

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



I skjønn symfoni 6

Ergoterapeut som salgssjef **10** Implementering av kunnskapsbasert praksis **20**
Mindfulness som intervensjon for å forebygge og redusere sykefravær **42**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen, Sissel Horghagen og Anne-Stine Dolva

Annonser

Erik Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 6 – 1. des / 24. des

Nr. 1 – 1. feb / 31. feb

Nr. 2 – 3. april / 28. april

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrun Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Anita Rosmæl, 2. nestleder

Arnfinn Bjørshol

Berit Regine Laiti

Ine Cecilie Ulven

Mariette Elise Gjerde

May Solveig Svendsen

Ragna Gjone

Renate Soggemoen

Tonje Hansen Guldhav

Bjørnar Rovde 1. varamedlem

Ingelin Mari Rød, 2. varamedlem

Ingrid Helen Smith Halvorsen, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Kristin Jess-Bakken, varamedlem

Lilly Nerenget, varamedlem

Inger Synnøve Kjos, varamedlem

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



6



10



16



62

REPORTASJE

6 I skjønn symfoni

Av Else Merete Thyness

NY ARENA

10 Ergoterapeut som salgssjef

Av Else Merete Thyness

FORBUNDET

12 Får øynene opp for P-drive

Av Anita Engeset

14 Gjør arbeidslivet mulig for flere

Av Anita Engeset

16 Har du forsikret det kjæreste du har?

Av Roar Hagen

19 Arrangementskalender 2017

FAGLIG

20 Implementering av kunnskapsbasert praksis

Av Toril Beate Røssvoll,
Maren Beate Hansen og
Trude Anita Hartviksen

28 Må det ta 17 år før forskning blir til praksis?

Av Marie Berg, Jennifer Moore,
Stein Arne Rimehaug, Julia
Aneth Mbalilaki, Ingvild
Grimstad, Linn Halvorsen og
Jan Egil Nordvik

34 Hverdagsteknologi og kognitive vansker

Av Benedicte Bjørdal, Line
Digerud Waagsaas,
Christina Mol Slettenes,
Hanne Jorunn Egeland og
Hilde van Berge

VITENSKAP

42 Mindfulness som intervensjon for å forebygge og redusere sykefravær

Av Mari Aanensen, Tommy
Haugen og Charlotte Kiland

56 Forsker i farten: Ruca Maass

Av Sissel Horghagen

AKTUELT

58 Frivillig arbeid – godt for hvem?

Av Else Merete Thyness

60 Ergoterapistudentene

Av Simen Sjølie

PÅ DEN SISTE SIDEN

62 Er dette en opptrapping?

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

64 Kurs- og stillingsannonser

65 Produktregister

70 Agenturregister

Manndatteren og kjerringdatteren

Jeg er vokst opp med Asbjørnsen og Moes norske folkeeventyr. En av favoritthistoriene mine handler om den late kjerringdatteren og den flinke manndatteren.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

I dette eventyret kaster stemoren mannens datter ned i en brønn. Herfra legger barnet ut på en reise i en forunderlig magisk verden. Hun møter talende dyr, et risgjerde og et epletre, og mye handler om å velge å være god fremfor å være ond. Hun treffer også en trollkjerring som gir henne tre umulige oppgaver å løse. Når hun likevel klarer det, er det takket være sine gode hjelpere. Som belønning får hun med seg et skrin fylt med gull og edelstener.

Eventyr om stemødre er kjent over hele det eurasiske eventyrområdet – og stemoren er ikke den gode feen, snarere tvert imot. Hun er den onde kraften som ikke tåler at Snøhvit er vakrere enn henne, som nekter Askepott å gå på ball – og setter Hans og Grete ut i skogen. Å behandle noen stemoderlig betyr å behandle noen urettferdig.

Så det er nok ikke tilfeldig at rehabilitering har blitt kjent som helsevesenets stebarn. Norge har et av verdens beste helsevesen hvis man blir syk, med den beste medisinske oppfølgingen penger og forskning kan gi. Men etter utskrivning svikter det. Pasienter

med alvorlige kroniske lidelser eller skader får sjelden den hjelpen de trenger til å takle den nye hverdagen.

Derfor var det knyttet store forventninger til opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering som ble presentert sammen med statsbudsjettet nå i høst. Disse ble ikke innfridd. Regjeringens intensjoner er kanskje gode, men hvis de virkelig mente alvor, burde også finansieringen være på plass. – Det er altfor lite penger på bordet til å kunne kalle dette en opptrappingsplan for rehabilitering, sier blant andre Rebecca Tvedt Skarberg, som var med på RI Norges konferanse om opptrappingsplanen.

Eventyrenes stebarn går det riktig så bra med. Manndatteren får både gull og edelstener, Snøhvit og Askepott treffer hver sin prins, og Hans og Grete dytter hekse inn i en ovn og tar med seg skattene fra heksehuset hjem til faren sin.

Statsbudsjettet med sitt vedlegg om opptrappingsplan for rehabilitering skal på høring i sosial- og omsorgskomiteen før det endelig vedtas. Så får vi håpe at det går like bra med helsevesenets stebarn som eventyrenes.



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Blir det noe av opptrappingsplanen for habilitering og rehabilitering?

Det er gledelig at regjeringen har levert opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering, men sørgelig at et slikt viktig dokument kommer som et vedlegg til statsbudsjettet. Ergoterapeutene er enig i opptrappingsplanens beskrivelser av dagens situasjon når det gjelder kompetanse, kapasitet, samhandling og brukermidvirkning. Tiltakene, derimot, er svært skuffende – og særlig når det kommer til finansiering.

Vi står ovenfor et voldsomt press på kommunale helsetjenester i årene framover. Vi må snu tankegangen, og vi må endre arbeidsformer. Vi må satse på re/habilitering der vi kan, og pleie der vi må. I dag gjøres dessverre det motsatte.

Jeg hadde forventet en konkret plan for en snuopera-

sjon i kommunene som sikrer re/habilitering som bærebjelken i kommunehelsetjenesten. Planens forslag på 100 millioner til kommunenes frie inntekter, med opptrappingsplanen som begrunnelse, er ikke en garanti for at disse midlene faktisk vil brukes til re/habilitering. I tillegg er det avsatt knappe 100 millioner som øremerkede tilskuddsmidler, et beløp som langt fra er tilstrekkelig for at kommunene skal kunne lage systematiske planer og bygge opp gode re/habiliteringstjenester. Dersom planen vedtas slik det foreslås, vil det kun bli mindre, avgrensede forsøk i kommunene. Disse vil være av begrenset verdi i forhold til en bred satsning på feltet.

Det er gledelig, men ingen overraskelse, at regjeringen gjen-

nom opptrappingsplanen viser at de verdsetter ergoterapeuters utrettelige arbeid med å gjøre samfunnsdeltakelse og hverdagslivet mulig for flere. Midlene vil likevel på ingen måte dekke behovet for ergoterapeuter. Sammenlignet med Danmark og Sverige trenger vi en tredobling. Det er fremdeles 109 kommuner som ikke har ergoterapeut. Det haster med rekrutteringstilskudd.

Ergoterapeutene mener at en opptrappingsplan krever 500 millioner årlige øremerkede midler over tre-fire år for å sikre den snuoperasjonen Norge trenger. Vi gir våre innspill på opptrappingsplanen – nå er det opp til Stortingets politikere å vise om de virkelig ønsker en bærekraftig satsning for framtidens helsetjeneste.

I SKJØNN SYMFONI

Rødtvet sykehjem er det lille røde huset mellom T-banen og skogen. Her har ergoterapeut Anita Madsen ledet prosjektet Symfoni. – Forskning viser at bevisst bruk av musikk, dyr og sansehage har stor virkning på menneskets helse. Symfoni har blant annet handlet om å sette varierende miljøterapeutiske tiltak på dagsplanen til faste tider, forteller hun.



Sansehagen snor seg rundt Rødtvet sykehjem. Vi begynner turen ved inngangen. Her er ergoterapeut Anita Madsen, fysioterapeut Carina Nymo og valpen Sunny.



– Det er stas å klappe sauene, synes Astrid Solbakk og Bergliot Pettersvold.

Det begynte i 2013 med et prosjekt kalt «Bevisst bruk av musikk i eldreomsorgen». De siste årene har det vært mye fokus på hvordan musikk kan bidra til opplevelse av glede, mestring, fellesskap, aktivitet og samhørighet for både eldre og ansatte på sykehjem. På Rødtvet ble dette konkretisert i Apple TV, iPad, hodetelefoner og høyttalere på hver avdeling. De ansatte fikk også opplæring av to musikkterapeuter i hvordan de kunne bruke musikk som et verktøy i hverdagen. Nå står dans, allsang og ønskekonsserter på timeplanen, men beboerne kan også sitte for seg selv med hodetelefoner og lytte til musikk.

– Poenget er å ha en tanke bak bruken av musikk og gjerne flette den inn i hverdagsaktivitetene. Her en dag satt vi ute i sansehagen og laget guacamole. En av beboerne har tidligere drevet en avokadofarm i California, så vi spilte salsamusikk mens han fortalte fra livet på farmen. Det ble en veldig god setting. Vi har mange eksempler på hvordan personalet bruker musikk til å roe ned pasienter i ulike situasjoner, forteller Anita.

ET SAMSTEMT HELE

Suksessen med «Bevisst bruk av musikk» la grunnlaget for Symfoni, som står for «systematisk forordning av miljøterapeutiske tiltak». Her ble musikk, sansehage og dyrehold benyttet i et samstemt hele. Uavhengig av hvem som kom på jobb, fikk beboerne tilbud innenfor disse tre kategoriene. Etter aktiviteten har det vært pleiepersonalets oppgave å skrive en detaljert rapport i et dokumentasjonsprogram.

– Vi ville ha miljøterapeutiske tiltak til bestemte tider på lik linje med medikamentell behandling. På samme måte som du forordner Dispril klokka 12.00 skal det settes av tid for bevisst bruk av musikk, dyr eller sansehageopplevelser. Hensikten var å se om dette ville gi økt trivsel og livskvalitet og redusere angst, uro og medikamentbruk hos beboerne.

Alle beboerne fikk tilbud om aktivitetene, men det ble også opprettet en egen testgruppe bestående av ti tilfeldig utvalgte sykehjemsbeboere fra forskjellige avdelinger. Disse ble fulgt opp gjennom grundig dokumentasjon. I forkant av prosjektet ble de blant annet testet gjennom Qualid, som



Bergliot Pettersvold nyter en kaffekopp i solskinnet mens Astrid Solbakk benytter anledningen til å stelle litt med blomstene. Begge to synes det er herlig å være ute og i aktivitet.

måler grad av opplevd livskvalitet hos personer med demens.

Symfoni startet opp i august 2015 og har nettopp blitt avsluttet.

– Fysioterapeut Carina Nymoen og jeg er i gang med å skrive prosjektrapporten. På bakgrunn av dokumentasjonen som er foretatt etter hver aktivitet, ser vi at bevisst bruk av musikk, sansehage, natur og dyrehold har hatt en positiv virkning på helse og trivsel og redusert medisinbruken.

SKAPE EN BEDRE HVERDAG

Rødvet sykehjem driftes av Attendo på vegne av Oslo Kommune. Det ligger rett ved Kalbakken T-banestasjon i Groruddalen i Oslo og har 66 langtidsplasser fordelt på tre avdelinger, hvorav én skjermet avdeling. De har også et dagsenter med 20 brukere.

Anita Madsen har jobbet her siden 2012. Først som leder for fagavdelingen, men etter at Attendo overtok driften i 2014, har hun arbeidet som ergoterapeut og kulturleder. Hun har blant annet ansvar for aktivitetene og arrangementene på huset. Helt siden hun gikk ut fra ergoterapeututdanningen i Oslo og Akershus i 2007, har hun visst at eldres helse og deltakelse er hennes vei.

– Jeg brenner for å kunne jobbe med helsefremmende tiltak i eldreomsorgen. Først og fremst fordi jeg har tro på å fokusere på ressursene hos den enkelte og finne fram til aktiviteter hvor de kjenner at de mestrer og bidrar på sin måte. Å se smilet og høre latteren hos de eldre når vi gjør meningsfulle aktiviteter sammen, motiverer og gir glød til arbeidet. Drivkraften er å skape en bedre

SYMFONI

Prosjektet Symfoni gikk over ett år på Rødvet sykehjem. Prosjektet satte i verk aktiviteter rettet mot bevisst bruk av musikk, sansehage og natur, samt dyrehold og dyrebesøk. Hensikten var systematisk å forordne miljøterapeutiske tiltak for å se etter virkning på biopsykososiale funksjoner. Den tverrfaglige prosjektgruppen besto av lege, sykepleiere, hjelpepleiere, helsefagarbeidere, fysioterapeut og aktivtør og ble ledet av ergoterapeut Anita Madsen.



Med iPad og en høyttaler er det lett å spille den musikken man ønsker. Reiulf Haugen er lærevillig. Foto: Tuva Fossen Stensrud



Ragnar Hauge har tidligere hatt avokadofarm i USA. Her sjekker han ut den nye fuglekassen.



Sansehagestien er universelt utformet slik at rullestoler lett kommer seg fram. Her viser Anita Madsen vei.

«Vårt mål er at beboerne skal oppleve gode øyeblikk og økt livskvalitet»

Anita Madsen

hverdag og gode øyeblikk for de som bor på institusjon

AKTIVITETER HELE ÅRET

Sansehagen snor seg rundt hele den røde murbygningen. Det vil si – noe av det første Anita gjorde, var å oppgradere den til en brukshage.

– Vi fikk god hjelp av Nordtvet Gartneri Hageland til å forvandle sansehagen til en bugnende grønn oase med frø, vekster, urter, krydder, blomster og busker. Nå er hagen et utgangspunkt for sanseopplevelser og aktiviteter hele året gjennom. Vi sår frø om våren, omplanter på forsommeren, luker om sommeren, høster inn når høsten kommer, og om vinteren kler vi godt på oss og setter oss gjerne ute rundt bålpannen. Men det er også deilig bare å rusle rundt og nyte synet, slappe av ved fontenen eller ganske enkelt klippe litt urter til pizzaen.

Langs den ene siden av stien er det en innhegning hvor tre sauer snuser nysgjerrig langs gjerdet og vil klappes. Sauene tilhører en bonde i Sørkedalen, men i sommerhalvåret bor de her på Rødtvet og stelles av personalet og beboerne på sykehjemmet

– Disse dyrene gir mye glede. Det er populært å hilse på dem, men vi lager også ting av ullen deres og besøker dem i Sørkedalen på vinterstid. Sauene er også til stor glede for nabolaget og lager en naturlig bro mellom sykehjemmet og lokalmiljøet.

Hønsegården i den andre enden av sansehagen er en annen mulighet for aktivitet og samspill.

– Hønene står i en innhegning ved skjermet avdeling, som har

ansvar for dem. Det er hyggelig både for beboerne og de ansatte å plukke egg og mate hønene.

GLEDE I HVERDAGEN

Det ligger mye god forskning i bunnen av prosjektet. Anita har latt seg inspirere blant annet av salutogenese, som retter oppmerksomheten mot faktorer i miljøet som bidrar til at mennesker kan utfolde seg og mestre, både individuelt og i grupper.

– Mennesket har behov for musikk og natur, og jeg er opptatt av hvordan vi kan stimulere til mestring gjennom basale aktiviteter. Det har vært fint å lede et prosjekt som ser eldre mennesker i et helsefremmende perspektiv og som personer med ressurser. Jeg håper det vil stimulere til at beboerne våre gjør ting på egen hånd også, som å ta seg en tur i butikken, sier hun.

Hun har også latt seg inspirere av forskningsartikler om dyreasistert intervensjon og sansehager og av teorier som aktivitetsteorien, virksomhetsteorien og miljøpsykologi.

– Det har vært spennende å sette forskning og teorier ut i livet.

Både ledelsen og personalgruppen står helhjertet bak prosjektet, som nå skal gå over i varig drift.

– Symfoni bidrar til et uformelt miljø der alle blir med og alle er likeverdige. Vi jobber i fellesskap og deler sorger og gleder. Dette er positivt også for de pårørende og nabolaget rundt. Smilene sitter løst når vi raker side om side, samler blader til sauene eller synger gamle sanger sammen.



Noen ganger er det deilig bare å slappe av i solen.



Hønsegården står like ved skjermet avdeling.



Bonden Helge Torp, her med sauen Shaun, fra Sørbråthen gård har støttet prosjektet. Det samme har Nordtvet gård, Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste i Oslo, Bergesenstiftelsen og Kavlifondet.



NAVN

Thomas Falch Eide

STILLING

Salgssjef

HVOR

Intempo AS

Ergoterapeut som salgssjef

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i Intempo AS. Dette er en innovativ gründerbedrift på Sandane i Sogn og Fjordane, som har utviklet Bravo-leken. Vi er en av Ferd's sosiale entreprenører, som betyr at vi har barn og unge som målgruppe. Ferd investerer i sosiale entreprenører som skaper varige verdier og setter tydelige spor.

– Hva jobber du som?

– Stillingstittelen er salgssjef.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg har hatt denne jobben siden første februar 2016.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene dine?

– En av mine viktigste oppgaver er å formidle kunnskapen om at barn ikke utvikler seg uten støtte fra sine omgivelser. Vi leverer materiell som forebygger lese- og skrivevansker og gjør læring lettere senere i livet. 20 prosent av alle norske barn har en form for lese- og skrivevansker, dette er helt i verdenstoppen!

– Materiellet vi leverer, er ekstra viktig for de barna som har forsinket spåkutvikling. Paradoksalt nok får de barna som virkelig trenger mest språkstimulering, ofte minst. Jeg ønsker å formidle at tiltakene bør iverksettes tidligere, slik at man ikke inntar en passiv rolle og «venter og ser». Kort sagt består jobben min i å kommunisere dette budskapet til ulike markeder. Derfor setter vi nå i november opp seminaret «Tidlig innsats» i Bergen sammen med to andre samarbeidspartnere. I tillegg har jeg fokus på Danmark, hvor vi skal lansere Bravo-leken for fullt i 2017. Dersom alle som jobber med barn har en tanke om at dette barnet en gang skal ut i arbeidslivet, så vil man kanskje ikke ha en så passiv tilnærming til læring av språk. Det verste man kan gjøre er å sitte stille og bruke all sin tid på kartlegging. Barn trenger konkrete tiltak tidlig, ikke årevis med kartlegging.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– I møte med både pedagogikk og spesialpedagogikk er forståelsen av hvordan omgivelser hemmer og fremmer aktivitet viktig. I Bravo-leken legger vi barnas miljø til rette slik at de får brukt alle sine sanser i det som er meningsfulle aktiviteter for dem. Jo flere begreper barn lærer gjennom sanseinntrykk tidlig, jo lettere blir overgangen fra barnehage

til skole. Vi må aldri undervurdere potensialet til et barn. For barna med spesielle behov som ikke kan utforske verden selv, må vi voksne bringe verden til dem. Språket vårt er nøkkelen til god kommunikasjon og vennskap.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Hehe... du får spørre sjefen min. Jeg tror den faglige ballasten er viktig når man møter andre mennesker. Bravo-leken er også et hjelpemiddel som det kan søkes om gjennom NAV Hjelpemiddelsentral. Kjennskap til både hjelpemidler og brukeres behov tror jeg derfor kan være viktig, selv om Bravo-leken kan brukes av alle barn. Uten å fornærme noen er det langt mellom å selge penner og å selge inn kompetanse. Det er sterke krefter i sving i faglige miljøer, og motstanden kan være stor mot nye og innovative ideer.

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

– Det er definitivt spennende å være ansatt i en gründerbedrift. Du har dager på jobben hvor du stanger hodet i veggen, og heldigvis flere dager hvor du jubler over hva du har fått til. Det blir hele tiden tatt kjappe beslutninger. Utfordringene i en gründerbedrift kan være alt fra å bytte patron i en krangete skriver til større beslutninger rundt drift og salg.

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

– Jeg synes ergoterapeuter generelt skal banke på de fleste dører og smette inn de dørene som står på gløtt. Du har en gyl-



Alle barn i aktivitet.



Barna leker seg til læring med ord, bokstaver og sanseinntrykk.



Barna får erfare basilikum både med lukte- og synssansen.

Foto: Elisabeth Hunnes



Bravo-leken kan brukes både inne og ute.

len mulighet til å åpne nye dører hver gang du møter en person som ikke vet hva en ergoterapeut er. Dersom man velger å jobbe innefor salg, må man gå et par ekstra runder med seg selv. Du må vite at produktene er gode og faktisk utgjør en forskjell. Når du jobber med innovative produkter, kan døra innimellom slå deg midt i trynet. Om du er under snittet opptatt av estetikk og kan leve med en skjev nese, så er dette absolutt en jobb for deg.

Hva gjør Intempo AS?

Intempo AS er en sosial entreprenør som koordinerer kunnskap om barns tidlige hjerneutvikling. Selskapet arbeider for å fremme barns tidlige utvikling og læring og forebygge vansker, særlig for barn i aldersgruppen null til tre år. Et barn utvikler seg ikke uten støtte, så bedriftens mål er å utvikle pedagogisk materiell og praksis som forebygger lese- og skrivevansker og gjør læring lettere senere. Virksomheten ble etablert i 2009 av spesialpedagog Heidi Aabrekk. Intempo har to ansatte som sammen med syv andre Bravopedagoger tilbyr kurs i Bravo-leken over hele landet.

FÅR ØYNENE OPP FOR P-DRIVE

Helsedirektoratets «Førerkort – veileder til helsekrav» viser til ergoterapeuters kompetanse på vurdering av kjøreevne.

Av Anita Engeset



Anita Engeset er seniorrådgiver i Norsk Ergoterapeutforbund..

Fra første oktober 2016 gjelder nye helsekrav til førerkort. I Helsedirektoratets veileder «Førerkort – veileder til helsekrav» henvises det til ergoterapeuters kompetanse på praktisk kjøretest og kartleggingsinstrumentet Performance Analysis of Driving Ability (P-drive).

I flere land i verden er ergoterapeuters kompetanse et viktig bidrag ved førerkortvurderinger. Norske ergoterapeuter er i dag lite brukt på dette området, men denne trenden er i ferd med å snu. Ergoterapeuters kunnskap om aktivitetsanalyse er et viktig bidrag i vurdering av ressurser og begrensninger i bilkjøring.

Å kjøre bil er en daglig aktivitet og ofte en forutsetning for å kunne leve et aktivt liv. Vi er avhengige av bilen for å komme oss på butikken for å handle, kjøre til fritidsaktiviteter og reise på besøk til venner og familie. Det å delta på aktiviteter utenfor hjemmet går sterkt tilbake når muligheten for å kjøre bil forsvinner. Dette kan igjen føre til isolasjon og depresjon (Vägverket, 2001; Dickerson et al. 2007).

Fram mot 2050 vil Norge få en betydelig økning av antall eldre, og det vil stille krav til effektive og treffsikre vurderinger av kjøreferdigheter for mange. Det

er forskjellige grunner til at en må slutte å kjøre bil. I noen tilfeller innser personen selv at det er fornuftig å slutte. I andre tilfeller kan det være vanskelig å innse at en utgjør en sikkerhetsrisiko for seg selv og andre.

ERGOTERAPEUTERS KOMPETANSE ETTERSPØRRES

Etter Lov om helsepersonell, paragraf 34, er det lege, psykolog eller optiker som skal melde fra til Fylkesmannen dersom helsekravene ikke er oppfylt. I den forbindelse kan det være behov for ergoterapeuters kompetanse.

Førerkortvurdering er et område hvor ergoterapeuter får brukt sin kompetanse om funksjonsvurdering og aktivitetsanalyse i relasjon til kognisjon. En førerkortvurdering hos ergoterapeut kan bestå av både kognitive tester og praktisk kjøretest. Praktisk kjørevurdering bør gjøres av ergoterapeut og trafikkklærer i samarbeid. Den foregår i bil med dobbelt pedalsett, med trafikkklærer i forsetet og ergoterapeut i baksetet. Trafikkklærer er ansvarlig for sikkerheten under vurderingen og for å gi instruksjoner på forhånd og underveis. Enkelte sykehus har egen trafikkklærer eller fast avtale med en trafikkklærer. Ergoterapeuter kan gi kritisk og avgjørende informasjon om personens ferdig-

heter og evner som støtte for videre bilkjøring, og kan dermed bidra til å utvide eller opprettholde deres livskvalitet og deltakelse i sosiale aktiviteter.

P-DRIVE - PRAKTISK KJØRE-TEST

P-Drive (Performance Analysis of Driving Ability) er en observasjonsprotokoll for å vurdere praktisk kjøretest og fylles ut etter kjøretesten. P-Drive krever at man bruker en standardisert rute med gitte utfordrende trafikksituasjoner. P-Drive er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse (Patomella et al. 2010; Selander et al. 2011). Det kreves sertifisering for å benytte dette instrumentet.

STYRKING AV ERGOTERAPEUTERS KOMPETANSE

For å styrke ergoterapeuters kompetanse har Norsk Ergoterapeutforbund i samarbeid med en bredt sammensatt arbeidsgruppe av ergoterapeuter utviklet førerkortvurdering for å kvalitetssikre dette viktige praksisfeltet. I tillegg arrangerer Ergoterapeutene kurs i P-Drive.

Norsk Ergoterapeutforbund arrangerte kurset «Praktisk kjøretest, P-Drive» 3. – 5. oktober 2016. På kurset ble 31 nye ergoterapeuter sertifisert til å utføre P-Drive. Faglig ansvarlig for kurset er Ann-Helen Patomella og Helena Selander som henholdsvis har utviklet og forsket på instrumentet. Neste kurs arrangeres våren 2018. Innføringskurset «Ergoterapeuter og førerkortvurdering» arrangeres 16. og 18. mars 2017 og faglig ansvarlig er her Hilde Fleitscher, Ergoterapeutspesialist i eldres helse. Følg med på <http://www.ergoterapeutene.org>



Ann-Helen Patomella og Helena Selander har det faglige ansvaret for kurset.

ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Kurs/Kurskalender.

Referanser:

Dickerson, A.E., Molnar, L.J., Eby, D.W., Adler, G., Bedard, M. & Berg-Weger, M. (2007). Transportation and aging: A research agenda for advancing safe mobility. *The Gerontologist*, 47, (5), 578-590.

Helsedirektoratet. Førerkortveilederen, Førerkort – veileder til helsekrav (gjeldende fra 1. oktober 2016): <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/forerkortveilederen>

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) § 34. Hentet 12.10.2016 fra : https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6#§32

Norsk Ergoterapeutforbund. Ergoterapeuter og førerkortvurdering - kunnskapsbaserte retningslinjer. Hentet 12.10.2016 fra: <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/Om-ergoterapi/Verktoey-og-redskap/Kunnskapsbaserte-retningslinjer/Foererkortvurdering>

Patomella, A.H., Tham, K., Johansson, K., Kottorp, A. (2010). P-drive on-road: internal scale validity and reliability of an assessment of on-road driving performance in people with neurological disorders. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, (17) 86 – 93.

Selander, H., Lee, H.C., Johansson, K. & Falkmer, T. (2011). Older drivers: On road and off-road test results. *Accid Anal Prev* Jul;43(4):1348 - 1354. Vägverket (2007). Bilar för äldre. Publikasjon. 2007:29. Borlänge: Ateljén.

NETTKURS FOR ERGOTERAPEUTER

Gjør arbeidslivet mulig for flere – arbeidsdeltakelse trinn 1

Jobber du med voksne fra 18 - 67 år? Bli med og gjøre arbeidslivet mulig for enda flere ved å øke dine ferdigheter i gjennomføring av arbeidsplassbesøk og -vurderinger i tråd med internasjonal forskning og beste praksis!

Av Anita Engeset

Kurset omhandler et kjent og mye brukt virkemiddel for å redusere arbeidshelseproblemer og deltakelsesutfordringer i arbeidslivet: arbeidsplassbesøk og arbeidsplassvurderinger. Arbeidsplassen er, i tråd med gjeldende politiske dokumenter, hovedarenaen for å forstå arbeidshelse, nærvær og inkludering, men også risiko og fravær. Ved å forstå arbeidssituasjonen og -relasjonene bedre, kan de beste tiltakene iverksettes.

Bare i Norge står cirka 700 000 mennesker utenfor arbeidslivet. Av disse er cirka 100 000 sykmeldte og 300 000 uføre. Andelen unge uføre øker, og utsatte grupper sliter med å komme inn. Fravær blir ofte svært langvarig og derved vanskelig å bryte. Vi kan hevde at vi har et deltakelsesproblem som vi bør løse bedre enn vi gjør i dag. Det er derfor behov for at flere ergoterapeuter retter oppmerksomhet mot arbeidsarenaen, for arbeid er jo som kjent den dominerende aktiviteten for voksne. Hvis du ønsker å bidra til å redusere dette samfunnsproblemet, er dette kurset noe for

deg! I kurset vil du få ny kunnskap, men også ferdigheter og kompetanse til å bidra til å forebygge helseplager og fravær, samt identifisere barrierene for at personer kan returnere til arbeidslivet.

MINIKURSET: TILBYS FRA 9. JANUAR 2017

- Et kort minikurs som går over én uke
- Det er gratis å delta.
- Du trenger ikke fri fra jobb for å følge kurset.
- Leksjonene blir sendt til deg per e-post.
- Du kan lese og gjennomgå disse når det passer for deg.
- Du får kopi av alle leksjonene når du fullfører kurset.
- Når du har fullført kurset, er du godt kvalifisert til å starte på onlinekurset.

ONLINEKURSET: OPPSTART 14. FEBRUAR 2017

- Et seks ukers kurs med fire moduler
- Pris kommer senere
- Kurset er i sin helhet nettbasert, slik at du kan studere hvor og når du ønsker.

- Kurset tilbys oversiktlig på en egen kursplattform som du har tilgang til i et helt år.
- Du får tilgang til et rikt kursmaterieell som er hentet fra forskning og beste praksis.
- Videoforelesninger, bruk av nettressurser og quiz er sentrale arbeidsformer.
- Du får et tilbud om å delta i et diskusjonsforum med andre deltakere.
- Kurset tilfredsstiller kravet til å kunne gjennomføre «Arbeidsplassvurdering ved fysioterapeut/ergoterapeut», et tiltak som NAV bestiller og betaler godkjente terapeuter i Norge for å utføre (se NAV: <http://bit.ly/2bsmweR>).
- Q&A-veiledning skjer i en egen Facebook-gruppe der deltakere kan stille spørsmål til kurslederne og hverandre.
- Du får jobbe med å lage en plan for et eget arbeidsplassbesøk og arbeidsplassvurdering for en selvvalgt type arbeidstaker. Denne planen lages etter en mal og leveres inn når kurset avsluttes. Basert på dette mottar du kursbevis.

INFORMASJON SOM GJELDER BEGGE KURSENE

Målgruppe: Kursene er for deg som jobber med voksne arbeidstakere, brukere, klienter eller pasienter, altså personer som vil kunne ha en relasjon til arbeidslivet, eller som er interessert i dette temaet.

Merittering: Kursene er godkjent som meritterende til Ergoterapeutenes spesialistgodkjenningsordning for alle fagområdene.

For fagområdene Barns helse og Eldres helse vil kurset være aktuelt i relasjon til unge og eldre i overgangene inn i og ut av arbeidslivet.

Arrangører: Kursene er utviklet av Presenter - Making Sense of Science og arrangeres i samarbeid med blant andre Norsk Ergoterapeutforbund.

Kursansvarlig: Randi Wågø Aas er ergoterapeut med doktorgrad fra Karolinska Institutet, Stockholm.

Hennes avhandling omhandlet forebyggende og rehabiliterende arbeidsplass tiltak.

Kontaktperson: Anita Engeset, anita.engeset@ergoterapeutene.org er ergoterapispesialist innen Arbeidshelse og Master i Helsevitenskap fra NTNU.

Påmelding: Følg disse lenkene: <http://presenter.no/minikurs-arbeidsdeltakelse-trinn1/> og <http://presenter.no/nettkurs-arbeidsdeltakelse-trinn1/>



Arbeidsplassen er hovedarenaen for å forstå arbeidshelse, nærvær og inkludering, men også risiko og fravær.

Har du forsikret det kjæreste du har?

Mange spør seg om man trenger barneforsikring i Norge hvor vi har et offentlig helsevesen og et godt stønadssystem. Noen mener at vi ikke trenger å forsikre barna våre, mens andre mener at barneforsikringen kommer godt med som et supplement til de offentlige ordningene.



Roar Hagen er ansatt i Ergoterapeutenes forsikringsselskap

Av Roar Hagen

Ved utgangen av 2015 var det 585 792 barn som var dekket av en eller annen form for barneforsikring. Dette utgjør over halvparten av alle barn i Norge under 18 år.

Samme år ble det registrert 4554 skader, og det ble utbetalt cirka 800 millioner i erstatning via barneforsikring. Mesteparten av utbetalingene skjer på grunn av medisinsk invaliditet, men uførhet utgjør også en vesentlig del.

Det finnes flere varianter av barneforsikring, og foreldre bør spørre seg hva barnet og familien har behov for dersom barnet rammes av sykdom eller ulykke. Prisen på forsikringen vil også være en



faktor man må vurdere når man skal velge.

En *barneulykkesforsikring* er rimelig og enkel, og den dekker behandlingsutgifter og erstatning ved medisinsk invaliditet etter en ulykke. En slik forsikring kan kjøpes uten å måtte levere helseopplysninger om barnet.

En *barneforsikring* er mer omfattende, og den dekker medisinsk invaliditet etter både sykdom og ulykke, samt at den som oftest har en uføredekning. Forsikringen vil da gi foreldre og barn en ekstra økonomisk trygghet i hverdagen. Den er noe dyrere enn en barneulykkesforsikring, og som regel er det krav om helseopplysninger.



Da det er langt mer vanlig å bli ufør som følge av sykdom enn ulykke, er det viktig at forsikringen har denne dekningen. Ergoterapeutenes barneforsikring dekker selvfølgelig både medisinsk invaliditet og uførhet. I tillegg gir den også dekning ved alvorlige tilstander, dagpenger ved sykehusopphold, ombyggingsstønad m.m.

Som medlem i ergoterapeutene får du kjøpt en av markedets beste barneforsikringer til en veldig hyggelig pris, kun 1728 kroner per år. Du kan kjøpe forsikringen til både barn og barnebarn mellom tre måneder og 18 år. Barnet kan beholde forsikringen ut det året han eller hun fyller 26 år.



SELECTION[®]
Short

NYHET!

**Kort, smidig
håndledds-
ortose
uten skinner**

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

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

CAMP[®]
SCANDINAVIA

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

Ønsker du mer informasjon om forsikringen, kan du lese mer på våre nettsider: www.ergoterapeutene.org/forsikring. Her finner du også påmeldingsskjema, som må benyttes hvis du ønsker å kjøpe barneforsikringen.

TA KONTAKT!

Har du spørsmål, eller ønsker du rådgivning, kan du ta kontakt med forsikringskontoret på telefon 22 05 99 15 eller sende en e-post til forsikring@ergoterapeutene.org.



DEN NYE F5 CORPUS VS NY DIMENSJON – NYE MULIGHETER.

F5 Corpus VS er en komfortabel, sikker og stabil elektrisk rullestol med ståfunksjon. Den bidrar til økt selvstendighet og frihet. Samtidig som den gir mange muligheter er den også enkel i bruk. En ny dimensjon for elektriske rullestoler.

permobil.no

permobil



DELTA PÅ NETTMØTE OM ETTER- OG VIDEREUTDANNING

Har du vurdert å styrke din ergoterapikompetanse med etter- eller videreutdanning?

15. november arrangerer Ergoterapeutene Nord nettmøte mellom ulike utdanningsinstitusjoner og utdanningssøkende ergoterapeuter. Høgskolene og universitetene vil presentere sine tilbud, og deltakerne får anledning til å stille spørsmål.

Påmelding og mer informasjon i kurskalenderen.



10 gode grunner
til å bli medlem


ergoterapeutene

VI SEES PÅ FAGPOLITISKE KONFERANSER OG ÅRSMØTER I REGIONENE

Regionene gjennomfører sine første fagpolitiske konferanser i november. Seks spennende program er nå klare, og du finner dem i Kurskalenderen på hjemmesida.

Har du ikke meldt deg på, vil flere av konferansene bli strømmet på nettet, slik at du kan delta der du er. Sjekk med regionene.

Arrangementene er følgende datoer:

Sørøst: 15. november i Oslo
Sør: 7. og 8. november i Skien
Midt: 1. og 2. november i Trondheim
Øst: 16. og 17. november på Biri
Vest: 1. og 2. november i Songdal
Nord: 7. og 8. november i Tromsø

Ergoterapeutenes arrangementsplan 2017

Type	Start	Slutt	Dager	Hva	Hvor
Fag	09.jan	15.jan	8	Arbeidsdeltakelse, minikurs	Nettkurs
Tariff	24.jan	25.jan	2	Grunnkurs 1	Drammen
Fag	07.feb	07.feb	1	Bølgekraft til nye områder i 2017	Århus
Fag	09.feb	09.feb	1	Bølgekraft til nye områder i 2017	Oslo
Fag	14.feb	4.april	6 uker	Arbeidsdeltagelse trinn 1	Nettkurs
Fag	02.mars	03.mars	2	Helsetjenester i endring – hvordan utvikle og lede ergoterapitjenesten?	Oslo
Tariff	06.mars	09.mars	4	Grunnkurs 2 Virke	Oslo
Fag	16.mars	17.mars	2	Ergoterapi og førerkortvurderinger	Oslo
Tariff	21.mars	21.mars	1	Grunnkurs 2 Kommune	Stjørdal
Tariff	22.mars	22.mars	1	Tillitsvalgte og kommuneseammenslåing	Stjørdal
Tariff	04.april	04.april	1	Grunnkurs 2 Spekter	Gardermoen
Tariff	05.april	06.april	2	Tillitsvalgte og påvirkningsarbeid	Tromsø
Fag	20.april	21.april	3	CMOP med oppfølgingsdag 12. juni	Oslo
Fag	27.april	28.april	2	Hverdagsmestring og psykisk helse	Oslo
Tariff	01.juni	01.juni	1	Forhandlingskurs Kommune	Oslo
Tariff	07.juni	07.juni	1	Forhandlingskurs Kommune	Bergen
Tariff	08.juni	08.juni	1	Forhandlingskurs Kommune	Kristiansand
Tariff	13.juni	13.juni	1	Forhandlingskurs Kommune	Trondheim
Tariff	14.juni	14.juni	1	Forhandlingskurs Kommune	Tromsø
Tariff	19.juni	19.juni	1	Forhandlingskurs Kommune	Oslo
Tariff	21.aug	21.aug	2	Forhandlingskurs, Virke	Oslo
Tariff	19.sep	20.sep	2	Grunnkurs 1	Bergen
Fag	06.nov	08.nov	3	Norsk Fagkongress i ergoterapi	Trondheim
Organisasjon	08.nov	10.nov	3	Ergoterapeutenes landsmøte	Trondheim

Implementering av kunnskapsbasert praksis

KVALITETSFORBEDRING I AMBULANT REHABILITERINGSTEAM

Av Toril Beate Røssvoll, Maren Beate Hansen og Trude Anita Hartviksen

Toril Beate Røssvoll er ergoterapeutspesialist i somatisk helse og Master of Science in Occupational Therapy. Hun var tidligere fagkonsulent i Ambulant rehabiliteringsteam ved Universitetssykehuset Nord-Norge og er nå studieleder ved bachelorprogrammet i ergoterapi ved Norges arktiske universitet Campus Tromsø.
E-post: toril.b.rossvoll@uit.no

Maren Beate Hansen er vernepleier og har master i rehabilitering. Hun var tidligere teamkoordinator ved Ambulant rehabiliteringsteam Tromsø og er nå enhetsleder ved Fysikalsk og rehabiliteringsmedisinsk døgnhet Tromsø, Nevro, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

Trude Anita Hartviksen er ergoterapeut med master i rehabilitering. Hun er stipendiat og universitetslektor ved Nord Universitet.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

IMPLEMENTERING AV KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

Sammendrag

Ambulant rehabiliteringsteam ved Universitetssykehuset Nord-Norge Tromsø (ART Tromsø) ønsket i 2013 å utvikle og forbedre oppfølgingen av pasienter med langvarige og sammensatte rehabiliteringsbehov. Dette var utgangspunktet for forbedringsarbeidet som hadde som mål å utvikle en kunnskapsbasert arbeidsmetode for ART Tromsø. Modell for kvalitetsforbedring dannet rammen for implementering av kunnskapsbasert praksis i ART. Artikkelen beskriver hva ART Tromsø har vektlagt i de ulike fasene i Modell for kvalitetsforbedring, hvilke tiltak vi har sett nytten av, samt status tre år etter oppstart av forbedringsarbeidet.

Arbeidsmetode ART er nylig implementert. Her er kognitiv rehabilitering og endringsfokuset rådgivning definert som hovedmetoder. Kunnskapsgrunnlaget for Arbeidsmetode ART er utviklet basert på nasjonale retningslinjer, veiledere og oppsummerte systematiske oversikter. Teamet har sett nytten av å gå systematisk til verks, og vi håper artikkelen kan inspirere ergoterapeuter til å bruke Modell for kvalitetsforbedring som et systematisk arbeidsverktøy for å oppnå kunnskapsbasert praksis.

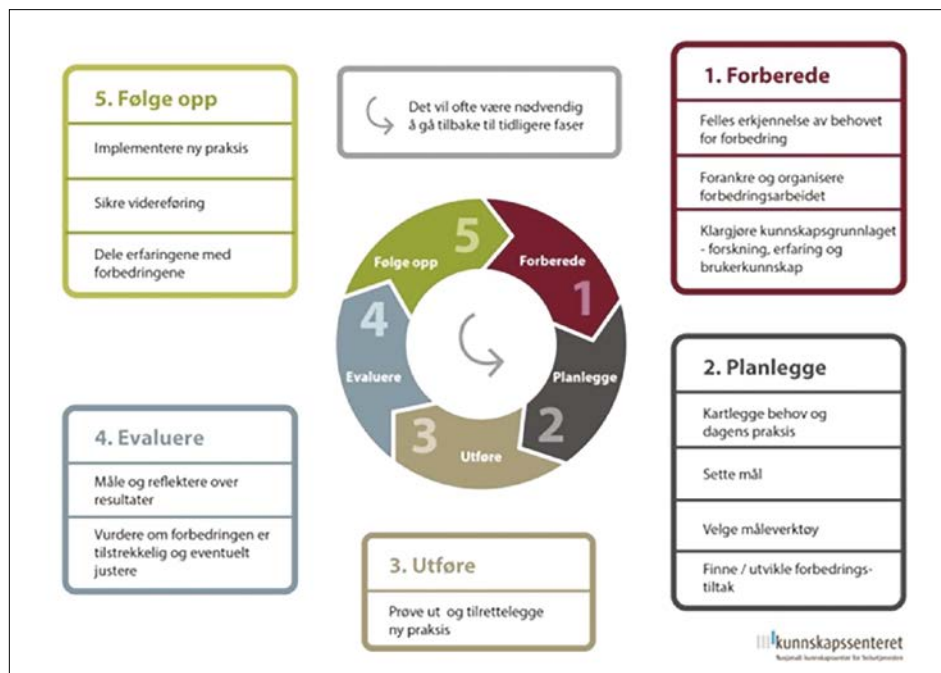
Nøkkelord: Ambulant rehabilitering, kvalitetsforbedring, brukermedvirkning, kunnskapsbasert praksis.

Introduksjon

Ambulant rehabiliteringsteam Tromsø (ART Tromsø) er et tverrfaglig team i det som tidligere var Rehabiliteringsklinikken (fra 1. januar 2016 Nevro-, ortopedi- og rehabiliteringsklinikken) ved Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) Tromsø. Teamet er tverrfaglig og har 5,5 fagkonsulentstillinger. Da forbedringsarbeidet startet, var to ergoterapeuter, to psykiatriske sykepleiere, en vernepleier og en fysioterapeut ansatt. Teamet yter helsetjenester for å bidra til at pasienten får et mest mulig sammenhengende rehabiliteringsforløp basert på sine egne ønsker og behov. Målgruppen er pasienter i yrkesaktiv alder med langvarige og sammensatte rehabiliteringsbehov, for eksempel personer med følgevirkninger etter hjerneslag, traumatisk hodeskade, multippel sklerose eller kreftbehandling (Universitetssykehuset Nord-Norge, 2012). Pårørende og lokalt tjenesteapparat tilbys veiledning og kunnskapsoverføring. ART bistår pasienter i overgangen mellom sykehus og hjemmet og samarbeider med personell i både spesialist- og kommunehelsetjenesten, Arbeids- og velferdsetaten, arbeidsgivere og skolevesen.

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven (2001, § 3-4a) skal alle ansatte i helsetjenesten arbeide med systematisk kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Dette gjenspeiles i dialogavtalen som direktøren ved UNN har inngått med alle klinikkene (UNN, 2013). De overordnede føringene i avtalen er at UNN skal gi den beste utredning, behandling og pleie slik at pasienter og pårørende er trygge og godt ivaretatt (ibid.).

Forfatterne vil i denne artikkelen gi en beskrivelse av hvordan



Figur 1: Metode for kvalitetsforbedring (Kunnskapssenteret, seksjon for kvalitetsutvikling 2015).

systematisk kvalitetsforbedring som metode kan sikre vedvarende endringer med hensyn til innføring av kunnskapsbasert praksis (KBP) i helsetjenesten.

Modell for kvalitetsforbedring (Kunnskapssenteret, 2015), dannet rammen for forbedringsarbeidet. Som illustrert i figur 1 beskriver modellen fem faser, og denne artikkelen følger samme oppbygning.

Forberede

FELLES ERKJENNELSE AV BEHOVET FOR FORBEDRING

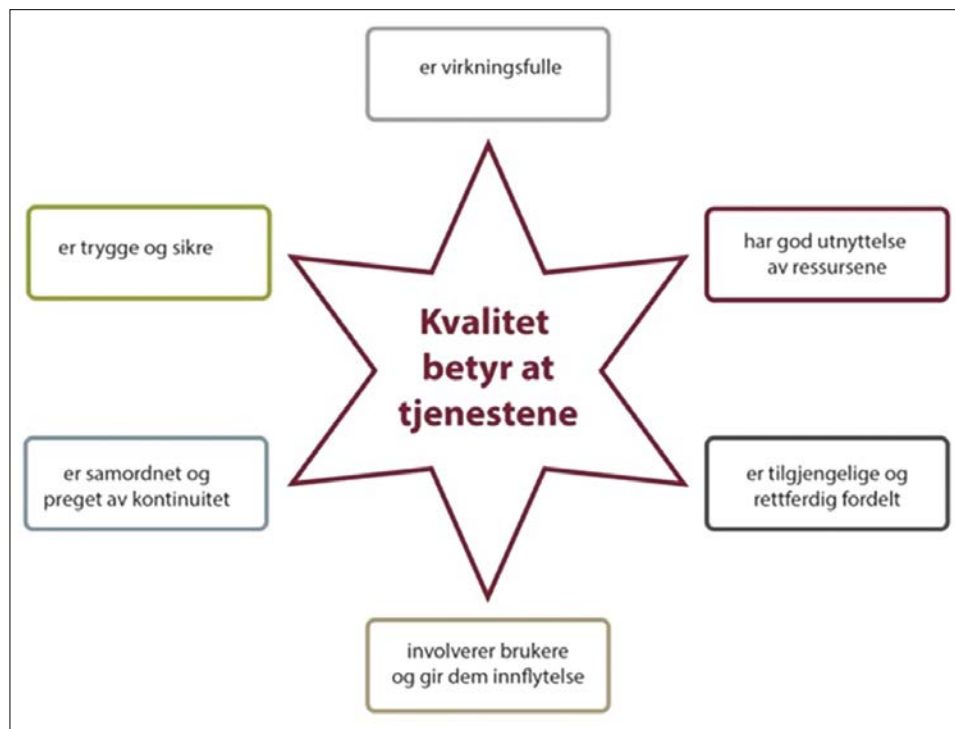
Erkjennelse av behovet for forbedring har gradvis vokst fram i ART. Teamet har gjort forsøk på å implementere KBP de senere år, men erfarte at innhenting av forskningsbasert kunnskap ble enkeltstående hendelser uten forankring i klinisk hverdag.

Nasjonal Kvalitetsstrategi (Sosial- og helsedirektoratet, 2005) fastslår at kvalitet betyr blant annet at tjenestene er virkningsfulle

(se figur 2). For å sikre at tjenestene er virkningsfulle, må de baseres på best tilgjengelig kunnskap (Kunnskapssenteret, 2014). UNN skal kontinuerlig forbedre pasientforløpene (UNN, 2013). Å arbeide i tråd med prinsippene i kunnskapsbasert praksis var et prioritert satsningsområde i den tidligere Rehabiliteringsklinikken (ibid.).

FORANKRING OG ORGANISERING

Det er viktig å sikre at forbedringsarbeidet har solid forankring både i ledelsen og blant medarbeidere. Schreiner (2004) peker på viktigheten av aktive og engasjerte ledere som både gjennom ord og handlinger viser at kvalitet er viktig. Artikkelforfatterne drøftet forbedringsarbeidet med nærmeste leder, som bidro til forankring i seksjonsleder-team. Schreiner (ibid.) peker på at et viktig tiltak for å lykkes med forbedringsarbeid er å involvere medarbeidere i utvelgelsen av hva som skal forbedres. Et tips er



Figur 2: Kvalitet betyr at tjenestene... (Kunnskapssenteret, seksjon for kvalitetsutvikling 2015).

å starte med det som er viktig, vanlig og vanskelig (Kunnskapssenteret, 2014). Det aktuelle forbedringsarbeidet ble ledet av artikkelforfatterne Hansen og Røssvoll (som mens arbeidet pågikk, var ansatt i ART Tromsø) med veiledning av medforfatter Hartviksen i de første fasene. For å sikre involvering av øvrige teammedlemmer, ble «KBP i ART» definert som hovedfokus i fagutviklingen i denne perioden, og var gjennomgående tema for fagmøter og fagdager.

KLARGJØRE KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Vi vil her redegjøre for kunnskapsgrunnlaget for forbedringsarbeidet, som består av tre perspektiver:

- helsevesenet som komplekst adaptivt system
- systematisk kontinuerlig forbedringsarbeid og
- kunnskapsbasert praksis.

a) Helsevesenet kan beskrives som et komplekst adaptivt system. Det vil si at det består av en samling aktører med frihet til å velge hvordan de vil reagere på ulike stimuli (Plsek, 2001). Dette har betydning for muligheten til å lykkes når en ønsker å gjennomføre en endring. Når du skal gjennomføre endringer i komplekse adaptive systemer, trenger ikke endringene i seg selv å være komplekse, tvert imot er kunsten å skape forhold for utvikling ved å ha få og enkle regler (ibid.).

UNN er et godt eksempel på et komplekst adaptivt system. Det er et relativt stort universitetssykehus med svært mange ansatte og mange ulike faggrupper som skal samarbeide, og sykehuset er i stadig endring. ART Tromsø forholder seg til mange ulike samarbeidsparter, både internt og eksternt. Også UNNs 17 lokal-sykehuskommuner, som er ART Tromsøs nedslagsfelt, gjennomfører endringer i sine helse- og

sosialtjenester som påvirker samhandlingen med ART. Dersom en kommune for eksempel endrer sine rutiner for tildeling av ergoterapitjenester, vil det påvirke ARTs måte å henvise til og samarbeide med kommunal ergoterapeut på.

b) Kunnskap om systematisk kontinuerlig forbedringsarbeid bidrar til forståelse av at variasjoner, systemer, psykologi og erfaringslæring er sentrale emner i forbedringsarbeid, og innsikt i hvordan en kan anvende kunnskapen om disse emnene i et kontinuerlig forbedringsarbeid (Schreiner, 2004). I ulike rehabiliteringsprosesser har ART behov for å vite hvordan systemene vi samarbeider med, fungerer, hvilke variasjoner som kan oppstå over tid, hvordan vi kan bidra til et positivt endringsfokus, samt hvordan vi kan stimulere til økt forståelse for at teori og handling skaper læring (ibid.).

c) Kunnskapsbasert praksis oppstår når fagpersoner setter kunnskap hentet fra forskning, brukere av tjenesten og egne praksiserfaringer inn i den aktuelle konteksten, i møtet med brukeren. Som figur 3 viser, kan KBP fremstilles som en prosess i flere trinn (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012):

- refleksjon over egen praksis
- formulere spørsmål
- finne forskningsbasert kunnskap
- kritisk vurdere forskningen
- anvendelse
- evaluering

Oppsummert kan en si at kjennskap til helsevesenet som komplekst adaptivt system og bruk av metode for systematisk kontinuerlig forbedringsarbeid har vært en forutsetning for å oppnå kunnskapsbasert praksis.

Planlegging

KARTLEGGE BEHOV OG DAGENS PRAKSIS

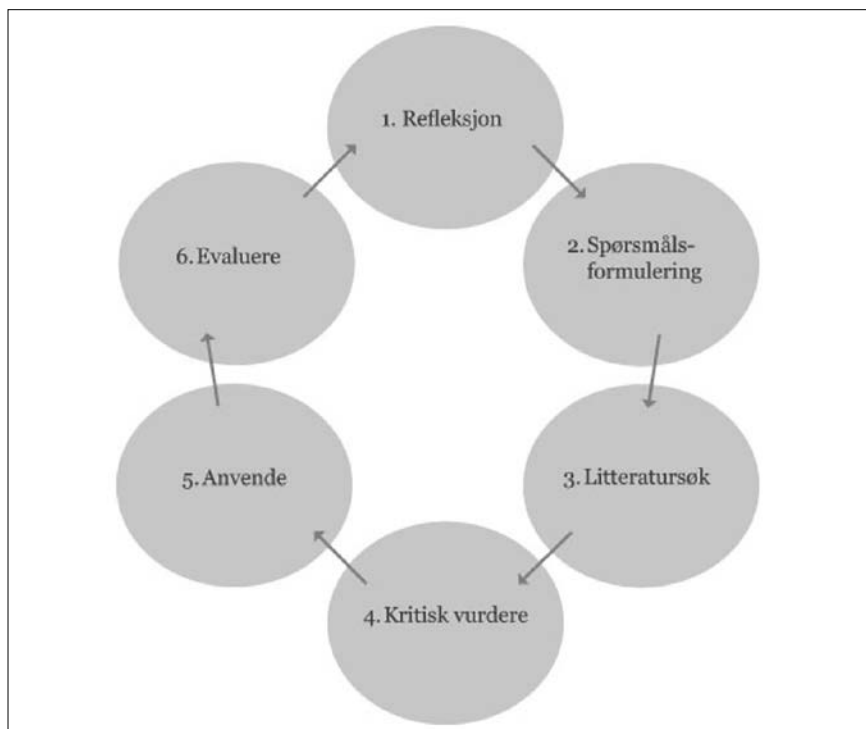
For å kartlegge praksis i ART valgte vi å visualisere arbeidsprosessen i pasientoppfølgingen ved bruk av flytskjema. Ifølge Schreiner (2004) er dette en visuell og enkel måte å fremstille prosesser på. Arbeidsprosessen ble tegnet opp langs en linje, og stedene i arbeidsprosessen hvor ART for eksempel gir råd om valg av tiltak, ble markert. Underveis i kartleggingsprosessen ble det stilt spørsmål for å avdekke om teamet kjente til kunnskapsgrunnlaget for de ulike rådene som gis. Svarene ble skrevet på Post-it-lapper og plassert langs linjen. Problemstillinger som kom opp underveis, ble også notert ned og plassert i flytskjemaet. Når forfatterne i ettertid analyserte flytskjemaet i lys av kunnskapsbasert praksis, kom det fram at teamet i stor grad baserer tiltakene på erfaringsbasert kunnskap, enkeltpasienters ønsker og behov samt kontekstuelle faktorer. Fagkonsulentene brukte i liten grad forskningskunnskap i sin kliniske hverdag, og brukarmedvirkning på tjenestenivå var den gang ikke synlig i ARTs praksis.

SETTE MÅL

For å oppnå forbedring på dette området var det behov for å implementere kunnskapsbasert praksis i ART Tromsø. Målet med forbedringsarbeidet ble derfor å utvikle en kunnskapsbasert arbeidsmetode for ART Tromsø.

VELGE MÅLEVERKTØY

Vi valgte måleverktøy for å kunne måle dagens praksis før og etter iverksatte forbedringstiltak. Hensikten med dette var å kunne eva-



Figur 3: Trinnene i kunnskapsbasert praksis. (Høgskolen i Bergen, 2012).

luere hvorvidt vi hadde oppnådd et resultat som var en forbedring. Evalueringen av forbedringsarbeidet skulle ha to aspekter: å evaluere om fagkonsulentene i større grad arbeider kunnskapsbasert (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim, & Reinart, 2012), samt evaluering av hvordan Arbeidsmetode ART brukes.

Selvevalueringsskjema som er tilgjengelig på nettkurset kunnskapsbasertpraksis.no (Høgskolen i Bergen, 2012), kunne tas i bruk i ART uten endringer. Vår erfaring var at skjemaet først og fremst fungerte som et implementeringsverktøy for kunnskapsbasert praksis, ved at det minner den enkelte på de ulike trinnene i KBP.

UTVIKLE FORBEDRINGSTILTAK

For å oppnå ønsket forbedring var det behov for:

a) å integrere relevant forskning som kan inspirere, opplyse, utfordre og informere vår praksis (Aas, 2007)

b) å involvere brukere i videreutvikling av tjenesten.

a) Å ta i bruk forskningskunnskap ble i begynnelsen betraktet av teamet som en stor utfordring. Som starthjelp ble fagkonsulentene oppfordret til å gjøre seg kjent med helsebiblioteket.no. For ergoterapeuter er emnet «fysio- og ergoterapi» på denne nettsiden et godt utgangspunkt for å finne relevante prosedyrer, databaser, retningslinjer og oppsummert forskning.

b) Som tiltak for å involvere brukere i videreutvikling av tjenesten var det aktuelt å undersøke hva som er viktig for brukere i et primærrehabiliteringsforløp med utgangspunkt i tre faser: utskrivning fra sykehus, opphold på ny institusjon eller første tiden etter hjemkomst (1 - 6 måneder etter skade/sykdom) og fasen hvor brukeren gjenopptar de vanlige aktivitetene sine (6 måneder - 1 år etter skade/sykdom). Gjennom

Patient/population	Yngre personer med langvarige og sammensatte rehabiliteringsbehov som følge av ervervet hjerneskade, multipel sklerose eller kreftbehandling
Intervention/situation	Opplæring, rådgivning, veiledning
Comparison	Ikke relevant
Outcome	Deltakelse sosialt og i samfunnet, tilbake i jobb, god livskvalitet

Tabell 1: PICO-skjema.

kontakt med Brukerutvalget ved UNN-HF ble det oppnevnt tre brukerrepresentanter som representerte pasientgrupper med relevans for ART Tromsø.

Utføre

TA I BRUK FORSKNINGSKUNNSKAP

Å synliggjøre eventuelle kunnskapshull danner grunnlag for litteratursøk og gransking (Nortvedt et al., 2012). Forgrunnsspørsmål er spørsmål som oppstår i møte med pasienter, og som ikke enkelt kan finnes i oppslagsverk eller fagbøker, slik bakgrunnsspørsmål gjerne kan besvares. Et eksempel på bakgrunnsspørsmål kan være «hva er diabetes?» mens forgrunnsspørsmål kan være «hvordan påvirker aktivitet faren for senskader hos personer med diabetes?» (Nortvedt et al., 2012).

PICO er et verktøy som hjelper en med å gjøre forgrunnsspørsmålet tydelig og presist (Høgskolen i Bergen, 2012). PICO er en forkortelse for elementer som ofte vil være med i denne type spørsmål: Pasient/populasjon, Intervensjon/situasjon, Comparison (hva man sammenligner med) og Outcome (utfall). Tabell 1 viser PICO-skjemaet som ART satte opp med bakgrunn i refleksjon over egen praksis.

De kliniske forgrunnsspørsmå-

lene oppstår ofte i en form som kompliserer direkte litteratursøk. Det å kunne definere kjernespoørsmål og søkeord ut fra de kliniske spørsmålene vil derfor være en viktig ferdighet for enklere å finne gode relevante forskningsartikler som besvarer det en etterspør (DiCenso, Guyatt & Ciliska, 2005).

PICO-skjemaet dannet grunnlag for presiseringen av *kjernespoørsmålene* vi definerte for å kunne belyse ARTs forgrunnsspørsmål, og emneordene vi brukte i søk etter forskning.

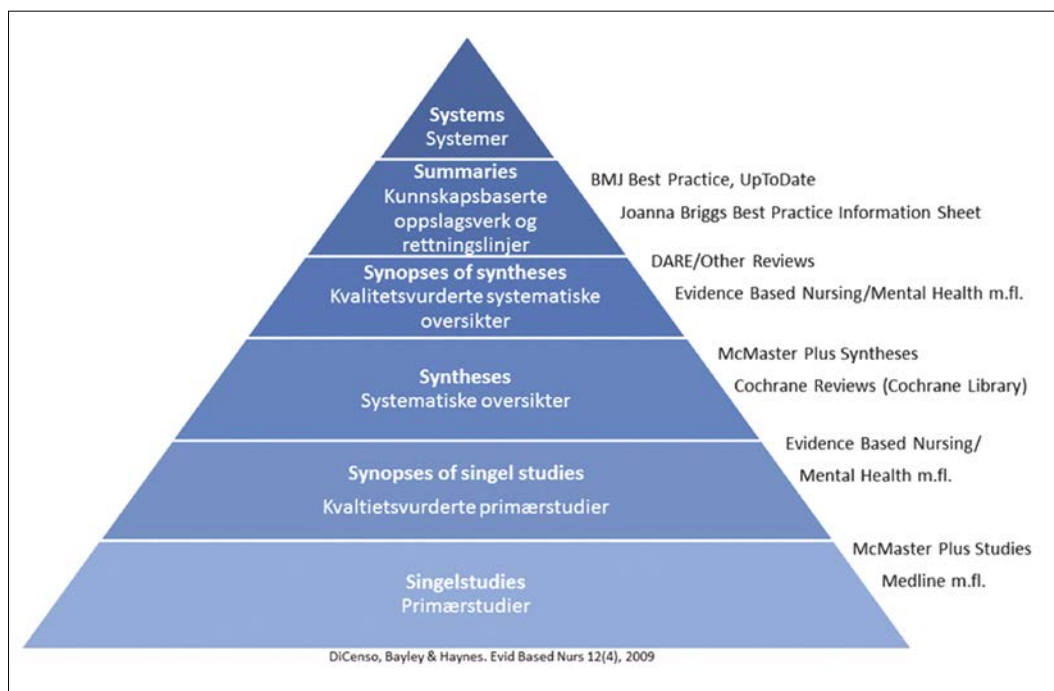
Eksempel på kjernespoørsmål for ART Tromsø: «Hvordan oppleves rehabiliteringsprosessen for yngre personer med ervervet hjerneskade/multipel sklerose/gjennomgått kreftbehandling?» Kjernespoørsmålet *hvordan oppleves* indikerer at vi her søker etter kvalitativ forskning.

«Hva kan bidra til at yngre personer med sammensatte og langvarige rehabiliteringsbehov får økt selvstendighet og deltakelse i samfunnet?» Kjernespoørsmålet *hva kan bidra til* eller *hva kan vi gjøre* indikerer at vi her leter etter forskning med randomiserte kontrollerte studiedesign.

Et viktig prinsipp i KBP er først å lete etter oppsummert forskning, som for eksempel systematiske oversikter (Nortvedt et al., 2012). S-pyramiden (se figur 4) er utviklet for å hjelpe helsear-

beidere å finne fram til anvendelig og kvalitetsvurdert forskningsbasert kunnskap (Høgskolen i Bergen, 2012). Øverst i pyramiden finner man kunnskapsbaserte retningslinjer og oppslagsverk. ART har tatt utgangspunkt i S-pyramiden når vi har søkt etter litteratur, samt brukt kunnskapscenterets nettsider for å finne norske kunnskapsoppsummeringer. Nasjonale faglige retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010) og Retningslinjer for kunnskapsbasert hjelpemiddelfor- midling (Ergoterapeutene, 2011) er eksempel på aktuelle kilder for ergoterapeuter som kan plasseres høyt i S-pyramiden. På ergoterapeutene.org finner en kunnskapsbaserte retningslinjer under «om ergoterapi/verktøy og redskap» (Ergoterapeutene, 2008).

For å skape tid og rom for fagkonsulentene til å bli fortrolig med å søke etter litteratur og kritisk vurdering gjorde vi det til et sommerprosjekt i lavdriftsperioden. Artikkelforfatterne Hansen og Røssvoll veiledet ved behov i å finne søkeord, bruke databaser, utvelgelse i resultat fra litteratursøk samt kritisk vurdering. PICO-skjema, kjernespoørsmål for ART Tromsø, kompendiet «Veileder i bruk av databaser» (Hartviksen, 2013), samt sjekklistene for kritisk vurdering ble gjort tilgjengelig. Resultatene fra sommerprosjektet ble deretter oppsummert på høstens første fagmøte, der hver fagkonsulent presenterte sin søkestrategi, funn og forslag til anvendelse basert på kritisk vurdering. I løpet av høsten var to ergoterapistudenter i tredjeårsspraksis i ART, og de ble involvert i forbedringsarbeidet ved å legge fram kritisk vurdering av en artikkel de anså relevant for ART.



Figur 4: S-pyramiden (Høgskolen i Bergen 2012).

Litteratursøkene resulterte ikke i funn av nasjonale eller internasjonale retningslinjer for ambulant rehabilitering. Vi fant derimot relevante retningslinjer, nasjonale veiledere og oppsummerte systematiske oversikter, blant annet for pasienter med hjerneslag (Helse- direktoratet, 2010) og arbeidsrehabilitering etter ervervet hjerne- skade (Stergiou-Kita, Dawson, & Rappolt, 2012). Disse funnene viser at det finnes forskning av høy kvalitet som berører vårt arbeidsområde, og som vi skal la oss opplyse, inspirere eller utfordre av.

BRUKERMEDVIRKNING PÅ TJENESTENIVÅ

Brukerrepresentantene bidro med nyttig informasjon om hva som er viktig for en pasient i reha- bilitering, med utgangspunkt i utskrivningsfase, opphold på ny institusjon og den første tiden hjemme. Brukerrepresentantene ga uttrykk for at det viktigste var tilstrekkelig informasjon på riktig tidspunkt. De understreket behov for informasjon om hva som skulle skje videre, hvor en

kan få hjelp, hva man kan forvente av senfølger, eventuelle nedturer, dårlig matlyst eller tunge stunder. Videre vektla brukerrepresentan- tene viktigheten av tillit og god kommunikasjon mellom bruker og behandler. Kommunikasjon mellom pasient og fastlege, syke- huslege og fastlege må være bra, slik at de involverte vet hvem som gjør hva. Brukerrepresentantene tematiserte også viktigheten av hjelp til nyorientering i forhold til å komme tilbake i arbeid, tilpas- ning av tjenester til den enkeltes livs- og familiesituasjon samt hvordan individuell plan kan være et nyttig verktøy.

RESSURSER OG BEGRENSNINGER I EGEN ORGANISASJON

Teamet har hatt idémøldring rundt spørsmålet «hva skal til for å komme i gang med KBP i ART?», hvor følgende momenter kom opp: ressurser i form av tid, påminnelser og kontinuitet ved at KBP løftes fram som et fel- les ansvarsområde. Underveis i idémøldringen vokste det fram en forståelse av at KBP ikke er noe

fagkonsulentene skal gjøre ved siden av pasientarbeidet, men at det må integreres som et av verk- tøylene i pasientarbeidet.

Teammedlemmene er oppfor- dret til å gi kollegial støtte ved å avlaste hverandre i perioder, slik at hver enkelt får benyttet avsatt tid til oppgavene som skal gjøres i tilknytning til forbedringsarbei- det. Dette kan blant annet være å besvare telefoner i gitte tidsrom. Det er en ressurs at fagkonsulen- tene var engasjerte og motiverte til å gå i gang med kvalitetsfor- bedringen. En begrensning kan være at det representerer en ny arbeidsmåte. Flere ga uttrykk for at det var ukjent farvann de skulle inn i, for eksempel det å søke etter forskningslitteratur og lese engelskspråklige artikler.

Som et ledd i forbedringen har teamet satt av ti minutter til erfaringsdeling annenhver uke, hvor fagkonsulentene forteller om et kurs, en artikkel eller erfaring fra praksis som kollegaer kan ha nytte av. Erfaringsdelingen bidrar til å synliggjøre og sette ord på den tause kunnskapen og motive-



Modell for kvalitetsforbedring, prinsipper i KBP samt bruk av relevante nettressurser har vært tema for interne fagmøter.

re til å dele både forsknings- og erfaringsbasert kunnskap.

Kontekst er et viktig element i KBP, og Arbeidsmetode ART må også integrere sentrale lover og forskrifter innenfor rehabiliteringsfeltet samt samarbeidsavtaler som er inngått mellom UNN og lokalsykehuskommunene (Overordnet Samarbeidsorgan, 2012). For ART er Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator (2011) særlig relevant.

Informasjon kan danne grunnlag for interesse og motivasjon blant medarbeidere (Schreiner, 2004). Modell for kvalitetsforbedring, prinsipper i KBP samt bruk av relevante nettressurser som kunnskapssenteret.no og helsebiblioteket.no har vært tema for interne fagmøter i ART. Vi har erfart at det er viktig å ta høyde for at informasjonen kan oppfattes som overveldende og dermed skape motstand. Det har også vært viktig å ta hensyn til at forbedringsarbeidet kan synes vanskelig og tidkrevende.

Evaluere

I denne fasen skal det evalueres om forbedringen(e) er tilstrekkelig(e), og om målet er nådd. Dersom forbedringen ikke er tilfredsstillende, kan det være lurt å gå tilbake til forberedelses- og planleggingsfasen. Evalueringen bør ta stilling til om det er behov for ytterligere forbedringer (Kunnskapssenteret, 2014).

Selvevaluering basert på trinnene i KBP har fungert som verktøy for implementering av KBP. Samtidig kan det brukes for å vite om det har skjedd en forbedring, altså om fagkonsulentene i ART i større grad arbeider kunnskapsbasert. For ART Tromsø har vi vektlagt at selvevaluering nettopp er selvevaluering og ikke nødvendigvis noe som skal sammenlignes kollegaer imellom. Fagkonsulentene har likevel gitt uttrykk for større bevissthet om kunnskapsbasert praksis, og vi har grunnlag for å si at søk etter og bruk av relevant litteratur

er innarbeidet i daglig arbeid. Erfaringsdeling er etablert som en viktig arena for deling av relevante artikkelfunn, litteraturtips fra kurs og konferanser samt erfaring i bruk av for eksempel Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (Helsedirektoratet, 2010).

Følge opp

IMPLEMENTERE NY PRAKSIS

For at Arbeidsmetode ART skal kunne fungere tilfredsstillende har det vært viktig å sikre at forbedringene ble opprettholdt (Kunnskapssenteret, 2014). Aktuelle tiltak har vært oppdatering av eksisterende prosedyrer, perm for både nye og gamle ansatte samt å integrere Arbeidsmetode ART i ordinær drift. Halvårlig revidering av kunnskapsgrunnlaget for Arbeidsmetode ART med tanke på lovendringer samt tilgjengelige retningslinjer og oppsummert forskning ble viktige tiltak hos oss for å implementere ny praksis.

SIKRE VIDEREFØRING

Selvevaluering i forhold til KBP vil, som nevnt tidligere, kunne fungere som en påminnelse om å jobbe kunnskapsbasert og kan slik sikre at forbedringene opprettholdes.

For å sikre videreføring av innspillene fra brukerrepresentantene, som bekrefter mye av det ART jobber mot, ble momentene innlemmet i Arbeidsmetode ART.

DELE ERFARINGENE MED FORBEDRINGENE

Artikkelforfatterne Hansen og Røssvoll har delt erfaringer underveis på personalmøte og på nettverkssamling i Regionalt fagnettverk for Ambulante rehabiliteringsteam i Helse Nord. Vi kan her nevne at seks av syv ART i Helse Nord har ergoterapeut(er)

ansatt. Røssvoll la fram erfaringer på jubileumskonferansen til ergoterapeututdanningen i Tromsø (Røssvoll, 2015) og på Kvalitetskonferansen 2016 i regi av Norsk Forum for Kvalitet i Helsetjenesten. Artikkelen du nå leser, er også et ledd i å dele erfaringer med forbedringsarbeidet.

Avslutning

Målet for forbedringsarbeidet vi har beskrevet var å utvikle en kunnskapsbasert arbeidsmetode for ART Tromsø. To år etter oppstart er Arbeidsmetode ART implementert, hvor kognitiv rehabilitering og endringsfokusert rådgivning er definert som hovedmetoder. Kunnskapsgrunnlaget for Arbeidsmetode ART er utviklet, der hovedvekten er på nasjonale retningslinjer, veiledere og oppsummerte systematiske oversikter. Teamet har etablert en arena for erfaringsdeling annen hver uke.

Status kan illustreres av følgende sitater fra en erfaringsdeling, der teamet ble bedt om å reflektere over hva de tenker om KBP nå: «Jeg har en større bevissthet om hvor opplysninger kommer fra», «ser nødvendigheten av at det var mye fokus på KBP en periode» og «KBP er ikke lenger en person sin kjeppest, men et felles prosjekt». Disse utsagnene bekrefter at teamet har sett nytten av å gå systematisk til verks. Det har vært enighet om at flere fellesarenaer, eksempelvis fagmøter, fagdager og driftsmøter, skulle ha fokus på KBP, særlig i innføringsperioden. Det har vi sett god nytte av.

Vi håper artikkelen kan inspirere ergoterapeuter til å bruke Modell for kvalitetsforbedring for å oppnå kunnskapsbasert praksis.

Litteraturliste

- Aas, R.W. (2007). Tiltaksvalg i komplekse brukersaker. Ni translasjonsutfordringer ved bruk av evidens fra forskning. I S. Høghagen (Ed.), *Beste praksis i ergoterapi* (pp. 73-98). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence-Based Nursing: a guide to clinical practice*. St.Louis: Elsevier Mosby.
- Ergoterapeutene. (2008). *Kunnskapsbaserte retningslinjer*. Hentet 04.03.16, fra <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Verktoey-og-redskap/Kunnskapsbaserte-retningslinjer>
- Ergoterapeutene. (2011). *Retningslinjer for kunnskapsbasert hjelpemiddel-formidling* Oslo: Ergoterapeutene. Hentet 04.03.16 fra <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Verktoey-og-redskap/Kunnskapsbaserte-retningslinjer/Hjelpemiddelformidling>
- Forskrift om habilitering og rehabilitering (2011). Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Hentet fra <http://www.lovdata.no/ltavd1/filer/sf-20111216-1256.html#map0>
- Hartviksen, T. (Ed.). (2013). *Veileder i bruk av databaser – kompendium*. Bodø: Universitetet i Nordland.
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Hentet 12.11.15 fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonal-faglig-retningslinje-for-behandling-og-rehabilitering-ved-hjerneslag>
- Høgskolen i Bergen (2012). Nettkurs i Kunnskapsbasert praksis. Hentet 23.05.2015, fra <http://kunnskapsbasertpraksis.no>
- Kunnskapssenteret (2014). *Metoder og verktøy for kvalitetsforbedring*. Hentet 23.05.2015 fra <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/metoder-og-verktoy-for-kvalitetsforbedring>
- Kunnskapssenteret (2015). *Modell for kvalitetsforbedring*. Hentet 12.11.2015 fra <http://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/slik-kommer-du-i-gang/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V., & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. Oslo: Akribes.
- Overordnet Samarbeidsorgan. (2012). *Overordnet samarbeidsavtale og tjenesteavtaler*. Hentet 12.06.13 fra <http://www.unn.no/avtaler-og-retningslinjer/overordnet-samarbeidsavtale-og-tjenesteavtaler-article54782-21244.html>
- Plsek, P. (2001). Redesigning health care with insights from the science of complex adaptive systems. I Institute of medicine: *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21 century*. Washington: The national academies press.
- Røssvoll, T. B. (2015). *Implementering av kunnskapsbasert praksis*. Innlegg på Ergoterapeututdanningen 25 år – Jubileumskonferanse, 2015, Tromsø. Abstract hentet fra https://uit.no/tavla/artikkel/402233/ergoterapeututdanningen_25_ar_-_jubileumskonferan
- Schreiner, A. (Red.). (2004). *Kom i gang. Kvalitetsforbedring i praksis*. Oslo: Den norske lægeforening.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). ...og bedre skal det bli! *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver*. (IS-1162 Veileder). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Spesialisthelsetjenesteloven (2001). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.. Hentet fra <http://www.lovdata.no/all/nl-19990702-061.html>
- Stergiou-Kita, M., Dawson, D., & Rappolt, S. (2012). Inter-Professional Clinical Practice Guideline for Vocational Evaluation Following Traumatic Brain Injury: A Systematic and Evidence-Based Approach. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 22(2), 166-181.
- Universitetssykehuset Nord-Norge. (2012). Ambulant rehabiliteringsteam (ART) Tromsø. Hentet 21.02.2013 fra <http://www.unn.no/art-tromsoe/category28134.html>
- UNN (2013). Dialogavtale mellom Sykehusdirektør og ledelsen i Rehabiliteringsklinikken. Internt dokument. Rehabiliteringsklinikken Universitetssykehuset Nord-Norge HF.

Må det ta 17 år før forskning blir til praksis?

ET KUNNSKAPSTRANSLASJONSPROSJEKT FOR Å OVERFØRE KUNNSKAP TIL HANDLING

Av Marie Berg, Jennifer Moore, Stein Arne Rimehaug, Julia Aneth Mbalilaki, Ingvild Grimstad, Linn Halvorsen og Jan Egil Nordvik

*Marie M. Berg er ph.d., ergoterapeut og seniorrådgiver ved Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) Helse Sør-Øst, Sunnaas sykehus HF.
E-post: marie.berg@sunnaas.no*

Jennifer Moore er fysioterapeut og ansatt som prosjektleder for kunnskapstranslasjonsprosjektet ved RKR, og klinisk faglig leder i nevrofysioterapi ved Rehabilitation Institute of Chicago, USA.

Stein Arne Rimehaug er fysioterapeut og seniorrådgiver ved RKR.

Julia Aneth Mbalilaki er ph.d., fysioterapeut og seniorrådgiver ved RKR.

Ingvild Grimstad er seniorrådgiver og kommunikasjonsansvarlig ved RKR.

Linn Halvorsen er designer og ansatt ved RKR.

Jan Egil Nordvik er ph.d., psykolog og leder av RKR.

Sammendrag

Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) gjennomfører nå et kunnskapstranslasjonsprosjekt med mål om raskere å omgjøre ny kunnskap til klinisk praksis. Prosjektet innebærer standardisert bruk av kartleggingsverktøy og intervensjoner innen rehabiliteringstjenestene i Helse Sør-Øst (HSØ), forbedret effekt av behandling og utvikling av et nettverk av fagpersoner med spesiell kompetanse i å omsette kunnskap til handling.

Prosjektet består av to hovedaktiviteter: utvikling av en database med kunnskapsoppsummeringer og et nettverk av kunnskapsambasadorer som skal bidra til bruk av kunnskapsoppsummeringene i rehabiliteringstjenestene i HSØ. Databasen inkluderer utvikling og formidling av kunnskapsoppsummeringer for både nye behandlingsformer og standardiserte måleverktøy og tester. Kunnskapsoppsummeringene er utviklet av klinikere som arbeider i helseregionen. Implementeringen av prosjektet er basert på «Kunnskap til handling»-modellen (1).

Nøkkelord: kunnskapstranslasjon, Kunnskap til handling, kunnskapsbasert praksis.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

Innledning

Studier har vist at det kan ta opptil 17 år før forskning blir implementert i praksis (2). Tiden det tar før nye forskningsresultater blir til klinisk praksis, omtales ofte som «kunnskap-til-handling-gapet». Vi er alle kjent med at det dessverre finnes mye kunnskap som ikke finner veien fra forskning via Helsebiblioteket, Helsedirektoratet (retningslinjer og fagprosedyrer), Cochrane eller vitenskapelige søkemotorer som PubMed og over i klinikken. Hvordan kan da helsepersonell oppfylle kravet fra pasienter, pårørende og myndigheter om å gi kunnskapsbaserte helsetjenester? Det finnes flere modeller som har mål om å implementere forskning i klinisk praksis. Kunnskapstranslasjon (1) er en metode som handler om å identifisere og fylle kunnskapsgap mellom kunnskapskildene og den praksisen som utføres i klinikken.

For å sikre fagutvikling av høy kvalitet har RKR startet opp et kunnskapstranslasjonsprosjekt rettet mot rehabiliteringstjenesten sammen med Jennifer Moore, som har erfaring fra tilsvarende arbeid ved Rehabilitation Institute of Chicago (RIC), et av USAs ledende rehabiliteringssykehus. Dette sykehuset kan vise til gode resultat innen implementering av nye kunnskapsbaserte metoder. Prosjektet gjennomføres sammen med fagpersoner som arbeider med rehabilitering i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst (HSØ). En kunnskaps-translasjonsprosess basert på «Kunnskap til handling»-modellen («Knowledge-to-action») brukes i prosjektet. Modellen er utviklet av Ian Graham og består av to deler: 1) systematiske kunnskapsoppsummeringer og 2) overføring av kunnskap til handling (1).

I denne modellen vektlegges at forskningen må oppsummeres på en slik måte at den har klar relevans for de som jobber i klinikken.

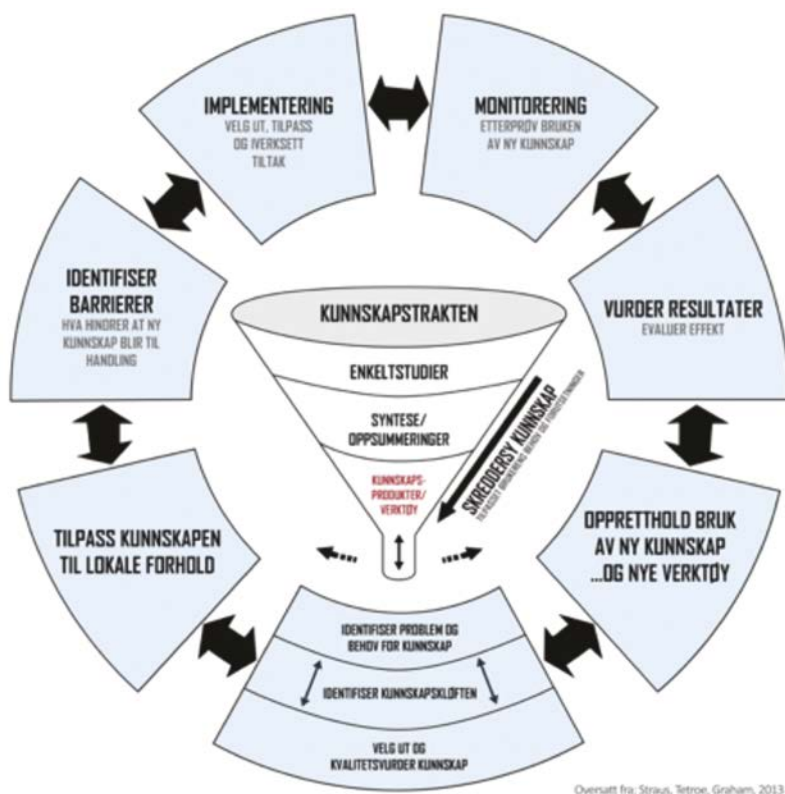
Mange lurer på om kunnskapstranslasjon er det samme som kunnskapsbasert praksis. Kunnskapsbasert praksis er et godt innarbeidet begrep i Norge som ergoterapeuter er kjent med, og kombinerer forskningsevidens, pasientens verdier og klinisk erfaring i behandlingsvalg. Kunnskapstranslasjon bygger på kunnskapsbasert praksis, men det har vist seg at å endre praksis ofte er en omfattende prosess, og at det er behov for metoder som sikrer vellykket implementering. Overføring av kunnskap fra ny forskning og endring av arbeidsmetoder kan ha konsekvenser for pasienter, den individuelle fagperson, organisasjonen, helsepolitiske myndigheter og drift og økonomi (3). Flere ulike strategier er derfor

Regional kompetansetjeneste for rehabilitering

Regional kompetansetjeneste for rehabilitering (RKR) er en del av Sunnaas sykehus og ble opprettet av Helse Sør-Øst (HSØ) i 2013. Et av hovedmålene for kompetansetjenesten er å sikre likeverdige helsetjenester av høy kvalitet innen rehabilitering, i tråd med visjonen til HSØ. Fagutvikling er en langsiktig prosess som krever et klima for samarbeid og gjensidig erfaringsutveksling. RKR har som målsetting å skape slike vilkår for fagutvikling og på den måten opparbeide en kollektiv kompetanseutvikling i feltet. Det er viktig å koordinere, følge opp og implementere ny kunnskap for å utvikle rehabilitering. RKR samarbeider med ni helseforetak og 30 private rehabiliteringsinstitusjoner.

nødvendige for å forbedre overføring av ny evidens til praksis (4). Kunnskapstranslasjon eller KT er en koordinert prosess med aktiviteter for å få til varige endringer i helsepraksis. Det kanadiske instituttet for helseforskning har definert kunnskapstranslasjon som «*The dynamic and iterative process that includes the synthesis, dissemination, exchange and ethically sound application of knowledge to improve health, provide more effective health services and products, and strengthen the health care system*» (5).

For å forstå kompleksiteten i kunnskapstranslasjon (KT) er det hensiktsmessig å bruke et rammeverk som «Kunnskap til handling»-modellen. Prosessen starter med at klinikere, pasienter og forskere sammen identifiserer relevante kliniske problemstillinger og avdekker behov for ny kunnskap i den kliniske hverdagen. Dette handler om å identifisere om det finnes et gap mellom den behandlingen pasienter mottar, og de metodene som oppsummert forskning viser har best effekt. Deretter velges og kvalitetvurderes kunnskap i en prosess som kalles «kunnskapstrakten». Prosessen i kunnskapstrakten handler om å skreddersy kunnskap som er tilpasset brukerens behov og forutsetninger. Enkeltstudier, oversiktsartikler, kunnskapsoppsummeringer og nasjonale retningslinjer sammenfattes i kunnskapsprodukter som blir til verktøy i klinisk praksis. Det er viktig at kunnskapen tilpasses lokale forhold, og at man identifiserer mulige hemmende og fremmende faktorer for at ny kunnskap blir til handling. Når barrierer og tilretteleggende faktorer er iden-



Figur 1. «Kunnskap til handling»-modellen.

tifisert, lager man en plan for implementering der tiltak velges ut, tilpasses og iverksettes. Så må dette følges opp og overvåkes for å etterprøve bruken av ny kunnskap og vurdere resultater og effekt av nye metoder. På denne måten opprettholdes bruk av ny kunnskap og nye verktøy (1).

Kunnskapstranslasjonsmodellen bygger også på et integrert syn på forskning. Gjennom samarbeid blir forskning og kunnskapsutvikling styrket. Sluttbrukere av forskning (pasienter, helseledere, klinikere) engasjeres i å utvikle relevante forsknings-spørsmål og i forskningsprosessen. Da vil alle som forskningen får konsekvenser for, ha mer tillit til resultatene og til forskerne. Denne arbeidsmåten vil også føre til et større engasjement for å implementere resultatene i praksis og forbedre effekten av de tiltak som gjøres. For å lære mer om hva kunnskapstranslasjon er har RKR produsert en video om hvordan forskningsbasert kunnskap kan overføres til handling. Denne finnes på www.youtube.com og heter «Fra kunnskap til handling» (6).

Kunnskapstranslasjon er viktig innenfor ergoterapi. Ergoterapi er fundert på antakelser og verdier om at meningsfull aktivitet er grunnleggende for menneskers helse og velbefinnende. Mennesker blir sett som unike og viktige, og deres opplevelser,

subjektive erfaringer og ønsker må respekteres og tillegges stor betydning (7). Aktivitetskartlegging og intervensjoner i ergoterapi fokuserer på menneskets egne mål relatert til aktivitet utførelse, og mindre på enkeltsymptomer. Det er viktig å sikre at aktivitetsbaserte kartleggingsverktøy og metoder innen ergoterapi og rehabilitering er kunnskapsbaserte og har dokumentert effekt. Hovedmålet for kunnskapstranslasjonsprosjektet er å produsere kunnskapsoppsummeringer av høy kvalitet som er klare til å implementeres i praksis på rehabiliteringsinstitusjoner.

Delmål:

- understøtte raskere implementering av ny kunnskap til praksis
- standardisere kartleggingsverktøy og intervensjoner innen rehabilitering
- forbedre pasienters effekt av rehabilitering
- utvikle et nettverk av fagpersoner med en spesiell kompetanse i å omsette kunnskap til handling.

Metode

I det første året av prosjektet er det bygget en infrastruktur basert på kunnskapstranslasjonsmodellen. Utviklingen av en strategisk plan, utvikling og administrering av en online spørreundersøkelse om

klinisk praksis innen helseregionen, utvikling av 14 e-læringskurs og rekruttering av de første 15 kunnskapseksperter har inngått i dette arbeidet. I den strategiske planen inngår årlig kartlegging av klinisk praksis i helseregionen; prosessen med å utvikle kunnskapseksperter; utdanning og plan for veiledning av kunnskapseksperter, kunnskapsambassadører og ledere og en plan for kartlegging for hvert av implementeringsprosjektene (via kunnskapsambassadører).

To separate, men relaterte prosjekt gjennomføres:

DATABASE AV KUNNSKAPSOPPSUMMERINGER

Dette omfatter utvikling av kunnskapsoppsummeringer som skal gi korte beskrivelser av evidensbaserte intervensjoner og standardiserte måleverktøy, gi anbefalinger for praktisk bruk, tilpasses til praksis og bli tilgjengelig fra en database på nettet.

KUNNSKAPSTRANSLASJONSMODELL MED KUNNSKAPSEKSPERTER OG KUNNSKAPSAMBASSADØRER

Kunnskapseksperter

Kunnskapseksperter vil være med og utarbeide kunnskapsoppsummeringer som i sin tur vil være til hjelp og støtte for klinikere i deres arbeid for å forstå, bruke og implementere kunnskapsbasert praksis. Kunnskapseksperter vil være eksperter på metoden som legges til grunn for å vurdere og beskrive kunnskapsgrunnlaget for klinikknære behandlingstiltak og standardiserte måleverktøy. Disse personene får en grundig opplæring i kritisk analyse og vurdering av forskningsstudier. Dette vil gjøre kunnskapseksperter i stand til å evaluere forskningsartikler og skrive korte oppsummeringer av forskningslitteratur rundt effektmål og behandlingstiltak relatert til effektmålene. Kunnskapseksperter møtes virtuelt en gang i måneden for å diskutere hvordan evidensbasert kunnskap kan gi bedre behandlingstjenester og klinisk praksis for hele helseregionen. Kunnskapseksperter vil også diskutere hva som kan hemme eller fremme bruken av den evidensbaserte praksisen gjennom hele behandlingslinjen. Kunnskapseksperter vil være veiledere og ledere for implementering av kunnskapsverktøyene.

Kunnskapsambassadører

Dette vil være klinikere som arbeider innen rehabilitering. De vil få trening i å implementere anbefalte evidensbaserte kartleggingsverktøy og intervensjoner. Kunnskapsambassadører vil ha ansvar for en

fortløpende veiledning av fagpersoner og nyansatte i tillegg til å formidle fortløpende forskningsoppdateringer.

Rekruttering av kunnskapseksperter til prosjekt

Kunnskapseksperter vil bli rekruttert blant ledere, klinikere og forskere fra både sykehus og private rehabiliteringsinstitusjoner i Helse Sør-Øst. Kunnskapseksperter vil blant annet bli hentet fra faggrupper som ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere og leger. Det er en målsetning for prosjektet å ha kunnskapseksperter på måleverktøy og intervensjoner også innen ergoterapi, og det er mulig å søke om å delta i prosjektet. Det er viktig å avklare med nærmeste leder, da deltakelse er beregnet til å tilsvare 5 - 10 prosent av arbeidstiden i et år. Kontakt marie.berg@sunnaas.no for mer informasjon.

Kunnskapseksperter på kartleggingsverktøy og evaluering vil studere forskningsresultater knyttet til kartleggingsverktøy, inkludert metoder og verktøy for screening, evaluering og effektmål. Hver kunnskapsekspert vil delta i en arbeidsgruppe som skal utforme et kunnskapstranslasjonsverktøy per år, som beskriver et kartleggingsverktøy eller en intervensjon. Kunnskapseksperter på kartleggingsverktøyet eller intervensjonen vil se på forskningslitteratur innenfor evidensbaserte behandlingstiltak. Hver kunnskapsekspert får i oppgave å lage utkast til ett KT-verktøy per år. Når man skal rekruttere kunnskapseksperter til rehabiliteringsfeltet, er det viktig å legge vekt på egenskapene til klinikerne som kan bidra til en vellykket kunnskapsimplementering. Generelt kan vi si at klinikere med egenskaper som «kunnskapssøkere» vil være gode kunnskapseksperter. En «søker», slik Green (8) og kollegaer definerer det, anser systematisk innsamlede og publiserte data som den mest pålitelige kilden til kunnskap. Søkere stoler ikke blindt på kliniske erfaringer alene, eller lar seg påvirke blindt av autoriteter i feltet for å forstå kunnskapen. De vil hele tiden vurdere ny forskningslitteratur med et kritisk blikk. Og ikke minst vil de hele tiden søke å tilstrebe den beste kunnskapsbaserte praksis i stedet for å håndtere en pasient raskt og effektivt. En egenskap som skiller «søkere» fra andre, er at de vil endre praksis som følge av evidensbasert kunnskap selv om kollegaene deres ikke er villige til å ta i bruk endringene.

DATAINNSAMLING OG DATAANALYSE

Emne/tema for kunnskapsoppsummeringer vil bli valgt for anbefalte kartleggingsverktøy og interven-

sjoner fra kliniske retningslinjer fra helsebiblioteket, systematiske reviewer, og metaanalyser. Andre aktuelle steder for valg av emne er National Guideline Clearinghouse (<http://guideline.gov/>) og The Cochrane Collection (<http://www.cochrane.org/>). Artikler som blir valgt for kritisk granskning, vil være av høy kvalitet, og artikler som tidligere er gransket som en del av kliniske retningslinjer, systematiske reviewer og metaanalyser vil bli prioritert.

Masterstudenter ved Psykologisk fakultet, under veiledning av førsteamanuensis Cato Bjørkli, er engasjert for å evaluere prosjektet og har gjennomført dybdeintervjuer for å undersøke deltakeres erfaringer av å gjennomføre kunnskapstranslasjonsprosjektet. Hva som eventuelt er KE-prosjektets suksesskriterier kartlegges, og deltakeres opplevelser og vurderinger av prosjektet blir undersøkt i intervjuer (9).

Resultat

Totalt 316 helsearbeidere i helseregionen deltok i den første årlige online-kartleggingen av evidensbasert praksis. Resultatene viser at evidensbaserte praksisaktiviteter primært er relaterte til litteratursøk, kritisk granskning og drøfting av evidens. Imidlertid bruker et lite antall fagpersoner evidens aktivt for å veilede beslutningstaking. (Et manuskript med mer utdypende resultater av undersøkelsen er sendt til BMC Health Services Research for vurdering). Den første gruppen av ti kunnskapseksperter har nå gjennomført e-læringskurs og begynner å utvikle kunnskapsoppsummeringer. De neste gruppene av kunnskapseksperter rekrutteres våren og høsten 2016.

Kunnskapsoppsummeringer for kartleggingsverktøy vil omfatte verktøyets metodologiske kvaliteter, anvendbarhet i klinikken, link til kartleggingsverktøyet, anbefalinger i bruk, tidsbruk, når og hvor ofte kartlegging bør skje, og hvordan resultat bør dokumenteres, samt potensielle barrierer og fremmende faktorer som er viktige for kunnskapsimplementeringen.

Kunnskapsoppsummeringer for intervensjoner vil inneholde en kort beskrivelse av intervensjonen og hvilke indikatorer som skal benyttes, anbefalt dosering (hyppighet, intensitet, klokkeslett og varighet), metoder og anbefalinger om progresjon, resultater av intervensjonsforsøkene og måleverktøy som kan brukes for å se på effekten av intervensjonen eller behandlingstiltaket.

Konklusjon

Forventet resultat av prosjektet er at kunnskapsoppsummeringer for kartleggingsverktøy og intervensjoner vil være lett tilgjengelige i en database. Kunnskapsoppsummeringene vil bli implementert ved hver rehabiliteringsavdeling/institusjon av en kunnskapsambassadør. Det vil gjennomføres en kartlegging av lokale hindringer, og interessenter vil identifiseres og engasjeres. Veiledning i bruk av kunnskapsoppsummeringer vil bidra til standardisering og høy kvalitet på helsetjenester.

Referanser

1. Straus S, Tetroe J, Graham I. Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice. 2nd edition ed. West Sussex, UK: BMJ Books; 2013 August 19, 2013.
2. Morris ZS, Wooding S, Grant J. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 2011;104(12):510-20.
3. Straus SE, Tetroe J, Graham I. Defining knowledge translation. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*. 2009;181(3-4):165-8.
4. Menon A, Korner-Bitensky N, Kastner M, McKibbin KA, Straus S. Strategies for rehabilitation professionals to move evidence-based knowledge into practice: a systematic review. *Journal of rehabilitation medicine*. 2009;41(13):1024-32.
5. Canadian Institutes of Health Research Canada: Knowledge Translation and Commercialization [Internet]; [updated 2016 January 25; cited 2016 July 04]. Available from: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/29529.html>.
6. Sunnaas sykehus. Fra kunnskap til handling [Internet]. Oslo, Norway: Regional Kompetansetjeneste Rehabilitering; 2014 [updated 2014 October 20; cited 2016 July 04]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=IDhU4qE-wwk>.
7. Hagedorn R. Foundations for practice in occupational therapy. London, England: Churchill Livingstone; 2001.
8. Green LA, Gorenflo DW, Wyszewianski L. Validating an instrument for selecting interventions to change physician practice patterns: a Michigan Consortium for Family Practice Research study. *The Journal of family practice*. 2002;51(11):938-42.
9. Lømo L, Midthaug M, Skjuve M, Havdahl R, Bjørkli C. En SWOT-tilnærming til deltakernes opplevelser i Kunnskapsekspert-prosjektet: Universitetet i Oslo, Psykologisk institutt; 2016

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



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

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

Dette er din **viktigste** forsikring!

TA KONTAKT – TEGN DIN FORSIKRING I DAG!

Hverdagsteknologi og kognitive vansker

- HAR ERGOTERAPEUTER NOK KUNNSKAP TIL Å KARTLEGGE OG IVERKSETTE TILTAK?

Av Benedicte Bjordal , Line Digerud Waagsaas, Christina Mol Slettenes, Hanne Jorunn Egeland og Hilde van Berge

Benedicte Bjordal er spesialergoterapeut ved avdeling for kognitiv rehabilitering ved Sunnaas sykehus HF. E-post: bbjord@sunnaas.no

Line Digerud Waagsaas er spesialergoterapeut ved avdeling for kognitiv rehabilitering ved Sunnaas sykehus HF.

Christina Mol Slettenes er spesialergoterapeut ved avdeling for vurdering ved Sunnaas sykehus HF.

Hanne Jorunn Egeland er fagkonsulent/spesialergoterapeut ved Stavanger universitetssykehus (SUS).

Hilde van Berge er ergoterapeut ved avdeling for traumatisk hjerneskade ved Sunnaas sykehus HF.

Det er ikke knyttet interessekonflikter til det innsendte manuskriptet.

HVERDAGSTEKNOLOGI OG KOGNITIVE VANSKER

Sammendrag

Bakgrunn: Hverdagsteknologi tar stadig større plass i hverdagen vår. Som ergoterapeuter på Sunnaas sykehus HF (Sunnaas) ser vi daglige utfordringer innen kartlegging og bruk av teknologi som hjelpemiddel i hverdagen.

Mål: Vi ønsket å undersøke hvordan ergoterapeuter ved Sunnaas kartlegger teknologivaner hos pasienter. Vi lurte på om det fantes standardiserte kartleggingsverktøy som kunne tas i bruk.

Metode: Vi utarbeidet en spørreundersøkelse som ble sendt ut til alle ergoterapeuter som jobber klinisk ved Sunnaas.

Konklusjon: Det var stor forskjell på hvordan ergoterapeutene kartlegger teknologivaner hos pasientene, noe som viste at førstegangssamtalen som benyttes på sykehuset, burde revideres. De innsamlede dataene viste behov for opplæring og oppdatering innen teknologi hos ergoterapeutene.

Nøkkelord: Kognitiv svikt, teknologivaner, kartlegging, intervensjon, hverdagsteknologi.

Innledning

Artikkelforfatterne arbeider med pasienter med kognitiv svikt i ulike rehabiliteringsfaser på Sunnaas (www.sunnaas.no). Erfaring fra klinikk tilsier at bruk av teknologi i hverdagen ofte er et aktuelt tema, da denne skaper både muligheter og utfordringer i hverdagen for våre pasienter. Det skjer en stadig utvikling i bruk av hverdagsteknologi, og de fleste i dagens samfunn har et forhold til bruk av blant annet smarttelefon, nettbrett og PC.

Teknologi er verktøy menneskene har utviklet for å nå sine mål, arbeide lettere og samarbeide bedre. Teknologi vanlige mennesker møter og bruker mer eller mindre hver dag, kan kalles hverdagsteknologi. Eksempler på dette kan være fjernkontroller, hus-holdningsteknologi, mobiltelefoner, billettautomater og minibanker (Hansen, 2008). Man kan dermed si at slike aktiviteter har blitt en del av det moderne menneskets vanesett, på lik linje med andre hverdagsvaner (Kielhofner, 2006).

I Sverige så man allerede på begynnelsen av 2000-tallet at bruk av teknologi var økende og en del av mange aktiviteter i hjemmet og samfunnet forøvrig. Man så derfor et behov for å mestre teknologi for å kunne delta i daglige aktiviteter

(Lund et al., 2014). Europa-kommisjonen nevner også viktigheten av internettilgjengelighet (E-accessibility) for å sikre at mennesker med funksjonsnedsettelse har likeverdig tilgang til informasjon og kommunikasjonsteknologi (Lund et al., 2014).

Anvendelse av hverdagsteknologi kan bidra til å fremme aktivitet og deltakelse for mennesker med både fysiske og kognitive funksjonsvansker. Eksempler på dette kan være bruk av ulike funksjoner på smarttelefon som kompenserende hukommelsesstrategi, eller omgivelseskontroll for å kompensere for fysiske funksjonsnedsettelse. Bruk av ny teknologi kan imidlertid også være et hinder for grupper som har begrensede forutsetninger for å kunne mestre teknologien (Evald, 2014). Har man eksempelvis vansker med funksjonell bruk av PC, kan det å finne informasjon på nettsider og bruke digitale skjema by på utfordringer (Moser og Michelsen, 2015).

Hverdagsteknologi i form av smarttelefoner, nettbrett og PC kan ha kompensatoriske og støttende funksjoner for personer med ervervet hjerneskade (Charters et al., 2015).

For vellykket etablering av rutiner rundt hverdagsteknologi som kompensatorisk hjelpemiddel etter ervervet hjerneskade kreves tilrettelegging over lengre tid. Det vil ofte være behov for stor grad

av opplæring, veiledning, teknisk støtte, hjelp til strukturering, planlegging, evaluering av tiltak, samt motivasjon og støtte (Moser og Michelsen, 2015).

Ergoterapeuter anses for å være sentrale brobyggere mellom hjelpemiddelsentralene og helse- og sosialtjenesten, samt mellom helse- og sosialpersonell og teknologimiljø. Det understrekes at ergoterapeutenes metodiske tilnærming til aktivitet og rehabilitering er kompetanse som fremtidens omsorgstjenester trenger mer av. Kognitiv svikt nevnes som en av de vanligste utfordringene omsorgstjenesten i kommunene møter, og det er behov for å ta i bruk innovative grep for å møte fremtidens omsorgsutfordringer (NOU 11-2011).

Vi ser for oss at ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten samt ved andre sykehus og institusjoner kan stå overfor den samme tematikken i møte med pasienter. Hverdagsrehabilitering står også sentralt i kommunene, og det er et økende fokus på hverdagsmestring (Ness et al., 2012). Hverdagsteknologi har en naturlig plass i dette arbeidet. Ergoterapeutenes kompetanse må derfor oppdateres i tråd med dette, men føler vi oss som faggruppe kompetente nok til å tilrettelegge for bruk av hverdagsteknologi? Hvordan skal ergoterapeuter kartlegge og iverksette tiltak ved kognitiv svikt og bruk av hverdagsteknologi?

BAKGRUNN FOR UNDERSØKELSEN

Vi arbeider med pasienter i ulike faser etter hjerneskader, og opplever at mange har store kognitive utfordringer og vanskeligheter med å mestre hverdagslivet. Årsaker til dette kan være nedsatt hukommelse, vansker med planlegging og struktur, samt vansker med initiativ og nyinnlæring. De kan ha utfordringer med bruk av smarttelefoner, nettbrett og PC. Bruk av PIN-koder, fjernkontroller og automatiske telefontjenester kan også oppleves som en kompliserende faktor i hverdagen for mennesker med ervervet hjerneskade (Lund et al., 2014). Samtidig ser vi at det for en del pasienter kan være hensiktsmessig å ta i bruk enkle teknologiske hjelpemidler som en mestingsstrategi ved kognitiv svikt, slik Bier et al. (2015) beskriver. Ytre strategier anbefales som kompenserende strategi ved eksempelvis hukommelsesvansker (Haskins et al., 2014). Der vi tidligere har benyttet almanakker og huskedagbøker som ytre strategi, ser vi nå at disse i mange tilfeller byttes ut med pasientens smarttelefon eller nettbrett, som vedkommende allerede benytter i hverdagen.

Det er utarbeidet et systematisk kartleggingss-

kjema for førstegangssamtale på Sunnaas, som ikke inneholder spørsmål knyttet til pasientens bruk av hverdagsteknologi. På bakgrunn av kunnskapen om teknologi som en sentral del av dagliglivet ønsker vi et punkt i skjemaet som skal gi oss informasjon om bruk av hverdagsteknologi. Det er derfor behov for mer informasjon om hvorvidt ergoterapeutene kartlegger bruk av hverdagsteknologi, om ergoterapeutenes egne teknologivaner, samt om deres kunnskap og kompetanse innen området. Dette skjemaet brukes hovedsakelig ved primærrehabilitering, ikke ved vurderings- og oppfølgingsopphold.

MÅL

Med vårt «kunnskapsbasert praksis»-prosjekt våren 2015 var vi nysgjerrige på i hvilken grad teknologivaner ble kartlagt hos pasientene ved sykehuset. Målet med undersøkelsen var å se om ergoterapeutene ved Sunnaas systematisk kartla pasientens bruk av smarttelefon, nettbrett og PC. Artikkelen ønsker å belyse hvordan de kartla, og i hvilken grad ergoterapeutens egne teknologivaner påvirket hvorvidt man kartla og gjorde intervensjoner innen pasientens bruk av hverdagsteknologi. Vi ønsket også informasjon om hvorvidt ergoterapeutene hadde kjennskap til andre kartleggingsverktøy innen området.

Metode

UTARBEIDING AV SPØRRESKJEMA

Det ble utarbeidet et spørreskjema som skulle gi opplysninger om ergoterapeutenes teknologi- og kartleggingsvaner. Spørreskjemaet inneholdt seks spørsmål med avkrysningsalternativer. Videre inneholdt det et kommentarfelt som ga mulighet for utfyllende kommentarer. Spørreskjemaet ga både kvalitative og kvantitative data og ble utlevert til alle ergoterapeutene som jobber i kliniske stillinger ved Sunnaas. Informantene arbeider med kognitiv rehabilitering etter traumatisk hjerneskade og slag, med ryggmargskader, multitraumer og nevrologiske skader, samt vurdering og oppfølging. Vi ønsket informasjon om hvilken avdeling informantene jobbet på, men utelot spørsmål om alder og kjønn for å verne om anonymiteten til informantene. I etterkant ser vi at det hadde vært nyttig å jobbe grundigere med spørsmålsformuleringene og svaralternativ. Dette fordi vi erfarte at det var rom for misforståelser ved utfylling. I tillegg burde vi ha testet ut spørreskjemaet i forkant.

BEARBEIDING AV DATA

De kvantitative dataene ble gruppert avdelingsvis. Deretter ble de bearbeidet i analyseprogrammet SPSE (Statistical Package for the Social Sciences), en mye brukt programpakke for statistisk analyse av kvantitative data innen samfunnsvitenskap. Dette ga mulighet for å regne ut prosentandeler. I tillegg kunne vi lage grafer for å gjøre resultatene mer oversiktlige. De kvalitative dataene ble også gruppert avdelingsvis. Deretter ble de gjennomgått for å se om noen typer uttalelser kunne forklare og utdype de kvantitative dataene. Vi var også interesserte i gode fraser til bruk i førstegangssamtalskjemaet vi skulle oppdatere. Tabell 1 viser spørreskjemaet i sin helhet.

Resultat

Vi fikk inn 31 av 43 (72 prosent) mulige svar på spørreundersøkelsen, en svarprosent vi anser god nok til å gi et bilde av av ergoterapeutenes praksis på Sunnaas. Vi presenterer her resultatene vi anser som mest relevante for artikkelen.

HVA BRUKER ERGOTERAPEUTENE SELV AV HVERDAGSTEKNOLOGI?

87 prosent av informantene bruker smarttelefon, og 19 prosent bruker vanlig mobiltelefon. Disse tallene indikerer at noen av informantene benytter både vanlig mobiltelefon og smarttelefon. 68 prosent bruker også nettbrett, og 90 prosent benytter PC i hverdagen (se figur 1).

KARTLEGGER ERGOTERAPEUTENE PASIENTENS TEKNOLOGIVANER?

Resultatene viser ulikheter i ergoterapeutenes praksis. 58 prosent av ergoterapeutene av og til eller aldri kartlegger pasientens teknologivaner. 42 prosent svarer at de alltid kartlegger pasientens teknologivaner. Samtlige svarer at de ville ha kartlagt dersom dette var en del av et standardisert førstegangssamtaleintervju. Noen av kommentarene var «vet ikke om noe kartleggingsskjema for dette», «korte vurderingstider», «nei, men jeg observerer en del bruk av smarttelefon», «må være ærlig og si at jeg ikke har hatt noe spesiell bevissthet rundt dette» og «vi har få pasienter med stor kognitiv svikt». På et oppfølgingsspørsmål lurte vi på om informantene visste noe om kartleggingsskjemaer for teknologivaner. En informant hadde kjennskap til et kartleggingsskjema for dette (se figur 2).

MENER ERGOTERAPEUTENE AT DET ER RELEVANT Å KARTLEGGE TEKNOLOGIVANER?

Alle ergoterapeutene mener det er relevant å kartlegge teknologivaner. 74 prosent av informantene mener det alltid er relevant, og 26 prosent mener det er relevant av og til. Her viste svarene ulikheter mellom avdelingene. Ergoterapeutene som hovedsakelig arbeider med fysiske funksjonsnedsettelse, angir at det er mest aktuelt ved behov for fysisk tilrettelegging og ved bruk av teknologi som for eksempel omgivelseskontroll. Ergoterapeutene som arbeider med korte vurderingsopphold, angir at oppholdslengde og konkret bestilling for oppholdet påvirker hva som kartlegges. Ofte er det lite fokus på, og lite tid til, kartlegging av teknologivaner. På avdelingene for hjerneskader angir mange dette er relevant, spesielt knyttet til kognitive utfordringer. Noen av tilbakemeldingene fra informantene vedrørende relevans er «som en del av pasientens vanesett og et nyttig og relevant redskap i hverdagen», «ja, men trenger mer kunnskap selv først», «ja, dagens samfunn krever at alle bruker teknologi, for eksempel, nettbank og www.NAV.no, for å holde seg oppdatert» (se figur 3).

HAR ERGOTERAPEUTENE TILSTREKKELIG KUNNSKAP OM TEKNOLOGI TIL Å IVERKSETTE TILTAK?

65 prosent svarer her «nei» eller «av og til». 32 prosent svarer at de synes de har nok kunnskap. Mange kunne tenke seg mer kunnskap og føler seg mest komfortable med det de selv bruker. Mange savner også en oversikt over apper som kan være nyttige for våre pasienter (se figur 4).

Diskusjon

Vi har trukket fram tre områder som diskuteres nærmere:

KARTLEGGER ERGOTERAPEUTENE VED SUNNAAS PASIENTENS BRUK AV SMARTTELEFON, NETTBRETT OG PC SYSTEMATISK?

Undersøkelsen viser at flertallet av ergoterapeutene kartlegger av og til eller aldri. 42 prosent svarer at de alltid kartlegger teknologivaner. Dette viser at det er stor variasjon i ergoterapeutenes praksis. En mulig årsak til dette kan være at man behandler pasienter med ulike diagnoser og problemstillinger. Vi ser at ergoterapeutene som jobber med ervervede hjerneskader, kartlegger bruk av teknologi i større grad enn ergoterapeutene som jobber med ryggmargskader, multitraumer og nevrologi, vurdering og oppfølging. Dette kan være knyttet til at

Spørreskjema:	
Kartlegger ergoterapeutene ved Sunnaas Sykehus HF systematisk pasientens bruk av smarttelefon, nettbrett og pc?	
Avdeling du tilhører: Dato:	
1. Kryss av hva du selv bruker, sett gjerne flere kryss:	<input type="checkbox"/> Smarttelefon: hvis ja, hvilke funksjoner? <input type="checkbox"/> Mobiltelefon (vanlig): hvis ja, hvilke funksjoner? <input type="checkbox"/> Nettbrett: hvis ja, hvilke funksjoner? <input type="checkbox"/> Pc: hvis ja, hvilke funksjoner?
2. Kartlegger du pasientens bruk av smarttelefon, nettbrett og PC-vaner?	<input type="checkbox"/> Ja • Hva spør du om? • Bruker du noe kartleggingsskjema? Evt. hvilke? <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til Evt. kommentarer
3. Ville du kartlagt pasientens bruk av smarttelefon, nettbrett og pc om det var et eget punkt i skjemaet for førstegangssamtale?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til Evt. kommentar:
4. Mener du bruk av smarttelefon, nettbrett og pc er relevant og kartlegge?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til Evt. kommentarer
5. Mener du det er ergoterapeutens oppgave å kartlegge bruken av smarttelefon, nettbrett og pc hos pasienten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til Evt. kommentarer
6. Opplever du at du har nok kunnskap om smarttelefon, nettbrett og pc for å sette i gang tiltak vedrørende dette?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Av og til Evt. kommentar:

Tabell 1 viser spørreskjemaet i sin helhet.

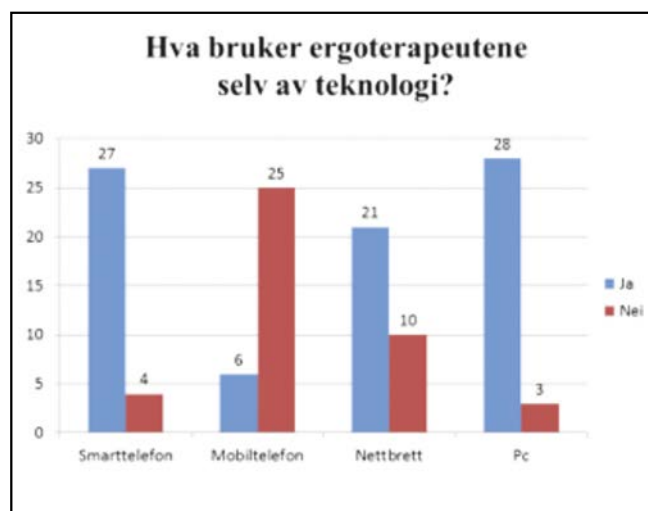
ergoterapeutene som arbeider spesifikt med kognitive utfall, har erfaring med at teknologi kan være nyttige hjelpemidler ved kognitive vansker, og en mye brukt intervensjon (Haskins et al., 2014). Samtidig har de erfaring med at disse pasientene kan ha utfordringer med å bruke teknologi. Dette kan være grunnen til at de kartlegger teknologivaner for deretter å undersøke eventuelle vansker som har oppstått etter skaden. Det er også lang tradisjon for å bruke ytre strategier som almanakker og huskedagbøker til denne pasientgruppen. Dette ble det jobbet mye med på 1980-tallet, blant annet på Sunnaas (Krogstad et al., 1991). Dette kan være årsaken til at disse ergoterapeutene er mer bevisste på at teknologi kan brukes som støtte i hverdagen. Med dagens teknologiske utvikling er det naturlig å tenke smarttelefon og iPad som et alternativ til for eksempel almanakker som støtte for nedsatt

hukommelse og nedsatt struktur. Flere studier understøtter også bruken av hverdagsteknologi som kompenserende strategi innen kognitiv rehabilitering (Evald 2014, Bier et al., 2015 og Haskins et al., 2014). Dette bør imidlertid kartlegges individuelt med utgangspunkt i hva pasienten har kunnskap om fra før. Ifølge the American Cognitive Rehabilitation Manual er det et viktig prinsipp å bygge på pasientens tidligere ferdigheter ved kognitiv rehabilitering (Haskins et al., 2014). Derfor vil det for noen pasienter være riktig å benytte eksempelvis almanakk som et kompenserende hjelpemiddel.

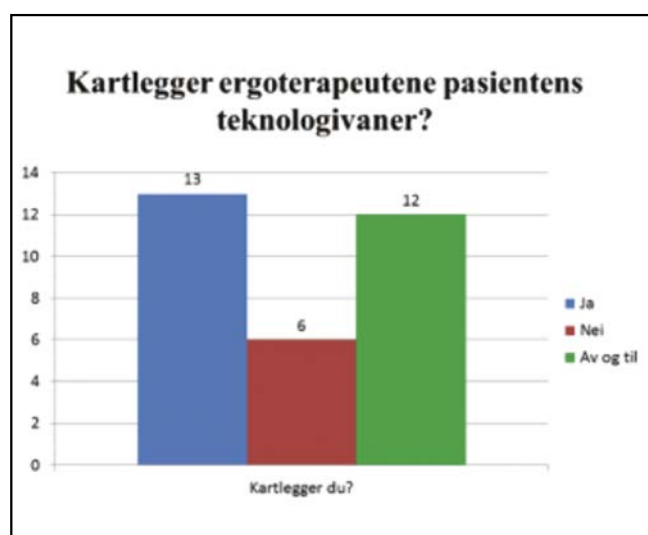
Ergoterapeutene som jobber med tidlig ervervet hjerneskade, har også mange pasienter med kognitive vansker. Her svarer imidlertid de fleste at de ikke har vært så bevisste på å kartlegge bruk av teknologi under oppholdet. I tillegg begrenser både oppholdslengde og den aktuelle problemstillingen under oppholdet hva man fokuserer på i kartleggingen. Dette kan tyde på at det er andre faktorer enn pasientens diagnose som påvirker hvorvidt man kartlegger teknologivaner.

Ergoterapeutene som jobber med ryggmargsskader, multitraumer og nevrologi, har hovedsakelig fokus på hverdagsteknologi ved behov for fysiske tilpasninger. Ved ulykker som gir skade på ryggmarven og fysiske begrensninger, kan imidlertid også hodet bli skadet og gi ulike grader av hjerneskader med kognitive utfall. Man kan derfor anta at det også blant disse pasientene kan være et behov for kartlegging av bruk av hverdagsteknologi med fokus på kognisjon. Det vil være viktig at man først kartlegger og tilrettelegger for den fysiske funksjonsnedsettelsen, for senere å kunne gjøre en vurdering av pasientens bruk av teknologi i praksis. Dersom bruken av hverdagsteknologi hadde vært utdypet i førstegangssamtalen, kunne dette økt bevisstheten rundt problematikken. Uansett ville kartlegging av både fysisk og kognitiv funksjon vært både omfattende og tidkrevende for den aktuelle terapeuten.

Av ergoterapeutene som deltok i undersøkelsen, svarer samtlige at det er relevant å kartlegge pasientens bruk av teknologi. De oppgir også at de ville kartlagt dette hvis det var en del av et standardisert førstegangsintervju. Vi stilte oss da spørsmål om hvorfor et punkt som omhandlet teknologivaner ikke var utdypet i skjemaet for førstegangssamtale? Den generelle tilbakemeldingen var at et slikt punkt er viktig for å sikre at også denne delen av pasientens vanesett blir kartlagt, uavhengig av diagnose. Dette kan tyde på at man som faggruppe kan ha hatt ut-



Figur 1: Hva bruker ergoterapeutene selv av hverdagsteknologi?

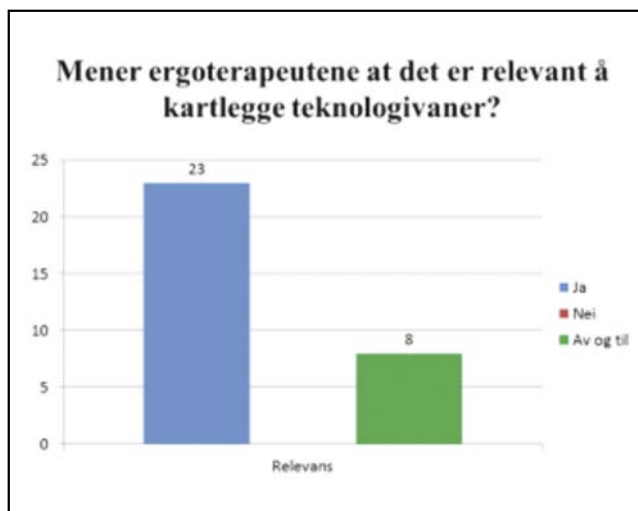


Figur 2: Kartlegger ergoterapeutene pasientens teknologivaner?

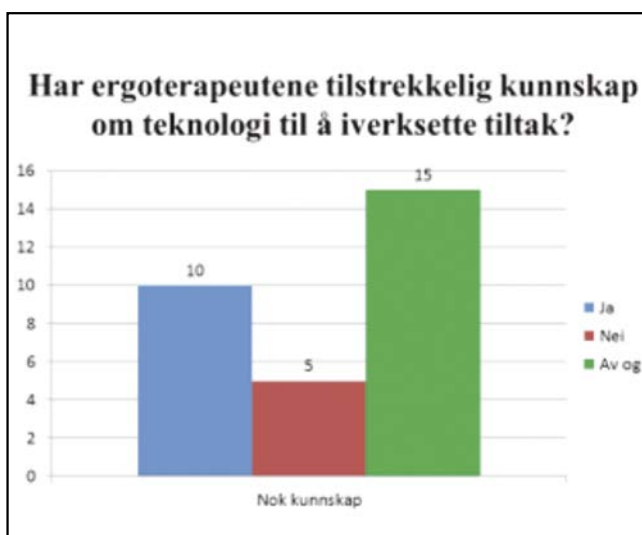
fordringer med å følge med i den teknologiske utviklingen, samt at det ikke har vært et stort fokus i vårt fagfelt. Dette til tross for at det er utviklet ergoterapeutiske redskap som kartlegger bruk av hverdagsteknologi, ETUQ (www.ki.se og www.brainline.org).

PÅVIRKER ERGOTERAPEUTENES EGNE TEKNOLOGIVANER HVORVIDT DE KARTLEGGER OG INTERVENERER INNEN HVERDAGSTEKNOLOGI?

Ergoterapeuter som yrkesgruppe har kompetanse som blir anerkjent når det kommer til hverdagsfungering og bruk av hverdagsteknologi (NOU 2011-11). Innen rehabiliteringsfeltet kartlegger vi pasientenes vanesett, roller og rutiner. Dette for å kunne intervensere i forhold til mest mulig selvstendig



Figur 3: Mener ergoterapeutene at det er relevant å kartlegge teknologivaner?



Figur 4: Har ergoterapeutene tilstrekkelig kunnskap til å iverksette tiltak?

hverdagsfungering, når livet skal leves etter skade (Kielhofner, 2006). I denne sammenhengen kan det være interessant å se på hvor bevisste vi er på egne vaner, og hvordan det påvirker ergoterapipraksisen vår. I undersøkelsen fremkommer at de fleste ergoterapeutene innehar en basiskunnskap om teknologi på lik linje med folk flest i dagens samfunn. Vi er som privatpersoner vant til å bruke mange former for hverdagsteknologi, muligens uten å reflektere over betydningen det har i eget liv. Kan det være en mulighet for at vi selv har dette som en så integrert del av eget vanesett at vi glemmer det i møte med pasienten? Er teknologivaner kommet så gradvis at vi ikke er bevisste på at det er en del av vanesettet vi bør kartlegge? Undersøkelsen avdekker at de fles-

te ergoterapeutene selv bruker hverdagsteknologi i utstrakt grad. Dermed er det naturlig at man anser dette som et viktig område å kartlegge med tanke på pasientenes hverdagsfungering.

Under et rehabiliteringsopphold på Sunnas er førstegangssamtalen utgangspunkt for videre kartlegging og intervensjon. Den første tiden er pasientene erfaringsmessig opptatt av aktiviteter som å kunne forflytte seg, kle på seg selv, og andre primære ADL-funksjoner. Det er ofte senere i rehabiliteringsforløpet pasienten kan få en full forståelse av hvilke krav hverdagslivet hjemme består i etter en skade, og hvilke konsekvenser dette vil få. Et punkt om hverdagsteknologi i skjemaet for førstegangssamtale mener vi i stor grad vil hjelpe pasienten og terapeuten til økt bevissthet rundt hverdagsteknologi. Det kan være hensiktsmessig å se mulighetene og utfordringene ved bruk av teknologi tidlig i prosessen, for å vurdere hvilke tiltak som er nødvendige å iverksette.

Da det er stor utvikling på feltet vil man imidlertid være avhengig av at vi som faggruppe følger med for å kunne bevisstgjøre pasienten. Vi antar at det er stor forskjell på hvor interessert den enkelte ergoterapeut er i teknologiske nyskapinger, men som faggruppe ser vi fordelen med å være nysgjerrig på feltet. Det er behov for en klar bevissthet rundt betydningen hverdagsteknologi kan ha for den enkelte pasient.

HVILKEN KUNNSKAP HAR KOLLEGAENE VÅRE OM KARTLEGGINGSVERKTØY INNEN HVERDAGSTEKNOLOGI, OG HAR DE TILSTREKKELIG KOMPETANSE?

I undersøkelsen fremkommer at kun én ergoterapeut har kjennskap til et standardisert kartleggingsinstrument som spesifikt tar for seg bruk av hverdagsteknologi. Kartleggingsskjemaet heter PDA Intervention Plan. Det er en guide man som terapeut kan bruke for å kartlegge hvilke kompenserende hjelpemidler det kan være aktuelt å ta i bruk. Guiden er beregnet for bruk i rehabilitering av pasienter med kognitive vansker (Gilette et al.). Kartleggingsskjemaet er nå under oversettelse til norsk ved Sunnaas sykehus. At kun én ergoterapeut har kjennskap til et spesifikt kartleggingsverktøy, kan tyde på at kartlegging av teknologivaner hittil ikke har vært noe fokusområde. Under arbeidet har vi også blitt kjent med at det er utarbeidet et kartleggingsverktøy ved Karolinska Institutet som heter ETUQ. Dette er en intervjuguide som fokuserer på pasientens kjennskap til ulike typer hverdagsteknologi (ki.se). Manglende kjennskap til

kartleggingsverktøy kan tolkes som at vi på grunn av alminneliggjøring av hverdagsteknologi ikke er bevisste på å kartlegge. Det kan imidlertid også tolkes som at vi som yrkesgruppe ikke er tilstrekkelig oppdaterte på at det nå er svært vanlig å eie for eksempel smarttelefon, og hvilke muligheter dette medfører. Man kan på bakgrunn av dette tenke seg at pasientens vanesett innen teknologi ikke har blitt tillagt like mye vekt som andre områder innen pasientens vanesett (Kielhofner, 2006).

Våre resultater viser at flere av ergoterapeutene angir at de ikke har tilstrekkelig kunnskap til å kunne bruke hverdagsteknologi som en del av kognitiv rehabilitering. Dette kan medføre at enkelte unnlater å ta tak i problemstillingen og velger ikke å kartlegge. I NOU 11:2011 Innovasjon i omsorg beskrives kognitiv problematikk som en av de vanligste utfordringene for helsevesenet i fremtiden, og ergoterapeutenes kompetanse fremheves som nødvendig i tilknytning til håndteringen av dette. Vår kjernekompetanse som ergoterapeuter består blant annet i at vi har en metodisk tilnærming til aktivitet, at vi tilrettelegger for mestring for å muliggjøre selvstendig hverdagsfungering. Både innen rehabiliteringsfeltet og i kommunene vil pasienter ofte trenge tilrettelegging for å kunne nyttiggjøre seg hverdagsteknologi ved kognitive funksjonsnedsettelse. Dette kan være prosesser som går over tid, der kontinuitet er en viktig faktor for å lykkes. Som ergoterapeuter er vi eksperter på å bistå pasientene i denne prosessen, med motivasjon, strategier for å innarbeide rutiner, planlegging og vurdering av tiltak. Dette anses å være faktorer som er nødvendige for å lykkes med bruk av ytre strategier (Moser og Michelsen, 2015).

Oppsummering

Undersøkelsen viser at det er stor variasjon i hvordan ergoterapeutene på Sunnaas kartlegger pasientenes teknologivaner. Dette avhenger i stor grad av hvilke diagnoser og funksjonsområder den enkelte jobber med, og om pasientgruppen har fysiske eller kognitive funksjonsnedsettelse. I tillegg ser det ut til at den enkelte ergoterapeuts kunnskap og vaner innen bruk av hverdagsteknologi har betydning. Vår undersøkelse har avdekket et behov for en standardisering av hvordan pasientens teknologivaner kartlegges på Sunnaas. Et nytt punkt i førstegangs-samtalen vil kunne sørge for dette.

Denne undersøkelsen omfatter ergoterapeutene på Sunnaas, men vi antar at praksisen på dette feltet også varierer utenfor sykehuset. Da teknologi

tar stadig større plass i vår hverdag, ser vi behov for en kartlegging av ergoterapeuters praksis og kompetanse innen hverdagsteknologi. Vår antakelse er at det finnes et behov for å sette i gang tiltak for å øke ergoterapeuters kompetanse innen hverdagsteknologi. Dette er viktig for å kunne kartlegge og iverksette riktige tiltak, uansett hvilke pasient-/brukergrupper ergoterapeuter jobber med. Dersom ergoterapeuter skal holde seg oppdaterte i en teknologisk hverdag med hurtige endringer, vil dette være et viktig satsingsområde. Dette er også viktig med tanke på kommunenes satsing på hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.

Vi ser at det vil være vanskelig at den enkelte ergoterapeut har den totale oversikt over alle muligheter innen hverdagsteknologi. Det generelle fokuset bør i utgangspunktet være å identifisere utfordringene pasienten har innen bruk av hverdagsteknologi, samt inneha basiskunnskap om mulige tiltak for den aktuelle problemstillingen. Vi ser behov for at den enkelte ergoterapeut kan samarbeide med spesialister innen dette feltet. Kanskje er det behov for et kompetansesenter på nasjonalt nivå som kan veilede ergoterapeuter, men også pårørende og pasienter? En annen tanke kan være at hjelpemiddelsentralen tar ansvar for dette feltet og har ergoterapeuter som «superbrukere» innen området. Uansett ser vi behov for at det finnes et sted hvor informasjon om muligheter innen hverdagsteknologi samles. I vår hverdag får vi for eksempel ofte spørsmål om hvilke apper til smarttelefon som kan være aktuelle å benytte seg av.

Hvordan skal ergoterapeutene holde seg oppdatert når det gjelder hverdagens teknologi? Sentralt her er bevisstgjøring om hverdagsteknologiens betydning for hverdagslivet, muligheter og utfordringer. Utarbeidelse av kurstilbud i form av e-læring eller workshops kan være aktuelt. Vi tenker også at aktuelle kurs bør ha en praktisk vinkling rettet mot aktuell teknologi. Uansett er det viktig å ta vare på vår kjernekompetanse med fokus på meningsfull aktivitet og deltakelse i hverdagen og bygge videre på dette for å møte samfunnets nye utfordringer.

TAKK TIL:

Alle kollegaer som har deltatt i undersøkelsen og prosjektet. Deres tilbakemeldinger og kommentarer i spørreskjemaet har vært viktige i arbeidet med artikkelen. Takk også til Gunnbjörg Aune for verdifull veiledning gjennom skriveprosessen samt generelle tips og språkvask, og Susanne Følstad for god oppfølging i sluttspurten.

Litteraturliste

- Bier, N., Paquette, G., Macoir, J. (2015). Smartphone for smart living: using new technologies to cope with everyday limitations in semantic dementia. *Neuropsychological Rehabilitation*, nr 19, pp. 1-21
- Charters, E., Gillett, L and Simpson, G.K (2015) Efficacy of electronic portable devices for people with acquired brain injury: A systematic review. *Neuropsychological Rehabilitation* 2015, vol 25, No 1. pp. 83-84.
- Evald, L. (2014). Prospective memory rehabilitation using smartphones in patients with TBI: What do participants report? *Neuropsychological Rehabilitation*, nr. 2, pp. 283-297
- Gillette, Y, DePompei, R., Goetz, E. PDA Intervention Plan. BA, NIDRR and University of Akron
- Hansen, P. J. K. (2008). Teknologi og design: hva, hvorfor, hvordan: et fagdidaktisk veiledningshefte. Oslo: Enova
- Haskins E.C et al (2014). *Cognitive Rehabilitation Manual*. Ch. 3, p.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Innovasjon i omsorg. Norsk offentlig utredning*, NOU 11:2011
- Kielhofner, G. (2006). *MOHO: modellen for menneskelig aktivitet*. København: FADL
- Krogstad, J.M., Finset, A., Kristiansen, G., Pfaff, K., Dihle, A.K, Sæther, K. (1991). Huskedagbok og databank: Tverrfaglig samarbeid. *Ergoterapeuten*, nr. 1, s. 20-25
- Lund, M.L, Nygård, L., Kottorp, A. (2014) Perceived difficulty in the use of everyday technology: Relationships with everyday functioning in people with acquired brain injury with a special focus on returning to work. *Disability and rehabilitation*, vol 36, No 14, p. 1618-1625
- Moser, I. , Michelsen, G. (2015). Velferdsteknologi i sosialt arbeid: muligheter og utfordringer. I Kleppe, L.C (red.), *Sosialt arbeid: en grunnbok* (s. 273-283)
- Ness, N.E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L., Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*, Rapport fra prosjekt «Hverdagsrehabilitering i Norge»
<http://www.brainline.org>
<http://hverdagsrehabilitering.no>
<http://ki.se/nvs/everyday-technology-use-questionnaire-etug>
<http://sunnaas.no>



FORDELER MED Å KUNNE STÅ OPPREIST.

Det er mange fordeler ved å kunne stå oppreist. Forskning viser at det hjelper oss å puste enklere og dypere, som igjen er positivt for blodsirkulasjonen. Videre gir det sterkere benstruktur og forebygger spastisitet. Samtidig er det mange psykososiale fordeler ved å kunne stå oppreist blant annet inkludering og større deltagelse i hverdagen. Dette er bare noen av mange fordeler ved å stå oppreist. Les mer i "Fordelene med å stå".

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

permobil.no



permobil

Mindfulness som intervensjon for å forebygge og redusere sykefravær

Av Mari Aanensen, Tommy Haugen og Charlotte Kiland

Abstract

Mari Aanensen er ergoterapeut og ansatt ved Lærings- og mestringssenteret, Sørlandet Sykehus. E-post: Mari.Aanensen@sshf.no

Tommy Haugen er førsteamanuensis og tilknyttet Institutt for folkehelse, idrett og ernæring, Universitetet i Agder.

Charlotte Kiland er førsteamanuensis og tilknyttet Institutt for folkehelse, idrett og ernæring, Universitetet i Agder.

Background: During spring 2014 a learning and mastery center started mindfulness based stress management courses with the aim of preventing sick leave or to help people on sick leave return to work. The main objective of this study was to investigate changes in mindfulness, work ability, quality of life and self-perceived health. Additionally it aimed to investigate the relationship between mindfulness, quality of life and work ability.

Method: The study has a quasi experimental design, without control group, with simplified pre- and post design. The sample consisted of 73 adults who attended an 8 week mindfulness-based course, in three different public hospitals. Participants were either on sick leave or were at the risk of being reported sick because of musculoskeletal disorders or mental disorders. Participants completed measures of mindfulness, work ability, quality of life and self-perceived health, at pre- and post mindfulness course. Changes in key variables were explored with paired t-tests, whereas the Pearson's r correlation analysis was used to examine associations.

Results: Levels of mindfulness, quality of life, work ability and self-perceived health increased significantly from pre- to post course. At start there was moderate correlation between level of mindfulness and quality of life, and low to moderate correlation between level of mindfulness and work ability. By the end of the course the correlation between level of mindfulness and quality of life was maintained, while there was no correlation between level of mindfulness and work ability. However, there was a strong correlation between the change in mindfulness and quality of life, and moderate correlation between the change in mindfulness and work ability.

Conclusion: An eight week mindfulness-based course is believed to be associated with increased levels of mindfulness, which further can be associated with increased quality of life and work ability. This study suggests that mindfulness is an element that may promote health, thus it may also have an impact on sick leave.

Keywords: Mindfulness, mindfulness-based stress reduction, sick leave, work ability, quality of life, self-perceived health.

Manuset ble mottatt 7. juli 2015 og er godkjent 1. juli 2016

Det er ingen kjente interessekonflikter.

Introduksjon

Skandinavia sammen med store deler av Europa og USA står foran et fenomen som omtales som *the healthy population – high disability paradox* (1). På tross av bedre helse, økt automatisering og mindre manuelt arbeid øker andelen arbeidsaktive som mottar uførepensjon (1). Blant medlemslandene i OECD har Norge den høyeste andel sykefravær og uføretrygd (2). I internasjonale sammenligninger har Norge et høyt sykefravær som verken kan forklares med forskjeller i hvordan sykefraværet måles, forskjeller i maksimal varighet eller andre regler for sykmelding (3). Ifølge FNs levekårsindeks er Norge blant verdens beste land å bo i (4), likevel har vi et av verdens høyeste sykefravær. Langvarig sykefravær er en byrde for enkeltpersoner og samfunnet. Det er derfor av betydning at blant annet helsesektoren utforsker tiltak for å fremme arbeidshelse. Denne studien har fokus på mindfulness som et tiltak for å forebygge og redusere sykefravær.

Norge og andre høyinntektsland har stor sykdomsbyrde knyttet til rygg- og nakkesmerter og psykiske lidelser (5). Psykiske lidelser og muskel-skjelettlidelser utgjør sammen de vanligste diagnosegruppene for både sykefravær og uførepensjonering (6, 7) og er blant de største folkehelseutfordringene i dag. Det har imidlertid skjedd vesentlige endringer i årsakene til sykefravær de siste 15 årene. Nær halvparten av alle sykmeldinger skyldes subjektive plager som ikke kan forklares medisinsk, blant annet økte symptomdiagnosen *tretthet/slapphet* med hele 69 prosent fra år 2000 - 2012 (8). Et stort svensk-norsk forskningspro-

sjekt fant at drøyt 50 prosent av de sykmeldte oppga en ikke-medisinsk bakenforliggende årsak for sykefravær (9). Det kunne dreie seg om dårlig ledelse, mobbing, omstilling, konflikter på jobben og andre ikke-arbeidsrelaterte årsaker. Funnene viste at ulike sosiale problemer på arbeidsplassen eller hjemme kunne føre til langvarig sykefravær, selv om det i utgangspunktet ikke handlet om sykdom (ibid.). Sykdomsbildet er i endring, og dagens helseutfordringer stiller nye krav til helsesektoren. Et lærings- og mestringssenter i et av helseforetakene startet våren 2014 et mindfulnessbasert stressmestringskurs rettet mot sykmeldte. (Lærings- og mestringssentre (LMS) arbeider for at pasienter og pårørende skal få informasjon, kunnskap og bistand til å håndtere langvarig sykdom og helseforandringer. Det finnes lærings- og mestringssentre ved alle landets helseforetak og i noen private sykehus.) Kurset finansieres av «Raskere tilbake», som er et nasjonalt tiltak som omfatter tilbud med mål om å unngå sykefravær eller hjelpe sykmeldte raskere tilbake i jobb (10). Dette tiltaket er utgangspunktet for denne studien.

Mindfulness, eller *oppmerksomt nærvær* på norsk, er en bevissthetstilstand hvor man retter oppmerksomheten mot det som skjer i øyeblikket, på en ikke-dømmende måte (11). Å være *mindful* innebærer å observere opplevelser og erfaringer med en aksepterende og åpen holdning uten å følge impulser om å endre eller flykte fra det som utspiller seg, selv om det oppleves ubehagelig eller uønsket (12). En tilstand av mindfulness kan oppnås gjennom ulike mindfulnessøvelser (13).

Den økte interessen for mind-

fulness i vestlig psykologi skyldes i hovedsak utviklingen av standardiserte mindfulnessbaserte intervensjoner (14). Disse integrerer tradisjonell mindfulnesspraksis og moderne psykologiske tilnærminger for å bedre psykologisk funksjon og livskvalitet (14). De to mest anvendte og evaluerte mindfulnessintervensjonene er *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR: 15) og *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT: 16, 17). MBCT er en tilpasset versjon av MBSR med noen elementer fra kognitiv terapi, opprinnelig utviklet for behandling og forebygging av depresjon (16). MBCT og MBSR er tett forbundet og består av de samme hovedelementene (18). Både MBSR og MBCT er gruppebaserte åtte ukers programmer hvor deltakerne lærer å ta i bruk enkle fysiske og mentale øvelser for å øke evnen til å være oppmerksomt tilstede i øyeblikket. Primære elementer i programmene er trening av oppmerksomhet gjennom meditasjon, yogaøvelser, kroppsskanning og dagligdagse aktiviteter (19). I dag finnes en mengde intervensjoner som tar utgangspunkt i systematisk trening av mindfulness for å redusere stress og plager relatert til somatiske og mentale lidelser (20).

Stadig flere studier rapporterer symptombedring som følge av mindfulnessbaserte tilnærminger. Dette gjelder for eksempel angst og depresjon (21, 22), lavere risiko for tilbakefall ved depresjon (23, 24), kronisk smerte (25) og stress og utbrenthet (26, 27). En metaanalyse som kun inkluderte randomiserte kontrollerte studier kan vise til at mindfulness gjennom programmet MBSR reduserer psykiske plager og fremmer helse og livskvalitet i både kliniske og

ikke-kliniske populasjoner (19). Forfatterne konkluderer med at få studier har undersøkt hvordan MBSR-programmet påvirker arbeidsevne, og at det generelt mangler data på langtidseffekter. Khoury et al., (28) fant i sin omfattende metaanalyse at effekten av mindfulnessstrening var større i grupper med psykologiske plager som angst, depresjon og stress enn for fysiske plager som smerter og kreft.

Noen studier har sammenlignet mindfulness med andre aktive behandlinger. Davis et al. (29) sammenlignet mindfulnessstrening med kognitiv atferdsterapi (CBT) og psykoedukasjon for 144 pasienter med smerteproblematikk grunnet revmatisme. Forfatterne konkluderer med at de ulike tilnærmingene kan ha noe å tilby ulike pasientgrupper, men at det å øve på mindfulness og aksept er mer hensiktsmessig for de med mer alvorlig smerteproblematikk og for de med depresjon som tilleggsproblematikk.

Stadig flere studier indikerer at det er selve treningen i mindfulness som fører til økt nivå av selvrapportert mindfulness (19, 28). Carmody og Baer (30) foreslår at mindfulnessstrening fører til økt nivå av mindfulness, som videre fører til symptombedring og økt velvære. I en kontrollert studie fant Nyklicek og Kuijpers (31) at økning i selvrapportert mindfulness helt eller delvis kunne forklare effekten av MBSR på generelt ubehag, utmattelse og livskvalitet. Khoury et al. (28) fant i sin metastudie sterke sammenhenger mellom deltakernes nivå av mindfulness og de kliniske utfallene. En norsk kontrollert studie undersøkte effekten av mindfulnessstrening rettet mot pasienter plaget av stress og

kroniske sykdommer (32). Studien viste bedring i livskvalitet og subjektiv helse, hvor bedring i livskvalitet ble opprettholdt i tre og seks måneder etter kursslutt, mens subjektiv helse bedret seg ytterligere i oppfølgingsperioden. Effekten var størst for psykiske plager og psykisk funksjon (ibid.). Studier har også vist at mindfulness kan være en effektiv strategi for å redusere utbrenthet blant helsearbeidere (27, 33). Vindholmen et al. (34) evaluerte effekten av mindfulness i norsk arbeidsrettet rehabilitering. Mindfulness var indirekte relatert til det å vende tilbake i jobb og til arbeidsevne, gjennom økt livskvalitet. Studien konkluderer med at mindfulness kan gi økt returnering i jobb og økt arbeidsevne gjennom økt livskvalitet. Opplevd arbeidsevne har for øvrig vist seg å være en sterk prediktor for å vende tilbake i jobb etter arbeidsrettet rehabilitering (35). De Vibe et al. (19) viser til en dokumentert sammenheng mellom oppmerksomhetstrening og økt livskvalitet. Videre har livskvalitet vist seg å være relatert til det å vende tilbake i jobb (36). Men det finnes i dag lite forskning på om mindfulness direkte eller indirekte kan påvirke det å vende tilbake i jobb etter sykmelding (19). Utdanningsnivå kan ha betydning for effekten av mindfulnessstrening, Vindholmen et al. (34) fant at deltakere med universitetsutdannelse oftere kom tilbake i jobb. Mindfulness brukes i økende grad som et verktøy i forebygging og behandling av psykiske og fysiske plager relatert til sykefravær. Det finnes imidlertid få studier som har undersøkt sammenhengen mellom mindfulness og arbeidsevne. Med utgangspunkt i et åtte ukers mindfulnessbasert stressmest-

ringskurs rettet mot personer som står i fare for å bli eller har blitt sykmeldte, var målet med denne studien:

- a) å undersøke endringer i mindfulness, arbeidsevne, livskvalitet og selvopplevd helse, og
- b) å undersøke sammenhenger mellom mindfulness, arbeidsevne og livskvalitet ved kursstart og kursslutt.

Metode

STUDIEDESIGN, PROSEDYRER OG ETIKK

Studien har et kvasiekspérimentelt design, uten kontrollgruppe, med forenklet pre- og postdesign (37). Alle (n= 80) som deltok på mindfulnessbasert stressmestningskurs i regi av Lærings- og mestringssenteret (LMS) høsten 2014, fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien, samt skriftlig forespørsel om deltakelse. 73 av 80 personer aksepterte forespørselen, noe som ga en svarandel på 91 prosent. 65 av 73 deltakere fullførte både pre- og posttest. Deltakerne besvarte et selvrapportert spørreskjema som ble utfyllt på kursstedet ved oppstart og ved avslutning etter åtte uker. Det ble samlet inn data fra syv ulike grupper som mottok samme intervensjon, men på tre ulike sykehus til ulike tidspunkt i innsamlingsperioden. Datainn-samlingsperioden foregikk fra august til desember 2014. Det ble innhentet skriftlig informert samtykke fra alle deltakere. Studien ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og ble meldt inn til regional komité for medisinsk forskningsetikk (REK).

UTVALG

Utvalget bestod av personer som deltok på mindfulnessbasert

stressmestringskurs høsten 2014. Kravene for deltakelse i prosjektet var definert av «Raskere tilbake» og LMS. Alle deltakere måtte være i et arbeidsforhold, og måtte være henvist til tilbudet av fastlege. Kurset var diagnoseuavhengig, men deltakeren måtte være sykmeldt eller stå i fare for å bli sykmeldt på grunn av total symptombyrde. Symptomene kunne være diffuse smerter, tretthet, muskel-skjelettlidelser og/eller lettere psykiske lidelser. Kurset var ikke rettet mot personer i langvarig sykmelding som mottar arbeidsavklaringspenger.

INTERVENSJONEN

LMS startet våren 2014 et nytt gruppebasert stressmestringskurs rettet mot personer som har blitt eller står i fare for å bli sykemeldt. Kurset er en del av «Raskere tilbake», som er et nasjonalt tiltak som omfatter ulike behandlings- eller oppfølgingstilbud i NAV og spesialisthelsetjenesten. Målet med prosjektet er å unngå sykefravær eller hjelpe sykmeldte raskere tilbake i jobb. Tiltaket er et samarbeidsprosjekt mellom Helsedirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet, og det bevilges penger over statsbudsjettet (10).

Stressmestringskursene gikk over åtte uker med ukentlige samlinger på tre timer. Kurset var gruppebasert med 8 - 12 personer i hver gruppe og ble ledet av to kursledere med utdanning innen mindfulness. Kurslederne hadde ulik helsefaglig bakgrunn (sykepleier, ergoterapeut, psykolog, folkehelserådgiver) og hadde lang yrkeserfaring fra helsevesenet. Kurslederne gjennomgikk den samme opplæringen innen mindfulness i løpet av høsten 2013 eller våren 2014. Instruktørutdannelsen bestod

av tre samlinger over to dager, fordelt over omtrent fire måneder. De hadde begrenset erfaring med mindfulness fra tidligere, og ingen av instruktørene hadde ledet kurs i mindfulness tidligere. Det var totalt 13 kursledere som ledet syv ulike kurs. Det vil si at en instruktør holdt to kurs, men med ulik kursleder. De resterende fem kursene ble holdt av fem ulike kurslederpar.

Hver samling hadde et fastlagt innhold og forslag til hjemmeøvelser. Samlingene bestod av formelle mindfulnessøvelser, gruppedialog og en kort presentasjon av et tema relatert til stress. Alle kursledere forholdt seg til en fastlagt kursmanual med detaljert beskrivelse av innhold og struktur for hver samling, samt tilhørende PowerPoint-presentasjon. Gruppedialogen dreide seg i hovedsak om deltakernes erfaringer med øvelsene samt med å møte ulike situasjoner i hverdagen med mindfulness. Deltakerne ble oppfordret til å øve 30 minutter hver dag ved å lytte til en CD.

Stressmestringskurset er en tilpasset versjon av *Mindfulness-based Stress Reduction* (MBSR) og *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT). Disse tilnærmingene overlapper i stor grad. Innholdet i kurset tar også utgangspunkt i selvhjelpsboken *Mindfulness – å finne fred og ro i en hektisk hverdag* (38). Denne boken og tilhørende CD fikk alle deltakere utdelt ved kursstart. Kursets hovedelement er å øve opp evnen til å være oppmerksomt tilstede i øyeblikket. Dette gjøres gjennom instruksjon av formelle meditasjonsøvelser (sittende meditasjon, kroppsskanning og mindful yoga) og oppmuntring til integrering av mindfulness i hverdagen. I kroppsskanning ledes

oppmerksomheten fra kroppsdel til kroppsdel, hvor en observerer hva man erfarer av sanseinntrykk i de ulike områdene. Mindful yoga handler om å utvikle tilstedeværelse i kroppen gjennom enkle bevegelser. I sittende meditasjon rettes oppmerksomheten mot pusten. Når oppmerksomheten uvilkårlig vandrer mot tanker, følelser og sanseinntrykk som oppstår, forsøker man å anerkjenne og akseptere disse. I tillegg ble deltakerne oppmuntret til å trene mindfulness i dagliglivet ved å rette full oppmerksomhet mot det man gjør i øyeblikket, enten det er å spise, gå eller snakke. Det foreligger en detaljert beskrivelse av elementene i kursprogrammet i Kabat-Zinn (13, 15).

INSTRUMENTER

Nivå av *mindfulness* ble målt ved hjelp av den norske versjonen av Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) (39). Skjemaet kartlegger fem dimensjoner av en generell tendens til å være mindful i hverdagen: observere, beskrive, nærværende handling, ikke-reagere og ikke-dømme. FFMQ består av 39 ledd hvor de fem dimensjonene skåres ved hjelp av en fem punkts Likert-skala, som går fra «aldri eller veldig sjelden sant» til «veldig ofte eller alltid sant». Disse ble kodet med tallene 1 - 5. Eksempler fra dimensjonene: *å observere* handler om å legge merke til og være tilstede i indre og ytre opplevelser. Eksempel: «jeg legger merke til hvilken lukt eller duft ting har». *Å beskrive* refererer til det å kunne betegne indre opplevelser med ord. Eksempel: «jeg er flink til å finne ord for å beskrive følelsene mine». *Nærværende handling* innbefatter å være bevisst tilstede idet man

Tabell 1 Demografiske data (N= 73)		
		Ved kursstart N (%)
Kjønn	Mann Kvinne	8 (11) 65 (89)
Alder, år	Mean (SD) Range	46 (9) 23-59
Utdanning	Grunnskole Videregående Høyskole/Universitet	12 (16) 18 (25) 43 (59)
Sivilstatus	Enslig Gift/samboende Skilt	7 (10) 54 (74) 12 (16)
Arbeidsstatus (N= 72)	I jobb (fulltid eller deltid) I jobb, delvis sykemeldt/ufør Kun sykemeldt* Kombinasjon** Annet***	33 (46) 13 (18) 19 (26) 5 (7) 3 (4)
Selvopplevd helse	Meget god God Verken god eller dårlig Dårlig Meget dårlig	1 (1) 22 (31) 34 (48) 13 (18) 1 (1)

Note: * Ikke i jobb, mottar ikke AAP/ufør

** Kombinasjon av fullt ufør/AAP, sykemeldt og ufør

*** Arbeidssøker og arbeidsledig

utfører en aktivitet. Eksempel: «*jeg oppdager at jeg gjør ting uten å være oppmerksom*» (reversert skår). *Ikke-dømme* refererer til det å forholde seg til tanker og følelser uten å evaluere dem. Eksempel: «*jeg synes at noen av følelsene mine er dårlige eller upassende, og at jeg ikke burde ha dem*» (reversert skår). *Ikke-reagere* handler om å akseptere ulike indre sinnsstemninger uten å respondere på dem. Eksempel: «*jeg legger merke til følelsene mine uten at jeg trenger å reagere på dem*». Dimensjonen *ikke-reagere* består av syv ledd, mens de andre fire dimensjonene har åtte ledd hver. Gjennomsnittet av de 8 (7) leddene indikerer

nivået på overordnede dimensjoner. Den totale mindfulness-skåren (FFMQ global) ble beregnet ved å legge sammen de fem dimensjonene i mindfulness og dele på fem. FFMQ anbefales å benyttes i måling av mindfulness (19), og den norske utgaven av spørreskjemaet viser gode psykometriske egenskaper (39).

Livskvalitet ble målt ved bruk av Cantril's ladder. Instrumentet består av et spørsmål illustrert med en skala som skal forestille en stige. Deltakerne bes om å vurdere hvilket trinn de befinner seg nå, fra nederste trinn (0) «verst mulige liv» til øverste trinn (10) «best mulige liv». Cantril's ladder er vurdert til å ha

gode psykometriske egenskaper (40).

Arbeidsevne ble målt ved bruk av Work Ability Index' første spørsmål. Deltakerne ble spurt om hvor mange poeng fra 0 - 10 de vil gi sin nåværende arbeidsevne sammenlignet med det de har hatt på sitt beste. 0 betyr «*ikke i stand til å arbeide for øyeblikket*», 10 betyr «*beste arbeidsevne noensinne*». Dette elementet i Work Ability Index blir omtalt som «work ability score» og er vurdert til å ha valide måleegenskaper hos personer i langtidssykmelding av Ahlstrøm et al. (41) og personer i jobb (42). Indeksen ble benyttet i en nylig relevant norsk studie (34).

Selvopplevd helse ble målt med ett enkelt spørsmål: «*Hvordan vil du vurdere din egen helse?*» med de fem svaralternativene «*meget dårlig, dårlig, verken god eller dårlig, god eller meget god*», kodet fra 1 - 5. Denne variabelen er en av de mest benyttede verden over i helserelevante spørreskjemaer og inngår blant annet som første spørsmål i kartlegging av livskvalitet i skjemaet SF-36. Selvopplevd helse er brukt som mål for helse også innen norsk forskning, blant annet i Helse- og levekårsundersøkelsene til Statistisk Sentralbyrå (43), og i Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT), som er Norges største samling av helseopplysninger om en befolkning (44).

Arbeidssituasjon ble målt med ett spørsmål: «*Hvordan er din arbeidssituasjon i dag?*» Svaralternativene var:

- 1) «jeg er i full jobb»,
- 2) «jeg jobber deltid, angi stillingsprosent...»,
- 3) «jeg er sykemeldt, angi prosent...»,

Tabell 2 Endringer i FFMQ*, livskvalitet, arbeidsevne og selvopplevd helse

	Pretest	Posttest			
	Mean (SD)		t	P	Effektstørrelse*
FFMQ (n= 64)					
FFMQ global	22,8 (3,68)	26,3 (3,01)	-7,56	<,001	1,0
Observere	26,0 (5,32)	28,8 (3,81)	-4,85	<,001	0,59
Beskrive	26,4 (6,48)	29,3 (6,16)	-5,39	<,001	0,48
Ikke-reagere	19,0 (4,43)	22,3 (3,78)	-5,11	<,001	0,81
Ikke-dømme	23,4 (5,91)	27,6 (5,70)	-6,42	<,001	0,70
Nærværende handling	19,7 (4,95)	23,5 (3,58)	-5,93	<,001	0,88
Livskvalitet (n= 64)	5,6 (1,64)	6,5 (1,53)	-4,99	<,001	0,59
Arbeidsevne (n= 64)	4,8 (2,59)	5,9 (2,21)	-3,91	<,001	0,48
	Median (IQR)		Z	P	
Selvopplevd helse	3 (1)	3 (1)	-2,38	0,02**	

Note:

*FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire

Gjennomsnitt, standardavvik, t-verdi, p-verdi og effektstørrelse for FFMQ, livskvalitet og arbeidsevne. Median, interkvartil bredde og p-verdi for selvopplevd helse.

*Pre-post effektstørrelser ble kalkulert ved å bruke formelen fra Dunlop (46) beregnet for parede grupper. Mindfulness (FFMQ): dimensjonen ikke-reagere har en mulig scoringsbredde på 7-35. Alle andre dimensjoner har rekkevidde 8-40. Arbeidsevne og livskvalitet er målt med ett spørsmål, skåring fra 0-10.

Alle analyser er utført med paired samples t-test, bortsett fra

**, hvor det ble utført Wilcoxon signed ranks (negative; 8, positive; 18, ties; 37).

- 4) «jeg mottar arbeidsavklaringspenger, angi prosent...»,
- 5) «jeg mottar uførestønad, angi prosent...» og
- 6) «annet...».

Flere svaralternativer var mulig.

Utdanning ble målt ved ett spørsmål: «Hvilken utdanning er den høyeste du har fullført?»

Mulige svar var:

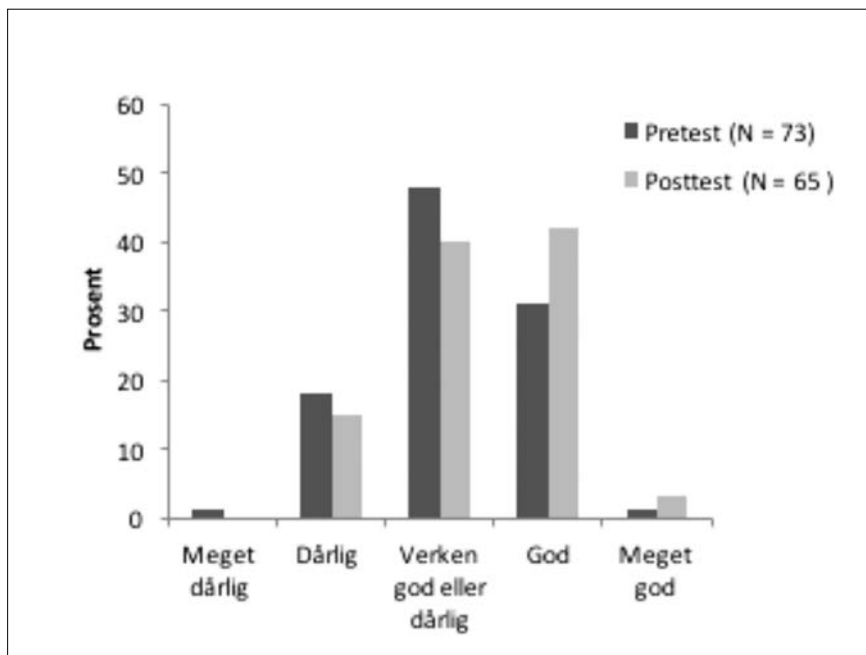
- 1) «fullførte ikke grunnskole»,
- 2) «grunnskole»,
- 3) «videregående skole/artium»,
- 4) «høgskole eller universitet, mindre enn fire år» eller
- 5) «høgskole eller universitet, fire år eller mer».

I alle analyser ble denne variabelen dikotomisert i høy utdanning (høgskole/universitet) og lav utdanning (videregående eller lavere).

STATISTISKE ANALYSER

Data fra spørreskjemaene ble analysert med statistikkprogrammet SPSS (versjon 22). Demografiske variabler ble beskrevet ved frekvensopptellinger og gjennomsnittsverdier (M) og standardavvik (sd), avhengig av dataenes beskaffenhet. For å undersøke endringene i mindfulness, livskvalitet og arbeidsevne ble det brukt paret t-test, mens endringer i selvopplevd helse ble analysert med Wilcoxon signed-rank test. For å undersøke om det var forskjeller i nivå av mindfulness mellom grupper med høy og lav utdanning, ble det brukt uavhengig t-test. Cohens d (46) ble benyttet som mål på effektstørrelser. Paret t-test ble brukt for å undersøke endringen i nivå av mindfulness i gruppene med høy

og lav utdanning. Korrelasjonsanalysen Pearsons r ble brukt for å undersøke sammenhenger. P-verdier <0,05 ble vurdert som statistisk signifikante. Før kalkulerings av de fem dimensjonene i mindfulness (FFMQ), ble manglende data på én eller to verdier erstattet med gjennomsnittsverdien basert på tilgjengelige data innen samme dimensjon. I tilfeller hvor det manglet to eller flere verdier, ble det betraktet som missing case. Øvrige manglende data ble håndtert ved hjelp av listwise deletion. I korrelasjonsanalysene ble differanseskår benyttet som et mål på endring. r^2 viser til fellesvariasjon (r^2) og benyttes for å illustrere effektstørrelse ved bivariate korrelasjoner. Differanseskår ble beregnet ved å trekke pretestskår fra posttestskår på va-



Figur 1 Endringer i selvopplevd helse.

riablene mindfulness, livskvalitet og arbeidsevne. Reliabiliteten for FFMQ ble kartlagt ved å benytte Cronbachsalphakoeffisient (45). Det ble gjennomført independent t-tester for å undersøke eventuelle forskjeller mellom deltakere som deltok på begge tidspunkt og de som falt fra. Det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene på sentrale variabler i studien (mindfulness, arbeidsevne og livskvalitet) ved kursstart.

Resultater

Oversikt over demografiske data og selvopplevd helse vises i tabell 1. Av totalt 73 deltakere var 65 kvinner. Gjennomsnittsalderen var 46 år, med en spredning fra 23 - 59 år. 46 prosent av deltakerne var i jobb uten sykmelding eller andre trygdemottakelser. Det betyr at omtrent halvparten av deltakerne ble henvist til kurset med fare for sykmelding. 44 prosent var delvis eller fullt sykmeldte, henholdsvis 13 og 19 stykker.

ENDRINGER

Tabell 2 viser endringer i mindfulness, livskvalitet, arbeidsevne og selvopplevd helse fra kursstart til kursslutt. Alle variablene endret seg signifikant i positiv retning. Alle de ulike fasettene av mindfulness økte signifikant fra pre-til posttest. Tabellen viser stor effektstørrelse for global FFMQ og fasettene *ikke-reagere* og *nærværende handling* og moderat for *observere*, *beskrive* og *ikke-dømme*. Livskvalitet og arbeidsevne hadde moderat effektstørrelse.

Figur 1 viser endringer i selvopplevd helse fra kursstart til kursslutt. Wilcoxon signed-rank-test viste signifikante forskjeller i selvopplevd helse fra kursstart til kursslutt ($z = -2,377$, $p = 0,02$), selv om medianskåren var 3 både ved oppstart og avslutning av kurs. Med andre ord hadde deltakerne bedre selvopplevd helse ved kursslutt.

SAMMENHENGER

Tabell 3 viser at det ved kursstart var positiv og moderat signifi-

kant sammenheng mellom nivå av mindfulness (global FFMQ) og livskvalitet ($r^2 = 25$ prosent), og lav/moderat sammenheng mellom global FFMQ og arbeidsevne ($r^2 = 8$ prosent). Det betyr at deltakere som hadde høyt nivå av mindfulness, også hadde en tendens til høyere skår på livskvalitet og arbeidsevne. I tillegg var det en moderat sammenheng mellom livskvalitet og arbeidsevne ($r^2 = 26$ prosent). Ved kursslutt var det positiv og moderat signifikant sammenheng mellom nivå av mindfulness (global FFMQ) og livskvalitet ($r^2 = 21$ prosent). Denne sammenhengen er omtrent på samme nivå som ved kursstart. Det var derimot ingen sammenheng mellom global FFMQ og arbeidsevne ved kursslutt. I tillegg viser tabellen en moderat signifikant sammenheng mellom livskvalitet og arbeidsevne ($r^2 = 14$ prosent) ved kursslutt.

Som vist i tabell 3 var reliabilitet for FFMQ tilfredsstillende (44) både ved kursstart og kursslutt, bortsett fra fasetten *observere* i posttest, som viser 0,67.

Tabell 4 viser grad av sammenheng mellom differanseskårene i de ulike variablene ved kursslutt. Differanseskår benyttes som et mål på endring. Alle endringene i fasettene i mindfulness (FFMQ) hadde signifikant sammenheng med endringen i livskvalitet. Endringen i fire av fem fasetter hadde også signifikant sammenheng med endringen i arbeidsevne. Tabellen viser at differanseskåren for global FFMQ hadde sterk sammenheng med differanseskår for livskvalitet ($r^2 = 48$ prosent) og moderat sammenheng med arbeidsevne ($r^2 = 17$ prosent). Det betyr at de som hadde en positiv endring i nivå av mindfulness, hadde en sterk tendens

Tabell 3 Korrelasjon mellom FFMQ, arbeidsevne og livskvalitet ved kursstart og kursslutt

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Livskvalitet	–	.51**	.50**	.43**	.26*	.27*	.37**	.27*
2. Arbeidsevne	.38**	–	.29*	.25*	.14	.18	.27*	.07
3. FFMQ global	.46**	.06	–	.74**	.70**	.62**	.75**	.47**
4. FFMQ beskrive	.23	.01	.74**	–	.56**	.17	.45**	.09
5. FFMQ observere	.10	-.08	.49**	.31*	–	.27*	.26*	.21
6. FFMQ nærværende handling	.47**	-.05	.61**	.24	.14	–	.47**	.23
7. FFMQ ikke-dømme	.41**	.15	.74**	.40**	.06	.48**	–	.21
8. FFMQ ikke-reagere	.35**	.13	.58**	.16	.21	.33**	.36**	–
α (pretest)	–	–	.91	.91	.78	.82	.87	.81
α (posttest)	–	–	.89	.92	.67	.73	.90	.81

Note: Verdier oppgitt som bivariat korrelasjonskoeffisient (Pearsons r) og Cronbachs alpha (α). Korrelasjon ved kursstart er presentert over diagonalen, korrelasjon ved kursslutt er presentert under diagonalen. FFMQ = Five Facet Mindfulness Questionnaire.

** Korrelasjonen er signifikant på 0,01 nivå (2-halet). * Korrelasjonen er signifikant på 0,05 nivå (2-halet).

Tabell 4 Korrelasjon mellom differansescorer for FFMQ, arbeidsevne og livskvalitet

Variabel	2	3	4	5	6	7	8
1. Livskvalitet	.39**	.69**	.43**	.60**	.50**	.47**	.51**
2. Arbeidsevne		.41**	.40**	.47**	.35**	.27*	.03
3. FFMQ global			.75**	.69**	.74**	.80**	.71**
4. FFMQ beskrive				.49**	.41**	.50**	.44**
5. FFMQ observere					.47**	.37**	.27*
6. FFMQ nærværende handling						.48**	.34**
7. FFMQ ikke-dømme							.54**
8. FFMQ ikke-reagere							

**Korrelasjonen er signifikant på et 0,01 nivå (2-halet).

* Korrelasjonen er signifikant på et 0,05 nivå (2-halet).

til positiv endring i livskvalitet, og moderat tendens til positiv endring av arbeidsevne. I tillegg vises en moderat sammenheng mellom endringen i livskvalitet og arbeidsevne ($r^2 = 15$ prosent).

UTDANNING

For å undersøke om det var en forskjell i nivå av mindfulness (global FFMQ) mellom gruppen med lav og høy utdanningsnivå, ble det utført en independent samples t-test.

For å undersøke om begge gruppene hadde økt nivå i global FFMQ, ble det utført en parret t-test. Det var statistisk signifikant økning i global FFMQ-skår fra T1 til T2 både for gruppa med høy (N

= 36, Mendring = 4,08, sd = 3,6, $t = -6,87$, $p=0,01$) og gruppa med lav (N = 26, Mendring = 2,65, sd = 3,6, $t = 3,73$, $p < 0,01$) utdannelse.

Diskusjon

Denne studien tok utgangspunkt i et mindfulnessbasert stressmestringskurs rettet mot personer som var sykmeldte eller stod i fare for å bli sykmeldte. Hensikten var å undersøke endringer i mindfulness, livskvalitet, arbeidsevne og selvpålevd helse, i tillegg til å undersøke sammenheng mellom mindfulness, livskvalitet og arbeidsevne. Funnene viser bedring av mindfulness, livskvalitet, arbeidsevne og selvpålevd helse fra kursstart til kursslutt. Undersø-

kelsen av sammenhenger viser at deltakere som ved kursstart hadde høyt nivå av mindfulness, også hadde en tendens til høyere skår på livskvalitet og arbeidsevne. Sammenhengen mellom nivå av mindfulness og livskvalitet holdt seg stabil, men det var derimot ingen sammenheng mellom nivå av mindfulness og arbeidsevne ved kursslutt. Det var imidlertid sterk positiv sammenheng mellom endringen i nivå av mindfulness og livskvalitet, og moderat positiv sammenheng mellom endringen i nivå av mindfulness og arbeidsevne. Disse endringene skjedde i samme retning, og korrelasjonen kvantifiserer sammenhengen i endringsgraden. Med andre ord,

deltakere med høy positiv endring i mindfulness hadde en tendens til høy positiv endring av livskvalitet og arbeidsevne.

Forbedringen i nivå av mindfulness er i samsvar med funn i lignende studier (29, 47). I tillegg indikerer to ulike metaanalyser at mindfulnessbaserte tilnærminger fører til økt nivå av selvrapportert mindfulness (19, 28). Dette styrker tilliten til at det er trening i mindfulness som gir økt mindfulness, og ikke andre utenforliggende faktorer.

Flere tidligere kontrollerte studier har bekreftet den positive sammenhengen mellom mindfulness og livskvalitet (19, 31, 32) som er et funn i denne studien. Videre tyder funn fra denne studien på at kurs i mindfulness kan tenkes å fremme helse og livskvalitet. Høy livskvalitet kan beskytte mot psykiske vansker (49), som er en av de vanligste årsakene til sykefravær. Videre har livskvalitet vist seg å ha sammenheng med større samarbeidsevne, motivasjon og kreativitet (48), faktorer som får betydning i arbeidslivet.

Studien viser videre bedring av opplevd arbeidsevne. Ifølge Braathen et al. (35) og Vindholmen et al. (34) påvirket grad av opplevd arbeidsevne sannsynligheten for å vende tilbake i jobb etter arbeidsrettet rehabilitering. Reiso et al. (50) fant at opplevd arbeidsevne har vist seg å være en viktig prediktor for sykefravær. De Vibe (32) fant signifikant redusert sykefravær seks måneder etter MBSR-kurs, men foreløpig finnes det få studier som har undersøkt hvordan mindfulness kan være forbundet med endringer i arbeidsevne og det å vende tilbake i jobb (19).

Den signifikante bedringen i selvpoplevd helse er i samsvar

med tidligere funn (19,28), og er en relevant utfallsvariabel innen arbeidshelse, da den har vist klar prediktiv verdi for senere morbiditet, mortalitet, bruk av helsetjenester, langtidssykemeldinger og uførepensjonering (51-55).

Siden det foreløpig finnes få studier om mindfulness og arbeidsevne, er det vanskelig å si hvilken bedring i arbeidsevne som er klinisk relevant. Men når en forbedring i arbeidsevne skjer parallelt med bedring i selvpoplevd helse og livskvalitet, slik denne studien viser, kan det tenkes å ha vesentlig betydning for deltakernes sykefravær og generelle fungering i arbeidslivet. Et viktig spørsmål er imidlertid i hvilken grad disse positive endringene opprettholdes over tid. Dette bør undersøkes videre i kontrollerte studier med lengre oppfølgings-tid.

Deltakerne i denne studien representerte en selektert gruppe med tanke på utdanningsnivå. 60 prosent av deltakerne hadde høyere utdanning, mens det i 2013 var 33 prosent kvinner med høyere utdanning i Norge (56). I denne studien hadde de med høyere utdanning høyere nivå av mindfulness ved kursslutt, men både gruppen med høy og lav utdanning hadde signifikant økning i nivå av mindfulness fra pre- til posttest. Funn i denne og andre studier (28,34) kan tyde på at de med høy utdanning kan ha større effekt enn de med lav utdanning.

Det kan oppfattes som overraskende at grad av mindfulness (FFMQ global) og arbeidsevne ikke er positivt korrelert ved kursslutt, slik det var ved kursstart. Særlig med tanke på den rapporterte forbedringen i begge variabler gjennom perioden. Selv om dette funnet ikke nødvendigvis

er fullstendig forklarbart, kan det tenkes at sammenhengen uteblir fordi mekanismene for endring av arbeidsevne er noe mer komplisert enn for FFMQ. Det er rimelig å forvente en økning i nivå av mindfulness, ettersom intervensjonen tar sikte på nettopp dette. Arbeidsevne påvirkes imidlertid av flere faktorer, et komplekst samspill mellom helse, kompetanse, verdier, arbeidsforhold og sosiale relasjoner (57). En kan derfor ikke nødvendigvis forvente at disse variablene skal endres i takt hos hvert enkelt individ eller i subgrupper av populasjonen. Individer som i utgangspunktet skårer relativt lavt på FFMQ, kan tenkes å ha størst potensielt utbytte av intervensjonen, og motsatt: de som skårer relativt høyt på FFMQ, vil kanskje ikke forbedre seg (prosentvis) like mye. Men individer med lav arbeidsevne ved kursstart trenger ikke nødvendigvis å være de som har den største forbedringen. Dette kan også sees i sammenheng med tabell 2, hvor FFMQ har større effektstørrelse (1.0) enn arbeidsevne (0.49). Den positive endringen i mindfulness kan likevel anses å være av vesentlig betydning, da høy grad av mindfulness blant annet er koblet til bedring av psykisk helse og livskvalitet (19,28). Dette er relevant når den vanligste diagnosen blant personer med nedsatt arbeidsevne som mottar arbeidsavklaringspenger, er psykiske lidelser (58). Det kan med andre ord tenkes at økning av mindfulness kan ha betydning for arbeidsevne på sikt.

En annen mulig forklaring på at sammenhengen mellom mindfulness og arbeidsevne uteblir ved kursslutt, kan være at mindfulnesspraksis har et avgrenset fokus på enkeltindividet. Det vil

si at individet kan oppnå effekter som bedre helse og livskvalitet, men at det er andre tilnærminger som er mer hensiktsmessige for å øke opplevd arbeidsevne, eksempelvis tiltak som i sterkere grad retter seg mot faktorer på et strukturelt eller organisatorisk nivå, slik som arbeidsforhold eller sosiale utfordringer hjemme og på arbeidsplassen.

Sykefravær er en sammensatt folkehelseutfordring som har både individuelle og strukturelle årsaker. Selv om denne studien kan vise til bedring av flere sentrale helsefaktorer, vil individrettede tiltak som mindfulnesskurs neppe være tilstrekkelig i arbeidet med å forebygge og redusere sykefravær. Det er uheldig dersom det rettes et ensidig fokus mot den enkeltes evne til å takle stress, uten at det samtidig rettes fokus mot bedriftens eller samfunnets underliggende problemer. Purser og Loy (59) beskriver denne utfordringen;

Up to now, the mindfulness movement has avoided any serious consideration of why stress is so pervasive in modern business institutions. Instead, corporations have jumped on the mindfulness bandwagon because it conveniently shifts the burden onto the individual employee: stress is framed as a personal problem, and mindfulness is offered as just the right medicine to help employees work more efficiently and calmly within toxic environments (59, avsn.14).

Enkelte kritikere frykter at en gjennom mindfulness finner måter å forholde seg til strukturell urettferdighet på, fremfor å reagere kritisk på for eksempel dårlige arbeidsforhold (59,60). Kritikken

belyser hvordan enkelte former for mindfulness i verste fall kan bidra til at stressproblemer gjøres til et personlig anliggende, mens en ser bort fra organisatoriske og strukturelle forhold som er til belastning for arbeidstakere. Et relevant spørsmål er i hvilken grad mindfulnesspraksis har potensial til å øke bevisstheten om forhold utover individet selv, mot de større sosioøkonomiske og politiske strukturene som bidrar til å skape problemene vi strever med (61). Binder (61) presiserer at mindfulness ikke er en måte passivt å holde ut destruktive livsvilkår på, men at økt bevissthet og tilstedeværelse vil kunne gjøre oss mer oppmerksomme på at vi trenger å endre vår måte å leve på. Det er når mennesker virkelig begynner å kjenne etter hvordan de samfunnsmessige forholdene påvirker dem, at de også kan begynne å reflektere over hva som kunne vært annerledes (ibid.).

Det er imidlertid interessant å se kritikken av mindfulness i sammenheng med at spesialisthelsetjenesten nå tilbyr kurs i mindfulness. Vektleggingen av enkeltindividets ansvar for egen helse er tydelig i de to siste folkehelsemeldingene i 2013 og i 2015 (62,63). Dette kan sees i sammenheng med mer generelle utviklingstrekk i samfunnet, der arbeidstakernes personlige konsekvenser av å arbeide i den nye kapitalismen innebærer at kravet om evne til rask omstilling og maksimal effektivitet i arbeidslivet er et ansvar som forskyves til enkeltindividet (64.). I arbeidet med forebygging og reduksjon av sykefravær er det viktig å se individuelle tiltak som kurs i mindfulness i sammenheng med andre tiltak, både på individ- og strukturelt nivå.

BEGRENSNINGER

Mangelen på kontrollgruppe gjør det vanskelig å si noe sikkert om årsakssammenhenger i denne studien. Bedringen i opplevd livskvalitet, helse og arbeidsevne kan skyldes andre faktorer som det ikke måles eller kontrolleres for i denne studien. Det er mulig å tenke seg at gruppedeltakelse i seg selv kan påvirke utfallet i positiv retning. Det kan for eksempel dreie seg om sosial støtte fra gruppen, omsorgsfull oppmerksomhet fra gruppeleder eller økt evne til å slappe av. Likevel har andre kontrollerte studier vist at mindfulnessbaserte tilnærminger kan redusere psykologiske plager og fremme helse (14, 19, 26, 28). Deltakerne representerer en selektert gruppe med tanke på utdannelsesnivå og kjønn, og for å delta i kurset måtte alle deltakere være i et arbeidsforhold. Dette kan gi begrensede muligheter for generalisering. I studien ble det kun benyttet subjektive mål, dette er en begrensning, spesielt når det gjelder arbeidssituasjon. Det ville videre vært en styrke dersom studien kunne vist til sammenheng mellom mindfulness og grad av sykmelding, og fremtidige studier bør undersøke dette forholdet. Bruk av differanseskår som mål på endringer er omdiskutert. Chronbach (65) stiller seg kritisk, mens for eksempel Rogosa og Willett støtter bruken og skriver: *«when individual differences in true change do exist, the difference score does a good job in distinguishing among individuals»* (66, s. 335). Hvorvidt differanseskårer kan anses som gyldige endringsmål eller ikke, bør tas med i betraktningen når slutninger trekkes fra denne studien.

De fleste av kurslederne hadde begrenset erfaring med mind-

fulness. I både MBSR og MBCT legges det vekt på grundig faglig og personlig fordypning i metoden før en kan sertifiseres som instruktør. Det kan dermed være vanskelig å vurdere «kvaliteten» av mindfulness i kursene. Videre er kursene en tilpasset versjon av de etablerte mindfulnessstilnæringene. Vi kan ikke vite hvordan disse tilpasningene kan ha påvirket utfallet. Det bør også bemerkes at forskningen det vises til i denne studien, i hovedsak har undersøkt effekten av de opprinnelige mindfulnessversjonene (MBSR, MBCT), ikke tilpassede versjoner.

Konklusjon

Studien viste en bedring av mindfulness, livskvalitet, arbeidsevne og selvopplevd helse i løpet av et åtte ukers kurs i mindfulness. I tillegg var det en sterk positiv sammenheng mellom endringen i grad av mindfulness og livskvalitet, og moderat sammenheng mellom endringen i grad av mindfulness og arbeidsevne. Dette indikerer at kurs i mindfulness kan være forbundet med økt nivå av mindfulness, som videre er positivt forbundet med økt livskvalitet og arbeidsevne. Få studier har imidlertid undersøkt hvordan mindfulness kan ha sammenheng med arbeidsevne og det å vende tilbake i jobb etter sykefravær. Funnene i denne studien tyder på at kurs i mindfulness kan være et element som bidrar til forbedring av viktige helsefaktorer som videre kan tenkes å ha betydning for sykefravær og fungering i arbeidslivet. Spesialisthelsetjenestens satsning på kurs i mindfulness kan sees som et uttrykk for en individualiseringstendens i samfunnet generelt og i folkehelsepolitikken spesielt. Samlet sett

er det likevel mye som tyder på at et åtte ukers kurs i mindfulness kan være en viktig intervensjon relatert til sykefravær. Det bør imidlertid bemerkes at mindfulnesskurs som enkelttiltak neppe er tilstrekkelig for å skape varig endring. Sykefravær er komplekst og kan ofte være relatert til sosiale faktorer på arbeidsplassen eller hjemme. Derfor kreves det trolig tiltak rettet mot ytre arbeids- og samfunnsstrukturer parallelt med tiltak rettet mot den enkeltes helsetilstand. Det er for øvrig behov for mer forskning, gjerne kvalitativ, som utforsker betydningen av mindfulness på arbeidsevne og arbeidshelse generelt.

Takk til

Vi vil gjerne få takke alle deltakerne som gjorde denne studien mulig. I tillegg vil vi rette en spesiell takk til Michael de Vibe for nyttige innspill på et tidligere utkast til artikkelen.

Referanser

1. Ferrie JE, Virtanen M, Kivimäki M. The healthy population-high disability paradox. *Occup Environ Med.* 2014 Apr;71(4):232-3. PubMed PMID: 24492070. Epub 2014/02/05. eng.
2. OECD. OECD Factbook 2013: OECD Publishing; 2013.
3. Proba samfunnsanalyse. Internasjonal sammenligning av sykefravær. Oslo: Arbeids- og sosialdepartementet; 2014.
4. UNDP. International Human Development Indicators: United Nations Development Programme; 2014 [cited 2014]. Available from: <http://hdr.undp.org/en/countries>.
5. GBD. Norway Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) Results 1990-2010. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), 2013.
6. Folkehelse rapporten. Folkehelse rapporten 2014. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2014.
7. NAV. Utviklingen i sykefraværet, 4. kvartal 2014. Arbeids- og velferdsdirektoratet, statistikkseksjonen; 2015.
8. NAV. Flere sykemeldte for diffuse plager nav.no: Arbeids- og velferdsetaten; 2013 [cited 2014 04.04.14]. Available from: <https://www.nav.no/344233.cms>.
9. Rønning R. Halve sykefraværet har sosiale årsaker. NRK [Internet]. 2014 13.02.2014. Available from: <http://www.nrk.no/ho/sykefravaer-har-ofte-sosiale-arsaker-1.11507193>.
10. NAV. Raskere tilbake: Arbeids- og velferdsetaten; 2014. Available from: <https://www.nav.no/Arbeid/Jobb+og+helse/Raskere+tilbake>.
11. Kabat-Zinn J. Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2003;10(2):144-56.
12. Baer RA. Self-focused attention and mechanisms of change in mindfulness-based treatment. *Cogn Behav Ther.* 2009;38 Suppl 1:15-20. PubMed PMID: 19697176. Epub 2009/08/22. eng.
13. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: how to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation. London: Piatkus; 2004.
14. Gu J, Strauss C, Bond R, Cavanagh K. How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and well-being? A systematic review and metaanalysis of mediation studies. *Clin Psychol Rev.* 2015 4//;37(0):1-12.
15. Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations

- and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*. 1982 Apr;4(1):33-47. PubMed PMID: 7042457. Epub 1982/04/01. eng.
16. Segal ZV, Williams M, Teasdale JD. *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression; a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press; 2002.
 17. Segal ZV, Williams M, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. 2. edition ed. London, UK: Guilford Press; 2013.
 18. Crane RS, Kuyken W, Hastings RP, Rothwell N, Williams JMG. *Training Teachers to Deliver Mindfulness-Based Interventions: Learning from the UK Experience*. *Mindfulness*. 2010 04/27;1(2):74-86. PubMed PMID: PMC3395358.
 19. de Vibe M. *Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) for Improving Health, Quality of Life, and Social Functioning in Adults*. 2012.
 20. Visted E, Vøllestad J, Nielsen M, Nielsen G. The Impact of Group-Based Mindfulness Training on Self-Reported Mindfulness: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness*. 2014 2014/02/27:1-22. English.
 21. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2010;78(2):169-83.
 22. Sephton SE, Salmon P, Weissbecker I, Ulmer C, Floyd A, Hoover K, et al. Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum*. 2007 Feb 15;57(1):77-85. PubMed PMID: 17266067. Epub 2007/02/03. eng.
 23. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008;76(6):966-78.
 24. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(4):615-23.
 25. Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness Training as an Intervention for Fibromyalgia: Evidence of Postintervention and 3-Year Follow-Up Benefits in Well-Being. *Psychother Psychosom*. 2007;76(4):226-33.
 26. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *J Altern Complement Med*. 2009 May;15(5):593-600. PubMed PMID: 19432513. Epub 2009/05/13. eng.
 27. Cohen-Katz J, Wiley SD, Capuano T, Baker DM, Kimmel S, Shapiro S. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holist Nurs Pract*. 2005 Jan-Feb;19(1):26-35. PubMed PMID: 15736727. Epub 2005/03/02. eng.
 28. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2013 Aug;33(6):763-71. PubMed PMID: 23796855. Epub 2013/06/26. eng.
 29. Davis MC, Zautra AJ, Wolf LD, Tennen H, Yeung EW. Mindfulness and cognitive-behavioral interventions for chronic pain: differential effects on daily pain reactivity and stress reactivity. *J Consult Clin Psychol*. 2015 Feb;83(1):24-35. PubMed PMID: 25365778. Pubmed Central PMCID: PMC4323633. Epub 2014/11/05. eng.
 30. Carmody J, Baer RA. Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *J Behav Med*. 2008 Feb;31(1):23-33. PubMed PMID: 17899351. Epub 2007/09/28. eng.
 31. Nyklíček I, Kuijpers KF. Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: is increased mindfulness indeed the mechanism? *Ann Behav Med*. 2008 Jun;35(3):331-40. PubMed PMID: 18535870. Pubmed Central PMCID: PMC2517090. Epub 2008/06/07. eng.
 32. de Vibe M, Moum T. [Training in mindfulness for patients with stress and chronic illness]. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2006 Aug 10;126(15):1898-902. PubMed PMID: 16915310. Epub 2006/08/18. Oppmerksomhetstrening for pasienter med stress og kroniske sykdommer. nor.
 33. Irving JA, Dobkin PL, Park J. Cultivating mindfulness in health care professionals: A review of empirical studies of mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Complement Ther Clin Pract*. 2009 5//;15(2):61-6.
 34. Vindholmen S, Hoigaard R, Espnes GA, Seiler S. Return to work after vocational rehabilitation: does mindfulness matter? *Psychol Res Behav Manag*. 2014;7:77-88. PubMed PMID: 24600255. Pubmed Central PMCID: PMC3942301. Epub 2014/03/07. eng.
 35. Braathen TN, Veiersted KB, Heggenes J. Improved work ability and return to work following vocational multidisciplinary rehabilitation of subjects on long-term sick leave. *J Rehabil Med*. 2007 Jul;39(6):493-9. PubMed PMID: 17624485. Epub 2007/07/13. eng.
 36. Sjöström R, Alricsson M, Asplund R. Back to work - evaluation of a multidisciplinary rehabilitation programme with emphasis on musculoskeletal disorders. A two-year follow-up. *Disabil Rehabil*. 2008;30(9):649-55. PubMed PMID: 17852298. Epub 2007/09/14. eng.
 37. Polit DF. *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice*. Beck CT, editor. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2014. book p.
 38. Williams M, Penman D. *Mindfulness - å finne fred og ro i en hektisk hverdag: en praktisk veileder*. Arneberg forlag; 2012.

39. Dundas I, Vollestad J, Binder PE, Sivertsen B. The Five Factor Mindfulness Questionnaire in Norway. *Scand J Psychol*. 2013 Jun;54(3):250-60. PubMed PMID: 23480438. Epub 2013/03/14. eng.
40. Diener E. Subjective well-being. *Psychol Bull*. 1984 May;95(3):542-75. PubMed PMID: 6399758. Epub 1984/05/01. eng.
41. Ahlstrom L, Grimby-Ekman A, Hagberg M, Dellve L. The work ability index and single-item question: associations with sick leave, symptoms, and health - a prospective study of women on long-term sick leave. *Scand J Work Environ Health*. 2010 Sep;36(5):404-12. PubMed PMID: 20372766. Epub 2010/04/08. eng.
42. El Fassi M, Bocquet V, Majery N, Lair ML, Couffignal S, Mairiaux P. Work ability assessment in a worker population: comparison and determinants of Work Ability Index and Work Ability score. *BMC Public Health*. 2013;13:305. PubMed PMID: 23565883. PubMed Central PMCID: PMC3637198. Epub 2013/04/10. eng.
43. Folkehelseinstituttet. Egenvurdert helse - Faktaark med statistikk 2008. Available from: <http://www.fhi.no/tema/helse-i-norge/egenvurdert-helse>.
44. Schou MB, Krokstad S, Westin S. Hva betyr selvopplevd helse for dødeligheten? *Tidsskr Nor Lægeforen*. 2006;20(126):2644-7.
45. Cortina JM. What is coefficient alpha? An examination of theory and applications. *J Appl Psychol*. 1993;78(1):98-104.
46. Dunlop WP, Cortina JM, Vaslow JB, Burke MJ. Meta-analysis of experiments with matched groups or repeated measures designs. *Psychol Methods*. 1996;1:170-7.
47. Baer RA, Carmody J, Hunsinger M. Weekly change in mindfulness and perceived stress in a mindfulness-based stress reduction program. *J Clin Psychol*. 2012 Jul;68(7):755-65. PubMed PMID: 22623334. Epub 2012/05/25. eng.
48. Helliwell J, Layard R, Sachs J. World happiness report. United Nations Sustainable Development Solutions Network, 2013.
49. Folkehelseinstituttet. Fakta om livskvalitet og lykke: Folkehelseinstituttet; 2013 [cited 2014 26.04.14]. Available from: http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,8727&List_6212=6218:0:25,8787:1:0:0:0:0.
50. Reiso H, Nygard JF, Brage S, Gulbrandsen P, Tellnes G. Work ability and duration of certified sickness absence. *Scandinavian journal of public health*. 2001 Sep;29(3):218-25. PubMed PMID: 11680774. Epub 2001/10/30. eng.
51. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of



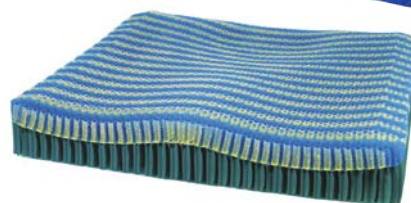
Prøv selv! Bestill produkt demonstrasjon eller gratis demopute nå!

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



Contoured Ekstra Myk Bredere Sittegroup

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



Slimline Ekstra Myk

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

GØRAN SJØDÉN'S REHABSHOP NORGE AS

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

- twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997 Mar;38(1):21-37. PubMed PMID: 9097506. Epub 1997/03/01. eng.
52. Eriksson HG, von Celsing AS, Wahlstrom R, Janson L, Zander V, Wallman T. Sickness absence and self-reported health a population-based study of 43,600 individuals in central Sweden. BMC Public Health. 2008;8:426. PubMed PMID: 19116000. Pubmed Central PMCID: PMC2627845. Epub 2009/01/01. eng.
 53. Benyamini Y, Idler EL. Community studies reporting association between self-rated health and mortality: Additional studies, 1995 to 1998. Res Aging. 1999;21(3):392-401.
 54. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Social determinants of disability pension: a 10-year follow-up of 62 000 people in a Norwegian county population. Int J Epidemiol. 2002 Dec;31(6):1183-91. PubMed PMID: 12540720. Epub 2003/01/24. eng.
 55. Krokstad S, Johnsen R, Westin S. Medisinske og ikke-medisinske risikofaktorer for uførepensjon. Tidsskr Nor Laegeforen. 2002;15(122):1479-85.
 56. SSB. Befolkningens utdanningsnivå, 1. oktober 2013. Statistisk sentralbyrå; 2014.
 57. Ilmarinen J. Ageing workers in the European Union: status and promotion of work ability, employability and employment. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health and Ministry of Social Affairs and Health; 1999.
 58. NAV. Personer med nedsatt arbeidsevne og mottakere av arbeidsavklaringspenger. Arbeids- og velferdsdirektoratet/ Statistikkseksjonen; 2015.
 59. Purser R, Loy D. BeyondMcMindfulness2013. Available from: http://www.huffingtonpost.com/ron-purser/beyond-mcmindfulness_b_3519289.html
 60. Madsen OJ. «Det er innover vi må gå»: en kulturpsykologisk studie av selvhjelp. Oslo: Universitetsforl.; 2014.
 61. Binder P-E. Mindfulness i psykologisk behandling. Oslo: Universitetsforl.; 2014.
 62. Meld.St.34. Folkehelsemeldingen - God helse - felles ansvar. 2012-2013.
 63. Meld.St.19. Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter. 2014-2015.
 64. Sennet R. Det fleksible mennesket: Fagbokforlaget; 2001.
 65. Cronbach LJ, Furby L. How we should measure "change": Or should we? Psychological Bulletin. 1970;74(1):68-80.
 66. Rogosa DR, Willett JB. Demonstrating the reliability of the difference score in the measurement of change. Journal of Educational Measurement. 1983;20(4):335-43.



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

Lynx er markedets mest diskrete varslingsystem



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

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

Lynx markedsføres av GN ReSound Norge. Kontakt oss, din nærmeste audiograf/hørselsklinikk eller hjelpemiddelsentral for å lære mer om Lynx.

GN ReSound Norge AS
Postboks 132 Sentrum
0102 Oslo
Tlf 22 47 75 30
E-post: post@gnresound.no
www.resound.no

ReSound

Hvordan skape et helsefremmende og inkluderende nærmiljø

Av Sissel Horghagen

– Hva forsker du på?

– Jeg forsker på helsefremmende nærmiljø, med salutogenese som den teoretiske bakgrunnen. Jeg er tilknyttet et samarbeidsprosjekt mellom Senter for helsefremmende forskning ved NTNU og Malvik Kommune. I tillegg til å finne ut hvordan kommunen kan tilrettelegge for at nærmiljøet kan bli en helsefremmende arena, samler vi erfaringer på samarbeidet mellom forskning og praksis. Jeg bruker både kvantitative og kvalitative data.

– Hva er dine hovedfunn?

– Kort oppsummert, så kan jeg si at nærmiljøet kan være en viktig arena for helsefremming, særlig for utsatte grupper. Aller mest er det folk utenfor arbeidslivet som synes å kunne dra god nytte av helsefremming i nærmiljøet, som arbeidsledige, uføre, alderspensjonister og ikke minst ungdom og småbarnsforeldre som er hjemme midlertidig. I tillegg tyder mine funn på at helsefremming i nærmiljøet handler om å styrke folks evne til å møte utfordringer senere i livet. I salutogenese kalles dette «sense of coherence». På norsk oversetter vi dette som «en følelse av sammenheng». Kvaliteten på nærmiljøressurser ser ut til å være minst like viktig som tilgjengeligheten – kanskje viktigere, særlig for sosiale grupper med svakere «sense of coherence». Hva som er god kvalitet, kan selvfølgelig variere, men den kvalitative delen av pro-

sjektet tyder på at dette har noe å gjøre med å føle ansvar for og eierskap til ressursene og være involvert i utforming, vedlikehold og drift av nærmiljøressursene og nærmiljøet som sådant. Det handler kort sagt om å ha en viss kontroll over ressursene som brukes i hverdagslivet. Alt i alt kan jeg si at helsefremming i nærmiljøet handler mye om å tilby erfaringer og utstyre individer med materielle og psykososiale ressurser – og om å fremme generell trivsel, livstilfredshet, meningsfylt aktivitet og sosiale relasjoner.

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

– En artikkel kan være «best» på mange måter. Den kan være aktuell for det man tenker på akkurat nå, fordi den reiser noen grunnleggende spørsmål man kan tenke seg å undersøke, eller fordi man synes den er metodisk god. To artikler som er ganske sentrale i det jeg gjør, er Monica Erikssons «Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with health: a systematic review» og «Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review». Her gjør hun et grundig arbeid med å gjennomgå tidligere forskning og etablerer en solid basis for å kunne hevde at «sense of coherence» er viktig og positivt for både helse og livskvalitet. Dette er en sentral del av grunn-



RUCA MAASS

Stipendiat og fast ansatt ved Program for Ergoterapeututdanning, Institutt for helsevitenskap, fakultet for helse- og sosialvitenskap, NTNU.

laget for det jeg gjør nå – som er å se på hvordan vi kan styrke «sense of coherence» gjennom nærmiljøet.

Ellers er jeg spent på en artikkel av min kollega Eva Magnus med flere som skal trykkes nå i høst. Den er basert på en annen del av posjektet jeg er tilknyttet, og beskriver søkekonferanse som metode i folkehelsearbeid. Metoden sikter mot å fremme «eierskap» til tiltak hos de som skal gjennomføre tiltaket, altså representanter for kommunale etater, interesseorganisasjoner og andre viktige aktører i nærmiljøet. Jeg er nysgjerrig på om noen av innsiktene kan overføres til det å etablere eierskap også hos folket, altså de som tiltaket er tenkt for.

– Hva trenger vi ergoterapeuter mer forskning om?

– Jeg mener ergoterapeuter har mye å bidra med innen folkehelse. Vi har god kunnskap om

sammenhengen mellom menneske, aktivitet og omgivelser. Disse sammenhengene er viktige i folkehelsearbeidet. For eksempel er det jo mye fokus på «livsstil», og da gjerne i en negativ sammenheng: at en usunn livsstil fører til dårligere helse. Livsstil, det er jo aktiviteter over tid. Når vi sier at «folk må gjøre det rette», så plasserer vi mye ansvar på individet uten å tenke over hvorfor folk noen ganger velger aktiviteter og livsstil som er «usunne», og hvorfor holdningskampanjer ofte har begrenset effekt. Ofte blir slike kampanjer dessverre litt moraliserende uten at det reflekteres over hvorfor folk gjør det de gjør, ofte mot bedre vitende. Her tenker jeg ergoterapeuter kan bidra med å nøste fra hverandre hvorvidt noen valg skyldes samfunnsmessige forhold og omgivelsene, og hvordan identiteten bygges rundt det man gjør - noe som gjør det veldig vanskelig å endre livsstil uten videre. Så hvordan kan vi endre forutsetningene for «livsstil», både i og rundt enkeltindividet?

– Alt i alt tenker jeg at ergoterapeuter i større grad kan bidra til samfunnsforskning generelt. Dette kan være knyttet til ergoterapi og aktivitetsvitenskap, men jeg tror at vi også har relevant kunnskap for andre disipliner. Menneskelig aktivitet står såpass sentralt i mye av det vi som samfunn og enkeltmennesker gjør, at perspektivet fortjener en større plass i den offentlige debatten.

– På hvilken måte er din forskning anvendbar?

Dette prosjektet er et samarbeid mellom forskning og praksis. Funnene herfra blir brukt av Malvik kommune, i hvert fall til en viss grad. Jeg har presentert resultatene fra min forskning i mange ulike instanser i kom-



Vi har god kunnskap om sammenhengen mellom menneske, aktivitet og omgivelser.

munen - alt fra Plan og bygg til kommunestyret. Malvikstien er et konkret tiltak som har kommet ut av samarbeidet allerede, selv om det nok ikke har så mye med min del av prosjektet å gjøre. Men jeg håper å utvikle lure måter kommuner kan fremme helse gjennom nærmiljøet på - både gjennom å plassere passende ressurser og ikke minst etablere gode prosesser rundt dette med å opprette, drifte og vedlikeholde nærmiljø og nærmiljøressurser på en inkluderende måte. Jeg håper jeg kan finne en «oppskrift», eller i hvert fall noen ledetråder, som kan anvendes flere plasser.

Referanser

Eriksson, M. & Lindstrøm, B. 2007. Antonovsky's sense of coherence scale

and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11):938-944

Eriksson, M. & Lindstrøm, B. 2007.

Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(5):376-381

Maass, R., Lindstrøm, B. & Lillefjell, M.

2014. Exploring the relationship between perceptions of neighbourhood-resources, sense of coherence and health for different groups in a Norwegian neighbourhood. *Journal of Public Health Research*, 3:208

Magnus, E., Knudtsen, S. M. Wist, G., Weiss, D., Lillefjell, M. 2016. The search conference as a method in planning community health promotion actions. *Journal of public health research*. DOI:<http://dx.doi.org/10.4081/jphr.2016.621>.

SENIORFORUM FEIRET TIÅRSJUBILEUM

FRIVILLIG ARBEID – GODT FOR HVEM?

I midten av oktober trommet Ergoterapeutenes seniorforum sammen til seminar i Litteraturhuset. Temaet var frivillighet, og blant innleiderne var ingen mindre enn Jonas Gahr Støre. – Frivillig arbeid er en samfunnskraft som binder oss sammen, sa Arbeiderpartiets leder.

Av Else Merete Thyness

Første kvinne ut var Jeanine Brenna, rådgiver for frivillighet i Kirkens Bymisjon i Oslo og virksomhetsleder på St. Hanshaugen Frivillighetssentral. Under overskriften «Frivillig arbeid - godt for meg?» sa hun blant annet:

– Frivillige er verken helter eller spesielt snille. Tvert imot er de vanlige folk som bidrar til nytte for andre og for seg selv. Sånne mennesker trenger vi. Frivillighet handler om å gjøre noe sammen og få noe til.

GIR DAGEN INNHOLD

Kirsten Grøstad fra frivillighetssentralen i Ski kommune fortalte om frivillighetens plass i nærmiljøet.

– Mange av våre frivillige er pensjonister som søker tilknytning i nabolaget og noe meningsfylt å fylle tiden med.

Men Ski frivillighetssentral engasjerer også andre grupper, som ungdom og mennesker med innvandringsbakgrunn.

– Å være frivillig gir dagene et innhold, sa hun.

TETTPAKKET SAL

Seniorforums seminar hadde lokket mange til Litteraturhuset. Salen var tettepakket av ergoterapeuter, ektemenn, venner, frivillige og andre faggrupper.

– Ergoterapeutene har all grunn til å være stolt av seniorene sine, sa forbundsleder Nils Erik Ness. I sin innledning viste han til at frivillige aktiviteter er noen av de siste aktivitetene eldre mennesker slutter med.

– Først fikk vi mottoet «Lengst mulig i eget hjem». Deretter begynte vi å si «Lengst mulig i eget liv». Nå er det «Lengst mulig i hverandres liv» som teller.

SAMFUNNETS SPORHUND

Sistemann ut var Jonas Gahr Støre.

– Frivilligheten er samfunnets sporhund. Den kan oppdage problemer og utfordringer før de offentlige tjenestene og gjennom det avdekke, hindre og lindre nød. Et samfunn der folk har tillit til hverandre, har ofte høy grad av frivillighet, og det er et godt samfunn å bo i, sa han.



Nils Erik Ness, Jonas Gahr Støre og Liv Hopen deltok alle på Seniorforums seminar om frivillighet.






Fagkongress i ergoterapi
Trondheim
6.-8. november 2017

Har du satt av datoen?

Hverdagen i fokus

kvalitet • mestring • nytenkning • kompetanse



Den norske fagkongressen i ergoterapi finner sted 6.-8. november 2017 i Trondheim. Ergoterapeuter oppfordres til å sende inn abstrakt for muntlig presentasjon, workshop og posterpresentasjoner.



personlig GPS trygghetsalarm

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

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

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

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

Kr. 2.490 i vår nettbutikk www.tryggereliv.no

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




ERGOTERAPISTUDENTENE

Ergoterapistudentenes landsstyre består av representanter fra studiestedene i Oslo, Trondheim, Bergen, Tromsø, Sandnes og Gjøvik.

Av Simen Sjølie



Simen Hernæs Sjølie er leder av Ergoterapistudentene Oslo og Ergoterapeuten-kontakt i Landsstyret.

LANDSMØTET I BERGEN

15. - 17. januar 2016 arrangerte Ergoterapistudentene sitt årlige landsmøte. I år var møtet lagt til Bergen, men da det skulle starte fredag, var vi langt fra fulltallige. Et plutselig kraftig snøvær satte Flesland ut av drift, og flere fly måtte gjøre vendereis. Heldigvis lettet været utover ettermiddagen, og alle deltakere kom seg til slutt på plass.

Landsmøtet er tid for utskiftninger i Landsstyret. Mange takket for seg etter 1 - 2 år med god innsats, men heldigvis var det flere som skulle være med videre. I en studentorganisasjon som vår vil det jo alltid være store utskiftninger, og det at deltakere tar to strake år er viktig for kontinuiteten i arbeidet vårt. Ny leder for Ergoterapistudentene ble David Wefring Osen fra Bergen, og han fikk med seg avtroppende leder Caroline Hansen som nestleder. I tillegg til valg av verv gikk mye av tiden med til rapporter fra de forskjellige lokallagene og kunnskapsoverføring fra det gamle styret til det nye styret. Det ble også tid til litt hygge og sosialisering utenom møtene. Mange valgte å ta seg en tur på Fløyen etter møteslutt lørdag.

KICK-OFF I OSLO

5. - 7. februar var det klart for Kick-off-seminar hos forbundet i Oslo, og tid for skolering i hvordan man driver en organisasjon. Fra Ergoterapeutene sentralt bidro nestleder Tove Holst Skyer, controller Snorre Nergaard og organisasjonssjef Karl-Erik Tande Bjerkaas til at vi fikk god oversikt rundt aspekter som økonomi og drift. De svarte villig vekk på de spørsmålene vi hadde. Planlegging av årets rekrutteringsarrangementer rundt om på studiestedene og Ergoterapiens dag sto også på agendaen.

På lørdagen kom nestleder Bjørn Roberg fra Unio-studentene og fortalte litt om hva de jobber med. Han ville også vite litt om Ergoterapistudentenes kampsaker, og snakket om muligheter for å hjelpe oss med disse. På søndag sto budsjett, årshjul og målprogram på agendaen.

MÅLPROGRAM FOR 2016

Ergoterapistudentene har satt seg et langsiktig mål om å tilrettelegge for at studenter skal kunne bytte utdanningssted under utdanningen. For å oppnå dette vil vi jobbe for at rammeplanen opprettholdes, og jobbe for å

lage en oversikt over krav ved bytte til og fra de forskjellige studiestedene. Ergoterapistudentene kjenner til tilfeller hvor studenter har klart å bytte studiested, men vil likevel jobbe for at dette skal bli lettere å gjennomføre enn det er pr i dag.

Ergoterapistudentene vil i 2016 jobbe videre med samme hovedmål som det forrige styret hadde. Hovedmål: Ergoterapistudentene skal fremme ergoterapistudentenes faglige og økonomiske interesser, samt styrke og utvikle samhold mellom studentene. Ergoterapistudentene vil også jobbe for at alle ergoterapistudenter skal ha samme rettigheter og informasjon i forbindelse med praksis. Viktige aspekter i tilknytning til dette er: Lik økonomisk støtte til alle ergoterapistudenter i praksisperiodene. Alle studenter skal få vite praksisplass minimum 8 uker før praksisstart. Alle ergoterapistudenter skal ha ergoterapeut som veileder under praksisperioden. Det virker også for Ergoterapistudentene som om den fylkesmessige oppdelingen av praksisområder kunne trenge en revisjon, da det virker som det er ledige praksisplasser som ikke benyttes i enkelte fylker, samtidig som det er mangel på praksisplasser i andre fylker.

GLADNYHET FRA ERGOTERAPISTUDENTENE TRONDHEIM

Da Landsmøtet ble avholdt i Bergen i januar var det uten deltakere fra Trondheim til stede. På tross av mange nyinnmeldte studenter på høstens rekrutteringsarrangement var det dessverre ingen som kunne tenke seg å sitte i lokallagstyret på daværende tidspunkt. I lys av dette var 2. nest-



Fra venstre: David Wefring Osen, Elise Solli, Caroline Hansen, Sofie Steffensen Hjel-seng, Carina Charlotte Jensen, Katrin Danielsdóttir, Beate Nyland Fredriksen, Simen Hernæs Sjølie, Hanna Austli Pettersen, Ingrid Kvinge Tande, Malin Alvestad Seland og Marte Walberg Røed.

leder Anita Therese Rosmæl og organisasjonssjef Karl-Erik Tande Bjerkaas fra forbundet samt Simen Sjølie fra Ergoterapistudentene på en snarvisitt hos studentene i Trondheim 4. april for å fortelle litt om hva vi jobber med, og se om det var noen som kunne tenke seg å engasjere seg i lokallaget. Hanna Austli Pettersen meldte seg til tjeneste, og deltok to uker senere på Ergoterapistudentenes Landsstyremøte i Tromsø. Rett etter 17. mai kom gladnyheten om at et nytt lokallagstyre har konstituert seg, og dette vil være en stor fordel i forbindelse med høstens nyrekruttering. Gratulerer, Trondheim!

VEIEN VIDERE

Nå har vi som alle andre hatt en velfortjent sommerferie, men straks studiet var i gang, har de respektive lokallagene forberedt seg til og gjennomført rekrutteringsarrangementer. Tove Holst Skyer og Anita Therese Rosmæl har vært rundt på de forskjellige studiestedene og hjulpet lokallagene med å ha relevant og god

informasjon for blivende medlemmer, noe vi er takknemlige for. Mange har meldt seg inn, men de endelige resultatene er ikke inne ennå - vi kommer tilbake med dem etter hvert. Det er heldigvis mange nye studenter som ser fordelene med å være organisert, og Ergoterapistudentene jobber også for å fange opp 2. og 3. års studenter som ikke har sett lyset ennå.

ERGOTERAPIENS DAG

Lokallagene jobber nå på spreng med å få i stand så gode arrangementer som mulig til Ergoterapiens dag. Noen har inngått samarbeid med regionstyrene, mens andre velger å kjøre løpet selv, samtidig som regionstyrene også har sine egne arrangementer i en del regioner. Ergoterapistudentene håper å bevisstgjøre så mange som mulig på hva ergoterapi er, og å få folk til å se mulighetene som ligger i fagfeltet vårt. Vi kommer tilbake med utfyllende rapport fra de forskjellige studiestedenes arrangementer i neste nummer av Ergoterapeuten.



Rebecca Tvedt Skarberg deltok på RI Norges konferanse om «Opptreppingsplanen for habilitering og rehabilitering».

ER DETTE EN OPPTRAPPING?

– Det er altfor lite penger på bordet til å kunne kalle dette en opptreppingsplan for rehabilitering, sier Rebecca Tvedt Skarberg.

Av Else Merete Thyness

Hun var en av flere innledere på Rehabilitation International (RI) Norges konferanse om «Opptreppingsplanen for habilitering og rehabilitering», som ble lagt fram som en del av statsbudsjettet for 2017. Regjeringen foreslår 200 millioner kroner til planen - 100 av dem som økt rammetilskudd og 100 i øremerkede tilskudd.

– Vi har ventet i mange år på denne meldingen. Det har vært knyttet høye forventninger til den, men dette er ingen satsing på rehabilitering. Hvis kommunene

skal overta flere og flere oppgaver, må det følge penger med.

Rebecca jobber i Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. Hun er glad for at brukermedvirkning er et viktig element i denne planen.

– Det er positivt at brukernes kompetanse blir etterspurt, men det er ikke foreslått en økning i driftstilskuddet til funksjonshemmedes organisasjoner. Hvis det ikke følger penger med, vil muligheten for påvirkning bli dårligere. Eller er det sånn at brukermedvirkningen skal være

«En opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering bør innebære et reelt løft»

Nils Erik Ness

basert på frivillig innsats? spør Tvedt Skarberg.

PASIENTENS HELSETJENESTE

Lisbeth Normann, statssekretær for helse- og omsorgsminister Bent Høie, startet konferansen med en kort innføring i den nye planen, som både skisserer hovedutfordringene på feltet og foreslår strategier for å møte disse utfordringene.

– Denne planen peker ut en ny retning for økt mestring og bedre helse og at det er den enkeltes egne mål og ressurser som skal være utgangspunktet for helsehjelpen som gis. Vi skal skape pasientens helse- og omsorgstjeneste, sa Normann.

Hun mente videre at rehabilitering bør foregå der brukerne lever livene sine. Opptrappingsplanen skal derfor bidra til at kommunene settes i stand til å gi et godt og tilrettelagt rehabiliteringstilbud til sine innbyggere, og etter hvert overta et større rehabiliteringsansvar fra Spesialisthelsetjenesten.

– Da er det behov for mer forskning og kompetanse.

Regjeringen vurderer å endre definisjonen på rehabilitering.

– Dagens definisjon av rehabilitering er ikke tilpasset målet om å mestre et selvstendig liv. Vi mener at rehabilitering ikke er tidsavgrenset, men må sees i et livsløpsperspektiv.

MÅ TENKE LURT

Ergoterapeut og virksomhetsleder i Stange kommune, Mari

Skaven Seierstad, påpekte i sitt innlegg at hvis regjeringen bruker antall innbyggere som fordelingsnøkkel, vil Stange med sine 20 100 innbyggere få 350 000 kroner i økt rammetilskudd til rehabilitering.

– Det er ikke store opptrappingen. For eksempel vet at bare det å ansette én person til koster 850 000. Vi må tenke lurt hvis vi skal få utnyttet de midlene godt.

Hun var glad for forslaget om lovpålagt samarbeid med brukerorganisasjoner.

– Men da trenger vi mer resurser på opplæring av brukerrepresentanter, sa hun.

ØNSKER 500 MILLIONER

Nils Erik Ness sto også på talerlisten.

– Det er mye som er positivt med planen, som at regjeringa erkjenner behovet for ergoterapeuter, at eksisterende rehabilitering innen spesialisthelsetjenesten skal sikres, og at det vurderes en lovendring slik at rehabiliteringspotensialet skal utredes før kompenserende tiltak og tjenester.

Men som mange andre allerede hadde påpekt, mente han at dette neppe var en opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet.

– En opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering bør innebære et reelt løft. Vi mener at 500 millioner vil være et nødvendig beløp i flere år for å sikre en forskyving av tjenestene fra pleie og behandling til rehabilitering og forebygging.



Toril Laberg, Lisbeth Normann og Mette Kolsrud utenfor Kulturhuset i Oslo, rett før konferansen startet.



– Vi må tenke lurt hvis vi skal få utnyttet midlene godt, sa Mari Skaven Seierstad.

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks
9178 Grønland, 0134 Oslo
Sentralbord +47 40 10 05 01
Mobil: 90 03 09 43
Faks: 22 17 25 08
E-post: erik@addmedia.no

CP-KONFERANSEN 2017 «I forkant hele veien»

PÅMELDING: www.cp.no

PRIS: kr. 1200,- inkl. pausemat og lunsj. Ved påmelding innen 15. desember kr. 1000,-.

Oslo Kongressenter
fredag 27. januar
kl. 8.00 – 16.20



Ergoterapeuter og førerkortvurdering

16. – 17. MARS 2017

Bilkjøring er ofte en forutsetning for å kunne leve et aktivt liv. Av hensyn til trafikksikkerheten er det viktig å identifisere sjåfører med økt risiko uten unødige å begrense andre. Dette er et introduksjonskurs for ergoterapeuter som ønsker å bidra med førerkortvurdering.

Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund

Faglig ansvarlig: Hilde Fleitscher, ergoterapeutspesialist i eldres helse og master i folkehelse.

Kurssted: Oslo

Påmeldingsfrist: 20. februar 2017

Kurset er åpent for alle ergoterapeuter, også ikke-medlemmer. **Medlemmer prioriteres.**

Kurset er meritterende for ergoterapispesialister.



Kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og COPM

20. OG 21. APRIL 2017 KL. 09.00 – 16.00
OPPFØLGINGSDAG 12. JUNI 2017

Norsk Ergoterapeutforbund arrangerer i samarbeid med Ergoterapeututdanningen i Oslo og Akershus kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og bruk av instrumentet COPM. Formålet med COPM er å avdekke aktivitetsproblemer, få informasjon om betydningen av ulike aktiviteter, og få brukerens vurdering av utførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse. Dette kan danne grunnlag for videre rehabilitering eller evaluere effekten av tiltak. Dette er et klientsentrert standardisert undersøkelsesredskap, der det er utført en rekke studier i forhold til validitet, reliabilitet, sensitivitet og anvendelighet. COPM er særlig aktualisert i forbindelse med Hverdagsrehabilitering, der en starter rehabiliteringsforløpet med COPM.

Faglig ansvarlig: Ergoterapeut/ph.d. Anne Lund, Høgskolen i Oslo og Akershus, Ergoterapeututdanningen

Kurssted: Oslo

Pris: Medlemmer kr 3000,-, ikkemedlemmer kr 6000,- og studentmedlemmer kr 1500,-
Kurset er meritterende for spesialistgodkjenning med 37,5 timer som ergoterapispesifikt kurs.

1.BEHANDLING/TRENING
0330
**HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER
KULDEBEHANDLING**
CYPROMED AS

Vikaveien 17, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 44 33, fax: 62 57 44 34
wes@cypromed.no www.cypromed.no

Elektriske varmehjelpemidler for alle.

MINITECH AS

Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 78 00, fax: 62 57 77 51
mail@minitech.no

www.minitech.no

Elektriske varmehjelpemidler til barn og voksne

0333
**ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKK-
FOREBYGGENDE HJELPEMIDLER**
ADL PRODUKTER AS

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

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar

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

company@mail.togemo.no

Dekker alle behov for trykkavlastning

VITAL BASE AS

Myrvegen 2, 6060 Hareid

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

firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no

Sårbehandling/trykkavlastnings-

produkter

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

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

0606/0612/0618
ORTOSER
OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo

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

info@ottobock.se www.ottobock.no

Ortoser blir bra!

0630 PROTESER
NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad

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

nto@ortonor.no www.ortonor.no

Spesialist i armproteser.

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

6917 Batalden

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

post@oytex.no www.oytex.no

Uteklær for rullestolbrukere

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona tørkler, Arcona smekker

0909
HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING
ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

0912 HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK
ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

0912 B
HJELPEMIDLER FOR BARN VED
TOALETTBESØK
BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

**0933 HJELPEMIDLER VED VASKING,
BADING OG DUSJING**
ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Servantheis, badebord

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

ERGOGRIIP AS

Skeistøa 199, 5217 Hagavik

Tlf.: 92209399

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

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

www.klubben.no

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

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med pro-
dukter for sansestimulering.

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

0933 B HJELPEMIDLER FOR BARN
VED VASKING, BADING
ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Hev/senk stellebenker/bord, servanter

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Y 1 YRKESKLÆR/SKO
PRAXIS ARBEIDS- OG FRITIDSKLÆR AS

Sjøtun Næringspark, 6899 Balestrand

Tlf.: 57 69 24 10, fax: 57 69 24 93

firma@praxis.no www.praxis.no

En ledende leverandør av yrkesklær, fottøy

og naturhudpleie

4. FORFLYTNING
1203/1206 GANGHJELPEMIDLER
ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

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

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

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

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

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

– PRODUKTREGISTER –

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 ÅS

Tlf: 64 94 21 65

www.follo-futura.no

Gåbord

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1218 SYKLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89

www.alurehab.no

Sykler - man. og el.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1221

RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23

4353 Klepp Stasjon

Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89

www.alurehab.no

Rullestoler - man. og el.

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1221 B RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89

www.alurehab.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com, www.permobil.com

PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo

post@picomedmobility.no

www.picomedmobility.no

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

1224 TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89

www.alurehab.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com, www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1230 OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Overflyttingshjelpemidler, Arcona benløfter,

Dreilett, Jøhl stolløfter

1236 LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

post@hcn.no www.hcn.no

Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten

gjennomgående skinne

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona benløfter

1509 SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1803 BORD

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal

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

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Corpoform basispute

1812 SENER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE TILSATSER TIL MØBLER

ADL PRODUKTER AS

Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

E-post: post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad – hev/senk

1818

STØTTEANORDNINGER

ADL PRODUKTER AS

Bruernv. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

– PRODUKTREGISTER –

1821

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

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEI- SER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

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

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

ASTEC AS

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

K 1 KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

BARDUM AS

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

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/VARSLING

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

2103 OPTISKE HJELPEMIDLER

GEWA AS

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

2109

TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVE- MASKINER OG KALKULATORER

ABILIA AS

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

GEWA AS

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

2110

KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

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

COGNITA AS

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

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

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

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Telefon og telefoner og telefoneringshj.
GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

PICOMED AS

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

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

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2139 LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GEWA AS

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

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

VESTFOLD AUDIO AS

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

2142

SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS

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

info@abilia.no www.abilia.no

BARDUM AS

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

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450

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

GEWA AS

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

Samtalehj.midler

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

TOBII DYNAVOK

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

2144

GYNGETERAPI

PICOMED AS

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

2145 HØREAPPARATER

GEWA AS

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

2146 HØRSELTEKNISKE HJLPEDMIDLER

GEWA AS

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

- PRODUKTREGISTER -

VESTFOLD AUDIO AS

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

2147 SOVEHJELPEMIDLER

PICOMED AS

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

2148 VARSLINGSHJELPEMIDLER

COGNITA AS

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

ABILIA AS

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

GEWA AS

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

GN RESOUND AS

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

PICOMED AS

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

VESTFOLD AUDIO AS

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

2149 POSISJONERINGSPUTER

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

2151 ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

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

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00, Fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Alarmsystemer
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2221 BETJENINGSHJELPEMIDLER IKT

COGNITA AS

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

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

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

Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

GEWA AS

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

Hjelpemidler for omg

PICOMED AS

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

2418

GREPTILPASNINGER OG HJELPEMIDLER

SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER

HÅND- OG/ELLER FINGERGREP

ADL PRODUKTER AS

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

ABILIA AS

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

PICOMED AS

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

3003 LEKER

ABILIA AS

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

BARDUM AS

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

3006 SPILL

KLUBBEN AS

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

3009 MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

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

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no

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

SUNRISE MEDICAL AS

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

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

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

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

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

– PRODUKTREGISTER –

KRABAT AS

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

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Ergonomiske produkter for stellerom/bad,
kjøkken/garderobe i barnehager/skoler.

BAMSE PRODUKTER AS

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

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS

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

BARDUM AS

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

GEWA AS

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

KLUBBEN AS

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

VESTFOLD AUDIO AS

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

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

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

KLUBBEN AS

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

B.ROL

ROLLATORER

SUNRISE MEDICAL AS

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

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

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

Arcona barneseng

SUNRISE MEDICAL AS

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

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
KLUBBEN AS
Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

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

BAMSE PRODUKTER AS

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

BARDUM AS

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

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10

Fax: +47 62 95 06 11

www.klubben.no

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

PICOMED AS

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

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
KRABAT AS
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat trioBike, transportsykkel

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

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

ABLOY

Picomed tlf: 37 11 99 50
Action trykkavlastende

ALVEMA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ARCONA

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

ARDO MEDICAL AG

togemo Med.Supply
tlf: 62 52 62 72

ARRO CONTROL

Hepro tlf: 75 69 47 00

ATENA NORDIC AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

ATO FORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BALDER EL. RULLESTOLER

Hand-Pro tlf: 32 18 16 00

BARRY EMONS

AMAJO tlf: 67 07 43 40

BC-LIFT

Access AS tlf: 62 51 85 00

BERNAFON

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

BEKA HOSPITEC

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BERROLKA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BEST MOBILITY

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BETACARE

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

BO EDIN AB

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

BORRINGIA AS

Hepro tlf: 75 69 47 00

BOS MEDICAL

togemo MedSupply
tlf: 62 52 62 72

CAREZIA AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

CERTEC KLOKKA,TRIACON

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

CIRRUS

Handicare tlf: 69 24 44 00

CLEAN LINE
HYGIENEPRODUKTER
COBI REHAB

Hepro tlf: 75 69 47 00

CONSTELLA

Astec tlf: 22 72 23 55

CONTUR TRYKKAVLASTNING CURA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

CORPOFORM

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

DAYS (DMA)

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DORMA

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

DRAISIN GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DYNAMO STOL APS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DYNAVOX

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

EASYLIFE GRIPESTANG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

ECN SENGELØFTER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

EDU-PLAY

Riktige Leker,tlf: 22 01 78 50/52

EDWARD SENGEN

Eurocontact Norge

ELICARE AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

E-MOBIL HJELPEMOTOR FOR
RULLESTOLER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

EUROFLEX

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FAAC

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

FIBERDYNEN

Picomed AS tlf. 92018007

FITFORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FLIPSTICK. HØYDEREGULERBAR
SITTESTOKK

At ronda tlf: 51 58 87 81

GRANBERG INTERIOR AB

Astec tlf. 22 72 23 55

G. S. SMIRTHWAITE-(PETØ)

Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

HABO VÅTUKPRESSER

At ronda tlf: 51 58 87 81

HAMATIC SENGEUNNER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

H. BOCK

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00
Highriser

HIRO-LIFT GMBH
HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

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

HML REISESENG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STOKK- OG KRYKKEHOLDER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STASTATIV

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HUMANTECHNIK

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

HUNTLEIGH HEALTHCARE

Medinor care, tlf: 22 07 65 00

HØRAT

Oticon tlf: 23 35 59 00

IDC LIFESTAND STARULLE -
STOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ILLER BELTEKJØRETØYER
IMAGETALK

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

JAMES

Picomed tlf: 37 11 99 50

JAZZY EL. RULLESTOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

JØHL HUMAN CARE

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

KNOP

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

KOMBIKLOSSEN

Enteron tlf: 22 64 78 70

KOM - I - KAPP

AMAJO tlf: 67 07 43 40

KOMFYRVAKT

Medinor care tlf: 22 07 65 00

LAVASET SENGEDUSJ
HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN

tlf: 63 87 05 80

LASAL

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

LEVEL PLUS

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

LIKO

Handicare tlf: 69 24 44 00

LOPITAL

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

LUNOLETT

Øy-tex tlf: 57 74 55 20

MEDICA GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINI CROSSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINITECH-VARMEHJ.M. FOR
BARN OG VOKSNE

Minitech AS tlf: 62 57 78 00

MINOS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVING PEOPLE

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVITA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NEATECH RULLESTOLER

Picomed Mobility AS tlf. 90615377

NILBILD AB

Gewa tlf: 66 99 60 00

NORDIC AID

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NORINA PRODUKTER

HML Hjelpemiddelleverandøren tlf: 63 87 05 80

NOTTINGHAM REHAB

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

NTD-HISS AB

Access AS tlf: 62 51 85 00

NYPRO AS

togemo Med. Supply
tlf: 62 52 62 72

OTTO BOCK

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

PEGASUS LTD. ENGLAND

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

PERMOBIL EL. RULLESTOLER

Permobil AS, tlf: 815 30 077

PHRASE-IT, C-INNOVATION AB

cOGNiTA AS tlf: 22 43 05 00

PIKOTECH

Picomed AS tlf: 37 11 99 50

PROXIDENT

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

QUALIWORLD, QUALILIFE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

REBEX TOADUSJ AB

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REHATEC GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REINECKER

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

ROBER LTD.

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

RONDA.OSTEHØVEL

M/KERAMBELEGG

At ronda tlf: 51 58 87 81

ROOMER TAKHEIS

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

SAFE PUTER OG MADRASSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SARO STØTABSORBERENDE

SALER

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

SAVI BARNESENGER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SCHUCHMANN GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SCOOTER-LINE TILBEHØRS -

PROGRAM

SENSE-MATIC AS

Access AS tlf: 62 51 85 00

SHOPRIDER

STEENS INDUSTRIER

Medinor care tlf: 22 07 65 00

STEMMEFORSTERKER, HEARING

PROD LTD

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

STOLETEC

Hepro tlf: 75 69 47 00

STORM EL. RULLESTOLER

INVACARE AS, tlf: 22 57 95 00

STRATUS ELEKTRISKE SCOOTERE

SUNGIFT SCOOTER

Arna Medikal, tlf: 55 24 18 70

SYKLER FOR BARN

Alu rehab AS, tlf: 51 68 18 89

SVAN CARE AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

TERGEO AS

tlf: 22 35 47 07

Bidet elektronisk bidet

THE GRID, SENSORY SOFTWARE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

TIMEX DATALINK

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

TOLARM AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

TOYS FOR THE HANDICAPPED AS

Riktige Leker,
tlf: 22 01 78 50/52

TRULIFE PUTER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

Bidet elektronisk bidet

TT MED

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

UNIK PRODUKTER

Hepro tlf: 75 69 47 00

VASTIA DUSJROM

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

VESTURE CORPORATION

(MICROCORE)

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

V. GULDMANN A/B

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

VILFRED-PUTEN

At ronda tlf: 51 58 87 81

VILGO

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

WELLNESS NORDIC GYNGESTOLEN

Picomed AS tlf: 92018007

WIMA-GRIPEN

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WIMA -LABBEN

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WIMA -UNDERLAGET

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WINSLOW PRESS OG SPEECHMARK

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

WI-VIK, PRENTKE ROMIC INT

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

ØVREBØ REHABILITERING

Øvrebø rehab. AS, tlf: 32 24 42 50

BESTILLING AV KURS- OG STILLINGS- ANNONSER

For bestilling og nærmere
opplysninger:

Erik Sigurdsson

Mobil: 90 03 09 43,

e-post: erik@addmedia.no

Priser:

1/8 side kr 4 500, - 25%

1/4 side kr 6 000, - 25%

1/2 side kr 8 500, - 25%

1/1 side kr 12 500, - 25%

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



Sammen i vinter

De vanlige utfordringene og begrensninger vi opplever til daglig forsvinner når vi er i bakken med Sitski. Vi kan bevege oss like raskt som alle andre.

- Ledsager



Finn glede i felles opplevelser

Det er de enkle ting i hverdagen som kan gjøre en forskjell, både for store og små. Enten det er transport fra A til B, lek og moro - eller bare å være sammen. Snø og kulde kan gi mulighet for mange herlige og minnerike aktiviteter. Begynn planleggingen av vinterens gleder nå og ta kontakt med oss i dag!

- + Sikker og solid
- + Enkel i bruk
- + Individuell tilpasning



SnowComfort



Prashberger Combikjelke