

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund  
www.ergoterapeuten.no



## **Ergoterapistudenter invitert med på forskning: Hva ønsker eldre i Nord-Gudbrandsdalen for framtiden? 6**

Hovedtillitsvalgt for 166 ergoterapeuter i Trondheim kommune **12** Effekt av poliklinisk ergoterapi for personer med kronisk obstruktiv lungesykdom **28** Streik på Martina Hansens Hospital **48**  
Hvor mye kan én ergoterapeut spare inn for én kommune? **50**



# ergoterapeuten

**Redaktør** Else Merete Thyness

**Mobil** 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

**Fagredaktører** Unni Sveen,

Ruca Maass og Eva Magnus

Vitenskapelige artikler sendes til:

vitenskap@ergoterapeutene.org

## 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 – 2. aug. / 31. aug.

Nr. 5 – 1. okt. / 29. okt.

Nr. 6 – 1. des. / 31. des.

**Trykkeri** 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

**Design** Fete Typer

**Layout** Else Merete Thyness

## Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Linda Stigen / 93 22 30 19

Marte B. Størseth / 23 07 29 00

Susanne Følstad / 91 53 78 27

Skender E. Redzovic / 73 55 92 29



## Norsk Ergoterapeutforbund

**Adresse** Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

**Telefon** 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

**Generalsekretær/fagsjef**

Toril Laberg

**Forhandlingssjef**

Hege Munthe

**Organisasjonssjef**

Karl-Erik Tande Bjerkaas

**Seniorrådgiver**

Anita Engeset

**Seniorrådgiver**

Solrun Nygård

**Advokat**

Berit Førli

**Controller**

Tove Olsen

**Controller**

Snorre A. Nergaard

**Sekretær**

Kristin Pedersen

## Forbundsstyremedlemmer

Tove Holst Skyer, forbundsleder

Tonje Hansen Guldhav, nestleder

Heidi Elisabeth Fløtten

Mariette Elise Gjerde

Judith Ekerhovd

Kathrine Færeststrand

Kamilla Lemb Herbjørnsen

Siv Iren Gjermstad

Kristin Haugen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

1. vararepresentant Karina Kolnes

2. vararepresentant Ingjerd Elisabeth Valbekmo

June Rondestvedt, varamedlem

Tori Almaas, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

Yvonne Daus Børslid, varamedlem

Monica Frovik, varamedlem

Ane Larsen Mjøen, varamedlem

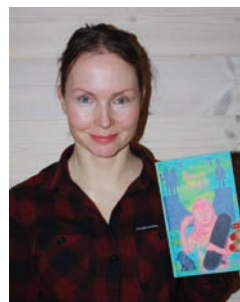
Jane Helen Sveen, varamedlem



6



10



44



50

---

## REPORTASJE

- 6 Ergoterapistunder  
invitert til forskning:  
Hva ønsker eldre i Nord-  
Gudbrandsdalen for  
framtiden?**  
Av Else Merete Thyness

---

## NY ARENA

- 10 Jobber som ingeniør**  
Av Else Merete Thyness

---

## VÅRE TILLITSVALGTE

- 12 Hovedtillitsvalgt for 166  
ergoterapeuter i Trondheim  
kommune**  
Av Else Merete Thyness

---

## KRONIKK

- 14 Norske faguttrykk framfor  
engelske: Hvorfor så  
vanskelig, hvorfor så lett?**  
Av Petter Gjersvik

---

## FORBUNDET

- 18 51 kommuner er fortsatt  
uten ergoterapeut**  
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas  
**20 Strategien mestring og tidlig  
innsats for barn og unge**  
Av Solrun Nygård

- 21 To nye medlemmer til  
Ergoterapistudentenes  
landsstyre**  
Av Andrea Gascon Borgen  
**22 Ung + ufør = økonomiske  
utfordringer**  
Av Roar Hagen  
**24 Lønn til lunsj**  
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas  
**25 Hilsen fra en streikende**  
Av Leif Ståle Nævestad  
**26 Dette vet vi om  
lønnsoppgjøret – så langt**  
Av Hege Munthe

---

## FAGLIG

- 28 Effekt av poliklinisk  
ergoterapi for personer  
med kronisk obstruktiv  
lunnesykdom**  
Av Unni Martinsen, Hege  
Bentzen, Morag Kelly  
Holter, Tove Nilsen, Hallvard  
Skullerud og Ingvild Kjekken  
**36 Aktivitetskalkulator**  
Av Irma Pinxsterhuis,  
Kristine Ekeland, Lasse  
Lund, Ane Pedersen, Markus  
Tasigtil Pettersen, Josefine  
Sagen og Ingrid Pernille  
Søbstad

---

## VITENSKAP

- 42 Forsker i farten:  
Ingeborg Frostad Liaset**  
Av Else Merete Thyness

---

## AKTUELT

- 44 Barnebok om hvordan bli  
tøff på to uker**  
Av Else Merete Thyness  
**46 Presseklipp**  
Av Else Merete Thyness  
**48 Streik på Martina Hansens  
Hospital**  
Av Else Merete Thyness

---

## DEBATT

- 49 Aktivitetenes mørke side**  
Av Merethe Seberg og  
Else Merete Thyness

---

## PÅ DE SISTE SIDENE

- 50 Hvor mye kan én  
ergoterapeut spare inn for  
én kommune?**  
Av Else Merete Thyness

---

## ANNONSER

- 52 Kurs- og stillingsannonser**  
**55 Produktregister**

## Ut på tur – ikke sur

**Allerede kvelden 31. mai begynte det å sitre litt i kroppen. Tenk, den første reportasjeturen på over ett år! 1. juni kjørte jeg av gårde – helt til Gjøvik. Jeg skulle besøke ergoterapiutdanningen, der tredjeårsstudentene presenterte sine avsluttende oppgaver med et posterseminar.**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

**Det er noe helt spesielt** med å reise ut og treffe folk. Jeg synes digitale møter har fungert overraskende bra, men man går glipp av mye, ikke minst den uformelle praten der helt overraskende ideer kan dukke opp.

Resultatet av årets første reportasjetur kan dere lese om i denne utgaven av Ergoterapeuten. Seks kommuner i Nord-Gudbrandsdalen inviterte bachelorstudentene ved ergoterapiutdanningen på Gjøvik til å delta i en kartleggingsundersøkelse blant de eldre beboerne i kommunene. Jeg er imponert over de flinke studentene og lærerne på Gjøvik. Jeg synes også kommunene i Nord-Gudbrandsdalen har gjort klokt i å spørre innbyggerne selv hvordan de ser for seg sin alderdom.

Også «De siste sidene» handler om hvordan kommuner skal møte den kommende eldrebølgen. Ergoterapeut Ingrid Sandbløst

Hage i Oppdal kommune ledet et prosjekt som skulle vise hvor mye én ergoterapeut kan spare inn for én kommune. Svaret finner dere i dette bladet. Det er noe å glede seg til.

Ellers har Unio gjennomført streik på flere områder, noe fagbladet også er preget av. Gode tjenester krever god kompetanse, og det må gjenspeiles i lønn. «Det er på tide at samfunnet får øynene opp for at vi må verdsettes høyere», sier ergoterapeut Toril Hennig i en sak som kan leses både på nettsidene våre og her i bladet.

Og da er det bare å ønske alle en god sommer. Dagene er lange og lyse, og koronaen er (forhåpentligvis) på hell. Vi har klart oss gjennom et krevende år. Nå kan vi senke skuldrene og samle krefter til høsten. Jeg håper min reise til Gjøvik var den første av mange inspirerende møter med dyktige ergoterapeuter.



**TOVE HOLST  
SKYER**  
Forbundsleder

# De uunnværlige

**I skrivende stund er Unio og Ergoterapeutene i streik. Vi streiker for kunnskap og trygghet, og for kvalitet i ergoterapitjenestene. Vi streiker for riktig kompetanse, nok kompetanse og god kompetanse.**

**Lønn er et viktig virkemiddel** for at samfunnet skal sikres nok ergoterapeuter i årene som kommer. Lønna må både rekruttere nye til yrket og bidra til at flest mulig fortsetter i jobben. Statistisk Sentralbyrå beregner en økende mangel på ergoterapeuter i takt med den demografiske utviklingen, og alle virkemidler må tas i bruk.

Ergoterapeuter har uunnværlig kompetanse. Ergoterapeuter er uunnværlige. Når mennesker har utfordringer med hverdagslivets aktiviteter, trenger de oss. Det er vi som gjør hverdagslivet mulig. Vårt aktivitetsperspektiv er uunnværlig, både på sykehusene og i kommunene. Det har medlemmene våre vist og satt ord på gjennom dager og uker med streik. På fantastisk vis har en lang rekke medlemmer stolt beskrevet sin uunnværlige kompetanse på egen

arbeidsplass i innlegg i sosiale medier. Tilbakevendende stikkord er mestring av hverdagsaktiviteter, tilretteleggingskompetanse og aktivitetsfokus. Jeg håper alle vil fortsette å snakke om sin uunnværlige kompetanse, også etter streikene.

Hverdagslivet og hverdagsaktivitetene er ofte det viktigste vi har, men mange er ikke oppmerksomme på det før sykdom, skade eller endrede forutsetninger inntreffer. Det er først når man ikke lenger kan, at man forstår hvor viktige de er, hverdagsaktivitetene. Det selvsagte i å kunne dusje eller gå på toalettet uten hjelp. Kle på seg selv, handle matvarer, lage sin egen mat. Når kriser eller endring oppstår, blir nettopp hverdagslivet det viktigste. Det trygge, faste, vante hverdagslivet.

Vi vet at ergoterapeuter har høy arbeidsbelastning. Det er

for få av oss i helse- og velferdstjenestene. Oppgavene er mange, og kompetansen smøres for tynt utover. Prioriteringene er harde og ventelistene lange. Vi risikerer at det går utover kvaliteten i tjenestene.

I alt vi gjør, har vi som mål å skape deltakelse og inkludering. I hjemmet, i nærmiljøet, i barnehagen og skolen, i fritidsaktiviteter, i arbeidslivet, i samfunnet. Der hvor det er viktig for den enkelte å kunne delta. Denne innsatsen trenger samfunnet, mer enn noen gang. Den demografiske utviklingen krever at flest mulig klarer seg selv, deltar og mestrer eget hverdagsliv. Ergoterapeuters kjernekompetanse er helt sentral for å løse de store helse- og velferd utfordringene og skape aktivitet og deltakelse for alle.

**Vi er de uunnværlige.**

## ERGOTERAPISTUDENTER INVITERT TIL FORSKNING

Av Else Merete Thyness

# HVA ØNSKER ELDRE I NORD-GUDBRANDSDALEN FOR FRAMTIDEN?

**Ni studenter ved ergoterapiutdanningen ved NTNU i Gjøvik foretok en kvalitativ spørreundersøkelse blant innbyggere 55+ i Nord-Gudbrandsdalen. Målsettingen var å finne ut hvordan eldre kan ta ansvar for egen alderdom, og om de ser seg selv som en ressurs. 1. juni presenterte studentene resultatene med seminar og posterutstilling på Gjøvik.**



Linda Stigen er prosjektleder for studentforskningen ved NTNU i Gjøvik.

Bakgrunnen for prosjektet er den økende andelen eldre i årene som kommer. Nord-Gudbrandsdalen er en av de tre regionene i Innlandet som har svakest aldersbæreevne. Derfor ønsker kommunene Skjåk, Lom, Vågå, Sel, Dovre og Lesja kunnskap om innbyggenes kompetanse om egen helse, hvilke behov de har for redskaper til egenmestring, om de oppfatter seg selv som en ressurs, og hvordan de ser for seg sin egen bosituasjon i framtiden.

Til høsten skal det foretas en større, kvantitativ spørreundersøkelse blant befolkningen i Nord-Gudbrandsdalen. I forkant av denne ga kommunene studentene ved NTNU i oppdrag å utføre kvalitative undersøkelser for å avdekke hvilke temaer det er viktig å fokusere på, sier Linda Stigen, førsteamanuensis ved NTNU og ansvarlig for den kvalitative delen av kartleggingsundersøkelsen.

Hun og Øyfrid Moen har også ansvaret for å plukke ut produktive data fra studentenes funn som

skal danne grunnlaget for den større, kvantitative undersøkelsen som skal gjennomføres til høsten.

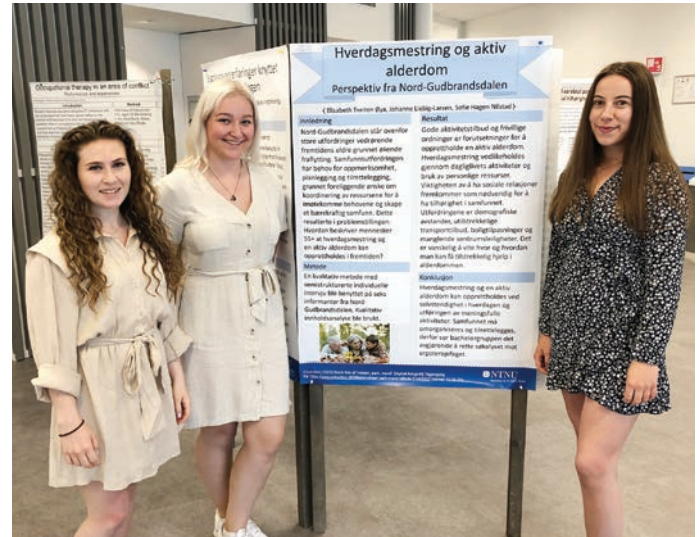
## VIL GJERNE FLYTTE

Ni studenter deltok i prosjektet, som har det formelle navnet «*Framtidige standardiserte eller fleksible løsninger i møte med den aldrende befolkningen*».

De jobbet i tre grupper. Den første gruppen besto av Hele Köhl, Runa Laumann Vedal og Marte Lillebrygfjeld. Deres problemstilling var: «*Hvordan beskriver den aldrende befolkningen i Nord-Gudbrandsdalen sine ønsker om en aktiv alderdom med utgangspunkt i helse, aktivitet og omgivelser?*»

Gjennom fem kvalitative intervjuer fant de ut at informantene ønsket å ivareta en god helse gjennom fysisk aktivitet og ulike hverdagsaktiviteter, at de var opptatt av aktivitet, deltakelse og gode sosiale relasjoner, og at de hadde en positiv holdning til deltakelse i frivillig arbeid. De store avstandene i regionen ble trukket fram som en utfordring i





Bildet øverst til venstre: Runa Lauman Vedal, Helene Köhl og Marte Lillebryggfeld presenterte «Aktiv alderdom: Helse og omgivelser hos en aldrende befolkning. Perspektiver fra Nord-Gudbrandsdalen.»

Bildet øverst til høyre: Johanne Liebig-Larsen, Elisabeth Tveiten Øya og Sofie Hagen Nilstad presenterte prosjektet «Hverdagsmestring og aktiv alderdom. Perspektiv fra Nord-Gudbrandsdalen.»

Bildet nederst til venstre: Henrik Ellingsen Kvalheim og Magnus Solgaard presenterte «Velferdsteknologi i Nord-Gudbrandsdalen». Ane Kongssund deltok på presentasjonen via Teams.

forhold til deltakelse i meningsfulle aktiviteter.

– Et overraskende funn var at flere av informantene ønsket å flytte fra eneboligen til en mer sentral leilighet i alderdommen, sa de tre studentene under presentasjonen.

De mente også at det er behov for en større befolkningskartlegging for å få en bredere forståelse av den aldrende befolkningen i Nord-Gudbrandsdalen.

## INFORMASJON OM HVERDAGSMESTRING

Den andre gruppen besto av studentene Johanne Liebig-Larsen, Elisabeth Tveiten Øya og Sofie

Hagen Nilstad. Deres problemstilling var: «Hvordan beskriver mennesker 55+ at hverdagsmestring og en aktiv alderdom kan opprettholdes i framtiden?»

Seks kvalitative intervjuer viste at innbyggerne verdsatte meningsfulle aktiviteter og sosiale relasjoner og mente at dersom de skulle ivareta fysisk og kognitiv funksjon, måtte de ha mulighet til å delta i varierte aktivitetstilbud. Samtidig pekte de på at det dårlige, offentlige kommunikasjonsbudet kunne vanskeliggjøre dette.

– Fem av seks informanter ønsket å flytte til en sentrumsnær leilighet når de ble eldre, og flere bidro allerede som frivillige. Sam-



Ane Kongssund deltok på seminaret digitalt.





Iselin Vistekleiven leder prosjektet «Smart velferdsregion Nord-Gudbrandsdalen».

tidig uttrykte flere informanter bekymring for hvordan hverdagsmestringen kunne vedlikeholdes. De ønsket mer informasjon om hverdagsmestring, forebygging og hvordan man kan få støtte til selvhjelpenhet i dagliglivet. Vi mener derfor at det er avgjørende å rette søkelyset mot ergoterapifaget, slik at de eldre kan få en aktiv alderdom. Det vil lette trykket fra den kommende eldrebølgen, sa gruppen.

### **BEDRE KUNNSKAP OM VELFERDSTEKNOLOGI**

Henrik Ellingsen Kvalheim, Magnus Solgaard og Ane Kongssund presenterte prosjektet «*Velferdsteknologi i Nord-Gudbrandsdalen*». Kongssund deltok digitalt. De stilte spørsmålet «*Hva slags holdninger og kunnskaper har personer 55+ i Nord Gudbrandsdalen om velferdsteknologi, og hvilke teknologiske løsninger kan bidra til en selvstendig hverdag?*»

Resultatene fra de fem kvalitative intervjuene viste at informantene var opptatt av å kunne bo selvstendig hjemme i egen bolig, fortsette å være fysisk aktive og kunne delta på frivillighetsarbeid inn i alderdommen. De hadde manglende kunnskap om velferdsteknologi, men de var positive til bruk av for eksempel robotstøvsuger, medisindispenser og trygghetsalarm. De mente også at velferdsteknologi kunne være et viktig tilskudd i alderdommen, samtidig som de var opptatt av at velferdsteknologi ikke skulle erstatte menneskelig kontakt.

– Vi trodde informantene skulle ha mer kunnskap om velferdsteknologi. Undersøkelsen vår viser at det er behov for mer informasjon om dette, og at de ansatte i kommunene trenger bedre opplæring i hvordan velferdsteknologi fungerer, oppsummerte gruppen.

### **OVERRASKENDE FUNN**

31. mai, dagen før seminaret på Gjøvik, presenterte studentene resultatene sine for oppdragsgiveren Iselin Vistekleiven.

Hun leder prosjektet «*Smart velferdsregion Nord-Gudbrandsdalen*», som ble igangsatt i 2018. Her ønsket de seks kommunene i Nord-Gudbrandsdalen en felles satsing på implementering av velferdsteknologi i kommunal sektor.

– En av milepælene i dette prosjektet er en kartleggingsundersøkelse blant befolkningen i Nord-Gudbrandsdalen. Delprosjektet «*Framtidige standardiserte eller fleksible løsninger i møte med den aldrende befolkningen*» skal gi oss kunnskap om hvordan befolkningen ser for seg sin egen alderdom, hvilke ressurser de har, og hvordan vi kan bidra til at de kan være «pilot i eget liv».

Hun forteller at kommunene



## «Hvis folk skal ta del i egen alderdom og planlegge for den, må de ha informasjon om hvilke muligheter de har.»

Iselin Vistekleiven

lenge har vært interessert i en forskningsmetode som kalles for living lab, levende laboratorium, der noen utenfra kunne forske på kommunene og folks hverdagsliv.

– Da noen foreslo at vi kunne samarbeide med ergoterapistudenter, tenkte vi at de var midt i blinken for dette prosjektet, sier hun.

Hun er godt fornøyd med det arbeidet studentene la fram.

– Jeg er imponert over hvor flinke de har vært, og hvor gode de var til å presentere funnene.

Det som overrasket henne mest fra resultatene, var at innbyggerne opplevde at informasjon om hva kommunen kan bidra med når de blir eldre, er underkommunisert.

– Det går igjen i alle gruppene, og dette skal vi begynne å jobbe med umiddelbart. Hvis folk skal ta del i egen alderdom og planlegge den, må de ha informasjon om hvilke muligheter som ligger der.

Et annet interessant funn er at mange av innbyggerne ønsket å flytte fra eneboligene sine til leilighet i sentrum.

– Flere av informantene pekte på behovet for bedre informasjon om boligmarkedet og flere sentrumsnære boliger til leie. Det er ikke alle som har økonomi til, eller ønsker, å kjøpe seg en leilighet etter at de har blitt pensjonister. Derfor er det viktig å ha et variert boligtilbud i kommunene. Enkelte ønsket også muligheten til å kunne prøve ut hvordan det er å flytte sentralt uten å måtte kjøpe med en gang.

Hun mener at ønsket om å flytte nærmere sentrum henger sammen med et annet tydelig funn: Avstandene er store, og den offentlige kommunikasjonen er for dårlig.

– Hvis du blir gammel og ikke lenger kan kjøre bil, er det vanskelig å reise kollektivt her. En av informantene skal ha sagt at det er dyrere å ta bussen enn å reise med fly fra Gardermoen. Det var morsomt sagt, men med et snev av sannhet i seg.

Av positive funn viser hun til at mange sa at de ville bidra med frivillighet i alderdommen, og at det var viktig å kunne bety noe for andre.

– Vi har fem store, velfungerende frivillighetssentraler i regionen, sier hun.

### TILRETTELEGGE TJENESTENE

Dataene fra studentene skal danne grunnlaget for den store, kvantitative undersøkelsen til høsten.

– Det passet bra at en av gruppene konkluderte med behovet for en større behovskartlegging. Det forankrer behovet ytterligere, sier hun.

Kartleggingsprosjektet skal være ferdig innen desember 2021, og funnene vil deretter overleveres til de seks kommunene, slik at de kan bruke dem videre i samsfunnsplanleggingen.

– Gjennom å bli bedre kjent med hvordan de eldre selv ser for seg alderdommen og hvilke ressurser og behov de har, vil vi lettere kunne tilrettelegge tjenestene, sier Vistekleiven.



*Det kan være store avstander mellom husene i Nord-Gudbrandsdalen.*


**NAVN**

Frida Søbstad-Eide

**STILLING**

Ingeniør

**HVOR**

Minoko Design AS

## Jobber som ingeniør i Minoko Design AS

Av Else Merete Thyness

**– Hvor jobber du?**

Jeg jobber for Minoko Design AS, et tverrdisiplinært konsulentfirma på Levanger. Bedriften har bred kunnskap og mange års erfaring med industride design og ingeniørarbeid både nasjonalt og internasjonalt. Vi har ett kontor i Levanger og ett i Oslo. Vi tar på oss store og små oppdrag fra bedrifter som har behov for utvikling og ferdigstilling av prosjekter. Dette kan være innen alle slags sektorer, som helse og industri. I Minoko Design AS jobber vi også for å motivere kundene våre til å ta informerte og bærekraftige valg for sine produkter og sin forretning.

**– Hva jobber du som?**

Jeg er ansatt som ingeniør.

**– Hvor lenge har du hatt jobben?**

Jeg har hatt jobben i cirka ett år.

**– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?**

De viktigste arbeidsoppgavene for meg er å delta i utvikling av nye produkter. Arbeidet er praktisk og veldig variert, da vi tilbyr vår kompetanse i form av industride design og ingeniørarbeid til store og små kunder med ulike prosjekter. Det er viktig med praktisk sans for å kunne se gode og innovative løsninger.

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

Min utdanning som ergoterapeut samt produktdesigner er god kompetanse å ha i en slik type jobb. Det er viktig å være kreativ og praktisk, kunnskap som jeg har med meg fra begge utdanningene. Når vi utvikler produkter og finner løsninger i samarbeid med kunder, er det viktig å se sammenhenger og kunne forstå kundens ønsker og behov. Som ergoterapeut ser du helhetlig på prosessen. Du tenker brukervennlighet samt universell utforming av produkter sammenlignet med menneskelige funksjoner. Enten du arbeider som ergoterapeut eller produktutvikler, må du tenke kreativt og se mulige løsninger.

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

Nei, det vil jeg ikke si, men

det kan helt klart være en fordel. Alle produktene vi omgir oss med og forholder oss til, skal kunne brukes og nyttiggjøres på en best mulig måte. Det er derfor ikke en ulempe å ha ekstra kunnskap om blant annet kropp, funksjon og ergonomi.

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

Jeg synes det er kjempe-spennende! Jeg har alltid vært interessert i å kunne benytte kunnskap om menneskers funksjon knyttet til produkter, omgivelser og samfunn. Gjennom å være ergoterapeut i denne typen jobb bidrar jeg til at utvikling av produkter og nyskaping kan skje på en ergonomisk og funksjonell måte. Vi påvirkes av våre omgivelser, og vi kan også være med på å påvirke praktiske løsninger rundt oss.

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

Ja, dersom du er praktisk anlagt, er kreativ og liker å arbeide med å finne løsninger, utvikle produkter og innovasjon – kjør på!

**– Har noen av arbeidsoppgavene forandret seg på grunn av koronapandemien?**

Nei, ikke annet enn litt hjemmekontor. Det er mye dataarbeid og møter, noe som er veldig lett å ta med seg hjem. Du kan få diskutert mye gjennom digitale møter, men det praktiske arbeidet ute på bedrifter har vært litt redusert.





# Roltec BOA2

**Setehøyde: 36 cm**

Totalbredde: 59 cm

Seteløft 30 cm

Setetilt: 0-50 grader

Ryggregulering: 45 grader

Alle setefunksjoner

Gode tilpasningsmuligheter



På rammeavtale med  
NAV  
i post 16 + 18

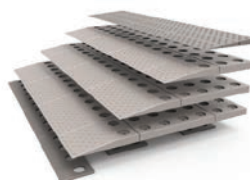
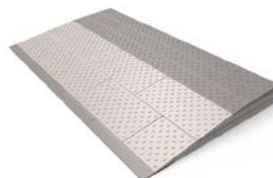
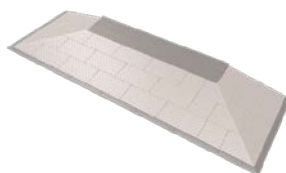
## SecuCare terskeleliminator

Modulsystem med store tilpasningsmuligheter

SecuCare terskeleliminator består av ulike deler som enkelt bygges sammen og tilpasses enhver terskelutfordring.



På rammeavtale  
med NAV



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

Øvrebo rehab



**NAVN**  
Tordis Tesdal  
**TARIFFOMRÅDE**  
KS

## Hovedtillitsvalgt for 166 ergoterapeuter i Trondheim kommune

Av Else Merete Thyness

### – Hvor jobber du?

– Jeg er frikjøpt som hovedtillitsvalgt i 45 prosent stilling. I den resterende stillingen jobber jeg som barneergoterapeut i Enhet for ergoterapi-tjeneste.

### – Hvilket tariffområde tilhører du?

– Jeg tilhører KS tariffområde.

### – Hvor mange er du tillitsvalgt for?

– Jeg er tillitsvalgt for 166 ergoterapeuter. I tillegg til meg, som er hovedtillitsvalgt, har vi 14 tillitsvalgte.

### – Hvorfor ble du tillitsvalgt?

– Jeg tok på meg vervet fordi jeg syntes det hørt spennende ut, at det var en fin måte å lære om våre rettigheter som arbeidstakere på, og hvordan jeg kunne være med og påvirke slik at det ble satset mer på rehabilitering og ergoterapi i kommunen. Som tillitsvalgt har vi en gylden mulighet til å komme i direkte dialog med de som beslutter. Dette gjelder både på direktørnivå, politikere og ledere. Samtidig er det utrolig spennende å bistå medlemmer på andre arbeidststeder og å få innsikt i hvordan ergoterapeutene jobber på de forskjellige stedene.

### – Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Jeg har vært tillitsvalgt siden 1997, rett etter at jeg ble ansatt i Trondheim kommune. Jeg ble valgt til hovedtillitsvalgt allerede etter et halvt år. Det var

en tøff start, da det også var lokale forhandlinger det året. Jeg hadde pause noen år, men etter at jeg hadde vært leder i to år og ingen andre ønsket å være hovedtillitsvalgt, valgte jeg å stille som hovedtillitsvalgt i 2008 igjen, og har vært det siden.

### – Hva er de viktigste oppgavene dine som tillitsvalgt?

– En av de viktigste oppgavene som hovedtillitsvalgt er å bistå enkeltmedlemmer i at deres rettigheter blir ivaretatt. Som lokal hovedtillitsvalgt har jeg oversikt over arbeidsmiljøloven og hovedtariffavtalen, men også lokale avtaler og protokoller som vi har forhandlet fram i kommunen. Jeg har tett dialog med andre hovedtillitsvalgte i andre forbund, som vi samarbeider med hvis sakene også angår deres medlemmer. Jeg ser at når medlemmer er i sårbare situasjoner som arbeidstaker, er det svært viktig å få denne bistanden og støtten fra en tillitsvalgt.

### – Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?

– Det er en utfordring å få god nok oversikt i saker, slik at man er i stand til å uttale seg og det blir reelle drøftinger. Ofte er det satt av for liten tid til dette, da vi er i en skvis mellom rollen som utøvende ergoterapeut og tillitsvalgt. Det er også en utfordring å komme tidlig nok inn i prosesser, før avgjørelsen er tatt. Tillitsvalgte bør bli involvert tidligst mulig.

### – Hva tenker du er en viktig kvalitet eller egenskap hos en tillitsvalgt?

– Det er en fordel om man er god til å høre etter og forstå de andre partene, og at man har evne til å sette seg inn i perspektivet til de andre. Når vi anerkjenner hverandre, er det lettere å finne løsninger sammen. Det er også en bra egenskap å være god til å samarbeide. Vi får til mye mer når vi løfter sammen i stedet for å slåss mot hverandre.

### – Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

– Å plukke ut det beste minnet er litt vanskelig, for det er alle de små seirene for enkeltmedlemmer som har varmet meg mest. Da ser jeg hvor viktig rollen er. Hvis jeg skal trekke fram et minne, så var det stort å være med på rettssaken mot Trondheim kommune, der vi fikk omgjort innføring av ubetalt spisepause for noen medlemmer. Våre medlemmer og lokal tillitsvalgt sto hardt på da de så at innføring



## - VÅRE TILLITSVALGTE -

av ubetalt spisepause hadde for store ulemper for dem. Saken viser at det nytter å stå på og ikke godta alt som blir innført.

### - Hva har du ennå ikke oppnådd som tillitsvalgt?

- Det er fortsatt mye spennende å ta tak i. Blant annet ser jeg at nesten alle hjemmetjenestene i Trondheim kommune har ansatt ergoterapeuter, og at mange av de som er ansatt som ergoterapeut, opplever at de bruker kompetansen sin og har en viktig rolle i lys av sin kompetanse. Samtidig ser jeg at denne kompetansen ikke nevnes i kompetanseplaner eller i de overordnede planene. Dette ønsker jeg å få gjort noe med. I tillegg ønsker jeg å få på plass bedre opplæring av lokale tillitsvalgte, slik at de blir enda bedre rustet til å sikre god medvirkning på arbeidsplassen.

### - Vil du anbefale andre å bli tillitsvalgt?

- Absolutt. Det å være tillitsvalgt er en fantastisk mulighet til å påvirke arbeidssituasjonen din og å synliggjøre oss som yrkesgruppe. I tillegg vil du for-

stå bedre hva som er bakgrunnen for at det er som det er. Da det ofte er lite ergoterapeuter i administrative lederposisjoner, er det ekstra smart å bruke muligheten de tillitsvalgte har til å komme i posisjon til å kunne uttale seg.



Tordis Tesdal er hovedtillitsvalgt i Trondheim kommune.

## REGULERBAR TRYKKFRIHET STIMULITE® CONTOURED ADJUSTABLE

Luffig stabil setepute med justeringsmulighet

konturert, sidestabil pute for para- og tetraplegikere med høy risiko for trykksår som trenger å kunne justere sittestillingen.

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



GÖRAN SJÖDÉN'S REHABSHOP NORGE AS

Postadresse: Bamse Brakars vei 17 3042 Drammen  
Tel: 48 50 32 97 [www.rehabshop.as](http://www.rehabshop.as)



# Norske faguttrykk framfor engelske: Hvorfor så vanskelig, hvorfor så lett?

**Å finne gode oversettelser for engelske faguttrykk i medisin er ofte lettere enn mange tror. Men det gjelder å være tidlig ute og å få med seg sentrale fagpersoner.**

Av Petter Gjersvik



*Petter Gjersvik er medisinsk redaktør i Tidsskrift for Den norske legeforening, medlem av Gruppe for norsk medisinsk fagspråk og professor i hudsykdommer ved Universitetet i Oslo.*

«Alt som kan sies på engelsk, kan også sies på norsk». Ordene er Raida Ødegaards, filolog og manuskriptredaktør i Tidsskrift for Den norske legeforening (1). Likevel vil mange fagfolk, også leger og forskere, ofte foretrekke – og noen insistere på – å bruke utenlandske, særlig engelske, faguttrykk når de skriver og snakker sitt fag. Slike uttrykk kan det være vanskelig eller umulig å forstå for andre enn kolleger i deres egne fagmiljøer. Enda verre for oss andre blir det når uttrykkene gjengis som kryptiske forkortinger med store bokstaver. Det kan oppleves tidsbesparende å bruke forkortelser, men det kan også være en effektiv måte å ekskludere andre fra fagfellesskapet på (2).

Heldigvis er mange leger og annet helsepersonell opptatt av at det de skriver og sier, skal forstås av så mange som mulig. De vet at å ta i bruk norske avløserord for engelske faguttrykk ikke trenger å gå utover presisjonsnivå eller faglig status. Snarere tvert imot. Hvorfor er det likevel så vanskelig å få etablert norske avløserord for engelske faguttrykk innen medisin?

## MOTSTAND

Engelsk er i dag det dominerende internasjonale språket i medisin, og nesten all faglitteratur i medisinske fag er på engelsk. Alle de store vitenskapelige tidsskriftene publiseres på engelsk, og alle større internasjonale kongresser, også nordiske, gjennomføres på engelsk. Også norsk allmennspråk står under press fra engelsk. Det er derfor ikke til å undres over at nye engelske faguttrykk lett får innpass i Norge. Det er enkelt å ta dem i bruk. Noen vil mene at dette er tegn på språklig latskap, men like viktig er det nok at de fleste leger ikke har trening i hvordan man skal lage gode oversettelser.

Begrunnelsen som mange leger og medisinske forskere har for å bruke engelske faguttrykk, er

ofte denne: «Vi må bruke engelskspråklige faguttrykk fordi alle i fagmiljøene bruker dem». Dette kan være en rimelig begrunnelse når målgruppen kun er kolleger i eget fagmiljø. Men ikke når man henvender seg til fagfolk utenfor sitt eget fagmiljø, og absolutt ikke når målgruppen er pasienter, pårørende eller allmennhet. Har man først lagt seg til bruk av et engelsk faguttrykk, er det vanskelig å slå over til norsk i andre sammenhenger, selv om det finnes eksempler på at man bruker ulike uttrykk avhengig av målgruppen, slik som pneumoni og lungebetennelse om infeksjon i lungene.

Det kan også være en annen og mer psykologisk forklaring på at noen tviholder på engelske faguttrykk. Kan bruken av engelske faguttrykk gi fagpersonen en opplevelse av å tilhøre en eksklusiv gruppe med forbindelser til den store verden? At man er oppdatert og følger med på det siste nye? At dette er så vanskelig at det bare er vi, vi som har innsikt og erfaring, som forstår hvor komplisert dette egentlig er? Det er nok også slik at nordmenn ikke har samme språklige bevissthet og stolthet over sitt språk



*Kronikken er hentet fra boken Helsespråk utgitt av tidsskriftet Michael. Her beskriver 25 forfattere ulike sider ved språk og kommunikasjon i helsetjenesten.*



som blant andre franskmenn og islendirer har.

Mange fagfolk vil hevde at mange engelske faguttrykk «ikke lar seg oversette til norsk», og at forslag til oversettelser er for upresise eller lite dekkende. Mange vil mene at forslag til norske oversettelser kan klinge merkelig, fremmed eller uheldig i norske ører. De glemmer gjerne da at det engelske uttrykket ofte vil ha samme konnotasjoner for engelskspråklige personer som det norske avløserordet har for nordmenn. Et eksempel er *frail*, et sentralt begrep i geriatri, som på norsk er oversatt til *skrøpelig*. Enkelte mener at man ikke bør omtale mennesker som *skrøpelige*, og heller bruke den engelske termen også på norsk, men glemmer – eller er ikke klar over – at *frail* på engelsk har nøyaktig de samme negative konnotasjonene for dem som har engelsk som morsmål, som *skrøpelig* har for nordmenn (3).

Bruk av engelske faguttrykk som er uforståelige for folk flest, kan stå i veien for god presentasjon og formidling av forskning. Engelske faguttrykk kan gjøre fagspråk til et stammespråk som er tilgjengelig bare for de innvidde. Det finnes mange eksempler på at forslag om norske oversettelser av engelske faguttrykk blir møtt med forundring, uvilje eller latter i aktuelle fagmiljøer. Men det finnes også oversettelser som først møter motstand, og som etter hvert likevel vinner innpass.

Språkrådet har laget en nyttig liste over avløserord på norsk. Her finnes også medisinske eksempler, slik som etterlevelse for *compliance* og frossen skulder for *frozen shoulder* (4). Ordlisten til Tidsskrift for Den norske legeforening har også mange slike eksem-

pler, som oppfølging for *follow-up* og grense eller grenseverdi for *cut-off* (5). I massemedier brukes ofte gode norske oversettelser av engelske faguttrykk innen medisin, slik som kroppsmasseindeks for *body mass index* og korona som norsk skrivemåte for *corona*.

### FINNE NORSKE AVLØSERORD

Jeg vil likevel hevde at det er lettere enn mange tror å finne norske avløserord for engelske faguttrykk. Det har jeg erfart flere ganger årlig som medisinsk redaktør i et norskspråklig medisinskvitenskapelig tidsskrift i nesten 25 år.

Hvis man er ærlig med seg selv og tenker enkelt og basalt, gjerne naivt, så lar det seg gjøre. Spør: Hvilke norske ord ligger i nærheten av det engelske ordets betydning? Prøv ordene for deg selv, kolleger og andre. Bruk ordbøker eller nettbaserte oversettingsprogram, som Google Translate (6). Engelske nettdordbøker, som Merriam-Webster (7), vil angi flere definisjoner, eksempler på bruk og forslag til synonyme eller nesten synonyme ord som kan være enklere å oversette.

Jeg vil trekke fram tre eksempler på norske avløserord for engelske faguttrykk for å vise hvor lett det egentlig kan være.

### VAKTPOSTLYMFEKNUTE

I 1960 rapporterte forskere i USA at tidlig spredning av kreft kunne påvises i lymfeknuten som først mottar lymfe fra en svulst (8). De kalte denne lymfeknuten for *sentinel node*. Etter hvert fikk undersøkelse av *sentinel node* en viktig plass i utredning ved flere kreftformer, blant annet ved brystkreft (9). Hvis en undersøkelse av *sentinel node* ikke gir holdepunkter for kreftspredning, kan pasienten

slippe omfattende og unødvendig kirurgisk behandling.

I Norge kom teknikken med undersøkelse av *sentinel node* i bruk i slutten av 1990-årene (10), og den ble etter hvert rutine ved flere kreftformer. Brystkreftkirurger ved Ullevål sykehus var opptatt av at pasientene skulle forstå hva undersøkelsen gikk ut på, og ønsket å finne et norsk ord for prosedyren. Ved å slå opp i en engelsk-norsk ordbok fant de ut at *sentinel* kunne oversettes med *vakt* eller *vaktpost*. Hadde de brukt Merriam-Websters ordbok på nett i dag, ville de funnet følgende synonymer for *sentinel*: *custodian*, *guard*, *guardian*, *keeper*, *lookout*, *warden*, *watcher* og *watchman*, og dette eksemplet på bruk: «a lone sentinel kept watch over the fort» (7). *Node* betyr som kjent *knute* – i denne sammenheng *lymfeknute*. Dermed ga avløserordet seg selv: *vaktpostlymfeknute*.

Legene ved Ullevål sykehus skrev en redaksjonell artikkel om *vaktpostlymfeknute* i Tidsskrift for Den norske legeforening i 1999 (10) og holdt kurs for leger fra hele landet. Ingen i fagmiljøene stilte spørsmål ved denne oversettelsen. Uttrykket *vaktpostlymfeknute* synes nå å være godt etablert, både i fagmiljøene, blant leger generelt, blant pasienter og i media.

### IKKE-UNDERLEGENHET

Studier der man skal finne ut om et legemiddel eller et annet behandlingstiltak ikke er dårligere enn et annet, kalles på engelsk *non-inferiority studies* (11). Mange, også leger, er neppe fortrolige med begrepet *non-inferiority*, og mange vil være usikre på hvordan *non-inferiority studies* skal tolkes.

Vi mente at den engelske språkformen bidrar til at denne betegnelsen virker fremmed og begrepet

vanskelig å forstå, og ønsket å finne et norsk avløserord. Et enkelt søk på Google Translate ga denne oversettelsen: inferiority = underlegenhet. Dermed var det gjort. Ved å bytte ut prefikset non- med ikke-ga oversettelsen av non-inferiority seg selv: ikke-underlegenhet (11). Ordet er litt langt og kan med det samme virke fremmed og konstruert, men det gjør antakelig også non-inferiority for dem som har engelsk som morsmål.

I en kommentar til vår artikkel uttrykte en framtreddende statistiker tvil om hvorvidt denne oversettelsen var særlig god (12). Hun hadde selv brukt uttrykket ikke-underlegenhetsstudier i sine studentforelesninger, nærmest på fleip, og mente at «de fleste synes å være enige i» at uttrykket ikke klinger særlig godt. I ettertid ser vi at vi burde hatt med oss en statistiker i forslaget om et norsk avløserord for et engelskspråklig faguttrykk innen statistikk. Vi undervurderte skepsisen i fagmiljøet.

Ikke-underlegenhet er et spesialisert uttrykk innen medisinsk statistikk som brukes sjeldnere enn vaktpostlymfeknute, men det gir treff i både Store Norske Leksikon, i kardiologiske fagartikler og på nettsidene til Folkehelseinstituttet og Dagens Medisin. Vi har tro på at det vil sette seg etter en tilvenningsperiode. Fordelen er at det nærmest er selvforklarende og kan bidra til at folk forstår hva slike studier dreier seg om.

## RØVERTIDSSKRIFT

Vitenskapelig publisering i medisinen foregår nesten utelukkende i fagfellelvurderte tidsskrifter. Tilgangen til slike tidsskrifter har vært begrenset av høye abonnementsavgifter. De siste årene er det etablert nettbaserte tidsskrifter med åpent tilgjengelig innhold

som finansieres gjennom en publiseringsavgift betalt av forfatterne. Dessverre har det også blitt opprettet mange useriøse tidsskrifter som legger ut artikler på nett uten en reell redaksjonell eller faglig vurdering og kvalitetssikring.

Slike useriøse tidsskrifter som kan framstå som vitenskapelige, men som primært forsøker å lure forskere for penger, kalles på engelsk for predatory journals (14). Redaksjonen i Tidsskrift for Den norske legeforening ønsket å finne et norsk avløserord (13), og i engelskordboken fant vi adjektivet predatory omtalt med flere betydninger: plyndrings-, plyndrende, plyndre-, røver-, rov-, rovdyr-, rovgrisk og rovlysten (15). Vi falt ned på ordet røvertidsskrift, som ser ut til å ha festet seg.

## AVSLUTNING

Eksemplet vaktpostlymfeknute viser hvordan et faguttrykk på norsk lanseres fra fagmiljøet selv, mens ikke-underlegenhet ble lansert av noen utenfra. Lærdommen er at aktuelle fagmiljøer må være involvert i prosessen. Metoden er i grove trekk beskrevet her. Norske fagtidsskrifter har en viktig oppgave i å stimulere fagfolk til å finne egnede norske avløserord for engelske faguttrykk.

Suksesskriteriet for oversettelsen er at de tas i bruk. Å etablere norske faguttrykk kan ta tid og kreve utholdenhet. En stund vil kanskje det norske og det engelske uttrykket leve side om side, og noen avløserord vil falle bort når de viser seg ikke å ha livets rett (16). Norske avløserord for engelske faguttrykk kan fremme forståelsen av kompliserte fenomener og gjøre formidlingen av medisinsk forskning og kunnskap mer effektiv. Det gjelder å være tidlig ute med gode forslag som er dekkende og klinger godt,

og å få med seg sentrale fagpersoner på laget.

## Litteratur

1. Feiring E. Språkdoktoren. Tidsskrift for Den norske legeforening 2013; 133: 1346–7. <https://tidsskriftet.no/2013/06/sprakspalten/sprakdoktoren> (22.1.2021).
2. Nylenna M. PLF av UF. Primærlegens forståelse av uforklarte forkortelser. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1989; 109: 3591–3.
3. Wyller TB, Hem E. De skrøpelige. Tidsskrift for omsorgsforskning 2020; 6: 1–3. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2020-01-04>
4. Språkrådet. På godt norsk – avløserord. <https://www.sprakradet.no/sprakhjelp/Skriverad/Avloeserord> (23.1.2021).
5. Tidsskrift for Den norske legeforening. Ordliste. <https://tidsskriftet.no/annet/ordliste> (23.1.2021).
6. [www.translate.google.com](http://www.translate.google.com) (23.1.2021).
7. [www.merriam-webster.com](http://www.merriam-webster.com) (23.1.2021).
8. Gould EA, Winship T, Philbin PH et al. Observations on a «sentinel node» in cancer of the parotid. Cancer 1960; 13: 77–8.
9. Tanis PJ, Nieweg OE, Valdés Olmos RA et al. History of sentinel node and validation of the technique. Breast Cancer Research 2001; 3: 109–12. <https://doi.org/10.1186/bcr281>
10. Schlichting E, Babovic A, Kåresen R. Vaktpostlymfeknute. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1999; 109: 2009. <https://tidsskriftet.no/1999/05/redaksjonelt/vaktpostlymfeknute> (22.1.2021).
11. Gjersvik P, Hem E, Jacobsen GW et al. Hva skal non-inferiority-studier kalles på norsk? Tidsskrift for Den norske legeforening 2014; 134: 852–3. <https://tidsskriftet.no/2014/04/sprakspalten/hva-bor-non-inferiority-studier-kalles-pa-norsk> (22.1.2021).
12. Skovlund E. Hva skal non-inferiority-studier kalles på norsk? Kommentar. Tidsskrift for Den norske legeforening 9.5.2014. <https://tidsskriftet.no/2014/05/kommentar/re-hva-bor-non-inferiority-studier-kalles-pa-norsk> (22.1.2021).
13. Hem E. Se opp for røvertidsskrifter. Tidsskrift for Den norske legeforening 2014; 134: 1273. <https://tidsskriftet.no/2014/07/sprakspalten/se-opp-rovertidsskrifter> (22.1.2021).
14. Grudniewicz A, Moher D, Cobey KD et al. Predatory journals: no definition, no defence. Nature 2019; 576: 210–2. <https://doi.org/10.1038/d41586-019-03759-y>
15. predatory. I: Stor engelsk-norsk ordbok. <https://www.ordnett.no/search?language=en&phrase=predatory> (23.1.2021).
16. Gulbrandsen P, Nylenna M. MT blir MR etter 15 år. Tidsskrift for Den norske lægeforening 1999; 119: 1180. <https://tidsskriftet.no/1999/03/artikkel/mt-blir-mr-etter-15-ar> (22.1.2021).



## Bidrar til egenmestring og selvstendighet

«Dette er en løsning vi kommer til å ha i mange år fremover»

- Andrea Elisabeth (71 år)

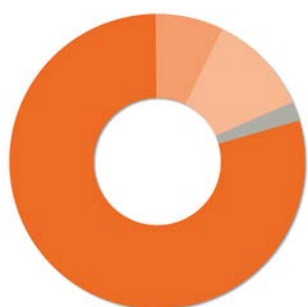


**A**ssiStep er trappeassistenten som gir støtte og trygghet til å fortsatt kunne gå trappen på egenhånd.

Ny norsk forskning viser at personer som fortsetter å gå trappa har betydelige helsegevinster. AssiStep kan både hindre fall og gi ergonomisk støtte for å kunne oppnå denne helsegevinsten.

Siden oppstarten har AssiStep blitt montert i over 1.000 hjem. Statistikken viser at for det store flertallet av brukere, så er AssiStep en varig løsning som legger til rette for egenmestring og oppretholdelse av funksjon. Av alle AssiStep'er som ble montert i perioden 2017 - 2019 er over 80% fortsatt i daglig bruk.

### ASSISTEP LEVERT TIL HJEMMEBOENDE 2017 - 2019:



- Fortsatt i bruk juni 2021
- Mors
- Flyttet
- Annet

 RING OSS PÅ  
**46 74 55 55**

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



### FORDELENE MED ASSISTEP

- ✓ Fallsikring og støtte for å gå trappen selv
- ✓ Servicefri løsning som ikke bruker strøm
- ✓ Kan leveres til nesten alle typer trapper
- ✓ Norsk produksjon med rask leveringstid
- ✓ Forebygger fall i trapp
- ✓ Nå på rammeavtale hos NAV

FORHANDLES AV

**HEPRO**



TALL FRA SSB:

## 51 kommuner er fortsatt uten ergoterapeut

En oversikt som Ergoterapeutene har fått utarbeidet av SSB, viser at det fortsatt er 51 kommuner som mangler ergoterapeut. Oversikten viser også at ergoterapeutdekningen varierer stort mellom kommunene.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas



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

**1**. januar 2020 ble landets kommuner pålagt å tilby innbyggerne ergoterapi. Ved utgangen av året var det fortsatt 51 kommuner som ikke hadde dette på plass.

– Det er helt uholdbart at mange kommuner fortsatt mangler ergoterapi til sine innbyggere. Det er også uholdbart at mange kommuner har lange ventelister på ergoterapi, sier forbundsleder Tove Holst Skyer oppgitt.

### 51 KOMMUNER FORTSATT UTEN ERGOTERAPEUT

Oversikten fra SSB, som du finner på hjemmesiden vår, viser at det i fjerde kvartal 2020 var 51 kommuner uten ergoterapeut. Kommunene er ujevnt fordelt utover landet. Forbundsleder Tove Holst Skyer oppfordrer kommunene til å tenke nytt.

– Vi må gi mer av de tjenestene som utløser innbyggernes ressurser, og som utsetter eller

forhindrer behovet for pleie. Dette er det eneste bærekraftige, sier hun.

Regionene i forbundet jobber med å følge opp de kommunene som ikke har ergoterapeut tilsatt. Medlemmer som kan bidra til å få på plass ergoterapitilbud i alle landets kommuner, oppfordres til å ta kontakt med sin region.

### STOR VARIASJON I ERGOTERAPEUTDEKNINGEN

Tallene fra SSB viser også at antallet ergoterapeuter varierer stort mellom landets kommuner. Sammensatt med innbyggertallet viser også oversikten stor variasjon av ergoterapeuter per ti tusen innbyggere. Gjennomsnittlig er tallet 5,9. Ligger din kommune over eller under gjennomsnittet?

Mange kommuner har imidlertid lange ventelister på tilbud om ergoterapi. Erfaringer, spesielt gjennom pandemien, viser at innbyggerne taper funksjon mens de venter på tjenester.

- En ergoterapeut utsetter og forhindrer behov for mer kostbare tjenester, men viktigst av alt: Vi gjør at flere klarer seg selv og mestrer de viktige hverdagsaktivitetene, minner forbundslederen om.

## FLERE STILLINGER OG FÆRRE KUTT

Fikk du med deg artikkelen «Flere stillinger og færre kutt i Ergoterapeutens aprilnummer?

Den store underdekningen i ergoterapitjenestene, de lange ventelistene og de store forskjellene i ergoterapitilbudet i landets kommuner gir medlemmer og tillitsvalgte mye å ta tak i. Vi har et stort mulighetsrom.

I aprilnummeret av Ergoterapeuten gir seniorrådgiver Solrun Nygård forslag til hvordan ledere og tillitsvalgte kan bygge opp argumentasjon for flere stillinger og forhindre reduksjon i ergoterapitilbudet.

- Arbeidet med budsjettene starter om våren. Det er nå ledere og tillitsvalgte kan legge grunnlaget for å få hyggelige resultater i desember og unngå de mindre hyggelige overraskelsene, skriver seniorrådgiver Solrun Nygård i Ergoterapeuten 2-2021

## VI MÅ BRETTE OPP ERMENE

- Hva hadde du valgt: Hjelp til å kle deg eller hjelp til å kunne kle deg selv, spør forbundsleder Tove Holst Skyer retorisk, og legger til:

- Og hva tror du er mest lønnsomt for samfunnet?

- Nettopp, slår hun fast. Det er ingen grunn til å vente. Vi må ha bærekraftige helsetjenester nå! I løpet av de siste årene har alt av offentlige dokumenter, stortingsmeldinger, retningslinjer og veiledere pekt i retning av økt bruk av ergoterapeuters kompetanse.



- Veksten i stillinger har også vært stor, og mulighetsrommet ligger ute i den enkelte kommune og det enkelte sykehus, sier forbundsleder Tove Holst Skyer.

	A	B	C	D	G
1	Ergoterapeuter sysselsatt i kommunen, per 4. kvartal 2020.				
2		Sum, ergoterapeuter	Ergoterapeut med yrke som ergoterapeut, nytt yrkesutplukk	Ergoterapeuter med andre yrker, nytt yrkesutplukk	Kommuner uten ergoterapeut
3					
4	I alt	3 175	1 968	1 207	51

Undersøk tallene for din kommune på hjemmesiden vår.

Veksten i stillinger har også vært stor, men ikke stor nok. Mulighetsrommet ligger ute i den enkelte kommune og det enkelte sykehus. Det er behov for et paradigmeskifte i helse- og velferdstjenestene, og da må ergoterapeuters ressursutløsende kompetanse tas i bruk i mye større grad.

Hun oppfordrer alle medlemmer til å fortsette den gode jobben med å vise hvordan ergoterapi utløser ressurser, i praksis.

- Samtidig håper jeg vi sammen kan synliggjøre det ved å fremsnakke kjernekompetansen vår og sette ord på hvorfor ergoterapi er viktig.

### Flere stillinger og færre kutt!

Artikkelen omhandler ergoterapistillinger i kommunene. Den gir forslag om hvordan ledere og tillitsvalgte kan bygge opp argumentasjonen for flere stillinger og forhindre reduksjon i ergoterapitilbudet.

Av Solrun Nygård

Solrun Nygård er seniorrådgiver i Ergoterapeuten.

### Ergoterapeutforbundet - 10 måneders ventetid for ergoterapitjenester

Kommuner og Helse Rik 10. Helseundersøkelsen i landet av Forbundet, Helse. Ergoterapeutforbundet mener ventiden går for langt.

For å påvirke innholdet i planene er lederskapet, angående. De beste er å møtte dag og dag.

Fakultet i Helse og Sosialt (kommunalt-rapport.no) publisert 19.03.2021

kompetanse som aktivt når arbeid med en ny plan skal starte. Så kan du være med å beredne utfordringer og komme med forslag til tiltak. Når planene er vedtatt i kommunestyret, er samarbeid om

Artikkelen «Flere stillinger og færre kutt!» ble trykket i Ergoterapeuten nummer 2-2021.

# Strategien mestring og tidlig innsats for barn og unge

**Landsmøtet i oktober vedtok fire strategier for hva forbundet skulle prioritere i framover. En av strategiene er «Ergoterapeutene skal fremme mestring og tidlig innsats for barn og unge».**

Av Solrun Nygård



*Solrun Nygård er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.*

**H**er presenteres status på arbeidet med strategien, som er godt i gang i alle ledd av organisasjonen.

## WORKSHOP

For å få et bilde av utfordringer og mulighetsrom har forbunds-kontoret avholdt to workshoper der vi inviterte til å gi innspill angående utfordringer og mulighetsrom.

18 ergoterapeuter bidro. De representerte kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten, NAV hjelpemiddelsentral og utdanningene. Workshopene ga verdifulle bidrag til det videre arbeidet med strategien.

## AKTUELLE OMRÅDER FOR VIDERE ARBEID

I oppfølgingen av workshopene er det en del handlinger som administrasjonen ser tydelig peker seg ut, og som vil gi innhold i det videre arbeidet i 2021. En overordnet utfordring er å synliggjøre ergoterapeuters kjernekompetanse i arbeidet med barn og unge, både internt og eksternt.

Internt betyr det å fortsette med å bidra til en styrking av ergoterapeuters kompetanse for å trygge ergoterapeuter i sin yrkesutøvelse. Dette kan være gjennom kurs og videreutdanning, men det er også aktuelt med kollegaveiledning og faglige

nettverk hvor ergoterapeuter kan dele gode eksempler. Eksternt kan det innebære politisk påvirkningsarbeid overfor ledere, samt mot lokale og nasjonale myndigheter. Samarbeid og nettverk med aktuelle samarbeidspartnere kan gi innsikt i mulighetsrommet til ergoterapeuter. Det kan vise oss hvilke utfordringer som oppleves i dagens tjenestetilbud, og danne grunnlag for samarbeid om gode løsninger for barn og unge.

For å få mer konkret informasjon om ergoterapeuters arbeid, kompetansebehov og organisering rundt arbeidet med barn og unge vil det før sommeren bli gjennomført en medlemsundersøkelse. Vi håper alle tar seg tid til å svare på den. De som ikke arbeider med barn og unge, kan forlate undersøkelsen etter noen innledende spørsmål.

For å skape økt bevissthet om kjernekompetansen vil administrasjonen utvikle et modulbasert nettkurs, «Ergoterapi til barn og unge», etter modell av forbundets øvrige nettkurs. Dette kurset har oppstart 15. september 2021. Se annonse i dette nummeret av Ergoterapeuten.

Det vil bli arrangert «Fag til lunsj» og webinar med barn som tema. Her har regionene allerede bidratt med flere spennende temaer, og flere vil det bli både fra forbundskontoret og regionene.



Behovet for kurs i undersøkelses- og vurderingsredskaper for barn og unge vil bli imøtekommet med minst ett kurs i 2021. Administrasjonen undersøker hva som er mest aktuelt og som lar seg gjennomføre i løpet av året.

Forsknings- og utviklingsmidlene for 2021, med søknadsfrist 15. september, er også et virkemiddel i strategien. Søknader om fagutvikling og forskning som omhandler mestring og tidlig innsats for barn og unge, der bærekraft er et av temaene, vil bli prioritert.

### OPPSUMMERING

Arbeidet med å synliggjøre og styrke ergoterapi til barn og unge er godt i gang i alle ledd av organisasjonen. Medlemmer deler raust av sin kompetanse, og regionene skaper digitale møteplasser for denne delingen.

Forbundsledelsen jobber strategisk der det åpner seg muligheter, og forbundskontoret arbeider blant annet med utvikling av kompetansehevende tiltak for medlemmene. Strategien gjelder for tre år, så mer stoff om dette vil komme!



*Ergoterapeutene vil foreta en spørreundersøkelse for å få mer kunnskap om ergoterapeuters arbeid med barn og unge.*

## To nye medlemmer til Ergoterapistudentenes landsstyre

**Ergoterapistudentene har fått to nye medlemmer til landsstyret fra Trondheim.**

av Andrea Gascon Borgen

### Mitt navn er Julie Sletten Langeland,

og jeg er 22 år gammel og kommer fra Bodø. Jeg går førsteåret ved ergoterapiutdanningen i Trondheim, og jeg trives godt på studiet foreløpig. Fritiden min går mye til turer i skog og mark, buldring, klatring og kaffedrikking. Ellers bor jeg i kollektiv med én firbent og to tobente i et klokketårn på Møllenberg.



Jeg har akkurat begynt min reise som ergoterapistudent i byen og ble nettopp med i ergoterapistudentene her i Trondheim. Jeg ble med i lokalstyret for å skape mer sosiale aktiviteter på tvers av klassene etter en høst preget av pandemi og lite sprell. Trondheim skal igjen bli Norges beste studentby! Jeg sitter nå i styret som landsstyrekontakt, og jeg har allerede vært med på digitalt møte over zoom. Selv gleder jeg meg til å møte styret fysisk i løpet av høsten.

### Mitt navn er Helene Bakkeslett Musum.

Jeg er 20 år biologisk, 54 mentalt og kommer fra Verdal. Jeg er førsteårsstudent ved ergoterapiutdanningen ved NTNU i Trondheim og stortrives med valget mitt. På fritiden er jeg veldig glad i å trene styrke, løpe, lage god mat



og bake. I tillegg er jeg veldig glad i å være med venner, familie og kjæresten min. Deltidsjobben min skaper dog en viss aktivitetsubalanse i hverdagen (studentlivet, ikke sant – men jeg elsker det!).

I ergoterapistudentenes lokalstyre sitter jeg som nylig valgt leder, og jeg har stor tro på at lokalstyrene og landsstyret skal bidra til at studietiden blir uforglemmelig, med godt samarbeid og gode relasjoner. I tillegg har jeg en stor tro på at vi skal fronte viktigheten av ergoterapifaget og nå ut til folk med hva ergoterapi faktisk er. Jeg gleder meg enormt til å se hva vi kan få til!

# Ung + ufør = økonomiske utfordringer

**Rammes du av sykdom eller ulykke som fører til at du faller utenfor arbeidslivet før du har startet yrkeskarrieren, havner du i et økonomisk uføre. Manglende opptjening av pensjonspoeng gir lav uføretrygd, og store basisinvesteringer som bolig og bil må gjøres med et spinkelt budsjettgrunnlag.**

Av Roar Hagen



*Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.*

**D**u kan ikke forsikre dine barn mot ulykker og sykdom. Men du kan forsikre dem mot den vanskelige økonomiske situasjonen som kan oppstå i slike tilfeller.

## **MEDISINSK INVALIDITET**

Vår barneforsikring dekker medisinsk invaliditet som følge av sykdom eller ulykke med opptil to millioner i de alvorligste tilfellene av medisinsk invaliditet. Da har du en bra buffer til å håndtere etableringskostnader som voksen, selv om du kan ha begrensede yrkesvalg eller ingen muligheter til å komme i arbeid.

## **ALVORLIGE TILSTANDER**

Ergoterapeutenes barneforsikring har dekning for flere alvorlige sykdommer. Barnet kan få erstatning på 300 000 kroner dersom det for eksempel konstateres MS, kreft, leddgikt eller cystisk fibrose. Totalt omfattes 12 alvorlige sykdommer /tilstander av forsikringen. Se vilkårene til barneforsikringen på våre nettsider, så får du alle detaljene om forsikringen.

## **ERSTATNING VED ARBEIDSUFØRHEIT**

Forsikringen dekker også

750 000 kroner hvis forsikrede rammes av sykdom eller ulykkesskade som medfører arbeidsuførhet på minst 50 prosent.

Retten til uføeerstatning inntreffer når uførheten har vart i minst to år og er vurdert til å være varig. Erstatning for arbeidsuførhet kan først komme til utbetaling etter fylte 18 år.

## **DAGPENGER**

Foreldrene har rett til dagpenger ved langvarig sykehusopphold for barnet. Fra tiende dag på sykehus gir forsikringen en erstatning på 450 kroner per dag i inntil 365 dager. Det gir dere som foreldre mulighet til å følge opp et barn som må være på sykehus i lang tid.

Tabell 1 viser noen av de viktigste dekningene på barneforsikringen.

Forsikringen koster 2172 kroner per år. Kontakt forsikringskontoret om du ønsker å forsikre dine barn gjennom Ergoterapeutenes forsikringskontor. Har du allerede barneforsikring et annet sted, hjelper vi deg med overflytting av forsikringen.

*Ergoterapeutenes barneforsikring leveres av Tryg Forsikring.*



*Ergoterapeutenes barneforsikring gir barnet ditt en bra buffer til å håndtere etableringskostnader som voksen dersom det rammes av sykdom eller ulykke som fører til at det faller utenfor arbeidslivet.*

Barnets alder ved start	3 måneder – 18 år
Forsikringens varighet	3 måneder – 26 år
Medisinsk invaliditet ved ulykke	Inntil 2 000 000 kroner
Medisinsk invaliditet ved sykdom	Inntil 2 000 000 kroner
Behandlingsutgifter ved ulykke	Inntil 100 000 kroner
Erstatning ved dødsfall	100 000 kroner
Dagpenger ved sykehusopphold	450 kroner per dag i inntil 365 dager
Merutgifter ved langvarig pleie	Inntil 130 000 kroner per år i 5 år
Ombyggingsstønad	Inntil 200 000 kroner
Økonomisk trygghet ved alvorlige tilstander	300 000 kroner
Erstatning ved arbeidsuførhet	750 000 kroner

*Tabell 1: Noen av de viktigste dekningene på barneforsikringen.*



VI INTRODUSERER:

## Lønn til lunsj

**Etter stor suksess med en rekke faglige arrangement på nett tar vi nå steget videre og inviterer tillitsvalgte til «Lønn til lunsj».**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

**L**ønn til lunsj er korte nettarrangement uten behov for påmelding i forkant. Målgruppen er tillitsvalgte, og vi ønsker å rette oppmerksomhet mot ulike aktuelle temaer.

Etter en innledning vil ordet være fritt for spørsmål, kommentarer og erfaringsutveksling. Normalt

vil arrangementene gjennomføres i tidsrommet mellom klokka 11 og 12.

Vi ønsker å tilby aktuelle temaer på disse arrangementene. Send gjerne en e-post til forhandlings-sjef Hege Munthe dersom du har forslag til et tema.

E-post: [hmu@ergoterapeutene.org](mailto:hmu@ergoterapeutene.org).

### Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.



- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling



For mer informasjon se:  
[www.bamseprodukter.no](http://www.bamseprodukter.no)  
[www.hjelpemiddeldatabasen.no](http://www.hjelpemiddeldatabasen.no)  
Varekataloger og brosjyrer.



## Ny medlemsfordel

**- rabatt på hjemmeladere til elbil**

**Unio har framforhandlet en rabattavtale med Wallbox for sine medlemmer.**

**Avtalen innebærer** en rabatt på 10 prosent på hjemmeladere til alle typer elbiler. Rabatten gjelder ikke for installasjon, men Wallbox har avtale med autoriserte installatører over hele landet.

Wallbox AS er en av Nordens ledende aktører innen elbillading. Wallbox tilbyr intelligente ladesystemer for elektriske biler som kombinerer banebrytende teknologi med en enestående utforming.



## Hilsen fra en streikende

**N**orsk ergoterapeutforbund tok fredag 4. juni ut syv av ergoterapeutene ansatt ved Oslo universitetssykehus i streik i den pågående konflikten mellom Unio og Spekter. Også i tariffområdet Spekter (sykehusene) er oppgjøret et mellomoppgjør og handler utelukkende om lønn.

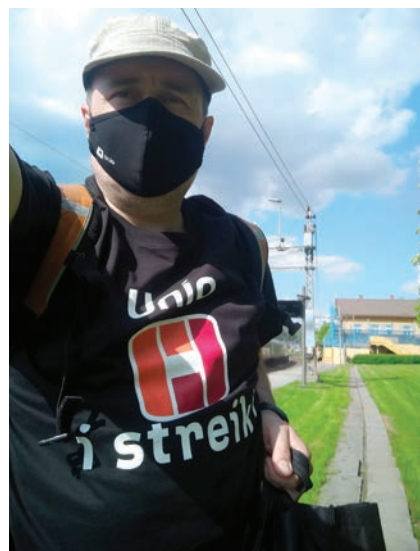
Som foretakstillitsvalgt for Ergoterapeutene ved Oslo universitetssykehus kan jeg fortelle at motivasjonen for streiken er stor både hos ergoterapeutene som er tatt ut, og i streikekomiteene som er representert med alle de aktuelle Unio-forbundene (Norsk sykepleierforbund, Norsk fysio-

terapeutforbund og Forskerforbundet).

Samtidig er vi skuffet over å se at arbeidsgiver ser ut til å lete, finne og utnytte de minste små grunner til å tvinge fram tvungen lønnsnemnd i de andre tariffområdene (Oslo kommune og kommunene (KS)).

Vi har vært svært nøye med å unngå å ramme barn, pasienter med kreft, psykisk helse eller Covid-pasienter, men ønsker å ramme arbeidsgiver økonomisk for å kommunisere alvoret vi opplever ved at arbeidsgiver ikke vil gi oss et rimelig oppgjør for den spesialkompetansen vi tilbyr sykehusene.

*Leif Ståle Nævestad, foretakstillitsvalgt for Ergoterapeutene ved Oslo universitetssykehus.*



**Mestring og inkludering**

"Med Momo 3-18 trehjuls sykkel er det ingenting som vil stoppe deg". Med et bredt utvalg av tilbehør kan sykkel utstyres etter dine ønsker, og gi deg hjelp og støtte på sykkel tur med familie og venner.

Har du spørsmål om hvilken sykkel og tilbehør du bør velge, vil vi gjerne gi deg råd, ta kontakt på tlf 67 06 49 00 eller se på [www.medema.no](http://www.medema.no)



medemagruppen



## Dette vet vi om lønnsoppgjøret – så langt

**Mellomoppgjøret i år ble mer kaotisk enn mellomoppgjør bruker å være. I mellomoppgjør (oddetallsår) er det bare lønnsbestemmelsene i tariffavtalene som det skal forhandles om, og streiker er uvanlig. I skrivende stund er eller har vi vært involvert i hele tre streiker i de største tariffområdene våre. Denne oversikten gir en oversikt over de fire største tariffområdene våre.**

Av Hege Munthe

### KS

Forhandlinger og meklings førte ikke fram. Natt til 27. mai brøt Unio kommune forhandlingene og gikk ut i streik. Cirka 400 ergoterapeuter i en lang rekke kommuner gjennomførte en aktiv og kreativ streik under de rådende begrensningene.

Den 4. juni innførte regjeringen, ved arbeids- og sosialminister Torbjørn Røe Isaksen, tvungen lønnsnemnd mellom Unio kommune og KS. Til sammen har over 22 000 Unio-medlemmer vært ute i streik.

Rikslønnsnemnda vil nå bestemme utfallet av tvisten, og denne avgjørelsen vil da bli det endelige resultatet i KS. Når vedtaket vil være klart, er i skrivende stund ikke satt.

Regjeringens beslutning er svært skuffende, og dette løser ikke den samfunnsutfordringen streiken handlet om. Utfordringen med å rekruttere og beholde Unios yrkesgrupper blir ikke borte av dette.

### OSLO KOMMUNE

På samme måte som for de øvrige kommunene førte heller ikke forhandling og meklings fram for tariffområdet Oslo kommune. Den 27. mai startet en streik som invol-



Streik i Levanger. Ergoterapeut Annfrid Trætli Storvik var syklende streikeplakat.

verte 29 ergoterapeuter og til sammen 1900 Unio-medlemmer.

Den 7. juni innførte regjeringen ved Torbjørn Røe Isaksen tvungen lønnsnemnd mellom Unio Oslo kommune og Oslo kommune. Også i Unio Oslo kommune mener vi at vi gjennomførte en forsvarlig streik, og vi er svært skuffet over at det ble brukt tvungen lønnsnemnd.

Rikslønnsnemnda vil nå bestemme utfallet av tvisten, og avgjørelsen vil bli det endelige resultatet i Oslo kommune. Når vedtaket vil være klart, er uvisst, da det i skrivende stund ikke er satt en dato. På samme måte som

for kommunene for øvrig løser ikke regjeringens lønnsnemnd de underliggende rekrutteringsproblemerne i Oslo kommune.

### SPEKTER HELSE OMRÅDENE 10 OG 13

Den 6. mai brøt Norsk sykepleierforbund A2-forhandlingene med Spekter helse i områdene 10 og 13.

Det vil si at alle Unios forbund som har avtaler i disse områdene, gikk til felles meklings. Den 4. juni gikk Unio Spekter ut i streik med til sammen 313 medlemmer. Den 10. juni trappet Unio Spekter opp streiken med 607 medlemmer.



Hege Munthe er forhandlingssjef i Ergoterapeutene.



Utfallet av streiken er ikke avgjort, da det i skrivende stund er en pågående streik.

## STATEN

Den 27. mai kom Unio stat til enighet med staten i årets mellomoppgjør, 17 timer på overtid i forhold til meklingsfristen.

Resultatet i staten ble en totalramme i overkant av 2,7 prosent lønnsvekst, der glidningen er beregnet til 0,3 prosent. Halvparten gis som sentralt tillegg, og halvparten fordeles lokalt.

Lønnsveksten blir gitt som en blanding av kronetillegg og prosentvise tillegg. Deler av tilleggene har en lavtlønns- og likelønnsprofil.

Unio er skuffet over forhandlingsresultatet, men etter en nøye vurdering valgte vi ikke å gå til streik.

En del av potten går til lokale forhandlinger, noe som gjør at Ergoterapeutenes tillitsvalgte kan få maksimalt ut av de lokale midlene. Disse forhandlingene skal være avsluttet innen 31. oktober 2021.

## VIRKE

Det er oppstart av virkeforhandlingen den 21. juni. Partene blir enige om hvor lang tid som er nødvendig for disse forhandlingene.



Lønnshopp i Porsgrunn kommune.



Streik i Oslo kommune.



Streik ved Helsehuset i Stavanger.



Streik ved Helsehuset i Drammen.

# Effekt av poliklinisk ergoterapi for personer med kronisk obstruktiv lungesykdom

Av Unni Martinsen, Hege Bentzen, Morag Kelly Holter, Tove Nilsen, Hallvard Skullerud & Ingvild Kjekken

*Unni Martinsen er ergoterapispesialist ved Avdeling for klinisk aktivitet og rådgiver ved Lærings- og mestringssenteret ved Diakonhjemmet sykehus.  
E-post: unni.martinsen@diakonsyk.no*

*Hege Bentzen er instituttleder ved Institutt for fysioterapi, OsloMet – Storbyuniversitetet.*

*Morag Kelly Holter er spesialergoterapeut ved Avdeling for klinisk aktivitet ved Diakonhjemmet sykehus.*

*Tove Nilsen er spesialergoterapeut og M.Sc. ved Sørlandet sykehus Kristiansand.*

*Hallvard Skullerud er seksjonsoverlege ved Klinikk for medisin ved Diakonhjemmet sykehus.*

*Ingvild Kjekken er seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering ved Diakonhjemmet Sykehus og professor i ergoterapi ved OsloMet.*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til manuskriptet.*

## Sammendrag

**I denne artikkelen** beskriver og diskuterer vi funn fra en randomisert kontrollert studie der vi ønsket å undersøke effekt av individuell poliklinisk ergoterapi for personer med kronisk obstruktiv lungesykdom (kols), samt hvilke aktiviteter som er problematiske å utføre for personer med kols. 52 pasienter ble tilfeldig fordelt til en intervensjonsgruppe (ergoterapi) og en kontrollgruppe (vanlig oppfølging). Hovedutfallsmål var pasientenes opplevelse av anstrengelse og tilfredshet med utførelse av prioriterte aktiviteter målt med Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Vi fant ingen signifikant forskjell mellom gruppene etter et år i hovedutfallsmålene, men intervensjonsgruppen skåret signifikant lavere på Borg skala for anstrengelse i utførelse av en selvvalgt aktivitet og også på aktivitetsdimensjonen i St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ).

Resultatene kan indikere at ergoterapi bidrar til å redusere anstrengelse i aktivitetsutførelse.

**Nøkkelord:** Aktivitetstrening, energibesparende arbeidsmetoder, COPM, kronisk obstruktiv lungesykdom

## Introduksjon

Det er antatt at opptil 300 000 personer i Norge har kols, en sykdom som ofte påvirker aktivitet og deltakelse og reduserer livskvaliteten (1, 2). Medikamenter, røykeslutt, fysioterapi og tverrfaglig rehabilitering er godt dokumenterte tiltak for å redusere konsekvensene av sykdommen og bedre livskvaliteten (3-5). Tverrfaglig lungerehabilitering inkluderer ofte ergoterapi, som kan omfatte opplæring, veiledning og trening i energibesparende arbeidsmetoder for å redusere anstrengelse og tung pust i aktivitet (6-8). Effekt av ergoterapi som enkelttiltak er foreløpig lite dokumentert.

Noen få studier har undersøkt effekt av ergoterapi til denne pasientgruppen. I en randomisert kontrollert studie ga ergoterapi i kombinasjon med fysisk aktivitet bedre funksjon enn fysisk aktivitet alene eller i kombinasjon med opplæring, spesielt for eldre (9). En ikke randomisert studie viste at lungerehabilitering som inkluderte ergoterapi, ga signifikant reduksjon av aktivitetsbegrensninger sammenlignet med rehabilitering uten ergoterapi (10). En liten norsk studie fant at fem sesjoner med ergoterapi bedret pasientenes opplevelse av utførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse i større grad enn etter én sesjon (11).

Kvalitative studier beskriver at pasienter med kols kan redusere opplevelse av tung pust i aktivitet, de føler seg tryggere og er mer aktive etter rehabilitering som inkluderer ergoterapi (12-14).

Hensikten med denne studien var å undersøke effekt av ergoterapi til personer med moderat til alvorlig kols, og hvilke aktiviteter deltakerne oppfattet som viktige å kunne utføre.

## Metode

Studien er designet som en randomisert kontrollert studie. Data ble samlet ved oppstart og etter fire og tolv måneder. Etter første datainnsamling ble deltakerne tilfeldig fordelt til en intervensjonsgruppe som fikk individuell ergoterapi, eller til en kontrollgruppe som fulgte sin behandling som vanlig. Samme ergoterapeut utførte første datainnsamling og intervensjoner. Kontrollene ved seks og tolv måneder ble utført av andre ergoterapeuter som ikke kjente til deltakernes gruppetilhørighet.

Deltakerne i kontrollgruppen fikk tilbud om ergoterapi etter tolv måneder.

## DATAINNSAMLING

Hovedutfallsmålet var forskjell i gruppene i opplevelse av anstrengelse og tilfredshet i utførelse av prioriterte aktiviteter etter tolv måneder. Vi brukte en modifisert versjon av COPM. COPM ble valgt fordi dette instrumentet ivaretar pasientens opplevelse av aktivitetsbegrensninger, prioriteringer, intervensjon og evaluering (15).

COPM starter med et semistrukturert intervju der pasienten beskriver hvilke aktiviteter som oppleves vanskelige å utføre, og aktivitetene settes inn under COPM-kategoriene personlige daglige aktiviteter, produktivitet eller fritid. Viktigheten av hver aktivitet vurderes på en skala fra 1 til 10 (10 er veldig viktig). Pasienten velger deretter ut de fem viktigste aktivitetene, som hver for seg skåres for utførelse og tilfredshet på en skala fra 1 til 10 (jo høyere skår, jo bedre utførelse og tilfredshet). Vi erfarte imidlertid at begrepet utførelse av mange ble knyttet til resultatet av aktivitetene heller enn til prosessen, for eksempel i

hvilken grad gulvet var rent etter vask i stedet for grad av vansker med å vaske gulvet. Andre skåret utfra at de var glade for å gjennomføre til tross for anstrengelse. For å ivareta at skåringen skulle knyttes til utfordringer, erstattet vi derfor begrepet *utførelse* med *anstrengelse ved utførelse*.

COPM er testet for reliabilitet med pasienter med kols. Den norske versjonen er testet for validitet, responsivitet og anvendelighet for pasienter med revmatisk sykdom (16-18). En forskjell på to poeng er beskrevet som en klinisk relevant endring (19). For å fange opp endring i anstrengelse under aktivitetsutførelse skåret deltakerne også anstrengelse på Borg skala CT 10 (0-10, 0 = ikke anstrengende) etter utførelse av en standardisert aktivitet og en selvvalgt aktivitet. Den standardiserte aktiviteten var å gå en gitt strekning opp og ned trapp, som ble valgt fordi erfaring tilsier at trappegang er anstrengende for pasienter med moderat til alvorlig kols. Den individuelle aktiviteten ble valgt blant de som kom fram i COPM-intervjuet, og som kunne gjennomføres på sykehuset. Disse aktivitetene ble også ofte brukt i aktivitetstrening.

Selvrapportert helse og velvære ble målt med St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ), som er mye brukt i studier av kols-pasienter. Dette er et standardisert spørreskjema bestående av 50 spørsmål innen områdene symptomer, aktivitet og konsekvenser for dagliglivet. Skåring er fra 0 til 100, og lav skår indikerer bedre helse og velbefinnende (20).

Ved fire og tolv måneders kontroll skåret deltakerne på nytt de prioriterte aktivitetene i COPM, utførte de samme to aktivitetene



med egenvurdering av anstrengelse på Borg skala og fylte ut SGRQ.

## DELTAKERE

Totalt 52 pasienter ble rekruttert fra sykehusets lungepoliklinikk og sengepost og ved annonse i lokalavis og brosjyrer hos fastleger.

Vi inkluderte deltakere mellom 18 og 80 år med moderat til alvorlig kols som definert av The Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) (4), der sykdommen medførte konsekvenser for utførelse av aktiviteter. De var i stabil fase av sykdommen og snakket godt norsk.

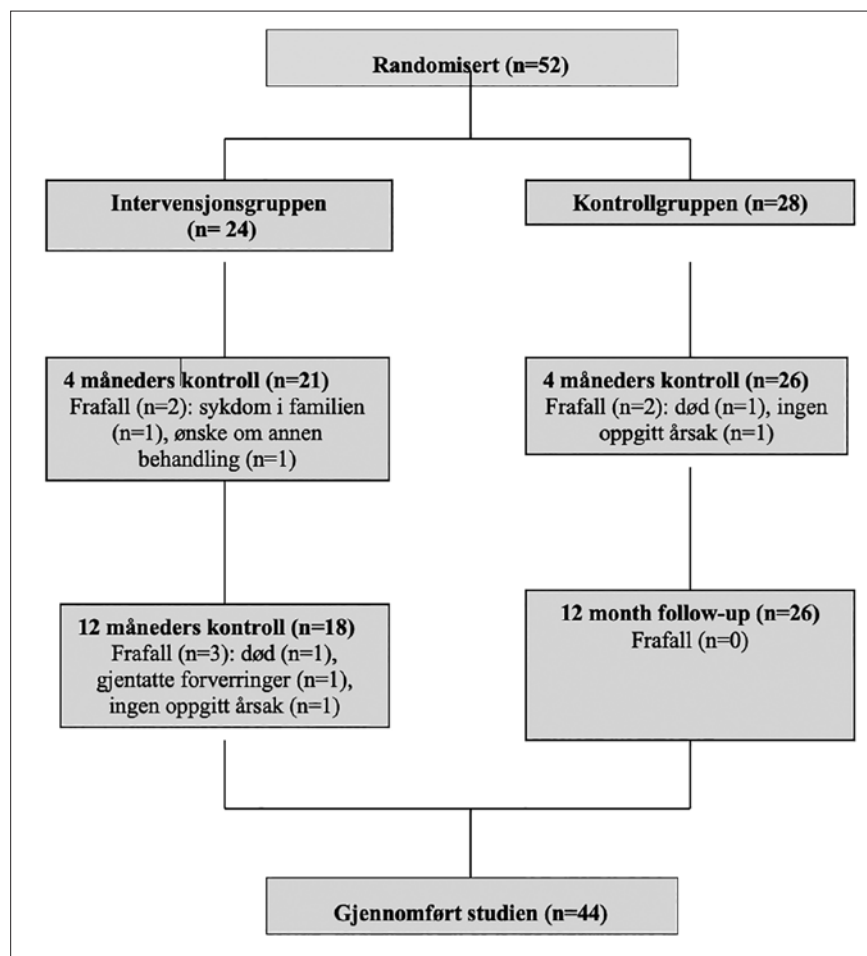
Eksklusjonskriterier var kognitiv svikt og annen sykdom som kunne forventes å påvirke aktivitet utførelse.

## INTERVENSJON

The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) ble brukt som teoretisk tilnærming i studien (21). I CMOP-E forstås aktivitetsutførelse som resultat av samspill mellom person(er), omgivelser og aktivitet. Ergoterapi er en individualisert prosess med fokus på å muliggjøre utførelse av aktiviteter som personer opplever vanskelige, men viktige i dagliglivet. Det er en terapeutisk prosess som tilpasses den enkelte pasient, og som vil variere i omfang og type intervensjoner utfra den enkeltes behov.

Datainnsamling og intervensjon ble utført poliklinisk på sykehuset. COPM var en del av datainnsamlingen og la grunnlag for intervensjonen, som besto av en eller flere av følgende elementer:

1. Opplæring og veiledning i energibesparende arbeidsme-

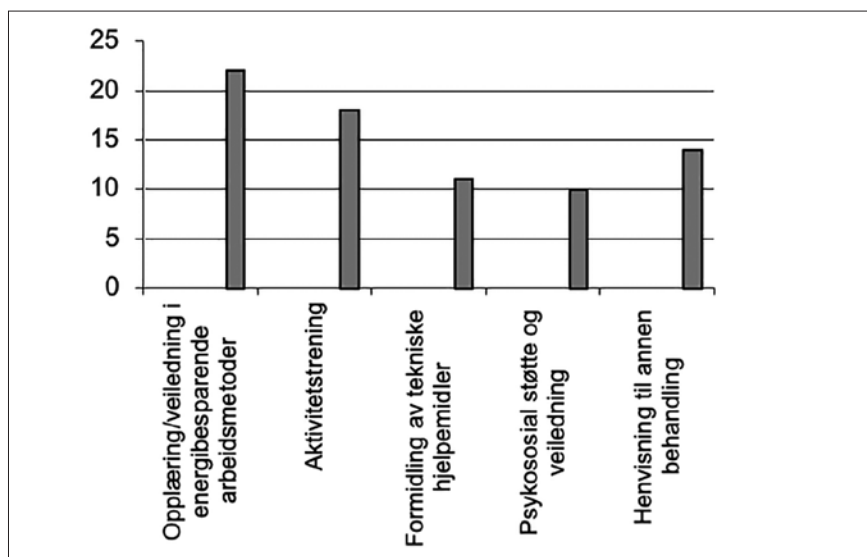


Figur 1: Flytskjema.

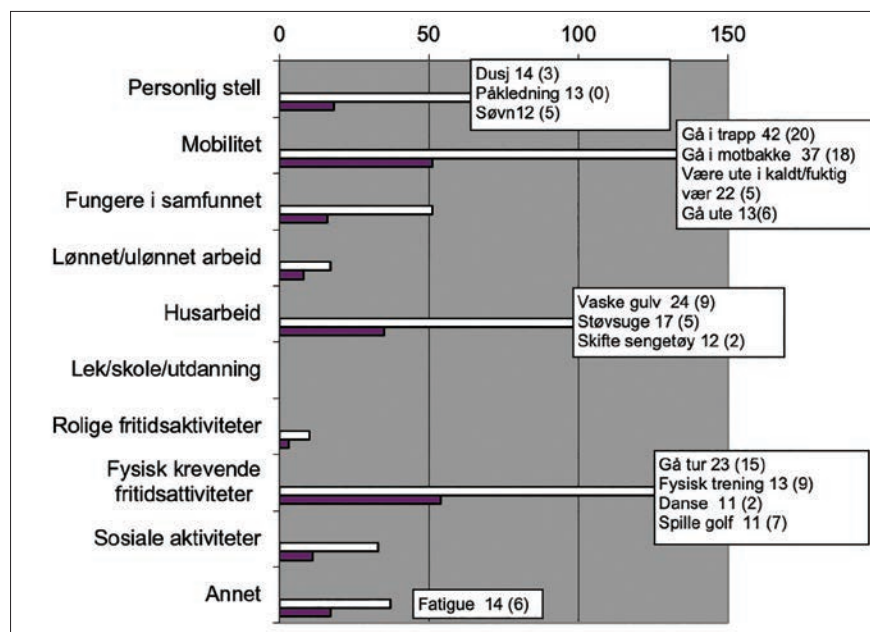
- toder, som bevissthet rundt planlegging og prioritering, balanse mellom aktivitet og hvile, alternative arbeidsmetoder og bruk av pusteteknikk. Skriftlig informasjon om arbeidsbesparende teknikker i aktuelle aktiviteter ble utdelt (22).
2. Trening i energibesparende arbeidsmetoder i aktuelle aktiviteter når det var praktisk mulig å gjennomføre på sykehuset. Det innebar bruk av pusteteknikker, tilpasning av tempo og pauser, justering av kroppsholdning og arbeidsstillinger samt utprøving av tekniske hjelpemidler. Terapeuten kunne gi tilbakemelding fra pulsoksymeter underveis og etter utført aktivitet,

og pasienten skåret grad av anstrengelse på Borg skala for å øke bevissthet rundt aktivitet utførelse (6, 7).

3. Formidling av tekniske hjelpemidler for å lette utførelse av aktivitet, som alternativer til tunge løft, stoler til bruk i dusj eller ved husarbeid og kulde- maske til bruk ute i kaldt/fuktig vær.
4. Psykososial støtte og veiledning for å håndtere konsekvensene av sykdommen, som endring i aktivitet og deltakelse, vaner og roller og utfordringer i relasjoner knyttet til helsesituasjonen.
5. Henvisning til annen behandling, som klinisk ernæringsfysiolog, røykeslutt og hjelp til



Figur 2. Antall deltakere i intervensjonsgruppen som mottok ulike elementer av ergoterapi.



Figur 3. Aktivitetsbegrensninger. Rapporterte (lyse stolper) og prioriterte (mørke stolper) aktiviteter.

å komme i gang med fysisk trening.

## Resultater

52 pasienter, 34 kvinner og 18 menn, ble tilfeldig fordelt i intervensjon- eller kontrollgruppe. 32 av deltakerne ble rekruttert fra sykehuset, og 20 som respons på annonser i lokalavis eller brosjyre hos fastlegen. Se flytskjema Figur 1.

Deltakere i intervensjonsgruppen var signifikant eldre og hadde lavere BMI enn kontrollgruppen. Flere i den gruppen røykte, og de rapporterte flere symptomer i spørreskjema SGRQ. Utover det var gruppene sammenlignbare ved oppstart.

Deltakerne i intervensjonsgruppen møtte fra én til fem ganger avhengig av den enkeltes behov og ønske, og mottok

i gjennomsnitt to behandlings-sesjoner. Behandlingen startet innen to uker etter første datainn-samling, og terapeut og pasient møttes til ukentlige sesjoner av cirka en times varighet. Figur 2 viser hvor mange som mottok de ulike elementer i intervensjonen. I tillegg fikk to deltakere fysioterapi og seks deltok på lærings- og mestringskurs.

I kontrollgruppen deltok fire deltakere på lærings- og mestringskurs, to var på lungerehabileringsopphold, og én fikk tekniske hjelpemidler gjennom kommuneergoterapeut.

Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppene i primærutfallsmålet COPM etter fire eller tolv måneder. Kontrollgruppen hadde en liten, men signifikant bedring i anstrengelse ved trappegang. Intervensjonsgruppen hadde en liten, men signifikant behandlingseffekt for anstrengelse ved utførelse av den selvvalgte aktiviteten målt med Borg skala. Vi fant også en signifikant positiv effekt i intervensjonsgruppen på aktivitetsdimensjonen i SGRQ.

## AKTIVITETSBEGRENSNINGER

I COPM-intervjuet beskrev deltakerne til sammen 595 aktiviteter som utfordrende å utføre (gjennomsnitt 11), og 213 aktiviteter ble prioritert (gjennomsnitt 4). De fleste aktivitetene var innen kategoriene mobilitet, aktiv fritid og husarbeid, se figur 3. Begrensninger av mer generell karakter, som konsentrasjon og fatigue, valgte vi å registrere under kategorien «annet».

## Diskusjon

Hensikten med denne studien var å undersøke effekt av individuell ergoterapi for pasienter med



*Deltakerne rapportere blant annet problemer med utførelse av aktiviteter som ga tung pust.*

moderat til alvorlig kols. Resultatene ga ikke indikasjon for at ergoterapi har effekt på anstrengelse og tilfredshet målt med COPM. Imidlertid skåret intervensjonsgruppen signifikant lavere på grad av anstrengelse i en selvvalgt aktivitet enn kontrollgruppen. Også i aktivitetsdimensjonen i SGRQ fant vi signifikant forskjell i favør av intervensjonsgruppen. Dette kan indikere at ergoterapi bidrar til å redusere anstrengelse i aktivitet også etter få ergoterapisesjoner.

Flere av deltakerne i intervensjonsgruppen presenterte problemer med aktiviteter som det ikke var praktisk mulig å trene på i en sykehussetting. Tiltak rettet

mot endring av aktivitetsutførelse var da begrenset til samtale og veiledning. Vi kan anta at de som fikk erfaring med å prøve ut og trene på alternative arbeidsmetoder, lettere endret praksis i hverdagen hjemme enn kun ved samtale og veiledning (23).

Resultater fra andre studier indikerer at det er en sammenheng mellom dose og respons for å oppnå effekt på utførelse av aktiviteter, og at flere sesjoner kan være nødvendig for å endre vaner i dagliglivet (9, 11). I vår studie hadde også intervensjonsgruppen signifikant høyere alder og rapporterte flere symptomer enn kontrollgruppen. Det kan derfor tenkes at mer intensiv ergoterapi

var nødvendig for å oppnå tydelig effekt.

Det var interessant å se at begge gruppene skåret bedre på anstrengelse og tilfredshet i COPM. Det samme er funnet i andre studier, og det kan tenkes at gjennomføring av et COPM-intervju kan øke pasienters bevissthet og medføre endring i aktivitetsutførelse selv uten etterfølgende ergoterapi (24). Kontrollgruppen hadde også i større grad gjennomført rehabilitering og lærings- og mestringskurs, noe som kan ha bidratt til at vi fant en liten, men varig endring i begge gruppene.

Vi valgte å inkludere personer med kols GOLD grad 2-3, da vi



hadde forventning om at en slik alvorlighetsgrad medfører aktivitetsproblemer. Rekrutteringsprosessen viste at alvorlighetsgrad ikke alltid reflekter grad av utfordring med aktiviteter, noe som også kommer fram i andre studier (25, 26). Vi erfarte at enkelte deltakere presenterte få aktiviteter i COPM-intervjuet. I planlegging av nye studier kan det derfor være viktig å ha et minimum av aktivitetsproblemer som inklusjonskriterium, siden ergoterapi i hovedsak retter seg mot å bedre aktivitet og deltakelse.

Intervensjonen i denne studien var individuell ergoterapi, som gir gode muligheter for tiltak og veiledning tilpasset den enkelte deltaker. Noen kan da føle seg friere til å dele erfaringer enn i et gruppebasert tilbud. På den annen side gir grupper mulighet for å møte andre i lignende situasjon og dele erfaringer. Det kan skape gjenkjennelse og redusere følelsen av å være alene om å ha problemer. Det kan derfor være relevant å evaluere en kombinasjon av individuell og gruppebasert ergoterapi i framtidige studier.

Deltakerne i vår studie rapporterte vansker med aktiviteter i de fleste av kategoriene i COPM, og flest innen mobilitet, aktiv fritid og husarbeid, som gjerne er aktiviteter som gir tung pust. De oftest rapporterte enkeltaktivitetene var trappegang, å gå i motbakke, rengjøring av gulv og turgåing. Personlig stell ble også ofte rapportert, og våre funn sammenfaller i stor grad med resultater fra en annen studie, som også viste at nær halvparten av deltakerne slet med pusten ute i kaldt og fuktig vær, slik som i vår studie (26). I intervjuene kom det også fram aktivitetsutfordringer

av mere generell karakter, som fatigue og nedsatt konsentrasjon. Dette underbygger viktigheten av at ergoterapi til denne gruppen pasienter har et fokus også på disse utfordringene.

Vi erfarte at enkelte deltakere ikke beskrev aktiviteter som vi forventet det ville være anstrengende for dem å utføre. En nederlandsk studie fra 2020 viser at hvilke aktiviteter personer med kols rapporterer som problematiske, kan endre seg i løpet av et år (27). En mulig årsak kan være at endringer i helse over tid, som ofte er tilfelle med kols, fører til gradvis tilpasning og aksept av situasjonen, noe som gjør at forventninger til egen aktivitetsutførelse justeres. Videre kan nye aktiviteter bli problematiske hvis sykdommer har forverret seg. Slike endringer kan ha påvirket resultatet av COPM i vår studie, siden deltakerne skårer anstrengelse og tilfredshet med de samme aktivitetene gjennom ett år.

## METODOLOGISKE BETRAKTNINGER

Styrken ved denne studien er det randomiserte designet og den individfokuserte intervensjonen basert på pasientenes prioritering av aktivitetsutfordringer. Vi har brukt både et pasient-spesifikt instrument (COPM), et standardisert spørreskjema og pasientens opplevelse av anstrengelse i en standardisert og en selvvalgt aktivitet. Denne kombinasjonen av vurderingsmetoder har gjort at vi har kunnet fange opp ulike aspekter av aktivitetsutførelse.

En svakhet ved studien er tilpasningen av COPM ved å endre *utførelse* til *anstrengelse ved aktivitetsutførelse*. Selv om vi brukte denne tilpasningen konsekvent i

skåringen, er likevel en slik endring ikke testet i forhold til validitet og reliabilitet, og resultatene må vurderes i lys av dette.

Andre svakheter er at det er relativt få deltakere med i studien, at de i gjennomsnitt mottok få ergoterapisesjoner, og at kontrollene ble foretatt av flere ergoterapeuter.

Intervensjonene fant sted i en sykehussetting. Fordelen med det var tilgang på utstyr og hjelpemidler. På den annen side kan trening i aktiviteter der de vanligvis utføres, være mer optimalt.

## Konklusjon

Resultatene fra vår studie viser ingen effekt av ergoterapi på anstrengelse og tilfredshet i prioriterte aktiviteter målt med COPM. Små, men signifikante endringer i anstrengelse i utførelse av en selvvalgt aktivitet og i aktivitetsdimensjonen i SGRQ kan indikere at intervensjonen har en effekt. Framtidige studier bør ha tydeligere inklusjonskriterier for aktivitetsbegrensninger heller enn alvorlighetsgrad av kols, og utforske effekt av mer intensiv ergoterapi enn vi har brukt i denne studien.

## ORIGINAL ARTIKKEL KAN LESES HER:

The effect of occupational therapy in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A randomized controlled trial - PubMed (nih.gov)

## Referanser

1. Rodriguez Gonzalez-Moro JM, de Lucas RP, Izquierdo Alonso JL, Lopez-Muniz BB, Anton DE, Ribera X, et al. Impact of COPD severity on physical disability and daily

- living activities: EDIP-EPOC I and EDIP-EPOC II studies. *IntJClinPract*. 2009;63(5):742-50.
2. Bourbeau J. Activities of life: the COPD patient. *COPD*. 2009;6(3):192-200.
3. Ries AL. Pulmonary rehabilitation: summary of an evidence-based guideline. *RespirCare*. 2008;53(9):1203-7.
4. Vestbo J, Hurd SS, Rodriguez-Roisin R. The 2011 revision of the Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD (GOLD) - why and what? *ClinRespirJ*. 2012.
5. Lacasse Y, Goldstein R, Lasserson TJ, Martin S. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews: Reviews 2006 Issue 4* John Wiley & Sons, Ltd. Chichester, UK DOI: 101002/146. 2006.
6. Branick L. Integrating the principles of energy conservation during everyday activities. *Caring : National Association for Home Care magazine*. Jan 2003;22(1):30-1.
7. Hogan BM. Pulse oximetry for an adult with a pulmonary disorder. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*. Nov-Dec 1995;49(10):1062-4.
8. Velloso M, Jardim JR. Study of energy expenditure during activities of daily living using and not using body position recommended by energy conservation techniques in patients with COPD. *Chest*. 2006;130(1):126-32.
9. Norweg AM, Whiteson J, Malgady R, Mola A, Rey M. The effectiveness of different combinations of pulmonary rehabilitation program components: a randomized controlled trial. *Chest*. 2005;128(2):663-72.
10. Lorenzi CM, Cilione C, Rizzardi R, Furino V, Bellantone T, Lugli D, et al. Occupational therapy and pulmonary rehabilitation of disabled COPD patients. *Respiration*. Jun 2004;71(3):246-51.
11. Hansen FB. Activity training and self-perception of performance of activities of daily living for persons with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) (in Norwegian). [http://www.hln.no/glittrekliniken/fag\\_og\\_forskning/forskningsprosjekter/enkeltprosjekter/prosj-63-frha-adl-trening/](http://www.hln.no/glittrekliniken/fag_og_forskning/forskningsprosjekter/enkeltprosjekter/prosj-63-frha-adl-trening/) [Internet]. 2010.
12. Williams V, Bruton A, Ellis-Hill C, McPherson K. The effect of pulmonary rehabilitation on perceptions of breathlessness and activity in COPD patients: a qualitative study. *Primary Care Respiratory Journal*. 1919(1):45-51.
13. Norweg A, Bose P, Snow G, Berkowitz ME. A pilot study of a pulmonary rehabilitation programme evaluated by four adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Occupational Therapy International*. 2008;15(2):114-32.
14. Chan SC. Chronic obstructive pulmonary disease and engagement in occupation. *American Journal of Occupational Therapy*. Aug 2004;58(4):408-15.
15. Law M. Canadian occupational performance measure [COPM]. 4th ed. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2005.
16. Kjekken I, Dagfinrud H, Uhlig T, Mowinkel P, Kvien TK, Finset A. Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis. *JRheumatol*. 2005;32(8):1503-9.
17. Kjekken I, Slatkowsky-Christensen B, Kvien TK, Uhlig T. Norwegian version of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with hand osteoarthritis: validity, responsiveness, and feasibility. *Arthritis & Rheumatism*. 2004;51(5):709-15.
18. Tuntland H, Aaslund MK, Langeland E, Espehaug B, Kjekken I. Psychometric properties of the Canadian Occupational Performance Measure in home-dwelling older adults. *J Multidiscip Healthc*. 2016;9:411-23.
19. Law M. Canadian occupational performance measure [COPM]. Ottawa: CAOT Publications ACE; 2005.
20. Jones PW. Health status measurement in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax*. 2001;56(11):880-7.
21. Townsend EA, Polatajko HJ. Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2007. XXIV, 418 s. : ill. p.
22. Norwegian Association of Occupational Therapists in Pulmonary Rehabilitation (Norsk faggruppe for lungeergoterapeuter). <http://www.wnfleno/> [Internet]. 2012.
23. Sundfør IE. "But I manage to Hoover..." A qualitative study (in Norwegian). [http://www.hln.no/glittrekliniken/fag\\_og\\_forskning/forskningsprosjekter/enkeltprosjekter/personer-med-kols-sin-erfar-og-opplevelse-av-adl-trening1/](http://www.hln.no/glittrekliniken/fag_og_forskning/forskningsprosjekter/enkeltprosjekter/personer-med-kols-sin-erfar-og-opplevelse-av-adl-trening1/) [Internet]. 2010.
24. VanLeit B, Crowe TK. Outcomes of an occupational therapy program for mothers of children with disabilities: impact on satisfaction with time use and occupational performance. *AmJOccupTher*. 2002;56(4):402-10.
25. Annegarn J, Meijer K, Passos VL, Stute K, Wiechert J, Savelberg HH, et al. Problematic Activities of Daily Life are Weakly Associated With Clinical Characteristics in COPD. *JAmMedDirAssoc*. 2011.
26. Bendixen HJ, Waehrens EE, Wilcke JT, Sorensen LV. Self-reported quality of ADL task performance among patients with COPD exacerbations. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2014;21(4):313-20.
27. Nakken N, Janssen DJA, Wouters EFM, van den Bogaart EHA, Muris JWM, de Vries GJ, et al. Changes in problematic activities of daily living in persons with COPD during 1 year of usual care. *Australian occupational therapy journal*. 2020.

# Fremmer tidlig læring

Explorer Mini gir de minste barna muligheten til å bli mer selvstendige gjennom utforskning. Det er en trygg elektrisk rullestol der de selv kan ta i bruk plassen rundt seg for å utforske omgivelsene.

Den unike konstruksjonen gir barnet akkurat den støtten det trenger for å utvikle styrke, utholdenhet og holdningskontroll.

**Kontakt oss for mer informasjon**

**tlf. +47-67 07 04 00**

**ks@permobil.com**

[permobil.com](http://permobil.com)

**permobil**

Ergoterapeuten 3-2021





# Aktivitetskalkulator

## – EN METODE FOR Å OPPNÅ AKTIVITETSBALANSE VED KRONISK UTMATTELSE

---

Av Irma Pinxsterhuis, Kristine Ekeland, Lasse Lund, Ane Pedersen, Markus Tasigtil Pettersen, Josefine Sagen & Ingrid Pernille Søbstad

*Irma Pinxsterhuis arbeider som førsteamanuensis ved ergoterapeututdanningen, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, OsloMet – storbyuniversitetet.*

*E-post: irma@oslomet.no.*

*Kristine Ekeland arbeider som ergoterapeut i Drammen kommune.*

*Lasse Lund arbeider som ergoterapeut ved Øksfjord Helsesenter i Loppa kommune.*

*Ane Pedersen arbeider som ergoterapeut i Sandnes kommune.*

*Markus Tasigtil Pettersen arbeider som salgstekniker ved Sunrise Medical.*

*Josefine Sagen arbeider som miljøterapeut i Hestehagen Gruppebolig i Oslo kommune.*

*Ingrid Pernille Søbstad arbeider som ergoterapeut i Ullensaker kommune.*

### Sammendrag

---

**Denne artikkelen** gir en innføring i Aktivitetskalkulatoren. Aktivitetskalkulatoren er en ergoterapeutisk metode som gjør det mulig å beskrive og dokumentere rutiner i dagliglivet, analysere hvor mye energi aktiviteter koster den enkelte, samt prioritere og planlegge daglige gjøremål. Metoden kan brukes av klienter med forskjellige diagnoser som medfører kronisk utmattelse. Det finnes lite forskning på Aktivitetskalkulatoren så langt, men resultatene fra ulike bachelorprosjekter kan tyde på at både klienter og ergoterapeuter anser Aktivitetskalkulatoren som en nyttig metode for å oppnå aktivitetsbalanse ved kronisk utmattelse. Det organiseres sertifiseringskurs for å gi opplæring i bruk av metoden.

**Nøkkelord:** ergoterapi, kartlegging, intervensjon, aktivitetsregulering, fatigue

---

*Det er ikke knyttet interessekonflikter til det innsendte manuskriptet.*

## INTRODUKSJON

Kronisk utmattelse eller fatigue kan defineres som en subjektiv opplevelse av langvarig eller stadig tilbakevendende trøtthet og redusert kapasitet for mental og/eller fysisk aktivitet (1). Personer med kronisk utmattelse ønsker å være aktive, men har problemer med å starte eller opprettholde en aktivitet, selv om de er motiverte (1, 2). Det medfører blant annet et betydelig redusert aktivitetsnivå, redusert arbeidskapasitet og et innskrenket sosialt liv for mange (1). Kronisk utmattelse forekommer i 20 prosent av den generelle befolkningen, men særlig hos personer med kroniske tilstander (3), som blant annet kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME) (4), revmatiske sykdommer (5), multipel sklerose (MS) (6), kronisk obstruktiv lungesykdom (kols) (7) og kreft (8), samt etter traumatisk hjerneskade (1, 9) og hjerneslag (1, 10). Personer som har vært smittet med koronaviruset COVID-19, kan også oppleve kronisk utmattelse (11). Kvinner har høyere forekomst av kronisk utmattelse enn menn (3). Vår kunnskap om de patologiske mekanismene er foreløpig svært begrenset, og det finnes lite kunnskapsbasert behandling (1, 2). Aktivitetsregulering er trolig den foretrukne behandlingsmetoden ved de fleste rehabiliteringsenheter i Norge (1).

Ergoterapeuter får henvist pasienter som har problemer med mestring av daglige aktiviteter (12). Når problemer med mestring skyldes kronisk utmattelse, kan ergoterapeuter gi opplæring i aktivitetsregulering, som handler om å finne en balanse mellom hva en klient *ønsker* å gjøre og hva en klient er *i stand til* å gjøre, for å unngå en ny episode eller forverring av utmattelsen.



Det første kurset i Oslo i 2018. Fra venstre: Karin ten Hove, Kirsti Nordstokkå, Irma Pinxsterhuis og Greke Hulstein.

«Aktivitetskalkulatoren» ble introdusert i Norge i 2015 for å strukturere opplæring i og praktisering av aktivitetsregulering i hverdagen. Metoden ble utviklet av ergoterapeutene Greke Hulstein – van Gennep og Karin ten Hove – Moerdijk ved Meander Medical Centre i Amersfoort i Nederland, da de opplevde at det trengtes en standardisert metode for å gi veiledning i aktivitetsregulering for klienter med kronisk utmattelse. Aktivitetskalkulatoren gjør det mulig å beskrive og dokumentere rutiner i dagliglivet, analysere hvor mye energi aktiviteter koster den enkelte, samt prioritere og planlegge daglige gjøremål (13).

Aktivitetskalkulatoren kan brukes av klienter med forskjellige diagnoser som kan medføre kronisk utmattelse. Forutsetningen er at aktivitetsregulering anses som en passende tilnærming. Det er dessuten viktig at klienter er innforstått med at nåværende adferd kan påvirke opplevd utmattelse, og er motivert for adferdsendring. Barn kan også bruke Aktivitetskalkulatoren, men det kan være behov for individuelle tilpasninger (13).

Manualene og listene som tilhører Aktivitetskalkulatoren,

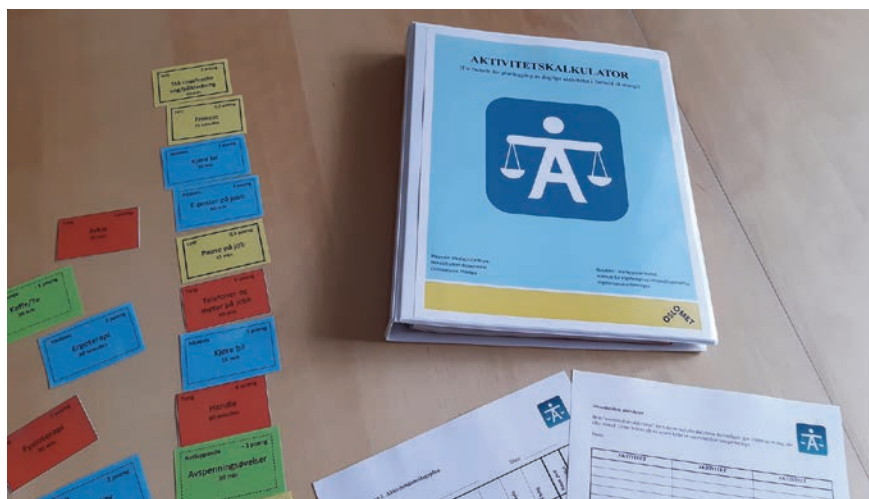
er oversatt til norsk og engelsk. Bare ergoterapeuter kan delta på sertifiseringskurs, som gir opplæring i bruk av metoden og tilgang til manualene. Mer enn 25 prosent av alle ergoterapeuter i Nederland har gjennomført kurset siden 2008, og der er Aktivitetskalkulatoren det nest mest brukte ergoterapeutiske verktøyet etter Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (14). Irma Pinxsterhuis og Kirsti Nordstokkå har organisert sertifiseringskurs i Norge siden 2018, og cirka 200 ergoterapeuter har deltatt på dette kurset så langt.

Hensikten med denne artikkelen er å gi en innføring i Aktivitetskalkulatoren for å gjøre ergoterapeuter som jobber med klienter med kronisk utmattelse i stand til å vurdere om det kan være nyttig å bruke metoden i deres arbeid med målgruppa.

## ARBEIDSMÅTE FOR AKTIVITETSKALKULATOREN

Det som nå følger, er basert på innholdet i klient- og terapeutmanualen.

Klientene begynner med å lage en oversikt over aktiviteter som de vanligvis utfører i løpet av en dag, uke eller måned. Oversikten bru-



Kurspermene og litt av kursmaterialet.

kes av klientene til å kategorisere aktivitetene sine ved å spørre seg selv ved hver aktivitet: «Hvor mye koster denne aktiviteten meg i gjennomsnitt, uavhengig av andre aktiviteter, og uavhengig av tidspunkt på dagen?» Når en aktivitet koster energi, vurderer klienten om aktiviteten kan kategoriseres som lett, middels eller tung. Når en aktivitet oppleves å gi energi, er den avslappende. Hver aktivitet blir deretter overført til en av kategoriene på «oversiktsliste kategorisering» (se Aktivitetskalkulatorens blogg: <https://uni.oslomet.no/aktivitetskalkulator/>).

Neste skritt er å gjøre om aktivitetene til poeng, basert på kategoriseringen og varigheten av de ulike aktivitetene: Lette aktiviteter gis 1 poeng per halvtime, middels aktiviteter gis 2 poeng per halvtime, tunge aktiviteter gis 3 poeng per halvtime, mens avslappende aktiviteter gis minus 1 poeng per halvtime.

I tillegg fyller klientene ut «aktivitetslister» for tre til fem representative dager, som kan være både hverdager og helgedager. Nasjonaldagen, jul, nyttårs-aften og påske er eksempler på dager som ofte inneholder en del ikke-hverdagslige aktiviteter, og

ekskluderes av den grunn. På «aktivitetslistene» registrerer klientene når de begynte en aktivitet, og hvor lenge den varte, i tidsenheter på 15 minutter. Deretter bruker de «oversiktsliste kategorisering» for å finne tilbake til hvordan de har kategorisert hver aktivitet, og regner ut antall poeng per aktivitet. Tabell 1 viser et eksempel på en utfyllt «aktivitetsliste». Poengene summeres for hver dag.

Deretter fastsettes basisnivået, som er aktivitetsnivået, uttrykt i antall poeng, som klienten klarer til enhver tid, uavhengig om det handler om en god eller en dårlig dag. Basisnivået kan fastsettes på ulike måter, avhengig av klientens aktivitetsprofil. Noen kan ha veldig varierende aktivitetsnivå fra dag til dag, mens andre har et (for) høyt aktivitetsnivå med få eller ingen pauser eller et generelt lavt aktivitetsnivå.

Til slutt planlegger klienten aktivitetene sine, basert på basisnivået og individuelle prioriteringer, ved hjelp av valgfritt planleggingsverktøy. Det kan være aktivitetskort, dags- eller ukeplaner (på papir eller digitalt i Excel), en almanakk, Aktivitetskalkulator-appen eller et annet, selvutviklet planleggingsverktøy.

## AKTIVITETSKALKULATOREN I ERGOTERAPIINTERVENSJON

Den delen som følger nå, er basert på kliniske erfaringer med metoden og innholdet i terapeutmanualen.

I oppstartfasen er det viktig å kartlegge om klienten erfarer om det er en sammenheng mellom deres adferd og opplevd grad av fatigue, og hvordan dette påvirker aktivitetsdeltakelse. Når klienten erfarer at det er en sammenheng, kan klienten veie fordelene opp mot ulempene, både når det gjelder nåværende og endret adferd. Denne overveielser kan føre til at klienten er villig til å endre adferd (15).

COPM (14) kan brukes til å definere korttids- og langtidsmål. I denne fasen av behandlingen kan Aktivitetskalkulatoren bli vurdert som en metode for å oppnå disse målene, mens det samtidig jobbes med å fjerne de siste barrierene som står i veien for å endre adferd.

Aktivitetskalkulatoren egner seg særlig for klienter som har problemer med dagsstruktur, som erfarer å ha et for høyt eller for lavt aktivitetsnivå, eller erfarer å ha lite kontroll over hvilke aktiviteter som må utføres i løpet av en dag. Ellers kan metoden brukes av klienter som har problemer med å få innsikt i egen kapasitet, å øke aktivitetsnivå eller å sette grenser når de møter (for) høye krav eller forventninger fra andre.

Aktivitetskalkulatoren bør ikke introduseres for klienter som ikke er klare for endring, eller klienter med behov for høy grad av kontroll. Metoden egner seg heller ikke for klienter som bruker den for å unngå visse forpliktelser, og klienter som mener utmattelsen skyldes eksterne faktorer framfor egen adferd. Det kan ellers være



en utfordring å introdusere Aktivitetskalkulatoren når klienter bare kan tilbys én eller to konsultasjoner uten mulighet for oppfølging etterpå, og ved språkbarrierer.

I behandlingsfasen begynner klientene med å bruke Aktivitetskalkulatoren gjennom å utføre ulike oppgaver. Klientene starter med å lage en oversikt over aktiviteter som de vanligvis utfører i løpet av en dag, uke eller måned. I tillegg fyller klientene ut noen «aktivitetslister». I oppfølgingstimene gir ergoterapeuten veiledning og hjelp ved kategorisering og poengsetting av aktivitetene, fastsettelse av basisnivået og planlegging av aktiviteter ved hjelp av basisnivået. Mellom timene med ergoterapeuten oppfordres klientene til å jobbe mest mulig selvstendig med Aktivitetskalkulatoren.

Det kan ta litt tid før klientene er i stand til å planlegge aktivitetene sine basert på basisnivået, siden det medfører større endringer i både klientenes og deres familiers liv. Basisnivået er grensen for hva en klient er i stand til å gjøre i løpet av en dag, og denne grensen bør derfor ikke oppnås før slutten av dagen. Det betyr at det ikke anbefales å overskride basisnivået i løpet av dagen og bruke avslappende aktiviteter (med negative poeng) for å komme ned til basisnivået ved sengetid. Det er likevel forståelig at klienter iblant velger å overskride basisnivået, særlig når det oppstår spesielle situasjoner.

Arbeidet med Aktivitetskalkulatoren kombineres med opplæring i aktivitetsregulering. Det kan hjelpe klienter med å bli mer bevisste på meningen av ulike aktiviteter. Klienter kan utføre aktiviteter som de erfarer som anstrengende eller tidkrevende,

Tid	Aktivitet	Tidsbruk	Avslappende	Lett	Middels	Tung	Sum
8.00	Stå opp / vaske seg / påkledning	30 min.		x			1
8.30	Frokost	30 min.		x			1
9.00	Lufte hunden	45 min.			x		3
9.45	Kaffe	15 min.	x				÷ 0,5
10.00	Støvsuge	30 min.				x	3
10.30	Handle	60 min.				x	6

Tabell 1: Eksempel på en utfylt «aktivitetsliste».

men ikke meningsfulle, og samtidig nedprioritere meningsfulle aktiviteter på grunn av kronisk utmattelse. Ergoterapeuten kan bruke terminologi som «patterns of daily occupations» (rutiner i dagliglivet) og «occupational balance» (aktivitetsbalanse) (16) i arbeidet med å hjelpe klienter med å finne en balanse mellom hva de *ønsker* å gjøre, og hva de er *i stand til* å gjøre.

Etter at klientene har begynt å bruke Aktivitetskalkulatoren, er det viktig å evaluere regelmessig om det er behov for justeringer. I oppfølgingstimene kan klienten vise hvordan de jobber med «aktivitetslistene» eller valgt planleggingsverktøy. Ergoterapeuten kan også be klienten skrive ned antall poeng de faktisk har brukt hver dag, for å evaluere om basisnivået ble satt riktig. Hvis klientene opplever bedring, kan basisnivået gradvis økes over tid.

Når klienten er i stand til å planlegge aktivitetene sine, kan Aktivitetskalkulatoren brukes som en metode for å oppnå COP-M-mål, siden det er mulig å bruke basisnivået for å oppnå klientenes langtidsmål. Klienten begynner da med å skrive ned aktivitetene på en «ideell dag» eller i en «ideell uke». Aktivitetene gis poeng, og poengene summeres for hver

dag. Gjennomsnittlig poengsum indikerer hva basisnivået for deres «ideelle dag» eller «ideelle uke» er. Ergoterapeuten kan veilede klienten i hvordan de gradvis kan jobbe mot sitt ideelle basisnivå.

I avslutningsfasen er det viktig å lage en plan for videre bruk av Aktivitetskalkulatoren etter avsluttet behandling. Noen ønsker fortsatt å bruke valgt planleggingsverktøy for å planlegge aktiviteter over tid. Andre har lært hvor mye de kan gjøre fra dag til dag, uten å summere poeng for hver dag, og har dermed oppnådd adferdsendring. I perioder med fare for tilbakefall til tidligere adferd, blant annet ved samlivsbrudd, sosialt press, flytting, på høytidsdager eller i ferier, kan klientene ha nytte av å bruke Aktivitetskalkulatoren igjen for å være bedre i stand til å holde eller finne tilbake til balansen mellom hva de *ønsker* å gjøre, og hva de er *i stand til* å gjøre.

## FORSKNING PÅ AKTIVITETSKALKULATOREN

Aktivitetskalkulatoren har blitt utviklet på grunnlag av kliniske erfaringer med klienter med kronisk utmattelse, og det finnes lite forskning på metoden så langt. Jacqueline Leenders og kollegaer har utført en studie, som var del

av Life balance study ved Radboud UMC i Nederland, for å undersøke validiteten av metoden. Resultatene har ikke blitt publisert ennå. I tillegg har det blitt skrevet flere bacheloroppgaver om Aktivitetskalkulatoren av ergoterapistudenter i Nederland.

Et nederlandsk bachelorprosjekt konkluderte med at man best kan støtte seg til Framework Occupational Adaptation (17) som teoretisk modell ved bruk av Aktivitetskalkulatoren (18). Denne modellen viser en prosess som innebærer interaksjon mellom individets behov for mestring (desire for mastery) og omgivelsenes krav om mestring (demand for mastery). Personen blir møtt med en utfordring i forhold til aktivitetsutførelse (occupational challenge). Til aktiviteten hører bestemte roller og rolleforventninger (occupational role expectations). Personen reagerer på utfordringen gjennom å utføre eller ikke utføre aktiviteten (occupational response) (17).

Van Dijke, Frijters, Steijsiger & Westerveld (19) intervjuet ti pasienter med kronisk smerte for å få fram deres erfaringer med Aktivitetskalkulatoren. De fant at Aktivitetskalkulatoren, selv seks til 24 måneder etter at den ble tatt i bruk, fortsatt hjalp pasienten med å finne en balanse mellom hva de ønsket å gjøre, og hva de faktisk gjorde. Bruk av Aktivitetskalkulatoren gjorde det også lettere å håndtere smertene de erfarte ved aktivitetsutførelse. I tillegg ble COPM (14) brukt for å måle endring i utførelse og tilfredshet hos 14 pasienter med kronisk smerte. COPM-skåringene viste signifikante forbedringer på begge skalaer etter at Aktivitetskalkulatoren ble tatt i bruk (18).

Som del av nevnte Life balance

study intervjuet noen bachelorstudenter fem personer med facio-scapulo-humeral muskeldystrofi (FSHD) og fem personer med mitokondriell myopati om deres erfaringer med kategorisering av aktiviteter. Studien viste at deltakerne erfarte det som vanskelig å kategorisere aktiviteter. Studentene konkluderte derfor med at ergoterapeuter bør forklare basisreglene for kategorisering i tillegg til forskjellene mellom de fire kategoriene tydeligere for klientene sine (20).

Et annet nederlandsk bachelorprosjekt viste at det er nødvendig å bruke ergoterapeutenes spesifikke kompetanse innen aktivitet og deltakelse for å kunne bruke Aktivitetskalkulatoren riktig i behandlingen av pasienter med kronisk utmattelse. Studentene konkluderte med at disse grunnleggende kunnskapene ikke kan læres på et todagers sertifiseringskurs, og at bare ergoterapeuter derfor bør få mulighet til å delta på sertifiseringskurset (21).

Medforfatterne av denne artikkelen gjennomførte tre ulike bachelorprosjekter på ergoterapiutdanningen ved OsloMet våren 2020. Josefine Sagen og Markus Tasigtil Pettersen utførte en kvantitativ studie for å kartlegge norske ergoterapeuters bruk av Aktivitetskalkulatoren etter å ha deltatt på kurs. Totalt 62 ergoterapeuter returnerte utfylt spørreskjema. Studentene fant at flertallet av respondentene har tatt i bruk Aktivitetskalkulatoren i arbeidshverdagen sin. Det var en relativt lik prosentandel som hadde tatt i bruk verktøyet innenfor de ulike helsesektorene, med 60 prosent i førstelinjetjenesten, 56,5 prosent i andrelinjetjenesten og 66,7 prosent i tredjelinjetjenesten. Resultatene fra studien viste også

at Aktivitetskalkulatoren kan brukes av ulike brukergrupper der utmattelse er en utfordring. Den ble hyppigst anvendt ved CFS/ME og ble ansett som minst egnet for personer med demens. Den største grunnen til at Aktivitetskalkulatoren ikke ble brukt, var at ergoterapeutene ikke jobbet med målgruppen for metoden.

Lasse Lund og Ane Pedersen intervjuet seks ergoterapeuter for å få fram betydningen av sertifiseringskurset for bruk av Aktivitetskalkulatoren. Ergoterapeutene ble intervjuet i tre par, hvorav den ene informanten hadde tatt sertifiseringskurset, mens den andre hadde tatt i bruk Aktivitetskalkulatoren uten å ha deltatt på kurset. Studentene fant at ergoterapeutene som ikke hadde deltatt på sertifiseringskurs, brukte metoden primært som en kartleggingsmetode. Disse informantene erfarte at de ikke hadde nok kunnskaper til å kunne fastsette basisnivået og bruke Aktivitetskalkulatoren som planleggingsmetode. Ergoterapeutene som hadde deltatt på sertifiseringskurset, erfarte at de praktiske øvelsene, muligheten til å stille oppklarende spørsmål og gruppediskusjonene på kurset hadde gjort dem i stand til å bruke hele metoden.

Ingrid Pernille Søbstad og Kristine Ekeland intervjuet fem ergoterapeuter om opplevd nytteverdi av Aktivitetskalkulatoren. De fant at ergoterapeutene anser metoden som godt egnet for klienter med kronisk utmattelse som opplever problemer med å oppnå aktivitetsbalanse. Størst nytteverdi som ble rapportert, var at metoden ser ut til å føre til en bedre bevisstgjøring hos klientene i forhold til hvordan de bruker energien sin i hverdagen. Ergoterapeutene erfarte at

denne bevisstgjøringen førte til at klientene ble bedre i stand til å styre energibruken og å gjøre omprioriteringer i forhold til aktivitetsdeltakelse. Ergoterapeutene mente at det er en forutsetning at klientene er motivert for å bruke Aktivitetskalkulatoren. Det ble ellers nevnt at det er en fordel at Aktivitetskalkulatoren er fleksibel i bruk, slik at metoden kan tilpasses klienter med betydelig ned-satt kapasitet.

## AVSLUTNING

Aktivitetskalkulatoren har blitt utviklet på grunnlag av kliniske erfaringer med klienter med kronisk utmattelse. Resultatene fra ulike bachelorprosjekter kan tyde på at både klienter og ergoterapeuter anser Aktivitetskalkulatoren som en nyttig metode for å oppnå aktivitetsbalanse ved kronisk utmattelse. Det trengs likevel flere og større studier for å belyse nytteverdien av og mulige begrensninger i metoden. Kliniske erfaringer med metoden, tilbakemeldinger fra ergoterapeuter som har tatt i bruk metoden, og resultatene fra bachelorprosjektene brukes til å videreutvikle metoden. Det anbefales å delta på sertifiseringskurs, som gir en grundig opplæring i bruk av Aktivitetskalkulatoren og tilgang til manualene, før man tar i bruk metoden.

## MER INFORMASJON

Mer informasjon om Aktivitetskalkulatoren finnes på Aktivitetskalkulatoren's blogg: <https://uni.oslomet.no/aktivitetskalkulator/>

## Referanser

1. Schillinger A, Becker F. Fatigue in patients following traumatic brain injury and stroke. *Tidsskr Nor Lae-*

- geforen. 2015;135(4):331-5.
2. Chaudhuri A, Behan PO. Fatigue in neurological disorders. *The Lancet*. 2004;363(9413):978-88.
3. Chen MK. The epidemiology of self-perceived fatigue among adults. *Prev Med*. 1986;15(1):74-81.
4. Fukuda K, Straus SE, Hickie I, Sharpe MC, Dobbins JG, Komaroff A. The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. *Ann Intern Med*. 1994;121(12):953-9.
5. Santos EJF, Duarte C, da Silva JAP, Ferreira RJO. The impact of fatigue in rheumatoid arthritis and the challenges of its assessment. *Rheumatology (Oxford)*. 2019;58(Suppl 5):v3-v9.
6. Manjaly ZM, Harrison NA, Critchley HD, Do CT, Stefanics G, Wenderoth N, et al. Pathophysiological and cognitive mechanisms of fatigue in multiple sclerosis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2019;90(6):642-51.
7. Kouijzer M, Brusse-Keizer M, Bode C. COPD-related fatigue: Impact on daily life and treatment opportunities from the patient's perspective. *Respir Med*. 2018;141:47-51.
8. Mohandas H, Jaganathan SK, Mani MP, Ayyar M, Rohini Thevi GV. Cancer-related fatigue treatment: An overview. *J Cancer Res Ther*. 2017;13(6):916-29.
9. Cronin H, O'Loughlin E. Sleep and fatigue after TBI. *NeuroRehabilitation*. 2018;43(3):307-17.
10. Cumming TB, Packer M, Kramer SF, English C. The prevalence of fatigue after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Int J Stroke*. 2016;11(9):968-77.
11. Zhu J, Ji P, Pang J, Zhong Z, Li H, He C, et al. Clinical characteristics of 3062 COVID-19 patients: A meta-analysis. *Journal of medical virology*. 2020;92(10):1902-1914.
12. Nymo AW, Alvstad Liaaen JMA, Einbu G, Lee D, Norenberg DL, Johnson SG, et al. Ergoterapeuters kjernekompetanse, Oslo: Norsk Ergoterapeutforbund - Ergoterapeutene; 2017. Available from: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/>
13. Pinxsterhuis I, Hulstein-van Gennep G, Ten Hove-Moerdijk K, Hellesøy K. Activity calculator - a method for achieving a balanced lifestyle for people with chronic fatigue. *Idju jál-finn*. 2019;40(1):26-8.
14. Law M, Baptiste S, McColl M, Opzommer A, Polatajko H, Pollock N. The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Can J Occup Ther*. 1990;57(2):82-7.
15. Prochaska JO. Decision making in the transtheoretical model of behavior change. *Med Decis Making*. 2008;28(6):845-9.
16. Eklund M, Orban K, Argentzell E, Bejerholm U, Tjornstrand C, Erlandsson LK, et al. The linkage between patterns of daily occupations and occupational balance: Applications within occupational science and occupational therapy practice. *Scand J Occup Ther*. 2017;24(1):41-56.
17. Schkade, J. K. & Mc Clung, M. (2001). Occupational adaptation in practice: concepts and cases. Thorofare, NJ: Slack.
18. Boezeman B, Frusch, N., Jorna, N. De Activiteitenweger in ontwikkeling - Een nieuwe impuls door middel van een theoretische onderbouwing. Hogeschool van Amsterdam, Opleiding ergotherapie, 2011. [Aktivitetskalkulatoren i utvikling - En ny impuls gjennom en teoretisk begrunnelse]
19. Van Dijke M, Frijter, M., Steijsiger, M., Westerveld, R. Onderzoeksrapport "De Activiteitenweger". Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Opleiding ergotherapie, 2014. [Forskningsrapport "Aktivitetskalkulatoren"]
20. Christ B, Dijkhuizen, R., Epping, J., Smeijers, M., Withag, L. De Activiteitenweger, het meten van de zwaarte van activiteiten. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Opleiding ergotherapie., 2018. [Aktivitetskalkulatoren, kategorisere aktiviteter]
21. Bastiaans A, Franssen, G., Van Hoek, A., Timmermans, M., Veltmann, K. De Activiteitenweger, een multidisciplinair instrument? Praktijkonderzoek. Hogeschool van Arnhem en Nijmegen, Opleiding ergotherapie, 2018. [Aktivitetskalkulatoren, et flerfaglig instrument?]





**NAVN:**  
**Ingeborg Frostad Liaset**

**STILLING:**  
**Stipendiat og universi-**  
**tetslektor ved Institutt**  
**for nevromedisin og**  
**bevegelsesvitenskap,**  
**NTNU Trondheim**

Av Else Merete Thyness

## Forsker på muligheter for å organisere hjemmetjenesten slik at ansattes fysiske helse bedre ivaretas

### – Hvem er Ingeborg Frostad Liaset?

– I denne konteksten er jeg ergoterapeut og stipendiat. Jeg ble utdannet ergoterapeut ved Høgskolen i Bergen i 2013 og startet på master i aktivitet og bevegelse ved Høgskolen i Sør-Trøndelag samme høst. Gjennom mastergradsarbeidet fordypet jeg meg i arbeid og helse og skrev masteroppgave om arbeidsdeltakelse etter hjernesvulstbehandling. Arbeidet var svært givende og lærerikt og tente en forskningsinteresse i meg som jeg ikke visste eksisterte. Likevel var det aller viktigste for meg, da masteren var levert, å få praktisere ergoterapi. Jeg fikk min første jobb ved Martina Hansens Hospital i Bærum, et vikariat hvor jeg fikk lære mye om ergoterapi innen revmatologi og ortopedi. Da vikariatet var slutt, var jeg så heldig å få meg jobb ved St. Olavs hospital i Trondheim, hvor jeg fikk prøvd meg innen flere områder, som geriatri, nevrologi, fysikalsk medisin og re-

habilitering samt prosjektarbeid. I en periode kombinerte jeg dette arbeidet med en lektorstilling ved ergoterapiutdanningen ved NTNU, hvor jeg i 2019 fikk muligheten til å starte på et ph.d.-forløp.

### – Hva forsker du på?

– Vi har et stadig økende behov for de tjenestene hjemmetjenesten tilbyr. Samtidig vet vi at ansatte i hjemmetjenesten er en av de arbeidsgruppene som oftest mottar uføretrygd, og at sykefraværet er dobbelt så høyt som blant den generelle yrkesaktive befolkningen i Norge. Det er tidligere rapportert at ansatte opplever arbeidet som stressende, fysisk krevende og utmattende, og mange opplever kroppslige plager som de relaterer til sitt arbeid. Derfor forsker jeg på muligheter for å organisere hjemmetjenesten slik at ansattes fysiske helse ivaretas i større grad enn i dag. Gjennom en «Intervention Mapping (IM) process» (Bart-

holomew Eldredge et al., 2016) kartlegger vi organiseringen av dagens hjemmetjeneste, ansattes opplevde arbeidshelse samt ansattes fysiske form og fysiske aktivitetsmønster på arbeid og i fritiden. Denne kunnskapen benytter vi for å utvikle forslag til reorganiserende tiltak som skal foregå innenfor de rammene som er satt i hjemmetjenesten i dag. Tiltak kan for eksempel være å forsøke å jevne ut belastningen mellom ansatte ved i større grad å rullere på arbeidslistene, samt at lister skal inneholde ulik grad av fysisk aktivitet og belastning. De tiltakene vi kommer fram til, vil prøves ut i en pilotstudie for å undersøke om endringene kan ha positiv effekt på ansattes fysiske helse samtidig som driften opprettholdes på samme nivå som i dag. Prosjektet gjennomføres i tett samarbeid med ansatte, driftsansvarlige og ledere ved flere hjemmetjenesteenheter og ergoterapi- og bevegelsesvitenskapsmiljøet ved NTNU gjennom

meg og mine veiledere, førsteamanuensis Skender Redzovic og professor Marius Steiro Fimland.

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

- Det er vanskelig å skulle plukke ut den beste enkeltartikkel jeg har lest. Det er som regel slik at jeg husker best den forrige jeg leste. Akkurat nå fordyper jeg meg i IM-litteraturen og har blant annet lest en artikkel av Ammendolia et al. (2009), «Designing a workplace return-to-work program for occupational low back pain: an intervention mapping approach». Artikkelen redegjør for utviklingsprosessen av et program for å få arbeidstakere med smerter i nedre del av rygg tilbake i arbeid. Selv om tematikken er noe ulik fra min forskning, har jeg lært mye av denne artikkelen når det gjelder gjennomføring og rappor-

tering av en IM-prosess. Grunnen til at jeg vil trekke fram akkurat denne artikkelen, er at Ammendolia et al. (2009) etter mitt skjønn har mestret kunsten å gjengi en avansert IM-prosess på en ryddig og forholdsvis enkel måte, uten at det har gått på bekostning av det faglige innholdet.

**- Hva mener du vi trenger mer forskning om innen ergoterapi?**

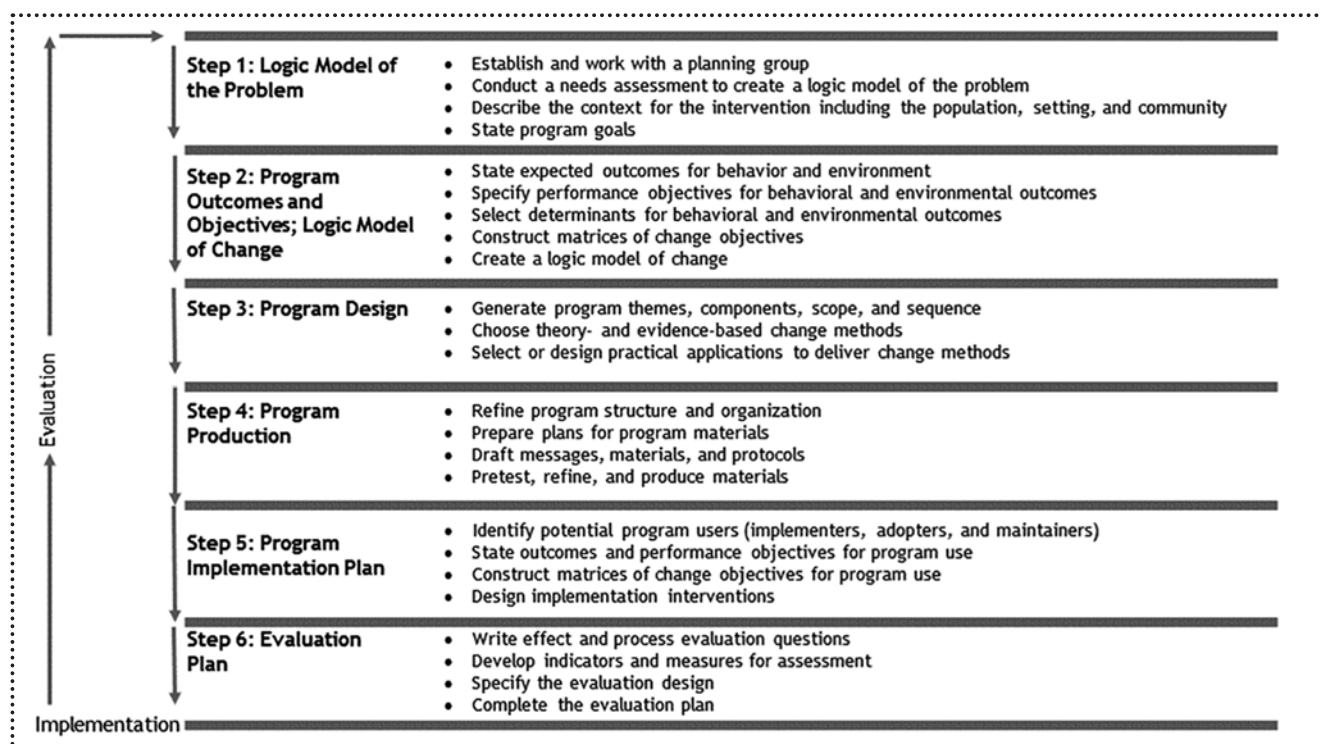
- Jeg er opptatt av at ergoterapifaget trenger mer forskning som gir klinisk nytteverdi og økt kunnskap om effekten av ergoterapitiltak og -intervensjoner. Hvilke målbare effekter kan vi dokumentere knyttet til funksjons- og helsevariabler, hvilken opplevd effekt av og/eller nytte har tiltakene for mottakerne, og hvilke faktorer avgjør om tiltakene fungerer / ikke fungerer?

Samtidig som enkeltfagforskning er viktig for ergoterapi-

faget, er det også viktig at vi tar del i tverrfaglig- og flerdisiplin-forskning. Gjennom mitt doktorgradsprosjekt har jeg fått erfare at det kan skje mye spennende i samarbeid med ulike fagdisipliner, som kan gi viktig og relevant kunnskap på tvers. Det er også viktig for fagets utvikling.

**Referanser**

- Ammendolia, C., Cassidy, D., Steensta, I., Soklaridis, S., Boyle, E., Eng, S., Howard, H., Bhupinder, B., & Côté, P. (2009). Designing a workplace return-to-work program for occupational low back pain: an intervention mapping approach. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 10(1), 65. doi:10.1186/1471-2474-10-65
- Bartholomew Eldredge, L. K., Markham, C. M., Ruiter, R. A. C., Fernandez, M. E., Kok, G. & Parcel, G. S. (2016). Planning health promotion programs: an Intervention mapping approach (4th ed.)



Figur 1: Intervention Mapping process (Bartholomew Eldredge et al., 2016).

## BOKOMTALE

# Barnebok om hvordan bli tøff på to uker

**Ergoterapistudent Åshild Moldskred er denne våren aktuell med barneboka «Berre hopp!» I boka møter vi Ingeborg, som opplever å bli utestengt etter at det skjærer seg med bestevenninnen Pernille. Det faktum at hun bruker høreapparat, blir plutselig en påminnelse om at hun er annerledes.**

Av Else Merete Thyness

**A**shild Moldskred har skrevet to bøker før. – Eg har tidligere gitt ut to ungdomsromanar. Desse handlar om Runa, som er halvt bloddrikkar, og bestekompisen, Åge. Ein underliggende tematikk som eg tenkte mykje på under skrivninga, er at det ofte kan vere slik at ein sjølv er sin eigen verste fiende, sier Moldskred.

## EN UTFORDRING

I «Berre hopp!» møter vi Ingeborg, som er vant til å ha Pernille ved sin side hele tiden. En kul og sterk bestevenninne som vet hva hun skal si hvis noen prøver å erte Ingeborg for høreapparatet. Men nå er de blitt uvenner, og Ingeborg blir stadig minnet på at hun er annerledes. En dag da alt er ekstra vanskelig, gir storebroren til Ingeborg henne en utfordring: For at hun skal slutte å bry seg om hva andre sier om henne, skal

hun gjøre fire ting som hun aldri har turt før. Men hvordan skal hun tørre det? Og hvordan kan du egentlig vite om du er blitt et tøffere menneske?

– *Hvorfor skrev du denne boka?*

– Tematikken var med meg heilt frå starten. Eg visste at eg ville skrive om ei jente med høreapparat, som sleit med sjølvtilitt. Eg hadde då sjølv brukt høreapparat i mange år, men var likevel ikkje komfortabel med å fortelje dette til kven som helst. Eg følte på ei skam over å vere høreapparatbruker og var lei av å kjenne det slik. Gjennom hovudpersonen, Ingeborg, kunne eg skrive om eigne opplevingar og tankar rundt det å ha ei slik funksjonsnedsetting.

Målgruppen for boka er alle i aldersgruppen ni til tolv år, og gjerne litt eldre også.

– Eit sentralt tema i boka er



sjølvtilitt. Ingeborg prøver å trene seg til å bli eit tøffare og meir robust menneske ved å gjere ting som ho ikkje har turt før. Eg veit at boka er brukt i eit par sjuandeklasser, der dei har hatt diskusjonar rundt dette med å vere annleis. Det er flott å vite at boka kan bli brukt til slike formål.

## VIKTIG TILSKUDD

Boken er gitt ut av Det Norske Samlaget, og i pressemeldingen står det at det fremdeles er få barnebøker, og generelt få i litteraturen, som presenterer karakterer med nedsatt funksjonsevne. På denne måter er «Berre hopp!» et viktig tilskudd til barnelitteraturen og et bidrag som normaliserer at mange mennesker lever med en funksjonshemming.

– Det er mange som lever med både synlege og usynlege funksjonshemmingar, og det er leit dersom dette skal gjere at





Ergoterapistudent og forfatter Åshild Moldskred har skrevet barneboka «Berre hopp!» Foto: Hilde Wormdahl.

barn og unge går rundt og føler at dei ikkje passer inn. Dessutan tenker eg at ein del har lite kunnskap om kva det vil seie å ha ei funksjonsnedsetting. Som det at man faktisk kan henvende seg til nokon som sit i rullestol, i staden for å prate til sidemannen. Eller at folk med høyreapparat ikkje nødvendigvis likar at andre snakkar overdreve sakte og høgt. Etter at eg starta på ergoterapi, oppdaga eg at eg sjølv også har hatt ein tendens til å tenke på folk med visse funksjonshemmingar som ei homogen gruppe, og ikkje som enkeltpersonar.

*Burde flere følge ditt eksempel og la mennesker med funksjonshemming være helter?*

– Ja, kvifor ikkje? Når ein skal skrive fram karakterar, vil ein jo at disse skal ha særtrekk som gjer at dei skil seg ut frå mengda, samtidi-  
g som dei skal vere truverdige som personar. Ved å gi personen

ei funksjonshemming oppfyller man begge disse krava. Dessutan meiner eg at dette kan skape meir spenning i ei historie. Tenk for eksempel ein thriller der hovudpersonen er blind?

*– Hva håper du barn tenker etter å ha lest boken?*

– Eg ønsker sjølv sagt at barna skal få eit lite innblikk i korleis det kan vere å leve med nedsatt høyrsel. Men det er også fint dersom lesaren kan reflektere litt over kvifor det ofte er så vanskeleg å like seg sjølv. Lærar Signe seier i boka at «Viss vi liker oss sjølve, liker vi andre betre.» Eg trur det ligg ein del sannheit i dette. Og forhåpentligvis tenker barna at ein ikkje trenger å vere perfekt for å vere bra nok.

### STUDERER ERGOTERAPI

Til høsten starter Åshild på det tredje året som ergoterapistudent.

– Eg valgte ergoterapi fordi

eg tenker det er givande å jobbe for at så mange som mogleg skal kunne delta i dei aktivitetene dei ønsker og ha eit godt liv. Dette er også noko som eg kan leve meg inn i personleg. Eg veit kor verdifullt det er å kunne fortsette å jobbe og drive med aktiviteter eg er glad i, sjølv om hørselen skulle forverre seg. Dessutan følte eg at mi tidlegare bachelorgrad i idretts- og bevegelsesvitenskap og erfaring som personleg trener passa godt inn.

*– Kommer det flere bøker av denne typen?*

– I fjor vår lærte vi om ryggmargskader. Dette inspirerte meg til å la hovudpersonen i neste skriveprosjekt ha ein ryggmargskade etter ei trampolineulykke. Slik fekk eg lurt inn litt pensum i grøssaren for barn. Eg har faktisk også brukt MOHO når eg har skapt karakterane, og blant annet notert meg vaner, verdier, interesser og roller.

# Presseklipp

Av Else Merete Thyness

**Ergoterapeuter er stadig å se i media. Her er et utvalg fra den siste måneden.**

## Denne streiken har handlet om velferdsstatens fremtid



Audun Johannessen fra Ut-danningsforbundet uttalte i Ås Avis at «KS må ha lett med lys og lykte for å finne en måte å framprovosere en lønnsnemnd. Og det klarte de, dessverre. Det KS derimot ikke har klart, er å vinne opinionen.» Johannessen mente at Unio nå står sterkere og mer samlet enn noen gang.

## ITROMSØ: Slåss for høyere lønn: – Vi begynner å bli skikkelig forbanna nå



Faksimile fra avisen iTromsø 10. juni 2021 viser ergoterapeut Ann Katrin Hoel som holder boksesekken for fylkesleder i Norsk Sykepleierforbund, Lena Røsæg Olsen.

## Torsdag 11. juni hadde 66 streikende UNN-ansatte flyttet streiken til bokseringen på Tromsø kampsportklubb, hvor de trente seg opp til kamp.

Bakgrunnen for streiken er at Unio var langt fra fornøyd med rammene i privat sektor, hvor de har fått beskjed av Spekter om at de ikke vil få mer enn 2,7 prosent i årets oppgjør.

## Pappa Bjørnar fulgte med da Trude ble doktor over video

### LOFOT-TIDENDE

**Familie, venner og kolleger fulgte med fra kommunestyresalen på Leknes, da ergoterapeut Trude Hartviksen disputerte for doktorgraden i rommet ved siden av.**

Trude Hartviksen har arbeidet som universitetslektor ved Nord universitet i ni år. Doktorgraden har sitt utspring fra hennes praksiserfaring som mellomleder og nettverksarbeid med mellomledere i spesialist- og kommunehelsetjenesten.



Faksimilen fra Lofot-tidende 10.juni 2021. Bildet viser ergoterapeut Trude Hartviksen og faren hennes, Bjørnar.



## Sov på åtte madrasser på legekontoet: - Jeg ble tatt imot som en prinsesse

**12. juni skrev iFinnmark om den serbiske flyktingen Katarina Babic, som for syv år siden fikk tre tilbud om jobb i Norge: to i Oslo og én i den lille bygda Kokelv i Vest-Finnmark. Katarina Babic er utdannet både sykepleier og ergoterapeut fra Serbia. Hun valgte Kokelv.**

De første månedene sov Katarina på madrass på legekontoet. Da bar bygdefolket ikke mindre enn åtte madrasser til kontoet, så den nyankomne skulle få sove mykt. Etter hvert innredet en god kollega kjelleren sin til henne. I 2016 kom mannen til Katarina etter, og nå har de fått to barn: De er ekte finnmarkinger, sier Katarina.



Faksimile fra iFinnmark. Vladan og Katarina Babic.



## - Det har gitt oss et spark i fua!

**Deltakerne er strålende fornøyde med Frisklivsresepten som blir arrangert av Frisklivssentralen i Lillesand, kan vi lese i Lillesands-Posten 15. juni.**

Frisklivsresepten er et kurs for personer som risikerer å utvikle sykdommer på grunn av sine levevaner. Alle deltakerne setter sine individuelle mål og jobber ut ifra dem.

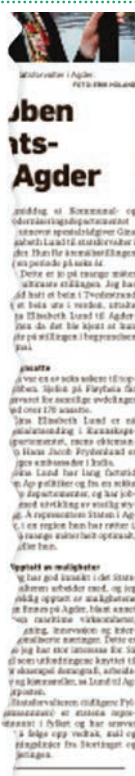
- Det er mange måter å være fysisk aktiv på, du må finne en måte som passer for deg selv. Vi har blant annet prøvd trening med strikk, og staver, sier ergoterapeut Merete Knudsen Eidesund.

- På kurset får de hjelp til å lage en plan for hva som skal til for å komme videre.

Frisklivsresepten blir arrangert av Frisklivssentralen i Lillesand.

- Det har gitt oss et spark i fua! sier en av de fornøyde deltakerne.

De har kommet seg opp av sofaen og ut i naturen.



FRISKLIVSRESEPTEN: På tur i Trappemønstret fra vestre Torshov. Tonje Karlsen, Merete Knudsen Eidesund, Elisabeth Kaur.

## - Det har gitt

Årets første runde med Frisklivsresepten i Lillesand. Faksimile fra Lillesands-Posten 15. juni 2021.



## Streik på Martina Hansens Hospital

Det er streik på sykehusene etter at det ble brudd i meglingen mellom Unio og Spekter ved midnatt natt til fredag. Det første streikeuttaket gjelder syv sykehus, blant andre Martina Hansens Hospital i Bærum. – Våre yrkesgrupper har vært underbetalt i mange år. Det er på tide at samfunnet får øynene opp for at vi må verdsettes høyere, sier ergoterapeut Toril Hennig.

Av Else Merete Thyness



**A**rbeidsgiverorganisasjonen Spekter og arbeidstakerorganisasjonen Unio klarte ikke å komme til enighet før meglingsfristen ved midnatt natt til fredag. Dermed var streiken et faktum.

– Det er viktig at kompetanse verdsettes økonomisk, ikke minst for å rekruttere og beholde ergo-

terapeuter, sier Toril Hennig.

– Hvordan er stemningen blant de streikende?

– Den er veldig god. Vi hadde oppstartsmøte i dag, hvor alle de streikende var til stede. To representanter fra Sykepleierforbundet kom på besøk, og de ga oss skryt for den gode stemningen på møtet.

– Opplever dere støtte fra samfunnet rundt?

– Ja, vi opplever at folk både forstår og støtter streiken. De går forbi med tommelen opp. I stedet kom det en gammel dame bort til oss som fortalte at hun lå på sykehuset som barn fra 1936 til 1938 med tuberkulose i foten. Hun sa: «Jeg støtter dere.»

# Aktivitetenes mørke side

**Er vi gode nok til å kartlegge og implementere alle aspekter av aktivitet, eller foretrekker vi aktiviteter som fremmer helse, og underkjenner de som er helseskadelige? Hvilke konsekvenser får i så fall dette for ergoterapeuters litteratur, forskning og ikke minst praksis?**

Av Merethe Seberg & Else Merete Thyness

**D**ette debattinnlegget er inspirert av artikkelen «The dark side of occupation – a concept for consideration» av Rebecca Twinley. Raskt oppsummert hevder hun følgende:

«Ergoterapeuter knytter gjerne aktivitet til god helse og velvære. De anser aktiviteter for å være positive og produktive både for den enkelte, for grupper og for samfunnet. Videre fokuserer profesjonenes litteratur og forskning på aktiviteter som fremmer og vedlikeholder utvikling, vekst, sosial interaksjon og produktivitet. Men – hvis dette stemmer, står profesjonen da i fare for å glemme de aktivitetene folk utfører som fører til uhelse, som er anti-sosiale, uproduktive, kanskje til og med kriminelle og illegale? Dette er aktiviteter som også kan være en del av personens daglige rutiner, og som kan føre til en opplevelse av meningsfullhet, kreativitet, avspenning og velvære. Noen ganger kan de også utgjøre en del av personenes betalte eller ubetalte arbeid.»

Med dette som bakgrunnsteppe vil vi utfordre norske ergoterapeuter til å si noe om sine tanker om aktivitetenes «mørke» side. Aktiviteter som forblir utforskede og i skyggen – og som utfordrer ergoterapeuters tro på en årsakssammenheng mellom aktivitet, helse og meningsfullhet.

Eksempel fra praksis viser at aktiviteter som fører til uhelse og dårligere livskvalitet, blir møtt med negativitet og kanskje litt fornektelse. Som fagpersoner er de vanskelige å forholde seg til, samtidig som det er lett å pøse på med alle de positive og helsefremmende aktivitetene. Spørsmålet blir da: positive og helsefremmende for hvem?

Dersom ergoterapeuter skal jobbe med hele mennesket og ha en helhetlig tilnærming, være både klientsentrerte og brukerorienterte, bør de ikke da også anerkjenne at viktige aktiviteter for en person i noen tilfeller kan være uproduktive og helseskadelige, men likefullt oppleves som viktige for den personen det gjelder? Det er mulig at man

ikke forstår hele mennesket ved kun å ha fokus på helsefremmende aktiviteter.

**De fleste mennesker engasjerer seg i både sunne og usunne aktiviteter. Har ergoterapeuter takhøyde for dette når de kartlegger, evaluerer og finner det beste behandlingsopplegget, eller er store deler av klientens liv i profesjonens dødvinkel?**



Svar på debattinnlegg kan sendes til: [emt@ergoterapeutene.org](mailto:emt@ergoterapeutene.org). Merk mailen med **Debatt**.





## HVOR MYE KAN ÉN ERGOTERAPEUT SPARE INN FOR ÉN KOMMUNE?

**Ergoterapeut Ingrid Sandbløst Hage ledet et prosjekt som undersøkte hvor mye en kommune kan spare på å ha en ergoterapeut. – Svaret er at kommunen vil spare 1 570 608 kroner i året, mens brukerne vil få økt sin livskvalitet med 53,6 prosent, forteller hun.**

*Ingrid Sandbløst Hage ledet et prosjekt som skulle vise nytteverdien av ergoterapi.*

Av Else Merete Thyness



*Oppdal kommune er en fjellbygd i Sør-Trøndelag med cirka 7000 innbyggere.*

Oppdal kommune forventer en dobling av antall personer over 80 år i løpet av de neste 20 årene, uten nok folk til å bistå dem.

– Mottoet til kommunen er at folk skal bo lengst mulig hjemme, samtidig har vi kun 120 prosent ergoterapeutstillinger på 7000 innbyggere, forteller Ingrid Sandbløst Hage.

Sjefen hennes fikk derfor ideen om at de skulle starte et prosjekt som viste hvilken nytte kommunen og brukerne ville ha av flere ergoterapeuter, og søkte statsforvalteren om midler.

Hage er ansatt på Avdeling for medisinsk rehabilitering, avdeling Helse og familie i Oppdal kommune. Januar 2019 fikk hun stilling som 60 prosent prosjektleder, mens resten av den tverrfaglige avdelingen fungerte som prosjektgruppe.

– Målet med prosjektet var å vise hva økte ressurser til ergoterapi kan bety av besparelser for pleie- og omsorgstjenesten i kommunen, samt å vise hvordan det kan påvirke brukernes livskvalitet.

– Målet med prosjektet var å vise hva økte ressurser til ergoterapi kan bety av besparelser for



## «Det lønner seg altså å ha en ergoterapeut.»

Ingrid Sandblost Hage

pleie- og omsorgstjenesten i kommunen, samt å vise hvordan det kan påvirke brukernes livskvalitet.

### GJENNOMFØRING

Sammen med det tverrfaglige teamet foretok hun en kartlegging av alle personer som meldte inn nye hjelpebehov til hjemmetjenesten eller ergo-fysio, og de som allerede har lavterskeltilbud i kommunen fra før. Deretter vurderte de hvilke brukere det var relevant å inkludere i prosjektet.

– Ialt inkluderte vi 23 brukere, sier hun.

Deretter utførte Hage hjemmebesøk hos brukerne.

– Ved hjelp av Tuntland og Ness' Aktivitetshjul og kartleggingsinstrumentet COPM gikk vi gjennom utfordringer brukeren hadde i dagliglivets gjøremål. I tillegg gikk vi gjennom boligen for å sjekke behov for tilrettelegging.

De aktuelle aktivitetene ble notert i et COPM-skjema. Brukeren scoret så fra 1 til 10 hvilken betydning aktiviteten hadde for ham eller henne, utførelsen av aktiviteten, og hvor tilfreds brukeren var med utførelsen.

Deretter gjennomførte Hage tiltak.

– Tiltakene kunne for eksempel være tilrettelegging av boligen, treningsprogram for fallforebygging, tekniske hjelpemidler og trygging i ADL-aktiviteter.

Etter fire-fem måneder reiste hun på revurderingsbesøk for å kartlegge situasjonen etter at kartlegging og eventuelt enda en oppfølging var foretatt.

– Også denne gangen scoret vi aktivitetene ved hjelp av COPM-skjemaet.

### ØKT LIVSKVALITET

For å finne ut hvor mye brukers livskvalitet hadde økt, regnet de ut variasjonen i scorene mellom de to besøkene. Dette ga dem en endringsscore, som igjen ble regnet om i prosenter. Undersøkelsen viste at brukerne som hadde mottatt ergoterapitjenester, hadde fått 53,6 prosent høyere livskvalitet.

– I tillegg ga de kommentarer som at de syntes besøkene av nettopp ergoterapeut var nyttige, forteller hun.

### HVA SPARTE KOMMUNEN

For å beskrive hvilke besparelser pleie- og omsorgstjenestene hadde av ergoterapitiltakene, ble det satt opp et regnestykke som viste hvor mye brukerne ville kostet kommunen dersom de måtte ha hjemmesykepleie, institusjonsplass eller plass ved bofellesskap. Disse tallene ble så sammenlignet med kostnadene av ergoterapi.

– Prosjektet viste at kommunen kunne spare 1 570 608 kroner per år ved en ergoterapistilling. Det lønner seg altså å ha en ergoterapeut, sier Hage.

### TROR PÅ FLERE STILLINGER

Foreløpig har ikke prosjektet resultert i flere stillinger, men Hage har tro på at det vil skje.

– Det er stadig oppe til diskusjon i kommunestyret at kommunen trenger flere ergoterapeuter. Nå satser jeg på kommunens handlingsplan for 2022-2024, sier hun.

Selv er hun for tiden prosjektleder for velferdsteknologiprojektet i kommunen.

## Politikk er å prioritere

Debatt rundt ergoterapeutressursen i Oppdal kommune.



Det har vært flere avisinnlegg i Opp, lokalavisen i Oppdal, om behovet for flere ergoterapeuter.



Ingrid Sandblost Hage brukte blant annet Tuntland og Ness' Aktivitetshjul da hun gikk gjennom brukernes aktivitetsutfordringer.

**KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN**

Adresse: ADDmedia AS

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

## DIGITALT KURS I ADL-TAXONOMIEN



**Velkommen til digitalt kurs i ADL-Taxonomien på Teams. Kurset er en kombinasjon av egenstudier, videoforelesninger og praktisk utprøving.**

ADL-Taxonomien er et valid og reliabelt redskap for å undersøke og vurdere aktivitetsevne. ADL-Taxonomien er oversatt til norsk, og deltakerne får tilsendt et eksemplar av manualen før kurset starter, sammen med tilgang til litteratur til forberedelse og videoforelesninger på Teams.

Kurset er meritterende med 20 timer til ergoterapispesialist.

Les mer om kurset på <https://ergoterapeutene.org/digitalt-kurs-i-adl-taxonomien/>

**Målgruppe:** Ergoterapeuter

**Arrangører:** Ergoterapeutene

**Sted:** Teams

**Påmelding:** Kurskalenderen på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org), innen 1. oktober 2021

**Tid:** Oppstart 15. oktober 2021

Livearrangement på Teams 22. oktober 2021

Livearrangement på Teams 22. november 2021

**Kursavgift:** Medlemmer/tillitsvalgte/ikke medlemmer kr 2000,-/kr 1000,-/kr 4000,-



## Deltakelse og mestring for eldre



**Målgruppe:** Ergoterapeuter

**Arrangør:** Ergoterapeutene

**Tid:** Når det passer deg/dere

**Sted:** Der det passer for deg og din nettverksgruppe

**Kursavgift:** Gratis

**Påmelding:** [Ergoterapeutene.org/kurskalender](http://Ergoterapeutene.org/kurskalender)

**Mål:** Motivere og skolere ergoterapeuter til en aktiv rolle i kommunens arbeid med deltakelse og mestring for eldre i oppfølging av Stortingsmelding 15 (2017–2018) Leve hele livet.

Kurset deles opp i 5 moduler.

For mer informasjon om kurset se [www.ergoterapeutene.org/nettkurseldre](http://www.ergoterapeutene.org/nettkurseldre)

**Velkommen som deltaker!**

## Nytt digitalt kurs i Ergoterapeuter og førerkortvurdering



**Ergoterapeuter og førerkortvurdering er utviklet av Ergoterapeutene i samarbeid med ergoterapeuter ved Sunnaas sykehus og utviklere av P-Drive (Performance Analysis of Driving Ability) i Sverige. Kurset består av to moduler, begge lukket med innlogging.**

Alt undervisningsmaterieill vil bli tilgjengelig på egen lukket hjemmeside: videoforelesninger, litteratur til forberedelse, øvingsoppgaver individuelt og i grupper. I tillegg vil det bli arrangert livearrangement med utgangspunkt i øvingsoppgaver.

**Vi ønsker norske, svenske og danske ergoterapeuter velkommen til å delta.**

### **Modul 1. Ergoterapeuter og førerkortvurdering.**

Modul 1 gir en innføring i krav til ergoterapeuters kompetanse og rolle ved vurdering av helsekrav for førerkort. Den gir også en innføring i aktuelt regelverk, metoder og prosedyrer som kreves som grunnlag for ergoterapeuters bidrag ved slike vurderinger.

**Tema:** Ergoterapeuters kjernekompetanse og rolle, aldring og sykdommers effekt på bilkjøring, helsekrav til førerkort, regelverk og retningslinjer, vurdering av trafikkrelevante kognitive funksjoner, vurdering av førlighet og praktiske vurderinger og aktivitetsanalyse.

*Kurset er meritterende for spesialistordningen med 15 timer som ergoterapifaglig kurs.*

Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.

**Oppstart** 15. september 2021. Deltakerne får lenke og tilgang til kurset med litteratur og videoforelesninger.

I slutten av september 2021 vil det bli arrangert et livearrangement, der forelesere og kursdeltakere møtes på Teams.

**Pris** for medlemmer kr 2000,-, tillitsvalgte kr 1000,- og ikke-medlemmer kr 4 000,-

**Påmeldingsfrist** 1.september

**Avmeldingsfrist** 30. august

### **Modul 2. Praktisk kjørevurdering og P-Drive**

Denne modulen gir kursdeltakerne en innføring i praktisk kjørevurdering og opplæring i bruk av P-Drive (Performance Analysis of Driving Ability). P-Drive er en standardisert observasjonsprotokoll som brukes i praktisk kjøretest for å analysere bilkjøring som aktivitet og personens utførelse. P-Drive er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse. Deltakerne må ha gjennomført modul 1 eller deltatt på det tidligere kurset i «Ergoterapeuter og førerkortvurdering».

*Modulen er meritterende for spesialistordningen med 30 timer som ergoterapifaglig kurs.*

**Oppstart** 15.mars 2022. Deltakerne får lenke og tilgang til kurset med litteratur og videoforelesninger. Det vil bli arrangert livearrangement der forelesere og kursdeltakerne møtes på Teams. Dato for disse arrangementene kommer senere

**Pris** for medlemmer kr 3000,-, tillitsvalgte kr 1500,- og ikke-medlemmer kr 6000,-.

*P-Drive-manualen er inkludert i kursavgiften. Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.*

### **Kalibrering**

Etter det første året med vurderinger vil deltakerne ha mulighet for kalibrering og kalibreringssertifikat med ytterligere 15 timer meritterende til spesialistordningen.

**Følg med i kurskalenderen.**





## Nettkurs - Ergoterapi til barn og unge



Formålet med kurset er å synliggjøre ergoterapeuters kjernekompetanse knyttet til barn og unge. Kurset ønsker å gi økt bevissthet på hvor og hvordan vi kan bidra til økt mestring og deltakelse for barn og unge, og trygge ergoterapeuter i deres yrkesutøvelse.



Kurset består av fire moduler. Hver modul meritterer med 6 timer til ergoterapispesialist.

**Modul 1:** Samfunnets utfordringer og ergoterapeuters kompetanse. Legges ut 15. september 2021.

**Modul 2:** Kartlegging og målsetting. Legges ut 15. november 2021.

**Modul 3:** Intervensjon og evaluering. Legges ut 15. februar 2022.

**Modul 4:** Utvikling av ergoterapitjenesten. Legges ut 15. mai 2022.

**Målgruppe:** Medlemmer av Ergoterapeutene

**Arrangører:** Ergoterapeutene

**Sted:** Nettkurs med digitale/fysiske nettverksgrupper

**Påmelding:** Kurskalenderen på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org), innen 1. september 2021.

**Tid:** Oppstart 15. september 2021.

**Kurset er gratis**

Aktivitet og  
deltakelse for alle.

Bli medlem!

10 gode grunner  
til å bli medlem

**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 varmemidler 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 varmemidler til barn og voksne

**0333**

Antitrykksårhjelpe midler/  
trykkløstbyggende hjelpe midler

**BARDUM AS**

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

**TOGEMO AS**

Halsetveia 18, 2320 Furnes  
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11  
post@togemo.no www.togemo.no  
Dekker alle behov for trykkavlastning

**0348**
**BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR**
**BARDUM AS**

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
**Ronda Hjelpe midler**  
Randabergveien 308, 4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no

**0606/0612/0618 ORTOSER**
**OTTO BOCK AS**

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo  
Tlf.: 23 14 26 00, fax: 23 14 26 56  
info@ottobock.se www.ottobock.no  
Ortoser blir bra!

**0630**
**PROTESER**
**NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS**

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad  
Tlf.: 62 57 44 44, fax: 62 57 44 45  
nto@ortonor.no www.ortonor.no  
Spesialist i armproteser.

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

6917 Batalden  
Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77  
post@oytex.no www.oytex.no  
Uteklær for rullestolbrukere  
**ØVREBØ REHABILITERING AS**  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Arcona tørklær, Arcona smekker

**0909**
**HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING**
**Ronda Hjelpe midler**

Randabergveien 308, 4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no

**0912**

Hjelpe midler ved toalettbesøk

**BARDUM AS**

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
**Ronda Hjelpe midler**

Randabergveien 308, 4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no

**0912 B**
**HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK**
**BARDUM AS**

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
**Ronda Hjelpe midler**  
Randabergveien 308, 4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no

**0933**
**HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING**
**BARDUM AS**

Tlf.: +47 64 91 80 60  
post@bardum.no www.bardum.no

**ERGOGRIIP AS**

Skeistøa 199, 5217 Hagavik  
Tlf.: 92209399  
aase.rokne@ergogrip.no www.ergogrip.no  
Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer servanter  
**Ronda Hjelpe midler**  
Randabergveien 308, 4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no  
**SUNRISE MEDICAL AS**  
Delitoppen 3, 1540 Vestby  
Tlf.: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no  
**ØVREBØ REHABILITERING AS**  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Corpoform badeputer

**0933 B**
**HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING**
**BARDUM AS**

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
**Ronda Hjelpe midler**  
Randabergveien 308, 4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no  
**ØVREBØ REHABILITERING AS**  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Corpoform badeputer

**Y 1**
**YRKESKLÆR/SKO**
**4. FORFLYTNING**
**1203/1206**
**GANGHJELPEMIDLER**
**BARDUM AS**

Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
**EASYWALK**  
Tlf 64808062  
post@easywalk.no  
www.easywalk.no  
**FOLLO FUTURA AS**  
Brekkeveien 43, 1430 ÅS  
Tlf: 64 94 21 65  
www.follo-futura.no  
Gåbord

**OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET**

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

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

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

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

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

## - PRODUKTREGISTER -

Ronda Hjelpemidler  
Randabergveien 308, 4070Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Delitoppen 3, 1540 Vestby  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### 1218

#### SYKLER

ALU REHAB AS  
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
Sykler - man. og el.  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Delitoppen 3, 1540 Vestby  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### 1221

#### RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS  
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
Rullestoler - man. og el.  
PERMOBIL AS  
Industriveien 16, 1481 Hagan  
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59  
firmapost@permobil.com  
www.permobil.com  
SUNRISE MEDICAL AS  
Delitoppen 3, 1540 Vestby  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Ers Roltec BOA2

### 1221 B

#### RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS  
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
PERMOBIL AS  
Industriveien 16, 1481 Hagan  
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59  
firmapost@permobil.com, www.permobil.com  
PICOMED MOBILITY AS  
Tvetenveien 164, 0671 Oslo  
post@picomedmobility.no  
www.picomedmobility.no

SUNRISE MEDICAL AS  
Delitoppen 3, 1540 Vestby  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### 1224

#### TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS  
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
PERMOBIL AS  
Industriveien 16, 1481 Hagan  
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59  
firmapost@permobil.com, www.permobil.com  
SUNRISE MEDICAL AS  
Delitoppen 3, 1540 Vestby  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

### 1230

#### OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Arcona benløfter og Arcona løftestropp

### 1236

#### LØFTEHJELPEMIDLER

BARDUM AS  
Tlf.: +47 64 91 80 60  
post@bardum.no www.bardum.no  
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  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Arcona benløfter

### 1503

#### HJELPEMIDLER TIL MATLAGING

Ronda Hjelpemidler  
Randabergveien 308, 4070Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no

### 1509

#### SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebu  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.  
Ronda Hjelpemidler  
Randabergveien 308, 4070Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT  
armstøtte

### 1512

#### RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler  
Randabergveien 308, 4070Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no

### 1803

#### BORD

### 1809

#### SITTEMØBLER

BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
HELLAND MØBLER AS  
6250 Stordal  
Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01  
KRABAT AS  
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad  
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01  
fb@krabat.no www.krabat.no  
Krabat jockey, barnestol  
SUNRISE MEDICAL AS  
Delitoppen 3, 1540 Vestby  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### 1812

#### SENGER

BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Delitoppen 3, 1540 Vestby  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### 1815

#### HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE TILSATSER TIL MØBLER



1818

**STØTTEANORDNINGER**  
**PICOMED AS**

Gjerstadveien 398, 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**  
**PICOMED AS**

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

1830

**HEISER, LØFTEPLATTFORMER,  
TRAPPEHEISER OG RAMPER**  
**ACCESS VITAL AS**

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

S 1

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

ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra  
individuelle behov

1836

**OPPBEVARINGSMØBLER**

K 1

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

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

---

**7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/  
VARSLING**

---

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

2103

**OPTISKE HJELPEMIDLER**

2109

**TILBEHØR TIL DATAMASKINER,  
SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER**  
**ABILIA AS**

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

tobii dynavox

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

2110 KOGNITIVE HJELPEMIDLER

**ABILIA AS**

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

**BARDUM AS**

Tlf.: +47 64 91 80 60  
post@bardum.no www.bardum.no

**COGNITA AS**

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450  
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no  
MYLIFEPRODUCTS AS  
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo  
Tlf: 92631425  
post@mylifeproducts.no  
www.mylifeproducts.no

Vestfold Audio AS

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

1527

**IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER**

Ronda Hjelpemidler  
Randabergveien 308, 4070 Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no

2136

**TELEFONER OG  
TELEFONERINGSHJELPEMIDLER**

**ABILIA AS**

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
**GN RESOUND AS**  
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
**PICOMED AS**

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.  
Vestfold Audio AS  
Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

2139

**LYDOVERFØRINGSSYSTEMER**  
**GN RESOUND AS**

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
Vestfold Audio AS  
Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

2142

**SAMTALEHJELPEMIDLER VED  
NÆRKOMMUNIKASJON**

**ABILIA AS**

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
**BARDUM AS**  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
COGNITA AS  
Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450  
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no  
**GN RESOUND AS**  
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no  
tobii dynavox

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

2144

**GYNGETERAPI**

**PICOMED AS**

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),  
Wellness Nordic Gyngestolen.  
2145 Høreapparater

2146

**HØRSELTEKNISKE HJELPEMIDLER**

Vestfold Audio AS

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

## - PRODUKTREGISTER -

**2147**

### **SOVEHJELPEMIDLER**

#### PICOMED AS

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

**2148**

### **VARSLINGSHJELPEMIDLER**

#### COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450  
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no  
ABILIA AS  
Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
GN RESOUND AS  
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
PICOMED AS  
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.  
Varsling  
Vestfold Audio AS  
Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

**2149**

### **POSIJONERINGSPUTER**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60  
post@bardum.no www.bardum.no  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Arcona posisjoneringsputer,  
Asklø posisjoneringsputer

**2151**

### **ALARMSYSTEMER**

#### ABILIA AS

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

#### PICOMED AS

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

**2221**

### **BETJENINGSHJELPEMIDLER IKT**

#### COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450  
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no  
tobii dynavox  
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen  
Tlf.: 55 55 10 60  
E-post:sales.no@tobiidynavox.com  
www.tobiidynavox.no

## **8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)**

**2412**

### **HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL**

#### ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

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

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

**2418**

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

#### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no  
PICOMED AS  
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no

**3003**

### **LEKER**

#### ABILIA AS

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  
Ronda Hjelpemidler  
Randabergveien 308, 4070Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no

**3006**

### **SPILL**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60  
post@bardum.no www.bardum.no

**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

#### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

## **10. HJELPEMIDLER FOR BARN**

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

### **B.ADL**

#### **ADL- HJELPEMIDLER**

#### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105  
Mail: info@bamseprodukter.no  
Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.  
KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad  
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01  
fb@krabat.no www.krabat.no  
Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,  
Krabatskjerf, sikleskjerf  
Ronda Hjelpemidler  
Randabergveien 308, 4070Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no

### **B.ERG**

#### **ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE**

#### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105  
Mail: info@bamseprodukter.no  
Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

## – PRODUKTREGISTER –

### **B.KOM**

#### **KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN**

##### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

##### tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

##### 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

##### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

### **B.ROL**

#### **ROLLATORER**

##### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

##### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

### **B.SEN**

#### **SENGER FOR BARN**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50,

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng, Arcona reiseseng

##### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

### **B.SPO**

#### **SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

##### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

##### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

### **B.STI/SAN**

#### **STIMULERING/SANSEMOTORIKK**

##### AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

##### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

### **PICOMED AS**

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne), Wellness Nordic Gyngestolen.

##### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

##### tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/Sansemotorikk, Kastanjedynen

### **B.SYK**

#### **SYKLER**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

##### 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

##### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

### **SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER**

##### BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no





#### RotoBed

En innovativ og smart seng med mange velferdsteknologiske funksjoner som gjør bruker mer selvhjulpne og deltakende. Rotasjon og lavt innsteg gjør det lettere å komme seg inn og ut av seng. Rotasjonen ut i rommet er også en fin funksjon ved f.eks måltid og sosial aktivitet.

## Trygghet og brukervennlighet hånd i hånd - senger for store og små!

#### Lisa

- Dører som kan åpnes helt
- Sikkerhetspanel
- Lavt innsteg (32 cm)



#### Lukas

- Mulighet for dører på begge langsider og én kortsider
- Tilpasset for kabler til medisinsk utstyr
- 4 sengehøyder, høyeste modell 226 cm



#### Lea

- Hev-/senkbare sengegrunder
- Bekvem ut- og innstigning
- Mange tilpasningmuligheter



#### Safety Sleeper

- En lukket seng
- Trygt for bruker og pårørende
- Bedre søvn på ferie og hjemme



+ Høy kvalitet + Økt sikkerhet + Gir selvstendig sove- og hvilesituasjon

# Bardum