

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



## **Fra Tromsø til Zambia 6**

Hverdagsrehabilitering i Voss kommune **10** Ergoterapeut og HMS-ansvarlig **16**

Sammen er vi sterkere **30** Det nye Unio-ansiktet **66**

# ergoterapeuten

**Redaktør** Else Merete Thyness

**Mobil** 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

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

## Annonser

Erik Sigurdssøn

**Mobil** 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

## Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 3 – 1. juni / 30. juni

Nr. 4 – 1. aug / 31. august

Nr. 5 – 3. okt / 30. okt

**Trykkeri** 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

**Design** Fete Typer

**Layout** Else Merete Thyness

## Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

## Norsk Ergoterapeutforbund

**Adresse** Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

**Telefon** 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

**Generalsekretær/fagsjef**

Toril Laberg

**Forhandlingssjef**

Brit-Toril Lundt

**Organisasjonssjef**

Karl-Erik Tande Bjerkaas

**Seniorrådgiver**

Anita Engeset

**Advokat**

Berit Førli

**Controller**

Tove Olsen

**Controller**

Snorre A. Nergaard

**Sekretær**

Kristin Pedersen

## Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Anita Rosmæl, 2. nestleder

Arnfinn Bjørshol

Berit Regine Laiti

Ine Cecilie Ulven

Mariette Elise Gjerde

May Solveig Svendsen

Ragna Gjone

Renate Soggemoen

Tonje Hansen Guldhav

Bjørnar Rovde 1. varamedlem

Ingelin Mari Rød, 2. varamedlem

Anne-Kristin Finne, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Kristin Jess-Bakken, varamedlem

Lilly Nerenget, varamedlem

Inger Synnøve Kjos, varamedlem

Blader merket  er medlem av  
Den Norske Fagpresses Forening

**fagpressen** 



6



12



16



66

---

## REPORTASJER

### **6 Fra Tromsø til Zambia**

Av Else Merete Thyness

### **10 Hverdagsrehabilitering i Voss kommune**

Av Per Waardal

### **12 Praksis under Kilimanjaro**

Av Ingeborg Tangeraa

---

## NY ARENA

### **16 Ergoterapeut og HMS-ansvarlig**

Av Else Merete Thyness

---

## FORBUNDET

### **18 Er lønnsfesten over?**

Av Brit-Toril Lundt

### **19 Svært konkurransedyktig boligrente**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

### **20 Norsk Ergoterapeutforbund ønsker seg flere spesialister**

Av Anita Engeset

### **22 Grill med vett**

Av Roar Hagen

### **23 Hvem får tillitsvalgtprisen 2015?**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

---

## FAGLIG

### **24 Aktivitetsprioritering i gruppe**

Av Elin Andresen Leistad,  
Åse Skarbø, Aud Rønningen  
og Anne Marit Mengshoel

### **30 Sammen er vi sterkere**

Av Lene Fogtmann Jespersen,  
Mali Melhus, Cecilia Celo og  
Brian Ellingham

---

## VITENSKAP

### **40 Utvikling av strategier for å håndtere kognitive vansker**

Av Marte Ørud Lindstad, Nada  
Andelic og Unni Sveen

### **50 Forsker i farten: Astrid Gramstad**

Av Sissel Høghagen

---

## AKTUELT

### **52 Jobbglidning - noe for ergoterapeuter?**

Av Siri Darre og Randi  
Nossum

### **54 Hvilke utfordringer møter du som ergoterapeut i praksis?**

Av Anne Lund

### **56 Fra idé til praksis**

Av Ingvild Kjekken

### **62 Planlegg prosjekter**

Av Ida Weydahl

### **64 Bokomtale: Jonas har DCD**

Av Liv Breivold Tveite

---

## PÅ DEN SISTE SIDEN

### **66 Det nye Unio-ansiktet**

Av Else Merete Thyness

---

## ANNONSER

### **68 Kurs- og stillingsannonser**

### **71 Produktregister**

### **78 Agenturregister**

# Here comes the sun

**Det er vår i luften. Vi går mot lysere tider, og vårens vakreste eventyr, lønnsoppgjøret, banker iherdig på døren.**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

**Tariffoppgjøret i 2016** er et hovedoppgjør. Det betyr at det både forhandles om penger og avtalefestede rettigheter. Ergoterapeutenes landsmøte har bestemt at likelønn, lønnsmessig uttelling for kompetanse og ansvar samt hele, faste stillinger skal være grunnpilarene i lønnspolitikken vår. Fristen for å komme til enighet er første mai, så hvorvidt forhandlingene lykkes, vet vi omtrent samtidig med at dette bladet når postkassene. Hvis partene ikke enes, blir de kalt inn til Riksmekleren. Sluttdatoen for mekling er vanligvis i slutten av mai. Kanskje blir det streik, men som Ragnhild Lied sier i intervjuet her i bladet: «Unio blir ofte definert som en kamporganisasjon. Det tror jeg ikke vi er tjent med. Det er viktig at folk skjønner at vi også er gode på å finne løsninger».

Vi krysser fingrene for at ergoterapeutene vil komme godt ut av årets lønnsoppgjør.

Ellers byr dette bladet på lys og varme i form av to reportasjer fra Afrika. Den ene tar oss med til Zambia og Iris Helen Nikolaisen. Hun har etablert WayaWaya - en sømfabrikk for moteriktige skinnvesker. Målet med WayaWaya er

at kvinner uten formell utdanning skal få betalt arbeid. I følge E24, Norges ledende nettavis for økonomi og næringsliv, har Iris vært med på å endre forutsetningene for kvinners liv i Afrika.

Den andre reportasjen tar oss med til Tanzania, der ergoterapistudentene Anne Alvsvåg og Ruth Elisabeth Nerhus har praksis. «Egentlig er alt bedre i Afrika enn det vi får servert i norske media», sier Anne Alvsvåg.

Og så skal vi ikke glemme at i april ble resultatene fra forskningen på hverdagsrehabilitering i Voss kommune presentert på en konferanse i Bergen. Forskningen viser blant annet at hverdagsrehabilitering fører til at eldre klarer seg bedre i daglige aktiviteter, og er mer tilfredse enn de som får ordinær pleie og behandling. Videre viser resultatene at bedringen vedvarer i de ni månedene som de eldre ble testet. Det vil si at bedringen holder seg over tid. Den økonomiske studien viser at hverdagsrehabilitering er en kostnadseffektiv tjeneste. Ergoterapeuten har en reportasje fra konferansen.

It's all right!



**NILS ERIK  
NESS**  
Forbundsleder

## Ergoterapeuters kompetanse lønner seg – det må vises i lønn!

**Som forbundsleder** ble jeg nylig invitert av politisk ledelse i Finansdepartementet til å gi innspill på Perspektivmeldinga 2017. Mitt dokumenterte budskap var og er: Rehabilitering der vi kan, pleie der vi må. Ikke omvendt, som vi ser i dag. Begrunnelsen er enkel: Rehabilitering lønner seg for den enkelte og for samfunnet.

En av samfunnets største utfordringer er å møte den demografiske utviklingen og innbyggernes behov for helse- og velferdstjenester. Vi må blant annet lykkes med å rekruttere og beholde medarbeidere med riktig og høyere kompetanse for å sikre fornyelse og innovasjon. Dessverre er det forhold ved det offentlige lønns- og arbeidsgiverpolitikk som ikke støtter opp om rekruttering av riktig kompetanse. Den

sammenpressede lønnsstrukturen bidrar for eksempel ikke til å motivere unge til å velge høyere utdanninger innenfor velferd og helse. Vi må derfor ha et lønnsystem som sikrer bedre uttelling for høyere utdanning og for videreutdanning. Dette er også et nødvendig virkemiddel for å redusere lønnsgapet mellom kvinnedominerte og mannsdominerte yrkesgrupper. Disse argumentene tar vi med inn i vårens lønnsforhandlinger i alle tariffområder.

Et godt eksempel som viser at kompetanse er både innovativt og lønnsomt for kommunene, er ergoterapeuters fronting av hverdagsrehabilitering, som nå er innført i en tredjedel av kommunene. Hverdagsrehabilitering baseres på ergoterapeuters metodikk, som med COPM spør: «Hva er

viktige aktiviteter for deg? Hvordan vil du delta?» Dette er godt helsefremmende arbeid, og er nå i forskning internasjonalt – og nylig fra Voss kommune – også dokumentert å være kostnadseffektivt. I mai kan vi se fram til Helsedirektoratets følgeforskning fra et førtitalls kommuner, som evaluerer aktivitetsutføring og tilfredshet samt økonomisk gevinst ved innføring av hverdagsrehabilitering.

Når vi ser på den drivende utviklingen ergoterapeuter gjør for å sikre innbyggerens hverdagsmestring og deltakelse i samfunnet, og for å bidra til innovasjon i helse- og velferdstjenesten, er det både rett og rimelig at våre grupper blir lønnet på samme nivå som mannsdominerte yrker innen privat sektor.



## FRA TROMSØ TIL ZAMBIA

**Siden sist vi skrev om ergoterapeut Iris Helen Nikolaisen og WayaWaya, har hun etablert praksis for ergoterapistudenter, bidratt med eget kapittel i jubileumsboka til Ergoterapiutdanningen i Tromsø og fått en pris for entreprenørskap.**



*I 2013 vant ergoterapeut Iris Helen Nikolaisen, psykolog Merete Løken og markedsfører Birgit Berglund to av prisene i NM i studentbedrift for WayaWaya. Her er de sammen med Liv Signe Navarsete.*

**W**ayaWaya skal hjelpe zambiske kvinner uten formell utdanning inn i en betalt jobb.

– Eventyret begynte med at Merete Løken og jeg var i fredskorpset i Zambia i 2010 og 2011. Via fredskorpset kom vi i kontakt med organisasjonen «Kwenuha Women's Association» som tilbyr arbeidstrening og kursing for kvinner, forteller Iris.

Problemet var bare at kvinnene, selv med kurs og trening, ikke klarte å skaffe seg en betalt jobb.

– Da fikk vi ideen til WayaWaya - en sømfabrikk for moteriktige skinnvesker. Målet var å bygge opp en profesjonell og økonomisk bærekraftig virksomhet som kunne tilby arbeid til kvinner, sier Iris.

Iris og Merete meldte seg opp til masterstudiet i entreprenørskap og innovasjon for å få erfaring og ballast som gründere. På veien møtte de markedsfører Birgit Berglund, som også fattet interesse for sosialt entreprenørskap. I 2013 vant de tre jentene to av prisene i NM i studentbedrift for WayaWaya. Sammen fullførte de arbeidet med å skape en organisasjon som kunne tilby verdig arbeid til vanskeligstilte kvinner i Zambia.

– Etter masterstudiet fikk Birgit Berglund jobb i Ungt Entreprenørskap og trakk seg deretter ut av WayaWaya. Merete Løken og jeg har styrt skuta siden 2013, forteller Iris.

### UTENFOR LIVINGSTONE

Zambia er en republikk i Afrika og grenser til blant annet Angola, Botswana, Tanzania og Zimbabwe. Fram til 1962 var territoriet underlagt England under navnet Nord-Rhodesia. Sør i Zambia renner Zambezielven, med en av verdens største fosser, Victoriafallene. Utenfor turistbyen Livingstone, på veien ned til Victoriafallene, ligger opptrenings- og produksjonsfasilitetene for designervesker.

– I dag er det seks kvinner som jobber på fulltid hos WayaWaya. I tillegg har vi fire kvinner på opplæring, sier Iris.

### ERGOTERAPISTUDENTER

WayaWaya samarbeider med ergoterapiutdanningen i Tromsø. Iris har undervist i utviklingsarbeid, helsefremmende arbeid og sosialt entreprenørskap, og i fjor gjennomførte hun et toukers seminar for tredjeårsstudentene.

– Vi jobbet blant annet med bedrifts- og prosjektablering,



*I fjor sommer kom moren til Iris til Zambia for å jobbe som frivillig i et år hos WayaWaya. Blant annet var hun en av lærerne som hjalp studentene under praksisperioden i slutten av 2015. Her står hun og Iris sammen med Prisca (t.v.) og Angela.*

idéformulering, finansiering og hvordan en legger fram prosjektskisse for relevante samarbeidspartnere. I år skal dette gjennomføres som fjernundervisning fra Zambia.

To år på rad har bedriften hatt ergoterapistudenter fra Tromsø, og de venter nye studenter til høsten.

– Vi ønsker å følge studentene godt opp og samtidig gi dem kreativ frihet. Fjorårets studenter jobbet sammen med to pedagoger og en ergoterapeut og planla programmet for kvinner under opplæring. I år starter opplæringsprogrammet når studentene fra Tromsø kommer til Zambia. De skal være med og utrede behovet til den nye gruppen, sette sammen et program og initiere det.

Iris husker selv da hun var student i praksis. Hun hadde mange ideer og fikk lov av veilederen til å legge opp behandlingsforløp og kurs.

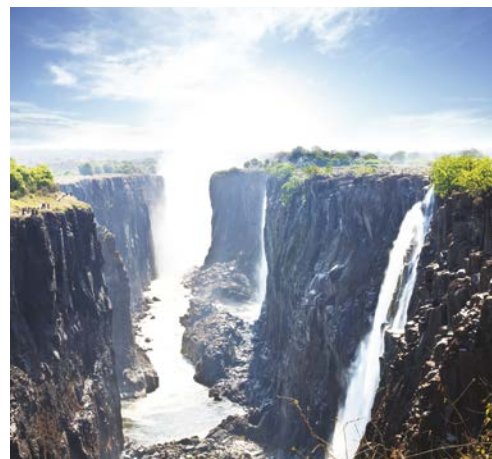
– Det var utrolig gøy og var med på å utvikle meg som selvstendig ergoterapeut. Det er det jeg ønsker for studentene som kommer til WayaWaya.

### **MELLOM BARKEN OG VEDEEN**

Selv har Iris investert alle sine sparepenger, mesteparten av studielånet og tre årsverk i WayaWaya.

– Et prosjekt som dette havner mellom barken og veden. Vi er for kommersielle for filantropisk støtte, og for sosiale for tradisjonell såkornkapital, sukker hun.

Heldigvis begynner det å løs-



*WayaWaya ligger ikke langt fra Victoriafallene.*





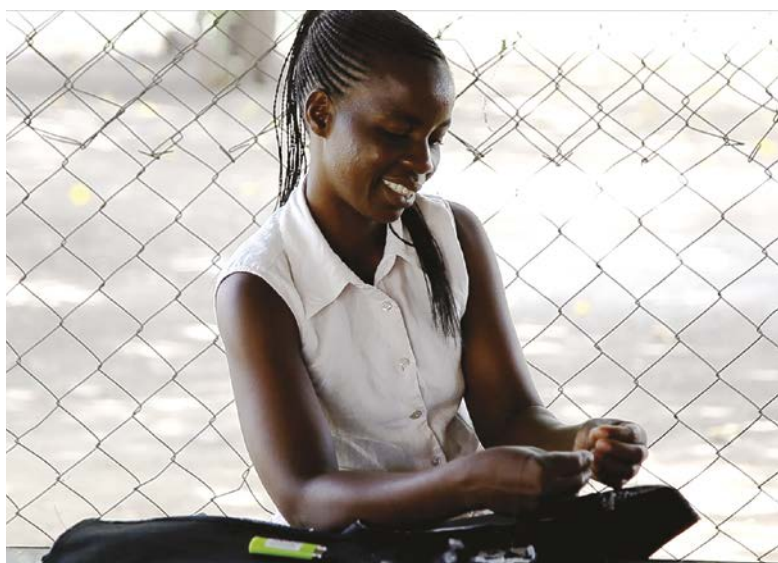
*Euniver og Modester dypt inne i produksjonen.*



*Sandra er konsentrert om sømmen.*



*Det er få som kan reparere maskiner i Zambia, så Iris og moren hennes har fått opplæring i Sør Afrika. Nå reparerer de maskinene selv.*



*Priskas ekspertområde er kutting av stoff og skinn.*



*Prisca kontrollerer magnetknappen på shopperen.*



*WayaWaya-pouchen. Et populært produkt, og så enkel å lage at den nye gruppa allerede får det til.*



## «På lang sikt har WayaWaya endret forutsetningene for kvinners liv i Afrika.»

E24

ne. Flere og flere viser interesse for sømfabrikken.

Selv om Iris for det meste oppholder seg i Zambia, har hun ikke flyttet dit permanent.

– Jeg har fortsatt bostedsadresse i Tromsø og jobber aktivt med å skape et sterkt nettverk hjemme. Vi har opprettet et foretak i Norge med kontor i Tromsø. Den norske avdelingen skal ha hovedansvar for markedsføring og salg av vesker.

Først og fremst satser WayaWaya på salg fra nettbutikk.

– Nøkkelen ligger i en god nettbasert plattform. Snart lanserer vi nettsiden vår.

### AGENTS FOR CHANGE

I fjor skrev Iris kapitelet «Agents for change» i jubileumboka til ergoterapiutdanningen i Tromsø. Her tar hun utgangspunkt i teorien om sosialt entreprenørskap og retten til aktivitet (Occupational Justice).

– Sosialt entreprenørskap har fått mye oppmerksomhet den siste tiden og innebærer å løse sosiale utfordringer og problemer på en innovativ, bærekraftig og varig måte. Det primære målet er sosial verdiskaping, men inntekstgenerering er selvsagt også viktig for å oppnå hovedmålet. Retten til aktivitet handler om at alle mennesker skal ha lik rett og mulighet til å delta i aktiviteter de finner meningsfulle.

Hun forteller at Zambia er et statusorientert og hierarkisk samfunn. Har man ikke formell utdanning, møter man på flere utfordringer.

– Vi følger prinsippene i retten til aktivitet ved å tilby yrkesopplæring og trygge arbeidsplasser til kvinner som ikke har fullført en grunnutdanning. Her kan de bygge opp kompetanse og få muligheten til å jobbe på det formelle arbeidsmarkedet. WayaWaya skaper ringvirkninger på flere nivåer. Kvinnene har en jobb de kan leve, av de får respekt i nabolaget, og de har råd til å gi barna sine en utdanning. Samtidig skaper de bærekraftig mote.

### ÅRETS SOSIALE ENTREPRENØR

Hvert år deler E24, Norges ledende nettavis for økonomi og næringsliv, ut priser til «Årets største ledertalenter under 35». I fjor vant Iris prisen «Årets sosiale entreprenør». I begrunnelsen sto det blant annet: «Iris Helen premieres for å ha skapt resultater i en samfunnsnyttig kontekst. Hun står bak en virksomhet som i tillegg til å være kommersielt lønnsom, på lang sikt har endret forutsetningene for kvinners liv i Afrika.»

– Det var utrolig stas å få tildelt denne prisen. Det sier noe om hvor relevant arbeidet i WayaWaya er, sier Iris Helen Nikolaisen.



*Iris Helen Nikolaisen startet WayaWaya ved et bord under et tre i Afrika. Nå er hun «Årets sosiale entreprenør».*

### WAYAWAYA

**Organisasjon:** WayaWaya

**Opprettet:** 2013

**Nettadresse:** [www.wayawaya.no](http://www.wayawaya.no)

**kontakt:** [iris@wayawaya.no](mailto:iris@wayawaya.no)

**Facebook og Instagram:**

[@wayawayabags](#) [#wayawayabags](#)

# Hverdagsrehabilitering i Voss kommune

## – ERFARINGSKONFERANSE OG PRESENTASJON AV FORSKNINGSRISULTATER

**Resultatene fra et forskningsprosjekt i Voss kommune ble presentert på en konferanse i Bergen i begynnelsen av april. Konklusjonene fra prosjektet indikerer at hverdagsrehabilitering er en kostnadseffektiv tjeneste, og at brukernes preferanser får fullt fokus.**

Av Per Waardal

**F**orskningsprosjektet, som er utført av Høgskolen i Bergen, har pågått i fire år, og de første resultatene er klare. Det er utført fem ulike delstudier: effekt for brukere, økonomisk effekt, brukernes erfaringer, pårørendes erfaringer og ansattes erfaringer. Det ble gjort opp status for hver av brukerne ved oppstart og etter tre og ni måneder.

Brukerne er innbyggere i Voss kommune som har søkt om hjemmetjenester.

### ERGOTERAPEUTER SENTRALE I FORSKNINGEN

Hanne Tuntland og Kari Hjelle er begge ergoterapeuter, førstelektorer ved Høgskolen i Bergen og tilknyttet Senter for omsorgsforskning Vest. De har stått for flere delstudier og sammenstillingen av disse. Vi har stilt et par spørsmål til hver av dem.

– Hanne Tuntland, hva er det viktigste funnet du vil peke på i forskningen din?

– Jeg har vært leder for de to kvantitative studiene, men andre medforfattere har også bidratt, blant dem ergoterapeut Ingvild Kjekken. I helseeffektstu-



*Kari Hjelle i engasjerende innlegg om brukernes og pårørendes erfaringer.*



*Deltagerne på konferansen fulgte nøye med.*



*Sentrale medarbeidere i Voss kommune.*

dien viser våre funn kort fortalt at hverdagsrehabilitering fører til at eldre opplever at de klarer seg bedre i daglige aktiviteter, og er mer tilfredse med dette enn de som får ordinær pleie og behandling. Videre viser resultatene at bedringen vedvarer i de ni månedene som vi har testet. Det vil si at bedringen holder seg over tid. Den økonomiske studien viser at hverdagsrehabilitering er en kostnadseffektiv tjeneste.

– Hvilke anbefalinger kan du gi til andre kommuner som enten skal starte med eller videreutvikle hverdagsrehabilitering som tjeneste?

– Selv om vi fortsatt ikke har sterk nok evidens til definitivt å slå fast at hverdagsrehabilitering er bedre enn tidligere tilbud, vil jeg i alle fall si at resultatene fra de fem delstudiene bidrar til å styrke argumentene for innføring av hverdagsrehabilitering i Norge.

– Kan kommunene spare penger ved å ta i bruk hverdagsrehabilitering?

– Kostnadseffektivitetsstudien viser at hverdagsrehabilitering er mer effektivt enn standardtjenester når det gjelder utførelse og tilfredshet med daglige aktivite-



Hanne Tuntland lytter til sin kollegas innlegg.

ter. Denne formen for rehabilitering er også noe rimeligere enn standardtjenester. Hverdagsrehabilitering er med andre ord bedre, og noe rimeligere.

### BRUKERNE OG DE PÅRØRENDE

– Kari Hjelle, hva er de viktigste funnene ut fra brukernes og de pårørendes vurderinger?

– Brukerne er svært fornøyde med at de får sette egne aktivitetsmål. Det gir dem motivasjon og indre drivkraft til å trene og mestre hverdagsaktiviteter på egen hånd. En viktig ytre drivkraft er hjemmemiljøet, familie og venner samt hverdagsrehabiliteringsteamets støtte og oppmuntring.

– Pårørende er fornøyde med familiemedlemmets framgang med hverdagsrehabilitering. De etterlyser likevel tettere dialog med hverdagsrehabiliteringsteamet for å gi og få informasjon. Da vil de lettere kunne støtte opp om treningen. Flere pårørende understreker at et oppfølgingsprogram er nødvendig for å vedlikeholde oppnådd funksjon.

– Hvilke anbefalinger kan du gi til tjenestene om videre samarbeid

med brukerne og pårørende?

– Det blir anbefalt et system og en kultur for å involvere pårørende i et likeverdig samarbeid med hverdagsrehabiliteringsteamet. Det bør tilbys individualiserte oppfølgingsprogram.

### STOR DELTAKELSE

På konferansen var det 250 deltakere fra i alt 24 kommuner rundt om i landet. Den første dagen ble resultatene fra forskningen presentert, mens fokus den andre dagen var på hvordan Voss kommune har tilrettelagt for forskningen og senere anvendt kunnskapen til endringer i tjenestene.

Det var både plenumsforedrag og rom for gruppevis diskusjoner for enkeltkommuner eller grupper av kommuner. Det var tydelig engasjement i gruppene – noe som forhåpentligvis vil komme til nytte i videre diskusjoner i de enkelte kommuner og organisasjoner i etterkant.

### KONSEKVENSER FOR TJENESTENE

Siste deltaker i selve forskningsprosjektet ble innlemmet i 2014. Voss kommune har i etterkant av

prosjektet innført hverdagsrehabilitering som vanlig tjeneste. Forskningen har således satt spor etter seg. Forskningen har vært med på å fremheve brukernes preferanser i større grad enn tidligere. På Voss kommunes nettsider er det lagt ut beskrivelse om tjenesten og hvordan en kan få den, på samme måte som andre tjenester.

### SAMARBEIDSPROSJEKT

Prosjektet er utført i samarbeid med Voss kommune, Senter for omsorgsforskning Vest, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Hordaland, Extrastiftelsen, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon og Helse Bergen. Regionalt forskningsfond Vestlandet har gitt økonomisk støtte til gjennomføring av selve forskningen, mens Helsedirektoratet, Fylkesmannen i Hordaland og Extrastiftelsen har gitt midler til kommunen for å få til gjennomføringen der.

Sammendrag og presentasjoner fra konferansen finner du på <https://www.bergen.kommune.no/omkommunen/avdelinger/utviklingssenteret-for-sykehjem-og-hjemmetjenester/9640/article-135543>



# PRAKSIS UNDER KILIMANJARO

**Ruth Elisabeth Nerhus og Anne Alvsvåg studerer ergoterapi ved høgskulen i Bergen. Den siste praksisperioden hadde dei i Tanzania ved Gabriellasenteret for barn med funksjonshemming like utanfor byen Moshi nord i Tanzania. Senteret blir drive av den tanzanianske ergoterapeuten Brenda Shuma. – Eg er svært glad for samarbeidet med ergoterapiutdanningen i Bergen, seier ho.**

**E**tter nokre kilometer sørover på hovudvegen utanfor Moshi tar du av til ein litt humpete landsbyveg. Turen går gjennom ein fargerik allé av himmelblå jacaranda og oransje akasie. Sjølv senteret er ei samling av låge bygningar med store uteområde og grøntareal. Brått ser du skiltet med «Karibu», velkomen på swahili, og smilande ungdommar som kjem deg i møte. I nord tronar Kilimanjaro og eit storslått slettelandskap

## DANS OG SAMHALD ER TERAPI

På andre sida av porten er det eit mylder av aktivitet. Lunsjen er over. Alle er har fått eit måltid med sjøldyrka grønnsaker og maisblandinga ugali. Tromming og dans står på programmet og studievenninnene Ruth Elisabeth og Anne er midt i den store ringen av dansande barn. Store



*Anne Alvsvåg frå Bømlo studerer ergoterapi ved høgskulen i Bergen.*



*Ruth Elisabeth Nerhus frå Rosendal valgte Tanzania som siste praksisstad.*

tuntre gir skugge til gardsplassen, og i midten står ein entusiastisk ung mann som underviser barna i dans og sang fleire gonger i veka. Andre ungdommar stiller opp med trommer, og resultatet er ein fantastisk stemning av høge barnestemmer og afrikanske rytmar. Små hender held eit godt tak i dei unge studentane og det er berre smil og glede å sjå.

## MYTER OG STIGMATISERING

Slik er det ikkje alltid for brukarane av Gabriellasenteret.

– Mange av desse borna har ei svært tøff fortid, fortel Brenda Shuma, leiar på senteret.

– Stigmatisering og myter er framleis kvardagen for familiar som får funksjonshemma barn i Tanzania. Mange barn blir aleine i huset når resten av familien er på jobb og skule, og får svært lite stimulering. Overgrep og misbruk



*Studievenninnene Ruth Elisabeth og Anne fra høgskulen i Bergen, sammen med den islandske ergoterapistudenten Gudbjörg Gudjonsdottir ved Gabriellasenteret.*

er også eit stort problem.

Dette var utgangspunktet for at Brenda starta Gabriellasenteret. Som ung ergoterapeut oppvaksen i regionen, såg ho at desse barna trong eit mykje betre tilbod.

– Nå er barna på senteret i tre månader før dei er heime i familien og nærmiljøet den fjerde månaden. Slik held barna kontakt med familiene, og landsbyane får følgje med på utviklinga, fortel Brenda.

Ho er svært glad for samarbeid-

et med ergoterapiutdanninga i Bergen.

– Staten her tek lite ansvar for funksjonshemma barn, og vi treng mange eldsjeler for å endre lovverk og haldningar.

Den unge styraren meiner likevel dei er på rett veg.

– Vårt håp er at alle skal respektere desse barna og sjå alt det positive dei kan bidra med.

### **MÅL OM Å KLARE SEG SJØLV**

Dei norske studentane er glade



*Ergoterapistudentane har opplevd nasjonalparkane Ngorogoro og Serengeti. Dei har ein draum om å komme tilbake og nå toppen av Kilimanjaro.*





- Mange av borna ved Gabriellasenteret har ei svært tøff fortid, fortel ergoterapeut Brenda Shuma, leiar på senteret.



Tanzania ligg på austkysten av Afrika.

for at dei kan gjere ein innsats for nokon som verkeleg treng det. Dei fortel om gode resultat trass i få ressursar, og om metodar som er utdaterte i Noreg, men som likevel betyr svært mykje for barna si utvikling. Målet med terapien er at dei skal klare seg sjølv og vere til nytte for familien og landsbyen. Derfor tar barna del i alle praktiske og lærerike aktivitetar som skjer på senteret. Inne ser vi barn som vaskar opp, ryddar og ordnar tøy. Ute er dei i full sving med treplanting, dyrestell, snekring og stell av grønsakhagen. Vi ser

tydelig at barna tar ansvar og meistarar arbeidsoppgåvene.

- Ved å vise dei gode døma blir haldningane til dei funksjonshemma endra, og dermed blir resultatene av vårt arbeid ein lettare situasjon for heile familiane, forklarer Ruth Elisabeth.

- Barna her er skikkelig hardføre. Det er ingen sutring over småting, og barna er mest alltid blide, held ho fram.

- Det er også mange sterke opplevingar, fortel Anne.

- Ein åtteåring blei lam etter ei fallulukke. Bestefar hans bar han på ryggen for at han skulle komme



## «Det er fint å sjå at mange av barna gler seg til å komme heim for å vise kva dei har lært sidan sist opphald.»

Anne Alvsvåg

seg fram. Det var eit stort augneblikk for dei to då rullestolen kom i bruk, og mest like stort for oss som kunne hjelpe med å få dette til.

### KULTURFORSKJELLAR

Tanzania er eit land på austkysten av Afrika. Naturen her er ein av dei mest varierte og unike i heile verda og briljerer med alt frå den tropiske innsjøen Victoriasjøen til det anerkjente Ngorogoro-kra-teret med gode forhold for ein skikkeleg safari. I Tanzania snakkar dei i hovudsak swahili, samt litt engelsk. Landet er republikansk og har i overkant av 40 millionar innbyggjarar. Jordbruk er den viktigaste næringa og står for halvparten av bruttonasjonalprodukt og 85 prosent av eksporten, og sysselset 80 prosent av arbeidskrafta. Skiljet mellom rike og fattige er stort, og Tanzania er eit av dei fattigaste landa i verda.

– Vi valte Tanzania som studiestad både fordi vi ville oppleve ein anna kultur, og fordi det såg ut som eit lærerikt opplegg, fortel Ruth Elisabeth.

– Tre månader er ikkje så lang tid, men ein får eit godt innblikk i eit anna leveste.

– Eigentleg er alt betre i Afrika enn det me får servert i norske media, skyt Anne inn.

– Sjølv om straumen ofte går, mange er fattige, og det er eindel

utrygge stadar, opplever vi ein enorm varme og livsglede.

Det gjer også inntrykk på dei unge studentane å sjå kor glade foreldra er for at barna deira har fått eit tilbod som gir dei framtidshåp.

– Nå er det foreldreveker, og det er fint å sjå at mange av barna er nært knytt til familiane sine og at dei gler seg til å komme heim for å vise kva dei har lært sidan sist opphald.

### RETT VAL

Kvar morgon tek ergoterapistudentane ein lokal «dalla dalla» (lokalbuss) frå studentheimen for å starte arbeidsdagen på Gabriellasenteret.

Sisteårsstudentane legg ikkje skjul på at det blir lange dagar når dei arbeider frå sju til 17 utan reelle pausar.

– Eg er likevel svært glad for at eg valte å ha praksis i Tanzania, smiler Ruth Elisabeth.

– Eg har lært mykje fagleg, i tillegg til alt eg har lært om ein heilt anna kultur. Eg gler meg til å komme heim, og har lært å sette enda større pris på det norske samfunnet, seier Anne alvorleg.

– Eg er også utruleg glad for all støtte som familie og vener har gitt til arbeidet på Gabriellasenteret denne tida, det set eg stor pris på.



Stor konsentrasjon med hammaren.



Gabriellasenteret legg stor vekt på eit aktivt foreldreengasjement.



**NAVN**

May-Britt Nyström

**STILLING**

Ergoterapeut og  
HMS-ansvarlig i Nuva AB

**HVOR**

Norge og Sverige

## Ergoterapeut og HMS-ansvarlig

Tekst Else Merete Thyness

Foto Nils Paul Mehren

**– Hvor jobber du?**

– Jeg jobber i Nuva AB, som er et svensk-norskeid selskap med ni faste ansatte i tillegg til prosjektansatte. Vi jobber fra Sverige i sør til Hammerfest i nord med dykker- og entreprenørtjenester. For eksempel legger vi sjøledninger for avløp, vann og fiberkabler. Vi foretar også bro- og kaiinspeksjoner under vann, og monterer boblegardin for miljøsanering.

**– Hva jobber du som?**

– Jeg jobber som ergoterapeut og ansvarlig for helse, miljø og sikkerhet (HMS) i organisasjonen.

**– Hvor lenge har du hatt jobben?**

– Jeg startet aktivt for tre år

siden samtidig som jeg tok HMS-ledelse på BI i Stavanger. Jeg har levd lenge på sidelinja av denne type entreprenørskap, siden min mann har vært prosjekt- og anleggsleder i mange år.

**– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?**

– De viktigste arbeidsoppgavene er å fokusere på et godt arbeidsmiljø, unngå ulykker for mennesker og miljø og levere arbeid av god kvalitet som gjør at vi kan konkurrere med andre aktører i vår bransje. Jeg er delaktig i å etablere gode og hensiktsmessige rutiner og prosedyrer for det arbeidet som utføres.

– Arbeidsmiljøloven og Forskrift om systematisk HMS-arbeid i virksomheter (internkontroll) gir føringer for hvordan en organisasjon skal styres. Når vi for eksempel er i oppstartsperioden av et prosjekt, skal det dokumenteres at vi har en arbeidsmiljøplan, og at vi har foretatt en miljøanalyse. Videre må vi gi HMS-opplæring til de ansatte, foreta vernerunder og kartlegge hver deloperasjon i prosjektet. Før første fase av prosjektet settes i gang, skal mannskapet gjennomgå en jobbanalyse av aktuelle deloperasjoner og beredskapsplaner i tilfelle miljøutslipp og personskader.

**– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?**

– Jeg ser på Nuva-organisasjonen som en «mann» som skal fungere godt i hverdagen. Nuvas «arbeidshelse» er avhengig av at alle vanlige faktorer er kjent, og at det er tatt høyde for uforutsigbare hendelser som sykdom, dårlig vær og skade på utstyr. De barrierene som påvirker arbeidshelse negativt, må rettes opp før neste produksjon. Dette er en kontinuerlig prosess. I en produksjon vil det være kravspesifika-

sjoner i kontrakten som ikke kan fravikes, men miljøfaktorene varierer i de ulike deloperasjonene, og må kontinuerlig vurderes. Hvis for eksempel oppmerksomheten og kommunikasjonen mellom gravemaskinfører og mannskap fungerer dårlig, kan det oppstå farlige situasjoner. Da må jeg vurdere hvilke tiltak som skal settes inn for å bedre situasjonen.

– Av og til dukker det opp situasjoner som krever tilpassning. Hvis en gravemaskinfører har syn på kun ett øye, kan vi for eksempel tilrettelegge slik at det samarbeidende mannskapet tar en mer aktiv part i markering med tegn. Hvis en av de ansatte mangler dataforståelse, slik at digital rapportering blir vanskelig, tar vi i bruk penn og skjema.

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

– Selv om prosjektlederen er både god og erfaren, ser ikke vedkommende nødvendigvis det samme som en ergoterapeut. Det kan for eksempel skyldes tidspress. Prosjektlederen vil være opptatt av effektivitet som gir resultater, men kan overse hvordan mannskapet samarbeider. Det kan også være en «machokultur» hvor dykkere tar «snarveier» i sikkerhet, eller hvor prosedyrer for hvordan operasjonen skal utføres, mangler helt. Som ergoterapeut ser jeg situasjonene fra en annen vinkel enn arbeidslederne og kan komme med verdifulle innspill. Når jeg observerer folk i arbeid, tar jeg gjerne utgangspunkt i EVA, et virksomhetsbasert aktivitetsanalysesystem som kartlegger og vurderer ferdigheter. Her vurderer jeg både hvordan aktiviteten normalt gjennomføres, hvilke krav til miljø og ferdigheter som kreves, og jeg analyserer hvordan aktiviteten utføres av





*Her legges det sjøledninger i elva.*



*En dykker er på vei opp til overflaten under et av Nuva ABs dykkeroppdrag under isen.*



*May-Britt Nystrøm og en kollega i en sveisecontainer.*



*Her kjører mannskapet en firhjulung på vei tilbake etter å ha dratt ut en ledning på isen.*

mannskapet. Etter hver fase i produksjonen arbeider jeg med å bevisstgjøre de ansatte på hvilke ferdigheter de har, hva de kan dele med de andre, og hva de kan lære av hverandre i teamet.

- I evalueringssamtale med ansatte som slutter, bruker jeg punkter fra Work Environment Impact Scale (WEIS). Her fokuserer jeg på den ansattes opplevelse og erfaring av Nuva som arbeidsplass. De innspillene og tipsene jeg får, tar jeg med videre i organisasjonen.

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

- Ja, det er en spennende å jobbe på denne måten. Jeg har stor mulighet for å påvirke hvordan arbeidet foregår, men det krever at jeg har observert og lært og til dels deltatt i jobben for å vite hvordan den best skal utføres. Jeg må også kjenne arbeiderne godt, og vite noe om hver enkelts bakgrunn, kultur og ferdigheter. Det er noe nytt å lære i hvert prosjekt, og det blir aldri kjedelig og forutsigbart!

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

- Ja, jeg anbefaler denne jobben. Som ergoterapeut og

HMS-ansvarlig kan man forme og utfordre en organisasjon til å bli en trivelig og helsefremmende arbeidsplass.

- Denne type jobb passer for den som kan holde ut lange arbeidsdager sammen med et mannskap i turnus. Jeg balanse- rer mellom å være med i teamet og å være veileder. Det er rom for kreative tiltak, men du må også være forberedt på dårlig vær, utstyr som ryker, bestillinger som ikke kommer, og utenland- ske trailersjåfører som verken kan engelsk eller norsk, og som kjører seg fast og forsinker pro- duksjonen.



# Er lønnsfesten over?

**Forberedelsene til årets hovedtariffoppgjør er godt i gang. Vi startet opp allerede i november i fjor med å sende ut et debattnotat. Samtlige medlemmer og tillitsvalgte fikk anledning til å bidra med innspill.**

Av Brit-Toril Lundt



*Brit-Toril Lundt er forhandlingssjef i Norsk Ergoterapeutforbund.*

**M**ange brukte denne muligheten til å fremme sine synspunkter. Alle forslagene ble sortert etter tariffområder og regioner i egne rapporter. Innholdet ble deretter behandlet av regionstyrene på Vinterkurset i februar. Regionstyrene formulerte konkrete forslag som igjen ble oversendt Forbundsstyret til behandling og vedtak første mars. De vedtatte kravene ble sendt Unio i midten av mars.

## MØRKE SKYER OVER LANDET

Viktige stolper i årets krav er sikring av kjøpekraft og lønn for kompetanse. Vi ser imidlertid at det vil by på utfordringer å nå disse målene. Lav oljepris og stigende arbeidsledighet kaster mørke skyer over landet. I tillegg medfører lav kronekurs høyere prisstigning. Arbeidsgiverne har for lengst posisjonert seg og gjør sitt beste for å skru ned forventningene. Avisene følger opp med elendighetsskriverier.

Vi på vår side vet at nasjonen er avhengig av en omstillingsdyktig offentlig sektor som kan levere gode tjenester. Dette er et faktum både i gode og dårlige tider, og er dessuten selve fundamentet for å sikre velferdsstaten som vi er så glad i. Da må vi ha en offentlig sektor som kan levere gode tjenester av høy kvalitet.

Når dette leses, er vi i sluttfasen av forhandlingene. Fristen for å komme til enighet er første mai. Hvis partene ikke enes, blir de kalt inn til Riksmekleren som legger ned forbud mot arbeidsstans inntil mekling er gjennomført. Sluttdato for mekling er oftest i slutten av mai.

Vi håper å oppnå et akseptabelt resultat gjennom forhandlinger, men vi er også forberedt på mekling og streik. Arbeidet med konfliktberedskapen er i rute. Mange av våre tillitsvalgte er involvert i dette viktige arbeidet. Send dem vennlige tanker! De gjør en stor og viktig jobb for medlemmene. En godt gjennomtenkt streikeberedskap virker forebyggende mot streik. Uten slik beredskap har vi ingen makt å sette bak kravene våre, og heller ingen makt til å unngå streik. Men helst vil vi nå våre mål på fredelig vis.

Så var det dette med lønnsfesten, da. Vi skal ikke underslå at Norge har hatt en god lønnsvekst de siste årene. Ingenting vokser inn i himmelen. Likevel har kvinnelederte utdanningsgrupper en del å gå på før likelønn er et faktum. «Vi skal ikke knele i dette lønnsoppgjøret», sa Unio-leder Ragnhild Lied da hun innledet Unios inntektspolitiske konferanse i mars.

Vi ønsker hverandre lykke til! Vi trenger det.

# Svært konkurransedyktig boligrente

**Unio-forbundene har inngått et banksamarbeid med Storebrand. Samarbeidet gir medlemmene en svært gunstig boliglånsrente.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

**Samarbeidet** gjør at du kan oppnå:

- lån til bolig og fritidsbolig fra 1,95 prosent, uavhengig av lånebeløp (per 1. mars)
- ingen etableringsgebyr på lån innenfor 70 prosent av boligens verdi
- Dette er ingen lokke-rente. Vi har sikret at renten over tid vil være svært gunstig i forhold til konkurrentene.

Den gode renten får du ved å søke på storebrand.

no/unio. Du finner også mer informasjon og kontakt-detalljer på denne nettsiden. Storebrand bistår med eventuelle spørsmål.

Avtalen omfatter medlemmer, studentmedlemmer og ansatte i elleve av Unios tolv forbund. Norsk Sykepleierforbund har valgt å stå utenfor avtalen.

Dette er et tilbud vi tror mange av våre medlemmer vil ha glede av, og som kan bidra til at du sparer inn mye av kontingenten din.

Rekordlav lånerente

Som medlem får du en svært lav lånerente hos Storebrand.

[Les mer og søk nå >>](#)

1,95%  
nom. rente

8% rente 2,02 % 2 m.å., 0,25 år, 70 % av boligens verdi, tot. kr. 2 545 469

Unio storebrand

"Det er følelsen av å være selvstendig. Være mer delaktig og å holde rundt sin kjære"

Å stå gir mange fordeler. Lifestand tilbyr manuelle rullestoler med ståfunksjon til både barn og voksne.

For mer informasjon gå inn på [www.permobil.no](http://www.permobil.no)

LIFESTAND Permobil Group

# Norsk Ergoterapeutforbund vil ha flere ergoterapispesialister

**Fra første januar 2014 trådte en ny spesialistordning i kraft. De nye kriteriene for oppbygging av spesialistkompetanse bygger på en mastergrad. Høsten 2014 ble de første ergoterapispesialistene etter den nye ordningen godkjent. Vi forventer at det fremover vil bli stadig flere som godkjennes etter ny ordning.**

Av Anita Engeset

I mellomtiden er det fram til høsten 2020 mulig å søke om en overgangsordning basert på de gamle kriteriene.

## **SØKNADSRIST HVERT ÅR ER 15. SEPTEMBER**

Søknader om godkjenning og regodkjenning av ergoterapispesialister behandles av syv spesialistkomiteer før endelig godkjenning vedtas i spesialistrådet. Spesialis-

trådet består av lederne av spesialistkomiteene, med fagavdelingen i Ergoterapeutene som sekretærer. Fullstendige kriterier for godkjenninger, samt søknadsskjemaer, finnes på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org) - velg menyelementet Om ergoterapi/Fakta om ergoterapi. Spørsmål kan rettes til seniorrådgiver Anita Engeset via e-post [ae@ergoterapeutene.org](mailto:ae@ergoterapeutene.org) eller mobilnummer 92408247.

## **EGET SKJEMA**

Søknad om å bli ergoterapispesialist skrives på eget skjema som sendes Norsk Ergoterapeutforbund, Stortingsgata 2, 0158 Oslo, eller via e-post til [post@ergoterapeutene.org](mailto:post@ergoterapeutene.org).

Kopi av attester og annen attestert dokumentasjon skal være vedlagt. Søknadspapirer returneres ikke.

## **NORSK ERGOTERAPEUTFORBUNDS STØTTE TIL FORSKNING OG UTVIKLING**

*Norsk Ergoterapeutforbunds støtte til forskning og utvikling er opprettet for å bidra til ergoterapifaglig forskning og utvikling som utføres av ergoterapeuter.*

**S**tøtten kan gis i form av arbeidsstipend, dekning av prosjektkostnader eller reisestipend. Sentralstyret vedtar de årlige prioriteringene for tildeling av midler.

For 2016 prioriteres forsknings- og fagutviklingsprosjekter innen hverdagsmestring, arbeidsliv, psykisk helse og rus.

Søknadsfrist: 1. september 2016

Les mer på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org)

## **NY HOVEDAVTALE I KOMMUNAL SEKTOR**

**Ergoterapeutene** har inngått ny hovedavtale for kommunal sektor, KS-området. Avtalen gjelder fra første januar 2016 og fram til 31. desember 2017. Avtalen regulerer medbestemmelse og partenes rettigheter, og avtaleteksten er tilsvarende som i forrige periode.

Tillitsvalgte som mangler avtalen, kan henvende seg til forbundskontoret.



# Kan du leve det livet du gjør idag med halv lønn?



Hvis du blir varig arbeidsufør må du regne med at inntekten din reduseres kraftig – resten av livet. Ergoterapeutenes kollektive uførekapitalforsikring har som formål å sikre deg og din familie økonomisk hvis du eller din ektefelle/samboer skulle bli varig arbeidsufør.

Ergoterapeutenes uførekapitalforsikring er svært prisgunstig sammenlignet med individuelle livs- og uføreforsikringer. Prisen for tilsvarende forsikringer er ofte minst 3-5 ganger høyere. Beregn din pris på: [www.ergoterapeutene.org/forsikring](http://www.ergoterapeutene.org/forsikring)

Dette er din **viktigste** forsikring!

**TA KONTAKT – TEGN DIN FORSIKRING I DAG!**

# Grill med vett

**Grilling med familie og venner kan gi mange fine stunder når sommeren kommer. Men hvert år får forsikringsselskapene inn flere saker om brann og personskader som følge av grilling.**

Av Roar Hagen



*Roar Hagen er ansatt i Ergoterapeutenes forsikringskontor.*

**M**ed noen enkle grep kan du sørge for tryggere rammer rundt grillen.

## ENGANGSGRILL/KULLGRILL

- Grillen skal stå trygt og stødig med god avstand til brennbart materiale, også fra undersiden.
- Ikke bruk mer tennvæske enn nødvendig, og aldri på varm grill.
- Vær varsom ved opptenning av grillen.
- Ha alltid en bøtte vann eller en hageslange nær grillen. Ved bruk av engangsgrill, ta med en stor flaske vann.
- Påse at grillen er slukket og asken kald før den kastes på et sikkert sted. Engangsgrill bør slukkes med vann etter bruk.

## GASSGRILL

- Før du åpner for gasstilførselen på beholderen, påse at alle blussene er stengt.
- Antenn alltid grillen med åpent lokk straks etter at gasstilførselen er åpnet.
- Når grillingen er over, påse at både gassblussene og flaskeventilen er stengt.
- Sjekk slanger jevnlig for sprekker og lekkasjer.



- Kjenner du gasslukt og mistenker lekkasje, steng straks av gasstilførselen på gassflasken, og flytt flasken til et sikkert sted.
- For mye alkohol og grilling hører ikke sammen.
- Ha førstehjelpsutstyr for behandling av brannskader tilgjengelig.

## FELLES FOR ALL GRILLING

- All grilling skal foregå utendørs.
- Barn og kjæledyr skal aldri være alene eller leke i nærheten av en tent grill.
- Hold grillen under oppsyn så lenge den er varm.
- Hold god avstand til husvegger og leegger.

Dersom du griller ute i naturen, husk at skogbrannfaren er stor i tørre perioder. Det er forbudt å tenne ild i skog og utmark i perioden 15. april til 15. september uten tillatelse fra den lokale brannsjefen.

Ergoterapeutenes forsikringskontor ønsker alle medlemmer en god og trygg grillsesong.

# Hvem skal motta Tillitsvalgtprisen 2015?

**I år skal Tillitsvalgtprisen deles ut for femte gang. Vi trenger forslag til kandidater.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

**T**illitsvalgtprisen deles ut til et medlem av forbundet som har gjort en vesentlig innsats som tillitsvalgt. Den kan tildeles plasstillitsvalgte, hovedtillitsvalgte og organisasjonstillitsvalgte.

Årets tillitsvalgte kan ha utmerket seg gjennom for eksempel:

- \* langsiktig arbeid for å fremme ergoterapeuters vilkår og betingelser
- \* å være en viktig rollemodell for kollegaer og andre tillitsvalgte
- \* svært god forståelse for sam-

menhengen mellom ergoterapi som fag og betingelser i arbeidslivet

- \* å ha stått i spesielt krevende prosesser på vegne av sine medlemmer
- \* mot og handlekraft i krevende saker eller prosesser på vegne av sine medlemmer.
- \* særlig innsats for å aktivere, rekruttere og beholde medlemmer

Skjema for nominasjon av kandidater finner du på våre nett-

sider eller ved å ta kontakt med forbundskontoret.

## TIDLIGERE VINNERE

Tidligere har disse tillitsvalgte fått prisen:

- 2012: Grete Olaussen, Oslo universitetssykehus
- 2013: Johanne Knudsen, Bergen kommune
- 2014: Ania Wiggen Jørgensen, Eidsvoll kommune
- 2015: Anita Dimmen Johansen, Universitetssykehuset i Nord-Norge.



*Prisvinneren i 2015 sammen med forbundsleder Nils Erik Ness, Sigrid Myreng fra Ergoterapeutene Nord og de nesten førti andre som også ville feire Anita Dimmen Johansen.  
Foto: Einar Angelsen.*



# Aktivitetsprioritering i gruppe

## – AKTIVITET GJENNOM BEVISSTE VALG

Av Elin Andresen Leistad, Åse Skarbø, Aud Rønningen og Anne Marit Mengshoel

*Elin Andresen Leistad er spesialergoterapeut ved Revmatismesykehuset Lillehammer. e-post: elin.andresen@revmatismesykehuset.no*

*Åse Skarbø er ergoterapeut og avdelingssjef ved Revmatismesykehuset Lillehammer.*

*Aud Rønningen er spesialist i ergoterapi ved Revmatismesykehuset Lillehammer.*

*Anne Marit Mengshoel er fysioterapeut og professor ved Revmatismesykehuset Lillehammer og Institutt for Helse og Samfunn, avdeling for helsefag, Universitetet i Oslo.*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.*

### AKTIVITETSPRIORITERING I GRUPPE – aktivitet gjennom bevisste valg

#### Sammendrag

**Bakgrunn.** Smerte og tretthet fører ofte til begrenset aktivitetsutfoldelse for pasienter med revmatiske sykdommer. Ergoterapeutene ved Revmatismesykehuset, Lillehammer, har utviklet et aktivitetsprioriteringsprogram for disse pasientene.

**Målet med prosjektet** var å videreutvikle et eksisterende aktivitetsprioriteringsprogram til bruk i gruppe på en systematisk måte, samt beskrive programmets innhold.

**Arbeidsprosessen** foregikk som en veksling mellom å lese forskningslitteratur, ergoterapiteori og å prøve ut programmet i praksis. Programmet ble videreutviklet ved å diskutere faglig innhold i lys av teori, ergoterapeutenes erfaringer med å gjennomføre programmet og pasientenes tilbakemeldinger.

**Resultat:** Aktivitetsprioriteringsprogrammet er strukturert, beskrevet og implementert som en del av ergoterapitilbudet ved Revmatismesykehuset. Pasienter som er innlagt til rehabiliteringsopphold, og som har aktivitetsutfordringer i hverdagen, tilbys å delta.

Det er også utviklet et informasjonsskriv og et arbeidshefte til pasientene. Arbeidsprosessen har resultert i økt kompetanse blant annet på å lede grupper, og gitt et felles faglig løft for ergoterapeutene.

**Nøkkelord:** fatigue, aktivitetsprioritering, fagutviklingsprosjekt, revmatologi, ergoterapi, prioriteringer i hverdagen.

## Innledning

### REVMATISKE SYKDOMMER OG AKTIVITETSUTFOLDELSE

Til tider kan vi alle ha utfordringer med å planlegge og mestre hverdagens aktiviteter. Langvarig sykdom som påvirker personers yteevne kan gjøre utfordringene enda større. Ved revmatiske betennelsesykdommer som Revmatoid Artritt, Ankyloserende Spondylitt eller Psoriasis Artritt kan vonde og stive ledd og muskler, ofte kombinert med mye tretthet, forstyrre og hemme utførelse av daglige aktiviteter (1,2). Således kan det bli et gap mellom hva pasienter har kapasitet og ressurser til å gjøre, og evne til å imøtekomme forpliktelser og krav knyttet til ulike sosiale roller i hverdagen (3).

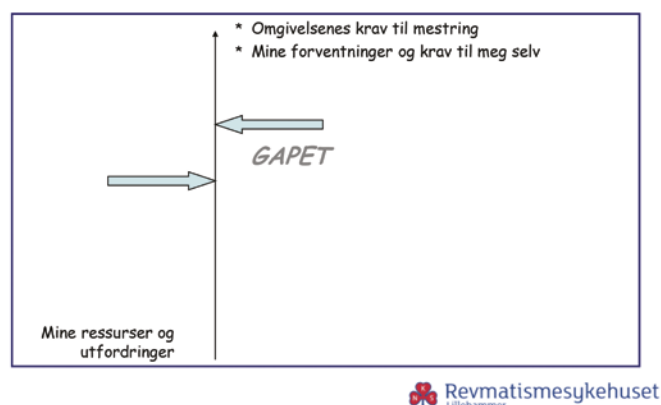
Pasienter med revmatiske sykdommer rapporterer en unormalt høy grad av tretthet (1,2,4). Hos friske forbindes tretthet med noe som er normalt ved for eksempel dårlig søvn, eller hvis en har vært utsatt for mentale eller fysiske påkjenninger. De fleste kommer seg igjen ved å hvile.

Ved revmatiske sykdommer synes tretthet, omtalt som fatigue i forskningslitteratur, derimot å være noe annerledes. Denne form for tretthet varierer på en uforutsigbar og ofte uforståelig måte. Å hvile hjelper ikke på samme måte som før. Pasientene beskriver en tretthet som alltid er der, uavhengig av hva man har gjort og når på døgnet det er (1,5,6,7). Fatigue oppgis som en større begrensning på dagliglivets aktiviteter enn smerte (1). Denne form for tretthet er vanskelig å håndtere, og pasientene synes det er lite hjelp å få fra helsevesenet (4,6). For å imøtekomme denne utfordringen kan veiledning i aktivitetsprioritering være et mulig tiltak.

### ERGOTERAPI VED REVMATISKE SYKDOMMER

For personer med revmatiske sykdommer fokuserte ergoterapeuter tidligere i stor grad på evne til å utføre primære aktiviteter i dagliglivet (PADL). Undervisning i leddvern for å redusere belastning på leddene og tilrettelegging gjennom å bruke hjelpemidler var sentrale ergoterapeutiske tiltak. I de siste tiårene er det kommet stadig mer effektive medisiner for disse sykdommene (8). Pasientene har dermed forutsetninger for å leve et mer aktivt liv enn før. De medisinske fremskrittene har ført til en forventning om at pasientene skal kunne fortsette i arbeidslivet og delta i samfunnet mer eller mindre på lik linje som da de var friske. Ergoterapeuters kompetanse og intervensjoner har gradvis endret seg i tråd med denne utviklingen.

### GAP- modellen



Figur 1. GAP-modellen illustrerer forholdet mellom menneskets kapasitet, ressurser og forventninger.

Vår erfaring er at mange pasienter synes det er krevende å etterleve andres og egne krav til et tilnærmet normalt aktivt hverdagsliv. Det kan handle om at de har en stor grad av fatigue, eller at en krevende hverdag medfører at de blir tappet for energi. En måte å møte dette på er for eksempel at pasienter med kronisk obstruktiv lungesykdom får opplæring i energibesparende arbeidsmetoder (9). I revmatologien har ergoterapeuter imidlertid erfart at aktivitetsprioritering er en hensiktsmessig tilnærming metode. Dette innebærer at pasientene blir bevisst hva man bruker tid og energi på i hverdagen. Det å komme fram til et aktivitetsmønster som gir en bedre balanse, fører ofte til en mer aktiv hverdag og en større tilfredshet i utførelsen av daglige gjøremål.

Ved Revmatismesykehuset ble aktivitetsprioritering tidligere gjennomført som individuelle samtaler med pasienter som var innlagt til rehabiliteringsopphold. Dette ble ofte en utfordring ressursmessig, og det kunne også bli tilfeldig hvilke pasienter som fikk tilbud om tiltaket.

Gode erfaringer med at pasienter får veiledning av fagpersoner i gruppe gjorde at vi ønsket å samle pasienter til aktivitetsprioritering i gruppe, veiledet av ergoterapeut. I oppstartsfasen av gruppen fikk ergoterapeutene tilbakemelding fra enkelte pasienter og fagpersoner om at det var noe uklart hva denne intervensjonen faktisk handlet om. Enkelte fagpersoner stilte blant annet spørsmål ved om pasientene i for stor grad ble oppfordret til å nedjustere sitt aktivitetsnivå. Dette tydeliggjorde betydningen av kritisk å undersøke, videreutvikle og beskrive innholdet i aktivitetsprioriteringsprogrammet på en systematisk måte.

## Arbeidsprosessen

### PROSJEKTGRUPPE OG FINANSIERING

Det ble etablert en prosjektgruppe bestående av alle ergoterapeutene ved sykehuset, hvorav de fleste har veiledningskompetanse.

Ved hjelp av Norsk Revmatikerforbund og prosjektmidler fra Extrastiftelsen ble førsteforfatter frikjøpt i 50 prosent stilling for å lede og gjennomføre fagutviklingsarbeidet. Prosjektperioden gikk over ett år.

### LITTERATURSØK OG LESING AV LITTERATUR

Det ble avholdt ukentlige fagmøter hvor alle ergoterapeutene deltok. Det var en målsetting at alle skulle bli oppdatert på forskning med relevans for aktivitetsprioritering. For å finne relevant litteratur ble det utført søk i OTseeker, Medline og PubMed med søkerord som «fatigue», «occupational therapy», og «pacing», og vi brukte også referanselistene til artiklene for å finne relevant litteratur. Artiklene ble fordelt i ergoterapigruppa, og det ble forventet at den enkelte leste seg opp i forkant av fagmøtene. Med utgangspunkt i dette arbeidet ble det laget et foreløpig aktivitetsprioriteringsprogram som ergoterapeutene prøvde ut i praksis.

### ERFARINGER OG UTPRØVING I PRAKSIS

Brukermedvirkning i prosjektet foregikk ved systematisk å etterspørre pasientenes erfaringer når de deltok i den praktiske utprøvingen av programmet. De ble spurt om umiddelbare tanker og reaksjoner rett etter samlingene, og gruppeleder noterte dette. Pasientene fylte også ut et eget spørreskjema hvor de ble spurt om struktur på tilbudet, innhold i programmet og om de satt igjen med noe som kunne være til nytte i hverdagen.

Ergoterapeutene som ledet gruppene, skrev egne notater om det som skjedde i gruppesamlingene. De beskrev kort hva de mente hadde fungert bra, og hva som hadde vært utfordrende, samt egne tanker, følelser og reaksjoner i forhold til å være gruppeleder. Ergoterapeutenes notater og spørreskjemaene fra pasientene ble systematisert, og disse ble reflektert over og diskutert i prosjektgruppa i de ukentlige møtene.

Arbeidsprosessen foregikk som en veksling mellom å prøve ut programmet i praksis og gjøre endringer i tråd med pasientenes tilbakemeldinger, ergoterapeutenes erfaringer, ergoterapiteori og forskning på feltet.

## DELTAKERE I PROSJEKTPERIODEN OG UTVIKLET MATERIALE

I prosjektperioden ble det gjennomført 16 gruppesamlinger med utprøving av ulike rammer og metoder. I alt 71 pasienter i alderen 18 – 67 år innlagt til to ukers rehabiliteringsopphold, deltok og evaluerte Aktivitetsprioriteringsprogrammet. Aktivitetsprioriteringsprogrammet er nå implementert i vår praksis. I løpet av prosjektperioden har vi utviklet en informasjonsbrosjyre og et arbeidshefte.

## Resultat

### RAMMER

Aktivitetsprioriteringsprogrammet gjennomføres ukentlig med fem til åtte deltakere. De samme gruppedeltakere møtes to ganger i løpet av en uke. Ergoterapeutene bytter på å være gruppeledere.

### HENSIKT MED PROGRAMMET

Hensikten med programmet er definert slik: *Å fremme aktivitet og deltakelse gjennom økt bevissthet rundt verdier, valg, prioriteringer og muligheter i hverdagslivet.*

### MÅLGRUPPE

Pasienter som kommer inn til to ukers rehabiliteringsopphold ved Revmatismesykehuset

### FORBEREDELSE TIL DELTAKELSE I AKTIVITETSPRIORITERINGSGRUPPA

Når pasienter blir innlagt til et rehabiliteringsopphold, kartlegger ergoterapeutene den enkeltes ADL-funksjon ved hjelp av COPM. De pasientene som har utfordringer med å utføre hverdagens aktiviteter, og som på en VAS-skala fra 0-10 oppgir > 6 i fatigue, får informasjon om og tilbud om å delta. Hverdagen kartlagt gjennom COPM fungerer også som en begynnende bevisstgjøringsprosess for den enkelte pasient. Pasienten vurderer egen aktivitetsutførelse på en skala fra 1-10. Viktigheten av aktiviteten samt hvor tilfreds han eller hun er med måten aktiviteten utføres på, vurderes på samme måte (11). Aktuelle pasienter gis muntlig og skriftlig informasjon om hensikten med å delta på gruppeprogrammet.

### FØRSTE GRUPPESAMLING

**«Valg og prioriteringer i hverdagens aktiviteter her og nå».**

Første gruppesamling varer i en og en halv time. Fokuset rettes mot å identifisere nåværende hverdags-



liv og eventuelle aktivitetsutfordringer. Oppgaven er «Hva bruker du hverdagen din til nå?» Dette blir utført ved at hver enkelt deltaker fyller ut en sirkel som illustrerer døgnet 24 timer. Sirkelen deles inn i «aktivitetskakestykker» for å gi en visuell fremstilling av døgnet.

I etterkant av oppgaven blir deltakerne utfordret til å sette ord på hvilke refleksjoner de gjør seg når de ser den utfylte sirkelen. Deretter får de oppgaver som også skal fylles ut individuelt: «Hvilke aktiviteter *må* du gjøre, *bør* gjøre, hva gjør du for å få *påfyll* og *når hviler* du?» «Når får du energi, og når gir du fra deg energi i hverdagen?»

Ved å se på det skriftlige materialet «utenfra» legges det til rette for refleksjon om dagens valg og prioriteringer. Hensikten er å bli bevisst på det som er, og hvordan aktivitetsmønsteret påvirker den enkeltes hverdagsliv. Verdier, vaner, roller og rutiner er stikkord som benyttes for å strukturere refleksjonene rundt de praktiske oppgavene og den enkeltes aktivitetsmønster. Begrepene vi bruker er inspirert av MOHO (Modell For Menneskelig Aktivitet) (11). Til slutt oppsummerer gruppeleder hvilke oppgaver som har blitt gjort, hvilke tema man har drøftet, og hva som er planen for neste samling.

## ANDRE GRUPPESAMLING

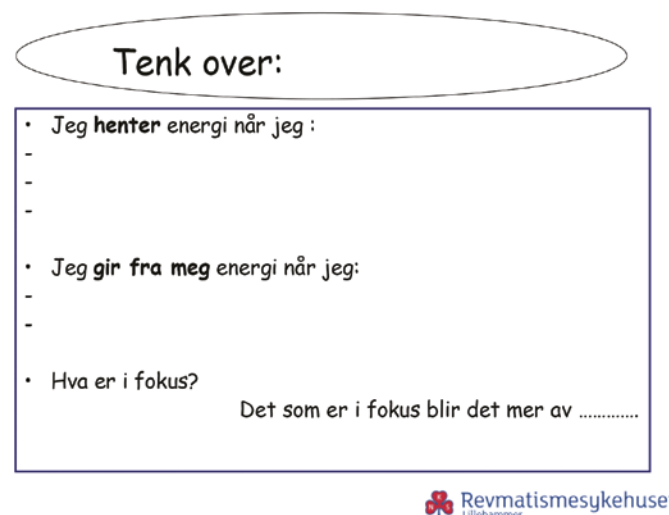
### «Veien videre»

Samlingen varer i førtifem minutter. Innledningsvis oppsummerer ergoterapeut de viktigste temaene som ble løftet fram på første samling. Deretter introduseres dagens tema, «Veien videre». Gruppeleder fokuserer på hva den enkelte deltaker kan gjøre for å oppnå en god hverdag med de aktivitetsutfordringene man har. Konkret gjøres dette gjennom en praktisk oppgave som går ut på å fylle ut en aktivitetssirkel med tittelen «Hvordan ønsker du at hverdagen din skal se ut?» (Se figur 4.)

Etter å ha fylt ut sirkelen om den ønskede hverdagen blir deltakerne bedt om å finne tilbake til sirkelen fra første dag, som beskrev her- og nåsituasjonen. De får noen minutter til å se på de to sirklene før de i plenum deler eventuelle forskjeller mellom denne og hva som kan bidra til en ønsket hverdag. Vår erfaring er at pasientene ofte ser flere områder hvor det kan være behov for endring. Gruppeleder ber den enkelte om å velge seg en aktivitet som kjennes viktig for hverdagen fremover. I denne prosessen brukes elementer fra endringsfokustert samtaleteknikk (Motiverende Intervju). Teknikkene fremmer mulighet for forandring ved at pasienten



Figur 2. Hva bruker du hverdagen din til nå?



Figur 3. Tenk over...



Figur 4. «Hvordan ønsker du at hverdagen din skal se ut?»

hører seg selv argumentere. Ved at den enkelte deltaker deler med gruppen hvorfor endringene er viktige, øker sjansene for at en ønsket endring vil finne sted (12,13,14). Til slutt oppsummerer gruppeleder og oppfordrer den enkelte til å jobbe videre med sitt aktivitetsmål sammen med «sin» ergoterapeut under rehabiliteringsoppholdet. Avslutningsvis gjennomføres en muntlig og skriftlig evaluering.

## Deltakernes erfaringer

### PASIENTENES ERFARINGER

Pasientene som har deltatt i programmet, formidler positive erfaringer både med innhold og erfaringsdeling rundt temaene som får fokus i aktivitetsprioriteringsprogrammet. De var også fornøyd med at gruppeleder stimulerte til refleksjon og diskusjon.

En pasient evaluerer gruppen slik: *«Etter å ha deltatt i denne gruppen kjenner jeg at det er viktig å fokusere på det du klarer, i stedet for det du ikke klarer».*

Mange angir at de blir mer bevisste på hvordan de kan strukturere og prioritere i hverdagen, og at man blir mer oppmerksom på hva tid og krefter brukes til. En annen pasient hadde denne uttalelsen: *«Jeg skal lære meg å stresse ned med mindre viktige ting. Jeg vil heller fokusere på det som er viktig for meg nå. Det er å fortsette å trene for å ha energi til å holde meg i arbeid.»* En pasient uttrykte dette på denne måten: *«Endringer er en del av livet. Med dette som utgangspunkt, samt en positiv innstilling, bør det være mulig å gjøre endringer. Jeg har bestemt meg for å gjøre husarbeid i 30 minutter hver dag, istedenfor alt i helgen. Da vil jeg kunne gå tur på lørdager. Det har jeg godt av».*

Etter to samlinger med samtale, praktiske øvelser og veiledning beskriver pasientene at de sitter igjen med konkret kunnskap som de kan bruke i sin hverdag.

En mann konkretiserte dette på følgende måte: *«Jeg skal jammen lage meg en liste på hva jeg må gjøre når jeg kommer hjem. Dette tror jeg vil gjøre at jeg blir mindre stresset i hodet, - det å få alt ned på papir vil hjelpe meg å få bedre oversikt over uka. Så kan jeg lettere planlegge slik at energien holder lenger».*

### ERGOTERAPEUTENES ERFARINGER

Å utvikle og beskrive innholdet i aktivitetsprioriteringsprogrammet har vært nyttig.

Arbeidsprosessen har resultert i økt kompetanse og et felles faglig løft blant ergoterapeutene. Det er

skapt økt bevissthet og kunnskap om teorier, tankemodeller og veiledningsmetoder som blir benyttet i gjennomføring av programmet. I tillegg til at innholdsbeskrivelsen er nyttig for å «holde seg på sporet», har den også vist seg å være nyttig for å kommunisere hensikt og innhold til pasienter og kolleger. Videre er erfaringen at kartlegging med COPM konkretiserer aktivitetsutfordringer.

Ergoterapeutene stimulerer pasientene til selv å oppdage mulighet for endring. Vi har erfart og drøftet hvordan gruppeleder håndterer situasjonen hvis gruppen «står i stampe» eller «kommer ut av kurs». For å få en hensiktsmessig erfaringsdeling i gruppen har det vært en styrke med kombinasjonen av ergoterapi og veiledningskompetanse. Med kunnskap om aktivitet og aktivitetsmønstre kan gruppeleder bevisst løfte de individuelle hverdagserfaringene opp til å bli noe allment som den enkelte kan kjenne seg igjen i, og som gir grobunn for refleksjoner videre i dagliglivet.

Et tema som ofte blir tatt opp, er arbeid. Å være i arbeid er av stor verdi for pasientene. Samtidig krever arbeid ressurser, og det kan være en utfordring å ha igjen energi til hverdagens gjøremål forøvrig. Opplevelsen av dårlig samvittighet for det man skulle/burde ha gjort, er ikke uvanlig. Det er heller ikke uvanlig at man på gode dager tar igjen det man ikke klarer å utføre på dårlige dager. At omverdenen ikke alltid forstår når de har en dårlig dag, er gjerne et tema. Det å ha høye krav og forventninger til seg selv i ulike roller i hverdagen, for eksempel som mamma, kollega, venninne, ektefelle og så videre, er for mange en utfordring.

God gruppedynamikk og trygghet i gruppa er viktig for å få pasientene til å reflektere i fellesskap. Det kan stilles spørsmål om hvorvidt det er mulig å få til dette, da pasientene møtes kun to ganger. Vi erfarer at pasientene ofte er på ulike stadier i en endringsprosess. Samtidig beskriver pasientene at det å lytte til andres refleksjoner og kunnskap er verdifullt. Å dele med andre i samme situasjon kan være av vel så stor verdi som dialog mellom pasient og ergoterapeut.

### REFLEKSJONER I ETTERKANT AV FAG-UTVIKLINGSPROSJEKTET

Vi mener at aktivitetsprioritering i gruppe kan ha både en forebyggende og en rehabiliterende funksjon. Med nyere medisinsk behandling er stadig flere av våre pasienter i arbeid. Erfaringen er at mange pasienter prioriterer arbeid høyt, og at de dermed

bruker det meste av sin energi på jobb. De nedprioriterer ofte trening og lystbetonte aktiviteter, selv om de vet at disse kan gi energi og smertelindring. Konsekvensen blir for mange en passiv fritid der de bare hviler og utfører helt nødvendige gjøremål. Ringvirkningen blir at kapasiteten til den enkelte påvirkes i negativ retning, og som ytterste konsekvens kan arbeidsevnen også bli redusert. Ved å fokusere på aktivitetsprioritering i en tidlig fase av sykdommen er vår intensjon å forebygge og stimulere til å ta grep for å opprettholde en aktiv hverdag. Gjennom bevisste valg og prioriteringer har pasientene erfart at aktivitetsnivået i stor grad kan opprettholdes - og økes, for eksempel ved å prioritere tid og krefter til trening.

For ergoterapeutene på Revmatismesykehuset har fagutviklingsprosjektet gitt økt bevissthet om at fokus på prioriteringer i hverdagens aktiviteter kan medføre økt aktivitet og deltakelse. For personer med revmatisk sykdom er dette viktig. Vi mener også at Aktivitetsprioritering i gruppe kan ha betydning for pasienter med andre diagnoser, som slag, kreft eller multippel sklerose. Erfaringene og resultatet av prosjektet kan derfor ha overføringsverdi til ergoterapeuter også utenfor revmatologien.

## Referanser

- 1 Hewlett S, Cockshott Z, Byron M, Kitchen K, Tipler S, Pope D, et al. Patients' perceptions of fatigue in rheumatoid arthritis: overwhelming, uncontrollable, ignored. *Arthritis Rheum* 2005 Oct 15;53(5):697-702.
- 2 Dagfinrud H, Vollestad NK, Loge JH, Kvien TK, Mengshoel AM. Fatigue in patients with ankylosing spondylitis: A comparison with the general population and associations with clinical and self-reported measures. *Arthritis Rheum*. 2005 Feb 15;53(1):5-11.
- 3 Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. *Can J Occup Ther* 2004 Oct;71(4):210-22
- 4 Hewlett S. Fatigue in rheumatoid arthritis: from apathy to action. *Future Rheumatol*. 2007 2(5):439-442.
- 5 Stamm T, Lovelock L, Stew G, Nell V, Smolen J, Jonsson H, et al. I have mastered the challenge of living with a chronic disease: life stories of people with rheumatoid arthritis. *Qual Health Res*. 2008 May;18(5):658-69.
- 6 Mengshoel AM. Living with a fluctuating illness of ankylosing spondylitis: a qualitative study. *Arthritis Rheum*. 2008 Oct 15;59(10):1439-44..
- 7 Mengshoel AM. Life Strain – Related Tiredness and Ill

ness-related fatigue in Individuals With Ankylosing Spondylarthritis. *Arthritis Care and Research*. 2010 Sept; 62 (9):1272-1277

- 8 Danneskiold-Samsøe B, Lund H, Ejlersen Wæhrens E. Klinisk Reumatologi. 2.utg. København: Munksgaard Danmark; 2001. 496 s.
- 9 Bjørge Hansen, F. ADL- trening og selvopplevd aktivitetsutførelse for personer med kronisk obstruktiv lungesykdom :En randomisert kontrollert studie (Masteroppgave). Oslo: Universitetet i Oslo; 2010. 59 s.
- 10 Kielhofner, G . Ergoterapi-det begrepsmæssige grundlag. 2.utg. Copenhagen: FADL's Forlag; 2001. 380 s.
- 11 Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure ( Manual) . 4 ed. CAOT Publications ACE:2005. 72 s
- 12 Barth, T, Näsholm C. Motiverende samtale: Endring på egne vilkår. Bergen: Fagbokforlaget; 2007. 171 s.
- 13 Barth T, Børtveit T, Prescott P. Endringsfokustert Rådgiving. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2001. 288 s.
- 14 Prescott P, Børtveit T. Helse og adferdsendring. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS; 2004. 207 s.

## Nyhet! – Ny prisforhandlet Servantheis ergonomiststyr



### Elektrisk servantheis

Designline 415 er en 65 cm bred elektrisk heve og senkbar servantheis. Valgfri servant monteres på heissystemet og justeres enkelt ved bruk av håndkontroll. Klemsikring hindrer klemfare under bruk. Speil monteres fast på vegg, heisen heves og senkes fra 65-90 cm over gulv etter brukers behov. Avløp og trykkslanger er skjult bak dekkplater.

Servanten vant nylig NAV prisforhandling og dekkes av folketrygden. Servantheisen benyttes mye i omsorgsboliger, legekontor, skoler og andre prosjekter med krav til tilpasning. Servantheisen leveres av

*Astec A.S.*  
en enklere hverdag

Astec AS - Tlf. 2272 2355 - post@astec.no - www.astec.no



# Sammen er vi sterkere

## UTDANNING OG PRAKSIS HÅND I HÅND

---

Av Lene Fogtmann Jespersen, Mali Melhus, Cecilia Celo og Brian Ellingham

*Lene Fogtmann Jespersen er fagutviklingsergoterapeut og studentkoordinator ved Oslo Universitetssykehus HF.  
E-post: ljespe@ous-hf.no*

*Mali Melhus er høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.*

*Cecilia Celo er ergoterapeut ved Oslo Universitetssykehus HF.*

*Brian Ellingham er høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.*

---

### Sammendrag:

**Politiske endringer i Norge har** ført til større behov for samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksisstedene for å kvalitetssikre praksisperiodene for helsefagstudentene. I 2012 – 2015 ble det gjennomført et prosjekt, «Kartlegging og utvikling av ergoterapistudentene praksisstudier», i samarbeid mellom Oslo universitetssykehus OUS og Høgskolen i Oslo og Akershus HiOA. Resultater fra kartleggingen synliggjorde behov for tiltak rettet mot integrering av teori og praksis og tettere samarbeid mellom ergoterapeututdanningen ved HiOA og praksisstedene. I denne artikkelen presenteres siste del av prosjektet, gjennomføringen av tiltak i form av gruppeveiledning, for ergoterapistudenter i praksis ved OUS.

**Hensikt:** Kvalitetssikre ergoterapistudentenes praksisstudier via gjennomføring av gruppeveiledning og et tettere samarbeid mellom utdanningsstedet og praksisfeltet.

**Metode:** Tiltakene, som besto av gruppeveiledning, ble utarbeidet på bakgrunn av resultater fra kartleggingen. Alle studentene ved OUS, både fra somatisk og psykisk helsearbeid, deltok i utprøvingen av gruppeveiledningstilbudet ledet av en representant fra OUS og en fra HiOA sammen. Fokus i gruppeveiledningene var på integrering av teori og praksis, kjernekompetansen i ergoterapi og innholdet var relatert direkte til utvalgte læringsutbytter for den aktuelle praksisperioden. Gruppeveiledningene ble evaluert ved bruk av spørreskjema og muntlig gruppesamtale på slutten av hver praksisperiode, både av studentene og kliniske veiledere. Gruppeveiledningstilbudet ble revidert etter hver praksisperiode i henhold til evalueringene og gruppeveiledernes erfaringer.

**Resultat og konklusjon:** Evalueringene tyder på at gruppeveiledningene bidro til å kvalitetssikre studentenes praksisstudier. Utdanningen har blitt mer synlig i praksisperiodene, og studentene fikk i større grad mulighet til å integrere teori og praksis. Både det å kunne reflektere sammen med medstudenter og det tette samarbeidet mellom OUS og ergoterapeututdanningen ved HiOA ser ut til å ha hatt betydning for å heve kvaliteten i praksisstudiene. Det anbefales at gruppeveiledningene utvides til å gjelde alle ergoterapistudenter i praksis ved HiOA.

**Nøkkelord:** Studenter, gruppeveiledning, samarbeid, praksis, kjernekompetanse i ergoterapi

---

## Bakgrunn

I denne artikkelen presenteres utviklingen og gjennomføringen av et gruppetilbud for ergoterapistuder i praksis ved Oslo universitetssykehus (OUS). For å bli en god ergoterapeut kreves det at man underveis i studiet får prøve det man lærer på utdanningen ute i praksisfeltet under veiledning av klinisk ergoterapeut. Ved Ergoterapeututdanningen Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) anvendes ulike veiledningsmodeller, men mester-svenn-modellen, én-til-én-veiledning, har tradisjonelt stått sterkest (Grønn, 2010). Fortsatt kan det synes som det er mest utbredt at studenter har hver sin veileder, selv om det er flere studenter på samme praksisplass.

Praksisstudier ligger i skjæringspunktet mellom utdanning og praksisfelt og påvirkes av føringer og reformer både innen helsesektoren og for utdanning. Ergoterapeututdanningens virksomhet samsvarer med føringene i kvalitetsreformen for høyere utdanning (St. meld. nr. 27 (2000-2001)) og tar utgangspunkt i et sosiokulturelt læringsperspektiv som ser på kunnskap som sosialt og kulturelt konstruert (Dyste, 2001; Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Kvalifikasjonsrammeverket innvirker på praksisstudiene, da det gir føringer for hvilken kompetanse studentene skal ha ved endt utdanning i form av læringsutbyttet (Kunnskapsdepartementet, 2011).

Sammenslåingen av sykehus til helseforetak og innføring av samhandlingsreformen (St. meld. nr. 47 (2008-2009)) har ført til endringer både i forhold til organisering og tjenester. Noen følger for spesialisthelsetjenesten har vært kortere liggetid og

økt poliklinisk virksomhet. Ved Oslo Universitetssykehus (OUS) opplevde ergoterapeutene en økt spesialisering av tjenesten. I tillegg ble fire sykehus samlet i et foretak, men fortsatt med geografisk spredning. Ergoterapeutene ved OUS ble spredt på de ulike klinikkene og fikk ingen felles ledelse for faggruppen. Det var variasjon i antall ergoterapeuter på hver klinikk, og det fantes få felles retningslinjer knyttet til studentpraksis.

Endringene i helsesektoren og utdanningsreformene har medført flere utfordringer knyttet til studentpraksis, som å ivareta utdanningens krav til læringsutbyttet, større krav til veilederkompetanse og større krav til samarbeid mellom høgskolen og helsetjenesten på alle nivåer. Dette samsvarer med utfordringene skissert i stortingsmelding 13 «Utdanning for velferd» (Meld. St. 13 (2011-2012)), som fremhever nødvendigheten av et nært samarbeid mellom utdanningsinstitusjonene og praksisstedene:

*«Kvaliteten i praksisstudiene, og hvordan de virker sammen med undervisningen ved lærestedene, er avgjørende for den samlede studiekvaliteten. For å sikre at praksisundervisningen blir relevant og kvalitativ god, er det nødvendig med et nært samarbeid mellom utdanningsinstitusjonen og praksisstedet»* (Meld. St. 13 (2011-2012), s. 39).

I meldingen fremheves det at det i dag ikke er god nok integrering mellom praksisstedene og undervisningen ved høgskolene, og at det er behov for tiltak for å heve kvaliteten i praksisstudiene.

Dette dannet bakgrunn for et samarbeidsprosjekt mellom OUS og HiOA, «Kartlegging og utvik-

ling av ergoterapistudentenes praksisstudier», hvor hensikten var å kvalitetssikre ergoterapistudentenes praksisstudier gjennom et tettere samarbeid mellom høgskole og praksisfeltet. Prosjektet ble gjennomført i perioden 2012 – 2015.

Første del av prosjektet bestod av en kartlegging av dagens praksisstudier og samarbeid mellom HiOA og OUS. Kartleggingen besto av en gjennomgang av bakgrunnsmateriale for utdanning og praksisfeltet, og gjennomføring av en spørreundersøkelse til veiledere, lærere og studenter om dagens praksis, både innen somatisk og psykisk helse. Resultatene fra kartleggingsdelen er presentert i sin helhet i HiOA Rapport nr. 13 (Melhus & Jespersen, 2014). I denne artikkelen vil vi beskrive gjennomføring av tiltak som ble utarbeidet på bakgrunn av resultatene fra kartleggingen (Melhus & Jespersen, 2014). Hovedfokuset var på utvikling og utprøving av gruppeveiledning som tiltak i ergoterapistudentenes praksisperioder ved OUS. Hensikten med denne artikkelen er å vise hvordan gjennomføring av gruppeveiledning som tiltak og et tettere samarbeid mellom

### UTDANNINGSPRIS

Utdanningsutvalget ved Oslo universitetssykehus lyste i 2016 ut to utdanningspriser til miljøer i sykehuset som utmerket seg ved å fremme god læringskultur for studenter og/eller egne ansatte.

Det arbeidet som beskrives i artikkelen «Sammen er vi sterkere - utdanning og praksis hånd i hånd», vant en av disse prisene.



Figur 1: Tidslinje for prosjektet.

utdanningsstedet og praksisfeltet kan bidra til å heve kvaliteten i praksisstudiene.

## Beskrivelse av prosjektet

For å sette tiltakene inn i en sammenheng vil vi først si litt om prosjektet i sin helhet, kort presentere resultater fra kartleggingen samt redegjøre for avgrensninger i denne artikkelen.

Prosjektet «Kartlegging og utvikling av ergoterapistudentenes praksisstudier», som vesentlig var finansiert av samarbeidsmidler, besto av to delprosjekter med hvert sitt fokus: Del 1 kartlegging og Del 2 utprøving av tiltak. Prosjektet ble avgrenset til å gjelde studenter og veiledere ved OUS i de tre hovedpraksisperiodene – to i andre studieår og én i tredje studieår. I andre studieår gjennomføres somatisk og psykisk helsepraksis både høst og vår med halvparten av kullet vekselsvis i somatisk og psykisk helse.

I overgangen mellom de to delprosjektene ble det gjennomført en pilot med utprøving av utvalgte tiltak, kun i somatisk helse grunnet begrensede midler. Del 2 bestod av utprøving og videreutvikling av de skisserte tiltakene fra piloten. Psykisk helse ble igjen inkludert. Se oversikt over gjennomføringen i tidslinjen i figur 1.

Prosjektet har vært drevet fram gjennom et systematisk arbeid og en dynamisk prosess som inkluderte kartlegging, utprøving av tiltak, evaluering, justering og ny utprøving. Prosjektgruppen hadde ansvar for planlegging og gjennomføring både av kartleggingen og tiltakene som besto av gruppeveiledning. I Del 1 samt piloten i somatisk helsepraksis bestod prosjektgruppen av én person fra OUS (L.F.J.) og én fra HiOA (M.M.), begge med erfaring fra somatisk helse (Melhus & Jespersen, 2014). I Del 2 ble prosjektgruppen utvidet med to representanter fra det psykiske helsefeltet, henholdsvis én fra OUS (C.C.) og én fra HiOA (B.E.).

## RESULTAT FRA KARTLEGGINGEN

Resultatene fra spørreundersøkelsen, som var en del av kartleggingen, tydeliggjorde behovet for et tettere samarbeid mellom ergoterapeututdanningen ved HiOA og OUS og behov for at utdanningen blir mer synlig i praksisperiodene. Majoriteten av studentene opplevde at det både generelt og under praksisperiodene i liten grad var samarbeid mellom HiOA og OUS. Veilederne opplevde at de hadde liten tid avsatt både til å forberede og ta imot studenter.

En av arbeidsoppgavene som skulle utføres i andre års praksisperioder, var at studentene skulle søke etter to forskningsartikler og legge den ene fram på det aktuelle praksisstedet. Studentene opplevde at både å finne og å legge fram forskningsartikkel hadde liten nytteverdi og var svært arbeidskrevende. Dette stod i motsetning til lærere og veiledere som uttrykte at det å finne og legge fram forskningsartikkel hadde stor nytteverdi for studentene. Hos alle informantene var det stor variasjon i opplevelsen av integrering av teori og praksis, og det kom fram behov for mer samkjøring av tilbud til studentene under praksisperioden, både i forhold til faglig innhold og organisering. Alle informantgruppene etterlyste mer felles informasjon og gruppeveiledning (Melhus & Jespersen, 2014). Disse resultatene dannet utgangspunkt for valg av tiltak, som besto av et gruppetilbud for ergoterapistudentene ved OUS.

## AVGRENSNING I ARTIKKELEN

For å gi en oversikt over helheten i gruppetilbudet presenterer vi i tabell 1 gjennomføringen i alle praksisperiodene som gruppetilbudet omfattet. Basisen i gruppeopplegget var det samme for alle praksisperiodene. Det som skilte,



var at det ble gjennomført flere gruppesamlinger i andre studieår enn i tredje. I de gruppesamlingene som ble gjennomført i alle praksisperiodene, var temaene i utgangspunktet de samme, men innholdet og krav til refleksjon ble gradert i forhold til hvor langt i studiet studenten var kommet. Som en avgrensning i denne artikkelen har vi derfor valgt å utdype gruppeopplegget som gjennomføres i andre studieår, da det har flest gruppesamlinger.

## Metode for gjennomføring av gruppeveiledning

På bakgrunn av resultatene fra kartleggingen ble gruppeveiledning valgt som metode for gjennomføring av tiltak. Resultatene tydeliggjorde behovet for en større integrering av teori og praksis, kvalitetssikring av læringsutbyttet og større fokus på kunnskapsbasert praksis. Dette la grunnlaget for innholdet i gruppeveiledningen, sammen med føringer for praksis skissert i Stortingsmelding 13, samarbeidsavtalen mellom OUS og HiOA og Strategiplaner (Fakultet for helsefag HiOA; HiOA og OUS, 2012; Meld. St. 13 (2011-2012); Oslo universitetssykehus HF, 2013). For å synliggjøre samarbeidet mellom utdanningsinstitusjonen og praksisfeltet og i større grad kunne integrere teori og praksis var det sentralt at gruppeveiledningen ble gjennomført med to veiledere, én fra OUS og én fra HiOA.

## GRUPPEVEILEDNING SOM METODE

Ved å innføre gruppeveiledning ønsket vi å nå alle studentene som hadde praksis ved OUS. Studentene hadde praksis i et større geografisk område og med ulikt antall ergoterapeuter på hvert

Del 2 - Gjennomføring - Studieåret 2014/2015				
		Høst 2014	Vinter 2015	Vår 2015
<b>Praksisperiode</b>		<b>E6/E8</b>	<b>E11</b>	<b>E6/E8</b>
<b>Studieår</b>		<b>2. år</b>	<b>3. år</b>	<b>2. år</b>
<b>Lengde</b>		<b>9 uker</b>	<b>10 uker</b>	<b>9 uker</b>
<b>Antall ergoterapistudenter ved OUS</b>		<b>7/7</b>	<b>7</b>	<b>5/4</b>
<b>Tidspunkt i praksisperioden *</b>	<b>Innhold</b>			
<b>Før praksis</b>	Skriftlig info. om gr. tilbudet til studenter og veiledere.	X	X	X
<b>Før praksis</b>	Informasjonsmøte med veilederne	X	X	X
<b>Underveis - Etter hver gruppesamling</b>	Mail til studentene med kopi til veiledere Oppsummering av tema og info. om neste gruppe.	X	X	X
<b>Uke 1</b> 1. dag i praksis	<b>Introduksjonsdag</b> for ergo. studentene OUS**	X	X	X
<b>Uke 2</b>	<b>Refleksjonsgruppe 1 **</b>	X	X	X
<b>Uke 4</b>	<b>Forskningsbasert praksis 1**</b>	X		X
<b>Før halvtids-vurdering</b>	Samtale med praksisveilederne	X	X	X
<b>Uke 5-7</b>	<b>Refleksjonsgruppe 2 **</b>	X	X	X
<b>Uke 8</b>	<b>Forskningsbasert praksis 2 **</b>	X		X
<b>Uke 8-9</b>	Skriftlig individuell evaluering - studenter	X	X	X
<b>Uke 9-10</b> <b>Siste uke i praksis</b>	Muntlig evaluering i gruppe - studenter	X	X	X
<b>Etter praksis</b>	Skriftlig individuell evaluering - veiledere	X	X	X
<b>Etter praksis</b>	Muntlig evaluering i gruppe - veiledere	X	X	X

Tabell 1: Oversikt over gjennomføring av tiltak OUS – alle praksisperiodene: E6 Somatisk helse, E8 Psykisk helse, E11 Ergoterapifaglig yrkesutøvelse. Halvparten av kullet har vekselvis E6 og E8 praksis samtidig.

\* Tidspunktene justeres i forhold til praksisperioden og tidsplan fra utdanningen.

\*\* Utdypet i tabell 2 - Gruppeveiledninger.

sted. Gjennom veiledningsgruppene ønsket vi at alle studentene skulle få mulighet til å oppleve faglig refleksjon i egen faggruppe for å bygge fagidentitet. I lys av det sosiokulturelle perspektivet der læring ses på som en prosess (Dyste, 2001), ble gruppeveiledningene fordelt jevnt gjennom praksisperioden med

graderingsmuligheter av innhold. Noen av gruppeveiledningene var felles for alle studentene, og andre var delt i en for somatisk og en for psykisk helsepraksis, se tabell 2.

Hensikten med mindre grupper var å ivareta fokus på fagområdet og skape mindre læringsmiljøer, slik at man hadde mulighet til

å ivareta ulike studenters læringsbehov. Grupper kan gi rom for dialog, felles kunnskap og ferdighetsutvikling. Dyste (2001) fremhever at kunnskapsproduksjon skjer ved at deltakerne deltar og bidrar med ulike kunnskaper og ferdigheter. I tillegg er læring mediert; det skjer en formidling og støtte i læringsprosessen, vi løser oppgaven med hjelp fra mer kompetente andre som kan forklare, demonstrere, lage struktur og stille spørsmål som hjelper oss videre i tenkningen (Dyste, 2001).

### **ORGANISERING AV GRUPPEVEILEDNING**

Det ble gjennomført fem gruppeveiledninger per periode fordelt over de ni ukene i praksisperiodene i andre studieår. Størrelsen på gruppene varierte både i forhold til hvor mange studenter som hadde praksis ved OUS i den aktuelle perioden, og om somatisk og psykisk helse var delt eller sammen i gruppeveiledningen. Derav varierte størrelsen på gruppene fra fire til syv studenter til 14 studenter. Gruppeveilederne i somatisk helsepraksis var L.F.J. og M.M. og i psykisk helse C.C. og B.E.

Da gruppeveiledningene i regi av prosjektet inngikk som en del av praksisperiodene, var det nødvendig å samarbeide med de ansvarlige for de ulike praksissemnene ved ergoterapeutdanningen via møter og mailkontakt. I forkant av hver praksisperiode utarbeidet prosjektgruppen en timeplan sammensatt av utdanningens tidsplan for den aktuelle praksisperioden samt gruppeveiledningene. Timeplanen og informasjonen om prosjektet ble sendt ut til lærerkontaktene, studentene og veilederne ved OUS i forkant av hver praksisperiode. Se

oversikt over gjennomføringen i tabell 1.

En av grunnideene i prosjektet har vært viktigheten av å spille på lag med praksisveilederne. I kartleggingen kom det fram at flere veiledere opplevde at samarbeidet med høgskolen ikke var optimalt, og at de ofte stod alene med studenten (Melhus & Jespersen, 2014). For å sikre at veilederne fikk samme informasjon og skape grunnlag for samarbeid ble det arrangert et møte før hver praksisperiode, der timeplanen med gruppeveiledningene ble gjennomgått. Veilederne deltok også på en av gruppeveiledningene sammen med studentene, «Fremlegg av forskningsartikkel». I tilknytning til halvtidsvurderingen ble det gjennomført en samtale mellom praksisveileder og gruppeveileder fra OUS. Hensikten var å integrere gruppeveiledningene som en del av vurderingen i praksis, samt bidra til å støtte og avlaste veileder ved å skape rom for en samtalepartner, da flere veiledere står alene om studentveiledningen (Melhus & Jespersen, 2014).

Gjennom hele praksisperioden ble det sendt mail med informasjon og oppsummering fra gruppene, både til studenter og veiledere. Tanken var å holde kontakten med studentene i mellomperiodene ved å gi en oppsummering fra gruppetemaene som kunne benyttes videre på praksisplassen. I tillegg var ønsket å oppdatere veilederne slik at de kunne nyttiggjøre seg tematikken og refleksjonen i den daglige oppfølgingen av studentene.

### **EVALUERING OG ANALYSE AV RESULTATENE**

I etterkant av hver praksisperiode ble det gjennomført en individuell

skriftlig og en muntlig evaluering i gruppe med henholdsvis studenter og praksisveiledere. Prosjektgruppen utarbeidet et skriftlig evalueringsskjema med utgangspunkt i de aktuelle gruppeveiledningene, som ble sendt til studenter og veiledere. Prosjektgruppen gjennomførte muntlige evalueringer i grupper med fokus på å utdype sentrale punkter fra de skriftlige evalueringene. Dette for å muliggjøre en fortløpende justering under prosjektperioden. Vi ønsket at opplegget skulle utvikles i samarbeid med de involverte parter, her studenter og veiledere. Av den grunn har evalueringene ikke vært anonyme, og dette ble det informert om. Sitatene som anvendes i artikkelen, er presentert slik at anonymitet er ivaretatt.

De individuelle evalueringene ble gjennomgått før den muntlige evalueringen i gruppe.

For hvert spørsmål var det en skala for skåring samt et kommentarfelt. Før den muntlige evalueringen ble skårene summert på et skjema og kommentarene gjennomgått og samlet. Fokuset var på om det var noen felles trekk, og hva som var bra, og hva som var mindre bra. Som forberedelse til den muntlige evalueringen valgte prosjektgruppen noen temaer som vi ønsket å utdype, spesielt i forhold til de temaene som skilte seg ut, i både positiv og negativ retning.

De muntlige evalueringene ble gjennomført samlet for alle ergoterapistudentene ved OUS og det samme for veilederne. Først ble temaene diskutert i mindre grupper før en felles oppsummering og diskusjon. Det ble skrevet referat fra alle evalueringsmøtene som ble gjennomgått av prosjektgruppen i etterkant. Sammen

med prosjektgruppens erfaringer ble resultatene fra evalueringene viktige i planleggingen av neste periode med gruppeveiledning.

## Gruppeveiledning

Innholdet i gruppeveiledningene ble utviklet gjennom en prosess med kontinuerlig utprøving over tid. I utformingen av gruppeveiledningene var fokuset på integrering av kunnskapsbasert praksis og kjernekompetansen i ergoterapi. Hensikten var å kvalitetssikre studentenes praksis, og innholdet var relatert direkte til utvalgte læringsutbytter for disse praksisperiodene (Fakultet for helsefag HiOA, 2013). Gjennom systematisk samhandling mellom utdanning og praksisfeltet og «flomlys» på utvalgte læringsutbytter ønsket vi å minske gapet mellom teori og praksis med fokus på kjernekompetansen i ergoterapi.

Gruppeveiledningene ble utarbeidet med tanke på å ivareta alle de tre kunnskapskildene i kunnskapsbasert praksis: erfaringsbasert kunnskap, brukerkunnskap/brukermedvirkning og forskningsbasert kunnskap (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012). Gjennom praksisperioden ble det lagt til rette for at studentene kunne benytte disse tre kunnskapskildene i den konteksten de var i på praksisplassen. I veiledningsgruppene ble det lagt til rette for refleksjon, knyttet til både holdninger og praksisatferd, ut fra opplevelser og hendelser på praksisplassen. I flere studier anbefales det at undervisning i kunnskapsbasert praksis integreres som en del av praksis der studentene har reelle pasienter og aktuelle problemstillinger (Coomarasamy & Khan, 2004;

Gruppeveiledninger	Hensikt	Kunnskapsbasert praksis	Gruppesammensetning
<b>Felles introduksjonsdag</b>	Kvalitetssikring av informasjon Avlaste veiledere		Psykisk og somatisk helse praksis - sammen
<b>Refleksjonsgrupper</b>			
1. Praksisstedets rammer og organisasjon	Kvalitetssikre læringsutbytte Refleksjon – integrere teori og praksis	Erfaringsbasert Forskningsbasert	Psykisk og somatisk helse praksis - delt
2. Metodisk bruk av aktivitet	Kvalitetssikre læringsutbytte Refleksjon – integrere teori og praksis	Erfaringsbasert Forskningsbasert Brukerkunnskap/brukermedvirkning	Psykisk og somatisk helse praksis - delt
<b>Forskningsbasert praksis</b>			
1. Kritisk vurdering av forskningsartikkel	Læringsutbytte	Forskningsbasert	Psykisk og somatisk helse praksis - sammen
2. Fremlegg av forskningsartikkel	Læringsutbytte Arbeidskrav	Forskningsbasert Erfaringsbasert Brukerkunnskap/brukermedvirkning	Psykisk og somatisk helse praksis - delt Veiledere tilstede

Tabell 2: Oversikt over gruppeveiledning i andre studieår ved ergoterapeututdanningen ved HiOA.

Flores-Mateo & Argimon, 2007; Khan & Coomarasamy, 2006). To av gruppeveiledningene hadde spesielt fokus på forskningsbasert praksis. Dette hadde sitt utspring i et eksisterende opplegg med gruppeveiledning for fysioterapistuderter ved OUS. Dette ble under prosjektperioden videreutviklet og tilpasset ergoterapipraksisen. Med gruppeveiledning som hadde fokus på kunnskapsbasert praksis, ønsket vi å bidra til at studentene benytter ulike kunnskapskilder i sin yrkesutøvelse.

Det ble gjennomført ulike typer gruppeveiledninger gjennom praksisperiodene. Vi vil her presentere de gruppeveiledningene som ble gjennomført for andre års studenter i studieåret 2014/2015, se tabell 2.

### FELLES INTRODUKSJONSDAG

Det ble lagt opp til at alle stu-

dentene ved OUS hadde felles oppmøte første dag i praksis. Hensikten var at alle studentene sikres samme informasjon ved oppstart av praksis, samt legge grunnlag for et læringsfelleskap med trygge rammer. I tillegg var tanken å avlaste veiledere, som ifølge kartleggingen i Del 1 hadde liten tid avsatt til forberedelse og mottak av studenter (Melhus & Jespersen, 2014).

Gruppeveilederne ledet dagen med gjennomgang av timeplan for praksisperioden med utdyping av hensikten med de ulike læringsaktivitetene, samt gjennomgang av gjeldende overordnede prosedyrer for OUS knyttet til blant annet brannvarslingsrutiner, hygiene, påkledning, elektronisk journal og introduksjon til obligatoriske e-læringskurs. Etter introduksjonen ble det lagt opp til felles lunsj for studentene før de



møtte på sine respektive praksisplasser.

### REFLEKSJONGRUPPER

I løpet av praksisperiodene ble det lagt opp til to refleksjonsgrupper med gitt tema valgt ut ifra noen av læringsutbyttene gjeldende for den aktuelle praksisperioden.

1. Praksisstedets rammer og organisasjon på ulike nivå.  
Et av læringsutbyttene var at studentene skulle tilegne seg kunnskap om praksisplassen knyttet til aktuelle brukergrupper, problemstillinger og intervensjonsmetoder. Studentene skulle kunne redegjøre for praksisstedets rammer og organisering på ulike nivå (Fakultet for helsefag HiOA, 2013). Som utgangspunkt for felles refleksjon presenterte hver student sin praksisplass for de andre i gruppen.
2. Metodisk bruk av aktivitet.  
Læringsutbyttet om metodisk bruk av aktivitet var grunnlaget for refleksjonsgruppe 2. Studenten skal kunne anvende, diskutere og begrunne metodisk bruk av aktivitet (Fakultet for helsefag HiOA, 2013). I forkant av gruppen skulle studentene ha benyttet metodisk bruk av aktivitet i kartlegging eller behandling på sin praksisplass. Med utgangspunkt i de ulike kasustikkene reflekterte de rundt for eksempel begrunnelse for valgt aktivitet, valgt terapeutisk tilnærming i forhold til klient og aktivitetsanalyse, både form og utførelse (Jespersen, Clark, & Ellingham, 2014) og hva de kan bruke observasjonene til videre.

### FORSKNINGSBASERT PRAKSIS

Et arbeidskrav i praksis var å

finne minimum to vitenskapelige artikler som var relevante for praksisstedet. Én av artiklene skulle legges fram på praksisplassen. I læringsutbyttene fokuseres det på at studentene skal kunne søke opp, diskutere og anvende faglitteratur, artikler og forskningsresultater i forhold til aktuelle brukere, problemstillinger og oppgaver ved praksisstedet (Fakultet for helsefag HiOA, 2013). Det ble derav lagt opp til to grupper med muligheter til øvelse med utgangspunkt i dette arbeidskrav og læringsutbytte.

1. Kritisk vurdering av forskningsartikkel.  
I forkant av denne gruppesamlingen fikk studentene tilsendt to utvalgte artikler. Studentene ble delt i to grupper med ansvar for å lese og kritisk vurdere hver sin artikkel ved bruk av sjekkliste for kritisk vurdering av artikler (Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2015). Gruppen ble innledet med en generell gjennomgang om hensikten med kunnskapsbasert praksis, da spesielt kritisk vurdering av artikler i praksis, samt betydningen for fagutøvelsen. De to artiklene ble vurdert i plenum ut ifra sjekklister.
2. Fremlegg av forskningsartikkel.  
I denne gruppen deltok både studentene og deres veiledere. Studentene sendte den valgte artikkelen til medstudenter og deres veiledere i forkant av gruppen. Alle leste alles abstrakt, samt at veileder leste «sin» students artikkel i sin helhet. Hver student la fram en artikkel de hadde valgt som aktuell for sin praksisplass. Veilederne deltok i plenumsdiskusjonen. Tanken var å legge opp til diskusjon og refleksjon for

å få fram innholdet og styrker og svakheter i artikkelen, og skape et forum der kollegaer kan være rollemodeller for studentene i vurderingen av nytteverdien i praksis. Gruppen ga studentene rom for øvelse i diskusjon og refleksjon i et større forum med kompetente fagutøvere.

### Erfaringer og refleksjoner

I dette avsnittet oppsummeres både studentenes og praksisveiledernes evalueringer av gruppeveiledningene, samt gruppeveiledernes erfaringer med gjennomføringen.

Evalueringene var ikke anonyme, og dette kan ha påvirket studentenes og veiledernes svar. Samtidig var det en åpenhet på at en viktig hensikt med å evaluere var å utvikle og forbedre gruppeveiledningene, og at dette var en prosess gjennom utprøvningsperioden. For å få mulighet til å utvikle et best mulig tilbud var deres tilbakemeldinger, både «ris og ros», viktige for den videre utviklingen. Det ble informert om hvilke endringer som ble foretatt ut fra tidligere tilbakemeldinger.

En viktig hensikt med gruppeveiledningene har vært å ha fokus på integrering av teori og praksis og kvalitetssikring av utvalgte læringsutbytter. Hovedinntrykket fra evalueringene tydet på at gruppeveiledningen i stor grad bidro til integrering av teori og praksis, som en student uttrykte;

*«Det gjør at alt, både det teoretiske og det praktiske, samkjøres veldig bra.»* (student)

### INTRODUKSJONSDAG

Introduksjonsdagen har generelt fått god tilbakemelding både på innhold og organisering gjennom hele utprøvingen. Det har kun

vært mindre justeringer knyttet til konkretisering av innhold, tidsbruk og plassering i timeplanen;

*«Introduksjonsdagen er en veldig fin måte å starte praksisperioden på, at alle får møte hverandre. Også veldig fint med oversikt over OUS – systemet.»* (student)

### **SAMARBEID MELLOM HØGSKOLE OG PRAKSIS**

Både studenter og veiledere trakk fram betydningen av at høgskolen og praksisfeltet var samkjørte, og at de var sammen om å lede gruppene;

*«Jeg opplever det som en god sammensetning, slik at ikke høgskolen sier én ting og OUS sier noe annet.»* (student)

*«Bra når skolen og OUS samarbeider. Dette gjør det lettere for studenten å se sammenhengen»* (veileder)

Det at temaene i gruppene var knyttet til utvalgte læringsutbytter for praksisperioden, har gjennom utprøvingen skåret høyt blant både veiledere og studenter:

*«Når en tar opp læringsutbytter på gruppeveiledningene, blir det på en annen måte, en får diskutert det med de andre studentene. Også det når en forbereder seg før en veiledning og setter seg inn i stoffet. Det var noe jeg lærte mye av.»* (student)

*«Liker at temaene gjennomgås, og det merkes på studentene at de har drøftet det i fellesskap. Ser oftere bredere innsikt eller innfallsvinkler hos studentene etter gruppeveiledningene.»* (veileder)

Ved at læringsutbytterne var delt opp i milepæler gjennom praksisperioden, fremhevet noen av veilederne at dette gav studentene struktur;

*«Gruppene hjelper studentene til å fokusere på noe underveis i henhold til læringsutbytterne.»* (veileder)

### **REFLEKSJON MED MEDSTUDENTER**

Studentene vektla betydningen av å kunne reflektere og tenke høyt sammen med medstudenter og å møte medstudenter som hadde praksis på ulike steder, innenfor både psykisk og somatisk helse:

*«Jeg opplever gruppene som meget bra, fordi dette tilbudet gjør at man ikke er så alene i praksisperiodene, man får ekstra veiledning, og man får snakket med medstudenter i praksisperioden»* (student)

Studentene fremhevet det å kunne snakke med en «likemann» og betydningen av læring i et fellesskap, som er i tråd med det sosiokulturelle læringsperspektivet (Dyste, 2001);

*«Høre andres tanker, hva de tenker, gjør at jeg får flere tanker selv, å snakke høyt med andre er en god måte å lære på.»* (student)

Veilederne fremhevet også betydningen av at studentene fikk mulighet til å være sammen med andre studenter der de kunne hjelpe hverandre fremover i læringsprosessen;

*«Synes det er fint at studentene får flere perspektiver fra andre medstudenter, noe som igjen skaper bredere innsikt og forståelse hos studenten i praksisfeltet.»* (veileder)

### **LÆRINGSUTBYTTER, KJERNEKOMPETANSE**

En av gruppeveiledningene tok for seg noe av kjernekompetansen i ergoterapi: metodisk bruk av aktivitet. Majoriteten av tilbakemeldingene, både fra studenter og veiledere, fremhevet betydningen av å vektlegge metodisk bruk av aktivitet som eget tema og fokusere på sammenhengen mellom teori og praksis:

*«Metodisk bruk av aktivitet som tema i gruppe ga oss muligheter til å reflektere over et kjerneemne i faget, vi ble spurt direkte om hvorfor og hvordan vi tenkte, det tvang oss til å starte refleksjon – gå tilbake og tenke.»* (student)

*«Metodisk bruk av aktivitet er mye klarere for meg nå enn hva det noen gang har vært.»* (student)

Våre erfaringer og evalueringene tyder på at det å knytte teori til helt konkrete erfaringer som de står i der og da har betydning for studentenes læring. Ved at studentene kom med eksempler fra sin praksishverdag, fikk de mulighet til å integrere de ulike delene av kunnskapsbasert praksis:

*«Gruppene ga studentene litt bredere syn på ting, for eksempel at det finnes mange måter å arbeide metodisk på.»* (veileder)

De største utfordringene og endringene har vært i tilknytning til forskningsbasert praksis, både relatert til innhold og organisering. Noen av utfordringene våre har vært å tilpasse innholdet og nivået til der hvor studenten er i sitt studieforløp, holde det praksisnært og redusere mengden og tidsbruken. På tross av

organisatoriske utfordringer har det vært ønske om og behov for å ha grupper med fokus på forskningsbasert praksis i 2. studieår:

*«Artikkelfremlegget var bra. Det har vært en prosess fra å lære å søke etter artikkel til å finne relevante ting fra praksis.»* (student)

*«Lærte av å høre veilederne diskutere. Mange gode forskningsartikler.»* (student)

Endringene har vært en fortløpende prosess ut fra tilbakemeldingene fra studenter og veiledere gjennom evalueringene samt gruppeveiledernes erfaringer. Det har vært prøvd ut ulike varianter både i forhold til innhold og antall ganger. I gjennomføringen og evalueringen har gruppeveilederne erfart at organisering og innhold henger sammen og gjensidig påvirker hverandre.

### OPPSUMMERING AV ERFARINGER OG REFLEKSJONER

Ut fra tilbakemeldingene ved siste gjennomføring, våren 2015, tyder evalueringene på at gruppeveiledningene nå fungerer tilfredsstillende relatert til innhold og organisering, både for studenter og praksisveiledere. Flere studenter og veiledere påpekte at alle studentene ved ergoterapeututdanningen burde få delta i denne typen gruppeveiledning.

*«Jeg synes alt har vært veldig nyttig, og oppfølgingen vi har fått har vært kjempebra! Synd ikke alle studenter har mulighet for samme tilbud.»* (student)

*«Samarbeidet bærer frukt på sikt, gjør det enklere å si ja til å være veileder.»* (veileder)

Fundamentet for hele prosjektet har vært troen på at det å jobbe tettere sammen (utdanning og praksisfeltet) ville bidra til kvalitetssikring av praksis, som også støttes av Stortingsmelding 13 (Meld. St. 13 (2011-2012)). Vår erfaring er at det systematiske samarbeidet mellom HiOA og OUS i prosjektgruppen har vært en viktig faktor i utviklingen av gruppeveiledningene og for å oppnå hensikten. Det å jobbe så tett sammen i en prosess har gitt oss mulighet til å få kunnskap om hverandres arena og forutsetninger. Dette har vært en avgjørende faktor for å minske gapet mellom utdanning og praksisfeltet; oppnå felles forståelse, felles språk og retningslinjer.

Ut fra våre erfaringer var noen av suksessfaktorene for å integre gruppetilbudet som en del av læringsprosessen i praksis: tid til planlegging og relasjonsbygging, mulighet til justering av opplegget underveis og tett samarbeid mellom utdanning og praksisfeltet.

### Konklusjon

Evalueringene fra både studenter og praksisveiledere tyder på at gruppeveiledningene bidrar til å heve kvaliteten i praksisstudiene. Utdanningen har blitt mer synlig i praksisperiodene, og studentene får i større grad mulighet til å integrere teori og praksis. Det virker som både det at studentene får møte hverandre, og det tette samarbeidet mellom utdanning og praksisfeltet har vært viktige faktorer for å heve kvaliteten i praksis.

Ut fra evalueringene og egne erfaringer anbefaler prosjektgruppen at gruppeveiledningene blir et fast tilbud i praksisperiodene ved OUS. Vi ser behov for at det

jobbes med en videre implementering, slik at alle ergoterapeutstudenter ved HiOA får samme tilbud om gruppeveiledning i praksis.

Prosjektgruppens anbefalinger:

- Gruppeveiledningene ved OUS videreføres.
- Gruppeveiledningene anbefales for alle studenter i praksisperiodene ved Ergoterapeututdanningen, HiOA. En forenklet utgave av veiledningsgruppene prøves nå ut for alle studentene i psykisk helsepraksis i studieåret 2015/2016.
- En manual for gjennomføring av gruppeveiledning i praksis utarbeides.
- Gruppe som intervensjon for læring i praksis vil bli beskrevet i en senere artikkel.

### Takk til:

Alle studenter og veiledere som har deltatt i prosjektet. Deres engasjement og tilbakemeldinger har vært uvurderlige i utviklingen av gruppeveiledningene.

Jon Koppang for din raushet med å dele erfaringer og kunnskap både til prosjektgruppen og studentene. Ditt engasjement for læring i praksis har vært til stor inspirasjon.

### Litteraturliste

- Coomarasamy, A., & Khan, K. (2004). What is the evidence that postgraduate teaching in evidence based medicine changes anything? A systematic review. *BMJ*, 329, 1017.
- Dyste, O. (2001). Sosiokulturelle teorperspektiv på kunnskap og læring. In O. Dyste (Ed.), *Dialog, samspel og læring*. Oslo: Abstract.
- Fakultet for helsefag HiOA. *Strategiplan for fakultet for helsefag 2012-2020*.
- Fakultet for helsefag HiOA. (2013). *Programplan for bachelorstudiet i ergoterapi*. Kull 2013-16.



- Flores-Mateo, G., & Argimon, J. (2007). Evidence based practice in postgraduate healthcare education: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 7(1), 119.
- Grønn, T. (2010). *Fokus på praksisstudier og kvalitetssikring av praksis: Komparativ kartlegging og analyse av de av HiOs heltids bachelorstudier som har ekstern, veiledet praksis som krav i rammeplan*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- HiOA og OUS. (2012). *Samarbeidsavtale om praksisstudier for helse- og sosialfagstudenter og om forskning og utviklingsarbeid mellom Høgskolen i Oslo og Akershus og Oslo universitetssykehus HF*.
- Jespersen, L. F., Clark, E. G., & Ellingham, B. (2014). Klinisk bruk av ferdighetsanalyse fra EVA-systemet i observasjon og dokumentasjon av aktivitetsutførelse. *Ergoterapeuten*, 4, 60-69.
- Khan, K., & Coomarasamy, A. (2006). A hierarchy of effective teaching and learning to acquire competence in evidenced-based medicine. *BMC Medical Education*, 6(1), 59.
- Kunnskapsdepartementet. (2011). Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. from <http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/Kompetanse/NKR2011mvedlegg.pdf>
- Meld. St. 13 (2011-2012). *Utdanning for velferd: Samspill i praksis*. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Melhus, M., & Jespersen, L. F. (2014). Kartlegging og utvikling av ergoterapistudentenes praksisstudier: Rapport fra samarbeidsprosjektet mellom ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og ergoterapeutene ved Oslo universitetssykehus (OUS) (Vol. HiOA-rapport 13/2014). Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helse-tjenesten. (2015, 04.11.15). Sjekkliste for vurdering av forskningsartikler. from <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekkliste-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2. utgave ed.). Oslo: Akribe.
- Oslo universitetssykehus HF. (2013). *Utdanningsstrategi 2013-2018*.
- St. meld. nr. 27 (2000-2001). *Gjør din plikt - krev din rett. Kvalitätsreformen av høyere utdanning*. Oslo: Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet.
- St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Utdannings- og forskningsdepartementet. (2005). *Rammeplan for ergoterapeututdanning*.



Access Vital AS, Postboks 430, 2303 Hamar T: 405 66 336  
E-post: [rolator@accessvital.no](mailto:rolator@accessvital.no) [www.active-walker.com/norsk](http://www.active-walker.com/norsk)

## Active®

**Med Active rullatoren kommer du deg enkelt og trygt ut og fram!**



**Active har store hjul og god struktur for trygghet og komfort. Dette gjør den også veldig stabil. Moderne, prisbelønnet design.**



**Det solide setet er justerbart opp og ned slik at du kan finne en ergonomisk innstilling for en komfortabel hvilepause.**



**Bremsekablene er skjult inne i rammen, slik at de ikke hekker deg fast i gjenstander når du går. Tryggere og stilrent.**




**Vi har også seteputer, ryggstøtte, ski til vinterføre og mye annet ekstrautstyr for å hjelpe deg til å ha en enklere hverdag.**



# Utvikling av strategier for å håndtere kognitive vansker

## EN KVALITATIV STUDIE OM ERFARINGER FEM ÅR ETTER TRAUMATISK HJERNESKADE

Av Marte Ørud Lindstad, Nada Andelic og Unni Sveen

*Marte Ørud Lindstad er ergoterapeut og universitetslektor. Hun arbeider ved Fysio- og ergoterapitjenesten i Østre Toten kommune og ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). E-post: marte.lindstad@ntnu.no*

*Nada Andelic er overlege. Hun arbeider på avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Oslo Universitetssykehus og Institutt for helse og samfunn, Forskningscenter for habiliterings- og rehabiliteringstjenester (CHARM) Universitetet i Oslo.*

*Unni Sveen er ergoterapispesialist ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, Oslo Universitetssykehus og professor ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus.*

*Det er ingen uenigheter om rettighetene til manuskriptet.*

### VANSKER UTEN LØSNING

#### – strategier for å håndtere kognitive vansker

### Abstract

**Purpose:** The aim of the study was to gain knowledge about the process how persons with traumatic brain injury (TBI) developing and applying strategies to cope with cognitive challenges, and how the specialist- and community health care services may support this process.

**Methods:** The study had a qualitative design, applying semi-structured interviews with 7 individuals with moderate-to-severe TBI 5 years post-injury. The data were analyzed using a phenomenological meaning condensation.

**Results:** The informants had applied coping strategies in various ways and to a quite different degree. They described how they learned about their changed bodily capacity by experiencing how they did mistakes that they would not have done before the injury. To get ready to apply strategies, the importance of support from health professionals to name the difficulties they experienced, share knowledge about their injury and discuss possible solutions, was highlighted.

**Implications:** Developing strategies to cope after TBI takes time. It demands sharing information, a language to describe the problems and discussions with health professionals over a longer time span.

**Key words:** Traumatic brain injury, phenomenology, cognitive impairment, coping strategies

## Innledning

Personer som rammes av en traumatisk hjerneskade, kan oppleve betydelige endringer i funksjon, aktivitet i dagliglivet og i sosial deltakelse som for mange vedvarer flere år etter skaden (1-3). Denne artikkelen handler om hvordan personer med traumatisk hjerneskade utvikler strategier for å mestre dagliglivet med disse endringene. Traumatisk hjerneskade, heretter forkortet som TBI (traumatic brain injury), defineres som en skade påført hjernen av et ytre traume (4). Årsakene til TBI er hovedsakelig fallulykker blant eldre og små barn, mens trafikkulykker er den dominerende årsaken til TBI blant yngre voksne (5). Det er vanlig å bruke betegnelsene mild, moderat og alvorlig TBI, klassifisert med Glasgow Coma Scale skår i den akutte fasen (1). De fleste traumatiske hjerneskadene er milde, mens 20 - 30 prosent av tilfellene kan karakteriseres som moderate eller alvorlige (5). Denne artikkelen omhandler personer med moderat og alvorlig TBI.

I de senere årene har det vært en pågående debatt i helseregionen for Sør-Øst-Norge vedrørende behandlingstilbudet til pasienter med traumatisk hjerneskade. Et mål har vært å få en oversikt over omfanget av problemer hos denne pasientgruppen og håndteringen av disse (1). Den manglende kunnskapen på disse områdene er utforsket gjennom flere norske avhandlinger (1,6,7) og påfølgende studier i etterkant. Disse studiene etterspurte kunnskap for å kunne planlegge gode tilbud til denne pasientgruppen (5,8,9).

Ved ettårs-oppfølgning hadde en populasjon med moderat til alvorlig TBI, bosatt i Helse Sør-

Øst-regionen, særlig vansker med kognitive aktiviteter som krevde for eksempel forståelse, uttrykksevne, problemløsning, hukommelse og sosialt samspill (1). Ved tiårs oppfølging viste en større andel av pasientene i studien god bedring. Likevel var helserelatert livskvalitet redusert hos personer rammet av TBI både ved ett- og tiårs oppfølging sammenlignet med den generelle norske befolkningen (1).

En metasyntese sammenfattet resultatene fra 23 kvalitative studier (n=263) som omhandler den levde erfaringen med forløpet etter TBI (2). Tap av kontakt med og kontroll av kroppen ble beskrevet. I tillegg var følelsesmessige endringer etter skaden, tap av tidligere identitet og rekonstruering av ens plass i verden gjennomgående temaer. Jumisko, Lexell og Söderberg (10) beskrev betydningen av å føle seg vel etter traumatisk hjerneskade. Det innebar å finne styrke, gjenvinne kontroll over hverdagen, ha nære relasjoner og være god nok. Personer med traumatisk hjerneskade følte seg tilfreds da de ble forsonet med sin nye livssituasjon.

En fellesnevner for kvalitative studier som omhandlet personer med TBI, var at informantene opplevde at skaden hadde omfattende innvirkning på kognitiv, emosjonell og sosial fungering i det daglige livet og arbeidslivet. De trengte mye støtte i lang tid etter skaden for å mestre sine liv (1, 2, 7, 11-14). I et langtidsperspektiv (fire til tretten år etter moderat og alvorlig TBI) fant Jumisko, Lexell og Söderberg (3) imidlertid at informantene ikke opplevde mye støtte i prosessen mot mestring av sin nye situasjon. Flere kvalitative studier har

vist at personer med TBI ofte ble avhengige av sin nære familie, og de pårørende beskrev ulike erfaringer av å bære byrden med å være en nær slektning til en person med TBI (13, 15-17). En systematisk litteraturgjennomgang av hvilken oppfølging voksne personer med TBI (n=4527) ønsket i senfasen etter TBI, viste at de hadde stort behov for støtte til å håndtere emosjonelle, atferdsmessige og kognitive vansker (18). Forfatterne av studien etterspurte kvalitative studier av erfaringene personer med TBI besitter.

For TBI-populasjonen i helseregionen Sør-Øst-Norge (1) viste det seg ved ettårs oppfølging at 58 prosent hadde tilgang til kommunebaserte rehabiliteringstjenester, og 39 prosent brukte mer enn én tjeneste (9). Fysioterapi (86 prosent) ble brukt mest, foran dagtilbud og psykologisk behandling (hver brukt av 25 prosent) og ergoterapi (20 prosent). Den høye andelen som brukte fysioterapi, kan tilskrives at mange har ortopediske skader i tillegg til hodeskaden (1). Samtidig viste kartlegging av daglige aktiviteter at deltakerne i stor grad var selvstendige i fysiske aktiviteter, mens mange trengte assistanse til aktiviteter som stilte krav til kognitiv funksjon (1). I en studie av bedringsprosessen etter TBI, fant Powell, Machamer, Temkin og Dikmen (19) at bekymringer om den fysiske helsen var dominerende i begynnelsen av det første året etter skaden, mens bekymringene relatert til kognitive problemer økte signifikant over tid.

En kunnskapsoppsummering om kognitiv rehabilitering konkluderte med at rehabilitering etter hjerneskade er effektivt for å lære



pasienter å anvende kompenserende strategier hvis de fortsatt har kognitive begrensninger (20). I litteraturen benyttes ofte strategier, mestringsstrategier og kompenserende strategier med henvisning til Lazarus og Folkmann (16, 21). De delte strategier for å takle ulike typer stressituasjoner inn i problemfokuserte eller følelsesfokuserte strategier (22). I denne artikkelen blir stressituasjonen de gjenværende kognitive vanskene, og fokuset i denne studien er de problemfokuserte strategiene. Problemfokuserte strategier beskrives som innsats for å håndtere og mestre spesifikke krav fra aktiviteter eller omgivelser som er større enn de evnene personen besitter (16, 22). Dette kan være eksterne strategier med bruk av hjelpemidler eller indre strategier ved å tenke, handle og forholde seg på en bestemt måte (20). Strategier og mestringsstrategier brukes videre synonymt med denne forståelsen.

Litteraturen viste at personer med TBI opplevde ulike langvarige symptomer og funksjonsvansker etter skaden, og at de trengte mye støtte for å mestre en endret livssituasjon. Det kan synes som om det er lettest å få hjelp til fysiske vansker, mens de skadde opplevde at de hadde behov for støtte til å mestre emosjonelle, atferdsmessige og kognitive vansker. De fleste studiene som har kartlagt forløpet etter TBI og behov for oppfølging og rehabilitering, er av kvantitativt design. Det er imidlertid relativt lite kunnskap om hvilke erfaringer personer med moderat og alvorlig TBI har med sin egen rehabiliteringsprosess, og hvordan strategier brukes for å mestre livssituasjonen. Målet med denne studien er å få kunnskap om hvordan

personer med moderat og alvorlig traumatisk hjerneskade utvikler og bruker strategier for å håndtere gjenværende funksjonsvansker, og hvordan støtte fra spesialist- og kommunehelsetjenesten kan være til nytte i denne prosessen.

## Metode

### TEORI

Det er tatt utgangspunkt i fenomenologiske beskrivelser der brukers opplevelser, refleksjoner og erfaringer løftes fram. Analysearbeidet fulgte fenomenologisk analyse som beskrevet i Johannesen, Tuft og Christoffersen (23). Forskeren leser datamaterialet fortolkende og ønsker å forstå den dypere meningen med informantenes tanker.

Fenomenologien har flere retninger, og i diskusjonsdelen ses resultatene i lys av Merleau-Pontys betraktninger om vår tilgang til verden via kroppen og språkets betydning for bevissheten. Dette synes aktuelt, da vi ønsker å se på prosessen med utviklingen av nye strategier for å mestre kognitive utfordringer hos personer som tidligere ikke har hatt behov for disse strategiene. Hos Merleau-Ponty består kroppen av to «lag»; den vane-messige kropp som har fortiden iboende, og den kroppen som er her og nå (24). Han argumenterer at kroppen alltid retter seg mot noe. Sansning og persepsjon skjer strukturert i en syntese med tidligere erfaringer, og kroppen har bevissthet om noe og prosjekterer kommende handlinger (25). Den besitter dermed en kunnskap som også kan være usynlig for personen selv eller andre. Alle deler i kroppen står i indre forhold til hverandre, og denne interne samhandling kan svikte ved ulike kroppslige forstyrrelser (25).

En tanke som ikke blir uttrykt, vil kunne dukke opp i glimt, men forbli ubevisst (26). Gjennom språket fullbyrder man tanken, samtidig som en refleksjon i samtalepartneren kan berike våre egne tanker (26). Språket konstituerer virkeligheten på sin egen måte, og kunnskapen befinner seg hverken inne i personen eller utenfor i verden, men eksisterer i relasjonen mellom mennesker og verden (27). Både språket og kroppen åpner seg mot verden samtidig som de vil fatte den (25). I denne fenomenologiske retningen blir man oppfordret til å bevege seg fram og tilbake mellom erfaringen og abstraksjonen, mellom erfaringen og refleksjonen, på forskjellige nivåer (27). Målet er å bidra til å se våre erfaringer i et nytt lys, ikke stole på kategoriene av vår reflekterende erfaring, men forsøke å bli bevisst en førbevisst erfaring (28).

### DESIGN

En kvalitativ tilnærming ble valgt for å fange opp informantenes egne erfaringer og beskrivelser. Det ble anvendt semistrukturerte dybdeintervju av syv informanter med TBI med varighet fra 35 til 70 minutter. Intervjuene ble gjort i desember 2011 og januar 2012. En intervjuguide ble utarbeidet om hvilke erfaringer informantene hadde av tjenester og rehabiliteringstiltak de hadde fått, og i hvilken grad disse ble oppfattet som hensiktsmessige, eventuelt overflødige. Videre ble det tematisert hvordan de merket fremgang av eget funksjonsnivå, hvilke strategier de eventuelt brukte, og hvordan de hadde innarbeidet disse.

### STUDIEPOPULASJON

Informantene ble rekruttert fra

Navn, alder	Sivilstatus/barn skadetidspunkt	Sivilstatus/barn 5 år etter	Egenopplevde funksjonsbegrensninger i dag (tilfeldig rekkefølge)	Type ulykke	Ufør/arbeid
Stein, 52	Samboer/1+ 1 stebarn	Samboer/1+ 1 stebarn	Hukommelse, psykisk balanse, irritasjon og sinne	arbeidsulykke	Søkt 100 % ufør, jobber ikke
Petter, 28	Ugift	Samboer/1	Hukommelse, trettbarhet	trafikkulykke	100 % ufør e. ca. 4 år, jobber i hjemmet nå, men har tanker om lønnsarbeid på lang sikt
Nina, 29	Samboer	Samboer/1	Hukommelse, trettbarhet, komme til saken og rød tråd i kommunikasjon	trafikkulykke	100 % ufør e. ca. 3,5 år, jobber i hjemmet nå, men har tanker om lønnsarbeid på lang sikt
Atle, 42	Skilt/2	Samboer/2	Hukommelse, jobber mye for å snakke tydelig, trettbarhet, kontroll over sinne	trafikkulykke	100 % ufør e. ca. 4 år, jobber 3 halve dager/uka
Åge, 55	Gift/2 voksne	Gift/2 voksne	Hukommelse, psykisk balanse, ting tar lengre tid	arbeidsulykke	Søkt 50 % ufør, jobber mye i egen bedrift
Eli, 41	Skilt/3	Skilt/3	Trettbarhet, bruker mye energi når hun snakker, noe hukommelse	trafikkulykke	100 % ufør e. ca. 3,5 år, jobber 4 halve dager i uka
Ronny, 24	Ugift	Ugift	Hukommelse og struktur, trettbarhet, overoppmærksom	trafikkulykke	AAP, men uten å være i tiltak/jobb, jobber mye svart

Tabell 1: Oversikt over informantene. Alle har vært innlagt ved Oslo universitetssykehus for akutt behandling av TBI, og de har vært til videre rehabilitering ved Sunnaas sykehus. Én var i videregående skole, én høyskole/job, og fem var i jobb da ulykken skjedde. Ingen har «synlige» fysiske skader nå, fem år etter. AAP = arbeidsavklaringspenger.

en større longitudinell studie som gjennomføres ved Oslo Universitetssykehus i samarbeid med Sunnaas sykehus HF (26). Datainnsamlingen til denne delstudien ble gjort fem år etter skaden for å fange opp erfaringer fra senfasen. De første syv som fortløpende møtte inklusjonskriteriene og takket ja, ble inkludert.

### INKLUSJONSKRITERIER

Pasienter aktuelle for inklusjon var rammet av moderat til alvorlig TBI, vurdert ut fra bevissthetsnivået på skadetidspunktet, målt med Glasgow Coma Scale ved akutt innleggelse (GSC 3-8 alvorlig; 9-12 moderat TBI) og intrakranielle funn på CT/MR-undersøkelsene av hjernen. De skulle komme fra både landlig, tettbygd og urbant strøk fra tre fylker på Østlandet og være i yrkesaktiv alder (16 - 55 år ved inklusjon i

hovedstudien for fem år siden). Videre skulle de ha mottatt kommunale rehabiliteringstjenester, ha kognitive vansker vurdert ut fra journalnotat og kunne uttale seg uten bruk av støttespiller. Eksklusjonskriteriene var: alvorlig rusmisbruk og psykiatri, store fysiske vansker (som kan overskygge kognitive vansker) og store kommunikasjonsvansker/afasi.

### FENOMENOLOGISK ANALYSE AV MENINGSINNHOOLD

De tre første intervjuene foregikk uten lydbåndopptager, og det ble derfor skrevet utfyllende sammendrag umiddelbart i etterkant på bakgrunn i notater. Ved de fire neste intervjuene ble det gitt tillatelse fra REK (Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk) til digitale opptak og alle informantene aksepterte dette. Informantene valgte selv

sted for å bli intervjuet. Fem ble intervjuet hjemme hos seg selv, mens to valgte en avskjermet del av en kafé. Jevnlig ble svarene de ga oppsummert, slik at de kunne komme med tilbakemeldinger og utfyllende kommentarer. Intervjuene ble transkribert ordrett ut fra intervjuene, og lydopptakene, transkriberingen og analysen ble gjort av førsteforfatter.

Intervjuene ble lest i sin helhet, og det ble ført logg med et umiddelbart og generelt førsteinntrykk på tvers av intervjuene, før fokuset gikk til det særegne ved hvert intervju. I to tilfeller ble informantene oppringt i etterkant for å sjekke uklarheter. Teksten ble lest med bevissthet om påvirkningen stoffet og leseren vekselvirkende hadde på hverandre (23), og ble diskutert med veileder og erfaren forsker på temaet hjerneskade (28) for å forsøke å forstå feno-

Kodene «opplevde begrensninger», «gi opp», «gjensstående behov», «ikke noe kan hjelpe»	Kategori
Informantnr/Linjenr 1/237-239: ser ikke hva som kunne hjelpe, ikke kontroll på sinne, 4/163-169: fortære sint, ikke den kontrollen jeg burde ha	Manglende kontroll på sinne/irritabilitet

Tabell 2: Eksempel på kondensering. Utdrag fra en av kategoriene.

menet. Teksten ble sett i lys av intervjuguiden, og beskrivende kodeord ble skrevet i margin. Liggende kodeord ble slått sammen i kategorier og teksten redusert (tabell 2). Ut fra det kondenserte materialet ble mønstre, sammenhenger og prosesser identifisert, og to temaer ble belyst videre (tabell 3).

## ETISKE BETRAKTNINGER, STYRKER OG BEGRENSNINGER

Deltakelsen i studien var basert på frivillig, skriftlig samtykke med mulighet til å trekke seg når som helst i henhold til Helsinkideklarasjonen (30). Informantene mottok muntlig og skriftlig informasjon. Alt datamateriale ble anonymisert og behandlet konfidensielt, og studien er godkjent av REK. Utvalget besto av flere menn enn kvinner i tråd med kjønnsrelatert forekomst av TBI. Intervjuer har erfaring innenfor rehabilitering av personer med kognitive vansker, og prosjektleder for hovedprosjektet hadde tett oppfølging av veivalgene underveis. Intervjueren og deltakere kjente ikke hverandre før intervjuene.

## Resultater

Erfaringer som omhandlet strategier for å håndtere kognitive utfordringer og støtte til å ta dem i bruk, samt vedvarende vansker der strategier ikke var tatt i bruk, dannet grunnlaget for å utforske utvikling av strategier som presentert i tabell 3.

## UTVIKLING AV STRATEGIER

I begynnelsen etter skaden fortalte flere informanter at de var oppsatt på å bli som før og gjøre det samme, på samme måte som tidligere. Etter hvert innså flere at betingelsene var endret, at aktiviteter måtte modereres og kompenserende strategier måtte tas i bruk for å håndtere gjenværende funksjonsvansker. For informantene var begrepet strategier kjent, og i meningen la de både eksterne og interne strategier som kunne bidra til å håndtere og mestre krav fra hverdagslivet. Begrepet ble ofte brukt uoppfordret da de beskrev fremskritt de opplevde. To typer funksjonsbegrensninger var særlig fremtredende når informantene snakket om bruk av strategier: nedsatt hukommelse og tretthet. Strategiene var ofte blitt introdusert for dem under opphold i spesialisthelsetjenesten, men informantene fortalte om egen innsats og støtte over lang tid fra fagperson for å innarbeide dem i daglige rutiner. Ved å høre motsetningene mellom de som hadde innarbeidet strategier kontra de som ikke hadde det, ble dette temaet tydeligere. Noen av informantene hadde lyktes gjennom bevisst jobbing, andre brukte visse strategier uten egentlig å være seg det bevisst, og noen kunne fortelle om strategier de kjente til, men ikke koble det til at de kunne ta dem i bruk selv. Det å ta i bruk strategier hang for informantene tett sammen med kunnskap, språk, bevisstgjøring

om egen skade og betydelig egeninnsats.

Petter forteller: *Lært mye om hvordan hjernen fungerer etter skaden, hvorfor jeg ikke får til ting og strategier jeg kan bruke i stedet for. For eksempel må jeg sove etter trening. De første åra skjønte jeg ikke det og sto på og måtte ligge i flere dager i strekk etterpå. Familie og venner har støttet meg mye, men det som gjorde at jeg skjønte dette, var da de på rehabiliteringssykehuset fortalte om glasset som renner over i forhold til bruk av energi – du kan ikke fylle på mer i glasset når det allerede er fullt.*

Fleire av informantene fortalte om lignende strategier for å hindre «kræsjen i hodet» og for å holde ut hele dager, hele uka, hele året rundt. Petter opplevde at undervisning om temaet i spesialisthelsetjenesten, diskusjon av testresultater med nevropsykologen og samtaler med kommunal psykiatrisk sykepleier bidro til å kunne nyttiggjøre seg strategien rutinemessige hvilepauser. Gjennom metaforen om vannglasset erfarte Petter at vanskene ble lettere å forklare både for seg selv og andre, og det bidro dermed til implementering av strategien. Samtale med fagfolk har vært viktig for å stole på at *rutinemessige hvilepauser* er et nødvendig og riktig tiltak for noen av informantene.

Nina har utviklet gode strategier med *bevisste hvilepauser og selektivt fokus* for å porsjonere krefter, og hun mente at dette også påvirket underliggende kognitive funksjoner. Da hun merket hvordan dette virket positivt på kroppen, utvidet hun bruken av strategier til stadig nye områder: *Jeg har lært meg å hele tiden fokusere på det jeg skal, og må stenge andre ting ute når jeg skal*



Tema	Temabeskrivelse	Undertema
Tema 1	Utvikling av strategier	Diskusjonspartner i utviklingen av strategier Bevisstgjøring av handlinger Undervisning som del av utvikling av strategier Metaforer for vanskene
Tema 2	Vansker som synes uløselige	Langvarige vansker uten synlig løsning Opplevelser av å hanskes med vansker ved hjelp av strategier Opplevelser av å hanskes med vansker ved hjelp av strategier Manglende kontroll av sinne og irritabilitet Hukommelsesvansker Tretthet

Tabell 3: Oversikt over hovedtemaene.

noe, for eksempel handle. Derfor fungerer også hukommelsen ganske bra nå, når jeg ikke er så sliten.

En bevisst holdning til *hvilepauser og fokus* blir dratt fram som viktig for at kreftene skal holde lenge. Nina har jobbet hardt selv, men fortalte også at hun følte kommuneergoterapeuten hadde forståelse og kunnskap om de usynlige vanskene, og dermed var en viktig diskusjonspartner over flere år. Nina påpekte at det var nødvendig å se en uke eller to i sammenheng for å holde over tid. Hele livssituasjonen er viktig, og i perioder av livet kan marginene være mindre. Petter forteller: *Jeg har lyst til å prøve og jobbe litt og tror jeg skal greie det, men jeg vet at jeg blir sliten. Jeg har nå en datter på syv måneder, og det krever mye energi, så har ikke mye å gå på akkurat nå.*

Alle informantene opplevde større eller mindre vansker med hukommelsen. En velkjent kompenserende strategi er bruk av *hukommelseshjelpemidler*, ofte introdusert ved en rehabiliteringsinstitusjon. Flere fortalte at de hadde gått via et system med rigid å notere ned alle små og store avtaler, til i dag å notere det de erfaringsmessig ikke husket godt. Informantene fortalte at mobiltelefonen er et utmerket hjelpemiddel

for folk med så vel som uten hukommelsesvansker. Ikke bare var selve strategien med å notere avtaler og bruk av alarmfunksjonen på mobilen viktig for hukommelsen, men totalsituasjonen med automatiserte rutiner og porsjonering av krefter opplevdes for noen som viktig for å huske avtaler. Åge fortalte: *Bruker telefonen som jeg legger inn avtaler og ting jeg må gjøre. Så legger jeg inn det at det piper. Det er jo et arbeidsredskap. For det har jeg funnet ut nå etterpå at jeg bruker innmari mye energi på å minne meg selv på ting 20 ganger om dagen, og da tenker du så hardt på det at en blir sliten.*

Vi ser her at det heller ikke er så lett å isolere de forskjellige funksjonsvanskene og strategiene, da de griper inn i hverandre. Åge blir sliten av å huske på ting og opplever at et godt innarbeidet *hukommelseshjelpemiddel* frigjør energi. Nina passer på å ha fast struktur med hvilepauser og selektivt fokus i hverdagen, og av den grunn fungerer hukommelsen bedre.

### VANSKER UTEN LØSNING?

Informantene ble spurt om de i dag hadde gjenstående vansker og behov etter ulykken. Spørsmålet ble stilt for å fange opp

informasjon om oppfølging som kunne vært hensiktsmessig i informanternes øyne. Flere informanter nevnte begrensninger de mente det ikke fantes løsning på. Samtidig fortalte de om begynnende strategier eller bestemte situasjoner som utløste vanskene.

En av disse begrensningene som dukket opp hos tre av informantene, var vansker med å kontrollere irritasjon og sinne. Stein synes det av og til er skummelt med de tankene han har, og han er redd han ikke skal greie å kontrollere seg når han blir irritert: *Ser ikke akkurat hva som kunne hjulpet meg. Blir lett irritert på bagateller. Prøver å roe meg ned ved å tenke på andre ting eller gå vekk fra situasjonen.*

Han sier han ikke ser hva som kan hjelpe, men forteller samtidig om to strategier for å forebygge at han blir ukontrollert sint. Problemet er klart for ham, og han har et håp om å få samtaler med psykiatrisk sykepleier for å «lufte ut tanker» og «bearbeide tanke-mønsteret».

Åge kommer også inn på dette temaet mot slutten av intervjuet: *Da bruker jeg mye energi og blir sliten, og så blir jeg irritert og forbanna. Har jobbet med det i spesialisthelsetjenesten, men jeg har funnet ut at det må vel ..hmm .. være for andre i tilfelle at det er noe problem at jeg blir forbanna. Tror ikke noe kan hjelpe. Vet ikke hvem som kan stresse eller være forbanna for deg. Prøver å avpasse hvor mye jeg jobber, men er ikke flink til det. Jeg hater egentlig å presse meg for hardt. Det går ut over.... jeg holdt på å si, psykisk balanse.*

Åge trodde ikke noe kunne hjelpe, men skisserte samtidig at han ble forbanna når han var sliten. Åge hadde ikke tatt i bruk

strategien *bevisste, rutinemessige hvilepauser* gjennom dagen. Både Stein og Åge var rådvile, men ønsket å gjøre noe med vanskene. Samtidig var informantene opptatt av balansegangen mellom å anerkjenne tingenes tilstand og å strebe etter stadig bedring.

De fleste informantene hadde i dag greie måter å kompensere for hukommelsesvanskene. I tillegg til stor egeninnsats har flere fått hjelp og støtte til å implementere strategiene bevisste hvilepauser, selektivt fokus og hukommeshjelpemidler via diskusjoner og refleksjoner med fagpersoner. Ronny opplevde fremdeles store begrensninger i denne funksjonen: *Hukommelsen er viktigste begrensning etter skaden. ...Jeg har hukommelse som en gullfisk... Går ikke an å trene opp igjen hukommelsen. Jeg hadde PDA før (red: PDA=elektronisk hukommeshjelpemiddel). Fungerte godt når jeg husket å ha på lyden og husket å skrive inn. I stedet for PDA har jeg fått meg iPhone, og den legger jeg alltid på bordet for å huske å ta den med og ha på lyden igjen./.../ Nei, jeg legger ikke inn avtaler der.*

Ronny skisserer at det ikke er håp for hans «*gullfiskhukommelse*». Dette problemet hadde han tidligere en strategi for som delvis fungerte, men ble avbrutt da PDA-en ble ødelagt. iPhone kan fungere på samme måte, men han har ikke selv kommet i gang med å bruke den som et hjelpemiddel som kan kompensere for hukommelsen, selv om han nå har innarbeidet en god rutine for å huske å ta den med. Samtidig har han oppfatningen om at hukommelse ikke kan påvirkes. Ronny har ikke hatt noen å diskutere disse oppfatningene med.

Mange av informantene opp-

levde ekstrem tretthet, og det var en viktig grunn til at det for flere var vanskelig å være i et vanlig arbeidsforhold. Eli beskriver: *Prøvde meg på jobb vel et halvt år etter ulykka. Da var jeg stressa og utålmodig og ville begynne. Jeg gikk tre halve dager i uka, men det var for mye. Hadde ansvaret for hele maskina alene, som egentlig er ganske så mye for tre personer, for ei ble sjuk og ei sluttet mens vi jobbet der og da stod jeg igjen med tre maskiner alene. Og da fant jeg ut at den jobben ikke var bra for meg. Vart sliten av alt, bråket og pratinga og folk som før her og der. Så var det kurs ned på «attføringsbedrifta» og de skulle se hva jeg takla, og jeg prøvde meg på samme arbeidsplass igjen, i en litt annen jobb, da, men det vart for mye.*

Eli syntes det var leit at hun ikke mestret arbeidet hun hadde før ulykken. Hun er nå uføretrygdet, men jobber fire halve dager i en rolig butikk og fungerer etter eget sigende godt. Det å jobbe der forteller hun er energigivende og har gitt henne fremgang med hukommelse, kommunikasjonen og ikke minst selvtiliten. Hun mestrer dermed en jobb én dag mer i uka ved strategien *støyskjerming*, i en jobb som er litt annerledes enn den hun hadde.

Petter, Nina og Atle fortalte at de både i jobbsammenheng og på fritiden gang på gang «møtte veggen» og skjønte de måtte gjøre noe. Atle fortalte: *Jeg har vært veldig pådriver selv, men har ikke sett hva som må til.* De fortalte om et vendepunkt to-tre år etter skaden etter samtaler over tid med henholdsvis ergoterapeut, psykiatrisk sykepleier og logoped i hjemkommunen, samt opphold i spesialisthelsetjenesten. De forholdt seg nå til strategien med

godt innarbeidede hvilepauser og struktur på dagene, og opplevde ikke lenger stadig å «møte veggen». Åge og Ronny har ikke hatt muligheten til samtale med fagfolk med kunnskap om temaet i hjemkommunen. Ronny kunne fortelle om det han fremdeles opplevde som en begrensning: *Jeg blir sliten, og så må jeg sove når jeg kommer hjem, ofte helt til neste dag. Jeg er vant til å pushe kroppen til jeg går i bakken, jeg. Det er det som er problemet. Ikke funnet noen strategi på hvordan jeg skal unngå det.*

Begge fortalte om ekstrem tretthet, både fysisk og psykisk, og de ga under intervjuet uttrykk for at de ikke visste hvordan de kunne forebygge dette.

## Diskusjon

Hovedfunnene i denne kvalitative studien utført i sen fase etter TBI sier noe om informantenes gjestående vansker etter skaden og hvordan noen har utviklet strategier med hvilepauser, selektivt fokus og hukommeshjelpemidler for å kompensere for begrensningene. Utvikling av strategier til nye vaner hang for informantene tett sammen med *bevisstgjøring* og noen å *reflektere høyt sammen*, ha et *språk for vanskene og kunnskap om egen skade*. Der- som vi ser på de uløste vanskene informantene forteller om i sammenheng med avsnittene om strategier som fungerer, kan vi få en dypere forståelse for hvordan strategiene utvikles og inngår i nye aktivitetsmønstre.

Merleau-Pontys holdning var at bevisste tanker manifester og utvikler seg gjennom språket og ved å dele tanker med andre. På den måten utvides perspektivet på det andre har prøvd å tenke og si før (26). Forståelse av verden

ligger innvevd i kroppslige strukturer som en bakgrunn for å forstå nå-situasjonen, selv om denne bakgrunnen ikke alltid er synlig i bevisstheten. I lys av andres historie kan man spørre seg om en samtalepartner for Ronny kunne endret hans bevissthet rundt mulige løsninger for vanskene med hukommelse eller tretthet som han opplevde. En fagperson med kunnskap om hjerneskade kan hjelpe Ronny å sette ord på vanskene og gjøre sammenhengene tydelig. Fagpersonens tro på at Ronny bærer på en førbevisst kunnskap som kan gjøres synlig, kan gi viktige bidrag til hvordan man kan gripe an vansker som kan fremstå som uløselige. Samtidig må fagpersonen være tålmodig og holde tak i prosessen lenge nok til at nye vaner blir innarbeidet. Viktigheten av, og ønsket om, støtte i senfasen etter skaden blir bekreftet i mange studier (1,2,7,11-14,18).

Mangelen på adekvate begreper skaper vanskeligheter med å formidle erfaringer, men personer med TBI beretter også at det skaper fremmedhet for ens egne erfaringer (7). Jumisko, Lexell og Söderberg (12) identifiserte ønsket om hjelp til å sette ord på og forstå skaden, og Leith, Phillips og Sample (14) behovet for informasjon og undervisning. Lik Petters opplevelse klarte deltakere i en studie av Romsland (7) å reetablere forholdet til seg selv ved å ta i bruk tilgjengelige symbolske strukturer, helt konkret ved å bruke metaforer for å skape mening i opplevelsene.

Informantene forteller at det tok tid og krevde refleksjon å implementere strategier i hverdagen og gjøre dem kroppslige. Automatiserer man ikke bruken av strategier, går uforholdsmessig mye energi til jobben med å

anvende strategier, og det kan forringe andre funksjoner. Disse funnene ligner dem fra Finlay og Molano-Fisher (31) der en døv kvinne utforsket opplevelsen av å høre med cochlea-implantat. Den fenomenologiske innsikten avslørte at hennes manglende energi på kveldstid hang sammen med at hun jobbet bevisst med å høre der andre hørte på ren automatikk, og det krevde dermed mer energi.

Ordinært lønnsarbeid har vært vanskelig å mestre for disse informantene, og de fortalte om den vanskelige prosessen å bli definert som uføre. Informantene gikk hardt ut, stilte samme krav til sin arbeidsevne som før skaden og falt siden ut av arbeidslivet. Det kan tyde på at informantene manglet kunnskap om sin egen kapasitet, noe som er i tråd med Levack, Kayes og Fadyl (2), der personer med TBI opplevde tap av kontakt og kontroll med kroppen. Når kroppen har innarbeidet en vane, er vi fritatt fra å måtte gjøre en bevisst fortolkning av vår væren i verden (26). Kroppen blir brukt som før skaden, men responsen er ikke til å kjenne igjen. Informantene i denne studien forteller imidlertid også om nytteverdien av «å møte veggen». Det er i møte med verden at vanskene kan komme til syne. Kognitive vansker blir ofte kalt de usynlige vanskene, og Powell, Machamer, Temkin og Dikmen (19) bekrefter at de fysiske vanskene gir mest bekymringer i den første tiden etter TBI. «Å møte veggen» gjorde de kognitive vanskene mer synlige, og det ga innsikt i kroppens endrede funksjon.

Det ga likevel ingen umiddelbar innsikt i hvordan vanskene kunne løses, og de samme feilene ble gjort gang på gang. For Atle, Nina og Petter var løsningen å

reflektere høyt rundt vanskene, samt å prøve ut og diskutere bruk av strategier til de gradvis ble kjent med sin nye kroppslige kapasitet og fikk innarbeidet nye vaner. Hos dem var strategiene blitt en automatisert og kroppsliggjort del av livet. For andre var sammenhengene ennå ikke synlige, og de prøvde å fungere med tidligere automatiserte handlinger, men med endrede forutsetninger.

Studien har noen begrensninger som beskrives i dette avsnittet. Tre av intervjuene foregikk uten lydbåndopptaker, i stedet ble notater gjort underveis i intervjuet. Dermed kan noen nyanser ha gått tapt. Temaet om utvikling av strategier var i utgangspunktet ikke hovedfokus for studien, men fikk oppmerksomhet siden flere av informantene var opptatt av temaet. Funnene i studien kan ha blitt påvirket av at forarbeidet ikke var rettet inn mot dette temaet. Samtidig mener vi det var av betydning å forfølge et tema som ble så tydelig under dataanalysene. Valget av informanter medfører at vi kun får belyst perspektivet fra personene med TBI, og vi kan miste viktig informasjon fra de som lever tett på disse personene og det sosiale samspillet de er en del av. Imidlertid er det en styrke ved studien at informantene kan anses som representative for gruppen personer med moderat og alvorlig TBI, og at de bidro med rike data om studiens tema.

### Implikasjoner for praksis

Ut fra informantenes erfaringer om at det tar tid, krever innspill fra andre og uttalte refleksjoner for å innarbeide gode strategier, vil det være nødvendig å ha kontakt over tid med en samtale-



partner med kunnskap om hjerneskade. Samtalepartneren trenger nødvendigvis ikke å presentere ferdige løsninger, men bør ha kunnskap om forløpet etter TBI. Kunnskap om hjernen og egen hjerneskade bidrar til forståelse og er nødvendig for å ta i bruk strategier. Bruk av metaforer kan forenkle forståelsen for bruker selv og pårørende. Ved å automatisere rutiner kan det se ut til at man kan få en sekundærefekt ved spart energi som kan gi overskudd og oppmerksomhet til andre områder. Informanter rapporterer at tilvenning av nye strategier er en langvarig prosess, og behovet for nok tid utfordres av nåtidens måling av tidsbruk og fokusering på raske resultater i helsetjenesten. Det å formidle denne kunnskapen til personer med TBI i forløpet etter den akutte fasen kan kreve en tydeligere ansvarsfordeling av hvem som skal ta disse oppgavene på kommunalt nivå. Implikasjonene kan gi en pekepinn for fagpersoner i kommuner som ikke nødvendigvis har noe miljø rundt seg med kompetanse på kognitive vansker.

## Sammenfatning og konklusjon

Denne artikkelen gir innsikt i hvordan informantene utviklet og brukte eksterne og interne strategier for å håndtere gjenværende kognitive funksjonsvansker etter moderat og alvorlig TBI. Det synes viktig for disse informantene å kunne diskutere med fagpersoner som har kunnskap om kognitive vansker, for å få et språk for vanskene de opplever, informasjon om mulige løsninger og støtte til å ta i bruk strategier over en lengre tidsperiode. Studiens funn viser potensielle udekkede behov og mulige tilnærminger i

behandling av langvarige kognitive vansker etter TBI som kan gi innspill til hvordan helsetjenester, inkludert kommunale rehabiliteringstilbud, kan forbedres.

## TAKK

Vi vil rette en stor takk til informantene som delte sine erfaringer. Videre takk til Norsk Ergoterapeutforbund og Østre Toten kommune for oppmuntring og økonomisk støtte. Det er ingen interessekonflikt om rettighetene til manuskriptet.

## Referanser

1. Hadzic-Andelic N. Moderate-to-severe traumatic brain injury in Eastern Norway: trends and challenges [Doktoravhandling]. Oslo: University of Oslo, Det Medisinske fakultet; 2010.
2. Levack WMM, Kayes NM, Fadyl JK. Experience of recovery and outcome following traumatic brain injury: a metasynthesis of qualitative research. *Disability & Rehabilitation*, 2010;32(12):986-99.
3. Jumisko E, Lexell J, Söderberg S. The meaning of living with traumatic brain injury in people with moderate or severe traumatic brain injury. *Journal of Neuroscience Nursing*, February, 2005;37(1):42-50.
4. Finset A, Krogstad JM. Hodeskade: Virkninger og behandling av ulike typer hodeskader. Oslo: JW Cappelens Forlag as; 2002. (ISBN 9788202196530)
5. Andelic N, Sigurdardottir S, Brunborg C, Roe C. Incidence of Hospital-Treated Traumatic Brain Injury in the Oslo Population. *Neuroepidemiology*, 2008;30(2):120-128.
6. Sigurdardottir S. A prospective study of Traumatic Brain Injury: Neuropsychological Functioning and Post-Concussion Symptoms at 3 and 12 months after injury [Doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo, Department of Psychology, Faculty of Social Sciences; 2010.
7. Romsland GI. Erfaringer fra et rystet selv: om å leve med kognitive vanske-

ligheter etter ervervet hjerneskade [Doktoravhandling]. Oslo: Universitetet i Oslo, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin; 2008.

8. Andelic N, Hammergren N, Bautz-Holter E, Sveen U, Brunborg C, Røe C. Functional Outcome and Health-related Quality of Life 10 years after moderate-to-severe Traumatic Brain Injury. *Acta Neurol Scand*, 2009;120(1):16-23.
9. Andelic N, Sigurdardottir S, Schancke AK, Sandvik L, Sveen U, Røe C. Disability, physical health and mental health 1 year after traumatic brain injury. *Disabil Rehabil*, 2010;32(13):1122-31.
10. Jumisko E, Lexell J, Söderberg S. The meaning of feeling well in people with moderate or severe traumatic brain injury. *Journal of Clinical Nursing*, 2009;18(16):2273-2281.
11. Einbu G. «Raskere tilbake» til arbeid etter hjerneslag: en kvalitativ studie om erfaringer for å komme tilbake til arbeidslivet etter hjerneslag [Masteroppgave]. Oslo: Universitetet i Oslo, Medisinsk fakultet, Institutt for helse og samfunn; 2011.
12. Jumisko E, Lexell J, Söderberg S. The experience of treatment from other people as narrated by people with moderate or severe traumatic brain injury and their close relatives. *Disability and Rehabilitation*, 2007;29(19):1535-1543.
13. Rotondi AJ, Sinkule J, Balzer K, Harris J, Moldovan R. A qualitative needs assessment of persons who have experienced traumatic brain injury and their primary family caregivers. *J Head Trauma Rehabil*, 2007;22(1):14-25.
14. Leith KH, Phillips L, Sample PL. Exploring the service needs and experiences of persons with TBI and their families: the South Carolina experience. *Brain Injury*, 2004;18(12):1191-1208.
15. Draper K, Ponsford J. Long-term outcome following traumatic brain injury: A comparison of subjective reports by those injured and their relatives. *Nevropsychological rehabilitation*, 2009;19(5):645-661.
16. Verhaeghe S, Defloor T, Grypdonck M. Stress and coping among families of patients with traumatic brain injury: a review of the literature. *J Clin*

- Nurs, 2005;14(8):1004-12.
17. Koskinen, S. Quality of life 10 years after a very severe traumatic brain injury (TBI): the perspective of the injured and the closest relative. *Brain injury*, 1998;12(8):631-648.
  18. Jennekens N, de Casterlé BD, Dobbels F. A systematic review of care needs of people with traumatic brain injury (TBI) on a cognitive, emotional and behavioural level. *J Clin Nurs*, 2010;19(9-10):1198-206.
  19. Powell JM, Machamer JE, Temkin NR, Dikmen SS. Self-report of extent of recovery and barriers to recovery after traumatic brain injury: a longitudinal study. *Arch Phys Med Rehabil*, 2001;82(8):1025-30.
  20. Cicerone KD, Langenbahn DM, Braden C, Malec JF, Kalmar K, Fraas M, Felicetti T, Laatsch L, Harley JP, Bergquist T, Azulay J, Cantor J, Ashman T. Evidence-Based Cognitive Rehabilitation: Updated Review of the Literature From 2003 Through 2008. *Arch Phys Med Rehabil*, 2011;92(4):519-30.
  21. Ptacek, J, Pierce GR. Issues in the study of stress and coping in rehabilitation settings. *Rehabilitation Psychology*, 2003;48(2):113-123.
  22. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.
  23. Johannessen A, Tufte PA og Christoffersen L. Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode. 4.utgave. Oslo: Abstrakt forlag; 2010.
  24. Thornquist, E. Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
  25. Merleau-Ponty M. Kroppens fenomenologi. Oslo: Pax forlag; 1994. (Original publisert 1945/ 1.del, Le corps)
  26. Merleau-Ponty M. Phenomenology of Perception. New York: Routledge Classics; 2004. (Original publisert 1945/engelsk oversettelse første gang 1962)
  27. Finlay L. Debating Phenomenological Research Methods. *Phenomenology & Practice*, 2009;3(1):6-25.
  28. Dowling M. From Husserl to van Manen: A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 2007;44(1):131-142.
  29. Andelic N, et al. A prospective study of long-term outcome after TBI and health economic assessment of rehabilitation trajectories from early to later phases. Oslo: Oslo Universitetssykehus og Forskningsenter for habiliterings- og rehabiliteringstjenester (CHARM), Universitetet i Oslo. Pågående studie.
  30. Førde R. Helsinkideklarasjonen. Oslo: De nasjonale forskningsetiske komiteene [2010; 18.10.11]. Tilgjengelig fra: <http://www.etikk.no/no/Forskningsetikk/Etiske-retningslinjer/Medisin-og-helse/Helsinki-deklarasjonen/>
  31. Finlay L. og Molano-Fisher P. «Transforming» self and world: A phenomenological study of a changing lifeworld following a cochlear implant. *Medicine Healthcare and Philosophy*, 2008;11(3):255-267.



## Lynx er markedets mest diskrete varslingsystem



Lynx Tactum er klokken som er med på å gjøre Lynx til et komplett varslingsystem som tar hånd om de fleste varslingsbehov.

Lynx Tactum er et av de mest avanserte hjelpemidlene du kan skaffe deg, og er dessuten svært enkel å betjene. Det gir personer med nedsatt hørsel en betydelig friere tilværelse. Lynx Tactum varsler med ulike signaler alt etter hvilken alarm som aktiveres. Enkelt, diskret og sikkert.

Lynx markedsføres av GN ReSound Norge og er på kontrakt med NAV. Kontakt oss eller hjelpemiddelsentral for å lære mer om Lynx.



*Sammen med sengevibratoren gir Lynx Tactum maksimal sikkerhet 24 timer i døgnet. Det er her tryggheten skapes.*

GN ReSound Norge AS  
Postboks 132 Sentrum  
0102 Oslo  
Tlf 22 47 75 30  
E-post: [post@gnresound.no](mailto:post@gnresound.no)  
[www.resound.no](http://www.resound.no)

**ReSound**



### ASTRID GRAMSTAD

Forsker ved Senter for omsorgsforskning ved Norges arktiske universitet

Av Sissel Horghagen

## Kvardagsliv og hjelpemiddel i kommunehelsetenestene

**Astrid Gramstad har permisjon frå stillinga som førsteamanuensis ved institutt for helse og omsorgsfag ved UiT – Norges arktiske universitet for å jobbe som forskar ved Senter for omsorgsforskning Nord.**

#### – Hva forsker du på?

– Eg er særleg oppteken av tekniske hjelpemidler, kommunehelsetenestene, brukarerfaringar og ergoterapifagleg kompetanse og praksis. Eg bruker hovudsakleg ei kvalitativ tilnærming og er oppteken av å forstå kompleksiteten i praksisfeltet.

#### – Hva er dine hovedfunn?

– I ph.d.-prosjektet mitt forska eg på brukarerfaringar med å bestemme seg for å søkje om tekniske hjelpemiddel, prosessen med å få dette, og erfaringar med å bruke eit nytt hjelpemiddel. Eg fann at prosessen fram til å bestemme seg for å søkje om eit hjelpemiddel kunne ta lang tid. Kunnskap om hjelpemiddelet og at personane meinte at hjelpemiddelet kunne vere ei god praktisk løysing var ikkje nok til

at dei søkte. Dei vurderte òg om hjelpemiddelet var rett for deira situasjon og passa til deira sjølvforståing. Dei symbolske aspekta ved hjelpemiddelet og eiga forståelse av kor stort behovet deira var, spelte også ei viktig rolle. Vidare fann eg at alle brukarane hadde høge forventningar både til hjelpemiddelet, oppfølginga av dette, og eigen kompetanse i å ta det i bruk og handtere det.

Når desse forventningane ikkje vart møtt, kunne det vere vanskeleg å ta grep ovanfor helsepersonell for å få den hjelpa dei trong. Det siste, og kanskje mest spennande funnet, var at hjelpemiddelet kunne brukas på fleire måtar. Det vart brukt til å støtta personen i daglege aktivitetar, men kunne også bidra til å styrke sosiale relasjonar, få ein til å kjenne seg som meir kom-

petent og gje von om ei trygga framtid.

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

– Eg likar veldig godt artiklane til min kollega Cathrine Arntzen. Til dømes «Body, participation and self transformations during and after in-patient stroke rehabilitation», som eg brukte mykje då eg førebudde meg på prøveførelsinga mi. Her skildrar ho godt korleis kvardagsliv endres når ein vert sjuk, og ho får fram betydninga av å fokusere på overgangar mellom tenestenivå. Elles har eg òg lyst til å trekkje fram ein artikkel som gjennom smarte og morsomme litterære grep går i rette med enkle eindimensjonale forestillingar om teknologi: «The hitchhiker's guide to ubicom: using techniques



from literary and critical theory to reframe scientific agendas». Ein av få vitskaplege artiklar som har fått meg til å le høgt!

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

- Umiddelbart vil eg seie at me treng meir forskning om det meste, både med kvalitative og kvantitative tilnærmingar. I tillegg tenkjer eg at me særleg treng meir forskning på kommunehelsetenesta og kommuneergoterapeutar, sett i lys av at dette kjem til å bli ein enno meir viktig arena i framtida. Ein kollega og eg held no på med ei Delphi-studie der me nettopp spør kommuneergoterapeutar kva dei kjenner behov for at det bør forskas meir på. Dei har kome med over femti forslag til for-

skingsområde og skal no prioritere desse. Me vonar at studien kan gje ergoterapiforskarar hjelp til å velje praksisrelevante forskingstema, og satsar på å publisere resultata i løpet av dette året.

**- På hvilken måte er din forskning anvendbar?**

- Ph.d.-arbeidet mitt gjev ei djupare forståing for brukarperspektivet i hjelpemiddelformidlingsprosessar, og kan slik leggje til rette for brukarmedverknad i desse prosessane. Forskinga mi kan òg brukas for å argumentere for ei individualisert og dynamisk oppfølging av søkjarar av hjelpemiddel. Vidare tenkjer eg at forskninga mi er anvendbar i kraft av at eg er med på å bygge opp forskingskompetansen innan

ergoterapifaget i Noreg. Ei viktig oppgåve for meg er å inspirere og støtte studentar til å bli nysgjerrig på forskning og ta forskarutdanning, og å samarbeide med andre ergoterapeutforskarar for å skape eit godt forskningsmiljø med spennande prosjekt som kan kome brukarar og faget til nytte.

**Referanser**

- Arntzen, C., Hamran, T. & Borg, T. 2015. Body, participation and self transformations during and after in-patient stroke rehabilitation. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 17(4), 300-320.
- Blythe, M. 2014. The hitchhiker's guide to ubicom: using techniques from literary and critical theory to reframe scientific agendas. *Personal and ubiquitous computing*, 18(4) 795-808.

**Rehabshops Stimulite® sitteputer**  
luftig, letthåndterlig, trykklfri  
Nå i Norge og prisforhandlet med NAV

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

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

**Contoured Ekstra Myk Brederer Sittegroup**  
konturert, sidestabil pute for para- og tetraplegikere med høy risiko for trykksår

**Slimline Ekstra Myk**  
konturert, lav pute for aktive brukere med mellom / lav risiko for trykksår



**GÖRAN SJÖDÉN'S REHABSHOP NORGE AS**

Kontor: Vogellund 31, 1394 Nesbru Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru  
Tel: +47 48 50 32 97 [www.rehabshop.com](http://www.rehabshop.com) [Facebook.com/RehabshopNorge](https://www.facebook.com/RehabshopNorge)

# Jobbglidning

Av Siri Darre og Randi Nossum

## – NOE FOR ERGOTERAPEUTER?

**i 2015 gjennomførte Revmatologisk avdeling ved St. Olavs Hospital i Trondheim jobbglidningsprosjektet «Ergoterapivurdering og tiltak i spesialisthelsetjenesten som første konsultasjon til henviste pasienter med håndartrose».**



*Siri Darre er ergoterapispesialist ved revmatologisk avdeling på St. Olavs hospital.  
E-post: Siri.Darre@stolav.no*



*Randi Nossum er ergoterapispesialist ved revmatologisk avdeling på St. Olavs hospital.*

**V**i ønsker her å formidle litt om gjennomføring og resultat fra dette prosjektet, med tanke på at også andre ergoterapeuter kan gjøre noe tilsvarende på sin arbeidsplass.

Jobbglidning defineres som «En prosess der jobbelementer overføres fra en yrkesgruppe til en annen ved at også kompetanse utvikles tilsvarende. Etterprøving av adekvat praksis er en del av prosessen» (Dagens Medisin, 2011).

Jobbglidning kan være horisontal eller vertikal. Vertikal jobbglidning skjer gjennom at oppgaver og aktiviteter blir utført på et lavere nivå uten at dette går på bekostning av kvaliteten. Horisontal jobbglidning skjer gjennom at oppgaver fordeles annerledes mellom samme profesjon på ulike tjenestenivå, for eksempel ved å flytte oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten, som i samhandlingsreformen.

### JOBBGLIDNINGSPROSJEKT

Siden Revmatologisk avdeling ved St. Olavs Hospital hadde store utfordringer med ventelistesituasjonen, ble ergoterapeutene på avdelingen i 2014 oppfordret til å gjennomføre et jobbglidningsprosjekt. Formålet med prosjektet var å endre oppgavefordelingen mellom lege og ergoterapeut for pasienter med håndartrose. Fokuset var å frigjøre tid for revmatologer til legespesifikk behandling av andre pasientgrupper, og dermed bidra til å forbedre ventelistesituasjonen ved Revmatologisk avdeling.

### PROSJEKTMIDLER

Jobbglidningsprosjektet ble finansiert via *Forbedrings- og samhandlingsmidler* utlyst fra Helse Midt-Norge RHF. Satsningsområdene i utlysningen var blant annet «Bedre oppgavedeling, herunder





*St. Olavs hospital er et av Norges største helseforetak og er en sammenslutning av alle offentlige sykehus i Sør-Trøndelag. Det meste av virksomheten er samlet på Øya i Trondheim.*

særsilt fokus på å frigjøre tid for helsepersonell til pasientbehandling, innovasjon, utdanning og opplæring....», «Færre unødige kontroller i spesialisthelsetjenesten» og «Ressursplanlegging og pasientflyt».

Vi fikk tildelt prosjektmidler tilsvarende en 50 prosent ergoterapeutstilling i ett år. Det ble dannet en prosjektgruppe bestående av behandlingsansvarlig avdelingsoverlege og to ergoterapispesialister. Brukergruppen ved revmatologisk avdeling skulle evaluere opplegget før oppstart og etter endt prosjektperiode.

Ergoterapibehandlingen ble utført i henhold til anbefalte europeiske retningslinjer for konservativ behandling av håndartrose (EULAR, Evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis). I etterkant av ergoterapibehandlingen fikk pasienten velge om han eller hun hadde behov for konsultasjon hos revmatolog. Ergoterapeuten gjorde i tillegg en vurdering angående behovet for konsultasjon hos revmatolog.

## EVALUERING

Av de totalt 24 behandlede pasientene vurderte 17 pasienter at de ikke hadde behov for time hos revmatolog. De resterende sju ble satt opp til en halvtimes konsultasjon hos revmatolog hvor hensikten var å vurdere behov for injeksjon i affiserte ledd og/eller avklare eventuell tilleggsdiagnose. Totalt resulterte prosjektet i en innsparing på 21,5 legetimer.

Vurderingsskjemaet PasOpp ble benyttet for evaluering av pasienterfaringer. PasOpp består av tolv spørsmål og er utviklet av Kunnskapssenter for

helsetjenesten i Folkehelseinstituttet. Det benyttes blant annet til regelmessige evalueringer av brukeropplevd kvalitet i norske sykehus. I innledningen ble det presisert at spørsmålene som skulle besvares, gjaldt den undersøkelsen og behandlingen pasienten hadde fått hos ergoterapeuten.

Vurderingsskjemaet PasOpp ble besvart av 21 av 24 pasienter. Alle de som svarte, hadde stor eller svært stor tillit til behandlernes faglige dyktighet, de opplevde at de hadde fått tilstrekkelig informasjon om diagnose og plager, og at de ble involvert i avgjørelser som angikk behandlingen. De aller fleste svarte at de hadde hatt stort eller svært stort utbytte av den behandlingen de hadde fått hos ergoterapispesialist.

## RESULTAT

Resultatet av jobbglidningsprosjektet viste at en endring av oppgavefordelingen mellom revmatolog og ergoterapispesialist er hensiktsmessig ved behandling av pasienter med håndartrose. Det førte til omgjøring av tid for revmatologer til legespesifikk pasientbehandling av andre pasientgrupper, og en forbedring av ventelistesituasjonen ved avdelingen. Omorganiseringen ble ansett som forsvarlig på bakgrunn av svarene i vurderingsskjemaet om pasienterfaringer og tilbakemeldinger fra brukergruppen ved revmatologisk avdeling.

Fra januar 2016 ble ordningen implementert i ordinær drift, og alle henviste pasienter med håndartrose blir nå rutinemessig satt opp til første konsultasjon hos ergoterapispesialist.

# Hvilke utfordringer møter du som ergoterapeut i praksis?

## OG HVA MENER DU YRKESETISK UTVALG SKAL BIDRA MED?

**Samfunnet endrer seg og stiller kontinuerlig nye krav til ergoterapeuter. Vi skal jobbe kunnskapsbasert, som blant annet innebærer etisk refleksjon og skjønnsmessige vurderinger.**

Av Anne Lund

**E**rgoterapeutene i Yrkesetisk utvalg ønsker innspill på hvilke etiske utfordringer og dilemmaer ergoterapeuter møter i sin arbeidshverdag.

Aktuelle problemstillinger kan være:

- Hvem diskuterer du etiske utfordringer med?
- Hvordan foregår diskusjoner om etiske utfordringer/dilemmaer (for eksempel systematisk eller tilfeldig)?
- Er det greit å diskutere brukere/pasienter med kollegaer over lunsjen?
- Får innbyggerne der hvor du jobber, et godt nok ergoterapeuttilbud, og hva gjør du hvis de ikke får det?
- Er det en eller flere grupper av innbyggere som ikke har tilgang på ergoterapitjenester, for eksempel på grunn av språkproblemer?
- Hvordan prioriterer du arbeidsoppgaver i hverdagen?
- Samsvarer dine arbeidsoppgaver med den kompetansen du har?

- Er det greit å være venner med brukere/pasienter på Facebook?
- Er du privatperson eller ergoterapeut når du uttaler deg i sosiale media?
- Hvordan håndterer du eventuelle faglige uenigheter med kollegaer?

Har du eksempler som du ønsker å dele med yrkesetisk utvalg, kan du sende mail til: [Anne.Lund@hioa.no](mailto:Anne.Lund@hioa.no). Dersom du foretrekker å være anonym, kan du sende brev til:

Anne Lund, Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørutdanning  
Postboks 4 St. Olavs plass  
0130 Oslo

Med vennlig hilsen

*Yrkesetisk utvalg - Kjersti Helene Haarr, Kirsti Hellesøy, Annette Eidesen, Fanny Jakobsen og Anne Lund*



Aktivitet og deltakelse for alle.  
Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem

ergoterapeutene



## NEKROLOG

### Kristin Marie Johnson Koritzinsky

**K**ristin Marie Johnson Koritzinsky døde uventet den 21. november 2015. Hun var født 22. mai 1931 og vokste opp i en åpen og ressurssterk familie. Etter endt real-skole ved Ullern skole dro hun til England for å lære engelsk.

Yrkesvalget ble arbeidsterapi. I 1956 begynte hun sin toårige utdanning ved Statens Kvinnelige Industriskole i Oslo, endelig en godkjent yrkesutdanning av Kirke- og Undervisningsdepartementet. Etter seks års arbeid i barne-

psykiatri på Tjøme og Linde i Tønsberg kom hun i 1964 til Ullevål Sykehus, psykiatrisk avdeling for menn. Hun var ansatt frem til 1997 avbrutt av 19 år som lærer i arbeidsterapi innen psykiatri ved Statens Kvinnelige Industriskole.

Den gang var arbeidsterapi (ergoterapi) i en rivende utvikling. Det var et nybrottsarbeid som krevet pågangsmot, utholdenhet og faglig dyktighet. Hun deltok blant annet i arbeidet for dannelsen av en regional høyskole for ergoterapeuter. Kolleger beskriver

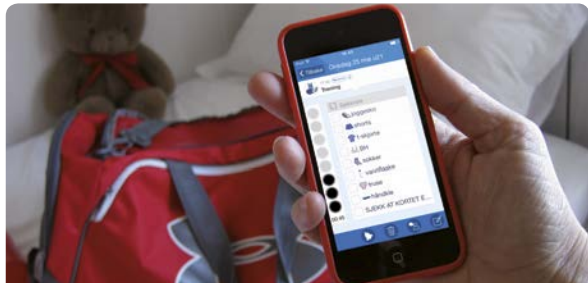
henne som stolt av sitt fag. Hun var alltid opptatt av å gi pasienter og elever det beste hun evnet. Hun var en nær, varm, god og lyttende kollega, som tilkjennega sine meninger på en rolig og avbalansert måte. Kristin var en kreativ person - glad i billedkunst, musikk, teater og litteratur. Hun var reiseglad.

De siste 18 årene delte hun med sin kjære Tom. De tilbragte mange vintre i Spania. Familien og deres barn betydde mye for henne. Hun var en trofast og god venn. Hadde sans for humor og



likte å være med der det skjedde noe. Hun var en person vi kunne betro oss til, dele sorger og gleder med og som selv åpnet seg for oss. Vi som sto henne nær, deler savnet med familien og Tom.

*Mette Breder og  
Lillen Herø*



### HandiKalender for iOS

Det er med glede vi nå presenterer en stor nyhet i Handi-serien.

HandiKalender for iOS er for deg som bruker iPhone- og iPod Touch, og som har behov for flere verktøy til planlegging og struktur.

Appen lastes ned gratis fra App Store og du logger på med din Handi web-konto.

Ta kontakt med oss på [info@abilia.no](mailto:info@abilia.no) for en 4 ukers demoversjon.

ABILIA AS Tel 23 28 94 00 | [info@abilia.no](mailto:info@abilia.no) | [www.abilia.no](http://www.abilia.no)



personlig  
**GPS**  
trygghetsalarm

**Er du i kontakt med personer som liker å bevege seg ute, men har begynt å miste stedsansen?**

**Eller kanskje en som liker å gå tur alene, mens den som er hjemme er urolig for om alt er bra?**

Personlig GPS har blitt et veldig nyttig hjelpemiddel. For noen også et alternativ for de som ikke får tradisjonell trygghetsalarm i kommunen.

Henvis gjerne til oss hvis noen er aktuelle. Vi har personlig service på telefon. Hvis du ønsker å få tilsendt et knippe informasjonsfoldere som kan gis ut til interessenter så sender du mail til: [post@careto.no](mailto:post@careto.no)

**Fra 1.995 i vår nettbutikk [www.tryggereliv.no](http://www.tryggereliv.no)**

Kan også bestilles på telefon 33 11 40 50, eller via e-post: [post@careto.no](mailto:post@careto.no)



# Fra idé til prosjekt

**Denne artikkelen er ment som en inspirasjon i forbindelse med Fagkongress i ergoterapi 6. – 8. november 2017 i Trondheim. Hensikten er å motivere kolleger til å sette i gang med fagutviklingsprosjekter som kan presenteres på kongressen.**

Av Ingvild Kjekken



*Ingvild Kjekken er ergoterapeutspesialist og seniorforsker ved Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter ved Diakonhjemmet sykehus og professor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.  
Epost: Ingvild.Kjekken@hioa.no*

*Artikkelen ble skevet i forbindelse med den forrige norske fagkongressen i Oslo.*

Fagutvikling kan defineres som systematisk virksomhet der man bruker eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og kjennetegnes ved at det har utspring i og er direkte relevant for klinisk praksis. Det starter ofte med at man ønsker å gjøre noe annerledes eller bedre. Kanskje vil man systematisere noe man allerede gjør, eller prøve ut noe man vurderer å innarbeide som en rutine, prosedyre eller tilbud i klinisk praksis.

Hensikten på sikt er å bedre og kvalitetssikre tilbudet til pasienter eller brukere ved å øke helsepersonells kompetanse og/eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer eller tjenester.

Om man har en idé til noe en ønsker å jobbe med, er det lurt å organisere gjennomføringen som et prosjekt. Da er det viktig å tenke gjennom hva man skal gjøre, og hvorfor man skal gjøre det. Videre bør man definere hvem som er målgruppe, og bestemme hvem man skal samarbeide med, hvordan man skal organisere arbeidet, og hvordan erfaringene skal evalueres og eventuelt innarbeides som del av etablert praksis

når prosjektperioden er over. Til sammen utgjør dette en plan som bør nedfelles skriftlig i form av en prosjektbeskrivelse.

I det følgende utdypes de ulike delene i en slik prosjektbeskrivelse og illustreres med et eksempel hentet fra et prosjekt på en ergoterapiavdeling ved et somatisk sykehus.

## Hva vi skal gjøre – formålet

Det er lurt å starte med å beskrive bakgrunn og tema for prosjektet, for deretter å formulere et hovedmål som beskriver hva man ønsker å oppnå når prosjektet er gjennomført. Hovedmål kan gjerne utdypes i delmål, som bør være så konkrete at man kan svare ja eller nei på om målet er nådd ved senere evaluering.

## EKSEMPEL

Innføring av COPM som vurderingsredskap i ergoterapi. Tema for dette fagutviklingsprosjektet er brukermedvirkning, nærmere bestemt systematisk innhenting av pasienters opplevde aktivitetsproblemer. I Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-2019 understreker man betydningen av

medbestemmelse fra brukere om hvordan utredning, behandling og oppfølging skal foregå. The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et individualisert instrument som er utviklet av og for ergoterapeuter for å beskrive og måle pasienters egen vurdering av viktige hverdagsaktiviteter (1). Instrumentet er siden lanseringen i 1991 tatt i bruk i over 35 land, er oversatt til mer enn 20 ulike språk (inkludert norsk), er kvalitetssikret i forhold til psykometriske egenskaper, og er et av de mest brukte instrumentene innen ergoterapi, også i Norge (2;3;4).

Overordnet mål i dette fagutviklingsprosjektet er at alle ergoterapeuter ved sykehuset skal føle seg trygge på å bruke vurderingsinstrumentet the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) der dette ansees som nyttig for planlegging og/eller evaluering av pasienters behandling eller rehabilitering.

Ut fra dette har vi formulert følgende delmål:

- Alle ergoterapeuter ved avdelingen skal få opplæring i bruk av COPM.
- Alle ergoterapeuter skal i løpet av prosjektperioden gjennomføre COPM-intervjuer med minst fem pasienter.
- Alle ergoterapeuter skal i samme periode gjennomføre oppfølging med re-scoring av COPM med minimum tre pasienter.

### Hvorfor vi skal gjøre det

Her utdypes begrunnelse for og nytteverdi av prosjektet. Ofte kan det være lurt å bruke områdene fra kunnskapsbasert praksis som en sjekkliste og oppsummere kunnskap og behov påpekt gjennom forskning, formidlet fra



Fagkongress i ergoterapi  
Trondheim  
6.-8. november 2017

## Har du satt av datoen?

### Hverdagen i fokus

kvalitet • mestring • nytenkning • kompetanse

pasienter og pårørende, og fra egen og andres kliniske erfaring. Begrunnelsen kan også henvise til politiske strategier og pågående reformer.

#### EKSEMPEL

**Fagpolitisk begrunnelse:** Å muliggjøre betydningsfull aktivitet er ergoterapeuters kjernekompetanse (4). I følge Ergoterapeuters samfunnskontrakt (2006) forplikter ergoterapeuter seg til å drive kunnskapsbasert praksis som kan begrunnes ut fra brukerperspektiv, aktivitetsperspektiv, egne er-

faringer og dokumentasjon i teori og forskning. Systematisk bruk av kvalitetssikrede instrumenter for å innhente pasienters egen vurdering av aktivitetsutførelse er et ledd i å oppfylle denne forpliktelsen.

#### Brukerperspektiv og juridisk

**begrunnelse:** Pasienter ønsker og har rett til medbestemmelse i utforming av egen behandling. I Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001) §3-1 (6) står det at «Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse-

og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon». Å bruke COPM er en (av flere) måter systematisk å innhente pasienters egne vurderinger på, og dermed ivareta deres rett til medbestemmelse.

**Klinisk erfaring:** Fra vår praksis har vi erfart at når mål i ergoterapi og/eller rehabilitering baseres på pasientens prioriterte aktivitetsutfordringer, gir dette økt motivasjon, bedre tilpasset behandling og økt utbytte.

**Forskningsbasert begrunnelse:** COPM er utviklet basert på den kanadiske ergoterapimodellen og er kvalitetssikret i forhold til gyldighet, pålitelighet, responsivitet og anvendelighet. Instrumentet brukes i økende grad for å dokumentere nytte av ergoterapi i forhold til ulike pasientgrupper og problemstillinger, (2;3) og brukes i Norge for å utarbeide mål og evaluere effekt av hverdagsrehabilitering (7). Studier viser at denne typen individualiserte instrumenter fremmer brukermedvirkning både ved å gi et godt grunnlag for videre samarbeid om mål og aktuelle tiltak, og ved å innarbeide pasienters egne vurderinger av oppnådd effekt når de scorer de samme områdene etter endt behandling (8;9). Brukt i større grupper vil man også kunne innhente kunnskap om hva som er vanlige utfordringer for pasienter med samme problemstilling eller diagnose (10;11). Dermed kan man vurdere om eksisterende behandlingstilbud imøtekommer disse behovene, eller om det er

nødvendig å endre eller utvikle nye tilbud.

### Hvem skal delta eller involveres?

«Hvem» kan omhandle både hvilken pasientgruppe prosjektet omfatter, hvem fra personalgruppa som er involvert, og hvem man skal samarbeide med underveis.

Når det gjelder pasientgruppe, kan det for eksempel være alle pasienter med en spesiell diagnose eller problemstilling, hvor man bestemmer seg for å prøve ut en ny prosedyre eller metode på et bestemt antall pasienter for å få tilstrekkelig erfaring til å vurdere om dette skal innføres mer permanent. Andre ganger kan det være en rutine som man tenker skal gjelde alle pasienter, hvor man avgrenser utprøvingen til et konkret antall deltakere som inkluderes fortløpende. I forhold til samarbeidspartnere kan dette være personer som skal gi praktisk assistanse til for eksempel å uforme maler, gi opplæring i nye undersøkelsesmetoder eller i bruk av ny programvare. Det kan også være lurt å ha med en brukerrepresentant som kan komme med innspill om hva som etterspørres eller erfaringsmessig fungerer godt eller dårlig sett fra brukerens ståsted.

Uansett prosjekttema bør man alltid sikre seg en veileder som kan stille gode spørsmål og komme med innspill underveis i prosessen, og bidra slik at man kommer vel i havn med det planlagte arbeidet.

### EKSEMPEL

Målgruppe for prosjektet er pasienter med (lang)varige funksjonsnedsettelse. I prosjektperioden skal alle pasienter med (lang)varig funksjonsnedsettelse

som henvises til ergoterapeut for aktivitetsvurdering, intervjues med COPM dersom det vurderes som gjennomførbart og nyttig for videre planlegging og gjennomføring av behandling eller rehabilitering.

Deltakere i prosjektet er alle ergoterapeuter ved sykehuset. Vi vil også samarbeide med brukerrepresentant EE fra sykehusets brukerutvalg, og med FF ved Ergoterapeututdanningen, som har sagt ja til å være veileder i prosjektet.

Videre orienteres ledere for sykehusets kliniske avdelinger og samarbeidspartnere i de tverrfaglige teamene på disse avdelingene om prosjektet.

### Hvordan vi skal gjøre det (metode)?

I prosjektplanen må det beskrives tydelig hvordan arbeidet skal organiseres, og hva man trenger av ressurser for å kunne gjennomføre det. Et godt tips er så raskt som mulig å forankre prosjektet i ledelsen ved involvere en med lederansvar i prosjektgruppa.

Dersom andre miljøer har gjort noe lignende det man selv har tenkt å gjøre, kan man få til et studiebesøk eller møte hvor det aktuelle miljøet deler sine erfaringer, og hvor man kan presentere prosjektet og få innspill og ideer.

De ulike fasene i prosjektet settes så inn i en prosjektplan med milepæler og tidsramme. Dersom prosjektet innebærer ekstra kostnader, bør man også sette opp et budsjett.

### EKSEMPEL

Det etableres en prosjektgruppe med prosjektleder AA, avdelingsleder BB og og brukerrepresentant EE. Veileder FF og brukerrepresentanten deltar på



Dato	Milepæl
Innen 1. september	Oppstart av prosjekt – prosjektgruppa har hatt min. ett møte. Avdelingsleder BB har orientert aktuelle avdelingsledere om prosjektet.
Innen 1. oktober	Alle ergoterapeuter har lest COPM-manual og sett DVD. To ergoterapeuter har deltatt på kurs i COPM. Ergoterapeutene har orientert aktuelle samarbeidspartnere om prosjektet.
Innen 15. oktober	Fagdag om den kanadiske modell og COPM er gjennomført. Kollokviégrupper med 4-5 deltagere er etablert.
Innen 15. november	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum et COPM-intervju og diskutert dette i sin kollokviégruppe
Innen 15. desember	To eksempler (kasus) med intervju er presentert og drøftet på avdelingsmøte.
Innen 15. januar	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum tre COPM-intervju og diskutert dette i sin kollokviégruppe.
Innen 1. februar	Abstract om prosjektet er sendt inn til Ergoterapikongressen 2017
Innen 1. april	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum en re-scoring av COPM.
Innen 15. august	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum fem COPM-intervjuer og minimum tre re-scoringer.
Innen 15. september	Fagdag er avholdt hvor erfaringer i prosjektperioden er diskutert og evaluert, og beslutninger om videre praksis er tatt.
Innen 15. oktober	Erfaringer og konklusjoner fra prosjektperioden er beskrevet i en rapport.
<b>6. – 8. november 2017</b>	<b>Prosjektet presenteres på Norsk Fagkongress i Ergoterapi.</b>

Tabell 1. Milepælsplan.

prosjektmøter, og på samlinger og avdelingsmøter ved behov. To av avdelingens ergoterapeuter deltar på kurs om den kanadiske modellen og COPM. Alle avdelingens ergoterapeuter leser den norske COPM-manualen fra 2015. Det gjennomføres en fagdag hvor veileder fra Ergoterapeututdanningen gir en innføring i den kanadiske modellen og COPM, og hvor de som har vært på kurs, refererer og deler sine erfaringer fra kurset. Brukerrepresentanten deltar, og ergoterapeutene trener i å gjennomføre COPM-intervju og scoring med brukerrepresentanten og hverandre.

Deretter starter man utprøving. Alle pasienter som henvises til ergoterapivurdering de neste seks månedene intervjues med COPM. Unntak er pasienter i

akutt fase, eller pasienter som har kognitiv svikt, da litteraturen viser at COPM ikke er velegnet i forhold til disse. I etterkant av hvert intervju noteres erfaringer og refleksjoner i hver ergoterapeuts individuelle loggbok i forhold til hvorvidt intervjuet ga nyttig og/eller overraskende informasjon (i så fall hva), og om hva som var utfordrende for terapeut og pasient, og hvordan dette eventuelt ble løst.

Prioriterte aktiviteter med scoring journalføres for hver enkelt pasient, og informasjon innhentet via COPM-intervjuet formidles til tverrfaglig team og andre aktuelle samarbeidspartnere.

Erfaringer og refleksjoner rundt bruk av COPM deles og diskuteres månedlig i kollokvi-

grupper og på møter i ergoterapiavdelingen annenhver måned i prosjektperioden. Prosjektleder får avsatt en dag i uken de første to månedene til arbeid med prosjektet, deretter en halv dag i uken ut prosjektperioden.

### Hvordan skal erfaringene evalueres?

Man må også beskrive hvordan man skal evaluere resultatene av prosjektet. Dette innebærer å vurdere om de målene man satte for prosjektet, er nådd. Som regel vil man ha møter underveis i prosjektperioden hvor man diskuterer foreløpige erfaringer og eventuelt gjør justeringer i forhold til oppsatt plan. Aktuelle evalueringsmetoder ved prosjektslutt kan være å telle antall aktuelle hendelser, for eksempel gjennom-

	Kostnad	Dekkes via
Innkjøp av fire COPM-manualer m scoringskort og ti testskjema	Kr 1 500.-	Ergoterapiavdelingens driftsbudsjett
COPM-kurs – to deltakere	Kr 6 000.-	Ergoterapiavdelingens kursbudsjett
Veiledning, 20 timer à kr. 500.-	Kr 10 000.-	Søkes dekket via Ergoterapeutforbundets midler til ergoterapirelatert forsknings- og utviklingsarbeid
Honorar brukerrepresentant, 20 timer à kr. 310.-	Kr 6 200.-	
Presentasjon av prosjektet på Fagkongress i ergoterapi 2017 (én deltaker)	Kr 5 500.-	Søkes dekket via sykehusets utviklingsfond
Ressurser i form av arbeidstid for prosjektleder og ergoterapeuter forutsettes dekket via den tid som er avsatt til fagutvikling og forskning i ergoterapiavdelingen.		

Tabell 2: Budsjett.

førte vurderinger eller igangsatte tiltak. Registrering av spesifikke negative hendelser kan også være aktuelt, om prosjektet har som mål å redusere forekomst av slike.

Involverte kan også fortløpende føre loggbok hvor de systematisk registrerer hendelser, erfaringer og refleksjoner. Ved prosjektslutt kan disse notatene oppsummeres og analyseres.

Videre kan man intervju noen av de involverte (pasienter, pårørende og/eller ansatte) ved prosjektslutt for innhente deres erfaringer.

### EKSEMPEL

Grad av måloppnåelse i prosjektet vurderes på følgende måter:

- Alle ergoterapeuter registrerer antall gjennomførte COPM-intervjuer og re-scoringer i prosjektperioden.
- Basert på egen loggbok og diskusjoner i kollokviegrupper, på fagmøter og i tverrfaglig team oppsummerer hver terapeut egne erfaringer i forhold til om en synes COPM-intervju har gitt nyttig informasjon. Videre hvorvidt det er pasienter, problemstillinger eller situasjoner hvor en vurderer bruk av COPM

som spesielt egnet eller uegnet.

- Hver terapeut vurderer egen trygghet i forhold til bruk av COPM på en skala fra én til fire (1 = svært utrygg, 4 = svært trygg), og beskriver eventuelle behov for videre opplæring og/eller veiledning.

Terapeutenes vurderinger presenteres og oppsummeres på en fagdag i avdelingen hvor også veileder og brukerrepresentant deltar. Erfaringer i prosjektperioden diskuteres og evalueres. Basert på dette tas beslutninger om videre praksis.

### Implementere og vedlikeholde endringer

Hvordan erfaringer og tiltak skal videreføres, avhenger av hvilke konklusjoner man har kommet til i evaluering av prosjektet. Uansett bør prosjektet oppsummeres i en rapport som gjøres tilgjengelig for alle som har vært involvert. Det vil som regel være naturlig at prosjektleder skriver rapporten, mens deltakerne i prosjektgruppa kommer med innspill underveis i utformingen.

Dersom en ønsker å videreføre

ny praksis, bør man lage en plan for hvordan dette skal gjennomføres. Basert på erfaringene fra prosjektperioden vil man ofte også gjøre noen justeringer. Aktuelle spørsmål å stille seg er om målgruppen for prosjektet skal utvides eller avgrenses, om det er andre kollegaer som bør involveres, og om noen i staben skal ha et spesielt ansvar for å holde seg oppdatert på temaet eller metoden prosjektet omhandlet.

Det er også lurt å planlegge et nytt møte noen måneder etter prosjektslutt, hvor en igjen diskuterer og justerer ny praksis.

### Noen praktiske tips

Avslutningsvis følger en liste med faktorer som øker sjansen for å komme vel i havn med et fagutviklingsprosjekt:

- Sikt mot «lite, men godt».
- Vær sikker på støtte i ledelsen og personalgruppa.
- Sikre at noen har avsatt tid til å planlegge og lede prosjektet.
- Involver aktuelle deltakere og brukerrepresentanter så tidlig som mulig.
- Etterspør og lær av andres erfaringer.
- Ha konkrete og realistiske mål.

- Bruk tid på å planlegge.
- Vær forberedt på at planen kan forandres underveis.
- Ikke undervurder tidsbruk – ting tar gjerne dobbelt så lang tid som man tror.
- En god veileder er gull verdt!
- Oppsummer i etterkant.
- Del erfaringene med andre.

#### Litteraturliste

- 1 Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (Manual). 4 ed. CAOT Publications ACE; 2005.
- 2 Parker DM, Sykes CH. A Systematic Review of the Canadian Occupational Performance Measure: A Clinical Practice Perspective. Br J Occup Ther 2006;69:150-60.
- 3 Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: A research and clinical literature review. Can J Occup Ther 2004 Oct;74:210-22.
- 4 Dolva AS, Sveen U, Bonsaksen T, Hagby C, Høghagen S, Solbakken A, Thyness EM. Hvilke undersøkelses-vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter? Ergoterapeuten (norsk) 2015;2.
- 5 Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Wellbeing & Justice through Occupation. First ed. 2007. (6) Lov om pasient – og brukerrettigheter (2001).
- 7 Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Førland O, Kjekken I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. BMC Geriatr. 2015 Nov 4;15:145.
- 8 Wressle E, Eeg-Olofsson AM, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. J Rehabil Med 2002;34:5-11.
- 9 Donnelly C, Carswell A. Individualized outcome measures: a review of the literature. Can J Occup Ther 2002;69:84-94.
- 10 Kjekken I, Dagfinrud H, Slatkowsky-Christensen B, Mowinckel P, Uhlig T, Kvien TK, et al. Activity limitations and participation restrictions in women with hand osteoarthritis: patients' descriptions and associations between dimensions of functioning. Ann Rheum Dis 2005;64:1633-8.
- 11 Dagfinrud H, Kjekken I, Mowinckel P, Hagen KB, Kvien TK. Impact of functional impairment in ankylosing spondylitis: impairment, activity limitations, and participation restrictions. J Rheumatol 2005;32:516-23.
- 12 Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl M, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (Manual, norsk versjon). NRRK; 2005.
- 13 Sveen U, Melhus M, Kjekken I. Hva gjør ergoterapeuter egentlig? Utvikling av undervisningsmateriale til ferdighetstrening. Ergoterapeuten (norsk) 2009;52:24-7.



## OPP OG STÅ FRA A-Å!

FOR MER INFORMASJON  
GÅ INN PÅ

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



## Tre eksempler på fagutviklingsprosjekter

**I 2017 arrangerer region Midt-Norge fagkongress i ergoterapi i Trondheim. Her presenterer kommunikasjonskomiteen for fagkongressen ulike eksempler på fagutviklingsprosjekter som gjennomføres av ergoterapeuter. Har du lyst til å starte et fagutviklingsprosjekt?**



Av Ida Weydahl

### Kan PRPP fremme fokus på aktivitet og deltakelse?

#### Hva:

Prosjektet var en del av avsluttende oppgave under videreutdanning i almennehelse ved Høyskolen i Oslo og Akershus. Vi ønsket å sjekke ut hvordan en forenklet versjon av kartleggingsredskapet PRPP (Perceive, Recall, Plan, Perform) kunne fremme fokuset på aktivitet og deltakelse for slagpasienter i samhandlingen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

#### Hvorfor:

Vi ønsket å ha fokus på aktivitet og deltakelse for slagpasientene i overføringen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Ved å bruke et felles kartleggingsredskap ønsket vi å gi en helhetlig og brukerstyrt behandling mellom de ulike nivåene, samt skape en felles terminologi.

#### Hvem:

Vi gjennomførte felles kartlegging



*Linn Therese Jacobsen er ergoterapeut i ambulant slagteam ved sykehuset i Telemark, og Kari Bergheim er ergoterapeut i Skien kommune.*

av tre pasienter med milde til moderate slag som skulle rett hjem til sin kommune og ikke innom annen rehabilitering.

#### Hvordan:

Vi foretok felles kartlegging ved bruk av en forenklet versjon av PRPP i hjemmet til brukeren. Vi

fikk veiledning fra ph.d.-stipendiat Linda Stigen, som har jobbet med dette kartleggingsredskapet, i etterkant av kartleggingene. Vi erfarte at PRPP-terminologien var nyttig i samhandlingen mellom ergoterapeutene, og også i kommunikasjonen med slagpasientene.



## Øke kompetansen på motiverende intervju

**Hva:** Prosjektet handler om opplæring i bruk av prinsipper for motiverende intervju (MI) for ansatte som jobber med hverdagsmestring.

**Hvorfor:** Trondheim kommune har i lengre tid prioritert å satse på tidlig innsats/hverdagsrehabilitering. Målet er at brukernes muligheter for egenmestring styrkes, og at funksjonsnivå opprettholdes så lenge som mulig. Her er brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse i hverdagsaktiviteter sentralt. I dette arbeidet trenger helsepersonell verktøy og metoder for å få fram hva som er viktige aktiviteter for å fremme mestring og deltakelse hos den enkelte bruker. Trondheim kommune har blant annet valgt å satse på MI som verktøy for å fremme brukermedvirkning.

**Hvem:** Vi er to ergoterapeuter fra Enhet for ergoterapitjeneste som har hatt interne oppdrag om å øke kompetansen om MI til ansatte som arbeider med hverdagsmestring. I tillegg har det vært noen eksterne oppdrag med samarbeidspartnere utenfor kommunen.

**Hvordan:** Ansatte i enhet for ergoterapitjenesten fikk tilbud om veiledning i bruk av prinsipper for MI gjennom et halvt år. To av oss har etter dette vært med på kick-off-dager, fagnettverk og fagdager og holdt undervisning og veiledet ansatte i Trondheim kommune som skal jobbe med tidlig innsats og hverdagsmestring. På denne måten får ansatte undervisning og veiledning i bruken av prinsipper for MI. I tillegg har vi holdt foredrag på en større nettverkssam-



*Tone M. Husby er ergoterapeut i enhet for ergoterapitjenesten i Trondheim kommune.*

ling i regi av KS og omsorgskonferansen til fylkesmannen. Vi ønsker å lage en undervisningsvideo og har søkt om midler til dette.

## Hvordan kan ergoterapeuter bidra i en rettspsykiatrisk vurdering?

**Hva:** Dette prosjektet ble gjennomført i forbindelse med avsluttende masteroppgave i Aktivitet og Bevegelse ved NTNU. Jeg ønsket å finne ut hvordan ergoterapeuter kan bidra i en rettspsykiatrisk vurdering etter Straffeprosesslovens paragraf 167, hvilket vil si en vurdering om de er strafferettslig tilregnelig for det de er tiltalt for.

**Hvorfor:** Ved ergoterapiavdelingen tilbyr vi aktivitet til alle pasienter som er inneliggende på regional sikkerhetsavdeling. Jeg så at gjennom observasjon i aktivitet fikk man informasjon som man ikke nødvendigvis ville få i avdelingen eller i samtale med lege/psykiater eller psykolog. Jeg ønsket derfor å finne ut hvordan ergoterapeutisk kartlegging gjennom observasjon kunne

bidra i vurdering av strafferettslig tilregnelighet.

**Hvem:** Jeg kartla fem observander som var innlagt til en rettspsykiatrisk vurdering på min arbeidsplass.

**Hvordan:** Jeg satt meg godt inn i kartleggingsredskapet *Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)*. Dette kartleggingsredskapet ble brukt for å kartlegge kommunikasjon og interaksjonsferdigheter gjennom observasjon. Observandene ble observert og kartlagt med ACIS i minst to aktiviteter som var meningsfulle for dem. Gjennom oppholdet til observandene ble disse resultatene diskutert tverrfaglig og drøftet opp mot mandatet fra rettens sakkynndige, og det ble i tillegg utformet en skriftlig rapport. Resultatene



*Andrea Helene Haugnes er spesialergoterapeut og arbeider i enhet for ergoterapi ved Regional sikkerhetsavdeling, Brøset.*

bidro til den rettspsykiatriske vurderingen av observandene.

## BOKOMTALE

# Jonas har DCD

**Developmental Coordination Disorder (DCD) påvirker aktiviteter i hverdagen til barn med denne diagnosen.**

**J**onas har DCD er ei nyttig bok. Den forteller på en enkel måte hvordan barn og unge med DCD kan streve med alminnelige gjøremål i sin hverdag. Det er lett for leseren å kjenne seg igjen når man får eksempler fra dagliglivet. Vanskelige ord og begreper blir forklart med vanlige ord, og man får hjelp til å forstå diagnosen. Boka er inndelt i mindre avsnitt og har illustrasjoner. Den gir god oversikt og kan brukes som ei håndbok.

Primært er den skrevet for at barn i alderen åtte til tolv skal kunne lese den selv eller sammen med voksne. men den er også rettet mot foreldre, klassekamerater, lærere, terapeuter og andre i familien og vennekretsen.

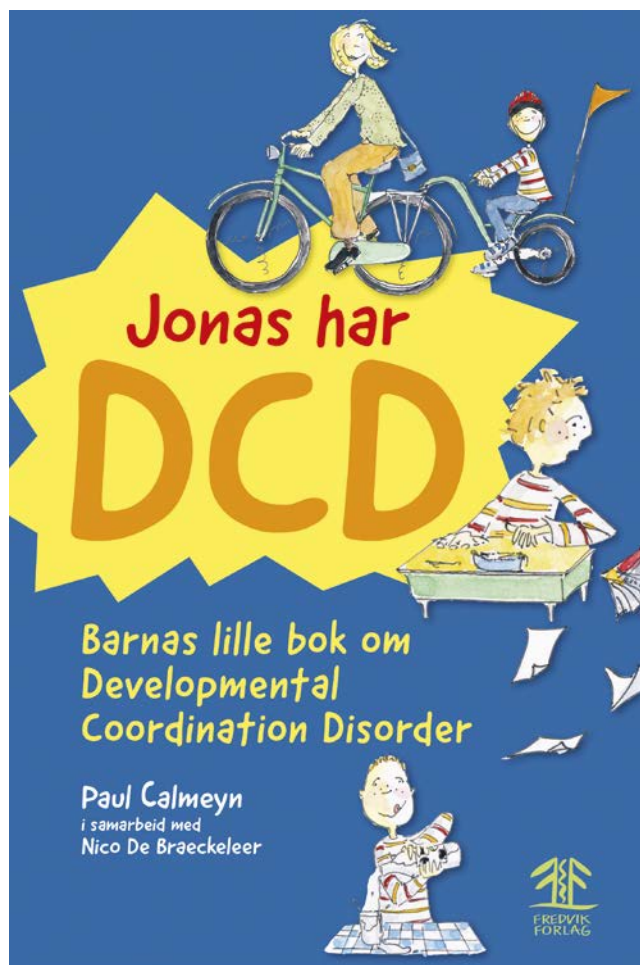
### FORMIDLER HÅP

DCD er en lite kjent diagnose blant folk flest. «Jonas» kan derfor lett bli misforstått, for eksempel at han slurver, at han dultet borti noen med vilje, at han vil lage uro i klassen, at han er «dum». Boka er et bidrag til at barnet blir møtt med forståelse. Det er viktig at både foreldre, søsken, lærere og andre får praktisk kunnskap om hvilke utfordringer «Jonas» har. Boka er opplysende og samtidig engasjerende. Den gir et innblikk i hva Jonas strever med på skolen og hjemme.

Det beste med boka er at den formidler håp. Den gir praktiske råd om hvordan man kan gjøre hverdagen lettere for den som strever. Både barnet og omsorgspersonene får flere tips om tilrettelegging i hverdagen slik at barnet kan utnytte sine muligheter for læring og utvikling. Den tar «Jonas» på alvor og vet at gode vaner kommer til nytte senere i voksenlivet.

### OM FORFATTERNE

Paul Calmeyn er fysioterapeut og har jobbet i mange år med barn og voksne med DCD. Han har også skrevet mye om dette temaet i Belgia, hvor han jobber ved et habiliterings- og rehabiliteringssenter, ved siden av undervisning i videregående skole.



*Tittel: Jonas har DCD - Barnas lille bok om Developmental Coordination Disorder*

*Forfatter: Paul Calmeyn i samarbeid med Nico De Braeckelee*

*Oversatt av: Tina Johansen (ergoterapeut)*

*ISBN: 978-82-92603-04-8*

*Forlag: Fredvik*

*Pris: 196 kroner*

Nico De Braeckelee er barnebokforfatter i Belgia og er kjent for sin kreative fortellerstil og sin innsikt i barnas behov.

*Liv Breivold Tveite, ergoterapeut*



Aktivitet og  
deltakelse for alle.

Bli medlem!

# 10 gode grunner til å bli medlem

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

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

  
ergoterapeutene





*Ragnhild Lied er ny Unio-leder.*

## DET NYE UNIO-ANSIKTET

**Ragnhild Lied, tidligere leder i Utdanningsforbundet, tok over som leder i Unio da Anders Folkestad takket for seg etter 14 år. – Unio er summen av alle medlemsforbundene. Vi skal fortsette å være en samlet kraft, sier hun.**

Av Else Merete Thyness

**R**agnhild Lied har vært sentralt tillitsvalgt i Utdanningsforbundet siden 2002 og ble leder i 2012. Nå skal hun fronte cirka 340 000 medlemmer i Unios tolv medlemsforbund.

– Sammen med resten av fagbevegelsen spiller Unio en viktig rolle i det norske samfunnet. Jeg er glad for denne oppgaven, sier hun.

Lied karakteriserer seg selv som engasjert, villig til å lytte og utålmodig.

– Jeg liker ikke at prosesser

tar lang tid når jeg opplever at vi har konkludert. Samtidig kan jeg være utholdende i forhandlings-sammenheng.

Nå gleder hun seg til å bli bedre kjent med Unio-forbundene.

– På et overordnet plan kjenner jeg dem gjennom møter, seminarer og forhandlingsutvalg, men nå skal jeg komme under huden på hvert enkelt forbund. Det er mange ulike grupper i Unio, men vi er kjent for å stå samlet i tøffe situasjoner. Det skal vi fortsette med.



## «Unio viser vei»

Anders Folkestad/Ragnhild Lied

### TIDLIG TILLITSVALGT

Ragnhild Lied ble født 26. april 1959 i Volda på Sunnmøre i Møre og Romsdal. Etter å ha tatt hovedfag i idrettsfag ble hun ansatt som lærer ved Stranda videregående skole. Her ble hun møtt av et særdeles aktivt fagforeningsmiljø med Anders Folkestad i spissen. Ragnhild selv ble raskt tillitsvalgt på arbeidsplassen og ordnet opp i saker som antall undervisningstimer for kroppsøvingslærere.

I 1993 ble Folkestad valgt som sentral leder for Lærerforbundet. Ragnhild fikk først plass i fylkestyret, deretter ble hun ansatt som organisasjonssekretær ved kontoret til Lærerforbundet Møre og Romsdal.

– Jeg lærte å se organisasjonen fra innsiden, men jeg savnet å være politiker. Etter to år gikk jeg tilbake til lærerjobben og verv i fylkestyret.

I 2001 sto Helga Hjetland og Anders Folkestad bak sammen slåingen av Lærerforbundet og Norsk Lærerlag til Utdanningsforbundet.

– Med ett felles forbund ble det overtall av tillitsvalgte og kamp om posisjonene. Jeg vurderte å trekke meg, men i stedet ble jeg spurt om å sitte i Utdanningsforbundets sentralstyre. Dermed ble jeg frikjøpt på fulltid, og ukependler til Oslo.

I 2001 år ble også Unio etablert, med Anders Folkestad i spissen. Denne høsten ble Lied spurt av Kristin Clemet om hun ville være med å forberede skolelæreformen Kunnskapsløftet. Det sa hun ja til. Hun har også sittet

i Samarbeidsrådet for yrkesopplæring og i styringsgruppa for Kunnskap i skolen, og vært styremedlem i organisasjonen European Trade Union Committee For Education. I 2009 ble hun valgt som nestleder i Utdanningsforbundet, og i 2012 leder. Med denne merittlisten var det ikke uventet at hun ble spurt om å overta som Unio-leder etter Folkestad.

– Det skal bli spennende å lede arbeidet i Unio videre. Jeg liker å være der beslutninger blir fattet og ting skjer, sier hun.

### NYE OPPGAVER

I den nye Unio-ledelsen får Lied med seg Solveig Kopperstad Bratseth fra Norsk Sykepleierforbund og Kjetil Rekdal fra Politiets Fellesforbund.

– Begge to er nestledere i egen organisasjon, så de må sjonglere mellom egne hatter og Unio-hatten. Det er flott å ha to stykker å dele ansvaret med, samtidig som jeg nå skal etablere det nye Unio-ansiktet. Anders satt i 14 år, så nå må folk bli vant til meg.

Som arbeidstakerorganisasjon er mye av arbeidet i Unio sentrert rundt arbeidslivspolitikken.

– Unio blir ofte definert som en kamporganisasjon. Det tror jeg ikke vi er tjent med. Det er viktig at folk skjønner at vi også er gode på å finne løsninger.

På spørsmål om hun har funnet sitt eget valgspåk, svarer hun nei.

– Anders laget et motto på vegne av Unio: «Unio viser vei». Det holder fint for meg også.



– Jeg skal stå på for Unios medlemmer, både i kampen for lønns- og arbeidsvilkår og gode arbeidsmiljøer, sier Unio-leder Ragnhild Lied.

### OM UNIO

Unio er hovedorganisasjonen for universitets- og høgskoleutdannede og har i dag cirka 340 000 medlemmer. Organisasjonen ble stiftet 10. desember 2001 da Norsk Lærerlag, Lærerforbundet, Norsk Sykepleierforbund og Politiets Fellesforbund gikk sammen om å danne UHO. På stiftelseskongressen ble Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Ergoterapeutforbund tatt opp som medlemmer. Senere har flere forbund kommet til. I 2006 skiftet organisasjonen navn til Unio.

**KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN**

Adresse: ADDmedia AS, Boks

9178 Grønland, 0134 Oslo

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

# Ergoterapeuter bringer noe helt nytt til førerkortvurderingen

## PRAKTISK KJØREVURDERING, P-DRIVE

Førerkortvurdering er et område hvor ergoterapeuter får brukt sin kompetanse om aktivitetsanalyse og vurdering av person, aktivitet og miljø. Praktisk kjøretest, P-drive, er et undersøkelses- og vurderingsredskap som brukes ved observasjon av kjøreferdigheter. P-drive er utviklet av og for ergoterapeuter. Det er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse.

**Kursarrangør:**

Norsk Ergoterapeutforbund

**Fagligansvarlig:**

Helena Selander, fil.dr. og leg. arbetsterapeut ved Mobilitetscenter, og Ann-Helen Patomella, ph.d. ved Sektionen för Arbetsterapi, Karolinska Institutet, som har henholdsvis forsket på og utviklet instrumentet.

**Kurssted:**

Oslo Kongressenter

**Tid:**

3. - 5. oktober 2016

**Pris:**

Medlemspris kr 3000, tillitsvalgtpris kr 1500 og ikke-medlemmer kr 6000. Medlemmer prioriteres.

Kurset sertifiserer ergoterapeuter til å benytte P-drive ved førerkortvurderinger og er meritterende med 22 timer ergoterapispesifikt kurs.



# Dysfagi og FOTT

## INTRODUKSJON TIL FACIO ORAL TRACT THERAPY

Facial Oral Tract Therapy benyttes ved undersøkelse og behandling av ansikt, munn og svelg i forbindelse med dysfagi. Dysfagi kan skyldes skade i de musklene og nervene som styrer normal tygge- og synkefunksjon. Symptomet kan også skyldes anatomiske forandringer i de strukturene som inngår i tygge- og synkefunksjoner.

Ergoterapeutisk intervensjon er rettet mot å fremme aktivitet og forhindre, begrense og forebygge at det oppstår aktivitetsproblemer som begrenser menneskets deltakelse i et hverdagsliv. En sikker og effektiv svelge-spise-drikkefunksjon er et viktig ADL-mål i forhold til både ernæring, deltakelse i sosialt samvær og livskvalitet.



- Innhold i kurset:**
- fysiologi og anatomi knyttet til munn og svelg
  - analyse av spisesituasjon
  - screening av oral ernæring/svelgfunksjon, frisk og dysfunksjon
  - terapeutiske tiltak
  - praktiske øvelser
  - videoeksempler

**Kursledere:** Fra Regionshospitalet Hammel Neurocenter – Universitetsklinikk for Neurorehabilitering: Katje Bjerrum, ergoterapeut og spyspiss i dysfagiambulatoriet samt Klinik for Tidlig Neurorehabilitering  
Linda Ahrenholt Christensen, ergoterapeut, Sensomotorisk Klinik

**Kursarrangør:** Ergoterapeutene ved Skien helsehus i samarbeid med Ergoterapeutene Sør.

**For informasjon:** Marit Ro, [marit.ro@skien.kommune.no](mailto:marit.ro@skien.kommune.no), tlf: 40 90 70 23

**Sted:** Skien helsehus

**Tid:** 2. juni – 3. juni 2016

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

**Målgruppe:** Ergoterapeuter

**Pris:** Medlemmer kr 4 000, tillitsvalgte kr 2 000, og ikke-medlemmer kr. 8 000.

Medlemmer prioriteres.

**Påmeldingsfrist:** 9. mai. Bindende påmelding.

Kurset er godkjent med 17 timer som ergoterapispesifikt og spesialistspesifikt kurs meritterende til ergoterapispesialist innen Eldres helse og Somatisk helse.





Vi har  
studiene  
som øker din  
kompetanse.

Som ergoterapeut  
kan du ta tverrfaglige  
videreutdanninger  
ved VID vitenskapelige  
høgskole, i Oslo og  
Sandnes.

- Velferdsteknologi
- Medborgerskap  
og samhandling
- Livsstyrketrening
- Master i helse- og  
sosialfaglig arbeid  
med eldre

Se flere tilbud  
og les mer om  
studiene på  
[vid.no](http://vid.no)

VID  
vitenskapelige  
høgskole

## Ergoterapi og psykisk helse



### RECOVERY: BEGREPER, PERSPEKTIVER OG PRAKSISER

25. og 26. august 2016

Kurset har fokus på recovery (bedringsprosesser), hverdagsliv, mestring og samarbeidende praksiser innen psykisk helsearbeid. Recovery handler om de ulike måtene som personer med psykiske helseutfordringer aktivt arbeider på med å håndtere situasjonen og skape seg et meningsfullt liv i lokalmiljøet. Videre er ulike sosiale og kontekstuelle forhold knyttet til bedringsprosesser sentrale og recovery er like mye en sosial som en personlig prosess. På kurset vil også utvikling av recovery-orienterte tjenester bli belyst og diskutert.

Målgruppen er ergoterapeuter som ønsker å utvide sine perspektiver innen psykisk helse, og henvender seg til ergoterapeuter som arbeider innen psykisk helse/rus/miljøterapi.

**Arrangør:** Norsk Ergoterapeutforbund

**Kurssted:** Oslo

Faglig ansvarlig: Marit Borg, ergoterapeut og professor i psykisk helsearbeid, Senter for psykisk helse og rus (SFPR) ved Høgskolen i Buskerud. En erfaringskonsulent vil også forelese på kurset.

Kurset er meritterende med 12 timer som ergoterapispesifikt kurs og spesialistspesifikt kurs til ergoterapispesialist i Psykisk helse og Allmennhelse.

## 1.BEHANDLING/TRENING

### 0330

#### HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING

##### CYPROMED AS

Vikaveien 17, 2312 Ottestad

Tlf.: 62 57 44 33, fax: 62 57 44 34

wes@cypromed.no

www.cypromed.no

Elektriske varmehjelpemidler for alle.

##### MINITECH AS

Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad

Tlf.: 62 57 78 00, fax: 62 57 77 51

mail@minitech.no www.minitech.no

Elektriske varmehjelpemidler til barn og voksne

### 0333

#### ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKK-FOREBYGGENDE HJELPEMIDLER

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

##### BERGEN MEDIKAL AS

Gyldenprisvn. 16, 5056 Bergen

Tlf.: 55 94 77 00, fax: 55 94 77 01

post@bergen-medikal.no

www.bergen-medikal.no

Meds Nodex S madrass. Dynamisk nulltrykk terapisystem til forebygging i alle risikogrupper og behandling i alle stadier av trykksår.

Den mest optimale løsningen på markedet i dag. Eneste nulltrykkssystem godkjent av RTV.

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

firmapost@medema.no www.medema.no

##### TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar

Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11

company@mail.togemo.no

Dekker alle behov for trykkavlastning

##### VITAL BASE AS

Myrveien 2, 6060 Hareid

Tlf.: 71 51 42 84, fax: 71 51 40 73

firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no

Sårbehandling/trykkavlastningsprodukter

### 0348

#### BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

##### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### 0606/0612/0618

#### ORTOSER

##### OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo

Tlf.: 23 14 26 00, fax: 23 14 26 56

info@ottobock.se www.ottobock.no

Ortoser blir bra!

### 0630

#### PROTESER

##### NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad

Tlf.: 62 57 44 44, fax: 62 57 44 45

nto@ortonor.no www.ortonor.no

Spesialist i armproteser.

## 3. PERSONLIG STELL OG KLÆR

### 0903 KLÆR OG SKO

##### ØYTEX AS

6917 Batalden

Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77

post@oytex.no www.oytex.no

Uteklær for rullestolbrukere

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona tørkler, Arcona smekker

### 0909

#### HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

##### REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

Tlf.: 62 57 44 46, fax: 62 57 44 45

##### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### 0912 HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

##### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Svan Bidette, Svan Remote, Svan Balance,

Svan Lift, Svan Støttearmen, Chameleon

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamveien 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

firmapost@medema.no

www.medema.no

##### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### 0912 B

#### HJELPEMIDLER FOR BARN VED

##### TOALETTBESØK

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

##### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Svan Balance

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

firmapost@medema.no

www.medema.no

##### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### 0933

#### HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

##### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Servantheis, badebord

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

## – PRODUKTREGISTER –

### ERGOGRIIP

www.ergogrip.no  
tlf. 92 20 93 99 faks 56 30 66 99  
Støttebøyle for vask  
HEPRO AS  
Øvermoan 9, 8250 Rognan  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10  
firmapost@hepro.no www.hepro.no  
Kaskad dusjkabin

### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: +47 62 95 06 10  
Fax: +47 62 95 06 11  
www.klubben.no  
Se: [http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med pro-  
dukter for sansestimulering.

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no  
www.medema.no

### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308  
4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **0933 B**

#### **HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING**

### ASTEC AS

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

### BARDUM AS

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

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no www.medema.no

### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308  
4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### **Y 1**

#### **YRKESKLÆR/SKO**

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

### **4. FORFLYTNING**

#### **1203/1206**

#### **GANGHJELPEMIDLER**

### ADL PRODUKTER AS

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

### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no  
www.bardum.no  
FOLLO FUTURA AS,  
Brekkeveien 43, 1430 ÅS  
Tlf: 64 94 21 65  
www.follo-futura.no

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no  
www.medema.no

### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308  
4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### **1212**

#### **BILTILPASNINGER**

### HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss  
Tlf.: 32 18 16 00, fax: 32 18 16 01  
mail@handpro.no www.handpro.no  
Totallev. i biltilpasninger og utstyr

### **1218 SYKLER**

### ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23  
4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
Sykler - man. og el.

### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
MEDEMA NORGE AS  
P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no www.medema.no

### **1221**

#### **RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE**

### ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23  
4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
Rullestoler - man. og el.  
HAND-PRO AS  
Servicebox 3, 3504 Hønefoss  
Tlf.: 32 18 16 00, fax: 32 18 16 01  
mail@handpro.no www.handpro.no  
Balder el. rullestoler

### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79  
firmapost@hepro.no www.hepro.no  
MEDEMA NORGE AS  
P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no

### www.medema.no

### PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan  
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59  
firmapost@permobil.com,  
www.permobil.com

### SUNRISE MEDICAL AS

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

### **1221 B**

#### **RULLESTOLER FOR BARN**

### ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no

### HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss  
Tlf.: 32 18 16 00, fax: 32 18 16 01  
mail@handpro.no www.handpro.no

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no www.medema.no  
PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan  
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59  
firmapost@permobil.com,  
www.permobil.com

### PICOMED MOBILITY AS

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



## – PRODUKTREGISTER –

### 1224

#### **TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER**

##### ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

##### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81

firmapost@hml.no www.hml.no

E-mobil hjelpemotor/ drivaggregat

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

firmapost@medema.no www.medema.no

##### PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

##### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

### 1227

#### **ØVRIGE KJØRETØYER**

##### HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41

post@handinor.no www.handinor.no

Ispigge-/skipigge-/hockeykjelke/pulk/mo-  
noski

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

firmapost@medema.no www.medema.no

### 1227 A

#### **ØVRIGE KJØRETØYER. SKILATOR/**

#### **RULLATOR M/SKI**

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

firmapost@medema.no www.medema.no

### 1230

#### **OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER**

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

##### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Gripo støttestang

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Overflyttingshjelpemidler, Dreilett ,

Jøhl Stolløfter

### 1233 VENDEHJELPEMIDLER

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Eliglide

### 1236 LØFTEHJELPEMIDLER

##### HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

post@hcn.no www.hcn.no

Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten

gjennomgående skinne

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

firmapost@medema.no

www.medema.no

##### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

### 1503 HJELPEMIDLER TIL MATLAGINGEN

##### MEDINOR CARE

Divisjon i Medinor ASA

Postboks 94 Bryn, 0611 Oslo

Tlf.: 22 07 65 00, fax: 22 07 65 05

medinor@medinor.no www.medinor.no

Brannforebyggende prod. for eldre/funksj.h.

##### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### 1509

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

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

##### REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

Tlf.: 62 57 44 46, fax: 62 57 44 45

##### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

##### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu

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

post@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

### 1512

#### **RENGJØRINGSHJELPEMIDLER**

##### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79

firmapost@hepro.no www.hepro.no

##### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### 1803

#### **BORD**

##### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

##### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79

firmapost@hepro.no www.hepro.no

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

firmapost@medema.no

www.medema.no

### 1809

#### **SITTEMØBLER**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

##### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79

firmapost@hepro.no www.hepro.no

##### HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal

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

##### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

firmapost@medema.no

www.medema.no

## – PRODUKTREGISTER –

### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308  
4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **1812**

#### **SENGER**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no  
www.bardum.no  
MEDEMA NORGE AS  
P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no www.medema.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### **1815**

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

##### ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
ASTEC AS  
Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
E-post: post@astec.no www.astec.no  
Kjøkken og bad – hev/senk

### **1818**

#### **STØTTEANORDNINGER**

##### ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
PICOMED AS  
Brokelandsheia, 4993 Sundebu  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

### **1821**

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

##### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn  
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90  
www.gewa.no bestilling@gewa.no

### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

### **1830**

#### **HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEI- SER OG RAMPER**

##### ACCESS VITAL AS

PB 430 2303 Hamar  
Tlf : 95 76 10 00, faks: 62 51 85 01  
www.accesstrappeheiser.no  
eva@accessvital.no  
Heiser: Løfteplattformer,  
Trappeheiser og Ramper  
MEDEMA NORGE AS  
P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no www.medema.no

### **S 1**

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

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda  
Tlf: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra  
individuelle behov

### **1833**

#### **SIKKERHETSUTSTYR TIL BOLIGER OG ANDRE LOKALER**

##### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10  
firmapost@hepro.no www.hepro.no  
Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

### **1836**

#### **OPPBEVARINGSMØBLER**

##### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Kjøkken og bad – hev/senk  
MEDEMA NORGE AS  
P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no  
www.medema.no  
RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308  
4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### **K 1**

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

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
HEPRO  
Industrivn 23, 2050 JESSHEIM  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79  
firmapost@hepro.no www.hepro.no

### 7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/VARSLING

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

### **2103**

#### **OPTISKE HJELPEMIDLER**

##### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn  
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90  
www.gewa.no bestilling@gewa.no  
Optiske hj.midler

### **2109**

#### **TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVE- MASKINER OG KALKULATORER**

##### ABILIA AS

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

##### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn  
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90  
www.gewa.no bestilling@gewa.no  
Tilbehør til datamaskiner.

### **2110**

#### **KOGNITIVE HJELPEMIDLER**

##### ABILIA AS

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

##### COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo  
Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30  
info@cognita.no www.cognita.no  
MYLIFEPRODUCTS AS  
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo  
Tlf: 92631425  
post@mylifeproducts.no  
www.mylifeproducts.no  
VESTFOLD AUDIO AS  
Nordre Fokserød 12  
3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

### **2127**

#### **IKKE-OPTISKE LESEHJELPEMIDLER**

##### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308  
4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

## 2136

### TELEFONER OG

#### TELEFONERINGSHELPEMIDLER

##### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

##### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Telefon og telefoner og telefoneringshj.

##### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

Tlf: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50

info@gnresound.no www.gnresound.no

##### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

##### VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

## 2139

### LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

##### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Lydoverføringssystemer

##### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

Tlf: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50

info@gnresound.no www.gnresound.no

##### VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

## 2142

### SAMTALEHELPEMIDLER VED

#### NÆRKOMMUNIKASJON

##### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

##### BARDUM AS

Tlf: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

##### COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo

Tlf: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30

info@cognita.no www.cognita.no

##### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Samtalehj.midler

##### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

Tlf: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50

info@gnresound.no www.gnresound.no

##### VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

## 2144

### GYNGETERAPI

##### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

Tlf: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51

teis@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

## 2145

### HØREAPPARATER

##### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Høreapparater

## 2146

### HØRSELTEKNISKE HJLPEDMIDLER

##### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Hørseltekniske hjelpemidler

##### VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

## 2147

### SOVEHELPEMIDLER

##### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

Tlf: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51

teis@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

## 2148

### VARSLINGSHJLPEDMIDLER

##### COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo

Tlf: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30

info@cognita.no www.cognita.no

##### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

##### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Varslingshj. midler

##### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

Tlf: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50

info@gnresound.no www.gnresound.no

##### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

Tlf: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

##### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Varsling

##### VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

## 2151

### ALARMSYSTEMER

##### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

##### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00, Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Alarmsystemer

##### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

Tlf: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Epi-alarm, Sengealarm, Døralarm,

Varslingsmatte, Stolalarm

##### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

Tlf: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51

teis@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

## 8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

## 2412

### HJLPEDMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

##### ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

Tlf: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01

access@access-gruppen.no

www.accessgruppen.no

Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

##### GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Hjelpemidler for omg



## – PRODUKTREGISTER –

### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru  
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51  
teis@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

### **2418**

#### **GREPTILPASNINGER OG HJELPEMIDLER SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER HÅND- OG/ELLER FINGERGREP**

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

### ABILIA AS

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

### PICOMED AS

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

### REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad  
Tlf.: 62 57 44 46, fax: 62 57 44 45

### **2436**

#### **TRANSPORTHJELPEMIDLER**

MEDEMA NORGE AS  
Pb. 133, 1483 Skytta, Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no www.medema.no

### **3003**

#### **LEKER**

### ABILIA AS

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

Leire for modellering, formingsartikler.

### BARDUM AS

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

### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11  
www.klubben.no  
Se: [http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308  
4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### **3006 SPILL**

### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11  
www.klubben.no  
Se: [http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

### **3009**

#### **MOSJONS- OG IDRETTSSUTSTYR**

### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105  
Mail: info@bamseprodukter.no

### BARDUM AS

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

### HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund  
Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41  
post@handinor.no www.handinor.no

### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11  
www.klubben.no

Se: [http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308  
4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

## **10. HJELPEMIDLER FOR BARN**

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

### **B.ADL**

#### **ADL- HJELPEMIDLER**

### ADL PRODUKTER AS

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

### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105  
Mail: info@bamseprodukter.no  
Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

### KRABAT AS

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

### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308  
4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### **B.ERG**

#### **ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE**

### ASTEC AS

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

### **B.LØF**

#### **LØFTEHJELPEMIDLER FOR BARN**

### MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no www.medema.no

### **B.KOM**

#### **KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN**

### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
GEWA AS  
PB 626, 1411 Kolbotn  
Tlf: 66 99 60 00 Fax: 66 80 94 90  
www.gewa.no bestilling@gewa.no  
Kommunikasjonshj. for barn  
KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11  
www.klubben.no

Se: [http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

### VESTFOLD AUDIO AS

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

## – PRODUKTREGISTER –

### **B.MOS**

#### **MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR**

##### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: [info@bamseprodukter.no](mailto:info@bamseprodukter.no)

Posisjonering og trening for små og store barn.

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

##### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

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

Se: [http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

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

##### MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no) [www.medema.no](http://www.medema.no)

##### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20

[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### **B.ROL**

#### **ROLLATORER**

##### MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no) [www.medema.no](http://www.medema.no)

##### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20

[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### **B.SEN**

#### **SENGER FOR BARN**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

##### MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no) [www.medema.no](http://www.medema.no)

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

Pb. 604 3412 Lierstranda

Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Arcona barneseng

### **B.SPO**

#### **SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

##### HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41

[post@handinor.no](mailto:post@handinor.no) [www.handinor.no](http://www.handinor.no)

##### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

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

Se: [http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

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

##### MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no) [www.medema.no](http://www.medema.no)

##### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20

[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### **B.STI/SAN**

#### **STIMULERING/SANSEMOTORIKK**

##### AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68

[www.hana-holmens.no](http://www.hana-holmens.no)

Leire for modellering, formingsartikler.

##### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: [info@bamseprodukter.no](mailto:info@bamseprodukter.no)

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

##### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10

Fax: +47 62 95 06 11

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

Se: [http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

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

### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51

[teis@picomed.no](mailto:teis@picomed.no) [www.picomed.no](http://www.picomed.no)

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

##### RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20

[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

Pb. 604 3412 Lierstranda

Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

### **B.SYK**

#### **SYKLER**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no)

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

##### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

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

Se: [http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

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

##### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

[fb@krabat.no](mailto:fb@krabat.no) [www.krabat.no](http://www.krabat.no)

Krabat trioBike, transportsykkel

##### MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no) [www.medema.no](http://www.medema.no)

### **SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER**

##### BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

[www.bojo.no](http://www.bojo.no) [post@bojo.no](mailto:post@bojo.no)

**ABLOY**

Picomed tlf: 37 11 99 50  
Action trykkavlastende

**ALVEMA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**ARDO MEDICAL AG**

togemo Med.Supply  
tlf: 62 52 62 72

**ARRO CONTROL**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**ATENA NORDIC AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**ATO FORM**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BALDER EL. RULLESTOLER**

Hand-Pro tlf: 32 18 16 00

**BARRY EMONS**

AMAJO tlf: 67 07 43 40

**BC-LIFT**

Access AS tlf: 62 51 85 00

**BERNAFON**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**BEKA HOSPITEC**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BERROLKA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BEST MOBILITY**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BO EDIN AB**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**BORRINGIA AS**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**BOS MEDICAL**

togemo MedSupply  
tlf: 62 52 62 72

**CABICARES**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**CAREZIA AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**CERTEC KLOKKA,TRIACON**
**CHESTNUT COMPANY APS**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50  
COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

**CIRRUS**

Handicare tlf: 69 24 44 00

**CLEAN LINE**
**HYGIENEPRODUKTER**
**COBI REHAB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**COMFORTA AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**CONSTELLA**

Astec tlf: 22 72 23 55

**CONTUR TRYKKAVLASTNING CURA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DAYS (DMA)**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DORMA**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**DRAISIN GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DYNAMO STOL APS**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DYNAVOX**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**EASYLIFE GRIPESTANG**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**ECN SENGELØFTER**

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

**EDU-PLAY**

Riktige Leker,tlf: 22 01 78 50/52

**EDWARD SENGEN**

Eurocontact Norge

**ELICARE AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**E-MOBIL HJELPEMOTOR FOR**
**RULLESTOLER**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**EUROFLEX**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**FAAC**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**FIBERDYNEN**

Picomed AS tlf. 92018007

**FITFORM**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**FLIPSTICK. HØYDEREGULERBAR**
**SITTESTOKK**

At ronda tlf: 51 58 87 81

**GRANBERG INTERIOR AB**

Astec tlf. 22 72 23 55

**G. S. SMIRTHWAITE-(PETØ)**

Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

**HABO VÅTDUKPRESSER**

At ronda tlf: 51 58 87 81

**HAMATIC SENGEUNNER**

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

**H. BOCK**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00  
Highriser

**HIRO-LIFT GMBH**
**HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS**

tlf: 66 81 60 70

Access AS tlf: 62 51 85 00

**HML REISESENG**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**HML STOKK- OG KRYKKEHOLDER**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**HML STASTATIV**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**HUMANTECHNIK**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**HUNTLEIGH HEALTHCARE**

Medinor care, tlf: 22 07 65 00

**HØRAT**

Oticon tlf: 23 35 59 00

**IDC LIFESTAND STARULLE -**
**STOLER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**ILLER BELTEKJØRETØYER**
**IMAGETALK**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

**JAMES**

Picomed tlf: 37 11 99 50

**JAZZY EL. RULLESTOLER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**JØHL HUMAN CARE**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**KNOP**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**KOMBIKLOSSEN**

Enteron tlf: 22 64 78 70

**KOM - I - KAPP**

AMAJO tlf: 67 07 43 40

**KOMFYRVAKT**

Medinor care tlf: 22 07 65 00

**LAVASET SENGEDUSJ**
**HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN**

tlf: 63 87 05 80

**LIKO**

Handicare tlf: 69 24 44 00

**LOPITAL**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**LUNOLETT**

Øy-tex tlf: 57 74 55 20

**MEDICA GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MINI CROSSER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MINITECH-VARMEHJ.M. FOR**
**BARN OG VOKSNE**

Minitech AS tlf: 62 57 78 00

**MINOS**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MOVING PEOPLE**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MOVITA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**NEATECH RULLESTOLER**

Picomed Mobility AS tlf. 90615377

**NILBILD AB**

Gewa tlf: 66 99 60 00

**NORDIC AID**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**NORINA PRODUKTER**

HML Hjelpemiddelleverandøren tlf:  
63 87 05 80

**NOTTINGHAM REHAB**

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

**NTD-HISS AB**

Access AS tlf: 62 51 85 00

**NYPRO AS**

togemo Med. Supply  
tlf: 62 52 62 72

**OTTO BOCK**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**PEGASUS LTD. ENGLAND**

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

**PERMOBIL EL. RULLESTOLER**

Permobil AS, tlf: 815 30 077

**PHRASE-IT, C-INNOVATION AB**

cOGNiTA AS tlf: 22 43 05 00

**PIKOTECH**

Picomed AS tlf: 37 11 99 50

**QORPUS VITA AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**QUALIWORLD, QUALILIFE**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

**REBEX TOADUSJ AB**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**REHATEC GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**REINECKER**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**ROBER LTD.**

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

**RONDA.OSTEHØVEL**

**M/KERAMBELEGG**

At ronda tlf: 51 58 87 81

**ROOMER TAKHEIS**

Human care A/S, tlf: 63 87 78 13

**SAFE PUTER OG MADRASSER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**SARO STØTABSORBERENDE**

**SALER**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**SAVI BARNESENGER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**SCHUCHMANN GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**SCOOTER-LINE TILBEHØRS -**

**PROGRAM**

SENSE-MATIC AS

Access AS tlf: 62 51 85 00

**SHOPRIDER**

**STEENS INDUSTRIER**

Medinor care tlf: 22 07 65 00

**STEMMEFORSTERKER, HEARING**

**PROD LTD**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

**STOLETEC**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**STORM EL. RULLESTOLER**

INVACARE AS, tlf: 22 57 95 00

**STRATUS ELEKTRISKE SCOOTERE**

**SUNGIFT SCOOTER**

Arna Medikal, tlf: 55 24 18 70

**SYKLER FOR BARN**

Alu rehab AS, tlf: 51 68 18 89

**SVAN CARE AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**SWERECO AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**TERGEO AS**

tlf: 22 35 47 07

Bidet elektronisk bidet

**THE GRID, SENSORY SOFTWARE**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

**TIMEX DATALINK**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

**TOLARM AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**TOYS FOR THE HANDICAPPED AS**

Riktige Leker,  
tlf: 22 01 78 50/52

**TRULIFE PUTER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

Bidet elektronisk bidet

**TT MED**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**UNIK PRODUKTER**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**VASTIA DUSJROM**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**VESTURE CORPORATION**

(MICROCORE)

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

**V. GULDMANN A/B**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**VILFRED-PUTEN**

At ronda tlf: 51 58 87 81

**VILGO**

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

**WELLNESS NORDIC GYNGESTOLEN**

Picomed AS tlf: 92018007

**WIMA-GRIPEN**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

**WIMA-LABBEN**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

**WIMA-UNDERLAGET**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

**WINSLOW PRESS OG**

**SPEECHMARK**

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

**WI-VIK, PRENTKE ROMIC INT**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

**ØVREBØ REHABILITERING**

Øvrebø rehab. AS, tlf: 32 24 42 50

## BESTILLING AV KURS- OG STILLINGS- ANNONSER

For bestilling og nærmere  
opplysninger:

Erik Sigurdsson

Mobil: 90 03 09 43,

e-post: erik@addmedia.no

Priser:

1/8 side kr 4 500, - 25%

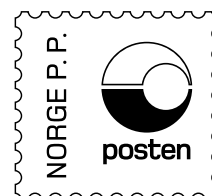
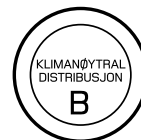
1/4 side kr 6 000, - 25%

1/2 side kr 8 500, - 25%

1/1 side kr 12 500, - 25%

Ved annonse i papirutgaven  
kan annonsen legges ut på nett  
www.ergoterapeuten.no mot et  
tillegg på kr 2 500,-  
Nettannonse ordinært  
kr 3 500,-





Returadresse:  
Norsk Ergoterapeutforbund  
Stortingsgt. 2  
0158 Oslo



## Herlige opplevelser på hjul



Nyhet!  
Gekko nå også for barn

## Kjenn vinden i kinnene og sus i vei til nye mål

GEKKO er den kule, lette og stabile liggesykkelen. Junior-modellen passer for de som er fra 120 til 180 cm. Den kan enkelt legges sammen, og får plass i bagasjerommet.

Felles for våre sykler er at de er enkle i bruk. Utviklet for å skape trygghet, mestring, felles glede - og ikke minst frihetsfølelse.

+ Individuell tilpasning + Høy kvalitet + Krever lite vedlikehold



### Costa Kid

En lett og smidig sykkel med god sittehøyde. Den er enkel å håndtere og sittestillingen gir bra oversikt.



### Copilot 3

Tandemsykkel med to hjul foran og ett bak. Den er stabil og trygg, og gir ekte sykkelglede - for både bruker og ledsager.

bardum.no • post@bardum.no • tlf. 64 91 80 60

**Bardum**  
Den lille, store forskjellen