

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



## **Ergoterapeut og prisbelønnet helseleder 6**

Avdelingsleder for Aktivitet og mestring **12**

Erfaringer med bruk av kartleggingsverktøyet LOTCA **36**

Å mestre livet **52**

# 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. 1 – 1. feb / 31. feb

Nr. 2 – 3. april / 28. april

Nr. 3 – 2. jun1 / 30. juni

**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



12



24



52

---

#### REPORTASJE

##### **6 Ergoterapeut og prisbelønnet helseleder**

Av Else Merete Thyness

##### **10 Aldersvennlig bydel**

Av Else Merete Thyness

---

#### NY ARENA

##### **12 Avdelingsleder for Aktivitet og mestring**

Av Else Merete Thyness

---

#### KRONIKK

##### **14 Pensjon i alle kanaler**

Av Erik Orskaug

---

#### FORBUNDET

##### **16 Ergoterapi i fagfeltene psykisk helse og rus**

Av Solrun Nygård

##### **18 Tenk på morgendagen i dag**

Av Roar Hagen

##### **20 Arbeidsavtalen**

Av Berit Førli

##### **22 Nettkurs: Arbeidsdeltagelse**

Av Anita Engeset

##### **24 Tillitsvalgtprisen til Toril Smaaberg**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

---

##### **26 Arrangementskalender 2017**

---

#### FAGLIG

##### **28 Ergoterapeutisk kartlegging av synsvansker etter hjerneslag**

Av Synnøve Glesnes, Helene Johansen og Bård Bogen

---

#### VITENSKAP

##### **36 Erfaringer med bruk av kartleggingsverktøyet LOTCA**

Av Rigmor Leknes, Gunnhild Grue, Tone Næss og Monica Lillefjell

##### **46 Forsker i farten: Line Kildal Bragstad**

Av Unni Sveen

---

#### AKTUELT

##### **48 Forbundets ledere**

Av Seniorforum

##### **50 Ergoterapiforskning ved UiT Norges arktiske universitet**

Av Cathrine Arntzen, Astrid Gramstad, Vår Mathisen og Audhild Høyem

---

#### PÅ DEN SISTE SIDEN

##### **52 Å mestre livet**

Av Anne-Lise Aakervik

---

#### ANNONSER

##### **54 Kurs- og stillingsannonser**

##### **59 Produktregister**

## Hvilke ledere trenger Helse-Norge?

**Det heter seg at «Vi får de politikerne vi fortjener». Da er det kanskje sant at vi får de lederne vi fortjener også. Kanskje det er på tide å spørre oss selv hvilke ledere vi ønsker og hvordan vi skal skaffe oss dem?**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

**Kommunehelsetjenesten** er i en endringsprosess. Vi ser en dreining fra fokus på omsorg og pleie til det å underbygge og støtte menneskers egne ressurser.

*Dette er midt i blinken for ergoterapeuter. Svaret på spørsmålet mitt er: Helse-Norge, og spesielt kommunehelsetjenesten, trenger flere ergoterapeuter på alle nivåer, slik at den utvikles med basis i verdier som fremmer helse og livskvalitet gjennom aktivitet og deltakelse.*

Det er først når ergoterapeuter sitter i lederstillinger, at vi virkelig kan være med og bestemme innholdet i helse- og velferdstjenestene og i folkehelsearbeidet. I lederposisjoner har vi større mulighet til å påvirke de prioriteringene og beslutningene som foretas. Da vil de ergoterapifaglige argumentene komme enda bedre fram, og ergoterapeuter kan bli tydelige og viktige premissleverandører for å kvalitets sikre helsetjenesten.

Det er heller ikke til å komme forbi at med flere ergoterapeuter som ledere er det også større sjanser for at det blir ansatt flere ergoterapeuter. Ikke som en

vennetjeneste, men fordi ergoterapeuter kjenner sin egen kompetanse og vet hvor viktig denne er for å muliggjøre aktivitet, inkludering og deltakelse.

I denne utgaven løfter vi fram to ergoterapeuter som er ledere. I reportasjen «Ergoterapeut og prisbelønnet helseleder» presenterer vi Karsten Dideriksen, ergoterapeut og kommunalsjef i Ål. Han vant prisen som årets helseleder i 2015. I spalten Ny Arena har vi gitt ordet til Kari Holen. Hun leder avdelingen Aktivitet og mestring i Drammen kommune.

Og så utfordrer jeg ergoterapeuter til enten å ta en lederstilling, eller utvikle seg i den retningen. Fra min side lover jeg at alle ergoterapeuter som får en lederstilling i løpet av 2017, skal bli presentert i fagbladet – hvis de selv ønsker det.

Et nyttig steg på veien er kurset *Ergoterapeutene* arrangerer 9. og 10. mars for ledere av ergoterapitjenester i både kommune- og spesialisthelsetjenesten. Se annonsen i dette bladet.

*God jul og godt nyttår!*



**NILS ERIK  
NESS**  
Forbundsleder

## Sikten klar for nye visjoner og mål i 2017

**Slutten av dette året** har vært ekstra inspirerende fordi jeg har møtt så mange dyktige medlemmer innen ulike fagområder. Det er helt tydelig at ergoterapeuter tar hverdagsmestring på alvor.

På de regionale fagpolitiske konferansene har ergoterapeuter demonstrert hvordan de gjør hverdagsmestring og arbeidsdeltakelse mulig for flyktninger, unge med funksjonsnedsettelse, samt personer med psykisk uhelse og rusproblemer. Ergoterapeutene innen spesialisthelsetjenesten gjør en fantastisk innsats, der de med solid kunnskapsbasert praksis kartlegger og trener hverdagsfunksjoner og tilrettelegger for rask tilbakeføring i hjem og arbeid. Barneergoterapeuter knytter kontakter og planlegger kursing.

Vi har markert oss innen hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi og er godt i gang med satsing på hverdagsmestring innen psykisk helse, rusarbeid og arbeidsdeltakelse. Arbeidet har

gitt forbundet nye kontakter og nettverk både lokalt og sentralt. De nye Facebook-gruppene for ergoterapeuter er generøs erfaringsdeling i praksis.

Jeg er stolt over medlemmenes innsats. Hvordan tar vi engasjementet og delingskulturen videre? Jeg oppfordrer medlemmene til å vise mangfoldet i faget på kongressen i november 2017.

Ergoterapeuter er fortsatt sentrale i hjelpemiddelformidling, og forbundet er svært spent på hva ekspertutvalget for hjelpemiddelformidling vil legge fram i januar. Vi har argumentert alt vi kan for å vise at hjelpemidler gjennom folketrygden sikrer hverdagsmestring og retten til samfunnsdeltakelse. Vi er helt på linje med brukerorganisasjonene FFO og NHF, som vi samarbeider med.

Ergoterapeuters vektlegging av hverdagsmestring og deltakelse gjør oss innovative. Dette er også sett i Stortinget, der Venstres Kjenseth begrunner rekruttering av flere ergoterapeuter

med behovet for omstilling, velferdsteknologi og innovasjon. Helseministeren bekrefter at ergoterapeuter er en del av løsningen for å sikre mestring av eget liv. For forbundet blir rekrutteringstilskudd en av de viktigste sakene i 2017.

I november 2017 kan du bidra til å legge føringene fremover på landsmøtet i Trondheim. Regionene skal bestemme hvem som skal delta på landsmøtet, samt velge regionenes styremedlemmer for de neste tre årene. Her kan du påvirke og delta.

Takk, alle medlemmer, for strålende innsats for fag og forbund! Tarifforhandlingene strekker seg nå over nesten hele året, der vi før fikk det meste på plass før sommeren. Innsatsen fra tillitsvalgte er en av pilarene i Ergoterapeutene. Hjertelig takk for innsatsen! Som fagforening er vi våkne og til stede for medlemmene våre, takket være dere.

Godt nytt år! Vi sees vel i Trondheim i november 2017?



# ERGOTERAPEUT OG PRISBELØNNET HELSELEDER

**– Ledelse handler om tilgjengelighet, tillit og det å skape en vi-følelse, sier Karsten Dideriksen. Han er ergoterapeut og kommunalsjef i Ål kommune.**



Ål er en kommune i Hallingdal i Buskerud med cirka 5000 innbyggere. Kommunen grenser til Hemsedal i nord, Gol i øst, Uvdal i sør, og Hol i vest. Kommunesenteret er tettstedet Ål.



Vi starter besøket med å reise opp i høyden for å få oversikt over bygda. – I Ål er alle helsetjenestene samlet i sentrum, forteller Karsten Dideriksen.

I juni fikk jeg en hyggelig mail fra en ergoterapeut som tipset meg om Karsten Dideriksen, ergoterapeut og kommunalsjef i Ål kommune. I mailen sto det blant annet: *«Karsten Dideriksen har et overordnet ansvar for helse- og omsorgstjenester. Nå er han aktiv i utvikling av Norges første avdeling som blir drevet av helseforetak og kommuner i fellesskap. Han er også pådriver for et tett samarbeid mellom kommunene i Hallingdal og spesialisthelsetjenesten Vestre Viken»*.

Min interesse ble straks fanget. Rask googling fortalte meg at Karsten Dideriksen i 2015 vant prisen som årets helseleder. For et par uker siden satte jeg meg derfor på toget til Ål for å besøke den foretaksomme og populære kommunalsjefen.

## KJENN FOLKENE DINE

– Det å være leder gir en unik mulighet til å påvirke det lokalsamfunnet jeg lever i. Jeg anser meg selv som en heldig mann fordi jeg får drive med det mest spennende i verden, sier Dideriksen.

Han mener at for å lykkes som leder må man kjenne de menneskene man skal lede, og vite hva som opptar dem.

– Den danske kokken Henrik Boserup har skrevet en kokebok som lister opp ingredienser, men utelater mål og vekt. Han sier at mat er som mennesker – du må vurdere råvarene før du putter dem i formen.

## FØRSTEGENERASJONS HALLING

Karsten Dideriksen er dansk, og han utdannet seg til ergoterapeut i Odense, den største byen på Fyn.

– Som nyutdannet fikk jeg et tremåneders vikariat på en psykiatrisk behandlingsinstitusjon i Hedalen i Valdres. Der traff jeg min kone. Etter tre år flyttet vi til Hallingdal, siden disse dalstrøkene ligger midt mellom Vestlandet, der hun kommer fra, og Danmark.

Han startet yrkeskarrieren i Ål som avdelingsleder på ergoterapiavdelingen, men etter hvert fikk han tilbud om et vikariat som pleie- og omsorgssjef. I 2006 fikk han fast stiling som helse- og sosialsjef, en stillingstittel som senere ble endret til kommunalsjef.

– Jeg elsker å jobbe med pasienter, men jeg finner enda større glede i å jobbe med organisasjoner og menneskene i dem. Det er morsomt å få ting til å fungere.

I årenes løp har han lært seg



Helseminister Bent Høie delte ut prisen for Årets helseleder til Karsten Dideriksen på Norsk sykehus- og helsetjenesteforenings lederkonferanse i Oslo. I begrunnelsen sto det blant annet at Dideriksen har utviklet en lederkultur som skaper trygghet og tillit i organisasjonen. Foto: NSH

å gå på ski og fått seg hallingbunad.

– Jeg regner meg selv som første-generasjons halling, smiler han.

### HALLINGHELSE

Et stikkord for Dideriksens lederstil er samarbeid.

– Den beste måten å utvikle seg på er å jobbe sammen med andre, sier han.

Denne filosofien har blant annet blitt realisert gjennom «Hallinghelse».

– Med bakgrunn i samhandlingsreformen har de seks kommunene i Hallingdal satt sammen et team som består av en samhandlingsleder, en folkehelsekoordinator og en koordinator for kompetanse, læring og mestring.

De skal bidra til at vi samarbeider best mulig om å gi gode helsetjenester til befolkningen, forklarer Dideriksen.

Samarbeidstiltaket har blant annet resultert i en felles folkehelseplan for innbyggerne i Hallingdal, et interkommunalt demensteam og samarbeid om psykisk helse og rus.

### HELSETUNET I ÅL

Alle Åls sosial- og helsetjenester er samlet i Ål helsetun, som ligger midt i sentrum. Her finner vi statlige og kommunale tjenester under samme tak.

– Målsetningen er at du skal ha like gode behandlingstilbud og føle deg like trygg, enten du bor i Hallingdal eller Oslo, sier Dideriksen.



Ål helsetun huser både kommunale og statlige helsetjenester. – Sammen skal vi sørge for at brukerne føler seg trygge og ivarettatte, sier Karsten Dideriksen.



*Den intermediære avdelingen har 20 sengeplasser og tre fulltids leger. – Dette hadde ikke kommunen fått til alene sier Karsten Dideriksen. Her sammen med overlege Rune Rindal.*



*I tilknytning til sykehjemsavdelingene finner vi en vakker sansehage.*

Samlokaliseringen av helsetjenestene har flere heldige konsekvenser.

– Den korte avstanden mellom de forskjellige fagmiljøene gjør det mye lettere å samarbeide og samhandle. De ansatte opplever at de er en del av noe større. Det er også en fordel for brukerne og de pårørende at tjenestene er lett tilgjengelige.

### **SJUKESTUGU OG HELSESENTER**

Rett innenfor hovedinngangen til den store bygningen henger det et skilt hvor det står Ål helsesenter på den ene siden og Hallingdal sjukestugu på den andre.

Hallingdal sjukestugu er spesialisthelsetjenestens forlengede arm til dalen og tilbyr, i tillegg til somatisk døgnavdeling, helse-tjenester som dialyse, blodbank, laboratorium, røntgen og somatisk og psykiatrisk poliklinikk.

Under Ål helsesenter ligger kommunale tilbud som legekonsultor, legevakt, fysio- og ergoterapi, dagsenter og et sykehjem med

vekt både på korttidsopphold og demens.

Dideriksen forteller at Ål bu- og behandlingssenter i de siste åtte årene har hatt status som Utviklingssenter for sykehjem i Buskerud.

– Det å være vertskommune for et prosjekt som dette er en anledning til å utvikle seg. Det gir oss et ansvar for å drive med fag- og utviklingsarbeid, og dette krever at vi har en god plan for samarbeid med de andre kommunene, spesialisthelsetjenesten og høyskoler og universiteter.

### **INTERMEDIÆR AVDELING**

I 2016 ble det åpnet en intermediær avdeling på Ål helsetun. Her samarbeider Hallingdal-kommunene og Vestre Viken om ti interkommunale plasser og ti sykehusplasser i én og samme avdeling. Pasienter kan behandles før, i stedet for eller etter innleggelse på sykehus.

– Med en intermediær avdeling kan vi behandle flere pasienter i



## «Alle skal ha noen å spise med og være sammen med, og andre skal merke det hvis du en dag ikke er der.»

Karsten Dideriksen

den kommunen de bor i. Vi blir aldri et sykehus, men vi skal være det beste lokallmedisinske sentret du kan tenke deg.

Skjæringspunktet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten gir et stort potensial for læring og forskning. Hallingdal sjukestugu har allerede vært basis for en ph.d.-grad, og den er godkjent som institusjon for videreutdanning til spesialist i allmennmedisin.

### ERGO- OG FYSIOTERAPI

Ål helsetun består av over 30 000 kvadratmeter gammel og ny bygningsmasse. Interiøret er tradisjonsrikt og hjemmekoselig, og vinduene er store og slipper lyset inn. Vi kan gå tørrskodd fra den ene avdelingen til den andre.

I underetasjen ligger en kafe-teria, et dagsenter for eldre og ikke minst kårstuen, hvor de eldre selv arrangerer sammenkomster.

– De sa de var bedre på det enn oss, smiler Dideriksen.

Han mener det er viktig å ha dagtilbud som gjør at folk kan samles.

– Alle skal ha noen å spise med og være sammen med, og andre skal merke det hvis du en dag ikke er der.

Rundt hjørnet for dagsenteret ligger fysio- og ergoterapiavdelingen. Her møter vi Åls to ergoterapeuter: Tove Bråten med ti års fartstid som kommuneergoterapeut, og Erlend Lerøen, som både er nyutdannet og nyansatt i Åls hverdagsrehabiliteringsteam.

– Jeg hadde lyst til å jobbe

på et lite sted og med hverdagsrehabilitering, så dette er midt i blinken, sier han.

### PSYKISK HELSE

Vi avslutter dagen med en visitt hos den første ergoterapeuten som kom til bygda: Maj-Britt Svartveit. Hun er nå avdelingsleder for Psykisk helse og rus.

For å komme til henne må vi forlate bygningene som utgjør det Dideriksen kaller for «smultringen», og bevege oss noen korte skritt over til en liten brun trebygning.

Maj-Britt Svartveit forteller at også innen psykisk helse og rus er de opptatt av tilgjengelighet og kontinuitet. Videre samarbeider de nært med Hallinghelses folkehelsekoordinator og jobber mye med forebygging og tidlig innsats

– Blant annet har vi fokus på barn og unge og familienettverk.

### NOMINERT AV EGEN GRUPPE

Maj-Britt Svarstad er en av de ni avdelingslederne som inngår i kommunalsjefens ledergruppe. Dideriksen mener det ikke er tilfeldig at to av de ti som utgjør lederteamet, er ergoterapeuter.

– Vår utdanning legger grunnlaget for samspill mellom mennesker og det å se etter muligheter og løsninger, sier han begeistret.

Det var denne ledergruppen som nominerte ham til Helselederprisen 2015.

– Det er ekstra hyggelig, for det må jo bety at de trives på jobben.



Tre ergoterapeuter på et brett: Tove Bråten, Erlend Lerøen og Karsten Dideriksen.



Maj-Britt Svartveit er avdelingsleder for Psykisk helse og rus og sitter i Dideriksens ledergruppe.

# ALDERSVENNLIG BYDEL

**Nordre Aker bydel i Oslo er pilot for utvikling av alders- og demensvennlige tiltak. – Det overordnede målet er at vellykkede tiltak i bydelen skal inngå i en fremtidig Oslo-modell for alders- og demensvennlige byer, sier prosjektleder Heidi Karlsrud Nordal.**

Oslo har som første by i Norge blitt tatt opp i Verdens helseorganisasjons globale nettverk av aldersvennlige byer. I bydel Nordre Aker er de i gang med et toårig prosjekt som handler om hvordan man skal ta vare på eldre i fremtiden.

– Et kjernepunkt i satsingen er å se tiltak og strategier på ulike områder i sammenheng, slik at vi kan bidra til gode livsvilkår for bydelens eldre generelt, og for personer med demens og deres pårørende spesielt, sier Heidi Karlsrud Nordal.

## OPPLÆRING I NÆRMILJØET

Mari Gundersen er ergoterapeut i bydelens demensteam. Hun har blant annet vært med på å gi opplæring i «demensvennlige omgivelser» i nabolaget.

– Det er viktig at mennesker med demens kan være aktive i sin egen hverdag. Samtidig ser vi at det kan oppstå misforståelser og ubehagelige situasjoner i nærmiljøet. Nå har vi for eksempel kurset de ansatte på nabolagets apotek i hvordan de kan møte personer med demens på en god måte. Det handler mye om praktiske tiltak som å vise dem veien til det de spør etter, i stedet for å peke, og å ha et forstørrelsesglass ved kortautomaten, så den



Sammen om opplæring av frivillige. Fra venstre: Ann Cathrin Holm, Øyvind Henriksen, Mari Gundersen, Lina Marie Brathaug, Elin Linløkken og Lisbeth Rugtvedt. Foran: Heidi Karlsrud Nordal. Foto: Karl Andreas Kjelstrup.

blir lettere å se. Vi planlegger et lignende opplegg for de ansatte i matbutikken, sier Gundersen.

## BRUKERMEDVIRKNING

Brukermedvirkning er sentralt i prosjektet. Blant annet samarbeider de med Eldrerådet og brukerrådet ved eldresentrene for å få innspill om hva som kan gjøres bedre for eldre i bydelen.

– Vi har også hatt to folkemøter. Her spurte vi blant annet hva som skal til for at folk skal kunne bo lengst mulig hjemme. Mange trakk fram det å kunne bo på én flate, at dørkarmene er brede nok for rullestol og rullator, og at det er et godt kollektivtilbud

i nærheten, forteller Mari Gundersen.

## FRIVILLIGHET

Frivillighet er et annet satsingsområde.

– Hvis eldre skal fortsette med aktiviteter som å handle mat, gå på apoteket og drive med fritidsaktiviteter, blir frivillige viktige. Vi har hatt opplæring både på frivillighetssentralen og med de frivillige som driver turgrupper. Vi har også signert en avtale med Nasjonalforeningen for folkehelse, slik at vi kan dra nytte av deres opplegg med å ha en aktivitetsvenn, forteller Gundersen.

# ASSISTEP

## TRAPPEASSISTENTEN

“

Etter noen runder med AssStep ble det en helt ny verden, nå som han har noe foran å støtte seg til.

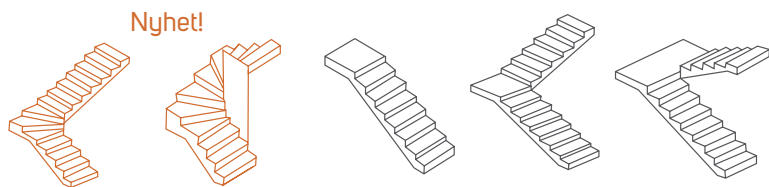
- Ektefelle til AssiStep bruker, Stjørdal



## Nå også til svingtrapper

AssiStep er et nyskapende og allerede gjennomprøvd hjelpemiddel som gir støtte til personer som føler seg ustø når de går i trapp. Så vel som fallprevensjon, er AssiStep for mange til hjelp ved at det gir trygghet og mestring av eget liv i eget hjem. Nå er produktet også tilgjengelig for trapper med sving, i tillegg til rette trapper og trapper med repo, og kan enkelt tilpasses i de ulike trappene som finnes i våre hjem.

Disse trappene kan AssiStep installeres i:



1. L-trapp m/sving 2. U-trapp m/sving 3. Rett trapp 4. L-trapp m/repo 5. U-trapp m/repo

AssiStep er utviklet i Norge i samarbeid mellom fagpersoner, studenter, brukere og terapeuter i Trondheim. Ta kontakt med Hepro dersom du ønsker en demonstrasjon eller har noen spørsmål.

RING OSS GRATIS PÅ  
**02366**  
✉ MARKED@HEPRO.NO

**HEPRO**  
-easy life







# **NAVN**

Karete Holen

# **STILLING**

Avdelingsleder for Aktivitet og mestring

# **HVOR**

Drammen kommune

## **Avdelingsleder for Aktivitet og mestring**

Av Else Merete Thyness

### **– Hvor jobber du?**

– Jeg jobber i helsetjenesten i Drammen kommune.

### **– Hva jobber du som?**

– Stillingstittelen min er avdelingsleder for Aktivitet og mestring. Aktivitet og mestring er en tverrfaglig avdeling med totalt 38,4 årsverk, fordelt på fysioterapeuter, ergoterapeuter, service-medarbeidere, en sykepleier og en hjelpepleier.

Terapeutene i Aktivitet og mestring bidrar med tjenester til voksne over 18 år og eldre, både hjemmeboende og på

institusjon. Alle terapeutene som jobber med hjemmeboende, har ansvar for hverdagsrehabilitering sammen med hjemmetjenesten. I tillegg kommer «vanlig» fysioterapi og ergoterapi. Vi har også et tverrfaglig hjemmerehabiliteringsteam. Kommunalt hjelpemiddellager gir tjenester til innbyggere i alle aldre. Både i vår avdeling og i Drammen kommune generelt er vi gode på tverrfaglig samarbeid, og vi har hverdagsmestring som tankesett i alle oppgavene vi gjør.

### **– Hvor lenge har du hatt jobben?**

– Jeg har vært avdelingsleder for ergoterapitjenesten og hjelpemiddelteamet i kommunen fra første januar 2013. Jeg fikk ansvar for hjemmerehabiliteringsteamet første mai 2015. Helsetjenesten ble omorganisert i 2015, og fra første september 2015 ble jeg avdelingsleder for Aktivitet og mestring.

### **– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?**

– Den viktigste arbeidsoppgaven min er å motivere de ansatte og ha fokus på oppdraget vi får fra ledelsen, som kort sagt er å tilrettelegge for at flest mulig skal oppleve mestring og selvstendighet i sin egen hverdag. Aktivitet og mestring skal være en pådriver for tverrfaglig samarbeid, slik at vi bruker kompetanser på tvers i avdelingen og på tvers i kommunen. Jeg har også ansvar for fag og fagutvikling og økonomien i avdelingen, noe som er svært spennende, men også tidkrevende, er personalarbeid. Man kan ikke skille personalarbeid, fagutvikling og økonomi. De går hånd i hånd og påvirkes av hverandre.

Vi har et stort fagmiljø hos

oss, noe som byr på mange muligheter. Her deler vi på fag og forskning, kompetanse og erfaring. Vi har egne tverrfaglige erfaringsdelingsmøter med hverdagsrehabilitering som tema en gang i måneden. I tillegg har vi «tverrfaglig fagsnutt», der vi tar opp ny forskning, referer fra kurs, diskuterer aktuelle kasus, eller diskuterer problemstillinger innen for eksempel etikk, en gang i måneden.

Drammen kommune startet med hverdagsrehabilitering i oktober 2015. Da fikk vi tilført flere ressurser innen både ergoterapi og fysioterapi. Vi har ikke et eget hverdagsrehabiliteringsteam, men alle ergoterapeutene og fysioterapeutene, foruten hjemmerehabilitering, jobber med hverdagsrehabilitering sammen med hele hjemmetjenesten – noe jeg tenker er ganske utradisjonelt og spennende.

Denne uka har vi hatt en to dagers samling med hele avdelingen, der fokus har vært på mer effektive tjenester, samarbeid og deling av kunnskap og erfaringer. Det har vært kjempebra, og jeg er så stolt av alle mine kollegaer i avdelingen.

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

– Jeg bruker den hele tiden! Jeg ser mye på motivasjon for arbeidsoppgaver og samspill mellom miljøet og oppgavene de ansatte skal gjøre. Jeg bruker stadig kompetanse fra aktivitetsanalyse – hva skal til for å kunne gjøre en arbeidsoppgave? Hvordan kan arbeidsoppgaven tilrettelegges både i miljøet og for den enkelte ansatte? Jeg opplever stadig at jeg bruker kompetanse i å se helheten av oppdraget, ikke bare delelementer.





*Avdeling Aktivitet og mestring på avdelingssamling høsten 2015.*

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

– Ikke nødvendigvis. Her er jeg personalleder for flere faggrupper. Det viktigste er å ha en iboende lederegenskap og vilje, kunne motivere og se den enkelte ansatte samt ha fokus på oppdraget vi har fått fra politikerne.

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

– Dette er på sett og vis ikke en utradisjonell og nyskapende måte å jobbe på. En avdeling er satt sammen av de fagfolkene som jobber med samme type brukere – det vil si at vi er en oppgaveorientert organisert avdeling. Avdelingens navn fikk jeg påvirket under organiseringen. Vi jobber med mestring for den enkelte og tilrettelegger for aktivitet. Hjemmetjenesten formidler at stor grad av tilstedeværelse, og

samarbeidet med terapeutene har endret deres arbeidshverdag. Det er mer fokus på mestring av daglige aktiviteter, og vår avdeling er selvsagt pådrivere for dette. Det er jeg veldig stolt av!

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

– Det er svært spennende å ha ansvar for andre faggrupper. Det er også utfordrende med så mange ansatte som skal følges opp på ulike måter. Det at de har ulik fagbakgrunn og derfor delte meninger om ulike ting, er også en utfordring, men det er det som gjør det spennende å ha en tverrfaglig gruppe. En annen ting å bryne seg på er at vi gir tjenester til alle i kommunen og må samarbeide med mange ulike tjenester og instanser. Når man starter opp med nye tilbud eller oppgaver, skal dette innføres med

for eksempel ni ulike hjemmetjenester.

Det mest givende med jobben min er at jeg har så utrolig mange engasjerte ansatte som vil det beste for avdelingen og brukerne våre. Når brukere eller samarbeidende tjenester forteller gode historier om bedring eller godt samarbeid, blir jeg jublende glad og stolt! Jeg anbefaler selvsagt andre ergoterapeuter å ta lederstillinger.

Jeg vil også påpeke at ergoterapeuter må bli flinkere til å ta sjanser på jobber som byr seg. Flytt til et annet sted hvis drømmejobben kommer, ta utfordringen å søke jobber der ergoterapi ikke nødvendigvis er nevnt i annonsen. Søk lederstillinger, selv om det vil si at du må lede andre faggrupper. Det er en utfordring – men ergoterapeuter har masse kompetanse som egner seg i lederstillinger.

# PENSJON I ALLE KANALER

**Pensjon er et hett tema. I offentlig sektor har regjeringen satt på bremsene i endringsprosessen, men i randsonen til offentlig sektor jobber arbeidsgiversiden aktivt for å bytte fra offentlig tjenstepensjon til innskudd eller hybrid. I privat sektor foregår det en kamp om hvor gode tjenstepensjonsordningene skal være. Pensjon kommer til å stå høyt på dagsordenen både i fagbevegelsen og i politikken i mange år framover.**

Av Erik Orskaug

Etter pensjonsoppgjøret i 2009 har arbeidstakerorganisasjonene i offentlig sektor bygd et tett og godt samarbeid. Vi har kommet langt i en felles forståelse for at pensjonsordningen i offentlig sektor bør endres. Etter at Arbeids- og sosialdepartementet la fram en utredning av offentlig tjenstepensjon i desember 2015, sa vi at den påslagsmodellen som ble presentert, var et grunnlag for videre arbeid.

Det var derfor overraskende da regjeringen kort tid etter sa at de ikke ville forhandle om offentlig tjenstepensjon med arbeidstakerorganisasjonene. Her har Høyre og Fremskrittspartiet tutet oss ørene fulle i flere år om at vi har holdt igjen for videre tilpasning av offentlig tjenstepensjon til den nye folketrygden. Så, uten noen begrunnelse, setter de på bremsene selv. Arbeidstakersiden tok etter dette likevel initiativ til at utredningsprosessen med Arbeids- og sosialdepartementet burde fortsette. Det gjør den, men med lite trøkk og forpliktelse fra regjeringens side. Der står vi. Hvis ting fortsetter slik, skjer det ikke noe med offentlig tjenstepensjon før etter stortingsvalget 2017. Og da trenger vi en ny regjering for å komme fram til forhandlingsbordet.

## AFP-HULLENE MÅ TETTES

Hvis vi i offentlig sektor skal gå over til en påslagsmodell hvor samlet pensjon blir summen av ny folketrygd, en ny offentlig AFP som likner på livsvarig privat AFP, og en ny offentlig tjenstepensjon, må den nye AFP-en være uten de alvorlige hullene som dagens private AFP har. Dette kan gjøres ved å gi dem som ikke kvalifiserer til AFP, en forsikret AFP. Slutter du i offentlig sektor og begynner i privat sektor, vil du da få med deg en forsikret AFP. Det samme må de som ikke har nok opptjening til å kvalifisere til en full AFP, få, og de uføre og de med særaldersgrense må få forsikret AFP for at den samlede alderspen-



*Erik Orskaug er sjefsøkonom i Unio.*

sjonen fra 67 år blir god nok. Sammenliknet med det som var alternativet i regjeringens modell i 2009, som arbeidstakerorganisasjonene sa nei til, kan dette bli den beste forbedringen i en ny modell.

## AKTIVITET I RANDSONEN

I offentlig sektors randsonen finner vi en rekke bedrifter og virksomheter som leverer tjenester til offentlig sektor fordi disse er konkurranseutsatt, eller fordi virksomhetene er skilt ut av offentlig sektor og bare delvis er finansiert av det offentlige. Mange er egne rettssubjekter med egne styrever som må forholde seg til private rammebetingelser. Med dagens lave renter vil ansvaret for regulering av pensjonsrettighetene for de som har sluttet i virksomheten, kunne være særlig tyngende.

Dette har ført til at mange arbeidsgivere i disse virksomhetene har ønsket å gå over til innskuddspensjon eller hybrid for sine ansatte. De vil fortsatt slite med den «ryggsekken» de har, det vil si regulering av rettigheter for tidligere ansatte, men de vil, hvis de bytter pensjonsordning, ikke pådra seg flere nye forpliktelser på dette området.

Endel arbeidsgivere som vil bytte tjenstepensjonsordning, benytter seg også av muligheten til å gå over til en billigere ordning, som i tillegg til å gi mindre risiko også sparer mindre for den enkelte arbeidstaker. Det er beklagelig å se hvordan enkelte hovedorganisasjoner på arbeidsgiversiden sloss om å tilby bedriftene medlemskap som gir de billigste pensjonene. Dette understreker hvorfor det er viktig at tjenstepensjonen er tariffestet – da kan ikke arbeidsgiver skalte og valte med de ansattes pensjoner etter eget ønske.

## HVEM TAR REGULERINGSRISIKOEN?

Private barnehageeiere eller fristilte forskningsinstitutter, for å nevne noen, kan ønske å kvitte seg med



risikoen knyttet til pensjonsordningene. I en offentlig tjenstepensjonsordning er det arbeidsgiveren som tar ansvaret for at dine opptjente pensjonsrettigheter (pensjonskapitalen) hvert år oppreguleres med lønnsveksten. Det koster noe ekstra å sikre en slik regulering. Forpliktelsene må synliggjøres i virksomhetenes regnskaper, såkalt balanseføring, og motsvares av tilsvarende egenkapital, noe som ofte kan virke tyngende for mange virksomheter. Med en enkel innskuddspensjon slipper virksomheten å ta dette ansvaret. All risiko er i innskuddspensjonene veltet over på den ansatte. Går det dårlig i kapitalmarkedet, blir pensjonen lavere, og går det bra, blir den høyere.

### FØRSTE KRONE OG FØRSTE DAG

I privat sektor har 1,2 millioner arbeidstakere innskuddspensjon. Flertallet har den dårligste lovpålagte minimumsordningen, obligatorisk tjenstepensjon, hvor det spares to prosent av den delen av lønna som overstiger et grunnbeløp (92 000 kroner).

Det er flere pensjonskamper i privat sektor som vi i offentlig sektor tar for gitt. For det første må det finnes en måte å samle rettighetene du tjener opp

hos den nåværende arbeidsgiveren din, og rettigheter fra tidligere jobber med innskuddspensjon, såkalte pensjonskapitalbevis, til forvaltning på én konto, slik at du får lavere administrasjons- og forvaltningskostnader.

I dag gir små pensjonskapitalbevis nesten ingen avkastning, fordi forvaltningskostnadene som forsikringselskapene tar, spiser store deler av avkastningen.

For det andre må pensjonsrettigheter i tjenstepensjon tjenes opp fra første krone, som i folketrygden, og ikke først for inntekter over 92 000 kroner. For det tredje må pensjonsrettigheter tjenes fra første dag. Det må ikke være slik at de som går i vikariat og i midlertidige jobber som varer mindre enn ett år, mister pensjonsrettigheter for denne tiden.

Og for det fjerde bør pensjonsordningene ha kjønns- og aldersnøytrale premier og livsvarig utbetaling for ikke å diskriminere kvinner, som lever lenger enn menn. Da holder det ikke med dagens innskuddspensjonsordninger, da må en velge hybrid som nå så smått begynner å bre om seg i privat sektor og i randsonen til offentlig sektor, der arbeidstakerorganisasjonene flere steder har en hånd på rattet all den tid pensjon er tariffestet.

### 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](http://permobil.no)

**permobil**



# ERGOTERAPI I FAGFELTENE PSYKISK HELSE OG RUS

**Forbundsstyret har vedtatt at satsningsområdene «arbeidsdeltakelse» og «psykisk helse og rus», skal videreføres fra 2016 til 2017.**

Av Solrun Nygård



*Solrun Nygård er seniorrådgiver i Norsk Ergoterapeutforbund..*

**M**ålet for satsingen innen psykisk helse og rus er tredelt:

- 1 Mål på brukernivå: Personer med utfordringer knyttet til psykisk helse eller rusavhengighet skal mestre hverdagen bedre.
- 2 Mål på samfunnsnivå: Vi skal få mer bærekraftige tjenester ved at behov for sykemeldinger og offentlige tjenester reduseres og deltakelse i arbeidslivet blir høyere.
- 3 Mål for Norsk Ergoterapeutforbund: Vi skal ha flere stillinger for ergoterapeuter innen fagområdene psykisk helse og rusavhengighet, slik at kompetansen vår kommer brukerne og samfunnet til gode.

## **SURFE VIDERE PÅ BØLGEN**

Hverdagsrehabilitering har vært hovedprioriteringen for faglig og politisk arbeid i forbundet over noen år. Det har vært en klok satsning som har gitt gode resultater.

Det er nå uttalt politikk at brukermedvirkning skal tas på alvor, og at tjenestetilbudet skal bli mer forebyggende, med fokus på aktive, tverrfaglige tiltak med egenmestring som mål. Dette er nødvendig for å møte brukernes behov og samtidig utvikle mer bærekraftige tjenester. Politikerne har også erkjent at ergoterapeuter

er så sentrale i dette arbeidet at de gjennom lov pålegger alle kommuner å ha ergoterapeut fra 2020.

Politiske føringer for fagfeltet slår fast at personer med psykiske helseutfordringer eller rusmiddelproblematikk skal få bistand til å leve et godt hverdagsliv der de bor, ut i fra egne ønsker og behov. Brukernes stemme skal danne grunnlag for utforming og valg av tjenester. Brukerne skal også kunne velge et behandlingstilbud som er medikamentfritt.

Dette ligger tett opp til modellen for hverdagsrehabilitering og fokus på hverdagsmestring for å muliggjøre aktivitet og deltakelse.

Forbundsstyret ønsker at Ergoterapeutene skal kommunisere til sentrale beslutningstakere at denne modellen og dette tanke settet med små justeringer er like relevante for personer som strever med å mestre hverdagen på grunn av utfordringer knyttet til psykisk helse eller rusavhengighet.

## **KONKRETE TILTAK**

### **Markedsføring av ergoterapi**

Forbundsstyret har utarbeidet et politisk dokument som redegjør for forbundets forståelse av utfordringene knyttet til fagfeltene, og hvordan ergoterapeuter vil møte disse.

Dokumentet skal brukes som grunnlag for utarbeidelse av mer

spissede brosjyrer, som igjen kan brukes i møte med for eksempel brukere, beslutningstakere og samarbeidspartnere.

Ergoterapeutene holder også på med å revidere kompetansebeskrivelsen sammen med utdanningene. Dette arbeidet skal være ferdig på nyåret. Det er mange som ikke kjenner til hvilken kompetanse vi har. Da må vi fortelle dem det. Kompetansebeskrivelsen vil kunne brukes i dette arbeidet.

For at forbundet skal få et bedre grunnlag for valg av strategi i videre markedsføring er det behov for en bedre oversikt over hvor og hvordan ergoterapeuter jobber innen psykisk helse og rus. Det er sendt ut en spørreundersøkelse til medlemmene som vil gi oss noen svar på dette.

## **Nettverksbygging**

Mange ergoterapeuter arbeider som den eneste representanten for yrkesgruppen vår på arbeidsplassen. Det er derfor opprettet en Facebook-gruppe, «Ergoterapi – psykisk helse og rus» som skal inspirere, legge til rette for deling av spennende erfaringer, gi mulighet for å stille spørsmål og stimulere til debatt. To uker etter etableringen av gruppa har den 230 medlemmer! Alle oppfordres



til å bidra til en raus delingskultur og til å gjøre denne Facebook-gruppa til et aktivt debattforum som bringer oss framover.

### FAGLIG UTVIKLING

De fagpolitiske konferansene i regionene, som ble gjennomført i november, hadde arbeidsdeltakelse og psykisk helse på programmet.

Ergoterapeutene skal holde kurs 27. og 28. mars 2017 med temaet «Hverdagsmestring – psykisk helse og rus», hvor eksempler fra praksis og forskning skal gi påfyll og inspirasjon til å utvikle ergoterapitjenestene på spesialist- og kommunehelsetjenestenivå videre.

Tidsskriftet Ergoterapeuten planlegger et temanummer om psykisk helse og rus som skal komme ut i desember 2017.

Ergoterapeutenes FOU-midler

prioriterte i 2016 søknader innen fagområdene arbeidsdeltakelse, psykisk helse og rus. Det var syv prosjekter som fikk midler. Fire av disse hadde problemstillinger knyttet til psykisk helse. Den samme prioriteringen videreføres i 2017.

### POLITISK PÅVIRKNINGSARBEID

Ergoterapeutene vil være aktive i å markedsføre ergoterapi i høringer og annet som omhandler fagfeltene. Vi har allerede sendt inn en høringsuttalelse angående en foreslått forskriftsendring der kommunene får betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter innen psykisk helsevern og Tverrfaglig Spesialisert Rusbehandling (TSB).

Ergoterapeutene vil være våkne og se hvor det er mulig å spille inn hvordan ergoterapeuter med sin kompetanse kan bidra

til å løse samfunnspolitiske mål. Regionene oppfordres til å gjøre det samme på lokalt nivå.

### FAGLIG PÅVIRKNINGSARBEID

Ergoterapeutene har en representant med i den sentral referansegruppen for utvikling av pakkeforløp innen psykisk helse og rus.

Forbundsleder Nils Erik Ness skal holde et innlegg om hverdagsmestring på en nasjonal konferanse innen rusfeltet.

Seniorrådgiver Solrun Nygård er valgt inn i styret for Rådet for psykisk helse.

Alle medlemmer oppfordres til å komme med innspill til videre arbeid! Dette kan gjøres gjennom Facebook-gruppa «Ergoterapi – psykisk helse og rus» eller ved å kontakte seniorrådgiver Solrun Nygård.



## 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](mailto:ks@permobil.com)

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



**permobil**

# TENK PÅ MORGENDAGEN I DAG



**Det er egentlig godt at vi ikke vet hva som skjer i morgen, verken med oss selv eller våre nærmeste. Men det kan lønne seg å tenke litt fremover likevel.**

Av Roar Hagen



*Roar Hagen er ansatt i Ergoterapeutenes forsikringsselskap*

**V**i gjør det alle sammen. Vi utsetter, utsetter og utsetter. De fleste har sikkert erfart å vente med selv viktige ting til det er for sent.

Men noen ganger kan det være lønnsomt å gjøre tiltak før skaden eller ulykken er der. Derfor kan livsforsikring være helt avgjørende om uhellet først skjer. Du kan ikke forsikre deg mot å bli syk eller skadet, men du kan forsikre deg mot de økonomiske konsekvensene av sykdom, skader og dødsfall.

Det er dumt å utsette dette. Kanskje du skal ta tak i det nå?

Som medlem i Norsk Ergoterapeutforbund har du tilbud om flere forsikringer som kan dempe skadevirkningene om du skulle være uheldig. Ektefellen eller samboeren din kan også være med. Prisene for forsikringene er antakelig lavere enn hva du tror.

## **MEDLEMSPRIS**

Disse forsikringene kan du kjøpe til medlemspris:



- *Uføreforsikring*  
Engangsutbetaling hvis du blir minimum 50 prosent arbeidsufør, uansett grunn.
- *Kritisk sykdom-forsikring*  
Engangsutbetaling 30 dager etter diagnose om en alvorlig sykdom.
- *Livsforsikring*  
Engangsutbetaling ved dødsfall, uansett grunn.

- *Familieulykkesforsikring*  
Engangsutbetaling hvis én i nærmeste familie får varig mén etter en ulykkeshendelse. Dekker også blant annet benbrudd og behandlingsutgifter etter en ulykke.

#### SPØR FORSIKRINGSKONTORET

Vi hjelper deg med alle forsikrings spørsmål! Vi er her for deg, og vi svarer på det du lurar på.

Tlf: 22 05 99 15.

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

Se også [www.ergoterapeutene.org/forsikring](http://www.ergoterapeutene.org/forsikring).

Der finner du mye informasjon og alle priser. Påmeldingsskjemaet fyller du ut selv, uten lege.

*Usikker? Kontakt oss!*

## Eva Kristiansen har gått bort

Eva Kristiansen har arbeidet i Fjell kommune som ergoterapeut i ergo- og fysioterapitenesta i 20 år. Ho var ein engasjert person i faget sitt og strekte seg langt for å fylgja opp «brukarane sine». Det var vaksne og eldre personar med funksjonsnedsetjingar, og som budde i eigen heim, ho jobba mest med. Eva har medverka til at mange av desse har fått hjelpemiddel som gjer at dei kan leva meir aktive liv på forskjellig vis. Mellom anna ser ein dette på alle dei som no køyrer rundt i nærmiljøet med elektriske rullestolar og tre-hjulingar.

Eva var også i fleire år del av hukommelsesteamet i Fjell kommune. Eva var roleg og kom godt på bølgelengde både med personar som hadde slike utfordringar og andre. Ho opparbeidde seg også på dette feltet god kompetanse og var med å arrangera fleire kurs som teamet heldt for pårørande til demente.

Eva var ein person med godt humør og virka alltid som ho hadde tid til deg: Ho var ein god lyttar når andre snakka. Desse eigenskapane gjorde at ho var veldig godt likt og etterspurt av brukarane og ein god kollega på jobben. Eva likte også godt jobben sin. Ho var til det siste svært lite vekke og strekte seg langt for å nå det ho synest ho måtte. Det å arbeida lenger enn vanleg arbeidstid var ikkje problem viss dette gagna brukaren.

Eva hadde stor familie og har allereie fleire oldebarn. Utanom jobben var familie og dansing dei store hobbyane hennar. Som kollegaer fekk vi delta i danseferdigheitene ved at ho mellom anna har hatt



linedance-undervising til oss på fleire sosiale samkomer.

Eva visste det siste året at ho hadde ein sjukdom som gav lite håp om at ho skulle verta frisk. Men til det siste så var ho optimistisk og med godt humør. Ho var ein optimistisk realist. Eva fylte 64 år i september.

*Liv Møen, leiar ergo- og fysioterapitenesta (Fjell kommune)*

# ARBEIDSAVTALEN

**Den skriftlige arbeidsavtalen er en av de viktigste avtalene man inngår i livet. Derfor har alle arbeidstakere krav på en slik avtale, og den retten bør benyttes godt. For de fleste er det naturlig å forhandle på enkelte punkter i arbeidsavtalen før man signerer, for eksempel lønn og andre goder. Av den grunn er det viktig å huske å få skrevet ned avtalevilkårene man får fremforhandlet.**



*Berit Førli er advokat i Norsk Ergoterapeutforbund.*

Av Berit Førli

**D**et skal altså inngås en skriftlig arbeidsavtale i alle arbeidsforhold. Dette gjelder uavhengig av om det er en fast stilling eller en midlertidig ansettelse, og uavhengig av arbeidsforholdets varighet. Det gjelder altså ingen unntak fra denne regelen.

Det er arbeidsgivers ansvar å utarbeide et skriftlig utkast til arbeidskontrakt. Arbeidsavtalen skal foreligge så snart som mulig, og senest innen en måned etter at arbeidsforholdet begynte. Hvis arbeidsforholdet har kortere varighet enn en måned, skal det umiddelbart inngås skriftlig arbeidsavtale. Dette fremgår av arbeidsmiljølovens paragraf 14-5.

## OPPLYSNINGER AV BETYDNING

En arbeidsavtale regulerer de vesentligste forhold mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Dette fremgår av arbeidsmiljøloven paragraf 14-6. Loven sier at arbeidsavtalen skal inneholde alle opplysninger som er av «vesentlig betydning» i arbeidsforholdet, og

videre skal arbeidsavtalen minimum inneholde følgende opplysninger:

- navn på arbeidstaker og arbeidsgiver
- navn på arbeidsplassen
- arbeidsbeskrivelse/tittel/stilling
- tidspunktet for arbeidsforholdets begynnelse
- ved midlertidig ansettelse: forventet varighet
- eventuelle prøvetidsbestemmelser
- arbeidstakerens rettigheter til ferie og feriepenger, og reglene for fastsettelse av ferietidspunktet
- arbeidstakerens og arbeidsgiverens oppsigelsesfrister
- avtalt lønn ved arbeidsforholdets begynnelse, eventuelle tillegg og andre godtgjørelser som ikke inngår i lønnen, for eksempel pensjonsinnbetalinger og kost- eller nattgodtgjørelse, utbetalingsmåte og tidspunkt for lønnsutbetaling
- lengde og plassering av den avtalte daglige og ukentlige arbeidstiden
- lengden av pauser, herunder

om pausen er inkludert i arbeidstiden eller ikke

- avtale om særlig arbeidstidsordning
- opplysninger om eventuelle tariffavtaler som regulerer arbeidsforholdet. Dersom avtale er inngått av parter utenfor virksomheten skal arbeidsavtalen inneholde opplysninger om hvem tariffpartene er.

Det er ikke anledning til å forhandle seg bort fra rettigheter i arbeidsmiljøloven eller annen lovgivning. Dette prinsippet er også tatt inn i arbeidsmiljølovens paragraf 1-9. Hvis en arbeidstaker for eksempel går med på å avtale kortere oppsigelsesfrist enn den som fremgår av loven, vil dette konkrete vilkåret være ugyldig. Med mindre en arbeidsavtale ikke strider direkte mot en konkret lovbestemmelse, eller blir funnet urimelig av retten, vil den være gyldig.

## MUNTLLIG AVTALE ER GYLDIG

Selv om arbeidsgiveren etter loven skal sørge for at det foreligger en skriftlig avtale i ethvert



arbeidsforhold, er det en del arbeidstakere som ikke har en slik arbeidsavtale. Dette betyr ikke at det ikke foreligger et gyldig ansettelsesforhold. En muntlig avtale er like gyldig som en skriftlig avtale, men det kan lettere oppstå uenighet om hva som ble avtalt ved muntlige avtaler. Videre vil det kunne bli vanskelig å dokumentere og nå fram overfor arbeidsgiveren om hva som faktisk ble avtalt, for eksempel hvilken arbeidstid som ble avtalt, eller om lunsjpausen var betalt eller ikke betalt. Det er dog viktig i denne sammenhengen å huske på at siden det er arbeidsgiveren som er den profesjonelle part og har ansvaret for å utarbeide arbeidsavtalen, vil uklarheter rundt hva

som faktisk er avtalt som hovedregel gå utover arbeidsgiver.

Fremforhandlede individuelle arbeidsvilkår som er tatt inn i arbeidsavtalen, kan ikke ensidig endres av arbeidsgiver på et senere tidspunkt.

Jo mer detaljregulert en arbeidsavtale er, med rettigheter og plikter, jo mer vil dette kunne begrense arbeidsgiverens adgang til å foreta endringer i arbeidsforholdet i medhold av styringsretten. Styringsretten er retten til å organisere, lede, kontrollere og fordele arbeidet, men innenfor rammen av det arbeidsforholdet som er inngått.

Endelig må det nevnes at etterfølgende endringer i arbeidsforholdet også bør skje skriftlig.

Av arbeidsmiljølovens paragraf 14-8 fremgår det at endringer i arbeidsforholdet må tas inn i arbeidsavtalen. Det gjøres ikke noe skille mellom større eller mindre endringer i arbeidsforholdet etter denne bestemmelsen.

Det er vanlig at endringer fremgår av særskilt vedlegg til arbeidsavtalen. Eksempler på dette er lønnsbrev om ny lønn, eller avtale om endret arbeidstid m.v. Dersom endringene i arbeidsforholdet skyldes endringer i lover, forskrifter eller tariffavtaler, er det ikke nødvendig å lage tillegg til arbeidsavtalen.

Erfaringsmessig er det en del arbeidsgivere som ikke overholder denne bestemmelsens krav til oppdatering av arbeidsavtalen.

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

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

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

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

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



**GÖRAN SJÖDÉN'S REHABSHOP NORGE AS**

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

## NETTKURS

### Minikurs: Arbeidsdeltakelse trinn 1: Arbeidsplassvurdering

**Fra 9. januar 2017 kan du delta på et en-ukers minikurs innen temaet Arbeidsdeltakelse. Bli med på å gjøre arbeidslivet mulig for enda flere!**

**K**urset fokuserer på 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 mest riktige og viktige tiltakene iverksettes.

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.

#### KURSETS ORGANISERING

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

**Organisering:** Kurset er organisert som et kort online minikurs som går over én uke.

**Arrangører:** Kurset er utviklet av Presenter – Making Sense of Science og arrangeres i samarbeid med



blant andre Norsk Ergoterapeutforbund.

**Kursansvarlig:** Randi Wågø Aas har doktorgrad fra Karolinska Institutet i Stockholm. Avhandlingen hennes omhandler forebyggende og rehabiliterende arbeidsplass tiltak.

**Kontaktperson:** Unnur Osk Sigurdadottir

**Pris:** Gratis

**Omfang:** Kurset arrangeres som et minikurs med varighet på én uke og er meritterende med 8 timer til Ergoterapeutenes spesialistordning – se Ergoterapeutenes kurskalender.

**Opplegg:** Leksjonene blir sendt til deg per e-post. Du kan lese og gjennomgå disse akkurat når det passer for deg. Når du fullfører kurset, vil du få en kopi av alle leksjonene. Når du har fullført kurset, er du godt kvalifisert til å starte på vårt onlinekurs i Arbeidsdeltakelse.

## NETTKURS

### Arbeidsdeltakelse trinn 1: Arbeidsplassvurdering

**14. februar 2017 starter nettkurs i Arbeidsdeltakelse. Gjør arbeidslivet mulig for enda flere ved å øke ferdighetene dine i å gjennomføre arbeidsplassbesøk og arbeidsplassvurderinger i tråd med internasjonal forskning og beste praksis!**

**K**urset omhandler et kjent og mye brukt virkemiddel for å redusere arbeidshelseproblemer og delta-

kelsesutfordringer 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 arbeidssitua-

sjonen og -relasjonene bedre kan de beste tiltakene iverksettes.

Bare i Norge er det cirka 700 000 som står 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 retter oppmerksomhet mot arbeidsarenaen. Arbeid er jo som kjent den dominerende aktiviteten for voksne.

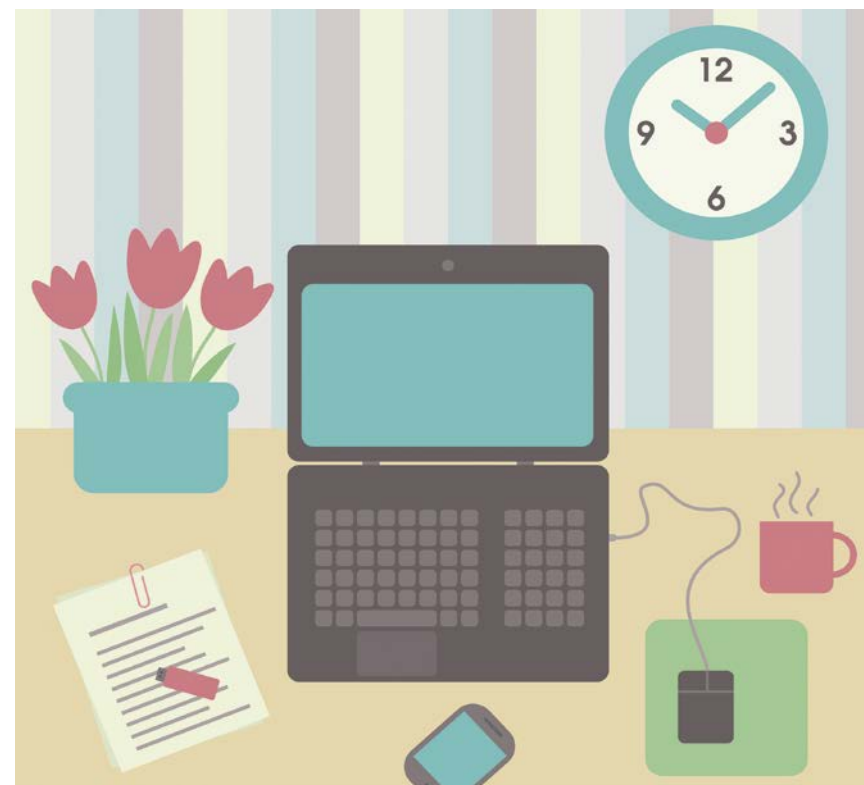
Hvis du ønsker å bidra til å redusere dette samfunnsproblemet, er dette kurset noe for deg. I kurset vil du få ny kunnskap, men også ferdigheter og kompetanse til å bidra til å forebygge helseplager og fravær, samt identifisere barrierene for at personer kan returnere til arbeidslivet.

Kurset tilfredsstiller kravet til å kunne gjennomføre «Arbeidsplassvurdering ved fysioterapeut/ergoterapeut», et tiltak som NAV bestiller av og honorerer til godkjente terapeuter i Norge. Les mer om ordningen på NAVs nettsider: <http://bit.ly/2bsmweR>.

### NOE FOR DEG?

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

Ergoterapeuter kan ta kontakt med Anita Engeset. Kurset er godkjent som meritterende med 120 timer til Ergoterapeutenes spesialistgodkjenningsordning innen spesialitetene Arbeidshelse, Allmennhelse, Somatisk helse, Psykisk helse, Folkehelse, Barns



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

**Spesialiteter:** Vi jobber med å få kurset godkjent for flere profesjoner.

### KURSETS ORGANISERING

**Organisering:** Kurset er organisert som nettkurs, eller er det vi kaller en MOOC.

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

**Kursansvarlig:** Randi Wågø Aas har doktorgrad fra Karolinska Institutet i Stockholm. Avhandlingen hennes omhandlet forebyggende og rehabiliterende arbeidsplass tiltak.

**Kontaktperson:** Unnur Osk Sigurdadottir. Se ergoterapeutenes kurskalender.

**Pris:** 5 900 kroner

**Omfang:** Kurset arrangeres som et seks ukers kurs med fire moduler. Kurset er i sin helhet nettbasert, slik at du kan studere der du ønsker, og når du ønsker.

**Opplegg:** Kurset tilbys på en egen kursplattform, som du har tilgang til i et helt år. Her vil du få tilgang til et rikt kursmaterieell hentet fra forskning og beste praksis. Videoforelesninger, bruk av nettressurser og quiz er sentrale arbeidsformer. Du vil også ha mulighet til å delta på et diskusjonsforum med andre deltakere. Det vil bli satt opp egne spørsmål-og-svar-veiledninger i en egen Facebook-gruppe, der du kan stille spørsmål til kurslederne og de andre kursdeltakerne.

**Arbeidskrav:** Du får jobbe med å lage en plan for et eget arbeidsplassbesøk og en arbeidsplassvurdering for en selvvalgt type arbeidstaker. Denne planen lages etter en mal og leveres inn når kurset avsluttes. Basert på dette mottar du kursbevis.



## Tillitsvalgtprisen til Toril Smaaberg

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

**Foretakstillitsvalgt for Sykehuset Innlandet, Toril Smaaberg, fikk overrakt Tillitsvalgtprisen 2016 under Ergoterapeutene Østs årsmøte i november.**

**E**rgoterapeutenes forbundsstyre deler ut Tillitsvalgtprisen. En intetanende Toril Smaaberg mottok prisen under årsmøtet i Ergoterapeutene Øst i november. Forbundsstyremedlem og regionleder May Solveig Svendsen overrakte prisen foran begeistrede medlemmer. Tillitsvalgtprisen tildeles medlemmer av forbundet som har gjort en vesentlig innsats som tillitsvalgt.

– Vi er glade for at nettopp du er utropt til årets vinner. I dag skal vi gjøre litt ekstra stas på deg, innledet May Solveig Svendsen.

### ENGASJEMENT LOKALT, REGIONALT OG NASJONALT

Toril Smaaberg har og har hatt en lang rekke verv i Norsk Ergoterapeutforbund både lokalt, regionalt og nasjonalt.

– Tillitsverv krever at medlemmene har tillit til deg – og det har vi, sa Svendsen.

Hun trakk fram disse vervene:

- hovedtillitsvalgt for Ergoterapeutene Sykehuset Innlandet siden 2008

- medlem av spesialistkomiteen for psykisk helse i forbundet siden 2004
- leder av Fylkesavdelingen i Hedmark fra 2008 til 2014
- medlem av forbundets tariffpolitiske utvalg for Spekter fra 2011 til 2015
- leder av regional valgkomité og medlem i sentral valgkomité siden 2015

### GLAD OG TAKKNEMLIG PRISVINNER

– Dette var overraskende. Tusen hjertelig takk! Det er utrolig flott å bli satt pris på, takket prisvinneren Toril Smaaberg etter at hun også ble hilst fra sine kolleger på Sykehuset Innlandet. Som en påminnelse om at hun har runnet 50, fikk hun overrakt en eske mottakbønner.

Latteren satt løst under avslutninga av det første årsmøtet i Ergoterapeutene Øst.

### FLERE GODE KANDIDATER

Forbundsstyret ønsker også å berømme de øvrige nominerte for



deres viktige virke som tillitsvalgt:

- Anita Therese Rosmæl, for sine nåværende verv i forbundsstyret og tidligere i styret i fylkesavdelinga i Sør-Trøndelag i perioden 2006–2014, hvor hun var leder fra 2011. Hun var også foretakstillitsvalgt og tillitsvalgt ved St. Olav helseforetak i perioden 2007–2014.
- Vanja Rosen Wettergreen, for sitt verv som tillitsvalgt for ergoterapeutene i Sandefjord kommune siden 2007

### LØSNING OGSÅ FOR VÅRE MEDLEMMER I VIRKE-OMRÅDET

Etter en krevende mekling som ble avsluttet natten til 19. november, kom vi og de andre Unio-forbundene frem til enighet om nye tariffavtaler for våre medlemmer i Virke-virksomhetene. Medlemmene ble orientert om resultatet gjennom elektronisk tariffinformasjon.

Oppdater din kompetanse.  
Ta et kurs!

[ergoterapeutene.org/kurskalender](http://ergoterapeutene.org/kurskalender)

  
ergoterapeutene



## Vi ønsker mange flere ergoterapispesialister

### SEKS ERGOTERAPISPELISTER HAR BLITT GODKJENT AV SPESIALISTRÅDET I SLUTTEN AV OKTOBER

*I år mottok vi totalt åtte søknader, syv førstegangs-søknader og én re-godkjenning. Spesialistrådet behandlet spesialistsøknadene på møtet sitt 28. oktober. Dette førte til fem godkjenninger og én re-godkjenning.*

#### Søknadsfrist hvert år er 15. september.

Søknader om godkjenning og regodkjenning av ergoterapispesialister behandles av syv spesialistkomiteer før endelig godkjenning vedtas i spesialistrådet. Spesialistrådet består av lederne av spesialistkomiteene, med fagavdelingen i Ergoterapeutene som sekretærer. Fullstendige kriterier for godkjenninger, samt søknadsskjemaer, finner du på nettsidene våre.

## Ergoterapeutenes spesialistordning



### OPPDATER DIN KOMPETANSE -DELTA PÅ KURS

*Kurskalenderen for 2017 er nå klar med både ergoterapifaglige kurs og kurs for tillitsvalgte. Det er viktig for alle å utvikle og holde kompetansen sin oppdatert.*

**D**u finner en egen arrangementsoversikt på side 26 i bladet og på vedlagte kalender. Kurskalenderen på hjemmesiden [www.Ergoterapeutene.org](http://www.Ergoterapeutene.org) har også mer informasjon, og kursene er klare til påmelding.

Mange av kursplassene fordeles etter «først til mølla»-prinsippet, så meld deg på i dag.

Tillitsvalgtkurs er gratis, og forbundet dekker reise og overnatting. Vi ønsker også at tillitsvalgte skal være så faglig oppdaterte som mulig, og tilbyr tillitsvalgte halv medlemspris på våre fagkurs.

Dersom du har ideer til kurs som forbundet kan arrangere, er det fint om du tar kontakt med oss, gjerne gjennom regionstyret ditt.



## 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](mailto:info@camp.no)  
eller [www.camp.no](http://www.camp.no)

# Ergoterapeutenes arrangementsplan 2017

Type	Start	Slutt	Dager	Hva
Fag	09. jan	15. jan	8	Arbeidsdeltakelse, minikurs
Organisasjon	18. jan	18. jan	1	Forbundsstyremøte
Tariff	24. jan	25. jan	2	Grunnkurs 1
Organisasjon	01. feb	02. feb	2	Vinterkurset
Fag	07. feb	07. feb	1	Bølgekraft til nye områder i 2
Fag	09. feb	09. feb	1	Bølgekraft til nye områder i 2
Organisasjon	10. feb	12. feb	3	Ergoterapistudentenes styres
Fag	14. feb	04. april	6 uker	Arbeidsdeltakelse trinn 1
Tariff	06. mars	09. mars	4	Grunnkurs 2 Virke
Fag	09. mars	10. mars	2	Helsetjenester i endring – hv
Organisasjon	15. mars	16. mars	2	Forbundstyremøte
Fag	16. mars	17. mars	2	Ergoterapi og førerkortvurde
Tariff	21. mars	21. mars	1	Grunnkurs 2 Kommune
Tariff	22. mars	22. mars	1	Tillitsvalgte og kommunesear
Tariff	04. april	04. april	1	Grunnkurs 2 Spekter
Tariff	05. april	06. april	2	Tillitsvalgte og påvirkningsar
Organisasjon	06. april	06. april	1	Seniorforum medlems- og år
Fag	20. april	21. april	3	CMOP med oppfølgingsdag 1
Fag	27. april	28. april	2	Hverdagsmestring og psykisk
Organisasjon	09. mai	10. mai	2	Forbundstyremøte
Tariff	01. juni	01. juni	1	Forhandlingskurs Kommune
Organisasjon	01. juni	01. juni	1	Seniorforum, sommermøte o
Tariff	07. juni	07. juni	1	Forhandlingskurs Kommune
Tariff	08. juni	08. juni	1	Forhandlingskurs Kommune
Organisasjon	12. juni	12. juni	1	Forbundstyremøte
Tariff	13. juni	13. juni	1	Forhandlingskurs Kommune
Tariff	14. juni	14. juni	1	Forhandlingskurs Kommune
Tariff	19. juni	19. juni	1	Forhandlingskurs Kommune
Organisasjon	16. aug	17. aug	2	Forbundsstyremøte
Tariff	21. aug	21. aug	2	Forhandlingskurs, Virke
Organisasjon	05. sep	06. sep	2	Forbundsstyremøte
Tariff	26. sep	27. sep	2	Grunnkurs 1
Organisasjon	12. okt	12. okt	1	Seniorforum, medlemsmøte
Organisasjon	18. okt	18. okt	1	Forbundsstyremøte
Fag	06. nov	08. nov	3	Norsk Fagkongress i ergotera
Organisasjon	08. nov	10. nov	3	Ergoterapeutenes landsmøte
Organisasjon	08. nov	08. nov	1	Forbundsstyremøte
Organisasjon	27. nov	01. des		Forbundstyremøte og semina

	Hvor
	Nettkurs
	Skype
	Drammen
	Østlandsområdet
2017	Århus
2017	Oslo
Seminar	Oslo
	Nettkurs
	Oslo
hordan utvikle og lede ergoterapitjenesten?	Oslo
	Oslo
erlinger	Oslo
	Stjørdal
mmenslåing	Stjørdal
	Gardermoen
beid	Tromsø
smøte	Oslo
2. juni	Oslo
x helse	Oslo
	Østlandsområdet
	Oslo
g kulturtur	Sarpsborg
	Bergen
	Kristiansand
	Oslo
	Trondheim
	Tromsø
	Oslo
	Arendal
	Oslo
	Oslo
	Bergen
	Oslo
	Skype
pi	Trondheim
	Trondheim
	Trondheim
ar	Signingsferd





# Ergoterapeutisk kartlegging av synsvansker etter hjerneslag

---

Av Synnøve Glesnes, Helene Johansen og Bård Bogen

## Sammendrag

---

*Synnøve Glesnes er ergoterapeut og arbeider ved Ergoterapiavdelingen ved Åstveit Helsecenter AS.  
E-post: sglesnes@gmail.com*

*Helene Johansen er ergoterapeut og arbeider på Rehabiliteringsavdelingen ved Haraldsplass Diakonale Sykehus.*

*Bård Bogen er fysioterapeut og arbeider på Rehabiliteringsavdelingen ved Haraldsplass Diakonale Sykehus og Høgskolen i Bergen.*

**Synsvansker** som følge av hjerneslag oppstår i 60 prosent av pasientgruppen og kan ha store konsekvenser for den enkeltes evne og mestring i aktivitetsutførelse. Ergoterapeuter er en av faggruppene som er i kontakt med pasienter etter nyoppstått hjerneslag. Da ergoterapeuter har sitt kompetansefelt på daglige aktiviteter, anser vi det som viktig at ergoterapeuter øker kunnskapen på dette feltet. Det ble utarbeidet en fagprosedyre i ergoterapeutisk synskartlegging etter hjerneslag på Haraldsplass Diakonale Sykehus og Haukeland Universitets Sjukehus som ble godkjent i 2015. Anbefalinger fra prosedyren er at kartleggingsverktøyet «brain injury Visual Assessment Battery for Adults» (biVABA) er godt egnet for ergoterapeuter i kartlegging av den aktuelle pasientgruppen. Erfaringer fra bruk av verktøyet er at det har hjulpet oss å se at teorien samstemmer med utfordringene vi observerer i daglige aktiviteter. Et gjennomgående aktivitetsperspektiv i tillegg til grundig kartlegging har også medført at det er lettere å nå fram til andre faggrupper, samt at oppfølging av pasient skjer raskere.

**Nøkkelord:** Ergoterapi, synsvansker, hjerneslag, kartlegging, brain injury Visual Assessment Battery for Adults (biVABA).

---

*Synnøve Glesnes og Helene Johansen er hovedforfattere.*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.*

## Innledning

60 prosent av alle som rammes av slag, får synsutfall, og alle slagpasienter bør få synsfunksjonen vurdert (1). Tradisjonelt får pasienten tilgang til et tverrfaglig team ved en akutt slagavdeling. Synspedagoger er vanligvis ikke en del av tverrfaglig team, og det er også varierende om pasienten får tilsyn av øyelege tidlig etter hjerneslag. Synsvansker påvirker pasienters evne til å fungere i hverdagen, og det er viktig å ta tak i dette tidlig.

Ved Haraldsplass Diakonale Sykehus og Haukeland Universitetssjukehus ble det utarbeidet en fagprosedyre om ergoterapeutisk kartlegging av synsvansker i akutt fase etter hjerneslag. Den ble godkjent i april 2015 og er publisert på fagprosedyrer.no (2). Anbefalinger for praksis inkluderte bruk av kartleggingsverktøyet «brain injury Visual Assessment Battery for Adults» (biVABA). BiVABA ble utarbeidet av ergoterapeut Mary Warren i 1998 (3). Siden synsvansker kan påvirke utførelse av aktivitet i stor grad, mener vi det er viktig for ergoterapeuter å ha kunnskap om emnet. BiVABA er et kartleggingsredskap med et grundig teoretisk grunnlag samt et gjennomgående fokus på aktivitetsperspektivet. Målet med artikkelen er å presentere biVABA som et ergoterapeutisk verktøy for å kartlegge synsvansker hos pasienter etter hjerneslag. Vi ønsker også å stimulere andre ergoterapeuters interesse for syn og ulike synsvansker etter hjerneslag og til at ergoterapeuter skal oppsøke kunnskap om dette emnet.

## Ergoterapeutens rolle i synskartlegging

Ergoterapeuters kompetanse

ligger i å bidra til økt aktivitet og deltakelse (4,5). Ved å kartlegge pasienters kognitive, fysiske og sosiale utfordringer kan en gjennom tilrettelegging eller trening øke pasientens evne til å utføre ønskede aktiviteter. Tradisjonelt har ergoterapeuter kartlagt kognitive og perseptuelle ferdigheter uten først å kartlegge grunnleggende funksjoner som øyemotorikk, synsfelt og synsskarphet (visus) (3). Warren påpeker at målet med synskartlegging for ergoterapeuter ligger i å finne forklaring på utfordringer pasienten har i aktivitet, og ikke å diagnostisere pasienten (6). Det er viktig å kartlegge hvilke synsvansker pasienten har, i tillegg til å observere om disse gir utfordringer i utførelse av aktiviteter, før en avgjør videre oppfølging (5,7).

## Synsfunksjonen

En stor del av våre daglige aktiviteter krever evne til effektiv visuell bearbeiding av synsstimuli og motorisk visuell utførelse (3,5,7).

Gjennom synssansen registreres lys, mørke, farger og konturer (8). Synssansen registrerer informasjon om omgivelsene våre samt gjenstanders plassering (8). Det meste av det vi vet om den ytre verden, kommer gjennom synet (3). Synssansen er spesielt viktig for avstandsbedømmelse, da avstand ikke oppfattes av noen andre sanser. Samspillet mellom balanse og syn er meget tett, slik at problemer med oppfattelse gjennom synet også kan gi balanseproblemer (9). Synet spiller en stor rolle i sosiale situasjoner, da mye av kommunikasjonen skjer gjennom kroppsspråk (5).

Når vi mottar et synsinntrykk, blir det sendt til netthinnen (retina), som er halvkuleformet

og ligger på øyets innvendige bakvegg (8). Netthinnen består av millioner av sanseceller som kalles staver og tapper (5, 8). Tappene er hovedsakelig plassert på den gule flekk (makula), og de registrerer farger og detaljer. Tappene gir det skarpeste synet. Den sentrale delen av den gule flekk kalles fovea centralis, og her er konsentrasjonen av tapper størst. Stavene er lokalisert i hovedsak utenfor den gule flekk og gir mørkesyn og sidesyn. Stavene registrerer bevegelse og er viktige for orientering (5). På retina er det et punkt hvor det ikke finnes staver og tapper, som kalles den blinde flekk. Her sitter synsnerven (9).

På undersiden av hjernen møtes synsnervene i synsnervekrysningen som kalles chiasma opticus (5, 8). Nerveforbindelsene fra høyre og venstre øye deles slik at synsinntrykk fra venstre halvdel av synsfelt blir ført til høyre hjernehalvdel, og synsinntrykk fra høyre halvdel av synsfeltet blir ført til venstre hjernehalvdel. Dette skjer uansett om det sees med ett eller med begge øyne (5,6,8).

Synsinntrykk blir bearbeidet i ulike områder i hjernen. De blir først sendt til den primære synsbarken i occipitallappen, som gjør at vi ser (5,8). Informasjonen sendes videre til andre områder i hjernen, slik at vi kan kjenne igjen, tolke og vurdere det vi ser (5).

## Brain injury Visual Assessment Battery for Adults (biVABA)

BiVABA ble kjøpt inn av ergoterapiavdelingene på Haukeland universitetssjukehus og Haraldsplass Diakonale Sykehus. Det teoretiske grunnlaget for biVABA er basert på Warrens «Hierarchical Model of Visual Processing» (4). Her presenteres en teori om at det

visuelle systemet er bygd opp som en pyramide med syv nivåer der de grunnleggende evnene, som synsskarphet, øyemotorikk og synsfelt, ligger nederst, og visuell kognisjon ligger øverst. I henhold til modellen vil vansker i de nederste nivåene i pyramiden påvirke det som skjer lenger oppe. Warren påpeker at om den visuelle kognisjonen skal fungere adekvat, må informasjonen fra nivåene under være nøyaktig. Det er derfor viktig at kartlegging av synsutfall begynner med de nederste, grunnleggende evnene (2,3). BiVABA inneholder 17 standardiserte deltester fordelt under synsfunksjonene synsskarphet, kontrastfølsomhet, synsfelt, øyemotorikk og visuell oppmerksomhet (3,10). Testen kommer med en manual som inneholder begrunnelse for at en bør kartlegge synsvansker etter hjerneskade, beskrivelse av de ulike synsfunksjonene og hvordan de kan påvirke aktivitetsutførelse, samt en detaljert beskrivelse av, og instruks for, kartlegging (3). Den inneholder også informasjon om hvordan en tolker testresultatene, og forslag til videre oppfølging (3). Deltestene kan brukes hver for seg eller som et helhetlig verktøy, avhengig av ergoterapeutens vurdering.

Videre vil vi presentere synsfunksjonene som kartlegges i BiVABA og hvordan de kan påvirke aktivitetsutførelse, og gi en kort beskrivelse av deltestene.

## Synsskarphet BESKRIVELSE

Synsskarphet er evnen til å se små visuelle detaljer (6). Det beskrives som evnen til å se, inspisere og identifisere gjenstander klart på korte (nærsyn) og lange (langsyn) avstander (7). Synsskarphet kan

Kartlegging ut fra Bivaba	Beskrivelse
Pupill	For å se må pupillene reagere på lys. Derfor ser vi på pupillstørrelse og symmetri, pupillens respons på lysstimulering og akkomodasjon. Akkomodasjon er evne til å forandre fokus, og er beskrevet under øyemotorikk (5).
Øye dominans	På samme måte som vi har en dominant hånd, har vi ifølge Warren (3) et dominant øye. Det dominante øyet etablerer fokus på en gjenstand og dirigerer forandring i blikkretning ettersom vi ser på ulike gjenstander. Øyedominans er like etablert i oss som hånddominans og like vanskelig å endre. Vi vil automatisk bruke det dominante øyet til å fokusere på gjenstander selv om synsskarpheten er dårligere enn på det andre øyet. Dette har stor innvirkning på visuell funksjon, og blir derfor kartlagt før synsskarphet.
Synsskarphet på nær og lang avstand	Testes ved hjelp av testark med tall, figurer eller bokstaver på.
Kontrastfølsomhet	Testes ved hjelp av testark med tall med ulik grad av kontrast.

Tabell 1: Beskrivelse av kartlegging av synsskarphet ut fra BiVABA.

deles inn i sentralt syn, som er evnen til å gjenkjenne små detaljer, kontraster og farge, samt perifert syn, som er evnen til å orientere seg i nærmiljøet. Kvaliteten på synsskarpheten avgjør hvor nøyaktig den visuelle informasjonen som sendes til hjernen, er (4).

Synsskarphet er nært tilknyttet kontrastfølsomhet, det vil si evne til å oppfatte gjenstandens grenser både i høy- og lavkontrast (3). Kontrast kan defineres som forskjell i visuelle egenskaper som gjør at en gjenstand skiller seg fra andre gjenstander og fra bakgrunnen (7). Det anbefales å teste spesifikt for kontrastfølsomhet, da forskning har vist at lavkontrast kan blir svekket selv om høykontrast er innenfor normal margin (6). Eksempel på en test som kun tester synsskarphet i høykontrast er Snellens-tavle (6).

## HVORDAN PÅVIRKER DET AKTIVITET?

Nedsatt synsskarphet er ifølge Scheiman (5) sjelden et isolert problem. Det påvirker evnen til dybdesyn og avstandsbedømmelse og vil påvirke aktiviteter som å lese, skrive, finne gjenstander og orientere seg i nærmiljøet (5,6,7).

Nedsatt kontrastfølsomhet kan føre til vansker med å orientere seg i svakt lys, som for eksempel å se overgangen fra fortau til vei, eller skille trappetrinn fra hverandre. Det kan også være utfordrende å lese ansiktsuttrykkene til personer vi kommuniserer med (5) (se tabell 1).

## Øyemotorikk BESKRIVELSE

Øyemotorikk sørger for at vi beveger øynene slik at det vi ser, plasseres på fovea centralis, lengde



Kartlegging ut fra biVABA	Beskrivelse
Helhetsinntrykk	Ta inn helhetsinntrykket ved å observere øynene og deres posisjon i forhold til hverandre, pupillene og hodeposisjon.
Refleksjon på hornhinnen	Observere lysrefleksjon på hornhinnene for å se om de er på omtrent samme sted på begge øynene. Dette kan gi en indikasjon på om øynene er i samme posisjon når de fokuserer på en gjenstand.
Øyemotorikk	Kartlegge evne til følgebevegelser og konvergens.
Diplopi	Kartlegging av diplopi gjennom to tester.

Tabell 2: Beskrivelse av kartlegging av øyemotorikk ved hjelp av biVABA.

nok til at visuell informasjon kan bearbeides av hjernen (3,7). Vi lever i en bevegelig verden, og derfor kreves det mye for at vi skal kunne se gjenstander klart og tydelig selv om vi eller gjenstanden er i bevegelse (3,6). Warren (3,7) beskriver fem komponenter som involveres i å flytte og stabilisere blikket: vestibulo-, okulær- og cervikalresponsen, det optokinetiske system, følgebevegelser, sakkader og konvergens.

Vestibulo-, okulær- og cervikalresponsen gjør det mulig å ha fokus på en gjenstand selv om vi beveger oss (3). Den produserer kompensatoriske bevegelser og holder bildet vi ser stødig både ved ubevisste bevegelser, som for eksempel hjerteslag, og ved større, kjappere bevegelser, som for eksempel når vi løper (3). Det optokinetiske system forsterker denne responsen ved å stabilisere fovea centralis når hodet beveges over tid (3). Om personen og gjenstanden er i ro, gjør vi små, ubevisste øyebevegelser for å sikre at bildet forblir klart og tydelig. Beveges gjenstanden bort fra oss, brukes følgebevegelser til å starte

øyebevegelser i samme retning og fart som gjenstanden beveges, slik at bildet forblir klart (3). Følgebevegelser lar oss holde en gjenstand på fovea centralis når den er i bevegelse (7). Sakkadene beveger fovea centralis mot interessante gjenstander. Sakkader er raske øyebevegelser som er designet til å lokalisere og fokusere på en gjenstand (5,7), og de holder hjernen oppdatert på alle gjenstander i synsfeltet (3). Vergensbevegelser hjelper med å opprettholde fokus på en gjenstand om den beveges nærmere eller lenger bort fra kroppen (3). Konvergens er adduksjon av begge øynene og skjer når en gjenstand beveges nær øynene. Akkommodasjon er evnen til å forandre fokus slik at vi kan se gjenstander klart på ulik avstand (5).

Når øynene posisjoneres noenlunde likt, blir to separate bilder sendt til hjernen, der de blir smeltet sammen til ett bilde. Dette kalles fusjon og har to komponenter: Motorisk del, som beskrevet over, hvor øynene blir posisjonert noenlunde likt, og sensorisk funksjon, som har ansvaret for å smelte bildene sammen til ett

bilde. Da oppnås samsyn, som er evnen til å se ett bilde når vi får to bilder av omverdenen (3,6).

## HVORDAN PÅVIRKES AKTIVITET

Nedsatt øyemotorikk kan ha stor innvirkning på daglige aktiviteter. En av de mest vanlige synsvansker etter hjerneslag er diplopi, eller dobbeltsyn. Dette skjer som følge av strabismus, som er en tilstand der et øye ikke kan fokusere sammen med det andre øyet på grunn av muskulær ubalanse (3). Diplopi oppstår når øynene ikke er plassert i samme posisjon, slik at hjernen mottar ulike bilder fra hvert øye, og personen ikke klarer å smelte sammen bildene til ett (3,6). Pasienten kan ofte se to av samme gjenstand (3). Diplopi kan skje på nært hold og på avstand, og hver av disse kan gi ulike utfordringer. Diplopi på nært hold kan gi vansker med lesing, skriving og aktiviteter som innebærer øye-hånd-koordinasjon (6, 7). Diplopi på lengre avstand kan gi vansker med gangfunksjon og bilkjøring (6,4). En ser ofte at pasienten kan innta en unormal hodeposisjon, lukke ett øye eller myse for å kompensere for diplopi (4). Diplopi kan påvirke evnen til å bedømme avstand, og det kan være utfordrende å orientere seg. (3,6,7).

Nedsatt konvergens gir utfordringer med aktiviteter hvor nærsyn kreves, for eksempel ved lesing (3,6,7). Nedsatt evne til sakkader og følgebevegelser kan påvirke evnen til å scanne omgivelsene. Det kan gi nedsatt evne til å opprettholde klart og tydelig fokus, samt vansker med å fokusere på ulike avstander (3,6,7) (se tabell 2).

## Synsfelt BESKRIVELSE

Ifølge Zoltan (7) er individets synsfelt den delen av det visuelle

system som tillater at vi orienterer oss mot spesifikke områder. Warren (3) skriver at det normale synsfeltet er det området hvor gjenstander, bevegelse og lys kan oppfattes. Det betegnes også som det området av den ytre verden som blir sett av begge øynene uten at man snur på hodet (7). Vi må kunne opprettholde fokus på et punkt foran oss på høyde med øynene samtidig som vi kan se gjenstander, lys og bevegelse perifert i synsfeltet.

Et normalt synsfelt strekker seg 50 grader oppover, 70 grader nedover, 60 grader innover og 90 grader utover (5).

Synsfeltutfall er det mest vanlige utfallet etter hjerneslag (3). Utfallene kommer som regel etter skader i banene som transporterer visuell informasjon fra retina til de kortikale områdene i hjernen – geniculocalcarine trakt (GTC), eller skade på occipitallappen, som mottar primær visuell input fra retina. Skade på GTC i høyre hemisfære forårsaker venstre homonym hemianopsi, og skade i venstre hemisfære forårsaker høyre homonym hemianopsi.

Hemianopsi betyr visuelt tap av syn på halve øyet. Homonym betyr samme tap av syn på begge øynene (6). GTC er delt inn i to sløyfer. En vei går gjennom temporal del, den andre gjennom parietal del. Ved skade i temporal del får pasienten en øvre kvadrantanopsi, og ved skade i parietal del, får pasienten en nedre kvadrantanopsi.

Det sentrale synsfeltet inkluderer fovea centralis, som er den delen av den gule flekk som er mest følsom for lys, og som kan oppfatte små, svakt opplyste mål. Det er involvert i alle oppgaver som krever nærsyn. Området utenfor det sentrale synsfeltet

Kartlegging ut fra biVABA	Beskrivelse
Grovmåling statisk	Gjenstanden vises i et spesielt område av det visuelle feltet uten å bli flyttet.
Grovmåling kinetisk	Gjenstanden beveges inn fra det perifere til det er identifisert.
Presis måling	En mer presis måling av det sentrale synsfeltet ved bruk av Damato 30 Point Multifixation Campimeter.

Tabell 3: Beskrivelse av kartlegging av synsfelt ut fra biVABA

kalles det perifere synsfeltet. Det er svært følsomt for bevegelse, mens det sentrale feltet har lav følsomhet for bevegelse. Både perifert og sentralt synsfelt er nødvendig for å ha fullt synsfelt (7). Er skaden stor og dyp, vil både det sentrale og det perifere synsfeltet skades, mens ved mindre skade vil bare det perifere feltet skades (3). Skaden kan være stor og ødelegge begge veier, og da vil både øvre og nedre kvadrant skades: hemianopsi.

### HVORDAN PÅVIRKES AKTIVITET

Synsfeltutfall kan ha en betydelig påvirkning på evnen til å mestre daglige aktiviteter. Etter skade må pasienten kunne tilpasse seg omgivelsene. Han eller hun må være i stand til å holde styr på gjenstander i omgivelsene som kan skade eller hjelpe dem. Synsfeltet er viktig for å få det «store bildet», men også for å kunne se detaljer (6, 7).

Den største forandringen oppstår i søkemønsteret som brukes for å kompensere for den blinde delen av synsfeltet (6). I stedet for automatisk å bruke bredere søkemønster ved å snu hodet lengre mot det blinde området, ser en at pasienten a) begrenser søket til umiddelbar nærhet av kroppen, b) snur hodet bare litt, om i det hele tatt, og c) har en tendens til å begrense området

(6, 7). Grunnen til dette har å gjøre med hvordan hjernen behandler visuell informasjon. Hjernen fyller inn og ferdigstiller visuell informasjon basert på en forventning om hva som finnes. Resultatet av denne prosessen er at vi oppfatter et komplett bilde basert på forventningen om hvilken visuell informasjon vi vil finne, selv om deler mangler. Dette vil si at ting plutselig oppstår, forsvinner og kommer tilbake. Pasientene er ikke alltid oppmerksom på dette, og fram til de får erfaring, kan de for eksempel kollidere med dørkarmer.

Ulike vansker oppstår avhengig av skadens beliggenhet og omfang. Pasienten kan mangle eller misoppfatte visuelle detaljer i det blinde området (7). Nedsatt perifert synsfelt kan gjøre pasienten utrygg ved bevegelse, da han eller hun ikke har oversikt over omgivelsene. Reduksjon av det sentrale synsfeltet kan forårsake nedsatt evne til å identifisere visuelle detaljer for eksempel ved lesing (7).

Zoltan (7) beskriver at tap av nedre synsfelt er forbundet med redusert balanse og gangfunksjon, og vansker med å se trinn og fortauskanter. Det gjelder både i dagslys og særlig ved redusert lys. Det kan observeres at pasienten tar korte skritt og holder seg i møbler og vegger for ikke å miste balansen. Reduksjon i øvre

Kartlegging ut fra biVABA	Beskrivelse
Søkestrategi nær kroppen	Teststimuli blir lagt i et organisert og strukturert mønster, samt på en vilkårlig og ustrukturert måte. Det gis også mer komplekse oppgaver og krever evne til større selektiv oppmerksomhet.
Søkestrategi i omgivelsene	Søkestrategi og -mønster observeres både når pasienten er i ro og i bevegelse.

Tabell 4: Beskrivelse av kartlegging av visuell oppmerksomhet ut fra biVABA

synsfelt er forbundet med vansker med å se skilt, lese og skrive (7). Er utfallet på samme side som den dominante hånden, kan det i tillegg føre til vansker ved bruk av hånden i finmotoriske aktiviteter (3). Grunnen til dette er at vi ofte følger hånden med blikket når vi gjør ting.

#### KARTLEGGING UT FRA BIVABA

Prosessen ved måling av synsfelt er kjent som perimetri (6). Flere typer perimetri er tilgjengelige, men all perimetritesting involverer tre parametre: Pasienten må

- ha evne til å fikserer synet på et sentralt mål lenge nok til å ta testen
- kunne bevege øynene i et bestemt område av synsfeltet på en kontrollert måte og
- kunne se og gjenkjenne gjenstander av en bestemt størrelse som blir plassert i ulike deler av synsfeltet (se tabell 3).

Det kan være vanskelig å skille mellom synsfeltutfall og uoppmerksomhet. Øyeleger og andre fagpersoner bruker mer nøyaktige instrumenter for å måle synsfelt, og disse er sjelden tilgjengelige for ergoterapeuter. Warren (6) anbefaler at resultatene av synsfelttesting sammenlignes med klinisk observasjon for å sikre at ikke vansker blir oversett. Observasjon av utfall i aktivitet

bør veie tyngst, selv om resultatet av testing er negativt.

#### Visuell oppmerksomhet BESKRIVELSE

Visuell oppmerksomhet er evnen til å observere gjenstander inngående og nøyaktig for å skille ut informasjon om deres funksjon samt deres forhold til seg selv og andre gjenstander i omgivelsene (3,6). Visuell uoppmerksomhet, eller neglekt, er en tilstand som oftest kommer etter hjerneskade, og som kan medføre nedsatt bevissthet om kropp og rom på motsatt side av hjerneskaden (3,6,7). Det er også et perseptuelt utfall hvor synet som optisk system er intakt, mens evnen til synsprosessering ved å oppfatte sensorisk input er nedsatt (7). Visuell neglekt, eller uoppmerksomhet, kan framstå i mange alvorlighetsgrader, hvor vi kategoriserer alvorlige utfall som neglekt og lettere utfall som uoppmerksomhet. Et felles problem for disse utfallene er i mindre eller større grad ikke å respondere på informasjon som er på motsatt side av hjerneskaden. Visuell neglekt eller uoppmerksomhet er mest vanlig og mer alvorlig som følge av høyresidig skade i hjernen. Det kan oppstå med eller uten synsfeltutfall og kan også sees sammen med kroppsnelekt (7).

#### HVORDAN PÅVIRKES AKTIVITET

Avhengig av alvorlighetsgrad vil nedsatt visuell oppmerksomhet kunne ha stor innvirkning på utførelse av daglige aktiviteter. De mest berørte områdene vil være de aktivitetene som krever etter-syn og integrering av betydelige mengder visuelle detaljer, og de som utføres i dynamiske miljøer. Disse kan inkludere bilkjøring, handling og generelt alle aktiviteter hvor en må orientere seg i omgivelsene (7), og kan påvirke evnen til å utføre personlig stell (3). Det kan oppstå vansker med å finne gjenstander under matlaging eller med å orientere seg i omgivelsene på grunn av nedsatt oppmerksomhet (4).

#### KARTLEGGING UT FRA BIVABA

Hensikten med evalueringen er å fastslå pasientens ressurser og begrensninger i forsøk og søking etter visuell informasjon. Det blir derfor viktig å finne ut om pasienten vil ha nytte av tips eller tiltak, da de ikke er i stand til å bruke et effektivt søkemønster på egen hånd (se tabell 4).

#### TO EKSEMPLER FRA PRAKSIS

Vi har valgt å inkludere to pasienteksempler fra vår egen praksis hvor deler av biVABA ble brukt for å kartlegge synsfunksjonen. Pasientene som beskrives, har synsutfall som følge av hjerneslag.

##### Eksempel 1

Eksempel 1 er en voksen kvinne som er innlagt med et stort infarkt på høyre side. Infarktets omfang inkluderer både frontal- parietal- og occipitallapp.

Hun bor med ektefelle og er selvhjelpen i alle daglige aktiviteter. Hun kjører bil og er en aktiv kvinne med mange interesser. Ved innkomst har hun motoriske utfall i form av hemiparese venstre side,



og er ukritisk med redusert innsikt i situasjonen sin. Ved observasjon er hodet lateralflektet og rotert mot venstre. Hun er noe uoppmerksom på kropp og rom i aktivitetsutførelse, men ved stimuli kommer hun over mot venstre. I aktivitetsutførelse overser hun gjenstander i venstre synsfelt, og spesielt det som ligger nærmest kroppen. Hun får styringsvansker når hun ser ned på venstre fot under gange. Hun plasserer foten for langt fram, og det virker som hun leter i deler av synsfeltet. Hun har ingen vansker når hun ser rett frem.

Ut fra disse observasjonene valgte ergoterapeuten følgende deltester fra biVABA:

#### Synsskarpheit:

Det observeres ingen asymmetri mellom høyre og venstre øye. Hånd og øye er høyredominante. Hun bruker lesebriller og leser «normal» skriftstørrelse. Terapeuten valgte ikke å teste synsskarpheiten på grunn av dette.

#### Synsfelt:

Ved bruk av Damato Campimeter samt måling av statisk og bevegelig synsfelt kommer det tydelig fram at hun har redusert synsfelt mot nedre kvadrant venstre side på begge øynene. Det måles flekkvise bortfall i venstre øvre del av sentralt synsfelt, og hun responderer også noe senere på stimuli som kommer inn i øvre venstre del av synsfeltet på begge øynene. Målingen viser at både sentralt og perifert synsfelt er rammet.

#### Øyemotorikk:

Det observeres ingen vansker

#### Visuell oppmerksomhet:

Søkemønsteret hennes begynner fra høyre. Hun gjør lite forsøk på å rette søket over mot venstre, men gjør det på oppfordring. Hun rescanner ikke for å sjekke nøyaktigheten av utførelsen, og viser

en usystematisk måte å jobbe på. Terapeuten observerer at hun er uoppmerksom på alle stimuli fra venstre side, spesielt når oppgaven krever oppmerksomhet på flere ting samtidig. Hun viser vansker når hun går og samtidig skal rette oppmerksomhet på stimuli som er gitt på både høyre og venstre side, med varierende plassering.

#### Oppfølging:

Hun ble henvist til øyelege og synspedagog og fikk oppfølging av ergoterapeut. Videre fokus i ergoterapi var å utvide søkemønsteret og søkestrategiene for å oppnå mestring i daglige aktiviteter. Videre trening ble utført i personlig stell, kjøkkenaktivitet og gange i ulike miljøer. I tillegg ble det utført skrivebordsoppgaver.

#### **Eksempel 2**

Eksempel 2 er en voksen mann som ble innlagt med hjerneinfarkt i høyre thalamus.

Han er gift og har stor familie. Han er fysisk sprek og selvhjelpen i alle daglige aktiviteter, inkludert bilkjøring. Ved innkomst har han motoriske utfall i form av redusert sitte- og ståbalanse samt noe redusert funksjon i venstre arm.

Han angir dobbeltsyn og tåkesyn på høyre øye, og venstre øyelokk henger noe mer enn høyre. Han vender seg mer mot høyre side av rommet, men kommer lett over mot venstre. I aktivitetsutførelse har han større vansker med å forholde seg til venstre side, samt vansker med øye-hånd-kordinasjon.

Ut fra disse observasjonene valgte ergoterapeuten følgende deltester fra biVABA:

#### Synsskarpheit:

Det var utfordrende å teste synsskarpheit, da han måtte dekke til ett øye for å lese på grunn av dobbeltsyn. Han bruker lesebril-

ler, leser vanlig skriftstørrelse og har ingen vansker med å lese på avstand. Hånd og øye er høyredominante. Han har evne til å skille gjenstander fra hverandre og fra bakgrunnen.

#### Synsfelt:

Det observeres ingen vansker.

#### Øyemotorikk:

Observasjon av hornhinnerefleksjon indikerer avvikende posisjon mellom høyre og venstre øye.

Ved undersøkelse av følgebevegelser har han vansker med å følge gjenstander ut mot venstre side, og spesielt i øvre kvadrant. Dette gjelder kun venstre øye.

Det avdekkes også dobbeltsyn på testen.

#### Visuell oppmerksomhet:

Det observeres ingen vansker ved testing, men i aktivitetsutførelse virker han tidvis noe uoppmerksom mot venstre side.

#### Oppfølging:

Han ble henvist til øyelege og synspedagog og fikk oppfølging av ergoterapeut. Videre fokus i ergoterapi var trening av øyemotorikk, med spesifikke øvelser for følgebevegelser og sakkader. I tillegg fikk han et egentreningsprogram som skulle utføres i daglige aktiviteter.

## **Diskusjon**

Vi har i denne artikkelen presentert biVABA som et ergoterapeutisk verktøy for å kartlegge synsvansker hos pasienter etter hjerneslag.

BiVABA er et omfattende verktøy, men har egenskaper som fanger opp synsvansker hos pasienter samtidig som det forklarer hvordan vansker kan påvirke aktivitet. Ergoterapeuten er ofte en av de første faggruppene som kartlegger pasienten i akutt fase etter hjerneslag. Kartlegging i tidlig fase inkluderer observasjon

i aktivitet og spesifikk kartlegging av kroppsfunksjoner. I vår egen praksis har visuelle vansker alltid vært en del av arbeidsoppgavene, men ofte har fokuset vært på kartlegging av perseptuelle og kognitive vansker. Vår erfaring er at det er lite fokus og kunnskap på hva de ulike vanskene fører til i aktivitetsutførelse.

BiVABA kan inngå som en naturlig del av en rekke kartleggingsverktøy som er tilgjengelige for ergoterapeuter som møter pasienter med hjerneslag i en akutt- og rehabiliteringsfase. Testen som helhet er omfattende, men deltestene kan tas enkeltvis etter behov. Med god teoretisk kunnskap og erfaring vil det være lettere for ergoterapeuten å velge ut aktuelle deltester. Testmanualen er grundig og utfyllende og kan gi mye fagkunnskap. Teorigrunnlaget for biVABA, basert på «Hierarchical Model of Visual Processing», der det visuelle systemet er bygd opp som en pyramide med syv nivåer, gir en bedre forståelse av i hvilken rekkefølge kartleggingen bør utføres. Det anbefales å kartlegge de grunnleggende nivåene, slik at vanskene ikke mistolkes som kognitive eller perseptuelle vansker.

Synsvansker påvirker aktivitet i stor grad. Med økt kunnskap om syn kan vi fange opp pasienter tidligere og sikre raskere oppfølging. Bruk av biVABA har gjort det mulig å teste spesifikke problemområder. Videre oppfølging og trening kan da tilrettelegges i detalj med tanke på synsvansker og aktivitet, som beskrevet i pasientkasusene.

Det gjennomgående aktivitetsperspektivet er en viktig faktor i testen og er grundig forklart i testmanualen. Dette er derfor relevant kunnskap for ergoterapeuter i arbeidet med slagpasien-

ter. Gjennom bruk av biVABA ser vi hvilke utfordringer synsvansker kan medføre i dagliglivet.

Warren (6) er også opptatt av å skille ulike roller med tanke på andre yrkesgrupper. Dette gir brukeren av testen et godt grunnlag for forståelse av egen rolle som ergoterapeut. Warren er svært nøye på å skille mellom ergoterapeutens, synspedagogens og øyelegens roller. Slik vi ser det blir ergoterapeutens rolle tydeliggjort i teorigrunnlaget.

I arbeidet med fagprosedyren har vi ikke funnet beskrivelser av validitet eller reliabilitet for biVABA i forskningslitteraturen. Videre arbeid med validering og test av reliabilitet kan være en naturlig videreføring i et framtidig prosjekt.

## Konklusjon

Konklusjonen vår er at ergoterapeuter har en rolle i synskartlegging etter hjerneslag, da synsvansker kan gi store utfordringer i aktivitetsutførelse.

BiVABA er et egnet kartleggingsverktøy for ergoterapeuter i utredning av pasienter med hjerneslag, fordi biVABA har sin styrke i å henvise til aktivitetsproblemer.

BiVABA fungerer som veiledende til å se at teorien samstemmer med de utfordringene som observeres i daglige aktiviteter. Når praksis og teori ikke samstemmer, gir Warren (3) klare anbefalinger om å se på aktivitetsutførelsen som det retningsgivende.

Fokus på aktivitet, i tillegg til systematisk og grundig kartlegging, har medført bedret kommunikasjon med andre faggrupper, særlig leger, med tanke på videre oppfølging.

Kartlegging har vært hovedfokus i denne artikkelen, men i tillegg gir Warren informasjon om oppfølging og trening av spesi-

fikke utfall. Det ansees som nyttig med økt kompetanseheving innenfor arbeid med pasienter som har synsvansker som følge av slag og andre diagnoser.

## Referanseliste

1. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet, 2010.
2. Hjerneslag – ergoterapeutisk kartlegging av synsvanskar. Helsebiblioteket.no [Internet]. Helsebiblioteket.no. 2013. Available from: <http://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/hjerneslag-ergoterapeutisk-kartlegging-av-synsvanskar>
3. Warren M. The biVABA Test Manual, Reproducible Assessment Forms and Instructional Videos [CD-rom]. Alabama: VisABILITIES Rehab Services Inc; 1998.
4. Warren M. A hierarchical model for evaluation and treatment of visual perceptual dysfunction in adult acquired brain injury part 1. AJOT. 1993;47(1):55-65.
5. Scheiman M. Managing and understanding vision deficits - A guide for Occupational Therapists. 3 ed. Thorofare, NJ: Slack Incorporated; 2011.
6. Warren M. Evaluation and treatment of visual deficits following brain injury. In: Heidi McHugh Pendleton WS-K, editor. Pedretti's Occupational Therapy: Practice skills for physical dysfunction. St. Louis: Elsevier Science/Mosby; 2013.
7. Zoltan B. Vision, perception, and cognition: A manual for the evaluation and treatment of the adult with acquired brain injury. 4 ed. Thorofare NJ: Slack Inc.; 2007.
8. Gammeltoft B. Skjulte handicaps hos personer ramt af hjerneslag. En sansemæssig-kropslig tilgang. 2nd ed. Haslev: Fa. Gammeltoft; 2009.
9. Gammeltoft B. Sansestimulering for voksne. Haslev: fa. Gammeltoft; 2009.
10. Warren M. The biVABA (Brain Injury Visual Assessment Battery for Adults): visABILITIES Rehab Services, Inc.; [cited 2014 07.03]. Available from: <http://www.visabilities.com/bivaba.html>.

# Erfaringer med bruk av kartleggingsverktøyet LOTCA

Av Rigmor Leknes, Gunhild Grue, Tone Næss og Monica Lillefjell

## Abstract

*Rigmor Leknes er universitetslektor ved Program for ergoterapeututdanning, Institutt for helsevitenskap, Fakultet for helse og sosialvitenskap ved Norges teknisk-vitenskapelige universitet (NTNU). E-post: Rigmor.Leknes@ntnu.no*

*Gunhild Grue er ergoterapispesialist i somatisk helse og ansatt ved St. Olavs hospital, avdeling for ervervet hjerne-skade.*

*Tone Næss er ergoterapispesialist i somatisk helse og arbeider på Sørlandet sykehus, Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering (AFR).*

*Monica Lillefjell er professor ved Program for ergoterapeututdanning, Institutt for helsevitenskap, Fakultet for helse og sosialvitenskap ved Norges teknisk-vitenskapelige universitet (NTNU).*

**An initial profile** of the cognitive abilities of the brain-injured patient is an important starting point for occupational therapy intervention and for further assessment. The objective of this study was to describe Norwegian occupational therapists' experiences with the use of Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) as an instrument for assessing the cognitive skills of brain injured clients.

**Seven occupational therapists**, representing two different rehabilitation institutions, were interviewed about their experience with the use of LOTCA. In addition, for each LOTCA mapping, the occupational therapist filled in a questionnaire, regarding usefulness and time consumption, 41 in total.

**The results** show that the occupational therapists experienced LOTCA as a useful broad screening assessment instrument of cognitive function in clients with stroke and traumatic brain injury. The study also suggests that some of the instructions for LOTCA tasks might be changed or adjusted either to clarify tasks or to update the assessment.

**Key words:** LOTCA, Cognitive assessment, Stroke, Traumatic Brain Injury, Occupational Therapy

*Manuset ble mottatt 14. januar 2016 og ble godkjent 27 juni 2016. Det er ingen kjente interessekonflikter.*



## Introduksjon

Nedsatte kognitive ferdigheter kan ha betydelige konsekvenser for utførelsen av daglige aktiviteter (Radomski & Morrison, 2014; Gammeltoft, 2011). For å kunne tilby en hensiktsmessig behandling og rehabilitering for personer med nedsatt kognitiv funksjon ved ervervet hjerneskade, forutsettes en grundig og adekvat evaluering av personens kognitive kapasitet (Lezak, Howieson & Loring, 2004). Opplysninger om kognitive ressurser og begrensninger og utfordringer i utførelse av aktivitet danner grunnlaget for en målrettet individuelt tilpasset opptrening av ferdigheter, samt for valg av strategier for tilrettelegging som kan støtte personen i dagliglivet (Radomski & Morrison, 2014; Katz & Hartman-Maeir, 2005; Prigatano, 1999, 2005). Systematisk bruk av kognitive kartleggingsverktøy i behandling og rehabilitering av personer med nedsatte kognitive ferdigheter, vil gjøre det mulig å registrere eventuelle endringer i kognitiv funksjon over tid (Radomski, 2008). Man må imidlertid være oppmerksom på at ulike kulturbakgrunn og utdanning kan ha innvirkning på begrepsforståelse og dermed også på kartleggingsresultat (Josman, Abdallah & Engel-Yeger, 2011).

Ergoterapeuter har en sentral rolle i kartlegging av kognitive ferdigheter (Hartman-Maeir, Katz & Baum, 2009), og valg av kartleggingsverktøy har betydning for hvor godt beslutningsgrunnlag man får for valg av strategier og tiltak for den enkelte pasient. Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA) er et standardisert kartleggingsverktøy utviklet av ergoterapeuter i Israel (Itzkovich, Elazar & Averbuch, 2000). Mange soldater fikk traumatiske hodeskader som følge av krigshandlinger, og de fikk behandling ved Loewenstein Rehabilitation Hospital. Ergoterapeutene som jobbet der, opplevde behov for et kartleggingsverktøy for å evaluere kognitive funksjoner. Kartleggingsverktøyet ble utviklet på grunnlag av klinisk erfaring, kognitiv nevropsykologi og utviklingsteorier (Itzkovich, et al., 2000). Første utgave av LOTCA ble utviklet i 1990 (Katz, Itzkovich, Averbuch & Elazar, 1989), og er senere revidert i henholdsvis 2000 og 2011 (Katz, Livni, Erez & Averbuch, 2011). Det finnes også en utgave beregnet spesielt på eldre, G-LOTCA (Elazar, Itzkovich & Katz, 1996).

Radomski (2008) beskriver LOTCA som et mikrobatteri som kartlegger en persons kognitive kapasitet og evner for å kunne trekke slutninger om kognitiv funksjon. I en klinisk hverdag observerer

ergoterapeuter pasientenes aktivitetsutførelse i daglige aktiviteter. På bakgrunn av disse observasjonene danner ergoterapeutene seg antagelser om hvilke funksjonsnedsettelse som har innvirkning på aktivitetsutførelsen. Da daglige aktiviteter gjerne er enkle og overlærte og inneholder en stor motorisk komponent, vil disse observasjonene alene ikke alltid gi tilstrekkelig informasjon om kognitiv funksjon (Chaytor & Schmitter-Edgecombe, 2003). Standardiserte kartleggingsverktøy som LOTCA kan da brukes for å støtte eller eventuelt avkrefte antagelser (Radomski, 2008). Det finnes også andre kognitive kartleggingsverktøy; Rivermead (Wilson, Cockburn & Baddeley, 1985/1997) kartlegger hverdagshukommelse, Bells test undersøker visuell neglekt (Gauthier, Dehaut & Joanne, 1989), og Trailmaking test (Spree & Strauss, 1998; Helsedirektoratet, 2010) er en kort test for å kartlegge eventuell nedsatt kognitiv funksjon. Disse kartleggingsredskapene vil kunne supplere og utdype funn fra bruk av LOTCA, som beskrives som et bredere og mer generelt kartleggingsverktøy som dekker flere funksjonsområder, uten å gå i dybden (Radomski, 2008).

LOTCA er i bruk ved flere rehabiliteringsinstitusjoner i Norge i dag, selv om Helsedirektoratet (2010) anbefaler bruk av Mini-Mental State Evaluation (MMSE) (Strobel & Engedal, 2008) i kombinasjon med Trailmaking test (Spree & Strauss, 1998; Helsedirektoratet, 2010), klokketesten (Shulman, 2000) og Rivermead (Wilson et al., 1985/1997) ved kartlegging av kognitiv funksjon for slagrammede. Strobel og Engdal (2008) og Wyller (2015, s. 139) uttrykker imidlertid at typiske demenstester som MMSE ikke er tilstrekkelige for kartlegging av kognitiv funksjon etter hjerneslag. Wyller (2015) anbefaler andre undersøkelser for kartlegging av apraksi. Skøien, Rosseland, Vågsmyr, Hovden og Kornkveen (2011) anbefaler supplerende undersøkelser som blant annet LOTCA og Rivermead ved rehabilitering av slagrammede. Videre er A-ONE (Arnadottir, 1990) et annet relevant kartleggingsverktøy for kartlegging av kognitiv funksjon (Radomski, 2008), men forutsetter sertifisering før bruk.

Sentralt når man skal kartlegge kognitiv funksjon er å anvende kartleggingsverktøy som gir et godt grunnlag for iverksetting av målrettet behandling og rehabilitering. Tidligere studier viser at verktøy som kartlegger spesifikke funksjonsområder, ikke er tilstrekkelige for kartlegging av kognitiv funksjon (Wyller, 2015; Skøien et al. (2011); Radomski, 2008). LOTCA, som er et generelt kartleggingsverktøy som

dekker flere kognitive funksjonsområder (Radomski, 2008), benyttes ved norske rehabiliteringsinstitusjoner, til tross for at sentrale myndigheter har anbefalt andre verktøy enn LOTCA for vurdering av kognitiv funksjon. Med bakgrunn i dette er det behov for å fremskaffe mer kunnskap om hvilken nytte og hvilke utfordringer ergoterapeuter har erfart ved bruk av LOTCA i rehabilitering av voksne med ervervet hjerneskade.

## PROBLEMSTILLING

Hvilken nytte og hvilke utfordringer har ergoterapeuter erfart ved bruk av kartleggingsverktøyet LOTCA ved rehabilitering av voksne pasienter med ervervede hjerneskader?

## Materiale og metode

Utvalget bestod av tre ergoterapeuter ved institusjon A samt fem ergoterapeuter ved institusjon B. Informantenes erfaringsgrunnlag med LOTCA varierte fra én relativt nyutdannet ergoterapeut som hadde gjennomført LOTCA rundt 5–6 ganger, til ergoterapeuter som hadde brukt LOTCA i 5–6 år. Både institusjon A og B gir spesialiserte rehabiliteringstilbud til voksne pasienter med ulike former for ervervede hjerneskader, blant annet traumatiske hjerneskader og hjerneslag. Ved begge institusjonene har LOTCA blitt brukt som kartleggingsverktøy av ergoterapeuter over en lengre periode.

## INSTRUMENTER

LOTCA (versjon 2) kartlegger, ved hjelp av 26 deloppgaver, følgende seks hovedområder: orientering, visuell persepsjon, romoppfatning, motorisk praksis, visuomotorisk organisering og logisk tenkning samt planlegging (Itzkovich et al., 2000). I tillegg observeres oppmerksomhet og konsentrasjon gjennom hele gjennomføringen av testen. Hukommelse undersøkes ikke utover grunnleggende orienteringsspørsmål.

Oppgavene i LOTCA handler om: 1. å gjøre rede for tid og sted (*orientering*), 2. å kjenne igjen objekter og former (*visuell persepsjon*), 3. å skille mellom høyre, venstre, foran og bak på et fotografi (*romoppfatning*), 4. å imitere bevegelser, bruke gjenstander, utføre handlinger uten objekt på kommando (*motorisk praksis/apraksi*), 5. å kopiere geometriske former, lage en tredimensjonal figur av klosser, legge puslespill og tegne visere på en klokke (*visuomotorisk organisering*), 6. kategorisering av billedkort, å lage grupper av tre ulike former i tre farger (Riska-oppgaver (ROC)), å lage en logisk historie med

billedkort, samt logiske spørsmål og regneoppgaver (*logisk tenkning og planlegging*). Det gis poeng på hver av de 26 deloppgavene basert på beskrevne kriterier i manualen, men det kalkuleres ingen totalskår. Tidsbruk blir registrert ved utførelse av oppgavene som krever visuomotorisk organisering. Ifølge manualen tar det 30–45 minutter å gjennomføre testen (Itzkovich et al., 2000). Manualen beskriver hva terapeuten skal si til pasienten i hver oppgave. Ved å ta testen på nytt ved utskrivelse vil man kunne vurdere eventuell endring i kognitiv funksjon (Katz et al., 1989) i løpet av rehabiliteringsperioden.

Testens interne konsistens (første versjon av LOTCA) er funnet tilfredsstillende med en Cronbach alpha som varierte fra .85–.95 på de ulike delene av testen (Katz et al., 1989). Forskjeller mellom pasient- og kontrollgruppe er testet med Wilkinsons two-sample-test og funnet signifikant på et 0.0001-nivå (z-skårer 4.0–6.2) for alle deltestene med unntak av identifisering av objekter (Katz et al., 1989). En utprøving av kartleggingsverktøyet på henholdsvis unge (17–25 år) og voksne (40–75) friske personer i USA viste at yngre brukte kortere tid på de visuomotoriske subtestene og hadde bedre resultater på noen av disse testene sammenliknet med gruppen av voksne. På de fleste av deltestene ble det imidlertid ikke funnet signifikante forskjeller mellom aldersgruppene (Annes, Katz & Zermak, 1996). I en nyere dansk studie (Lund, Ostergaard & Maribo, 2014) stilles det imidlertid spørsmål om LOTCAs reliabilitet og interne konsistens, da man fant at LOTCA ikke var hensiktsmessig å benytte i en tidlig akutt fase. Samtidig poengteres det at manglende nytte av LOTCA i dette tilfellet kan skyldes inkludering av pasienter med svært få eller avgrensede funksjonsnedsettelse, og at man i en oppfølgingsstudie burde inkludert pasienter som i større grad representerer bredden i grad av kognitiv funksjon.

LOTCA er ikke validert for bruk i Norge, og det foreligger heller ingen offisiell og godkjent norsk oversettelse. For å kunne sammenligne ergoterapeutenes (N = 8) erfaringer med bruk av LOTCA ved de to institusjonene er det benyttet en felles en-veis oversettelse fra engelsk til norsk av LOTCA i møte med pasientene. Ergoterapeutene ved de to institusjonene samarbeidet om oversettelsen.

Data ble innsamlet gjennom spørreskjema og intervju. Spørreskjemaet bestod av spørsmål som ergoterapeuten skulle svare på etter hver pasientkartlegging. I alt ble 41 pasienter med forskjellige hjerneskader kartlagt.

**Tabell 1: Karakteristika av pasientgruppen som gjennomførte LOTCA (N, %, M/SD, p-verdi)**

Karakteristika	Total	Inst A	Inst B	p-verdi
<b>Informanter</b>	N = 41	n = 21	n = 20	
<b>Kjønn</b>				
<b>Menn (n/ %)</b>	26/ 63.4	14/ 66.7	12/ 60.0	
<b>Kvinner (n/ %)</b>	15/ 36.6	7/ 33.3	8/ 40.0	
<b>Type skade (n/ %):</b>				p = .452
<b>Traumatisk hjerneskade alvorlig</b>	4/ 9.8	2/ 9.5	2/ 10.0	
<b>Traumatisk hjerneskade moderat</b>	1/ 2.4	-	1/ 5.0	
<b>Hjerneslag blødning</b>	8/ 19.5	6/ 28.6	2/ 10.0	
<b>Hjerneslag infarkt</b>	25/ 61.0	11/ 52.4	14/ 70.0	
<b>Annen hjerneskade</b>	3/ 7.3	2/ 9.5	1/ 5.0	
<b>FIM-skåre (M/SD)</b>	96.1 (28.8)	94.4 (34.7)	97.6 (24.0)	p = .773

N/n = antall, % = prosent, M = gjennomsnitt, SD = Standard Avvik, p-verdi = assosiasjon mellom institusjonstilhørighet og type skade, forskjeller i FIM-skåre mellom de to institusjonene; signifikansnivået ble satt til  $p < 0.05$ .

Spørreskjemaet inneholdt følgende spørsmål:

Brukte du hele LOTCA? (*Ja, Nei*)

Brukte du deler av LOTCA? (*Hvilke?*)

Hvor lang tid tok det å bruke LOTCA? (*Antall minutter totalt, Delte testen (Antall ganger)*)

Har testen vært nyttig i forhold til planlegging av tiltak? (*Ja, Nei, Delvis*)

Har du brukt LOTCA på nytt til samme bruker for å registrere forandringer? (*Ja, Nei, Delvis*)

Synes du at det er greit å tolke resultatet av testen? (*Ja, Nei, Hvorfor*)

Videre ble ergoterapeutene bedt om å registrere alder, kjønn, diagnose, Functional Independent Measure (FIM-skåre) samt bruk av andre kartleggingsmetoder, som for eksempel morgenstell- og frokostobservasjon, hos de samme pasientene som de kartla ved bruk av LOTCA. FIM er en standard undersøkelse som måler grad av funksjonsnedsettelse (Keith, Granger, Hamilton & Sherwin, 1987) og ofte anvendes i starten av et rehabiliteringsforløp (Tuntland, 2011).

## BESKRIVELSE AV PASIENTGRUNNLAGET

Pasientgruppens karakteristika når det gjelder kjønns-sammensetning og diagnoser er beskrevet i Tabell 1.

Gjennomsnittsalderen i utvalget (N = 41) var 53 år (M = 53.2 /SD = 15.6). Gjennomsnittsalderen ved institusjon B (M = 60.9 /SD = 13.02) var signifikant høyere enn ved institusjon A (M = 46.04 /SD = 14.5). Alderen ved institusjon A varierte fra 21 til 66 år, og

ved institusjon B fra 40 til 80 år.

Av den totale pasientgruppen (N = 41), var det 87,8 prosent (n = 36) som gjennomførte hele LOTCA, mens 12,2 prosent (n = 5) gjennomførte deler. Av den sistnevnte gruppen var 4 pasienter ved institusjon A, og 1 ved institusjon B.

Tidspunktet for gjennomføring av LOTCA etter at hjerneskaden oppsto, varierte fra én til 19 uker. Ved institusjon A ble de fleste kartlagt etter 5 uker (23,8 prosent, n = 5), og ved institusjon B ble de fleste kartlagt etter 2 uker (35 prosent, n = 7). I alt 11 pasienter (27,5 prosent) gjennomførte testen på nytt ved et senere tidspunkt. 10 av disse var ved institusjon A.

I gjennomsnitt var 48,8 prosent (n = 20) av pasientene kartlagt ved morgenstellobservasjon og 63,4 prosent (n = 26) ved frokostobservasjon i forkant av selve LOTCA-kartleggingen. Ved institusjon A var 76,2 prosent (n = 16) kartlagt i morgenstell og 95,2 prosent (n = 20) kartlagt i frokostsituasjon, mens ved institusjon B var 20 prosent kartlagt ved observasjon i morgenstell (n = 4) og 30 prosent (n = 6) ved frokostobservasjon. For nærmere beskrivelse av pasientgrunnlaget se tabell 1.

## INTERVJU

Førsteforfatter gjennomførte semistrukturerte intervju med 7 av de 8 ergoterapeutene ved de to institusjonene med tanke på å avdekke erfaringene deres med bruk av LOTCA som kartleggingsinstrument ved vurdering av kognitive ferdigheter hos voksne



med ervervet hjerneskade. En av ergoterapeutene hadde ikke mulighet til å delta i intervju. Både spørreskjema og intervjuguide ble utviklet i samarbeid med ergoterapeutene ved de to rehabiliteringsinstitusjonene. Intervju ble foretatt for å få utdypende informasjon etter spørreundersøkelsen. Alle spørreskjemaene ble gjennomgått før intervjuene ble gjennomført. Intervjuguiden inneholdt spørsmål om hvordan de anvendte LOTCA i praksis, nytten ved å bruke LOTCA, utfordringer med å bruke LOTCA og eventuelle uklarheter med kartleggingsinstrumentet. I tillegg til de konkrete kartleggingserfaringene i prosjektet ble også tidligere erfaringer med bruk av LOTCA vektlagt i intervjuene. Intervjuene hadde en varighet på cirka 1 time og ble tatt opp med lydopptaker. I etterkant ble alle intervjuene transkribert.

Ved semistrukturerte intervju inneholder intervjuguiden en oversikt over emner som skal dekkes og forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015), og temaene kan tas opp i den rekkefølgen som faller naturlig for intervjuobjektet (Jakobsen, 2010).

## ANALYSER

Kvantitative data ble analysert ved hjelp av SPSS for Windows, versjon 17.0 (Green & Salkin, 2010). Deskriptiv statistikk med frekvens, prosent, gjennomsnitt og standardavvik ble benyttet for å beskrive ergoterapeutenes vurdering av nytten ved bruk av LOTCA som kartleggingsverktøy. Data fra de to rehabiliteringsinstitusjonene ble analysert samlet og separat.

Pearson Chi-Square-test for kategoriske data ble benyttet for å teste mulig assosiasjon mellom institusjonstilhørighet og type skade, samt mellom institusjonstilhørighet og testens nytte for planlegging av tiltak. Videre ble T-test benyttet for å teste eventuelle forskjeller i FIM-skåre mellom de to institusjonene. Signifikansnivået ble satt til  $p < 0.05$ .

Lydopptaket fra intervjuene med de sju ergoterapeutene ble transkribert og teksten analysert. En kvalitativ innholdsanalyse (Kvale & Brinkmann, 2009) ble anvendt for å systematisere tekstinneholdet. Empiristyrte koding ble anvendt for å identifisere sammenfallende tema som fremkom i hvert av intervjuene. Data ble organisert slik at det også ble mulig å tydeliggjøre likheter og ulikheter i datamaterialet; mellom de ulike informantene og mellom de ulike institusjonene. To tema eller hovedområder, vurdering av nytten av å bruke LOTCA og utfordringer ved bruk av LOTCA, fremkom av analysen. Direkte sitat fra informantene blir gjengitt i teksten i kursiv.

Alle som ble intervjuet, ble informert om at del-

takelse var frivillig, og at data ville bli anonymisert, samt slettet etter endt prosjektperiode. Pasientene ga skriftlig informert samtykke til deltakelse i prosjektet. Prosjektet ble fremlagt for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) og Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) med prosjektnummer-19901. REK vurderte prosjektet som kvalitetssikring av egen praksis og anså derfor NSD som riktig adressat for godkjenning. NSD anbefalte prosjektet igangsatt.

## Resultat

### RESULTATER FRA SPØRRESKJEMAUNDERSØKELSE

Tidsbruk: I gjennomsnitt tok det 66 minutter å gjennomføre LOTCA-testen, med en variasjon fra 30 til 150 minutter. Ved institusjon B var gjennomsnittlig tid brukt på gjennomføring av testen 57 minutter, mens ved institusjon A var gjennomsnittstiden på 76 minutter. For de som gjennomførte hele testen ( $n=36$ ), ble testen oppdelt i to for 15 pasienter, i tre for seks pasienter og i fire for én pasient. Årsaken til at testen ble oppdelt, var enten mangel på tid eller at pasienten ble sliten.

Ergoterapeutenes vurdering av nytteverdi av LOTCA for hver enkelt pasient: Ergoterapeutene oppga at testen var nyttig for planlegging av tiltak i 73,2 prosent ( $n = 30$ ) av tilfellene, og delvis nyttig i 12,2 prosent ( $n = 5$ ) av tilfellene. I 14,4 prosent ( $n = 6$ ) av tilfellene opplevde ergoterapeutene at testen ikke var nyttig i forhold til planlegging av tiltak. Vurdering av nytten av LOTCA for planlegging av tiltak varierte mellom de to institusjonene (Tabell 2).

Tolking av resultat fra LOTCA-testen: Ergoterapeutene oppga at de ikke hadde problemer med å tolke resultatet av testen i 63,6 prosent ( $n = 21$ ) av tilfellene: institusjon A 68,4 prosent ( $n = 13$ ), og institusjon B 57,1 prosent ( $n = 8$ ). Det ble ikke funnet noen signifikant assosiasjon mellom institusjonstilhørighet og type skade (Tabell 1), og heller ikke mellom institusjonstilhørighet og testens nytte for planlegging av tiltak (Tabell 2). FIM-skåren ved de to institusjonene ble ikke funnet å være signifikant forskjellig fra hverandre (Tabell 1).

### RESULTATER FRA INTERVJU MED ERGOTERAPEUTENE

#### 1. Vurdering av nytten av å bruke LOTCA

Vurdering av mange kognitive områder på en gang:

Alle terapeutene oppga at de hadde nytte av å kartlegge kognitiv funksjon ved hjelp av LOTCA, selv om nytten kunne variere i forhold til de ulike

**Tabell 2: Testens nytte for planlegging av tiltak (n, %, p-verdi)**

Planlegging av tiltak	Total	Institusjon A	Institusjon B	p-verdi
<b>Testen nyttig for planlegging av tiltak (n/ %)</b>				p =.162
<b>Nei</b>	6/ 14.4	2/ 9.5	4/ 20.0	
<b>Delvis</b>	5/ 12.2	1/ 4.8	4/ 20.0	
<b>Ja</b>	30/ 73.2	18/ 85.7	12/ 60.0	

*n = antall, % -prosent, p-verdi = assosiasjon mellom institusjonstilhørighet og testens nytte for planlegging av tiltak; signifikansnivået ble satt til  $p < 0.05$ .*

pasientene. LOTCA ble benyttet i tillegg til annen kartlegging, som ADL-observasjoner (morgenstell- og frokostobservasjoner), gjerne utført i forkant av LOTCA-testen. En annen fordel ved LOTCA som ble nevnt, var at flere kognitive områder ble undersøkt i én og samme test, og at det var tidsbesparende. En av ergoterapeutene uttrykte: «*Han er ganske omfattende, føler jeg, i forhold til mange andre. Det er vel det som er greit på en gang. Du slipper å ta så mange små tester. Det tar som regel ikke så lang tid.*»

Andre kognitive undersøkelser, som Rivermead (Wilson et al., 1985/1997), Bells test (Gauthier et al., 1989) og Trailmaking test (Spreeen & Strauss, 1998; Helsedirektoratet, 2010) ble også benyttet, enten for å undersøke hukommelse eller for å få utdypende informasjon om delfunksjoner som ikke ble avdekket godt nok gjennom LOTCA.

Informasjon om kognitive funksjoner og ferdigheter: Ergoterapeutene uttrykte at observasjon av praktiske gjøremål og skrivebordstester til sammen ga utfyllende informasjon når det gjaldt kognitive funksjoner og ferdigheter. Ved i tillegg å bruke LOTCA oppga terapeutene at de ofte fikk en bekreftelse på det de hadde sett i ADL-observasjonene, og at de også fikk et mer nøyaktig bilde av hva som var ressursene og begrensningene hos pasienten. En av ergoterapeutene uttrykte: «*Jeg synes at jeg får litt bekreftelse på ting jeg har tenkt at kan være et problem, og at jeg oppdager andre ting som jeg ikke har tenkt på i det hele tatt.*» Bruk av LOTCA kunne noen ganger gi tilleggsinformasjon, som at pasienten hadde utfordringer på flere områder enn det de hadde observert i utgangspunktet. Flere av terapeutene mente at LOTCA kunne være særlig nyttig ved sammensatte problemer. Ved ett tilfelle fant ergoterapeuten ut at pasienten ikke hadde kognitive problemer i det hele tatt. Det viste seg at det kun var motoriske vansker som førte til at pasienten hadde

problemer med å gjennomføre praktiske oppgaver, og det hadde selvfølgelig stor betydning i forhold til hvordan treningen ble lagt opp.

Et par av ergoterapeutene hadde i noen tilfeller vurdert at enkelte pasienter virket for «flinke» til at det var behov for å gjennomføre LOTCA. «*og så tenker jeg av og til at det kanskje ikke er aktuelt hvis de virker veldig gode. Men der har vi fått noen aha-opplevelser av og til. Det har virket som om de ikke har vansker av noe slag, og så kommer de og tar LOTCA, og så har de ganske store problemer.*» Dette gjaldt stort sett pasienter med høyresidig hemisfæreskade.

En pasient som fungerte relativt dårlig på noen områder, viste gjennom LOTCA-testen gode planleggingsressurser og gode strategier, noe som var nyttig å vite i forhold til planlegging av tiltak. Et par av ergoterapeutene ga uttrykk for at observasjon kun i praktiske rutineferdigheter kunne gi et feil bilde av pasientene, fordi hverdagsaktivitetene er mer automatiserte. «*Det er mange som jobber på automatikken i forhold til praktiske ting, men det får de ikke gjort i de oppgavene her, så det kommer litt bedre til syne.*» Bruk av LOTCA ville da ifølge ergoterapeutene kunne gi et mer nyansert bilde av pasientene, da pasientene i mindre grad er kjent med oppgavene som LOTCA inneholder.

Målsetting og planlegging av tiltak: Ergoterapeutene uttrykte at resultatet av LOTCA-kartleggingen ofte var til hjelp i målsettingsprosessen og ved planlegging av tiltak, og også i forhold til strategier for treningsopplegget. Bruk av LOTCA bidro til å tydeliggjøre hvilke områder pasientene hadde behov for å arbeide videre med. For eksempel nevnte en av ergoterapeutene at informasjon om rom- og retningsvansker kunne benyttes til planlegging av det terapeutiske arbeidet ved praktiske ferdigheter som morgenstell.

Ved institusjon A brukte de blant annet Cognitive

Rehabilitation Therapy (CRT) (Malia & Brannagan, 2005) som en del av rehabiliteringsopplegget. CRT innebærer fire ulike tilnærmingsmåter: undervisning om hjerneskaden, prosess trening (blant annet skrivebordsoppgaver, spill og oppgaver på PC), strategitrening og trening i praktiske gjøremål. LOTCA-resultatene ga da en pekepinn om hva som kunne vektlegges i CRT.

Ved institusjon B hadde de laget en beskrivelse knyttet til de seks områdene som undersøkes i LOTCA, med opplysninger om hvilke praktiske konsekvenser skader på de ulike funksjonsområdene kunne innebære for pasientene, samt hvilke tiltak som kunne være aktuelle. Flere av ergoterapeutene uttrykte at de opplevde beskrivelsen som nyttig.

## 2. Utfordringer ved bruk av LOTCA

### Gjennomføring av spesifikke deloppgaver:

Samtlige ergoterapeuter uttrykte utfordringer relatert til å instruere de to Riska-oppgavene (ROC – Riska Object Classification) logisk tenkning og planlegging. En av ergoterapeutene uttrykte: *«Det er spesielt de ROC-oppgavene, de synes jeg er vanskelig å instruere. Det gikk lang tid før jeg skjønnte de sjøl, og hva man vil ha ut av de egentlig, og hva som er problemet hvis man ikke får det til.»* Denne delen av LOTCA er en justert utgave av Riska Object Classification Test (ROC) (Williams & Allen, 1985). For å gjennomføre disse to oppgavene bør man ha lest artikkelen (Williams & Allen, 1985) som beskriver ROC-testen. Artikkelen ligger imidlertid ikke vedlagt testbatteriet. Ikke alle ergoterapeutene hadde lest denne, og de som hadde lest artikkelen, syntes at beskrivelsen av ROC-testen likevel ikke ga god nok forklaring på hvordan disse oppgavene skulle utføres. Ergoterapeutene erfarte at nesten ingen av pasientene gjennomførte disse oppgavene med maksimalt antall poeng, særlig den første oppgaven, som er ustrukturert.

Imitasjon av bevegelser, oppgave 10.2, å legge handflata bak nakken og deretter på motsatt skulder som en sekvensiell bevegelse, ble instruert på forskjellige vis av terapeutene. Her uttrykte en av terapeutene at en strektegning for å illustrere bevegelsen kunne avklart dette, selv om det viktigste var at pasienten klarte å imitere bevegelsen.

Konvolutten som ligger ved testen for gjennomføring av håndtering av objekter, oppgave nr. 11, er svært liten. Det foreligger ingen beskrivelse av størrelse eller form på arket som skal brettes og legges i konvolutten. Ved gjennomføring av testen benyttet terapeutene gjerne papir i A4-format og konvolutter

som de hadde tilgjengelig, med varierende form og størrelse. Dette fordret ulike bretteметoder for at arket skulle passe i konvoluttene.

En annen oppgave handler om at pasienten skal benevne ulike former: kvadrat, trekant, sirkel, rektangel, rombe, halvsirkel, trapes og sekskant. Nesten ingen av pasientene kjente til begrepene for alle disse formene, særlig trapes og rombe var ukjente begreper. *«Rombe er vanskelig, men trapes er verst. Jeg tror det er en eller to pasienter som greide det.»* Pasientene kalte flere av formene for firkant, og de fikk da gjerne beskjed om å beskrive hvordan firkanten var. Hvis beskrivelsen var god nok, valgte ergoterapeutene å gi poeng, da de mente at det vesentligste var å kunne skille mellom ulike former og ikke å vite eller huske begrepet for hver enkelt form.

Modernisering av testen: Flere ergoterapeuter uttrykte at LOTCA begynte å bli litt gammeldags. En av ergoterapeutene sa: *«Noe begynner å bli utdatert i forhold til bilder og noen av oppgavene til telefon.»* De foreslo en modernisering, som for eksempel justering på noen av strektegningene og bruk av mobiltelefon i stedet for fasttelefon, samt nytt foto med en moderne PC knyttet til oppgaven om romoppfatning.

Skåring: Noen av ergoterapeutene uttrykte at det ikke alltid var like lett å gi en skåre, da pasientene kunne komme med andre løsninger enn det som er beskrevet i manualen. De fleste ergoterapeutene sa at det vil være krevende å bruke LOTCA uten noen form for opplæring eller uten kollegaer å diskutere med første gang man skal bruke det. *«Jeg tror at jeg ville følt meg litt maktesløs. Spesielt når jeg var ganske ny, jeg har ofte hatt en samtale med de andre terapeutene for å se hva de mener.... Jeg tror jeg hadde mistet mye av motivasjonen hvis jeg var eneste ergoterapeut. Jeg tror at det hadde vært tyngre.»*

Bruk av LOTCA ved kommunikasjonsutfordringer: Selv om LOTCA er tilrettelagt for personer med afasi (ekspressiv type) (Itzkovich et al., 2000), opplevde flere av ergoterapeutene at det kunne være utfordrende og tidkrevende å gjennomføre testen for denne gruppen. Det gjaldt kommunikasjonen og forståelsen av noen av oppgavene, spesielt regneoppgavene. Andre oppgaver kunne imidlertid gjennomføres uten store vansker. Videre erfarte ergoterapeutene det som utfordrende å gjennomføre LOTCA-kartlegging dersom pasien-



ten var fremmedspråklig og behersket norsk eller engelsk dårlig.

## Diskusjon

Hensikten med denne studien var å beskrive hvilken nytte og hvilke utfordringer ergoterapeuter erfarte knyttet til bruk av kartleggingsverktøyet LOTCA ved vurdering av kognitive ferdigheter hos voksne med ervervet hjerneskade.

### NYTTEN VED BRUK AV LOTCA

Ergoterapeutene uttrykte at LOTCA ofte bekreftet praktiske observasjoner fra morgenstell og frokost-situasjoner (ADL), som gjerne ble gjennomført i forkant av LOTCA-kartleggingen ved begge de to institusjonene, noe som er i tråd med Radomskis (2008) beskrivelse av hvordan standardiserte kartleggingsverktøy kan brukes for å støtte eller avkrefte antakelser om funksjon.

Selv om ergoterapeutene ofte så sammenheng mellom ADL-observasjoner og resultatene av LOTCA-kartleggingen, var nytten særlig knyttet til at de fikk mer detaljert kunnskap om hva de kognitive utfordringene besto i, samt opplysninger om andre nedsatte kognitive funksjoner som ikke ble avdekket ved ADL-observasjoner. For enkelte pasienter med høyresidig hemisfæreskade viste LOTCA-kartleggingen at pasientene hadde større problemer enn det terapeuten vurderte i utgangspunktet. Det kan ha sammenheng med at denne gruppen sjelden har språkproblemer og kan være gode til å ordlegge seg (Kristensen & Nielsen, 2011).

Informasjon om kognitiv kapasitet og utfordringer knyttet til utførelse av aktivitet danner grunnlaget for en målrettet og tilpasset opptrening i ferdigheter (Radomski & Morrison, 2014; Katz & Hartman-Maeir, 2005; Prigatano, 1999, 2005). Hvis ergoterapeutene for eksempel benyttet behandlingsmetoden CRT (Malia & Brannegan, 2005), som baserer seg på at pasientene som et ledd i bevisstgjøringsprosessen skal få innsikt i hvilke kognitive utfordringer de har, kan det være nyttig å gi grundig informasjon om hva de kognitive utfordringene består i. Med utgangspunkt i resultatene fra LOTCA-testen kan det ifølge informantene bli lettere å forklare og motivere pasientene til bruk av for eksempel PC-spill og skrivebordsoppgaver i rehabilitering av bestemte kognitive funksjoner, som tillegg til å trene på konkrete praktiske gjøremål i tråd med pasientens målsetting.

Det at begge institusjonene hadde jobbet med hvordan man kunne bruke LOTCA-resultatene i plan-

leggingen av tiltak, kan man anta har bidratt til økt nytteverdi av LOTCA. Observasjon av ADL-aktiviteter (morgenstell og frokostsituasjoner) er en viktig del av kartleggingen i en rehabiliteringsprosess, men ifølge informantene ga ikke observasjon av rutineaktiviteter alltid nok informasjon om de kognitive utfordringene, fordi aktivitetene var automatiserte. Dette er i samsvar med Chaytor og Schmitter-Edgcombe (2003), som uttrykker at sammenhengen mellom utførelse av ADL-aktiviteter og nevropsykologiske tester er lav til moderat grunnet at ADL-aktivitetene er enkle, overlærte og inneholder en stor motorisk komponent.

Ergoterapeutene gav også uttrykk for at det var en fordel med et kartleggingsverktøy som kartla mange kognitive funksjoner på en gang. Kombinasjonen av LOTCA sammen med Rivermead (Wilson et al., 1985) for kartlegging av hukommelse vil derfor kunne fungere som screening av de viktigste kognitive funksjonene etter en ervervet hjerneskade.

### UTFORDRINGER VED BRUK AV LOTCA

Ergoterapeutene i denne studien brukte i gjennomsnitt mer tid på gjennomføringen av LOTCA enn beskrevet i manualen (Itzkovich et al., 2000). Vi vet ikke årsaken til dette, men pasientene som hadde få utfordringer med gjennomføring av testen, gjennomførte på normert tid. Videre kan vi anta at det tar mer tid å gjennomføre testen oppdelt, samt at en av ergoterapeutene også inkluderte tiden som ble benyttet til å gi tilbakemelding til pasientene, i registrering av totalt medgått tid.

Riska-oppgavene (Williams & Allen, 1985) er utviklet av ergoterapeuter, men man kan stille spørsmål om den vanlige ergoterapeut har nok bakgrunnskunnskap til å instruere disse oppgavene på en tilfredsstillende måte. Det at så få av pasientene utførte denne oppgaven riktig, eller at mange hadde problemer med å skjønne hva de skulle gjøre, kan tyde på at denne oppgaven kan ha begrenset verdi. I enkelte tilfeller kan den virke mot sin hensikt på grunn av at pasientene kan bli frustrerte. Flere av ergoterapeutene var usikre på disse oppgavene og hvordan de skulle forklare pasientene hva de skulle gjøre, og noen av ergoterapeutene uttrykte også at det til dels var vanskelig å tolke resultatene av Riska-oppgavene. Riktignok foreligger det en manual (Itzkovich et al., 2000) som beskriver nøyaktig hva du skal si og gjøre, men dersom pasienten ikke forstår instruksjonen, kan det skape frustrasjon (Radomski, 2008).

I tillegg hendte det at pasientene på enkelte oppgaver hadde andre løsninger enn de alternative som var beskrevet i LOTCA-manualen, og da ble både skåring og tolking av resultatet krevende. Den nyeste versjonen av LOTCA, DLOTCA (Katz et al., 2011), forklarer i større grad hva terapeuten skal si og skåre ved ulike prestasjoner fra pasienten, og vil kanskje være lettere for terapeutene å bruke. DLOTCA er imidlertid ikke utprøvd i denne studien, så det foreligger ikke noe grunnlag for å trekke en slik konklusjon ut fra i denne studien.

Ved utførelsen av de øvrige oppgavene var det stort sett mindre problemer, men flere av oppgavene kunne vært tydeligere formulert eller eventuelt hatt en tilleggsbeskrivelse av hvordan de skal utføres. Eksempler på dette kan være å endre størrelsen på konvolutten til en standard forretningskonvolutt, slik at det naturlige blir å brette et A4-ark to ganger på tvers før det legges i konvolutten, slik det beskrives i DLOTCA (Katz et al., 2011). For å se om det foreligger ideasjonell apraksi er hovedsaken at pasienten har ideen om handlingen (Gammeltoft, 2011), altså forstår hva som skal gjøres med konvolutt og papir. Størrelsen og formen på konvolutt og papir kan imidlertid ha innvirkning på vanskelighetsgraden av gjennomføring av oppgaven.

Det at mange av pasientene verken kjente eller husket begrepene rombe og trapes, kan delvis ha sammenheng med at disse matematikkbegrepene er faglige begrep som i liten grad brukes i norsk dagligtale. Det er også mulig at det har andre årsaker. Eksempelvis kan ulik skolebakgrunn og kulturelle forskjeller ha innvirkning på individers begrepsforståelse (Elazar et al., 1996; Lezak et al., 2004; Josman et al., 2011). Ut fra at det er visuell persepsjon som undersøkes, burde det viktigste kanskje være å kunne skille mellom de ulike formene, og ikke at man vet hva hver enkelt form heter. I LOTCA-G (Elazar et al., 1996), som er en versjon beregnet på eldre, viser manualen at å skille de ulike formene fra hverandre er det essensielle for skåringen.

## METODEKRITIKK

Hvem som ble invitert til å delta i studien, kan ha hatt betydning for hvilken type informasjon man har fått. Ergoterapeutene var tilknyttet spesialiserte rehabiliteringsinstitusjoner og hadde god kompetanse på kognitiv rehabilitering. Erfaringene ville kanskje vært annerledes ved mindre spesialiserte rehabiliteringsinstitusjoner. Videre har spørreskjema og intervjuguide vært styrende i forhold til hvilken type informasjon

man sitter igjen med. Det er en styrke for studien at begge institusjonene har brukt samme oversettelse av LOTCA, men erfaringene tilsier at oversettelsen ikke var god nok på alle punkter, særlig ikke i forhold til Riska-oppgavene. Dette kan kanskje forklares med at prosedyren for oversettelse avviker noe fra anbefalte retningslinjer, noe som igjen kan føre til misvisende resultat. En annen begrensning i denne studien er at man ikke har benyttet siste versjon av LOTCA. Dette skyldes at studien allerede hadde startet opp da siste versjon av LOTCA ble gjort tilgjengelig. Man må derfor med utgangspunkt i de beskrevne begrensningene være forsiktig med å generalisere resultatene fra denne studien til å være gjeldende for alle ergoterapeuter som jobber i rehabiliteringsinstitusjoner, eller som benytter andre versjoner av instrumentet. En validering av LOTCA er viktig for å øke generaliserbarheten av resultater i framtidige studier hvor LOTCA anvendes, og vil trolig ha betydning for hvorvidt flere tar den i bruk.

## KONKLUSJON

Ergoterapeutene ved begge institusjonene beskrev LOTCA som nyttig ved kartlegging av kognitiv funksjon hos pasienter med hjerneslag og traumatiske hjerneskader. De uttrykte at LOTCA kunne bekrefte funn ved observasjoner og andre undersøkelser, men også gi supplerende opplysninger som var vesentlige i forhold til planlegging av relevante tiltak i videre behandling. Det er imidlertid behov for å få mer kunnskap om erfaringene med å bruke LOTCA, og den nyeste versjonen av redskapet bør valideres for bruk i Norge.

Førsteforfatter har vært prosjektleder, gjennomført alle intervju og analysert data. Andre- og tredjeforfatter har bidratt til utformingen av studien og har hatt koordineringsansvar ved de to institusjonene. Videre har de lest grundig gjennom og kommentert både underveis og det innsendte artikkelutkastet. Siste forfatter har bidratt i utforming og analyse av dataene og utforming av artikkelen.

## Referanseliste

- 
- Annes, G., Katz, N., & Cermak, S. (1996). Comparison of younger and older healthy adults on the Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment. *Occupational Therapy International*, 3(3), 157-173. doi: 10.1002/oti.34
- Arnadottir, G. (1990). *The Brain and Behavior Assessing Cortical Dysfunction Through Activities of Daily Living (ADL)*. St. Louis: The C. V. Mosby Company.

- Chaytor, N., & Schmitter-Edgecombe, M. (2003). The Ecological Validity of Neuropsychological Tests: A Review of the Literature on Everyday Cognitive Skills. *Neuropsychology Review*, 13(4), 181-197.
- Elazar, B., Itzkovich, M., & Katz, N. (1996). *Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment for Geriatric Population (LOTCA-G): LOTCA-G manual*. Pequannock: Maddak Inc.
- Gauthier, L., Dehaut, F., & Joanette, Y. (1989). The Bells Test: A Quantitative and Qualitative Test for Visual Neglect. *International Journal of Clinical Neuropsychology*, 11(2), 49-54.
- Gammeltoft, B. C. (2011). *Skjulte Handicaps* (3. utg.). Haslev: fa. Gammeltoft.
- Green, S., & Salkin, N. (2010). *Using SPSS for Windows and Macintosh: Analyzing and Understanding Data* (6. utg.). Upper Saddle River, NJ, USA: Prentice Hall Press.
- Hartman-Maeir, A., Katz, N., & Baum, C. M. (2009). Cognitive Functional Evaluation (CFE) Process for Individuals with Suspected Cognitive Disabilities. *Occupational therapy in health care*, 23(1), 1-23. doi: 10.1080/07380570802455516
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Itzkovich, M., Elazar, B., & Averbuch, S. (2000). *LOTCA Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment* (2. utg.). Pequannock: Maddak Inc.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i samfunnsvitenskapelig metode for helse- og sosialfagene* (2 utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Josman, N., Abdallah, T. M., & Engel-Yeger, B. (2011). Using the LOTCA to Measure Cultural and Sociodemographic Effects on Cognitive Skills in Two Groups of Children. *American Journal of Occupational Therapy*, 65(3), 29-37. doi: 10.5014/ajot.2011.09037
- Katz, N., Itzkovich, M., Averbuch, S., & Elaser, B. (1989). Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment (LOTCA). Battery for Brain-Injured Patients: Reability and Validity. *American Journal of Occupational Therapy*, 43, 184-192. doi: 10.5014/ajot.43.3.184
- Katz, N., & Hartmann-Maeir, A. (2005). Higher level cognitive functions enabling engagement in occupation. I N. Katz, (Red.), *Cognition and Occupation across the Life Span* (s. 3-26). Bethesda MD: AOTA.
- Katz, N., Livni, L., Erez, A. B., & Averbuch, S. (2011). *DLOTCA Dynamic Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment for Adults*. Wayne. Maddac Inc.
- Keith, R. A., Granger, C. V., Hamilton, B. B., & Sherwin, F. S. (1987). The functional independence measure: a new tool for rehabilitation. *Advances Clinical Rehabilitation*, 1(1), 6-18.
- Kristensen, H. K., & Nielsen, G. E. (2011). *Ergoterapi & hjerneskaade: aktiviteter i kognitiv rehabilitering* (4. utg.). København: FADL.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews. Learning the craft of qualitative research interviewing*. Los Angeles: SAGE Publications Inc.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., & Loring, D. W. (2004). *Neuropsychological Assessment* (4. utg.). New York: Oxford University Press.
- Lund, K., Oestergaard, L. G., & Maribo, T. (2014). Reliability and internal consistency of the Danish version of Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment 2nd Edition (LOTCA-II/D). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21, 473-478. doi:10.3109/11038128.2014.925504
- Malia, K., & Brannagan, A. (2005). *How to do Cognitive Rehabilitation Therapy*. Part One. Leatherhead. UK: Brain Tree Training.
- Prigatano, G. P. (1999). Disorders of self-awareness after brain injury. I G.P. Prigatano (Red.), *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. (s. 265-293). New York: Oxford University Press.
- Prigatano, G. P. (2005). Disturbances of self-awareness and rehabilitation of patients with traumatic brain injury: A 20-year perspective. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 20(1), 19-29.
- Radomski, M. V. (2008). Assessing Abilities and Capacities: Cognition. I M. V. Radomski, & C. A. Trombly (Red.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (6. utg.) (s. 60-283). Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Radomski, M. V., & Morrison, M. T. (2014). Assessing Abilities and Capacities: Cognition. I M. V. Radomski, & C. A. Trombly (Red.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (7. utg.) (s. 121-143). Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Shulman, K. L. (2002). Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 548-561. doi: 10.1002/1099-1166(200006)15:6<548::AID-GPS242>3.0.CO;2-U
- Skøien, R., Rosseland, H., Vågsmyr, U., Hovden, H., & Kornkveen, S. (2011). ErGus – vurdering av kognitiv funksjon i akuttstuskehus. *Ergoterapeuten*, 54(5), 18-25.
- Spreen O. & Strauss E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (2. utg.). New York: Oxford University Press.
- Strobel, C. & Engedal, K. (2008). *MMSE-NR Norsk revidert Mini Mental Status Evaluering*. Hentet fra <http://www.aldringoghelse.no/ViewFile.aspx?ItemID=4501>
- Tuntland, H. (2011). *En innføring i ADL* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Wilson, B., Cockburn, J., & Baddeley, A. (1985/1997). *The Rivermead behavioural memory test*. Norsk utgave. Håndbok – voksne. Namsos: Pedagogisk psykologisk Forlag AS.
- Williams R. L., & Allen, C. K. (1985). Research with Non-Disabled Population. I C. K. Allen (Red.), *Occupational Therapy for Psychiatric Diseases: Measurement and Management of Cognitive Disabilities* (s. 315-338). Boston: Little Brown.
- Wyller, T. B. (2015) *Geriatry* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

# Helsetjeneste- og rehabiliteringsforskning

Av Unni Sveen

## – Hva forsker du på?

– Mine forskningsinteresser er varierte. De studiene jeg har jobbet med, spenner vidt mellom pasient-, pårørende- og familieperspektiv innenfor helsetjenesteforskning og rehabiliteringsforskning. I mitt doktorgradsarbeid jobbet jeg med en studie hvor vi undersøkte pasienter og pårørendes erfaringer med deltakelse i utskrivningsprosessen når eldre (80+) ble skrevet ut fra sykehus til kommunale hjemmetjenester.

Den studien jeg jobber med i min postdoktorstilling, har arbeidstittelen «Psykososial helse etter hjerneslag» og er en stor intervensjonsstudie hvor vi undersøker om en samtalebasert intervensjon kan forebygge utviklingen av psykososiale plager etter hjerneslag. I denne studien har vi inkludert 350 pasienter, hvorav halvparten blir fulgt opp i denne samtalebaserte intervensjonen. Dette er en veldig spennende studie hvor datasamlingen fremdeles pågår. Vi er spente på om de positive erfaringene fra pilotstudien kommer til å gjenspeiles også i effektmålene vi har valgt i den randomiserte kontrollerte (RCT)-studien.

## – Hva er dine hovedfunn?

– Siden studien om psykososial helse etter hjerneslag fortsatt er i datasamlingsfase, har vi ingen funn vi kan rapportere enda. Doktorgradsavhandlingen min,

«Indispensable intermediaries. The role of informal caregivers in the discharge process of older relatives», viste tydelig at både pasienter og pårørende ønsker en aktiv rolle i utskrivningsprosessen. Med spesifikt fokus på de pårørende viste studien videre at det er forskjell på hvordan yngre generasjon og eldre generasjon pårørende erfarer deltakelse og medvirkning i utskrivningsprosessen. Den yngre generasjonen pårørende, hovedsakelig pasientens voksne barn, erfarer større grad av medvirkning i utskrivningsprosessen enn den eldre generasjonen pårørende, som i hovedsak består av pasientens ektefelle. De yngre pårørende rapporterer i høyere grad enn de eldre at de får informasjon, samt at de deltar i dialog med og samarbeider med helsepersonellet i utskrivningsprosessen. Kun halvparten av de pårørende i studien opplever imidlertid at de deltar i et samarbeid med helsepersonellet når deres eldre pårørende skrives ut fra sykehuset. Studien viste samtidig at bistand fra pårørende og tilstrekkelig hjelp fra den kommunale hjemmetjenesten var avgjørende for at det skulle gå bra etter hjemkomst. Helt overordnet fremhever studien pårørendes sentrale rolle som mellomledd mellom skrøpelige eldre pasienter og helsetjenestene. Her er de pårørende uunnværlige.

## – Hvilken forskningsartikkel



## NAVN

Line Kildal Bragstad

## STILLING

Postdoc ved Oslo Universitetssykehus og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo.

Foto: Anbjørg Kolaas

## er den beste du har lest, og hvorfor?

– Det finnes så mange gode forskningsartikler at det er veldig vanskelig å velge kun én. Hvis jeg må velge, så vil jeg peke på en artikkel jeg har latt meg inspirere av i mitt pågående arbeid. Det er en artikkel som ble publisert av Poltawski, Norris og Dean i Journal of Rehabilitation Medicine i 2014: «Intervention Fidelity: Developing an experience-based model for rehabilitation research». Denne artikkelen tar for seg noen sentrale utfordringer i måling av «intervention fidelity», som er måling av i hvilken grad en intervensjon implementeres i tråd med protokollen, i komplekse intervensjoner på rehabiliteringsfeltet. Forfatterne har vist hvordan eksisterende modeller for vurdering av intervention



fidelity kommer til kort innen rehabilitering, og har foreslått noen endringer for bedre å imøtekomme utfordringene som er unike innenfor rehabiliteringsforskningen. Denne artikkelen har avstedkommet nyttige refleksjoner i arbeidet med intervensjonsstudien vår.

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

- Med fagpolitiske briller på vil jeg si at vi trenger mer forskning som kan gi oss kunnskap om effekten av tiltakene våre i praksis. Generelt sett tror jeg vi oftere bør ta steget videre fra de beskri- vende studiene til utvikling av intervensjoner som vi så må teste i intervensjonsstudier med store nok utvalg, slik at vi kan skape ny, pålitelig kunnskap om effekten av tiltakene våre.



*Line Kildal Bragstad har blant annet forsket på pasienter og pårørendes erfaringer med deltagelse i utskrivningsprosessen når eldre ble skrevet ut fra sykehus til kommunale hjemmetjenester.*

## Du kjenner brukeren, vi hjelper deg med øyestyrte talehjelpemidler.



**tobii** dynavox

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

# FORBUNDETS LEDERE

Ergoterapeutenes Seniorforum har laget et anegalleri med alle forbundslederne fra oppstart av Norges Arbeidsterapeuters Landsforbund i 1952 og fram til i dag. Galleriet ble overrakt forbundet i forbindelse med seniorennes oktobermøte.



*Alexandra von Munthe av Morgenstjerne  
Formann 1954–1956  
77 medlemmer i forbundet.  
Nordisk møte for arbeidsterapeuter i 1954.*



*Aage Bredo Aas  
Formann 1956–1960  
I 1957 fikk forbundet eget eget fagtidsskrift, og i  
1968 ble forbundet medlem av verdensforbundet.*



*Ragna Ahlsand  
Formann 1960–1961  
120 medlemmer i forbundet, som bl.a.  
samarbeidet med andre kvinneforbund.*



*Inger Johanne Hansen  
Formann 1971–1973  
273 medlemmer i forbundet.  
Arbeidsterapeuten har opplag på 800.*



*Esther Broch  
Formann 1973–1977  
Navneendring fra arbeidsterapeut til ergoterapeut. Skolen i Trondheim ble startet.*



*Kari Opsahl  
Forbundsleder 1977–1979  
479 medlemmer i forbundet.  
YS ble vårt sentrale forhandlingsorgan.*



*Solrun Nygård  
1991–1993  
Forbundet fikk egen forhandlingsrett.  
Lansering av Selvfølgen-kampanjen.*



*Karin M. Liabø  
1993–2007  
Utviklet «Helse gjennom aktivitet».  
Ergoterapeutene ble med i Unio.*



*Liv Berit Pilskog  
Konstituert i 2007  
Forbundets visjon ble «Aktivitet og  
deltakelse for alle».*



**Birgit Hesselroth Rasch**

1952–1953

27 personer var til stede på landsmøtet.  
Årskontingenten var 20 kroner.



**Gunvor Segerstål Basberg**

Formann 1953–1954

40 medlemmer i forbundet.  
«Sykepleien» tok inn artikler om arbeidsterapi.



**Berit Mollekleiv Johansen**

Formann 1961–1965

131 medlemmer i forbundet.  
Skolen ble godkjent av WFOT.



**Aase Tvengsberg**

Formann 1965–1967

Fagbladet Arbeidsterapeuten har  
opplag på 500 eksemplarer.



**Mette Breder**

Formann 1967–1971

201 medlemmer i forbundet.  
Det ble dannet en kurskomité.



**Karin Olsen Vikse**

Forbundsleder 1979–1981 (2007)

600 medlemmer i forbundet.  
Første forbundsleder med lønn i halv stilling.



**Kerstin Biering**

Forbundsleder 1981–1989

1090 medlemmer i forbundet.  
Vi utarbeidet yrkesetiske retningslinjer.



**Birgit Busch Søyland**

Forbundsleder 1989–1991

Forbundet ble medlem av Akade-  
mikernes Fellesorganisasjon (AF).



**Elin Hetland Mong**

Forbundsleder 2007–2008

Satte mål om flere ergoterapeuter med  
doktorgrad.



**Mette Kolsrud**

Forbundsleder 2008–2014

Prosjekt Hverdagsrehabilitering starter opp.  
Ergoterapeuten ble vitenskapelig tidsskrift.



**Nils Erik Ness**

Forbundsleder fra 2014

4000 medlemmer i forbundet.  
Hverdagsrehabilitering når Norge.



# Ergoterapiforskning ved UiT Norges arktiske universitet

## - STRATEGI FOR ETABLERING AV ET STERKT FAG- OG FORSKNINGSMILJØ I NORD

**Forskningsrådets nye satsning fra 2018, «Kompetanseløft for profesjonsutdanningene», innebærer blant annet å styrke forskningskompetansen innenfor utdanningenes kjerneområder, bedre kvalitet på utdanning og undervisning og å styrke kultur for forskning og samarbeid. NIFU gjennomførte i 2016 en kartlegging av FoU i fagmiljøer som tilbyr korte profesjonsutdanninger. NIFUs rapport viser at fagmiljøene er små og sårbare, men at noen fag og institusjoner likevel har hatt større vekst enn andre.**

---

Av Cathrine Arntzen, Astrid Gramstad, Vår Mathisen og Audhild Høyem

*Cathrine Arntzen er førsteamanuensis ved UiT Norges arktiske universitet*

*Astrid Gramstad er forsker ved UiT Norges arktiske universitet*

*Vår Mathisen er ph.d.-stipendiat ved UiT Norges arktiske universitet*

*Audhild Høyem er ph.d.-stipendiat ved UiT Norges arktiske universitet.*

Rapporten synliggjør en stor variasjon mellom helsefagene når det gjelder tilbud om mastergradsutdanning, muligheter for karrierevei mot forskning og muligheter for forskningsfinansiering. Her kommer sykepleiere og fysioterapeuter bedre ut enn ergoterapeuter. Dette gjelder også for UiT Norges arktiske universitet, der tendensen de siste årene har vært en økning av utdanningstilbudet på mastergradsnivå for sykepleiere og fysioterapeuter, og en reduksjon av tilbudet til ergoterapeuter i landsdelen. En fortsettelse av denne utviklinga vil kunne få store konsekvenser for utdanningskvalitet, for praksisfelt og for forskningsmiljøet som er under oppbygging.

Evalueringer etter samhandlingsreformen peker på at pasienter med komplekse utfordringer knyttet til helse, aktivitet og deltakelse i for liten grad ivaretas på en helhetlig måte. Pasienter er særlig sårbare i overganger mellom ulike tjenestenivåer og møter ofte utfordringer i hverdagslivet som de og deres pårørende strever med å håndtere. Det er et stort behov for helsepersonell i kommunen med kompetanse på mestring av aktiviteter i hverdagslivet. Ergoterapeuter besitter denne kompetansen, og studier viser at de blir etterspurt både av helsepersonell og brukere selv. Ergoterapeuter har også potensial til å være sentrale i tjenesteutvikling i kommunene gjennom innovative arbeidsformer som hverdagsrehabilitering og implementering av velferdsteknologi. Likevel viser undersøkelser gjort av Statistisk sentralbyrå at over 90 kommuner mangler ergoterapeutressurs. I 2020 blir ergoterapi en lovpålagt kommunal helse-tjeneste. Rekrutteringen til faget må derfor økes for



å dekke behovet. I tillegg stilles det krav til utdanning og forskningsmiljø om å utdanne kritiske og reflekterte ergoterapeuter som kan gi viktige bidrag i en kommunehelsetjeneste i endring.

### BEHOV FOR SYSTEMATISK OG STRATEGISK ARBEID

De siste årene har det skjedd en økt akademisering innen ergoterapifaget. Ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved UiT er vi snart en håndfull ergoterapeuter med doktorgrad som også er aktive forskere. Siden år 2000 har over 30 ergoterapeuter tatt mastergrad i helsefag ved vårt institutt. Ergoterapiforskerne ved UiT er tilknyttet ulike forskningsgrupper og har bygd opp kompetansen sin i nært samarbeid med andre faggrupper. Den tverrfaglige orienteringen har vært viktig og nødvendig for kompetansebygging. Nå ser vi imidlertid at tiden inne for en sterkere særfaglig orientering, noe som innebærer økt samarbeid innad og mer bevisst faglig nettverksbygging nasjonalt og internasjonalt. Vi søkte og fikk forskningsmidler fra Ergoterapeutene i 2015 for å starte det systematiske og strategiske arbeidet med å utvikle en forskningsprofil og styrke ergoterapiforskningsmiljøet i landsdelen. Arbeidet startet i år med følgende mål:

- 1) sikre og videreutvikle attraktive og praksisrelevante undervisningstilbud i hele syklusen fra bachelor, gjennom mastergrad til ph.d. for ergoterapeuter ved UiT
- 2) utvikle ph.d.- og postdoc-prosjekter som legger til rette for en akademisk karrierevei for ergoterapeuter i landsdelen
- 3) bidra til kontinuitet og rekruttering til mastergrads- og ph.d.-løp
- 4) et ergoterapiforskningsmiljø som er en sentral kunnskapsleverandør for fag- og tjenesteutvikling i landsdelen
- 5) initiere forskningssamarbeid der andre institusjoner, utdanning og praksisfelt inngår som sentrale partnere regionalt, nasjonalt og internasjonalt

For å nå målene ovenfor har vi arbeidet oss sammen ved å presentere egen forskning for å få innsikt i hverandres kompetanse og interessefelt og identifisere fellesnevnerne. Vi tror den beste strategien for å etablere et fellesskap og tydeliggjøre profilen vår er å samarbeide om konkrete forskningsprosjekter. Samarbeidet oppleves som inspirerende og gir energi til egen forskning, samtidig som fellesnevnerne blir tydeligere. Vi ser nå konturene av en egen forskningsprofil for ergoterapeuter i nord.

### FORSKNINGSPROFIL I NORD

Ergoterapeutforskere trenger i årene framover å bygge sterke faglige tyngdepunkt med forankring i de ulike utdanningsmiljøene. Dette krever strategisk og planmessig arbeid på regionalt og nasjonalt nivå. Vi ser behov for en nasjonal oversikt over utdanningsmiljøene, kompetanseressurser og forskningsaktivitet blant ergoterapeuter. Vi ergoterapiforskere ved UiT har samlet oss om følgende tematiske satsningsområder:

- 1) betydningen av brukerperspektivet i praksis og forskning
  - 2) tjenesteutvikling med særlig fokus på komplekse forløp og hverdagslivshåndtering
- Jobben med å bygge opp et robust ergoterapiforskningsmiljø ved UiT vil ta tid. Selv om vi har særegne spisskompetanser, ser vi at det er mange felles tema og interesseområder vi kan videreutvikle sammen. Fremover bør vi ergoterapeuter ha et særlig blikk på hvordan fagmiljø skal styrkes i skjæringsfeltet mellom forskning, utdanning og praksis. Ett klart mål er at strategiarbeidet vårt skal munne ut i utvikling lokalt. Et annet mål er andre fagmiljø lar seg inspirere til samarbeid på en nasjonal arena.



**personlig  
GPS  
trygghetsalarm**

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

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

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

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

**Kr. 2.490 i vår nettbutikk [www.tryggereliv.no](http://www.tryggereliv.no)**

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





## Å MESTRE LIVET

**Eva Magnus skal holde æresforelesningen under den norske kongressen i ergoterapi i 2017. – Vi har stor nytte av slike kongresser for å utveksle erfaringer, knytte kontakter og sette ergoterapien på kartet, sier hun.**

---

Av Anne-Lise Aakervik



**E**va Magnus forsker, foreleser, underviser og veileder i ergoterapifaget. Innimellom disse aktivitetene forbereder hun den forelesningen hun kanskje gleder seg mest til i 2017: Æresforelesningen på den norske kongressen i ergoterapi.

– Jeg ble så glad da jeg ble spurt! Jeg hadde ikke i min i vildeste fantasi kunnet forestille meg at de skulle velge meg. Det er så mange flinke folk å ta av.

Eva Magnus stråler når hun sier dette, der hun sitter på den andre siden av bordet og nipper til en kopp kakao.

– Jeg gleder meg til å skrive. Det skal bli godt å oppsummere hva jeg har drevet med. I tillegg håper jeg å være inspirerende, bekreftende og komme med noen nye ideer også.

Med hennes bakgrunn er dette noe å se fram til. Eva Magnus har satt preg på utviklingen av ergoterapiutdanningen i en årrekke og er en stor bidragsyter til å gjøre faget både relevant og synlig gjennom forskning. Hun er klar på at ergoterapeutene må komme mer på banen når vi snakker om meningsfulle hverdagsliv.

– Vi har mye mer å bidra med!

### **GODE PASIENTOPPLEVELSER**

Hun utdannet seg til ergoterapeut på 70-tallet i Oslo. Den første jobben fikk hun på på regionsykehuset i Trondheim, som det het da. Her jobbet hun med pasienter ved nevrologisk og nevrokirurgisk avdeling. Så ble hun headhuntet til et helsesenter i Nord-Troms som drev med rehabilitering av slagrammete pasienter som også hadde afasi.

– Det var givende og lærerike år som gjorde at jeg kom nært på pasienter og folks opplevelse av å mestre hverdagslivet. Samtidig

hadde jeg en følelse av at dette kanskje ikke var det riktige likevel.

For å teste det ut tok hun et år på lærerhøyskolen i forming i Oslo. Her jobbet hun med kreative fag. Da året var over, konkluderte hun med at det folk hun ville jobbe med.

– Men kreativitet er absolutt påkrevd i yrket vårt.

Hun fikk så jobbe med et banebrytende prosjekt som prøvde ut ergoterapi i fem kommuner i Nord-Troms. Dette var nytt på den tiden.

– Vi jobbet med folk som var hjemmeboende, og vi så at det var veldig nyttig.

Så fikk hun en telefon fra Trondheim med spørsmål om hun ville bli lærer på ergoterapeututdanningen.

– Og jeg som hele mitt liv har sagt at jeg IKKE skal bli lærer. Jeg lurte først på om jeg hadde noe å bidra med, og konkluderte med at det hadde jeg. Mine erfaringer måtte kunne brukes, ler hun.

### **I ENDRING**

I løpet av de årene hun har jobbet med studenter, har utdanningen endret seg voldsomt.

– Nå må man ha mastergrad og helst en doktorgrad for å få fast arbeid ved utdanningen. Det er en helt utrolig utvikling.

Selv tok Magnus doktorgraden sin i 2009 på studenter med nedsatt funksjonsevner og deres hverdagsliv. I dag er hun førsteamanuensis ved ergoterapeututdanningen ved Institutt for helsevitenskap ved NTNU. Hun hilser forskningen velkommen.

Ergoterapeuter må jobbe evidensbasert og ha gode begrunnelser for det de gjør.

### **FORSKER PÅ NYE TJENESTER**

For tiden er Eva Magnus involvert

i et fireårig prosjekt finansiert av Forskningsrådet. Det heter «Omfattende tjenester i andres hjem: brukeres, tjenesteyteres og ledes perspektiver», og ledes fra NTNU Samfunnsforskning.

– Her får vi fram stemmene til de som mottar tjenester, de som gir tjenester, og de som leder tjenestene. Metoden er aksjonsforskning. Det innebærer at vi arbeider med å utvikle tjenesten i løpet av prosjektet, i nært samarbeid med de involverte. Målsettingen er at de som mottar omfattende tjenester hjemme, skal kunne leve aktive liv. Prosjektet skal komme brukerne, praktikerne og utdanningene til gode.

Hun forteller at også studentene som er i praksis, bidrar til forskningen.

– For dem er dette en unik mulighet til å lære mer om forskning og diskutere utfordringer i praksis. Jeg har savnet å jobbe tett med studentene. Her har jeg med både bachelor- og masterstudenter, og det er fint.

### **TYDELIG STEMME**

Hun sier det er viktig at man har en tydelig stemme, og forbundets fokus på hverdagsrehabilitering har vært et godt valg.

– Her står vi sammen med sykepleierne og fysioterapeutene. Vi må være svært tydelige på hva vi kan bidra med, sammen og hver for oss, og hvilke utfordringer vi ser, og hva vi kan gjøre med dem! Jeg ønsker at vi blir en yrkesgruppe som er mer selvfølgelig innenfor mange områder enn det vi er i dag, som for eksempel demens, rusrehabilitering og tjenester til utviklingshemmede. Hverdagsaktiviteter og rehabilitering bidrar blant annet til mening i hverdagen, sier Eva Magnus.

**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

## «Helsetjenester i endring – konsekvenser for utvikling og ledelse av ergoterapitjenester»

Stortingsmeldinger og andre politiske føringer omtaler behovet for faglig omstilling i helse- og velferdstjenestene for å møte brukernes og samfunnets behov på en ny og mer bærekraftig måte. Det skrives og snakkes om brukarmedvirkning, forebygging, tidlig innsats, rehabilitering, fokus på aktive tiltak og egenmestring. Ute i tjenestene kan mange ledere oppleve at disse politiske målene ofres i tøffe budsjettbehandlinger hvor de tradisjonelle medisinske og pleie- og omsorgstjenestene prioriteres.

**Temaer for kurset vil være:**

- Samfunnsutfordringer og politiske føringer
- Hvordan kan ergoterapeuter bidra til å løse brukernes og samfunnets utfordringer?
- Helseøkonomi
- Endringsledelse
- Påvirkningsarbeid
- Prioriteringer

**Kursarrangør** : Norsk Ergoterapeutforbund  
**Kurssted** : KS Agenda, Oslo  
**Tid** : 9. og 10. mars 2017  
**Pris** : kr 2000 for medlemmer, kr 1000 for tillitsvalgte, studenter og seniorer, kr 4000 for ikke-medlemmer.

Kurset er for ledere av ergoterapitjenester i både kommune- og spesialisthelsetjenesten.

## STRESSMESTRING

### lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til **Stressmestringskurset Arbeid og avspenning** 2.-4. mars 2017 på Halvorsbøle.

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder. Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Kurset er godkjent av **Norsk Ergoterapeutforbund** med 16 timer som spesialistspesifikt kurs meritterende til ergoterapispesialist innen Arbeidshelse, Allmennhelse og Psykisk helse.

Pris; kr 4.950,- inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

For mer info: [www.fagakademiet.no](http://www.fagakademiet.no) eller [www.acem.no](http://www.acem.no)  
Ring 41 78 64 00 eller 23 11 87 00 for info/påmelding

## 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.





Aktivitet og deltakelse for alle.  
Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem

ergoterapeutene

## Bølgekraft til nye områder i 2017

9. FEBRUAR 2017 I OSLO

**Bølgekraft** til nye områder er et dypdykk i Arendalskonferansen 2017. Formålet med dypdykket er å formidle kunnskap og skape bevissthet om hvordan de gode resultatene fra hverdagsrehabilitering kan omsettes til å ha hverdagsmestring som tankesett i alle kommunale tjenester. Det behøver ikke å begrense seg til helse og velferd, det kan også omsettes innen tjenester i barnehager og skoler. Deltakerne vil få kunnskap og inspirasjon til å bringe erfaringene fra hverdagsrehabilitering til neste generasjon hverdagsmestring.

Dypdykket presenterer og utforsker hvordan "bølgen" og engasjementet rundt hverdagsrehabilitering kan bringes videre til flere brukergrupper og områder. Mange kommuner i både Danmark og Norge arbeider med hverdagsrehabilitering. Hverdagsrehabilitering som metode er basert på hverdagsmestring, som er et tankesett og handler om brukerens mål. Det samme dypdykket arrangeres i Aarhus 7. februar 2017.



### La deg begeistre av:

- |                        |                              |
|------------------------|------------------------------|
| › Gunner Gamborg       | Rehabiliteringsforum Danmark |
| › Nils Erik Ness       | Norsk Ergoterapeutforbund    |
| › Annemarie Zacho Broe | Aarhus kommune               |
| › Merete Tonnesen      | MarselisborgCentret          |
| › Kjersti Vik          | NTNU Trondheim               |
| › Oddvar Førland       | Høgskolen i Bergen           |

**Målgrupper:** Ledere og praktikere som skal ta hverdagsrehabilitering videre i egen kommune.

**Arrangører:** Norsk Ergoterapeutforbund, MarselisborgCenteret, Fremtidens kommuner – Arendalskonferansen, Rehabiliteringsforum Danmark og RI Norge

**Kurssted:** Oslo Kongressenter

**Pris:** Nkr 1000,-. Ingen rabatter.

**Program:** [www.ergoterapeutene.org/kurskalender](http://www.ergoterapeutene.org/kurskalender)

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

## «Hverdagsmestring – psykisk helse og rus»

Tjenestetilbudene innen psykisk helse og rus er i endring, både i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Liggetiden på sykehusene blir kortere, og det skal tilbys et medikamentfritt behandlingsalternativ. Kommunene må utvide sitt tilbud for at flere skal kunne leve et godt hverdagsliv der de bor.

Hva skal ergoterapeutenes bidrag i denne utviklingen være?

### Temaer for kurset vil være:

- Samfunnsutfordringer og politiske føringer
- Eksempler fra praksis og forskning på hvordan ergoterapeuter bidrar til mestring av hverdagen, skole, arbeidsliv på både kommunalt- og spesialisthelsetjenestenivå.
- Bruk av kartleggingsinstrumenter: Hvorfor, hvordan, hvilke?

**Kursarrangør:** Norsk Ergoterapeutforbund

**Kurssted:** KS Agenda, Oslo

**Tid:** 27. og 28. april 2017

**Pris:** kr 2000 for medlemmer, kr 1000 for tillitsvalgte, studenter og seniorer, kr 4000 for ikke medlemmer

## Ergoterapeuter og førerkortvurdering

16. – 17. MARS 2017



**B**ilkjøring er ofte en forutsetning for å kunne leve et aktivt liv. Av hensyn til trafiksikkerheten er det viktig å identifisere sjåførere med økt risiko uten unødig 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.



## 6. NASJONALE KONFERANSE OM HJERNESLAG

Oslo Kongressenter, 09. - 10. februar 2017

**PROGRAM OG PÅMELDING**  
**[www.hjerneslag.no](http://www.hjerneslag.no)**

Ergoterapeuter ønskes velkommen

## Delta på nettmøte om videreutdanning og masterstudier

Har du vurdert å styrke ergoterapikompetansen din med etter- og videreutdanning? 15. februar 2017 arrangerer Ergoterapeutene Nord nettmøte mellom ulike utdanningsinstitusjoner og utdanningssøken- de ergoterapeuter. Høgskolene og universitetene vil presentere tilbudene sine, og deltakerne får an- ledning til å stille spørsmål. Kravet til kompetanse i helse- og velferdstjenestene har økt, og det betyr at det i mange tilfeller vil være behov for kompetanse ut over treårig bachelorutdanning. Høyskoler og universiteter har i de senere årene utviklet mange nye tilbud. Ergoterapifaglige og tverrfaglige etter- og videreutdanninger skal imøtekomme samfunnets og ergoterapeutenes behov kompetanseutvikling. For den enkelte ergoterapeut kan det være vanskelig å manøvrere i alle disse tilbudene.

Dette ønsker Ergoterapeutene Nord å gjøre noe med.

Målgruppen er både nye og erfarne ergoterapeuter som ønsker kompetanseheving og utdanning. Nettmøtet vil bli arrangert som et Skype-møte der utdanningene presenterer etter- og videreutdanninger som er spesielt relevante for ergoterapeuter. Deltakerne vil kunne stille spørsmål til hver presentasjon. I etterkant vil presentasjonene med aktuelle lenker bli lagt på Ergoterapeutenes hjemmeside.

Tema:

- Hvilke etter- og videreutdanninger, inkludert mastere- har høyskolen eller universitetet som er rele- vante for ergoterapeuter?
- Hvor mange studiepoeng gir etter- og videreutdanningene?
- Hvilken kompetanse og hvilke karrieremuligheter gir de?
- Opptakskrav (arbeidserfaring?)
- Hvordan dekkes studiekostnadene? Deltakerpris?

Nettmøtet vil foregå 15. februar 2017, kl. 13.00–15.00.

Det vil være mulig å delta på deler av møtet. Nærmere program sendes ut i forkant.

Påmelding og mer informasjon i Kurskalenderen.





Aktivitet og  
deltakelse for alle.

Bli medlem!

# 10 gode grunner til å bli medlem

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

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



ergoterapeutene



## 1.BEHANDLING/TRENING

### 0330

#### HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING

##### CYPROMED AS

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

Elektriske varmehjelpemidler for alle.

##### MINITECH AS

Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad  
Tlf.: 62 57 78 00, fax: 62 57 77 51

mail@minitech.no

www.minitech.no

Elektriske varmehjelpemidler til barn og voksne

### 0333

#### ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKK-FOREBYGGENDE HJELPEMIDLER

##### ADL PRODUKTER AS

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

salg@adl.no www.adl.no

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

##### TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar

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

company@mail.togemo.no

Dekker alle behov for trykkavlastning

##### VITAL BASE AS

Myrvegen 2, 6060 Hareid

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

firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no

Sårbehandling/trykkavlastnings-produkter

### 0348

#### BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSSUTSTYR

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

### 0606/0612/0618

#### ORTOSER

##### OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo

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

info@ottobock.se www.ottobock.no

Ortoser blir bra!

### 0630 PROTESER

#### NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad

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

nto@ortonor.no www.ortonor.no

Spesialist i armproteser.

## 3. PERSONLIG STELL OG KLÆR

### 0903 KLÆR OG SKO

#### ØYTEX AS

6917 Batalden

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

post@oytex.no www.oytex.no

Uteklær for rullestolbrukere

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona tørklær, Arcona smekker

### 0909

#### HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

### 0912 HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK

#### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

### 0912 B

#### HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

### 0933 HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

#### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

#### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Servantheis, badebord

### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

#### ERGOGRIIP AS

Skeistøa 199, 5217 Hagavik

Tlf.: 92209399

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

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

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

www.klubben.no

Se: [http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

#### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

### 0933 B HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

#### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Hev/senk stellebenker/bord, servanter

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

### Y 1 YRKESKLÆR/SKO

#### PRAXIS ARBEIDS- OG FRITIDSKLÆR AS

Sjøtun Næringspark, 6899 Balestrand

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

firma@praxis.no www.praxis.no

En ledende leverandør av yrkesklær, fottøy og naturhudpleie

## 4. FORFLYTNING

### 1203/1206 GANGHJELPEMIDLER

#### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

## OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

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

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

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

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

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

## – PRODUKTREGISTER –

### FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 ÅS

Tlf: 64 94 21 65

[www.follo-futura.no](http://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](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto: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](http://www.alurehab.no)

Sykler - man. og el.

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

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

[post@sunrisemedical.no](mailto: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](http://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](mailto:firmapost@permobil.com),

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

##### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

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

[post@sunrisemedical.no](mailto: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](http://www.alurehab.no)

#### PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

[firmapost@permobil.com](mailto:firmapost@permobil.com), [www.permobil.com](http://www.permobil.com)

#### PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo

[post@picomedmobility.no](mailto:post@picomedmobility.no)

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

#### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no) [post@sunrisemedical.no](mailto: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](http://www.alurehab.no)

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

[firmapost@permobil.com](mailto:firmapost@permobil.com), [www.permobil.com](http://www.permobil.com)

#### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

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

[post@sunrisemedical.no](mailto: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](mailto:salg@adl.no) [www.adl.no](http://www.adl.no)

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://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](mailto:post@hcn.no) [www.hcn.no](http://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](http://www.sunrisemedical.no) [post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://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](mailto:salg@adl.no) [www.adl.no](http://www.adl.no)

#### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

[post@picomed.no](mailto:post@picomed.no) [www.picomed.no](http://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](mailto:post@astec.no) [www.astec.no](http://www.astec.no)

Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

### **1809**

#### **SITTEMØBLER**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://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](mailto:fb@krabat.no) [www.krabat.no](http://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](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Corpoform basispute

### **1812 SENER**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no)

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

#### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

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

[post@sunrisemedical.no](mailto: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](mailto:salg@adl.no) [www.adl.no](http://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](mailto:post@astec.no) [www.astec.no](http://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](mailto:salg@adl.no) [www.adl.no](http://www.adl.no)

##### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

[post@picomed.no](mailto:post@picomed.no) [www.picomed.no](http://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  
Lydoverføringssystemer  
GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

#### VESTFOLD AUDIO AS

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

**2142**

### **SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON**

#### ABILIA AS

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

info@abilia.no www.abilia.no

#### BARDUM AS

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

#### COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450

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

#### GEWA AS

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

Samtalehj.midler

#### GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

#### VESTFOLD AUDIO AS

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

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

#### TOBII DYNAVOK

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

**2144**

### **GYNGETERAPI**

#### PICOMED AS

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

### **2145 HØREAPPARATER**

#### GEWA AS

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

### **2146 HØRSELTEKNISKE HJLPEDMIDLER**

#### GEWA AS

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

## - PRODUKTREGISTER -

### VESTFOLD AUDIO AS

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

### **2147 SOVEHJELPEMIDLER**

#### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),  
Wellness Nordic Gyngestolen.  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
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/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med  
produkter for sansestimulering.

### **3006 SPILL**

#### KLUBBEN AS

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

### **3009 MOSJONS- OG 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/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med  
produkter for sansestimulering.

#### 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](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](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](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](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 (vektdynen 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](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



## 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