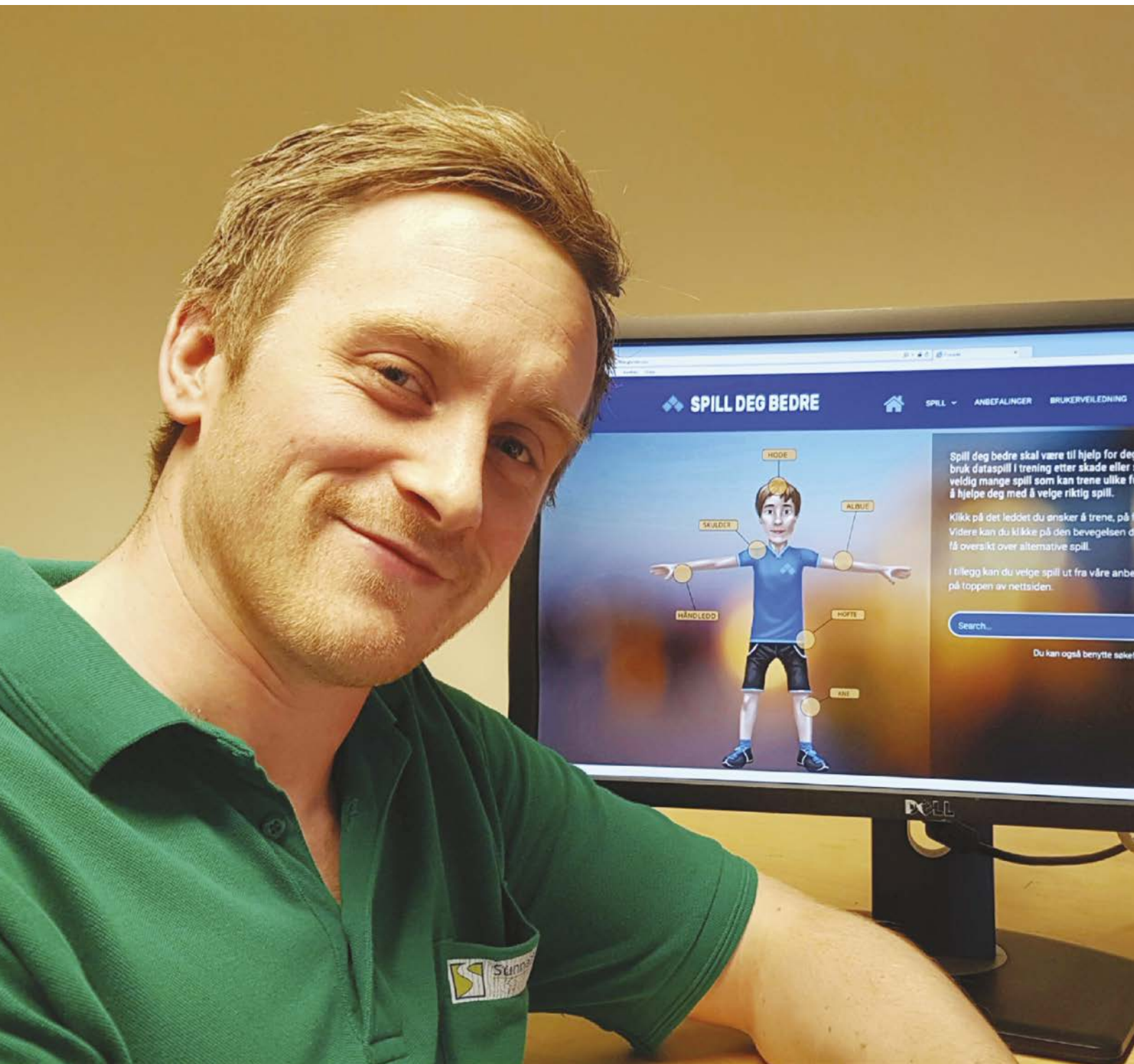


Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Spill deg bedre 6

Ergoterapeuter – søk lederstillinger **14** Bli med og dokumenter nytten av ergoterapi **20**
Handtrening hjelper **34**

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 – 2. jun1 / 30. juni

Nr. 4 – 3. aug / 31. aug

Nr. 5 – 3. okt / 31. 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

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrun Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

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

Ingrid Helen Smith Halvorsen, 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



10



16



58

REPORTASJER

6 Spill deg bedre

Av Vilde Kristine Darvik Said

10 To ergoterapeuter i kommunalsjefens ledergruppe

Av Else Merete Thyness

14 Ergoterapeuter – søk lederstillinger

Av Else Merete Thyness

16 Gi innspill

Av Else Merete Thyness og Vilde Kristine Darvik Said

NY ARENA

18 Jobber med informasjon om hjelpemidler

Av Else Merete Thyness

KRONIKK

20 Bli med og dokumenter nytten av ergoterapi

Av Ingvild Kjekken og Unni Sveen

FORBUNDET

26 Lønnsoppgjøret er et sikkert vårtegn uavhengig av vind og vær

Av Brit Toril Lundt

27 Legg en hånd på rattet

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

28 Hvem skal motta Tillitsvalgtprisen 2017?

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

30 Bli ergoterapeutspecialist

Av Anita Engeset

32 Fire ting du bør vite før du drar på ferie

Av Roar Hagen

33 Få med deg medlemsfordeler i ferien

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

FAGLIG

34 Handtrening hjelper

Av Mari Evebø og Toril Henning

VITENSKAP

40 Are individual students characteristics and academic performance associated with group-level functioning in educational groups?

Av Tore Bonsaksen og Mary V. Donahue

50 Forsker i farten: Mari Klokkeud

Av Unni Sveen

AKTUELT

52 Organisasjonen «Response network»

Av Marianne Olsen

54 Forbundet støtter etablering av ergoterapi i Zambia

Av Marianne Olsen

58 A little goes a long way

Av Marianne Olsen

62 Aktuelt om CFS/ME

Av Trude Wabakken

64 Minneord for Marit Ås

Av Synnøve Lillevold, Astrid Sæther og Inger Therese Holm

64 To plenumsforelesere

65 Ergoterapistudentene

Av Henning Evenshaug og Vegard Bråtveit

PÅ DEN SISTE SIDEN

66 Trappehjelper gjør dagen lettere

Av Anne-Lise Aakervik

68 Unge gründere utvikler nye hjelpemidler

Av Anne-Lise Aakervik

Forsidebilde: Truls Sveløkken Johansen
foran nettsiden www.spilldegbedre.no.

Foto: Anne Daae Sæle

Vår kalender

Til tross for at solen ligger 400 ganger lenger borte fra jorden enn månen, og at den har 400 ganger større diameter, ser solen og månen like store ut fra vårt ståsted. To lysende objekter som hjelper oss å holde styr på år, måneder, timer og minutter.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Hver morgen stiger solen rund og hel opp over horisonten og gjør oss klare til en ny dag. Den er grunnlaget for vår gregorianske kalender, som er basert på den nøyaktige tiden det tar jorden å passere en runde rundt solen.

Månen hersker om natten. Den vokser og krymper i en syklus på cirka 29 dager og regulerer blant annet tidevannet. Veldig enkelt kan vi si at månens gravitasjonskrefter trekker vannet i havet mot seg. Den laveste vannstanden kalles fjære, og den høyeste kalles flo. Tidsrommet mellom hver gang det er flo eller fjære er cirka 12 timer og 25 minutter, eller et halvt månedøgn.

Sammen med solen regulerer månen de mest kjente høytidene våre, som første påskedag, som faller på første søndag etter første fullmåne etter første vårjevndøgn.

Ergoterapi har også sin egen tidsregning. Riktignok ikke styrt av naturfenomener – vi kan kalle det mer sosiale begivenheter. I år er det for eksempel hundre år siden ergoterapifaget ble etablert. Tove Holst Skyer skriver mer om

dette i sin leder her i fagbladet.

Det er også seksti år siden fagbladet Ergoterapeuten så dagens lys, riktignok under et annet navn, Arbeidsterapeuten. Hvis du ser på forsiden av det bladet du nå holder i hånden, ser du at det står «Årgang 60». Det forklarer hvorfor vi til høsten inviterer til fødselsdagsfeiring.

Vi er også styrt av fenomener som Verdenskongressen, den Europeiske kongressen og den Norske Fagkongressen, som alle finner sted hvert fjerde år. I dette aprilnummeret presenterer vi to av plenumsforedragsholderne til kongressen i Trondheim i november. Og så skal vi ikke glemme lønnsoppgjøret, som regnes som et av våre sikreste vårtegn.

I dette bladet plukker vi også opp tråden om ergoterapeuter som ledere, og vi følger opp hvordan det går med prosjektet «Spill deg bedre», som ledes av en ergoterapeut på Sunnaas sykehus. Jeg håper dette nummeret faller i smak, og at det blir rikelig anledning til å lese det ute under vårsolen.



**TOVE HOLST
SKYER**

Første nestleder

100 år med ergoterapi!

Det amerikanske forbundet feiret i mars 100 år med ergoterapi. Jeg var så heldig at jeg fikk delta i feiringen sammen med andre internasjonale gjester og 14 000 ergoterapeuter! Det er i USA vi finner røttene til faget vårt, og det bærer en stolt historie.

Mot slutten av første verdenskrig jobbet amerikanske kvinner på militærsykehus både i USA og i Europa for å bidra til aktivisering og rehabilitering av skadde soldater – og faget vårt ble født. Bruken av meningsfulle aktiviteter i rehabilitering ble høyt verdsatt, og allerede i 1918 startet fire ergoterapiskoler i USA.

Begge verdenskrigene økte behovet for ergoterapeuter i flere land. Norges første ergoterapeut, eller arbeidsterapeut, som det het den gangen, tok sin utdanning i Danmark, og fikk der undervisning av blant andre amerikanske kvinnelige offiserer som hadde bidratt som arbeidsterapeuter under andre verdenskrig.

Jeg begeistres over hvordan

faget vårt har utviklet seg gjennom arbeid med krigsskadde soldater, mennesker med psykiske lidelser, barn med polio og mye mer. På veien har ergoterapi spredt seg til stadig nye områder.

Jubileet gav meg også muligheten til å bli kjent med det amerikanske forbundet (AOTA). I USA er kun 21 prosent av yrkesaktive ergoterapeuter medlemmer i AOTA, og møtet med alle de engasjerte amerikanske ergoterapeutene fikk meg til å reflektere over hvorfor det ikke er flere som er organisert i forbundet.

Trepartssamarbeidet vi har i Norge, mellom staten, arbeidsgiverorganisasjoner og arbeidstakerorganisasjoner, er unikt. Partene blir enige om behovene for og utformingen av politikk som har med arbeidsliv og velferd å gjøre, og det har utviklet Norge til en sterk velferdsstat og er en solid grunnmur i velferdssystemet. Så fra å misunne AOTA med sine 60 000 medlemmer gikk jeg til å tenke at Ergoterapeutene er en sterkere organisasjon med våre 4000 medlemmer, fordi vi har

mange politiske påvirkningsmuligheter.

Besøket i USA lærte meg at Ergoterapeutene står overfor mange av de samme utfordringene som AOTA: styrke og utvikle faget, motivere ergoterapeuter til å bruke de samme begrepene om ergoterapi, revitalisere fagfeltet innen psykisk helse og påvirkningsarbeid. Selv i USA har ergoterapeuter lett for å sammenlikne seg med andre og større yrkesgrupper, men de er i ferd med å sparke fra seg «lillebrorkomplekset», slik som vi også gjør.

Vi har all mulig grunn til å være stolte av faget vårt. Gjennom arbeidet hver enkelt av dere gjør på alle deres faglige tuer rundt om i landet, sørger dere for inkludering i samfunnet og bærekraft i tjenestene. Hverdagsmestring og fokus på det som er viktig for den det gjelder er avgjørende for at mennesker kan ta hverdagen sin tilbake etter sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse. Vi jobber for aktivitet og deltakelse for alle, og det skal vi fortsette med i 100 år til, minst.

SPILL DEG BEDRE

Sunnaas sykehus har med gode resultater benyttet kommersielle dataspill i rehabilitering. Nå skal et pilotprosjekt gi svar på om dataspill kan hjelpe pasienter med spastisitet. – Tenk at trening kan være så gøy og motiverende, sier Cristian Camilo Breivik mens han kaster en usynlig bowlingkule gjennom luften. «Strike!» roper det fra skjermen.

Cristian Camilo Breivik deltar i et pilotprosjekt Sunnaas sykehus har satt i gang med spesialergoterapeut og prosjektleder Truls Sveløkken Johansen i spissen. Breivik skal spille dataspill minst én time om dagen de neste tolv ukene. Forventningen er at treningen skal ha minst like god effekt som tradisjonell behandling.

SPILL ETTER BEHOV

Sunnaas har benyttet kommersielle dataspill i rehabiliteringen i flere år, og har utviklet nettsiden www.spilldegbedre.no slik at privatpersoner og institusjoner kan benytte seg av den samme spilltreningen. På nettsiden kan pasienter eller terapeuter klikke på de muskelgruppene som skal styrkes. Søket kan avgrenses ved å oppgi behov, som ønsket bevegelse og hva slags spillkonsoll som skal brukes.

– Pasienten eller terapeuten vil få opp en liste med forslag til spill som passer deres behov, forklarer



Sunnaas sykehus ligger på Nesodden og er landets største spesialsykehus innen fysikalsk medisin og rehabilitering.

Foto: Bård Gudim



Spesialergoterapeut Truls Sveløkken Johansen leder prosjektet Spill deg bedre. – Dette er morsom trening, sier Cristian Camilo Breivik.

Truls Sveløkken Johansen.

Fordelen med å bruke dataspill i rehabiliteringen er blant annet at spillene er utviklet for å være engasjerende, og at de lurer hjernen til å ville ha mer av det samme.

– Pasienten synes det er en morsom form for trening fordi man glemmer at det er nettopp dét det er, sier Sveløkken Johansen

– Ja, i stedet for å stå med en manual og bevege armen min opp og ned i en evighet kan jeg spille Wii Sport og bruke de samme musklene, men i tillegg har jeg det morsomt. Jeg kan kaste en imaginær basketball flere hundre ganger i løpet av en time, supplerer Camilo Breivik.

Andre fordeler er at det er en enkel form for trening, og at det er sosialt.

– Treningsformen krever lite utstyr og kan lett utføres i din egen stue, gjerne sammen med venner eller familiemedlemmer, sier Truls.



Cristian Camilo Breivik bruker dataspill i rehabiliteringen. Gjennom nettsiden www.spilldegbedre.no kan resten av Norge gjøre det samme.

BÆRE EN FULL KAFFEKOPP

Camilo Breivik er født med cerebral parese, noe som har resultert i nedsatt motorikk og spastisitet særlig i venstre arm og ben. Han trekker opp det venstre buksebenet og viser fram det venstre benet sitt.

– Venstre arm og ben har alltid vært tynnere enn de på høyre side, forteller han.

Camilo Breivik er glad i sport og spilte mye fotball som barn.

– Jeg følte meg ikke annerledes på fotballbanen. Samtidig

la jeg merke til alt det vennene mine gjorde med den største selvfølgelighet som ikke var mulig for meg. Og jeg hadde komplekser for venstre ben og arm. Derfor gikk jeg aldri med shorts eller T-skjorte, sier Camilo Breivik.

Det var først under et gruppeopphold for unge voksne med CP på Beitostølen helsesportsenter at han bestemte seg for å bryte en barriere.

– Det var et stort og viktig øyeblikk i livet mitt. Jeg tenkte

at hvis jeg ikke klarte å gå med shorts her på Beitostølen med så mange mennesker som var i samme situasjon som meg, da kom jeg aldri til å klare det. Jeg stilte i shorts til lunsjen, og det virket ikke som det var noen som brydde seg. Da tenkte jeg på hvor mange varme somre jeg hadde kastet bort med å gå rundt i langbukse, ler han.

Nå drømmer han om å kunne bære en full kaffekopp med venstre hånd uten å søle.

– Jeg har alltid hatt små,



Etter at Camilo Breivik begynte med spilltreningen, har venstrearmen blitt like kraftig som den friske høyrearmen.

konkrete mål som får meg gjennom behandlingen. Jeg har et bra utviklet konkurranseinstinkt, og nå konkurrerer jeg mot meg selv.

FYSISK KREVENDE

Han innrømmer at han blir sliten av å spille.

– Dette er jo en skikkelig treningsøkt, sier han.

Truls Sveløkken Johansen utdyper dette:

– I en vanlig ergoterapitime klarer pasienten rundt 30–50 aktive bevegelser i en arm affisert av CP. En time med spilltrening kan

gi opptil 300 aktive bevegelser. Det er med andre ord ikke så rart han blir svett etter en time med basketball.

Han ser bort på Cristian Camilo Breivik, som er i gang med et frisbee-spill. Etter at Camilo Breivik begynte med spilltreningen, nærmer funksjonen i den venstre armen seg den høyre.

– Ser du forskjell? spør Cristian ivrig.

– Det er godt jeg har skrevet ned at det er venstre arm vi skal trene opp, for snart ser de like ut, svarer Sveløkken Johansen.

MORSOM ARBEIDSHVERDAG

Det er ikke bare pasientene som har fått en morsommere hverdag med spilltrening. Ergoterapeutene og fysioterapeutene ved Sunnaas Sykehus har testet alle spillene i spillbiblioteket.

De fleste kan nå veilede pasientene gjennom rehabilitering ved bruk av kommersielle spill.

– Det har ikke føltes som en jobb. Det har vært mye latter og morsomme gruppeaktiviteter på kontoret – dog mange såre muskler og mye trening for de ansatte, kan Johansen bekrefte.

«Endelig slipper jeg å sende kortstokken videre»

Camilo Breivik

Han ønsker å minske frykten for å ta spill og teknologi i bruk og minner om at nettsiden www.spilldegbedre.no har en god brukerveileder som er nyttig for personalet.

– Ta ansvar og sett av tid til spillingen i den kliniske hverdagen. Det vil ikke føles som jobb, og det vil gagne pasientene, smiler han.

PILOTPROSJEKTET

Sunnaas gjennomførte i samarbeid med Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo en litteraturgjennomgang av forskningen på feltet. De fant blant annet ut at trening med kommersielle dataspill er vesentlig mer motiverende sammenlignet med tradisjonell trening.

– I denne litteraturgjennomgangen fant vi også ut at trening med kommersielle dataspill har like god effekt på håndfunksjon, gangfunksjon og balanse som tradisjonell terapi, slik at vi nå kan si at spilltrening er et likestilt tilbud til tradisjonell terapi der disse funksjonene skal trenes, sier Truls.

Gjennomgangen viste også at kunnskap om hvilken effekt dataspill har på spastisitet, mangler. Derfor har Sunnaas sykehus startet opp et pilotprosjekt som skal se på effekten av spilltrening for mennesker med spastisitet.

– Mange med CP er plaget av spastiske muskler, og får injisert botulinumtoksin A for å minske dette. Etter en injisering er det

viktig å trene for å få best mulig effekt.

Han beskriver hypotesene for pilotprosjektet.

– Vi tror dataspill har lik eller bedre effekt på håndfunksjon etter spastisitetsbehandling med botulinumtoksin A sammenlignet med tradisjonell ergoterapi. Vi tror også at spilltrening er lettere å følge opp for både pasienten og terapeuten, sammenlignet med et tradisjonelt treningsprogram.

NÅ MÅLENE SINE

Camilo Breivik gleder seg til å se sluttresultatet av pilotprosjektet. Ved siden av drømmen om å kunne bære en full kaffekopp har han også hatt et annet mål. For en liten stund siden nådde han det.

– Jeg klarer å stokke en kortstokk selv! Jeg har drømt om dette lenge, og det føles utrolig bra. Kompisene mine tenker ikke over at jeg ikke er like funksjonsfrisk som dem, så de glemte at jeg ikke klarte å stokke kortene. Men nå trenger jeg ikke lenger å sende kortstokken videre.

Pilotprosjektet har såvidt startet, men Sveløkken Johansen regner med at Camilo Breivik kommer til å nå alle målene sine. Han ser bort på kaffekoppen som Breivik for sikkerhets skyld kun har skjenket halvveis full.

– Med den progresjonen Camilo har, er jeg sikker på at han snart heller opp kaffe til randen, sier han.



På nettstedet www.spilldegbedre.no kan du klikke på en kroppsdel. Da får du opp en oversikt over alternative spill.



Pasientene på Sunnaas sykehus kan velge mellom rundt 40 spill.

TO ERGOTERAPEUTER I KOMMUNALSJEFENS LEDERGRUPPE

– Grip sjansen hvis muligheten for en lederstilling byr seg, sier Anita Furuknap Holtet. – Ta gjerne en lederutdanning i forkant, men ikke la det stoppe deg hvis du ikke har det. Er du rett person på rett sted, kan du alltid utdanne deg ved siden av, supplerer Monica Wiig Kolstad.

I januar fikk jeg en hyggelig mail fra to ergoterapeuter i Aurskog-Høland kommune. Den kom fra Monica Wiig Kolstad og Anita Furuknap Holtet, som begge er ergoterapeuter og tjenesteledere for hvert sitt område i Aurskog-Høland kommune.

I mailen sto det: «*Vi leste artikkelen du skrev i siste utgave av Ergoterapeuten om hvilke helseledere Norge bør ha fremover. Vi ble med en gang interessert i å bygge videre på tankegangen om ergoterapeuter i sentrale lederstillinger, og vil gjerne være med på å motivere andre ergoterapeuter til å gå den samme veien.*»

Jeg var ikke vanskelig å be, og ganske snart befant jeg meg på rådhuset i Aurskog-Høland kommune, cirka fire mil fra Oslo. Den landlige og vanligvis gjestmilde kommunen viste seg fra en litt forblåst side, men desto hyggeligere var det å sitte inne i et av rådhusets mange kontorer og diskutere ergoterapeuter i ledende stillinger.

RETT PÅ LEDERUTDANNING
Monica Wiig Kolstad tok ett års



Monica Kolstad er tjenesteleder for ned-satt funksjonsevne. Her er hun utenfor en avdelingens kontor på rådhuset.



Anita Furuknap Holtet er tjenesteleder for sykehjemstjenester. Her er hun utenfor Bjørkelangen sykehjem.

administrasjon og ledelse rett etter videregående.

– Jeg var interessert i flere retninger innen helse, og tenkte at en lederutdanning uansett ville komme godt med, sier hun.

Som nyutdannet ergoterapeut fikk hun først jobb som miljøterapeut i Aurskog-Høland kommunes tjeneste for nedsatt funksjonsevne. Fremdeles var hun interessert i å gå inn i en lederstilling.

– Jeg ville være med å påvirke mer i lys av mitt eget fag.

Først jobbet hun som avdelingsleder ved en bolig for mennesker med psykisk utviklingshemming, avlastning, barnebolig og skjermet enhet i Fet kommune. Deretter ledet hun i tre år to avdelinger i Nes kommune.

– Her hadde jeg blant annet ansvar for brukerstyrt personlig assistanse og var med på å etablere en døgnbemannet omsorgsbolig for eldre, forteller hun.

I 2015 startet hun på en helseledertutdanning, som hun ble ferdig med i 2015. Samme år ble hun ansatt som tjenesteleder for ned-satt funksjonsevne i Aurskog-Høland kommune. Tjenesten inne-



Monica Wiig Kolstad og Anita Furuknap Holtet vil gjerne bidra i debatten om hvilke helseledere Norge bør ha fremover. De mener det er viktig at flere ergoterapeuter prioriterer lederstillinger.

holder to boliger for mennesker med psykisk utviklingshemming, avlastning for familier med barn og ungdom med fysiske og/eller psykiske funksjonsnedsettelse, brukerstyrt personlig assistanse, omsorgslønn og støttekontakt. Hun har også det overordnede faglige ansvaret for rettssikkerhet ved bruk av tvang.

– I min ledergruppe inngår det tre avdelingsledere, utdyper hun.

MÅ TA EN UTFORDRING

Anita Furuknap Holtet begynte på ergoterapiutdanningen i Oslo rett etter videregående. Før hun var ferdig utdannet, fikk hun jobb som kommuneergoterapeut i Sørums kommun. Her jobbet hun som ergoterapeut i snaue to år, før hun ble spurt om hun ville bli leder for det som den gangen het fysio- og ergoterapitjenesten og dagsenteret.

– Etter kort tid fikk jeg også

ansvar for en rehabiliteringsavdeling i døgndrift, så det var en bratt læringskurve med mange faggrupper, noen av dem i turnus, smiler hun.

Parallelt med den første lederstillingen tok hun en lederutdanning på BI på deltid.

– Jeg har tatt de mulighetene som har dukket opp, og det har stadig dukket opp flere av dem.

Etter en stund i den første stillingen ble hun konstituert leder på tildelingsenheten i Sørums kommun, en jobb hun siden søkte og fikk. Her behandles søknader om kommunale tjenester.

– Det var en utfordring, så det måtte jeg bare prøve.

For cirka ett år siden startet hun i stillingen som tjenesteleder for sykehjemstjenester i Aurskog-Høland kommun.

– Jeg har ansvar for tre sykehjem – Aurskog, Bjørkelangen og Hemnes – i tillegg til sentralkjøk-

ken og vaskeri. Under meg har jeg ni avdelingsledere, sier hun.

ERGOTERAPI GIR GODE LEDERE

Begge er enige i at bakgrunnen som ergoterapeuter har gitt dem mange fordeler i lederjobbene.

– Gjennom grunnutdanningen ble vi godt rustet til selvstendighet. For eksempel måtte vi stadig presentere arbeidet vårt for de andre, og dermed lærte vi å snakke i forsamlinger. Senere, i arbeidslivet, har vi ofte vært den eneste ergoterapeuten i de forskjellige fagmiljøene. Da videreutviklet vi den selvstendigheten vi fikk med oss fra utdanningen. Den tryggheten er viktig i en lederstilling, sier Monica.

Anita trekker fram at også ergoterapifagets fokusering på kartlegging kommer godt med.

– Vi er drillet i å kartlegge brukere og pasienter, men det fungerer også på ansatte. Som leder



Monica Kolstad sammen med medarbeider Jorun Eriksen og konstituert avdelingsleder Jon Kristian Kolstad. – Monica er en god leder, og jeg tenker sjelden på hvilken fagbakgrunn hun har, sier Jon Kristian Kolstad.

skal du motivere, følge opp under sykmelding og noen ganger tilrettelegge arbeidssituasjonen. Da kommer det godt med å evne å se den enkelte, være god på å stille spørsmål og kunne spille på ressurser. Det er sånn vi får myndiggjorte medarbeidere som fungerer optimalt i arbeidshverdagen.

Noe annet de begge er opptatt av, er faggruppens evne til å se andre løsninger enn de opplagte.

– Jeg har stjålet slagordet fra den tidligere ordføreren i Nes: «Våg å tenke nytt». Det har jeg brukt mye i min tjeneste, sier Monica.

Hun gir et eksempel på dette hentet fra sin egen tjeneste. Her har de gitt nytt innhold til den kommunale avlastingen til familier med barn med funksjonsnedsettelser.

– Hittil har foreldrene fått et avlastingsvedtak, men loven sier

ingenting om krav til innhold for denne typen tjeneste. Nå har vi høynet fagkompetansen og laget gode aktivitetsplaner med klare mål om å trene på ADL-ferdigheter og kommunikasjon med barna som er på avlastning.

Hun mener dette vil ruste dem til å bli mer selvstendige når de som voksne skal flytte i egen bolig.

– Den investeringen vi gjør nå, vil føre til at det kreves mindre ressurser senere, sier hun.

Anita har også et godt eksempel fra sin tjeneste. På Aurskog sykehjem har hun en avdelingsleder som ser verdien av å tenke i nye baner, og som har satt i gang prosjektet «Aktivitetsdosetten». Hver dag har to av pleierne såkalt «grønn vakt» med ansvar for å gjennomføre to aktiviteter på avdelingen.

– Det trenger ikke være noe mer enn en trilletur, høytlesing, å steke vafler eller arrangere et spill. Poenget er å få et bevisst forhold til aktiviteter, sier hun.

Helt uoffisielt mener de allerede at antallet ringinger fra pasientene har gått ned.

– De har ikke så stort behov for hjelp til ting de egentlig klarer selv, når de får oppmerksomhet gjennom aktivitet, sier Anita.

ARBEIDSDAGEN SOM LEDER

Anita forteller at en typisk arbeidshverdag handler om å bistå de avdelingslederne hun leder i å drifte avdelingene sine.

– Vi samarbeider om å sette gode mål fremover. For eksempel satser vi i 2017 på ernæring og samarbeid med frivillige. Noen ganger er jeg med på personalmøter eller jobbintervjuer. Jeg gir også bistand hvis det oppstår litt tøffe og vanskelige saker, som for eksempel oppsigelser eller alvorlige hendelser rundt de ansatte.

Anita har fast kontor på Aurskog sykehjem, men hun besøker Bjørkelangen og Hemnes sykehjem så ofte hun kan.

– Det er viktig å synes ute på avdelingene, da får jeg utrolig mye mer tilbake, sier hun.

Monicas arbeidsdag handler også mye om å være en god lederstøtte for avdelingslederne under henne.

– Jeg følger dem opp i det daglige arbeidet og støtter dem, i både personalsaker og litt utfordrende situasjoner knyttet til tjenestemottakere.

Siden hun er overordnet faglig ansvarlig i forhold til tvangsvedtak, er hun tettere på tjenestemottakerne enn det Anita er.

– Vår målgruppe er mennesker med psykisk utviklingshemming,

og da følger et særskilt ansvar for å forhindre unødvendig bruk av tvang og makt. Selv om tvang først iverksettes ved fare for liv eller fare for vesentlig skade, i form av at tjenestemottaker skader enten seg selv, andre eller gjenstander, er det mange prosedyrer rundt dette som skal følges opp, og det er mitt ansvar.

KOMMUNALSJEFENS LEDERGRUPPE

Jobben deres handler også om å rapportere til kommunalsjefen over dem.

– Vi melder tilbake om driften i tjenestene våre og leverer jevnlig økonomirapporter, månedsrapporter og årsplaner, som er den enkelte tjenestens måte å løse kommunens overordnede mål på, sier Anita.

De sitter også i kommunalsjefens ledergruppe, som består av de øvrige tjenestelederne i kommunen: leder for NAV, leder for tjenestekontoret, leder for hjemmeboende og rehabilitering, leder for psykisk helse, kommuneoverlegen og en helsefaglig rådgiver.

Gruppen møtes annenhver uke, og det overordnede målet er å videreutvikle Sektor Helse og rehabilitering i Aurskog-Høland kommune.

– Et eksempel på saker vi behandler, er hvordan kommunen i lys av sentrale føringer skal vri ressurser over fra institusjon til hjemmebaserte tjenester. Når det gjelder innføring av hverdagsrehabilitering som arbeidsmetode, har Anita og jeg mange innspill, sier Monica.

Anita viser til et annet eksempel, som er Helsehuset i Aurskog-Høland kommune. Det skal stå ferdig i 2018, og skal samlokalisere tjenester som legevakt, ergoterapi, fysioterapi, hjemmesy-



Anita Furuknap Holtet sammen med avdelingsleder Annika Furberg på Bjørkelangen sykehjem med Helsehuset i bakgrunnen. – Det er positivt med en ergoterapeut som leder. Faggruppen har ikke vært så tydelige på sykehjem før, men de er viktige i en rehabiliteringsprosess, sier Furberg.

kepleie, psykisk helse og rus og to kommunale akutte døgnenhetsplasser.

– Bygget står nesten fedig. Nå starter et fagprosjekt om innholdet i Helsehuset, sier hun.

Gruppen oppdaterer hverandre også på prosjekter som foregår i de enkelte tjenestene. Et eksempel på dette er Myrvang, som skal gi samlokaliserte tjenester til mennesker med nedsatt funksjonsevne.

– Rundt et tun skal det bygges tre enheter fordelt på to bygg. Det ene bygget skal inneholde avlastning og arbeids- og aktivitetssenter. Det andre bygget skal inneholde ti samlokaliserte boliger for voksne, forteller Monica.

VERDIEN AV TVERRFAGLIGHET

Før vi avslutter dagen, vil de gjerne gi honnør til lederen sin, som

har satset på to ergoterapeuter.

– All ære til kommunalsjefen, som ser verdien av tverrfaglighet og ergoterapeuter, og har to av oss i ledergruppen sin, sier Anita.

– Ja, dette er første gang jeg sitter i en ledergruppe hvor det faktisk er flere ergoterapeuter, sier Monica.

Helt til slutt vil de gjerne oppmuntre andre ergoterapeuter til å gripe sjansen hvis muligheten for en lederstilling byr seg.

– Det er moro å være ergoterapeut og leder, sier Anita.

Det er Monica helt enig i.

– Jeg opplever at vi blir veldig godt inkludert av alle vi jobber med. Jeg tror mange er glade for at ikke enkelte faggrupper blir for dominerende, men at det satses på mer utradisjonelle fagbakgrunner med nye perspektiver og løsninger, sier hun.



Av Else Merete Thyness

Ergoterapeutenes seniorrådgiver Solrun Nygård oppfordrer ergoterapeuter til å søke lederstillinger.

ERGOTERAPEUTER – SØK LEDERSTILLINGER!

- Hvis brukernes tjenestetilbud i større grad skal ta utgangspunkt i brukernes ressurser og mål om å mestre egen hverdag bedre og være mindre avhengige av bistand fra helsetjenestene, må vi som ergoterapeuter bidra til å forme tjenestene ovenfra, sier Solrun Nygård.



Anita Engeset, seniorrådgiver i forbundet snakket om kunnskapstranslasjon.

Hun er seniorrådgiver hos Ergoterapeutene og var faglig ansvarlig for kurset «Helsetjenester i endring – konsekvenser for utvikling og ledelse av ergoterapitjenester», som fant sted 9. og 10. mars. Selv har hun cirka 20 års erfaring som leder på avdelings- og enhetsnivå fra Nittedal og Skedsmo kommune.

- Min motivasjon for å søke lederstillinger har vært et ønske om å være i posisjon til å påvirke utvikling av tjenestene, sier hun.

VILLE OG TØRRE DET

- Hvorfor er det viktig at flere ergoterapeuter blir ledere?

- Her er et eksempel på hvorfor: Fredag 3. mars presenterte regjeringen den nye kvalitetsreformen for eldreomsorgen, «Leve hele livet». Den prioriterer blant

annet fellesskap, aktivitet og mestring. Hvis kommunene skal lykkes med disse prioriteringene, er det behov for flere ergoterapeuter ute i kommunene, også som ledere.

Hun mener at flere ergoterapeuter i lederstillinger vil føre til en vridning av tjenestene, slik at flere kan mestre sitt eget liv bedre. Og da vil behovet for ergoterapeuter i tjenestene også øke.

- Hva er utfordringene med å få ergoterapeuter inn i lederstillinger?

- Først og fremst må ergoterapeuter ville og tørre det. Men det er stadig større krav til formell kompetanse som leder. Hvis man ønsker seg en lederstilling, kan man enten søke jobben og forplikte seg til å ta en videreutdanning parallelt med jobben, eller man kan videreutdanne seg først, og så søke stillingen.

- Hvordan var din vei til en lederstilling?
- Nevn et eksempel på hvordan stillingen gir deg mulighet til å påvirke helsetjenesten?



Bodil Stokke

Avdelingssjef for Ergoterapiavdelingen på Haukeland Universitetssykehus

– Jeg begynte som kliniker i Ergoterapiavdelingen og var tilknyttet Nevroklinikken på Haukeland. Etter fem år fikk jeg stilling som seksjonleder for ergoterapeutene ved klinikken, og samtidig ble jeg stedfortreder for avdelingssjef. Da den stillingen ble ledig i 2012, overtok jeg den. Jeg tok videreutdanning på Handelshøyskolen i strategisk personalledelse og organisasjonspsykologi på deltid da jeg ble seksjonsleder. Etter det deltok jeg i et lederprogram hos AFF.

– Jeg har et godt samarbeid med min leder, som er klinikkdirektør i Ortopedisk klinikk, og har gode påvirkningsmuligheter gjennom ham. Jeg leverer mine innspill til planer, strategier og budsjett til ham, som igjen formidler dem videre til foretaksledelsen. Jeg har også noen møter i året der jeg er i direkte kontakt med ledelsen i Helse Bergen og har taletid i forhold til Ergoterapiavdelingen.



Thomas Andersen

Fagkoordinator i virksomheten Friskliv og mestring i Fredrikstad kommune

– Jeg startet i tjenesten som ergoterapeut. Veien til lederstilling gikk via vervet som hovedtillitsvalgt. Det ga meg smaken på å være leder og være med på å påvirke og foreta forbedrings- og utviklingsarbeid innenfor fagområdet vårt. Jeg søkte derfor stillingen som leder for ergoterapi i forebyggende og kurative tjenester. Etter en omorganisering ble stillingen som fagkoordinator opprettet, og den fikk jeg.

– Jeg sitter som rådgiver under virksomhetsleder, så jeg påvirker i forhold til handlingsplanarbeid og andre styringsverktøy for virksomheten. Jeg deltar også på vegne av virksomhetsleder i ulike fora og i forhold til overordnede planverk i kommunene innenfor helse og velferd. Jeg er virksomhetens representant inn i ASSS (Aggregerte Styringsdata for Samarbeidende Storkommuner), et nettverk ledet av KS, og er ansvarlig for virksomhetens kvalitetsarbeid, IPLOS og andre styringsdata.



Aina Helen Næprud

Kommuneergoterapeut og fagleder ergoterapi voksne i Melhus kommune

– Jeg har jobbet som kommuneergoterapeut i Melhus kommune i 14 år. I fjor fikk vi endelig gjennomslag for etablering av én faglederstilling for barn og én for voksne. Faglederstillingene innebærer blant annet hovedansvar for utarbeidelse av avdelingens kompetanseplan, innhold i fagmøter og å sikre at vi jobber kunnskapsbasert på individ- og systemnivå.

– Jeg jobber aktivt sammen med mine kollegaer og min leder med å lage konkrete forslag om mål og tiltak som bør inn i kommunens økonomi- og handlingsplan. Jeg har i stor grad mulighet til å involvere meg i prosjekter på forskjellige nivåer som omhandler utvikling av helsetjenestene våre. Jeg kan enten delta selv eller informere og motivere kollegaene mine til å delta.



Bengt-Ove Madsen

Koordinator for ergoterapi på Sørlandet sykehus i Arendal

– Jeg har jobbet som ergoterapeut på Aker sykehus, en liten periode i Tvedestrand kommune og så på Sørlandet sykehus. Her ble det ledig en funksjon som enhetsleder, som jeg fikk. Etter at jeg ble enhetsleder, deltok jeg i et internt lederprogram ved Sørlandet sykehus.

– Som koordinator kan jeg påvirke hvilke oppgaver og hvilke pasientgrupper ergoterapeutene på sykehuset skal prioritere. Jeg sitter også i et felles forum for ledere for ergoterapi-, fysioterapi- og sosionomtjenesten for hele Sørlandet sykehus. Her diskuterer vi blant annet optimalisering av tjenestene og hvordan faggruppene våre skal forholde seg til endringer som skjer på sykehuset. Jeg har også påvirkningsmuligheter gjennom avdelingsleder, som er et nivå over meg.

GI INNSPILL!

Regjeringen har sendt rapporten «En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling» på høring med frist 21. mai. – Rapporten slår sprekker i folks rettigheter gjennom folketrygden, sier Ergoterapeutenes første nestleder Tove Holst Skyer.

Et felles brev ber Handikapforbundet, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) og Ergoterapeutene landets kommuner om å avvise noen av forslagene til endringer i hjelpemiddelformidlingen. De tre organisasjonene er bekymret for hvilke konsekvenser det kan få dersom statens ansvar for hjelpemidler i dagliglivet og bolig flyttes til kommunene. Dette vil ramme funksjonshemmede hardt, samtidig som kommunene vil få flere oppgaver, uten sikkerhet for at finansieringen er forsvarlig ivarettatt.

MYE POSITIVT

Ekspertutvalget som har gått gjennom hjelpemiddelområdet, har vært ledet av professor Arild Hervik. Med seg ombord har han blant annet hatt ergoterapeut Astrid Gramstad. Ifølge Tove Holst Skyer er det mye positivt i arbeidet som er nedlagt.

– I all hovedsak foreslår rapporten en videreføring av dagens ordning, der hjelpemidler er en rettighet som finansieres gjennom folketrygden, sier hun.

Hun er også fornøyd med at rapporten viser at det er behov for flere ergoterapeuter i kommunene, og at den løfter fram betydningen av forskning på hjelpemiddelområdet, blant annet på forholdet mellom tilrettelegging på arbeidsplassen og arbeidsdeltakelsen.

– Forskning vil gi oss en kunnskapsbase og kan være med på å begrunne hvorfor hjelpemidler er viktig ikke bare for enkeltmennesket, men også samfunnsøkonomisk. Det er alltid best når folk får mulighet til å klare seg selv, sier Holst Skyer.

Det hun imidlertid ikke er fornøyd med, er at rapporten foreslår å overføre ansvaret for tilrettelegging av boliger til Husbanken, og dermed til kommunene.

– Hvis store, dyre bolighjelpemidler som trappeheis eller regulerbare bad og kjøkken blir overført til Husbanken og kommunene, vil kommuneøkonomien avgjøre om de blir innvilget eller ikke. Dette vil slå en spekk i de rettighetene folk har gjennom folketrygden. Det vil oppstå gråsoner i ansvarsfordeling mellom

bruker, kommune, NAV og Husbanken. Dette vil berøre hjelpemiddelfaglig kompetanse, logistikk, lager, vedlikehold med mer.

Hun oppfordrer ergoterapeuter til å involvere seg i høringssvarene.

– Hjelpemiddelområdet er en stor del av hverdagen til ergoterapeuter og et av de viktigste virkemidlene vi har for fysisk tilrettelegging. Forbundet oppfordrer ergoterapeuter til å bidra inn i høringssvarene fra sin kommune. Finn ut hvem som er saksansvarlig for høringskommentar i din kommune, og tilby innspill, avslutter vår nestleder.

VALGTE IKKE Å LYTT

Arne Lein er forbundsleder i Norges Handikapforbund.

– Det beste med rapporten er at ekspertutvalget vil ha likestilling, at den mener dagens hjelpemiddelordning er god, og at de ønsker å opprettholde dagens rettigheter og finansieringsansvar gjennom folketrygden, sier han.

Det han ikke liker med rapporten, er at flertallet i ekspertutvalget valgte ikke å lytte til bruker-



Tove Holst Skyer er første nestleder i Norsk Ergoterapeutforbund.

siden og ergoterapeutforskeren, men i stedet vil flytte finansieringen av viktige hjelpemidler i bolig og dagligliv fra folketrygden til kommunen.

– Norges Handikapforbund involverer medlemmene sine lokalt ved å be dem ta dette opp med lokale politikere, gjennom leserbrev i lokale aviser, uttalelser fra årsmøter som pågår, og ved henvendelse gjennom kommunale råd for personer med nedsatt funksjonsevne. Vi oppfordrer dem til også å bli med og gi høringssvar.

PÅ SAMME LINJE

Lilly Ann Elvestad er generalsekretær i Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO). Hun sier at FFO og Ergoterapeutene helt fra starten har hatt et tett og godt samarbeid rundt rapporten.

– FFO er på samme linje som Ergoterapeutene i dette. Det er behov for forbedringer og forenklinger i dagens system for formidling av hjelpemidler, men

det er viktig at grunnpilarene i dagens ordning blir beholdt. Hjelpemidler skal være rettighetsfestet gjennom folketrygden, det skal finnes en utlånsordning, og folk skal ikke måtte betale egenandeler.

Forslaget om at fastmonterte hjelpemidler til bolig skal overføres til Husbanken, stiller FFO seg undrende til.

– Husbanken er allerede sterkt økonomisk presset. Å svekke de individuelle rettighetene som ligger i folketrygden, vil også svekke muligheten for den enkelte til å kunne bo i egen bolig. En slik utvikling er svært uheldig både for den enkelte og for samfunnet generelt, sier Elvestad.

FFO er også kritiske til forslaget om bruk av tilskuddsordning.

– Tilgang på nødvendige hjelpemidler må ikke avhenge av den enkeltes lommebok. Vi ser at personer med funksjonshemming i økende grad får store utgifter som følge av sin funksjonshemming, sier Elvestad.



Arne Lein er leder av Norges Handikapforbund.



Lilly Ann Elvestad er generalsekretær i Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon.



NAV

Nina Hartold Lillehagen

STILLING

Seniorrådgiver

HVOR

Fagsenter for NAV

Hjelpemidler og

tilrettelegging

Jobber med informasjon om hjelpemidler

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i fagsenteret, en nasjonal enhet som skal fremme og understøtte utviklingsarbeidet i NAV Hjelpemidler og tilrettelegging. Vi skal også koordinere resultatområdet informasjonarbeid og legge til rette for kunnskapsdeling og erfaringsutveksling. Fagsenteret har sine kontorer i Oslo sentrum.

– Hva jobber du som?

– Seniorrådgiver.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg har jobbet i NAV Hjel-

pemidler og tilrettelegging siden 2008. Jeg jobbet først noen år ved hjelpemiddelsentralen i Oslo og Akershus, og begynte så i min nåværende stilling i 2012. Jeg jobbet i et engasjement med et prosjekt hvor vi skulle lage en løsning for å publisere nasjonale rammeavtaler på hjelpemiddelområdet, og ble så ansatt i fast stilling for å jobbe videre med Hjelpemiddeldatabasen etter noen måneder.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Jeg jobber med informasjon om hjelpemidler og produkter gjennom nettstedet Hjelpemiddeldatabasen. Nettstedet inneholder produkter og hjelpemidler på det norske markedet, uavhengig om det er noe som kan dekkes av folketrygden og søkes om fra hjelpemiddelsentralene i fylkene. De siste årene har vi hatt publiseringsansvar for NAVs rammeavtaler på hjelpemiddelområdet, og dette er et tidkrevende arbeid som krever god breddekunnskap om ulike produkter. Jeg har også ansvar for å vedlikeholde generell informasjon på nettstedet, samt at jeg er en ressursperson for utvikling av nettstedets tekniske maler, tjenester og design. Vi samarbeider tett med Socialstyrelsen i Danmark om utvikling og drift, da vi deler plattform med den danske Hjelpemiddelbasen. Slik sett er vi også godt orientert om formidlingssystemet i vårt naboland. Nettstedet er i vekst og hadde i snitt 24 700 unike besøkende hver måned i 2016. Til sammenlikning hadde vi 9800 unike besøkende hver måned i 2012.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

–Jeg har tidligere erfaringer

som utøvende ergoterapeut i kommunehelsetjenesten og slagrehabilitering ved sykehus før jeg begynte i NAV. Jeg har med meg mye erfaring om bruk og formidling av hjelpemidler, og jeg ser at det svært nyttig praksiskunnskap å ha med seg når jeg jobber med Hjelpemiddeldatabasen.

– Jeg har nok med meg et svært praktisk fokus ved utforming av informasjon om hjelpemidler. Hva kan det være nyttig for brukere, pårørende og formidlere av hjelpemidler å vite, og hvordan kan vi beskrive og forklare på en klarspråklig måte?

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Det er ikke nødvendig med en ergoterapeut i denne stillingen, men jeg tenker at det er viktig med erfaringer rundt formidling av hjelpemidler.

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

– Jeg har alltid likt utfordringer og at det jeg gjør, kan være til nytte for flere. Da jeg fikk muligheten til å jobbe på informasjonsarbeid på et nasjonalt nivå, syntes jeg det var en sjelden og god mulighet til å påvirke informasjonen på nett om hjelpemidler. Det har vært en bratt læringskurve, men veldig spennende.

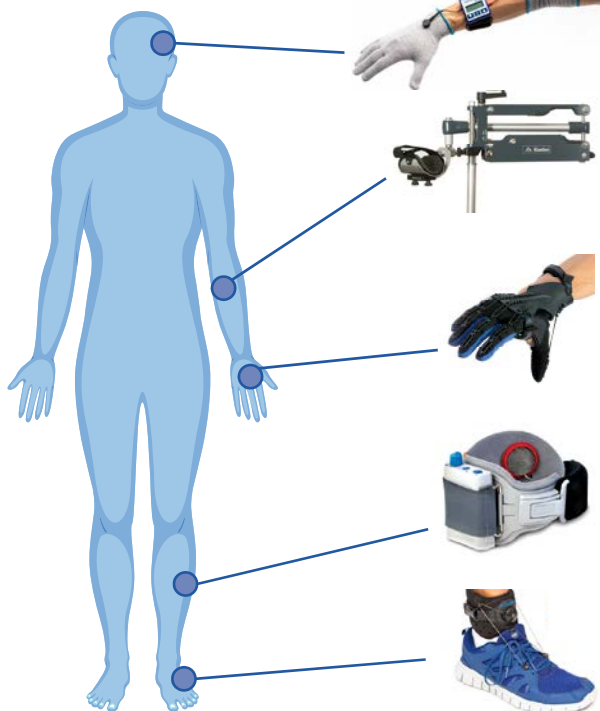
– Vil du anbefale andre ergoterapeuter å jobbe med det samme?

– Det vil jeg helt klart! Jeg tenker at ergoterapeuter bør tørre å søke utradisjonelt, fordi jeg tror at vi har en unik og allsidig basiskunnskap som kan brukes til så mangt!



Sammenhengen mellom nettsidene til NAV hjelpemidler og tilrettelegging.

LØSNINGER TIL DEG MED SLAG!



• SaeboStim Micro

Strømhanske for sensor-elektrisk stimulering av hånd og arm - muliggjør økt motorisk funksjon og redusert spastisitet over tid.

• SaeboMas Mini

Armstøtte som kan festes i bordplate – avlaster armen slik at man lettere kan flytte hånden dit man ønsker. Gjør det enklere å utføre daglige aktiviteter med over kjøkkenbenken eller annet egnet arbeidsområde.

• SaeboGlove

Hjelpemiddel for hånd – bidrar til å strekke ut fingre og håndledd, slik at man greier å gripe og slippe. Muliggjør å bruke hånden til daglige oppgaver. I tillegg har vi produkter som Saebo Stretch, Flex og Reach.

• WalkAide

Et aktivt ganghjelpemiddel for fot – muliggjør at man kan redusere droppfot og gjenopprette et ganglag ved hjelp av elektrisk stimulering av musklene.

• SaeboStep

En lett, justerbar droppfot-ortose – muliggjør for komfortabel gange uten skinne. Tilpasses enkelt eksisterende fottøy.

SLAGSPESIALISTEN MED DEN HELHETLIGE LØSNINGEN!
KONTAKT OSS FOR Å FÅ VITE MER!

CYPROMED

Bli med og dokumenter nyttene av ergoterapi!

Ergoterapi er i kraftig medvind. I den offentlige utredningen «Innovasjon i omsorg» kan vi lese at ergoterapeutene framstår som viktige brobyggere og har en metodisk tilnærming med vekt på aktivitet og rehabilitering som framtidens omsorgstjenester trenger mer av.

Av Ingvild Kjekken og Unni Sveen



Ingvild Kjekken er professor i ergoterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus og forsker ved Diakonhjemmet sykehus.



Unni Sveen er professor i ergoterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus og ergoterapispesialist ved Oslo universitetssykehus.

I Stortingsmelding 26 om «Fremtidens primærhelsetjeneste» er ergoterapeuter en av de mest omtalte yrkesgruppene, og innen 2020 må alle kommuner ha ansatt ergoterapeut (1). I 2016 ble det innført takster for poliklinisk ergoterapi i spesialisthelsetjenesten. Hverdagsrehabilitering, hvor ergoterapeuters innsats og vurderingsredskaper står sentralt, er dokumentert som virksomt og kostnadseffektivt (2). Suksessmodellen er innført i drøyt en tredjedel av landets kommuner, og stadig nye kommer til.

En av grunnene til medvinden er at vi i økende grad dokumenter nytten av ergoterapeuters innsats gjennom systematisk bruk av vurderingsredskaper ved oppstart og avslutning av behandling. Konkrete tall på fremgang motiverer brukere og terapeuter, og er et språk som overbeviser arbeidsgivere og politikere.

GODE PÅ INNLEDENDE VURDERINGER

En medlemsundersøkelse gjennomført av Ergoterapeutene i 2013 viser at norske ergote-

rapeuter brukte en rekke ulike redskaper i sin daglige praksis. Hele 74 prosent av deltakerne oppga at de benyttet standardiserte vurderingsredskaper, hvorav 60 prosent praktiserte slik bruk daglig (3). Deltakerne oppga videre at de opplevde verdien av dette som stor, og begrunnet det med at vurderingene som gjøres er nyttige både for bruker eller pasient, pårørende og ergoterapeut. Det var også nyttig for partene de samarbeider med, slik som andre ergoterapeuter, andre profesjoner og andre involverte i tjenesten.

Resultatene fra undersøkelsen viser at det som særlig vektlegges, er vurdering av aktivitet og deltakelse. Når man rangerer de 20 mest brukte vurderingsredskapene, dekker åtte av disse aktivitet og deltakelse, åtte dekker kroppsfunksjoner, og tre omfatter omgivelsesfaktorer (4). Dette er i kontrast til to amerikanske undersøkelser, som viser at vurderingsredskapene som ble brukt i USA i stor grad omfatter kroppsfunksjoner (5, 6). Norske ergoterapeuters vurderingspraksis kan dermed sies å være

godt i tråd med kjernen i faget: å fremme deltakelse og inkludering i hverdagslivet.

KAN FREMME BRUKERMEDVIRKNING

I følgeevalueringen av hverdagsrehabilitering i norske kommuner uttrykte fagpersonene at de hadde gode erfaringer med systematisk bruk av vurderingsredskap (7). De trakk fram at vurderingsredskapet the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) var et godt hjelpemiddel til å få fram brukerens mål. En annen viktig erfaring var at målene nesten alltid var annerledes enn det fagpersonene hadde tenkt på forhånd. Én beskrev det slik: «Hver gang kommer de med noen andre mål enn det vi tenker på forhånd. Hver gang. Jeg tror ikke det har vært én gang jeg har tenkt «riktig» på forhånd».

I Ergoterapeutenes medlemssundersøkelse var respondentene også opptatt av hvordan bruk av vurderinger kan bidra til å motivere brukerne og øke deres innsats i intervensjonsfasen. De beskrev at redskaper må anvendes på en slik måte at brukerne blir bevisste sine egne ressurser og i stand til å ta tak i eget liv etter sykdom, funksjonstap eller endrede livsomstendigheter. Videre mente mange at resultatene av lett kommuniserbare vurderinger kan bidra til at brukere og pårørende kan få bedre innsikt. De poengterte også at tiltak som settes i gang, må være relevante, meningsfulle og tilpasset den enkelte (8).

Å EVALUERE RESULTATER GIR POSITIVE RINGVIRKNINGER

Ifølge medlemsundersøkelsen gjør nær tre fjerdedeler av norske ergoterapeuter systematiske vurderinger ved oppstart av



Evaluering av resultater er en forutsetning for å finne ut om det vi gjør virker, og for å forbedre tilbud og praksis.

behandling. Langt færre, snaut 20 prosent, undersøker endring underveis i behandlingsforløpet eller virkning av tiltak (9). De som gjør slike vurderinger, rapporterer imidlertid begeistret om alle de positive ringvirkningene det har. For det første synes brukerne det er motiverende å få konkrete tall på egen fremgang. Da ergoterapeutene i Førde kommune evaluerte resultatene i en håndartrosegruppe, hadde deltakerne gjennomsnittlig bedret sin aktivitetsutførelse med 22 prosent og håndkraften med 76 prosent, og halvparten hadde lavere score på smerte, stivhet og trøtthet (10). En deltaker fortalte at hun nå kunne kneppe knapper for første gang på to år, en annen at hun ikke våknet om natten på grunn av smerter lenger. Da deltakerne ble fulgt opp etter seks måneder, var resultatene fremdeles like gode, og det ble ventelister for å

delta i gruppen. Slike resultater er selvfølgelig motiverende for terapeutene også, og gjør det lettere å drive PR for ergoterapitilbudet i kommunen.

Når man har konkrete resultater, er det dessuten lettere å få publisitet. Resultatene fra håndartrosegruppen ble omtalt i lokalavisen, hvor en av deltakerne ble intervjuet og roste tilbudet. Hverdagsrehabilitering er et annet eksempel, med mange oppslag med brukere som forteller om gjenerobring av viktige aktiviteter, og hvor ergoterapeuter er avbildet og omtalt. Ikke noe er bedre enn at andre framsnakker faget vårt!

Systematiske vurderinger over tid gir også ofte ny kunnskap ved at man oppdager mønstre man ikke ellers ville sett. Men det viktigste er at evaluering av resultater er en forutsetning for å finne ut om det vi gjør, virker, og

for å forbedre tilbud og praksis. Vi skylder både brukere og samfunn å sikre at ergoterapeuter utøver kunnskapsbasert praksis, som innebærer at vi bruker tiden på tiltak som systematisk er evaluert som nyttige. Da er det godt å vite at vi har mye godt å velge i når vi skal dokumentere praksisen vår.

MANGE GODE REDSKAPER

På et tverrfaglig kurs om ICF skulle deltakerne profesjonsvis beskrive hvilke vurderingsredskap de brukte. Etter oppsummeringen sa en av fysioterapeutene at hun var misunnelig på ergoterapeutene: «Dere aner ikke hvor heldige dere er, som har så mange redskaper som er utviklet på basis av modeller for aktivitet og deltakelse, og som kan brukes på tvers av pasientgrupper og problemstillinger».

Noen gode eksempler på slike redskap er COPM, MOHO Interessesjekkliste, Kartlegging av daglige aktiviteter, og Assessment of Motor and Process Skills. Disse fire er også blant de ti mest populære redskapene ifølge medlemsundersøkelsen, og ble brukt av henholdsvis 45, 24, 17 og 14 prosent av deltakerne (4). En fordel med slike redskaper er at det teoretiske fundamentet gir grunnlag for antakelser om årsaker og sammenhenger, som igjen gir retning for hvordan tiltakene kan utformes. En annen at redskap som kan brukes med mange ulike pasientgrupper, er ressursbesparende ved at man kan konsentrere seg om å lære noen få instrumenter som man deretter får god erfaring i å bruke. En tredje fordel er at slike instrumenter også kan brukes på tvers av enheter og nivåer i helsetjenesten. Dermed får man et felles begrepsapparat som bedrer kommunikasjon. Mål og tiltak igangsatt på ett nivå eller

én enhet kan lettere følges opp ved overgang til et annet nivå eller enhet, noe som igjen bidrar til bedre kontinuitet og kvalitet i behandlingsforløpet.

HVILKE INSTRUMENTER BØR VI VELGE?

Ved oppstart av behandling er det lurt å kombinere ulike typer instrumenter for å få et nyansert bilde av brukerens situasjon. Observatørbaserte vurderinger eller tester har de fordelene at de gir mulighet til å sammenligne brukerens funksjon med det som ansees som «normalt». Noen ganger kan resultatene også gi indikasjoner om prognose. Eksempler på slike instrumenter er måling av håndkraft med et dynamometer eller scoring av aktivitetsutførelse i Barthel Index. Begge disse er instrumenter rapportert som mye brukt blant norske ergoterapeuter (4). Denne typen redskap krever lite medvirkning og kan dermed brukes i akuttstadiet og med personer med dårlig språkforståelse eller kognitiv svikt. En ulempe er at vurderingen forutsetter personlig oppmøte, noe som kan gjøre revurderinger ressurskrevende.

En annen type redskap er standardiserte spørreskjema, hvor pasienter selv-rapporterer symptomer, aktivitetsutførelse og livskvalitet. Eksempler på slike er numeriske scoringsskalaer hvor smerte eller utmattethet scores fra 0 til 10, eller Kartlegging av Daglige Aktiviteter (KDA), hvor respondentene besvarer spørsmål om daglige aktiviteter. Resultatene oppsummeres gjerne i form av en sumscore som kan brukes til å sammenligne funksjon hos individer og grupper og evaluere endring over tid. En stor fordel med spørreskjemaer er at de kan besvares per post, via telefon og i økende grad også gjennom å gå

inn i digitale portaler og fylle ut via pc, nettbrett eller smarttelefon. Dette gjør oppfølging og evaluering enkelt og overkommelig når det gjelder ressursbruk, og er en type instrument ergoterapeuter med fordel kan bruke oftere. På listen over de 20 mest brukte instrumentene blant norske ergoterapeuter er det imidlertid kun KDA som hører hjemme i denne kategorien.

I et nylig utviklet kjernesett med ni utfallsmål for rehabilitering måles aktivitet og deltakelse med spørreskjemaene Hannover Functional Ability Questionnaire og en delskala fra Cop-Wonca (11). Kjernesettet ligger tilgjengelig på www.nkrr.no og kan være en god inngangsport til systematisk bruk av spørreskjemaer.

En tredje kategori er de pasientspesifikke instrumentene, hvor pasienter gjennom intervju beskriver og prioriterer aktiviteter og mål for så å vurdere egen funksjon og progresjon i forhold til disse. Slike instrumenter fordrer aktiv medvirkning fra brukeren, noe som gir nyttig informasjon når mål og tiltak skal utformes. Fordi aktivitetene er definert av den det gjelder, er instrumentene også svært sensitive når det gjelder å fange endringer. Eksempler på slike instrumenter er the Canadian Occupational Performance Measure (som er det mest brukte ifølge medlemsundersøkelsen) og the Patient Specific Functional Scale. På samme måte som med de standardiserte spørreskjemaene kan disse re-scores via brev, telefon eller digitale løsninger. Dette gjør dem godt egnet til å evaluere effekt av ergoterapi.

HVORDAN FÅR VI DET TIL?

I medlemsundersøkelsen i regi av Ergoterapeutene beskriver deltakerne ulike grunner til at de

ikke bruker vurderingsredskaper (8). Disse omfatter blant annet kostnader til innkjøp, opplæring og sertifisering; tidspress og manglende kultur eller rutiner for slik bruk; og at det er utfordrende når man er alene som ergoterapeut på sin arbeidsplass. En måte å komme i gang på er å tenke på opplæring og bruk av redskaper som et fagutviklingsprosjekt og deretter lage en langsiktig plan (12). Som del av planen bør man bli enige om hvilke redskaper som er mest relevante å lære seg, hvilke(t) man skal starte med, og hvor mange som bør eller må gå på kurs. Videre må man vite hvordan disse kan overføre kunnskapen sin til kolleger. En arbeidsform for utvikling av kunnskap sammen kan være å diskutere konkrete «case». Det er også viktig å budsjettere kostnader til kurs og lage en plan med mål, delmål, møter og milepæler. En slik prosjektplan kan også brukes som grunnlag for å søke midler til gjennomføring (13).

En relativt rimelig opplæringsmulighet er å hospitere hos kolleger som har god erfaring med bruk av det aktuelle instrumentet. Når man føler seg trygg i bruk av instrumentet kan man utvikle et nytt prosjekt hvor man for eksempel evaluerer nytten av et tilbud til en avgrenset brukergruppe i en bestemt periode. Igjen kan det å hospitere hos mer erfarne kolleger gjøre det lettere å komme i gang. Å skaffe seg en veileder anbefales også. Da har man en å søke råd hos når det trengs.

LITE OG GODT

Å evaluere nytten av tiltak er viktig fordi det sikrer at ergoterapeuters tilbud er i tråd med brukernes behov og fører til ønsket effekt. For å innarbeide dette i klinisk praksis bør man velge instrumen-

ter som gir nyttig informasjon ved planlegging av behandling. Første skritt kan være å starte med ett eller noen få instrumenter. Valg av instrumenter kan baseres på diskusjoner med erfarne kolleger og tilgjengelig informasjon om instrumentene. Her er oversikten over verktøy og redskap på Ergoterapeutenes hjemmesider en god hjelp. Det ligger også mye informasjon på Internett, og YouTube inneholder mange eksempler på gjennomføring av intervjuer og tester. Ettersom man får mer erfaring, kan utvalget av instrumenter utvides. Når man skal lære å hoppe høyde, legger man lista lavt i starten. Slik bør det også være med endringer i egen praksis. Heller enn å være veldig ambisiøs kan man begynne med et enkelt instrument.

Vi inviterer med dette alle våre kolleger til en nasjonal satsing på systematisk bruk av vurderingsredskaper ved oppstart og etter avsluttet behandling. Dette er den mest effektive strategien for å dokumentere nytten av ergoterapi og derigjennom styrke vår posisjon i fremtidens helsetilbud.

Referanser

1. St.meld.nr.26. Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. Det Kongelige Helse- og Omsorgsdepartementet, 2015.
2. Kjerstad E, Tuntland HK. Reablement in community-dwelling older adults: a cost-effectiveness analysis alongside a randomized controlled trial. *Health economics review*. 2015;6(1):15.
3. Hagby C, Bonsaksen T, Dolva AS, Horghagen S, Sveen U, Solbakken AI, et al. Bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: Del 1. *Ergoterapeuten* (norsk). 2014(4):22-7.
4. Dolva AS, Sveen U, Bonsaksen T, Hagby C, Horghagen S, Solbakken AI, et al. Hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: Del 3. *Ergoterapeuten* (norsk). 2015(2):44-9.
5. Mohammed Alotaibi N, Reed K, Shaban Nadar M. Assessments used in occupational therapy practice: an exploratory study. *Occupational therapy in health care*. 2009;23(4):302-18.
6. Piernik-Yoder B, Beck A. The use of standardized assessments in occupational therapy in the United States. *Occupational therapy in health care*. 2012;26(2-3):97-108.
7. Langeland E, Førland O, Aas E, Birkeland A, Folkestad B, Kjekken I, et al. Modeller for hverdagsrehabilitering - en følgeevaluering i norske kommuner. Effekter for brukerne og gevinster for kommunene? Bergen: Senter for omsorgsforskning vest, 2016.
8. Horghagen S, Bonsaksen T, Dolva AS, Hagby C, Solbakken AI, Sveen U, et al. På vei inn i en kunnskapsbaert praksis. Ergoterapeuters begrunnelser for bruk eller ikke bruk av vurderingsredskaper. *Ergoterapeuten* (norsk). 2015(6):48-58.
9. Bonsaksen T, Hagby C, Solbakken AI, Horghagen S, Sveen U, Dolva AS, et al. I hvilke situasjoner bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: Del 2. *Ergoterapeuten* (norsk). 2015(2):38-42.
10. Evebø M, Hennig T. Handtrening hjelper. Deltaking i handtreningssgruppe for personar med artrose i Førde kommune gav gode resultat. *Ergoterapeuten* 2017 (2), (norsk).
11. Klokkeud M, Dagfinrud H, Nylenna S, Larsen M, Uhlig T, Furunes K, et al. Development of a consensus based Norwegian core set of outcome measures for rehabilitation in rheumatic and musculoskeletal diseases. In process. 2016.
12. Kjekken I. Fra idé til prosjekt. *Ergoterapeuten*. 2016(2):56-61.
13. Kjekken I. Fagutviklings- og forskningsprosjekter. Hvordan utforme søknader om midler? *Ergoterapeuten* (norsk). 2009(11):30-4.

ØKT LIVSKVALITET.

KOMFORT, STABILITET OG INKLUDERENDE.

F5 Corpus VS er en komfortabel, sikker og stabil elektrisk rullestol med ståfunksjon. Den tilbyr samme funksjoner og egenskaper som en ordinær elektrisk stol, samtidig som du får flere muligheter og fordeler med å kunne stå oppreist i nye F5 Corpus VS.

Vi har utviklet et helt nytt chassis med uavhengig hjuloppheng, automatisk justerende støttehjul og sterke motorer for å kunne tilby den beste brukeropplevelsen i en elektrisk rullestol. Du vil oppleve et nytt nivå av komfort og stabilitet – også når du står og kjører samtidig.

F5 Corpus VS gjør det enklere for deg å stå oppreist. Du kan velge mellom to sekvenser til stående posisjon, enten fra sittende stilling eller fra liggende stilling. Det er også mulighet for å kombinere disse sekvensene, for eksempel å starte i liggende og så til stående posisjon for så å returnere til sittende stilling. Hver enkelt stilling og bevegelse er enkel å programmere for å være tilpasset dine behov.

Ønsker du brosjyren "Fordelene med å stå" fritt tilsendt, kontakt oss på: ks@permobil.com



For mer informasjon: www.permobil.no

permobil



Lønnsoppgjøret er et sikkert vartegn uavhengig av vær og vind

Når dagene blir lengre og innkallingene til møter i Unios forhandlingsutvalg kommer oftere, da forstår vi at det nærmer seg lønnsoppgjør.

Av Brit-Toril Lundt



Arets lønnsoppgjør er et mellomårsoppgjør. Vi er fortsatt bundet av toårige tariffavtaler som ble forhandlet fram per 1. mai 2016. En mellomårsbestemmelse sikrer oss hjemmel for å forhandle økonomi i mellomåret.

Tallene for fjorårets lønnsoppgjør og konsumprisveksten viser at arbeidstakerne for første gang på lenge har fått reallønnsnedgang. Dette er en situasjon vi ikke kan leve med særlig lenge.

Frontfaget setter rammen for lønnsoppgjørene i offentlig sektor. LO og NHO har gjennomført årets forhandlinger. De kom fram til en ramme på 2,4 prosent. Dette tallet kommer til å forfølge oss gjennom lønnsoppgjørene i offentlig sektor. Det er lite vi som forbund kan gjøre med rammen, men vi har god mulighet til å påvirke profilen, det vil si hvordan pengene skal fordeles. En gjennomtenkt og målrettet profil på fordelingen gjør at pengene likevel kan strekke langt. Dette fikk vi et godt eksempel på i resultatet for KS-oppgjøret i 2016 og 2017.

ERGOTERAPEUTENES LØNSPOLITIKK ER NEDFELT I LANDSMØTEPROGRAMMET

Her står det blant annet:

Ergoterapeuter skal ha lønn som reflekterer grunn- og videreutdanning, godkjenning som ergoterapispesialist, ansvar og erfaring. Lønnsutviklingen skal være på lik linje med sammenlignbare grupper i privat og offentlig sektor.

Likelønn er et prioritert område, med et lønnsnivå og lønnsutvikling som bygger på likelønnskommisjonens prinsipper om likelønn, både gjennom sentrale og lokale forhandlinger.

NORSK ERGOTERAPEUTFORBUNDS HOVEDFOKUS INNEN «ARBEIDSLIV»:

- Likelønn
- Lønnsmessig uttelling for kompetanse og ansvar
- * Ansiennitetsstiger som sikrer lønnsutvikling utover ti år
- Tilfredsstillende pensjonsordninger
- Hele, faste stillinger

Forbundet mener videre at verdsetting av våre medlemmers kompetanse er avgjørende for virksomhetenes evne til å rekruttere og beholde ansatte som sikrer at det ytes helsetjenester av høy kvalitet.

Ergoterapeutene er også opptatt av at offentlig ansatte skaper verdier, og de må anerkjennes på lik linje med privat sektor. Sektorene er gjensidig avhengige av hverandre.

FREMME KRAV

På denne bakgrunnen har Ergoterapeutene fremmet krav til Unio med følgende punkter:

- Sikring av kjøpekraften
- Verdsetting av medlemmenes kompetanse
- Generelt tillegg til alle
- Avsetning av midler til lokale forhandlinger, forutsatt at det blir noe å forhandle om

Vi ønsker hverandre et godt lønnsoppgjør!

Frontfaget er den konkurranseutsatte industrien. Det forhandles fram en ramme som partene mener industrien tåler. Resultatet legger rammen for offentlig sektor som forhandler cirka en måned senere.

SNART NY LANDSMØTEPERIODE:

Legg en hånd på rattet!

Av Karl-Erik Tande Bjerkas

Ergoterapeutene avvikler landsmøte 8. til 10. november 2017. Medlemmer og tillitsvalgte oppfordres til aktivt å være med på å prege utvikling av fag, yrke og forbund i neste landsmøteperiode. Oppfordringa kommer fra seks regionale og den sentrale valgkomiteen. Du kan stille til valg som delegat til landsmøtet, til regionsstyrene, forbundsstyret eller til komiteer og utvalg som skal arbeide sammen de neste tre årene.

Ergoterapeutene har bruk for visionære ledere og fagpolitikere, gode praktikere, inspiratorer, og alle dem som rett og slett liker å få en jobb gjort.

Kontaktinformasjon til valgkomiteen og de seks regionale valgkomiteene finner du på hjemmesida vår..

HVEM ER VI OG HVOR SKAL VI?

Arbeidet med å utvikle det programmet som landsmøtet skal vedta, er godt i gang, og regionene vil på ulikt vis involvere medlemmene i dette arbeidet. Bruk denne anledningen til å gi innspill på retning for utviklinga av faget, forbundet og yrkesrollen.

– Landsmøteprogrammet skal



Valgkomiteen ønsker kontakt med medlemmer som vil prege fag, yrke og forbund de neste tre årene. Her den sentrale valgkomiteen som består av (fra venstre): Eli Hulbækdal, Kirsti Rystad (leder), Toril Smaaberg og Camilla Claussen.

tydeliggjøre hvem vi er og hva vi er opptatt av – kall det gjerne verdiene våre. Programmet skal beskrive hvorfor vi har disse verdiene, og hvordan vi skal oppnå dem den neste landsmøteperioden, sier generalsekretær Toril Laberg.

DU KAN DELTA PÅ LANDSMØTET

Du som medlem kan selvsagt

delta på hele eller deler av landsmøtet, selv om du ikke er valgt som delegat. Det kommer nærmere informasjon, og program for landsmøtedagene i løpet av våren. Følg med på nettsidene og i Ergoterapeuten.

Medlemmer som deltar på landsmøtet og ikke er valgt som delegater eller av andre grunner er innkalt, må dekke reise, deltaker- og oppholdskostnader selv.

HVEM SKAL MOTTA ERGANEPRISEN OG TILLITSVALGTPRISEN 2017?

Erganeprisen og Tillitsvalgtprisen skal deles ut i år. Ergoterapeutene vil ha forslag til kandidater.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Tillitsvalgtprisen deles ut til et medlem av forbundet som har gjort en vesentlig innsats som tillitsvalgt. Den kan tildeles plasstillitsvalgte, hovedtillitsvalgte og organisasjons-tillitsvalgte. 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 sammenhengen mellom ergoterapi som fag og betingelser i arbeidslivet
- * å ha stått i spesielt krevende prosesser på vegne av sine medlemmer
- * å ha utvist mot og handlekraft i krevende saker eller prosesser på vegne av sine medlemmer.
- * å ha gjort en særlig innsats for å aktivere, rekruttere og beholde medlemmer

Skjema for nominasjon av kandidater finner du på nettsidene våre eller ved å ta kontakt med forbunds-kontoret.

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
- * 2016: Toril Smaaberg, Sykehuset Innlandet

ERGANEPRISEN

Kom med forslag til kandidat til Erganeprisen! Erganeprisen deles ut til et medlem av Ergoterapeutene som har gjort en vesentlig innsats for å fremme ergoterapi gjennom for eksempel:

- * positiv profilering og synliggjøring
- * kvalitativ styrking og fornying av ergoterapeutrollen

- * fag- og metodeutvikling
- * innovasjon innen fag og praksis
- * tydelig ledelse som synliggjør og styrker fag og identitet

Erganeprisen deles ut på Landsmøtet. Den ble tidligere delt ut på fagkongressen. Kandidaten velges av forbundsstyret på bakgrunn av innkomne forslag.

Frist for forslag til kandidat til Erganeprisen er 1. august 2017. Forslag sendes til post@ergoterapeutene.org.



Ergogrip støttebøyle for servanter –

bidrar til å gjøre boliger/sykehjem funksjons- og aldersvennlige



- Kan påmonteres alle veggfaste servanter
- Finnes i en rekke modeller
- Universell utforming
- Forebygger fall
- Levert til sykehjem/omsorgsboliger og private hjem.

STØTTE TIL FAGUTVIKLING

Ergoterapeutenes støtte til forskning og utvikling (FoU) skal bidra til ergoterapifaglig forskning og utvikling. Støtten kan gis medlemmer i form av arbeidsstipend, dekning av prosjektkostnader eller reisestipend. Forbundsstyret vedtar prioriteringene for tildeling av midler.

FoU-midlene for 2017 tildeles medlemmer som primært søker støtte til FoU innen hverdagsmestring innen arbeidsliv, psykisk helse og rus.

Til utdeling: kr. 400 000,-

Søknadsfrist: **1. september 2017**

Søknad skrives på eget skjema og sendes til post@ergoterapeutene.org.

Les mer www.ergoterapeutene.org

Ikke medlem ennå?
Meld deg inn!

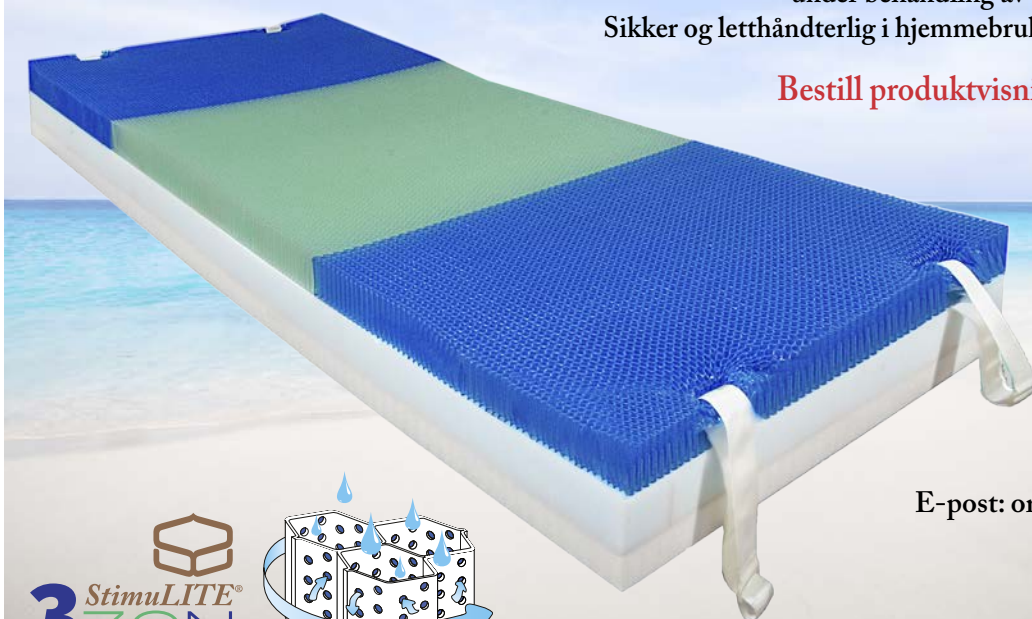
ergoterapeutene.org/innmelding


ergoterapeutene

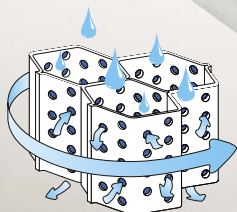
StimuLITE® 3-SONE Madrass Ekstra Myk - nå i Norge og prisforhandlet med NAV

For en kjølig og trykkfri søvn ved langvarig bruk eller
under behandling av trykksår opp till grad 3.
Sikker og letthåndterlig i hjemmebruk og omsorgsavdelinger

Bestill produktvisning og utprøving nå!




3 StimuLITE®
ZON
EXTRA MJUK



Tel: 48 50 32 97
E-post: ordre@rehabshop.com
www.rehabshop.as


Goran Sjøden's
Norge AS

Bli ergoterapispesialist – søknadsfrist 15. september 2017

Fra 1. 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 nye ordning godkjent. Vi forventer at det fremover vil bli stadig flere som godkjennes etter ny ordning.

Av Anita Engeset

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

SØKNADSFRIST HVERT ÅR ER 15. SEPTEMBER

Søknader om godkjenning og regodkjenning av ergoterapispesialister behandles av syv spesialistkomiteer før endelig godkjenning vedtas i spesialistrådet. Spesialistrådet består av lederne

av spesialistkomiteene, med fagavdelingen i Ergoterapeutene som sekretærer.

Fullstendige kriterier for godkjenninger samt søknadsskjemaer finnes på hjemmesiden.

Spørsmål kan rettes til seniorrådgiver Anita Engeset ae@ergoterapeutene.org eller tlf. 92408247.

Søknad om ergoterapispesialist skrives på eget skjema som sendes til Norsk Ergoterapeutfor-



bund, Stortingsgata 2, 0158 Oslo, eller på e-post til post@ergoterapeutene.org.

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

Nye beskrivelser av ergoterapeuters kompetanse

Det siste året har representanter fra Ergoterapeutene samarbeidet med representanter fra alle de seks utdanningene for å utarbeide felles kompetansebeskrivelser for ergoterapeuter.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Kompetansebeskrivelsene skal vedtas av Universitets- og høyskolerådets profesjonsråd for utdanning og forskning innen ergoterapi i vår.

De nye kompetansebeskrivelsene skal benyttes både som grunnlag for utdanningen av ergoterapeuter og i forbundets arbeid med å utvikle ergoterapifaget og rammene for fagutøvelsen. Ergoterapeuters kompetanse vil bli presentert i Ergoterapeuten og på fagkongressen. De vil være sentrale i mange av forbundets aktiviteter både

sentralt og regionalt. Medlemmene kan benytte kompetansebeskrivelsene til blant annet:

- beskrivelse av Ergoterapeutenes samfunnsoppdrag
- jobbintervju og søknader
- tydeliggjøring av arbeidsoppgaver og opprettelse av stillinger
- lokale og individuelle lønnsforhandlinger
- informasjon til brukere og befolkningen generelt
- informasjon til politikere, myndigheter, arbeidsgiver og medarbeidere

Utnytt ditt individuelle medlemskap i WFOT

Alle medlemmer i Norsk Ergoterapeutforbund er medlemmer i Verdensforbundet for ergoterapeuter (WFOT). Medlemskapet er gratis og gir medlemmer fulle rettigheter. Du er dermed en del av et verdensomspennende nettverk av ergoterapeuter.

Gjenom WFOTs medlemssider får du tilgang til faglige dokumenter, internasjonal helse- og velferdspolitik og det fagfeller-vurderte tidsskriftet WFOT Bulletin.

TILGANG TIL MEDLEMSSIDENE

Følg denne oppskriften for å få tilgang til WFOTs medlemssider:

1. Access the WFOT website www.wfot.org.
2. Click on tab «Membership > Already a Member? > set up your account online» or click on <http://www.wfot.org/Membership/MemberRegistration.aspx> , or go to the «Homepage > Login >

Already a member? Register online».

3. Fill out the Membership Registration Form – their Membership No. is the same as their Member Organisations' Membership No.
4. Click on «Register».
5. Login (with your username and password you created) and it will take you to the Members' area site where you have access to the: Resource Centre, Job Opportunities, Research, Events, Banner, Advertisements.

Ved innlogging må medlemmene bruke samme navn som vi har i medlemsregisteret. Æ byttes ut med ae, ø med oe og å med aa.

Dersom du allerede er registrert, trenger du ikke å registrere deg på nytt. Vi sender oversikt over nye medlemmer ved hvert månedsskifte. Det kan derfor gå noen uker fra du har meldt deg inn, til du får tilgang til medlemssidene.



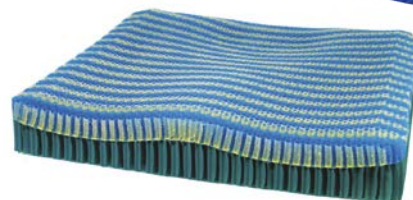
Prøv selv! Bestill produkt demonstrasjon eller gratis demopute nå!

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



Contoured Ekstra Myk Brederer Sittegrup

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

Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru

Tel: +47 48 50 32 97 www.rehabshop.as [Facebook.com/RehabshopNorge](https://www.facebook.com/RehabshopNorge)

Fire ting du bør vite før du drar på ferie

Av Roar Hagen

Sommeren er høysesong for reiseskader. Forsikringsselskapet Tryg får inn cirka 40 prosent flere saker i sommermånedene. Selskapet opplever at mange ikke har satt seg godt nok inn i hva de kan få dekket og hvilken hjelp de kan få med reiseforsikring. Her er fire ting du bør vite før du legger ut på tur.

1. Ta med verdisaker som håndbagasje under flyreisen. Kofferter blir gjennomlyst minst én gang før den legges inn i flyet. Ligger det verdisaker som PC, nettbrett, smykke, klokke eller mobiltelefon i den, er det lett for flyplassansatte å åpne kofferten og forsyne seg. Det hjelper ikke å låse kofferten – de fleste koffertlåser lar seg lett åpne med en skrutrekker. Verken reiseforsikring eller flyselskap dekker tyveri av verdisaker fra ekspedert bagasje.



2. Trenger du legehjelp under reisen? Ta kontakt med vår alarmsentral, Tryg Alarm, før du går til lege. (Forutsatt at du har ergoterapeutenes reiseforsikring). Alarmsentralen har åpent døgnet rundt og har både leger og annet medisinsk personale tilgjengelig. Du kan få råd om hvilken lege du bør oppsøke i akkurat det området du er i. Alarmsentralen kan også fortelle hva forsikringen din dekker, og gi deg råd og tips for hvordan ferien blir best mulig selv om lege må oppsøkes.
3. Leiebil i utlandet – pass på egenandelen! Når du leier bil, kan egenandelen du må betale ved skade på bilen være svært

høy. En egenandel på 12 000 kroner er vanlig. Mange bilutleiefirmaer kan sette ned egenandelen mot at du betaler ekstra for leie av bilen. Husk at med ergoterapeutenes reiseforsikring får du dekket inntil 8000 kroner av egenandelen du må betale ved skade på en leiebil.

4. Forsinket bagasje – hva har du rett til? Meld fra til flyselskapet på flyplassen dersom du ikke får bagasjen din. Du trenger ikke melde saken til forsikringsselskapet før du kommer hjem fra ferie. Ta vare på rapporten du får fra flyselskapet, og kvitteringene for klær og toa-

lettsaker du må kjøpe mens du venter på bagasjen. Ergoterapeutenes reiseforsikring dekker innkjøp av klær og toalettsaker med inntil 5000 kroner hvis bagasjen er forsinket i mer enn fire timer. Når du reiser hjem, dekker ikke reiseforsikringen utlegg som følge av forsinket bagasje.

Ergoterapeutenes reiseforsikring leveres av Tryg Forsikring. Pris per år er kr 997 for én person og kr 1192 for familie. Har du ikke allerede ergoterapeutenes reiseforsikring, kan den enkelt bestilles på www.ergoterapeutene.org/forsikring.

Få med deg medlemsfordelene når du planlegger ferie

Ergoterapeutene ivaretar deg som arbeidstaker, utvikler faget og bidrar til at du skal få brukt kompetansen din som ergoterapeut. I tillegg tilbyr vi mange attraktive medlemsfordeler som gjør at du kan spare inn store deler av kontingenten. Noen av dem er spesielt aktuelle når det nærmer seg ferie.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Mange medlemmer kan spare inn store deler av medlemskontingenten om de benytter seg av medlemsfordelene våre. Sjekk ut hva du kan spare sammenlignet med de som ikke er medlemmer. Husk også at store deler av kontingenten er skattefri. Noen av medlemsfordelene er nye og spesielt aktuelle nå når vi nærmer oss sommerferien.

TA MED MEDLEMSFORDELENE I PLANLEGGINGA AV SOMMEREN

Du finner en nærmere beskrivelse av de ulike medlemsfordelene og hvordan du kan nyttiggjøre deg dem, på ergoterapeutene.org/medlemsfordeler. Disse tilbyr vi medlemmene våre gjennom samarbeidet vårt i Unio.

Kanskje skal du kjøre litt ekstra bil i sommer? Vi tilbyr medlemmene våre Esso-kort med 50 øre rabatt per liter og 20 prosent rabatt på bilvask.

Dersom du ikke har bil, eller har behov for en annen bil i ferien, får du 30 prosent rabatt på leiebil hos Avis, og ytterligere 15 prosent prisreduksjon dersom du er tidlig ute.

Trenger du sports- eller fritids-tøy, har vi 30 prosent rabatt på en lang rekke Stormberg-produkter og 30 prosent rabatt på sport-

støyet fra Under Armour.

Kanskje er det aktuelt å leie fritidsbolig eller hytte i Norge eller utlandet? Du får tusen kroner i rabatt ved leie av hytte hos Norgesbooking, 9 prosent rabatt på leie av feriehus hos NOVASOL og 10 prosent på leie av feriehus hos Dansommer. Også hos de historiske hotellene og spisestuenes oppnår du rabatt.

HØSTEN KOMMER TIDSNOK

Høsten kommer tidsnok, og året har flere arbeids- enn feriedager. De viktigste medlemsfordelene våre har du nytte av hele året.

Hva er viktige aktiviteter for deg, og hva vil skje hvis sykdom eller skade forhindrer deg i å

gjøre eller delta i disse aktivitetene? Disse spørsmålene stiller vi ergoterapeuter nesten daglig til andre. Vi må også stille spørsmålene til oss selv, og forsikre oss om at vi økonomisk er klare til å ta det som kommer. Ta kontakt med Forsikringskontoret vårt en gang i året, for å sikre at du, helsen din og de og det du er glad i, er tilstrekkelig sikret.

Sørg også for at du vurderer den svært konkurransedyktige boliglansrenten fra Storebrand. For tiden er den 1,9 prosent.

Sjekk også ut bruks- og sparekontoen Cresco Unique. Den er billig i bruk og gir deg god rente på både innskudd og eventuell kreditt.



DELTAING I HANDTRENINGSGRUPPE FOR PERSONAR MED ARTROSE I FØRDE KOMMUNE GAV GODE RESULTAT

Handtrening hjelper

Av Mari Evebø og Toril Hennig



*Mari Evebø er ergoterapeut i Førde kommune.
mari.evebo@forde.kommune.no*



Toril Hennig er spesialist i ergoterapi ved Martina Hansens Hospital. Hun var i 2015-2016 ergoterapeut i Førde kommune.

Samandrag

Artikkelen tek føre seg oppstart og gjennomføring av ei handtreningssgruppe for personar med handartrose i kommunehelsetenesta. Handartrose er ein vanleg sjukdom, men tilbodet i kommunehelsetenesta er mangelfull for denne gruppa. Ti kvinner deltok i ei treningsgruppe over tre månader, med regelbundne samlingar og eigentrening heime. Det vart gjort kartlegging av mellom anna ADL-funksjon og handkraft ved oppstart og avslutning. Delta-karane fekk informasjon om artrose og nytten av trening. Kvar samling inneheldt eit relevant tema i tillegg til sjølve treninga. Etter tre månadar hadde alle deltakarane betring av handkraft og ADL-funksjon. Erfaringane frå Førde kommune syner at ergoterapeutar har kompetansar på handfunksjon og aktivitetsutførsle, og at handtreningssgruppe i regi av kommunehelsetenesta kan vere eit godt tilbod.

Nøkkelord: Handartrose, kommunehelseteneste, handtreningssgruppe, aktivitetsutførsle, gruppetilbod.

Det er inga interessekonflikt knytt til denne artikkelen.

BAKGRUNN

The European League Against Rheumatism (EULAR) anbefalar at alle pasientar med handartrose bør få opplæring om sjukdomen, tilpassa øvingsprogram for styrke og rørsle samt eventuelt tilpassa ortosar (1). Anbefalingane, som kom i 2007, var eit resultat av arbeidet til ei tverrfagleg gruppe frå 15 europeiske land, og er etter kvart velkjend og godt innarbeidd i spesialisthelsetenesta som i dei seinare åra har hatt aukande pågang frå denne pasientgruppa.

Rehabilitering ved artrosetilstandar er imidlertid eit område som etter kvart skal overførast til kommunane, jamfør Samhandlingsreforma (2).

Samhandlingsreforma har mellom anna som mål å flytte tenester nærare der folk bur, gje tidleg innsats framfor sein innsats og overføre kompetanse og oppgåver frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta. Tilbodet til personar med artrose i kommunane er i dag mangelfullt. Kunnskap om artrosebehandling og nyare forskning når ikkje alltid fram til pasientane, syner ein studie frå Nasjonalt Kompetansesenter for Revmatologjesk Rehabilitering (NKRR) (3). Dette gjeld også utanfor Noreg sine grenser. I ein artikkel frå England beskriv ein «kunnskapsgapet» og behovet for nye modellar når det gjeld handsaminga av artrose i primærhelsetenesta, og viser også til Nederland i denne samanhengen. Sjølv om det i dag finnast evidens for fleire enkle intervensjonar, syner forskning at desse i lita grad er implementerte i primærhelsetenesta (4).

Slik det er i dag, blir dei færreste av pasientane med artrose tilvist til spesialisthelsetenesta, men får behandlinga si i primærhelsetenesta. Når det gjeld tilbodet til personar med handartrose, har nok dette vore enda meir tilfeldig, då det ikkje har vore noko etablert praksis for denne gruppa.

Handartrose er minst like utbreidd som artrose i hofter og kne, og sjukdomsbyrda for den som har artrose, er omlag lik, uavhengig av kvar artrosen er (5). Kvinner er noko overrepresentert jamført med menn, og risiko for sjukdom aukar med alderen. Prevalensen for eigenrapportert handartrose er i Noreg 4,3 prosent, medan ein studie frå Nederland viser ein prevalens på 11 prosent (5). For mange av desse fører handartrose til redusert handkraft og til dels store hindringar når det gjeld utførsle av daglege gjeremål (6), og erfaringar fortel oss at fleire òg fell ut av arbeidslivet. Mange av desse lev med plagene sine med overtyding om at «*dette er det ikkje noko å gjere med*». Dette syner også tidlegare studiar (7, 8). Mange tolkar smerter i hendene som ein del av

ein normal aldringsprosess som ikkje treng behandling eller kan behandlast, og oppsøker derfor ikkje fastlegen, sjølv om dei kan ha store smerter. Slik vert også handartrose usynleggjort saman med behovet for behandlingstilbod til denne gruppa (7).

Ergoterapeutar har fokus på meistring av dagleg aktivitet og å sette den einskilde i stand til å leve så sjølvstendig som mogeleg, noko som bidreg til god helse. Kva som har meaning for den einskilde, vektleggast. Eit av kartleggingsverktøya vi brukte i denne samanhengen, var Patient Specific Functional Scale (PSFS) (9). Her førte deltakarane opp fem daglege gjeremål som dei streva med grunna handartrose, og gav ein score for utførsle (0-10). Det var altså deltakarane sjølv som definerte kva som var relevante og gyldige problemstillingar før oppstart av trening. Dette kan ein tenkje seg bidrog til motivasjon for trening og ei oppfatning av at problema deira blei tatt alvorleg. Vi såg at det var kvardagsaktivitetar som gjekk igjen hos brukarane – personlege aktivitetar i dagleglivet samt deltaking i arbeid og fritid. Eksempel på aktivitetar som gikk igjen, var kneppe knappar, påkleding, opne emballasje og skru opp korkar, samt det å vri opp klutar og bære tunge ting – altså ting ein gjer fleire gonger dagleg. Det at deltakarane ikkje lenger klarte disse aktivitetane, førte også til at dei hadde ei mindre aktiv fritid og deltok mindre i sosiale samanhengar (7).

Dei seinare åra er det gjort studiar som viser til god effekt av handtrening ved handartrose. Trening kan føre til betring av aktivitetsutførsle, gje mindre smerte, auke handkraft og førebyggje feilstilling (10). Då vi veit at dei fleste med handartrose ikkje kjem i kontakt med spesialisthelsetenesta, er det viktig å nå ut med denne kunnskapen til pasientane der dei er. Ergoterapeutar har kompetanse på hender og aktivitetsutførsle, og i dette tilfelle hadde ein av oss bakgrunn frå spesialisthelsetenesta på området. På bakgrunn av dette ønskte vi å etablere eit tilbod i kommunehelsetenesta i Førde kommune for personar med handartrose.

FØREBUINGAR: KORLEIS NÅ FRAM TIL DEN RETTE BRUKARGRUPPA?

Vi hadde undervising for alle fastlegane i Førde kommune om kva ein veit frå forskning om handtrening for personar med handartrose, og med oppmøding om å tilvise brukarar. Vi kontakta ergoterapitenesta på Førde sentralsjukehus der dei har ei revmatologisk avdeling, både for å klarlegge behovet for ei slik gruppe og eventuelt rekruttere

deltakarar, òg for ikkje å «gå dei i næringa». Vi la ut flygeblad på legesenter, hang opp plakatar på kjøpesenter med meir, og la ut informasjon på kommunen si heimeside og Facebook-side. Brukarane kunne sjølv ta direkte kontakt med oss. Førebuingar ut over dette var innkjøp av handkraftmålar (dynamometer), treningsballar og strikk, samt å finne eit høveleg lokale for gruppa.

MÅL

Målet var at denne brukargruppa skulle klare seg betre i daglege aktivitetar og at dei skulle få kunnskap om det å leve med artrose. Det var òg eit mål å formidle kunnskapen om at dei kan gjere noko sjølv for å få ein betre kvardag, og at trening hjelper.

METODE

For å nå flest mogleg valde vi å gje tilbodet i gruppe. Vi tenkte også at ei gruppe ville gje erfaringsutveksling og gjenkjenning når det gjeld å leve med artrose. Handtreningsgruppa besto av ti kvinner med handartrose i aldersgruppa 52 til 86 år. Desse hadde fått diagnosen artrose stilt anten av fastlege eller på sjukehus. Sju av deltakarane var i jobb, men fleire hadde i periodar vore sjukemeldt grunna handartrosen. Det var lagt opp til ni samlingar totalt der ein møttest ein time ein gong kvar veke den fyrste månaden og kvar fjortande dag dei to påfølgande månadane. For fyrste og siste samling var det lagt opp til to timar, då dei inneheldt kartlegging, måling av handkraft og tilbakemelding til den einskilde. Kvar samling inneheldt eit relevant tema. Det vart lagt opp til undervisning frå ergoterapeutane samt tid til diskusjon og erfaringsutveksling i gruppa. Tema som vart tatt opp i gruppa, var: undervisning om artrose, informasjon om effekt av handtrening, tekniske hjelpemiddel, ortosar, kosthald og aktivitetsregulering.

KARTLEGGING

Ved fyrste samling vart det gjort kartlegging for å kunne måle effekt av treningsperioden. Brukarane fylte sjølv ut skjemaet Measure for Activity Performance of the hand (MAP-hand 1-4, 1 = kan utføre utan problem) (11) og Numeric Rating Scale (NRS-skala 0-10) for smerte, stivheit og trøttleik. Det vart målt handkraft med Jamar digitalt handdynamometer (12). Deltakarane fylte ut Pasient-Spesifikk Funksjons Skala (PSFS 0-10, 0 = kan ikkje utføre aktiviteten) i samarbeid med ergoterapeut, med inntil fem viktige daglege aktivitetar som dei strevde med. Det vart gjort nye målingar ved siste samling, og deltakarane



Trening med ball er effektivt for å auke handstyrken.

fekk tilbakemelding. Deltakarane fylte anonymt ut eit evalueringsskjema om eiga oppleving av det å delta i gruppe for personar med handartrose, og om informasjonen som vart gjeitt, var relevant. Etter enda treningsperiode vart det sendt epikrise til fastlegane.

ØVINGSPROGRAM

Vi tok utgangspunkt i øvingsprogrammet som er beskrive i ein studie som vart gjort på Martina Hansens Hospital (10). Programmet inneheld fem øvingar der tre av øvingane er for å oppretthalde og auke rørsle. To av øvingane er for handkraft og styrking av tommelabduksjon. Før treninga varmar ein opp med handkrem eller liknande. Øvingsprogrammet vart gjennomgått ved kvar samling for å sikre rett utførsle og med moglegheit til å gjere eventuelle individuelle tilpassingar. Alle deltakarane i gruppa fekk utlevert ei treningsdagbok med informasjon om handartrose, kvifor det er viktig å trene, og korleis ein trenar. Treningsdagboka inneheldt òg forklaring med bilete og tekst til kvar av dei fem øvingane samt ein smerteskala deltakarane skulle fylle ut etter kvar treningsøkt. Dei skulle også skrive kor lenge dei brukte på programmet og eventuelle kommentarar. Deltakarane skulle trene minimum tre gongar per veke, og kvar øving skulle dei gjere 10 gongar dei fyrste 14 dagane, deretter auke talet repetisjonar til 12 eller 15.

RESULTAT

Sjølv om mange hadde mykje smerter undervegs og strevde med enkelte av øvingane, så fullførte alle treningsperioden, bortsett frå ein som slutta å trene på grunn av smerter. Deltakaren heldt likevel fram i gruppa, og det vart gjort kartleggingar etter tre månadar. Sluttmåling med Jamar digital

handdynamometer viste at alle deltakarane fekk auka handstyrke i ulik grad. Gjennomsnittleg auka handkrafta med 55,4 prosent på høgre hand og med 76,1 prosent på venstre hand. Alle deltakarane skåra betre på aktivitetsutførsle (PSFS) med ein gjennomsnittleg endringsskår på 2,2. Resultata frå MAP-hand syner mindre endringar, frå inga endring til 32 prosent betring (gjennomsnittleg betring 13,3 prosent). Resultata frå NRS-skalaen var sprikande frå stor betring for enkelte og til inga endring eller noko forverring for andre.

Svara frå evalueringsskjemaet syner at deltakarane i stor grad har hatt nytte av øvingane og av å vere i ei gruppe. I avsluttande samtale med kvar enkelt frå gruppa sa alle at dei vil fortsette å trene på eiga hand.

ERFARINGAR

Vår erfaring etter fyrste gruppe er at det kan vere nyttig og naudsynt med så hyppige samlingar. Mange hadde behov for fleire gjentakingar av einskilde øvingar for å gjere dei rett, og nokon trong eit tilpassa øvingsprogram for å kunne halde fram. Gjenting av at smerte ikkje er farleg, var òg nyttig for mange å høyre. Ein av deltakarane tok smertestillande før treninga for å kunne gjennomføre. Det var godt frammøte, og deltakarane gav uttrykk for at dei hadde nytte av å sjå og snakke med andre med dei same erfaringane. Det gav meining med eit eige tema kvar gong, og fleire gav uttrykk for at det var fint med trøttleik som tema; dette hadde dei ikkje tenkt på at kunne henge saman med artrosen. Som ergoterapeutar kjende vi på at vi hadde avgrensa kunnskap om kothald, dette var eit tema deltakarane sjølv ynskte, og der vi på førehand hadde informert om at dette ikkje var vårt fagfelt.

Andre nyttige erfaringar vi har gjort, var at det med denne gruppestorleiken var naudsynt med to ergoterapeutar til stades på alle samlingane. Dette gav moglegheit for å følgje godt med på den einskilde og gje eventuelle korreksjonar. Undervegs hadde vi òg noko samarbeid med Førde Sentralsjukehus og ergoterapeut knytt til revmatologisk avdeling der. To av deltakarane vart tilvist dit for å få tilpassa tommelortose. Vi fekk tilbagemelding frå fastlegane om at dei hadde sakna tilbod til denne pasientgruppa, og no var tilfreds med moglegheita for å kunne tilvise til handtreningsgruppa.

DISKUSJON/REFLEKSJON

Det at ein når mange i ei gruppe, er positivt, men

ein må sjå på gruppestorleiken for å gje eit godt tilbod til alle. Gruppe gjer rom for diskusjon og erfaringsutveksling, men gruppesamansetnaden er avgjerande for kor godt det fungerer. Vi hadde eit stort aldersspenn i vår gruppe, og nedsett høyrsel var ei utfordring. Vi såg at dette kunne gå utover dei resterande deltakarane i gruppa.

Ei ulempe med gruppedeltaking er at ein mister den individuelle tilnærminga. Det vert mindre tid til kartlegging av personlege faktorar som til dømes arbeid, familie, bustad og annan sjukdom, og heller ikkje moglegheit for individuell kartlegging av handfunksjon som rørsle, hovne og smertefulle ledd og feilstillingar. På nokon av deltakarane hadde vi opplysningar frå fastlege, men på dei som hadde meldt seg på sjølv, hadde vi inga opplysningar på førehand. Dette var ikkje til hinder for deltaking i gruppa, og dei hadde like stort utbyte av treninga som dei som var tilvist frå lege, men vi brukte lengre tid enn naudsynt på å tilpasse treninga. Vi har gjort ei endring ved oppstart av ny gruppe, der vi gjer ei «grovkartlegging» av rørsle, hovne og smertefulle ledd og feilstillingar.

Ved oppstart og avslutning var det sett av to timar, då ein brukte tid på kartlegging. Dette tek tid, og resten av gruppa måtte vente og prate med kvarandre. Vi har ikkje heilt sett korleis ein skal løyse dette på ein annan måte. Vi vurderte å ta kvar enkelt inn før oppstart, men sidan mange er i arbeid vert dette også ei utfordring. Etter enda gruppe har vi no valt å flytte tidspunktet til slutten av arbeidsdagen, for at arbeidsgjevar enklare skal kunne legge til rette, og for at det skal passe betre for dei som er i turnus. I evalueringsskjema fekk vi tilbagemelding om at ni samlingar var passe. Før oppstart var vi usikre på om deltakarane ville kome, men det viser seg at brukargruppa er glad for å bli tatt på alvor og for at det finnast noko dei sjølve kan gjere med situasjonen sin. Ei anna utfordring har vore å nå brukarane. Vi har merka ein auka pågang, då gruppedeltakarane har formidla bodskapen vidare, og fastlegane har sett resultatet av den fyrste gruppa. Før oppstart brukte vi ein del tid på å reklamere for det nyoppstarta tilbodet i kommunen.

Evalueringsskjemaet ga oss tilbagemeldingar på dei ulike tema som vi hadde valt ut. Deltakarane var positive til dei, men vi har likevel valt å gjere ei endring ved å nytte meir spissa kompetanse på ernæring og fysisk aktivitet. Ein fysioterapeut skal snakke om fysisk aktivitet ved artrose, og ein sjukepleiar med vidareutdanning vil snakke om ernæring.



Handartrose utfordra evna til å utføre daglege gjeremål.

Denne gruppa hadde svært gode resultat av treninga. Årsaka til dette kan vere tilfeldig; det kan skuldast samansettinga av akkurat denne gruppa. Det kan òg ha samanheng med tett oppfølging frå ergoterapeutane, mange nok gjentakningar av korleis ein gjer øvingane, og oppmoding om å halde fram trass smerter. Oppmuntring frå andre deltakarar i gruppa kan òg ha spelt ei rolle. For oss var det ein styrke å ha kontakten med spesialisthelsetenesta. Det gav oss ein tryggleik og faglig tyngde som kan vere vanskeleg å opparbeide seg i kommunehelsetenesta. Å ha god kunnskap og eit eigarforhold til kvi- for og korleis ein utfører øvingane, er viktig. Fleire av deltakarane gav tilbakemelding på at det gav dei både tru på og motivasjon til å trene.

KONKLUSJON

Vår erfaring er at handtrening for personar med handartrose eignar seg godt som eit gruppetilbod i kommunen. Det kan vere ei utfordring å gjere tilbo- det kjent for å nå fram til dei som treng det. I Førde kommune vart det skrive ein artikkel i lokalavisa etter gjennomføring av den første gruppa. Dette, sa- man med «jungeltelegrafen», gav god respons, og vi har no gjennomført tre grupper med gode resultat og er klar med ny gruppe frå januar 2017.

Det krev lite utstyr å drive ei slik gruppe, og med

føringar frå samhandlingsreforma og auka behov framover grunna «eldrebølga», er dette ei oppgåve ergoterapeutar i kommunehelsetenesta bør ta tak i. Kunnskapen og forskinga som er gjort på dette området, vil på denne måten kunne føre til ein betre kvardag for dei som lev med artrose i kommunen.

Kjelder

1. Zhang W, Doherty M, Leeb BF, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of hand osteo- arthritis: report of a Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.*2007;66:377-388
2. St.meld.47 (2018-2009) Samhandlingsreforma, henta frå <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlings- reformen-i-kortversion1/id650137/>
3. Hagen KB, Smedsrud G, Østerås N, Jamtevd T. Quality of community-based osteoarthritis care. *Arthritis care and research*,2016;68:1443-1452
4. Dziedzic KS, Hill JC, Porcheret M, Croft PR. New model for primary care are needed for osteoarthritis. *Phys Ther*,2009;89:1371-1378
5. Moe RH, Grotle M, Kjekken I, Hagen KB, Kvien TK, Uhlig T. Disease impact of hand OA compared with hip, knee and generalized disease in specialist rheumatology health care. *Rheumatology*,2013;52:189-196
6. Zhang Y, Niu J, Kelly-Hayes M, Chaisson CE, Aliabadi P, Felson DT. Prevalence of Symptomatic Hand Osteo- arthritis and its Impact on Functional Status among the Elderly: The Framingham study. *Am J Epide- miol*,2002;156:1021-1027
7. Bukhave EB, Hunnicke L. Activity problems in everyday life – patients' perspectives of hand osteoarthritis: «try imaging what it would be like having no hands». *Disabil Rehabil*,2014;36(19):1636-43
8. Hill S, Dziedzic KS, Ong BN. Patients' perceptions of the treatment and management of hand osteoarthritis: A focus group enquiry. *Disabil Rehabil* 2011;33:1866-1872
9. Moseng T, Tveter AT, Holm I, Dagfinnrud H. Pasi- ent-Spesifikk Funksjonsskala: Et nyttig verktøy for fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. *Fysioterapeu- ten*,2013;2:20-26
10. Hennig T, Hæhre L, Hornburg V T, Mowinkel P, Norli E S, Kjekken I. Effect of home-based hand exercises in women with hand osteoarthritis: a randomised controlled trial. *Ann Rheum Dis*,2014;74:1501-1508
11. Paulsen T, Grotle M, Garratt A, Kjekken I. Development and psychometric testing of the patient-reported measure of activity performance of the hand (MAP-Hand) in rheuma- toid arthritis. *J Rehabil Med*,2010;42:634-644
12. Roberts HC, ,2, Denison HJ, Martin HJ, Patel HP, Syddal H, Cooper C, Sayer AA. A review of the measurement of grip strength in clinical and epidemiological studies: towards a standardised approach. *Age and Ageing*, 2011;40:423-429

Forsikret



Ikke forsikret



Forsikret



Ikke forsikret



Forsikret



Ikke forsikret



1 av 2 barn i Norge har barneforsikring.

Er dine barn forsikret?

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

Medlemspris **kun kr 1 728** per år.

Forsikringen leveres av Tryg.

Bestill i dag!



ergoterapeutene

Are individual students' characteristics and academic performance associated with group-level functioning in educational groups?

AN EXPLORATORY STUDY

Av Tore Bonsaksen og Mary V. Donohue

Tore Bonsaksen is Professor at Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Department of Occupational Therapy, Prosthetics and Orthotics, Faculty of Health Sciences in Oslo in Norway and VID Specialized University, Faculty of Health Studies in Sandnes in Norway.

Email: tore.bonsaksen@hioa.no

Mary V. Donohue is Clinical Professor (retired) at New York University in New Jersey, USA

ARE INDIVIDUAL STUDENTS' CHARACTERISTICS AND ACADEMIC PERFORMANCE ASSOCIATED WITH GROUP-LEVEL FUNCTIONING IN EDUCATIONAL GROUPS? AN EXPLORATORY STUDY

Abstract

Background: The recently developed Social Profile assessment allows for classifying a group's interaction behaviors within five levels. However, empirical associations between the levels, and factors related to an overall Social Profile measure, have not been examined.

Methods: A sample of 35 occupational therapy students was recruited. Data was collected by self-report questionnaires, including the Social Profile and basic sociodemographic information. Descriptive statistics, bivariate correlation, and linear regression analyses were performed.

Results: The basic cooperative level was most frequently found in the study groups. In general, levels of social interaction were more strongly associated with nearby levels, and more weakly or negatively associated with levels representing more different behaviors. The overall Social Profile measure related to the levels of interaction in a mostly logical way. Spending more time with the group was associated with a higher Social Profile measure, but this measure was unrelated to individual exam grades.

Conclusion: Student study groups appear to operate at all levels of social interaction, but most frequently at the basic cooperative level. Associations between the five levels and the overall Social Profile measure was mostly logical, indicating the theoretical accuracy of the model concepts.

Keywords: Social Profile, linear regression analysis, assessment, groupwork, social participation.

Manuset ble første gang mottatt 12.05.16. Det ble godkjent 01.08.16.

There are no conflicts of interest related to this article.

INTRODUCTION

Cooperation in groups has operated forever next to competition (Nowak, 2012). In college study groups a perfect example is seen with student competitors cooperating to check on class notes, ask for clarification, teach others about complicated concepts, share ideas about exams, and provide a support system (Rybczyski & Schussler, 2011; Willment, 1999). Reporting from a meta-analysis of earlier studies comparing cooperation with competition, Johnson and Johnson (2000) reported that people operating in a cooperative manner performed at higher levels than those operating in a competitive or individualistic manner. They did warn readers of research that they need to be alert to methodology in a number of studies focused on cooperation versus competition. On the other hand, they did find that cooperative study groups do appear to spend more «time on task» than students in competitive groups or those working individually (Johnson & Johnson, 2000). Whether or not more 'time on task' would translate into better academic outcomes, however, depends on a range of other factors, amongst them possibly the age and intellectual maturity of individual group members. The mission of professional education itself involves assisting students to think and to reason in order to solve problems in practice, not just assisting their acquisition of facts (Molander & Terum, 2008). Intellectual maturity would therefore logically be a result of having more educational experience. In support of this reasoning, a recent study found that having prior experience from higher education significantly predicted better academic outcomes among undergraduate occupational therapy students in Norway (Bonsaksen, 2016).

Cooperation is the major construct of the Social Profile, a relatively new assessment of social group participation used with individuals or groups (Donohue, 2013). Cooperation is at the heart of the scale as people in a group may move from parallel, to associating briefly, to basic cooperation in the rules of games, to supportive cooperative empathy, to mature cooperation combining the basic and supportive levels. Cooperation within groups, as viewed by social developmental theory, is the joint effort of individuals to achieve the goal of activities through interaction at a level appropriate to the group's abilities and the nature of the task (Bandura, 1977; Cole & Donohue, 2011). People may also choose to use a number of these levels of group interaction depending on what the activity evokes or requires

(Donohue, 2013). During our lifetime, from two years old onward, we move through these phases of social growth, and use them again when the occasion demands. Social participation consists of interpersonal interaction with others in a verbal and/or activity mode (Cole & Donohue, 2011). Building on Mosey's original conceptualization of activity groups (Mosey, 1986), the items of the Social Profile are proposed to reflect social participation at the five different levels: namely parallel, associative, basic cooperative, supportive cooperative, and mature levels. These are levels with increasing complexity and with an increasing demand for social skills, but are not viewed as exclusive: rather, a person or a group may interact at different levels of participation depending on the setting or the purpose of the group (Donohue, 2013).

Activity at the parallel level precedes group interaction and may inspire a cooperative use of space through modeling by others present carrying out an individual activity. Associative activity develops as pre-school children briefly speak or interact around a common activity. Basic cooperative interaction begins as children say to each other, «Let's play ball» or «Let's dress up together.» Supportive cooperative participation emerges as teenagers notice emotional responses during interactions together, and respond emotionally to each other. Mature cooperation combines the structure of basic cooperation with the interpersonal interaction of supportive cooperation in a balanced manner (Brown & Stoffel, 2011; Cole, 2012; Cole & Donohue, 2011; Mosey, 1986; Parten, 1932; Sladyk, Jacobs, & MacRae, 2010).

Recently, a mixed-methods study of four occupational therapy students examined how the students rated the development of their study group with the Social Profile across four time points, and aligned their scores with the way they described their group's development during subsequent interviews (Bonsaksen, Eirum, & Donohue, 2015). The study showed various degrees of connectedness between interview statements and Social Profile scores at the item level, whereas descriptions of the groups' stability or change across time corresponded very well with the trajectories as indicated by their Social Profile scores. A previous review identified the Social Profile to be one of the available instruments for assessing groups in naturalistic settings, like educational settings (Lim & Rodger, 2008).

Working together as a study group in higher education would generally require behaviors that reflect

relatively high levels of social functioning, as study groups frequently engage in discussion and other forms of verbal interaction. Study group behaviors should assist in keeping the group members on task, and research has suggested that study groups may facilitate individual academic performance (Forsyth, 2006). At the same time, study groups should care for its members' emotional and relationship needs, and seek to find the appropriate balance between orienting towards the tasks and the relationships in the group. Using the concepts of the Social Profile (Donohue, 2013), such behaviors would reflect a group functioning primarily at the basic cooperative, supportive cooperative, and mature levels, respectively. In accordance with this view of study groups in higher education, we would also assume stronger associations between levels of interaction that are close to one another (e.g., between the basic cooperative level and the supportive cooperative level), compared to associations between levels that reflect very different types of social behaviors (e.g., between the parallel level and the mature level). Previously, no similar empirical assessment of the intrinsic relationships between the five levels of social participation have been reported in the literature.

Evidence of the reliability, validity, and feasibility of the Social Profile instrument is provided in the Methods section. So far, however, there appear to be no studies reporting about factors associated with an overall Social Profile score. In fact, previous research with the Social Profile has been mostly concerned with examining functioning within each of the five levels of participation, and not with establishing an overall measure of social participation. Such an overall Social Profile measure, indicating the general level of social participation in a group, was not developed until recently (Bonsaksen, Donohue, & Milligan, 2016; Milligan & Bonsaksen, 2016), and this is the first study to explore factors associated to it.

The higher education context appears to be a good place to start such exploration. Studying in groups is integral to most professional education programs, and interacting in groups is generally an emphasized and valued mode of study (Lycke, 2006). Group interaction among students is also viewed as an important preparation for subsequent professional practice (Brask & Østby, 2013). However, students' level of social participation and commitment to the work in groups may vary (Bjuland & Mosvold, 2014), and the quality of the study group interaction may be associated with indi-

vidual student characteristics. For example, students of higher age may be more strongly motivated and committed towards their studies, compared to younger students (Kasworm, 1990), and this may well translate into more time on task in group work and better academic results (Webb, 1982). Employment among higher education students is common, but the results concerning the impact of employment on outcomes have been contradictory (Riggert, Boyle, Petrosko, Ash, & Rude-Perkins, 2006) – some studies suggest a negative impact on academic performance, whereas others suggest a neutral or even positive influence. In this study, thus, we decided to assess the strength of the relationships between group functioning (as measured with the overall Social Profile score), age, time invested in the group process, and time invested in paid work.

AIMS OF THE STUDY

The first aim of this study was to measure the associations between the five levels of social participation as measured with the Social Profile. The second aim was to assess factors associated with group-level functioning in occupational therapy students' educational groups. Specifically, our research questions were: 1) What are the relationships among the mean scores of the five levels of social participation? 2) What is their relationship with the total Social Profile score? 3) Are age, time spent in study group work, and time spent at employed work associated with the total Social Profile score? and 4) Are age, time spent in study group work, and the total Social Profile score associated with the exam grade of the relevant study course?

Methods

STUDY CONTEXT

With the aim of examining group-level processes in occupational therapy students within a short time frame, we pragmatically recruited participants among occupational therapy students from one university only. The study was conducted at the occupational therapy education program at Oslo and Akershus University College in Oslo, Norway. Approximately 250 students are enrolled in the program, with about 70 students graduating each year (Bonsaksen, Kvarsnes, & Dahl, 2016). The undergraduate education program has a duration of three years (Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, 2011). Fifty-eight students entered the second year of the education program in

August 2015, and 53 of these students participated in the Social Profile seminar during which the study participants were recruited. There were no exclusion criteria.

A study module on mental health and participation, with a duration of ten weeks, starts the second year of the program. During this module, the students are introduced to the Social Profile in a half-day seminar. The seminar instructors have in part been taught by the author of the original assessment, and have partly gained expertise in using the assessment in clinical practice and in research (Bonsaksen, Eirum, et al., 2015). The first author also performed a preliminary translation of the instrument into Norwegian (Bonsaksen, Kvarsnes, & Eirum, 2015). The students had no previous knowledge of the Social Profile.

MEASURES

Data concerning age, sex, and study group was provided. In addition, the students were asked to report the number of hours their study group had spent together during the last week, and about the number of hours they (as individuals) usually spend in paid work during a normal week. They were also asked to indicate, on a five-point scale, the degree to which they were satisfied with working in groups in general (response coding: 1 = very unsatisfied, 2 = unsatisfied, 3 = somewhat satisfied, 4 = satisfied, 5 = very satisfied), and the degree to which they felt, in general, that group work contributed to their learning outcomes (response coding: 1 = very little, 2 = a little, 3 = somewhat, 4 = much, 5 = very much). At the conclusion of the study module, the participants' exam grades relating to the mental health and participation module were collected from registration data at the university.

The Social Profile

The main instrument used in this study, the Social Profile (Donohue, 2013), is a 39-item assessment of social participation in activity-based groups. The items are formulated as statements that may be treated as reflecting behaviors of individuals in groups (individual assessment), or as reflecting the behaviors of the group as a whole (group assessment). Participants respond to each statement by indicating the frequency of the described behavior on a 6-point Likert type scale. The Social Profile is both an ordinal level and an interval level scale: ordinal across the five developmental levels, and interval

on the item level (Donohue, 2013). In clinical work, some therapists may choose to use the ordinal scale only to determine the level of social participation of a client or a client group. In research, it is suggested that both scales are employed.

Previous studies using the Social Profile have provided evidence of its psychometric properties. The internal consistency of the items has been examined, and moderate consistency (Cronbach's $\alpha = 0.71$) was found in a sample of 21 groups with a total of 242 children (Donohue, 2003). The analysis suggested that no items should be removed from the scale. A study of interrater reliability (Donohue, 2005), in which two observers rated 15 groups consisting of a total of 187 children, yielded an intraclass correlation coefficient (ICC) of 0.88 ($p < 0.001$). Over the years in development, the Social Profile has been reduced from 252 to 39 items (Donohue, 2013), and it is now considered to be of acceptable length, indicating that it may be feasible to use in clinical practice settings (Donohue, 2001).

Content validity examination was carried out with a review of items by a panel of eleven judges with psychosocial occupational therapy group expertise (Donohue, 2003), and the Social Profile items were found to reflect the original concepts as introduced by Mosey (1986) and Parten (1932). For the assessment of criterion validity, Parten's study and ordinal classification of interaction levels (1932) was used for comparison and contrast with the ordinal levels of the Social Profile. The resulting correlation coefficient ($r_s = 0.85$, $p = 0.01$) indicated a strong association between the two ways of assessing interactional functioning in activity groups (Donohue, 2003).

Construct validity was assessed by several methods. Clusters of age groups of children were used as a construct by which developmental skills in activity group participation were assessed during free play (Donohue, 2003). The study indicated that the group behaviors, as rated with the SP, were in accordance with the relevant age group expectancies – higher level behaviors were more frequent in the older age groups, and vice versa (all $p \leq 0.001$). An exploratory factor analysis concluded that a three-factor solution had the best fit with the data (Donohue, 2003), whereas one later factor-analytic study confirmed the presence of four latent factors (Donohue, 2005). Both studies used data from assessments of children's group (children aged 2–5 years), which can in part explain the discrepancy in

VARIABLES	VALUES
<i>Sociodemographic</i>	<i>n (%)</i>
Female sex	29 (82.9)
Norwegian origin	32 (91.4)
	<i>M (SD)</i>
Years of age	24.7 (4.7)
Weekly hours spent in paid work	7.3 (6.1)
<i>Perceptions about group work (1-5)</i>	
Satisfaction with group work	3.6 (0.7)
Groupwork contributes to learning outcomes	3.5 (0.6)
<i>Social Profile mean levels (0-5)</i>	
Parallel level	1.97 (0.71)
Associative level	2.93 (0.63)
Basic cooperative level	3.67 (0.77)
Supportive cooperative level	3.12 (0.80)
Mature level	3.07 (1.11)
<i>Social Profile total scale score (1-5)</i>	3.18 (0.17)
<i>Study performance (1-6)</i>	
Exam grade	3.74 (1.20)
<p><i>Note.</i> On perceptions about group work, higher scores are more satisfied/contributes more to learning outcomes. On the Social Profile mean levels, higher scores indicate that the group shows behaviors related to this level more frequently. On the Social Profile total scale, higher scores are higher level functioning. Exam grades are coded as: 1 = insufficient, 2 = sufficient, 3 = satisfactory, 4 = good, 5 = very good, 6 = excellent.</p>	

Table 1: Characteristics of the participating occupational therapy students (*n* = 35).

relationship to the five levels of social participation as described in the present version of the instrument (Donohue, 2013).

A study of the sensitivity of the Social Profile was carried out in a psychiatric unit. It was found that the instrument was able to detect statistically significant and clinically meaningful changes in the participants' social participation across a 30-day intervention period (Donohue, Hanif, & Wu Berns, 2011). The difference between the pre-test and post-test scores was moderate in effect size (Cohen's *d*z = 0.5), and a test power 0.84 was found.

A preliminary Norwegian translation of the Social Profile was used in the study (Bonsaksen, Kvarsnes, et al., 2015). This translation was the result of two independent forward translations that were harmonized into one final translation by the three authors'

carefully comparing the similarities and differences between the two initial versions. Average scores for each level of participation were obtained within each of the Social Profile domains by summing the relevant item scores and dividing it with the number of items. We then simplified the analysis by combining the three scores relating to the same level of participation into one. Thus, the averaged scores within each of the three domains were collapsed into one averaged score for each level of social participation. Finally, we calculated an overall Social Profile score according to the recently developed formula (Bonsaksen, Donohue, et al., 2016; Milligan & Bonsaksen, 2016):

Social Profile score

$$= \frac{\text{mean P} + (\text{mean A}) \times 2 + (\text{mean BC}) \times 3 + (\text{mean SC}) \times 4 + (\text{mean M}) \times 5}{\text{mean P} + \text{mean A} + \text{mean BC} + \text{mean SC} + \text{mean M}}$$

In the formula, P indicates the parallel level, A the associative level, BC the basic cooperative level, SC the supportive cooperative level, and M the mature level. An overall Social Profile score close to 1 therefore indicates a level of social participation that is, in general, closest to the parallel level. Similarly, scores close to 2, 3, 4, and 5 indicate levels of social participation that are, in general, closest to the associative, basic cooperative, supportive cooperative, and mature levels, respectively.

The participants in this study completed the Social Profile after having read the following instructions: «Please consider how the interaction in your study group has been during the last week. Based on your observations of the interaction in your group, circle the number that best describes how frequently this behavior occurs».

DATA ANALYSIS

The data were analyzed with the computer program IBM SPSS for Windows, version 23 (IBM Corporation, 2015). In describing the sample on the selected variables, descriptive analyses were performed. Mean scores (*M*) and standard deviations (*SD*) are reported. The Social Profile total score was found to have a normal distribution (Kolmogorov-Smirnov = 0.09, *ns.*), and parametric statistical tests were therefore employed in the subsequent inferential analyses.

Bivariate associations were examined with Pearson's correlation coefficient *r*. Two hierarchical linear regression analyses (Field, 2005; Tabachnick & Fidell, 2013) were performed. First, we examined

Participation levels	2	3	4	5	6
1. Parallel	0.18	-0.23	-0.22	-0.32	-0.63**
2. Associative	1	0.48**	0.47**	0.29	-0.15
3. Basic cooperative		1	0.54**	0.83**	0.65**
4. Supportive cooperative			1	0.62**	0.34
5. Mature				1	0.70**
6. Social Profile (total score)					1

Note. Table content is Pearson correlation coefficients r , indicating the strength of the bivariate associations between the mean scores on each of the five levels of social participation, and the Social Profile total scale score.

** $p < 0.01$
* $p < 0.05$

Table 2: Correlation matrix of the Social Profile mean scores ($n = 35$)

factors independently related to social functioning levels in the groups, as perceived by individual students. The Social Profile total scale score was used as the dependent variable. Second, we examined factors independently related to the students' subsequent exam grades in this particular study module. Both regression analyses also assessed the amount of variance in the dependent variables that was explained by the independent variables in the model. Independent variables were included after considering their relevancy for understanding group social functioning and academic performance. As a result, in the first regression analysis examining factors related to the overall Social Profile level, independent variables were included in two blocks: 1) age, and 2) time spent on group work during the preceding week, and time spent in paid work during a normal week. In the second regression analysis examining factors related to exam grade, the two included blocks were 1) age, and 2) time spent on group work during the preceding week, and the Social Profile total scale score. The level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

ETHICS

All of the students were informed about the study by the principal researcher (first author) and gave their written consent to participate. As the first author also had the role of seminar instructor, it was emphasized that study participation was voluntary and there would be no negative consequences for persons who opted not to participate. Conversely, those who took part in the study received no benefit from it. Approval from the Norwegian Data Protecti-

on Official for Research was granted (Project number: 39201).

Results

SAMPLE CHARACTERISTICS

Thirty-five students (response rate 66.0 percent) chose to participate in the study. Of these, six were men (17.1 percent) and 29 were women (82.9 percent). The sample mean age was 24.7 years ($SD = 4.7$ years). On average, the participants were satisfied with working in groups, and felt that group work did contribute to their learning outcomes. The Social Profile mean scores for each level of social functioning showed that the groups were perceived as operating at all five levels, but most frequently on the basic cooperative level. The Social Profile total scale scores indicated the the groups, in the most general sense, operated between the basic cooperative ($M = 3.67$) and the supportive cooperative levels ($M = 3.12$). Table 1 provides details about the characteristics of the sample.

BIVARIATE ASSOCIATIONS BETWEEN LEVELS OF SOCIAL FUNCTIONING

Table 2 shows the bivariate associations between the mean scores on each of the five levels of social functioning and the Social Profile total scale score. The Social Profile total scale score showed strongly positive and statistically significant associations with both the basic cooperative level scores ($r = 0.65$, $p < 0.01$) and with the mature level scores ($r = 0.70$, $p < 0.01$). The parallel level score was inversely associated with the Social Profile Scale score ($r = -0.63$, $p < 0.01$). The strongest association was found between

Independent variables	Std. β	p
Block 1		
Age	-0.23	0.19
Explained variance	5.4 %	0.24
Block 2		
Time spent on group work	0.53	< 0.01
Time spent in paid work	-0.03	0.85
R2 change	28.5 %	0.01
Explained variance	33.8 %	0.02

Note. Table content is standardized beta weights with corresponding p-values, indicating the strength and probability of the associations with the Social Profile total scale score when controlling for all variables in the statistical model.

Table 3: Hierarchical linear regression analysis with Social Profile total scale score as outcome ($n = 35$).

the basic cooperative and the mature levels ($r = 0.83$, $p < 0.01$).

FACTORS INFLUENCING THE SOCIAL FUNCTIONING IN GROUPS

Table 3 shows the results from the linear regression analysis, examining independent variables associated with social functioning in groups (Social Profile total scale score). Controlling for all variables in the statistical model, more time spent on group work showed a strong and statistically significant association with a higher perceived level of group functioning ($\beta = 0.53$, $p < 0.01$). The full model, including age as the independent variable in the first block, accounted for 33.8 percent of the variance in group functioning ($p = 0.02$), while age only accounted for 5.4 percent of the variance.

FACTORS INFLUENCING THE STUDENTS' EXAM GRADE

Table 4 shows the results from the linear regression analysis examining independent predictors of individual exam grades related to the study module. Controlling for all variables in the statistical model, none of the included variables displayed statistically significant associations with individual exam grades among the participants. The effect size related to the impact of higher age associated with a better exam grade ($\beta = 0.38$, $p = 0.06$), however, was noteworthy. All variables in the statistical model (both blocks) accounted for only 15.6 percent of the

variance in exam grades, and including time spent on group work and the Social Profile total scale score in the second block of the model only marginally improved this measure of explained variance.

Discussion

In summary, the participants in the study were young, predominantly female, and had a positive attitude towards group work and what they could achieve from it in terms of learning outcomes. The basic cooperative level received the highest mean score of the five participation levels, and the participants' exam grades following the study module bordered towards «good». There was a general trend that participation levels close to one another were more strongly correlated, compared to participation levels that reflected more different types of behaviors. The total Social Profile score showed a relatively consistent pattern of having strong positive associations with higher levels of participation, and weaker/negative associations with lower levels of participation. Its relationship with the supportive cooperative level, however, departed from this pattern. Participants in groups where more time was spent doing groupwork rated the group's participation level higher, but the groups' overall perceived social participation level was not associated with the students' exam grade.

The results of this study are consistent with the theory behind the Social Profile, a social developmental theory, in which the parallel level of «interaction» consists of no true participation (Donohue, 2013). This was reflected in the negative associations between the parallel level scores and the scores on most of the other levels of social participation (see Table 2). It is also expected and hoped that occupational therapy students in a college level study group would not be exhibiting behaviors at the parallel level, consisting of a lack of participation. The exception might be in specific cases where the group members have agreed to complete some tasks individually, before again starting to interact as a group on the basis of the group members' individual work. Generally, we found the expected pattern of strong and positive correlations between levels close to one another, and weak or even negative correlations between levels representing more different types of behavior.

Given that the study groups were perceived as functioning mostly at the higher levels of social participation, the strong and positive associations

between the higher levels and the Social Profile total scale score is logical. The departure from this pattern of correlations concerns the supportive cooperative level – there was no significant correlation between the supportive cooperative level of the Social Profile and the overall total score on the Social Profile (see Table 2). This may be because the supportive cooperative level of participation includes items which are expressive of emotion and exhibit interaction demonstrating camaraderie, a possibly casual manner of relating to each other (Donohue, 2013). The supportive cooperative behaviors might not be the best manner to participate in a college level study group. In fact, getting into personal material and digressing into emotions might derail the purpose of the study group (Forsyth, 2006). So emphasizing basic cooperative and mature behaviors indicate that the occupational therapy students in these groups were able to focus on the material in their course work in an appropriate manner. In fact, some authors on the subject of study groups have indicated that one of the reasons some students do not like study groups or leave the groups is due to the group getting «off track» as far as the material of the course goes (Rybczyski & Schussler, 2011; Weimer, 2012). The results of this study would appear to indicate that the students were able to pursue their studies in a focused, business-like, achievement-oriented, non-emotional manner, in their study group work.

Examining the regression analysis of factors associated with the Social Profile's total scale score, more time spent on group work showed a statistically significant association with a higher Social Profile total scale score (see Table 3). It is encouraging to see that the Social Profile, still a relatively new assessment with little previous testing of the total scale score, could capture that result. It appears that the time invested with the group strongly impacts how the group is perceived. In contrast, time spent in paid work was unrelated to the Social Profile total scale score. Initially, we wondered whether paid work could have taken student workers' attention away from the study group, in line with some of the previous research in the field (Riggert et al, 2006). If it did, they might have come to perceive their group as functioning at a lower level of social participation. However, this did not seem to be the case. This echoes, but also extends, the recent finding from a substantially larger study that time spent in paid

Independent variables	Std. β	p
Block 1		
Age	0.38	0.06
Explained variance	12.8 %	0.06
Block 2		
Time spent on group work	-0.20	0.39
Social Profile (total scale score)	0.12	0.61
R2 change	2.8 %	0.68
Explained variance	15.6 %	0.25
Note. Table content is standardized beta weights with corresponding p-values, indicating the strength and probability of the associations with exam grade when controlling for all variables in the statistical model. Higher Social Profile score indicates higher level of group social functioning. Higher values on exam grades indicate better grades.		

Table 4: Hierarchical linear regression analysis with exam grade as outcome ($n = 35$)

work did not impact on the students' academic performance (Bonsaksen, 2016). Education-related characteristics, such as study motivation, study approach, and intellectual maturity, may be factors that can better explain exam grades of individual students as well as how they perceive their study group.

No variables in the regression analysis had a statistically significant association with exam grade (see Table 4). Nonetheless, a noteworthy association to emerge was that with higher age ($\beta = 0.38$, $p = 0.06$), and given the strength of the association, the lack of statistical significance may be a result of low statistical power. However, previous research has found that an apparent effect of age on academic achievements may rather be an effect of having experience with the academic system and with academic studies more specifically (Bonsaksen, 2016; Shanahan, 2004). Students' participation in study groups, whether they be functioning at higher or lower levels, may be less important for students' individual exam grades. Related to this, three studies of college study groups found that there was no significant difference between the exam scores of those students who were members of study groups and those students who were not (Rybczyski & Schussler, 2011; Weimer, 2012; Willment, 1999). Extending the above argument, we may assume that participation in a poorly functioning study group can be of even less value for the students' learning than not

participating at all – rather, it can be a waste of time. However, this may well be different in other types of groups, for example in cases where more of the teaching is based on group participation, or when the exam itself is based on actual group performance.

Weimer (2012) argued that the benefits of study groups may be elusive: while on-going members of study groups may not consistently perform better on exams, when asked for qualitative input, 85 percent reported that they believed being in a study group helped them do better than they would have without the study group. The participants indicated that questions were answered, that material was clarified, and that listening to others talk about the content helped them understand it. Willment (1999) reported that students believed that the experience was productive. Rybcznski and Schussler (2011) indicated that most students in their study had a positive attitude about their interaction and believed that the study group boosted their grade in the course. We do not know how the participants in our study would have responded if they had been faced with such questions directly. However, as indicated from the completed Social Profile assessments, there was no relationship between the Social Profile scores and the students' subsequent individual exam performances. Thus, it may be that in this case, the instrumental value of the group was not only elusive, but in fact illusive.

STUDY LIMITATIONS

The Social Profile was carefully translated into Norwegian using a procedure with two independent translators and harmonizing the two versions into one. However, no formal back-translation procedure or pilot testing of the instrument items has so far been performed. Once this has been done, and a sufficiently large dataset has been provided, a factor analysis of the instrument is needed in order to verify its latent dimensions in the new culture and language context. Given the small sample size, the results of the study should generally be treated with consideration of this limitation. The sample was also one of convenience, and the participating students were introduced to the Social Profile by the teacher responsible for the ongoing study module, who also collected the data. There is a possibility that these circumstances have led to social reporting, i.e., that the participants have described the nature of the group interactions and the time spent doing groupwork in an overly positive way. A

limitation of the tool used, the Social Profile, is the effect of few items on some parts of the scale. The method of obtaining an overall Social Profile score by averaging the clusters of items may be a limitation; however, it can also be adding to its practical usefulness. In this study the plan to generalize scores based on observations during the preceding week may have affected the outcome of this data if that particular week was not the best performing week for a particular group. A broader picture might be obtained by asking the group to select their most typical week.

CONCLUSION

The five levels of social participation, as measured with the Social Profile, were intrinsically related to each other in a mostly logical way. The exception from this concerned the scores on the supportive cooperative level, and it may be that the instrumental, task-oriented educational setting can account for this departure from the overall pattern. More time spent on group work was related strongly and statistically significant with a higher perceived level of group functioning. Group functioning was unrelated to subsequent individual exam grades.

ACKNOWLEDGEMENTS

The study was funded by Ergoterapeutene's research and development grant.

References

- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. New York, NY: General learning press.
- Bjaland, R., & Mosvold, R. (2014). Lærerstudenters refleksjoner om utvikling av læringsfellesskap [Teacher students' reflections about the development of communities of learning]. *Uniped*, 37(4), 46-57. doi: <http://dx.doi.org/10.3402/uniped.v37.23242>
- Bonsaksen, T. (2016). Predictors of academic performance and education programme satisfaction in occupational therapy students. *British Journal of Occupational Therapy*, 79(6), 361-367. doi: 10.1177/0308022615627174
- Bonsaksen, T., Donohue, M. V., & Milligan, R. M. (2016). Occupational therapy students rating the Social Profile of their educational group: Do they agree? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(6), 477-484. DOI: 10.1080/11038128.2016.1187203

- Bonsaksen, T., Eirum, M. N., & Donohue, M. V. (2015). The Social Profiles of occupational therapy students' educational groups. *Open Journal of Occupational Therapy*, 3(3), Article 4 (pp. 1-14). doi: <http://dx.doi.org/10.15453/2168-6408.1162>
- Bonsaksen, T., Kvarsnes, H., & Dahl, M. (2016). Who wants to go to occupational therapy school? Characteristics of Norwegian occupational therapy students. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 297-303. doi: 10.3109/11038128.2015.1105293
- Bonsaksen, T., Kvarsnes, H., & Eirum, M. N. (2015). *Sosial Profil* [Social Profile]. Oslo and Akershus University College of Applied Sciences. Oslo.
- Brask, O. D., & Østby, M. (2013). Ambisjoner og forpliktelse i studentgrupper [Ambition and commitment in student groups]. *Uniped*, 36(1), 4-25. doi: <http://dx.doi.org/10.3402/uniped.v36i1.20950>
- Brown, C., & Stoffel, V. C. (2011). *Occupational therapy in mental health*. A vision for participation. Philadelphia: F.A. Davis.
- Cole, M. B. (2012). *Group dynamics in occupational therapy* (4 ed.). Thorofare, NJ: SLACK Inc.
- Cole, M. B., & Donohue, M. V. (2011). *Social participation in occupational contexts*. Thorofare, NJ: SLACK Inc.
- Donohue, M. V. (2001). Group co-leadership by occupational therapy students in community centers: Learning transitional roles. *Occupational Therapy in Health Care*, 15(1-2), 85-98. doi: 10.1080/J003v15n01_09
- Donohue, M. V. (2003). Group profile studies with children: Validity measures and item analysis. *Occupational Therapy in Mental Health*, 19(1), 1-23.
- Donohue, M. V. (2005). Social profile: Assessment of validity and reliability with preschool children. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(3), 164-175. doi: 10.1177/000841740507200304
- Donohue, M. V. (2013). *Social Profile: Assessment of social participation in children, adolescents, and adults*. Bethesda, MD: AOTA Press.
- Donohue, M. V., Hanif, H., & Wu Berns, L. (2011). An exploratory study of social participation in occupational therapy groups. *Mental Health Special Interest Section Quarterly*, 34(4), 1-3.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2 ed.). London: Sage Publications.
- Forsyth, D. R. (2006). *Group dynamics* (4 ed.). USA: Thomson Wadsworth.
- IBM Corporation. (2015). SPSS for Windows, version 23. Armonk, NY: IBM Corp.
- Johnson, D. W., & Johnson, F. P. (2000). *Joining together*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Kasworm, C. E. (1990). Adult undergraduates in higher education: A review of past research perspectives. *Review of Educational Research*, 60(3), 345-372. doi: 10.3102/00346543060003345
- Lim, S. M., & Rodger, S. (2008). An occupational perspective on the assessment of social competence in children. *British Journal of Occupational Therapy*, 71(11), 469-481. doi: 10.1177/030802260807101104
- Lycke, K. H. (2006). Å lære i grupper [Learning in groups]. In H. Strømsø, K. H. Lycke & P. Lauvås (Eds.), *Når læring er det viktigste* [When learning is crucial] (pp. 141-155). Oslo: Gyldendal Akademisk Forlag.
- Milligan, R. M., & Bonsaksen, T. (2016). *Formula for a weighted average for the Social Profile*. Waldwick, NJ, USA/ Oslo, Norway.
- Molander, A., & Terum, L. I. (Eds.). (2008). *Profesjonsstudier* [Professional studies]. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mosey, A. (1986). *Psychosocial components of occupational therapy*. New York, NY: Raven Press.
- Nowak, M. A. (2012, 1 July). Why we help: The evolution of cooperation. *Scientific American*, pp. 34-39. Retrieved from <http://www.scientificamerican.com/article/why-we-help-evolution-cooperation/>
- Oslo and Akershus University College of Applied Sciences. (2011). *Bachelor programme in occupational therapy*. Oslo: Oslo and Akershus University College of Applied Sciences.
- Parten, M. (1932). Social participation among pre-school children. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 27(3), 243-269. doi: 10.1037/h0074524
- Riggert, S. C., Boyle, M., Petrosko, J. M., Ash, D., & Rude-Perkins, C. (2006). Student employment and higher education: Empiricism and contradiction. *Review of Educational Research*, 76(1), 63-92. doi: 10.3102/00346543076001063
- Rybczyski, S. M., & Schussler, E. E. (2011). Student use of out of class study groups in an introductory undergraduate biology. *Cell Biology Education - Life Sciences Education*, 10(1), 74-82. doi: 10.1187/cbe-10-04-0060
- Shanahan, M. M. (2004). Does age at entry have an impact on academic performance in occupational therapy education? *British Journal of Occupational Therapy*, 67(10), 439-446. doi: 10.1177/030802260406701004
- Sladyk, K., Jacobs, K., & MacRae, N. (2010). *Occupational therapy essentials for clinical competence*. Thorofare, NJ: SLACK.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6 ed.). Boston: Pearson Education.
- Webb, N. M. (1982). Student interaction and learning in small groups. *Review of Educational Research*, 52(3), 421-445. doi: 10.3102/00346543052003421
- Weimer, M. (2012). The elusive benefits of study groups. *Faculty Focus*. Retrieved 8. February 2016, from <http://www.facultyfocus.com/articles/teaching-and-learning/the-elusive-benefits-of-study-groups/>
- Willment, J. H. (1999). Creating study groups in university classes. *Focus on University Teaching and Learning*, 9(1), 1-3.

Rehabilitering og ikke-medikamentelle tiltak for personer med revmatiske sykdommer og muskelskjelettsykdommer

Av Unni Sveen

– Hva forsker du på?

– Målet med forskningen jeg og mine kollegaer gjør ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR), er å styrke kunnskapsgrunnlaget for rehabilitering og ikke-medikamentelle tiltak for personer med revmatiske sykdommer og muskel-skjelettsykdommer. Når man ser på antall henvisninger fra fastleger til rehabilitering i spesialisthelsetjenesten, er dette den absolutt største pasientgruppen, og det er fortsatt mye vi ikke vet om effekten av rehabilitering hos denne gruppen.

– Mye av tiden min går akkurat nå med til å drifte et stort prosjekt som kalles «BRObygging i rehabilitering». I dette prosjektet følger vi i underkant av 700 pasienter (med revmatiske sykdommer og muskel-skjelettsykdommer) det første året etter rehabilitering. Pasientene er rekruttert fra ni ulike institusjoner i hele Norge. I prosjektet ønsker vi spesifikt å se på overgangene mellom rehabilitering på institusjon og i kommune. Deltakerne i prosjektet rapporterer inn oppfølgingsplaner og gjennomførte tiltak, samt besvarer spørreskjema om helse og funksjon henholdsvis fire, åtte og tolv måneder etter rehabilitering. Deltakerne i prosjektet kan selv følge utvikling i egen helse og funksjon over tid gjennom en

samlerapport som genereres på hvert måletidspunkt. Diagrammene viser utvikling relatert til smerte, utmattelse (fatigue), fysisk form, aktivitetsutførelse, psykisk helse, sosial deltakelse, måloppnåelse, helserelatert livskvalitet og mestring. Vi lever i en tid hvor det å måle seg selv og egen helse er populært og vanlig, og vi har i prosjektet ønsket å prøve ut om deltakerne tar disse målingene i bruk også i egen rehabiliteringsprosess etter opphold i spesialisthelsetjenesten. For disse pasientgruppene er rehabilitering et livslangt prosjekt som vil veksle mellom intensive rehabiliteringsperioder og perioder med fokus på vedlikehold og forebygging av funksjonsfall, komorbiditet og nye utfordringer. Å ha eierskap til egen rehabiliteringsprosess og et aktivt forhold til egne behov og ressurser er viktig for å mestre et liv med kronisk sykdom. Vi har i prosjektet forsøkt å se på om samlerapporten kan være et redskap som pasienten kan bruke i prosessen og i samhandlingen med helsepersonell på ulike nivå.

Vi vet altså lite om nytten av rehabilitering over tid for denne gruppen pasienter, og vi vet lite om innholdet i rehabilitering og hvilke rammer et rehabiliteringsopphold må ha for å gi varig utbytte for pasienten. I et annet prosjekt som jeg deltar i på NKRR, er målet derfor å utvikle et sett kvalitetsindikatorer for reha-



NAVN:

Mari Klokke

STILLING:

Forsker og assisterende enhetsleder ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR), Diakonhjemmet sykehus i Oslo.

Foto: Nicolas Tournenc

bilitering innen muskel-skjelettsykdommer, -skader og -plager og teste ut dette. Dette er et prosjekt som vil kunne gi oss mye kunnskap om hvordan rehabilitering drives både i kommune og spesialisthelsetjeneste, først og fremst for muskel-skjelettgruppene, men kanskje også for andre pasientgrupper.

– Hva er dine hovedfunn?

–Forskning er tidkrevende tålmodighetsarbeid, og veien fra planlegging via gjennomføring og til resultater er lang. I BRO-prosjektet som er beskrevet over, startet vi med planlegging våren 2015. Fordi vi følger pasientene i et år, vil datainnsamlingen være ferdig i desember 2017, og de første resultatene vil vi ha tilgjengelig i 2018. Så når jeg skal beskrive hovedfunn, må jeg gå tilbake til doktorgradsar-



Å identifisere vurderingsskjemaer som er både valide i forskning og anvendbare og nyttige i klinisk praksis, er viktig for å bygge kunnskapsbasert praksis. I revmatologisk rehabilitering er pasientens stemme viktig når vi skal evaluere og vurdere, og det gjelder både i forskning og klinisk praksis.

beidet mitt. Studien inkluderte pasienter med inflammatorisk revmatisk sykdom (blant annet revmatoid artritt, psoriasisartritt og spondylartritt, ofte omtalt som Bekhterev), som fikk rehabilitering i to ulike settinger i spesialisthelsetjenesten; sykehus og rehabiliteringsinstitusjon. Alle deltakerne i studien fylte ut avkrysningsdagbøker gjennom hele oppholdet, som beskrev innholdet i rehabiliteringen samt spørreskjemaer om helse og funksjon ved innkomst, avreise og etter seks måneder. Vi fant signifikante forskjeller mellom rammene og innholdet i rehabiliteringen på de to settingene i forhold til varighet av oppholdet, grad av tverrfaglighet og bruk av individuelle tiltak versus gruppetilbud. Det var positive og signifikante endringer i egenrapportert funksjon og helse rett etter oppholdet i begge settingene, men etter seks måneder var funksjon og helse i begge gruppene tilbake på samme nivå som før rehabiliteringen. Vi fant heller ingen signifikante forskjeller mellom de to settingene i egenrapportert helse og funksjon

ved oppstart, utreise eller etter seks måneder. Funnene fra denne studien indikerer at vi må bli flinkere til å henvise pasienter til rett rehabiliteringstilbud, og at det må synliggjøres hvilke forskjeller som ligger i rehabilitering på sykehus og på rehabiliteringsinstitusjon, slik at ressursene utnyttes mest mulig optimalt. Sykehusene, med sin tette tverrfaglige individuelle og intensive rehabilitering, bør trolig i større grad ta imot pasientene med de mest komplekse biopsykososiale rehabiliteringsutfordringene. Studien viser og at tiden etter rehabilitering i spesialisthelsetjenesten er viktig, og at det er behov for tiltak som bidrar til at varigheten av resultatene med forbedret funksjon og helse vedvarer lenger enn seks måneder. Her må vi få til bedre overgang og samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste. Dette er fokus både i BRO-prosjektet og en større randomisert kontrollert studie kalt BRIDGE, som starter opp med datainnsamling i august 2017.

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

– «Beyond Being There: The Symbolic Role of Communication and Identification in Perceptions of Proximity to Geographically Dispersed Colleagues» skrevet av O’Leary, Wilson og Metiu (2014). Artikkelen er godt skrevet, studien har en spennende forskningsdesign, og den er meget relevant for å forstå relasjonsbygging i dagens kontekst, hvor teknologi har revolusjonert kommunikasjon mellom mennesker. Denne artikkelen bør du lese!

– Hva trenger vi ergoterapeuter mer forskning om?

– Det meste! Vi er i startfasen når det gjelder forskning, og ergoterapi er et fag som favner bredt. Jeg tror det viktigste vil være å forske på ergoterapeutiske tiltak både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå. Vi må kunne vise til vitenskapelige studier hvis vi skal evne å synliggjøre det ergoterapi har å bidra med. Vi må også styrke grunnforskning. Ergoterapeutiske tiltak kan vanskelig bli bedre enn den grunnforståelsen vi har om hvordan aktivitet og deltakelse oppstår, samt hvordan de er med på å påvirke helse og velvære.

Organisasjonen Response Network

- MED LITT ANNERLEDES TILNÆRMING TIL UTVIKLING OG BISTAND

Response Network (RN) er en norsk bistandsorganisasjon basert i Zambia. Organisasjonen har i løpet av de siste årene tatt imot fire grupper med ergoterapistudenter fra Tromsø. Organisasjonen tilrettelegger for unike praksiserfaringer der studentene bor på landsbygda og blir tatt hånd om av en vertsfamilie. RN har en filosofi og strategi som har mye til felles med ergoterapi, med fokus på folks rettigheter og mobilisering av folks egne ressurser og egenkraft.

Av Marianne Olsen



Marianne Olsen er universitetslektor ved Norges arktiske universitet, Universitetet i Tromsø.

RN ble etablert i 2005 av Arnfinn Solli og Håkon Spigseth. Begge er tidligere norske bistandsarbeidere med lang erfaring fra ulike bistandsprosjekter i Afrika og Zambia. De etablerte organisasjonen som et alternativ til den tradisjonelle «giver»-bistanden, som de hadde erfart som lite bærekraftig.

RN samarbeider tett med lokale og nasjonale myndigheter. I tillegg har organisasjonen støtte fra nasjonale (Zambiske) og internasjonale organisasjoner, bedrifter og privatpersoner som jobber frivillig for organisasjonen.

Hovedkontoret til RN ligger i Livingstone i Sørprovinsen i Zambia, mens nedslagsfeltet er landsbygda i de omliggende distriktene Kazungula and Kalomo. Fokuset for organisasjonen er å styrke lokalsamfunnenes egenkraft til å fjerne fattigdom og sikre innbyg-

gernes rettigheter. Dette gjør de gjennom en rekke selvhjelpsprogrammer innen menneskerettigheter, kvinner og barns rettigheter, utdanning og ferdigheter, helse og ernæring, funksjonshemming og sport.

En hovedsamarbeidspartner for RN er Community Based Rehabilitation (CBR) Office som er en landsdekkende organisasjon som jobber for funksjonshemmedes rettigheter og for inkludering og deltakelse i samfunnet. CBR Office har et nært samarbeid med, og er støttet av, Norges Handikapforbund.

I tillegg er organisasjonen sponset av Academic Work (AW), en svensk arbeidsformidlingsbedrift, som gir mulighet til sponning av stipender i grunnskole (1.-12. skoleår) til jenter som av ulike årsaker ikke har tilgang på midler til utdanning. Siden partnerska-



Response Network tror på utvikling som mobiliserer folks egne ressurser og ressurser i omgivelsene, og at selvfølelse, kunnskap og kreativitet vokser med ansvar.

per med AW ble etablert i 2009, har 950 jenter fått stipend til å fullføre grunnskole. Fra 2016 har Academic Work utvidet støtten slik at RN også kan tilby stipend til yrkesutdanning.

HJELP TIL SELVHJELP

RN tror på utvikling som mobiliserer folks egne ressurser og ressurser i omgivelsene, og at selvfølelse, kunnskap og kreativitet vokser med ansvar. De bidrar med å fasilitere selvhjelpsprogrammer heller enn å gi penger og utstyr. Imidlertid formidler de kontakt med potensielle donorer og andre bidragsytere til utviklingsprosjekter (skoler, stipendordninger) hvor lokalmiljøet er pådrivere. Dette gjør de gjennom partnerskap og samarbeid med myndigheter, organisasjoner og privatpersoner.

RN's selvhjelpsstrategi er selve

nøkkelen til å frigjøre individers eget potensial og selvfølelse. Metoden er både kostnadseffektiv og vidtrekkende. Evalueringer av programmene kan vise til konkrete og bærekraftige resultater. I perioden 2005–2012 har programmet hatt 3000 prosjekter fordelt på 600 landsbyer, der 60 000 personer har vært involvert. I samme periode har de bidratt til etablering av 325 landsbyskoler.

FREDSKORPSET – EN VIKTIG SAMARBEIDSPARTNER

RN har siden 2007 hatt en samarbeidsavtale med Norsk Idrettsforbund (NIF) gjennom utvekslingsprogrammet Idrettens Fredskorps, der ungdom i alderen 18–33 år har bidratt i RNs sportsprogram. Der er de med på å starte opp ulike sportsklubber og utdanne trenere innen ulike sportsgrener. Så langt har tre

ergoterapeuter fra Norge vært fredskorpsdeltakere med RN som vertskap.

I 2015 inngikk RN og SMISO Tromsø en partneravtale om utveksling av personell. Prosjektet har fått navnet «HOPE», som står for Hope, Opportunity, Partnership og Empowerment. Prosjektet har fokus på forebygging av incest og seksuelle overgrep, som er aktuelle, alvorlige utfordringer i begge land. De første deltakerne reiste ut i februar 2017.

NYTTIGE WEBSIDER

Response Network (RN)
www.responsenetwork.org
CBR Office, Zambia
www.facebook.com/groups/1960049944220667/
Fredskorpsset
www.fredskorpsset.no
Støttesenter mot incest og seksuelle overgrep www.smiso.no

Forbundet støtter etablering av ergoterapi og ergoterapeututdanning i Zambia

Blir ergoterapeututdanninga i Zambia endelig en realitet? Etter flere initiativ og innsats fra mange hold ser det nå ut til at Zambia får sin første utdanning for ergoterapeuter.

Av Marianne Olsen



Lusaka Apex Medical University i Zambia – campus for den planlagte ergoterapeututdanninga.



Eckiwe Kamanga er ergoterapeut ved Livingstone Central Hospital og veileder for norske studenter gjennom mange år.

Lusaka Apex Medical University har siden 2011 arbeidet for å etablere ergoterapeututdanning og planlegger opptak av de første studentene i juli 2017. Etablering av ergoterapitjenester og -utdanning i Zambia har vært en lang og møysommelig prosess. I denne prosessen har norske ergoterapeuter og Norsk Ergoterapeutforbund spilt en viktig rolle.

DET BEGYNTE MED FREDSKORPSET

I perioden 1992–1999 var først Sigrid Tonstad og deretter Marianne Olsen ansatt ved sykehuset i Livingstone gjennom det «gamle» Fredskorpset, som ble nedlagt i 1999. Et nytt Fredskorps ble etablert i 2001. Det beveget seg bort fra tradisjonell ekspertbistand til mer gjensidige samarbeid og gjensidige utvekslingsavtaler.

Høgskolen i Tromsø (HiTø) var tidlig ute med et prosjekt i regi av det «nye» Fredskorpset med utveksling av helsepersonell fra Mental Helse i Zambia og Livingstone Central Hospital. Prosjektet hadde fokus på rehabilitering og kulturell kompetanse (Høgskolen i Tromsø 2003). Dette prosjektet ble i 2004 videreført til Rehabiliteringstjenesten i Nordkapp kommune og Livingstone og Kazungula Districts. Helsetjenesten i Livingstone etterspurte ergoterapikompetanse, så i hver utveksling fra Nordkapp til Livingstone var minst én av delta-

kerne ergoterapeut. Nordkapp kommune avsluttet sitt fredskorpsprosjekt i 2016 etter tolv år og seks utvekslingsavtaler. Iris Nikolaisen var en av deltakerne i Nordkapp kommunes fredskorpsprosjekt. Hun har i ettertid tatt en masterutdanning innen innovasjon og sosialt entreprenørskap, og etablert WayaWaya, som er en opplæringsbedrift innen håndverk og entreprenørskap for kvinner med lavt utdannelsesnivå.

Ergoterapeututdanninga ved Universitetet i Tromsø (UiT) har videreført fredskorps samarbeidet fra 1990-tallet i en samarbeidsavtale med Livingstone Central Hospital og Livingstone School of Nursing. Avtalen har blant annet omfattet kompetansebygging i mental helse og rehabilitering for helsepersonell i distriktet og praksisplasser for studenter fra Tromsø i Livingstone. Siden 1995 har cirka 80 ergoterapeutstudenter hatt praksis i Livingstone.

SAMARBEID OG SOLIDARITET

Internasjonalt arbeid og solidaritet har i mange år vært et sentralt virksomhetsområde for Norsk Ergoterapeutforbund. I programmet for Landsmøteperioden 2014–2017 står det at «forbundet skal ta internasjonalt ansvar og ha minst ett solidaritetsprosjekt som er knyttet til fag, profesjon eller organisasjon» (Ergoterapeutene 2014, s. 11). Forbundet har opp gjennom årene vært engasjert i flere solidaritetsprosjekter; blant



Arbeidsgruppe for ergoterapeututdanning i Zambia. Workshop LAMU 2013.

annet har det vært med å etablere ergoterapeututdanning i Palestina. Forbundet har siden 2005 bidratt med støtte til ergoterapi i Zambia og har i denne perioden støttet ZOTA og arbeidet med å etablere ergoterapeututdanning.

FRAMVEKSTEN AV ERGOTERAPI I ZAMBIA

Starten på ergoterapifaget i Zambia kan spores tilbake til tida like etter frigjøringa i 1964 (Kasonde 2016). Antakelsen om at engasjement i aktivitet spilte en viktig rolle for pasientenes bedring og rehabilitering var anerkjent allerede på 1960- og 70-tallet (ZOTA 2015). Det har siden den gang vært flere initiativ til å starte utdanning, men først nå i 2017 ser det ut til at ergoterapeututdanning i Zambia kan bli realisert.

Det er i dag fem praktiserende ergoterapeuter i Zambia. Tre av dem er av zambisk opprinnelse, én kommer fra et annet land i regionen, og den femte er den norske ergoterapeuten Iris Niko-laisen.

To av de tre ergoterapeutene med zambisk bakgrunn har hatt støtte fra Norge for å ta utdanning. David Likezo fikk stipend fra NORAD og var ferdig utdannet i 2006. Han studerte ved University

of Zimbabwe og har en bachelorgrad. Eckiwe Kamanga tok sin diplomutdanning ved Tumaini University i Moshi i Tanzania. Hun hadde til å begynne med støtte fra individuelle ergoterapeuter i Norge. Hun hadde et stort nettverk i Norge med studenter hun hadde veiledet og ergoterapeuter hun hadde samarbeidet med. Det var mange som satte pris på hennes engasjement for faget, og som syntes hun fortjente å få en formell ergoterapeututdanning. Underveis ble imidlertid skolepengene fordoblet, og den individuelle støtten strakk ikke til. Men en henvendelse til Ergoterapeutforbundet om støtte til utdanning for Eckiwe ble positivt mottatt, og i 2008 kunne hun uteksamineres fra Tumaini og reise hjem til mann og barn i Livingstone. Hun har siden da vært ansatt på rehabiliteringsavdelinga på Livingstone Central Hospital.

ETABLERING AV ERGOTERA- PEUTUTDANNING

Ut fra det vi kjenner til, har spørsmålet om etablering av ergoterapeututdanning i Zambia kommet opp med jevne mellomrom siden midt på 1980-tallet. Zambisk helsepersonell fikk stipend for å ta ergoterapeututdanning i utlandet,

mens «overseas» ergoterapeuter ble midlertidig engasjert ved de større sykehusene i påvente av at de som var reist ut, skulle komme tilbake og overta stillingene. Ministry of Health fulgte opp og etablerte stillinger for ergoterapeuter på flere av de større sykehusene i Zambia. Men av ulike grunner kom ingen av de som hadde reist ut for å ta utdanning, tilbake. I perioden 1987–2006 var det kun europeiske ergoterapeuter i Zambia, og behovet for å utdanne egne var stadig like stort. Mange av stillingene som ble etablert rundt om i landet på 1980-tallet, ble aldri besatt og de fleste er nå enten besatt av andre faggrupper eller dratt inn igjen.

NYE MULIGHETER

I 1997 deltok representanter fra HiTø på møter med helsedepartementet i Zambia for å diskutere mulighetene for å etablere ergoterapeututdanning. Helsedepartementet ønsket å etablere utdanningen ved sykehuset i Livingstone, som var den eneste institusjonen i Zambia med etablert ergoterapipraksis (Høgskolen i Tromsø 1997). Dette initiativet førte imidlertid ikke fram, blant annet på grunn av mangel på utdannede ergoterapeuter

og manglende ergoterapipraksis utenom den i Livingstone.

I 2009 tok helsedepartementet et nytt initiativ for ergoterapeut-utdanning i Zambia. Da lå det noe bedre til rette med at landet på det tidspunktet hadde tre praktiserende ergoterapeuter og University of Zambia (UNZA) var interessert i å starte utdanningen. Marianne Olsen og Mette Kolsrud var på møte med helsedepartementet og universitetet. Det ble utarbeidet søknad som ble sendt NORAD, men søknaden ble dessverre avslått.

I 2011 var Livingstone vertskap for den syvende Occupational Therapy African Regional (OT-ARG)-konferansen med cirka 120 deltakere fra Europa og Afrika. De tre ergoterapeutene og deres kolleger i Livingstone gjorde en formidabel innsats og laget en fantastisk konferanse. Med på konferansen var også en representant for et relativt nyetablert, privat universitet i Lusaka – Lusaka Apex Medical University (LAMU). Mary Mumba var fysioterapeut og hadde fått i oppdrag fra universitetet å delta på konferansen for å rekruttere ergoterapeuter som kunne bistå universitetet med å etablere ergoterapeututdanning. I kjølvannet av konferansen ble det etablert en arbeidsgruppe med de tre ergoterapeutene i Zambia, to ergoterapeuter fra England, Marianne fra Tromsø, og representanter fra LAMU.

Ergoterapeutforbundet har bidratt med økonomisk støtte til ulike aktiviteter i prosessen med å etablere utdanning. I tidlig fase fikk Marianne og Iris midler til frikjøp av tid for å utarbeide en behovsanalyse for ergoterapitjenester i Zambia, som ble ferdigstilt i 2015 (ZOTA 2015). Videre bisto forbundet med støtte til arbeidet

med fagplan. Denne forelå i 2016, og med god støtte og drahjelp fra forbundsleder Nils Erik Ness ble den lagt fram og godkjent av WFOT samme år (ZOTA 2016).

I 2015 fikk Eckiwé støtte fra det norske forbundet for å delta på OTARG-konferanse i Uganda. Sammen med Eckiwé deltok representant fra LAMU og to ergoterapeuter fra arbeidsgruppa. I løpet av konferansen fikk de etablert kontakt med kolleger fra regionen, blant annet Lisa Wegner fra University of Western Cape, som i etterkant ble med i arbeidsgruppa for utdanninga i Zambia.

I 2016 gav forbundet støtte til frikjøp av arbeidstid for Marianne, som har deltatt på møter og workshops sammen med arbeidsgruppa og samarbeidspartnere i Zambia for den videre planleggingen av utdanninga. Ergoterapeutene i arbeidsgruppa har også bistått LAMU med å skaffe til veie litteratur og med råd i forhold til utforming av undervisningslokaler og anskaffelse av relevant utstyr.

ETABLERING AV FAGFORBUND

Zambia Occupational Therapy Association (ZOTA) ble etablert i 2013. Det skjedde i forbindelse med en workshop for arbeidsgruppa for utdanning. Til sammen syv ergoterapeuter var til stede, inkludert Samantha Shan, som deltok som representant for WFOT med hovedansvar for Afrika. I løpet av dagene i Lusaka ble det laget utkast til vedtekter som senere ble vedtatt på medlemsmøte.

Selv om forbundet «bare» har fem zambiske ergoterapeuter, så er antall medlemmer langt høyere. På årsmøtet i november 2016 var ti ergoterapeuter og seks ergoterapistudenter til stede, og antall registrerte medlemmer (inkludert ikke-ergoterapeuter) var 30. Kol-

leger ved sykehuset i Livingstone og ansatte ved LAMU hadde ingen motforestillinger da de ble tilbudt medlemskap i ZOTA.

Forbundet ble formelt registrert i desember 2016 av The Registrar of Societies i Lusaka. Dette skulle vise seg å bli en noe mer omstendelig prosess enn først antatt. Forbundet som skulle registreres, måtte ha minst ti medlemmer, og den saken var for så vidt grei. Men den videre prosessen var kompleks. Alle de ti medlemmene måtte fylle ut hvert sitt skjema og ta fingeravtrykk på den lokale politistasjonen, som for de fleste var Livingstone, før alle skjemaene samlet skulle leveres til hovedkontoret for politiet i Lusaka for verifisering. Det tok så minimum ti arbeidsdager før disse var klare og kunne hentes. Deretter måtte søknaden om registrering anbefales fra lokalt politi, igjen i Livingstone, og av lokale myndigheter i Livingstone. Først etter at dette var gjort kunne papirene tas med tilbake til Lusaka for godkjenning hos The Registrar of Societies.

Norsk Ergoterapeutforbund har bidratt på mange områder for å støtte etableringen av et ergoterapeutforbund i Zambia. Forbundet har gitt økonomisk støtte til årsmøte og workshop både i 2015 og 2016, og til utgifter i forbindelse med den formelle registreringen av ZOTA. Forbundet har også støttet utarbeidingen av en brosjyre for ZOTA og utviklingen av egen nettside, som er planlagt på plass i løpet av året (2017).

OG HVA NÅ?

LAMU har som mål å ha første opptak av studenter allerede i juli 2017. Utdanningen slik den er organisert i Zambia vil ta til sammen fem år. Det første året kalles «Pre-med» og er et år med basisfag

som fysikk, kjemi og biologi, og som skal forberede studentene til ulike helsefag. Først etter et år starter de på profesjonsutdanningen, som i Zambia går over fire år. Hvis alt går etter planen, kan Zambia uteksaminere sitt første kull med ergoterapeuter i 2022.

Dette forutsetter at de får fagplan, undervisningslokaler og andre undervisningsressurser godkjent av Health Professions Council of Zambia (HPCZ). De må også ha en koordinator (studieleder) på plass. Dessverre oppfyller ingen av de zambiske ergoterapeutene kravene for å bli ansatt som undervisere. Det har vist seg svært vanskelig å få til en oppgradering av diplomutdanning til bachelorgrad uten å måtte starte helt på nytt. De er derfor avhengige av krefter utenfra. Universitetet er per i dag i dialog med ergoterapeuter fra regionen, og forhåpentligvis vil noen av dem synes det er spennende å være med å skrive ergoterapihistorie i Zambia.

Det blir svært spennende å følge utviklingen av ergoterapi i Zambia. En viktig dimensjon av utdanninga vil være de framtidige ergoterapeutenes kompetanse og kapasitet til fagutvikling og etter hvert teoriutvikling. Det er av stor betydning at de studentene som uteksamineres, blir godt kvalifisert til å ta ansvar for dette. Siden det aller meste av ergoterapiteori er utviklet i en vestlig setting etter vestlige verdier, et det stort behov for teori som er utviklet på kontinentets og den afrikanske kulturens egne premisser. Ergoterapimiljøet i Sør-Afrika har de siste årene kommet med gode bidrag, men mye er enda ugjort.

De framtidige ergoterapeutene bør også kvalifiseres til å være gode formidlere. I og med at landet har hatt og fremdeles

har så få yrkesutøvere, er det få som har kjennskap til ergoterapi. Dette gjelder potensielle brukere av tjenesten, kolleger og politiske beslutningstakere. De framtidige ergoterapeutene må også bli gode støttespillere og talerør for marginaliserte grupper i samfunnet.

Som medlem av ZOTA og på vegne av mine zambiske kolleger håper jeg at norske ergoterapeuter og Norsk Ergoterapeutforbund vil fortsette sitt gode arbeid med å støtte ergoterapi i Zambia. En støtte til utdanning er en støtte til en del av befolkningen som lever i sårbare livssituasjoner, og som med litt støtte og hjelp vil kunne bedre sine levekår og leve gode og meningsfulle liv.

NETTSIDER:

Fredskorpset.no

uit.no

Wayawaya.no

Referanser

Ergoterapeutene (2014) Norsk Ergoterapeutforbunds program for landsmøteperioden 2014-2017. Tilgjengelig fra: <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/organisasjon/Styringsdokumenter/Program7>. [lest: 07.03.2017]

Høgskolen i Tromsø (2003) Report on attachment to Tromsø University College. Upublisert rapport.

Kasonde, J. Personlig samtale. Lusaka november 2016

NSD Forvaltningsdatabasen. Det norske fredskorpset. Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no/polsys/data/forvaltning/enhet/4603/endringshistorie> [lest: 07.03.2017]

ZOTA (2015) Need Assessment. Upublisert rapport

Høgskolen i Tromsø (1997) Report from the Cooperation 1995-97. Upublisert rapport

ZOTA (2016) Curriculum for Bachelor Program in Occupational Therapy in Zambia. Upublisert dokument



Logoen til ZOTA.



Etablering av ZOTA 2013.



Styret i ZOTA under årsmøtet 2016.

TREDJEÅRS ERGOTERAPEUTSTUDENTER FRA TROMSØ I PRAKSIS I ZAMBIA:

«A LITTLE GOES A LONG WAY»

I overkant av 80 studenter fra Ergoterapeututdanninga i Tromsø har siden 1995 hatt praksis i Livingstone i Zambia. Utdanninga vurderer dette som en helt unik læresituasjon der studentene vokser både personlig og profesjonelt. De tilegner seg blant annet viktig kompetanse om betydningen av kultur som er svært relevant for en framtidig yrkesutøvelse i et flerkulturelt samfunn.

Av Maianne Olsen



Studentene sammen med vertsfamilier og barn i nabolaget.



Rikke og Tina i kreativt verksted med engasjerte barn.



Vårin og Isabella holder workshop hvor erfaringer deles og vennskap knyttes. Stilene til barna tar form.

Høsten i 2016 var jeg på praksisbesøk hos seks studenter fra ergoterapeututdanninga i Tromsø som hadde sin siste, tre måneder lange praksisperiode i Livingstone i Zambia. Fokus i praksisen var inkludering og deltakelse i samfunnet. Studentene forteller om et stort læringsutbytte til tross for utfordringer som mangel på utstyr og materialer til trening og gjenopptrening, dårlig tilgang på internett og begrenset tilgang på faglitteratur – det hele tatt en praksis der de har måttet være kreative og innovative og har lært å stole på seg selv.

To av studentene, Isabelle Dalen og Vårin E. Olsen, hadde praksis ved rehabiliteringsavdelinga ved Livingstone Central Hospital og jobbet med barn og voksne med neurologiske og ortopediske diagnoser. I tillegg var de ute på landsbygda og deltok i et veiledningsprogram for frivillige som jobber med funksjonshemmede. De fire andre studentene, Robert A. H. Bjørkaas, Martin A. Solhaug, Rikke F. Jensen og Tina S. Gover, har hatt praksis hos Response Network (RN) med praksis ute på landsbygda fra mandag til torsdag. Der har de bodd hos en vertsfamilie og jobbet sammen med lokale frivillige fra RN.

MØTE MED ANDRE KULTURELLE PRAKSISER

Studentene har i denne praksisen utøvet faget sitt i en annen kulturell kontekst og deltatt i et hverdagsliv annerledes enn det de kjenner fra før. Noe av det mest utfordrende har vært kommunikasjon; både språkmessig og kulturelt. Det offisielle språket er engelsk, men mange snakker kun lokale språk. Men selv om man har felles språk, så kan det oppstå misforståelser. Det opplevde Isabelle og Vårin da de hadde workshop for en gruppe omsorgspersoner til funksjonshemmede barn og skulle servere mat til deltakerne. Det ble stor oppstandelse da maten ble forbeholdt deltakerne i workshopen, og ikke delt med de andre som var til stede i avdelinga. «Slik gjør vi det ikke i Zambia!» I Zambia deler man på det man har – uansett. Så på de påfølgende workshopene ble maten likelig fordelt blant både workshopdeltakerne og de andre tilstedeværende.

En av de andre tingene studentene opplevde som svært utfordrende, var å se og høre hvordan stigmatisering av personer med funksjonshemming ofte kunne føre til utestenging og passivisering. Funksjonshemming blir av mange forstått som



Stolte workshopdeltakere.

straffedom fra Gud eller forfedre, eller som heksekraft, og man tror at funksjonshemming kan være smittsomt, noe som skaper frykt. Men de møtte også personer med funksjonshemming som hadde familie og naboer som var inkluderende, og som gjorde en stor innsats for å støtte sitt familiemedlem i å kunne delta i hverdagslivet og være en del av samfunnet.

FRA AVMAKT TIL HÅP

I praksisen sin ved rehabiliteringsavdelinga på sykehuset traff Isabelle og Vårin både barn og voksne med ulike diagnoser og utfordringer i hverdagen. Tiltakene besto i hovedsak av veiledning og trening, og det var lite å tilby av hjelpemidler som ortoser, rullestoler og annet som hjemme ville vært en selvfølge.

Hovedfokus i praksisen de-

res var oppfølging av barn med cerebral parese og omsorgspersonene deres. De planla og gjennomførte et gruppetilbud hvor omsorgspersonene kom til ergoterapiavdelingen to ganger i uka sammen med barnet over en periode på fem uker. Omsorgspersonen var som regel mor, men også bestemor og tanter var blant deltakerne. Hensikten med gruppetilbudet var å styrke omsorgspersonenes mulighet til å støtte og fremme barnets utvikling og mestring. Dette ble gjort gjennom undervisning og veiledning og erfaringsdeling mellom omsorgspersonene. I tillegg laget alle omsorgspersonene en hjørnestol til sitt barn, slik at barnet kunne komme opp og posisjoneres på en måte som fremmet bevegelse og egenaktivitet. Stolene ble laget av pappesker, avispapir og mellom, som er tilgjengelige og billige

materialer. En av mødrene sa ved avslutningen av gruppetilbudet: «Før jeg kom hit, følte jeg meg alene og helt maktesløs. Nå er ikke alene, jeg har fått nye venner. Og i denne gruppa har jeg sett at jeg kan gjøre noe for barnet mitt, det er ikke håpløst. Nå har jeg håp.»

DELING AV KUNNSKAP – GJENSIDIG LÆRING

Robert og Martin drev oppsøkende virksomhet i landsbyen de bodde i og i de omliggende landsbyene. De tok seg rundt med sykkel som framkomstmiddel sammen med den frivillige fra RN. Hun hadde oversikt over innbyggere i området som levde med en eller annen funksjonshemming, og kjente familiene og deres situasjon. Hun deltok sammen med studentene på hjemmebesøkene, fungerte som tolk, og oversatte både språk



På tur ut på hjemmebesøk.

og kultur. På hjemmebesøkene traff studentene personer i alle aldergrupper som hadde ulike utfordringer. De traff eldre som av ulike årsaker ikke lenger kom seg rundt ved egen hjelp, og som trengte familiens hjelp til personlig stell og til sosialt samvær. De traff barn med epilepsi som ikke deltok i familiens hverdagsliv eller gikk på skole, fordi man trodde at epilepsi var smittsomt. De traff menn og kvinner som hadde utfordringer med å utføre hverdagens gjøremål på grunn av at de aldri hadde hatt tilbud om rehabilitering etter skade eller sykdom. Det var ingen hjelpemiddelsentral rundt hjørnet, og i den grad noen hadde hjelpemidler, så var de nok hjemmelaget og ikke veldig universelt utformet. Det studentene kunne bidra med, var den kunnskapen de hadde med seg fra utdanning og eget liv, og en vilje til å «by på sæ sjøl». De måtte ta i bruk sine kreative og skapende evner og i samarbeid med klienten og hans eller hennes familie finne løsninger som gjorde hverdagen enklere. Et eksempel på dette var den fem år gamle jenta som ikke kunne gå eller snakke. Foreldrene visste ikke hva problemet var, og var svært bekymret for framtiden til datteren. Etter observasjon av jenta og samtaler med foreldrene foreslo studentene et daglig treningsprogram for å oppøve jentas gangfunksjon. Etter et par uker var det tydelig bedring, og etter hvert kunne jenta gå uten støtte fra andre. Dette gjorde sterkt inntrykk på foreldrene, som ble svært motiverte til å fortsette å trene, og som også begynte å trene mer på å snakke. Kanskje kunne hun til og med begynne på skolen?

Studentenes sier at deling av kunnskap har vært det viktigste, mens de selv har fått større innsikt i og forståelse av hvordan andre

kan leve sine hverdagsliv, i storfamilie med fellesskapet som sikkerhetsnett og de praktiske gjøremålene i hverdagen, som henting av vann og matlaging på bål. De har også fått innsikt i en kulturell virkelighet der forståelse av sykdom og funksjonshemming av og til er forskjellig fra deres egen. Selv har de bidratt til en større forståelse for at personer med en funksjonshemming også har ressurser og kapasitet til å delta og bidra i fellesskapet og til at familie og naboer er viktige ressurser. Og for noen har de bidratt til endringer i hverdagens aktiviteter som har gjort dem mer selvhjulpne og mer deltakende i fellesskapet.

ALLE KAN

Rikke og Tina kom tidlig i praksisen i kontakt med skolen i landsbyen. Skolen hadde i overkant av 500 elever, med en utdannet lærer og to frivillige hjelpelærere. Læreren, som også var rektor, fortalte at de hadde 40–45 elever mellom første og femte klasse som ikke greide å følge undervisningen. Disse elevene hadde ingen spesialundervisning eller tilrettelagt læresituasjon. Elevene ble omtalt som «slow learners» og studentene oppfattet at det var endel stigma knyttet til disse elevene. Etter litt rådslagning med lærerne og samtaler med noen av elevene, kom de fram til at de skulle få et eget aktivitetstilbud i skoletida to dager i uka. Studentene opplevde at verken elevene selv, medelever eller lærere hadde tro på at de kunne lære og å få til noe. De bestemte seg derfor for å ha kreativt verksted med dem. Hensikten var at elevene skulle erfare mestring, og at elevene selv og omgivelsene så at de hadde ressurser og potensial til å utvikle seg og til å lære. Aktivitetene de hadde, var

tegning, form og skulptur, fortelling og sport. Elevenes forhold til egen prestasjon endret seg markant i løpet av disse timene. Fra å gjemme det de hadde laget, strålte de av stolthet da de på siste samling hadde en utstilling for medelever, lærere og familie.

Å GJØRE EN FORSKJELL

I en setting hvor mennesker lever under svært marginaliserte levekår, er det lett å se resultater av selv små innsatser, slik studentene har fortalt over. Men det krever imidlertid også stor grad av varsomhet og etisk bevissthet. Det er mange problemstillinger å ta hensyn til, som maktrelasjoner, tilgang på ressurser og kunnskapssyn, for å nevne noen. Det er viktig å utvise ydmykhet og være bevisst på hva man setter i gang i lys av at man skal dra igjen. Det har derfor vært viktig for ergoterapeututdanninga i Tromsø at studentene har kommet til en praksissituasjon der de har god oppfølging og veiledning fra lokale samarbeidspartnere. Innenfor disse rammene ligger et betydelig potensial for læring og en opplevelse av mestring for studentene.

Erfaringene fra praksisen i Zambia har ikke bare gitt betydelig læring i praksis, men har også stimulert til interesse og nysgjerrighet for å lære mer om kultur og interkulturell praksis. Alle de seks studentene har latt seg inspirere av sine erfaringer i praksis i valg av tema for bacheloroppgavene. Kanskje blir det også mulig å høre mer om studentenes erfaringer på Fagkongressen i Trondheim i november.

Avslutningsvis vil jeg hevde at den kompetansen disse erfaringene gir, er svært relevant i utøvelsen av ergoterapi i et stadig mer flerkulturelt Norge.

AKTUELT OM KRONISK UTMATTELSESSYNDROM

Fagnettverket for ergoterapeuter som jobber med kronisk utmattelsessyndrom og myalgisk encefalopati (CFS/ME) møttes i Bergen 6.-7. mars 2017. Med en håndfull forelesere og rundt 40 påmeldte ergoterapeuter fra ulike steder i landet lå alt til rette for spennende fagdager med kunnskapsformidling og erfaringsutveksling.

Av Trude Wabakken

Første innlegg handlet om søvn, hvile og aktivitet. Sykepleier Odd Frode Moberg Wold fra CFS/ME poliklinikk ved Haukeland universitetssykehus belyste en rekke faktorer som påvirker søvn. Forelesningen hans handlet blant annet om utfordringer knyttet opp mot innsovning, og om hvilke aktiviteter som vanligvis virker mest aktiverende på oss. Han presiserte at endring av søvnvaner er tidkrevende og bør gjøres gradvis.

Ergoterapispesialist Irma Pinxsterhuis ved Oslo universitetssykehus og HiOA fortsatte innenfor samme tema. Hun fokuserte på sammenhengen mellom søvn, hvile og aktivitet. Kliniske erfaringer tyder på at søvnforstyrrelser kan påvirkes av avspenning, lysbehandling, aktivitetsregulering, medikamenter og skjerming

for lys og lyd. Det er viktig at pasienten reduserer aktivitetsnivået før han eller hun legger seg. Dette inkluderer bruk av PC, nettbrett, smarttelefon og TV. Videre kan det være nyttig å lære seg å nyansere «rolige» aktiviteter, ettersom de oftest aktiverer ulikt. Å lese i ei lærebok er ikke det samme som å lese en roman. Det er også et poeng å hjelpe pasientene med se hverdagsrutiner som viktige og meningsfulle.

Psykologspesialist Christel Wootton presenterte CFS/ME poliklinikk ved Haukeland universitetssykehus. Med seks ulike faggrupper representert i teamet, har det vært viktig at fagpersonene har avklart diverse begreper seg imellom, slik at de har en mest mulig lik forståelse. I poliklinikken fokuseres det på funksjon fremfor diagnose. Sentralt i arbeidet står

brukermedvirkning, motivasjon og egeninnsats. Gjennom rehabiliteringen er målet hele tiden å gi pasienten kompetanse om egen situasjon, slik at han eller hun kan øke opplevelsen av å ha kontroll over eget liv. Pasientens ressurser og mestringsevne skal styrkes med tanke på selvstendighet og deltakelse sosialt og ellers i samfunnet.

Sosionom Inghild Follestad og ergoterapispesialist Bjørg Rene ved Haukeland universitetssykehus holdt et innlegg om NAV i forhold til arbeid og skole. Ved en arbeidsrettet rehabilitering forsøkes det blant annet å styrke pasientens arbeidsevne gjennom tilrettelegging og konkrete tilpasninger på arbeidsplassen eller studiestedet, men det å jobbe og samtidig ivareta helse lar seg dessverre ikke alltid gjøre. Pasientens kapasitet kan være mye lavere enn viljen og motivasjonen. Mange strekker seg langt for å holde seg i arbeid. Det er derfor viktig å kartlegge pasientens forsøkshistorikk rundt det å prøve å holde seg i jobb eller skole. Det er også verdt å merke seg at det å ha en fast inntekt er av stor betydning for å klare å fokusere på rehabiliteringen.

Ergoterapispesialist Berit Widerøe Njølstad ved Oslo universitetssykehus og Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME fortalte om pågående arbeid med å utvikle et e-læringstilbud for



Bjørg Rene ved Haukeland universitetssykehus gjorde en strålende jobb med å bistå styret i gjennomføringen av nettverkssamlingen.

pasientgruppen. Flere deltakere presenterte kort tilbud om mest-ringskurs på sin arbeidsplass.

Tverrfaglig samarbeid på tvers av ulike nivåer i helsetjenesten var et større tema som ble diskutert i grupper med påfølgende oppsummering og videre diskusjon i plenum. Etter en kort innledning fra fire av ergoterapeutene i styret og arrangementskomitéen ble aktuelle problemstillinger presentert. Spørsmålene omhandlet for eksempel praksis vedrørende samarbeid og overføring av pasienter fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten. Hva ønskes av veiledning fra spesialisthelsetjenesten? Hvordan er kompetansen ute i kommunene? Hvordan ivaretas oppfølgingen i forhold til skole og utdanning?

Erfaringene viser at det er sto-

re forskjeller mellom kommunene og fylkene. Noen har et mangelfullt tilbud som følge av lite ressurser og lav kompetanse, mens andre igjen har velfungerende og godt etablerte tilbud til pasienter som utskrives fra spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder skole, er det som oftest et stort behov for veiledning til rådgivere og lærere. Ergoterapeuten eller en annen fagperson «utenfra» bør følge med på gjennomføringen av det undervisningstilbudet som skolen faktisk plikter å legge til rette for.

Spesialergoterapeut Monica Nilsen ved Oslo universitetssykehus og ergoterapeut Nina Almås ved Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter tok for seg temaet kartlegging og presenterte noen utvalgte kartleggingsverktøy. I en tidligere undersøkelse ble et

spørreskjema sendt ut til ergoterapeutene i CFS/ME-nettverket for å få kunnskap om hvilke kartleggingsredskap som faktisk blir brukt i møte med CFS/ME-pasienter. Tilbakemeldingene viste at det benyttes flere ulike skjema og redskaper i kartleggingen av pasientenes daglige aktiviteter, men også at samtaler brukes i stor grad. Neste skritt i undersøkelsen er å finne fram til de kartleggingsverktøyene som ser ut til å være best egnet i forhold til pasienter med CFS/ME.

Ønsker du å holde deg oppdatert vedrørende CFS/ME og/eller komme i kontakt med andre ergoterapeuter som jobber med CFS/ME, inviteres du til å stå på vår mail-liste. Send din kontaklinformasjon til styremedlem ida-sofie.skukkestad@nes-ak.kommune.no.



UTLYSNING AV FORSKNINGMIDLER 2017

Stiftelsen Norsk Revmatiker-Forbunds Forskningsfond, Overlege Jan A. Pahles legat og Stortuens legat vil i år 2017 etter søknad kunne gi økonomisk støtte til forskning vedrørende revmatiske sykdommer.

Forskningsfondet kan delfinansiere prosjekter.

Forskningsfondet kan bidra med oppstart og avslutningsmidler både til drift og forskerlønn.

Søkere kan i utgangspunktet ikke påregne fullfinansiering.

Det er også et ønske å stimulere til forskning på effekt av fysikalsk behandling, forskning på et brukerperspektiv, forskning på opplevd mestring og rehabilitering. Prosjekter der brukermedvirkning er med vil prioriteres. I tillegg har Forskningsfondet mottatt arvemidler som skal øremerkes til forskning innen følgende områder:

- Barn- og ungdomsrevmatisme
- Lupus.

Det gis fortrinnsvis ikke støtte til medikamentell behandling, informasjonstiltak eller reiser. Søknader bør primært gå ut på innhenting av ny kunnskap. Der søker blir tildelt midler fra andre blir det ikke utbetalt midler fra NRFs fond.

Søknadsskjema ligger på www.revmatiker.no eller fås ved kontakt med NRF, tlf. 22 54 76 00.

Der forskningsprosjektet omfatter lønnsmidler, vedlegges erklæring fra arbeidsgiver som skal ha arbeidsgiveransvar.

Søknaden sendes: Norsk Revmatikerforbund, Postboks 2653 Solli, 0203 Oslo.

FRIST 1. OKTOBER 2017.

www.revmatiker.no

Minneord for Marit Ås

07 09 1961 – 16 12 2016

Kjære Marit, gode kollega og venn. Dette er så ufattelig! Du gikk fra jobb den første juli, du måtte til legen for du hadde så vondt. Du trodde kanskje det var gallestein, og vi ventet deg tilbake etter noen dager. Men du kom aldri tilbake; det viste seg at du var alvorlig syk. Vi satt vantrøigjen. Sannelig kan livet fort vende vrangsida til! Vi skulle så gjerne hjulpet og støttet deg, ja helst helbredet deg. Men vi kunne bare hjelpeløst følge deg fra sidelinjen, og sende noen meldinger og varme tanker. Borte er den rause, faglig stødige og kloke humørsprederen vår. Det ble tomt etter deg.

Du vokste opp i Aure kommune på Nordmøre,

der havbruk og fiske sto sterkt. Kystkulturen preget deg, du var vant til å omgås alle slags folk. Ikke overaskende havnet du på en vei der du utgjorde en forskjell for mennesker med ulike hjelpebehov. I 1989 var du ferdig utdannet ergoterapeut i Trondheim. I 2003 fullførte du videreutdanning i psykisk helsearbeid, og fikk arbeid ved Tiller DPS' dagavdeling, der du blant annet drev med gruppebehandling.

For elleve år siden startet du i Psykisk helse- og rustjeneste Røros kommune. Med solid erfaring både fra spesialist- og kommunehelsetjenesten lærte du oss mye, og som tillitsvalgt for ergoterapiforbundet i kommunen satte du også tydelige spor. Sommeren 2016 tok du på deg avdelingslederansvaret i Psykisk

helse- og rustjeneste inntil ny leder kom på plass. Du var ikke redd for å «ta i et tak».

Du har betydd så mye for både pasienter, kolleger og samarbeidspartnere. Du var faglig dyktig, du bød på deg selv, var alltid til å stole på og bidro med gode historier. Ditt skjeve blikk og din utpregede humoristiske sans bidro til et godt arbeidsmiljø. Du vil bli sterkt savnet, Marit. Vi minnes deg i takknemlighet. I den siste telefonsamtalen vi hadde sent utpå høsten, minnet du oss på noe viktig: «Livet koker ned til at det er de gode relasjonene som teller». Det vil vi huske i våre hjerter.

Marit var svært stolt av sin datter. Vi føler alle med Ingunn nå, i sorgen over at hennes flotte og modige mamma gikk bort så alt for tidlig. Vi vet at tida for



henne framover blir tung på mange vis. Men vi vet også at hun har fått med seg mye verdifull ballast fra sin mor i livet, og at det vil hjelpe henne videre.

Vi vil avslutte med noen ord av Viggo Stuckenberg: «Ingen som er blitt elsket, forsvinner». På vegne av alle kolleger i Røros kommune lyser vi fred over ditt minne.

Synnøve Lillevold og Astrid Sæther, Psykisk helse – og rustjeneste. Inger Therese Holm, Ergoterapitjenesten.

MØT IRIS OG SISSEL – TO PLENUMSFØRELESERE FAGKONGRESSEN 2017

SISSEL HORGHAGEN



I år fyller ergoterapifaget hundre år. Det er tid for å se framtiden i lys av historien. Hva er fagets vei videre i de neste hundre årene? Ergoterapifaget ble grunnlagt i 1917 som en motreaksjon til biomedisinsk tenkning. En av fagets grunnleggere, psykiateren Adolf Meyer, utarbeidet *The Philosophy of Occupational Therapy*. Det handlet om å se mennesket som en helhet, menneskelig aktivitet,

aktivitetsfunksjoner, aktivitetsrytmer og tidsbruk. Ergoterapi kom først i gang innen psykisk helsevern, rehabilitering av soldater fra første verdenskrig og i tuberkulosesanatorier. I Norge ble utdanning av arbeidsterapeuter (senere kalt ergoterapi) igangsatt i 1952. Da var det et stort behov for å rehabilitere soldater etter andre verdenskrig. Nå i 2017 arrangerer vi fagkongress samtidig som vi feirer fagets hundreårsdag. Vi lever i en tid med stadige endringer. Hvordan skal vi forberede oss på morgendagen? Hvordan utvikles verden, og hvilke kompetanser trenger vi å utvikle som faggruppe? Vi vil i dette performance-framlegget reflektere over fortiden for å se inn i framtiden.

IRIS HELEN NIKOLAISEN

WayaWaya er en sosial bedrift som lager skinnprodukter til gode for kvinner uten formell utdannelse i Zambia. Konseptet har et todelt fokus hvor både sosial og økonomisk verdi er likestilt. Bedriften ble opprettet i 2013, og bak konseptet står en ergoterapeut. Iris Helen Nikolaisen vil i sitt framlegg snakke om hvordan veien ble til, samt belyse hvordan andre ergoterapeuter kan ta i bruk sin grunnkompetanse i eget virke. WayaWaya benyttes som case for å gi en generell forståelse av hva som skal til for å bli en sosial entreprenør.



Ergoterapistudentene

Ergoterapistudentenes landsstyre er representert av studenter fra studieplassene i Oslo, Trondheim, Bergen, Tromsø, Sandnes og Gjøvik.

Av Henning Evenshaug og Vegard Bråtveit

Nye VID vitenskapelige høgskole, studiested Sandnes, var 13.–15. januar 2017 vertskap for Ergoterapistudentenes landsmøte. Her ble nye og avtroppende representanter fra de forskjellige studiestedene bedre kjent.

Vedtektsendringer ble gjort sammen med en formell gjennomgang av ergoterapistudentenes håndbok. Deretter sto valg av nye verv til landsstyret på helgens sakliste. Studentorganisasjonen vil alltid være preget av hyppige utskiftninger, og dette året var intet unntak. For andre år på rad utnevnte landsstyret David W. Osen fra Bergen som leder for ergoterapistudentenes landsstyre 2017. Som nestleder trådte Oslo-representant Simen Sjølie inn og ga samtidig fra seg vervet som Ergoterapeuten-kontakt til undertegnede. Frida Eide og Stefania Danielsdóttir deler årets verv som sekretærer, mens Karin Eliseussen tok over stafettpinne som økonomiansvarlig. Vår nye internasjonale kontakt ble Lise Woll, Roger Bakke er blitt årets UNIO-kontakt, og kommunikasjonsansvarlig er nå Caroline Mostue. Gjøvik-representant Mari Ågren er styremedlem. Vi gratulerer alle nye og tidligere representanter med sine nye verv.

KICK-OFF I OSLO

Årets kick-off-seminar ble avholdt helgen 10.–12. februar i Oslo. Nok en gang var det tid for det ferske styret å få innføring i hvordan Ergoterapeutene opererer som organisasjon. På fredagen ble vi godt tatt imot på forbundets kontor, som ligger vis-à-vis Stortinget i Oslo. Her hilste vi på organisasjonssjef Karl-Erik Tande Bjerkaas og nestleder Tove Holst Skyer. Utover helgen lærte vi om alt fra daglig drift til økonomi og satsingsområder. Søndag var det tid for landsstyremøte. Her var samtlige studenter engasjert i en kreativ prosess som resulterte i nytt budsjett, årshjul og målprogram for 2017.

MÅLPROGRAM 2017

Rekruttering og synliggjøring var sentrale punkt på agendaen, herunder drøfting og tanker rundt det å etablere en felles ergoterapeutisk identitet. Et virkemiddel som ble tatt opp i forbindelse med dette, var det å legge fokuset om fra «Hva er ergoterapi?» til «Hvorfor er ergoterapi viktig?» Tanken bak dette er å belyse den positive innvirkningen ergoterapi har for samfunnet



Fra venstre: Caroline Mostue, Mari Ågren, Vegard Bråtveit, Stefania Danielsdóttir, Roger Bakke, Simen Sjølie, Frida Eide, David Osen, Lise Woll og Karin Eliseussen.

– hva vi bidrar med av helsemessige og økonomiske fordeler.

Et annet sentralt punkt i årets målprogram vil være videre arbeid med fjorårets tema om kvalitetssikring av praksisplasser, undervisning og veiledning. God kommunikasjon mellom studieledere, emneansvarlige og studenter kan være et nøkkelord til en best mulig gjennomførelse av praksis og ikke minst erfaringsmessig uttelling for studentenes del.

Videre vil ergoterapistudentene arbeide for å bedre utdanning og studenthverdagen. Her vil fokuset særlig ligge på det å etablere sosiale bånd hos studentene seg imellom via sosiale og faglige arrangementer. Ergoterapistudentene har sett det som fordelaktig å få flere føtter inn i ulike forum på lokalt og nasjonal plan. Blant annet vil ergoterapistudentene arbeide for å få en representant fra landsstyret inn i profesjonsrådet.

Andre satsingsområder inkluderer fagutvalg og studentråd på de respektive studiestedene. Dette vil åpne dører for gjennomføring av sosiale arrangementer som kan bidra til økt samhold og fremme arbeidet rundt det å skape en felles identitet som ergoterapistudent.

FREM MOT SOMMEREN

Den 21.–23. april inviterer lokallaget på Haraldsplass diakonale høgskole i Bergen til nytt landsstyremøte. Landsstyret vil også gjennomføre jevnlig nettmøter ut semesteret før sommerferien trer inn. Alle de forskjellige lokallagene er også blitt rådet til å invitere studenter til arrangementer før semesteret avsluttes. Her vil fokuset ligge på det sosiale miljøet studentene imellom, noe som står sentralt som ergoterapistudentenes hovedmål for året. En grillfest eller en sommeravslutning er eksempler på hyggelige aktiviteter som kan bidra til å vedlikeholde forholdet mellom Ergoterapeutenes medlemmer, både nåværende og fremtidige.

TRAPPEHJELPER GJØR DAGEN LETTERE

Av Anne-Lise Aakervik

MALVIK: Tommy Jørstad opplevde trappa som et stort hinder i hverdagen. Balansen var dårlig, og knærne truet med å svikte. Men med soverom og badrom i andre etasje må trappa forseres flere ganger daglig. –Jeg var rett og slett redd for å bruke trappa, sier Tommy Jørstad, der han sitter i stua.

Ved siden av står rullatoren, som er en god hjelper på veien mellom gjøremålene i huset. Men i trappa fungerer den ikke.

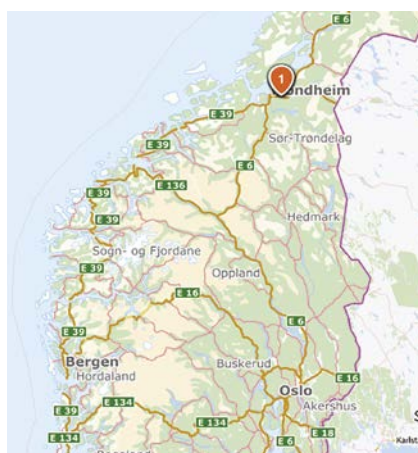
Den tidligere snekkermesteren i Malvik kommune i Sør-Trøndelag har Ménières sykdom som gir ham sterke svimmelhetsanfall. I tillegg er både knær og hofter rammet av artrose. Trappene opp til soverom og bad ble etter hvert et slit.

– Jeg må planlegge turene opp og ned med tanke på trappa, sier han. Spesielt er det nedturen som er verst, når foten skal ned på det første trinnet. Hvis kneet svikter eller svimmelheten kommer, kan jeg lett falle.

Dette betyr en hverdag som preges av nøye planlagte drikkepauser og andre gjøremål. For han orker ikke mange runder i trappa hver dag. Men at han kanskje kunne få noe hjelp utenfra, var ikke noe han tenkte på. Det var fastlegen som nevnte at hverdagsmestringstemaet i kommunen kanskje kunne komme på besøk.

MULIG HJELP Å FÅ

Hverdagsmestringsteamet i Malvik kommune er tverrfaglig sammensatt og samarbeider tett



Malvik er en kommune i Sør-Trøndelag som grenser mot Trondheimsfjorden.



Forsiden: Tommy Jørstad har fått en ny hverdag etter at trappeassistenten kom i hus. Nå går han trappen trygt og stødig både opp og ned. Oppfinner Halvor Wold fra Assitech i bakgrunnen.

med brukerne. De bistår i opptrening og eventuelt tilrettelegging av bolig. Da teamet kom på besøk til Tommy, så de ganske raskt at trappa var en utfordring, og at det kanskje var hjelp å få.

– Vi så med en gang at metoden Tommy brukte for å komme seg opp og ned trappa, ikke var spesielt bra. Kroppen ble stiv, og dermed ble han usikker i trappa, sier ergoterapeut fra hverdagsmestringstemaet, Martin Tjugen.

– Når man må bruke trappa for å komme seg ned om morgenen og for å kunne gå på toalettet, vil usikkerhet kunne bidra negativt på aktivitetsnivået ved at man vegrer seg for å gå i trappa og utsetter ting i det lengste, forklarer Oda Helen Græsli, som er ergoterapeut i Malvik kommune.

– Derfor var vi svært fornøyde da vi fant en løsning som vi trodde kunne fungere, sier Martin Tjugen.

HOLDER FUNKSJONEN

Løsningen Martin Tjugen hadde i tankene, var en trappeassistent som gir støtte mens man går opp og ned, men den gjør ikke jobben for deg.

– Jeg hørte om AssiStep mens jeg studerte, og så tidlig at dette kunne være et godt alternativ til

seteheis. Vi tok med Tommy til Ladesletta Velferdssenter i Trondheim, der det er mulig å prøve trappehjelpen, sier Tjugen.

- Jeg skjønnte med en gang at dette var lurt, og at jeg kunne dra nytte av det. Det er spesielt ned trappa som er vanskelig for meg, men med denne støtten kan jeg lene meg mot håndtaket hvis jeg føler meg ustødig, og det gir meg god støtte til å sette beina trygt ned foran meg, sier Tommy.

OPP OG NED

Han reiser seg og går bort til trappa. Langs vegg er det montert to skinner, og han vipper ned et håndtak og tar tak med begge hender og starter å skyve. Deretter går han etter, trinn for trinn. Oppover går det raskt. På toppen snur han og stanser.

- Denne delen var det verste for meg sier han, og tar det første skrittet ned på trappetrinnet, mens han holder fast i håndtaket.

- Nå føler jeg meg trygg. Skulle beina svikte, kan jeg henge med hele tyngden på håndtaket uten å falle fremover. Det føles trygt, og jeg nøler ikke så mye når jeg går ned. Jeg trenger ikke å bruke den hver gang, men det er et godt hjelpemiddel som gjør at jeg kan bo i mitt eget hus, sier han og smiler.

- Det er forresten veldig artig at så unge folk bryr seg om denne typen ting og er så smarte at de utvikler noe som har så god funksjon, legger han til.

Hverdagsmestring har gitt mange brukere mulighet til å bo hjemme og klare seg selv lengre. Kartlagte behov og klare mål gjør at trening kan settes i system og livskvaliteten øker. Dette jobber hverdagsmestringsteamet i Malvik kommune i Sør-Trøndelag



Malvik kommune har tatt i bruk AssiStep for flere brukere og ser gode resultater. Blant annet i trappa til Tommy Jørstad. Fra venstre ergoterapeut Oda Helen Græsli og Tommy Jørstad. Bak: ergoterapeut Martin Tjugen og utvikler Halvor Wold.

med til daglig.

I Malvik kommune har teamet som jobber med hverdagsmestring fokus på hva som er viktige aktiviteter for den enkelte.

- Vi kartlegger helheten, behov og omgivelser til brukeren. Noen ganger er det nok å tenke

nytt, og i noen tilfeller vil det være smart å tilby hjelpemidler. Med AssiStep har vi nå mulighet til å tilby et hjelpemiddel som både bidrar til hverdagsmestring, ved at brukere kan bo hjemme, og kan brukes til trening for dem som trenger det.

UNGE GRÜNDERE UTVIKLER NYE HJELPEMIDLER

De hadde besteforeldre som hadde problemer med å gå trappene. Dette trigget tre unge gründere i Trondheim til å utvikle et nytt hjelpemiddel som gjør det mulig å gå trygt i trappen og bidrar til å opprettholde viktige funksjoner.

Hjelpemidler er for mange livsnødvendige for å klare seg i hverdagen.

Målet med disse er at brukeren får en bedre hverdag og beholder funksjonen de har.

I Norge skades 30 000 personer hvert år fordi de faller i trappa (ssb.no). Det er de over 65 år som faller mest. I tillegg dør 40–50 personer hvert år som følge av fall i trapp. I Trondheim satte tre unge gründere fokus på problemstillingen og utviklet en trappeassistent som gir mulighet for sikker trening under rehabilitering.

MANGE FALLER

Eirik Medbø, Halvor Wold og Ingrid Lonar var studenter ved Entreprenørskolen på NTNU da de høsten 2011 begynte arbeidet.

– Vi snakket blant annet med InnoMed, som er et nasjonalt kompetansenettverk for behovs-drevet innovasjon i helsesektoren. Her fikk vi innspill på at mange faller i trapp, både eldre og andre som for eksempel har dårlig balanse på grunn av sykdom eller er på opptrening etter brudd, sier Halvor Wold.

At det skulle være tre unge studenter som løser de eldres

trappeproblem, er kanskje ikke åpenbart, men dette problemet traff dem alle tre.

– Både Eirik og jeg hadde erfaring med besteforeldre som har hatt problemer med å gå trappene. Vi snakket med mange forskjellige folk og instanser. Alt fra potensielle brukere til ergo- og fysioterapeuter, leger og folk innen kommunal virksomhet. Tilbakemeldingene vi fikk, var at dette problemet var noe vi måtte løse.

TRENING OG SIKKERHET

Målgruppen for trappeassistenten er også de som har trapp hjemme, og som har problemer med å bruke den. De eneste løsningene på problemet fram til nå har vært å få folk til å bygge om boligen eller bruke trappeheis. Men dette er ingen god løsning for alle ifølge Medbø og Wold.

– Heis og trappeheis er kostbart og gir store inngrep, i tillegg gjør det brukerne mer passive, og fjerner en kilde til daglig aktivitet.

De tre rekrutterte to studenter til, og sammen har de gjennom fem år utviklet AssiStep, som i 2016 ble tilgjengelig på markedet gjennom samarbeidspartner Hepro, og nå tas i bruk i flere

kommuner.

– Vi er veldig glade for at Hepro også så potensialet i å legge til rette for økt aktivitet og hverdagsmestring for brukerne. Samarbeidet gjør også at AssiStep nå er tilgjengelig i hele landet, sier Eirik Medbø.

HVERDAGSMESTRING

Trappetrening brukes i forbindelse med rehabilitering og er en god treningsform for å bevare funksjon i beina. Men det er stor forskjell på å trene under rehabilitering med oppsyn og gå trappa alene hjemme. Mange havner på en seteheis eller må flytte senga ned i stua.

– Vi har sett at seteheis ikke alltid er en god løsning for dem som fortsatt har en viss gangfunksjon. Det passiviserer beboeren ytterligere, og det blir vanskelig å opprettholde funksjonsnivået i beina. Vårt fokus har vært at man skal kunne ta seg opp i trappa på en trygg og enkel måte som samtidig aktiviserer, forklarer Wold.

Trappeassistenten AssiStep lever nå sitt eget liv, men gründerne reiser fremdeles rundt på mange av monteringenene for å



Unge AssiStep-gründere: Disse tre startet eventyret mens de studerte. Nå har de montert trappehjelperen sin nesten over hele landet og har inngått avtale om salg i Nederland. Fra venstre: Halvor Wold, Ingrid Lonar og Eirik Medbø. Foto: AssiStep.

lære opp installatørene rundt om i landet. Gjengen i Assitech gir seg likevel ikke, og jobber også med nye smarte løsninger som kan gjøre det enklere for folk å bo lenger hjemme.

GOD FUNKSJONALITET

Ergoterapeut Karin Hennie Meilandstind i Skjærvøy kommune så reklame for AssiStep på Facebook og leste mer om produktet på hjemmesidene.

– Jeg så med en gang at dette kunne være et hjelpemiddel med god funksjonalitet. Vi har mange brukere som har problemer med trappene, og akkurat da jobbet jeg med en bruker som hadde problemer med trappene på grunn av balansen. Faren for fall var stor. Uten noen form for hjelp kunne brukeren ikke gå i trappa i det hele tatt. Vi vurderte seteheis som eneste mulighet, men da jeg ble kjent med trappeassistenten, kom vi fram til at dette skulle prøves. Både behandlingstid og leveringstiden var kort, og Halvor Wold fra firmaet kom selv og installerte hjelpemiddelet. Vi så med en gang at dette var et veldig godt alternativ til seteheisen. Det bidrar til at brukeren beholder og bedrer

gangfunksjonene. Hadde vi montert seteheis, hadde jeg bidratt til å frata brukeren funksjoner og på sikt gjort vedkommende dårligere. Brukeren er veldig fornøyd, og føler seg veldig trygg.

GÅ I TRAPPA UTEN BEKYMRING

Leiv Reiakvan bor i Naustdal. Han har hatt trappeassistent siden august 2016.

– Dette er et fantastisk godt hjelpemiddel for meg. Jeg hadde ikke kommet meg opp eller ned trappene uten hjelp. Det var fysioterapeuten min som foreslo at jeg skulle prøve dette, og kontaktet NAV. Det gikk veldig raskt, og jeg tenkte at hvis dette fungerer som de lover, vil det være god hjelp. Trappeassistenten er montert på to steder. Langs trappa fra grunnplan til inngangsparti, deretter i en trapp fra sokkel til kjøkken. Nå går jeg trappa uten å bekymre meg, og mens jeg tidligere alltid brukte høyrefoten som startfot på grunn av problemer med venstre side, bruker jeg venstre mye mer nå. Trappa gir meg ekstra trening. Min svigerfar på 92 år har også god hjelp av trappeassistenten når han er på besøk, og skryter masse av den.»



Ergoterapeut Karin Hennie Meilandstind i Skjærvøy kommune har gode erfaringer med trappehjelperen. – Den bidrar til at brukeren beholder og bedrer gangfunksjonen, sier hun.

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

Ergoterapeutenes fagpolitiske konferanser 2017



Alle medlemmer og tillitsvalgte kan delta. Dette er regionenes årlige tilbud om faglig og politisk påfyll for medlemmene. De fagpolitiske konferansene har interessante og aktuelle temaer på programmet. Flere arrangerer årsmøte i tilknytning til konferansen. Ergoterapeutenes medlemmer kan delta på hverandres konferanser. For nærmere informasjon og påmelding: www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Kurs/Kurskalender

EN OVERSIKT

Dato	Region	Sted
22. - 23. mai	Fagpolitisk konferanse Ergoterapeutene Nord Arbeidsverksted og Fagpolitisk konferanse Region Nord - «Bidra til hverdagsmestring i Region Nord»	Clarion Hotel The Edge, Tromsø
29. - 30. mai	Fagpolitisk konferanse og årsmøte Ergoterapeutene Sør Partnerskap og likemannstjeneste innenfor psykisk helse og rus, samt om recovery-orientert praksis.	Strand Hotel Fevik
31. mai - 1. juni	Fagpolitisk konferanse Ergoterapeutene Øst Ungdom, psykisk helse og skolenærvær.	Sundvollen Hotel
1. juni	Fagpolitisk konferanse Ergoterapeutene Vest	Clarion Hotel Bergen Airport, Bergen
8. juni	Fagpolitisk konferanse Ergoterapeutene Midt	Ålesund + streaming til 8 andre steder
12. - 13. september	Fagpolitisk konferanse Ergoterapeutene Sørøst	Sarpsborg

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

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

Myrvegen 2, 6060 Hareid

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

firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no

Sårbehandling/trykkavlastnings-

produkter

0348
BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSSUTSTYR
BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

0606/0612/0618
ORTOSER
OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo

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

info@ottobock.se www.ottobock.no

Ortoser blir bra!

0630 PROTESER
NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad

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

nto@ortonor.no www.ortonor.no

Spesialist i armproteser.

3. PERSONLIG STELL OG KLÆR
0903 KLÆR OG SKO
ØYTEX AS

6917 Batalden

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

post@oytex.no www.oytex.no

Uteklær for rullestolbrukere

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona tørklær, 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

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

0912 B
HJELPEMIDLER FOR BARN VED
TOALETTBESØK
BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

0933 HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING
ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Servantheis, badebord

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

ERGOGRIIP AS

Skeistøa 199, 5217 Hagavik

Tlf.: 92209399

aase.rokne@ergogrip.no www.ergogrip.no

Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer servanter

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

https://www.klubben.no/

Se: 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.

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

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

OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

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

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

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

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

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

– PRODUKTREGISTER –

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

Gåbord
KLUBBEN AS
Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
https://www.klubben.no/trening/g%C3%A5skranker
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1218 SYKLER

ALU REHAB AS
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no
Sykler - man. og el.
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1221

RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS
Bedriftsveien 23
4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no
Rullestoler - man. og el.
PERMOBIL AS
Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com,
www.permobil.com
SUNRISE MEDICAL AS
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
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

1224 TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
PERMOBIL AS
Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com, www.permobil.com
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1230 OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS
Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Overflyttingshjelpemidler, Arcona benløfter,
Dreilett, Jøhl stolløfter

1236 LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS
Heiasvingen 65, 1900 Fetsund
Tlf.: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17
post@hcn.no www.hcn.no
Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten
gjennomgående skinne
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona benløfter

1509 SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS
Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1803 BORD

ASTEC AS
Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

1809 SITTEMØBLER

BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
HELLAND MØBLER AS
6250 Stordal
Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01
KRABAT AS
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat jockey, barnestol
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Corpoform basispute

1812 SENER

BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.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
Bruernv. 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
Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

– PRODUKTREGISTER –

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

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEI- SER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar
Tlf : 95 76 10 00, faks: 62 51 85 01
www.accesstrappeheiser.no
eva@accessvital.no
Heiser: Løfteplattformer,
Trappeheiser og Ramper

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Kjøkken og bad – hev/senk

K 1 KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

BARDUM AS

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

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/VARSLING

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

2103 OPTISKE HJELPEMIDLER

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

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no
MYLIFEPRODUCTS AS
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo
Tlf: 92631425
post@mylifeproducts.no
www.mylifeproducts.no
VESTFOLD AUDIO AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

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

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

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord
Tel: 33473347, fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2139 LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GEWA AS

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

GN RESOUND AS

Lydoverføringssystemer
GN RESOUND AS
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2142

SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

BARDUM AS

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

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450

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

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

TOBII DYNAVOK

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen
Tlf.: 55 55 10 60
E-post:sales.no@tobiidynavox.com
www.tobiidynavox.no

2144

GYNGETERAPI

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.

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

- PRODUKTREGISTER -

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2147 SOVEHJELPEMIDLER

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Kastanjedyngen, Corpoformputene

2148 VARSLINGSHJELPEMIDLER

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no

ABILIA AS

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

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

PICOMED AS

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

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2149 POSISJONERINGSPUTER

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

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

2221 BETJENINGSHJELPEMIDLER IKT

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER 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

PICOMED AS

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

2418

GREPTILPASNINGER OG HJELPEMIDLER

SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER

HÅND- OG/ELLER FINGERGREP

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

ABILIA AS

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

PICOMED AS

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

3003 LEKER

ABILIA AS

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

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
KLUBBEN AS
Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
https://www.klubben.no/
Se: http://www.klubben.no/asp/info.
asp?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

3006 SPILL

KLUBBEN AS

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

3009 MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

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

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

https://www.klubben.no/

Se: http://www.klubben.no/asp/info.

asp?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

SUNRISE MEDICAL AS

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

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

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

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

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

- PRODUKTREGISTER -

KRABAT AS

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

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.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
https://www.klubben.no/
Se: 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.

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Posisjonering og trening for små og store barn.
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no

KLUBBEN AS

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

B.ROL

ROLLATORER

SUNRISE MEDICAL AS

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

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Pb. 604 3412 Lierstranda
Tlf: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng

SUNRISE MEDICAL AS

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

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
KLUBBEN AS
Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
https://www.klubben.no/
Se: 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.
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes
Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68
www.hana-holmens.no
Leire for modellering, formingsartikler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Stimulering og sansemotorikk for små og
store barn.

BARDUM AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10
Fax: +47 62 95 06 11
https://www.klubben.no/
Se: 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

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
ØVREBØ REHABILITERING AS
P.b. 604 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
https://www.klubben.no/
Se: 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 www.krabat.no
Krabat trioBike, transportsykkel

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

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



Jeg kan også sykle!



Annonse for Bardum ☺



Opplevelse av frihet og selvstendig som gir lykkerus.

For å gjøre veien til en ny sykkel kortest mulig, er det viktig å oppsøke fagpersoner som kjenner til de mulighetene som finnes. Individuell tilpasning av spesialsykler er helt vanlig for å få optimal glede av et aktivitetshjelpemiddel. Muligheten til å sykle på tur alene eller sammen med venner eller familie gir en stor og nesten ubeskrivelig følelse!

Sykkelen skal oppleves som stabil og trygg når du finner den rette sykkel. Det er ikke uvanlig at mange må prøve flere sykler, men sykkelgleden er stor når vi kommer i mål sammen 🤝

AKT 26

Stønad til aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år. Aktivitetshjelpemidler er hjelpemidler som er spesielt utviklet for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i aktivitet alene eller sammen andre.

(Kilde: regjeringen.no)



ATA



City



Comp



Gekko