fleksibelt veggmodulsystem og regulerbar rullestolrampe. Testpersonene kan følges med kamerasystemer og andre målemetoder.

– Vi studerer mennesker i bevegelse; opp trapper, ned trapper, gjennom dører - ved hjelp av rullestol, krykker, gæstol eller barnevogn. Vi forsker på mennesker i miljøet og hva som skal til for at Norge skal bli mer tilgjengelig, sier Jonny.

– Og alt dette kan ergoterapistudentene dra nytte av?

– Ja, universell utforming er tverrfaglig, og ergoterapeutene vil være velkomne her, både i undervisning og gjennom egne prosjekter. Hvis studentene for eksempel vil

skrive oppgaver basert på universell utforming eller velferdsteknologi, kan de bruke laboratoriet. Her vil de finne både fasilitetene og kompetansen.

– Hvilken plass har velferdsteknologi i dette laboratoriet?

– Velferdsteknologi er en av de løsningene vi forsker på. Vi kan for eksempel teste hvor mye mer effektive folk blir når de bruker velferdsteknologi, sier Jonny.

Hans Petter legger til at de også undersøker om utviklingen av hjelpemidlene er på bølgelengde med brukeren.

– Brukergrensesnittet må være veldig enkelt. Det kan gjerne ligge avansert teknologi til grunn, men det som møter brukeren, må være enkelt og intuitivt. Det kan vi prøve ut her.

– Samarbeider dere med hjelpemiddelsentralene?

– Ja, det gjør vi. Alle de hjelpemidlene dere ser her, er fra hjelpemiddelsentralen i Oppland. Og vi arrangerte nettopp et kurs for hjelpemiddelsentralene i Sør-Trøndelag, Hedmark og Gjøvik.

Begge to er synlig stolte over det arbeidet Høgskolen på Gjøvik gjør for å finne de beste løsningene for fremtidens utfordringer innen helse- og omsorgssektoren.

– Med det tverrfaglige miljøet skolen har innen teknologi og helse, har vi mye å bidra med framover. Nå ser vi frem til få ergoterapeutene med på laget. □



*Det 900 kvadratmeter store laboratoriet rommer blant annet en hall hvor det er mulig å bygge i full størrelse. Her finnes både et fleksibelt veggmodulsystem og regulerbar rullestolrampe.*



# Celebert besøk

**Sharon Brintnell, leder av Verdensforbundet for ergoterapeuter (WFOT), besøker i disse dager Norge. – Det arbeidet dere gjør i Norge, er viktig for utviklingen av ergoterapi andre steder i verden, sier den kanadiske professoren i ergoterapi.**

AV ELSE MERETE THYNESS

Hun har nettopp deltatt på et uformelt møte med norske ergoterapeuter fra forskjellige yrkesområder, hvor de har diskutert helseutfordringer både i Norge og internasjonalt.

– Verdensforbundets viktigste oppgave er å være yrkets internasjonale stemme. Dette kan vi best gjøre når vi kjenner til hva som foregår i de forskjellige regionene. Det jeg lærer her, tar jeg med tilbake til de andre medlemslandene. På den måten kan norske ergoterapeuters innsats tjene som gode eksempler for de andre landene, sier den 70 år gamle lederen energisk.

I morgen er hun invitert til Ergoterapeutenes sentralstyremøte, blant annet for å orientere om Verdensforbundets aktiviteter i Verdens Helseorganisasjon (WHO).

– Hva er viktige saker i WFOTs arbeid med WHO?

– Hittil har vi særlig engasjert oss for funksjonshemmede og rehabilitering, men nå skal vi utvide aktivitetene våre til også å omhandle mental helse, rusmisbruk og arbeidsrehabilitering, foreller Sharon.

## COTEC-møte i Helsinki

Etter besøket i Norge går turen videre til det svenske forbundet og deretter til Finland, hvor hun blant annet skal delta på møte i Council of Occupational Therapists in the European Countries (COTEC).

– COTEC har som mål å gjøre ergoterapi mer synlig i EU. Jeg gleder meg til å høre om det politiske arbeidet europeiske ergoterapeuter driver med. Jeg håper også vi kan finne aktuelle saker som COTEC og WFOT kan samarbeide om for eksempel innen utdanning.

## Etablert i 1952

Verdensforbundet for ergoterapeuter



– Jeg vil gjerne takke norske ergoterapeuter for det arbeidet dere gjør internasjonalt, sa Sharon Brintnell, leder av Verdensforbundet for ergoterapeuter

ble etablert i 1952 og organiserer i dag 79 medlemsland. Verdensforbundet har blant annet utviklet retningslinjer og standarder for ergoterapeuter og ergoterapeututdanning og arrangerer verdenskongress hvert fjerde år. Norsk Ergoterapeutforbund har vært medlem i verdensforbundet siden 1958.

– Hvilke saker prioriterer dere i WFOT akkurat nå?

– Vi jobber for at ergoterapi skal bli anerkjent som en viktig del av helsetesenet verden over, ikke bare innen rehabilitering, men på alle områder innen helse. Vi er også opptatt av hvordan ergoterapeuter best kan imøtekomme viktige trender innen helse-

og sosialomsorgen på verdensbasis.

Ergoterapeutenes økologiske perspektiv ligger hennes hjerte nært.

– Ergoterapeuter ser folk som hele individer i samspill med sine omgivelser. Fra vårt ståsted har folk kun en midlertidig begrensning i aktivitet. Et eksempel på dette er eldre mennesker, som ved hjelp av velferdsteknologi og tilpassing av miljøet kan fortsette å bo hjemme og beholde sin autonomi og selvhjelpenhet.

Hun mener at ergoterapeuter må bli flinkere til å snakke om det de kan.

– Vi vet hva som skal til for at mennesker kan leve fullverdige liv. Dessverre er det mange som ikke

# reportasje

anerkjenner dette som terapi, de tror det er allmenn kunnskap. WFOT jobber for å løfte opp det ergoterapeutiske perspektivet, slik at faget får den statusen det fortjener.

– *Hvordan tror du ergoterapi vil utvikle seg i fremtiden?*

– Jeg tror at ergoterapi vil få en stadig sterkere posisjon verden over. WFOT får stadig nye medlemmer, svarer hun.

Hun nevner Romania, Kroatia, Palestina og Kina som eksempler på nye medlemsland.

– Dette er land hvor ergoterapi også er et nytt fag.

– *Hva mener du Norge burde engasjere seg i internasjonalt?*

– Norge er allerede ledende i internasjonalt arbeid. Ikke minst har dere gjort en stor innsats i etableringen av ergoterapiutdanning i Kina.

## Automatisk medlemskap

Alle medlemmer i Norsk Ergoterapeutforbund er også automatisk medlemmer i WFOT. Norske ergoterapeuter har dermed tilgang til verdensforbundets nettverk av ergoterapeuter, til verdensforbundets medlemssi-



**Sharon Brintnell deltok i en diskusjon med ergoterapeuter fra forskjellige arbeidsplasser i Norge. Fra venstre: Toril Laberg, Sigrid Aketun, Tore Bonsaksen, Mette Kolsrud, Sharon Brintnell, Kari Aursand, Guro Lilleås og Anita Engeset.**

der og til det fagfellelvurderte fagtidsskriftet «WFOT Bulletin», som kommer ut to ganger i året.

– Medlemmene er viktige for oss. Det er gjennom dem vi har direkte kommunikasjonslinjer, sier Sharon.

Sekretariatet i Verdensforbundet

består av mennesker som gjør en frivillig innsats. De har ikke noe kontor, og styremedlemmene er spredd over hele verden.

– Alle som jobber i WFOT, har betalte jobber ved siden av. Hvis vi vil ha noe gjort, må vi gjøre det selv. □



**Sharon Brintnell informerte forbundets sentralstyre om viktige saker som Verdensforbundet jobber med. Fra venstre foran: Synnøve Melseth, Sharon Brintnell, Mette Kolsrud og Toril Laberg. Fra venstre bak: Bjørnar Rovde, Tove Settem, Solrun Hauglum, Ragna Gjone, Benedicte Borge Bakstad, Hege Tollås, Stine Marie Nord Slyngstad, Anette Bru og Nils Erik Ness.**



# Ergoterapeut som frisklivskoordinator

AV ELSE MERETE THYNESS

– *Hva jobber du som?*

– Jeg jobber som ergoterapeut 1 og frisklivskoordinator i Vestvågøy kommune. Mange av arbeidsoppgavene mine er innenfor helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunen, der jeg har et spesielt ansvar i forhold til kommunens drift og utvikling av Frisklivssentralen.

– *Hvor fant du utlysningen til stillingen?*

– Jeg begynte å jobbe som ergoterapeut i Terapi- og hjelpemiddeltjenesten i Vestvågøy i 2004. Jeg har i denne perioden hatt ansvar for arbeidsoppgaver blant annet i kommunens vurderingsteam og med spesifikk hjelpemiddelformidling. I 2008 ble mye av min stilling knyttet opp mot frisklivsarbeid, da det ble omorganisering internt i tjenesten. Jeg søkte ikke på jobben, men var tydelig på at dette var drømmejobben min. Jeg startet som frisklivsmedarbeider, men er nå koordinator for Frisklivssentralen.

– *Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?*

– Frisklivskoordinator i vår kommune har det overordnede ansvaret for rutinemessig drift og ledelse av Frisklivssentralen i Vestvågøy. I tillegg skal jeg som koordinator følge opp enkeltpersoner som er henvist på frisklivsresept. Dette innebærer følgende arbeidsoppgaver på individnivå: helse-samtaler med utgangspunkt i endringsfokusert veiledning, instruktør/veileder på gruppetreninger, testleder for kondisjonstester, kursleder på Bra Mat-kurs, røykesluttkurs og kurs i mestring av depresjon/belastning. Samtidig har jeg ansvaret for å planlegge og gjennomføre aktuelle temaforelesninger.

– Til stillingen ligger det også et særskilt ansvar for koordineringen og ledelse av Frisklivssentralen som funksjon. Dette innebærer også ansvarsområder på systemnivå, for



***Terese Ingebrigtsen er frisklivskoordinator i Vestvågøy kommune.***

eksempel deltakelse i ulike fora vedrørende kommunalt folkehelsearbeid, samt organisering av planlagte gruppetreninger, frisklivsrecepter og kursvirksomhet.

– *Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?*

– Som ergoterapeut er jeg opptatt av den enkeltes ønsker for eget liv, deres aktivitetsvaner samt kroppslige og mentale forutsetninger for å gjøre det man ønsker å gjøre. Jeg har fokus på å bygge opp under den enkeltes motivasjon og mulighet for å leve det livet den enkelte selv ønsker å leve, og ser også på hvordan omgivelsene kan hemme eller fremme aktivitet. Jeg lærte på skolen at det er ingen som kan se helheten, men at vi må forsøke så godt som mulig å belyse alle faktorene som påvirker hverdagen vår. Jeg mener absolutt at jeg får brukt ergoterapikompetansen min som frisklivskoordinator og ser at inaktivitet ikke alltid handler om latskap.

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

– Jeg mener at det er viktig at ergoterapeuter også har slike jobber; vi har noe å tilby av kompetanse i denne typen jobb. Vi kan blant annet tilføre økt fokus på miljø, deltakelse og aktivitet som mål og middel for å fremme helse. Alt dette er forhold som påvirker hvordan vi lever våre liv.

– *Er det spennende å jobbe i en utradisjonell, og sånn sett nyskapende, stilling?*

– Jeg virkelig elsker jobben min, det er en takknemlig jobb der jeg får møte mange flotte mennesker. I tillegg liker jeg å kunne jobbe både på individ- og systemnivå og forsøke å legge til rette for at flere skal kunne gjøre sunne valg i hverdagen.

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

– Ja absolutt! Jeg savner andre ergoterapeuter å samarbeide med. På de andre sentralene har disse stillingene hittil vært knyttet opp mot fysioterapeuter. Jeg håper jeg ser flere ergoterapeuter i landets frisklivssentraler i årene som kommer. □

# «It's your union – keep it strong!»

**Spørsmålet om hvordan fagforeninger i fremtiden bør organiseres, har meldt seg for fagbevegelsen internasjonalt. Fagforeningers styrke avhenger av høy organisasjonsgrad og mobiliserbare medlemmer. For å sikre det første, må fagforeningene både sørge for å beholde nåværende medlemmer og rekruttere nye. Skal de oppnå dette, må de engasjere, og de må kunne levere.**

AV ANN CECILIE BERGENE

Det er imidlertid viktig å skille organisering av nye medlemmer og det å beholde allerede eksisterende medlemmer. Organisering av nye medlemmer krever å kunne konstruere forespeilinger som tiltaler disse. Å yte nåværende medlemmer service kan virke tiltalende, men like viktig er å overbevise disse om at det fortsatt er viktig å forbli medlem gjennom å behandle dem på en måte som aktiviserer og be- myndiger. Forskning viser imidlertid at det er rekruttering og ikke det å hindre utmelding som har størst påvirkning på organisasjonsgraden. Gitt dette funnet bør dermed fagforeninger i stor grad beskjeftige seg med organisering. For å nå dette målet er det imidlertid ikke tilstrekkelig å flytte fokus over på organisering i seg selv. Fagforeninger må samtidig reise det større spørsmålet om organisatorisk fornyelse.

Michael Crosby, forhenværende direktør i organisasjonsavdelingen til Australian Council of Trade Unions (ACTU) og på nåværende tidspunkt ansatt i Service Employees International Union (SEIU), utga i 2005 en bok hvor han utfordrer ledelsen i alle fagforeninger til å svare på spørsmålet hvorvidt deres fagforening faktisk gjør nok for å bygge dennes makt. Utgangspunktet hans er *organisering*, og han argumenterer for at det kun er ved å gå tilbake til å se på fagforeninger som et uttrykk for den kollektive makten til medlemmene, og ikke som en instrumentell tredje- part, at disse kan lykkes.

Flere fagforeninger internasjonalt har dermed gjort strukturelle endringer, spesielt på nasjonalt nivå, for å flytte ressurser over på organisering – en endring i retning av det som nedenfor omtales som *organizing uni-*

*ons*, ofte satt i motsetning til *servicing unions*.

Fagforeninger verden over har ikke benyttet seg av perioden med mye økonomiske og politiske ressurser til å sette i verk storstilte organiseringskampanjer. Da organisasjonsgraden begynte å falle, eller frykten for et slikt fall ble uttalt, valgte mange å konsentrere seg om å øke tjenesteytingen til allerede eksisterende medlemmer heller enn å øke organiseringsinnsatsen.

Med de sentrale institusjonelle rammene intakte, formalisert for eksempel i Norge ved trepartssamarbeidet, opplevde mange fagforeninger ikke nødvendigheten av å overbevise stadig nye medlemmer om verdien av medlemskap, da fagforeningenes innflytelse og legitimitet i stor grad ble oppfattet som forankret i det eksterne samarbeidet. Den manglende organiseringsinnsatsen blir av Crosby sett i forhold som at mange fagforeninger ikke har fulltidsansatte «organisatorer» (*organisers*), men at organisering er ett av mange ansvarsområder for de ansatte i fagforeningene. Blant de siste blir ofte den viktigste egenskapen å kunne overbevise motparten om at denne bør gi etter for krav, mens for organisatorer er målet å kunne mobilisere, og organisere rundt viktige spørsmål for arbeidstakere og medlemmer. I slike aksjoner og kampanjer har tillitsvalgte lokalt en nøkkelrolle, men det er ansatte organisatorer som setter de lokale tillitsvalgte i stand til dette. Dessuten avhenger sympati for fagbevegelsen av positive erfaringer med lokal tillitsvalgt i tillegg til ideologi eller politisk ståsted og negative erfaringer med ledelse/arbeidsgiver. En ansatt organisator gjør dermed ikke den samme jobben som en tillitsvalgt, da førstnevnte organiserer på et høyere nivå, det vil si sørger for at det finnes levedyktige, selvstendige og aktive klubber på alle arbeidsplasser. Det vil dermed fortsatt være de tillitsvalgte, når de først har fått etablert seg, som driver rekrutteringen på daglig basis.

Aksjoner bygger identitet, bevissthet og solidaritet, og kan medføre at nye medlemmer melder seg inn, i hvert fall hvis de ender i suksess. Det er dermed viktig at fagforeningene bruker ressurser på å identifisere og skolere dyktige aktivister, og på å peke ut aksjoner og kampanjer på lokalt og nasjonalt nivå med gode



**Ann Cecilie Bergene er seniorforsker ved Arbeidsforskningsinstituttet. Hun har doktorgrad i samfunnsgeografi med avhandling om fagforeningsstrategier. Hun har nylig skrevet et notat for Unio med tittelen «En fagbevegelse for fremtiden?»**



muligheter for suksess. Fagforeningsapati kan komme av manglende involvering i fagforeningen som *bevegelse*, og at resultater blir levert «ovenfra».

Det kan dermed være nødvendig å gå tilbake til fagforeningenes utgangspunkt og maktgrunnlag: medlemmene. Tvingende nye spørsmål blir da: (På hvilken måte) engasjerer de seg i fagforeningen, og hvordan engasjerer fagforeningen som organisasjon medlemmene? Et mer retorisk oppfølgingsspørsmål: Er medlemmene ansett som utelukkende kunder/brukere av fagforeningenes tjenester som, og når, bestilt, eller er de en kraft som aktivt bistår og gir lederskapet mandat, samtidig som de selv har vilje og evne til å reflektere over og løse problemer som oppstår på arbeidsplassen?

Det som omtales som *organizing unions* eller «organiseringssmodellen» (*the organising model of trade unionism*) vektlegger med andre ord behovet for nøye å vurdere hvordan ulike deler av fagforeningen oppmuntrer eller, i verste fall, motvirker medlemmenes aktive deltakelse. I organiseringsfilosofien vektlegges at ethvert medlem har potensial til å bli en leder i fagforeningen. I denne modellen er fullstendig og aktiv deltakelse på alle nivåer en forutsetning for effektiv organisering. Dette innebærer også på alle nivåer å utdanne/opplære ledere så vel som tilitsvalgte og medlemmer i å mobilisere og utøve ledelse av fagforeningen, for å gjøre dem bedre i stand til å utvikle og drifte kampanjer som vil organisere arbeidstakere rundt strategiske målsettinger. Slike kampanjer kan være egnet både til å rekruttere nye medlemmer, men også hele arbeidsplasser eller sektorer til fagforeningen, og til å øke deltakelsen til allerede eksisterende medlemmer og ledelsen.

Organiseringsmodellen blir, som nevnt over, holdt opp mot den tjenesteytende, hvor sistnevnte innebærer at fulltidsansatte i fagforeningen gir støtte og leverer tjenester til mer eller mindre passive medlemmer. Som vi har sett, oppfordrer organiseringsmodellen til selvhjelp og egenaktivitet på arbeidsplassen. Gjennom dette er det meningen at arbeidstakere skal oppmuntres til å organisere seg for å løse egne problemer, og dermed gjennføre hva kollektiv organisering vil si. Man kan med andre ord skille mellom fagforeninger som anser sin rolle som å handle *på vegne av medlemmene*, som kanskje til og med anses som klienter eller kunder, og fagforeninger som baserer seg på at medlemmene deltar aktivt og *blir* fagforeningen gjennom kollektiv organisering og aksjon.

En indikasjon på resultatene av de to modellene kan ses i organisasjonsgraden i Irland. I perioden med sosialt partnerskap, som også innebar en tjenesteytende modell, gikk organisasjonsgraden fra 55,3 prosent (1985) til 31,5 prosent (2007). Det sosiale partnerskapet opphørte i 2009, og organisasjonsgraden er nå på 35,6 prosent (2011). Lederen for en av divisjonene i den største fagforeningen i Irland, SIPTU, uttrykte seg på følgende måte: «the organising model is certainly far more effective in that it allows for much better participation of all activists, including younger ones».

Mens organiseringsmodellen blir vektlagt, må også den tjenesteytende modellens eksistens anerkjennes, og en ori-



**Organiseringsmodellen oppfordrer til selvhjelp og egenaktivitet på arbeidsplassen. Gjennom dette er det meningen at arbeidstakere skal oppmuntres til å organisere seg for å løse egne problemer, og dermed gjennføre hva kollektiv organisering vil si.**

entering mot organiseringsmodellen betyr ikke at den tjenesteytende modellen avskaffes i en håndvending, da dette sannsynligvis ville frustrert medlemmer. Dessuten har *organizing unions* beholdt funksjoner som går på å gi enkeltmedlemmer assistanse, men gjerne skilt det ut i egen enhet. Et eksempel er SIPTUs Membership Information and Support Centre (MISC) som er skilt ut av fagforeningen både organisatorisk og geografisk. Det dreier seg dermed mer om en gradvis omprioritering av ressursbruk og omvending av perspektiver. I en forenklet fremstilling blir forskjellen mellom de to illustrert på følgende måte:

Tjenesteytende modell:	Organiseringsmodell
Medlemmene forventer service	Medlemmene anser seg selv som organisasjonen
De ansatte i fagforeninger yter service	De ansatte i fagforeningen utdanner og mobiliserer
Tjenestene, som medlemmer anser det som at de betaler for, inkluderer: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Forhandlinger</li> <li>o Behandling av problemer og konflikter</li> </ul>	Medlemmer og ansatte i fagforeninger: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Lager mål og strategier i samarbeid</li> <li>o Utfører kollektive aksjoner for å fjerne problemer</li> </ul>
Innebærer «brannslukking» (reaktive strategier)	Innebærer fremoverrettede, skapende (proaktive) strategier

# Du kan få erstatning ved alvorlig sykdom

**Nå har vi innført Kritisk sykdom, en helt ny forsikringsdekning for våre medlemmer. Det er en sykeforsikring hvor forsikringssummen utbetales raskt dersom den forsikrede får stilt diagnose for en av de alvorlige sykdommene som er omfattet av forsikringen.**

AV ROAR HAGEN

Hvert år rammes rundt 60 000 nordmenn av en alvorlig sykdom. Dette kan føre til langvarig sykemelding og reduserte inntektsmuligheter. De negative effektene av dette kan du bøte på ved å kjøpe forsikringsdekningen Kritisk sykdom.

## Forsikringen dekker blant annet:

- hjerteinfarkt
- hjerneslag
- hjernesvulst
- multippel sklerose
- kreft
- blindhet
- døvhet
- tap av armer/ben
- brannskader
- nyresvikt
- tap av taleevne
- motornevroensyndrom

Forsikringen kan også gi erstatning dersom forsikrede har fått utført operasjon, inkludert angioplastikk for å korrigere innsnevring eller blokkering av hjertets koronararterier, eller åpen hjerteoperasjon for å sette inn en ny hjerteklaff.

På [www.ergoterapeutene.org/forsikring](http://www.ergoterapeutene.org/forsikring) - under *Les mer og logg inn* - finner du fullstendige vilkår for forsikringen.

## Hvilke behov har du dersom du rammes av alvorlig sykdom?

- Trappe ned eller skifte til mindre stressende arbeid
- Ta forlenget permisjon for å komme deg etter sykdommen
- Gi dine nærmeste anledning til å ta seg fri for å gi ekstra omsorg
- Nedbetale gjeld eller dekke andre løpende utgifter dersom sykdomsperioden blir for lang
- Betale for behandling som det offentlige ikke dekker

## Under 60

Du kan ikke være eldre enn 60 år når



**Hvert år rammes rundt 60 000 nordmenn av en alvorlig sykdom. Dette kan føre til langvarig sykemelding og reduserte inntektsmuligheter.**

du kjøper forsikringen, men du kan ha den til første forfall etter fylte 67 år. Det kreves godkjent helseerklæring for å bli med på forsikringen. Påmeldingsskjema finner du på midtsidene i forsikringsbrosjyren, eller i venstre meny på nettsidelinken ovenfor.

## Rask utbetaling

Forsikringen dekker ikke sykdommer som har vist symptomer de første tre månedene etter at du søkte om forsikringen. Det er en forutsetning for utbetaling av erstatning at du er i live 30 dager etter at diagnosen er endelig stilt, operasjonen er gjennomført eller du er oppført på venteliste.

## Medlemspris

Prisen er avhengig av din alder og hvor stor dekning du ønsker, og det

er samme pris både for medlem og ektefelle/samboer. Du kan kjøpe dekning i klosser à 200 000 kroner – inntil én million – både for deg selv og for ektefelle/samboer. ☐

Alder	Pris per kloss på kr 200 000/år
Tom 30 år	Kr 358
31 – 35	Kr 477
36 – 40	Kr 658
41 – 45	Kr 945
46 – 50	Kr 1 410
51 – 55	Kr 2 126
56 – 60	Kr 3 265
61 – 67	Kr 5 511



## Hvem er min tillitsvalgte?

Medlemsundersøkelsen som ble gjennomført blant medlemmene i oktober og november, viste at hvert femte medlem enten ikke har, eller vet om de har, en tillitsvalgt å forholde seg til. De tillitsvalgte er en svært viktig del av Ergoterapeutenes tilbud, og vi arbeider kontinuerlig for å ha så god dekning av tillitsvalgte som mulig.

Dersom du er usikker på om det er en tillitsvalgt i din virksomhet, kan du få dette avklart hos din fylkesavdeling. Kontaktinformasjon finner du på vår nettside. Når det gjelder øvrige funn fra medlemsundersøkelsen, er dette til behandling i ulike organer i Ergoterapeutene, og vi vil komme tilbake til dette etter hvert.

## Sjekk dine medlemsopplysninger!

Ergoterapeutene får daglig post i retur på grunn av feil eller mangelfull adresse. Dette gjelder også fagbladet. Dette er kostbart for forbundet, i tillegg til at medlemmer ikke mottar den informasjonen de skal. Sjekk og oppdater dine medlemsopplysninger på [www.ergoterapeutene.org/minside](http://www.ergoterapeutene.org/minside).

## Ergoterapeutene for fremtiden

Med jevne mellomrom må organisasjonen stikke fingeren i jorda og vurdere hvorvidt vi er hensiktsmessig organisert i forhold til det formål vi har som organisasjon og rammebetingelsene vi opererer under.

Ergoterapeutenes landsmøte i 2014 skal legge grunnlaget for for-

bundets arbeid frem mot 2020. I 2013 settes det derfor i gang et arbeid som skal gi landsmøtet i 2014 et best mulig grunnlag for å fatte kloke og velbegrunnede vedtak om fremtidens organisering av Norsk Ergoterapeutforbund – et fagforbund for fremtiden.

I lys av dette kan du lese kronikken til Ann Cecilie Bergene fra Arbeidsforskningsinstituttet som står trykket i dette nummeret. Har du innspill til prosessen, kan du gi disse til din fylkesavdeling eller til forbundskontoret.

## Rekrutter et medlem og vinn gratis deltakelse på Fagkongressen!

**Spre budskapet om våre positive resultater for fag og medlemmer! Sørg for at alle potensielle medlemmer blir spurt, og spurt på ny, om å melde seg inn.**

AV KARL-ERIK TANDE BJERKAAS

Som medlem i Ergoterapeutene tar du del i et landsomfattende nettverk av ergoterapeuter. Du bidrar til å utvikle og styrke faget og får impulser til din egen faglige utvikling.

Som medlem i Ergoterapeutene er du med på å sikre medlemmenes lønns- og arbeidsforhold og sørger for at du har påvirkning på utviklingen av din arbeidsplass.

Les mer om medlemskapet på vår hjemmeside.

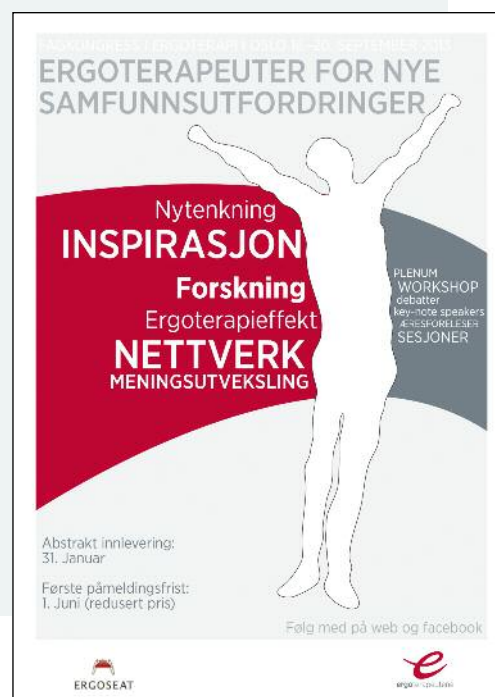
### Rekrutter et medlem

Alle medlemmer som rekrutterer et nytt medlem til Ergoterapeutene, er med i trekningen av en gratis delta-

keravgift på høstens fagkongress. Rekrutterer du to eller flere, øker vinnersjansene. Vi vil også trekke ut en gratis deltakeravgift blant de nye medlemmene.

For å være med i trekningen, må det nye medlemmet føre opp ditt navn på innmeldingsskjemaet på vår nettside. Innmeldinga må være gjort før 1. juni.

Denne gulrota kommer i tillegg til den løpende ordninga der alle rekrutterere får et gavekort på 500 kroner som kan brukes til å dekke deltakeravgiften på et av Ergoterapeutenes kurs.



# Kvalitetssikring av praksis

**Norsk Ergoterapeutforbund vil bidra til at ergoterapeuter arbeider kunnskapsbasert og utvikler praksis gjennom en systematisk og reflektert bruk av ulike kunnskapskilder og redskaper. Tidligere ble det benyttet mange hjemmesnekra redskaper av ulik kvalitet. I de siste årene har antallet standardiserte og kvalitetssikrede undersøkelses- og vurderingsredskaper som er relevante for ergoterapeutisk praksis og forskning, vokst dramatisk. En større del av redskapene som er utviklet internasjonalt, har blitt gjort tilgjengelige for norske ergoterapeuter gjennom kurs og oversettelser.**

AV ANITA ENGESET

Det forventes i dag at fagutøverne arbeider kunnskapsbasert og oppfyller lovbestemte krav om faglig for- svarlighet. I stadig flere offentlige dokumenter er det et uttrykt krav at Helse- og velferdstjenestene skal bygge på den beste tilgjengelige forsknings- og erfaringsbaserte kunnskapen om hva som er det beste for brukeren og samfunnet, jamfør Stortingsmelding nr.13 (2011-2012) Utdanning for velferd. Kravet til kvalitet i tjenestene er forankret i Lov om helsepersonell paragraf 4 om «faglig forsvarlighet» som er overordnet – og styrende – for all faglig virksomhet.

De siste årene har tilfanget av nye og kvalitetssikrede redskaper vært stort – praksis har også blitt flinkere til å bruke standardiserte redskaper. Andre faggrupper har blitt interessert i våre mer helhetsorienterte og klientsentrerte redskaper, som for eksempel COPM. (Canadian Occupational Performance Measure)

## Sentrale begreper knyttet til undersøkelsesprosessen

Den ergoterapeutiske arbeidsprosessen består av noen grunnleggende elementer som undersøkelse, intervensjon og evaluering. Undersøkelse inkluderer fortløpende identifisering og presisering av personens opplevde og observerte aktivitetsproblemer (Wæhrens 2008). I følge Wæhrens (2008) er:

- **undersøkelse** en fortløpende prosess hvor en samler inn informasjon om en persons aktivitetsutførelse.
- **undersøkelsesmetoder**, handler om måten informasjonen samles inn på, for eksempel intervju, observasjon.
- **undersøkelsesredskaper** standardiserte redskaper som er utviklet for å avdekke et avgrenset område.
- **evaluering** en gjentakelse av tidligere undersøkelser for å avgjøre om intervensjonen har hatt virkning.

I undersøkelsesprosessen anvender ergoterapeuten en rekke undersøkelsesmetoder og redskaper som til sammen avdekker klientens aktivitetsproblem og konteksten det opptrer i. Undersøkelse og evaluering er avgjørende for en målrettet intervensjon (Wæhrens 2008).

I ergoterapeutenes oversikt er begrepet «vurderingsredskap» valgt for redskap som benyttes til vurdering underveis og i etterkant av intervensjon.

## Å velge egnede undersøkelses- og vurderingsredskaper

Ergoterapeuter har spesielt behov for redskaper som fokuserer på aktivitet og deltakelse, men også redskaper i forhold til kognitiv funksjon, muskelstyrke og leddbevegelighet (Brandt m.fl. 2007). For å få et helhetlig bilde av per-



**På Ergoterapeutenes nettside ligger det en oversikt over undersøkelses- og vurderingsredskaper.**

soner og deres omgivelser er det ofte nødvendig med en kombinasjon av redskaper. Ettersom ergoterapeuter spesielt vektlegger personens egne ønsker og opplevelse av mening i aktivitet, bør metoder som vektlegger brukerdeltakelse og brukerperspektiv inngå i vurderingen (Brandt m.fl. 2007).

I følge Kjekken m.fl. (2007) har redskaper for funksjonsvurdering tre hovedformål; å beskrive nåværende funksjon, å måle endringer over tid og/eller å predikere fremtidig funksjon. De skiller mellom objektive og subjektive redskaper, der de objektive redskapene ofte er utviklet innenfor et medisinsk perspektiv med vekt på å skille friskt fra sykt og på å gradere avvik fra normal funksjon; for eksempel måling av leddutslag, eller observasjon og gradering av hvordan pasienten utfører standardiserte handlinger eller aktiviteter. I de senere år har det blitt lagt mer vekt på brukerperspektivet, med det resultat at det har blitt utviklet flere redskaper der pasienten gjennom intervju selv skal beskrive og prioritere aktiviteter og mål, for så å vurdere funksjon og progresjon i forhold til disse (Kjekken m.fl. 2007).

I Ergoterapeutenes oversikt over undersøkelses- og vurderingsredskap vektlegges redskaper som gir informasjon om kjerneområdet i ergoterapi; menneskets aktivitetsutførelse (aktivitet) og mulighet for deltakelse i fysiske og sosiale omgivelser. Den gir i mindre grad oversikt over redskaper i forhold til personens psykiske og fysiske kroppsfunksjoner (Ergoterapeutene, Undersøkelses- og vurderingsredskaper, 2008).

Under hvert enkelt redskap i Ergoterapeutenes oversikt er det oppgitt noen referanser til omtaler av det kon-



krete undersøkelsesredskapet. Det kan være lurt å starte der for å få et inntrykk av redskapets relevans.

### Kvalitetskrav til bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper

Undersøkelses- og vurderingsredskapene ligger i alfabetisk orden fra A til Å, der hvert redskap beskrives. I beskrivelsen av redskapet kommer det frem hvem redskapet er utviklet av, formål og målgruppe, relasjon til ICF, innhold og metode. Det fremkommer også om det er oversatt og gjort vitenskapelige undersøkelser av blant annet redskapets egenskaper. Her vil en også finne lenker til mer informasjon om redskapet og hvor det kan anskaffes, samt noe vitenskapelig og faglig litteratur knyttet til bruk av redskapet.

Flere av redskapene ergoterapeuter benytter, er utviklet på bakgrunn av teorier og modeller som for eksempel *Model of Human Occupation* og *The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement* og forutsetter at ergoterapeuten har kjennskap til disse. I faglitteraturen finner en også ofte oversikt over redskapene og forskning som er gjort på redskapets grunnleggende kvaliteter som validitet og reliabilitet, også kalt psykometriske egenskaper.

Ved valg av redskap må det tas hensyn til i hvilken grad det er kvalitetssikret i forhold til innhold (validitet) og pålitelighet (reliabilitet). Videre må man spørre om det er egnet til å fange opp de endringer man ønsker å oppnå gjennom tiltakene som iverksettes (responsivitet/sensitivitet). Det er også avgjørende at redskapet er anvendelig under de forhold det skal brukes, enten dette er klinisk praksis eller innen forskning. I følge Kjekken m.fl. (2007) blir det nærmest tatt som en selvfølge at de objektive redskapene er pålitelige og gyldige, mens pasientenes egenrapportering via spørreskjemaer og pasientspesifikke redskaper har vært svært omdiskutert. I artikkelen viser de til nyere forskning som viser at egenrapporteringer både er pålitelige og til tider mer sensitive for endring enn vurderinger foretatt av helsepersonell (Kjekken m.fl. 2007).

For å sikre kvalitetsgraden ved bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper er det viktig at ergoterapeuten setter seg grundig inn i redskapets manual og følger denne. Manualen inneholder også ofte referanser til forskning på redskapets psykometriske egenskaper, likevel anbefales det at den enkelte ergoterapeut selv søker vitenskapelige artikler som omhandler studier der redskapet har blitt benyttet i forhold til den aktuelle målgruppen en selv tenker å benytte redskapet overfor (Wæhrens 2008).

### Forbundets satsning for å øke ergoterapeuters kompetanse på bruk av kvalitetssikrede redskaper

Norsk Ergoterapeutforbund har satset mye for å bidra til å øke ergoterapeuters kompetanse på kvalitetsvurderte undersøkelses- og vurderingsredskaper. Dette har vært tema på flere av våre faglige arrangementer. Høsten 2011 arrangerte Ergoterapeutene kurs i Assessment of Motor- and Process Skills (AMPS). Våren 2012 arrangerte forbundet i samarbeid med ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus kurset «Ergoterapeutiske undersøkelses- og vurderingsredskaper» og kurs i den

kanadiske modellen, CMOP-E og COPM. Sistnevnte kurs har også blitt arrangert av flere av våre fylkesavdelinger. Oversikten over fagkurs arrangert av Norsk Ergoterapeutforbund finner du i Ergoterapeutenes kurskalender <http://netf.no/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/-Kunnskapsport/Kurskalender>

Ergoterapeutenes hjemmeside om undersøkelses- og vurderingsredskaper ble utviklet i 2008 i et samarbeid mellom Ergoterapeutene, ressurspersoner på området og Høgskolen i Sør-Trøndelag. Nå har vi hatt en gjennomgang av alle redskapene, sjekket lenker, oppdatert i forhold til nye utgaver og forskning på redskapets grunnleggende kvaliteter og der redskapet har blitt brukt i forhold til ulike målgrupper. Det har også blitt lagt til noen nye. Hjelp oss gjerne med å holde sidene oppdatert – ta kontakt med [ae@ergoterapeutene.org](mailto:ae@ergoterapeutene.org).

Det er av stor betydning at ergoterapeuter både i tverrfaglig samarbeid og i ergoterapeutisk intervensjon benytter kvalitetssikrede redskaper. Å utvikle nye redskaper er et møysommelig og krevende arbeid, og det arbeidet skal ikke alle ergoterapeuter drive med. Vi har etter hvert mange doktorer og forskere som har kompetanse til å gjøre dette. Det er imidlertid vårt ansvar som utøvende ergoterapeuter å benytte dem i praksis og bidra til at disse redskapene blir kjent. Det synliggjør vår kompetanse og faget vårt, og hva vi som ergoterapeuter kan bidra med for brukerne og samfunnet. □

### Referanseliste:

- Brandt m.fl. (2007). Undersøkelse og evaluering – med aktivitet og deltakelse i fokus. I: Borg et al. *Basisbok i ergoterapi, aktivitet og deltakelse i hverdagslivet*. 2. utgave. Munkgaard Danmark. København. Kap. 8. s. 239- 266.
- Ergoterapeutene (2008). Verktøy og redskaper. URL <http://netf.no/NETF/om-ergoterapi/Verktoey-og-redskap/Undersoekelser-og-vurderingsredskap>
- Kjekken, I., Kvien, T. K., & Dagfinrud, H. (2007). Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering Tidsskrift Norsk Lægeforen, nr. 5, 2007;127:598-9. URL: <http://tidsskriftet.no/article/1496880>
- Lov om helsepersonell Kap.2. Krav til helsepersonell § 4. Faglig forsvarlighet. Endret ved lov 24 juni 2011 nr. 30 (ikr. 1 jan 2012 iflg. res. 16 des 2011 nr. 1252). <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html#4>
- Melding til Stortinget nr. 13 (2011-2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Kunnskapsdepartementet.
- Wæhrens, E. (2008) *Ergoterapeutiske redskaper – undersøkelse og evaluering*. Munkgaard Danmark, København.

### Ergoterapeuters undersøkelses- og vurderingsredskaper

24. og 25. oktober 2013 kl. 09.00 – 16.00 i Bergen

Kurset arrangeres av Ergoterapeutene sentralt i samarbeid med vår fylkesavdeling i Hordaland. og Ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Bergen.

Kurset gir en innføring i betydningen av å arbeide kunnskapsbasert og benytte standardiserte og kvalitetssikrede redskaper. Videre vil noen redskaper og bruk av disse i praksis bli presentert. Kurset er meritterende for spesialistordningen og teller med tolv timer som ergoterapispesifikt kurs. Mer utfyllende program kommer senere i forbundets kurskalender.

# Alder ingen hindring?

**Når vi hører om saker fra arbeidslivet omkring spørsmål knyttet til arbeidstakerens ønske om å fortsette eller gå fra stilling, eller saker hvor det er arbeidsgiver som vil ha den ansatte bort, tenker vi gjerne «klanderverdige forhold». «Her har noen gjort noe galt!» Men hva med alder? Har ikke det også noe å si for eksistensen av et arbeidsforhold?**

AV KAJA GOPLEN

Kan jeg som ansatt jobbe så lenge jeg vil? Eller kan jeg slutte fordi jeg er sliten og gammel? Hva med arbeidsgiver, kan han si meg opp? Er det mulig å protestere på en slik avgjørelse? Hvordan skal oppsigelsen gjennomføres, og når kan det skje?

Det er mange spørsmål som reiser seg i forhold til aldersgrenser i arbeidslivet. Om det ikke allerede er et aktuelt spørsmål, vil det for enhver av oss, bli et tema vi på et stadium i livet må forholde oss til. I et samfunnsmessig perspektiv er det også viktig og interessant, da gjennomsnittlig levealder øker, vi har bedre helse, og det i tillegg er et stadig økende behov for arbeidskraft.

I samme situasjon er det naturlig å tenke på pensjon. I denne artikkelen er det likevel ikke rom for å behandle dette parallelt. Kompleksiteten av pensjonssystemet, samt indikasjoner på at dagens ordninger vil bli endret, gjør det vanskelig å behandle dette på en fyllestgjørende

og forståelig måte. Artikkelen konsentreres derfor kun om hva som må til for at arbeidsgiver kan si at du må slutte på grunn av alder.

## «Aldersgrense» – begrep og regulering

Hva menes så med «aldersgrense»? Kort fortalt benyttes begrepet om arbeidstakers plikt til å fratre når han eller hun oppnår en viss alder. Det finnes regler for aldersgrenser, men bildet er fragmentert, og vi må søke i lov, særlov-givning, forskrift, tariffavtaler, samt bedriftsinterne avtaler og individuelle kontrakter for å få den totale oversikten. Det eksisterer ikke én lovbestemmelse, som angir en generell aldersgrense, uavhengig av yrkesgruppe og hvem som er arbeidsgiver.

De to mest sentrale lovene er arbeidsmiljøloven og lov om aldersgrenser for statens tjenestemenn («aldersgrense-loven»). Begge lovene setter som utgangspunkt at arbeidstaker må fratre sin stilling når han eller hun blir 70 år. Dette er hovedregelen i norsk rett.

Aldersgrenseloven gjelder for statlig ansatte, og er derfor aktuell for ergoterapeuter. Lovens paragraf 2 sier: «Den alminnelige aldersgrense er 70 år. ...» Grensen er absolutt. Dette betyr at arbeidsgiver ikke trenger å foreta en formell oppsigelse, men at den ansatte plikter å fratre sin stilling ved fylte 70 år. Det kan søkes om forlengelse av fristen til 75 år, dersom arbeidstaker fortsatt fyller de krav som forutsettes for stillingen. Dette er imidlertid en snever unntaksregel og vurderes konkret fra sak til sak.

For ansatte i fylkes-/kommunal sektor er det gjennom Hovedavtalen vist til arbeidsmiljølovens bestemmelser, som da betyr at hovedregelen om 70 års aldersgrense gjelder. Det som er viktig å være klar over ved arbeidsmiljøloven, er at den gir arbeidsgiver en ubetinget rett til å avslutte arbeidsforholdet, uten å følge de alminnelige regler for oppsigelse. Den ansatte skal ha skriftlig melding fra arbeidsgiver, og fratreden kan tidligst kreves seks måneder etter at varselet er gitt. Er situasjonen at arbeidsgiver ikke gir melding, kan den ansatte jobbe etter fylte 70 år. Og dersom meldingen gis for sent, forskyves



**Kaja Goplen er advokatfullmektig hos Advokatfirmaet Storeng, Beck & Due Lund DA.**

ADVOKATFIRMAET  
**STORENG,  
BECK &  
DUE LUND**

Spesialistfirmaet innen arbeidsrett og HR

www.sbdll.no Tlf 22 01 70 50

Det er også vi som har skrevet

«Arbeidslivets spilleregler»



seksmånedersperioden tilsvarende.

Selv om det store flertall ergoterapeuter arbeider innen statlig og kommunal sektor, skal det nevnes at de som arbeider innen det private, omfattes av arbeidsmiljølovens bestemmelser. Men hva med sakene vi hører om, hvor ansatte har måtte gå ved 67 år? Dette er grenser som er fastlagt i bedriftsinterne avtaler, og som altså fraviker fra utgangspunktene i kommunal og statlig sektor. Oppsigelser som er begrunnet i alder, er diskriminering, men Høyesterett har i noen tilfeller akseptert slike avtaler. Forutsetningen er at avtalene må anses for å være saklig og forholdsmessig begrunnet, for eksempel ut ifra hensynet til forutberegnelighet i virksomheten, arbeidsdeling mellom generasjoner, særlige sikkerhetsmessige forhold og arbeidstakers helse.

Verdien av å ha et arbeid å gå til, er for mange av stor betydning, selv når en begynner å dra på årene. Det er en rekke eldre som til tross for mange yrkesaktive år ønsker å fortsette å jobbe, fordi det fyller et behov for faglig og sosial tilfredsstillelse. Samtidig kan situasjonen være at en ønsker å trappe ned arbeidet noe. Arbeidsmiljøloven gir arbeidstaker fylt 62 år rett til å kreve redusert arbeidstid, dersom en på grunn av helse eller sosiale forhold har et reelt behov for det. Dette kan for eksempel gjøres ved at en jobber kortere eller færre dager eller har lengre perioder fri.

I praksis må den enkelte arbeidstaker fremlegge et skriftlig krav overfor sin arbeidsgiver. Det er viktig at det gjøres i god tid før en ønsker at tiltaket settes i verk, slik at det faktisk lar seg gjøre å planlegge og legge til rette for gjennomføringen.

Redusert arbeidstid er imidlertid ingen ubetinget rett. Dersom arbeidsgiver kan dokumentere at det vil påføre virksomheten store ulemper, kan den ansatte nektes en slik ordning. Det er likevel viktig å være klar over at det er arbeidsgiver som må vise til konkrete forhold som gjør at ønsket om redusert arbeidstid ikke kan innfris. Det er også viktig å være klar over at redusert arbeidstid innebærer reduksjon i lønn uten at det kompenseres med ytelser fra folketrygden.

### Hva med meg?

Er det slik at du har en arbeidsgiver som ensidig kan si deg opp, eller er du underlagt de regler hvor det åpnes for å fortsette arbeidet utover gitte aldersgrenser? Kanskje er du i en situasjon hvor du faktisk ønsker å bytte arbeidsgiver?

Gjør deg kjent med hva som gjelder på din arbeidsplass, og ta kontakt med din tillitsvalgte eller foreningssekretariatet dersom du er usikker på din situasjon. ☐

*Dersom du har spørsmål om temaet som er berørt i denne artikkelen, kan du rette disse til din tillitsvalgte eller til Ergoterapeutenes forbundskontor.*



**permobil**

**C500**  
VS

**NÅR DU  
VIL OPP Å STÅ**

**ENKLERE HVERDAG**  
En stol med alle muligheter.

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



## INNSPEL

AV ANDERS FOLKESTAD

### Pensjon – inntekt til å leve av

I starten på 2013 har vi sett fleire aggressive og forvirrende utspel om pensjon. NHO påstår at offentlig tilsette lurer seg unna pensjonsreformen. Det er feil. Realiteten er at også offentlig sektor er omfatta av begge dei store innsparingsgrepa, levealdersjustering og indeksering. Indeksering inneber at løpende pensjonar blir regulert med lønnsvekst minus 0,75 prosent. Pensjonistar får altså ikkje same veksten i kjøpekrafta som lønnstakarar.

Det kan verke som NHO og somme andre arbeidsgjevarar meiner offentlig tenestepensjon er for god, og at dette blir dyrt for næringslivet. Gullpensjonar er det i alle fall ikkje, slik enkelte vil ha det til. Men vi ser også dei som meiner at den offentlege ordninga er for dårleg, for lite fleksibel.

Regjeringa er heller ikkje særleg begeistra over forhandlingsresultatet frå 2009, men dei står trass alt ved det. Rett nok dukkar det frå tid til anna opp meldingar om at dei er klar for å reforhandle. Men resultatet står altså fast.

Både NHO og regjeringa mislikar bruttoordninga i offentlig sektor. Denne inneber at pensjonen grovt rekna

utgjer 66 prosent av sluttløna. Eitt av vilkåra er minimum 30 års oppteningstid. Slik sett er offentlig tenestepensjon oversiktleg og sikker. Du veit stort sett kva pensjonen blir.

Regjeringa ville ha eit anna alternativ i 2009. Dette kunne vere minst like bra for dei som maktar å arbeide svært lenge. Andre ville kome dårlegare ut. Og det bra at vi fekk vidareført AFP som ei sikringsmekanisme for dei som heilt eller delvis må trappe ned. Her kan ein kombinere arbeid og pensjon på anstendige vilkår. Dette gjer at mange, ikkje minst kvinner, har makta å forlenge yrkeslivet før full pensjonering.

Den store innsparinga i pensjonsreforma heiter levealdersjustering. Når levealderen stig, må pensjonskapitalen for kvar enkelt fordelast over fleire år, og det blir mindre pensjon pr år. Dette er vedtatt av Stortinget og gjeld for alle. I framtida må tilsette i offentlig sektor difor arbeide lenger for å få 66 prosent av sluttløna. Ein som er fødd i 1972 må til dømes rekne med å arbeide om lag to år lengere for å nå dette nivået.

I 2009 blei regelverket for årskulla fram til 1958 vedtatt, inkludert sikring av opptente rettar. Korleis reglane for dei som er fødte etter 1958 skal utformast, er enno ikkje klart. Både regjeringa, Stortinget og organisasjonane skal seie sitt før dette er på plass.

Midt i rekkja av utspel, er det på sin plass å minne om kva pensjon eigentleg er: Det er inntekta folk flest skal leve av når yrkeslivet er over.

## Til minne om Grete Olaussen

*Det er sagt at «ingen er uerstattelig», men noen er det vanskeligere enn andre å erstatte. Grete Olaussen var en slik person. Hun var tillitsvalgt for Ergoterapeutene i mange år, og det står å lese om hennes virke i Ergoterapeuten nr 6/2012. Grete var den første som ble tildelt «Tillitsvalgtprisen», en utmerkelse hun mer enn vel fortjente.*

Grete startet sin yrkeskarriere som sekretær, men utdannet seg siden til ergoterapeut. Høsten 1980 begynte hun på Statens senter for ungdomspsykiatri, og etter kort tid ble hun tillitsvalgt. Det fortsatte hun med resten av sin yrkeskarriere.

Hennes siste store innsats var ved opprettelsen av Oslo Universitetssykehus i 2009; med sammenslåingen av Ullevål, Rikshospitalet og Aker sykehus. Hun tok på seg vervet som foretakstillitsvalgt i denne perioden. Med sin lange erfaring var hun rett kvinne på rett plass. Hennes tillitsvalgtkollegaer sier at hun hadde god oversikt og fulgte opp det som skulle gjøres. Hun var en god samtale- og diskusjonspartner. Andre nevner at det som kjennetegnet henne, i tillegg til hennes gode væremåte, blide, åpne vesen og humor, var evnen til å forfølge saker, representere ergoterapifagets interesser i de ledelsesfora hun ble trukket inn i, evnen til å informere andre tillitsvalgte og medlemmene fortløpende, og en utholdenhet som trengtes i denne perioden. Grete var en kapasitet av de sjeldne. Hun hadde også omsorg for sine medlemmer utover tillitsvervet.

Jeg er glad for at vi fikk henne med i Fylkesstyret i Oslo. Der ble hun en viktig ressurs, ikke minst i tariffpolitisk utvalg. I tillegg var hun en humørspreder i fylkesavdelingen, og vi i styret visste at ergoterapeutene i Oslo-sykehusene var i de beste hender under Gretes ledelse.

Grete var på tilbudssiden og delte gjerne sin kunnskap med nye og yngre tillitsvalgte.

Da Grete nærmet seg 67 (februar 2011), var det ikke bare lett å innstille seg på pensjonisttilværelsen. Hun elsket jobben sin – å hjelpe barn med alvorlige psykiske lidelser – og brukte nok noe tid på å venne seg til tanken på at det var over. Hun jobbet fram til sommeren og reiste som så ofte før til England der hun hadde mange venner. Da hun kom hjem, var hun syk og ble innlagt på sykehus.

Jeg ringte henne i fjor vår for å spørre om hun ville være med i frivilligkorpset i forbindelse med at Fylkesavdelingen i Oslo arrangerer Fagkongressen 2013, og fikk da vite at hun hadde fått kreft. Grete fikk behandling, men i desember fikk vi beskjeden om at hun måtte gi tapt for sykdommen.

*Fred over hennes minne*

Anita M. Hedén Johnsen, tidligere fylkesleder i Ergoterapeutene Oslo





# Kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og COPM

18. og 19. april 2013 kl. 09.00 - 16.00

Oppfølgingsdag 18.juni 2013 kl. 09.00 - 12.00

**Arrangør:** Norsk Ergoterapeutforbund i samarbeid med Ergoterapeututdanningen i Oslo og Akershus

**Foreleser:** Ergoterapeut/PhD Anne Lund, Høgskolen i Oslo og Akershus, Ergoterapeututdanningen

**Kurssted:** Høgskolen i Oslo og Akershus, Pilestredet 48, Eva Balkes hus, rom R711, Oslo

Kurset er meritterende med 37,5 timer som ergoterapispesifikt kurs og spesialistspesifikt kurs for ergoterapispesialist Allmennhelse, Eldres helse og Psykisk helse.

## Program onsdag 18. april

08.30 – 09.00	Registrering
09.00 – 10.30	The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)
10.30 – 10.45	Pause
10.45 – 12.00	Introduksjon til Canadian Occupational Performance Measure (COPM)
12.00 – 13.00	Lunsj
13.00 – 14.30	Praktisk utprøving av COPM
14.30 – 14.45	Pause
14.45 – 16.00	Forts. praktisk utprøving av COPM

## Program torsdag 19. april

09.00 – 10.15	Intervjumetode
10.15 – 10.30	Pause
10.30 – 12.00	Gruppearbeid med kasus
12.00 – 13.00	Lunsj
13.00 – 14.15	Oppsummering fra gruppearbeid
14.15 – 14.30	Pause
14.30 – 16.00	COPM i forskning og praksis - Diskusjon og evaluering

# Ergoterapeutens rolle og arbeidsoppgaver i hverdagsrehabilitering

23 - 24.april 2013

**Arrangør:** Norsk Ergoterapeutforbund i samarbeid med Ergoterapeutene Hedmark og Ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus

**Tidspunkt:** 23 – 24.april 2013, tirsdag kl. 09.00-16.30, onsdag kl. 8.30-16.00

**Kurssted:** Eva Balkes hus, Rom R711, Pilestredet 48, Oslo.

**Pris:** Kr 1800 inkludert lunsj, studenter kr 900

**Påmelding** på Kurskalenderen på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org)

**Program** Pauser og lunsj inkluderes i detaljert program senere. Forbehold om endringer i programmet

Kurset er godkjent som meritterende til ergoterapispesialist; både ergoterapispesifikt kurs og spesialist-spesifikt kurs alle områder.

## Program tirsdag 23. april

09.00 – 15.30	Hvordan etableres og gjennomføres hverdagsrehabilitering i Östersund kommune? Ved Maritha Markusson (tidligere Månsson)
15.30 – 16.30	Hvorfor hverdagsmestring og hvordan arbeider ergoterapeutene i Norge med hverdagsmestring? ved Nils Erik Ness

## Program onsdag 24. april

08.30 – 10.00	Hvordan arbeider ergoterapeuter med hverdagsmestring i norske kommuner? Erfaringer fra Voss kommune ved Hanne Tuntland
10.30 – 11.00	Slik gjør vi det i Stange Ambulerende Team ved Halldis J. Saltvik
11.00 – 16.00	ADL og oppgaveorientert trening – ergoterapeutenes metodiske arbeid ved Nils Erik Ness Diskusjon om ergoterapeutens rolle og arbeidsoppgaver



## Ergoterapeuter og velferdsteknologi

*Kurset «Ergoterapeuter og velferdsteknologi» arrangeres i Tromsø 10. og 11. juni 2013. Tilsvarende kurs ble arrangert i Oslo i 2012 og vakte stor interesse blant medlemmene. Ikke alle som ønsket det, fikk plass på kurset. Meld deg på i dag!*

Velferdsteknologi er et svært aktuelt tema. I utredningen «Innovasjon i omsorg» beskriver Hagenutvalget hvordan kommunene gjennom bruk av velferdsteknologi kan utvikle tjenester som gir den enkelte mulighet til å leve lengst mulig i eget liv, og samtidig svarer på utfordringene i Samhandlingsreformen.

Ergoterapeuters kompetanse og metodikk i undersøkelse og vurdering av behov for velferdsteknologi må utnyttes av kommunene når de etablerer velferdsteknologiske løsninger, både på system- og individnivå.

Kurset gir innføring i hva velferdsteknologi er, og hvordan ergoterapeuter er involvert i utvikling og bruk av velferdsteknologi. Velferdsteknologi er ofte et nødvendig tiltak i hverdagsrehabilitering.

Kurset er meritterende som ergoterapispesifikt for alle spesialiteter og spesialistspesifikt kurs for Allmennhelse, Eldres helse, Somatisk helse og Psyisk helse. Kurset arrangeres av Norsk Ergoterapeutforbund sammen med Ergoterapeutene Troms og Ergoterapeututdanningen ved Universitetet i Tromsø.



Tromsø.

Foto: Mark Ledingham

**permobil**

**K450 MX**

**NÅR DU VIL VÆRE OVER ALT**

**EKSTRA FUNKSJONER**

Tar deg dit du vil.

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

2013

# FAGKONGRESS I ERGOTERAPI OSLO KONGRESSENTER 18.-20. SEPTEMBER 2013

## Ergoterapeuter er kreative, løsningsfokuserte, ressurstenkende og fremtidsrettede.

Vi er klare for å trå til og bidra når fremtidens helseutfordringer banker på. Derfor er visjonen for fagkongressen 2013 å bidra til å styrke ergoterapeuter for nye samfunnsutfordringer.

Vi er stolte av å presentere plenumsprogrammet for den 5. Fagkongressen i ergoterapi. Presentasjonene vil vise vei og synliggjøre hvilke muligheter som ligger i faget vårt nå og i fremtiden innen ulike fagområder.

**Hold av dagene – søk om midler. Kom og møt kollegene dine!  
Følg med videre på Facebook og nettsidene!**

ONSDAG 18.SEPTEMBER	TORSdag 19.SEPTEMBER	FREDAG 20.SEPTEMBER
	Visning av nominerte digitale historier sendt inn av Ergoterapeutenes fylkesavdelinger	<b>How does occupational therapy work? Principles and examples from randomized controlled trials</b> Pip Logan, professor og ergoterapeut
Åpning av kongressen	<b>Hverdagsrehabilitering i Danmark: Ergoterapeuters kerneoppgaver med at holde hverdagen i form, uansett hvor den leves</b> Gunner Gamborg, Leder og ergoterapeut	Utstilling/Postervisning
Åpningstale ved forbundsleder	<b>Rehabilitering - til hva?</b> Ann Kristin Krokan, Redaktør og Politisk rådgiver	Parallellsesjoner
<b>Globale- og nasjonale helseutfordringer – Hva tenker vi? Hvordan jobber vi?</b> Bjørn Guldvog, Leder og dr.med.	Utstilling/Postervisning	Norsk Ergoterapeutforbunds Æresforelesning
Utstilling/Postervisning	Parallellsesjoner	Avslutning med kåring av den beste digitale historien innsendt av Ergoterapeutenes fylkesavdelinger
Lunsj	Lunsj	Lunsj
<b>Folkehelsearbeid. Utfordringer og muligheter</b> Monica Lillefjell, Phd ergoterapeut	<b>Betydningen av arbeid. Verdien av arbeid og veien inn i arbeidslivet for personer med psykiske lidelser</b> Helen Bull, MSc ergoterapeut og stipendiat	
<b>Folkehelse i kommunehverdagen? Eksempler på organisering, samarbeid og praktisk handling i Trondheim</b> Tove Sivertsen, Leder og ergoterapeut	<b>Ergoterapi for en aldrende befolkning. Muligheter og utfordringer i kommunal virksomhet</b> Susanne Iwarsson, professor og ergoterapeut	
Utstilling/poster/kaffe	Utstilling/poster/kaffe	
Parallellsesjoner	Parallellsesjoner	
Mottakelse etterfulgt av mulighet for å bli kjent med livet rundt Akerselva	Kongressmiddag	

\* Komplet program og påmelding er klart i april. Frist for første påmelding (redusert pris) 1.juni.



# ERGOTERAPEUTER FOR NYE SAMFUNNSUTFORDRINGER

**BJØRN GULDVOG** leder Helsedirektoratet, landets øverste fag- og myndighetsorgan innen helse. Direktoratets oppdrag er å være faglig rådgivere, iverksette vedtatt politikk og forvalte lov og regelverk innenfor helsesektoren. I kraft av sin stilling vil Guldvog spille en sentral rolle i utviklingen av helsetjenster, inklusiv ergoterapi i Norge.

**MONICA LILLEFJELL** vil inspirere ergoterapeuter til å bruke sin kompetanse til å prioritere og fokusere på helsefremmende og forebyggende arbeid! Kanskje er det slik at ergoterapeuter kan bidra til et bedre samfunn for alle, og har et potensial og et samfunnsoppdrag vi ikke utnytter godt nok innen dette feltet?

**GUNNER GAMBORG** har en imponerende CV med erfaring fra svært mange områder og posisjoner i dansk ergoterapi. Gamborg er en nytenkende, karismatisk og engasjert ergoterapeut som i kraft av å lede det danske ergoterapeutforbundet er en foregangsfigur for arbeidet med hverdagsrehabilitering i Danmark.

**TOVE SIVERTSEN** vil snakke om hvorfor og hvordan Trondheim kommune er en foregangskommune med sin satsing på forebyggende arbeid. En viktig faktor i dette arbeidet har vært og er bred tverrfaglighet innen helsetjenestene. Ergoterapeuter har kompetanse som "hånd i hanske" til å bidra innenfor dette arbeidsfeltet. Med støtte i folkehelseloven fra 2012 vil Sivertsen garantert gi oss "noe å ta med hjem" til den enkeltes arbeidshverdag.

**ANN KRISTIN KROKAN** er blitt kalt en rebell på hjul. Hun er leder for politikk og informasjon i ULOBA og arbeider for funksjonshemmedes rettigheter. Hun mener funksjonshemmede blir stigmatisert, diskriminert og utestengt fra en rekke samfunnsarenaer gjennom samfunnsskapte hindringer og holdninger. Dette er ofte en større utfordring enn selve funksjonsnedsettelsen.

**HELEN BULL** spør om ergoterapeuter har glemt vår historie og hvilken betydning arbeid kan ha for rehabilitering? Teori og forskning viser at arbeid kan være en viktig del av selve rehabiliteringen for mennesker med psykiske lidelser, blant annet gjennom bruk av kognitive metoder. Er vi klare til å ta utfordringen som brukerne selv og samfunnet ønsker?

**SUSANNE IWARSSON** har i mange år forsket på temaet "eldre i samfunnet". Hvordan kan vi som ergoterapeuter bidra sterkere til at mennesker skal opprettholde helse og mulighet for å fungere i samfunnet? Er ergoterapeuter klare til å møte utfordringen med en aldrende befolkning? Iwarsson er ansatt ved medisinsk fakultet, universitetet i Lund.

**PIP LOGAN**'s forskning viser at ergoterapi virker! Hennes forskning innen rehabiliteringsfeltet har hatt direkte innvirkning på utviklingen av retningslinjer bl.a. innen slagrehabilitering. Logan er nyutnevnt professor ved Division of Rehabilitation and Ageing, Community Health Science på The University of Nottingham.



MONICA LILLEFJELL



GUNNER GAMBORG



PIP LOGAN

# «Så bruk oss, da!»

Organisering av og erfaringer fra samarbeid med brukere i fagutvikling og forskning

**Ergoterapeuter har lang tradisjon i å samarbeide med brukere i utforming og evaluering av individuelle behandlingsopplegg. Å involvere brukere i fagutviklings- og forskningsvirksomhet er ikke like vanlig. Ved revmatologisk avdeling på Diakonhjemmet Sykehus har vi over flere år erfart at brukermedvirkning satt i system øker kvaliteten i fagutvikling og forskning.**

AV INGILD KJEKEN, GERD JENNY AANERUD, LIV ROGNERUD ERIKSSON OG SOLVÅR LILLEMO REINSBERG

I Nasjonal helse- og omsorgsplan slås det fast at brukere skal være med å utforme alle deler av helsetjenesten (1), og helseforetakene er pålagt å etablere systemer for innhenting av deres erfaringer og synspunkter (Lov om helseforetak, paragraf 35). To nyere studier viser imidlertid at brukermedvirkning i sykehusavdelinger er begrenset og sjelden gjelder faglige spørsmål. (2), og at brukere i liten grad deltar i utarbeidelse av kliniske retningslinjer (3).

En beslektet form for medvirkning er brukeres deltakelse i forskningsvirksomhet, hvor de kan bidra med å:

- identifisere aktuelle tema/problemstillinger hvor det er behov for forskning
- identifisere faktorer som kan fremme/hemme pasientdeltagelse i tilbud og prosjekter
- bringe inn nye perspektiver i analyse og fortolkning av resultater
- gi innspill om språkbruk, fremstillingsmåter og formidlingskanaler
- formidle resultater i aktuelle miljøer (4-8)

Samarbeid i forskningsprosjekter var imidlertid ikke blant de rapporterte områdene i en norsk undersøkelse om involvering av brukere i utviklingen av tjenester (9). Å involvere brukere i fagutvikling og forskning beskrives videre som et nybrottsarbeid som fordrer utvikling av strukturer og prosedyrer for hvordan samarbeidet skal organiseres (10).

Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering, (NKRR), ligger lokalisert til revmatologisk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus, og har som ett av flere mål å utvikle og evaluere tverrfaglig behandling og rehabilitering for personer med revmatiske sykdommer. Tjenesten driver utstrakt fagutviklings- og forskningsvirksomhet, og vi erfarte raskt at mange av pasientene som deltok i prosjekter hadde meninger om innhold og utforming av disse. Det var imidlertid ikke noe system for å fange opp

slike synspunkter. Våren 2007 ble det derfor etablert et panel med brukere som skulle samarbeide med ansatte i aktuelle prosjekter og oppgaver. I denne artikkelen beskrives deres bidrag gjennom en periode på fem år, utvikling av en arbeidsbeskrivelse for organisering av samarbeidet og erfaringer knyttet til slikt samarbeid.

## Etablering av brukerpanelet

Våren 2007 ble en kvinne med mangeårig revmatoid artritt og bred erfaring fra brukerorganisasjonsarbeid ansatt som leder av brukerpanelet i en 20 prosent prosjektstilling. Deltagere til panelet ble rekruttert blant søkerne til stillingen og gjennom forslag fra ansatte og panelleder. Ved oppstart hadde panelet, i tillegg til lederen, tolv medlemmer i alderen 22 - 61 år (tabell 1). Medlemmene hadde ulike revmatiske sykdommer og variert alder, utdanning, familiesituasjon og yrkesbakgrunn. Treårig støtte fra Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering gjorde det mulig å øke panelleders stillingsandel til 40 prosent i prosjektperioden.

## Involvering i prosjekter

Ved oppstart fikk paneldeltagerne en innføring i forskningsterminologi og metoder. Deretter ble de involvert i aktuelle prosjekter. En arbeidsgruppe bestående av panelleder og to ansatte tok i mot henvendelser, rekrutterte brukere til aktuelle prosjekter, og registrerte tema, deltagelse og bidrag i det enkelte prosjekt. Det ble jevnlig arrangert møter for ansatte og brukere hvor man gikk gjennom aktuelle temaer og/eller presenterte og arbeidet med nye prosjekter. Det ble også laget en ordliste med forklaringer til begreper som ofte brukes i forskning og revmatologi som ble lagt ut på tjenestens hjemmesider [www.nrrk.no](http://www.nrrk.no).

Frem til sommeren 2012 har medlemmene vært involvert i 42 ulike prosjekter eller oppdrag. Nitten av disse har vært utviklingsprosjekter, i hovedsak utforming og kvalitetssikring av informasjons- og læremateriell, og å delta i



Ingild Kjekken er ergoterapeutspesialist og seniorforsker ved Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter ved Diakonhjemmet sykehus. Epost: [ingvild.kjekken@diakonsyk.no](mailto:ingvild.kjekken@diakonsyk.no).



Gerd Jenny Aanerud er leder av revmatologisk pasientråd ved revmatologisk avdeling ved Diakonhjemmet Sykehus.



Liv Rognerud Eriksson er sykepleier og leder av den helsepedagogiske virksomheten ved revmatologisk avdeling, Diakonhjemmet Sykehus.



Solvår Lillemo Reinsberg er ergoterapispesialist og selvstendig næringsdrivende.

Det er ingen uenigheter mellom forfatterne om rettigheter til manuskriptet.

	Våren 2007	Våren 2012
<b>Kjønn</b>	To menn og elleve kvinner	To menn og åtte kvinner
<b>Alder</b>	22 - 61	27 - 64
<b>Diagnose</b>	Revmatoid artritt (5) psoriasisartritt (1) juvenil ideopatisk artritt (3) Bektherevs sykdom (2) systemisk lupus erythematosus (1) artrose (1)	Revmatoid artritt (4) psoriasisartritt (1) juvenil ideopatisk artritt (1) Bektherevs sykdom (2) systemisk lupus erythematosus (1) artrose (1)
<b>Sykdomsvarighet</b>	Fra 2 - 49 år	Fra 6 - 53 år
<b>Yrkesbakgrunn</b>	Bibliotekar, designer, farmasøyt, førskolelærer, hjelpepleier, idrettspedagog, jurist, lærer, psykiatrisk sykepleier, regnskapsfører, spesialpedagog, synspedagog, teknisk tegner	Bibliotekar, farmasøyt, førskolelærer, hjelpepleier, jurist, lærer, psykiatrisk sykepleier, spesialpedagog, ingeniør, barnevernsarbeider
<b>Arbeidslivstilknytning</b>	Syv i utdanning eller lønnet arbeid	Fem i lønnet arbeid

Tabell 1. Deltagere i brukerpanelet (inkludert leder av panelet).

undervisning eller holde foredrag (tabell 2).

De resterende prosjektene er forskningsprosjekter (tabell 3), hvor ni omhandlet evaluering av rehabiliteringsintervensjoner, syv dreide seg om utarbeidelse, oversettelse og/eller kvalitetssikring av spørreskjema, mens tre var internasjonale prosjekter hvor man utviklet anbefalinger eller rammeverk. I evalueringsprosjektene har brukerne i hovedsak bidratt med innspill til utforming av studien, utprøving av intervensjoner som inngår, og kvalitetssikring av pasientinformasjon og pasientvennlig logistikk.

### Eksempel: Samarbeid med brukere i et hjelpemiddelprosjekt

Hovedmålet i dette prosjektet var å undersøke om bruk av enkle hjelpemidler bedret aktivitetsutførelse og tilfredshet med utførelse hos personer med håndartrose (11). Fra starten av ble to brukere med i prosjektgruppen. De var begge kvinner med lang erfaring i bruk av hjelpemidler, og den ene arbeidet også som konsulent ved en hjelpemiddelsen-tral. De deltok i diskusjon av forskningsspørsmål, valg av utfallsmål, tid fra første vurdering til kontroll, utforming av

pasientinformasjonsark, og i diskusjon om hva som kan fremme eller hemme deltagelse i prosjektet. Med hensyn til forskningsspørsmål foreslo brukerne at vi også skulle spørre prosjektdeltagere om hvilke strategier de hadde for å mestre hverdagsaktiviteter. Dette spørsmålet ble derfor inkludert både i det aktuelle prosjektet og i en annen studie, og resulterte i en egen artikkel om mestringsstrategier hos personer med håndartrose (12). Strategiene ble også inkludert i en revidert versjon av brosjyren «Håndartrose - til å leve med», støttet av Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering og utgitt i samarbeid med Norsk Revmatikerforbund.

Brukerrepresentantene anslo at det tar maksimalt et par måneder fra man tar i bruk et hjelpemiddel til man enten har forkastet det som ubrukelig, eller har integrert det i utførelse av den aktuelle aktiviteten. Tidsrom fra oppstart til kontroll ble på bakgrunn av dette fastlagt til tre måneder. En av brukerne deltok også som pilotpasient i data-innsamlingen, slik at vi fikk et anslag for hvor mye tid det tok, og kom med innspill som førte til justering av rekkefølge av undersøkelser og skjema. I utforming av informasjonsarket bidro brukerne til å sikre alminnelig og forståelig språkbruk, og til at praktisk informasjon om for eksempel hvor lang tid en må beregne at går med til undersøkelser, ble tatt med.

Vi erfarte at samarbeid med brukere i dette prosjektet bidro til å sikre en pasientvennlig utforming av studien, og til å utvikle nye og relevante forskningsspørsmål.

### Utvikling av arbeidsbeskrivelse for brukerpanelet

Våren 2008 ble det gjennomført syv gruppeintervjuer, hvor henholdsvis ti panelmedlemmer (i tre grupper) og fjorten ansatte (i fire grupper) ble spurt om erfaringer fra og synspunkter på organisering av samarbeidet i ulike prosjekter (se intervjuguide i boks 1). Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og anonymisert, og deretter tematisk analysert ved at resultatene fra intervjuene ble fortettet og kodet (13). Deretter ble kodene gruppert i delkategorier, som igjen ble samlet i fire hovedkategorier:

- «mål og arbeidsområder»,
- «organisering og drift av brukerpanelet»,
- «organisering av arbeid i prosjekter», og
- «utfordringer».

#### Intervjuguide

- Kan dere si noe om hvilke forventninger dere har i forhold til
  - (til brukere) å være med i brukerpanelet og være brukerrepresentant i prosjekter?
  - (til ansatte) til panelet og til samarbeid med brukerrepresentanter i prosjekter?
- Kan dere fortelle kort om hvilke prosjekter dere har vært involvert i?
- Kan dere si litt om de erfaringene og opplevelsene dere har gjort dere i samarbeidet mellom brukere og ansatte i de aktuelle prosjektene?
- Har dere noen tanker om hva dere eventuelt ville ha gjort annerledes neste gang dere skal involvere en bruker/delta som bruker i et prosjekt?
- Hvis dere skulle gi noen råd til brukere som skal være brukerrepresentant i et prosjekt, hva kunne det være?
- Hvis dere skulle gi noen råd til ansatte som skulle ha med brukerrepresentanter i sitt prosjekt, hva kunne det være?
- Har dere noen tanker om hvordan brukerpanelet kan eller bør organiseres?

#### Boks 1: Intervjuguide.



Prosjekttema	Antall brukere	Brukerbidrag
<b>Informasjon og undervisning (17)</b> * «Aktiv hverdag med hofte- og kneartrose». Utarbeide informasjonshefte om artrose for pasienter og pårørende. * «Urinsyregikt». Informasjonshefte om urinsyregikt for pasienter og pårørende. Informasjonsskjermer i ventearealet på revmatologisk poliklinikk. «Håndartrose – til å leve med». Revisjon av informasjonshefte om håndartrose for pasienter og pårørende. «Rheumatoid artritt». Revisjon av informasjonshefte om rheumatoid artritt for pasienter og pårørende. «DU kan!» Trenings-DVD for personer med revmatisk sykdom. «Rheumatologisk sengepost». Brosjyre for revmatologisk avdeling. «Kosthold - ved revmatisk sykdom». Revisjon av brosjyre. «Veivalg og muligheter». Introduksjon for pasienter innlagt til rehabilitering på Nasjonal revmatologisk rehabiliteringsenhet. «Er du mor eller far med revmatisk sykdom»? Veiledningsgruppe for foreldre med revmatisk sykdom.  *Introduksjonskurs i revmatologi (årlig nasjonalt kurs for helsepersonell). Lederseminar på revmatologisk avdeling.  Avdelingsseminar om kommunikasjon.  Møte i Nasjonalt nettverk for rehabilitering i revmatologi Fagdager for ergoterapeuter i revmatologi.  «Ergoterapiundersøkelse og behandling av personer med rheumatoid artritt». Undervisnings-DVD for studenter. «Frisk og kronisk syk». Lærebok for helsepersonell, pasienter og pårørende. <b>Annet (2)</b> Behandlingslinje ved nyoppstått rheumatoid artritt. Informasjon for behandlere og pasienter som legges ut på sykehusets hjemmesider. Utforming av ny logo for Nasjonal revmatologisk rehabiliteringsenhet.	1 3  2 3 6 3 3 2 2  1 1  1 1  1 1  2 4	Ga innspill til tema, språk, lengde, illustrasjoner og grafisk utforming. Leste og kommenterte manus. Leste og kommenterte manus.  Ga innspill til tema i «informasjonssnuttene». Leste og kommenterte språkbruk. Ga innspill til tema, språk, lengde, illustrasjoner og grafisk utforming. Leste og kommenterte manus. Ga innspill til tema, disposisjon, språk og lengde. Leste og kommenterte manus. Deltok som skuespillere i DVD-en. Leste gjennom og ga innspill til innhold og språk. Leste gjennom og ga innspill til innhold og språk. Ga innspill til utforming av innhold. Deltok som pilotpasient og ga tilbakemeldinger på innhold og presentasjonsform. Ga innspill på form og innhold, og hvorvidt partner skulle inviteres med i gruppen. En av brukerrepresentantene stod på stand i venteområdet i avdelingens poliklinikk for å informere og rekruttere aktuelle deltakere. Holder foredrag om å leve med revmatisk sykdom.  Ble intervjuet i plenum om hvordan han erfarte at sykehusets kjerneverdier ble omsatt i praksis i møte med pasienter ved revmatologisk avdeling. Deltok i planlegging av seminaret. Var pasient i rollespill og kom med tilbakemelding på kommunikasjonen som fant sted mellom kliniker og pasient. Holdt foredrag: «Min vei fra ung til voksen». Holdt foredrag om egne erfaringer med fatigue: «Mestring av hverdagen med fatigue». Bidro i utvikling av innhold. Var skuespiller (pasient) på DVD-en. Leste gjennom og kommenterte manus. Holdt foredrag på lanseringsseminar: «Slik vil jeg bli møtt som frisk og kronisk syk».  Ga innspill i forhold til hvilken informasjon som var viktig å ha med, og hva som var overflødig. Sikret forståelig språk.  Ga tilbakemelding på visuell utforming og slagord

**Tabell 2. Oppgaver og prosjekter knyttet til fagutvikling med tema, antall deltakere og brukerbidrag**

\* Prosjektet/oppgaven pågår fremdeles.

De tre første hovedkategoriene med underkategorier la grunnlag for det første utkastet til arbeidsbeskrivelsen, som ble diskutert i møter med henholdsvis panelmedlemmer og ansatte og deretter brukt i det videre samarbeidet. Våren 2010 deltok ni panelmedlemmer (i tre grupper) og elleve ansatte (i to grupper) i nye intervjuer.

Basert på resultatene fra denne runden ble innholdet i arbeidsbeskrivelsen justert og ferdigstilt. I det følgende presenteres arbeidsbeskrivelsen med illustrerende sitater. Deretter oppsummeres utfordringene som ble beskrevet i intervjuene. Arbeidsbeskrivelsen ligger tilgjengelig på [www.nrrk.no](http://www.nrrk.no).

## Arbeidsbeskrivelse

### Mål og arbeidsområder

Brukere ble raskt etterspurt i prosjekter og oppdrag ved ulike enheter ved revmatologisk avdeling. Selv om panelets arbeidsområde opprinnelig var tenkt hovedsakelig å

være knyttet til forskning, ble det raskt utvidet til å omfatte ulike oppgaver, utviklings- og forskningsarbeid ved avdelingen. Følgende utsagn illustrerer at brukerne opplevde dette som positivt: «*Så bruk oss, da! Vi er så tilgjengelige, bruk oss når dere sitter med spørsmål det er greit å få brukerperspektiv på.*»

### Organisering og drift av brukerpanelet

En arbeidsgruppe har ansvar for drift av brukerpanelet, tar i mot henvendelser og har jevnlig arbeidsmøter. I intervjuene ble det diskutert om det var nødvendig at panelet ble ledet av en bruker. Selv om mange mente dette ikke var en forutsetning, ble det av de fleste fremhevet som viktig. En av brukerne sa det slik: «*Rent organisatorisk kan det være hvem som helst. Men i og med at vi driver med spørsmål som angår brukermedvirkning, så er det en plussfaktor at det er en dobbeltrolle.*»

I intervjuene ble det vektlagt at medlemmene ikke representerte andre enn seg selv. En bruker sa: «*Vi er her i*

Prosjekttema	Antall brukere	Brukerbidrag
<b>Evaluerings av effekt (9)</b> *Ergoterapi vs kirurgi ved artrose i tommelens CMC-ledd: En randomisert kontrollert studie (under planlegging). *Postoperativ behandling for personer operert for artrose i CMC-leddet: En randomisert kontrollert studie. *Bedre hverdag med artrose: Effekt av et koordinert, tverrfaglig poliklinisk tilbud for pasienter med artrose: en randomisert, kontrollert studie Effekt av hjelpemidler ved håndartrose: en randomisert, kontrollert studie.  *Effekt av håndtrening ved håndartrose: en randomisert, kontrollert studie (Ullensaker-prosjektet).  Effekt av prefabrikkerte tommelortoser ved håndartrose: en randomisert, kontrollert studie.  *Effekt av trening i varmtvannsbasseng Effekt av Livsstyrketrening ved inflammatorisk revmatisk sykdom: en randomisert kontrollert studie. Opplevelse av rehabiliteringseffekt.	1 1 1 2 2 2 4 3 2	Fortalt om sine erfaringer i for- og etterkant av operasjon, hvilke tiltak hun fikk, hadde nytte av eller savnet.  Deltatt i diskusjon og utforming av forskningsspørsmål, i valg av utfallsmål, i utforming av pasientinformasjonsark, og vært prøvapasient ved baselineundersøkelse. Deltar i utvikling og kvalitetssikring av innhold i tverrfaglig pasientundervisning som inngår i det polikliniske tilbudet.  Ga innspill til design av studien: diskusjon og utforming av forskningsspørsmål, valg av utfall og instrumenter, tidsintervall mellom baseline og oppfølging, utforming av pasientinformasjonsark, prøvapasient ved baselineundersøkelse. Deltar i planleggingsmøter og gir innspill til praktisk gjennomføring av studien (treningslokale og tidspunkt). Leser og kommenterer informasjonsmaterieil. Har pilottestet treningsprogrammet og gitt innspill til utforming av treningsdagbok. Deltar på informasjonsmøter med potensielle deltagere i studien og har bidratt under opplæring av de som skal gjennomføre undersøkelse og intervensjon. Har gitt innspill til utforming av prosjektet i tidlig fase. Prøvde ut ortosen og håndtreningsovelsene. Har deltatt som prøvapasient ved gjennomgang av undersøkelser ved baseline. Har bidratt til å definere aktuelle deltagere og utfallsmål. Ga innspill til hvordan man kunne markedsføre prosjektet for å sikre god pasientrekruttering. Kom med spørsmål og innspill til fortolkning og diskusjon av resultater. Deltok i diskusjon av prosjektbeskrivelse. Ga innspill til utforming av intervju-guide for kvalitative intervjuer.
<b>Instrumentutvikling (7)</b> *Mestring av kronisk sykdom (MAKS). Utvikling av spørreskjema. The Rheumatoid Arthritis Impact of Disease (RAID). Oversettelse av spørreskjema. Sykdomsforståelse hos pasienter med revmatisk sykdom (Rheumatic-Diseases-Illness Perceptions Questionnaire). Oversettelse og bearbeiding av spørreskjema. Measure of Activity Performance of the Hand (MAP-Hand). Utvikling av spørreskjema. Patient Generated Index. Oversettelse av spørreskjema. Health Assessment Questionnaire. Oversettelse av spørreskjema. Arthritis Self Efficacy Scale (ASES). Utprøving av scoringsskalaer.	2 6 7 6 8 2 7	Har deltatt i diskusjon av hva mestring innebærer. Har gitt innspill til hvorvidt det er nødvendig med utvikling av et nytt spørreskjema. Fylte ut norsk versjon og ga innspill til utforming og oversettelse av den originale engelske versjonen. Fylte ut norsk versjon og deltok i kognitive intervjuer hvor de ga innspill til i forhold til skjemaets innhold, mening, relevans og akseptabilitet.  Pilottestet norsk versjon av skjemaet og ga innspill til formulering og rekkefølge av spørsmål. Pilottestet norsk versjon av skjemaet og ga innspill til ordbruk og formulering av eksempler til instruksjon i bruk av skjemaet. Fylte ut norsk versjon og ga innspill til utforming og oversettelse av den originale engelske versjonen. Fylte ut to versjoner med ulike scoringsskalaer, og ga tilbakemelding på hvilken skala de foretrakk.
<b>Utvikling av anbefalinger (3)</b> *STAR-ETIC – et europeisk rehabiliteringsprosjekt. Anbefalinger for inkludering av pasientrepresentanter i EULAR-oppgaver og -prosjekter. *EULAR-anbefalinger for ikke-farmakologisk behandling ved hofte- og kneartrose.	1 1 1	Deltok i en konsensusprosess for å utvikle et rammeverk for beskrivelse av innholdet i rehabiliteringsintervensjoner, som sammenfattes i en artikkel. Deltok i prosjektplanlegging, datainnsamling (Delphi-prosess) og sammenfatning av resultatene i en artikkel. Deltar i datainnsamling (Delphi-prosess) og sammenfatning av resultatene i en artikkel.
<b>Forskergrupper (2)</b> "Rehabilitering, læring og mestring". "Fysisk aktivitet ved revmatisk sykdom".	4 1	Deltar i diskusjoner om strategi og valg/utforming av nye prosjekter. Deltar i diskusjoner om strategi og valg/utforming av nye prosjekter.
<b>Annet (2)</b> Leddgiktsregisteret i Oslo.	2	Ga innspill til utforming av pasientinformasjonsark, og til den innledende informasjonen i spørreskjemaundersøkelsen.
Seksualitet som tema i pasientkonsultasjoner: Holdninger og praksis blant helsepersonell i revmatologi.	4	Ga innspill til tema for, og formulering og rekkefølge av spørsmål i spørreundersøkelse.

**Tabell 3. Oppgaver og prosjekter knyttet til forskning med tema, antall deltakere og brukerbidrag i det enkelte prosjekt**

\* Prosjektet pågår fremdeles.

*kraft av oss selv og med den erfaringen og ballasten vi har med oss». Samtidig fremhevet både ansatte og brukere at man måtte ha evne til å se utover egne erfaringer. En av brukerne formulerte det slik: «De som overhodet ikke klarer å se videre enn nesa si, egner seg kanskje ikke så godt.»*

Fra starten av ble det arrangert møter med presentasjon av ulike tema og/eller prosjekter. Det har imidlertid vært vanskelig å finne et møtetidspunkt som passer for alle. Under den første intervjurunden etterlyste mange brukere mer informasjon, både om aktuelle nyheter innen behand-

ling og forskning, og om hvilke prosjekter medlemmene var involvert i. Flere brukere etterlyste også mer deltagelse fra ansatte på fellesmøtene. Som en konsekvens blir det nå sendt ut nyhetsbrev cirka fire ganger i året, mens panelet møtes en gang hvert halvår.

Deltagelse honoreres i henhold til retningslinjer for honorering av brukere ved Lærings- og mestringssentrene (p.t. 310 kroner per møte) (14). Mange brukere fremhevet i intervjuene at økonomisk kompensasjon er viktig både av praktiske og prinsipielle grunner. En sa det slik: *«Nettopp fordi det er så viktig, skal det også betales når folk stiller opp og er med. Jeg synes det er en stygg uting at fordi man har en kronisk sykdom, så skal man være takknemlig for at man kommer med i en eller annen sammenheng og får sagt noe.»*

## Oppgaver og arbeid i prosjekter

Oppgaver og problemstilling(er) i det enkelte prosjekt avgjør om deltagere rekrutteres ut fra diagnose, livsfase, erfaring med en problemstilling, eller fordi de har generell erfaring med å leve med en revmatisk sykdom.

Det var gjennomgående enighet om at brukere ideelt sett bør involveres så tidlig som mulig i aktuelle prosjekter. Samtidig ble det fremhevet av både ansatte og brukere at de skal involveres når og fordi de har noe å bidra med. Som en ansatt sa: *«Brukere må ikke bli et alibi eller involveres fordi det er politisk korrekt.»*

Deltagerne fremhevet også viktigheten av tidlig informasjon om prosjektet, med mulighet for å avklare tidsperspektiv, rammer, forventninger, oppgaver og roller både i prosjektet generelt og for hvert prosjektmøte. Der hvor brukere beskrev negative erfaringer i forhold til samarbeid, var disse ofte knyttet nettopp til manglende eller uklar informasjon og oppfølging.

Brukerne mente at prosjektleder burde forberede seg før prosjektstart ved å tenke gjennom hva brukerinvolvering innebærer, og hvordan dette best kan gjøres i det enkelte prosjekt. Videre at de bør sette seg inn i bakgrunnen til brukerne de skal samarbeide med. En sa det slik: *«De kan sette seg litt inn i hvilke brukere det faktisk er vi har med her. Og så kan de også ha tenkt litt gjennom om de har behov for din kompetanse utover pasientkompetansen.»*

Deltagelse i panel og prosjekter er et frivillig arbeid for medlemmene. Samtidig fremhevet mange at den enkelte må forplikte seg over tid for å sikre kontinuitet, og ta medansvar for å avklare oppgaver og roller. Erfaringer viste videre at det var behov for å beskrive hvem man kan kontakte ved behov for ekstra støtte og veiledning, og hvem som skal informeres ved fravær.

## Utfordringer

Både brukere og ansatte fremhevet i intervjuene at samarbeidet har vært viktig og nyttig, at brukernes innspill har ført til konkrete endringer og forbedringer, og at man håpet panelet ble videreført som en varig ordning. Ansatte understreket at organisering i form av et panel har gjort det raskere og enklere å involvere brukere.

Samtidig fremhevet mange at det tar tid å utvikle gode samarbeidsformer. En ansatt sa det slik: *«Vi trenger også den treningen det er i å bruke det på en god måte. Vi har vel*

*alle gjort oss våre erfaringer, og de må vi jo få lov til å justere inn og bruke bedre i neste omgang.»*

En utfordring som ble beskrevet av flere brukere, har vært å balansere antall deltagere i panelet i forhold til antall aktuelle prosjekter. I prosjektperioden har det variert hvor lang tid det gikk før medlemmer ble med i et prosjekt, og hvor mange prosjekter de har deltatt i.

En annen utfordring fremhevet av ansatte, var tidspress som følge av tidsfrister. Å involvere brukere forutsetter planlegging og koordinering, noe som kan kollidere med behov for raske prosesser og ad hoc-møter for å løse uforutsette problemer.

Ansatte pekte også på at man ikke alltid vet i forkant hvordan et prosjekt utvikler seg. Ved noen anledninger erfarte man for eksempel at brukerinnspill i forhold til studiedeltagere og formuleringer i informasjonsskriv måtte endres igjen som følge av pålegg fra regional etisk komité.

En utfordring som fremheves av både brukere og ansatte, er maktbalansen i samarbeidet. Mange brukere hadde erfart at deres innspill fikk konkrete konsekvenser, men flere fortalte også om situasjoner der de ikke følte de hadde noen reell innflytelse, eller opplevde seg som tilsidesatt underveis i prosessen. Samtidig beskriver ansatte at ikke alle innspill oppleves som relevante. En forsker beskriver sine reaksjoner da en bruker kom med innspill til noen av spørsmålene i et skjema, slik: *«Jeg kjente på meg at jeg ble litt irritert på en måte over tilbakespillet, og så bare lot jeg det være der, og det var jo jeg som hadde makt da»* og oppsummerer det med: *«Mitt demokratiske sinnelag ble liksom satt litt på strekk.»*

## Diskusjon

Etter fem år med involvering av brukere i fagutviklings- og forskningsarbeid viser resultatene at slikt samarbeid vurderes som nyttig av brukere, helsepersonell og forskere. Erfaringen så langt er at samarbeidet har ført til forbedringer i form av mer pasientvennlig utforming av studier og behandlingstilbud, mer relevant innhold i og utforming av spørreskjema, informasjons- og undervisningsmaterieell, og økt kunnskap for de involverte. I samsvar med tidligere studier viser resultatene samtidig at mer systematisk involvering er en prosess som rokker ved arbeidsmønstre og holdninger, og som oppleves som både lærerik og utfordrende for alle parter (5-7;15).

Begrunnelsen for å involvere brukere er at de har en annen og viktig kunnskap. I tråd med kunnskapsbasert praksis er det beste beslutningsgrunnlaget en kombinasjon av kunnskapsbasert kunnskap, klinisk erfaring og brukernes verdier og kunnskap (16). Brukerinvolvering i fagutvikling og forskning utfordrer imidlertid helsepersonells monopol på kunnskapsutvikling, noe som kan skape ubehag og uro, men som også innebærer mulighet for utvikling av ny forståelse og utvidede perspektiver.

I boken «Brukermedvirkning i helsetjenesten» påpeker Alm Andreassen at forventninger til brukerrepresentanter er udefinerte, mangfoldige og til dels motstridende (15). Dette gjenspeiles i panelmedlemmenes utsagn om at deres bidrag er egne personlige erfaringer, men at de samtidig må evne å se utover disse erfaringene. Informasjon om forventninger og oppgaver i forkant og underveis i arbeidet





**Møte i brukerpanelet.**

fremheves da også som forutsetninger for godt samarbeid både av brukere og ansatte på avdelingen og i litteratur om temaet (5;6;15;17). Brukerne etterlyste videre bevisstgjøring fra ansattes side i forhold til hva brukerinvolvering innebærer, og at de satte seg inn i brukerrepresentantenes bakgrunn før prosjektstart. Felles undervisning og diskusjon av forventninger og roller er derfor et aktuelt tiltak for å bedre kunnskapen hos alle involverte.

I vårt prosjekt ble panelet etablert før medlemmene ble involvert i prosjekter. Dette medførte at det for noen medlemmer gikk lang tid før de deltok i konkrete prosjekter. De siste årene har forskningsvirksomheten ved avdelingen dreiet fokus mot økt satsning på artrose og nyoppstått inflammatorisk leddsykdom, noe som også har konsekvenser for sammensetning av panelet. I ettertid ser vi at et alternativ som kanskje gir bedre balanse i etterspørsel og oppgaver kunne vært å rekruttere brukere direkte til prosjekter, og parallelt utvikle et forum hvor brukere kan møtes, dele erfaringer og få påfyll.

Basert på egne og tidligere publiserte erfaringer har vi utarbeidet en arbeidsbeskrivelse for organisering av samarbeid i form av et brukerpanel (5;17). Nylig ble det, i regi av the European League Against Rheumatism, publisert åtte anbefalinger for inkludering av pasientrepresentanter i vitenskapelige prosjekter (18). Disse er på et mer overordnet og prinsipielt plan, men likevel svært sammenfallende med de som er utarbeidet i dette prosjektet.

Etter prosjektslutt er samarbeidet videreført som en varig ordning ved revmatologisk avdeling. For å unngå sammenblanding med helseforetakenes lovpålagte brukerutvalg, har panelet har skiftet navn til Revmatologisk pasientråd. □

*Forfatterne takker medlemmene i brukerpanelet for deltagelse i panel og prosjekter, ansatte og panelmedlemmer for deltagelse i intervjuer, Eldri Steen for hjelp med gruppeintervjuene, og Norsk Revmatikerforbund og Extrastiftelsen Helse og Rehabilitering for praktisk og økonomisk støtte.*

#### Litteratur

- (1) Meld.St.16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015). 2012.
- (2) Solbjør M, Steinsbekk A. Brukermedvirkning i sykehusavdelinger - helsepersonells erfaringer. Tidsskr Nor Lægeforen 2011;131:130-1.
- (3) Røsvik AH, Movik E, Nylenna M. Deltar pasientene i utviklingen av kliniske retningslinjer i Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 2010;130:226-8.
- (4) Trivedi P, Wykes T. From passive subjects to equal partners: qualitative review of user involvement in research. Br J Psychiatry 2002;181:468-72.
- (5) Hewlett S, Wit M, Richards P, Quest E, Hughes R, Heiberg T, et al. Patients and professionals as research partners: challenges, practicalities, and benefits. Arthritis Rheum 2006;55:676-80.
- (6) Borg M, Kristiansen K. Medforskning - å forske sammen for kunnskap om psykisk helse. Universitetsforlaget; 2009.
- (7) Northway R. Participatory research. Part 1: key features and underlying philosophy. International Journal of Therapy and Rehabilitation 2010;17:174-9.
- (8) Kjeklen I, Ziegler C, Skrolsvik J, Bagge J, Smedslund G, Tøvik A, et al. How to Develop Patient Centred Research: Some Perspectives Based on Surveys among People with Rheumatic Diseases in Scandinavia. Phys Ther 2009;90:450-60.
- (9) Steinsbekk A, Solbjør M. Brukermedvirkning i sykehusavdelinger? Tidsskr Nor Lægeforen 2008;128:1944-5.
- (10) Frich JC. Pasienters erfaringer - til nytte? Tidsskr Nor Lægeforen 2012;5:507.
- (11) Kjeklen I, Darre S, Smedslund G, Hagen KB, Nossun R. Hjelpemidler bedrer aktivitetsutførelse hos personer med håndartrose. Ergoterapeuten (norsk) 2012;3:32-9.
- (12) Kjeklen I, Darre S, Slatkowsky-Cristensen B, Hermann M, Nilsen T, Eriksen CS, et al. Self-management strategies to support performance of daily activities in hand osteoarthritis. Scand J Occup Ther 2012 Mar 1;[E-pub ahead of print].
- (13) Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. 1 ed. Ad Notam Gyldendal; 1997.
- (14) Honorering av erfarne brukere. 2011.
- (15) Alm Andreassen T. Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser. første ed. Gyldendal Akademisk; 2005.
- (16) Bjørndal A, Flottorp S, Klovning A. Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
- (17) Telford R, Boote JD, Cooper CL. What does it mean to involve consumers successfully in NHS research? A consensus study. Health Expect 2004;7:209-20.
- (18) de Wit MP, Berlo SE, Aanerud GJ, Aletaha D, Bijlsma JW, Croucher L, et al. European League Against Rheumatism recommendations for the inclusion of patient representatives in scientific projects. Ann Rheum Dis 2011;70:722-6.

I akutt fase etter hjerneslag:

# Helsepersonells kliniske erfaringer med kartlegging, utredning og behandling av synsforstyrrelser

***Hensikten med denne studien har vært å undersøke helsepersonells kliniske erfaringer og faglige tilnærming for å avdekke og behandle utfall relatert til synet i akutt fase etter hjerneslag. Dette fordi synet blant annet er viktig for at pasienten skal kunne mestre dagliglivets aktiviteter.***

AV: ELIZABETH SOLHJEM

Funnene i studien indikerer at:

- Erfaring med og kompetanse på synsforstyrrelser i akutt fase etter hjerneslag er varierende. Arbeidsmetoder, tiltak og fokus på synsforstyrrelser blant de intervjuede var forskjellig.
- Det er behov for å utvikle klare retningslinjer og spesi- fikk fagkompetanse for å standardisere rutiner for utredning og oppfølging av utfallene som kan relateres til synsfunksjon.
- Tidlig utredning er viktig for å identifisere behovet for hjelp og assistanse.
- Synsforstyrrelser har betydning for selvhjulpenhet hos mennesker som har hatt slag, og deltakelse i dagligliv- saktiviteter i akutt fase. For eldre pasienter kan det ha betydning for mobilitet og fallrisiko.
- De intervjuedes erfaring er at kartlegging av synsfelt kan være en tidkrevende prosess som har betydning for utvikling av pasientens egen innsikt, bearbeiding og for- ståelse for egne synsforstyrrelser.
- Det er en subjektiv oppfattelse at kartlegging og trening av øyemotorikk kan ha umiddelbart effekt på pasien- tens våkenhet, deltakelse, innsikt og forkortelse av inn- leggelsestid.



***Elizabeth Solhjem har vært ansatt ved Ringerike Sykehus, Vestre Viken HF siden 1997. Hun arbeider bl.a. med utredning av demens og hjerneslag og førerkortvurdering. Hun har videreut- danning i aldersdemens og mastergrad i klinisk helsearbeid – Aldring og eldre- omsorg fra HIBU i 2011.***

***Det er ingen uenigheter om rettighetene til dette manuskriptet.***

Studien ble gjennomført i 2010 i regi av Høgskolen i Buskerud som mastergradsoppgave i klinisk helsearbeid – Aldring og eldreomsorg.

## Fakta om hjerneslag

I Norge rammes cirka 15 000 personer av hjerneslag hvert år (Ellekjær og Selmer, 2007). Flertallet av de som ram- mes, er i den eldste aldersgruppen (Ellekjær og Selmer, 2007). Generelle symptomer som kan oppstå ved hjernes- lag, kan være både motoriske og kognitive, som for eksem- pel lammelser, språkvansker, endret svelgefunksjon, hukommelsesvansker og synsforstyrrelser (Helsedirektoratet, 2010). Sykdommen har betydelige fysiske, følelsesmessige og økonomiske konsekvenser for pasienten selv, hans/hennes familie og samfunnet. I Norge er hjerneslag den vanligste dødsårsak etter koronarsykdom og kreft (Ellekjær og Selmer, 2007). Totale kostnader av de antatt cirka 12 000 nye tilfellene per år kan antas å være på syv til åtte milliarder (Fjærtøft og Indredavik, 2007; Helsedirektoratet, 2010).

Det er velkjent at rask igangsetting av utredning og behandlingstiltak er avgjørende for å redde liv og funk- sjonsnivå. Gjelder dette også for synsfunksjon? Wilhel- msen (2000) fant at forekomsten av synsforstyrrelser hos mennesker som har hatt slag, kunne ligge opp mot 64 pro- sent (Wilhelmsen, 2000). Kerty (2001) viser til at 40 til 50 prosent av de som rammes av slag, har synsforstyrrelser umiddelbart etter slaget. Hvordan håndterer slagenhetene slike utfall?

## Synsfunksjon og synsforstyrrelser etter hjerneslag

Anatomisk og nevrologisk er synet og synsfunksjonen meget kompleks og plasskrevende i forhold til hjernens kapasitet. I synsprosessen er seks av de tolv hjernenervene involvert. Synsbanen starter med det innerste laget i øyee-

plet, i papilla optica, hvor det dannes utgang av synsnerven fra retina til det området hvor synsbanene krysser hverandre (chiasma opticum), og forsetter via synstrakten, til corpus geniculatus laterale som er en del av thalamusområdet (Brodal, 2001). I thalamusområdet lager cellene forbindelser som sendes videre i form av synsnervestråling (radiatio optica) til synsbarken i bakdelen av hjernen. Fibrene ender i hjernens baklapp, occipitallappen, i det såkalt area striata (V1) eller primære synsområdet.

Området består av seks celledag. Derfra formidles beskjedene videre til andre områder, noen av disse med spesifikke synsfunksjoner for bearbeiding av eksempelvis farge, dybde og bevegelse. Fra synsbarken skapes igjen forbindelser med andre hjerneområder for bearbeiding av synsinntrykk, som for eksempel til temporal- og parietallappen samt diverse strukturer i hjernestammen og lillehjernen (Bruce et al. 2000; Brodal, 2001; Zoltan, 2007). Dette betyr at synet og synsfunksjonen reguleres i samstemt utveksling mellom høyt spesialiserte områder som ikke er fullstendig kartlagt, og at det foregår mer samarbeid mellom forskjellige hjerneområder enn tidligere antatt (Bruce, Green og Georgeson, 2000; Scheiman, Scheiman og Whittaker, 2007).

Kompleksiteten i prosessene gjør det vanskelig å sette en streng skillelinje mellom det sansemessige og det kognitive (Wilhelmsen, 2000). En skade på synsbanen vil utrykke seg forskjellig avhengig av hvor synsbanen blir forstyrret. Det er for eksempel kjent at etter hjerneslag kan det oppstå endring i viljestyrte øyebevegelser, synsstyrke og fargesyn, synsfelt, oppfattelse av bevegelse, dybde, avstand, former og kontraster. Et samlebegrep for medfødte eller ervervede hjerneskader som påvirker synsfunksjon, er Cerebral Visual Impairment, CVI (Helsedirektoratet, 2005). I praksis betyr dette at enten det dreier seg om å gripe et glass for å drikke vann, gjengi en tekst, eller finne frem til toalettet, må samspillet mellom forskjellige synsområdene fungere optimalt for at vi skal ha en oppfattelse av å se, forstå hva vi ser, for deretter gi en adekvat respons. Altså har synet stor betydning for utførelse av daglige aktiviteter og selvhjelpenhet (Jones og Shinton, 2006; Khan, Leung og Jay, 2008; Solomonsen og Goldstein, 2009).

En av de mest kjente synsforstyrrelsene etter hjerneslag er homonym hemianopsi, der blindheten rammer begge synsfelters høyre (eller venstre) halvdel.

Andre varianter er kvadrant anopsi hvor kun en kvadrant av synsfeltet blir rammet, eller skotomer, det vil si flekkvis bortfall i sentralsynsfeltet. I klinisk praksis er det vanlig å kartlegge synsfeltet etter hjerneslag med ad modus Donders eller konfrontasjonsundersøkelse. Donders er en enkel måte å måle yttergrensene av synsfeltet på. Metoden har den svakhet at den ikke avdekker skotomer (Zoltan, 2007).

En nøyaktig vurdering av synsfeltet er viktig blant annet for bilkjøring og pasientrettigheter i forhold til redusert synsevne (Helsedirektorat, 2005). Når det gjelder saker vedrørende førerkort hos personer med synsfeltutfall, påpekes det fra Sosial- og helsedirektoratet at:

«Donders' metode er tilstrekkelig som screeningundersøkelse. Metoden er imidlertid ikke tilfredsstillende

dokumenterbar, og kan overse synsfeltutfall som ikke rammer periferien. Derfor må mer nøyaktige metoder anvendes for vurdering av påviste eller mistenkte synsfeltutfall, dvs. i alle dispensasjonssaker» (2006, s. 31).

I slike tilfeller anbefales en perimetri eller en elektronisk måling av synsfeltet (Goldmann-undersøkelse).

### Forskning om rehabilitering av synsfunksjon

Fokuset på hjerneforskning og synsfunksjon har gradvis endret seg innen rehabilitering. Nyere forskning bekrefter at det er muligheter for bedring i den visuelle funksjonen (Wilhelmsen, 2000, 2003; Luccincenti og Sabatini, 2009).

For eksempel antyder Awh, Armstrong og Moore i studien «*Visual and oculomotor selection: links, causes and implications for spatial attention*» (2006) at stimulering av øyemotorikk har betydning for orientering av den visuelle oppmerksomheten. Studien til Nelles, Pscherer, de Greiff, Gerhard, Forsting, Esser, Diener: «*Eye-movement training-induced changes of visual field representation in patients with post-stroke hemianopia*» (2010) tyder på at øyemotorisk trening kan endre synsfeltets representasjon hos mennesker som er rammet av hjerneslag.

En liknende tankegang finnes i det tidligere arbeidet til Nelles, Widman, De Greiff, Meistrowitz, Dimitrova, Weber, Forsting, Esser og Diener («*Brain representation of hemifield in poststroke visual field*» 2002). Her ble det ikke funnet noen signifikant aktivitet i det primære visuelle cortex hos pasienter med hemianopsi, men derimot en bilateral aktivering av det extrastriate visuelle cortex og en uvanlig aktivitet i det visuelle systemet.

I følge Brodtmann, Puce, Darby og Donnan, «*Serial functional imaging poststroke reveals visual cortex reorganization*», 2009) har visuell reorganisering av cortex inntil nå vært lite forstått. Forskerne har benyttet fMRI for å følge og evaluere respons av hjernen under visuell stimulering, og sammenlignet resultatene med en kontrollgruppe. Gruppen som fikk visuell stimulering, aktiverte et surrogatområde som ikke ble aktivert hos kontrollgruppen.

### Utvalg og prosjektgjennomføring

For å få innsikt i den daglige kliniske utøvelsen i akutt fase med fokus på synsforstyrrelser etter hjerneslag, ble det sendt invitasjon til ti slagenheter. Seks svarte positivt, og en trakk seg fra deltakelse senere i forløpet.

Forskningsmaterialet består av fem semistrukturerte intervjuer. Informantene arbeidet alle i tverrfaglige team ved slagenheter på sykehus i en av de fire norske helseregionene.

Inklusjonskriterier for deltakelse var:

- Helsepersonell med minimum tre års utdanning fra høyskole eller universitet
- Daglig virksomhet knyttet til en akutt slagenhet
- Minimum ett års klinisk erfaring med mennesker som har hatt slag

Utvalgenes helsefaglige bakgrunn var ergoterapi, fysioterapi og sykepleie. Begge kjønn var representert. Arbeids-



erfaringen med hjerneslag varierte fra fire til tjuefem år. Det endelige utvalg består således av fire ergoterapeuter og en sykepleier. Til tross for at det ikke ble søkt om en bestemt faggruppe, ble i fire av seks tilfeller ergoterapeuten utpekt som den fagpersonen som hadde «mest kunnskap om», eller «tok mest hensyn til» utredning av synsfunksjonen i akutt fasen.

Størrelsen på enhetene hvor informantene arbeidet, varierte fra fire til 20 senger. Alle fem slagenhetene hadde en grunnleggende plattform med medisinske tiltak som sikret faglig standard i tråd med gjeldende føringer. Fokus for behandling var tidlig mobilisering og forebygging av aspirasjonspneumoni ved rask utredning av svelgefunksjon. Følgende forskningsspørsmål ble utformet:

1. Hvilken forståelse og kunnskap har helsepersonell om synsproblematikk blant mennesker som har hatt slag i akutt fase?
2. Hvilken klinisk erfaring har helsepersonell med synsproblematikk etter hjerneslag?
3. Hvordan organiseres arbeidet på slagenhetene med tanke på å kartlegge og behandle synsproblematikk etter hjerneslag?

Analysen av intervjumaterialet ble utført i tråd med meningskoding og fortetting slik den beskrives av Kvale og Brinkmann (2009), og systematisk tekstkondensering basert på Malterud (2006). For å sikre bias i oppfattelse av utsagn ble det brukt lydopptak. Transkriberingen ble foretatt av forskeren selv.

## Litteratursøk

Følgende søkeord ble benyttet: stroke, vision disorders, vision fields, vision restoration, ADL (Activities of daily life), clinical competence, best praxis, brain, brain plasticity. Ordene ble søkt for seg selv og i kombinasjon med andre. Kombinasjon av søkeordet «stroke» og «vision disorders» med «ADL» ga lite informasjon. Ordet «hemianopsi» ble også brukt, men «vision disorders» ble mest dekkende, da dette begrepet omfattet et bredere spekter av synsforstyrrelser, og ikke bare synsfeltutfall (hemianopsi).

## Implikasjoner for klinikken

Hovedtrekkene fra intervjuene ble samlet under tre kategorier:

- i. Rutiner for utredning, behandling og samarbeid
- ii. Informantenes kliniske erfaring med synsforstyrrelser etter hjerneslag
- iii. Kompetanse og fagutvikling.

*Rutiner for utredning, behandling og samarbeid.* Når det gjelder rutiner for utredning, behandling og samarbeid, peker resultatene fra den foreliggende studien på et behov for å tydeliggjøre ansvaret for utredning av synsfunksjonen blant personalet på slagenhetene. Ansvar for utredning av synsfunksjon er fremdeles etter særinteresse og ikke faglig definert under en bestemt faggruppe. Henvisning til ergoterapeutene ble begrunnet med at den gruppen oftest fanger opp, eller har ansvar for, kartlegging av utfallene som kan relateres til synet.

Informantene påpeker at riktig kartlegging for å avdekke utfallene og finne ut hvilken strategi som best tilrettelegger for deltakelse, kan være avgjørende for å lykkes. For å sette pasienten i sentrum kreves kunnskap, utstyr og ferdigheter som sikrer behandlingstilbudet etter pasientens behov. Behovet for å utvikle prosedyrer for standardisert utredning, slik at pasientens synsfunksjon blir dokumentert og gir grunnlag for videre spesialistutredning og opp trening, synes å være en sentral oppgave som krever forskningsbasert kunnskap.

Når det gjelder samarbeid med synspedagoger, er informantenes erfaring at der denne faggruppen er tilgjengelig, blir samarbeid med eller opplæring av synspedagoger en god og nyttig erfaring for ansatte i slagenhetene. Dette er i tråd med anbefalingen i de nye retningslinjene for hjerne-slagbehandling (Helsedirektorat, 2010).

*Informantenes kliniske erfaring med synsforstyrrelser etter hjerneslag.* Det antydes at motoriske utfall med tydelig lammelse kan virke mer fremtredende, mens kognitive eller synsforstyrrelser kan stå i fare for å bli undervurdert. Et vesentlig moment er informantenes erfaring om hvordan pasienten formidler synsforstyrrelser. Det registreres at bortsett fra dobbeltsyn er pasienten oftest stille om forstyrrelser som kan relateres til synet. Informantenes erfaring er at utredning har en bevisstgjørende effekt som kan ha betydning for pasientens innsikt i utfallene og behov for videre rehabilitering.

Konsekvensene etter synsendring kan være mange. Det observeres blant annet fare for fall, irritasjon, trøtthet og opplevelse av å feile og å mislykkes. En alvorlig konsekvens kan bli at eldre pasienter beveger seg mindre. Tiltak i forbindelse med innleggelse må ta hensyn til dette, samtidig som det er nødvendig med informasjon og rådgivning til pårørende.

Informantene synes å observere en positiv sammenheng mellom igangsetting av øyemotorikk og effektivitet i rehabilitering. Det vil si en forbindelse mellom tidlig utredning og opptrening av synsfunksjon og pasientenes tilstand, blant annet kortere liggetid. Under denne studien ble det ikke funnet forskning som kunne bekrefte eller avkreftede slike påstander.

*Kompetanse og fagutvikling.* Informantene uttrykker behov for opplæring og spesifikk kompetanseheving i forhold til synet og synsforstyrrelser etter hjerneslag. Et kritisk moment under utredning og behandling av synsfunksjonen er bruk av uheldige kompensatoriske strategier. Å forsterke kompetansen kan bidra til at pasientens bedringspotensial utnyttes.

Oppmerksomhet på denne tematikken bør derfor gis plass både i helsefaglige grunnutdanninger generelt og i videre- og høyere utdanning spesielt. I særdeleshet anbefales at det tilrettelegges for faglig fordypning og oppdatering av personalet som jobber med hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010). En grunnleggende kompetanse om synet kan sikre at utfallene avdekkes tidlig, og det kan få konsekvenser for videre utredning og behandlingstiltak. Muligens bør ergoterapeutene som jobber med mennesker

som har hatt slag, ha en fagfordypning eller spesialisering i dette emnet.

En sentral utfordring er overføring av kunnskap fra forskning til den kliniske hverdagen. Flere har diskutert utfordringer knyttet til hvordan forskningen kan være en støtte for klinikerens erfaringer i arbeidet med å fremme pasientens bedringsprosess (Wilhelmsen, 2000, 2003; Scheiman et al., 2007; Jones og Shinton, 2006; Plow, Maguire, Obretenova, Pascual- Leone, og Merabet, 2009). Den foreliggende studien har avdekket at kunnskap gir bedre forståelse og inspirasjon til å ta hensyn til nye aspekter i behandlingen. Økt fagkompetanse synes også å bidra til å redusere antall liggedøgn, og implisitt ligger at metodene for behandling er effektivisert takket være ny kunnskap (Hove et al., 2008).

Arbeidspress og tidsklemme fører til at informantene har en opplevelse av at det er vanskelig å bruke tid til faglig oppdatering og fordypning. Når undervisning og kompetanseheving viser seg å være så virkningsfulle i forhold til endring av praksis, er det særlig viktig at undervisningstid og muligheter for å delta på kurs og lignende opprettholdes.

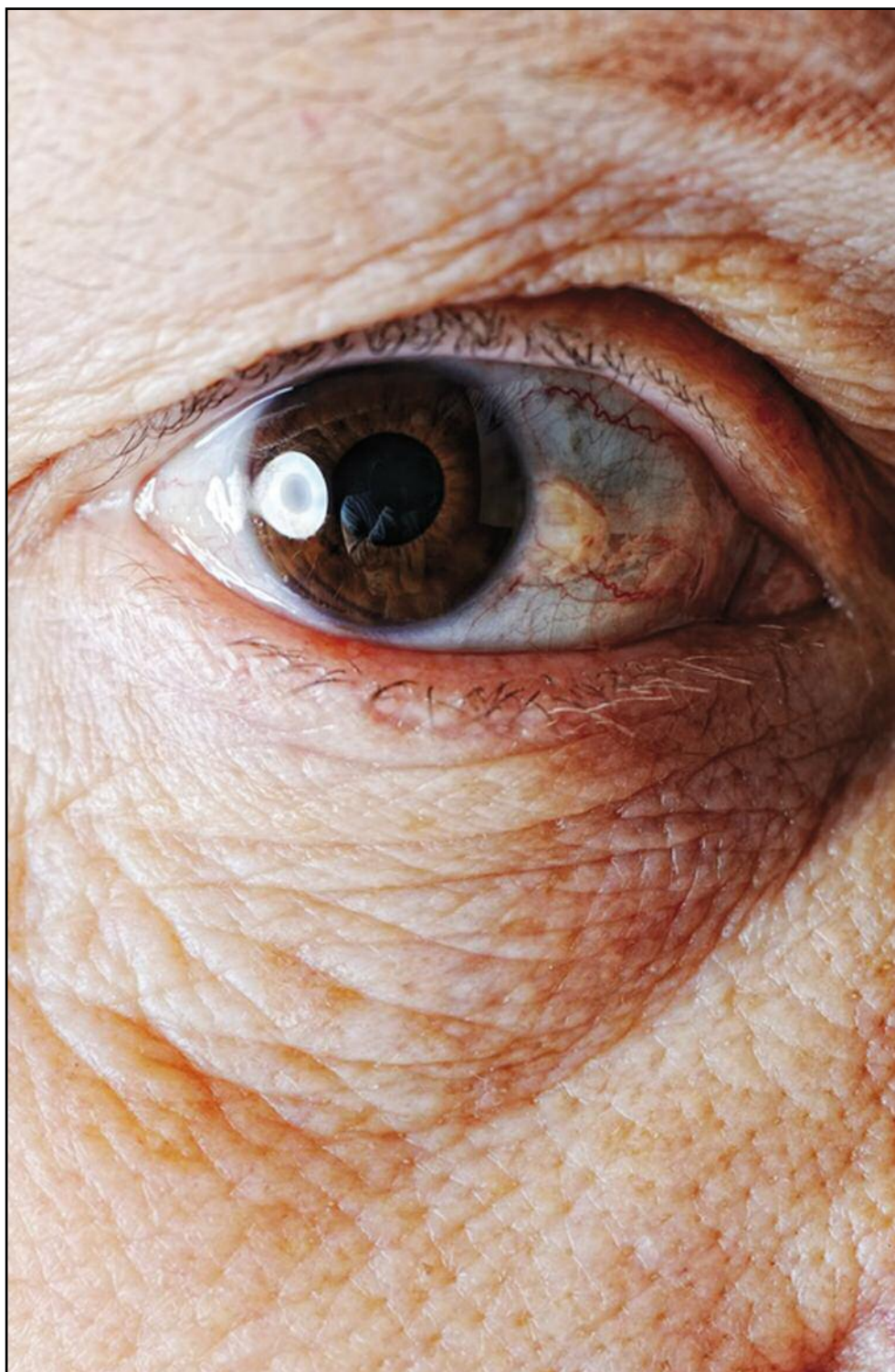
### Ergoterapeutenes bidrag

At ergoterapeutene ble pekt ut som den gruppen som oftest finner utfallene som kan relateres til synet, er oppsiktsvekkende.

Hva er det som gjør at denne faggruppen oftere fanger opp synsproblematikk, eller har lagt synet under «sitt» kompetanseområde? Ergoterapeutene formidler ønske om samarbeid med faggrupper som har kompetanse i synsfunksjoner slik at pasienten trygt kan henvises videre. De etterlyser også at spesialistkompetanse blir en del av det faglige team som behandler hjerneslag. Spesifikk kompetanse har betydning for planlegging av tverrfaglige rehabiliteringsstrategier som kan bidra til selvhjulpenhet hos pasienten. En mulig forklaring kan være en sammenheng mellom ergoterapeutenes utredning av funksjonsnivå og kognitive ferdigheter.

Min for-forståelse av ergoterapifag i forhold til hjerneslag var at ergoterapeutene kartlegger individets funksjonsnivå før og etter utfall. Dette gir grunnlag for trening, kompensering eller tilpassning som sikrer det daglige funksjonsnivået slik at deltakelse skal muliggjøres eller gjenopptas (Fortmeier, Mathiasson og Schröder, 2008).

Ergoterapi, som alle andre helsefag, har utviklet og tilpasset seg tiden, vokst fra å være arbeidsterapi til å bli det komplekse helsefag det er blitt til (Kristensen, Frydendal og Pedersen, 2008; Hove et al., 2008). Samtidig beholder



**Konsekvensene etter synsendring kan være mange. Det observeres blant annet fare for fall, irritasjon, trøtthet og opplevelse av å feile og å mislykkes. En alvorlig konsekvens kan bli at eldre pasienter beveger seg mindre.**

ergoterapifaget fremdeles det grunnleggende fokuset på aktivitet og deltakelse, virksomhet, det å beskjeftige seg med noe som er meningsfull i individets liv (Fortmeier et al., 2008). Det sentrale i samhandlingen med pasienten er ikke sykdommen eller et segment av pasientens kropp i seg selv, men konsekvensene og betydningen av denne innskrenkningen for den enkeltes deltakelse i eget liv og eget miljø (Borg og Runge, 2008).

I USA har fokus på synshemming i forhold til klinisk



arbeid endret seg i flere perioder. Fra 1990 oppsto det en sterk utvikling av nye fag, metoder, filosofiske retninger og teknikker. Ergoterapeuter ble inkludert som en faglig ressurs, og det ble tilrettelagt for videreutdanning som skulle sikre kompetanse for behandling og rehabilitering av synet (Scheiman et al. 2007). Forfatterne påpeker at ergoterapeutene har et definert ansvar for de kognitive, psykososiale og fysiske behovene som er nødvendige for å utføre en meningsfull rolle, aktivitet eller rutine. Dermed blir ergoterapeuters arbeid i forhold til rehabilitering av synet, eller tilrettelegging for kompensatoriske strategier, en naturlig del av et team med spesialkompetanse på syn.

I Norge gir de sentrale retningslinjene nå et forsiktig innpass for denne faggruppen: «Synstrening ved ergoterapeuter utføres bare etter spesiell opplæring og av spesielt interesserte ergoterapeuter» (Helsedirektoratet, 2010, s. 127). En gjennomgang av norske publikasjoner om synsproblematikk som følge av hjerneslag viser at interessen for visuelle forstyrrelser etter hjerneslag har vært økende (Wilhelmsen, 2000, 2003; Rico, 2004; Riise et al., 2005; Kerty, 2005; Rashidi, 2007; Thomassen og Wyller, 2007).

Betydningen av mestring av daglige aktiviteter er i de senere årene blitt løftet opp i sentrale retningslinjer for behandling av hjerneslag, fordi dette er relevant både for en meningsfull opptrening og for selvstendighet (Helsedirektoratet, 2010). Når ergoterapeutene tar hensyn til synsproblematikk, kan dette forstås som et ledd i arbeidet med å styrke pasientens funksjonsnivå og livskvalitet. Jeg forstår det derfor slik at ergoterapeutenes fokus i denne studien ikke er synet i seg selv, men synet som en viktig del av pasientens ressurser for å kunne mestre aktiviteter i dagliglivet.

## Konklusjoner

Hensikten med presentasjonen av funnene har ikke vært å vurdere om intervjuedes arbeid representerer god eller mindre god klinisk praksis. Forventningene til de intervjuede var begrenset til noe forståelse eller kjennskap til synsproblematikk etter hjerneslag, slik at synsforstyrrelser kunne gjenkjennes. Det var blant annet ønskelig å få frem hvorvidt intervjuede tok hensyn til undersøkelse av synet ved akutt innleggelse, om dette ble gjort rutinemessig, og om utfallene relatert til synet fikk like mye oppmerksomhet som andre utfall. Det vil si å få innsikt i utvalgets egne strategier og erfaring med synsproblematikk som kan være nyttig å belyse.

Det empiriske materialet er begrenset, og resultatene må således brukes med varsomhet. Til tross for at informantene tilhører samme fylke, og deres arbeidsplasser er spredt utover et stort geografisk område, er fem intervjuer et svært lite utvalg. Materialet kan derfor på ingen måte betraktes som representativt for praksis ved andre slagenheter. Hvis resultatene gjenspeiler det som skjer på andre slagenheter og inviterer til faglig diskusjon og refleksjon over egen praksis, er ambisjonen for denne undersøkelsen oppfylt. □

## Referanseliste

- Bowmeester, L., Heutik, J., Lucas, C. (2007) The effect of visual training for patients with visual field defects due to brain damage: a systematic review. *Journal Neurology Neurosurg Psychiatry*, 78:555-564
- Brodal, P. (2001) *Sentralnervesystemet*. Oslo: Universitetsforlaget
- Bruce, V., Green, P., Georgeson, M.A., (2000) *Visual Perception, Physiology, Psychology, and Ecology* UK: Psychology Press
- Ellekjær, H., Selmer, R. (2007) Hjerneslag – like mange rammes, men prognosen er bedre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127:740-3
- Fjærtøft, H. og Indredavik, B. (2007) Kostnadsvurderinger ved hjerneslag. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 127:744-7
- Hubel, D. H., Wiesel, T. N. (2005) *Brain and Visual Perception. The story of a 25 – Year Collaboration*. Oxford: Oxford University Press
- Indredavik, B. (2007) En effektiv slagenhet. – Hva er det? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 9 127:1214- 8
- Kerty, E. (2005) Synsrehabilitering etter hjerneskade *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125:146
- Khan S, Leung E, Jay (2008) Stroke and visual rehabilitation. WM Topics in Stroke Rehabilitation. *American Academy of Neurology* 15(1):27-36
- Levin, H. S. (2007) Neuroplasticity and Brain Imaging Research: Implications for Rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(12 Supp 2)
- Luccichenti, G., Sabatini, U. (2009) Colouring rehabilitation with functional neuroimaging. *Functional Neurology*. 24(4):189-93
- Milner og Goodale (2006). One brain – two visual systems *The Psychologist* Vol 19 No 11
- Nelles, G., Widman, G., de Greiff, A., Meistrowitz, A., Dimitrova, A., Weber, J., Forsting, M., Esser, J., Diener, HC (2002) Brain representation of hemifield in poststroke visual field. *Stroke*, 33(5):1286-93
- Nelles, G., Pscherer, A., de Greiff, A., Gerhard, H., Forsting, M., Esser, J., Diener H.C., (2010) Eye-movement training-induced changes of visual field representation in patients with post-stroke hemianopia. *Journal of neurology*, 257 (11):1832-40
- Nudo (2009), i Stein, J., Harvey, R., Macko, R., Winstein, C., Zorowitz, R. *Stroke Recovery & Rehabilitation*. New York: Demos Medical Publishing
- Plow, E. B.; Maguire, S., Obretenova, S., Pascual- Leone, A., Merabet, L.B. (2009) Approaches to rehabilitation for visual field defects following brain lesions. *Expert Rev Med devices*, 6(3):291-305.
- Poppelreuther, W. (1990) Translated by Zhil, J. and with the assistance of Weiskrantz, L. *Disturbances of Lower and Higher Visual Capacities Caused by Occipital Damage*. Oxford University. Clarendon press.
- Rabbets R. B. (2007) *Clinical Visual Optics*. England. Elsevier Limited.
- Rashidi, A. M. (2007) Physiotherapy for visual and bodily neglect after stroke: A case report. *Fysioterapeuten*, (1):16-9.
- Rico, E. (2004) Ergoterapeutisk tilnærming til synet etter hjerneslag. *Ergoterapeuten*. (9): 28-31
- Riise, R., Gundersen, B., Brodal, S., Bjerke, P (2005) Visual problems in cerebral stroke. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 125(2):176-7.
- Rønning, O.M., Thomassen, L., Russell, D. (2007)



Kvalitetsindikatorer for behandling av akutt hjerneslag.  
*Tidsskrift for Den norske legeforening*, 9 127: 1219–231  
 Scheiman, M. (2002) *Vision Deficits. A guide for Occupational Therapist*. USA: SLACK Incorporated  
 Scheiman, M., Schieman, M., Whittaker, S., (2007) *Low Vision Rehabilitation. A practical Guide for Occupational Therapist*. USA: SLACK Incorporated.  
 Selzer, M. Clarke, S., Cohen, L., Duncan, P., Gage, F. (2006) *Textbook of Natural Repair and rehabilitation*. Volume I. Cambridge: Cambridge University Press.  
 Selzer, M. Clarke, S., Cohen, L., Duncan, P., Gage, F. (2006) *Textbook of Natural Repair and rehabilitation*. Volume II. Cambridge: Cambridge University Press.  
 Solomonsen og Goldstein (2009) i Stein, et al. *Stroke Recovery & Rehabilitation*. New York: Demos Medical Publishing  
 Steyling, W.G. (ukjent dato) *Eye-doctor of many parts* (Franciscus Cornelius Donders, 1818- 1889) Hefte, printes for Radio Nederland by HABO Amsterdam  
 Thommessen, B. og Wyller, T. B. (2007) Sykehusbasert rehabilitering etter hjerneslag. *Tidsskr Nor Lægeforen.*, 9 127:1224-7  
 Wilhelmsen, G. B. (2000) *Visuelle forstyrrelser etter hjerneslag. En undersøkelse av synsfunksjonen og effekten av synstrening*. Oslo: Unipub Forlag  
 Wilhelmsen, G. B. (2003) *Å se er ikke alltid nok*. Oslo: Unipub Forlag  
 Zoltan, B. (2007) *Vision, Perception, and Cognition. A manual for the Evaluation and treatment of the adult with Acquired Brain Injury*. USA: SLACK Incorporated

## "Hvilken dag er det i dag?"

### Forglemmegei-kalender



(15 x 22 cm)

For dem som lurar på hvilken dag det er

Pris kr 1.100,- inkl.moms

### Natt og dag-kalender m/bilde



(18 x 22 cm)

For dem som iblant er døgnville  
 Pris kr 1.950,- inkl.moms

### Prøvet ut blant brukere i flere land

- Kobles til strøm og viser riktig dag og dato
- Natt- og dag-kalender viser også om det er Morgen, Dag, Kveld eller Natt
- Korrekt innstilt for skuddår og antall dager i måneden
- Teksten blir borte når strømmen brytes; vises når strømmen kobles til igjen
- Kan fåes som hjelpemiddel gjennom NAV Hjelpemiddelsentral i fylket

**Forget-me-not AS** Boks 7167 Majorstua,  
 0307 Oslo. Telefon: 95199896  
[www.forglemmegei.no](http://www.forglemmegei.no)

**AKTROMMET**  
Alt av utstyr til helsepersonell

**UTSTYR TIL DEG SOM HELSEARBEIDER**  
 Vi leverer det meste av utstyr til legekontor, sykehjem, helsestasjoner og andre helseinstitusjoner. Besøk [www.vaktrommet.no](http://www.vaktrommet.no) for hundrevis av produkter!

**PENHYGIENIC**  
 Ta en titt på Vaktrommets egenproduserte PenHygienic! Navnskilt og organisator i ett.

**LIKOSS**  
 Vær med i periodiske trekninger ved å like facebook-siden vår!

**AKTROMMET.NO**  
Ta en titt i butikken vår

[www.vaktrommet.no](http://www.vaktrommet.no)  
 post@vaktrommet.no  
 tel: 926 97 497

# Måleutstyr for bruk ved liggende posisjonering

*For å gjøre en god posisjonering er det viktig å kartlegge hvilke feilstillinger som er til stede. På bakgrunn av dette har Sitte- og posisjoneringsteamet ved NAV Hjelpemiddelsentral Troms i 2011 gjennomført et erfaringsbasert prosjekt der målet var å få bedre kjennskap til måleutstyr som kan kartlegge feilstillinger i rygliggende. Prosjektet testet fire forskjellige måleverktøy og har gitt Hjelpemiddelsentralen i Troms verdifull kunnskap om fordeler og ulemper ved de ulike måleverktøyene.*

AV ÅSE SELJEBU OG JONAS HENRIKSEN

I Norge er det den senere tid registrert en større interesse for posisjonering i et 24-timers perspektiv, der fokus rettes mot posisjonering i liggende for personer med nedsatt egenbevegelse. For å gjøre en god posisjonering er det viktig å kartlegge hvilke feilstillinger som er til stede. Ofte er feilstillingene svært sammensatte og vanskelige å bedømme omfanget av. På bakgrunn av dette har Sitte- og posisjoneringsteamet ved NAV Hjelpemiddelsentral Troms i 2011 gjennomført et erfaringsbasert prosjekt der vi ønsket å få bedre kjennskap til måleutstyr som kan kartlegge feilstillinger i rygliggende. I prosjektet undersøkte vi egnethet til forskjellige måleverktøy som kan måle feilstillinger i rygliggende både uten og med posisjonering. Vi ønsket også å vurdere på hvilke nivåer forskjellig måleutstyr best kan benyttes. I prosjektet knyttet vi til oss to samarbeidspartnere og veiledere; Anna Rosén, spesialfysioterapeut i Balsfjord kommune, og Jan Pool, spesialergoterapeut ved Habiliteringstjenesten i Hedmark.

## Målgruppe og valg av måleverktøy

Målgruppen for prosjektet har vært barn, unge og voksne i Troms fylke som er i risikozonen for å utvikle feilstillinger, og med begynnende eller utviklede feilstillinger. Til sammen ble tolv personer med nedsatt egenbevegelse i aldersgruppen syv til 42 år målt. Prosjektet omfattet gjennomføring av en måling med posisjoneringsforslag for hver deltaker. I tillegg ble det gitt tilbud om ett hjemmebesøk for vurdering av posisjoneringsutstyr samt veiledning fra kommunal terapeut.

Vi valgte fire forskjellige måleverktøy som kan kartlegge feilstilling i rygliggende, både uten og med posisjonering.

- 1 Goldsmiths Anatomical Measuring Instrument (AMI) måler personens strukturelle anatomiske forutsetninger i form av rotasjonsretning i brystkassen og brystkassens form på nominalt nivå, og bevegelsesutslag i hofter målt i grader på Goldsmith Windswept Index (GWI).
- 2 Trykkmatten Xsens Pressure Mapping System (XPMS-X3) måler trykk og areal mot underlaget i rygliggende på en forholdstallsskala.
- 3 Målebånd måler avstand mellom to anatomiske punkter i centimeter.
- 4 Vurderingsskjemaet Posture ability and Motor performance (MP-vurderingsskjema) gir skår for flere kvalitative kriterier i ryngleie.

Som et supplement til det øvrige måleutstyret valgte vi fingerpulsoksimeter, som måler puls og oksygenmetning i blodet, og foto som gir et øyeblikksbilde.

## Resultat

Vi har vurdert om måleverktøyene måler det vi ønsket å måle, om de er til å stole på, og om de er i stand til å måle nyansene i det som skal måles. I tillegg har vi vurdert brukervennlighet samt på hvilke nivåer i helsetjenesten disse foreslås brukt.

AMI er godt egnet til å beskrive endringer av feilstillinger over tid, og vil derfor være et nyttig verktøy innenfor tjenester som følger en pasient over et lengre perspektiv med gjentatte målinger, for eksempel hjelpemiddelsentraler og habiliteringstjenester. Måleverktøyet er vanskelig å benytte på pasienter med mye spasmer og kontrakturer i hofter. Måleverktøyet gir annen type informasjon enn de øvrige



**Åse Seljebu er fysioterapeut/rådgiver. Hun har jobbet ved NAV Hjelpemiddelsentral Troms siden 1998. Ansvarsområdet er formidling av bevegelseshjelpemidler til barn.**



**Jonas Henriksen har jobbet ved NAV Hjelpemiddelsentral Troms siden 2006. Ansvarsområdet er formidling av elektriske og manuelle rullestoler.**

## NAV Hjelpemiddelsentral Troms

NAV Hjelpemiddelsentral Troms er et ressurs- og kompetansesenter på andrelinjenivå. Det skal bidra til likeverdig og helhetlig problemløsning for funksjonshemmede – i hjem, skole, arbeid og fritid – gjennom hjelpemidler og ergonomiske tiltak.

NAV Hjelpemiddelsentral Troms har også ansvar for innkjøp, lagring og gjenbruk av alle hjelpemidler som er folketrygdens eiendom.

Prosjektgruppen har bestått av: Åse Seljebu, fysioterapeut, prosjektleder, Marit Stavnes Mørck, ergoterapeut, Jonas Henriksen, fysioterapeut og Karl Johan Eriksen, teknikker.

måleverktøyene og kan hjelpe oss å beskrive og evaluere feilstillinger i liggende i et biomekanisk utsnitt. Det kan være med på å kvalitetssikre vårt videre arbeid med posisjonering. Måleverktøyet er lite kjent i Norge og krever kurs i regi av Liz og John Goldsmith. Utstyret er forholdsvis rimelig.

*XPMS-X3* er et godt måleverktøy som kan hjelpe oss å kartlegge ryggliggende stilling i et biomekanisk utsnitt i en her-og-nå-situasjon med hensyn til trykkfordeling og kontakt med underlaget. Måleverktøyet egner seg ikke til svært urolige pasienter. Måleverktøyet kan bidra i arbeidet med å kvalitetssikre vårt arbeid i en posisjoneringsprosess, for eksempel ved hjelpemiddelsentralene. *XPMS-X3* kan bidra til å tallfeste både trykkforhold og understøttelsesflate både uten og med posisjonering. Ved å studere trykkbildene visuelt så vi også hvilken retning pasienten var på vei til å rotere. Måleverktøyet krever opplæring i bruk og er kostbart.

*Målebåndet* måler i centimeter symmetri i brystkassen mellom to punkter (lengdemål og diagonalmål). Utstyret kan benyttes både uten og med posisjonering, men egner seg ikke til pasienter med dobbel S-skoliose. Prosjektgruppen mener at dette verktøyet kan egne seg til bruk ute i kommunene, men også på andre nivåer i helsetjenesten hvis en er kjent med dets svakheter. Målebånd er et rimelig og kjent måleverktøy som finnes på alle nivåer i helsetjenesten.

*MP-vurderingsskjema* egner seg for bruk ved habiliterings- og rehabiliteringsavdelinger. Måleverktøyet hjelper oss å beskrive og evaluere ryggliggende stilling i et biomekanisk og funksjonelt utsnitt både uten og med posisjonering. Skjemaet kan brukes til alle aldre og har parametre for vurdering av ryggleie både med tanke på posturale ferdigheter (Posture ability) og evne til bevegelse (Motor performance). Det kreves opplæring i bruk av skjemaet.

*Foto* gir oss et kvalitativt øyeblikksbilde som kan gi oss mye informasjon både før og etter posisjonering. Verktøyet passer til alle pasienter og kan benyttes på alle nivåer i helsetjenesten.

*Pulsoksimeter* er svært viktig for å gi oss en pekepinn på hvordan pasienten har det både før og etter posisjonering. Dette verktøyet er godt kjent i de fleste institusjoner og egner seg spesielt godt til de som ikke har verbal kommunikasjon. Verktøyet er forholdsvis rimelig i innkjøp.

## Erfaringer og nytteverdi

Etter utprøvsperioden i prosjektet har det meste av utstyret vært i bruk i hjelpemiddelsentralens ordinære arbeid med posisjonering. Dette har delvis vært oppfølging av brukere som har vært inne i prosjektet, men også i arbeid med andre brukere med posisjoneringsbehov. Vi har i prosjektperioden hatt en god læringskurve. På forhånd følte vi at vi kunne mye om emnet, men ved å gå i dybden har vi lært mye nytt. Dette gjør at vi blir mer presise i arbeidet. Prosjektet har ikke bare gjort oss bedre på temaet måleutstyr. Gjennom litteratursøk om emnene posisjonering og de enkelte måleutstyrene, samt samarbeidet med Jan Pool og Anna Rosén, har vi også kommet inn på tilgrensende emner.



**Noen av måleverktøyene som ble benyttet i prosjektet:** Goldsmith's Anatomical Measuring Instrument (AMI), vinkel-mål, trykkmatten Xsensor Pressure Mapping System (XPMS-X3), fingerpulsoksimeter og målebånd.

## Erfaringene vi har gjort underveis i prosjektet:

- Vi er blitt mye mer sikre i observasjoner og undersøkelser hos brukere.
- At vi behersker bruk av måleutstyret, har gitt en trygghet på at vi finner brukers behov.
- Måleutstyret gir oss holdepunkter for å teste ut ulike tiltak.
- Gjennom måling kjenner vi leddenes ytterstilling, noe som brukes bevisst i posisjoneringa.
- Vi har hatt mindre fokus på klinisk vurderingsskjema, da vi har erfart at måleutstyret gir så detaljert informasjon at dette har vært tilstrekkelig. Måling gjøres i tillegg til den informasjonen lokal terapeut bidrar med.

Tilbakemeldingene fra samarbeidspartnere når måleutstyret har vært brukt ute hos brukere, er svært positive. Som en følge av prosjektet har det i Troms fylke blitt et større fokus på posisjonering. På sikt kan dette forebygge og/eller hindre videreutvikling av feilstillinger hos personer med nedsatt egenbevegelse. Ved å forebygge feilstillinger, kan enklere hjelpemiddelløsninger velges. Dette kan også komme våre brukere til nytte i form av mindre smerter og ubehag samt færre operasjoner. □



# Idébanken Aktiv Omsorg

**Utviklingscenter for sykehjem i Oslo og Senter for omsorgsforskning Sør har på oppdrag fra Helsedirektoratet laget nettsiden Idébank aktiv omsorg. Idébanken inneholder forslag til aktiviteter, nyttige verktøy og opplæringsmateriell som kan bidra til mer aktiv omsorg.**

AV ANNE TIRIL SVENSSON

Idébanken inneholder:

- Ideer til fysiske aktiviteter, grønn omsorg, sosiale og kulturelle aktiviteter, aktiviteter innen velvære og åndelige behov, mat og måltider
- Tips om hvordan man kan engasjere frivillige
- Veiledere, brosjyrer, prosjekter, artikler og videreutdanning innen aktiv omsorg

Senter for omsorgsforskning Sør har kartlagt og vurdert hva som finnes av tiltak, fagutvikling og opplæring innen satsningsområdet aktiv omsorg (se rapporten «Aktiv omsorg – prioritering, kompetanse og kompetansebehov»). Disse funnene danner grunnlaget for innholdet i Idébanken.

## Bli inspirert og inspirer andre

Målgruppen for idébanken er ansatte og studenter innen helse- og omsorgssektoren. Idébanken skal bidra til å engasjere og hjelpe målgruppen til å realisere ideer og tiltak innen aktiv omsorg på sin arbeidsplass. Alle kan sende inn ideer til aktiviteter som er prøvd ut, og som andre kan ha nytte av.

## Stor interesse

Idébanken ble lansert 22. - 23. oktober 2012 på konferansen Aktiv omsorg i praksis, arrangert av Utviklingscenter for sykehjem i Oslo. Der fikk 240 deltakere prøve ut data-spill og nettbrettapplikasjoner spesialutviklet for eldre, samt hilse på robotkosedyret Paro og en ekte terapihund. Den høye deltakelsen på konferansen viser at det er stor interesse for temaet aktiv omsorg samt etterspørsel etter nye ideer.

## Aktiv omsorg – Et aktivt liv uansett alder

«Vi må ikke ha et ensidig fokus på det syke, men også se på det friske», står det i Stortingsmelding 25 om fremtidens omsorgsutfordringer. Det er viktig å aktivisere de eldre, samtidig som de eldre får muligheten til å aktivisere seg selv. Gjennom aktiv omsorg er målet å opprettholde god livskvalitet – hele livet. Dette innebærer aktiviteter innen kultur, mat, velvære, trivsel og fysisk aktivitet, men også et fokus på fortsatt å kunne være en aktiv deltaker i samfunnet.

At temaet aktiv omsorg er aktuelt, vises gjennom EUs markering av The European Year for Active Ageing, og i Norge befestes aktiv omsorg som et viktig satsningsområde blant annet gjennom Stortingsmelding 25. □



Du kan besøke idébanken på [www.utviklingscenter.no/for-sideidebank.255107.no.html](http://www.utviklingscenter.no/for-sideidebank.255107.no.html).



## Varmehjelpemidler

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

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



**minitech**

Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad  
Tlf. 62 57 78 00 - [www.minitech.no](http://www.minitech.no)

## Anders Folkestad nøktern optimist foran lønnsoppgjøret

– Det er gode utsikter for dette lønnsoppgjøret når det varsles fire prosent lønnsvekst i nasjonalbudsjettet og DnBs anslag for 2012 var 4,3 prosent, sa Unio-leder Anders Folkestad i sin avslutningshilsen på Unios tariffkonferanse i dag. Det ligger dermed an til en god reallønnsvekst også i 2013.

AV NORA SØRENSEN

De fire forhandlingsutvalgene i Unio er nå i gang med arbeidet med årets tariffoppgjør, som er et mellomoppgjør. Det overordna målet for Unio er at utdanning og kompetanse skal lønne seg bedre. Ingen forventer det helt store i årets oppgjør, men Folkestad understreket:

– Slaget står ved forhandlingsbordet. Ikke minst når rammen oppleves trang, er det ekstra viktig å nappe til seg tide-lene. For de kommer aldri igjen!

### Høy lønnsvekst

Arbeidsgiverne – områdedirektør Per Kristian Sundnes i KS, assisterende personaldirektør Per Kristian Knudsen i staten og administrerende direktør Lars Haukaas i Spekter – gjestet tariffkonferansen i går. Særlig Haukaas påpekte at lønnsveksten er for høy. Til dette svarer Folkestad:

– Jeg tror vi kunne leve greit med en lavere lønnsvekst hvis det ikke førte til at avstanden til de andre ble forrykket i vår disfavør. For oss er det viktig at verdiskapingen ikke går i ubalanse – at arbeid lønner seg dårlig og at kapitalen vinner.

### God tone

Arbeidsgiverne kom ikke med noen lovnader, men Folkestad tolket enkelte i positiv retning.

– Vi fikk noen signaler - noen positive og noen negative. Vi er uansett i en unik situasjon her til lands som kan møte arbeidsgiversiden på en slik uformell måte. For det er viktig å bygge relasjoner og dra med seg en god tone inn i forhandlingene, sa Folkestad, før han ønsket forhandlingsutvalgene lykke til.



Arbeidsgiverne møtte opp på Unios tariffkonferanse. Her er Unio-lederen sammen med statens assisterende personaldirektør Per Kristian Knudsen, Spekters Lars Haukaas og områdedirektør Per Kristian Sundnes i KS. Foto: Unio





X850

**NÅR DU**

**VIL KJØRE LITT LENGRE**



**STERKERE OG RASKERE**

For tøff kjøring ute.

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

# Advokaten tar saken

***Mobilen står på lydløs, men blinker stadig, pulten er dekket av sirlige bunker med mapper og dokumenter. Jeg ser rett inn i et par mørkebrune øyne. De tilhører Berit Førli, nyansatt advokat ved forbundskontoret. – Jeg ønsket meg en jobb hvor jeg kunne hjelpe folk å få de rettighetene de har krav på. Det har jeg fått, sier hun med et stort smil.***

AV ELSE MERETE THYNESS

Berit ble ansatt ved forbundskontoret like før jul.  
– *Si raskt tre ting som beskriver deg?*

Hun tenker seg om i noen sekunder før hun svarer:

– Jeg er motivert, jeg står på, og jeg er interessert i livet.

Det er det lett å tro på, med tanke hvor ivrig hun har kastet seg inn i ny jobb og allerede er i full gang med saker for medlemmene.

– *Hva fikk deg til å søke på denne jobben?*

– Jeg var ute etter en jobb hvor jeg kunne benytte lovverket slik at det kom arbeidstakere til gode. Da jeg så utlysningen til denne stillingen, visste jeg at den var midt i blinken for meg.

Den forrige arbeidsplassen hennes var JAG assistanse, et foretak som tilrettelegger brukerstyrt assistanse for mennesker med funksjonsnedsettelse.

– Hos JAG jobbet jeg primært for arbeidsgiver, men hos Ergoterapeutene har jeg fokus på det enkelte mennesket. Det passer meg veldig bra.

– *Kjente du til ergoterapi fra før?*

– Jeg har jobbet litt med ergoterapeuter gjennom JAG assistanse, og likte godt fokuset på å bedre menneskers funksjonsevne. Og så visste jeg at ergoterapeuter jobbet med hjelpemidler.

## Det gode liv

De brune øynene stammer fra Portugal.

– Farfar kom til Norge som sjømann. Han fikk en strøjobb på Grand Hotel, falt ned fra en stige og havnet på sykehuset med punktert lunge. Her ble han kjent med en mann som skaffet ham jobb på verkstedet til SAS. Etter hvert kom resten av familien hans over, blant annet faren min, som i sin tur inviterte over min mor.

Selv er Berit født i Norge, gift med Snorre og sammen har de Emma og Erik på ni og fem år. Familien er bosatt på Røa i Oslo.

– Med unntak av noen studentår i Tromsø har jeg stort sett bodd i Oslo hele livet, forteller hun.

– *Hva opptar deg?*

– Primært er jeg opptatt av «de vanlige tingene», som barn, hus, familie, venner, mat, trening og helse. Jeg er ikke ute etter spenning, men det gode liv.

– *Og hva var nyttårsforsettet ditt?*

– Det må være å gjøre enda mer av det som er hyggelig med familien og venner. Og så skal jeg oppdatere meg faglig, lese mer aviser, få med meg nyheter og følge med på hva som skjer i arbeidslivet.

## Allsidig erfaring

Jobberfaringen hennes er allsidig. Da hun var ferdig med juridikum våren 1999, begynte hun å jobbe i sosialetaten. Deretter jobbet hun som saksbehandler ved forskjellige trygdekantor i fem år, før hun fikk jobb ved et advokatkontor. Så kom Emma og etter hvert Erik. Med to barn søkte hun seg tilbake til mer «ordnede» forhold og ny jobb ved trygdekantoret, som nå het NAV, og deretter JAG assistanse. Resten av historien kjenner vi allerede. Hos ergoterapeutene skal hun først og fremst samarbeide med forhandlingsleder Brit-Toril Lundt.

– *Hvilke arbeidsoppgaver skal du ha?*

– Brit-Toril har primært ansvar for forhandlinger og tarifflovgivningen. Mitt område er hovedsakelig det individuelle arbeidsrettslige. Eksempler på det kan være hvilke rettigheter en tillitsvalgt har, usaklige oppsigelser, argumentasjoner for høyere lønn, mobbing og trakassering,





*Berit Førli er nyansatt advokat ved forbundskontoret. – Jeg håper jeg vil bli en god støttespiller for medlemmene, sier hun.*

spørsmål om midlertidighet versus fast ansettelse, tilrettelegging, omplassering og omorganisering av arbeidet.

Allerede strømmer henvendelsene inn.

– Veldig mange henvender seg om lønns- og arbeidsforhold. Jeg opplever at mange medlemmer er opptatt av å kunne påvirke og ha innflytelse på sin egen arbeidsplass. For å klare det trenger de informasjon om hvilke rettigheter de har, og råd om hvordan de skal forholde seg til jobben slik at de får et best mulig arbeidsmiljø. Jeg håper at jeg skal være med på å styrke organisasjonen.

– *Hvilket inntrykk har du av organisasjonen så langt?*

– Mitt inntrykk er at forbundet har mange, engasjerte tillitsvalgte og medlemmer. Engasjement er bra. Og folk er tydeligvis stolte av å være ergoterapeuter.

– *Hvilke forhåpninger har du for 2013 når det gjelder jobb?*

– Mine forhåpninger er stadig å gjøre en bedre jobb og lære mer, særlig om arbeidsrett. Det har blitt et stort fag i de siste årene på grunn av EU-lovgivningen. Nå følger jeg forelesninger i arbeidsrett på Universitetet i Oslo for å sette meg inn i det som er nytt.

Hun synes det er positivt at så mange medlemmer allerede har tatt kontakt.

– Jeg tar sikte på at ergoterapeuter som henvender seg, skal finne en god støttespiller i meg, avslutter vår nye medarbeider entusiastisk. □

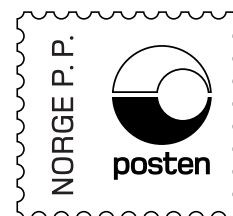
## Bamse Produkter AS

Spesialprodukter utviklet for posisjonering, behandling og trening av spedbarn og barn i alle aldre. Velegnet for barn med motoriske problemer, cerebral parese og syndrombarn.

Ny varekatalog er nå klar, full av bilder, instruksjoner og tips. Ta kontakt med oss for å få tilsendt den nye varekatalogen i posten.



Bamse Produkter AS  
Titangaten 13  
1630 Gml. Fredrikstad  
Tlf: 69300105  
[info@bamseprodukter.no](mailto:info@bamseprodukter.no)  
[www.bamseprodukter.no](http://www.bamseprodukter.no)



# Vogner og ståstativ

## PÅ RAMMEAVTALE

### EIO – enkel vogn, veier 10 kg, bærer 40 kg!

- Store låsbare svinghjul gir glimrende kjøreegenskaper
- Tiltalende design og mange praktiske løsninger
- Enkel å legge i sovestilling
- Enkel å legge sammen
- Mye tilbehør, bl.a. Special Tomato spesialseter for god støtte



### EASyS – avansert vogn, meget gode tilpasningsmuligheter

- Unikt sikkerhetssystem gjør EASyS meget stabil
- Meget gode sitte- og tilpasningsmuligheter
- Vendbart sete
- Enkel å legge i sovestilling
- Enkel å legge sammen
- Mye tilbehør, bl.a. EASyS Modularsete med gode hodestøtter
- Finnes i 2 størrelser



### ST Jogger – stilig joggevogn, veier kun 12 kg, bærer 50 kg!

- Låsbart svinghjul, meget god å kjøre
- Tiltalende design og mange praktiske løsninger
- Enkel å legge i sovestilling
- Enkel å legge sammen
- Mye tilbehør, bl.a. Special Tomato spesialseter for god støtte



### Wentworth

- Enkelt å stille inn uten bruk av verktøy
- Enkelt å komme inn og ut av ståstativet
- Finnes i 2 str., brukerhøyde 100-185 cm



### Swiftly – enkel vogn, mange muligheter, ideell for reise

- Gode sitteegenskaper med gode tilpasningsmuligheter
- Enkel å legge sammen
- Mye tilbehør
- Lett å trille
- Låsbare svinghjul



### Whirl

- Bryststøtte med tilt for optimal hodekontroll
- De-rotasjon hoftestøtte for å korrigere bekkenet
- Elektrisk tilt er tilbehør, kan ettermonteres
- Finnes i 2 str., brukerhøyde 95-175 cm

