

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Spill deg friskere 6

Nye forskningsresultater **10** Lønnsfesten var ikke over **18**

Spilletterapi i rehabilitering **24** På innsiden av et litt annerledes liv **56**

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. 4 – 1. aug / 31. august

Nr. 5 – 3. okt / 30. okt

Nr. 6 – 1. des / 24. des

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrund 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

Anne-Kristin Finne, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem


Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Kristin Jess-Bakken, varamedlem

Lilly Nerenget, varamedlem

Inger Synnøve Kjos, varamedlem

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



6



12



50



56

REPORTASJER

6 Spill deg friskere

Av Else Merete Thyness

10 Nye forskningsresultater

Av Else Merete Thyness

12 Utdanning og praksis hånd i hånd

Av Fredrik Imislund

NY ARENA

14 Ergoterapeut som karriererådgiver

Av Else Merete Thyness

FORBUNDET

18 Lønnsfesten var ikke over

Av Brit-Toril Lundt

20 Solrun Nygård er på plass

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

21 Få med deg

medlemsfordelene i sommer
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

22 Sjekk dette før du reiser på ferie

Av Roar Hagen

23 Norsk Ergoterapeutforbund vil ha flere spesialister

Av Anita Engeset

FAGLIG

24 Speilterapi i rehabilitering av arm- og håndfunksjon etter hjerneslag

Av Synnøve Solberg

VITENSKAP

28 Occupational therapy students rating with the N-ACIS: Do they agree?

Av Tore Bonsaksen, Maria
Fouad, Cecilie Celso, og Hiromi
Nakamura-Thomas

38 Forsker i farten: Helen Bull

Av Sissel Horghagen

AKTUELT

40 Reflections after the 2016 AOTA annual conference

Av Leah R. Van Antwerp,
Mary V. Donohue, and Tore
Bonsaksen

46 Aktiv i rullestol

Av Camilla Holmøy

50 Ergoterapipraksis i Nepal

Av Lisabeth Svinvik og
Victoria Grundt-Ileby

52 Pionerene og ildsjelene

Av Bodil Bø Karlsen

53 Erfaringer ved kronisk utmattelsessyndrom

Av Trude Wabakken

54 A-ONE

Av Solveig Elisabeth
Hermann

PÅ DEN SISTE SIDEN

56 På innsiden av et litt annerledes liv

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

58 Kurs- og stillingsannonser

61 Produktregister

66 Agenturregister

Hvert blad er en reise

Noe som ofte slår meg, er at hvert blad har sin egen vilje og personlighet. Noen blader kan ristes ut av ermet. Det står der og strutter av selvtillit mens jeg halvveis lurar på om det laget seg selv. Andre blader er så gjenstridige at jeg spekulerer på om det i det hele tatt vil gis ut.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Hvert blad er også en reise i kunnskap og innsikt. I forrige utgave hadde vi temanummer om hverdagsmestring. I to måneder handlet livet om å fordype seg i og samle kunnskap om dette temaet. Sånt noe blir man rett og slett klokere av.

De menneskene som bidrar i bladene er selvsagt også med på å forme dem. Denne måneden har jeg blant annet truffet Thomas Rannstad Haugen som har gitt ut boken «På innsiden av et litt annerledes liv». Han beskriver hvordan det er å leve livet som blind.

Jeg har lest boken og her er en smakebit. Thomas har akkurat gått av toget på vei til jobb:

«Da jeg gikk av toget, forstod jeg raskt at vi hadde kommet inn på et annet spor enn det jeg var vant til når jeg tar toget til Oslo S. Hvor var trappa til stasjonsbygningen? Skulle jeg spørre noen rundt meg? Omkring meg summet det i stemmer, og lyden av vått tøy runget i ørene. Umiddelbart kjente jeg at jeg ikke hadde overskudd til å spørre om hjelp. Muligheten var til stede for at jeg ikke ville få respons på henvendelsene jeg kastet ut mot en forbipas-

serende stemme. Tanken på å stå der famlende og hjelpetrequende ville koste for mye krefter. Jeg fikk klare meg selv. Jeg manøvrerte meg mellom mennesker, kofferter, stolper og benker. Helskinnet kom jeg meg etter hvert opp fra perrongen. Regnet pisket mot ansiktet, og jeg tenkte at jeg var rundt spor 19, der det ikke er tak. Dermed var jeg orientert, og jeg hadde ikke lenger behov for bistand. Et kjent holdepunkt er nøkkelen mellom opplevelsen av fritt fall og følelsen av kontroll. Bestemt dreide jeg mot høyre. Stokken pendlet mellom flere folk, og jevnlig gjentok jeg mine lavmælte: «Unnskyld». Kort tid senere hørte jeg lyden fra rulletrappene. De fungerer som et strålende lydfyr, og jeg satte kursen mot lyden. Mestringsfølelsen var stor, selv over en så liten seier.

Boken slipper deg inn på innsiden av liv som ganske riktig er annerledes – men også likt alle andres. Den er en herlig påminnelse om at mestringsfølelse handler stort sett om det samme for alle: Å takle hverdagens aktiviteter.

God sommer alle sammen!



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Hjelpemiddelordningen utredes – er den truet?

Hjelpemiddelsentralenes framtid er truet. Regjeringens kommunemelding foreslår å overføre disse oppgavene til kommunene. Det vil i så fall gi uverdige liv for svært mange innbyggere, og blir utrolig dyrt for samfunnet med økt innsats på pleie, institusjon og trygd.

Tekniske hjelpemidler angår både den enkelte innbygger og samfunnet som helhet. Hjelpemidlene bidrar til å sikre hverdagsmestring, inkludering og deltakelse i samfunnet. Når regjeringen nå har satt ned et hjelpemiddelutvalg, må helhetlig hjelpemidelformidling vurderes ut fra et slikt overordnet mål, ikke kortvarige økonomiske gevinster, logistikk og lagerplass.

Ergoterapeutenes forbundsstyre har vedtatt en politisk plattform på hjelpemiddelområdet, der vi slår fast fem prinsipper:

- * **Tekniske hjelpemidler er en rettighet som skal sikres gjennom folketrygdloven.** Kommunens økonomi skal ikke avgjøre om innbyggerne får hjelpemidler.
- * **Brukerens egne ønsker om**

deltakelse og mestring i hverdagslivet må stå i sentrum.

Et hjelpemiddel er mer enn et objekt for å erstatte funksjon. Hjelpemidler knyttes til identitet og til samhandling med andre mennesker og med omgivelsene. Tekniske hjelpemidler har en viktig personlig verdi. Tett dialog er nødvendig for at den enkeltes behov, identitet, ønsker og valg skal ivaretas.

- * **Hjelpemidelformidling er faglige prosesser som krever kompetanse.** Hjelpemidelformidling er en kompleks prosess der personen, aktiviteten som skal utføres, omgivelsene og hjelpemiddelet sees i sammenheng. Prosessen innebærer utprøving, tilpassning, veiledning, opplæring og oppfølging. Tilstrekkelig ergoterapifaglig kompetanse må sikres i kommunene. NAV hjelpemiddelsentral med sin spesialkompetanse må videreføres og videreutvikles for å sikre veiledning av brukere og kommuner.

- * **Tekniske hjelpemidler må være lett tilgjengelig.** Ventetid må

kortes ned, og tidstyver fjernes. Søknadsprosessen må forenkles, digitaliseres og automatiseres. Bestillerordningen må videreutvikles og utvides for å redusere unødig byråkrati og saksbehandlingstid.

- * **Tekniske hjelpemidler er god samfunnsøkonomi.** Hverdagsmestring gir redusert behov for hjelpetjenester og økt deltakelse både i arbeid og fritid. Det må derfor satses mer på forskning og utvikling innen hjelpemiddelområdet.

Ergoterapeutene er for øvrig helt i samsvar med FFO, Norges Handikapforbund og Unge funksjonshemmede, som nylig presenterte brukerorganisasjonenes felles hjelpemiddepolitikk. Fag og brukerorganisasjoner er samstemte. Dette gir et tydelig signal til Hjelpemiddelutvalget.

Utvalget leverer sin innstilling ved årsskiftet 2016/17. Jeg oppfordrer medlemmene til fortsatt å gi oss innspill til forbedringer på hjelpemiddelområdet. Dette angår alles rett til aktivitet og deltakelse.

Tekst Else Merete Thyness
Foto Fredrik Imislund

SPILL DEG FRISKERE

I mai var det offisiell åpning av den virtuelle rehabiliteringslaben på Sunnaas sykehus. Her brukes det både kommersielle og spesialiserte dataspill i behandlingen. – Dataspill vekker konkurranseinstinkt og motiverer til flere repetisjoner av øvelsene. Ingenting er som følelsen av å forbedre sin egen rekord, sa Truls Johansen.



– Ergoterapeutene har vært pådrivere i dette prosjektet, sa administrerende direktør Einar Magnus Strand.

Sunnaas sykehus ligger på Nesodden utenfor Oslo og er landets største spesialsykehus innen fysisk medisin og rehabilitering. Åpningen av den virtuelle rehabiliteringslaben (VR-laben) ble markert med bløtkake, taler og underholdning. Gjestene besto av personale, pasienter og pårørende ved sykehuset, i tillegg til samarbeidspartnerne som har vært med på å gjøre VR-laben mulig.

– Ergoterapeutene har vært driverne for dette prosjektet siden Marie Berg fikk ideen om virtuell rehabilitering, sa administrerende direktør Einar Magnus Strand.

STARTET I 2008

I 2008 dro Marie Berg på studiebesøk til Sahlgrenska sykehus i Göteborg. Her var et fagmiljø bestående av helsepersonell og teknisk personale i ferd med å utvikle et dataspill som het Curicuts. Ved hjelp av tredimensjonale briller og en haptisk arm kunne

pasientene blant annet trene på arm- og håndleddsbevegelser og grep.

– Det ga meg ideen at også Sunnaas sykehus kunne benytte spillteknologi i rehabilitering. Vi anskaffet oss Curictus, og etter å ha gjennomført et prosjekt, kunne vi konkludere med at spillet virket positivt på både motoriske og kognitive ferdigheter, for ikke å snakke om motivasjonen for å trene, sa Berg.

KOMPETANSEGRUPPE

Etter hvert fikk personalet og pasienter på Sunnaas sykehus erfaring med stadig flere typer dataspill i behandlingen. Det ble også nedsatt en kompetansegruppe som besto av ergoterapeutene Anette Lund, Linda Sørensen, Anne Marte Sanders og Truls Johansen. De samlet kunnskapsbasert litteratur om emnet.

– Forskingen viste at dataspill som stadig endrer omgivelsene og har mye fokus på å ha det gøy, oppfordrer til flere repetisjoner av bevegelser. Andre fordeler som



Luigi og Mario klippet snoren til den virtuelle rehabiliteringslabben.



Ergoterapeut Linda Sørensen og fysioterapeut Torill Kleiven prøver ut spillet Armeo Spring. Det gir vektavlastning til armen, slik at pasienter med nedsatt armfunksjon likevel kan trene skulder, arm, hånd og underarm. Spillet er et av de mest avanserte innenfor robotikk.

ble trukket fram med bruk av VR i rehabilitering, er at pasienter kan trene i kontrollerte omgivelser og få selvtillit i å mestre en aktivitet, sa Truls.

Fra Innovasjonsenheten på Sunnaas fikk kompetansegruppen en mobil spillenhet – en kjempestor TV på hjul. Med den startet de spillkafé i kantinen.

– Det var litt labert oppmøte i begynnelsen, men da vi satte i gang systematisk opplæring av ergoterapeutene og fysioterapeutene på Sunnaas, ble det fart i spillkaféen, fortsatte Truls.

– Spillkaféen skaper en morsom ramme for treningen. Flere pasienter møtes i en gruppe, og

motiverer hverandre til å trene oftere og lengre enn de ellers ville gjort, sa Sørensen.

NY VR-LAB

Takket være finansiering fra Sunnaasstiftelsen er det åpnet en egen VR-lab i det nye sykehusbygget på Sunnaas. Tanken var at pasienter under rehabilitering skal ha et miljø og en treningsarena hvor nervesystemet får konstante utfordringer ved hjelp av spillteknologi. På VR-laben brukes kjent spillteknologi som Playstation, Nintendo Wii, Xbox og Kinect med standard spillkonsoller, og spesialutviklede hjelpemidler, som for eksempel YouGrabber.



Disse ergoterapeutene står bak utviklingen av den virtuelle rehabiliteringslaben: Anette Lund, Truls Johansen, Anne Marte Sanders, Susanne Følstad og Marie Berg.



Sunnaas sykehus HF

- Norges største spesialsykehus innen
fysikalsk medisin og rehabilitering

Spill deg bedre

- Et prosjekt om bruk av kommersielle dataspill for personer med neurologiske skader



Motivasjon og mestring

- Morsomme øvelser motiverer til flere repetisjoner
- Gir økt mestringsfølelse
- Tar oppmerksomheten bort fra smertene
- Motiverer til egentrening

Dataspill i rehabilitering

- Kroppen styrer spillbevegelsene
- Bedrer balansen og bevegelsen i hånd, armer og skuldre
- Effektivt supplement til tradisjonell behandling

Prosjektet utvikler

- Spillbibliotek
 - hvilke spill trener hvilke motoriske funksjoner
- Brukerveiledning
 - hvordan bruke dataspill i egen rehabiliteringen



Et prosjekt i samarbeid med



«Pasientene yter mer når de bruker dataspill i treningen enn de ellers ville gjort»

Truls Johansen

– Vanligvis er laben full hver dag. Noen ganger trener flere pasienter samtidig. Det er ingen tvil om at de yter mer enn de ville ha gjort under vanlig trening. De blir skikkelig varme i trøya. Og dette gjelder ikke bare for de unge pasientene. De mest entusiastiske er 50 - 60-åringene, sa Johansen.

FLERE PROSJEKTER

Han fortalte at det er flere forskningsprosjekter knyttet til VR-laben.

– I et av prosjektene ser vi på hvordan VR-briller avleder fokus fra smerter, for eksempel ved brannskader og fantomsmerter. Det ser ut som smertelindringen varer flere timer etter at spillet er avsluttet.

I et annet prosjekt hjelper de en kanadisk ergoterapeut, Dr. Philippe Archambault, med datainnsamling til et prosjekt for pasienter som skal øvelseskjøre elektrisk rullestol.

– Det kan være skummelt å navigere en elektrisk rullestol for første gang. Archambault har utviklet et virtuelt miljø der pasienten ved hjelp av en joystick får en realistisk opplevelse av å kjøre rullestol før han faktisk gjør det.

Selv er Truls prosjektleder for prosjektet «Spill deg bedre». Dette prosjektet handler om bruken av kommersielle dataspill i rehabilitering.

– Innen 2016 skal vi ha på plass en kunnskapsbasert nettside med oversikt over hvilke spill som trener ulike deler av kroppen. Ideen

er at man skal kunne klikke på den delen av kroppen man vil trene, og få opp en liste over hvilke spill som gjør dette. Dette vil hjelpe både pasienten og terapeutene i sin kliniske resonnering.

Truls har foretatt litteratursøk i samarbeid med psykologisk institutt i Oslo. Cirka 250 artikler danner kunnskapsgrunnlaget.

– På grunnlag av denne oversikten skal vi lage en brukerveileder som forteller folk hvordan de enkelt kan benytte seg av dataspill i rehabilitering.

MASTER OM DATASPILL

I Linda Sørensens masteroppgave ser hun på bruken av dataspillet Armeo Spring. Ved hjelp av en robotarm kan pasienter med cervikale ryggmargskader trene arm- og håndfunksjon.

– Dette er et dyrt, spesialisert instrument, men kostnadsanalyser utført i USA viser at behandlingen er så effektiv at man tjener pengene inn igjen.

Essensen av Lindas egne funn er at trening med armrobot gir tilnærmet lik effekt som vanlig manuell arm- og håndtrening, men at motivasjonsfaktoren er høyere ved trening med dataspillet.

– Det betyr at pasientene får en høyere intensitet under treningen.

Hun tror at dataspill i rehabilitering er kommet for å bli.

– Dataspill gjør det morsommere å trene, noe som gjør at pasientene trener mer. Jeg tror vi kommer til å se stadig mer av denne typen behandling.



Ergoterapeutene som er tilknyttet VR-laben: Truls Johansen, Linda Sørensen og Annete Lund.



Rehabilitering kan være både smertefullt og kjedelig, men spill kan motivere pasientene til å trene på bevegelser de ellers ikke ville utført.

NYE FORSKNINGSRESULTATER

– Vi anbefaler hverdagsrehabilitering både fordi det er bærekraftig, og fordi det gir gode resultater for brukerne, sa Hanne Tuntland. Hun presenterte forskningsresultater fra to norske studier på Arendalskonferansen i juni.

Dette var 16. gang Arendalskonferansen ble arrangert. Overskriften for årets konferanse var «Fremtidens kommuner», og temaene omfattet inkludering, barn og unges medvirkning, et demensvennlig samfunn, fremtidens rehabilitering og mestringskommunen. Konferansen har i flere år satt hverdagsrehabilitering på dagsordenen. I år presenterte Hanne Tuntland forskningsresultater fra to norske studier om hverdagsrehabilitering.

– Det som blant annet skiller hverdagsrehabilitering fra ordinær behandling, er at den eldre selv setter opp målene for rehabiliteringen, og at det tverrfaglige hjelpeapparatet jobber sammen for å nå disse målene, sa Tuntland.

DE TO FORSKNINGSPROSJEKTENE

Vossaprosjektet startet i 2012 og avsluttes i disse dager. Deltakerne var 61 innbyggere i Voss kommune som hadde søkt om hjemmetjenester, og som deretter ble fordelt i to grupper; én som



Arendalskonferansen holdt som vanlig til i kulturhuset i Arendal sentrum. Årets tema var «Fremtidens kommuner».



Hanne Tuntland la frem resultatene fra to norske studier om hverdagsrehabilitering.

fikk et tradisjonelt tilbud, og én som fikk hverdagsrehabilitering. Alle ble kartlagt ved oppstart og ved tre og ni måneder etter oppstart. Forskingen ble utført av Høgskolen i Bergen og Senter for omsorgsforskning Vest. Den andre studien var en nasjonal følgeevaluering i regi av Helse- og omsorgsdepartementet som omfattet 46 kommuner. Studien var klinisk kontrollert med 833 deltakere som ble kartlagt ved oppstart og ved ti uker, seks måneder og ni måneder etter oppstart.

– Det koker ned til hvem som klarer seg best av Klara Petersen, som etter et lårhalsbrudd får det tradisjonelle tilbudet i kommunen, og Petra Hansen, som får hverdagsrehabilitering, sa Tuntland.

SAMLET KONKLUSJON

Den samlede konklusjonen fra de to studiene er at eldre som fikk hverdagsrehabilitering, skåret langt bedre enn gruppen som fikk ordinær behandling når det gjelder utførelse av daglige aktiviteter og tilfredshet med egen utførelse. Studien viser også at hverdagsrehabilitering ytes til



Hanne Tuntland presenterte forskningsresultater fra to studier om hverdagsrehabilitering på Arendalskonferansen. – Dette kan videreføres til flere brukergrupper enn eldre, sa Nils Erik Ness.

samme pris eller rimeligere enn standard behandling.

– Så Petra Hansen klarer seg best, og på bakgrunn av studiene anbefales det at hverdagsrehabilitering, som er både bedre og til dels rimeligere, bør vurderes å innføres i større skala i Norge, sa Tuntland.

SETT I GANG

Etter hennes innlegg inviterte konferansier Anders Vege Ergoterapeutenes forbundsleder Nils Erik Ness opp på scenen for å kommentere og reflektere over hvordan dette kan tas videre. Først ryddet de opp i begrepene hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring.

– Hverdagsmestring er et

helsefremmende og rehabiliterende tanke sett. Det handler om å stimulere folk til å utføre sine daglige aktiviteter selv. Hverdagsrehabilitering er tidsavgrenset rehabilitering som bygger på denne holdningen, sa Tuntland.

Deretter diskuterte de hvilken overføringsverdi funnene fra de to studiene har til andre brukergrupper enn eldre.

– Dette kan for eksempel videreføres til unge som sliter med å holde seg på skolen, mennesker med psykisk uhelse og personer med rusproblemer. Hverdagsrehabilitering handler om å fokusere på daglige aktiviteter, ikke problemer, sa Ness.

Han oppfordret de kommunene som ennå ikke hadde innført

hverdagsrehabilitering, til å komme på banen.

– De tre første kommunene var idealister. Nå er forskningen på plass, og den viser at dette lønner seg. Det er bare å sette i gang!

Anders Vege benyttet anledningen til å rose Ergoterapeutene for deres samarbeidvilje.

– Ergoterapeutene har gått i bresjen for tverrfaglighet og fellesskap. Det heter at «det er vanskelig å sette pasienten i sentrum hvis man allerede sitter der selv». Dere har vist hvordan brukernes egne målsettinger kan styre rehabilitering. Dere har også brutt med silotankegangen, fått med dere andre faggrupper og fremmet tverrfaglighet, sa han.

UTDANNING OG PRAKSIS HÅND I HÅND

For tredje år på rad delte utdanningsutvalget ved Oslo universitetssykehus ut priser til miljøer i sykehuset som har utmerket seg med god læringskultur for studenter og ansatte. Samarbeidet om studentpraksis mellom ergoterapeuter ved Oslo Universitetssykehus og Høgskolen i Oslo og Akershus resulterte i en utdanningspris.



- I år var det 14 gode kandidater, sa leder for Utdanningsseksjonen, Elisabeth Søyland, under utdelingen av Utdanningsprisene 2016 på Ullevål sykehus 22. april.



- Vi ønsket at lærerne skulle være mer synlige i praksisperioden. Det har vi fått til, sier Brian Ellingsham

I perioden 2012 til 2015 samarbeidet Lene Fogtmann Jespersen og Cecilia Celo fra Oslo universitetssykehus (OUS) med Mali Melhus og Brian Ellingham fra Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) om prosjektet «Kartlegging og utvikling av ergoterapistudentenes praksisstudier». Prosjektet synliggjorde behovet for tettere samarbeid mellom ergoterapeututdanningen og praksisstedene, og for bedre integrering av teori og praksis. Et av tiltakene som ble satt i gang, var at ergoterapeutstudenter i praksis ved OUS fikk gruppeveiledning, som ble ledet av én representant fra OUS og én fra HiOA. Ved slutten av hver praksisperiode ble tilbudet evaluert og deretter revidert i henhold til de erfaringene som ble gjort.

- Vi ønsket å skape et fellesskap både for studentene og veilederne og bidra til kunnskapsutveksling på tvers av fagmiljøene. Evalueringene tyder på at utdanningen har blitt mer synlig i praksisperiodene, og at studentene lettere ser sammenhengen mellom teori og praksis, sier Lene Fogtmann Jespersen og Mali Melhus.

UTDANNINGSPRIS

Cecilia Celo er tilknyttet Café Årstidene i Klinikken psykisk hel-

se og avhengighet, mens Lene Fogtmann Jespersen arbeider ved Seksjon for klinisk service i Ortopedisk klinikk.

- Det har vært positivt at ergoterapeuter fra somatikken og psykisk helse har samarbeidet på tvers for å bedre studentenes praksisperiode. Vi er et lite ergoterapimiljø, og dette har gjort oss mer synlige på sykehuset. Det har vist at ergoterapeuter jobber ganske likt, uavhengig av fagområde, sier Fogtmann Jespersen.

Utdanningsprisen, som ble utdelt på fredagsmøtet på Ullevål sykehus 22. april, ser de som en anerkjennelse for et arbeid som har pågått over flere år og tilslutt munnet ut i implementering.

- Det er godt å få anerkjennelse for et arbeid som har pågått lenge og tilslutt munnet ut i implementering. Det gir motivasjon til å arbeide videre for kvalitetssikring av praksisplasser for studentene, som igjen er en god rekrutteringsarena for OUS, sier Cecilia Celo.

Ergoterapeutene på HiOA er også godt fornøyd.

- Ergoterapiutdanningen jobber med å se på muligheter for å implementere gruppeveiledning som et fast tilbud til alle studenter i alle praksisperioder ved utdanningen ved HiOA.



Mali Melhus, Lene Fogtmann Jespersen og Cecilia Celo ble hedret med Utdanningspris for sin innsats i prosjektet «Sammen er vi sterkere».

DETTE SIER STUDENTENE OM GRUPPEVEILEDNING



Vanessa Vea

– Jeg opplevde at jeg fikk tett oppfølging fra skolen og lærerne. Det var positivt for læringsutbyttet og ga meg en følelse av trygghet, siden dette var min første praksisperiode. Jeg ville absolutt deltatt igjen.



Marte Moe

– Gruppeveiledningne gav mulighet til klinisk refleksjon med andre studenter og forelesere. Den la også til rette for å diskutere studentrollen og praksis generelt. Ville ikke vært foruten veiledningene!



Henriette Halvorsen

– Prosjektet åpnet for god diskusjon og refleksjon mellom medstudenter, praksisveiledere og representanter fra HiOA. Det var utrolig lærerikt og en stor motivasjon gjennom praksisen. Jeg følte meg svært heldig som fikk ta del i det!



Atle Sveen Johansson

– I gruppeveiledningen kunne vi diskutere både gode og vanskelige situasjoner fra praksis med medstudenter og veiledere. Det er også fint å få høre hva andre studenter har opplevd i møte med brukere og pasienter.



NAVN

Gry Roness

STILLING

Karriererådgiver

HVOR

Karrieresenter Vesterålen

Ergoterapeut som karriererådgiver

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber ved Karrieresenteret Vesterålen. Vi er ett av ni karrieresentere i Karriere Nordland, som ligger under Nordland fylkeskommune.

– Hva jobber du som?

– Stillingstittelen min er karriereveileder.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg har jobbet på Karrieresenteret Vesterålen i drøye tre år.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Én av hovedoppgavene mine som karriereveileder er å ha individuelle veiledningssamtaler med fokus på utdannings- og/eller yrkesvalg. Vi i Karriere Nordland gir et gratis veiledningstilbud, i hovedsak til voksne over 25 år,

men også til yngre mennesker som ikke har andre rådgivningstjenester å forholde seg til.

– På senteret har vi også stort fokus på tidlig karriereveiledning for minoritetsspråklige. Derfor er vi ute i de seks kommunene i Vesterålen ved voksenopplæringene eller introduksjonsprogrammene og gir informasjon om det å bo i Norge og hvilke muligheter de minoritetsspråklige har, ut fra eget ståsted for utdanning og arbeid. I tillegg har vi individuelle samtaler med dem, slik at de får laget seg en plan for veien videre. Her er forskjellene store, fra analfabeter uten skolegang til de som har høyere utdanning fra hjemlandet.

– Jeg har også en rolle som skolekoordinator og jobber ut mot rådgiverne i den videregående skole og grunnskolen i Vesterålen. Her jobbes det blant annet med rådgiversamlinger og planlegging av praksisdager i videregående skole for elevene i grunnskolen, slik at grunnskoleelevene får kjennskap til de ulike utdanningsmulighetene innenfor sitt interessefelt. Vi samarbeider også med NAV og kjører et tiltak for dem som heter Aktiv ungdom. Dette er for unge mellom 16 og 24 år som ikke har kommet seg ut i arbeidslivet. Tiltaket har fire uker motivasjonskurs før deltakerne har 22 uker praksis med tett oppfølging av veileder.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Mine «ergoterapeutbriller» er et godt bakteppe å ha med seg inn i jobben som karriereveileder. Det holistiske menneskesynet og behovet for balanse innen de ulike livsområdene er viktige elementer i karriereveiledningssamtaler. Jeg er sertifisert i et interessekartleggingsverktøy, som var enkelt å sette seg inn i siden interessefel-

tet var et av flere områder vi ble opplært i under utdanningen. Jeg har også nytte av erfaringene fra min tidligere jobb som spesialergoterapeut innen psykiatri.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Jeg tenker at ergoterapeuter har mye relevant kompetanse å ta med seg inn i en slik jobb, hvor de fleste andre er lærerutdannet med påbygging innen rådgivning. I den individuelle jobbingen med mennesker er det å ha et godt menneskesyn, være oppmerksom på menneskers ulike roller, verdier og livsområder og viktigheten av å være selvstendig – elementer som det må tas høyde for i et karrieresperspektiv. I tillegg gjør det at jeg ikke kommer fra et «skolsk» system at jeg ser med andre øyne på sakene vi samarbeider rundt, og kan bidra med mitt «ergoterapisyn» inn i fagmiljøet. Tverrfaglighet er en god ting!

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

– Det har vært utfordrende å komme inn i jobben som karriereveileder uten særlig forkunnskaper om skolesystemet i Norge, men det er så absolutt en spennende og givende jobb. Det å treffe mange forskjellige mennesker, både individuelt og i grupper, passer meg perfekt. Det er en fornøyelse å kunne bidra til at andre finner sin vei, enten ut i utdanning, jobb eller andre tiltak.

– Vil du anbefale denne jobben til andre ergoterapeuter?

– Jeg vil absolutt anbefale andre ergoterapeuter å tenke på karriereveiledning som en karrieremulighet. Har man i tillegg noe utdanning innen veiledning eller rådgivning, vil jeg si man er godt skikket for en slik jobb.



Gry Roness er karriererådgiver ved Karrieresenter Vesterålen.



Vesterålen er et øydistrikt lengst nord i Nordland fylke som ligger rett nord for Lofoten.

Du kjenner brukeren, vi hjelper deg med øyestyrte talehjelpemidler.



tobii dynavox

www.tobiidynavox.no

SMIDIG, KOMPAKT OG KOMFORTABEL

M400i Corpus 3G er en midthjulsdrevet rullestol med liten svingradius og suverene kjøreegenskaper. Den har godt grep og stabilitet takket være den unike hjuloppheng. M400i kommer lett over terskler og klarer fint å komme ut på verandaen eller ut til postkassen. Corpus 3G sete gir den beste følelsen av komfort.

Den perfekte stolen for deg som ønsker frihet i hjemmet eller på jobb!



permobil

VÅRT BESTE SETE TIL NÅ

Corpus 3G er designet etter kroppens naturlige form og er utformet for å gi deg optimal støtte og komfort. Setet er tilgjengelig i 36 størrelser og har utallige innstillingsmuligheter. Alt for å gi deg optimal komfort!



Lønnsfesten var ikke over!

ÅRETS LØNNSOPPGJØR ER AVSLUTTET I DE FLESTE TARIFFOMRÅDENE

Alle lønnsoppgjørene har vært gjennomført innenfor en ramme på omlag 2,4 prosent. Det ble enighet i KS og Oslo kommune innen fristen, som var første mai. Spekter har egne frister, og der er vi nesten i mål når dette skrives, og kanskje helt i mål når det leses. I staten endte lønnsoppgjøret med brudd. Heldigvis ble det enighet under meklingen, slik at vi unngikk streik.

Av Brit-Toril Lundt



Brit-Toril Lundt er forhandlingssjef i Norsk Ergoterapeutforbund.

Viktige stolper i kravene fra både Ergoterapeutene og Unio var sikring av kjøpekraften og at kompetanse skal lønne seg. Alle hovedsammenslutningene har vært opptatt av å sikre forhandlingsrett på kommende endringer i pensjon.

Tariffinformasjon til medlemmene og tillitsvalgte har blitt sendt ut jevnlig under lønnsoppgjørene. Spørsmål kan du rette til din tillitsvalgte. Tillitsvalgte har på sin side mulighet til kontakt med sitt nettverk av tillitsvalgte, regionstyret og forbundskontoret. Nedenfor gjengis hovedpunktene:

HARMONISERING MED SKOLEVERKET I KS-OMRÅDET

I KS har det vært jobbet lenge og strategisk med å få på plass et system som sikrer likeverdighet mellom de ansatte i skoleverket og de øvrige ansatte med universitets- og høyskoleutdanning i kommunene. Lønnsoppgjøret ga oss et resultat hvor vi virkelig kan si at arbeidet har båret frukter.

Garantilønnssatsene ble endret/harmonisert med garantilønnssatsene til lærerne på de ulike utdanningsnivåene. Vi fikk

endelig på plass et 16-års-trinn. En garantilønnssstige som strekker seg utover ti år, har vært et viktig krav i en årrekke.

Harmoniseringen kostet mer enn pengene vi hadde til disposisjon. Derfor valgte partene å gjøre endringene over 2 år. Men når vi kommer til august neste år, er ulikhetene i lønnsnivåene mellom lærerne og de øvrige utdanningsgruppene blitt historie. Jeg tror vi må kunne si at dette var lønnsoppgjørenes viktigste seier!

Alle medlemmene som er knyttet til garantilønnssystemet, får et generelt kronetillegg, slik det fremgår av tabellen i protokollen. Ledere får et generelt tillegg på 2,4 prosent. I KS-området har vi også noen medlemmer som kun har lokal lønnsdannelse. Dette gjelder noen ledere, samt rådgivere. For disse vil det bli forhandlet lokalt. Endringene gjelder fra første mai.

GENERELT TILLEGG PÅ LØNNSTABELLEN I OSLO KOMMUNE

Det gjenstår fortsatt litt på forhandlingssiden i Oslo kommune. Det ble gitt en kombinasjon av krone-/prosenttillegg på lønn-

stabellen. Det er også avtalt at det skal gjennomføres sentrale justeringsforhandlinger innenfor en ramme på 0,35 prosent med virkning fra 1. mai 2016. Så her er det fortsatt penger å hente. Disse forhandlingene vil bli gjennomført etter sommerferien. Ergoterapeutene tar med seg krav om innføring av nye stillingskoder til disse forhandlingene.

JUSTERINGSFORHANDLINGER I OSLO KOMMUNE

Alle medlemmene får et generelt tillegg på 2 prosent eller 8 500 kroner fra 1. mai. Noen kan få ytterligere lønnsøkning som et resultat av de kommende justeringsforhandlingene.

GENERELT TILLEGG PÅ LØNNSTABELLEN I STATEN

Forhandlingene i Staten endte i brudd. Også i staten var det enighet om størrelsen på den økonomiske rammen, men hvordan pengene skulle fordeles, var det stor uenighet om.

Staten hadde også ønske om å gjøre endringer i eksisterende lønssystem. Dette har Unio valgt å møte med positiv interesse og være åpne for dialog.

Det skapte vansker at Akademikerne valgte å akseptere et tilbud som inneholdt et knøttlite generelt tillegg, stor lokal pott, samt ingenting til justeringer av stillingskoder, lønsspenn og lønnsrammer.

Den videre prosessen ble mekling. Der fikk vi tilslutt enighet med Staten om et høyere generelt tillegg for medlemmene i LO, YS og Unio enn det Akademikerne aksepterte. Det ble satt av penger til lokale forhandlinger, og det er gjort endring i lønssystemet, slik at lønsspennene ikke lenger er begrenset av en fastsatt topplønn.

Alle medlemmene får et generelt tillegg på 1,15 prosent på lønnstabellen fra 1. mai. I tillegg skal det gjennomføres lokale forhandlinger innenfor en ramme på 1,5 prosent fra første juli.

LOKALE FORHANDLINGER I STATEN

Partene er også enige om å se nærmere på statens lønns- og forhandlingssystem. Det vil bli satt ned en partssammensatt arbeidsgruppe som skal komme med forslag til endringer. Unio har fått inn viktige prinsipper i mandatet som legger grunnlaget for dette arbeidet.

SPEKTER

Forhandlingene i helseforetakene har gitt oss gode tillegg på minstelønnene, samt generelle prosenttillegg. Det er gitt noe høyere tillegg til medlemmer som har videreutdanning. Ekstra gledelig er det at vi har fått åpning for at spesialister som anvender sin kompetanse i stillingen, skal sikres høyere lønn enn spesialergoterapeut.

Minstelønnssatsene ble hevet. Heving av minstelønnssatsene slår noe ulikt ut avhengig av hvilken lønn det enkelte medlem har i dag. Derfor ble det gitt ytterligere tillegg, slik at medlemmene sikres en lønnsøkning på en angitt prosent, slik: 2,25 prosent til ergoterapeuter, 2,3 prosent til spesialergoterapeuter og ledere, samt 2,5 prosent til spesialergoterapeuter med 16 års ansiennitet eller mer. Endringene gjelder fra 1. juni.

Det gjenstår avsluttende forhandlinger, så vi kan ikke si oss helt ferdige i Spekter ennå.

VIRKE

Vi har også medlemmer i Virke. Her er det i hovedsak resultate-

ne i offentlig sektor som styrer kravene våre. Siden statsoppgjøret gikk til mekling og deretter uravstemning, er det besluttet at Virke utsetter sine forhandlinger til slutten av august.

MANGE TILLITSVALGTE DELTOK I KONFLIKTBEREDSKAPSARBEID

I forbindelse med lønnsoppgjørene gjøres det et viktig, men lite synlig arbeid ute på arbeidsplassene. Mange av våre lokale tillitsvalgte har deltatt i lokale konfliktberedskapsutvalg. Dette arbeidet er både tidkrevende og møysommelig. Og trykket ble spesielt stort på tillitsvalgte i Staten, for da oppgjøret gikk til mekling, ble konfliktberedskapsarbeidet sterkt intensivert. Det ble jobbet med å finpusse navnelister og streikefaser helt til vi var i mål. Konfliktberedskapsarbeidet er et viktig bidrag som legger nødvendig press på forhandlingene. Uten dere hadde vi ikke nådd målene.

Stor takk til dere som har gjort den viktige jobben på vegne av alle medlemmene!

KONKLUSJON

Vi er svært godt fornøyd med at vi har nådd viktige mål i KS-området. Det er også grunn til å glede seg over resultatene i Spekter, Staten samt Oslo kommune. I Staten gjenstår lokale forhandlinger, og i Oslo kommune justeringsforhandlingene.

Årets lønnsoppgjør ble gjennomført innenfor en mindre ramme enn vi har hatt på mange år. Men resultatene i Spekter, Oslo kommune, Staten, og KS spesielt, viser at det likevel er mulig å få mye ut av pengene, bare innretningen er fornuftig og klokt gjennomtenkt. Derfor finner vi ikke grunn til å avlyse lønnsfesten.

Solrun Nygård på plass på forbundskontoret

Ergoterapeut Solrun Nygård har nylig tiltrådt i stilling som seniorrådgiver i fagavdelinga på forbundskontoret.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Solrun har lang erfaring fra både fag og organisasjon og vil styrke fagavdelinga på forbundskontoret. Der vil hun samarbeide med seniorrådgiver Anita Engeset og fagsjef Toril Laberg.

Solrun har vært ergoterapeut siden 1983. Hun har hovedtyngden av sin arbeidserfaring fra kommunehelsetjenesten og rehabilitering av voksne, både som utøvende ergoterapeut og som leder på ulike nivå. Hun har også jobbet på systemnivå som samhandlingskoordinator.

I tillegg til grunnutdanninga har Solrun hovedfag i Helsefag med fordypning i rehabilitering.

Solrun har også vært nestleder og forbundsleder i Norsk Ergoterapeutforbund (1989 - 1993), og hun satt i sentralstyret i perioden 2007 - 2010.

- Vi er veldig glade for å ha Solrun med hennes kompetanse med på laget. Det vil være med på styrke forbundskontoret i de allsidige støtte, råd- og veiledningsoppgavene vi skal levere, sier generalsekretær Toril Laberg.





SELECTION[®] Short

NYHET!

Kort, smidig håndleddsorthose uten skinner

SELECTION Short er en kort håndleddsorthose som gir lett kompresjon og støtte til håndleddet uten å hindre bevegelsen. Snøringen er enkel å lukke og åpne med en hånd. Tommelgrepet er justerbart.

SELECTION Short støtter og avlaster håndleddet etter skade, operasjon, ved kroniske smertetilstander, leddslitasje eller overbelastning.

CAMP[®] SCANDINAVIA

Vil du vite mer? Kontakt oss på tlf: 23 23 31 20, info@camp.no eller www.camp.no

Få med deg medlemsfordelene i sommer

Sommeren er her straks. Gjennom medlemskapet ditt i Ergoterapeutene har du tilgang til en lang rekke medlemsfordeler. Flere av dem er spesielt aktuelle når ferietida nærmer seg.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Du finner en oversikt over alle medlemsfordelene på ergoterapeutene.org/medlemsfordeler.

DRIVSTOFF, LEIEBIL, FERIEHUS OG FRITIDSTØY

Gjennom samarbeidet i Unio kan vi tilby en lang rekke medlemsfordeler som er spesielt aktuelle i feriemånedene.

- 50 øre rabatt per liter og 20 prosent rabatt på bilvask hos Esso.

- 30 prosent rabatt på leiebil hos Avis. Ytterligere 15 prosent prisreduksjon om du er tidlig ute.
- 30 prosent rabatt på en lang rekke Stormberg-produkter (kun innloggede medlemmer).
- 30-40 prosent rabatt på Under Armour
- 1000 kroner i rabatt ved leie av hytte hos Norgesbooking
- 9 prosent rabatt på leie av feriehus hos NOVASOL

- 10 prosent på leie av feriehus hos Dansommer
- 10 prosent rabatt av kjøpspris hos Lilleput Reiser
- De historiske hotellene og spisestedene

RIMELIG BOLIGLÅN GIR MER FERIE

Betaler du mer enn nødvendig for boliglånet? Medlemmene våre får en boliglånsrente på 1,95 prosent fra Storebrand.



OPP OG STÅ FRA A-Å!

FOR MER INFORMASJON
GÅ INN PÅ

www.permobil.no

permobil



Sjekk dette før du reiser på ferie

Med noen enkle grep kan du redusere risikoen for at huset ditt får uvedkommende på besøk når du er på ferie. Her er ti tips til hvordan du gjør huset ditt feriekjent.

Av Roar Hagen

1. POST

Ikke la posten hope seg opp i postkassen. Avtal med naboen at han henter posten din, eller stopp posten mens du er borte. Et godt råd er også å sette lås på postkassen, slik at uvedkommende ikke har tilgang til posten din.

2. TELEFON

Har du hustelefon, bør du viderekoble denne til mobilen din. Tyven ringer gjerne hjem til deg for å sjekke om noen er hjemme.

3. PLEN OG PLANTER

Be naboen klippe plenen og vannplantene når du er bortreist.

4. TIDSUR

Monter tidsur på lys og radio, slik at det ser og høres ut som du er hjemme.

5. SØPPEL

Sett søppelkassen på riktig plass, og få gjerne naboen til å kaste litt søppel i den mens du er bortreist. Pass på at du ikke har kastet sensitive opplysninger om deg eller familien i papirsøppelet. En eventuell ID-tyv vil lete i søppelet ditt for å finne informasjon han kan utnytte.

6. LUKK VINDUER OG LÅS DØREN

Gå gjennom hele boligen og sørg



for at alle vinduer er lukket. Lås alle dører når du forlater hjemmet ditt.

7. RESERVENØKKELE

Sørg for at noen gode venner eller en nabo har en reservenøkkel til hjemmet ditt, slik at de kan låse seg inn hvis noe skulle skje. Gi dem også opplysninger om hvor du er, og hvordan de kan nå deg.

8. IKKE GJEM NØKKELEN UNDER MATTEN

Ikke gjem nøkkelen utenfor huset ditt. Det første en tyv vil gjøre, er å lete etter en nøkkel under matten, i postkassen, i en blomsterpotte eller over døren.

9. NABOENS BIL

Få naboen til å parkere sin bil

nummer to i innkjørselen din mens du er borte.

10. SOSIALE MEDIER

Tenk deg om før du deler opplysninger på sosiale medier om at du er på ferie og hvor lenge du blir borte. Sørg eventuell for å endre innstillingene slik at kun familie og venner kan lese hva du skriver.

- HUSK OGSÅ

- å dra ut støpselet til tv-en, kaffetrakteren og andre mindre elektriske apparater
- å stenge hovedstoppekranen
- å ha innboforsikring og reiseforsikring i orden før avreise.

Ergoterapeutenes forsikringskontor ønsker alle en god sommer!

Norsk Ergoterapeutforbund vil ha flere ergoterapispesialister

– SØKNADSFRIST 15. SEPTEMBER 2016

Fra første januar 2014 trådte en ny spesialistordning i kraft. De nye kriteriene for oppbygging av spesialistkompetanse bygger på en mastergrad. Høsten 2014 ble de første ergoterapispesialistene etter den nye ordningen godkjent.

Av Anita Engeset

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

SØKNADSFRIST 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 www.ergoterapeutene.org Om ergoterapi/Fakta om ergoterapi.

Søknad om ergoterapispesialist skrives på eget skjema, som

sendes Norsk Ergoterapeutforbund, Stortingsgata 2, 0158 Oslo eller på epost til post@ergoterapeutene.org

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

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

NORSK ERGOTERAPEUTFORBUNDS STØTTE TIL FORSKNING OG UTVIKLING

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

Av Anita Engeset

Støtten kan gis i form av arbeidsstipend, dekning av prosjektkostnader eller reisestipend. Forbundsstyret vedtar de årlige prioriteringene for tildeling av midler.

For 2016 prioriteres

forsknings- og fagutviklingsprosjekter som gir økt kunnskap om hverdagsmestring, arbeidsliv, psykisk helse og rus.

Søknadsfrist: 1. september 2016

Les mer: www.ergoterapeutene.org

Ny «Min side» til høsten

Sammen med vår samarbeidspartner «Medlemsvekst» arbeider forbundet med å utvikle et nytt medlemsregister, med ny løsning for «Min side» på nettet.

Det nye medlemsregisteret vil bli lansert til høsten og innebærer en rekke nye funksjoner i tillegg til en forenklet og brukervennlig pålogging. Dette vil gjøre forbundets arbeid mer effektivt.

Det er imidlertid ingen grunn til å vente med å oppdatere informasjonen på www.ergoterapeutene.org/minside, som medlemmene skal holde oppdatert til enhver tid.

Speilterapi i rehabilitering av arm- og håndfunksjon etter hjerneslag

Av Synnøve Solberg



Synnøve Solberg er spesialergoterapeut og arbeider ved Seksjon for Fysikalsk medisin og Rehabilitering på Stord Sjukehus ved Helse-Fonna HF. e-mail: synnosol@online.no

SPEILTERAPI I REHABILITERING AV ARM- OG HÅNDFUNKSJON ETTER HJERNESLAG

Sammendrag

Speilterapi har de siste tiårene blitt brukt i opptrening etter hjerneslag. Hva vet vi om effekten av speilterapi sammenlignet med andre intervensjoner i rehabilitering av over-ekstremiteter etter hjerneslag?

Mellom 55 prosent og 75 prosent av alle slagrammede har vedvarende redusert funksjon i affisert arm. Motstridende rapportering gjør at jeg som ergoterapeut ønsker å undersøke hva oppdatert forskning sier om effekt av speilterapi sammenlignet med andre intervensjoner i rehabilitering av over-ekstremiteter etter hjerneslag. Søk ble utført 07.02.15 i databasene Cochrane Library, OTSeeker og AMED. Inklusjonskriterier er oversiktsstudier av nyere dato (2012 - 2015) som omhandler temaet. To Cochrane-oversiktstudier og en PLoS ONE-oversiktstudie og metaanalyse av nyere dato er valgt. Studiene gir samlet sett en verdifull oversikt over oppdatert kunnskap om effekt av ulike intervensjoner i rehabilitering av arm-/håndfunksjon etter hjerneslag. Speilterapi har i sammenligning med andre intervensjoner vist seg å ha mulig effekt både med tanke på bedring av motorikk og funksjonell bruk av overekstremiteter i daglige aktiviteter. Speilterapi bør ikke brukes alene, men som et supplement til konvensjonell behandling.

Nøkkelord: hjerneslag, arm-/håndtrening, speilterapi, ergoterapi, rehabilitering

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

INTRODUKSJON

Ved oppstart av ny rehabiliteringsavdeling ved Helse-Fonna, Stord Sjukehus (2008 - 2009), hadde vi vikarierende fysikalske medisinere fra Sverige fram til vi fikk tilsatt egne leger. Flere av disse etterlyste bruk av speil i opptrening av pasienter med nedsatt armfunksjon etter hjerneslag. Jeg har siden da brukt speilterapi sporadisk i tillegg til oppgaverelatert og annen trening.

De nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag som kom i 2010, fremhever arm- og håndfunksjonens betydning for å kunne utføre hverdagsaktiviteter og delta i arbeidsliv og fritidsaktiviteter. Det vises til at mellom 55 og 75 prosent av alle slagrammede har vedvarende redusert motorisk funksjon i affisert arm. Speilterapi blir her nevnt «å kunne være nyttig som tilleggsbehandling, eller for personer som ikke har tilstrekkelig funksjon til å bevege seg aktivt» (1).

Canadian Stroke Network (CSN) har publisert en evidensbasert oversikt over tverrfaglig rehabilitering etter hjerneslag, der et av kapitlene omhandler effekt av ulike behandlingsmetoder for overekstremiteter. Ved gjennomgang av tilgjengelige studier i 2013 konkluderer de med at det er motstridende bevis for at speilterapi bedrer motorisk funksjon, og moderat bevis for at det ikke reduserer spastisitet (2).

Rehabilitering av overekstremiteter etter hjerneslag innebærer oftest flere forskjellige intervensjoner som generelt sett krever et godt samarbeid mellom pasient, pårørende og rehabiliteringsteamet (3). Informasjon om dokumentert effekt av valgte behandlingsmetoder kan være en motiverende faktor i dette samarbeidet. Motstridende forskningsrapporter er en av grunnene til at jeg som ergoterapeut ikke har brukt speilterapi som standard intervensjon overfor pasienter med hjerneslag. For å bli tryggere ved valg av speilterapi som behandlingsmetode ønsket jeg å undersøke hva oppdatert forskning sier om effekt av speilterapi sammenlignet med andre intervensjoner i rehabilitering av overekstremiteter etter hjerneslag.

HVA ER SPEILTERAPI?

Speilterapi er en øvelsesbasert intervensjon som er basert på visuell stimulering for å forbedre motorisk funksjon. Et speil plasseres i pasientens midsagittalplan vertikalt på et bord, slik at den ikke-affiserte armen/hånden reflekteres som om det er den affiserte. Pasienten får instruksjon om å bevege begge armer/hender samtidig, og refleksjonen i speilet gir pasien-



Tips for å komme raskt i gang: Utstyr laget av to permer, speil, bred tape og strikk.

ten en opplevelse av at den affiserte armen/hånden kan bevege seg like godt som den ikke-affiserte (4).

Speilterapi bygger på en teori om at det samme området i hjernen er aktivt under utførelse av handling og observasjon av handling. Speilterapi kan på den måten bidra til økt funksjon i den affiserte kroppsdelene. Effekten kan forklares med «speilneuroner», som Rizzolatti og kollegaene hans oppdaget tidlig på 1990-tallet. Disse neuronene finnes i frontal- og parietal-lappene, områder med et rikt antall motoriske «kommandoneuroner». Speilneuronene har den egenskapen at de «fyrer» både når en selv foretar en bevegelse, og når man observerer andre som gjør den samme bevegelsen (3).

Ifølge Ramachandran et al. kan noe av effekten av speilterapi skyldes at hjerneslaget har ført til en «lært paralyse» som blir stående også etter at ødemer, som forårsaket paresen, er gått tilbake. Illusjonen som speilet gir, er med på å «avlære» dette. Variasjonen i effekt hos ulike pasienter kan skyldes variasjon i lokalisasjon av lesjonen og hvor lang tid det har gått siden paresen oppstod. De refererer videre at bruk av transcranial magnetisk stimulering (TMS) har vist seg å kunne stimulere efferente baner fra motorisk cortex til samme side av ryggmargen (ipsilateralt) hos friske personer, og de finner det interessant å stille spørsmål om speilterapi kan ha samme grad av ipsilateral aktivering i rehabilitering etter hjerneslag (4).

METODE

Jeg har valgt litteraturstudie som metode. Jeg søker oppdatert kunnskap om effekt av speilterapi i sammenligning med andre intervensjoner, og har derfor valgt å se på oversiktsstudier med systematisk gjennomgang av randomiserte kontrollerte studier (RCT- randomized controlled trial) (5, s. 43-46). Inklusjonskriterier er oversiktsstudier av nyere dato (2012 - 2015) som omhandler bruk av speilterapi som intervensjon i rehabilitering av overekstremiteter etter hjerneslag. Eksklusjonskriterier er oversiktsstudier av eldre dato (før 2012). Jeg fant få aktuelle oversiktsstudier ved søk i databasene, og har derfor valgt å inkludere en nytilkommet oversiktsstudie og meta-analyse av RCT (6) som nevnes avslutningsvis i en av studiene (3). Søkene ble utført 07.02.15 i databasene Cochrane Library, OTSeeker og AMED. Søkeord: systematic review, mirror therapy, stroke; andre søkeord: mirror visual feedback, upper extremity, effect.

RESULTAT

Ved søk i databasene fant jeg to Cochrane-oversiktsstudier av nyere dato: Én studie fra 2012 presenterer effekt av speilterapi for over- og underekstremiteter med tanke på motorisk funksjon, aktiviteter i dagliglivet, smerte og visuospatial neglekt hos pasienter etter hjerneslag (7). Én studie fra 2014 presenterer effekt av ulike intervensjoner for bedring av funksjon i overekstremiteter etter hjerneslag; primært i forhold til motorikk, sekundært med tanke på funksjonshemming og utførelse av daglige aktiviteter (3). I tillegg har jeg valgt å ta med en PLoS ONE-oversiktsstudie og metaanalyse der forfatterne stiller spørsmål om evidens ved ulike intervensjoner i fysioterapi etter hjerneslag, inklusiv speilterapi (6).

Oversiktsstudiene er av varierende størrelse med henholdsvis syv RCT med til sammen 225 deltakere (6), fjorten RCT med 567 deltakere (7) og førti RCT med 18 078 deltakere (3).

Studiene omfatter personer over 18 år med pareser etter alle typer, grader og stadier av hjerneslag. Tidsrommet fra skade til oppstart med speilterapi varierer fra fire dager til fem år. De fleste RCT omfatter pasienter i tidlig fase, sen rehabilitering eller kronisk fase etter hjerneslag (7).

Resultater i to av studiene viser at speilterapi sammenlignet med andre intervensjoner kan ha en signifikant effekt når det gjelder bedring av motorisk funksjon i overekstremiteter etter hjerneslag (3,7). Oppfølging etter seks måneder viser stabil effekt på motorikk, men ikke i alle studiegrupper (7). Én av

studiene viser, i motsetning til de andre, en ikke-signifikant effekt av speilterapi på motorikk i paretisk arm, muskeltonus, smerte eller arm-/håndaktiviteter, mens analyser av undergrupper i samme studie avslører en signifikant positiv effekt for arm-/håndaktivitet ved bruk av speilterapi i sen rehabiliteringsfase, men ikke-signifikant effekt i kronisk fase (6). Videre konkluderes det med at speilterapi kan være med på å forbedre dagliglivets aktiviteter. Det ble funnet en signifikant positiv effekt på smerter, men bare hos pasienter med et komplekst regionalt smertesyndrom. Det vises til begrenset dokumentasjon av speilterapi på forbedring av visuospatial neglekt. Ingen negative bivirkninger ble rapportert (3,7).

Ved systematisk sammenligning og vurdering av ulike intervensjoner konkluderes det med at det per i dag ikke foreligger evidens av høy kvalitet for intervensjoner som brukes rutinemessig i behandling av overekstremiteter etter hjerneslag (3). Det er i tillegg utilstrekkelig evidens for å kunne vise hvilken intervensjon som har best effekt. Evidens av moderat kvalitet tyder på at følgende tiltak kan være effektive: constraint-induced movement therapy (CIMT), på norsk oversatt til trening med begrenset bruk av frisk side, mental trening, *speilterapi*, sensoriske intervensjoner, virtuell virkelighet og en relativt høy dose av repeterende oppgaver. Evidens tyder også på at unilateral armtrening (trening for den berørte armen) er mer effektiv enn bilateral armtrening (å gjøre den samme øvelsen med begge armene samtidig) (3).

Det vises til sterk evidens for at behandling av høy intensitet, mange repetisjoner og oppgaverrelatert og spesifikk trening i alle faser etter hjerneslag har effekt. Effekten er oftest relatert til den aktuelle funksjonen eller aktiviteten som det trenes på (3,6).

DISKUSJON

Ved gjennomgang av de ulike oversiktstudiene finner jeg fremdeles varierende rapportering av effekt ved bruk av speilterapi i rehabilitering av arm-/håndfunksjon etter hjerneslag. Pollock et al. konkluderer med at studier av moderat kvalitet tyder på en gunstig effekt av speilterapi (3), i motsetning til Veerbeek et al. som viser til en ikke-signifikant effekt (6). Med unntak av speilterapi er resultatene i de to studiene sammenfallende. Det blir derfor foreslått videre undersøkelser av RCT-data i forhold til speilterapi (3).

Hovedforskjellen mellom oversiktsstudien til Pollock et al. og vurderingen til Veerbeek et al. er at Pollock et al. har brukt oversiktsstudier av RCT,

mens Veerbeek et al. har basert evidensen på RCT direkte, og dermed unngår potensiell risiko for bias i forbindelse med metoder for innhenting av data og rapportering (3).

Studiene refererer til et stort utvalg behandlingsmetoder i rehabilitering av overekstremiteter etter hjerneslag. Med utgangspunkt i at tilgjengelig forskning er av moderat kvalitet, også når det gjelder hvilke tiltak som har best effekt, er det interessant å se at speilterapi samlet sett kommer godt ut i sammenligning med andre intervensjoner. Oversikt over hvilke metoder som har vist seg å ha effekt, gjør det lettere for meg som ergoterapeut å velge metode tilpasset en aktuell situasjon. Oversikten bidrar også til et ønske om utvidet kunnskap om og bruk av intervensjoner som ifølge studiene har vist seg å ha effekt, men som vi ennå ikke har tatt i bruk ved vår avdeling. Interessant er også funn av effekt i favør av unilateral sammenlignet med bilateral armtrening (3), da dette går imot anbefalinger i nasjonale faglige retningslinjer som sier at «*Bilateral armtrening bør tilbys slagpasienter med redusert armfunksjon*» (1).

Det anbefales forskning av høy kvalitet, spesielt med tanke på (men ikke begrenset til) følgende tiltak: CIMT, mental trening, *speilterapi* og virtuell virkelighet (3). Begrensninger i tilgjengelige studier av speilterapi skyldes at de fleste omfatter et for lite utvalg, og kontrollintervensjoner som ikke er i rutinemessig bruk i slagrehabilitering. Vi trenger større studier i naturlig kliniske settinger, der speilterapi blir sammenlignet med flere rutinemessige og nyutviklede effektive intervensjoner. Vi trenger også mer kunnskap om optimal dose, hyppighet og varighet i bruk av metoden. Fokuset bør være på effekt i forhold til utførelse av daglige aktiviteter (7).

KONKLUSJON

Når en tar høyde for at tilgjengelig forskning er av moderat kvalitet, gir studiene samlet sett en verdifull oversikt over oppdatert kunnskap om effekt av ulike intervensjoner i rehabilitering av arm-/håndfunksjon etter hjerneslag. Speilterapi har, sammenlignet med andre intervensjoner, vist seg å ha mulig effekt både med tanke på bedring av motorikk og funksjonell bruk av overekstremiteter i daglige aktiviteter. Speilterapi bør ikke brukes alene, men som et supplement til konvensjonell behandling. En fordel med speilterapi er at den er relativt enkel å administrere, med mulighet til daglig mengdetrening. Det må legges til at trening med speil krever evne til opp-

merksomhet og konsentrasjon. Pasienten bør ikke ha store kognitive utfall.

Referanser

1. Indredavik B, Salver R, Næss H, Thorsvik D, red. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
2. Foley N, Mehta S, Jutai J, Staines E, Teasell R, Upper Extremity Interventions, EBRSR (Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation), Canada; 2013
3. Pollock A, Farmer SE, Brady MC, Langhorne P, Mead GE, Mehrholz J, van Wijck F. Interventions for improving upper limb function after stroke(review). Cochrane Database Syst Rev 11 (2014).
4. Ramachandran VS, Althuler EL. The use of visual feedback, in particular mirror visual feedback, in restoring brain function. Brain- A journal of neurology. 2009 juni 132 (7): s.1693-1710.
5. Taylor M C.Evidence-based practice for occupational therapists.2 utg.. UK. Blackwell Publishing.Ltd. 2007
6. Veerbeek, Janne Marieke, et al. «What is the evidence for physical therapy poststroke? A systematic review and meta-analysis.» PloS one 9.2 (2014): e87987.
7. Thieme, Holm, et al. «Mirror therapy for improving motor function after stroke.» Stroke 44.1 (2013): e1-e2.

HjelpemiddelMessa ØST
Norges Handikapforbund

Besøk HjelpemiddelMessa Øst 2016!

Mandag 17. oktober (12-19)

Tirsdag 18. oktober (11-16)

Vi har med oss leverandører fra hele hjelpemiddelområdet. Enten du i din jobb trenger hjelpemidler for løfting av pasienter, er på jakt etter terrenggående kjøretøy for rullestolbrukere eller trenger hjelpemidler innenfor kommunikasjon og kognisjon har vi noe for deg!

Norges Varemesse i Lillestrøm • Fri entre
• Spennende fagprogram



Norges
Handikapforbund

oslo.nhf.no



HjelpemiddelMessa Øst 2016

Occupational therapy students rating with the N-ACIS: Do they agree?

Av Tore Bonsaksen, Maria Fouad, Cecilia Celo, & Hiromi Nakamura-Thomas

Tore Bonsaksen er ergoterapeut og førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag. E-post: tore.bonsaksen@hioa.no

Maria Fouad er forskningsassistent ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag.

Cecilia Celo er ergoterapeut ved Oslo Universitetssykehus HF.

Hiromi Nakamura-Thomas is associate professor at Graduate School of Health, Medicine and Welfare, Saitama Prefectural University, Saitama, Japan.

Denne artikkelen ble mottatt 21.12.2015. Den ble godtatt for publisering 12.04.2016. Conflicts of interest: None

Occupational therapy students rating with the N-ACIS: Do they agree?

Abstract

Background: The Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) has been shown to possess good psychometric properties, but the recently translated Norwegian version of the instrument (N-ACIS) has not yet been subjected to such investigation. Moreover, the amount of training needed in order to ensure that raters' ACIS scores are reliable has not yet been explored.

Methods: Twenty-six occupational therapy students (response rate 60.5 percent) participated in this study, which was performed in conjunction with a student training seminar. Each student performed two assessments with the N-ACIS, based on observations of students who had been given specific instructions for roleplaying during the performed activities. Pairs of students were assessed for interrater agreement on the N-ACIS total scale and subdomain scales with the intraclass correlation coefficient (ICC).

Results: The ICC measures were 0.92 (total scale score), 0.99 (physicality), 0.76 (information exchange), and 0.80 (relations).

Conclusion: A very brief introduction to the N-ACIS appears to be sufficient to achieve high interrater reliability on the aggregated scales – at least under artificial conditions. Remaining questions concern the level of interrater agreement at the item level, how item scores would correspond with an expert opinion, and interrater agreement in real life practice situations.

Keywords: Assessment of Communication and Interaction Skills, interrater reliability, intraclass correlation coefficient, Model of Human Occupation, observational assessment

INTRODUCTION

Occupational therapists need to have sufficient knowledge and skills in some areas, whereas they need to possess an expert level in others. One of the areas where an expert level of knowledge and skills is needed is occupational performance analysis (Thomas, 2012). When analyzing a person's performance, the occupational therapist may closely examine how the person executes the skills involved in the activity, i.e., the single action components needed to perform the activity successfully (Crepeau, 2003). Persons with skill limitations may suffer from diminished capacity to perform important and valued occupations, and may resultantly have reduced opportunity to participate in society the way they would like to.

Given the importance of skills for occupational performance, and ultimately for participation in society, occupational therapists have developed a range of tools for assessing skills during occupational performance. One tool developed with a theoretical basis in the Model of Human Occupation (MOHO; Kielhofner, 2008) is the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS; Forsyth, Salamy, Simon, & Kielhofner, 1998). The ACIS consists of 20 discrete skills. It can be used as a measure of the overall communication and interaction level of an individual, or it can be used to identify specific skills or broader skill areas (domains) that may need to be addressed as part of an intervention. The skills are organized as belonging to three different domains: physicality, information exchange, and relations (Forsyth et al., 1998). An overview of the

| PHYSICALITY | INFORMATION EXCHANGE | RELATIONS |
|--|----------------------|--------------|
| contacts | articulates | collaborates |
| gazes | asserts | conforms |
| gestures | asks | focuses |
| maneuvers | engages | relates |
| orients | expresses | respects |
| postures | modulates | |
| | shares | |
| | speaks | |
| | sustains | |
| All items are scored 1-4, where 1 = deficit, 2 = ineffective, 3 = questionable, 4 = competent. | | |

Table 1: Skills assessed with the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS) and their relationship to domains of interaction.

ACIS skills and domains is provided in Table 1.

As human occupations often are group based and performed in a variety of social settings and environments, communication and interaction skills are needed for establishing and maintaining relationships and for coordinating the actions of the persons involved to ensure that mutual goals are met (Forsyth et al., 1998; Kielhofner, 2008). Given the importance of these skills for a person's occupational performance and participation, occupational therapy students have been encouraged to learn about related assessment and intervention strategies, and using the ACIS has served as a starting point for such learning (Bonsaksen, Granå, Celo, Ellingham, & Myraunet, 2013; Bonsaksen, Myraunet, Celo, Granå, & Ellingham, 2011).

Decreased communication and interaction skills is by no means limited to specific diagnostic groups. By tradition, however, the

ACIS appears to have been used mainly in relation to persons with psychiatric disorders and intellectual/learning disabilities (Fuller, 2011; Simmons, Griswold, & Berg, 2010). In the first psychometric study introducing the ACIS to the worldwide community of occupational therapists (Forsyth, Lai, & Kielhofner, 1999), clients with different psychiatric disorders were compared.

The results showed that the three groups of clients had different levels of skills that mirrored the severity of their mental health problems. In addition, the analysis revealed the ACIS scale to be unidimensional, it measured the clients' skills in an appropriate way, it was able to separate study participants into six different levels of communication and interaction skills, and there was good level of consistency within and between raters (Forsyth et al., 1999). Later studies and reviews have continued to advocate for the validity of the ACIS,

| DURATION | CONTENT |
|----------|---|
| 45 min | <i>Introduction</i> Introducing the ACIS. Its foundation in the MOHO, the content of each skill, assessment procedure, and scoring instructions |
| 60 min | <i>Observation 1</i> Activity 1 (30 min), individual scoring (10 min) and group discussions concerning the scores and the observations they build on (20 min). |
| 60 min | <i>Observation 2</i> Activity 2 (30 min), individual scoring (10 min) and group discussions concerning the scores and the observations they build on (20 min). |
| 30 min | <i>Summary</i> Student experiences concerning the use, scoring, and reasoning with the ACIS are discussed in the whole class. Completed ACIS sheets are collected. |

Table 2: Content and organization of the ACIS seminar.

most frequently based on data from persons with mental health problems (Fuller, 2011; Hsu, Pan, & Chen, 2008; Kjellberg, Haglund, Forsyth, & Kielhofner, 2003), and translated versions of the ACIS have been found to be useful for clinical practice as experienced by Scandinavian occupational therapists and occupational therapy students (Bonsaksen, Granå, et al., 2013; Bonsaksen et al., 2011; Kjellberg & Haglund, 2015; Nielsen & Andersen, 2006; Petersen & Hartvig, 2008). Research has continued to suggest, however, that measures of intrarater and interrater reliability of the ACIS should be obtained (Hsu et al., 2008).

Evidence that a measure has acceptable levels of validity and reliability is vital for the credibility of an instrument in the research community, and consequently for its use in occupational therapy practice (Laver-Fawcett, 2014). Such psychometric properties need to be re-established for translated versions of instruments previously validated in other languages (Streiner & Norman,

2008). So far, the psychometric properties of the Norwegian version (N-ACIS) have not been formally examined (Ellingham, Hussain, & Bonsaksen, 2014). Moreover, we do not know how much training is needed to obtain reliable N-ACIS scores: the original ACIS study used two days of training (Forsyth et al., 1999), whereas later studies have used one day (Kjellberg & Haglund, 2015) or as little as three hours of training (Bonsaksen et al., 2011; Haglund & Thorell, 2004). In the present study, we connected the shortcomings in the existing literature by performing a preliminary investigation of the interrater reliability of N-ACIS scores between pairs of occupational therapy students.

AIM OF THE STUDY

The aim of this study was to assess the level of correspondence between occupational therapy students' N-ACIS ratings. We also explored the correspondence between ratings related to the three subdomains: physicality, information exchange, and relations.

Methods

EDUCATION CONTEXT AND TRAINING

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, and approximately 70 students graduate on an annual basis (Bonsaksen, Kvarsnes, & Dahl, 2015). The education program is an undergraduate program with a duration of three years encompassing 12 study modules (Oslo and Akershus University College, 2011).

The second year of the education program starts with a 10 week study module named «Mental health and participation». During this module, the students are introduced to the N-ACIS in a half-day seminar. The organization and content of the seminar is outlined in Table 2. The seminar instructors (Authors 1 and 3) are local experts in using the assessment, having used it in clinical practice and in research over the last six years (Bonsaksen, Celo, Myraunet, Granå, & Ellingham, 2013; Bonsaksen, Granå, et al., 2013; Bonsaksen et al., 2011). The first author has also been involved in translating the ACIS user's manual into Norwegian (N-ACIS) (Ellingham et al., 2014).

SAMPLE AND PROCEDURE

A total of 58 students entered the second year of the education program in the autumn of 2015, and 55 of these participated in the ACIS seminar. They had no previous knowledge of, or experience with, the ACIS, but were somewhat familiar with the MOHO (Kielhofner, 2008). In the seminar,

the students were organized in 12 groups. In each of these groups, one student had been given the task of role-playing a person who had specified problems related to communication and interaction skills (the «student-client»). In some of the groups, the student-client was encouraged to behave with decreased skills related to the physicality domain. The student-client could then, for example, play out behaviors like inappropriate hugging (contacts), having prolonged eye-contact (gazes), and using excessive hand movements during interaction (gestures). In other groups, the student-client was encouraged to play out decreased skills related to the information exchange domain. This could, for example, include behaviors like not sharing relevant facts with the group (shares), monopolizing the conversation (sustains), and expressing rapidly shifting emotions with the group members (expresses). In yet other groups, the student-client was encouraged to play out decreased skills related to the relations domain, for example by using offensive language (conforms), being easily distracted (focuses), and interacting in non-relating ways (relates).

Two group activities were performed during the seminar, followed by individually performed N-ACIS ratings and a subsequent discussion concerning the ratings and the observations they were based on (see Table 2). The students were given examples of activities that they could choose from, but were also given the option of independently selecting activities during which to observe the student-client. The chosen group activities included: building with Legos, playing Twister

(a highly physical game where the participants assume various body postures according to given procedures), playing board games (such as Scrabble), visits to a café, group compositions (like drawing), and doing a quiz.

As 12 participants in the seminar role-played a person with decreased communication and interaction skills, there were 43 eligible students for inclusion as participants. At the end of the seminar, 26 students returned their completed N-ACIS sheets, yielding a response rate of 60.5 percent. Given that the study only collected anonymous data, no specific information about the participants' background characteristics is available. Previous research, however, has described the study cohort (from which this sample was drawn) as relatively young (mean age 23 years) and predominantly female (81 percent) (Bonsaksen et al., 2015).

MEASURES

The ACIS (Forsyth et al., 1998) is a 20 item assessment of communication and interaction skills. It is theoretically based on the MOHO (Kielhofner, 2008), defining skills as «...observable, goal-directed actions that a person uses while performing [an activity]» (p. 103). It consists of 20 discrete skills that are part of one of three subdomains: physicality, information exchange, and relations. Based on observation from activity situations requiring some social interaction, each skill is rated on a 1 - 4 scale (1 = deficit, 2 = ineffective, 3 = questionable, 4 = competent). Generally, each rating reflects the extent to which the observed skill supports or hinders the flow and completion of the activity as well as the ongoing social interaction.

on. In result, the sumscore of the total scale ranges from 20 (lowest skill level) to 80 (highest skill level). In this study, to adjust for unequal number of items on the three subdomains, all scale scores (total scale and subdomains) were divided with the number of items belonging to the scale, resulting in scale scores ranging from 1 (lowest) to 4 (highest). Following this procedure, direct comparisons across the different scales are made meaningful – for example, lower scores in the relations domain compared to the scores in the physicality and information exchange domains would indicate a lower level of skill in the relations domain. The Norwegian translation of the ACIS (N-ACIS) was used in the study (Ellingham et al., 2014). Table 1 shows the skills and domains of the ACIS, which are the same as in the employed N-ACIS.

DATA PREPARATION AND ANALYSIS

When performing assessments with the ACIS, it is not uncommon to find that the activity chosen for the assessment did not provide information about all of the 20 skills (Bonsaksen et al., 2011). In such cases, the item is not rated (Ellingham et al., 2014; Forsyth et al., 1998). In the dataset for this study, a total of 46 missing data points (representing 4.4 percent of the maximum data that could be obtained) were detected. In preparing the dataset for analysis, it was decided, in line with previous research using other scales (e.g., Bonsaksen, Lerdal, & Fagermoen, 2012), that the N-ACIS scale scores (total scale and the three subdomain scale scores) could be constructed while tolerating a certain level

| | No assessment forms returned | 1 assessment form returned by the group | 2 assessment forms returned by the group | 3 assessment forms returned by the group | 4 assessment forms returned by the group |
|--|------------------------------|---|--|--|--|
| Number of groups who returned this number of assessment forms | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 |
| Total number of participants | 0 | 2 | 4 | 12 | 8 |
| Participants removed prior to analysis (to assess rating consistency between sets of two raters only) | 0 | 2 (no other assessment for measuring agreement) | 0 (paired data achieved for all data) | 4 (3rd participant data removed – selected at random leaving paired data for analysis) | 0 (paired data achieved for all data) |
| Participants included in the analysis | 0 | 0 | 4 (2 sets of paired data) | 8 (4 sets of paired data) | 8 (4 sets of paired data) |
| On each ACIS form, two assessments (completed at two separate occasions) were completed. 20 participants (10 pairs), each participant providing two ACIS assessments, resulted in a total of 40 ACIS assessments to be included in the analysis. | | | | | |

Table 3. Overview of the obtained data from the participants, accounting for missing data.

of missing responses on single skill items. In this study, it was pragmatically decided that up to 25 percent missing responses on items belonging to each scale was acceptable. In effect, the N-ACIS total scale was based on the mean of a minimum of 15 items, whereas the physicality, information exchange, and relations subdomain scores were based on the mean of a minimum of 5, 7, and 4 items respectively.

Each of the twenty-six participating students provided scores from two subsequent observations of the student-client, according to protocol. The 12 groups had an unequal number of participants. In two groups, the students did not return any completed assessments. In two other groups, one participant per group returned the completed N-ACIS sheets. From another two groups, two completed assessments were returned from each group. Three

completed assessments were returned from four groups, whereas the remaining two groups returned completed assessments from four participants.

Participants belonging to a group where only one assessment was returned for analysis were excluded (as they had no other assessment against which to measure agreement). To be able to use as much of the data as possible, we decided to assess the level of rating consistency between sets of two raters only. Thus, we also excluded the data provided by the third student rater (randomly selected) in the four groups where three participants had returned their assessments. In the groups consisting of four participants, we re-arranged the dataset so that two and two student raters were assessed for rating consistency. As a result, the dataset subjected to the interrater agreement analysis consisted of

a total of 40 ACIS assessments coming from 20 raters (10 pairs of raters) who had each performed the assessment at two occasions. Table 3 shows an overview of the obtained data and explains how parts of the data material was excluded from the analysis.

In order to estimate the level of agreement between the student raters, the intraclass correlation coefficients (ICC) were produced (Shrout & Fleiss, 1979; Streiner & Norman, 2008). This method of estimating interrater agreement is not sample dependent and is able to account for several different sources of error simultaneously (Kielhofner, 2006). Judging by the number of journal articles reporting ICCs as a measure of interrater reliability, this method has become more common in the field of occupational therapy over the last years (e.g., Donohue, 2007; Stigen & Page, 2012). As it was the reliability of the specific

| Pair of raters | Observation # | PHYSICALITY | | NFORMATION EX. | | RELATIONS | | ACIS TOTAL | |
|----------------|---------------|-------------|---------|----------------|---------|------------|---------|------------|---------|
| | | Rater 1 | Rater 2 | Rater 1 | Rater 2 | Rater 1 | Rater 2 | Rater 1 | Rater 2 |
| 1 | 1 | 3.00 | 3.20 | 2.50 | 2.78 | 1.00 | 1.00 | 2.22 | 2.42 |
| | 2 | 2.33 | 2.08 | 2.22 | 2.33 | 1.00 | 1.20 | 2.00 | 1.98 |
| 2 | 1 | 3.33 | 3.33 | 3.11 | 3.11 | 2.40 | 2.40 | 3.00 | 3.00 |
| | 2 | 1.83 | 2.00 | 3.11 | 3.22 | 2.20 | 2.20 | 2.50 | 2.60 |
| 3 | 1 | 3.33 | 2.92 | 3.57 | 3.88 | 2.75 | 3.25 | 3.29 | 3.42 |
| | 2 | * | * | 2.89 | 3.75 | * | * | * | * |
| 4 | 1 | 4.00 | 4.00 | 3.33 | 3.00 | * | * | 3.40 | 3.35 |
| | 2 | 4.00 | 4.00 | 3.00 | 3.11 | 2.80 | 3.20 | 3.26 | 3.40 |
| 5 | 1 | 2.50 | 2.17 | 2.00 | 2.38 | 2.20 | 2.00 | 2.20 | 2.21 |
| | 2 | 2.83 | 2.83 | 3.00 | 2.33 | 2.00 | 2.60 | 2.70 | 2.55 |
| 6 | 1 | 4.00 | 4.00 | 3.33 | 3.11 | 3.40 | 3.00 | 3.55 | 3.35 |
| | 2 | 4.00 | 4.00 | 3.11 | 2.89 | 3.60 | 2.60 | 3.50 | 3.15 |
| 7 | 1 | 1.67 | 2.50 | 1.56 | 2.67 | 1.40 | 2.40 | 1.55 | 2.55 |
| | 2 | 4.00 | 4.00 | 3.89 | 4.00 | 3.80 | 3.60 | 3.90 | 3.90 |
| 8 | 1 | 1.33 | 1.17 | 2.11 | 2.56 | 1.60 | 1.60 | 1.75 | 1.90 |
| | 2 | 1.67 | 1.67 | 2.22 | 2.33 | 1.80 | 2.00 | 1.95 | 2.05 |
| 9 | 1 | 4.00 | 4.00 | 3.67 | 2.22 | 3.60 | 1.60 | 3.75 | 2.60 |
| | 2 | 4.00 | 4.00 | 3.11 | 2.56 | 3.40 | 2.20 | 3.45 | 2.90 |
| 10 | 1 | 1.33 | 1.50 | 2.22 | 1.67 | 1.80 | 1.80 | 1.85 | 1.65 |
| | 2 | 1.17 | 1.33 | 2.00 | 2.11 | 1.25 | 1.00 | 1.58 | 1.60 |
| | | ICC = 0.99 | | ICC = 0.76 | | ICC = 0.80 | | ICC = 0.92 | |

Table 4. Scores on skills, subdomains, and N-ACIS total scale provided by pairs of student raters. Note: * indicates missing data.

raters that was being studied, a mixed-effect model was employed, treating N-ACIS scale scores as fixed factors and raters as random factors. Also, given the interest in the raters' consistency in agreement, not their absolute agreement; the consistency type was used. The ICC is interpreted similar to well-known measures of reliability, like Cronbach's alpha. For scale consistency, a ≥ 0.70 is generally considered acceptable, a ≥ 0.80 is good, whereas a ≥ 0.90 is considered excellent (Field, 2005). For satisfactory intrarater/interrater reliability, a ≥ 0.75 is generally required. A confidence interval (95 percent CI)

was constructed around the ICC average measure, and the level of statistical significance was set at $p < 0.05$.

ETHICS

All of the students were informed about the study by the researchers (Authors 1 and 3) and volunteered to participate. As these researchers also had the role of seminar instructors, it was emphasized that study participation was voluntary and there would be no negative consequences (e.g., related to the teaching and learning experience, or to assignment marks) for persons who opted not to participate. Conversely,

participation in the study had no benefit for those who chose to take part. All data was collected anonymously, therefore approval from the Norwegian Data Protection Official for Research was not required.

Results

Table 4 shows the scale scores of all participants after 1) adjusting for missing scores on single skill items and 2) having re-arranged the dataset to allow for pairwise comparisons between two and two student raters who had observed the same student-client at the same two occasions (see data analysis section for details). The

number of pairwise comparisons varied across domains as a result of missing data on some of the scales.

There was excellent consistency in agreement related to the ACIS total score between pairs of student raters (ICC = 0.92, 95 percent CI [0.79, 0.97], $p < 0.001$). There was virtually perfect inter-rater agreement related to the physicality subdomain scores (ICC = 0.99, 95 percent CI [0.96, 0.99], $p < 0.001$). In the information exchange subdomain, the scores of pairs of raters showed a lower level of consistency (and with a wide confidence interval), yet within the limits of what is generally considered acceptable (ICC = 0.76, 95 percent CI [0.38, 0.90], $p < 0.01$). There was good level of consistency (although with a wide confidence interval) between pairs of raters when concerned with the relations subdomain scores (ICC = 0.80, 95 percent CI [0.47, 0.93], $p < 0.001$).

Discussion

This study showed that occupational therapy students, after only minimal training, managed to score the N-ACIS in a way that resulted in a very high level of interrater agreement on the scales between pairs of student raters. The reliability coefficients indicated almost perfect agreement between the student raters on the physicality scale, good to excellent agreement on the relations and total score scales, and acceptable agreement on the information exchange scale.

Hsu and coworkers (2008) limited their research on the Chinese version of the ACIS to ascertain the validity of the scale, and encouraged future studies to

«...examine interrater and intrarater reliability as well as concurrent and predictive validity» (p. 184). The original psychometric study of the ACIS (Forsyth et al., 1999) had a more extensive scope, and it indicated a good level of reliability among the raters using the ACIS. Similar positive results concerning rater reliability were set forth by Kjellberg and coworkers (2003), who reported from a study in which the Swedish translation of the ACIS has been used. However, the Rasch methodology employed in the Forsyth (1999) and Kjellberg (2003) studies is different from the ICC measures produced with the classical test-theory approach in the present study. For example, Forsyth and coworkers (1999) found that the *pattern of scores* was consistent with the applied Rasch model for all except three of the 52 raters, whereas the present study documented the level of *score agreement between pairs of raters*. The few studies in the area, and the different analytical approaches used in them, indicate that comparisons should be made with caution.

Given the very brief training that was provided to the students, our study may indicate that the ACIS has a very intuitive appeal for users, and that little training is required for using it with reliable results. This mirrors the relatively scarce amount of training provided to raters in previous studies (Bonsaksen et al., 2011; Haglund & Thorell, 2004; Kjellberg et al., 2003). However, it should be noted that this study only examined the level of correspondence between student raters, and not the extent to which these ratings were correct or justified (i.e. in correspondence

with an expert opinion). Further studies may ensure that interrater reliability is assessed with reference also to an expert opinion, in order to minimize the error potential associated with lack of adequate training (Kielhofner, 2006).

Considering the students' ratings in a «face value» perspective, there were different levels of interrater correspondence between the three subdomain scales. Physicality was, apparently, the easiest subdomain to agree on, whereas the relations and the information exchange subdomains showed lower measures of agreement. Although skills, according to the MOHO (Kielhofner, 2008) and ACIS (Forsyth et al., 1998) definitions are observable actions, skills in the physicality subdomain may be more clearly observable than skills in the other two domains, and therefore easier to agree on. It may be harder to agree on observations of «expresses» and «sustains» (in the information exchange subdomain) and «relates» and «respects» (in the relations subdomain), compared to observations of «contacts» and «gestures» (in the physicality subdomain). The latter skills clearly include physical action and body movements, whereas the former skills are more open to interpretation. Some interpretation may be needed to determine if a certain skill was performed as part of a person's behavior, before eventually assessing the quality of the skill performance.

Across all skills in all of the ACIS subdomains, however, observers are continually challenged to weigh the relative importance of several specific skill observa-

tions with a view to how they contribute to, or detract from, the successful completion of the activity and the ongoing social interaction (Ellingham et al., 2014; Forsyth et al., 1998). For example, a person may ask questions (the skill «asks» in the information exchange subdomain) several times during a half-hour observation, sometimes rather appropriately, at other times not so appropriately. How such multiple observations are transformed into a single, abstracted score for the skill «asks» is a matter of skilled judgement on the part of the observer. The observer should also be aware of the limitations of his or her skills assessment, as its validity may not extend beyond the current situation (Haglund & Thorell, 2004).

This study was performed in conjunction with students' training in using the ACIS. In fact, the data are based on the students' two training observations. Owing to the small amount of data available, it was not possible to assess whether the interrater reliability increased from the first to the second observation. Hopefully, more assessment experience and the ability to discuss experiences related to the transformation of activity observations into skill ratings, should translate into more skilled assessment practice – and consequently, into improved correspondence between raters. Further studies may not only assess how much training is necessary to have raters produce similar and correct scores, but may also consider how more training, and perhaps various modes of training (e.g., video rating, discussion with expert raters, etc.), may increase the reliability and correctness of scores.

STUDY LIMITATIONS

The study is limited in several ways. The participants were occupational therapy students, and thus not fully qualified therapists. This sample characteristic is, therefore, a limitation in itself. The small sample size, and thus the small amount of data, limits the generalizability of the results. Moreover, it prohibited a meaningful comparison of interrater correspondence between the first and the second observation, which would otherwise be an interesting line of inquiry. Also, the data as based on observations of fellow students roleplaying a character with skills limitations related to communication and interaction. It is possible that this «laboratory experience» setting detracts from the reliability of the results, but there appears to be no reported study using a similar study design, against which our study results can be directly compared.

Interrater reliability was assessed, whereas reliability in the sense of «correctness» was not. Thus, we do not know the extent to which the students' ratings were justified. The students were instructed not to compare their scores before discussing them, and were similarly instructed not to change their individual scores as a result of the discussion. However, we had limited control over the students' behaviors in this respect. It is also possible that those who did not agree to participate in the study were the ones whose scores diverted most from the other group members' scores. If so, such a sample bias would contribute to inflate the measures of interrater agreement.

The study addressed interrater correspondence on the scale

level. As the scales consist of several items, it is possible that multiple inconsistencies between raters have cancelled each other out in the analysis, and that this effect has played a part in producing the very high measures of interrater reliability. Further studies may examine interrater reliability at the more detailed level concerning each of the 20 specific skills listed in the ACIS.

CONCLUSION

The design of the study indicates that the produced results concerning interrater correspondence should be considered preliminary. However, we found a high level of correspondence between the students' ratings with the ACIS after only a very brief training session. We interpret these results as promising in terms of the comprehensibility and feasibility of the ACIS for new and inexperienced users, as well as when considering the amount of training needed for observers.

References

-
- Bonsaksen, T., Celo, C., Myraunet, I., Granå, KE., & Ellingham, B. (2013). Promoting academic-practice partnerships through students' practice placement. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 20(1), 33-39.
 - Bonsaksen, T., Granå, KE., Celo, C., Ellingham, B., & Myraunet, I. (2013). A practice placement design facilitating occupational therapy students' learning. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 8(4), 169-180. doi: 10.1108/JMH-TEP-08-2012-0028
 - Bonsaksen, T., Kvarsnes, H., & Dahl, M.

- (2015). Who wants to go to occupational therapy school? Characteristics of Norwegian occupational therapy students (in press). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*.
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., & Fagermoen, MS. (2012). Factors Associated with Self-Efficacy in Persons with Chronic Illness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(4), 333-339. doi: 10.1111/j.1467-9450.2012.00959.x.
- Bonsaksen, T., Myraunet, I., Celo, C., Granå, KE., & Ellingham, B. (2011). Experiences of occupational therapists and occupational therapy students in using the Assessment of Communication and Interaction Skills in mental health settings in Norway. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(7), 332-338. doi: 10.4276/03080221X13099513661117
- Crepeau, EB. (2003). Analyzing occupation and activity: A way of thinking about occupational performance. In EB Crepeau, ES Cohn & BAB Schell (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (10 ed., pp. 189-198). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Donohue, MV. (2007). Interrater reliability of the Social Profile: Assessment of community and psychiatric group participation. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 54(1), 49-58. doi: 10.1111/j.1440-1630.2006.00622.x
- Ellingham, B., Hussain, RA., & Bonsaksen, T. (2014). *User's manual for the assessment of communication and interaction skills [Brukermanual for kartlegging av ferdigheter i kommunikasjon og interaksjon; in Norwegian]*. Oslo: Oslo and Akershus University College of Applied Sciences.
- Field, A. (2005). *Discovering Statistics Using SPSS* (2 ed.). London: Sage Publications.
- Forsyth, K., Lai, JS., & Kielhofner, G. (1999). The Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS): Measurement Properties. *British Journal of Occupational Therapy*, 62(2), 69-74.
- Forsyth, K., Salamy, M., Simon, S., & Kielhofner, G. (1998). *A User's Guide to the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)*. Version 4. Chicago, USA: University of Illinois.
- Fuller, K. (2011). The effectiveness of occupational performance outcome measures within mental health practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(8), 399-405. doi: 10.4276/03080221X13125646371004
- Haglund, L., & Thorell, LH. (2004). Clinical perspective on the Swedish version of the Assessment of Communication and Interaction Skills: Stability of assessments. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 417-423.
- Hsu, WL., Pan, AW., & Chen, TJ. (2008). A psychometric study of the Chinese version of the Assessment



Active®

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

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

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

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

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

ACCESS VITAL

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

- of Communication and Interaction Skills. *Occupational Therapy in Health Care*, 22(2-3), 177-185. doi: 10.1080/07380570801991818
- Kielhofner, G. (2006). *Research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia, PE: F. A. Davis Company.
- Kielhofner, G. (2008). *A Model of Human Occupation. Theory and Application*. (4 ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kjellberg, A., & Haglund, L. (2015). Utilization of the Swedish version of the Assessment of Communication and Interaction Skills (e-pub ahead of print). *British Journal of Occupational Therapy*. doi: 10.1177/0308022615580328
- Kjellberg, A., Haglund, L., Forsyth, K., & Kielhofner, G. (2003). The measurement properties of the Swedish version of the assessment of communication and interaction skills. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 271-277.
- Laver-Fawcett, A. (2014). Routine standardised outcome measurement to evaluate the effectiveness of occupational therapy intervention: essential or optional? *Ergoterapeuten*, 57(4), 28-37.
- Nielsen, KK., & Andersen, J. (2006). ACIS' feasibility in relation to people with mental illness (ACIS' anvendelighed - i forhold til mennesker med sindslidelser; in Danish). *Ergoterapeuten* (Danish Journal of Occupational Therapy), 5, 21-23.
- Oslo and Akershus University College. (2011). *Bachelor Programme in Occupational Therapy*. Oslo: Oslo and Akershus University College.
- Petersen, K., & Hartvig, B. (2008). A process for translating and validating Model of Human Occupation assessments in the Danish context. *Occupational Therapy in Health Care*, 22(2-3), 139-149. doi: 10.1080/07380570801991784
- Shrout, PE., & Fleiss, JL. (1979). Intraclass correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 85(2), 420-428.
- Simmons, CD., Griswold, LA., & Berg, B. (2010). Evaluation of social interaction during occupational engagement. *American Journal of Occupational Therapy*, 64(1), 10-17.
- Stigen, L., & Page, J. (2012). Inter-rater reliability of the Norwegian version of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis. *Ergoterapeuten*, 55(4), 40-47.
- Streiner, DL., & Norman, GR. (2008). *Health measurement scales - a practical guide to their development and use* (Vol. 4). Oxford: Oxford University Press.
- Thomas, H. (2012). *Occupation-based activity analysis*. Thorofare, NJ: SLACK Inc.



Har du satt av datoen?



Arbeid for mennesker med schizofreni – spiller apati en rolle?

– Hva forsker du på?

– Jeg forsker på arbeidsrehabilitering for personer med schizofreni. Forskning viser at positive symptomer, som hallusinasjoner og vrangforestillinger, ofte oppfattes som de mest alvorlige symptomene. Likevel er det de negative symptomene apati (mangel på motivasjon), affektmatthet (manglende uttrykk), anhedoni (manglende evne til å glede seg over opplevelser) og sosial tilbaketrekning som står for de største begrensningene i yrkesmessig og sosial fungering. Av de negative symptomene har apati en selvstendig innvirkning på yrkesmessig og sosial fungering. Jeg ser på hvordan apati påvirker utfallsmål for personer med schizofreni i arbeidsrehabilitering.

– Min forskning er en del av et større prosjekt, «Jobbmestrende oppfølging» (JMO), som har tilbudt arbeidsrehabilitering til personer med schizofreni, kombinert med: 1) tett samarbeid mellom alle involverte parter og 2) enten kognitiv atferdsterapi eller kognitiv trening to ganger i uken i seks måneder.

– Jeg har først validert Work Behavior Inventory (WBI), et redskap for vurdering av arbeids-evne for personer med schizofreni. Det kartlegger både sosiale ferdigheter, arbeidskvalitet og om man følger aksepterte normer på arbeidsplassen (Bull et al., 2015).

– Hovedtemaet mitt er imidlertid apati og hvordan denne mangelen på motivasjon påvirker arbeid i et arbeidsrehabiliterings-

prosjekt. Studier i Norge viser at cirka 50 prosent av de med schizofrenidiagnose har apati tidlig i forløpet, og at apati minker noe over tid (Evensen et al., 2012; Faerden et al., 2010). Apati er vanligere hos menn enn kvinner med denne diagnosen.

– Hva er dine hovedfunn?

– Det var ingen signifikant forskjell i sysselsettingstall eller timer i arbeid mellom personer med høy og lav apati (Bull et al., 2016). Det var heller ikke sann at personer med apati fungerte dårligere i jobb, målt med WBI. Dette innebærer at personer med apati kan komme i arbeid og fungere i arbeid hvis de får tilbud om arbeidsrehabilitering.

– Studiens design inkluderte en kontrollgruppe som skulle få arbeidsrehabilitering uten kognitiv trening eller kognitiv atferdsterapi, men vi fikk ikke rekruttert til kontrollgruppen, og kan derfor ikke si hvilken betydning de to behandlingsformene har for resultatet.

– I denne studien tellet både skjermet og lønnet arbeid som arbeid. Det var ingen forskjell i hvor mange som kom i jobb når alt arbeid var tatt med, men det var flere med lav apati som kom i ordinært, lønnet arbeid. Selv om det ikke var noen signifikant forskjell i timer i arbeid mellom gruppene, ser vi at apati fluktuerte over tid, og at de med høyere nivå av apati jobber noe mindre, cirka 10 timer i uken mot 20 timer i uken ved ti måneder.

– Hvilken forskningsartikkel



HELEN BULL

Stipendiat ved Universitetet i Oslo (UiO) og deltidsansatt som høgskolelektor ved ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

er den beste du har lest?

– Min favorittartikkel er en litt eldre kvalitativ studie om hva som utgjør forskjellen mellom god og dårlig praksis i rehabilitering til arbeid (Gowdy, Carlson, & Rapp, 2003). Resultatene viser at innstillingen til de ansatte er helt avgjørende. Det som kjennetegner et senter hvor mange kommer i lønnet arbeid, er at de ansatte har tro på at personer med alvorlige psykiske lidelser kan jobbe, de opprettholder forventningene om arbeid gjennom hele sykdomsforløpet, er aktive i å ta opp arbeid som tema, og følger aktivt opp når personen får jobb. Et senter hvor få kommer i lønnet arbeid, kjennetegnes ved at de ansatte tror at arbeid er for stressende og skadelig, de vil ikke påføre stress ved å snakke om jobb, men

avventer til personen selv tar opp temaet, og tar ikke aktivt kontakt når personer får jobb.

– Jeg synes studiens design er god. Forfatterne har først definert suksesskriterier (mange i lønnet arbeid). Så har de identifisert hvilke steder som har/ikke har suksess, og har så brukt en kvalitativ metode for å undersøke forskjellene mellom de som lykkes og ikke lykkes. De har tatt noe fra den kvantitative tilnærmingen for å ramme inn den kvalitative studien, noe som i mitt syn styrker funnene. Resultatene fremmer en ressurs- og løsningsorientert tilnærming som jeg selv har stor tro på. Dette snakker nok til ergoterapeuten i meg.

– Hva trenger vi ergoterapeuter mer forskning om?

– Jeg har lest lite forskning om ergoterapi de siste årene, så her skal jeg trå varsomt. Mitt inntrykk er at vi fortsatt er sterkest på kvalitativ forskning, slik at ergoterapeuter kan trenge noe mer

kvantitativ forskning for å undersøke om det vi gjør, virker.

– På hvilken måte er din forskning anvendbar?

– Arbeid er en viktig og en ønsket rolle for mange, også for personer med schizofreni. Alle-rede i 2000 konstaterte WHO at arbeid er en effektiv metode for inkludering og deltakelse, som er hovedmål innen ergoterapi. Vi vet at apati er forbundet med redusert motivasjon, mindre målrettet atferd, mindre vilje til å anstrenge seg for å nå et mål, og at det svært ofte medfører at man faller utenfor arbeidslivet.

– Nå vet vi at disse personene kan komme i arbeid med tett oppfølging og tilbud om arbeidsrettet rehabilitering. Vi vet også at en deltidsjobb gir de samme gevinstene i selvfølelse, livskvalitet og sosial deltakelse som en heltidsjobb.

Referanser

Bull, H., Ueland, T., Lystad, J. U., Even-

sen, S., Friis, S., Martinsen, E. W., & Falkum, E. (2015). Validation of the work behavior inventory. *Nord J Psychiatry*, 69(4), 300-306. doi: 10.3109/08039488.2014.973902

Bull, H., Ueland, T., Lystad, J. U., Evensen, S., Martinsen, E. W., & Falkum, E. (2016). Vocational Functioning in Schizophrenia Spectrum Disorders: Does Apathy Matter? *J Nerv Ment Dis*.

Evensen, Røssberg, J. I., Barder, H., Haahr, U., Hegelstad, W. t. V., Joa, I., . . . McGlashan, T. (2012). Apathy in first episode psychosis patients: A ten year longitudinal follow-up study. *Schizophr Res*, 136(1-3), 19-24. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2011.12.019>

Faerden, A., Finset, A., Friis, S., Agartz, I., Barrett, E. A., Nesvåg, R., . . . Melle, I. (2010). Apathy in first episode psychosis patients: One year follow up. *Schizophr Res*, 116(1), 20-26. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2009.10.014>

Gowdy, E. A., Carlson, L. S., & Rapp, C. A. (2003). Practices differentiating high-performing from low-performing supported employment programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26(3), 232-239.

Besøk ergoterapeuten.no

Fagbladet har lansert nye nettsider. Dere finner oss på den samme adressen - men med nytt innhold.

De nye sidene inneholder en enkel nyhetsoppdatering. Send gjerne inn tips hvis dere vet om noe spennende som skjer i faget, og som egner seg for umiddelbar publisering. I tillegg legger vi ut aktuelle reportasjer og artikler fra bladet og hele fagbladet som et e-blad.

PRODUKTREGISTERET

Ergoterapeutens produktregister finner dere nå både bakerst i papirutgaven og på nett, se www.ergoterapeuten.no



ergoterapeuten.no/produktregister.

Her finner dere leverandører av hjelpemidler for opptrening av ferdigheter, personlig stell, personforflytting, kommunika-

sjon, varsling og informasjon; innredning og tilpasning av bolig; og lek, fritidsaktiviteter og hjelpemidler for barn. Bruk søkefelt både for å søke etter leverandører og produkter.



Chicago skyline.

Reflections after the 2016 AOTA Annual Conference

By Leah R. Van Antwerp, Mary V. Donohue and Tore Bonsaksen

Leah R. Van Antwerp is an Occupational Therapist and OTD student at Indiana University, in Indianapolis, USA.

Mary V. Donohue is a retired clinical professor at New York University, in New York, USA.

*Tore Bonsaksen is an associate professor at Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, in Oslo, Norway.
E-mail: tore.bonsaksen@hioa.no*

Abstract

The 2016 Annual Conference of the American Occupational Therapy Association (AOTA) was held in Chicago between April 7 and April 10. More than 1100 educational sessions were held, and more than 10 000 participants came to attend them. Topics related to all aspects of the profession, including practice, research and education. In this article, the authors, who attended the conference, reflect on and discuss some of the topics that were presented during the conference. Based on their recent experience they also reflect on apparent trends in, and future challenges for, the occupational therapy as a profession.

INTRODUCTION

This year's American Occupational Therapy Association (AOTA) conference took place at the McCormick Place in central Chicago. It was the association's 96th annual conference, and it was noted that next year's conference in Philadelphia will coincide with the association's grand 100th anniversary. However, there was no indication that occupational therapists from the US and elsewhere were interested in waiting another year to receive new professional input and take part in the current issues of professional debate. More than 10 000 persons came to attend the more than 1100 educational sessions that were held between April 7th and April 10th, where the overall conference theme was «Evidence & Outcomes: Empowering the Profession».

PERSONAL HIGHLIGHTS

Tore: Personally, I was very moved by the personal stories of Jessica Kensky and Patrick Downes (Kensky & Downes, 2016). They were as newlyweds in April 2013 victims of the Boston Marathon bombing and were critically injured. At the conference, almost exactly three years later, they spoke about their long and challenging journeys of recovery and spoke warmly about the support and help they had received from occupational therapists during this time. At a time later during the conference, I attended a presentation focusing on the role of hope in the therapeutic process (Hess, Hoang, Kerr, Randolph, & Windsor, 2016). Perhaps an important aspect of occupational therapy practice is to combine two different perspectives: Helping people to adjust to a difficult reality, for example be-

cause of illness, injury, or lack of environmental resources, and at the same time help them regain a sense of hope that this reality can change.

What were your personal highlights from the conference?

Leah: As a student attending the conference, I had the opportunity to attend the Assembly of Student Delegates (ASD) Meeting with other student peers representing occupational therapy masters and doctorate programs located across the United States. This provided a unique opportunity to network with my peers who are engaged as future leaders of occupational therapy. The theme of the ASD meeting is on leadership, which resonated with me as my own personal theme of the conference. Both the current AOTA President, Dr. Ginny Stoffel, and the President-Elect, Dr. Amy Jo Lamb, spoke to their personal leadership journeys (Lamb, 2016; Stoffel, 2016). Dr. Lamb's address, titled, «Envisioning Your Leadership Path», spoke to envisioning a unique leadership path that was based on individual values rather than cultural or professional norms. Dr. Lamb called on students to carefully reflect on their personal values and priorities, and use this self-awareness to guide professional decision making. As I approach entering the occupational therapy field as a new practitioner, this called on me to carefully consider how my leadership path will shape both my future career and contribute to the evolving occupational therapy profession.

Mary: As Associate Editor of the journal Occupational Therapy in Mental Health, the conference in Chicago provided me with an opportunity to visit therapists at their posters, and encourage them



Tore Bonsaksen.



Leah R. Van Antwerp.



Mary V. Donohue.



Poster presentation by Marilyn B. Cole (left) and Roseanna Tufano.

to share their poster information and findings in manuscript form. In that role I also organized a luncheon meeting of our reviewers and our journal managing editor, so we could become acquainted in person, and hear about trends in psychosocial issues and articles.

Other professional opportunities included dinner meetings and receptions with national and New York occupational therapists. On Saturday I enjoyed going on an architectural and river tour of Chicago and Lake Michigan with last year's Eleanor Clark Slagle lecturer. Being semi-retired has its benefits.

EVIDENCE AND OUTCOMES: THE ONLY ROUTE TO EMPOWERING THE PROFESSION?

Tore: Let us return to the conference theme «Evidence & Outcomes: Empowering the Profession». It appears obvious that research, and in particular research that establish evidence for the efficacy of occupational therapy

interventions, is viewed as key to empowering the profession. In the current climate of debate, where cost-effectiveness is the key mantra, it is easy to agree with this view. However, throughout the profession's 100 year history, I believe it is fair to say that occupational therapists have been largely oriented towards practice, and reflection on practice, as a route to knowledge (Crepeau, Cohn, & Schell, 2003), whereas the focus on measureable outcomes of practice is a relatively new phenomenon in our field. Practice and clinical experience have been considered important in order to develop and empower the individual therapist, and consequently, the profession at large.

I believe several of the presentations I just attended at the AOTA conference were also focused on theoretical arguments, as they advocated for a role for occupational therapists in diverse areas, from community mental health (Mathieson, Belden,

& Gross, 2016) to working with victims of human trafficking (Bryant et al., 2016; Robinson, 2016). Evidence of outcomes of occupational therapists' involvement in the areas that these researchers advocated for, were largely sparse or lacking.

Nonetheless, with the focus on evidence and outcomes during this year's conference: What are your views on the possible routes to empowering the profession in the time to come? Have evidence and outcomes become the only way?

Leah: In the US, much of our occupational therapy practice is driven by payers, which are governed by legislation such as the Affordable Care Act. Government sources of reimbursement are contingent on the ability of a discipline, such as occupational therapy, to provide evidence-based interventions and treatments with outcomes that clearly justify reimbursement. However, as occupational therapists, we are driven to understand the unique and individual contexts that influence our clients. Therefore, our discipline is posed with the challenge to develop and assess evidence based interventions that produce strong positive outcomes, while maintaining our dedication to client-centered practice. This empowers our profession by presenting a challenge that will allow us to grow and strengthen our awareness as an evidence-based science, but we must also be ever cognizant of still maintaining our client-centered practice.

Mary: While evidence-based practice is important and essential for endorsing the efficacy of our profession, Tore's description of the Welcome Ceremony and the Keynote Address by Jessica Kensky and Patrick Downes

(2016) highlights the power of validating the value of our profession when the testimony comes from the children, parents and clients we work with and for. People treated by occupational therapists endorse the improvements made under their guidance and devotion to the possible and the seemingly impossible.

KNOWLEDGE TRANSLATION

Tore: Somewhat related to the previous issue, I think it is important to look at what happens next once evidence of outcomes has been established. I recently learned that it takes 17 years, on average, from evidence of treatment efficacy is established until the treatment is implemented in practice (Balas & Boren, 2000; Tierney et al., 2007). This may advocate for a view that the issue may not just be a lack of evidence, but also the lack of tools (in the widest sense) to carry that evidence over to real life practice situations, where therapists can make use of it to benefit clients. Several presenters advocated for the writing of short summaries of research, as well as for developing clinically focused practice guidelines, as means to bridge the gap between the production and application of knowledge (Lieberman et al., 2016; Maitra & Richard, 2016).

How, in your opinions, can occupational therapists support the process of translating knowledge and evidence into improved practice?

Leah: Translating knowledge into practice was indeed a recurring theme throughout AOTA, and has been the theme of several other lectures and continuing education courses I have attended recently. As Tore mentioned, lack

of evidence is not the only issue in the drive to improve outcomes, but that an additional issue may be the lack of an efficient system to distribute and implement evidence. As a recent graduate and soon-to-be new practitioner, the idea of maintaining productivity and attempting to implement and research evidence-based practice is daunting. Providing research summaries in easily understandable language may be one way to bridge the gap, but focus also needs to be on ensuring that administration, management, and payers also understand and advocate for the application of knowledge.

Mary: Both short summaries of research as well as full length longer articles have a place in enabling verification of results of intervention to reach the occupational therapy practitioner in the field. In addition, in the «State of the Science» symposium at the conference this year, Diane Smith and Joy Hammel provided systematic reviews to indicate where further research is needed by occupational therapists (Hammel et al., 2008; Hammel, Smith, Roth, & Jones, 2016; Smith, 2015). Gaps in our knowledge base documentation need to be addressed. Work participation for people with disabilities was emphasized as a niche not addressed by occupational therapists in our research literature (Hammel et al., 2016). Support groups for people with physical disabilities was pointed to as a way occupational therapists could energize clients to return to work or to sustain a job.

THE ELEANOR CLARKE SLAGLE LECTURE: THE PREPARED MIND

Tore: This year's Eleanor Clarke Slagle (ECS) lecture was held by

Susan L. Garber from Baylor College of Medicine (Garber, 2016). Her presentation took us through the profession's history as well as her personal history, and emphasized that occupational therapists need to take the opportunity for development when it arises. This requires «a prepared mind». The occupational therapist with a prepared mind, as she describes it, is able to adapt standard approaches to meet the needs of individual clients. Moreover, the therapist is able to draw on existing knowledge and experience to invent new treatments for conditions and problems for which few or no beneficial approaches have been identified. Before implementing new treatments, the therapist designs and conducts research to ascertain its efficacy. Ultimately, that knowledge is translated into successful clinical treatment strategies.

As much as I like this description of the ideal occupational therapist, I fear the consequences of setting what may be overly ambitious standards. For me as an occupational therapist, I would fear falling short of the standard. In relation to clients, interprofessional coworkers, and employers, I would fear that the profession has made promises, on behalf of each individual therapist, that few may be able to keep.

What are your opinions about the level of ambition with which we should speak about our profession and its contribution to society?

Leah: Fitting with the theme of the conference, «Evidence & Outcomes: Empowering the Profession», Garber's keynote address on «The Prepared Mind», focused on the importance of evidence, outcomes, and formal

research. The address was inspired by a quote from Louis Pasteur, a world-renowned nineteenth-century French chemist and microbiologist: «Chance favors the prepared mind». According to Garber (2016), a prepared mind is courageous, persistent, curious, flexible, and self-reflective. These words are also descriptive of an occupational therapist, who is constantly adapting, advocating, and assessing to provide optimal treatment to every client. Garber especially denoted the importance of advocating for the profession to management, professionals, and society about the valuable contributions that occupational therapy can make to each of these sources. Our profession has wide-spread applications that can benefit a wide variety of populations, and many do not fully understand the «distinct value» of occupational therapy. Advocacy at local, state, national, and international levels propels our profession into a more visible arena in which we can influence change. To me, increased visibility of, and advocacy for, our profession does pose challenges such as Tore discussed. However, I believe that the dynamic, creative, and client-centered nature of occupational therapists allows us to rise to these challenges, with «prepared minds».

Mary: Relating back to the Slagle lectureship this year regarding having a «prepared mind», we need to be confident in our knowledge and in the contribution we can make to improve people's lives. The «prepared mind», as addressed by Susan L. Garber (2016), encourages us to let people know how creative we can be in assisting them to resume functioning with as much

inspiration as possible. We can tailor our «sales pitch» to the individual's need for information about restoration to their current maximum function.

FUTURE CHALLENGES FOR THE OCCUPATIONAL THERAPY

Tore: Lastly, a large scale conference as the annual AOTA conference certainly is a celebration of the profession and its most recent accomplishments. I believe we do have reason to celebrate the way we have developed into a profession that is beginning to exert influence – within the health care systems as well as on policies. On the other hand, how can we not only celebrate what we have accomplished, but continue to grow as a profession? How would you like to see occupational therapy develop in the years to come?

Leah: This conference highlighted three key areas relevant to occupational therapy practice today: advocacy, outcomes, and knowledge translation. While the conference celebrates the successes of the profession, these areas were often discussed as areas of growth, rather than strength. As occupational therapy continues to develop and grow, the profession needs to continue its focus on improving patient outcomes, while empowering both researchers and clinicians to advocate for knowledge translation.

Mary: During the Science Symposium, Joy Hammel pointed out the lack of emphasis in occupational therapy on social participation, social role participation, and social integration of people with similar disabilities being grouped together in sessions to help each other with work goals (Hammel et al., 2016). This is an area where I would very much like to see

occupational therapists grow. We have all taken courses in activity group process, but some occupational therapists feel 'rusty' in this skill and need to brush up on group interaction skills so that their clients are not missing out on the social support dimension in their recovery or social skill development process.

References

- Balas, E., & Boren, S. (2000). Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement. In E. Balas & S. Boren (Eds.), *Yearbook of Medical Informatics 2000: Patient-centered Systems*. Stuttgart, Germany: Schattauer.
- Bryant, C., Freeman, L., He-Strocchio, M. G. A., Hough, H., Patel, S., Stedman, A., ... Tran, M.-L. (April 7, 2016). Dark Occupations: What We All Need To Know About Human Trafficking, Occupational Disruptions, and Wellness. Paper presented at the 2016 AOTA Annual Conference & Expo, Chicago, IL.
- Crepeau, E. B., Cohn, E. S., & Schell, B. A. B. (Eds.). (2003). *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (10 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Garber, S. L. (April 7, 2016). Eleanor Clarke Slagle Lecture: The Prepared Mind. Paper presented at the 2016 AOTA Annual Conference & Expo, Chicago, IL.
- Hammel, J., Magasi, S., Heinemann, A., Whiteneck, G., Bogner, J., & Rodriguez, E. (2008). What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disability & Rehabilitation*, 30(19), 1445-1460. doi: 10.1080/09638280701625534
- Hammel, J., Smith, D., Roth, E., & Jones, R. (April 8, 2016). AOTF State of the Science Symposium 25th Anniversary of the Americans with Disabilities Act: State of the Science in Occupational Therapy. Paper presented at the 2016 AOTA Annual Conference & Expo, Chicago, IL.
- Hess, K., Hoang, K., Kerr, L., Randolph, J., & Windsor, R. (April 9, 2016). A

- Qualitative Analysis of Therapists' Perceptions of the Role of Hope in the Therapeutic Process. Paper presented at the 2016 AOTA Annual Conference & Expo, Chicago, Il.
- Kensky, J., & Downes, P. (April 7, 2016). A Story of Recovery and Resilience. Paper presented at the 2016 AOTA Annual Conference & Expo, Chicago, Il.
- Lamb, A. J. (April 9, 2016). The Power of Authenticity. Paper presented at the 2016 AOTA Annual Conference & Expo, Chicago, Il.
- Lieberman, D., Cahill, S., Arbesman, M., Marshina, M., Reder, R., & Zelnick, D. (April 7, 2016). Knowledge Translation: Integrating Evidence Into Clinical Practice. Paper presented at the 2016 AOTA Annual Conference & Expo, Chicago, Il.
- Mathieson, K., Belden, C. V., & Gross, M. (April 7, 2016). A Qualitative Study of the Role of Occupational Therapy in Mental Health Community-Based Settings. Paper presented at the 2016 AOTA Annual Conference & Expo, Chicago, Il.
- Robinson, M. (April 8, 2016). The Role of Occupational Therapy in Human Trafficking. Paper presented at the 2016 AOTA Annual Conference & Expo, Chicago, Il.
- Smith, D. L. (2015). Does the type of disability and participation in rehabilitation affect satisfaction of stroke survivors? Results from the 2013 Behavior Risk Factor Surveillance System (BRFSS). *Disabilities and Health Journal*, 8(4), 557-563. doi: 10.1016/j.dhjo.2015.05.001
- Stoffel, V. C. (April 8, 2016). Coming Home to Family: Now is the Time! Paper presented at the 2016 AOTA Annual Conference & Expo, Chicago, Il.
- Tierney, W. M., Oppenheimer, C. C., Hudson, B. L., Benz, J., Finn, A., Hickner, J. M., . . . Gaylin, D. S. (2007). A National Survey of Primary Care Practice-Based Research Networks. *The Annals of Family Medicine*, 5(3), 242-250. doi: 10.1370/afm.699

Ergoterapeuter viser at hverdagslivet er mulig på 17. mai

Tekst og foto: Signe Rottem Dahl og Sissel Horghagen

Ergoterapeututdanninga i Trondheim markerte seg på en fin måte i Folketoget på 17. mai. Tillitsvalgt for 2.klasse, Signe Rottem Dahl, sto i bresjen for arrangementet. Hun tok ansvar for at 70 røde ballonger med skrifta «Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig» ble blåst opp med helium. – En imponerende innsats i seg selv! Det er tradisjon i Folketoget i Trondheim at lag, organisasjoner og ikke minst studentorganisasjoner deltar i toget. Deltakelsen førte til en fin promotering av utdanningen og skapte glede både blant de som deltok, og de som så på. Bildet viser noen av de cirka 30 - 40 personene som deltok i toget.



Aktiv i rullestol

Beitostølen Helsesportsenter har i årevis hatt rullestol-kurset «Aktiv i rullestol» som en del av rehabiliteringstilbudet. Kurset gir rullestolbrukere trening av ferdigheter i rullestol, med mål om å øke tryggheten i hverdagen, samtidig som det skal inspirere til økt deltakelse i fysisk aktivitet.

Av Camilla V. Holmøy



Camilla V. Holmøy er ergoterapeut på Beitostølen Helsesportsenter.

Epost: camilla.holmoy@bhss.no

Kurset fungerer også som en arena hvor nye og mer erfarne rullestolbrukere kan dele opplevelser og erfaringer.

«Kurset burde nesten vært obligatorisk», sier Sveinung Gullbekk (52) fra Oslo. Han har deltatt på sitt første «Aktiv i rullestol»-kurs ved Beitostølen Helsesportsenter og sitter igjen med positive erfaringer. «Tryggheten i hverdagen som dette kurset har gitt meg, har stor nytteverdi».

«Aktiv i rullestol» (AiR) arrangeres årlig og har vært en fast del av tilbudet ved helsesportsenteret siden 2000. Det var i utgangspunktet ment som et tilbud til voksne ryggmargsskadde, men man så raskt at behovet for rullestolopplæring var minst like stort i andre brukergrupper. Allerede fra starten ble «Aktiv i rullestol» godt mottatt, og noen år senere hadde helsesportsenteret oppstart av «Ung og aktiv i rullestol» for også å ha et tilbud til yngre rullestolbrukere. Tilbudet gis nå til barn, ungdom og voksne i alle diagnosegrupper. Kurset arrangeres over to uker for barn og ungdom, og tre uker for voksne. Hensikten med kurset er å øke selvtillit og trygghet hos rullestolbrukere, samt å bidra til å lette hverdagens aktiviteter og gjøremål. Vi håper det kan åpne nye dører og vise at det er fullt mulig å være aktiv når man sitter i rullestol. Dette er selvfølgelig like viktig for de som benytter seg av rullestol i mindre grad, til avlastning, korte forflytninger eller bare på reiser. Her ønsker vi å vise at rullestolen ikke skal være en begrensning eller et steg tilbake, men snarere et hjelpemiddel som kan gi større bevegelsesfrihet og mer energi og overskudd i hverdagen. *«Stolen er viktig avlastning for meg, og det viktigste jeg sitter igjen med etter at det har gått et drøyt år siden kurset, er teknikken jeg lærte (og*

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen

øvede på) med hensyn til fremdrift. Hensiktsmessig bruk av drivringene og plassering av overkropp er å foretrekke fremfor rå styrke», sier Per Arne Enstad (63, AiR 2014).

Små endringer kan utgjøre store forskjeller både for selvstendighet i hverdagen, økt selvtillit, større bevegelsesfrihet og økt motivasjon for fysisk aktivitet. Gjennom helsesportscenterets visjon «Aktivitet og deltakelse gjennom livet» ønsker vi å gjøre hverdagens utfordringer lettere, med tilpasset fysisk aktivitet som vårt viktigste virkemiddel. Under oppholdet får brukerne oppfølging av kjerneteamet bestående av ergoterapeuter, fysioterapeut, og idrettspedagoger som tilrettelegger for den daglige aktiviteten. I tillegg jobbes det tett sammen med sosionom, lege og sykepleiere for å sørge for at brukerne får et helhetlig og trygt tilbud. Noe av det viktigste er likevel at rullestolkurset er en arena hvor deltakerne kan lære av hverandre og dra nytte av de ulike erfaringer. Helsesportscenteret har i tillegg et samarbeid med Norges idrettshøgskole og utdanningen Fysisk aktivitet og funksjonshemming (FAF), hvor studentene har praksisperiode under rullestolkurset og er med som instruktører.

RULLESTOLTEKNIKK

Noen brukere som kommer til helsesportscenteret, har allerede utviklet gode ferdigheter i rullestolteknikk, og har gjerne sittet i rullestol i flere år. Andre har brukt rullestolen i mindre grad til avlastning og korte forflytninger, men ønsker å lære seg å håndtere rullestolen bedre, da de vet at den blir et viktig hjelpemiddel i årene som kommer. Vi tilrettelegger øvelser og aktiviteter slik at hver enkelt blir møtt på sitt nivå, ettersom funksjonsnivå, diagnoser og erfaring ofte varierer. Her er det også viktig å tenke på forebygging av belastningsskader og energioptimalisering, ved å tilpasse utfordringene til hver enkelt brukers aktivitetsnivå.

Det første brukerne blir utfordret i, er grunnleggende kjøreteknikk og bakhjulsbalanse, da dette er avgjørende for hvilke utfordringer de mestrer senere i oppholdet. Her gjelder det å finne gode og energibesparende metoder for å gjøre forflytning så lett som mulig. Utover i oppholdet fokuserer vi på forsering av ulike hindre, som fortauskanter, ferister, trapp og kjøring i bakker og ulendt terreng. Vi tar med oss brukerne ut i bybildet, slik at de kan teste sine ferdigheter i mer naturlige omgivelser. Tilbudet skal være helhetlig, og vi bruker mye tid på at brukerne skal bli bedre kjent med rullestolen sin.



Sveinung trener på forsering av fortauskanter.

De lærer hvordan de kan gjøre enkle justeringer på rullestolens rygg, fotbrett og vippepunkt, samt viktigheten av vedlikehold av stolen, ved for eksempel fjerning av smuss og hår i sving- og drivhjul. Dette er elementer som hele tiden er med på å påvirke stolens kjøreegenskaper.

I tillegg til spesifikke rullestolferdigheter tilbyr vi ulike trenings- og fritidsaktiviteter som rullestoldans, ballspill, rullestolpigg, el-innebandy, skyting, kajak/kano, styrketrening, svømming og sykling. Det skal være mulig for de fleste å finne gode aktiviteter de kan fortsette med også når de kommer hjem. Tilbakemeldingen fra mange deltakere er at de har savnet aktiviteter som gjør dem andpustne og slitne, savnet et fellesskap og savnet å bruke kroppen til noe annet enn bare forflytning.

ØKT TRYGGHET OG DAGLIGE UTFORDRINGER

Helsesportscenteret opplever at brukere som deltar på kurset, i stor grad sitter igjen med et positivt utbytte. Dette gjelder både de som nylig har blitt rullestolbrukere, og de som har sittet i rullestol over lengre tid. Én av disse er Silje Borgan (24) fra Trond-

heim. «Jeg tror denne type emnekurs er veldig viktig for alle rullestolbrukere. Både dem som har sittet i rullestol hele livet, som meg, og kanskje har lagt til seg noen energistjelende uvaner, og for dem som har havnet i rullestol brått og uventet». Brukere opplever at det er lite tilbud på dette området og mange er utrygge og usikre på egne ferdigheter. «Det gjør noe med selvtilliten din hvis du kan føre stolen din på en god måte. Den blir ikke bare et utstyr du bruker, men en naturlig del av deg», sier Silje.

Noen av utfordringene våre brukere møter, og årsaken til at flere søker seg til et «Aktiv i rullestol»-kurs, er vansker med å håndtere daglige utfordringer. Samfunnet er ikke godt nok tilrettelagt slik at mennesker med funksjonsnedsettelse kan delta i alle sosiale fellesskap, på offentlige arrangement eller forflytte seg der de ønsker. Å forsere fortauskanter, benytte seg av kollektivtransport og handling i matbutikken er for mange en utfordring. Mange synes også det er vanskelig å vite hvordan de skal være aktive og holde seg i form. Målet er å redusere disse daglige utfordringene slik at brukerne kan disponere sine krefter og ressurser slik de ønsker. Med grunnleggende ferdigheter i å mestre egen rullestol har brukeren langt bedre forutsetninger i møte med de daglige utfordringene.

Ingen skal være redd for å bevege seg ute i samfunnet i rullestol. «Tidligere har jeg vært feig og redd for å dumme meg ut. Nå er jeg tryggere på meg selv i rullestolen og er ikke lenger redd for å kjøre ned fortauskanter eller inn og ut av T-banen», sier Sveinung.

De aller fleste deltakerne på «Aktiv i rullestol»-kurs har som mål å øke selvstendigheten i hverdagen og kunne mestre så mye som mulig uten hjelp fra familie, venner og assistenter. «Det viktigste jeg har lært under oppholdet, er at jeg klarer å passere kanter på egenhånd. De var litt skumle da jeg startet, og jeg stoppet ofte på ganske lave kanter og prøvde å finne en vei rundt, men det er ikke alltid det finnes. Nå vet jeg at jeg både har styrken og teknikken til å passere dem på egenhånd», sier Silje.

ERFARINGSUTVEKSLING

I tillegg til bedring av tekniske ferdigheter og fokus på trening ønsker vi at rullestolkurset skal være en arena hvor brukerne kan dele erfaringer, opplevelser og tips. Mange får en «boost» av å se hvordan andre takler sine utfordringer, samtidig som de er veldig flinke til å backe hverandre opp og glede seg på hverandres vegne. Å være i et fellesskap med mennesker i tilsvarende situasjon kan være et ven-



Sveinung Gullbekk (til høyre) sammen med Oddvar Hauge.

depunkt for mange, da de blir inspirert, motivert og pushet av hverandre. Mange rullestolbrukere har også interessante løsninger på hverdagslige utfordringer som også vi som fagpersoner har nytte av å lære. Vi lærer ofte like mye av brukerne som kommer hit, da de sitter på en helt annen erfaring enn de fleste av oss. I sammenheng med erfaringsutveksling har vi også alltid hatt med instruktører som selv er rullestolbrukere. De første årene hadde senteret innleide instruktører, mens vi i dag har ansatte i rullestol med lang erfaring. Ergoterapeut ved Beitostølen Helsesportsenter, Hilde Ingvaldsen, har 20 års erfaring som rullestolbruker og har vært med som instruktør og veileder på rullestolkursene i åtte år. Hennes lange egen erfaring som rullestolbruker ser ut til å bidra til økt trygghet og tillit i gruppa. At også ansatte sitter i rullestol, gir motivasjon til brukere, da Hilde er et tydelig forbilde hva deltakelse i fysisk aktivitet gjelder. Tilbakemeldinger fra brukere er at det kan være lettere å ta instruksjon fra noen man vet har vært eller er i tilsvarende situasjon.

AKTIVITETSHJELPEMIDLER

Under «Aktiv i rullestol» 2015 hadde vi et forsterket fokus på aktivitetshjelpemidler sammenlignet med tidligere år. I tillegg til hjelpemidlene vi allerede har ved helsesportsenteret, arrangerte vi hjelpemiddelmesse med mange av de største hjelpemiddelleverandørene, hvor brukerne fikk mulighet til å prøve ulikt utstyr som sykler, piggekjelker, rullestoler og tilbehør til rullestoler. Målet vårt er å vise hvilke muligheter som finnes, og hvilke spesialtilpasninger det



Sveinung Gullbekk og Oddvar Hauge.

er mulig å gjøre for at utstyret skal være best mulig tilpasset hver enkelt bruker. Å finne det riktige hjelpemiddelet kan være viktig med tanke på brukers motivasjon og hvor aktiv en bruker kan være i eget

liv. «Etter å ha fått hjelp til å søke NAV, fikk jeg tildelt en trehjulssykkel med elektrisk hjelpemotor litt ut på sommeren i fjor. Denne har jeg brukt flittig og rakk faktisk å runde 80 mil med den før vinteren gjorde videre bruk vanskelig. Fantastisk innretning som passer mitt handikap helt prikk!» sier Per Arne.

Beitostølen Helseportsenter anser denne typen emnekurs som viktig for rullestolbrukere, da det har en tydelig overføringsverdi til hverdagen og lokalmiljøet. Vi håper å kunne bidra til å bedre brukernes ferdigheter i rullestol, gi brukere et psykisk løft og motivasjon til å fortsette med lystbetonte og helsefremmende aktiviteter. Økt trygghet og selvtillit vil kunne bidra til økt selvstendighet i hverdagslige gjøremål som mange av oss tar for gitt.

Høsten 2016 setter vi i gang med nye rullestolkurs for både barn, ungdom og voksne, og vi håper derfor å nå ut til så mange som mulig av brukere, terapeuter og foresatte for å sørge for at de som ønsker det, skal få mulighet til å delta. For mer informasjon om rullestolkurset kan du gå inn på helsesportsenterets nettsider; www.bhss.no.



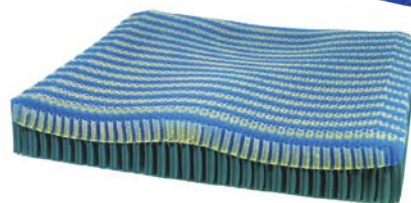
Prøv selv! Bestill produkt demonstrasjon eller gratis demopute nå!

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



Contoured Ekstra Myk Bredere Sittegroup

konturert, sidestabil pute for para- og tetraplegikere med høy risiko for trykksår



Slimline Ekstra Myk

konturert, lav pute for aktive brukere med mellom / lav risiko for trykksår

GÖRAN SJÖDÉN'S REHABSHOP NORGE AS

Kontor: Vogellund 31, 1394 Nesbru Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru
Tel: +47 48 50 32 97 www.rehabshop.com Facebook.com/RehabshopNorge

ERGOTERAPIPRAKSIS I NEPAL

Vi er to nyutdannede ergoterapeuter som studerte ved NTNU i Trondheim. I vår siste praksisperiode reiste totalt sju ergoterapistudenter til Nepal for å jobbe på dagsenter for barn med utviklingshemming.

Av Lisabeth Svinvik og Viktoria Grundt-Ileby



Lisabeth Svinvik (i grønt), og Viktoria Grundt-Ileby. Kledd i kurta - nepalsk drakt og klare for bryllup.



Å ha et funksjonshemmet barn er en skam for samfunnet.

Nepal er et lite land som ligger inneklemt mellom India og Kina, med bare om lag en tredjedel av Norges overflate. Innenfor dette området finner vi den største høydeforskjellen i verden, da Nepal strekker seg fra lavlandsområder som på det laveste er 90 meter over havet, og helt til toppen av Mount Everest, verdens høyeste fjell med sine majestetiske 8848 meter.

Til tross for at landet er lite, har det en befolkning på cirka 30 millioner. Det er trangt om plassen, og det er mye støy og forurensning, spesielt i hovedstaden Kathmandu. Nepal er verdenskjent for sin ville og vakre natur, verdifulle gamle minnesmerker og en mangfoldig befolkning som snakker over 100 språk og har bevart mye gammel og tradisjonell kultur. Til tross for sin rike kultur er Nepal et av verdens fattigste land. Ifølge internasjonal statistikk er forholdene for kvinner dårligst av alle land i Sør-Asia.

INNTRYKK OG REFLEKSJONER

Under oppholder i Nepal måtte vi fordøye mange positive og negative inntrykk. Vi fikk flere spørsmål om barn med autisme og Down syndrom kunne kureres, og om vi har «slike» barn i Norge. Å ha et

funksjonshemmet barn er en skam for samfunnet. De blir ofte gjemt vekk og får ikke den oppfølgingen de trenger eller det livet de fortjener. For oss var det hjerteskjærende å se hvilket syn samfunnet har på funksjonshemmede. Familier med få ressurser får ikke muligheten til å gi barna sine en fremtid, og det er ofte funksjonshemmede eller ekstremt fattige barn som står uten skolegang.

Det ble registrert glede blant de barna som var på dagsentrene. Her fikk de mulighet til å være seg selv og bli inkludert i et samfunn på tross av funksjonshemmingen. På dagsentrene traff de andre barn i lik situasjon, og de viste stor kjærlighet og omsorg for hverandre, noe som var rørende.

OM DAGSENTRENE OG VÅRE ARBEIDSOPPGAVER

Vi jobbet på to ulike dagsentre, og arbeidsoppgavene var svært varierende ut ifra hvilket dagsenter vi var på. Dagsentrene ble driftet av personer med et stort engasjement for funksjonshemmede. Aldersspennet på barna på dagsentrene varierte stort sett fra tre til atten år.

De ansatte besto ofte av foreldre, lærere, frivillige og unge mennesker (som trengte jobb).

Arbeidsoppgavene ble styrt ut ifra hvilke ressurser dagsenteret hadde. Noen av dagsentrene hadde betydelig mer ressurser enn andre. Dette satte noen begrensninger i forhold til behovene vi så fra et ergoterapeutisk perspektiv.

Til tross for redusert tilgang på ressurser lærte vi å tenke kreativt for å finne løsninger. Underveis i praksisen ble det blant annet implementert et kommunikasjonsverktøy for en jente med cerebral parese. Dette bidro til at hun ble mer selvstendig og mer deltakende i hverdagen. Det ble også lagt arbeid i barnas utfordringer i ADL. Ellers var fokuset i arbeidet å tilrettelegge for aktiviteter og å skape mestring og glede opp mot målene barna hadde.

PÅ TVERS AV KULTURER

Underveis i praksisperioden fikk vi mer kunnskap om en annen kultur og deres arbeid med barn som hadde en funksjonshemming. I forhold til vestlig, ergoterapeutisk fokus, hadde de i Nepal større fokus på pugging og læring, og felles ønsker og mål. Utfordringene for oss som studenter var å tilrettelegge for barnas individuelle behov. Til tross for at barna har funksjonshemminger, er forventningene til dem omtrent det samme som for de andre barna i samfunnet. Det gjør at barna opplever lite mestring og mye frustrasjon i løpet av hverdagen. I skole- og undervisningssammenheng var det ikke tilrettelagt for de barna som hadde særskilte behov, og det var lite arbeidsro og struktur.

VANLIG MED SLAG

Med landets fokus på disiplin, der kreativitet og kritisk tankegang blir utelatt, ble vi i flere tilfeller



På dagsenter i Dharan, øst i Nepal. Å lime silkepapir på motiv, var en populær aktivitet blant barna!



De ansatte besto ofte av foreldre, lærere, frivillige og unge mennesker som trengte jobb.

vitne til konsekvensene av ikke å høre på læreren. Som et ledd i barneoppdragelsen er det vanlig at både foreldre og lærerne slår barna. Dette fører videre til at barn slår barn. Som studenter var det utfordrende å gripe inn i disse situasjonene uten å få en uvanlig reaksjon fra befolkningen, da dette var en del av kulturen.

Å prøve og endre slike holdninger og vaner, spesielt knyttet til funksjonshemmede, var utfordrende. Å vise respekt for en annen kultur var viktig underveis i praksisperioden, til tross for at vi var uenige. Det var likevel vesentlig for en potensiell

endring å gi en reaksjon på slike holdninger.

AVSLUTNING

Kunnskapen og erfaringene vi har fått i praksisperioden vil vi ta med oss videre i arbeidslivet som ergoterapeuter. Det å bidra med vår ergoterapikunnskap i et sårbart land har vært verdifullt for oss. Vi håper at dette innlegget kan motivere flere studenter til å utføre praksisperioden i utlandet.

Vi anbefaler Nepal hvis du vil oppleve storslått natur, et fantastisk folkeslag, smaksrik mat, haugevis med kulturelle severdigheter, samt en uforglemmelig praksis.

ERGOTERAPEUTENE I ØSTFOLD

PIONERENE OG ILDSJELENE

Da yrkestittelen skiftet fra arbeidsterapeut til ergoterapeut og ergoterapi ble offentlig godkjent, ble Siri, Elise og Bodil på Sosialmedisinsk avdeling i Fredrikstad enige om at tiden var inne for å registrere en lokalforening for ergoterapeutene i Østfold.

Av Bodil Bø Karlsen

Vi ble registrert som lokalforening i Norsk Ergoterapeutforbund 7. september 1975. Anna Lisa M. Simonsen var vår første styreleder og fylkets pioner. Hun ble ansatt på Vårli realskole for funksjonshemmede allerede i 1955.

HVEM VAR VI SOM ETABLERTE OSS I ØSTFOLD

Styret: *Formann:* Anna-Lisa Simonsen, Mosseporten sykehjem, Moss. *Nestformann:* Elise Johansen, Sosialmedisinsk avdeling, Sentralsykehuset for Østfold, Fredrikstad. *Kasserer:* Nanna Selvaag Falao, Østfoldheimen, Fredrikstad. *Sekretær:* Bodil Bø Karlsen, Sosial medisinsk avdeling, Sentralsykehuset for Østfold, Fredrikstad. *Forpraksiskontakt:* Elise Johansen. *Lønnskontakt:* Anne-Mette Hansen, Psykiatrisk avdeling, Sentralsykehuset i Fredrikstad

Øvrige medlemmer: Siri Kolstad Heen, Sosialmedisinsk avdeling, Sentralsykehuset for Østfold, Fredrikstad. Jorunn S. Strønes, Edwin Ruuds Hospital, Mysen, Elsie Wallenberg Mosseporten Sykehjem, Moss. Conny van Engelen, Psykiatrisk avdeling, Sentralsykehuset i Fredrikstad

Medlemmer i permisjon: Anne Austbø, Fredrikstad. Solveig Degernes, Halden. Bjørg Hellerud Hansen, Moss

HVILKE SAKER TOK VI OPP

Det første året besøkte vi hverandres arbeidsplasser og vi fikk et godt innblikk i ulike arbeidsmodeller. Samværet og fellesskapet i foreningen har for mange vært til inspirasjon og positiv kollegial støtte. En av våre hovedoppgaver var tidlig å kartlegge fremtidige behov for ergoterapitjenester i fylket. Den ble sendt til administrasjons- og etatledere i helse- og sosialsektoren i fylket. For øvrig fikk vi henvendelser fra sykepleierskolen, hjelpepleierskolen og aktivitørlinjen i fylket, som var nysgjerrige på og interesserte i sine nye kolleger.

Vi holdt ni møter det første året, hvor vi blant annet fikk besøk av fysioterapeut og psykolog som delte sine erfaringer fra team-samarbeid med



Fra venstre Elise Johansen, Siri Kolstad Heen og Bodil Bø Karlsen.

ergoterapeut. Vi lagde også utkast til avisartikkel om ergoterapi og delte erfaringer fra undervisning for forskjellige faggrupper.

Skolen vår henvendte seg til oss med oppfordring om å opprette plasser for forpraksis og etterpraksis. I tiden 1970–76, ble det registrert at sosialmedisinsk avdeling tok imot fem forpraktikanter og fjorten etterpraktikanter. Praksistiden varte i tre måneder og var avgjørende for å få studieplass. I denne perioden ble det viktig å vurdere om praktikanten egnet seg til å fullføre studiet. Skolen tok avgjørelsen på bakgrunn av informasjon fra veileder fra praksisstedet.

Til landsmøtet første året sendte vi forslag om praksisplasser i Østfold. Ett styremedlem representerte Østfold.

Som pensjonister stiller vi oss spørsmålet: Hvordan har ergoterapiutdannelsen og yrket vårt påvirket oss som personer? Det har vært en glede å treffe alle styremedlemmene på telefon, og oppleve et positivt engasjement som forteller at vi har ivaretatt holdningen og betydningen av hverdagsmestring og at menneskene rundt oss trives best med å være selvhjulpne. Det er naturlig at vi som faggruppe medvirker til å legge til rette for at det blir oppfylt. Vi ser videre verdien av å ha tilhørighet og fellesskap.

BETYDNINGEN AV HVORDAN VI STARTET OPP SOM YRKESAKTIVE

I boka «Pionerenes fortellinger – da ergoterapifaget var nytt i Norge» finnes følgende undertekst. «Følg ikke alltid stien. Gå heller der det ikke er noen sti, og etterlat deg en». Dette kan vi stå inne for. Da vi som nyutdannede arbeidsterapeuter reiste ut og etablerte oss i nytt og ukjent terreng, etablerte de fleste av oss seg samtidig med familie. Det krevde ekstra pågangsmot og vilje til å lykkes både hjemme og på jobb.

Takk til alle i styret for inspirasjon, gode bidrag og hyggelig kontakt.

ERFARINGER VED KRONISK UTMATTELSESSYNDROM

Den tredje samlingen i fagnettverket for kronisk utmattelsessyndrom/myalgisk encefalopati (CFS/ME) ble holdt i Oslo i april. Det ble utvekslet erfaringer og kunnskap, og det nyeste innen forskning ble presentert.

Av Trude Wabakken

Første innlegg ble holdt av Nina Almås, fagleder for ergoterapi ved Skogli Helse- og Rehabiliteringssenter. Temaet var barn som pårørende, med fokus på det ansvaret helsepersonell har for dem. Endringer i rundskriv fra Helsedirektoratet, gjeldende fra første januar 2010, regulerer helsepersonells «plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende». Bestemmelsene skal sikre at barn av syke foreldre blir fanget opp tidlig, og at både barn og foreldre får nødvendig hjelp til å mestre situasjonen. Bestemmelsene gjelder for helsepersonell både i spesialist- og kommunehelsetjenesten samt i private helsetjenester. Spesialisthelsetjenesten er i tillegg pålagt å ha barneansvarlig personell for å sikre familienes oppfølgingsbehov.

Nina Almås fortalte også om hvordan mindfulness kan brukes i arbeidet med CFS/ME-pasienter. Oppmerksomhetstrening kan gi pasienten bedre anledning til å bli kjent med seg selv, ved å bli mer bevisst på hva som skjer i kropp og sinn. Ved å trene på å være oppmerksom på det som skjer i øyeblikket, blir det også enklere å gjenkjenne egne vane- og tankemønstre. Metoden kan bidra til å redusere stress og uro, og gjøre pasienten bedre i stand til å mestre belastninger i hverdagslivet.

Ulike eksempler på aktivitetsregulering og aktivitetsplaner ble presentert av Berit Widerøe Njølstad, ergoterapispesialist ved Oslo universitetssykehus og Nasjonal kompetansetjeneste for CFS/ME. Hensikten med en plan er å hjelpe pasienten å disponere egen energi og kapasitet. Gjennom å kartlegge hva som oppleves energitappende, og hvilke aktiviteter som virker forfriskende, kan man innarbeide gode rutiner og skape mest mulig forutsigbarhet i hverdagen.

Et spennende alternativ til aktivitetsplanen er det nye verktøyet Aktivitetsvekter (Activiteitenweger), som er utarbeidet spesielt for ergoterapeuter. Verktøyet er nederlandsk, og er oversatt til engelsk. Irma Pinxsterhuis, ergoterapispesialist ved Oslo universitetssykehus og Høgskolen i Oslo og Akershus, jobber med en norsk oversettelse. I tillegg til kart-

legging og målformulering er vekting av aktivitet og vurdering av aktivitetsnivå sentrale begreper.

Irma Pinxsterhuis presenterte også sitt eget doktorgradsprosjekt: «A self-management programme for individuals with chronic fatigue syndrome: Development, piloting and evaluation». Overordnet mål for studien var å «utvikle og evaluere et selvhjelpskurs for voksne med CFS som fører til bedre mestring av sykdommen, og som kan bli implementert i primærhelsetjenesten». Fordelt på intervensjon- og kontrollgruppe deltok 146 personer i studien. Selvhjelpskurset så ut til å ha en stabiliserende effekt på utmattelse og self-efficacy (mestringsforventning), og kan derfor være en nyttig intervensjon. Likevel vil det være behov for oppfølgingsstudier før en med sikkerhet kan si noe om effektiviteten av selvhjelpskurset.

Erfaringer med alvorlig syke og ambulant virksomhet fikk vi høre om fra Bjørg Rene, ergoterapispesialist ved Haukeland universitetssykehus. Hun la fram en case som skapte gode diskusjoner og erfaringsutvekslinger. De aller sykeste CFS/ME-pasientene er ikke i stand til å ta imot det helsetjenestetilbudet som tilbys de fleste steder. Ambulant team er opprettet for å oppsøke denne pasientgruppen i hjemmet. Ved å jobbe tverrfaglig og blant annet foreta en funksjonskartlegging i samarbeid med pasient og pårørende startes arbeidet med å stabilisere sykdommen. Deretter er det nødvendig å gi veiledning ut til kommunene for videre oppfølging av pasienten der.

Erfaringer med å bli bedre av CFS/ME fikk vi høre om av to unge jenter som fortalte om sin opplevelse av sykdommen, om mestring, opp- og nedturer og bedring. Vi fikk også presentert suksesshistorier fra to av ergoterapeutene som deltok på fagdagene. Disse fortalte om sine metoder og sitt arbeid i møte med CFS/ME-pasienter.

Hvis du ønsker å stå på mailinglisten til CFS/ME fagnettverk for ergoterapeuter, ta kontakt med Ida Sofie Skukkestad på epost: ida-sofie.skukkestad@nes-ak.kommune.no.

A-ONE

I juni arrangerte Ergoterapeutene et fem-dagers kurs i samarbeid med ergoterapeutene på Akershus Universitetssykehus. A-ONE står for «The ADL-focused Occupation-based Neurobehavioral Evaluation». A-ONE er et standardisert instrument som brukes av ergoterapeuter for å vurdere kortikale utfall samt gradere hjelpebehov i ADL-aktiviteter.

Av Solveig Elisabeth Hermann

I desember 2015 ble kurset annonsert i Ergoterapeuten. I tillegg til dette ble det sendt ut e-post til alle landets kommuner med lettfattat informasjon og link til kurset. Påmeldingene lot ikke vente lenge på seg. 32 ergoterapeuter fra hele landet møttes på Fagerborg Hotell i Lillestrøm. Det var imponerende stor geografisk spredning blant deltakerne. Terapeutene hadde arbeidserfaring fra både sykehus, kommunehelsetjeneste og andre institusjoner.

Ingrid Helen Smith Halvorsen, ergoterapeut fra styret i Region Sørøst, var en av deltakerne på kurset, og hun ønsket velkommen på vegne av forbundet. Hun videreformidlet en hyggelig hilsen fra Nils Erik Ness som skrøt av kursdeltakerne som hadde meldt seg på kurs, med ordene: «Dere er kloke som melder dere på kurs».

Solveig Elisabeth Hermann, spesialergoterapeut fra Akershus Universitetssykehus (Ahus), var initiativtaker og ansvarlig for igangsetting, planlegging og oppfølging av kurset. På Ahus har nå ni av elleve ergoterapeuter

som arbeider med somatisk helse gått A-ONE-kurs.

Kursholderne var Guðrún Arnadóttir og Valerie Harris, begge ergoterapeuter med bred videreutdanning og erfaring innen klinikk, ledelse og forskning. Arnadóttir har selv utviklet redskapet A-ONE, som i fjor hadde sitt 25-årsjubileum.

A-ONE skal kun anvendes av ergoterapeuter og er et instru-

ment basert på en konseptuell bakgrunn om at det er en direkte kobling mellom ADL-utførelse og nevroutvikling. Hensikten med A-ONE var å utvikle et valid og reliabelt redskap for gjennom observasjon i ADL-utførelse å oppdage nevroutviklingsmessige svekkelser hos voksne med kortikale dysfunksjoner grunnet skade av det sentrale nervesystemet. I den senere tid er



Valerie Harris, Solveig Hermann og Guðrún Arnadóttir.

det gjort studier som tyder på at redskapet kan anvendes på pasienter med demens. Studiene viser også at terapeuter med og uten A-ONE-sertifisering scorer utførelse ulikt, noe som tilsier at det er nødvendig med sertifisering for korrekt bruk.

Kurset består av en solid innføring i hjernens anatomi etterfulgt av en gjennomgang av de ulike kortikale utfallene og beliggenheten av disse. I tillegg lærer man å score ADL-utførelse i standardiserte skjemaer. ADL-aktivitetene som skal observeres, er forhåndsbestemt: personlig hygiene, påkledning, forflytning/mobilitet, spisesituasjon og språkforståelse.

KREVENDE, MEN FANTASTISK LÆRERIKT

I begynnelsen av mai, drøye tre uker før kursstart, fikk deltakerne tilsendt forberedende spørsmål og et hefte med kopier fra Arnadottirs bok «The Brain and Behavior». Spørsmålene var tidkrevende, men nyttige og nød-

vendige for å få en mykere start første kursdag. I tillegg til disse forberedelsene er det lagt opp til hjemmelekser gjennom uken. Flere av deltakerne var fra samme arbeidssted. Dette viste seg å være nyttig, da det ga rom for dialog og refleksjon på kveldstid. I ettertid har noen kursdeltakerne gitt tilbakemeldinger om at de skulle ønske de kunne vært flere fra sin arbeidsplass.

De første to dagene ble mye av det teoretiske grunnlaget lagt. For mange var forelesningen om hjernelappene en repetisjon, men informasjon om de ulike fiberforbindelsenes betydning i hjernen var nytt for de fleste. Deltakerne tilegnet seg gode kunnskaper om de kortikale utfallenes beliggenhet. Hvert enkelt utfall ble grundig gjennomgått, alt fra den velkjente apraksien til den mer sjeldne somatosognosien. Dag tre ble brukt på observasjon i de gitte aktivitetene og innføring i scoringssystemene. Foreleserne viste videoer som ble scoret, både individuelt og i fellesskap.

Kurset ble avsluttet med eksamen, som var en oppsummering av ukens pensum, samt en video som skulle scores.

Det er ingen tvil om at uken var krevende med omfattende pensum og undervisning som foregikk på engelsk, men deltakerne fikk med seg nyttig kunnskap som enkelt kan brukes i den kliniske hverdagen, uavhengig av arbeidssted. En kursdeltaker beskriver det sånn: «Et privilegium å kunne være i en faglig boble i fem hele dager, og nydelig å komme tilbake til det vanlige livet» med ny inspirasjon og mye ny kunnskap». En annen fortalte at kollegaene på arbeidsplassen raskt ønsket å høre en oppsummering fra kurset. Flere andre beskriver det som «fantastisk lærerikt». Det var høy tilfredshet blant kursdeltakerne. På eget initiativ ønsket de et nettverk for ergoterapeuter med A-ONE. Det eksisterer nå en gruppe på Facebook samt et nettverk på Yammer.

Det var flere år siden A-ONE-kurs har blitt arrangert i Norge, men kursene holdes jevnlig verden over. Tidligere i 2016 har det vært holdt A-ONE-kurs i New York og Nederland. Senere i år holdes det kurs både i Korea, Japan, Danmark, Texas og Italia. Parallelt med dette foregår forskning på og utvikling av redskapet. Arnadottir publiserer en ny artikkel i disse dager. Så til tross for at redskapet ble utviklet i 1990, er det på ingen måte utdatert.

Kursholderne var svært fornøyde med planleggingen og gjennomføringen av kurset, og takker Solveig fra Ahus og Ergoterapeutene for initiativet. De håper å få komme til Norge for å holde kurs igjen på et senere tidspunkt.



Deltagerne under forelesning med Valerie Harris



PÅ INNSIDEN AV ET LITT ANNERLEDES LIV

Da Thomas Rannstad Haugen begynte å miste synet, visste han ingenting om hvordan det var å være blind. Nå har han skrevet en bok om livet uten syn. – Jeg kaller det en bok om livsmestring, sier han.

Av Else Merete Thyness

Thomas fikk diagnosen Retinitis Pigmentosa i slutten av tenårene. Da hadde han sett dårlig lenge.

– Det første som forsvinner, er mørkesynet. I tiårsalderen fikk vi være lengre ute på kveldene. Da oppdaget jeg at de andre barna var mye raskere enn meg i mørket, forteller han.

Etter hvert som han ble eldre, ble det vanskeligere å se tavla på skolen. På fotballbanen forsvant ballen stadig ut av synsfeltet hans.

– Samtidig passerte jeg synstes-

tene hos øyelegene med glans. De sjekket skarpsynet, ikke synsfeltet. Ved Retinitis Pigmentosa blir synsfeltet gradvis svekket.

Dommen falt på Rikshospitalet. Han hadde kun 30 prosent normalsyn igjen. Nå fulgte noen år hvor han prøvde å skjule synstapet og annerledesheten, samtidig som han selv var på vei mot mørket.

– Jeg ville ikke oppfattes som hjelpetrengende og ulik de andre. Men ved å forsøke å skjule det økende synstapet lagde jeg en av-

Thomas Rannstad Haugen jobber i Helse- og sosialtjenestene og har tidligere blant annet arbeidet i Norges Blindforbund.

stand mellom meg og de som var rundt meg. På mange måter skapte jeg min egen annerledeshet.

FAMILIE OG ARBEID

Thomas har blitt 38 år gammel. Han er gift og pappa til to gutter på fire og seks år. Den lille familien bor på Ås, utenfor Oslo.

– Kona og barna er det viktigste i livet mitt. Jeg fokuserer, på dem, ikke synstapet. Det å lykkes handler ikke om å gjøre alt alene, men om å takle utfordringer på en pragmatisk og konstruktiv

«Man trenger personer som kan heie på seg og finne muligheter.»

Thomas Rannstad Haugen

måte. Jeg er trygg på meg selv, selv om jeg er blind.

Å kunne håndtere hverdagen er basisen i livet hans.

- Vi snakker helt konkret om å lage mat, vaske klær, ferdes utenfor huset og forholde seg til et sosialt nettverk. Dette er basisen for blant annet å kunne putte energi inn i en yrkesaktiv tilværelse.

OFFENTLIG KOMMUNIKASJON

De siste årene har han vært ansatt i Helsedirektoratet, avdeling for rehabilitering og sjeldne tilstander. For å komme seg på jobben tar han toget.

- Jeg trives med offentlig kommunikasjon. Hvis jeg hadde benyttet meg av transporttjenesten for funksjonshemmede, ville jeg gått glipp av mange opplevelser. Nå får jeg med meg en prat med naboen på toget, gateselgerne som deler ut materiale utenfor stasjonen - for ikke å snakke om sperringer og andre utfordringer jeg møter på veien.

Han peker på at andre heller ikke ville sett ham. Det handler om eksemplets makt.

- Det er viktig for folk å se en mann med hvit stokk som tar toget til og fra jobben.

INGEN SELVFØLGE MED JOBB

Det var ingen selvfølge at han skulle få jobb eller egen bolig. Første gang han tok kontakt med Aetat, forløperen til NAV, mente de at han kunne flette kurver og muligens flytte i et slags fellesskap for psykisk syke.

- Slike møter med det offentlige skremte meg. Det bekreftet at det å se dårlig var noe fremmedgjørende. Heldigvis traff jeg personer etterhvert som kunne noe om tilrettelegging og deltakelse. Man trenger personer som kan heie på seg og finne muligheter.

Hans egen utdanning som sosionom og helsepedagogisk veileder har forsterket troen på de ressursene som finnes i hver enkelt person.

- Tjenestene i kommunene må ha ressurser og kompetanse til å hjelpe folk å komme dit de ønsker.

PÅ INNSIDEN

Boken «På innsiden av et litt annerledes liv» kom ut for bare noen uker siden. Med den håper han å bidra til kommunikasjon og dialog.

- Mange lurer på hvordan det er å leve et liv uten å se. Denne boken gir noen svar.

Han peker på at noen mennesker får tildelt kort som er mer alvorlige enn andres, som funksjonshemminger, rus eller psykisk uhelse.

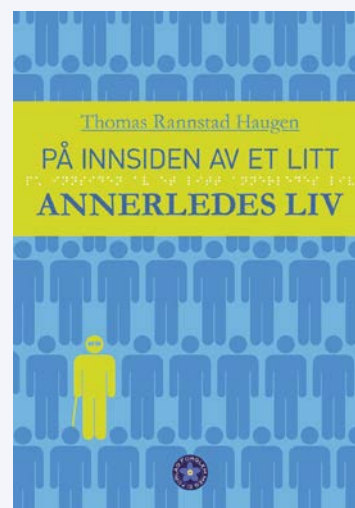
- I mitt liv har det vært viktig både å akseptere og anerkjenne den situasjonen jeg er i, og å ta styringen i livet mitt.

Selv har han valgt å være løsningsfokusert.

- Jeg kan ikke bla i en bok, men jeg kan lytte til en lydbok. Jeg kan ikke gå en tur i fjellet alene, men jeg kan gå en tur i skogen der jeg er kjent. Livsmestring er et tankesett.



- Det er en stor glede å gå på jobb i visshet om at jeg bidrar til å gjennomføre arbeidsplassens målsettinger, sier Thomas Rannstad Haugen om jobben i Helsedirektoratet.



Utgiver: Forlagshuset i Vestfold
Tittel: På innsiden av et litt annerledes liv
Forfatter: Thomas Haugen
Utgivelse: Juni 2016
ISBN: 978-82-93407-17-1
Pris: Kr. 299,-

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks

9178 Grønland, 0134 Oslo

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

Ergoterapeuter bringer noe helt nytt til førerkortvurderingen

PRAKTISK KJØREVURDERING, P-DRIVE

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

| | |
|-------------------------|---|
| Kursarrangør: | Norsk Ergoterapeutforbund |
| Fagligansvarlig: | Helena Selander, fil.dr. og leg. arbetsterapeut ved Mobilitetscenter, og Ann-Helen Patomella, ph.d. ved Sektionen för Arbetsterapi, Karolinska Institutet, som har henholdsvis forsket på og utviklet instrumentet. |
| Kurssted: | Oslo Kongressenter |
| Tid: | 3. - 5. oktober 2016 |
| Pris: | Medlemspris kr 3000, tillitsvalgtpris kr 1500 og ikke-medlemmer kr 6000. Medlemmer prioriteres. |

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



Ergoterapi og psykisk helse



RECOVERY: BEGREPER, PERSPEKTIVER OG PRAKSISER

25. og 26. august 2016

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

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

Arrangør: Norsk Ergoterapeutforbund
Kurssted: Oslo

Faglig ansvarlig: Marit Borg, ergoterapeut og professor i psykisk helsearbeid, Senter for psykisk helse og rus (SFPR) ved Høgskolen i Buskerud. En erfaringskonsulent vil også forelese på kurset. Kurset er meritterende med 12 timer som ergoterapispesifikt kurs og spesialistspesifikt kurs til ergoterapispesialist i Psykisk helse og Allmennhelse.



Kognitiv terapi ved
SOMATISK SYKDOM OG SKADE

**Vi har nå gleden av å kunne tilby deg en videre-
utdanning for å lære mentale verktøy basert på
kognitiv terapi.**

Utdanningen er rettet mot deg som jobber innenfor helsevesenet, i somatiske sykehus, rehabiliteringssentre eller allmennhelse-tjenesten, som lege, psykolog, sykepleier, ergoterapeut, fysio-terapeut eller annet personell med treårig helse- og sosialfaglig bachelorutdanning.

Somatisk sykdom og skade innebærer både fysiske og psykiske be-lastninger som kan gi redusert livskvalitet. Mentale verktøy basert på kognitiv terapi kan være til hjelp for å mestre sykdom, smerter, utmattelse og funksjonsnedsettelse og samtidig ta vare på livet.

Utdanningen er et samarbeid mellom Norsk Forening for Kognitiv Terapi og Regional kompetansetjeneste Rehabilitering – HSL.

**Utdanningen starter høsten 2016
og går over tre semestre.**



NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI
www.kognitiv.no

Interessant?
LES MER OM UTDANNINGEN HER:
<http://www.kognitiv.no/utdanning/vare-videreutdanninger/>



REGIONAL
KOMPETANSETJENESTE
REHABILITERING

**Ikke medlem ennå?
Meld deg inn!**



ergoterapeutene.org/innmelding

**Har du noe på hjertet?
Delta i debattene!**



ergoterapeutene.org/debattforum

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 varmemhjelpemidler 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 varmemhjelpemidler til barn og voksne

0333

ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKK-FOREBYGGENDE HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

BERGEN MEDIKAL AS

Gyldenprisvn. 16, 5056 Bergen
Tlf.: 55 94 77 00, fax: 55 94 77 01

post@bergen-medikal.no

www.bergen-medikal.no

Meds Nodex S madrass. Dynamisk nulltrykk terapisystem til forebygging i alle risikogrupper og behandling i alle stadier av trykksår. Den mest optimale løsningen på markedet i dag. Eneste nulltryksystem godkjent av RTV.

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/trykkavlastningsprodukter

0348

BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTYR

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

P.b. 604, 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona tørklær, Arcona smekker

0909

HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING

ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

0912 HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK

ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

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

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Servantheis, badebord

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

ERGOGRIIP

www.ergogrip.no

tlf. 92 20 93 99 faks 56 30 66 99

Støttebøyle for vask

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10

Fax: +47 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

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

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 ÅS

Tlf: 64 94 21 65

www.follo-futura.no

Gåbord

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

- PRODUKTREGISTER -

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
P.b. 604, 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Overflyttingshjelpemidler, Dreilett ,
Jøhl Stolløfter

1233 VENDEHJELPEMIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Eliglide

1236 LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund
Tlf.: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17
post@hcn.no www.hcn.no
Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten
gjennomgående skinne
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

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

Brokelandsheia, 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

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

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

1821

DØR-, VINDUS- OG GARDIN-

ÅPNERE/-STENGERE

GEWA AS

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

PICOMED AS

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

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEISER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

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

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

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

VESTFOLD AUDIO AS

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

2139

LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GEWA AS

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

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo
Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30
info@cognita.no www.cognita.no
GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

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

Samtalehj.midler

GN RESOUND AS

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

VESTFOLD AUDIO AS

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

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

Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.

2145

HØREAPPARATER

GEWA AS

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

– PRODUKTREGISTER –

2146

HØRSELTEKNISKE HJLPEDIDLER

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Hørseltekniske hjelpemidler
VESTFOLD AUDIO AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2147

SOVEHJLPEDIDLER

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vekttdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.

2148

VARSLINGSHJLPEDIDLER

COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo
Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30
info@cognita.no www.cognita.no

ABILIA AS

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

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Varslingshj. midler
GN RESOUND AS
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no
PICOMED AS
Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Varsling

VESTFOLD AUDIO AS

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

2151

ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

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

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, Fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Alarmsystemer
PICOMED AS
Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJLPEDIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

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

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

2418

GREPTILPASNINGER OG HJLPEDIDLER

SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER

HÅND- OG/ELLER FINGERGREP

ADL PRODUKTER AS

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

ABILIA AS

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

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

3003

LEKER

ABILIA AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/inf.
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
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/inf.
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
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/inf.
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. HJLPEDIDLER FOR BARN

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

B.ADL

ADL- HJLPEDIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
BAMSE PRODUKTER AS
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf: 69300105

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

- 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,
Krabatskjerf, sikleskjerf

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

VESTFOLD AUDIO AS

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

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

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

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

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
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
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
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

ABLOY

Picomed tlf: 37 11 99 50
Action trykkavlastende

ALVEMA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ARDO MEDICAL AG

togemo Med.Supply
tlf: 62 52 62 72

ARRO CONTROL

Hepro tlf: 75 69 47 00

ATENA NORDIC AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

ATO FORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BALDER EL. RULLESTOLER

Hand-Pro tlf: 32 18 16 00

BARRY EMONS

AMAJO tlf: 67 07 43 40

BC-LIFT

Access AS tlf: 62 51 85 00

BERNAFON

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

BEKA HOSPITEC

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BERROLKA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BEST MOBILITY

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BO EDIN AB

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

BORRINGIA AS

Hepro tlf: 75 69 47 00

BOS MEDICAL

Togemo MedSupply
tlf: 62 52 62 72

CABICARES

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

CAREZIA AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

CERTEC KLOKKA,TRIACON
CHESTNUT COMPANY APS

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50
COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

CIRRUS

Handicare tlf: 69 24 44 00

CLEAN LINE
HYGIENEPRODUKTER
COBI REHAB

Hepro tlf: 75 69 47 00

COMFORTA AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

CONSTELLA

Astec tlf: 22 72 23 55

CONTUR TRYKKAVLASTNING CURA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DAYS (DMA)

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DORMA

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

DRAISIN GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DYNAMO STOL APS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DYNAVOK

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

EASYLIFE GRIPESTANG

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

ECN SENGELOFTER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

EDU-PLAY

Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

EDWARD SENGEN

Eurocontact Norge

ELICARE AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

E-MOBIL HJELPEMOTOR FOR
RULLESTOLER

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

EUROFLEX

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FAAC

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

FITFORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FLIPSTICK. HØYDEREGULERBAR
SITTESTOKK

At ronda tlf: 51 58 87 81

GRANBERG INTERIOR AB

Astec tlf: 22 72 23 55

G. S. SMIRTHWAITE-(PETØ)

Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

HABO VÅTDUKPRESSER

At ronda tlf: 51 58 87 81

HAMATIC SENGEUNNER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

H. BOCK

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00
Highriser

HIRO-LIFT GMBH
HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

tlf: 66 81 60 70
Access AS tlf: 62 51 85 00

HML REISESENG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STOKK- OG KRYKKEHOLDER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STASTATIV

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HUMANTECHNIK

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

HUNTLEIGH HEALTHCARE

Medinor care, tlf: 22 07 65 00

HØRAT

Oticon tlf: 23 35 59 00

IDC LIFESTAND STARULLE -
STOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ILLER BELTEKJØRETØYER
IMAGETALK

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

JAMES

Picomed tlf: 37 11 99 50

JAZZY EL. RULLESTOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

JØHL HUMAN CARE

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

KNOP

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

KOMBIKLOSSEN

Enteron tlf: 22 64 78 70

KOM - I - KAPP

AMAJO tlf: 67 07 43 40

KOMFYRVAKT

Medinor care tlf: 22 07 65 00

LAVASET SENGEDUSJ
HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN

tlf: 63 87 05 80

LIKO

Handicare tlf: 69 24 44 00

LOPITAL

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

LUNOLETT

Øy-tex tlf: 57 74 55 20

MEDICA GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINI CROSSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINITECH-VARMEHJ.M. FOR
BARN OG VOKSNE

Minitech AS tlf: 62 57 78 00

MINOS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVING PEOPLE

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVITA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NILBILD AB

Gewa tlf: 66 99 60 00

NORDIC AID

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NORINA PRODUKTER

HML Hjelpemiddelleverandøren tlf:
63 87 05 80

NOTTINGHAM REHAB

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

NTD-HISS AB

Access AS tlf: 62 51 85 00

NYPRO AS

togemo Med. Supply
tlf: 62 52 62 72

OTTO BOCK

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

PEGASUS LTD. ENGLAND

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

PERMOBIL EL. RULLESTOLER

Permobil AS, tlf: 815 30 077

PHRASE-IT, C-INNOVATION AB

cOGNiTA AS tlf: 22 43 05 00

PIKOTECH

Picomed AS tlf: 37 11 99 50

PROTAC

AMAJO AS, tlf: 67 07 43 40

QORPUS VITA AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

QUALIWORLD, QUALILIFE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

REBEX TOADUSJ AB

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REHATEC GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REINECKER

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

ROBER LTD.

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

RONDA. OSTEHOVEL

M/KERAMBELEGG

At ronda tlf: 51 58 87 81

ROOMER TAKHEIS

Human care A/S, tlf: 63 87 78 13

SAFE PUTER OG MADRASSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SARO STØTABSORBERENDE

SALER

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

SAVI BARNESENGER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SCHUCHMANN GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**SCOOTER-LINE TILBEHØRS -
PROGRAM**

SENSE-MATIC AS

Access AS tlf: 62 51 85 00

SHOPRIDER

STEENS INDUSTRIER

Medinor care tlf: 22 07 65 00

**STEMMEFORSTERKER, HEARING
PROD LTD**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

STOLETEC

Hepro tlf: 75 69 47 00

STORM EL. RULLESTOLER

INVACARE AS, tlf: 22 57 95 00

STRATUS ELEKTRISKE

SCOOTERE

SUNGIFT SCOOTER

Arna Medikal, tlf: 55 24 18 70

SYKLER FOR BARN

Alu rehab AS, tlf: 51 68 18 89

SVAN CARE AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

SWERECO AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

TERGEO AS

tlf: 22 35 47 07

Bidet elektronisk bidet

THE GRID, SENSORY SOFTWARE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

TIMEX DATALINK

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

TOLARM AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

TOYS FOR THE HANDICAPPED AS

Riktige Leker,
tlf: 22 01 78 50/52

TRULIFE PUTER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

Bidet elektronisk bidet

TT MED

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

UNIK PRODUKTER

Hepro tlf: 75 69 47 00

VASTIA DUSJROM

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

VESTURE CORPORATION

(MICROCORE)

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

V. GULDMANN A/B

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

VILFRED-PUTEN

At ronda tlf: 51 58 87 81

VILGO

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

WIMA-GRIPEN

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WIMA -LABBEN

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WIMA -UNDERLAGET

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WINSLOW PRESS OG

SPEECHMARK

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

WI-VIK, PRENTKE ROMIC INT

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

ØVREBØ REHABILITERING

Øvrebø rehab. AS, tlf: 32 24 42 50w

BESTILLING AV KURS- OG STILLINGS- ANNONSER

For bestilling og nærmere
opplysninger:

Erik Sigurdsson

Mobil: 90 03 09 43,

e-post: erik@addmedia.no

Priser:

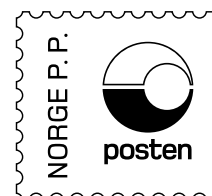
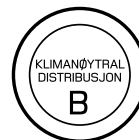
1/8 side kr 4 500, - 25%

1/4 side kr 6 000, - 25%

1/2 side kr 8 500, - 25%

1/1 side kr 12 500, - 25%

Ved annonse i papirutgaven
kan annonsen legges ut på nett
www.ergoterapeuten.no mot et
tillegg på kr 2 500,-
Nettannonse ordinært
kr 3 500,-



Returadresse:
Norsk Ergoterapeutforbund
Stortingsgt. 2
0158 Oslo



Herlige opplevelser på hjul



Nyhet!
Gekko nå også for barn

Kjenn vinden i kinnene og sus i vei til nye mål

GEKKO er den kule, lette og stabile liggesykkelen. Junior-modellen passer for de som er fra 120 til 180 cm. Den kan enkelt legges sammen, og får plass i bagasjerommet.

Felles for våre sykler er at de er enkle i bruk. Utviklet for å skape trygghet, mestring, felles glede - og ikke minst frihetsfølelse.

+ Individuell tilpasning + Høy kvalitet + Krever lite vedlikehold



Costa Kid

En lett og smidig sykkel med god sittehøyde. Den er enkel å håndtere og sittestillingen gir bra oversikt.



Copilot 3

Tandemsykkel med to hjul foran og ett bak. Den er stabil og trygg, og gir ekte sykkelglede - for både bruker og ledsager.

bardum.no • post@bardum.no • tlf. 64 91 80 60

Bardum
Den lille, store forskjellen