

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Et reddet liv skal også leves 6

Kunnskapsdeling og dugnadsånd 8 Kompenser kommunene krone for krone 12

3D-teknologi – framtidsrettet ortoseutvikling for ergoterapeuter? 24

Mennesker å bli glad i og glad av 54

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen,

Ruca Maass og Eva Magnus

Vitenskapelige artikler sendes til:

vitenskap@ergoterapeutene.org

Annonser

Erik Sigurdsson

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / utgivelse

Nr. 4 – 3. aug / 31. aug

Nr. 5 – 12. okt / 13. nov

Nr. 6 – 1. des / 31. des

Trykkeri 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

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

Hege Munthe

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrun Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Ann Kristin Løe, 2. nestleder

Berit Regine Laiti

Mariette Elise Gjerde

Linda Fauskanger Nesheim

Tonje Hansen Guldhav

May Solveig Svendsen

Siv Iren Gjermstad

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

Pia Jessen, 1. varamedlem

Silvia Elisabeth Hansbø, 2. varamedlem

Heidi Fløtten, varamedlem

Kenneth Pettersen, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Live Øverli, varamedlem

Kamilla Lemb Herbjørnsen, varamedlem

Judith Ekerhovd, varamedlem



6



8



44



54

REPORTASJER

6 Et reddet liv skal også leves

Av Else Merete Thyness

8 Kunnskapsdeling og dugnadsånd

Av Else Merete Thyness

NY ARENA

10 Jobber som suksesspådriver

Av Else Merete Thyness

KRONIKK

12 Kompenser kommunene krone for krone

Av Erik Orskaug

FORBUNDET

14 Prioritering av ergoterapi i kommunene

Av Solrun Nygård

18 Bli ergoterapispesialist

Av Anita Engeset

19 Hva er kollektiv forsikring?

Av Roar Hagen

20 Godt fornøyde medlemmer, men forsatt mulighet for utvikling

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

22 Flytt boliglånet ditt og spar inn kontingent

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

23 Ergoterapeutenes landsmøte i 2020

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

FAGLIG

24 3D-teknologi – framtidsrettet ortoseutvikling for ergoterapeuter?

Av Lasse Mikkelsen, Andreas Revne, Terese Aglen, Adrian W. Gran, Eline F. Dalseth og Tina Taule

VITENSKAP

32 Vurdering av aktivitetsutfordringer hos pasienter med håndskader ved bruk av Measure of Activity Performance of the Hand (MAP-hand)

Av Marte B. Størseth, Brynhild K. Eriksen, Linn Melum, Camilla Kindgren og Tone Vaksvik

44 Forsker i farten: Else Marit Holen Gravås

Av Else Merete Thyness

AKTUELT

46 Ergonomi på heimekontoret

Av Johanne Gjesdal Moe

50 Hverdagsmestring – en blogg

Av Karine Woll Jørgenvaag og Edel-Therese Steen

52 Ergoterapeutene feirer 1. mai

Av Else Merete Thyness

53 Bokomtale: Etikk i helsetjenesten

Av Else Merete Thyness

PÅ DE SISTE SIDENE

54 Mennesker å bli glad i og glad av

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

56 Kurs- og stillingsannonser

59 Produktregister

Sakte tilbake til hverdagen

Vi er på vei tilbake til hverdagen – og mange av vanene våre har forandret seg. Ikke bare de hjemme, men også de jobbrelaterte.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

I midten av mars stengte skoler og barnehager. De som kunne, jobbet hjemmefra. Skulle vi møte noen, måtte det være ute. Folk begynte å hamstre, bilene ble borte fra motorveiene og vi vasket hender som aldri før. Norge fulgte den nasjonale beredskapsplanen for pandemisk influensa.

Etter nedstengningen er nå samfunnet sakte, men sikkert i ferd med å åpne opp igjen. For meg personlig har dette på mange måter vært en nyttig tid. Noen av de vanene jeg har tillagt meg, kommer jeg til å ta med meg videre, som oftere hjemmekontor og flere møter på Teams.

Denne utgaven av Ergoterapeuten handler blant annet om erfaringer og konsekvenser av koronapandemien. På reportasjeplass har vi besøkt Sunnaas sykehus. Klinikkoverlege Frank Becker forteller om hvordan sykehuset planlegger for rehabilitering av koronapasienter, mens ergoterapeutene Anne-Marthe Sanders og Tina Kopseng gir et innblikk i sykehusstilværelsen under delvis nedstengning. I *Ny Arena* forteller kommuneergoterapeut Karina Westrum Grøvdal om hvordan

møtevirksomheten på Teams i hjemmekontorperioden banet vei for hennes nye oppgave som suksesspårer i kommunen. I kronikken skriver Unios sjeføkonom Erik Orskaug at «Stortinget må sørge for at den enkelte kommune og fylkeskommune kompenseres etter faktiske kostnader og inntektsbortfall».

Også under *Aktuelt* finner vi koronarelatert stoff. NRK Nyheter hadde et innslag med bedriftsergoterapeut Johanne Gjesdal Mo under pandemien. Her snakket hun om hjemmekontor på mer permanent basis. På bakgrunn av dette har hun skrevet artikkelen «Ergonomi på heimekontoret». Ergoterapistudentene Karine Woll Jørgenvaag og Edel-Therese Steen kunne ikke gå ut i vanlig praksis i år. Alternativet var å utføre praksisprosjektet online. Det resulterte i «Hverdagsmestring – en blogg».

Og med det ønsker jeg dere en god sommer. Denne herlige, korte tiden med varme og ferie. Hvem vet, kanskje det er plass til fagbladet i kofferten eller ryggsekken?



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Bærekraftig ut av koronapandemien

Innsatsen med å komme ut av koronapandemien er i gang. Det er nå vi må sette inn støtet for mer bærekraftige helsetjenester og samfunn. Her spiller vi også på lag med Unio.

Til nå har samfunnsinnsatsen prioritert smittevern og å redde liv. I mellomtiden har tjenester fra ergoterapeuter vært sterkt redusert. På nytt kommer forebygging og rehabilitering i skvis mellom blålys og pleie.

Ja, vi må ha bedre beredskap framover, men framtidens helse-

tjeneste løses ikke kun med flere pleiere. Norge får framover færre yrkesaktive i forhold til det økende antallet pensjonister. Det vil heller ikke bli nok helsepersonell til å utføre tjenesten akkurat slik vi har gjort til nå. Denne samfunnsendringen skjer samtidig med forventet nedgang i oljeinntekter og økonomiske etterdønninger etter koronapandemien. Dette krever innovasjon – vi må yte tjenester på nye, ressursutløsende og bærekraftige måter.

Et grunnleggende prinsipp i

ergoterapi er å utløse personers ressurser, og dermed bidra til en bærekraftig utvikling. Mer enn noen gang gjentar vi våre argumenter. Hold ut! Fortsett å argumentere for våre tjenester!

Vi har gode kort på handa, vi har gode løsninger for et bærekraftig samfunn. Framover må vi tenke mer tverrfaglig samarbeid, vi må tørre å prøve ut nye arbeidsformer og ny teknologi, og vi må ha mer forskning på tjenester som gir bedre liv og samtidig helseøkonomisk effekt.

ET REDDET LIV SKAL OGSÅ LEVES

– Nå skal vi sørge for god oppfølging og rehabilitering for de som har overlevd covid-19, sier Frank Becker, klinikkoverlege ved Sunnaas sykehus.

Av Else Merete Thyness



Sunnaas sykehus har opprettet en nettside, www.sunnaas.no/beredskap, der pasienter og pårørende enkelt kan finne informasjon om blant annet rehabilitering.

Covid-19 er en ny type virussykdom som først og fremst rammer luftveiene. De fleste som blir smittet, får milde symptomer, men noen utvikler alvorlig sykdom og må gjennom intensiv behandling og kanskje ligge i respirator.

– Mange pasienter kommer til å ha behov for tverrfaglig rehabilitering etter pandemien, sier Becker.

KOORDINERT SAMARBEID

Sunnaas sykehus er en av de institusjonene som nå tar imot covid-19 pasienter for rehabilitering.

– Covid-19 kan føre til puste- og svelgevansker, muskelsvinn, redusert utholdenhet og styrke, fatigue, nedsatt kognisjon og nevromuskulær svakhet. Mange opplever også redusert arbeidskapasitet. Samtidig vet vi at kritisk sykdom er en traumatisk opplevelse både for pasienten og de pårørende. Dette kan gi angst og depresjon i tillegg, sier Becker.

Selv om de fleste som døde av covid-19 var eldre personer, var

over 70 prosent av pasientene som ble innlagt under 70 år.

– De har vært gjennom en tøff behandling, så vi må komme tidlig i gang med et godt koordinert samarbeid mellom de forskjellige faggruppene.

Aktuelle rehabiliteringstiltak er mobilisering, kondisjons-, styrke- og balansetrening, trening av daglige aktiviteter og psykologisk støtte.

– Ergoterapeuter har mye å bidra med i et tverrfaglig team med sin kompetanse på aktivitet og deltakelse, sier han.

Hjelpemidler er også aktuelt.

– Også her er ergoterapeutenes bidrag uvurderlig, og det samme gjelder deres kompetanse på kognitiv funksjon.

Han påpeker at rehabiliteringsbehovet i mange tilfeller ikke vil oppdages før pasienten kommer tilbake til hverdagen.

– På akuttstusykehus er det mest fokus på sykdom og overlevelse, samtidig som aktivitetene der er rutinepreget. Derfor er det viktig å følge opp disse pasientene over tid.



- Det er viktig å følge opp covid-19-pasienter over tid, sier Frank Becker. Han er lege og forsker ved Sunnaas sykehus og leder for Rehabilitering Sør-Øst.

VEILEDNING OM COVID-19

Da koronaepidemien kom til Norge, ble mange rehabiliterings-tilbud stengt ned eller redusert. I tillegg framstår rehabiliteringsfeltet for mange uoversiktlig. For å bøte på dette startet Sunnaas sykehus en veiledningstjeneste på telefon for pasienter og pårørende, og de opprettet en nettside med informasjon om sykdommen og ulike tilbud.

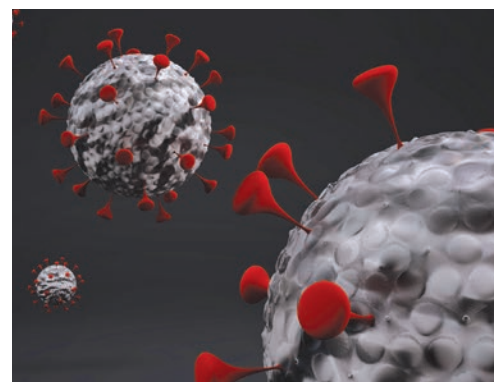
- Pasienter blir skrevet ut så raskt som mulig fra sykehusene uten at de automatisk henvises til rehabilitering. Da må pasienter og pårørende lett kunne finne fram

til informasjon. Det er mulig at det vil komme en ny koronabølge. Vårt mål er at vi skal gi hjelp til alle som trenger det, sier Frank Becker.

LANG ERFARING

Sunnaas sykehus har lang erfaring med pasienter med rehabiliteringsbehov etter alvorlig sykdom og langvarig respiratorbehandling, og også med nevrorehabilitering.

- Vår jobb starter når akuttbehandling er avsluttet. Vi skal gjøre vårt beste for at de livene som er reddet, blir gode liv.



Covid-19 kan føre til nedsatt livskvalitet.

SUNNAAS SYKEHUS UNDER KORONAPANDEMIEN

KUNNSKAPSDELING OG DUGNADSÅND

Anne-Marthe Sanders og Tina Kopseng berømmer helsearbeiderne under koronapandemien.

Av Else Merete Thyness



Anne-Marthe Sanders og Tina Kopseng utenfor ergoterapiavdelingen med den nødvendige én meters avstanden og Antibac på bordet.

Ukeplan uke 24				
Dag	Fysisk trening	KL	Undervisning	KL
Mandag	Kondisjon og styrke for personer med settstående sensorfunksjon med fysioterapeut Malin Børtnes	10.00-10.30		
Tirsdag	Funkoball med Nora Funkquist, idrettspedagog	10.00-10.30	Kurs i kognitiv rehabilitering: Kognitive kommunikasjonsvansker Del 1: Definisjon og kartlegging Del 2: Behandling	13.00-13.20
Onsdag	Håndtrening etter skade i hånden ved ergoterapeut Kristin Schewe Loxley og Cathrine Weisæth	10.00-10.30	Ernæring for forebygging og tilheling av sår ved klinisk ernæringsfysiolog Hanne Bjerg Slettahjel	13.00-13.20
Torsdag	Kondisjon og styrke for personer med nedsett sensorfunksjon/balanse med Nora Funkquist, idrettspedagog	10.00-10.30	Uta av envervet hjerneskade ved psykolog Marte Fjeldheim Elseth og Sandra Eichner	13.00-13.20
Fredag	Tøyning og bevegelse i arm, hånd og fingre ved ergoterapeut Maria Hirkow	10.00-10.30	Semv og semvansker ved sykepleier Anne Kraby	13.00



Sunnaas sykehus innførte online-timeplaner slik at pasientene fikk et hjemmetreningstilbud.

Sunnaas sykehus' beredskapsplaner beskriver ulike scenarier som utgjør trusler og utløser beredskapssituasjoner, som en pandemi. Koronaviruset satte sykehuset i gul beredskap, noe som blant annet innebærer at de har måttet nedprioritere noen tilbud.

– I den første perioden stengte vi alle avdelinger som ikke handlet om primærrehabilitering. Personalet ble delt i to forskjellige vaktlag som ikke skulle møtes, og som byttet på å være på jobb. Selv om alle her har rehabiliteringskompetanse under huden, innebar dette at mange av de ansatte nå jobbet på avdelinger de ikke hadde spesifikk kunnskap om, forteller Anne-Marthe Sanders, fagsjef for ergoterapeutene på Sunnaas sykehus.

For å gjøre det enklere for personalet å bytte avdelinger, ble det laget digitale læringsressurser med blant annet e-læring og sentrale publikasjoner.

– Vi samlet nyttig kunnskap for hver yrkesgruppe på de ulike avdelingene og delte dem – også tverrfaglig, sier hun.

Dette materialet er bra å ha i framtiden også. Å få nytt personale inn på avdelingene skulle også vise seg å være positivt.

– For oss som jobber på primæravdelingene, var det nyttig å få ansatte fra andre avdelinger med andre typer kunnskap, og vice versa. Det ble kompetanseutvikling og kompetanseheving for alle parter, sier Tina Kopseng, fagansvarlig i klinikk.

Begge er enige om at det var en spesiell tid der de måtte planlegge for eventuell sykdom blant de ansatte eller at flere måtte i karantene. Samtidig skulle de ta seg godt av de inneliggende pasientene.

– Men det hersket en utrolig dugnadsånd og stå-på-vilje hos de ansatte, og ingen av de inneliggende pasientene ved Sunnaas sykehus ble smittet under pandemien, sier Sanders.

I løpet av denne perioden har de også utvidet bruken av videokonsultasjoner til for eksempel eksterne samarbeidspartnere som NAV Hjelpemiddelsentral, lokale ergoterapeuter og pårørende, og de innførte Åpen timeplan.

– Dette er et nettbasert daglig tilbud for hjemmetrening av håndfunksjon og kondisjon, som inkluderer undervisning på sentrale temaer innen rehabilitering. Ny timeplan er tilgjengelig på sunnaas.no hver uke fram til sommeren. Deretter vil vi evaluere



– Koronapandemien har gjort noe med informasjonsutvekslingen i Helse-Norge, mener Anne-Marthe Sanders og Tina Kopseng, ergoterapeuter på Sunnaas sykehus.

om dette er noe vi skal fortsette med. Sunnaasstiftelsen har laget en tilsvarende digital timeplan med sine mentorer i foreningen, der tidligere pasienter deler sine erfaringer. Korona har gjort noe med informasjonsutvekslingen mellom terapeutene, mellom terapeuter og pasienter og mellom pasientene, sier Kopseng.

KUNNSKAPSDELING

Nå har Sunnaas senket beredskapen til grønn. Sykehuset er åpnet i begrenset omfang og har lagt til rette for rehabilitering av koronapasienter.

– Vi har god erfaring med pasienter som har hatt intensiv behandling, har ligget i respirator eller har hatt langvarig sykdomsforløp, men foreløpig har vi ikke mye erfaring med akkurat denne pasientgruppen. Dette er felles for

alle som behandler disse pasientene, både de som arbeider akutt og de som jobber med rehabilitering, sier Sanders.

Samarbeidet mellom de institusjonene i Norge som tar imot covid-19-pasienter, er derfor godt. Alle har behov for mer kunnskap.

– Vi har blitt flinke til å dele nyttig informasjon, sier Kopseng.

Av gode kilder trekker hun særlig fram *European Respiratory Society* i England, som har laget en selvhjelpspakke for covid-19-pasienter etter utskrivelse, og *The American Physical Therapy Association* med sitt PACER Project (Post-Acute Covid-19 Exercise and Rehabilitation).

– I Norge har det blitt publisert mange gode artikler i Tidsskrift for Den norske legeforening, samtidig som Regionale komite-

er for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) har kortet ned behandlingsfristen på prosjektsøknader, slik at data kan samles inn raskere, supplerer Sanders.

TILBAKE TIL HVERDAGEN

Covid-19-pasienter som blir søkt inn til Sunnaas sykehus, har alle behov for kompleks rehabilitering. Avhengig av type utfall blir de søkt inn på forskjellige avdelinger. Ergoterapeutens bidrag er særlig knyttet til daglige aktiviteter, og ikke minst aktivitetsutfordringer som pasientene opplever.

– Vår hovedoppgave er å rehabilitere pasienten tilbake til hverdagen. Vi ser på hele mennesket: hvem de er, bosituasjon, fritidsaktiviteter og arbeidssituasjon. Ut fra dette gir vi et individuelt tilpasset tilbud, sier Kopseng.



NAVN

Karina Westrum Grøvdal

STILLING

Kommuneergoterapeut

HVOR

Rauma Kommune

Jobber som suksesspådriver

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i Rauma kommune i koordinerende avdeling.

– Hva jobber du som?

– Jeg er ansatt som kommuneergoterapeut.

– Hvor lenge har du hatt denne jobben?

– Jeg ble ansatt i 2006. Siden det har vi vært gjennom flere omorganiseringer, noe som har ført til at jeg har vært ansatt i flere avdelinger og fått erfaring fra forskjellige typer samarbeid som med helsestasjon, psykiatri, barnevern, universell utforming, rehabilitering, kronikere og eldre.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Når en jobber i en mindre kommune, får en mulighet til å

jobbe innen flere områder og prosjekter i tillegg til den tradisjonelle terapeutjobben. Akkurat nå jobber jeg som ergoterapeut hvor et ansvarsområde er å være suksesspådriver for innføring av Teams i vår kommune. Jeg jobber da med opplæring og innføring i Teams i tillegg til å utvikle områder hvor vi kan bruke Teams for å få bedre samarbeid mellom forskjellige tjenester. Mye jobb går ut på å bruke erfaringer jeg har fra tidligere, slik at jeg kan tilpasse arkitekturen i Teams opp mot de som skal ta i bruk Teams. Jeg må finne ut hvem som skal være med i teamene, hvilke kanaler vi skal ha, og hvordan mappeoppbyggingen skal være.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Jeg tilrettelegger teamene, kanalene og mappene til de enkelte teamene. Som ergoterapeut har jeg kjennskap til forskjellige arbeidsgrupper og hva som er deres utfordringer i jobbhverdagen. Jeg bruker også mye av min erfaringskompetanse som ergoterapeut.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Da jeg ble spurt om å jobbe som suksesspådriver, var lederen min tydelig på at hun ønsket å vise hvor viktig vår kompetanse er for at de ulike tjenestene

i kommunen skal fungere. Som hun sa så fint: «Ergoterapeuter og fysioterapeuter er limet i organisasjonen vår. Vi skal vise dem hvor avhengige de er av oss!» Andre yrkesgrupper kunne sikkert ha jobbet med dette, men ingen andre yrkesgrupper kan vise til den erfaringen som jeg har fått gjennom ergoterapeutjobben min.

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

– Det er kjempespennende! Jeg får være med på å skape framtidens helsetjenester og måten vi skal jobbe på fremover. Ved å jobbe med digitale løsninger viser vi at ergoterapeuter jobber framoverlent og nyskapende. Jeg jobber med utvikling av de kommunale tjenestene, og det er gøy når en får resultater som en ikke trodde var mulig. Korona ga oss ikke bare begrensninger, men også muligheter. Aldri før har flere brukt digitale løsninger. Da er det morsomt å være god på det og bruke det til utvikling. Blant annet har vi sett på om det kan være en løsning for å ha arbeidstakere som er delvis sykmeldt, i jobb. Her er mulighetene mange.

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

– Ja, det vil jeg absolutt gjøre!



Rauma kommune ligger i Møre og Romsdal med Åndalsnes som kommunesenter.



Roltec BOA2

- Midthjulsdrift
- **LAV** setehøyde - kun 36 cm!
- Liten totalbredde - kun 59 cm!
- Alle setefunksjoner
- Gode tilpasningsmulighet



Arcona posisjoneringsputer

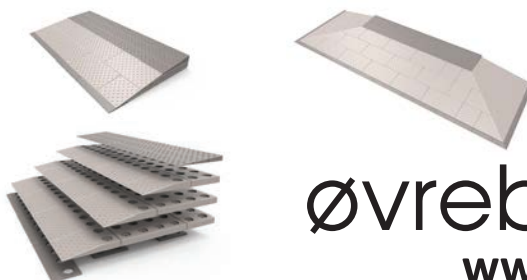
- Gir god komfort, understøttelse og trykkfordelig
- Tyngde i putene gir stabilitet
- Putene brukes blant annet innen: nevrologi, demens, bariatri, geriatri, palliasjon...
- Putene er fylt med en blanding av viskoelastisk skum og polyesterenkuler.



SecuCare terskeleliminator

Modulsystem med store tilpasningsmuligheter

- Bygges med 1, 2 eller 3-sidig påkjøring
- Reposløsninger



øvrebø rehab

www.ovrebo.no

Kompenser kommunene krone for krone

Regjeringens forslag til Revidert budsjett 2020 gir ikke klare nok garantier for at kommuner og fylkeskommuner skal kompenseres fullt ut for de økonomiske effektene av koronapandemien. Stortinget må sørge for at den enkelte kommune og fylkeskommune kompenseres etter faktiske kostnader og inntektsbortfall.

Av Erik Orskaug



Erik Orskaug er sjeføkonom i Unio. Kronikken er basert på episode 3: «Kommuneøkonomien og veien ut av krisa» av Unio podcast.

For å unngå kutt i velferdstilbudet må Stortinget gi garanti for at den enkelte kommune og fylkeskommunes faktiske merutgifter og inntektstap blir dekket fullt ut. Oppgaver som er satt på vent, eller som må gjennomføres på langt mer kostbare måter på grunn av smittevernarbeidet, vil gi kommunene ekstra kostnader ut hele året og inn i neste år. Disse må også kompenseres. Helsevesen, skole og barnehage må drives på en forsvarlig måte innenfor smitteverntiltakene i lang tid framover.

UNDERVURDERER UTGIFTSØKNINGENE OG INNTEKTSBORTFALLET

Regjeringen sier i Revidert budsjett at det er stor usikkerhet knyttet til beregningene. Det er selvsagt riktig, men regjeringen har også konsekvent undervurdert utgiftsøkningene og inntektsbortfallet:

- Merutgiftene til smittevernutstyr og bruk av helsepersonell er beregnet under forutsetning av at den akutte smittevernsituasjonen varer til midten av juni.
- Det er lagt til grunn at foreldrebetalingen i barnehagene er fullt tilbake fra 19. april. Vi vet allerede at mange barn ikke kom tilbake så tidlig, og at mange fremdeles ikke er tilbake.
- Det er lagt til grunn at foreldrebetalingen i SFO er fullt tilbake fra 26. april. Vi vet allerede at mange barn med foreldre på hjemmekontor eller som er permitterte, eller der familien frykter smitte, ikke har kommet tilbake til SFO.
- Resterende mindreinntekter er forutsatt å vare i kun tre måneder. Det er optimistisk å sette en

slutt i midten av juni. Inntekter fra for eksempel parkering og inngangsbilletter er neppe tilbake til normalen etter det.

- I tillegg kommer et anslag på fallet i skatteinntektene som regjeringen selv sier, er meget usikkert.

Regjeringen har med andre ord, hvis vi ser bort fra skatteberegningene, kun sett på utgiftsøkninger og inntektsbortfall ut første halvår i år og knapt nok det. KS har på sin side anslått utgiftsøkningene og inntektsbortfallet knyttet til virusutbruddet i andre halvår til 6,4–10,3 milliarder.

OVERVURDERER BESPARELSENE AV LAVERE PRIS- OG LØNNSVEKST

Regjeringen legger i Revidert budsjett til grunn at konsumprisene vil øke med kun én prosent og lønnsveksten med rekordlave 1,5 prosent i 2020. Dette er betydelig lavere enn de siste anslagene fra Statistisk sentralbyrå og Norges Bank. Her forutsetter regjeringen at lønnsoppgjøret avlyses. Faktisk er lønnsoverheng til 2020 og vanlig glidning mer enn 1,5 prosent. Forklaringen kan være at regjeringen legger til grunn høyere lønnsvekst i kommunesektoren enn i industrien. Det tror jeg neppe de vil stå ved.

Det er lavere anslag på pris- og lønnsvekst som «redder» regjeringen. De anslår at lavere kostnadsvekst vil spare kommunesektoren for over ni milliarder kroner. Dermed regner regjeringen seg fram til at kommuner og fylkeskommuner tjener over fem milliarder kroner på koronakrisen! Det er langt fra den virkelighet som kommune-Norge befinner seg

i. Oslo la nettopp fram et revidert budsjett der de utsetter viktige valgløfter for å finansiere 1,9 milliarder kroner i ekstraordinære korona-kostnader og -innteksttap.

Nå må Stortinget for det første sørge for at kommunesektoren kompenseres fullt ut, men samtidig pålegge regjeringen at kompensasjonen fordeles rettfærdig etter den belastning den enkelte kommune og fylkeskommune har hatt. Stor usikkerhet om den økonomiske situasjonen har gjort at flere kommuner har varslet innskrenkninger i antall årsverk i undervisning og helse, samt ikke-lovpålagte tjenester når den økonomiske usikkerheten er stor. Dette må vi for all del unngå, hvis ikke vil kommunesektoren bidra til å gjøre ting verre i månedene og årene som kommer for hele norsk økonomi.

ANDRE KOSTNADER SOM IKKE ER MEDREGNET

Pandemien har satt mye på vent. Aktivitet, vedlikehold, prosjekter som ikke har kunnet la seg gjennomføre på grunn av pandemien har blitt utsatt, men lønnsutgifter har påløpt, og de ansatte har gjort andre oppgaver som kanskje ikke ville blitt utført om smittesituasjonen ikke hadde oppstått. Å utføre de utsatte oppgavene vil pådra enhver organisasjon ekstrautgifter. Disse må også finne inndekning. Innenfor rimelighetens grenser må kommunene også kompenseres for denne type kostnader, hvis ikke vil det kommunale velferdstilbudet svekkes.

KOMMUNENE MÅ BLI DEL AV MOTKONJUNKTURPOLITIKKEN

Norge har større økonomisk handlefrihet i finanspolitikken enn de fleste. Det gir oss en mulighet til å komme raskere ut av krisen enn andre land.

Økonomiske kriser har alltid gitt omstilling. I dag har staten så stor finansiell handlefrihet gjennom oljefondet at vi må være særdeles forsiktige med å bruke disse musklene til å bygge opp igjen alt det gamle. Der vi kan få noe positivt ut av krisen på omstilling og fornyelse, på kunnskap og kompetanse og på miljø og bærekraft, må vi nå se vår besøkestid og innrette politikken slik at vi kan gjøre betydelige framskritt på disse områdene. Det vil være vel så effektivt med tanke på å sikre et vekstkraftig og bærekraftig næringsliv som å bruke titalls milliarder på å hjelpe og forlenge petroleumsaktiviteten. Denne bør bygges forsiktig ned, noe som innebærer at tiltakene overfor oljeindustrien bør avpasses deretter.

Vi må nå gjenreise norsk økonomi. Dette arbeidet bør bygge på noen overordnede holdninger. For det

første må det utvises forsiktighet med å stimulere oljeselskapenes aktivitet når oljeprisen er så lav som nå. Ideelt bør vi ha en plan for styring av nivået på framtidige oljeinvesteringer som sikrer en jamnere investeringsaktivitet, og som innebærer en forsiktig nedtrapping av investeringene over tid. Planen må ta hensyn til at klimagassutslippene i Norge skal halveres innen ti år.

Staten bør derimot sette inn store midler på å få fram et omfattende program for havvind på norsk sokkel og andre fornybarprosjekter. Leverandørindustrien bør være en partner for staten i fornybarprosjekter både på sokkelen og på land. Videre må Stortinget i vårsesjonen fatte beslutning om å satse aktivt på flere prosjekter innen karbonfangst og -lagring. Vellykkede prosjekter på dette området vil være helt avgjørende for at vi skal klare å nå klimamålene.

Staten må øke sitt engasjement som risikoavlaster og investor for å få fram nye oppstartsselskaper. Det må satses kraftig på videre elektrifisering av fergetrafikken og kysttrafikken generelt.

Så må kommunesektoren gis en sentral rolle i motkonjunkturpolitikken og kampen for å gjenreise sysselsettingen etter at pandemien legger seg. De siste årene har kommunesektoren på grunn av stramme økonomiske rammer spilt en meget beskjeden rolle i arbeidet med å skape nye arbeidsplasser. Kommunesektoren må få midler til å framskynde vedlikehold og nybygg, til å framskynde digitaliseringen av offentlig sektor og til å styrke det generelle tjenestetilbudet.

Kommunene må også få midler til å øke grunnbemanningen i helse- og omsorgstjenesten samt i skolen. Kampen mot korona har foregått i kommunene, og dette arbeidet har avslørt manglende smittevernberedskap og lav grunnbemanning.

Privat sektor er i krise. Bedriftene vil bruke mindre på forskning og utvikling i lang tid framover. Staten må derfor øke sin andel av den samlede forskningen. Statlig forskningsinnsats bør utgjøre to prosent av bruttonasjonalprodukt i en tiårsperiode for å bidra til omstilling og det grønne skiftet. Samtidig må universitetenes og forskningsinstituttene grunnfinansiering styrkes. Vi vet ennå ikke hvor alvorlig og langvarig koronakrisen blir, men det må kraftig lut til. Mye tyder på at denne krisen kan være langt kraftigere enn finanskrisen. Høy arbeidsledighet må bekjempes med aktiv finanspolitikk og en aktiv «stat». Her er det ikke plass til liberalistiske løsninger.

Prioritering av ergoterapi i kommunene

Denne artikkelen tar opp overordnede politiske føringer for prioriteringer i kommunehelsetjenesten og hvilke konsekvenser disse må ha for daglige prioriteringer i ergoterapitjenesten. Denne diskusjonen bør alle ergoterapeuter ta, internt i egen tjeneste og med ledere og politikere.

Av Solrun Nygård



Solrun Nygård er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

Mange ergoterapeuter har lange ventelister. Det er et problem for dem som venter på bistand til å mestre hverdagslivet bedre, fører til lite bærekraftige tjenester i kommunene og er en belastning for den enkelte ergoterapeut.

ERGOTERAPEUTERS SAMFUNNSOPPDRAK

Ergoterapeutenes visjon er «Aktivitet og deltakelse for alle», som vi oppnår ved å ta i bruk vår kjernekompetanse (1). Ergoterapeuter tar utgangspunkt i hva som er viktige aktiviteter og ønsket deltakelse for den det gjelder, fremmer aktivitetsutførelse, tilrettelegger aktiviteter og utvikler inkluderende omgivelser for at flest mulig skal oppleve deltakelse og tilhørighet. Vi bidrar til å løse individuelle utfordringer i tillegg til samfunnets helse- og velferdsutfordringer. Ergoterapeuters mestringsfokus er ressursutløsende for personen og ressursbesparende for samfunnet.

Dette forsterkes i våre yrkesetiske retningslinjer (2), som sier at «Ergoterapeuten tar samfunnsansvar basert på befolkningens rett og mulighet til aktivitet og deltakelse». Ergoterapeuter har et ansvar for å bidra i utvikling av gode, inkluderende samfunn og utvikling av tjenester som ivaretar den enkeltes rett til aktivitet og deltakelse.

Å prioritere betyr å sette noe framfor noe annet (3). Ergoterapeuter har et spesielt ansvar for å løfte fram mestring i sine prioriteringer, siden øvrige tjenester ofte prioriterer ut ifra en medisinsk forståelse med mest søkelys på alvorlighet, ressursbruk og nytte. Dette er vår plattform. Dette er vår faglighet som vi må kommunisere ute i den enkelte kommune. Det er disse føringene vi skal prioritere våre tiltak ut ifra.

PRIORITERINGSMELDINGER

En likeverdig tilgang til tjenester er et grunnleg-

gende prinsipp for offentlige helse- og omsorgstjenester. Kriteriene som legges til grunn for prioriteringer av tilbudene er viktige for at fordeling ikke skal skje tilfeldig. Prioriteringer skal bidra til mest mulig god helse for ressursene som er brukt.

Spesialisthelsetjenesten har tradisjon for å lage prinsipper for hvordan helse- og omsorgstjenester skal fordeles. Siden 1987 har fire offentlige utredninger vurdert prioritering i spesialisthelsetjenesten: Lønning I (1987), Lønning II (1997), Grundutvalget (1997) og Norheimutvalget (2014) (1). Utvalgene har gitt anbefalinger om hvem som har rett til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten, og hvor lang ventetid som er akseptabel for ulike behandlinger. Kriteriene for prioritering i spesialisthelsetjenesten bygger på vurdering av et tiltaks nytte, ressursbruk og alvorlighet.

I 2018 ble det for første gang gjort et arbeid for å lage prioriteringskriterier for kommunehelsetjenesten. Aud Blankholm fikk i oppdrag å lede dette arbeidet, og Blankholmvalget la fram sin innstilling i «NOU 2018:16 Det viktigste først».

Utvalget anbefaler at kommunehelsetjenesten bør bruke de samme prioriteringskriteriene som spesialisthelsetjenesten – nytte, ressurs og alvorlighet – men at det er behov for en tilpasning, siden oppdraget til spesialisthelsetjenesten er ulikt oppdraget til kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten skal primært behandle personer med utgangspunkt i en diagnose. I kommunene vil målet ofte være at personen skal mestre sin hverdag til tross for sykdom, smerter og/eller fysiske, psykiske og/eller sosiale funksjonsnedsettelse.

«NOU 2018:16 Det viktigste først» anbefaler derfor at nytte-, ressursbruk- og alvorlighetskriteriet som benyttes ved prioriteringer i spesialisthelsetjenesten, suppleres slik at den også fanger opp fysisk, psykisk og sosial mestring.

NYTTE, RESSURS OG ALVORLIGHET

«NOU 2018:16 Det viktigste først» definerer de tre kriteriene slik:

Nyttekriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut ifra om kunnskapsbasert praksis tilsier at tiltaket øker sannsynligheten for:

- overlevelse eller redusert funksjonstap
- fysisk eller psykisk funksjonsforbedring
- reduksjon av smerte / fysisk eller psykisk ubehag
- økt fysisk psykisk og sosial mestring

Ressurskriteriet: Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på. Ressurskriteriet skal ikke brukes alene, men sammen med de to andre kriteriene for prioritering.

Alvorlighetskriteriet: Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut ifra:

- risiko for død eller funksjonstap
- graden av fysisk eller psykisk funksjonstap
- smerter / fysisk eller psykisk ubehag
- graden av fysisk, psykisk eller sosial mestring

Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige gode leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med tiltaket.

ERGOTERAPEUTENES INNSPILL TIL FORESLÅTTE PRIORITERINGSKRITERIER

Blankholmutvalget peker på at mestring er et fram-tredende aspekt ved den faglige målsettingen for den kommunale helse- og omsorgstjenesten (1), og viser til formålsparagrafen til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester med mer (helse- og omsorgstjenesteloven), paragraf 1-1, som slår fast at kommunene skal «forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne» samt «sikre at den enkelte får mulighet til å bo selvstendig, og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre.»

I Ergoterapeutenes høringsinnspill er vi enige i at nytte, ressurs og alvorlighet er viktige kriterier for prioritering. Ergoterapeutene argumenterer videre for at mestring må stå som et fjerde prioriteringskriterium, på linje med de tre andre for å sikre at prioriteringene i kommunehelsetjenesten bygger opp om formålsparagrafen i helse- og omsorgstjenesteloven.

Når mestring kun er et underpunkt til nytte, ressurs og alvorlighet, er det fare for at mestringselementet kan drukne i forhold til de andre kriteriene.

HVEM ELLER HVA STYRER ERGOTERAPEUTERS PRIORITERINGER?

Ergoterapeutens prioriteringer kan være styrt av andre eller av egne faglige vurderinger.

- Føringer og forventninger fra leder eller politikere. Noen erfarer at alvorlighetskriteriet veier tyngst, at behandling av akutte tilstander, pleie og omsorg prioriteres. Prioriteringene blir definert av andre, ergoterapeuter kommer for sent inn og driver mest brannslukking. Kommunens tildelingskontor har også en rolle her. Hvilke saker eller personer som prioriteres, vil være styrt av hvilke prioriteringskriterier som vektles mest. Dersom tildelingskontoret ønsker at mottak av utskrivningsklare pasienter er en hovedsatsning, vil alvorlighetskriteriet veie tungt, og ressurser i form av redusert betaling for utskrivningsklare pasienter som en kortsiktig gevinst.
- Kultur og tradisjon. Oppgatte løyper for hva en ergoterapeut skal prioritere av oppgaver, kan være førende for fagutøvelsen. Forventninger andre i det tverrfaglige teamet har til hva en ergoterapeut skal gjøre, og forventninger fra andre ergoterapeuter på arbeidsplassen som har formet fagutøvelsen, kanskje over år.
- Ergoterapeutens faglige vurderinger av hvilke tiltak som vil føre til den beste mestring av de aktivitetene i hverdagslivet som er av størst betydning for den det gjelder, som er ressursutløsende og kan spare tjenestene for andre kostnader.

Ergoterapeuter er autorisert helsepersonell som tilsier at vi har nødvendig kompetanse for å utøve ergoterapi. Vi er autonome. Vi har en kjernekompetanse (1) som skal forvaltes til beste for innbyggerne. Denne kompetansen må vi kommunisere tydelig som grunnlag for hvordan vi skal utøve vårt fag, som grunnlag for hvilke prioriteringer som må gjøres, til beste for både enkeltpersoner og kommunehelsetjenesten som helhet.

BRUK AV PRIORITERINGSNØKKELE I ERGOTERAPITJENESTEN

Mange ergoterapitjenester har en egen prioriteringsnøkkel for tjenesten. Ved nye henvendelser blir disse sortert ut ifra hvilke saker som haster, og hvilke som må vente. Ergoterapeutene bør bygge sine pri-



Ergoterapeuter har et spesielt ansvar for å løfte fram mestring i sine prioriteringer.

oriteringer på en vurdering av i hvilken grad ventetid vil påvirke personens mestring av viktige aktiviteter i dagliglivet.

En prioriteringsnøkkel har flere fordeler. Det gjør saksbehandlingen enklere og gir en åpenhet rundt vurderingene som ligger bak de valg som fattes. Det gir ryggdekning for den enkelte ergoterapeut så den personlige belastningen ved å velge en person framfor en annen blir mindre.

Dilemmaer ved bruk av prioriteringsnøkkel kan være:

- Vurderingene gjøres ofte ut ifra begrenset informasjon. Skal mer informasjon innhentes, for eksempel ved å ta en telefon til bruker, vil det ta tid. Og da er ergoterapeuten allerede inne i saken og kan noen ganger avslutte saken med enkle tiltak i stedet for å sette brukeren på venteliste ut ifra prioriteringsnøkkel. De som vurderes til lav prioritet, må ofte vente lenge, noen steder inntil et år. Da kan problemene ha økt i ventetiden og skulle egentlig ha kvalifisert til en høyere prioritet.
- Ergoterapeuter vet at tidlig innsats er av stor betydning. Funksjonsfall med begrensede konsekvenser vurderes kanskje lavt i forhold til alvorlighet, men kunne med små ressurser hatt stor nytte

med tanke på å opprettholde hverdagsmestring. Liten ressursbruk tidlig kan forhindre behov for større ressursbruk senere.

- Tverrfaglig samarbeid kan også påvirkes av ulike faggruppers vurdering av hva som bør prioriteres. En sykepleier kan for eksempel etterspørre bistand fra ergoterapeuten i en sak som ut ifra ergoterapeutens prioriteringsnøkkel kan vente.

ERGOTERAPEUTERS ANSVAR FOR Å PRIORITERE MESTRING

Uansett bruk av prioriteringsnøkkel eller ikke, bør ergoterapeuter på hver arbeidsplass sette ord på hvilke faglige vurderinger som ligger bak en prioritering. Hva er faglig forsvarlig ut ifra en vurdering av nytte, ressursbruk og alvorlighet satt i et mestringsperspektiv? Hvordan vurderer vi en henvendelse med utgangspunkt i personens mulighet til å mestre sin egen hverdag? Hva er rimelig bruk av ressurser i dag for å utsette eller forhindre større behov for tjenester i framtiden?

Ergoterapeuter har et spesielt ansvar for å løfte fram mestring i sine prioriteringer, siden øvrige tjenester ofte prioriterer alvorlighet, ressursbruk og nytte ut ifra en medisinsk forståelse av personens utfordringer.

EKSEMPEL PÅ PRIORITERINGSNØKKE

De ti største kommunene i Norge, Oslo, Trondheim, Stavanger, Drammen, Fredrikstad, Bærum, Kristiansand, Bergen, Sandnes og Stavanger har et samarbeid om aggregerte styringsdata for samarbeidende storkommuner (ASSS). Faggruppe for ergo- og fysioterapi i ASSS utarbeidet i 2010 en prioriteringsnøkkel. Denne ble revidert etter NOU 2018:16 Det viktigste først (3). I den reviderte utgaven er sykdommens/skadens forventede konsekvens for brukerens funksjons- og mestringsevne løftet fram. Prioriteringsnøkkel angir i tillegg hvor lang tid det er faglig forsvarlig å vente før tiltak iverksettes. Det blir en form for ventelistegaranti. Noen kommuner rapporterer på antall avvik fra anbefalt ventetid. Andre rapporterer på hvor stor andel av henvendelsene som blir ivare tatt innen anbefalt ventetid. Det kan argumenteres for at andel saker som ivaretas innenfor angitte frister kan brukes som en kvalitetsindikator på tjenesten. Mange kommuner har latt seg inspirere av denne prioriteringsnøkkel. ASSS-nettverket deler gjerne sine erfaringer. Men det er nødvendig med en prosess i hver enkelt kommune for å lage en prioriteringsnøkkel som er tilpasset lokale forhold.

PRIORITERING ER POLITIKK

Ergoterapeuters faglige vurderinger bak prioriteringer i tjenesten bør ikke begrenses til internt bruk. Løft diskusjonen om prioriteringer til ledelsen og gjerne også politikere. Begrunn hvorfor dere mener noen grupper eller tiltak bør løftes høyt: nytten den enkelte bruker vil ha av disse tiltakene, forventet ressursbruk og gevinst. Hva vil resultatet være om dere ikke gis anledning til å følge disse prioriteringene, for de enkelte brukerne og for kommunen som helhet? Dersom lederne involveres i valgt prioritering, vil det være enklere å gjennomføre. Avvik fra prioriteringsnøkkel vil få større oppmerksomhet dersom lederne er enige i at konsekvensen av avvikene er uheldige for det samlede tjenestetilbudet til innbyggerne. Å rapportere avvik kan ha effekt. Ventelister som viser at mange må vente lenger enn den faglige anbefalingen, kan være en måte å vise at etterspørselen er større enn tilgang på ergoterapiressurser. En annen måte å kommunisere uheldige konsekvenser på er å bruke kasus-historier. Det er ofte lettere å forstå konsekvenser av å måtte vente når det blir synliggjort gjennom en reell, anonymisert historie.

Kunnskapsbaserte beslutninger som grunnlag

for prioriteringer må erstatte beslutninger basert på vane eller tradisjon. Det er hverken bærekraftig eller helsefremmende at pleie og omsorg prioriteres framfor rehabilitering, når rehabilitering kan dokumentere god effekt for både bruker, pårørende, ansatte og kommunenes økonomi. Hverdagsrehabilitering er et eksempel på tjenesteutvikling hvor forskning kan vise resultater for brukere, ansatte og kommunens økonomi. Det har gjort denne tjenesteutviklingen både faglig og politisk interessant – så interessant at mange kommuner har innført hverdagsrehabilitering som tjeneste.

«LEVE HELE LIVET» GIR EN UNIK MULIGHET

I «Meld.St. 15 (2017-2018) Leve hele livet» (4), som er et politisk dokument, forventes det at kommunene i større grad skal prioritere tidlig innsats, aktiv aldring, hverdagsmestring og utvikling av aldersvennlige lokalsamfunn ut ifra en forståelse for at dette er viktig for den enkelte og for utviklingen av mer bærekraftige helsetjenester. Stortingsmeldingen er sentralt utformet politikk som det forventes at kommunepolitikere tar stilling til og implementerer. Dette er en unik mulighet for å argumentere for ergoterapeuters kompetanse og prioritering av mestringsfokus i kommunenes tjenestetilbud. Påvirkningsarbeid handler om å gjøre beslutningstakere oppmerksomme på dine løsninger og argumentere for at disse er den beste veien å gå for å løse problemet kommunen beskriver. Ergoterapeutenes nettkurs «Deltakelse og mestring for eldre» tar i Modul 5 opp hvordan ergoterapeuter kan påvirke kommunenes arbeid med oppfølging av «Leve hele livet». Her beskrives grunnleggende regler for lobbyvirksomhet, som:

- Vær tydelig på hva du vil – beskriv målet.
- Forklar problemet – foreslå løsninger.
- Vær etterrettelig – sjekk fakta.
- Kjøttvekta teller – bygg allianser.

På Ergoterapeutenes hjemmeside ligger både litteratur og flere videoer som gir gode råd for påvirkningsarbeid.

KOMMUNESAMMENSLÅING - PRIORITERING ER ALFA OG OMEGA

En diskusjon rundt prioritering er spesielt aktuelt i sammenslåtte kommuner hvor dekningsgraden av ergoterapeuter har gått ned etter sammenslåingen. Da er det helt nødvendig å diskutere hva som skal videreføres, og hva som må velges bort. Det kan for eksempel være kommuner som har hatt hverdagsre-

habilitering som slås sammen med kommuner som ikke har hatt dette tilbudet, eller kommuner med et godt tilbud til barn og unge som nå skal fordele denne ressursen på enda flere. Hvilke konsekvenser ser dere av de ulike valgene, på individnivå og systemnivå? Hvordan kan dere få mest ut av de ergoterapiressursene dere har, og hva ville kommunen oppnå ved å øke antall stillinger for ergoterapeuter?

Samarbeid med brukerorganisasjoner i prioriteringsdiskusjoner kan også være nyttig, som for eksempel Handikapforbundet, Foreldreforeningen for funksjonshemmede barn og Mental helse.

START EN PRIORITERINGSDEBATT!

Ergoterapeuter oppfordres til å innta en aktiv rolle i utvikling av kommunenes tjenestetilbud.

Drøft betydningen av å prioritere satsning på tjenesteutvikling som tar utgangspunkt i personenes egne ønsker for aktivitet og deltakelse og bygger på ressurser for å utløse ressurser. Argumenter for at dette gir gevinst for den enkelte og i tillegg gir besparinger for kommunene.

Forbundsleder Nils Erik Ness holdt et innlegg til Stortingets kommunal- og forvaltningskomite 19.05.20 hvor han sier: «Folkehelsearbeid og re/ha-

biliterende innsats må økes opp og prioriteres, slik at selvstendighet, hverdagsmestring og arbeidsdeltakelse gir bærekraftig utvikling. Det er helt nødvendig å prioritere tjenester som utløser ressursene i enkeltpersoner, og som tilrettelegger omgivelsene slik at flere kan delta.»

Det er mange aspekter ved prioritering, og det er kanskje på tide med mer debatt blant ergoterapeuter om alle dilemmaene vi står i, knyttet til prioritering og ventelister. Ett av temaene er at prioritering innebærer å prioritere noen ned, eller kanskje til og med vekk. Diskuter med andre ergoterapeuter, kanskje i nabokommunen eller ellers i regionen. Kanskje regionenes Facebook-grupper kan brukes? Men først og fremst - lykke til med prioriteringsdebatt på egen arbeidsplass!

Referanser

1. Ergoterapeutene. Alle skal kunne delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse
2. Ergoterapeutene. Yrkesetiske retningslinjer
3. NOU 2018:16 Det viktigste først
4. Meld. St. 15 (2017-2018) Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre.

Bli ergoterapispesialist

Av Anita Engeset

Dette er siste året en kan søke om godkjenning med Overgangsordningen. Forsinker koronapandemien deg i arbeidet med spesialistsøknaden?

Alle ergoterapeuter er berørt av koronapandemien og har fått endret sin arbeidssituasjon på en eller annen måte. Dersom du får problemer med å fylle kravene til godkjenning grunnet avlyste kurs eller andre hindringer basert på arbeidssituasjonen under koronatiden, legg ved en begrunnelse for manglende kompetanse. *Søknadsfrist er uansett 15. september.*

EKSPERTER PÅ HVERDAGSLIVET

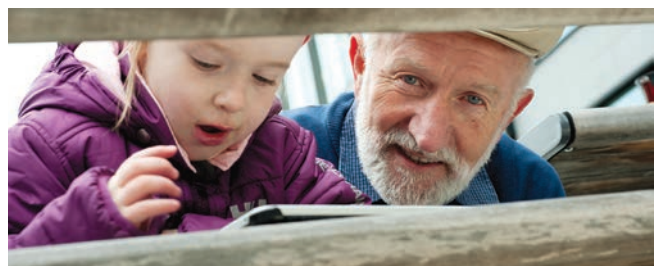
En ergoterapispesialist har avansert kunnskap om ergoterapi og en styrking innen spesialistområdet. Dette er viktig kompetanse som bidrar til å sikre kvalitet i helse- og velferdstjenestene.

SLIK SØKER DU

Ergoterapeutenes spesialistordning omfatter syv

spesialistområder. Søknad om godkjenning sendes til post@ergoterapeutene.org.

Godkjenning som ergoterapispesialist gjelder for syv år fra og med vedtak i spesialistrådet. Tjenestene er i rask utvikling, og kompetanse er ferskvare. For å beholde spesialisttittelen må du søke om fornyet godkjenning. Ergoterapeutene oppfordrer alle ergoterapispesialister til å fornye sin godkjenning. Les mer: ergoterapeutene.org/ergoterapi/spesialist/



Hva er kollektiv forsikring?

Med en kollektiv forsikring er du forsikret som del av en gruppe, der alle får samme forsikringsavtale og like vilkår.

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

Mens en vanlig privat forsikring kan tilpasses eget behov, er en kollektiv forsikring mer som en pakke med noe mer fastsatte vilkår og forsikringssummer. Ergoterapeutenes utvalg av forsikringer og dekninger er likevel så omfattende at fleksibiliteten ivaretas.

PRIS PÅ KOLLEKTIVE FORSIKRINGER

Prisen på en kollektiv forsikring er som regel lik for alle medlemmene i organisasjonen. Et unntak fra dette er prisen på kollektiv innboforsikring. Her kan prisen mellom medlemmer variere endel. Bor du for eksempel i Oslo, kan prisen

være høyere enn i resten av landet. Dette er rett og slett fordi Oslo er et område med høyere risiko.

ERGOTERAPEUTENES KOLLEKTIVE FORSIKRINGER

- obligatorisk grunnforsikring
- livsforsikring
- uføreforsikring
- kritisk sykdom
- innboforsikring
- reiseforsikring
- behandlingsforsikring
- barneforsikring
- familieulykkesforsikring
- studentforsikring

Medlemmene i Ergoterapeutene vet å verdsette forsikringstilbudet!

Forbundets forsikringskontor har tilbudt forsikringer i mange år, og andelen medlemmer som foretrekker ergoterapeutenes forsikringstilbud er høyt. Det er vekst måned etter måned.

Er du en av dem som ikke har benyttet deg av tilbudet? Da vil vi påstå det er på tide å sjekke det ut. Mange av medlemmene sparer mye ved å benytte oss.

Ring oss gjerne for en hyggelig samtale på telefon 22 05 99 15, eller send oss en e-post på post@forsikring.ergoterapeutene.org. Du kan også lese mer om forsikringstilbudet her: www.ergoterapeutene.org/forsikring



En kollektiv avtale er vanligvis framforhandlet av en organisasjon på vegne av medlemmene og har ofte svært gode dekninger til en god pris. Ergoterapeutene har tilbud om en rekke kollektive medlemsforsikringer.

MEDLEMSUNDERSØKELSEN 2020 OPPSUMMERT

Godt fornøyde medlemmer, men fortsatt muligheter for utvikling

Medlemsundersøkelsen ble gjennomført i overgangen mellom april og mai i år. 1348 yrkesaktive medlemmer benyttet anledningen til å si sin hjertens mening om Ergoterapeutene. Skal vi tro undersøkelsen, er medlemmene svært godt fornøyde med forbundet, men deler også sine tanker om utviklingsmuligheter.



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

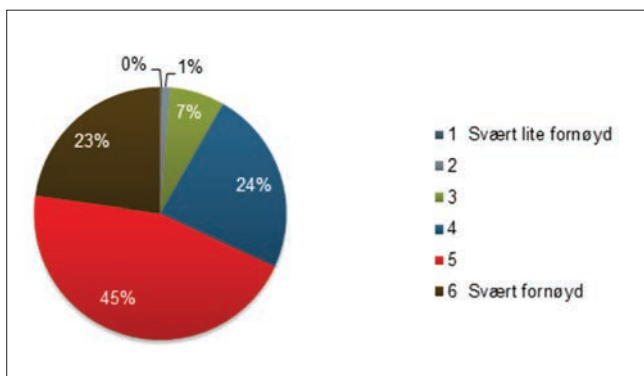
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Dersom vi bare kunne stilt ett av spørsmålene i undersøkelsen, hadde vi valgt dette: *Samlet sett: Hvor fornøyd er du med forbundet og den jobben forbundet gjør?* 23 prosent skårer oss til 6, svært bra, og 45 prosent skårer 5, som uttrykker meget bra. Til sammen er det altså snakk om 68 prosent eller to tredjedeler av medlemmene som svarer 6 eller 5.

Tilsvarende tall i 2017 var 4,65. Andelen som i noen grad angir at de er misfornøyde (skår 1-3) er på åtte prosent. Se figur 1.

POSITIV UTVIKLING GJENNOM FLERE ÅR

Ergoterapeutene gjennomførte tilsvarende medlemsundersøkelse i 2012, 2017 og nå altså i 2020. i 2012 ga 42 prosent forbundet fem eller seks,



Figur 1 fra Medlemsundersøkelsen 2020. «Samlet sett: Hvor fornøyd er du med Ergoterapeutene og den jobben forbundet gjør? Angi ditt svar på en skala fra 1 til 6 der 1 er svært lite fornøyd og 6 er svært fornøyd».

mens i 2017 skåret 61 prosent Ergoterapeutene og den jobben vi sammen gjør, med 5 eller 6.

I 2012 var 21 prosent i noen grad misfornøyd. I løpet av åtte år har altså andelen svært og meget fornøyd økt fra 42 prosent til 68 prosent, og andelen som er misfornøyd har sunket fra 21 prosent til åtte prosent. Det som forbundet i 2012 vurderte



En glad og fornøyd forbundsleder har lest resultatene fra Medlemsundersøkelsen 2020.

som et godt resultat, er altså blitt svært mye bedre i 2020. Den andelen som i årets undersøkelse i noen grad var misfornøyd, var åtte prosent, mot elleve prosent i 2017.

MANGE MULIGHETER FOR VIDERE UTVIKLING

Selv om medlemmene jevnt over er meget fornøyd med medlemskapet i Ergoterapeutene, peker deltakerne i medlemsundersøkelsen på mange muligheter for forbedringer. Dette er temaer som blir fulgt på ulike måter i forbundet, og særlig fram mot landsmøtet i oktober.

SVÆRT FORNØYD FORBUNDSLEDER

Forbundsleder Nils Erik Ness er fornøyd med både deltakelsen og tilbakemeldingene fra medlemmene i medlemsundersøkelsen.

– Aktivitet og deltakelse fra medlemmenes side er selve fundamentet i forbundet, og jeg er svært glad når så mange medlemmer har deltatt i årets undersøkelse, sier forbundsleder Nils Erik Ness. Han oppfordrer medlemmene til å benytte alle andre muligheter for påvirkning fram mot landsmøtet i oktober.

FELLES FOKUS

Forbundslederen er spesielt fornøyd med at medlemmene og Ergoterapeutene mener de samme sakene er viktige, og at medlemmene jevnt over mener at forbundet leverer godt på det de er opptatt av.

– Vi har et levende demokrati i forbundet, der aktive og lydhøre tillitsvalgte sørger for at medlemmenes syn når fram, fastslår han glad og fornøyd.

Han vil også legge til at Ergoterapeutene har et fantastisk sekretariat.

– Sammen med tillitsvalgte lokalt og regionalt drar de forbundet i samme retning, og vi gjør hverandre gode. Dette er utrolig inspirerende å være en del av, sier forbundslederen smilende.

– BLI MED PÅ LAGET!

Nils Erik håper at riktig mange vil engasjere seg slik at et meget godt resultat fra årets undersøkelse kan bli enda bedre.

– Forbundet blir aldri bedre enn våre tillitsvalgte, enten de virker på arbeidsstedene eller i styrer, komiteer eller utvalg, avslutter forbundslederen, og oppfordrer mange til å stille til valg denne høsten.

ELLEN VANT GAVEKORT PÅ 1000 KRONER

Målgruppen for undersøkelsen er yrkesaktive med-

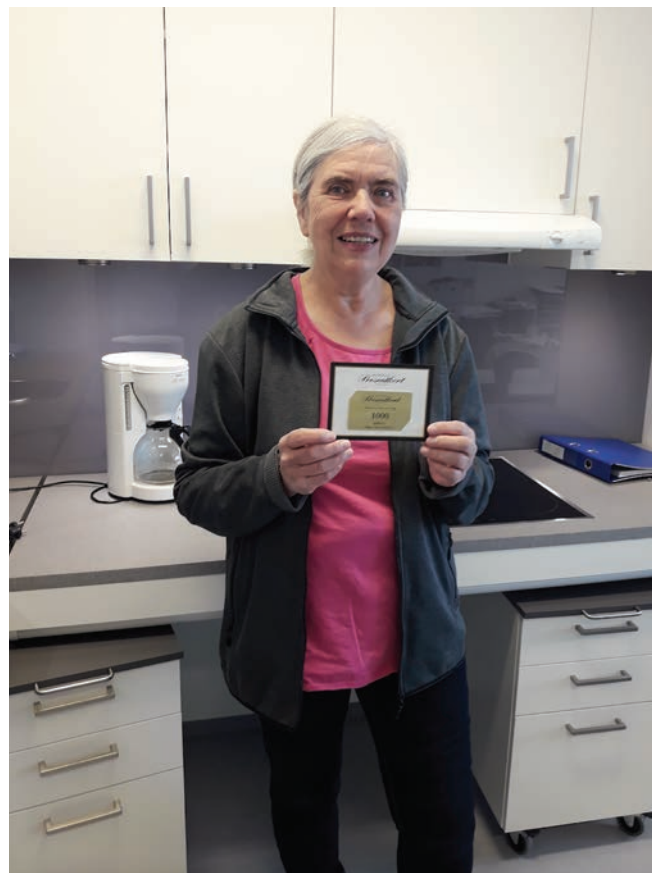
lemmer, og den ble i utgangspunktet sendt til 3199 medlemmer. Vi mottok svar fra 1348, og blant disse har vi trukket ut et gavekort på 1000 kroner. Den heldige var Ellen B. Brenne, som til daglig arbeider i Nord-Aurdal kommune i Valdres.

– Dette var en hyggelig overraskelse, var hennes første reaksjon da Ergoterapeutene tok kontakt.

1348 YRKESAKTIVE MEDLEMMER

Medlemmenes tilbakemeldinger er viktige, og i år har vi enda større deltakelse enn i både 2017 og 2012. Vi mottok 1348 svar, og dette er en svarprosent på 42,1 prosent. Denne svarprosenten er nokså mye høyere enn i de to foregående undersøkelsene, og er en svarprosent det må være mulig å være fornøyd med.

487 respondenter har i en eller annen grad begynt å svare på undersøkelsen uten å fullføre den. Selv om de fleste har falt av på side 1 i undersøkelsen, bør vi ved senere undersøkelser vurdere om vi kan forbedre undersøkelsen, slik at flere fullfører den.



Ellen B. Brenne, som til daglig arbeider i Nord-Aurdal kommune i Valdres, vant et gavekort på 1000 kroner.

Flytt boliglånet ditt og spar inn kontingent

Med den nye Unio-avtalen med Nordea Direct Bank har vi fremforhandlet en av landets laveste boliglånsrenter og flere andre fordeler til deg. Det kan være flere tusen kroner å spare ved å bruke de nye medlemsfordelene dine.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Er du medlem i et Unio-forbund, får du et av Norges aller beste banktilbud. Her er noen av fordelene:

- boliglån for alle fra 1,39 prosent
- boliglån til deg som kjøper første bolig fra 1,35 prosent
- medlemspriser på blant annet sparing og kredittkort

Låneeksempel: Et annuitetslån på 2 000 000 kroner nedbetalt over 25 år innenfor 50 prosent av boligens verdi: Nominell rente 1,39 prosent per år. Effektiv rente 1,45 prosent per år. Månedsgjebyr 50 kroner. Total-kostnad: 2 383 732 kroner.

DET ER ENKELT Å FLYTTE BOLIGLÅNET

Søknaden er unnagjort på noen minutter, og tilbudet du får, er helt uforpliktende. Nå er det heller ikke noe etableringsgebyr, og banken ordner alt det praktiske med å flytte boliglånet.

MER INFORMASJON

Du finner mer informasjon om ordninga og andre medlemsfordeler på hjemmesida vår.



Nordea Direct

Få medlemspris hos medlemsbanken!

Boliglån fra 1,39%

Boliglån 50 % 2 mill., o/25 år, nom. rente 1,39 %, eff. rente 1,45 %, tot.: 2 383 732,-.

Unio

Er du medlem i et Unio-forbund, får du et av Norges aller beste banktilbud.

Ergoterapeutenes landsmøte i 2020

Ergoterapeutene har bestemt seg for å gjennomføre sitt 25. landsmøte på Thon Hotel Arena på Lillestrøm, som planlagt. På grunn av smittevernsituasjonen reduseres imidlertid landsmøtet til to dager, 21. og 22. oktober 2020. Med dagens smittevernregler, vil det bli et godt og trygt landsmøte.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Landsmøtet er åpent for alle medlemmer, og informasjon om eventuell påmelding vil komme senere. Det er for øvrig forbundets vedtekter som angir hvem som skal møte på landsmøtet. Gjennom en delegatordning bestemmer medlemmene hvilke rammebetingelser som skal styre forbundets aktivitet de neste årene. Delegatene fra regionene velges ved elektroniske valg som er planlagt i august/september. Ønsker du å møte, må du lansere deg som kandidat for den regionale valgkomiteen.

HVOR ER VI? HVOR SKAL VI?

I tillegg til å godkjenne aktiviteten i denne landsmøteperioden, peker landsmøtet ut retningen for den neste. Den viktigste saken på landsmøtet er utforming av programmet for kommende periode.



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



Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.

- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling

For mer informasjon se:
www.bamseprodukter.no
www.hjelpemiddeldatabasen.no
Varekataloger og brosjyrer.



3D-teknologi

– framtidsrettet ortoseutvikling for ergoterapeuter?

Av Lasse Mikkelsen, Andreas Revne, Terese Aglen, Adrian W. Gran, Eline F. Dalseth & Tina Taule

Lasse Mikkelsen arbeider som ergoterapeut ved Psykisk helse Årstad i Bergen kommune. Han er tidligere student ved bachelorstudiet i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet.

E-post: lasse.s.mikkelsen@gmail.com

Andreas Revne arbeider som ergoterapeut ved Ergo- og fysio-terapitjenesten i Osterøy kommune. Han er tidligere student ved bachelorstudiet i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet.

E-post: andreas.revne@osteroy.kommune.no

Terese Aglen arbeider som ergoterapeut ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus.

Adrian W. Gran er høgskulelektor ved bachelorstudiet i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet.

Eline F. Dalseth er høgskulelektor ved bachelorstudiet i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet.

Tina Taule er forsknings- og fagutviklingsleder ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus, og høgskulelektor ved bachelorstudiet i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, Høgskulen på Vestlandet.

Det er ikke knyttet interessekonflikter til det innsendte manuskriptet.

Sammendrag

Formålet med studien er å oppsummere tilgjengelig forskning om fordeler og ulemper ved bruk av 3D-teknologi for å tilvirke håndortoser.

Metode: En litteraturstudie er gjennomført med søk i databasene Cochrane Library, BMJ Best Practice, UpToDate, Amed, Medline, Embase, Pubmed, OTseeker og Google Scholar. Inkluderte artikler ble analysert ved bruk av tematisk analyse beskrevet av Aveyard.

Resultat: Av totalt 394 treff ble fem artikler inkludert i studien. Tematisk analyse identifiserte fire temaer:

- 1 tid- og kostnadseffekt
- 2 brukervennlighet for pasient
- 3 brukervennlighet for terapeut
- 4 rehabiliterende effekt

Konklusjon: Basert på denne litteraturgjennomgangen synes 3D-teknologi å være et alternativ både til prefabrikkerte og håndlagde ortoser. Det er nødvendig med kliniske studier for videre å vurdere effekten av ortoser produsert ved 3D-teknologi.

Nøkkelord: 3D-teknologi, ergoterapi, håndrehabilitering, håndskader, håndterapi, ortoser.

Bakgrunn

Norge har en høy forekomst av håndskader med omtrent 150 000 tilfeller årlig. To tredjedeler av skadene oppstår hos personer under 30 år. Dette medfører samfunnsmessige og personlige kostnader (Helse Nord, 2018).

Håndterapi anbefales for i størst mulig grad å gjenvinne håndfunksjon etter skade eller sykdom (Norsk Forening for håndterapi, 2013). Som en del av behandlingen etter håndskader kan ergoterapeuten tilby pasienten en prefabrikkert eller håndlaget ortose. Ved håndlagde ortoser blir termoplastiske materialer tilpasset direkte på pasientens hånd (Fernandez-Vicente, Chust & Conejero, 2017). En prefabrikkert ortose kommer ferdig fabrikkert i ulike størrelser og tilpasses pasientens hånd med stropper eller andre festemekanismer.

Formålet med ortoser kan være å immobilisere, beskytte eller stabilisere vev som er skadet, eller ledd som står i fare for å utvikle deformitet eller kontraktur (Sorby, 2009). På denne måten kan ortoser bidra til å fremme pasientens nåværende eller fremtidige aktivitetsutførelse (McKee & Rivard, 2004). Forskning viser at det kan oppstå en rekke utfordringer knyttet til bruk av ortoser, noe som kan hindre aktivitetsutførelse (McKee & Rivard, 2004). Forskning har identifisert slike utfordringer knyttet til håndortoser, og undersøker hvordan en fabrikeringsprosess med 3D-teknologi potensielt kan bidra til å redusere disse utfordringene (Bibb, Kelly & Paterson, 2018).

Teknologien bak 3D-printing har eksistert i over 30 år, men har i løpet av de siste årene funnet stadig nye bruksområder (Lunsford, Grindle, Salatin Benjamin &

Diciano, 2016). Mange sykehus har nå fasiliteter med 3D-skrivere som brukes på flere medisinske områder (Furlow, 2017). I motsetning til håndlagde ortoser fabrikkeres de 3D-printede ortosene ved hjelp av en 3D-skriver. Skriveren kan anvende en rekke materialer, som for eksempel termoplastiske materialer. Materialene tempereres slik at de blir formbare, og ekstruderes ut fra en dyse som legger materialet i todimensjonale lag på lag, til det ferdige tredimensjonale produktet gjenstår. 3D-printeren bruker alltid en virtuell tredimensjonal modell av objektet som et utgangspunkt for fabrikeringen. Den virtuelle modellen blir laget i en Computer Aided Design (CAD) programvare (Javaid & Haleem, 2018). Vil man for eksempel fabrikkere en tredimensjonal replika av en hånd, må man først gjennomføre en 3D-skanning ved hjelp av en 3D-skanner eller annen bildeteknologi. Bildene fra skanningen blir videre prosessert i CAD og omgjort til digital kode som 3D-printeren bruker til å fabrikkere objektet lag på lag (Lunsford et al., 2016).

Formålet med artikkelen er å oppsummere tilgjengelig forskning om fordeler og ulemper ved bruk av 3D-teknologi for å tilvirke ortoser. Artikkelen kan være nyttig for ergoterapeuter som arbeider innen håndterapi.

Metode

For å få en bred oversikt over tilgjengelig litteratur på området ble det gjennomført en litteraturstudie. Trinnene i Modell for kunnskapsbasert praksis ble brukt (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt, Nordheim & Reinar, 2012). Vi søkte etter artikler som omhandlet personer med håndskader eller sykdom i håndens bevegelsesap-

parat, samt artikler som omhandlet personer som simulerer denne type skade eller sykdom. Aktuelle var kun artikler som i tillegg omhandlet 3D-teknologi som fabrikeringsprosess av håndortoser og/eller sammenlignet 3D-teknologi med håndlagde fabrikeringsmetoder. 3D-teknologien er i hurtig utvikling, og innledende søk viste at majoriteten av forskningen på området var av nyere dato. Vi ekskluderte derfor artikler publisert før 2015.

Litteratursøk ble utført av førsteforfatterne (Revne og Mikkelsen) i april 2019 i databasene Cochrane Library, BMJ Best Practice, UpToDate, Amed, Medline, Embase, Pubmed, OTSeeker og Google Scholar. Databasene ble valgt for å få en best mulig oversikt over hele kunnskapshierarkiet, fra oversikter og retningslinjer til enkeltstudier og case-studier.

Vi utviklet et PICO-skjema med søketermer innen populasjon (håndskader, håndterapi og håndortoser), innen intervention (3D-teknologi), innen comparison (tradisjonell fabrikkering av ortoser) og innen outcome (effekt, kvalitet, og brukervennlighet). Inklisjon/eksklusjon ble først gjort på bakgrunn av tittel og abstrakt, og deretter på bakgrunn av fulltekstversjon hvor nødvendig.

Oppgavens litteratursøk resulterte i en samling av fem artikler, hvorav tre var publisert i fagfelle-vurderte tidsskrifter. De resterende to faller inn under såkalt grå litteratur. Ut ifra våre vurderinger kan den grå litteraturen bidra til å belyse temaet for oppgaven, samtidig som den kan bidra til å motvirke eventuelle publiserings-skjevheter. Samtlige inkluderte artikler ble kritisk vurdert ved bruk av sjekklister fra Kunnskapssen-

teret (Helsebiblioteket, 2016) og Center for evidence-based management (Center for Evidence-Based Management, 2014).

De inkluderte artiklene ble videre analysert ved bruk av tematisk analyse i fire trinn, slik det er beskrevet av Aveyard (Aveyard, 2014). Metoden er enkel, oversiktlig og beregnet for nybegynnere (Aveyard, 2014). Første trinn var å danne seg en oversikt over artiklenes innhold. Andre trinn var å oppsummere og sammenligne innholdet til hver artikkel. Det ble identifisert flere temaer i de ulike artiklene som ble oppsummert til fire hovedtemaer. Tredje trinn var å sammenligne temaene med hverandre og vurdere disse. I fjerde trinn ble temaene gitt navn som oppsummerer artiklenes budskap og samtidig samsvarer med oppgavens forskningsspørsmål.

Etiske overveielser

I arbeidet med oppgaven har vi vektlagt å være tro mot meningsinnholdet i sitater fra artiklenes forfattere.

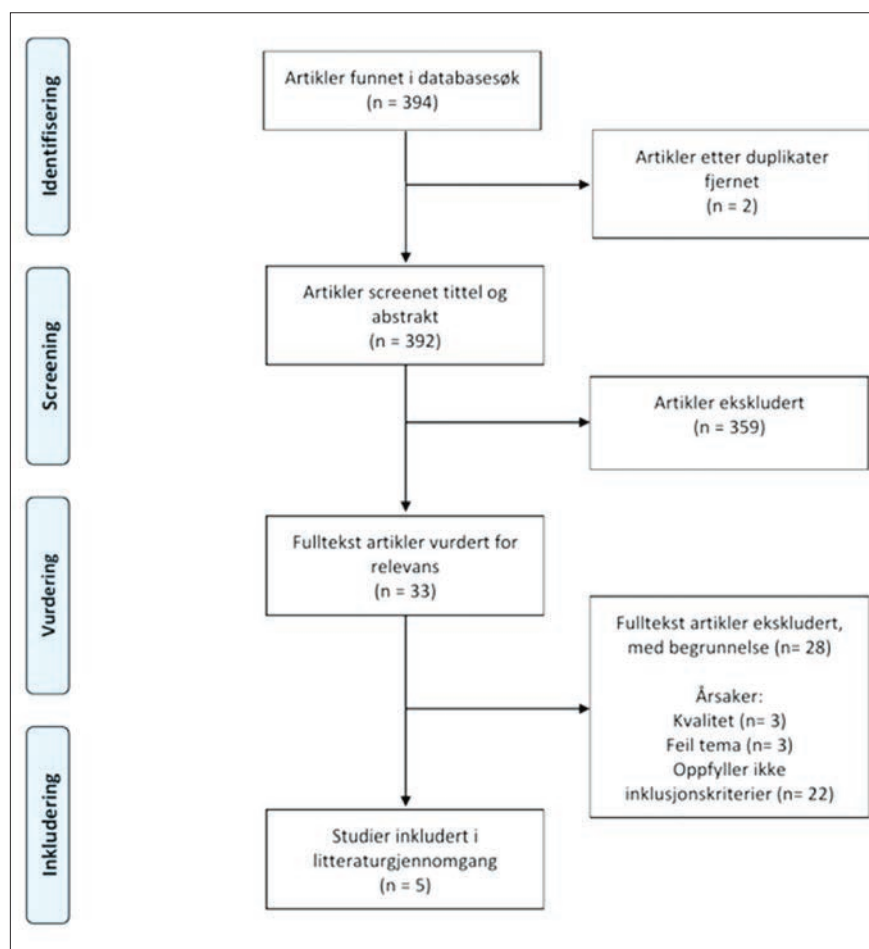
Resultater

Av totalt 394 aktuelle artikler ble fem artikler inkludert i litteraturstudien, se flytdiagram i figur 1.

Den tematiske analysen identifiserte fire gjennomgående temaer:

- 1 tid- og kostnadseffekt
- 2 brukervennlighet for pasient
- 3 brukervennlighet for terapeut
- 4 rehabiliterende effekt

Samtlige av de inkluderte studier anvender samme form for 3D-printing som kalles Fused Deposition Modeling (FDM). Resultatene er videre presentert etter temaene fra den tematiske analysen.



Figur 1: Flytdiagram for litteraturgjennomgang.

TID- OG KOSTNADSEFFEKT

Fernandez-Vicente et al. (2017) sammenlignet tid og kostnader for 3D-teknologi med håndlagde tomme støtter. Det tok totalt seks timer å fabrikke 3D-ortosen. Arbeidstiden terapeuten brukte på fabrikking av en enkelt ortose, ble estimert til 15 minutter på skanning, 20 minutter på design og oppsett av 3D-printer, samt 15 minutter på etterbehandling av ortosen. Det totale kostnadsregnskapet viste at det var 50 prosent billigere per ortose å tilpasse den med 3D-teknologi enn med tradisjonell fabrikking (Fernandez-Vicente et al., 2017).

Nam et al. (2018) brukte en gratis og fritt tilgjengelig programvare for design av ortoser,

hentet fra internett. Forskerne i denne studien anvendte ikke 3D-skanner, men gjennomførte måltaking av aktuell finger og plottet tallene inn i programvaren (Nam et al., 2018). Det termoplastiske materialet ortosene ble printet med, var det samme materialet som brukes til håndlagde ortoser (Nam et al., 2018). Manuelt etterarbeid ble gjennomført for å gi en mer hudvennlig overflate. Det tok omtrent en time å fabrikke en ortose, og de materielle kostnadene var omtrent en amerikansk dollar per ortose (Nam et al., 2018).

I en studie som så på 3D-printede håndleddsorthoser, fant de at det tok seks timer å produsere en håndleddsorthose med 3D-teknologi (Kim et al., 2018). Med

3D-printing er det som nevnt nødvendig med noe etterarbeid, noe forfatterne beskriver som en tidkrevende prosess (Kim et al., 2018). Kostnaden for å produsere håndledds ortosen med 3D-teknologi inkludert tid brukt av terapeut, var tilnærmet lik kostnaden for en prefabrikkert ortose. Studien sammenlignet ikke med håndlagde ortoser, men forfatterne estimerer at de håndlagde ortosene vil koste omtrent fire ganger mer (Kim et al., 2018).

En annen studie brukte en håndholdt 3D-skanner for å gjennomføre skanning av en testpersons hånd. De fant at det tok totalt to til tre minutter å gjennomføre en slik håndskanning, og beskriver at det kreves erfaring med 3D-skanner for å oppnå denne tiden (Mohammed & Fay, 2018). Den videre fabrikkeringsprosessen med 3D-printing tok totalt åtte til ni timer, sammenlignet med én time for håndlaget ortose. Forfatterne argumenterer for at fabrikkeringstiden trolig vil reduseres på sikt, ettersom 3D-teknologien er under utvikling (Mohammed & Fay, 2018).

BRUKERVENNLIGHET FOR PASIENT

Nam et al. (2018) gjennomførte ingen direkte sammenligning av 3D-printede ortoser og håndlagde ortoser. I studien hadde ingen av pasientene utfordringer eller manglende tilbøyelighet til å anvende de 3D-printede ortosene, men det kom frem at to pasienter viste manglende tilbøyelighet til å ta i bruk håndlagde ortoser. En av pasientene oppga høye kostnader som årsak til manglende tilbøyelighet til å bruke den håndlagde ortosen (Nam et al., 2018).

Kim et al. (2018) sammenlignet to grupper hvor den ene gruppen

brukte 3D-printet og den andre gruppen brukte prefabrikkert ortose i en uke. Spørreskjemaet Orthotics and Prosthetics Users Survey (OPUS) ble anvendt for å kartlegge tilfredshet med de ulike ortosene. Det viste seg at gruppen med 3D-printede ortoser brukte ortosen mer enn gruppen med prefabrikkerte ortoser ($p=0,006$). Aktivitetene tannpuss og bruk av smarttelefon viste høyere tilfredshet i gruppen med 3D-printede ortoser til forskjell fra kontrollgruppen ($p=0,036$ og $p=0,004$) (Kim et al., 2018). Jepsen Hand Function Test (JHFT) ble anvendt for å vurdere håndfunksjonen med de ulike håndortosene i bruk (Kim et al., 2018). JHFT viste ingen signifikant forskjell mellom gruppene ($p=0,101$).

Mohammed & Fay (2018), som undersøkte ulike fabrikkeringsprosesser av tommelortoser, beskriver at testpersonen rapporterte noe ubehag under prosessen med 3D-skanning knyttet til å holde hånden statisk (Mohammed & Fay, 2018). Den lange fabrikkeringstiden ved 3D-printing blir beskrevet som mindre fordelaktig for pasienten ettersom det potensielt vil kreve ny konsultasjon for utlevering av ortosen (Mohammed & Fay, 2018). Forfatterne gjennomførte også en kvalitativ vurdering av en håndlaget termoplastisk tommelortose versus 3D-printet ortose. En frivillig ble forespurt om å teste begge tommelortosene i to til tre minutter og utføre en rekke bevegelser. Deretter vurderte testpersonen tilfredshet ved bruk av ortosen og tilfredshet ved bruk av ortosene i offentligheten (Mohammed & Fay, 2018). Deltakeren gjennomførte også en spørreundersøkelse hvor hver ortose tildeles poeng innen

kategorier som estetikk, stivhet, komfort og bruk ved håndvask og andre daglige aktiviteter. Av totalt 60 mulige poeng oppnådde den håndlagde ortosen en skår på 26 poeng og den 3D-printede ortosen en skår på 46 poeng. Den 3D-printede ortosen ble altså vurdert som bedre enn den håndlagde ortosen av deltakeren (Mohammed & Fay, 2018).

I sin oversiktsartikkel om eksisterende forskning på håndterapi og 3D-printing finner Kelly, Paterson & Bibb at hovedmålet med å bruke 3D-teknologi for å produsere ortoser er å skape større aksept hos pasient for bruk av ortosen (2015). De mener at for å oppnå høyest mulig aksept må man adressere grunnene til at ortoser ikke brukes som foreskrevet av terapeut. Slik mangel på compliance kan ifølge forfatterne skyldes vansker med å holde ortosen ren og tørr, økt svetting og lukt, dårlig estetikk, ortosens vekt, dårlig komfort, at ortosen begrenser funksjonell aktivitet i hverdagen, festeanordninger som er vanskelige å bruke, og utfordringer med å ta ortosen av og på (Kelly et al., 2015). De nevnte utfordringene kan imøtekommes ved å tilføre bruk av 3D-teknologi til praksis (Kelly et al., 2015).

BRUKERVENNLIGHET FOR TERAPEUT

Det fremkommer av litteraturen at mange av de 3D-printede ortosene er på prototype-stadiet og er basert på ingen eller begrenset klinisk praksis (Kelly et al., 2015).

Fernandez-Vicente et al. (2017) gjennomførte 3D-skanning på friske testpersoner og fant ingen utfordringer med denne metoden. Studien trekker likevel frem potensielle utfordringer ved skanning når pasienten har vansker

med spastisitet eller av andre årsaker ikke klarer å holde hånden i en stilling i 40 sekunder. I slike tilfeller vil det med 3D-skannerteknologien som ble brukt i studien være nødvendig med immobilisering av pasientens hånd for å få nøyaktige bilder (Fernandez-Vicente et al., 2017).

Det var behov for manuell overflatebehandling av ortosen for en mer hudvennlig struktur. Ortosen ble da eksponert for acetongass i en time før det ble montert festemekanismer. Studien estimerte at terapeuten bruker 50 minutter av sin arbeidstid på fabrikkingsprosessen av en ortose, men forfatterne understreker at tiden kan reduseres dersom terapeuten får mer erfaring. I studien understrekes det at den nye fabrikkingsprosessen betydelig reduserer mengden manuelle operasjoner som terapeuten må utføre for å produsere en ortose. Dette vil kunne bidra til mindre avhengighet av terapeutens praktiske ferdigheter og håndlag for å fremstille et godt resultat (Fernandez-Vicente et al., 2017).

REHABILITERENDE EFFEKT

Kim et al. (2018) evaluerte håndleddsmerte og funksjon på to pasientgrupper før og etter intervensjon. Den ene gruppen fikk 3D-printede håndleddsortoser, mens den andre gruppen fikk prefabrikkerte håndleddsortoser. Begge grupper opplevde lindring av smerte etter en uke. Selv om gruppen med 3D-printede ortoser viste tendenser til bedre smertelindring, var det ingen signifikant forskjell mellom gruppene ($p=0,109$) (Kim et al., 2018). Evalueringen av håndfunksjon viste ingen signifikant forskjell mellom gruppene ($p=0,101$).

Diskusjon

Den tematiske analysen identifiserte fire gjennomgående tema: Tid- og kostnadseffekt, brukervennlighet for pasient, brukervennlighet for terapeut og rehabiliterende effekt.

TID OG -KOSTNADSEFFEKT

Undersøkelsene til Fernandez-Vicente et al. (2017) kunne blant annet vise til over 50 prosent kostnadsreduksjon ved å tilføre 3D-teknologi ved fabrikkering av en tommelstøtte. Selv om resultatene ikke er direkte overførbare til Norge, kan en hevde at bruk av 3D-teknologi kan redusere kostnader ved norske sykehus, da den håndlagde tilvirkningsprosessen gir svinn av materiale (2017). På den annen side er det rimelig å anta at en innføring av teknologien på et sykehus vil kreve økonomiske investeringer i form av innkjøp av utstyr og programvare. I tillegg vil det for ergoterapeuten være behov for opplæring i å betjene denne nye teknologien.

Nam et al. (2018) fremviser ikke et nøyaktig kostnadsregnskap, men hevder likevel at 3D-printingen resulterte i en rimeligere fabrikkingsprosess sammenlignet med håndlagde ortoser (Nam et al., 2018). Vi vurderer det som en svakhet ved studien at den ikke sammenligner kostnader direkte. Likevel gir studien indikasjoner på at 3D-teknologi kan være økonomisk fordelaktig (Nam et al., 2018).

Et annet perspektiv i studien til Fernandez-Vicente et al. (2017) er tidsomfanget ved fabrikkering av ortoser. Det totale regnskapet, som resulterte i en kostnadsbesparende effekt på over 50 prosent, inkluderer det totale antallet arbeidstimer terapeuten er

involvert i fabrikkingsprosessen. Når det ses nærmere på regnskapet, ser vi at fabrikkeringstiden per 3D-printet ortose er betraktelig lengre sammenlignet med den håndlagde fabrikkeringen. Fordelen er imidlertid at terapeuten ikke trenger å være til stede under selve produksjonen. Det er blant annet med hensyn til arbeidstimer at man kutter kostnader i prosessen med 3D-teknologi.

Nam et al. (2018) undersøker bruk av 3D-teknologi for fabrikkering av fingerortoser. Selv om studien ikke gjør en direkte sammenligning med en håndlaget fabrikkering, understrekes det at fabrikkeringstiden var tilnærmet den samme som ved tradisjonell fabrikkering. Sammenlignet med Fernandez-Vicente et al. (2017), som ser på fabrikkering av tommelstøtter, krever fabrikkingsprosessen av fingerortoser også en mindre mengde materialer.

Kim et al. (2018) brukte omtrent seks timer på å fabrikke en håndleddsortose med 3D-teknologi. I likhet med de andre inkluderte studiene er det et gjennomgående tema at 3D-printingen krever en del etterbehandling av ortosene (Kim et al., 2018). Etterbehandling er i hovedsak knyttet til å fjerne støttestrukturer fra produksjonen og gjøre plaststrukturen mer hudvennlig. Ulempene med denne etterbehandlingen er at det per i dag gjøres manuelt og er relativt tidkrevende (Kim et al., 2018). Flere av studiene vi har gjennomgått, forutsetter også at etter hvert som 3D-teknologien utvikler seg, vil man kunne eliminere all form for manuell etterbehandling (Kim et al., 2018). Som en følge av den forventede teknologiutviklingen vil det altså være rimelig å anta en videre

reduksjon i total fabrikkeringstid ved 3D-printing av håndortoser.

BRUKERVENNLIGHET FOR PASIENT

Nam et al. (2018) viser til en pasient som på bakgrunn av høye kostnader viste mindre tilbøyelighet til å ta i bruk en tradisjonell spesialtilpasset ortose, men viste tilfredshet med en rimeligere 3D-printet ortose. Vi antar at fordelene med tilbøyelighet som Nam et al. (2018) trekker frem, ikke er like overførbare til norske forhold, ettersom pasientkostnadene ved norske sykehus vil begrense seg til egenandelen (Helfo, 2019). NAV skriver også at dersom behovet for ortoser er varig, det vil si over to år, vil utgiftene dekkes av folketrygden (Arbeids- og velferdsetaten, 2017).

Fernandez-Vicente et al. (2017) synliggjør at fabrikkeringstiden for tommelstøtter med 3D er betraktelig lengre sammenlignet med håndlagde ortoser. For å sikre at passformen er optimal, vil det derfor være nødvendig at pasienten møter til en ekstra konsultasjon etter tilvirking. Det betyr at tiden som spares ved 3D-teknologi, kan forsvinne.

Et annet aspekt knyttet til brukervennlighet og tidsbruk for pasient er imidlertid at med 3D-teknologi er de anatomiske målene til pasienten og ortose-designet lagret som digitale filer i programvaren. Dersom pasienten skulle miste eller skade ortosen, muliggjør teknologien at en ny ortose kan fabrikkeres uten at pasienten er til stede.

Kim et al. (2018) viste at gruppen som fikk 3D-printede håndleddsortoser, brukte ortosen mer i løpet av dagen enn kontrollgruppen med prefabrikerte ortoser, noe som kan tyde på en større

tilfredshet med den 3D-printede ortosen.

Mohammed & Fay (2018), som sammenlignet 3D-printet ortose med en håndlaget ortose, vurderte også den 3D-printede ortosen som fordelaktig. Dette på bakgrunn av spørsmål om blant annet komfort, estetikk og funksjonalitet. Mohammed & Fay hadde imidlertid kun én frivillig i sin vurdering. Resultatene fra studien gir derfor et begrenset grunnlag for å trekke konklusjoner med hensyn til brukervennlighet.

Flere av de inkluderte studiene peker på kjente utfordringer når det gjelder håndlagde ortoser. Mohammed & Fay (2018) identifiserer årsaker til redusert brukervennlighet for håndortoser som ubehag knyttet til dårlig ventilering og drenering av fuktighet. Det fører blant annet til grobunn for bakterier og dårlig lukt, noe som kan skape utfordringer for pasienten i hverdagslige situasjoner (Mohammed & Fay, 2018). Fernandez-Vicente et al. (2017) og Mohammed & Fay (2018) adresserer dette problemet og har designet ortoser som kan bidra med løsninger på disse utfordringene. I tillegg til at designmulighetene ved 3D-teknologi bidrar til enklere renhold, ventilering og drenering av ortosen, kan teknologien også bidra med muligheter for pasient til å sette sitt individuelle preg på ortosen. Når det gjelder design og estetiske tilpasninger av ortosene, er det rimelig å anta at det vil åpne seg flere muligheter for kreativitet og personalisering ettersom terapeuten blir erfaren med bruk av programvaren. Kelly et al. (2015) argumenterer for at en større personalisering av ortosene muligens kan bidra til bedre pasienttilfredshet og dermed økt tilbøyelighet til å bruke ortosen.

Å fremme fremtidig eller nåværende aktivitetsutførelse er sett som ergoterapeutens overordnede hensikt med pasientbehandling (McKee & Rivard, 2004). En økt bruk av ortosen vil direkte påvirke pasientens utførelseskapasitet fordi den kan kompensere for tapt eller redusert funksjon (Sorby, 2009). Det vil si at dersom ergoterapeuten optimaliserer ortosen og tilrettelegger for økt bruk av den, vil det kunne bidra til økt mestring i utførelse av ulike aktiviteter. Aktiviteter har en stor innflytelse på menneskers roller og rutiner. Tap av håndfunksjon kan påvirke menneskers deltakelse i meningsfull aktivitet, for eksempel arbeid (Sorby, 2009). Et slikt aktivitetstap kan potensielt føre til at pasienten ikke kan opprettholde tidligere roller og rutiner, og gjennom bruk av ortose vil pasienten være bedre i stand til å ivareta slike roller og meningsfull aktivitet.

BRUKERVENNLIGHET FOR TERAPEUT

Fernandez-Vicente et al. beskriver hvordan 3D-teknologi reduserer mengden manuelle operasjoner som terapeuten må gjennomføre for å fabrikke en håndortose sammenlignet med håndlagde ortoser (2017). En reduksjon av de manuelle prosessene vil kunne bidra til mindre avhengighet av terapeuten håndlag for å fremstille håndortoser med gode resultater, hevder Fernandez-Vicente et al. På den andre siden viser litteraturen at bruk av 3D-teknologi fremdeles innebærer noen manuelle prosesser for å ferdigstille en håndortose (Fernandez-Vicente et al., 2017).

Fernandez-Vicente et al. (2017) anvendte en 3D-skanner som brukte omtrent 40 sekunder på å

lagre nøyaktige bilder av pasientens hånd. Studiet fremhever også at de brukte friske testpersoner i sine forsøk, og at skanningen bød på utfordringer dersom pasienten ikke klarte å holde hånden stille under skanningen (Fernandez-Vicente et al., 2017). Ifølge Paterson, Donnison, Bibb & Campbell (2014) er det nødvendig med mer forskning som undersøker hvordan man best gjør 3D-skanning av pasientens hånd i slike tilfeller.

REHABILITERENDE EFFEKT

Kim et al. (2017) hevder at den 3D-printede ortosen er et alternativ til prefabrikkerte ortoser fordi den viser like gode tegn til smertelindring som prefabrikkerte. Studien er relevant for praksis fordi prefabrikkerte håndleddsortoser ofte brukes ved norske sykehus i dag fremfor en håndlaget håndleddsortose. Når arbeidet med denne litteraturgjennomgangen kun inkluderte én studie med målbare resultater innen rehabiliterende effekt, kan man hevde at det indikerer behovet for mer forskning på området. I etterspørselen etter videre forskning vil vi fremheve behovet for å sammenligne effekt mellom håndlagde ortoser og 3D-teknologi over lengre tid før man kan trekke konklusjoner om den rehabiliterende effekten. Vi antar at ettersom prefabrikkerte og håndlagde ortoser viser en rehabiliterende effekt, så vil også 3D-printede ortoser ha denne effekten. Da det i tillegg viser seg at pasienten med større sannsynlighet faktisk vil bruke ortosen, er det rimelig å anta at på sikt vil 3D-printede ortoser foretrekkes.

Konklusjon

3D-teknologi synes å kunne være et nyttig hjelpemiddel for ergo-

terapeuten innen håndterapi. Forskingen viser at 3D-teknologien er et alternativ til både prefabrikkerte og håndlagde ortoser som kan redusere materielle kostnader og arbeidstimer. Forskingen beskriver hvordan man med 3D-teknologi kan designe ortoser som kan bidra til å løse utfordringer knyttet til ortosenes brukervennlighet. Basert på de inkluderte studienes resultater om brukervennlighet for pasienten kan vi likevel ikke konkludere med at de 3D-printede ortosene er fordelaktige sammenlignet med håndlagde ortoser. Selv om 3D-teknologi reduserer mengden manuelle prosesser og er mindre avhengig av terapeutens praktiske ferdigheter, kreves det fremdeles noen manuelle operasjoner for å ferdigstille en 3D-printet ortose. I tillegg vil utlevering og eventuelle justeringer også ta tid, spesielt dersom pasienten må tilbake til sykehuset/terapeuten for å få dette gjort.

Vi finner at videre arbeider bør fokusere på å dokumentere i hvor stor grad spesialtilpassede ortoser ved bruk av 3D-teknologi fremmer aktivitet og deltakelse i større grad enn prefabrikkerte og håndlagde ortoser. Det er vår anbefaling at videre arbeider bør fokusere på effekten av 3D-printede ortoser på pasientenes tilhelingsprosesser og aktivitetsutførelse.

Implikasjoner for praksis

Artiklene vi har inkludert, har på ulike måter belyst potensielle fordeler ved å tilføre 3D-teknologi til dagens praksis. For eksempel viste litteraturen til en betydelig reduksjon av kostnader og arbeidstimer ved bruk av teknologien.

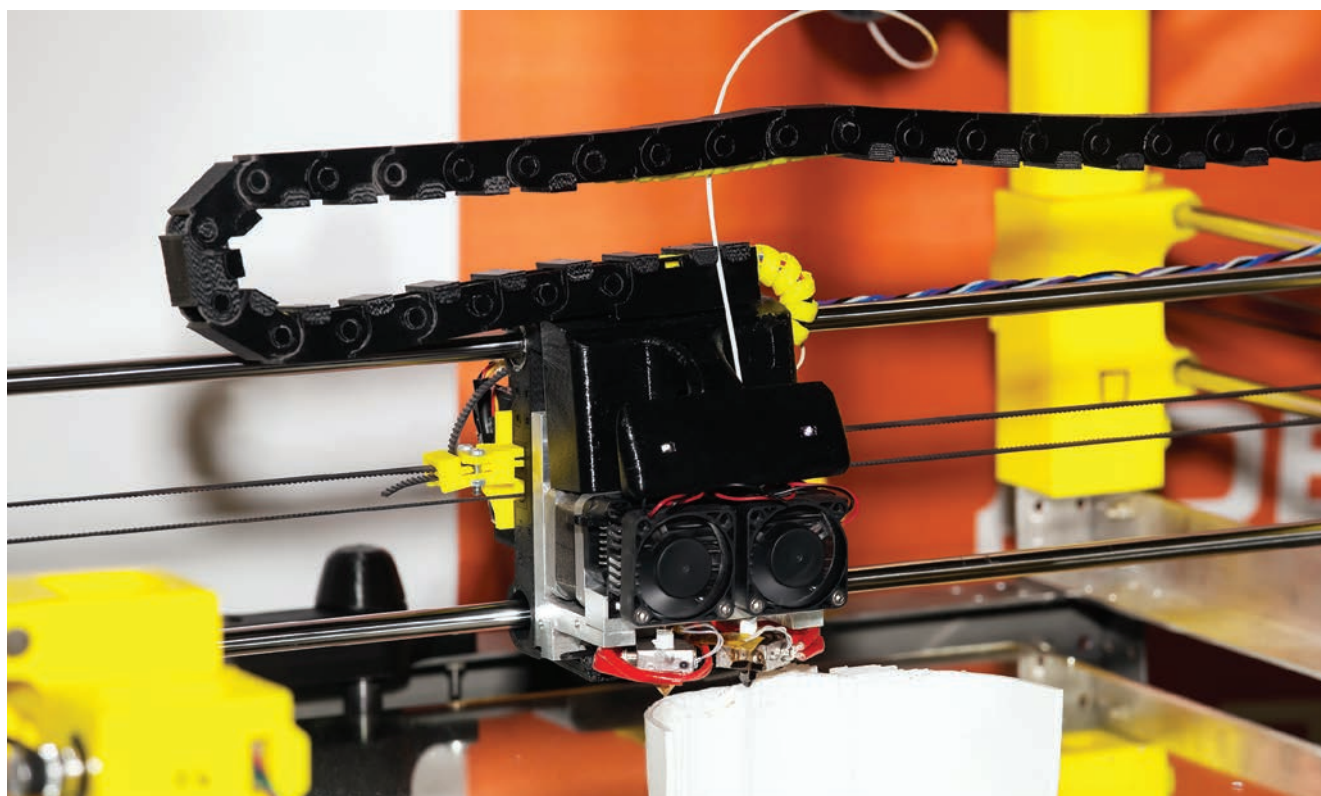
Til tross for at de inkluderte

artiklene indikerer fordeler ved å innføre 3D-teknologi til håndterapi, konkluderer samtlige artikler med at det etterspørres videre forskning. For å gi anbefalinger til dagens praksis ser vi det derfor som nødvendig med mer forskning som direkte sammenligner produksjon ved bruk av 3D-teknologi og tradisjonell fabrikkering i kliniske forsøk.

Referanseliste

- Arbeids- og velferdsetaten (19. september 2017). Ortopediske hjelpemidler. Hentet fra <https://www.nav.no/no/person/hjelpemidler/hvor-trenger-du-hjelp/dagligliv-og-fritid/ortopediske-hjelpemidler>
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (3. utg). Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press
- Bibb, R.J., Kelly, S. & Paterson, A.M.J (2018). Design rules for additively manufactured wrist splints created using design of experiment methods. 29th Annual International Solid Freeform Fabrication (SFF) Symposium - An Additive Manufacturing Conference, Austin, Texas, USA, 13-15 August 2018. Tilgjengelig fra <https://dspace.lboro.ac.uk/dspace-jspui/bitstream/2134/35112/1/Design%20rules%20for%20additively%20manufactured%20wrist%20splints%20created%20using%20design%20of%20experiment%20methods.pdf>
- Center for Evidence-Based Management (juli 2014). Critical Appraisal Checklist for a Case Study. Hentet fra <https://www.cebma.org/>
- Fernandez-Vicente, M., Chust, A. E. & Conejero, A. (2017). Low cost digital fabrication approach for thumb orthoses. *Rapid Prototyping Journal*, 23(6), s. 1020-1031. <https://doi.org/10.1108/RPJ-12-2015-0187>
- Furlow, B. (2017). Medical 3-D Printing. Radiologic technology: *Journal of the American Society of Radiologic Technologists*, 88(5), s. 519CT-537CT.

- Helfo (1. januar 2019). Frikort for helse-tjenester. Hentet fra <https://helsenorge.no/betaling-forhelsetjenester/frikort-for-helsetjenester>
- Helsebiblioteket (3. juni 2016). Sjekklister. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helse Nord (5. april 2018). *Metodebok i håndkirurgi for Helse Nord*. Kvernmo, H.D (Red.) Hentet fra <https://unn.no/fag-og-forskning/metodeboker/metodebok-ved-hand-og-hand-ledskader>
- Kelly, S., Paterson, A. and Bibb, R. (2015). A review of wrist splint designs for additive manufacture. IN: Proceedings of 2015 14th Rapid Design, Prototyping and Manufacture conference (RDPM 14), Loughborough, Great Britain, 15-16 December 2015. Hentet fra <https://dspace.lboro.ac.uk/2134/21144>
- Kim, S. J., Kim, S. J., Cha, Y. H., Lee, K. H. & Kwon, J.-Y. (2018). Effect of personalized wrist orthosis for wrist pain with three-dimensional scanning and printing technique: A preliminary, randomized, controlled, open-label study. *Prosthetics and orthotics international*, 42(6), s. 636-643. <https://doi.org/10.1177/0309364618785725>
- Lunsford, C., Grindle, G., Salatin Benjamin, M. & Diciano, B. E. (2016). Innovations With 3-Dimensional Printing in Physical Medicine and Rehabilitation: A Review of the Literature. *PM & R: The journal of injury, function and rehabilitation*, 8(12), s. 1201-1212. <https://doi.org/10.1016/j.pmrj.2016.07.003>
- McKee, P. & Rivard, A. (2004). Orthoses as Enablers of Occupation: Client-Centred Splinting for Better Outcomes. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 71(5), s. 306-314. <https://doi.org/10.1177/000841740407100510>
- Mohammed, M. & Fay, P. (2018, November). Design and additive manufacturing of a patient specific polymer thumb splint concept. Innlegg presentert ved Solid Freeform Fabrication 2018, Austin, Texas, USA. Hentet fra https://www.researchgate.net/publication/329217000_Design_and_additive_manufacture_of_a_patient_specific_polymer_thumb_splint_concept
- Nam, H.-S., Seo, C. H., Joo, S.-Y., Kim, D. H. & Park, D.-S. (2018). The Application of Three-Dimensional Printed Finger Splints for Post Hand Burn Patients: A Case Series Investigation. *Annals of rehabilitation medicine*, 42(4), s. 634-638. <https://doi.org/10.5535/arm.2018.42.4.634>
- Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinart, L. M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok* (2. utg.). Oslo: Akribes Norsk Forening For Håndterapi. (2013). Hva er håndterapi. Hentet fra <http://www.handterapi.no/handterapi/>
- Paterson, A.M., Donnison, E., Bibb, R.J. & Campbell, R.I. (2014). Computer Aided Design to support fabrication of wrist splints using 3D printing: A feasibility study. *Hand Therapy*, 19(4), 102-113. <https://doi.org/10.1177/1758998314544802>
- Sorby, K. (2009). Occupational therapy for hand injuries. I M. Mooney & C. Ireson (Red.) *Occupational therapy in orthopaedics and trauma* (s. 234-249). Chichester: Wiley-Blackwell.



Det kan være fordeler ved å innføre 3D-teknologi til håndterapi, men samtidig er det behov for videre forskning.
Illustrasjonsfoto: Colourbox.

Vurdering av aktivitetsutfordringer hos pasienter med håndskader ved bruk av Measure of Activity Performance of the Hand (MAP-hand)

Av Marte B. Størseth, Brynhild K. Eriksen, Linn Melum, Camilla Kindgren & Tone Vaksvik



Marte B. Størseth jobber som ergoterapeut ved Enhet for ergoterapi, Seksjon for ortopedisk rehabilitering, Ortopedisk klinikk ved Oslo Universitetssykehus. E-post: stoerm@ous-hf.no.



Brynhild K. Eriksen jobber som ergoterapeut ved Enhet for ergoterapi, Seksjon for ortopedisk rehabilitering, Ortopedisk klinikk ved Oslo Universitetssykehus.



Linn Melum jobber som ergoterapeut ved Enhet for ergoterapi, Seksjon for ortopedisk rehabilitering, Ortopedisk klinikk ved Oslo Universitetssykehus.



Camilla Kindgren jobber som ergoterapeut ved Enhet for ergoterapi, Seksjon for ortopedisk rehabilitering, Ortopedisk klinikk ved Oslo Universitetssykehus.



Tone Vaksvik jobber som ergoterapeut ved Enhet for ergoterapi, Seksjon for ortopedisk rehabilitering, Ortopedisk klinikk ved Oslo Universitetssykehus.

Abstract

Background: The Measure of Activity Performance of the Hand (MAP-hand) is a patient-reported measure developed to evaluate hand-function in everyday activities in persons with rheumatoid arthritis. MAP-hand has 18 fixed activity-items and gives the possibility of describing 5 patient-specific occupational performance problems (POPs). This study aims to identify POPs, examine MAP-hand's relevance in patients with hand injuries and examine whether first scoring fixed activity-items help patients identifying POPs.

Methods: We recruited 65 outpatients in a hospital specialized in hand surgery. The participants were randomly selected to either scoring the fixed activity-items before describing and scoring the POPs (group 1), or vice versa (group 2). Cognitive interviews were performed with 10 patients in each group. The MAP-hand data was analyzed by deductive content analysis.

Results: The most frequent POPs were related to the use of tools, cooking and (outdoor) leisure activities. MAP-hand scores were similar in the two groups, but there were more POPs in group 2. The participants in both groups experienced the fixed activity-items as relevant and found it easy to identify POPs.

Conclusions: MAP-hand may be used to identify POPs alone. However, the fixed activity-items may add relevant information about problems in activity performance.

Keywords: Measure of Activity Performance of the Hand, MAP-hand, hand injury, patient-specific activities, outcome measure, occupational therapy

Manuset ble mottatt 19.08 2019 og godkjent 05.04.2020.

Forfatterne har ingen interessekonflikter.

Innledning

Ergoterapi fremmer livskvalitet og helse gjennom å muliggjøre deltakelse i meningsfulle aktiviteter (1, 2). Aktiviteter og deltakelse står sentralt i hele ergoterapiprosessen som begynner med å identifisere aktiviteter som er viktige for den enkelte, og vurdere utførelse av aktiviteter som kan være utfordrende. Denne vurderingen er utgangspunkt for pasient og ergoterapeut i et samarbeid om å formulere behandlingsmål og velge tiltak (3). En slik praksis er i tråd med Helsedirektoratets veileder om rehabilitering, som framhever at pasientenes egendefinerte mål, erfaringer og opplevelser av hva som er meningsfullt skal legge føringer for tjenesteyternes bidrag (4).

Oslo Universitetssykehus har lands- og regional behandlingsfunksjon for pasienter med skader og lidelser i hånd og arm. Som ergoterapeuter i denne konteksten opplever vi vansker med å få pasientene til å beskrive aktivitetsutfordringer. Spesielt tidlig i rehabiliteringsforløpet opplever vi at pasientene har lettere for å beskrive utfordringer som at de er svake og at fingrene er stive, og kan ha mål som «å få mer bevegelse» og «bli like god som den andre hånda». En mulig forklaring på dette er en biome-disinsk tilnærming de første ukene etter operasjon, der det er viktig at pasienten forstår betydningen av å fremme seneglidning og leddbevegelse, samt å beskytte opererte strukturer. En annen forklaring kan være at vi utfører ustrukturerte/ustandardiserte aktivitetsintervju.

Det er utviklet flere standardiserte instrumenter for å kunne identifisere, vurdere, prioritere og evaluere utfordringer i aktiviteter som den enkelte vurderer som viktige å kunne utføre. Vurderings- og måleinstrumenter der pasienten skårer grad av vansker eller mestring i utførelse av egendefinerte og prioriterte aktiviteter, benevnes gjerne som individualiserte eller pasientspesifikke (3, 5). Bruk av pasientspesifikke vurderingsinstrumenter kan hjelpe pasienten til å identifisere aktivitetsutfordringer, til å reflektere over egen situasjon og sette mål og prioritere tiltak (3, 6). Slike instrumenter har videre vist seg å gi pålitelige resultater og være egnet til å avdekke eventuelle endringer etter intervensjon (3, 5) og kan støtte og tydeliggjøre bakgrunnen for ergoterapifaglige avgjørelser (7, 8).

På tross av ergoterapifaglige og kunnskapsbaserte grunner for å anvende pasientspesifikke vurderingsinstrument i klinisk praksis, benytter vi selv slike instrumenter i liten grad. Vi opplever The Canadian Occupational Performance measure (COPM) som

et godt instrument, men for tidkrevende å bruke i daglig praksis (9). Vi har derfor prøvd ut Pasient-Spesifikk Funksjonsskala (PSFS), som kun krever at terapeuten kortfattet ber pasienten beskrive og skåre inntil fem aktivitetsutfordringer (10, 11). Erfaringene våre med PSFS er at mange pasienter synes det er vanskelig å formulere aktivitetsutfordringer.

Noen pasienter kan ha lettere for å komme på egne aktivitetsutfordringer om de får presentert en liste med vanlige aktivitetsutfordringer. Dette er vist i en nederlandsk intervjustudie av 23 pasienter som besvarte PSFS med sin fysioterapeut (6). Mange opplevde aktivitetslisten som en hjelp til å forstå hva man var ute etter, og til å komme på aktiviteter de ellers ikke tenkte på i aktuelle settinger (6). I det norskutviklede pasientspesifikke spørreskjemaet Measure of Activity Performance of the Hand (MAP-hand) vurderes både forhånds- og egendefinerte aktiviteter (12). På side én skårer pasientene grad av utfordringer med utførelse av 18 forhåndsdefinerte daglige aktiviteter (for eksempel å kneppe knapper, skrive på PC og bære handleposer). På side to skal de beskrive og skåre vansker med utførelse av inntil fem egendefinerte (pasientspesifikke) aktiviteter som utføres med hendene. Grad av utfordringer skåres på en skala fra 1 til 4 med svaralternativer (skåre) «uten problemer» (1), «litt problemer» (2), «store problemer» (3) og «kan ikke utføre» (4). For hver av de to sidene beregnes en sumskåre fra 1 til 4 ved å summere skåringene og dele på antall skårede aktiviteter. MAP-hand ble utviklet for personer med artritt og er validert for bruk ved artritt og artrose i hendene (12-14). Vi har erfart at mange av de forhåndsdefinerte aktivitetene også er vanskelige å utføre for pasienter med håndskade. Mange av disse aktivitetene framkom også i COPM-intervju av pasienter med håndskader i en dansk ergoterapi-kontekst (15). Vi har en hypotese om at det å skåre forhåndsdefinerte aktiviteter først, kan få pasientene på sporet av og gjøre det lettere å komme på egendefinerte aktiviteter.

Hovedformålet med denne studien var å undersøke om MAP-hand kan være egnet til å identifisere og vurdere aktivitetsutfordringer hos pasienter med håndskader som mottar ergoterapi i spesialisthelsetjenesten. Spesielt ønsket vi å undersøke om det å skåre forhåndsdefinerte aktiviteter før vurdering av egendefinerte aktiviteter fører til beskrivelse av flere eller andre aktiviteter enn om man starter med egendefinerte aktiviteter. I tillegg ønsket vi å benytte skjemaets pasientspesifikke del til å beskrive ty-

piske egendefinerte aktivitetsutfordringer i pasientgruppen. Slik kunnskap kan bidra til en mer effektiv vurdering av aktivitetsutførelse på individnivå og til å fremme et aktivitetsperspektiv.

Vi hadde følgende forskningsspørsmål:

1. Er de forhåndsdefinerte aktivitetene i MAP-hand relevante for våre pasienter?
2. Hvilke egendefinerte aktivitetsutfordringer har pasientene, og hva karakteriserer disse?
3. Beskriver pasienter som starter med å fylle ut MAP-hands første side, flere eller andre egendefinerte aktivitetsproblemer enn de som først fyller ut andre side?

Metode

STUDIEDESIGN OG STUDIEDELTAKERE

Denne tverrsnittstudien er utført ved Oslo Universitetssykehus, seksjon for ortopedisk rehabilitering. Sykehuset har landsfunksjon for replantasjonskirurgi (påsynging av helt eller delvis avkappede leghemdel) i tillegg til regional behandlingsfunksjon for andre håndskader. Pasientene kommer derfor fra hele landet og har i hovedsak pådratt seg en alvorlig håndskade. Pasienter som får ergoterapi, er henvist fra sykehusets håndkirurger. Fem ergoterapeuter rekrutterte studiedeltagere blant pasienter de fulgte poliklinisk. Inklusjonskriteriene var alder ≥ 18 år, forstår og skriver norsk språk, minst tre måneder siden skade, og at ergoterapeut er kjent med eller antar at personen har utfordringer med å utføre enkelte aktiviteter.

DATAINNSAMLING OG ETIKK

Deltakerne fikk muntlig og skriftlig informasjon om studien og gav skriftlig samtykke til deltakelse. Studien er godkjent av Regional Etisk Komite, prosjekt-ID 2017/1784, og meldt til det lokale personvernombudet. All datainnsamling foregikk i ergoterapeutenes behandlingsrom i en vanlig behandlingstid. Deltakerne fylte først ut et skjema for demografiske opplysninger. Den enkelte deltakers terapeut fylte inn diagnose/type håndskade og tid siden skade. Deltakeren fylte så ut MAP-hand uten innblanding av terapeut.

For å kunne undersøke betydningen av hvilken side man fylte ut først, ble deltakerne tilfeldig trukket til å starte med henholdsvis første (gruppe 1) og siste (gruppe 2) side. Gruppetilhørighet ble trukket fra en konvolutt med 20 brettete lapper som ble tilført 20 nye lapper hver gang den ble tom. For å få utdypende informasjon om rekkefølgen på utfyllingen kunne ha noen betydning, utførte

artikkelens førsteforfatter kognitive intervjuer med «probing»-teknikk (16) av ti deltakere i hver av de to gruppene. Kognitive intervju med «probing»-teknikk er et semistrukturert intervju der man spør deltagerne hvordan de har gått frem for å besvare spørsmålene, rett etter at de har fylt ut spørreskjemaet (16). Intervjuguiden inkluderte spørsmål om hvor relevante pasientene opplevde de forhåndsdefinerte aktivitetene, hvordan de gikk frem for å definere egne aktivitetsutfordringer, og hvordan de forsto og opplevde utfyllingen av skjemaet og skåringen. Intervjuer noterte fortløpende deltakernes svar skriftlig og gikk igjennom notatene med deltagerne til slutt for å sikre felles forståelse. Deltagerne ble valgt ut ifra intervjuers tilgjengelighet og tid.

ANALYSER

Dataene ble plottet i Microsoft Excel for Office 365 for beskrivende statistikk av demografiske data samt kvalitative og kvantitative analyser av aktivitetsutfordringer. For de forhåndsdefinerte aktivitetene kalkulerte vi sumskåre og identifiserte aktivitetene med høyest skåre. For å finne hvilke teoretiske rammeverk som var egnet til å beskrive kjennetegn eller fellestrekk ved aktivitetene, ble det utført en forstudie. Fem studentpar fra ergoterapeututdanningen ved OsloMet – storbyuniversitetet kategoriserte resultatene fra de første 38 deltakerne som del av sin bacheloroppgave. De valgte ulike teoretiske rammeverk: klassifikasjonssystemet til Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF), og aktivitetskategorier fra henholdsvis Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) og Model of Human Occupation (MOHO). Basert på resultatene i de fem bacheloroppgavene fant vi begrepene fra de to første mest formålstjenlige for vår studie. Artikkelens førsteforfatter prøvde så selv ut både ICF og CMOP-E i kategorisering av data fra 20 av deltakerne. Vi valgte deretter ICF som rammeverk, fordi mange av de detaljerte ICF-kategoriene var tett opp til deltakernes egne formuleringer. CMOP-E har mer overordnede aktivitetskategorier og samlet aktivitetsutfordringene i få, store grupper.

ICF er utviklet av Verdens helseorganisasjon for å skape et felles språk og fremme en biopsykososal forståelse av helsetilstander (17). ICF tilbyr både en modell og et klassifikasjonssystem. Klassifikasjonssystemet består av fire delklassifikasjoner (emneområder), som er toppen i et hierarkisk system: kroppsfunksjoner, kroppsstrukturer, aktiviteter og

Nivå			Kode	Informative elementer
1	Delklassifikasjon (emneområde)	Aktiviteter og deltakelse	d	Aktiviteter er et menneskes utførelse av oppgaver og handlinger. Deltagelse er å engasjere seg i en livssituasjon.
2	Kapittel/domene (livsområde)	Hjemmeliv	d6	Dette kapittelet er om å utføre handlinger og oppgaver i hjemmet og dagliglivet. Det omfatter å skaffe seg et sted å bo, mat, klær og andre nødvendigheter, rengjøring og reparasjoner i hjemmet, ta vare på personlige og andre gjenstander i hjemmet, og hjelpe andre.
3	Blokk	<i>Husholdning</i>	(d630-d649)	
4	Kategori (klassifikasjonens grunnenheter)	Husarbeid	d640	Være ansvarlig for et hjem når det gjelder rengjøring og rydding av rom og inventar, vask, stell og vedlikehold av klær og skotøy, bruk av husholdningsapparater, å kaste avfall.
5	Kategori (klassifikasjonens grunnenheter)	Husrengjøring	d6402	Gjøre rent i husholdningens boareal, som ved å rydde, tørke støv, feie, skure, vaske gulv og vegger, pusse vinduer, vaske bad og toalett, rengjøre inventaret.

Tabell 1. Hierarkisk struktur som beskrevet i Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF) med eksempel «husrengjøring» som tilhører den mest detaljerte kategorien under delklassifikasjonen Aktiviteter og deltakelse.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (IS-0354). Hentet fra <https://ehelse.no/kodeverk/icf-internasjonal-klassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse>

deltagelse samt miljøfaktorer. Hver delklassifikasjon har en bokstavkode og struktureres i underliggende kapitler og kategorier med tilhørende definisjoner, som vist i Tabell 1. I denne studien benyttet vi kun delklassifikasjonen «aktiviteter og deltakelse». Aktiviteter defineres som menneskets utførelse av oppgaver og handlinger, og deltakelse er å engasjere seg i en livssituasjon (17, 18). Kapitlene under aktiviteter og deltakelse representerer livsområdene:

- d1 Læring og kunnskapsanvendelse
- d2 Allmenne oppgaver og krav
- d3 Kommunikasjon
- d4 Mobilitet
- d5 Egenomsorg
- d6 Hjemmeliv
- d7 Mellommenneskelige interaksjoner og relasjoner,
- d8 Viktige livsområder
- d9 Samfunnsliv og sosiale livsområder

For å undersøke hvordan de egendefinerte aktivitetsutfordringene fordelte seg innen ICFs livsområder, utførte vi en deduktiv innholdsanalyse (19, 20).

Førsteforfatter utviklet en protokoll for koding og kategorisering av dataene basert på etablerte anbefalinger for bruk av ICF som klassifikasjonssystem (18, 21-23). Førsteforfatter (MBS) og tre medforfattere (BKE, LM og CK) kodet og kategoriserte de egendefinerte aktivitetene fra 20 deltagere hver for seg og kom sammen for å diskutere uenigheter og bli enige. Deretter analyserte førsteforfatter aktivitetene fra de neste 20 deltagerne på samme måte

med de tre andre medforfatterne, basert på protokollen supplert med beslutninger fra første runde. Tvilstilfeller ble diskutert med en fjerde medforfatter (TV). ICF-koder og kategorier ble så analysert med beskrivende statistikk.

For å undersøke om det var forskjell i egendefinerte aktiviteter i de to gruppene, sammenlignet vi antall- og sumskåren for egendefinerte aktiviteter. Vi overførte data fra Excel til SPSS 25 for å undersøke forskjeller mellom gruppene med Mann-Whitney U-test; $p \leq 0.05$ ble vurdert som statistisk signifikant. Den relative fordeling av de egendefinerte aktivitetene under hovedkapitlene i ICF fremstilles med et stolpediagram. Innholdet fra de kognitive intervjuene ble sortert under de ulike temaene i intervjuguiden.

Resultater

FORHÅNDSDEFINERTE AKTIVITETER

Totalt 65 pasienter deltok i studien. Kjennetegn ved deltakerne er beskrevet i Tabell 2. Median sumskåre (q1-q3) for de forhåndsdefinerte aktivitetene var 1.9 (1.6-2.3) for gruppen samlet og henholdsvis 1.8 (1.6-2.3) og 2.2 (1.6-2.4) for gruppe 1 og 2 ($p = 0.13$). Flere av aktivitetene ble skåret tilsvarende «store problemer» eller «kan ikke utføre», for eksempel (antall deltagere) «åpne syltetøyglass» (30), «åpne hermetikkbokser» (29), «bære tunge gjenstander» (29), «skrelle rå grønnsaker» (27), «knepe knapper» (26) og «knytte skolisser» (26). Aktivitetene som flest skåret uten problemer, var «pusse tenner» (48), «tørke seg ved toalettbesøk» (47), «røre mat

	Alle (n=65) *	Gruppe 1 (n=33)	Gruppe 2 (n=32)
Menn/kvinner, n (%)	47/18 (72/28)	26/7 (79/21)	21/11 (66/34)
Alder, median (q1-q3)	52 (40-62)	48 (34-58)	61 (43-69)
Antall måneder siden skade, median (q1-q3)	7 (4-24)	6 (4-26)	8 (5-24)
Skadet dominante / ikke dominante hånd, n (%)	36/27 (55/42)	13/18 (39/55)	23/9 (72/28)
Skade eller lidelse, n (%)			
- Amputasjon (replantert/revaskularisert)	26 (40)	15 (45)	11 (34)
- Sene/fingernerve	5 (8)	3 (9)	2 (6)
- Hovednerve	10 (15)	5 (15)	5 (16)
- Fraktur	10 (15)	5 (15)	5 (16)
- Annet**	13 (20)	4 (12)	9 (28)
I arbeid før skaden, n (%)	46 (71)	27 (82)	19 (59)
Type arbeid, n (%)*			
- Lett manuelt	15 (23)	8 (24)	7 (22)
- Tungt manuelt	31 (48)	21 (64)	10 (31)
- Kontor / teoretiske studier	13 (20)	4 (12)	9 (28)

Tabell 2. Deltagere.

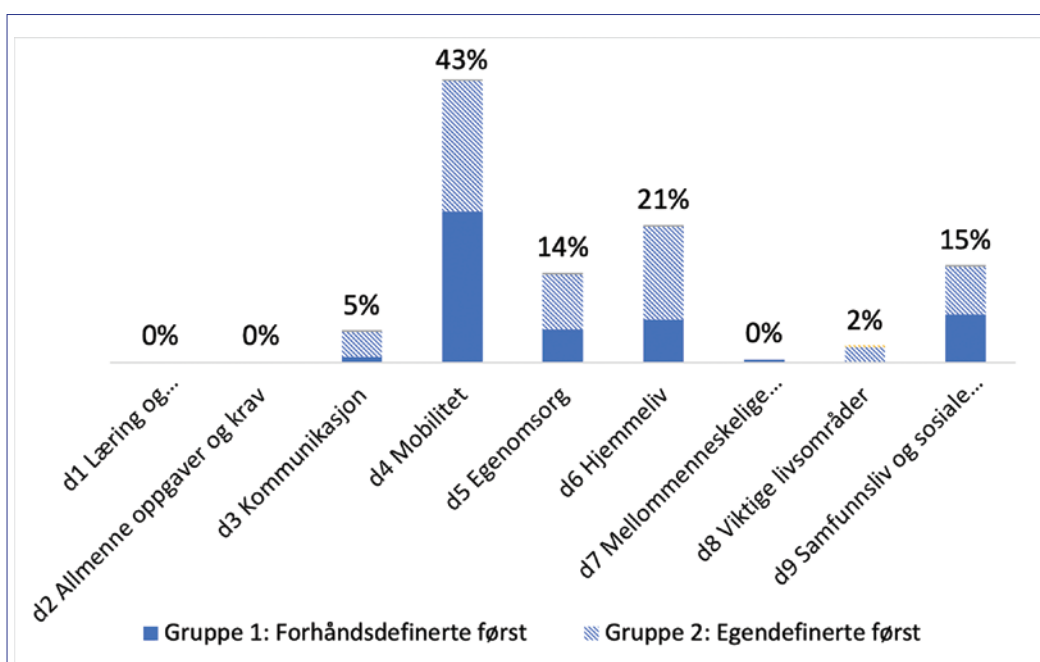
* Mangler informasjon om type arbeid fra 6 personer i gruppe 2; øvrige kjenner tegn fra opptil 2 personer i gruppe 1.

** Volkmanns kontraktur, komplekst regionalt smeresyndrom (CRPS), smerter i håndledd, protese i håndledd med komplikasjoner, artrose håndledd (n=2), ubalanse muskler/sener i hånd, amputasjon av fingre (n=3), stor skade metacarp og håndrotsnivå, traumatisk plexusskade, ganglion håndledd.

	Gruppe 1* (n=33)	Gruppe 2* (n=32)	p-verdi**
Antall beskrevne egendefinerte aktivitetsproblemer	4 (2-5)	5 (4-5)	>0.01
Sumskåre egendefinerte aktivitetsproblemer	2.8 (2.0-3.3)	3.0 (2.3-3.4)	0.52

Tabell 3. Antall MAP-hand egendefinerte aktivitetsutfordringer og sumskåre i de to gruppene. Resultat beskrevet med median (q1-q3).

*Gruppe 1 fylte først ut siden med forhåndsdefinerte aktiviteter, gruppe 2 fylte først ut siden med egendefinerte aktivitetsutfordringer. **Mann Whitney u-test.



Figur 1. Prosentvis fordeling av antall egendefinerte aktiviteter fra MAP-hand, kategorisert etter livsområdene i Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse (ICF).

i gryte» (35), «skyve fra med hendene når du reiser deg fra en stol» (34) og «skrive for hånd» (33).

EGENDEFINERTE AKTIVITETER

Alle bortsett fra én deltager beskrev minst én aktivitetsutfordring og halvparten minst fire (Tabell 3). Av til sammen 253 beskrivelser av egendefinerte aktivitetsutfordringer ble det kodet 258 meningsfulle enheter som ble kategorisert innen delklassifiseringen *d Aktiviteter og deltakelse*; 181 (70 prosent) kunne kategoriseres på det mest detaljerte nivået.

Syv aktiviteter ble skåret «uten problemer», og derfor ikke analysert videre. Vi ekskluderte også én aktivitet som falt utenfor ICF-kategoriene («ta meg for»), og tre som manglet tilstrekkelig informasjon for å kunne avgjøre hvilken kategori de tilhørte («arbeide med hånd», «uteaktiviteter» og «hånda inntil kroppen på tur»).

Som Figur 1 viser, var det fire livsområder som skilte seg ut, og flest aktivitetsutfordringer ble kategorisert under *d4 Mobilitet*. Tabell 4 viser hvilke aktivitetsutfordringer deltakerne beskrev, og

ICF Kode	Kategori	Beskrevne aktivitetsproblemer (n)	ICF Beskrivelse	n
d430	Løfte og bære gjenstander	<i>Løfte ut av stekeovn (1), Ta ting ut av oppvaskmaskin (1)</i>	<i>Løfte en gjenstand el. flytte noe fra et sted til et annet, som ved å løfte en kopp el. bære et barn fra et rom til et annet</i>	2
d4300	Løfte	<i>Løfte (5), Løfte tungt (4)</i>	<i>Løfte en gjenstand for å flytte den til et høyere nivå, som ved å løfte et glass fra bordet</i>	9
d4301	Bære med hendene	<i>Bære (3)</i>	<i>Ta eller flytte en gjenstand fra et sted til et annet med hendene, som ved å bære et drikkeglass eller en koffert</i>	3
d440	Finere håndbevegelser	<i>Fingerspill gitar (3), Sammenkoble ledninger (1), Sy (1), Finmekanikk (1)</i>	<i>Utføre koordinerte handlinger for å håndtere gjenstander, plukke opp, manipulere og slippe dem med hånd og fingre</i>	6
d4400	Plukke opp	<i>Plukke opp (små) ting (4)</i>	<i>Ta opp eller løfte en liten gjenstand med hånd og fingre, som ved å ta opp en blyant</i>	4
d4401	Gripe	<i>Holde (bestikk/glass/spiker/trommestikker/tunge ting) (11), Gripe (2)</i>	<i>Bruke en eller begge hender for å ta tak i og holde på noe, som ved å gripe et redskap eller dørhåndtak</i>	13
d4402	Håndtere	<i>Sette i piercing (1), Knappe knapper (6), Betjene armbåndsur (1), Dra glidelås (2), Trykke (knapp/sprøytestempel) (2), Ta på linser (1), Holde en spiker rett (1), Skru små ting (1), Manipulere nål (1), Knytte lisser (1)</i>	<i>Bruke fingre og hender til å utøve kontroll over og styre noe, som ved å håndtere mynter eller andre små gjenstander</i>	17
d445	Bruke hender og armer	<i>Låse opp og igjen dører uten å sette fra meg ting (1), Fylle vann fra kanne opp i bøtte (1), Fortøye båt (1), Fiskestang (1), Klemme med hånd (1), Skyte (3), Snekre (2), Push-ups (1), Åpne forskjellige ting (1), Grovmekanikk (1), Gå på ski med staver (1), Generell bruk (1), Håndtering av materiale(1)</i>	<i>Utføre koordinerte handlinger for å bevege gjenstander eller håndtere dem med hender og armer, som ved å bruke dørhåndtak eller kaste og ta imot en gjenstand</i>	16
d4453	Vende og vri hender eller armer	<i>Bruke verktøy/redskaper (14), Skru (2), Vri kluter (2), Åpne skrukorker/tuber/lokk (5)</i>	<i>Bruke fingre, hender og armer for å rotere, vende eller bøye en gjenstand, slik det er nødvendig ved bruk av verktøy eller redskap</i>	23
d4750	Føre transportmidler drevet av mannekraft	<i>Sykle (5)</i>	<i>Føre et transportmiddel drevet av mannekraft, som en to- eller trehjuls passasjersykel eller en robåt</i>	5
d4751	Føre motoriserte transportmidler	<i>Kjøre bil (7), Kjøre traktor (1), Snøbrøyting (3)</i>	<i>Føre et transportmiddel med motor, som en bil, motorsykel, motorbåt eller et luftfartøy</i>	11

Tabell 4. Egendefinerte aktivitetsutfordringer under kapittel d4 Mobilitet (n=112). N=antall som nevnte aktiviteten.

ICF-kategorier med kun én egendefinert aktivitetsutfordring knyttet til seg: d4403 Slippe tak i – Slippe ting som jeg setter fra meg (1), d4450 Trekke til seg – Dra-øvelser i forbindelse med styrketrening (1) og d4554 Svømme – Svømme (1).

at flest utfordringer var knyttet til aktiviteter som krevde bruk av verktøy eller redskap. *D6 Hjemmeliv* var den nest vanligste kategorien, med flest utfordringer knyttet til matlaging (Tabell 5). Deretter kom *d9 Samfunnsliv og sosiale livsområder*, der 37 av 38 kodete enheter ble kategorisert som «rekreasjon og fritid». Her var de vanligste aktivitetene (antall deltagere) «jakt» (5), «gå på ski» (5) og «fiske» (4). Gruppe 2 oppgav flere aktivitetsutfordringer enn gruppe 1, men det var ingen statistisk signifikant forskjell mellom gruppene når det gjaldt sumskåre for egendefinerte aktivitetsutfordringer (Tabell 3). Det var nokså lik fordeling av antall aktiviteter i gruppene under livsområdene *d4 Mobilitet* og *d9 Samfunnsliv og sosiale livsområder*, men gruppe 2 beskrev flere utfordringer innen *d5 Egenomsorg* og *d6 Hjemmeliv* (Fig. 1). Sytten deltagere i gruppe 2 beskrev egne aktiviteter som tilsvarte de forhåndsdefinerte aktivitetene; til sammen 36 aktiviteter, noe som utgjør 25 prosent av de 142 beskrevne aktivitetsutfordringene i gruppe 2. Det gjaldt aktivitetene «skrive» (6), «skjære brød» (5) «knepe knapper» (5), «knytte skolisser» (5), «skrelle grønnsaker» (2), «pusse tenner» (2), «tørke ved toalettbesøk» (2), «bære tunge gjenstander» (2), «åpne skrukorker» (2), «åpne syltetøyglass» (2), «vri kluter» (1), «skrive på PC» (1) og «åpne hermetikkbokser» (1). I gruppe 1 gjentok 4 deltagere forhåndsdefinerte aktiviteter under egendefinerte: «knepe knapper» (1), «knytte skolisser» (1), «vri kluter» (1) og «skrive på PC» (1).

KOGNITIVE INTERVJUER

Aktivitetsutførelse

Noen syntes det var vanskelig å vite hvordan de skulle vurdere og skåre aktivitetsutførelse. Tre deltakere skåret utførelse av aktiviteter med bruk av skadet hånd eller uten hjelpemiddel selv om de vanligvis brukte uskadet hånd eller hjelpemiddel. Alle beskrev å måtte bruke nye strategier. De brukte uskadet hånd mer, fant nye måter å gripe/holde, og mange opplevde at mye i hverdagen tok lengre tid. Noen brukte hjelpemidler som fikseringsbrett, ortose (for å holde en penn), grepsfortykkere og batterioppvarmede votter.

Forhåndsdefinerte aktiviteter

Alle syntes at de fleste forhåndsdefinerte aktiviteter var aktuelle for sin hverdag og mange også for sine utfordringer. Én forklarte at siden ikke-dominant hånd var skadet, var enhåndsaktivitetene

uproblematisk. En annen skrev sjelden på pc, og denne aktiviteten var derfor uaktuell.

Egendefinerte aktiviteter

De fleste syntes det var lett å fylle ut de egendefinerte aktivitetene. En deltaker i gruppe 1 syntes det var vanskelig å komme på aktivitetsutfordringer der og da, men han visste at han hadde mange utfordringer hjemme. Tre av deltakerne i gruppe 2 syntes det var vanskeligere å beskrive egne aktivitetsutfordringer enn å krysse av de forhåndsdefinerte. De fortalte at de brukte tid på å tenke ut hva og hvordan de skulle besvare. To andre skulle gjerne hatt plass til å beskrive flere enn fem aktivitetsutfordringer. De hadde beskrevet aktivitetene som de hadde størst vansker med å utføre, og som de hadde gjort i det siste. Tre deltakere kommenterte at de valgte å beskrive fritidsaktivitetene sine, for de var viktige å mestre igjen. Noen aktiviteter ble beskrevet på et overordnet nivå fordi det var vanskelig å utføre flere deler av eller hele aktiviteten. For eksempel ble det beskrevet vansker med «å kjøre bil», som innebar at både å skifte gir, skru på radioen og ta på sikkerhetssele var utfordrende. «Å gå på jakt» kunne innebære vansker både med å avfyre gevær, skifte våte klær og fyre opp primusen.

Skåring og rekkefølge

Mange var fornøyde med at det kun var fire svaralternativ, og at de var utformet som tekst i stedet for med tall. Alle bortsett fra to syntes det var lett å skille mellom skårene. I gruppe 1 kommenterte to at «det meste sto på førstesiden», og derfor kom de ikke på så mange som fire eller fem egne aktivitetsutfordringer. Én syntes det var fint å kunne tenke fritt uten å være påvirket av de forhåndsdefinerte aktivitetene og mente at i motsatt fall ville hun beskrevet mer detaljerte aktiviteter.

Diskusjon

Hensikten med studien var å undersøke om MAP-hand kunne være et egnet instrument til å identifisere, beskrive og vurdere relevante aktivitetsutfordringer hos pasienter med håndskader i en klinisk kontekst. Vi hadde en antagelse om at det ville være lettere å definere egne aktiviteter dersom man først skåret forhåndsdefinerte aktiviteter. Resultatene viser at mange hadde store problemer med å utføre flere av de forhåndsdefinerte aktivitetene. De fleste av de egendefinerte aktivitetene kunne knyttes til ICF-kategorien *Mobilitet*, etterfulgt av *Hjemmeliv*.

ICF Kode	ICF Kategori	Beskrivne aktivitetsproblemer (n)	n
d630	Lage mat	<i>Lage mat (4), Bake (2), Skjære/skrelle/kutte (7), Knekke egg (2)</i>	15
d6300	Tilberede enkle måltider	<i>Skjære brød (4) Smøre mat (2)</i>	6
d640	Husarbeid	<i>Husarbeid (3)</i>	3
d6401	Rengjøring av kjøkken og kjøkken-utstyr	<i>Vaske opp (1)</i>	1
d6402	Husrengjøring	<i>Vaske av hus (3), Skifte på sengen (1)</i>	4
d650	Ta vare på husholdningsgjenstander	<i>Reparere/fikse ting (1)</i>	1
d6501	Vedlikehold av hus	<i>Vedlikehold av hus (1), Snekring (1)</i>	2
d6502	Vedlikehold av husholdningsredskaper	<i>Reparere oppvaskmaskin (1)</i>	1
d6503	Vedlikeholde transportmidler	<i>Skruing/mekking (9)</i>	9
d6600	Hjelpe andre med egenomsorg	<i>Bytte bleier (1)</i>	1
d698	Annet hjemmeliv	<i>Måke snø (7), Hogge ved (4)</i>	11

Tabell 5. Egendefinerte aktivitetsutfordringer under livsområde d6 Hjemmeliv. N=antall som nevnte aktiviteten.

I motsetning til hva vi hadde trodd, var det flest egendefinerte aktiviteter i gruppen som fylte ut siden med egne aktiviteter først.

FORHÅNDSDEFINERTE AKTIVITETER

Både denne studien og funn fra andre studier støtter vår erfaring i at aktivitetene som inngår i MAP-hand, er relevante for pasientgruppen. For det første skåret mange av deltakerne en rekke av de forhåndsdefinerte aktivitetene tilsvarende «store problemer» eller «kan ikke utføre». Det gjaldt både aktiviteter som krever stabile og sterke grep, og aktiviteter som krever finmotoriske ferdigheter. For det andre bekrefter andre studier at disse aktivitetene er utfordrende for personer med håndskader (15, 24-28). Det gjelder for eksempel «bære tunge gjenstander», «skjære brød», «åpne skrukorker», «vri kluter», «skrive på PC», «skrive for hånd», «skrelle grønnsaker», «kneppe knapper» og «knytte skolisser». For det tredje oppgav mange i gruppe 2 egne aktiviteter som også inngikk i de forhåndsdefinerte. For det fjerde mente samtlige som ble intervjuet, at de forhåndsdefinerte aktivitetene representerte typiske utfordringer i hverdagen. Noen av aktivitetene var det kun et mindretall som opplevde vansker med. Det gjaldt «skyve fra med hendene når man reiser seg» samt alle enhandsaktivitetene («skrive», «tørke seg» og «pusse tenner»). Ettersom 43 prosent hadde skadet ikke-dominante hånd, var ikke dette funnet overraskende.

Sumskåren for forhåndsdefinerte aktiviteter samsvarer med sumskåren i valideringsstudien for bruk av MAP-hand for personer med artrose i hendene (13). Resultatene viser at deltagerne hadde større utfordringer i de egendefinerte sammenlignet med de forhåndsdefinerte aktivitetene, noe som understreker at det er viktig med vurderingsinstrumenter som ivaretar individuelle utfordringer og prioriteringer.

EGENDEFINERTE AKTIVITETER

Vi ønsket en oversikt over vanlige aktivitetsutfordringer som er aktuelle for pasienter med håndskader i vår kontekst. Vi hadde et lite utvalg, men deltagerne egendefinerte aktivitetsutfordringer sammenfaller i stor grad med aktivitetsutfordringer hos pasienter med håndskader i andre skandinaviske land. I Danmark har Poulsen og Hansen undersøkt aktivitetsutfordringer ved bruk av COPM ved oppstart av ergoterapi hos 507 personer med håndskader (15). I Sverige kartla Porter vansker med aktivitetsutførelse ved bruk av Sollermans grepfunksjonstest og standardiserte spørreskjema hos 22 personer 6 mnd. etter distal radiusfraktur (25), Gustafsson benyttet spørreskjema med åpent svar for problemer med hobbyer eller fritidsaktiviteter ti år etter kirurgi hos 97 personer med i hovedsak store håndskader (29), og Cederlund intervjuet 13 personer om mestringsstrategier i utførelse av daglige aktiviteter tre måneder etter store håndskader (28). Eksempler på aktivitetsutfordringer som sammenfaller med våre resultater, er å bruke ulike verktøy

og redskaper, spise med bestikk (holde/bruke), lage mat (kutte opp/skjære/skrelle ulike matvarer), sykle, og kjøre bil (15, 25, 28, 29). I likhet med den danske studien handlet 15 prosent av aktivitetsutfordringene i vårt utvalg om rekreasjon og fritid. Våre deltakere beskrev aktivitetsutfordringer knyttet til jakt, fiske og å gå på ski, mens i den danske studien er det beskrevet vansker med å utføre fritidsaktiviteter som sport/trening, håndball og riding (15). I tillegg til kulturelle forskjeller kan denne forskjellen skyldes at flertallet av deltakerne i den danske studien var kvinner. I en av de svenske studiene der utvalget var mer likt vårt, ble det imidlertid beskrevet vansker med fritidsaktiviteter som jakt, fiske og andre utendørsaktiviteter – og så lenge som ti år etter skade (29). I en norsk studie som inkluderte 81 personer som hadde fått replantert/revaskularisert fingre, opplevde én av tre begrensninger i fritidsaktiviteter på grunn av overfølsomhet for kulde seks til ti år etter skaden (30). Disse studiene viser at fritidsaktiviteter knyttet til friluftsliv kan være utfordrende i mange år etter en stor håndskade.

For å gjøre ICFs klassifikasjonssystem mer håndterlig er det utviklet kjernesett med koder og kategorier som representerer de vanligste problemområdene knyttet til ulike diagnoser (31–33). Under utviklingen av ICF kjernesett for tilstander i hånden ble det blant annet utført en tverrsnittstudie i Tyskland, der 64 prosent av 210 personer med håndskade eller håndlidelse beskrev å ha vansker knyttet til lønnet arbeid (31). Studier som validerer kjernesettet, bekrefter at arbeid og sysselsetting er et av livsområdene med størst betydning for deltagernes generelle helse (32, 33). Våre deltagere beskrev svært få aktivitetsutfordringer knyttet til arbeid. Det kan skyldes at man i Norge kan være sykmeldt inntil ett år. De fleste deltagerne hadde store håndskader og manuelt arbeid, og disse blir ofte sykmeldt seks til tolv måneder. Det er dermed sannsynlig at mange ikke var tilbake i arbeid og derfor var mest opptatt av aktivitetsutfordringer knyttet til hjem og fritid.

REKKEFØLGENS BETYDNING

Rekkefølgen på utfyllingen syntes ikke å påvirke totalskåren, det vil si grad av aktivitetsutfordringer. I motsetning til hva vi hadde forventet, var det imidlertid flere egendefinerte aktivitetsutfordringer i gruppen som først fylte ut egne aktiviteter (gruppe 2). Så mye som 25 prosent av de egendefinerte aktivitetene i denne gruppen tilsvarte forhåndsdefinerte aktiviteter. Forskjellen mellom antall aktiviteter

i gruppene kan dermed skyldes at gruppe 1 allerede hadde skåret aktuelle vansker under forhåndsdefinerte aktiviteter. En slik tolkning støttes av at deltakere som ble intervjuet i gruppe 1, sa at de ikke kom på flere enn to til tre egne aktivitetsutfordringer, ettersom mange allerede var beskrevet på den første siden. Dette gjaldt i hovedsak aktivitetsutfordringer som kunne kategoriseres under *Hjemmeliv* og *Egenomsorg*, noe som kan forklare hvorfor gruppeforskjellen var særlig tydelig for dette livsområdet. Ettersom det var oppgitt færre egendefinerte aktiviteter i gruppe 1, viser det at deltakerne ikke lette etter aktiviteter de hadde mindre vansker med å utføre for å kunne beskrive maksimalt antall aktiviteter. Alle som ble intervjuet, sa også at de hadde valgt aktiviteter de hadde størst vansker med eller som var viktigst å kunne klare igjen. Færre egendefinerte utfordringer i gruppe 1 kan også skyldes lavere alder og flere med skade i ikke-dominante hånd.

DISKUSJON AV METODE

Vi brukte ICF for å beskrive kjennetegn ved typiske aktivitetsutfordringer hos personer med håndskader. Alle bortsett fra fire egendefinerte aktivitetsutfordringer kunne knyttes til kategorier under aktiviteter og deltagelse i ICFs omfattende kjernesett for tilstander i hånden (32, 33). De fleste kunne kodes til det mest detaljerte nivået. Det viser at ICF var egnet for å kategorisere egendefinerte aktivitetsutfordringer, blant annet for å kunne sammenligne de to gruppene. Vi opplevde imidlertid mange av kategoriene som lite intuitive. Vi strevde særlig med terminologien knyttet til livsområdet *Mobilitet* og de underordnede kategoriene som må defineres for å gi mening. Aktivitetsutfordringer som i hverdagen henger sammen, havnet under ulike livsområder. F.eks. ble aktivitetsutfordringer som «å holde bestikk» kategorisert som «håndtere» under *Mobilitet*, mens «å spise» ble kategorisert i ICF som «spise» under *Egenomsorg*.

Siden vi kun rekrutterte deltagere med antatte aktivitetsutfordringer, er resultatene ikke representative for personer med store håndskader generelt. Utvalget var også lite. Med tanke på å generalisere egendefinerte aktivitetsutfordringer er det også en svakhet at halve utvalget fylte ut de egendefinerte aktivitetene først. I sammenligning av gruppene er det en svakhet at de var ulike med hensyn til alder, skadet hånd og type arbeid. For økt gruppelikhet måtte vi enten rekruttert flere deltagere, eller utført en stratifisert utvelgelse. For informasjon om i hvilken

grad friskmeldte i arbeid beskriver arbeidsrelaterte utfordringer, burde vi ha registrert hvem som var tilbake i arbeid.

Det bør også bemerkes at førsteforfatter utførte de kognitive intervjuene alene og tok skriftlige notater uten lydopptak å støtte seg til. Vi betrakter intervjuene som en innledende undersøkelse av brukergruppens inntrykk, forståelse og opplevd relevans av MAP-hand.

En styrke ved studien er at det ble fulgt en protokoll for koding og kategorisering basert på etablerte regler, og at vi var flere kodere som kalibrerte våre metoder og tolkninger underveis. Ettersom vi ville undersøke relevansen av MAP-hand i ergoterapeutisk praksis, er det også en styrke at pasientene fylte ut skjemaet i en naturlig klinisk kontekst.

Betydning for praksis og videre forskning

MAP-hands side med egendefinerte aktiviteter kan brukes alene for å sette aktivitetsbaserte mål og planlegge tiltak i rehabilitering av håndskader, eller brukes sammen med siden med forhåndsdefinerte aktiviteter. Resultatene viser at begge sider fanger opp relevante aktivitetsutfordringer, og at det kan være nyttig å fylle ut hele MAP-hand. Utfylling i standard rekkefølge gir mindre overlapp og dermed rom for flere aktiviteter. For å identifisere aktivitetene som den enkelte opplever som viktigst å kunne utføre bedre, kan pasientene eventuelt til slutt markere disse, uavhengig av hvilken av de to sidene de står på. En fordel med de forhåndsdefinerte aktivitetene er at mange vil være enkle å tilrettelegge for å kunne utføre i en sykehussetting. De er dermed egnet for observasjon og veiledning knyttet til aktivitetsutførelse. Selv om de fleste syntes det var enkelt å fylle ut MAP-hand i henhold til instruksjonen, kan det være behov for å informere muntlig i tillegg.

Funnene i studien støtter MAP-hands umiddelbare validitet (face validity) og relevans for å identifisere aktuelle og pasientspesifikke aktivitetsutfordringer hos pasienter med håndskader i spesialisthelsetjenesten. For å vite om man kan stole på resultatene fra utfyllt MAP-hand, og om instrumentet er egnet til å evaluere endringer etter intervensjon i aktuelle pasientgruppe, må reliabilitet og validitet undersøkes med statistiske metoder.

Konklusjon

Denne studien gir innsikt i hvilke aktivitetsutfordringer personer med relativt store håndskader

kan oppleve, og viser at MAP-hand kan være et nyttig klinisk vurderingsinstrument for ergoterapeuter som arbeider med denne pasientgruppen. De forhåndsdefinerte aktivitetene fanget opp mange aktivitetsutfordringer som deltakerne opplevde relevante, og deltakerne definerte i tillegg mange egne aktiviteter. Det ble beskrevet flest utfordringer knyttet til å bruke ulike verktøy og redskaper, matlaging og utførelse av fritidsaktiviteter. Det var ikke vanskelig for pasientene å komme på egne aktivitetsutfordringer uten først å få eksempler fra forhåndsdefinerte aktiviteter. Ved å fylle ut begge sider får man imidlertid et større bilde av utfordringer som er relevante for intervensjoner både i en sykehuskontekst og hjemme.

Finansiering

Prosjektet er gjennomført med finansiell støtte fra Sophies Minde Ortopedi AS.

Referanser

1. Ergoterapeutene. Alle skal kunne delta: Ergoterapeuters kjernekompetanse: Ergoterapeutene; u.å. [cited 2019 29.03]. Available from: <https://ergoterapeutene.org/ergoterapi/>.
2. World Federation of Occupational Therapists. About Occupational Therapy: World Federation of Occupational Therapists; 2012 [cited 2019 29.03]. Available from: <https://wfot.org/about-occupational-therapy>.
3. Stevens A, Beurskens A, Koke A, van der Weijden T. The use of patient-specific measurement instruments in the process of goal-setting: a systematic review of available instruments and their feasibility. Clin Rehabil. 2013;27(11):1005-19.
4. Helsedirektoratet. Veileder om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Helsedirektoratet; 2018. Report No.: IS-2651.
5. Kjekken I, Kvien TK, Dagfinrud H. Funksjonsvurdering og evaluering ved rehabilitering. Tidsskrift for den Norske Lægeforening. 2007;127(5):598-9.
6. Stevens A, Moser A, Koke A, van der Weijden T, Beurskens A. The patient's perspective of the feasibility of a patient-specific instrument in physiotherapy goal setting: a qualitative study. Patient preference and adherence. 2016;10:425-34.
7. Høghagen S, Bonsaksen T, Dolva A-S, Hagby C, Solbakken AI, Svein U, et al. På vei inn i en kunnskapsbasert praksis – Ergoterapeuters begrunnelser for bruk eller ikke bruk av vurderingsredskaper. Ergoterapeuten. 2015;6:48-59.
8. Laver-Fawcett A. Routine standardised outcome measurement to evaluate the effectiveness of occupational therapy

- interventions: essential or optional? *Ergoterapeuten*. 2014;4:28-37.
9. Kjeklen I, Sand-Svartrud A-L. The Canadian Occupational Performance Measure brukt i rehabilitering. *Ergoterapeuten*. 2012;1:11-8.
 10. Stratford P, Gill C, Westaway M, Binkley J. Assessing disability and change on individual patients: a report of a patient specific measure. *Physiother Can*. 1995;47(4):258-63.
 11. Moseng T, Tveter AT, Holm I, Dagfinrud H. Pasient-Spesifikk Funksjons Skala: Et nyttig verktøy for fysioterapeuter i primærhelsetjenesten. *Fysioterapeuten*. 2012;2(13):20-6.
 12. Paulsen T, Grotle M, Garratt A, Kjeklen I. Development and psychometric testing of the patient-reported measure of activity performance of the hand (MAP-Hand) in rheumatoid arthritis. *J Rehabil Med*. 2010;42(7):636-44.
 13. Fernandes L, Grotle M, Darre S, Nossun R, Kjeklen I. Validity and responsiveness of the Measure of Activity Performance of the Hand (MAP-Hand) in patients with hand osteoarthritis. *J Rehabil Med*. 2012;44(10):869-76.
 14. Prior Y, Tennant A, Tyson S, Kjeklen I, Hammond A. Measure of activity performance of the hand (MAP-Hand) questionnaire: linguistic validation, cultural adaptation and psychometric testing in people with rheumatoid arthritis in the UK. *BMC Musculoskelet Disord*. 2018;19(1):275.
 15. Poulsen HS, Hansen AØ. Occupational performance problems identified by 507 patients: An insight that can guide occupation-based hand therapy. *Hand Therapy*. 2018;23(4):121-9.
 16. Collins D. Pretesting survey instruments: an overview of cognitive methods. *Qual Life Res*. 2003;12(3):229-38.
 17. Sosial- og helsedirektoratet. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse: Sosial- og helsedirektoratet; 2006 [updated 2016 10.03; cited 2018 09.11]. Available from: <https://ehelse.no/kodeverk/icf-internasjonal-klassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse>.
 18. Sosial- og helsedirektoratet. Internasjonal klassifikasjon av funksjon, funksjonshemming og helse: Norsk brukerveiledning: Sosial- og helsedirektoratet; 2006 [updated 2016 10.03; cited 2018 08.11]. Available from: <https://ehelse.no/kodeverk/icf-internasjonal-klassifikasjon-av-funksjon-funksjonshemming-og-helse>.
 19. Klang Ibragimova N, Pless M, Adolfsson M, Granlund M, Björck-Akesson E. Using content analysis to link texts on assessment and intervention to the International Classification of Functioning, Disability and Health - version for Children and Youth (ICF-CY). *J Rehabil Med*. 2011;43(8):728-33.
 20. Hsieh HF, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15(9):1277-88.
 21. Cieza A, Brockow T, Ewert T, Amman E, Kollerits B, Chatterji S, et al. Linking health-status measurements to the international classification of functioning, disability and health. *J Rehabil Med*. 2002;34(5):205-10.
 22. Cieza A, Fayed N, Bickenbach J, Prodinger B. Refinements of the ICF Linking Rules to strengthen their potential for establishing comparability of health information. *Disabil Rehabil*. 2016;41(5):574-83.
 23. Cieza A, Geyh S, Chatterji S, Kostanjsek N, Ustun B, Stucki G. ICF linking rules: an update based on lessons learned. *J Rehabil Med*. 2005;37(4):212-8.
 24. Powell RK, von der Heyde RL. The inclusion of activities of daily living in flexor tendon rehabilitation: a survey. *J Hand Ther*. 2014;27(1):23-9.
 25. Porter S. Occupational performance and grip function following distal radius fracture: A longitudinal study over a six-month period. *Hand Therapy*. 2013;18(4):118-28.
 26. Kaskutas V, Powell R. The impact of flexor tendon rehabilitation restrictions on individuals' independence with daily activities: implications for hand therapists. *J Hand Ther*. 2013;26(1):22-8.
 27. Kingston G, Tanner B, Gray MA. The functional impact of a traumatic hand injury on people who live in rural and remote locations. *Disabil Rehabil*. 2010;32(4):326-35.
 28. Cederlund R, Thoren-Jonsson AL, Dahlin LB. Coping strategies in daily occupations 3 months after a severe or major hand injury. *Occup Ther Int*. 2010;17(1):1-9.
 29. Gustafsson M, Hagberg L, Holmefur M. Ten years follow-up of health and disability in people with acute traumatic hand injury: pain and cold sensitivity are long-standing problems. *The Journal of hand surgery, European volume*. 2011;36(7):590-8.
 30. Vaksvik T, Hetland K, Rokkum M, Holm I. Cold hypersensitivity 6 to 10 years after replantation or revascularisation of fingers: consequences for work and leisure activities. *Journal of Hand Surgery European Volume*. 2009;34(1):12-7.
 31. Rudolf KD, Kus S, Chung KC, Johnston M, LeBlanc M, Cieza A. Development of the International Classification of Functioning, Disability and Health core sets for hand conditions-results of the World Health Organization International Consensus process. *Disabil Rehabil*. 2012;34(8):681-93.
 32. Kus S, Dereskewitz C, Wickert M, Schwab M, Eisenschenk A, Steen M, et al. Validation of the Comprehensive International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) Core Set for Hand Conditions. *Hand Therapy*. 2011;16(3):58-66.
 33. Kus S, Oberhauser C, Cieza A. Validation of the brief International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) core set for hand conditions. *J Hand Ther*. 2012;25(3):274-86.

Har du noe på hjertet?
Delta i debattene!

Facebook/ergoterapeutene



Ikke medlem ennå?
Meld deg inn!

ergoterapeutene.org/innmelding




medemagruppen

Dynamic Pacer
Ganghjelpemiddel som optimalt støtter det naturlige gangmønsteret.
På avtale fra 1. mars.
Se presentasjonsfilmer på www.medema.no

For mer informasjon ta kontakt på tlf. 67 06 49 00 eller se på www.medema.no



NAVN

Else Marit Holen Gravås

STILLING

Ph.d.-student ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR) ved Diakonhjemmet sykehus. Påtroppende seksjonsleder for ergoterapeutene på Medisinsk klinikk ved Oslo Universitetssykehus.

Av Else Merete Thyness

Kan ergoterapi utsette kirurgi for pasienter med artrose i tommelens rotledd?

– Hvem er Else Marit Holen Gravås?

– Da jeg som helt rykende fersk ergoterapeut var så heldig å få min første jobb på Sunnaas sykehus, ante jeg selvsagt ikke hva som lå foran meg. Jeg husker ennå hvor spent, stolt og glad jeg var da jeg tok på meg uniformen første dag på jobb. Det ble en fantastisk start på et etter hvert langt ergoterapi-liv hvor jeg har fått jobbet i hele spennet fra kommunehelsetjenesten til spesialisthelsetjenesten. I spekteret av pasienter jeg har jobbet med opp gjennom årene, har ergoterapi og håndfunksjon gått igjen som en sentral, rød tråd. I en vanlig hverdag er det kanskje lett å glemme hvilken stor gave funksjonsfriske hender er. Sorgen hos organisten som brakk nakken i en ulykke og fikk total-lammelse i hendene, og hos pasienten med ALS som stadig mistet mer og mer av håndfunksjonen, er minner som har spikret seg fast. Jeg husker også motet til den lille jenta

med svulst i nakken og derav lammelser i fingrene, som kledde på Barbie-dukkene sine med hjelp av munnen og håndleddene, og bonden som kuttet av seg hele hånden i en ulykke i skogen. Året etter replantasjon og intens trening var han tilbake i jobben som bonde og hadde bevegelse i flesteparten av håndens ledd, inkludert flere intakte nerveforbindelser. Som ergoterapeuter, med aktivitetsperspektivet i fokus, har vi mange viktige redskap i den kliniske verktøykassen vår, fra kartlegging til intervensjoner, for å hjelpe pasienter som har fått skade eller sykdom i hånden.

– Hva forsker du på?

– Jeg er med i en større forskergruppe på NKRR ledet av professor Ingvild Kjeklen. I samarbeid med ergoterapeuter på St. Olavs Hospital i Trondheim, Haukeland Universitetssykehus og Revmatismesykehuset i Hauge-sund er det utført en randomisert, kontrollert multisenter-studie

med 180 pasienter med artrose i tommelens rotledd, CMC-leddet. Vi har sett på om ergoterapi kan redusere eller utsette behovet for CMC-kirurgi. Pasientene var henvist fra sin fastlege til kirurgisk vurdering. I ventetiden for kirurgisk vurdering fikk intervensjonsgruppen i studien ergoterapi. De fikk et håndtreningssprogram de skulle gjøre hjemme, dag- og natt-ortoser og fem greps-hjelpemidler i tillegg til undervisning om håndartrose og kompenserende metoder i dagliglivet. Intervensjonstiden var tre måneder. Kontrollgruppen fikk kun informasjon om artrose.

Resultatene viste at færre i intervensjonsgruppen ble operert, noe som kan gi oss en indikasjon på at ergoterapi kan utsette og redusere behovet for CMC-kirurgi. Flere resultater fra denne studien kan leses ved å skanne QR-koden som er trykket nederst i dette intervjuet. Vi har i tillegg sett på hvilke faktorer som motiverer pasienter til å la seg operere.

Postdoc i prosjektet, fysioterapeut Anne Therese Tveter, har blant annet sett på om ergoterapi er en kostnadseffektiv behandling for pasienter med CMC-artrose.

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

– Jeg har lest mange flotte artikler, så det er ikke lett å plukke ut én bestemt, men jeg blir ofte grepet av pasienthistorier. I forskningen gjenspeiler dette seg gjerne i kvalitative studier. I artikkelen «Activity problems in everyday life – patients' perspectives of hand osteoarthritis: try imagining what it would be like having no hands» av Elise Bromann Bukhave og Lotte Huniche møter vi pasienter med håndartrose som

beskriver store utfordringer i helt selvsagte, vanlige hverdagsaktiviteter. Håndartrose rammer ikke bare den eldre del av befolkningen, men også yngre i full jobb og en ellers aktiv og krevende hverdag. Forfatterne understreker viktigheten av kartlegging og intervensjoner som inkluderer både fysiske omgivelser og pasientenes sosiale nettverk for å kunne redusere aktivitetsbegrensinger og øke deltakelse. Det er her ergoterapeutenes verktøykasse kommer inn – her har vi mye å bidra med for denne pasientgruppen. Og ergoterapeutenes viktige bidrag er ukjent for mange pasienter, og også for mange fastleger, som gjerne er de som møter disse pasientene først – noe som betyr at mange pasienter ikke får den

hjelpen de skal ha. Dette må vi gjøre noe med.

– Hva mener du vi trenger mer forskning om innen ergoterapi?

– Opp gjennom alle årene som kliniker har jeg ofte spurt meg selv om de intervensjonene vi gjør med pasientene, har tilfredsstillende effekt. Hender det at vi gjør noe som faktisk kan være feil, og som i ytterste konsekvens kan være til skade for pasienten? Jeg tror derfor vi skal fortsette å utfordre oss på å gjøre effektstudier av ergoterapi.



Illustrasjonsfoto: Mostphotos.

Ergonomi på heimekontoret

Mange av oss sit jamnleg på heimekontor og lev godt med det. Det som skil seg frå dette no, er at mange vil arbeide på heimekontor dagleg og over lenger tid. Kombinasjonen av ein mindre tilpassa arbeidsplass og mindre variasjon og aktivitet i løpet av dagen, kan auke risikoen for å utvikle muskel- og skjelettplager, eller forverre plager ein allereie har.

Av Johanne Gjesdal Mo



Johanne Gjesdal Mo er bedriftsergoterapeut for Stamina Helse.

Alle som har moglegheit bør hente heim dockingstasjonar, tastatur, PC-mus og skjerm, og slik unngå for mykje og langvarig arbeid ved bærbar PC. Det optimale heimekontoret får du med eit justerbart skrivebord og kontorstol med innstillingsmoglegheiter. Om du ikkje har det, vert det viktigare at du legg inn korte avbrekk og variasjon frå mykje statisk muskelarbeid ved PC. Legg inn ei treningsøkt i løpet av arbeidsdagen. Gå ein tur i ulendt terreng, gjer litt husarbeid – all form for fysisk aktivitet som fører

til auka sirkulasjon, vil kroppen vere takknemleg for.

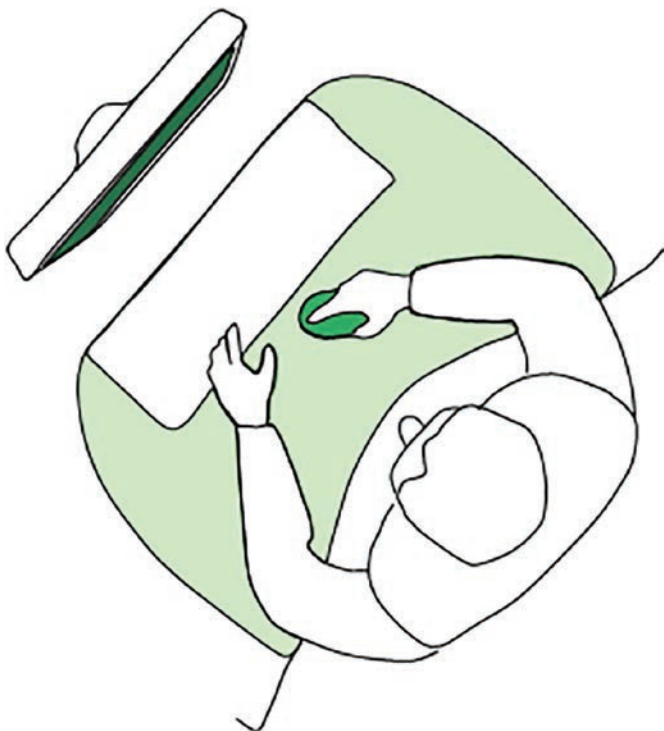
Det kan også vere ein stor fordel for konsentrasjon og for å klare å skilje jobb frå fritid at du tilpassar kontorplassen på eit eige og lukka rom. Det bør vere vindaug og godt lys i rommet.

STOL

Dersom du har innstillingsmoglegheiter på kontorstolen din, prøv deg fram, trykk på alle knappar og bli kjent med stolen. Ein god stol har justering av høgde, setedjupne og justering av korsryggstøtte. Prøv å stille inn



NRK Nyheter hadde eit innslag med bedriftsergoterapeut Johanne Gjesdal Mo der ho snakka om heimekontor på meir permanent basis.



Vel eit bord som er mest mogleg tilpassa høgda din, slik at du sit i oppreist stilling, godt inntil bordet og har plass til å kvile armene inn på bordplata.

stolen slik: Korsryggstøtta skal treffe korsryggen og gi støtte, høgda skal vere slik at føtene er godt planta i golvet, og ein bør sitje med minimum to tredjedeler av lårddupna på stolsetet.

Har du ikkje kontorstol: Varier

mellom ulike stolar om du kan. Bygg opp stolen med puter for å sikre hensiktsmessig høgde, og ta avbrekk *før* du kjenner du er sliten og støl i kroppen av å sitje på stolen. Gymball kan også nyttast for å få inn meir bevegelse og variasjon.

BORD

Det er lite gunstig å sitje ved eit lågt bord (til dømes stovebordet eller å ha bærbar PC i fanget) som gjer at du vert sitjande lut i ryggen og aukar belastninga på rygg og nakke. Vel eit bord som er mest mogleg tilpassa høgda di, slik at du sit i oppreist stilling, godt inntil bordet, og har plass til å kvile armene inn på bordplata (minimum to tredjedeler av underarm). Kvilar ikkje underarmene på bordet, må muskulatur i skuldre og nakke arbeide meir statisk, og ein stengjer meir for blodsirkulasjon. Har du *laus underarmsstøtte* på jobb, bør denne også vere med heim.



Har du ikkje tilstrekkeleg djupne på arbeidsbordet ditt, vurder å få tak i ei laus underarmsstøtte til å feste på bordkanten.

PC-UTSTYR OG SKJERM

Arbeider ein med ekstern PC-mus, forsøk å unngå å strekke armen langt frå kropp og ut til sida, her er det tilråda å samle utstyr nær PC-en, slik at ein arbeider meir sentrert.

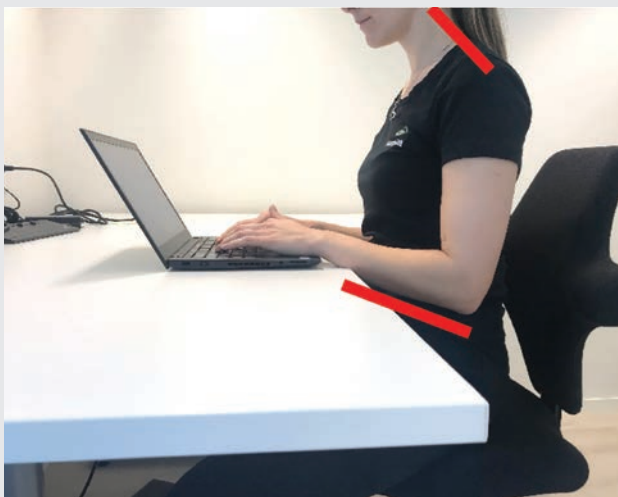
Når det gjeld skjerm og lysforhold, unngå å plassere skjermen framfor eit vindauge. Det mest hensiktsmessige er at dagslys kjem inn frå sida, og at ein unngår sterke lyskjelder rundt skjerm som fører til blendande forhold. Når du stiller inn høgde på skjerm, skal øvre kant på skjerm treffe deg omtrent i augehøgde.

Har du ikkje tilstrekkeleg djupne på arbeidsbordet ditt, vurder å få tak i ei laus underarmsstøtte til å feste på bordkanten. Denne sikrar at armene kjem tettare til kroppen, og at du får avlasta skuldre og armar.

ANDRE TILTAK

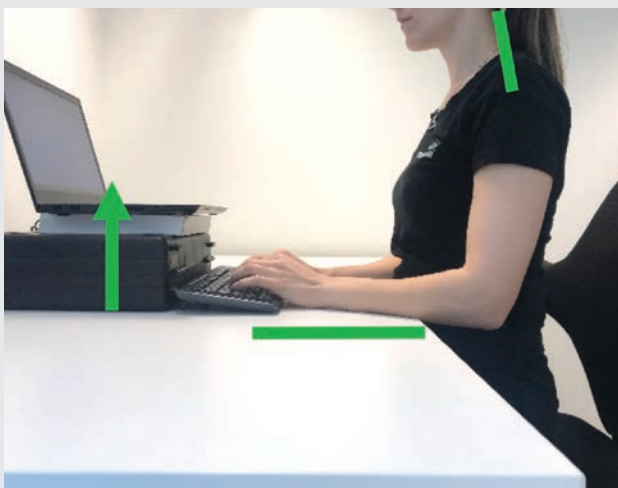
Årsakar til muskel- og skjelettplager er ofte samansette. Utanom fysiske faktorar spelar også organisatoriske, psykososiale og individuelle forhold inn. Korleis ein organiserer arbeidet og oppgåvene sine, og kva psykososiale faktorar ein vert påverka av, gjev også risiko for å utvikle muskel- og skjelettplager. Utover fysisk tilpassing er det difor fleire andre grep og tiltak ein kan gjere for å sikre ein ergonomisk hensiktsmessig arbeidskvardag:

1. *Ha kontortid:* Flytande grenser for når du arbeider, kan gå ut over både effektivitet og familieliv.
2. *Start dagen:* Kle på deg og gjer deg klar for arbeidsdagen. Ha gjerne same rutiner som når du reiser til arbeidsplassen eller kontoret.
3. *Ta pausar:* På heimekontor må du sjølv ta initiativ til pausar.



Arbeid på bærbar PC gjev ofte ei lut haldning i rygg og nakke, grunna mindre storleik på skjerm og at skjermen kjem lågt ned. Mange arbeider også utan tilstrekkeleg støtte for underarmene (plasserer ikkje armene langt nok inn på bordflata), og får difor ikkje avlaste muskulatur i nakke, skuldre og armar.

Høgda på stol og bord er viktig for å sikre ei hensiktsmessig høgde der skuldrane får kvile når ein legg armene frå seg på bordet. Prøv å sikre 90 graders vinkel i albogeledet. Bygg opp stolen med puter om du ikkje har høgdejustering på stol, og plasser noko under føtene om du ikkje rekk godt nok ned i bakken.



Døme på tilrettelegging av heimekontor utan ekstern skjerm:

Dersom du har moglegheit til å nytte eksternt tastatur og PC-mus, koble det på den bærbara PC-en og plasser sjølv PC-en høga-re opp på ein boks eller bøker. Då kjem skjermen opp i ei betre høgde for nakke. Sikre at du legg minimum to tredjedeler av underarmene inn på bordflata.

Blås opp storleik på tekst og nettsider slik at du komfortabelt kan lese i god avstand, utan å måtte bøye deg fram mot skjerm.

Utan pausar synk produktivitet. Set til dømes alarm på mobiltelefonen eller klokke dersom ein lett gløymer å ta avbrekk.

4. *Beveg deg:* Bruk ein av pausane til å få litt frisk luft, gå ein tur eller gjer noko fysisk som gjev variasjon frå stillesitting. Ta også mikropausar (nokon sekund der ein rører på seg og ser vekk frå skjerm) hyppig, for å unngå langvarig statisk arbeid.
5. *Planlegg dagen:* Heimekontor kan gi mykje friheit og det er lett å bli forstyrta. Forsøk å få struktur, til dømes ved å lage

arbeidslister og setje av faste tider for lesing av e-post. Har ein mykje å gjere, kan ein forsøke å få oversikt over kva oppgåver som hastar mest og minst.

KVA BØR ARBEIDSGJEVAR GJERE?

Er du arbeidsgjevar og har tilsette under deg som er pålagt å måtte arbeide ved heimekontor, er det kanskje ikkje like lett å vite kva ein som arbeidsgjevar har som ansvar å følgje opp. Kort oppsummert gjeld framleis arbeidsmiljøregelverket. Det betyr at arbeidsgjevar har ansvar for at arbeidsforholda

på heimekontoret er fullt forsvarleg, og arbeidsgjevar bør gjere det som må til for at arbeidet ikkje skal føre til plager, skader og sjukdom.

I denne spesielle situasjonen, som kan vare ei stund, oppfordrar Arbeidstilsynet difor arbeidsgjevarar og tilsette om å jobbe saman for å finne gode midlertidige løysingar. Les gjerne meir på nettstaden deira i høve kva tilrådingar Arbeidstilsynet kjem med utover dette (www.arbeidstilsynet.no).

Lukke til med innstilling av heimekontoret ditt.

SmartDrive med PushTracker E2

PushTracker E2

Berøringsskjerm som styrer
SmartDrive og innstillingene

SwitchControl

Kablede knapper med flere
kontrollalternativer for din SmartDrive

SmartDrive MX2 +

Gir deg kraft opp bakker og ramper,
over tykke tepper og lange avstander.

permobil

Hverdagsmestring – en blogg

Som en konsekvens av tiltakene regjeringen innførte for å hindre smitte av covid-19, ble mange ulike behandlingstilbud for mennesker med psykiske lidelser stengt på ubestemt tid. Med tanke på alle de menneskene som plutselig sto uten tilbud i en ny og annerledes hverdag, opprettet vi en blogg.

Av Karine Woll Jørgenvaag & Edel-Therese Steen



Karine Woll Jørgenvaag går andre året på ergoterapistudiet ved OsloMet.



Edel-Therese Steen går andre året på ergoterapistudiet ved OsloMet.

Vi er to studenter som går andre året på Ergoterapistudiet på OsloMet: Karine Woll Jørgenvaag og Edel-Therese Steen. Vi gleder oss til vår andre praksisperiode som ergoterapistudenter. Som lyn fra klar himmel kom covid-19 pandemien og satte en stopper for det. Da vi ikke kunne gå ut i vanlig praksis i år, var et alternativ at vi skulle utføre et praksisprosjekt online.

I bloggen ville vi ha fokus på metoder for å oppleve mestring og aktiviteter som fremmer deltakelse. Navnet på bloggen ble derfor «Hverdagsmestring». Via bloggen med ergoterapi som grunnverdi delte vi råd, informasjon og tips om hverdagslivets mange små og store utfordringer. Målet var og er fortsatt at dette kan bidra til selvhjelp, slik at leserne våre har muligheten til å oppleve hverdagsmestring i en vanskelig tid.

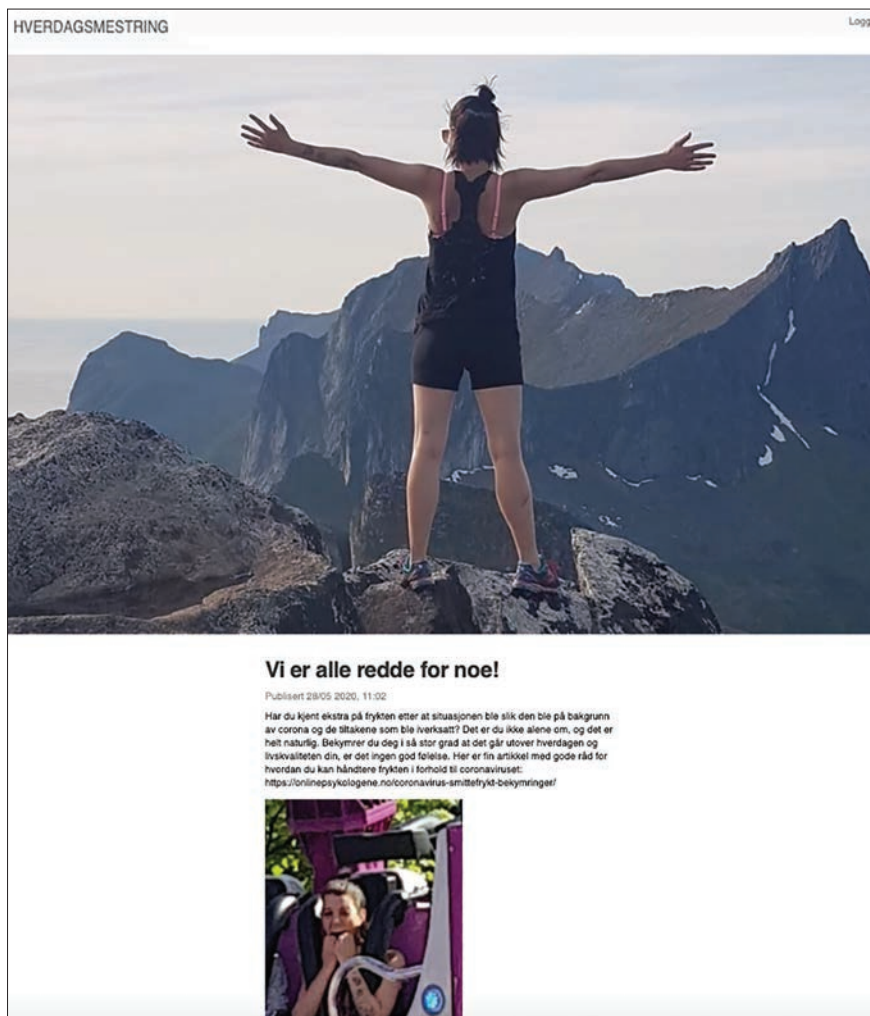
GOD TERAPEUTISK RELASJON

Vi har gjennom snart to studieår blant annet lært at en viktig forutsetning for å lykkes med ergoterapeutisk intervensjon er at man har en god terapeutisk

relasjon med klienten. Dette er en avgjørende faktor for å få en klient motivert. Vi så tidlig at dette kunne bli utfordrende å få til via en blogg. Vi har dermed fokusert på å ha en avslappet sjargong for å skape en lett tilgjengelig og såkalt «lavterskelblogg» som er lett å følge for målgruppen. Vi har brukt et personlig og lettfattat språk. På denne måten har vi fått vist personlighetene våre. Vi har møtt leserne på en åpen måte og til en viss grad gjort oss selv sårbare i håp om at dette kan skape en relasjon med leseren. Det er også grunnen til at vi har beskrevet våre egne sosiale situasjoner. Karine er i midten av 20-årene og bor i en leilighet i Oslo med kjæresten sin. Edel er en tobarnsmor i starten av 30-årene som bor i et hus i nærheten av Jessheim. Hverdagene våre er nesten så ulike som personlighetene våre. Ved å bruke noen eksempler fra våre hverdager håper vi å nå gjennom til flere lesere. Dette fordi flere kan finne noe de kan relatere til i det vi skriver om.

DAGLIGE INNLEGG

Når vi startet opp med bloggen, regnet vi med at det var mulig



Da koronapandemien gjorde vanlig praksis umulig, kunne studentene som et alternativ utføre praksisprosjektet online. Karine Woll Jørgenvaag og Edel-Therese Steen laget blogg om hverdagsmestring.

for leserne våre å kommentere på innleggene, men vi fant ut etter oppstart at dette ikke var mulig. Det har hele tiden vært viktig for oss at leserne har hatt mulighet til å kontakte oss. Dermed oppga vi en mailadresse hvor leserne kunne gi oss tilbakemelding og kontakte oss.

Vi har tatt kontakt med ergoterapeuter som jobber innenfor psykisk helse for å få tips til temaer å skrive om og for å høre hvilke utfordringer de opplever brukergruppen fikk som konsekvens av covid-19. Gjennom fem uker med et innlegg hver dag utenom helgen, har vi vært innom mange spennende temaer, som stress, der vi trakk fram aktiviteter som kan hjelpe for å takle dette.

Videre har vi tatt for oss selvfølelse knyttet til aktivitet. Vi har også skrevet om ensomhet og tips for å forebygge dette. Ønsker du å vite mer om hva vi har skrevet om, ligger alle innleggene på bloggen vår: miniblogg.no/hverdagsmestring.

Til tross for at dette ble en helt annerledes praksisperiode enn først antatt, ville vi ikke vært denne praksisen foruten. Vi har lært masse, og dette er en fin erfaring å ta med seg videre i studiene og når vi etter hvert tar fatt på arbeidslivet. Vi håper vi med en balanse mellom personlige erfaringer, faglig innhold og litt glimt i øyet har klart å formidle det ergoterapeutiske budskapet på en god måte.



Edel-Thereses besøk til Oslo Reptilpark ble til et blogginnlegg om ikke å la frykt hindre deg i hverdagslivet.

Ergoterapeutene feirer 1. mai

På grunn av covid-19-pandemien ble 1. mai feiret annerledes i år enn tidligere. Her er noen kreative forslag til paroler ergoterapeuter kunne gått under i år.

Av Else Merete Thyness



Nils Erik Ness ville gått under denne parolen.



«Jeg ville gått under parolen Et inkluderende og bærekraftig samfunn», skrev Karl-Erik Tande Bjerkaas på Facebook.



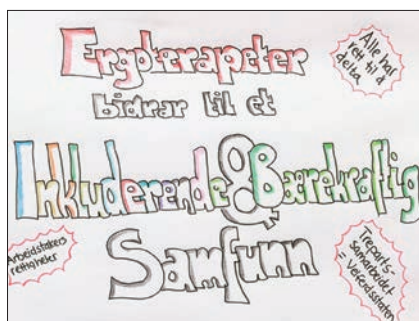
Toril Laberg ville gått under denne parolen.



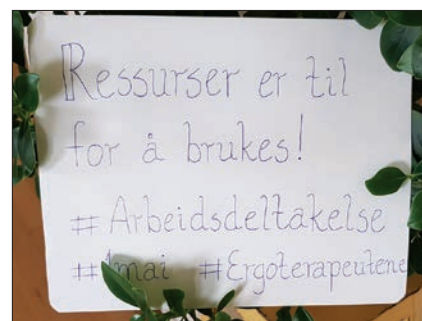
Siv Iren Germstad delte bilde av sitt mini-1.mai-tog.



May Solveig Svendsen valgte å «gå» under denne parolen i det digitale 1.mai-toget.



Tonje Hansen Guldhav fant disse ordene for sin parole.



Tove Holst Skyer laget en parole som handler om likestilling på arbeidernes dag.

BOKOMTALE

Etikk i helsetjenesten

Etikk i helsetjenesten er en velskrevet, interessant bok som tar for seg mange aspekter ved etikk. Etter min mening er den meget relevant både for ergoterapeuter og andre yrkesgrupper innen helsesektoren.

Av Else Merete Thyness

Boken handler om helseetikk, og særlig om den delen som omhandler etiske spørsmål som oppstår i møtet mellom helsepersonell og pasient, pårørende og kollegaer. Eksempler på problemstillinger som diskuteres, er: Hva gjør vi når helsepersonell, pasient og pårørende er uenige om behandlingen? Hvilken rolle spiller beslutningskompetanse i etikk og helselovgivning? Hvordan sier vi nei til pasienter?

Kapitlene er korte og går rett på sak uten utenomsnakke og vanskelige formuleringer som gjør at du dette av lasset.

REDAKTØRER OG FORFATTERE

Redaktørene Morten Magelssen, Reidun Førde, Lillian Lillemoen og Reidar Pedersen er tilknyttet arbeidet med klinisk etikk ved Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo. Dette er et tverrfaglig fagmiljø som har fått ansvar for de kliniske etikk-komiteene og øvrig praktisk etikkarbeid i helsetjenesten av Helse- og omsorgsdepartementet. Magelssen, Førde, Lillemoen og Pedersen er forfattere eller medforfattere av de fleste kapitlene i boken. De øvrige forfatterne arbeider med helseetikk ved norske universiteter eller i helsetjenesten.

INNHold

Boken består av 21 kapitler:

1. Hva er «etikk» i helsetjenesten?
2. Profesjonsetikk og verdigrunnlag
3. Fag, etikk og juss
4. Sykdommens etikk
5. Pasientautonomi, informert samtykke og beslutningskompetanse
6. Pårørende
7. Forhåndssamtaler
8. Tvang
9. Pasientinformasjonens og taushetspliktens dilemmaer

10. Etikk ved livets slutt
11. Etikk og helsehjelp til barn
12. Abort og fosterdiagnostikk
13. Bioteknologiens etikk
14. Folkehelseetikk
15. Prioriteringer av helseressurser
16. Helseetikk i et flerkulturelt samfunn
17. Etiske dilemmaer ved organdonasjon og obduksjon
18. Uheldige hendelser, varsling og etikk
19. Forskningsetikk
20. Refleksjon over klinisk-etiske dilemma
21. Etikkrefleksjonsgrupper og klinisk etikk-komiteer

På baksiden står det at boka er egnet som lærebok for alle helsefagutdanninger i Norge, inkludert lege- og sykepleierutdanningen. Det kan jeg si meg enig i. Innledningsvis går den gjennom grunnbegrepene i etikken, og i løpet av boken adresserer den mange relevante, etiske problemstillinger. Dette er også en bok som vil være nyttig for alle som jobber i helsetjenesten.



Redaktører: Morten Magelssen, Reidun Førde, Lillian Lillemoen, Reidar Pedersen

Utgivelsesår: 2020

Antall sider: 256

Språk: Bokmål

ISBN/EAN:

9788205534605



MENNESKER Å BLI GLAD I OG GLAD AV

Brit-Toril Lundt går av med pensjon etter tolv år som forhandlingssjef i Ergoterapeutene. – Vi kan ikke ta dagens rettigheter for gitt, sier hun.

Brit-Toril Lundt lot seg inspirere av både Joe Hill og fyrstikkarbeiderkvinnene i sitt arbeid som forhandlingssjef hos Ergoterapeutene.

Av Else Merete Thyness



Brit-Toril ledet an Ergoterapeutenes første streiketog våren 2008.

Brit-Toril fikk en flyging start i Norsk Ergoterapeutforbund da hun startet første april 2008. Vårens lønnsforhandlinger var allerede i gang, og tre uker senere var forbundet i sin første streik.

– Det var mye å henge fingrene i. Blant annet ble informasjon til medlemmene og tillitsvalgte sendt ut med posten. Jeg husker godt at hele sekretariatet deltok på dugnad og puttet brev i konvolutter.

Ergoterapeutene var godt fornøyde med streikeresultatet.

– Vi fikk blant annet gjennom-

slag for at kompetanse skal lønne seg.

– *Hva betyr det egentlig å være forhandlingssjef?*

– Det er en kompleks stilling med overordnet ansvar for utøvelsen av forbundets lønnspolitikk, vedlikehold og utvikling av tariffavtalene, opplæring av tillitsvalgte, deltakelse i lønnsforhandlingene og samarbeid med de andre Unio-forbundene.

I tillegg bistår hun også medlemmer og de tillitsvalgte hvis de trenger hjelp med noe.

– Det kan være alt fra enkle

«90 prosent av forhandlingene ligger i de forberedelsene du gjør i forkant, både alene og sammen med andre»

Brit-Toril Lundt

spørsmål om hva de har krav på i lønn etter tariffavtalen, til komplekse saker som omorganiseringprosesser med innvirkning på arbeidsoppgaver og arbeidsforhold.

SETT DEG MÅL

– *Hva er ditt beste råd når det gjelder lønnsforhandlinger?*

– Det er viktig å møte godt forberedt. Jeg pleier å si at 90 prosent av forhandlingene ligger i de forberedelsene du gjør i forkant, både alene og sammen med andre. Du må møte skodd med gode argumenter og ha et mål. «Den som ikke forventer noe, får heller ikke noe», pleier jeg å si på tillitsvalgtkurs. Selve forhandlings-situasjonen handler om å gi og ta. Forhandlingene er vellykket når begge parter kan si seg fornøyd med resultatet.

– *Har du noen ganger blitt sint på motparten?*

– Ja, dårlig personalpolitikk gjør meg sint, herunder arbeidsgivere som møter sine ansatte med mistillit. Det er ødeleggende for motivasjonen til de ansatte, og motivasjon må vi ha for å kunne gjøre en god jobb.

– *Hva har gjort deg mest glad?*

– Alle forhandlingene som har gitt gode resultater, og enkelt-sakene som har endt godt for medlemmer, har gjort meg glad. Et eksempel på en gladsak var da vi fikk flyttet ansvaret for bilhold fra den ansatte til arbeidsgiver i KS. Tidligere var det faktisk slik at det var et «kvalifikasjonskrav» at kommuneergoterapeuten måtte

disponere egen bil. Jeg husker godt at jeg som nyansatt hos Ergoterapeutene syntes dette var et hårreisende urimelig krav, og jeg bestemte meg for at dette må vi få slutt på.

JOE HILL

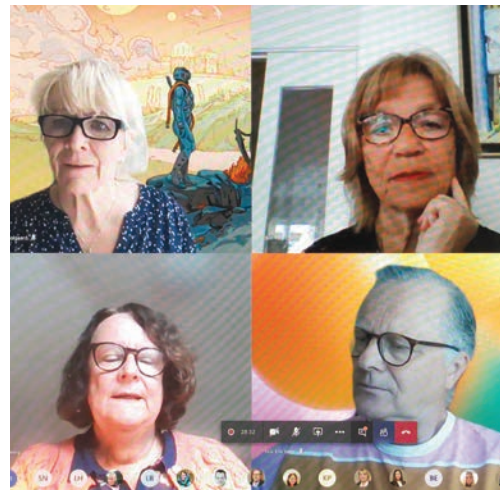
14. mai var sekretariatet og gjester invitert til digital mottakelse for å hedre den kommende pensjonisten. Her kom det fram at Brit-Torils ledestjerne gjennom livet er den svensk-amerikanske, fagforeningsaktivisten og arbeid-sangeren Jo Hill.

– *Hva er det med Jo Hill som inspirerer deg?*

Joe Hill var fagforeningsaktivist. Det gjorde ham så farlig i kapitalinteressenes øyne i USA at de fikk ham dømt for et drap han ikke hadde begått. For cirka 50 år siden så jeg en film om ham. Siste scene viser Joe Hill som like før skuddene faller, roper: «I will die, but the unions will live on». Det gjorde meg bevisst på at jeg i mitt framtidige arbeidsliv skulle være fagorganisert. Filmen viste også at bedriftseierne tok ut nesten all gevinsten, mens arbeiderne ble avspist med smuler, og begrepet stillingsvern var neppe oppfunnet på den tiden. Dette opplevde jeg som dypt urettferdig.

Senere har hun lært om fyrstikkarbeiderstreiken og andre hendelser som viser at dagens rettigheter og sosiale bestemmelser ikke er kommet av seg sjøl.

– Noen gikk foran og tok kampen slik at de ansatte skal få sin rettmessige andel av verdi-



14. mai var sekretariatet, forbundet og gjester invitert til digital mottakelse for Brit Toril på Teams.

skapningen. Vi kan ikke ta dagens rettigheter for gitt, derfor må vi både videreføre og videreutvikle fagforeningsarbeidet for å sikre et velorganisert arbeidsliv også i framtiden.

MENNESKER Å BLI GLAD I

– *Hvordan har du trivdes i jobben?*

– Ergoterapeutene er et fantastisk hyggelig sted å jobbe. Jeg har hatt fine kolleger både på forbundskontoret og blant Unio-forbundene. Dessuten er ergoterapeuter en flott yrkesgruppe. De er hardtarbeidende, kunnskapsrike, løsningsorienterte og samvittighetsfulle. Kort sagt mennesker å bli både glad i og glad av.

– *Hva skal du gjøre når du blir pensjonist?*

– Jeg skal gjøre mer av alt som jeg liker å gjøre, som å gå turer i skog og mark, reise, lese og tilbringe tid med familien.

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

ØNSKEREPRISE

Deltakelse og mestring for eldre – nettbasert kurs for ergoterapeuter

Over 400 ergoterapeuter har tatt dette nettbaserte kurset i løpet av høsten 2019 og våren 2020. For å gi flere denne muligheten settes kurset opp på nytt med mulighet for å ta alle de fem modulene eller bare de modulene du mangler.

Målgruppe: Ergoterapeuter**Arrangør:** Ergoterapeutene**Tid:** Når det passer deg/dere**Sted:** Der det passer for deg og din nettverksgruppe**Kursavgift:** Gratis**Påmelding:** [Ergoterapeutene.org/kurskalender](https://ergoterapeutene.org/kurskalender)**Mål:** Motivere og skolere ergoterapeuter til en aktiv rolle i kommunens arbeid med deltakelse og mestring for eldre i oppfølging av Stortingsmelding 15 (2017-2018) Leve hele livet.**Kurset deles opp i fem moduler.**

Hver modul består av:

- Individuelt forarbeid. Lese anbefalt litteratur og se videoene som legges ut på Ergoterapeutenes hjemmeside. Stipulert tidsbruk cirka fire timer.
- Spørsmål til refleksjon individuelt og i nettverksgruppe. Stipulert tidsbruk cirka to timer. Bare medlemmer av Ergoterapeutene får delta i nettverksgrupper.

De som kan dokumentere deltakelse i nettverksgruppe, får kursbevis for seks timer per modul.

Det er ingen påmeldingsfrist eller frist for gjennomføring av de ulike modulene. Nye nettverksgrupper etableres etter hvert som påmeldingene kommer inn.

Modul 1: Deltakelse og mestring for eldre – ergoterapeuters kjernekompetanse

Modul 2: Aldersvennlig samfunn

Modul 3: Aktivitet og fellesskap

Modul 4: Helsehjelp

Modul 5: Kommuneplanarbeid

Velkommen som deltaker!

ERGOTERAPEUTERS BIDRAG TIL BÆREKRAFTIGE HELSETJENESTER



Alle skal kunne delta!

Modulbasert nettkurs for ergoterapeuter som tar utgangspunkt i ergoterapeuters kjernekompetanse og er relevant for alle ergoterapeuter, uavhengig av innen hvilket fagområde eller nivå i helsetjenesten deltakerne er ansatt.

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangør: Ergoterapeutene

Tid: To moduler høsten 2020, tre moduler våren 2021

Sted: Der det passer for deg og din nettverksgruppe

Kursavgift: Gratis

Påmelding: [Ergoterapeutene.org/kurskalenderen](https://ergoterapeutene.org/kurskalenderen)

Mål: Målsettingen med kurset er at deltakeren skal bli inspirert til å ta i bruk hele vår faglige «verktøykasse» for økt aktivitet, inkludering og deltakelse, for derved også å bidra til bærekraftige helsetjenester.

Kurset deles opp i 5 moduler.

Hver modul består av:

Individuelt forarbeid. Lese anbefalt litteratur og se videoene som legges ut på Ergoterapeutenes hjemmeside. Stipulert tidsbruk cirka fire timer.

Spørsmål til refleksjon individuelt og i nettverksgruppe. Stipulert tidsbruk cirka to timer. Bare medlemmer av Ergoterapeutene får delta i nettverksgrupper.

De som kan dokumentere deltakelse i nettverksgruppe, får kursbevis for seks timer per modul.

Tema og tidsplan for modulene:

Modul 1: Samfunnets utfordringer. Bærekraftige tjenester. Legges ut på hjemmesiden 15. september.

Modul 2: Aktivitetsperspektivet. Teorier og modeller. Legges ut på hjemmesiden 15. november.

Modul 3: Mulighetsrommet for ergoterapeuter. Legges ut på hjemmesiden 15. januar.

Modul 4: Kartlegging, dokumentasjon og evaluering. Legges ut på hjemmesiden 15. mars.

Modul 5: Innovasjon og endring. Legges ut på hjemmesiden 15. mai.

Med forbehold om mindre endringer.

Velkommen til kortreist, smittesikker fagutvikling!



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



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 varmemidler for alle.
MINITECH AS
Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 78 00, fax: 62 57 77 51
mail@minitech.no www.minitech.no
Elektriske varmemidler til barn og
voksne

0333

Antitrykksårhjelpe midler/
trykkløstbyggende hjelpe midler
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
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

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

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

0606/0612/0618 ORTOSER
OTTO BOCH AS

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

0630
PROTESER
NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

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

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

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

0909
**HJELPEMIDLER FOR
AV- OG PÅKLEDNING**
Ronda Hjelpemidler

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

0912
Hjelpemidler ved toalettbesøk
BARDUM AS

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

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

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

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

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

Skeistøa 199, 5217 Hagavik
Tlf.: 92209399
aase.rokne@ergogrip.no www.ergogrip.no
Støtthåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer
servanter

Ronda Hjelpemidler

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

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

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

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

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
EASYWALK
Tlf. 64808062
post@easywalk.no
www.easywalk.no
FOLLO FUTURA AS
Brekkeveien 43, 1430 ÅS
Tlf.: 64 94 21 65
www.follo-futura.no
Gåbord
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf.: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

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 -

1218

SYKLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

Sykler - man. og el.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1221

RULLESTOLER - MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

Rullestoler - man. og el.

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Ers Roltec BOA2

1221 B

RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com, www.permobil.com

PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo

post@picomedmobility.no

www.picomedmobility.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1224

TILLEGGSTUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com, www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona benløfter og Arcona løftestropp

1236

LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

post@hcn.no www.hcn.no

Leverer Roomer takheis - fra rom til rom uten

gjennomgående skinne

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona benløfter

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGING

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT

armstøtte

1512

RENGJØRINGS- OG HJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

1803

BORD

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal

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

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1812

SENGER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE TILSATSER TIL MØBLER

1818

STØTTEANORDNINGER

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1821

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

PICOMED AS

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

1830

**HEISER, LØFTEPLATTFORMER,
TRAPPEHEISER OG RAMPER**

ACCESS VITAL AS

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

S 1

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

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

BARDUM AS

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

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/

VARSLING

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

2103

OPTISKE HJELPEMIDLER

2109

**TILBEHØR TIL DATAMASKINER,
SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER**

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
tobii dynavox
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen
Tlf.: 55 55 10 60
E-post:sales.no@tobiidynavox.com
www.tobiidynavox.no

2110 KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
COGNITA AS
Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no
MYLIFEPRODUCTS AS
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo
Tlf: 92631425
post@mylifeproducts.no
www.mylifeproducts.no
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

1527

IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler

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

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

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

2139

LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GN RESOUND AS

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

2142

**SAMTALEHJELPEMIDLER VED
NÆRKOMMUNIKASJON**

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
COGNITA AS
Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no
GN RESOUND AS
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no
tobii dynavox
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen
Tlf.: 55 55 10 60
E-post:sales.no@tobiidynavox.com
www.tobiidynavox.no

2144

GYNGETERAPI

PICOMED AS

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

2146

HØRSELTEKNISKE HJELPEMIDLER

Vestfold Audio AS

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

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 (vekttdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Kastanjedynen, Arcona posisjoningsputer,
Askle posisjoningsputer, Inmutouch

- PRODUKTREGISTER -

2148

VARSLINGSHJELPEMIDLER

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

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

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Varsling

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2149

POSISJONERINGSPUTER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona posisjoneringsputer,

Askle posisjoneringsputer

2151

ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2221

BETJENINGSHJELPEMIDLER IKT

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

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

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01

access@access-gruppen.no

www.accessgruppen.no

Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2418

GREPTILPASNINGER OG HJELPEMIDLER

SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER

HÅND- OG/ELLER FINGERGREP

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

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

3006

SPILL

3009

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

(For andre hjelpemidler for barn, (Se også

3.Personlig stell og Klær og 4. Forflytning.)

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,

Krabatskjerf, sikleskjerf

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

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

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

- PRODUKTREGISTER -

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

B.ROL

ROLLATORER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50,

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng, Arcona reiseseng

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/Sansemotorikk, Kastanjedynen,
Inmutouch

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no



+ Walk by assistant

+ Innebygd krengeing

+ Lys foran og bak

+ Kontroll på bredden

+ Avtagbart batteri

+ Lav innstigningshøyde

★ Se bardum.no eller Hjelpemiddeldatabasen for flere prisforhandlede sykler.

AKT 26

Stønad til aktivitetshjelpemidler for personer over 26 år.

Aktivitetshjelpemidler er hjelpemidler som er spesielt utviklet for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne delta i aktivitet alene eller sammen med andre.

(Kilde: regjeringen.no)

Stabil og lettkjørt sykkel med praktiske funksjoner.

Viktoria Power oppfører seg som en vanlig tohjuls-sykkel og «legger» seg i svingene. Den skiller seg på denne måten fra tradisjonelle trehjuls sykler. De to hjulene foran gir full kontroll på bredden. Viktoria Power leveres med "Walk by assistant". Et trykk på knappen og motoren aktiveres.

Da kan sykkelen trilles uten å bruke krefter, man trenger kun å holde på styret. Brukere har ulike behov, ønsker og mål. I vårt modellutvalg har vi derfor et bredt spekter, med ulike funksjoner og tilvalgsmuligheter til alle aldre 📄

Tar du kontakt med oss vil vi gi faglig rettleiding slik at riktige valg blir gjort.

Bardum