

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Over syv millioner til forskning på ergoterapi 6

Snart er det lønnsoppgjør, og vi har forventninger **16** I hvilke situasjoner bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper? **38**

Nye kursholdere i COPM **62**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

@ergoterapeutene.org

Fagredaktører: Unni Sveen, Sissel Horghagen og Anne-Stine Dolva

Annonser

Erik Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 3 – 1. juni / 30. juni

Nr. 4 – 3. aug / 31. august

Nr. 5 – 1. okt / 30. okt

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Mette Kolsrud

Advokat

Berit Førli

Controller

Mette Jacobsen

Controller

Tove Olsen

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Anita Rosmæl, 2. nestleder

Arnfinn Bjørshol

Berit Regine Laiti

Ine Cecilie Ulven

Mariette Elise Gjerde

May Solveig Svendsen

Ragna Gjone

Renate Soggemoen

Tonje Hansen Guldhav

Bjørnar Rovde 1. varamedlem

Ingelin Mari Rød, 2. varamedlem

Anne-Kristin Finne, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem


Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Kristin Jess-Bakken, varamedlem

Lilly Nerenget, varamedlem

Inger Synnøve Kjos, varamedlem

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



6



12



18



62

REPORTASJER

- 6 Over syv millioner til forskning på ergoterapi**
Av Else Merete Thyness
- 8 Innovasjon og nye yrkesarenaer i ergoterapi**
Av Marte Foss

NY ARENA

- 10 Ergoterapeut i skolen**
Av Else Merete Thyness

YTRING

- 12 Ergoterapeutisk forskning och ett besök på operan**
Av Staffan Josephsson

KRONIKK

- 14 Tverrprofesjonell samarbeidslæring i praksis**
Av Margareta Törnqvist og Bente Norbye

FORBUNDET

- 16 Snart er det lønnsoppgjør**
Av Brit-Toril Lundt
- 18 Lønnsundersøkelsen 2014**
Av Brit-Toril Lundt
- 22 Landsmøte og kick-off**
Av Lene Jevnesveen og Sindre Erstad
- 24 Innspel: Nulloppgjør?**
Av Anders Folkestad

- 25 Go to gate – eller ta trikken**
Av Roar Hagen
- 26 Oppsigelse i prøvetid – hvilket vern har prøvetidsansatte?**
Av Elisabeth Dolva Sandøy

- 28 Vårkurset**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 30 Seks regionsstyrer klare til å ta fatt**
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

- 34 Forbundet ønsker flere ergoterapispesialister**
Av Anita Engeset

FAGLIG

- 38 I hvilke situasjoner bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper?**
Av Tore Bonsaksen, Cathrine Hagby Alf Inge Solbakken Sissel Horghagen, Unni Sveen, Anne-Stine Dolva og Else Merete Thyness
- 44 Hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter?**
Av Anne-Stine Dolva, Unni Sveen, Tore Bonsaksen, Cathrine Hagby, Sissel Horghagen, Alf Inge Solbakken og Else Merete Thyness

VITENSKAP

- 50 Norsk oversettelse og tilpasning av Occupational Questionnaire: Kartlegging av Dine Aktiviteter (KDA)**
Av Tore Bonsaksen, Anne Lund, Brian Ellingham, Ratna A. Hussain, Margrit R. Meier og Unni Sveen
- 59 Forsker i farten: Eli Langørgen**
Av Else Merete Thyness

AKTUELT

- 60 Jubileumsversjon av COPM**
Av Ingvild Kjekken

PÅ DEN SISTE SIDEN

- 62 Nye kursholdere i COPM**
Av Else Merete Thyness

ANNONSER

- 64 Kurs- og stillingsannonser**
67 Produktregister
74 Agenturregister

Foto forsiden: Ingvild Kjekken



Vårtegn

Det er vår i luften. Forbundet har gjennomført de første regionale valgene. Nå skal det bygges en ny organisasjon.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Det er mye å glede seg over i forbundet for tiden. Vi går mot lysere tider. Det spirer og gror rundt oss, og den nye organisasjonen begynner å ta form.

Diskusjonene om ny organisasjonsmodell skapte mye engasjement. Nå er planleggingsprosessen definitivt over. I mars valgte medlemmene de seks regionstyrene, og på Vårkurset i Hurdal kom de nyvalgte styrene sammen for første gang. Gjennom tre dager startet de arbeidet med å bygge den nye organisasjonen. I tråd med landsmøteprogrammet skal nå flere kurs og mer aktivitet flyttes ut i regionene. Dette ble det lagt konkrete planer for.

Noe annet meget gledelig er at Forskningsrådet og Helseforetakene bevilget 7,3 millioner kroner til et rent ergoterapiprosjekt. Prosjektet, som heter Ergoterapi versus kirurgi ved artrose i tommelens rotledd, ledes av Ingvild Kjekken og går over fem år. Det er første gang forskning på ergoterapiintervensjon får så mye økonomisk støtte. Her blir det rom både for en doktorgradstipendi-

atstilling og en postdoktorstilling.

I anledning 25-årsjubileet for the Canadian Occupational Performance Measure (COPM), utga det kanadiske ergoterapeutforbundet en ny og femte utgave av COPM i 2014. Nå er også den norske versjonen av jubileumsutgaven klar. I Norge er det så stor etterspørsel etter kurs i COPM at forbundet har utdannet flere kursholdere. I samarbeid med Sue Baptiste, en av grunnleggerne av COPM, arrangerte Ergoterapeutene et tredagers kurs i mars for ergoterapeuter som vil undervise andre i dette redskapet.

Vårens vakreste eventyr, lønnsoppgjøret, banker også iherdig på døra i disse dager. Tariffoppgjøret i 2015 er et mellomoppgjør. Det vil si at det kun snakkes om penger. De store reformene må vente til neste år. Gode lønns- og arbeidsvilkår for medlemmene er en av hovedoppgavene til forbundet. Vi krysser fingrene for at ergoterapeutene vil komme godt ut av årets lønnsoppgjør.



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Kommunereformen må ikke glemme pasientens helsetjenester

Stortingsmelding 14 (2014-2015) «Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner» foreslår overføring av oppgaver fra spesialisttjenesten til kommunene innen blant annet habilitering, rehabilitering, hjelpemiddelformidling, boligtilpasning og tilrettelagt arbeid.

Stortingsmeldinga er ikke kunnskapsbasert på dette området. Den inkluderer verken råd fra bruker- eller profesjonsorganisasjonene.

I hastverket med å få i gang kommunereformen har meldinga glemt regjeringas intensjon om å utvikle «pasientens helsetjeneste», omtalt som en helsetjeneste som organiseres og tilpasses pasientens behov.

Ergoterapeutene mobiliserer sammen med Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon, Norges Handikapforbund og Norsk Fysioterapeutforbund med høringer og innspill på Stortingsmeldinga. Organisasjonene mener at vedtak om oppgaveoverføring til kommunen ikke kan gjø-

res før det er foretatt en grundig, kunnskapsbasert utredning og kritisk vurdering. Overføring av ansvaret til kommunene og til rammefinansiering vil innebære stor usikkerhet og ulikhet for personer med behov for disse velferdstjenestene.

Økt satsing på rehabilitering vil redusere behovet for pleie- og omsorgstjenester. Dette er nødvendig, men kommunene klarer ikke å utføre oppgavene de har i dag, tilfredsstillende. Blant annet på grunn av stor mangel på ergoterapeutstillinger i kommunene.

Ergoterapeutene vil gjerne delta i den videre prosessen og utredning om oppgavefordeling. Da forventer vi at regjering og

storting lytter til gode kunnskapsbaserte råd og fortsetter å utvikle «pasientens helsetjeneste».

Ergoterapeutene mener en god start er:

- tydeligere ansvarsavklaring mellom spesialisthelsetjenestene og kommunehelsetjenesten
- sikring av like rettigheter, kompetanse og tilbud for innbyggerne innen habilitering, rehabilitering, hjelpemiddelformidling, boligtilpasning og tilrettelagt arbeid
- finansierungsordninger som sikrer ambulant og poliklinisk rehabilitering samt veiledning fra spesialisthelsetjenesten
- flere ergoterapeuter i kommunene - lønnstilskudd for ansettelse.

OVER SYV MILLIONER TIL FORSKNING PÅ ERGOTERAPI

I konkurranse med store forskningsmiljøer som universitets-sykehusene ble prosjektet «Ergoterapi versus kirurgi ved artrose i tommelens rotledd» en av vinnerne. – Dette er Davids kamp mot Goliat. Det viser at ergoterapeuter har kommet i posisjon til å få denne type midler, sier Ingvild Kjekken.

Av Else Merete Thyness

De regionale helseforetakene og Forskningsrådet lystet ut 200 millioner til prosjekter innenfor blant annet hjerte- og karsykdommer, muskel- og skjelettplager, alvorlige psykiske lidelser, kreftforskning og demens. De fikk inn 66 søknader, og av dem ble elleve tildelt midler. – Det er morsomt at det lille rotleddet til tommelen kan vinne over giganter som kreft, hjerte- og karsykdommer og demens, sier Ingvild Kjekken.

Hun mener det blant annet skyldes at håndartrose er en sykdom som rammer mange.

– Prosjektet skåret høyt på relevans. Det er mange som får artrose, og vi tilbyr en enkel og rimelig intervensjon. Som de skrev i evalueringen: «Hvis dette viser seg å ha effekt, vil det bedre behandlingstilbudet til en stor gruppe mennesker uten at det koster så veldig mye.»

Prosjektet skåret også høyt på kvalitet.

– Studien har et godt design. Vi skal inkludere 108 pasienter, så hvis intervensjonen har effekt, vil vi finne den.



Å bruke ortoser er en del av ergoterapi-intervensjonen i prosjektet.

Foto: Siri Darre



Denne dag-ortosen gir god støtte i tommelens rotledd. Samtidig er den liten og lett å ha på.

HALVPARTEN FÅR ERGOTERAPI

Ingvild Kjekken er seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering ved Diakonhjemmet Sykehus og professor i ergoterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Hun forteller at når en pasient blir rammet av håndartrose, finnes det ingen annen behandling i dag enn kirurgi.

– Når pasienten har blitt dårlig nok, får han eller hun en henvisning for vurdering til kirurgi. Som regel blir de stående fire måneder på venteliste før de blir tatt inn til vurdering. I vårt prosjekt tilbyr vi halvparten av de som står på venteliste, ergoterapi. I det ligger at pasientene får informasjon om hva de selv kan gjøre for å leve best mulig med håndartrose, de får et håndtreningsprogram med seks enkle øvelser, de får en dag-ortose som gir støtte til tommelens rotledd og en natt-ortose som skal forebygge feilstilling i tommelen.

Hun forteller videre at håndtreningsprogrammet er forsket fram gjennom randomiserte og kontrollerte studier, så her kan de dokumentere effekt.



Ingvild Kjekken leder et prosjekt som skal undersøke om ergoterapi kan redusere eller utsette behovet for kirurgisk behandling ved tommelartrose.

- Når det gjelder tommel-ortosene finnes det noe, men ikke tilstrekkelig dokumentert effekt, men erfaringen så langt er at pasientene har god nytte av dem.

Hypotesen er at mange av de som får ergoterapi, ikke lenger vil ha behov for kirurgi.

- Dette er et praktisk prosjekt. Hvis det viser seg at ergoterapi kan utsette eller erstatte kirurgi, vil det endre behandlingstilbudet for denne brukergruppen.

MULTISENTERSTUDIE

Prosjektet er et samarbeid mellom fire institusjoner i tre regioner. Ingvild er prosjektleder, men hun understreker at hun har med seg dyktige medarbeidere fra de forskjellige sykehusene. Nettopp det at prosjektet er praksisnært, er et av suksesskriteriene.

- Klinikerne har observert at det ser ut som pasientene har god nytte av håndtrening og ortoser. Derfor har de sagt: «Dette vil vi forske på».

Når de nå har fått 7,3 millioner

kroner til prosjektet, betyr det blant annet at de kan lyse ut en doktorgradsstipendiatstilling som skal starte opp januar 2016, og en postdoktorstilling som skal starte januar 2017.

- Disse vil jobbe med forskjellige forskningsspørsmål, men vil samtidig kunne samarbeide og ha nytte og glede av hverandre.

MED I KONKURRANSEN

7,3 millioner er den største forskningsbevilgningen som er gitt til et rent ergoterapiprosjekt i Norge.

- Det betyr at når ergoterapeuter lager gode søknader, så er vi med i konkurransen, sier Ingvild.

- Har du noen gode råd til andre ergoterapeuter som vil søke om denne type forskningsmidler?

- Det har betydd mye for meg å tilhøre et godt og robust forskningsmiljø som revmatologisk avdeling på Diakonhjemmet. I denne type konkurranser er det også viktig at forskningen er praksisnær og relevant for pasienten og samfunnet.

MULTISENTERSTUDIE

Prosjektet som handler om artrose i tommelens rotledd, er et multisenterprosjekt.

- › Ved St. Olavs Hospital er Randi Nossum lokal prosjektleder. Med seg har hun Siri Darre.
- › Ved Haukeland Universitetssykehus er Ruth Else Mehl Eid lokal prosjektleder. Med seg har hun Karin Hoegh Matre.
- › Ved Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus er Åse Klokkeide lokal prosjektleder. Med seg har hun Anne S. Hagland.
- › Ingvild Kjekken ved Diakonhjemmet sykehus er prosjektleder.

Alle disse er ergoterapeuter.

I tillegg har prosjektet en brukerrepresentant, Øyvør Andreassen.

HØGSKOLEN I GJØVIK

Innovasjon og nye yrkesarenaer i ergoterapi

Hva skal til for å hindre at så mange prosjekter og ideer havner på «prosjektkirkegården» og aldri blir implementert i praksis? På Høgskolen i Gjøvik får studentene i ergoterapi undervisning i prosjektledelse. Her blir de utfordret til å tenke innovativt og planlegge et prosjekt fra start til slutt.

Av Marte Foss

Andreårsstudentene Kjetil Malterud-Lien, Birger Ihle, Mai Lene Johansen og Ann Kristin Lundbekk har tatt for seg en artikkel fra tidsskriftet *Ergoterapeuten* som omhandler pilotprosjektet «Recovery Asker», en helsetjeneste innen psykisk helse og rusproblematikk. Etter å ha analysert artikkelen og intervjuet artikkelforfatteren var målet å gå enda et skritt videre ved å lage en detaljert prosjektplan for hvordan de selv ville satt prosjektet ut i praksis, slik at det faktisk blir til innovasjon.

YRKESRELEVANT

Studentene la ikke skjul på at å jobbe med prosjektplanlegging var både uvant og krevende.

– De siste ukene har vært utfordrende. Vi sto helt fritt i valg av artikkel som var publisert i *Ergoterapeuten*. Utforming av prosjektplanen skjedde ut fra en



Høgskolen i Gjøvik har cirka 3400 studenter og er lokalisert på Kallerud på Gjøvik.



Evastina Bjørk har jobbet ved Høgskolen i Gjøvik siden oktober 2012. Hun ble ansatt for å starte og utvikle bachelorstudiet i ergoterapi.

teoretisk ramme som vi ikke hadde støtt på tidligere i studiet, dermed ble fallhøyden desto større, sier Malterud. Studentene måtte velge de grep som de syntes var nødvendige for å gjøre prosjektet gjennomførbart. De ble utfordret til å reflektere og vurdere om noe kunne vært gjort annerledes, med spesielt fokus på innovasjon og innovasjonsteorier.

– Selv om det er uvant og utfordrende med prosjektledelse, ser vi absolutt nytten i det, spesielt når vi selv skal ut i jobb. I helsetjenestene er det mye prosjektbasert arbeid, uansett størrelse på institusjonen. Da vil en slik bakgrunn komme godt med. Det har vi også opplevd når vi har vært i praksis, sier Lundbekk.

UTRADISJONELT KURS

Ergoterapiutdanningen ved Høgskolen i Gjøvik startet opp



Kjetil Malterud-Lien, Birger Ihle, Mai Lene Johansen og Ann Kristin Lundbekk, andreårsstudenter ved Høgskolen i Gjøvik, får undervisning i prosjektledelse.

i 2013 og fokuserer på to profilområder, universell utforming og velferdsteknologi, som skal gjennomsyre undervisningen. Førsteamanuensis Evastina Bjørk forteller at prosjektledelse i ergoterapiutdanningen er utradisjonelt og noe nytt for Høgskolen i Gjøvik.

– Vi tror det er bra å gjøre dette, fordi vi ser at arbeidsformene fremover ofte vil være i prosjektform. Ergoterapeuter egner seg som prosjektledere innenfor helsearbeid blant annet ved at de har tverrfaglig bakgrunn og trening i å være lydhøre overfor andres behov. Da er det sentralt å bygge på denne kunnskapen også i utdanningsløpet, sier Bjørk. Hun underviser

på ergoterapiutdanningen og er en av drivkreftene bak innføringen av emnet prosjektledelse.

NYE YRKESARENAER

– I fremtiden vil ergoterapeutene komme på banen på andre og mer utradisjonelle yrkesarenaer, i private bedrifter, kriminalomsorgen, NAV, koordinering av utbygging av velferdsteknologi, planarbeid innenfor folkehelse, migrasjon og universell utforming. Det er en mengde arenaer hvor kunnskap om prosjektledelse vil være nyttig, fortsetter Bjørk.

Mange prosjekter blir puttet i en skuff og glemt etter å ha «gjort nytten sin» i et forskningsprosjekt eller en studie. Dette forundret

studentene, som blant annet satte spørsmålstegn ved om ikke det bør stilles krav om at prosjekter som gjennomføres bør få en større spredning og implementering i samfunnet.

Med erfaringen de har fått i prosjektledelse, kan kanskje nettopp disse studentene bidra til å få større prosjekter på skinner når de skal ut i arbeidslivet.

- › Ergoterapiutdanningen ved Høgskolen i Gjøvik startet opp i 2013.
- › Den fokuserer på to profilområder: universell utforming og velferdsteknologi.



NAVN

Ingrid Marie Bachmann

STILLING

Spesialmiljøterapeut på
Knarvik vidaregåande
skule

HVOR

Hordaland

Spesialmiljøterapeut på vidaregåande skule

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber på Knarvik vidaregåande skule, som er den største vidaregåande skolen i Hordaland. Vi har over tusen elever, fordelt på syv ulike utdanningsprogrammer.

– Hva jobber du som?

– «Spesialmiljøterapeut» er stillingstittelen min, men til vanlig vil man bare si miljøarbeider.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Siden høsten 2011.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Det er å følge opp elever i ordinære klasser som har behov for ekstra oppfølging. Dette kan være av ulike årsaker: Aspergers syndrom, sosial angst, fysisk funksjonshemming, konsentrasjonsproblemer, sykdom eller at elevene er generelt faglig svake.

– Noen av elevene trenger tilrettelegging av skolehverdagen i form av ukeplaner, hjelp til å holde fokus i timene, hjelp til oppgaveløsning, ekstra gjennomgang av fagstoff og fysisk tilrettelegging i form av hjelpemidler og assistanse i undervisningen. Jeg har også fokus på sosial trening.

– Skoleåret 2012 - 2013 startet vi opp et studieverksted på skolen. Her jobber det i dag tre spesialpedagoger, to miljøarbeidere og én koordinator. Elevene kan søke om ekstra hjelp i fag eller til lekselesing, enten for en periode eller hele året om det er behov for det. I den forbindelse hjelper jeg elever med lekselesing. Jeg kan også bli plassert rundt i klasser for å hjelpe enkeltelever, eller gå inn som en ekstra ressurs i klasser med mange svake elever.

– Motivasjonsarbeid er en stor arbeidsoppgave. Mange elever sliter seg gjennom skolen med manglende motivasjon, eller med store psykiske problemer. Målet er at elevene skal gjennomføre skolen uten å droppe ut. I den forbindelse er det veldig viktig å ta tak i de svake elevene før det er for sent. Mange opplever at skolen blir for tøff å takle på egen hånd. Derfor er det viktig at disse elevene får hjelp til det de synes er vanskelig, enten faglig eller sosialt.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Jeg benytter kjernekom-

petansen innen ergoterapi hver dag. Skolens motto er «læring og vekst for alle». Gjennom tett samarbeid med elev, lærer, hjemmet og andre instanser jobber vi mot at alle elevene skal få føle mestring, både faglig og sosialt. Gjennom sosial trening er målet at elevene skal delta i klasse- og skolemiljøet på lik linje med de andre, og også bli inkludert i miljøet. Aktivitetene og skolearbeidet må tilrettelegges på et nivå hvor elevene kan føle mestring samtidig som de har noe å strekke seg mot. Den fysiske tilrettelegging av omgivelsene er også viktig. Her er det både rullestolbrukere, hørselshemmede og elever med psykiske problemer.

– Mange ungdommer i dag sliter med psykiske problemer. Kunnskap om psykisk sykdom, tilrettelegging og motivasjonsarbeid kommer veldig godt med i denne jobben. I tillegg jobber jeg en del på avdeling for helse- og omsorgsfag. I den forbindelse kan jeg bruke mye av min kunnskap innen sykdomslære, anatomi, fysiologi og kommunikasjon innen helsevesenet.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Det er nok flere yrkesgrupper som kan gjøre en god jobb som miljøarbeidere. Det viktigste er at du er fleksibel, for du blir satt til mange ulike oppgaver, innen mange ulike fag. Du må også ha et godt lag med ungdommene. Det er viktig at de blir trygge på deg, og at de blir villige til å ta imot hjelp. Gode kommunikasjonsevner er derfor alfa og omega. Jeg synes også det er viktig at man har kunnskap innen psykisk helsearbeid og helsefaglig kunnskap. Elevene er komplekse individer, og mye spiller inn på skolehverdagen.



Knarvik vidaregåande skule er den største vidaregåande skolen i Hordaland.

Mange sliter med dårlige hjemmeforhold, de vanker kanskje i dårlige miljøer, de spiser dårlig, har forskrudd døgnrytme eller lignende. For å kunne hjelpe elevene på en god måte er det viktig med et helhetlig menneskesyn, noe som ergoterapeuter har.

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

– Jeg trives veldig godt med jobben. Siden jeg var den første miljøarbeideren som jobbet i ordinære klasser her, hadde jeg muligheten til å forme stillingen min slik jeg føler at jeg arbeider best. I begynnelsen var det frustrerende fordi lærere som aldri hadde hatt ekstrahjelp i timene, var usikre på hva de kunne bruke meg til. I dag samarbeider jeg godt med alle, og de aller fleste ser virkelig nytten av ekstra hjelp til de svake elevene. Jeg har lært masse! Jeg har blant annet assistert på mekanisk verksted, i programfag på helse- og omsorgsfag, vært innom design

og håndverk, og hjulpet til med norsk, engelsk og naturfag. Man får virkelig repetert kunnskap fra vidaregående, i tillegg til å lære mange nye ting. Ungdommene i denne aldersgruppen er for det meste utrolige fine å jobbe med. De er reflekterte mennesker med mål i livet. De trenger bare litt hjelp på veien.

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

– Jeg personlig liker meg godt her. Jeg har en liten vei å gå for å få fram hva jeg kan bidra med. Det kan også virke som om «maktfordelingen» kan være skjev i noen tilfeller. Jeg skal samarbeide med faglærer om elevene, og det er faglærer som har det pedagogiske ansvaret og dermed også det siste ordet i mange avgjørelser. Men som miljøarbeider er det ofte jeg som er tettest på eleven, og dermed kan jeg si hva eleven har behov for, og jeg kan komme med input i forhold til tilrettelegging.

– Mange høyskoleutdannede ville nok kanskje heller hatt en undervisningsstilling ved skolen. Kompetanse til dette kan man få ved å ta en praktisk-pedagogisk utdanning (PPU). Det man ikke får muligheten til da er én-til-én-kontakt med eleven, eventuelt det å jobbe med elever i mindre grupper. Jeg synes nettopp dette er mer givende, fordi man får den gode, tette kontakten med elevene, og man har virkelig mulighet til å gjøre en forskjell. Som faglærer vil man ha mellom 15 og 28 elever. Det sier seg selv at man ikke får mulighet til å følge opp alle elevene like tett. Som miljøarbeider har man heller ikke et pedagogisk ansvar for undervisningen, noe som innebærer at man ikke skal bruke tid på vurderingsarbeid. Når man er ferdig med arbeidsdagen, skal man derfor ikke sitte på kveldstid og rette prøver og oppgaver.

– Jeg har fått muligheten til å ta videreutdanning innen pedagogikk ved siden av jobben min. I tillegg er skolen flink til å trekke inn eksperter på ulike felt for å holde foredrag om for eksempel Aspergers syndrom eller hørselshemmede. Det er fint å få faglig relevant påfyll!

– Som småbarnsmor er det også deilig å kunne jobbe dagtid og følge skoleåret. Dette innebærer at jeg har mulighet til å bruke mye mer tid sammen med barna mine nå enn hva jeg gjorde da jeg jobbet skift i et bofelleskap for psykisk utviklingshemmede. Arbeidet i bofellesskapet var givende, det også, men for meg personlig er dette mer riktig i forhold til den situasjonen jeg er i nå. Dette er en jobb jeg trives godt i, og dermed en type arbeid jeg kan anbefale andre ergoterapeuter å søke på.

Ergoterapeutisk forskning och ett besök på operan

Ergoterapi är på väg att bli en akademisk disciplin som är med och skapar sin egen kunskapsbas. Det är på många sätt en framgång, men samtidigt så ställer det vår profession inför nya utmaningar. Ett besök på operan fick mig att inse betydelsen av att även ge humaniora en plats när vi utvecklar en akademisk ergoterapi.

Av Staffan Josephsson



*Staffan Josephsson
er professor ved
Karolinska Institutet i
Sverige och Høgskolen
i Sør-Trøndelag.*

Kultur har ju en förmåga att ge de verksamheter som utgör vår vardag en välbehövlig utmaning. Jag blev påmind om detta när jag häromdagen såg den norska regissören Ole Anders Tandbergs uppsättning av Mozarts Trollflöjten på Stockholmsoperan. Tandberg låter uppsättningen utgå från ett klassrum (eller är den en vårdavdelning?), där den unga Pamina blir indragen i ett mytiskt äventyr om rätt, fel och meningen med livet. Tandberg leker friskt med referenser till vår tids kultur och sångarna rör sig mellan scen och salong. När uppsättningen låter Pamina vandra mellan sjukhussängar och när Papagenos klockspel har blivit en miniflygel likt Charlie Browns i Snobben så osäkras gränserna mellan operans myter och den verklighet som vi lever i utanför operan. Jag behövde fundera på vad operan egentligen handlade om?

VAD ÄR EN AKADEMISK GRUNDAD ERGOTERAPI?

När jag kom ut i kvällsluften efter föreställningen provade jag att ställa trollflöjtens logik i relation till hur vi utvecklar kunskap i ergoterapi idag. Vi är ju på många sätt med om en fantastisk utveckling. Ergoterapeuter tar plats inom universitet och forskningsinstitut. Ergoterapeuter blir utnämnda till professorer och vi får mer av vetenskapliga publikationer inom vårt område. Samtidigt så går utvecklingen inom universitet och högskola mot alltmer managementdriven verksamhet med fokus på styrd kunskap. Den gamla visionen om en akademi som ger plats för forskning som innefattar aktörskap, motstånd och mångfald är inte längre självklar. Frågan blir då vem som gör valen när det gäller vilken kunskap som ska utvecklas och vilka frågor som behöver ställas. De frågorna kan vi inte överlämna till de som



Ole Anders Tandbergs uppsättning av Trollflöjten påminner om den kraft som finns i den mer humanistiskt orienterade kunskapen som förvaltas inom konst och kulturliv. Bilde från Tandbergs uppsättning av Mozarts Trollflöjten på Stockholmsoperan.

Fotograf: Jillian Hiura, Kungliga Operan.

arbetar vid universiteten. Vi behöver alla ta plats i diskussionerna om vad en akademiskt grundad ergoterapi kan och bör vara!

Vår profession behöver vara med och skapa former för dialog och kritik av den kunskap som den akademiskt grundade ergoterapin producerar! Tandbergs uppsättning av Trollflöjten påminner mig om den kraft som finns i den mer humanistiskt orienterade kunskapen som förvaltas inom konst och kulturliv. Kan den humanistiska traditionen vara en resurs när vi skapar en akademisk ergoterapi?

KONST OG VETENSKAP I DIALOG

Runt om i världen ser vi att den akademiska ergoterapin har utvecklats på olika sätt. Verksamheter,

teorier, och forskningsfrågor ser olika ut och ergoterapeuter har utifrån sina lokala förutsättningar gjort olika val. Men hur vet vi att valen är rimliga och att den kunskap som verksamheter utgår från är relevant? Jag menar att vi behöver hålla oss kritiska och reflekterande när det gäller all kunskap som produceras, även den akademiska. Men var finner vi redskapen och formerna för en sådan kritik? Eller är det så att vi redan har de redskapen i vår egen historia? Ergoterapi förvaltar en tradition av att länka konst och kultur med vardagligt liv i vår praktik och på det sättet skapa arenor för fantasi, kreativitet och motstånd. Även inom akademien finns en tradition av att sätta konst och vetenskap i dialog.

TVÅ BOLLAR I LUFTEN

Och kanske är det så att humaniora, konst och kulturella praktiker har en särskild förmåga att bidra med alternativa synsätt och göra motstånd mot de hegemonier som vi gärna är med och upprättar när vi går i samma riktning och nyanser och alternativ tappas bort. Är det så att vi inom ergoterapi behöver hålla två bollar i luften samtidigt? Dels vara stolta över den utveckling mot akademisk ergoterapi som vi sett de senaste åren, samtidigt som vi engagerar oss i en kritisk diskussion om vad en akademisk ergoterapi ska vara för något? Motståndets och mångfaldens trollflöjter ljuder ju även i vår profession. Vilka är våra trollflöjter? Vilka är de som spelar på dem?

Tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglig praksis

– ET AKSJONSFORSKNINGSPROSJEKT

Studenter ved ergoterapiutdanningen i Tromsø har i sitt siste studieår fått tilbud om å delta i et aksjonsforskningsprosjekt i to kommuner. Hensikten er at de selvstendig skal få praktisere samarbeid mellom studenter fra ulike helseprofesjonsutdanninger, i virkelige pasientsituasjoner.

Av Margareta Törnqvist og Bente Norbye



Margareta Törnqvist er universitetslektor ved bachelorutdanningen i ergoterapi ved UiT Norges arktiske universitet.



Bente Norbye er prosjektleder og førstelektor ved Institutt for helse- og omsorgsfag ved UiT Norges arktiske universitet.

Resultatet kommer til å få betydning for hvordan tverrprofesjonell samarbeidspraksis vil bli organisert framover i de ulike utdanningene som deltar i prosjektet. Ikke minst vil studentenes erfaringer fra praksisen påvirke deres handlingsberedskap og forståelse for styrken i tverrprofesjonelt samarbeid, både for egen utvikling og pasientenes beste.

Sterkt fokus på tverrprofesjonelt samarbeid er en viktig utfordring for helsetjenesten, noe som har kommet fram i flere stortingsmeldinger og nasjonale retningslinjer de siste årene, for eksempel i Samhandlingsreformen. Et godt samarbeid mellom de ulike profesjonene som har med pasienter å gjøre, antas å forbedre kvaliteten på omsorgs- og helsetjenestene. Særlig gjelder dette for pasienter med sammensatte og/eller langvarige behov for helsetjenester, og pasienter som skifter mellom ulike omsorgsnivåer. Derfor er det nødvendig at både teoretisk og praktisk læring i tverrfaglig samarbeid inngår i helsefaglige utdanninger, både for at studenter skal kunne utvikle kompetanse i forhold til samarbeid over profesjongrensene, og for at de skal forstå betydningen av tverrprofesjonelt samarbeid i løpet av sin studietid.

I pilotprosjektet, som Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT Norges Arktiske Universitet gjennomfører i perioden 2013 – 2016, har vi tilrettelagt for tverrprofesjonell samarbeidslæring i praksis for studenter i siste studieår av bachelorgraden i ergo-

terapi-, fysioterapi- og sykepleierutdanningene samt for medisinerstudenter i femte studieår. Prosjektets mål er dels å skape samarbeidsarenaer for fortsatt tverrfaglig praksis, dels å undersøke studentenes rolleforståelse og evne til å samarbeide samt hva de lærer av, om og sammen med hverandre. Aksjonsforskningsformen krever interaksjon mellom alle parter, noe som gjør det mulig for oss å få kunnskap om hvordan helsefaglige utdanninger best skal kunne styrke tverrfaglig samarbeidslæring og forberede studentene til deres framtidige yrkesliv. Samarbeidet med helsetjenesten er i så måte viktig for prosjektet.

Til sammen har 32 studenter, hvorav åtte ergoterapistudenter, deltatt i prosjektet. Små team med studenter fra tre - fire profesjonsutdanninger har samarbeidet rundt noen pasienter i en periode på to uker. Studentenes tverrfaglige praksis var lagt til tre virksomheter i to nordnorske kommuner: kommunehelsetjeneste og henholdsvis kortidsboende og desentralisert rehabiliteringsavdeling i spesialisthelsetjenesten. Teamet fikk tildelt noen utvalgte pasienter som de skulle samarbeide med og rundt. De fikk selv organisere, planlegge og gjennomføre informasjonsinnhenting, intervensjoner og vurderinger. I tillegg skulle de rapportere og dokumentere arbeidet sitt med pasientene både under og ved slutten av praksisperioden. Studentene hadde en fagperson fra egen profesjon som de kunne ta kontakt med for faglige spørsmål. I tillegg var det en koordinator på hver praksisplass som veiledet studentene i å fokusere på hvordan de kunne bidra med sin spesifikke faglige kompetanse i pasientsamarbeidet med andre profesjoner.

Etter som prosjektet skred fram, økte interessen for å delta blant ergoterapistudentene. Flere av ergoterapistudentene som har deltatt, beskriver at de har fått øynene opp for hva andre profesjoner kan og gjør. De har fått økt forståelse for flere måter å tenke på rundt en pasient. Flere ergoterapistudenter har gitt uttrykk for at deres yrkesidentitet og selvfølelse har blitt styrket gjennom samarbeidet med studenter fra andre profesjonsutdanninger. Det har tvunget dem til eksplisitt å vise hva de kan, og argumentere fra et ergoterapeutisk perspektiv. Det har også kommet fram at studenter fra de andre profesjonsutdanningene har blitt overrasket over ergoterapistudentenes kompetanse.

I prosjektgruppen for pilotprosjektet inngår en lærer fra hver studentprofesjon, en doktorgradsstudent og en mastergradsstudent. Sistnevnte ser spesielt på utviklingen av yrkesidentitet hos ergotera-



Ergoterapeututdanningen i Nord-Norge er tilknyttet Universitetet i Tromsø, Norges Arktiske Universitet.

pistudenter i en tverrfaglig praksis. Ettersom formen på pilotprosjektet er aksjonsforskning, har det i hver fase av prosjektet vært gjennomført – og gjennomføres fortsatt – grundige kartlegginger, datainnsamling, analyser og presentasjoner av foreløpige resultater ved hjelp av loggbok, workshops, seminarer og validerende intervjuer. Funnene, og refleksjonene rundt disse, har ligget til grunn for forbedringer i påfølgende fase av prosjektet. Når slike prosesser gjentas flere ganger i løpet av prosjekttiden, kommer de trolig til å leve videre i helsetjenesten og i de ulike helsefagutdanningene også etter at prosjektet er avsluttet.

Det pågående pilotprosjektet har budt på en del utfordringer når det gjelder organisering av studentenes studieforløp. Praksisperiodene har vært faste i løpet av tre påfølgende terminer. For ergoterapeututdanningens del har det ført til at vi måtte finne individuelle løsninger for de deltakende studentene i deres ordinære studieprogram, noe som iblant medførte økt arbeidsbelastning for dem og litt forvirring blant kolleger. Basert på disse erfaringene er det vårt ønske og vår overbevisning at det så snart som mulig må åpnes opp for tverrprofesjonell samarbeidslæring i helsefaglig praksis som en obligatorisk del i slutten av studieprogrammet.

For Det helsevitenskapelige fakultet ved UiT Norges arktiske universitet arbeides det med å utvikle arenaer for tverrfaglig samarbeid som en integrert del av profesjonsutdanningene, og dette prosjektet bidrar med verdigfull erfaring til dette. Det helsevitenskapelige fakultetet har allerede innført felles-emne tilsvarende ti studiepoeng for alle studentene ved ti helsefaglige profesjonsstudier. Tverrfaglig praksis inngår som en viktig arena for å stimulere studentene til god samhandlingskompetanse.

Snart er det lønnsoppgjør, og vi har forventninger

Vi står foran et mellomårsoppgjør. Fristen for å reforhandle tariffavtalene i KS, Staten, Spekter og Oslo kommune er første mai. Vi leverte krav til Unio 20. mars. Forhandlingene vil for alvor komme i gang i slutten av april.

Av Brit-Toril Lundt

Mellomårsoppgjør betyr at det kun er økonomi som er tema. Men det kan bli komplisert nok, det, når det knytter seg til.

Oljeprisen har falt, og veksten i norsk økonomi er ikke like høy som før. Dette bidrar til at arbeidsgiverne mener at det knapt kan gis lønnstillegg i år. Vi er ikke enige i dette. Det er tross alt fortsatt vekst. Dessuten har Stortinget lagt inn en lønnsvekst på 3,25 prosent i årets budsjett.

Industrien startet forhandlingene allerede i mars. Resultatet der vil også påvirke rammen offentlig sektor kan forhandle innenfor. Men vi ser ikke det endelige fasitsvaret før neste år, for mange bedrifter forhandler lokalt.

Ergoterapeutenes landsmøte i fjor høst var klart på at vi fortsatt har mye å gjøre når det gjelder lønnsarbeidet. Prinsippene fra forrige periode ble i hovedsak videreført: likelønn og lønnsmessig uttelling for kompetanse og ansvar skal fortsatt være viktige stolper i lønnsarbeidet.

Lønnsgapet mellom kvinnedominerte utdanningsgrupper i offentlig sektor og mannsdominerte grupper i privat sektor er fortsatt like stort. Dette er også et prioritert område.

UTTELLING FOR KOMPETANSE OG ANSVAR

Verdsetting av våre medlemmers kompetanse er avgjørende for virksomhetenes evne til å rekruttere og beholde ansatte, noe som sikrer at det ytes helse-tjenester av høy kvalitet.

Offentlig ansatte skaper verdier, og de må anerkjennes på lik linje med privat sektor. Sektore-

ne er også gjensidig avhengige av hverandre.

ØKT KJØPEKRAFT

Det er også et mål å sikre medlemmene kjøpekraftforbedring. Den disponible rammen vil neppe være stor nok til å romme flere elementer, men oppjustering av minstelønnsatser og generelt prosentvis tillegg til alle bør det være rom for.

Profilen innenfor den økonomiske rammen må være innrettet slik at utdanningsgruppene får et ekstra løft.

KS ER LANGT PÅ VEI FERDIG MED LØNNSOPPGJØRET

I fjor ble de sentrale parter enige om prinsipper for, og innføring av, nytt lønnssystem. Det innføres garantilønn med sentrale tillegg ved henholdsvis null, to, fire, seks, åtte og ti år. De sentrale tilleggene er allerede fastsatt og får virkning fra 1. mai 2015.

KONFLIKTBEREDSKAP

Som vanlig er konfliktforberedelsene i gang, både sentralt og lokalt. Mange lokale tillitsvalgte er involvert og gjør en stor jobb i dette viktige arbeidet som hjelper oss å sette makt bak kravene.

INFORMASJON

Det vil bli lagt ut fortløpende informasjon på nettsidene våre. Sjekk også Unios nettsider.

Med ønske om et godt lønnsoppgjør og en fin vår for medlemmene!

HEPRO ELEKTRISKE RULLESTOLER

Foto/design: mpDesign



HEPRO S 17

– Kort modell (132 cm) gir enkel og god manøvrering. Har gode markeringslys og tidsriktig design. Eneste tilbyder i post 3, og er med i post 5 i el-anbudet.



HEPRO BREEZE S4

– Scooteren med best kjørekomfort. Er med i post 1 og 2 i el-anbudet.

HEPRO BREEZE S4 KABIN

– Romslig kabin og god kjørekomfort. Er med i post 4 i el-anbudet.




HEPRO
-easy life

For mer informasjon, se:
hepro.no

Tlf: 75 69 47 00

Lønnsundersøkelsen 2014

Ergoterapeutene gjennomfører årlige lønnsundersøkelser til nytte for deg som medlem, våre tillitsvalgte og forbundet for øvrig. Ved en årlig undersøkelse kan vi systematisk følge medlemmenes lønnsutvikling over tid.

Av Brit-Toril Lundt



Brit-Toril Lundt er forhandlingsjef i Norsk Ergoterapeutforbund.

LØNNSSTATISTIKKEN

Denne artikkelen er basert på resultater per desember 2014. Forkortelsen «ml» refererer til minstelønssatsene. Det er viktig å være oppmerksom på at for noen enkeltkategorier er det ganske få respondenter. Dermed kan de oppgitte verdiene gi et noe skjevt bilde av gjennomsnittslønnen. Det må følgelig legges størst vekt på gjennomsnittet for hele stillingskategorier. Det gir det beste bildet på lønnsnivået blant Ergoterapeutenes yrkesaktive medlemmer.

Noen rader mangler tall utenfor ansiennitetsnivået. Feltet er tomt fordi vi ikke har fått svar fra noen som befinner seg i den aktuelle kategorien. Det er naturlig å forvente at gjennomsnittslønnen stiger i takt med ansiennitetsnivå, men det er ikke alltid tilfelle i statistikken. Dette har sammenheng med at antallet respondenter varierer veldig mellom nivåene.

Alle tabellene følger den samme lesten. Den første kolonnen bygger på systematikken i ansiennitetsnivået i gjeldende område. Deretter vises gjennomsnittlig årslønn for ergoterapeuter, fulgt av aktuell minstelønn i området, og hvor mye høyere gjennomsnittslønnen er i prosent.

GJENNOMSNI TT L I G L Ø N N S V E K S T
Samlet hadde medlemmene

en gjennomsnittlig lønnsvekst fra 2013 til 2014 på 4,8 prosent. Gjennomsnittslønn for alle ergoterapeuter (unntatt ledere) i Oslo kommune er kr 479 808. Gjennomsnittslønn for alle ergoterapeuter (unntatt ledere) i staten er kr 497 512.

BEDRE LØNN VED JOBBSKIFTE

Det lønner seg å forhandle lønn ved skifte av jobb! 40 prosent av medlemmene forhandlet om lønn sist de skiftet jobb. Det er en liten oppgang fra i fjor. 66 prosent av dem som forhandlet, fikk høyere lønn. Ut ifra denne erfaringen er oppfordringen klar: Forhandle lønn ved skifte av jobb! Det verste som kan skje, er at du blir møtt med et nei. Men det er flest av dem som får høyere lønn enn de først ble tilbudt.

SKIFTE AV JOBB

38 prosent oppgir at de har skiftet jobb i løpet av de siste fire årene.

UTDANNINGSNIVÅ

Nær 60 prosent av medlemmene oppgir at de har videreutdanning.

HVILKEN TYPE STILLING HAR MEDLEMMENE?

Cirka 70 prosent av medlemmene har svart at de innehar stilling hvor ergoterapeut fremgår av

stillingsbetegnelsen (ergoterapeut, ergoterapeut I, kommuneergoterapeut, spesialergoterapeut, ergoterapeutspesialist). Vel ti prosent oppgir at de har lederstilling. Åtte prosent befinner seg i statlige stillinger knyttet til universitets- og høyskolesektoren, NAV og lignende. Sist, men ikke minst, er det gledelig å konstatere at de resterende 15 prosentene har svart «annen type stilling». Dette viser at ergoterapeuter etterspørres utover deres naturlige nedslagsfelt. (Den observante vil se at hvis vi legger sammen prosentene, blir det mer enn hundre. Noen ledere kan også ha oppgitt at de har annen stillingskode enn lederkode, selv om de har lederansvar.) Åtte prosent oppgir at de er midlertidig ansatt, det vil si i vikariat eller engasjement. Det er en liten nedgang siden i fjor.

ARBEIDSTID

77 prosent av medlemmene arbeider fulltid. 23 prosent arbeider deltid. Cirka 30 prosent av dem som arbeider deltid, ønsker å utvide stillingsprosenten. Ti prosent arbeider skift eller turnus.



Det lønner seg å forhandle lønn ved skifte av jobb.

SVARPROSENTEN

Undersøkelsen ble sendt ut til alle yrkesaktive medlemmer. Vi fikk svar fra 55 prosent av dem. Svarprosenten er lavere enn forventet, og det er en nedgang fra i fjor. Men vi får håpe at dette vil bedre seg etter hvert som medlemmene blir vant til at det kommer lønnsundersøkelse på tampen av hvert år fremover. For husk at slike undersøkelser ikke

blir bedre enn det dere gjør dem til gjennom å delta. Vi er avhengige av høyest mulig svarprosent hvis lønnsundersøkelsen skal være et egnet verktøy i medlemmenes lønnsarbeid ved skifte av jobb, sentrale og lokale forhandlinger samt andre former for lønnsarbeid.

Her kommer noen tabeller. Flere tabeller og forklaringer finner du på nettsidene våre.

LØNN ERGOTERAPEUTER I KS (KOMMUNAL SEKTOR UNNTATT OSLO KOMMUNE)

Ergoterapeut				Spesialergoterapeut		
Ansiennitet/stilling	Årslønn	Minstelønn	Prosent over ml.	Årslønn	Minstelønn	Prosent over ml.
0-3 år	380 971	364 500	4,5 prosent	399 100	383 100	4,2 prosent
4-7 år	396 455	369 500	7,3 prosent	421 975	387 600	8,9 prosent
8-9 år	420 706	386 000	9,0 prosent	413 733	398 700	3,8 prosent
10-15 år	450 742	419 500	7,4 prosent	461 768	447 600	3,2 prosent
16-19 år	456 581	419 500	8,8 prosent	472 472	447 600	5,6 prosent
20-29 år	465 234	419 500	10,9 prosent	469 479	447 600	4,9 prosent
30 + år	461 526	419 500	10,0 prosent	471 646	447 600	5,4 prosent
Alle i utvalget	436 239			463 806		

LØNN ERGOTERAPEUTER I SPEKTER (SYKEHUSENE)

Ergoterapeut				Spesialergoterapeut		
Ansiennitet/stilling	Årslønn	Minstelønn	Prosent over ml.	Årslønn	Minstelønn	Prosent over ml.
0-3 år	383 800	369 000	4,0 prosent			
4-7 år	386 754	376 000	2,9 prosent	410 667	406 000	1,1 prosent
8-9 år	405 432	388 000	4,5 prosent	431 333	423 000	2,0 prosent
10-15 år	453 701	425 000	6,8 prosent	470 469	465 000	1,2 prosent
16-19 år	481 021	425 000	13,2 prosent	475 039	465 000	2,2 prosent
20-29 år	494 611	425 000	16,4 prosent	477 280	465 000	2,6 prosent
30 + år	520 479	425 000	22,5 prosent	489 924	465 000	5,4 prosent
Alle i utvalget	454 272	425 000	6,9 prosent	473 468	465 000	1,8 prosent

LØNN ERGOTERAPEUTER I VIRKE

Ansiennitet/stilling	Ergoterapeut årslønn	Spesialergoterapeut årslønn	Uten ml årslønn	Alle årslønn
0-3 år	405 609			
4-7 år	398 550	490 000		
8-9 år	459 368	428 000		
10-15 år	481 857	478 800		
16-19 år	417 150	485 950		
20-29 år	530 244	481 174		
30 + år	473 572			
Alle i utvalget	450 984	478 134	496 639	456 252

LØNN DIVERSE STILLINGER I PRIVAT SEKTOR

Alle unntatt ledere	
Type virksomhet	Årslønn
Bedriftshelsetjeneste	477 995
Arbeidsmarkedsbedrift	439 804
Annen type virksomhet	444 742
Alle	454 059

LØNN ERGOTERAPEUTER I LEDERSTILLINGER

Type virksomhet	Årslønn
Leder i KS-området	534 576
Leder i Oslo kommune	452 100
Leder i Spekter	547 349
Leder i Staten	637 633
Leder i privat virksomhet	522 505

Hele artikkelen finner du på nettsiden vår. Der vil du også kunne finne tabeller for masternivå og øvrige stillinger i KS og Spekter, samt lønnsnivå på virksomhetsnivå i Oslo kommune. Det er også tatt inn tabell hvor den enkelte stillingsbetegnelse i staten fremkommer.



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

ERGOTERAPISTUDENTENES LANDSMØTE OG KICK-OFF

I midten av januar holdt ergoterapistudentene landsmøte i Trondheim. Målet med møtet var å gjennomgå årsrapportene fra de forskjellige skolene, og å velge nytt styre. Det nye styret fikk samtidig opplæring av det forrige slik at vi lettere kunne sette oss inn i oppgavene. I midten av februar inviterte Norsk Ergoterapeutforbund det nye styret til kick-off i Oslo.

Av Lene Jevnesveen og Sindre Erstad



Lene Jevnesveen studerer ergoterapi ved Høgskolen i Gjøvik.



Sindre Erstad studerer ergoterapi ved Høgskolen i Bergen.

Her ble vi tatt imot av forbundsleder Nils Erik Ness og organisasjonssjef Karl-Erik Tande Bjerkaas. Nils Erik Ness ga oss en introduksjon om samfunnets utfordringer og ergoterapeuters kompetanse og en innføring i Norsk Ergoterapeutforbunds visjon for kunnskap og kompetanseutvikling. Styret fikk videre veiledning av Tande Bjerkaas til å drive en egen organisasjon. Vi fikk også informasjon fra Unio-studentenes leder Martin Aasheim og generalsekretær i Ergoterapeutene, Toril Laberg.

MÅLPROGRAM FOR LANDSSTYRET 2015

I Oslo ble det også utformet et målprogram for 2015. Vi har satt målene på grunnlag av det vi mener er viktigst for ergoterapistudenter på alle utdanningsinstitusjonene i Norge.

Hovedmålet for Ergoterapistudentene er å fremme ergoterapistudentenes faglige og økonomiske interesser, samt styrke og utvikle samhold mellom studentene.

I år ønsker vi særlig å jobbe for at alle ergoterapistudenter skal ha en god studiehverdag. Tiltakene for å oppnå dette er å videreføre en spørreundersøkelse utarbeidet av forrige styre. Dette skal bidra til å kartlegge studentenes opplevelse av kvalitet og utbytte av faglig innhold og forelesere.

Vi har også valgt å videreføre tre delmål fra målprogrammet fra 2014. Dette er mål vi i styret ser



Foran fra venstre: Marit Furset og Kurdistan Salahi. Bak fra venstre: Mikal Andreassen, Aashild Marie Hetland, Lene Jevnesveen, Lisa Haga, Sindre Erstad, Andrea Harjo, Caroline Hansen, Malin Alvestad Seland og Bettina Qvale. Ikke tilstede da bildet ble tatt: Marthe Hvindenbråten og Torunn Schultz Skår.

på som viktige, men som må jobbes med over tid. Det første delmålet er å tilrettelegge for studentenes mulighet til å bytte utdanningssted. Her er tiltakene våre å jobbe for at rammeplanen opprettholdes, og å jobbe for å lage en oversikt over ulike krav ved bytte til og fra de forskjellige studiestedene.

Det andre delmålet er at alle ergoterapistudenter skal ha samme rettigheter og informasjon i forbindelse med praksis. For å oppnå dette ønsker vi at alle ergoterapistudentene skal ha lik økonomisk støtte i praksisperioden, og at de skal få beskjed om praksisplass minimum åtte uker før praksisstart.

Det siste målet er å opprettholde dialog mellom landsstyret, lokallag, ergoterapistudenter i Norge og andre land, øvrige studenter og studieledere. Dette vil vi gjøre ved å være aktive og synlige på sosiale medier og i Ergoterapeuten. Internasjonal kontakt skal opprette dialog med ergoterapistudenter i andre land og være aktiv i nettverket The European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE). Vi vil også oppfordre lokallag til å ta kontakt med lokale medier.

PRESENTASJON AV DET NYE LANDSSTYRET 2015

Leder: Caroline Hansen, Høgskolen i Bergen.

Nestleder: Marthe Hvindenbråten, Høgskolen i Gjøvik.

Økonomiansvarlig: Aashild Marie Hetland, Universitetet i Tromsø.

Sekretær: Lisa Lund Haga, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Ergoterapeuten-kontakter: Lene Jevnesveen, Høgskolen i Gjøvik, og Sindre Erstad, Høgskolen i Bergen.

IT-ansvarlig: Bettina Qvale, Høgskolen i Oslo og Akershus.

Internasjonal kontakt: Marit Furset, Universitetet i Tromsø.

Unio-kontakt: Malin Alvestad Seland, Høgskolen i Bergen.

Styremedlemmer: Mikal Andreassen, Høgskolen i Sør-Trøndelag, Andrea Ohna Harjo, Høgskolen i Sør-Trøndelag, Torunn Schultz Skår, Diakonhjemmet høgskole i Rogaland, og Kurdistan Salahi, Diakonhjemmet høgskole i Rogaland.

Vi ønsker å takke forrige landsstyre for det gode arbeidet de la ned i 2014. Vi ønsker også å rette en stor takk til Norsk Ergoterapeutforbund for et lærerikt seminar i Oslo. Landsstyret ser fram til et spennende og produktivt år!

INNSPEL

Tariff 2015: Nulloppgjør?

Somme snakkar om at det er krise. I økonomien, i oljesektoren og på arbeidsmarknaden. Difor må tariff 2015 bli nulloppgjør. Lønnskostnadene må ned, er budskapet, særleg frå arbeidsgjevar sida. Det blir forresten ofte sagt også når det er gode tider.



**ANDERS
FOLKESTAD**
UNIOLEDER

Men Noreg treng ikkje å trykke på den store kriseknappen. I det store og heile står norsk økonomi seg godt. Men det røyner på, meir enn på lenge. Oljeprisfallet slår inn og skaper uro og pessimisme. Overskota blir reduserte, oppdraga tørkar inn, og somme arbeidsplassar går tapt, andre er truga. Særleg er dette merkbart på kysten. Men i neste omgang slår dette inn landet over. Oljen skaper miljøproblem, men har også gitt betydelege inntekter til landet.

Allereie i fjor tok lønnsveksten eit steg ned. Dei største tariffområda enda på om lag 3,3 prosent. Men framleis var det godt over prisveksten, og dermed ein brukbar reallønnsvekst for dei fleste.

Med eit resultat på 2,7 prosent i første runde i industrien, har arbeidsgjevarane vunne fram og pressa lønnsveksten betydeleg nedover. I alle fall i første omgang. Men også funksjonærane skal ha sitt, så fasiten er ikkje klar.

Førsteresultatet er ikkje eit generelt nulloppgjør, men heller ikkje langt unna. Dei siste prisprognosane er på 2,5 prosent.

Situasjonen i økonomien og på arbeidsmarknaden vil også slå inn i tariffoppgjera i offentlig sektor. Det vil også ergoterapeutane merke. No skal det seiast at dei har merka det før også. Særleg lønnsavstanden til oljenæringa og industrifunksjonærane. Lønnsgapet har vore stort, for stort.

Men det er også ein annan skilnad. I det offentlege er det stort behov for arbeidskraft, og større vil det bli, ikkje minst i helsesektoren. Kommunesektoren, statssektoren og sjukehusa må kjempe om kompetansen i åra som kjem. Difor er nulloppgjør ein dårleg strategi, også for arbeidsgjevarane.

Første mai er forhandlingsfristen for kommunesektoren og for staten. Spekter Helse kjem noko seinare. Same kva ramma blir - frå Unio si side vil det bli lagt stor

vekt på at profilen må verdsette utdanning, og at det er uaktuelt å kopiere låglønnsprofilen frå privatsektor. Det må unngåast også for å hindre at det gjenstridige likelønnsgapet skal auke.

I kommunesektoren er lønnsveksten om lag tre prosent, allereie før forhandlingane startar. Ein av grunnane er at det under oppgjøret i fjor blei avtalt tillegg også for 2015.

Det skal forhandlast i alle tariffområde. Ein viss reallønnsvekst blir det.

I tillegg vil Unio gjennom mellomoppgjøret i år starte arbeidet fram mot hovudoppgjøret i 2016. Viss vi legg til grunn at norsk økonomi held seg bra, må det takast eit krafttak for å gjere kunnskapsyrka i velferdsstaten meir attraktive. Det viktigaste verkemiddelet er auka lønn. Det trur eg både arbeidsgjevarar og regjeringspolitikarar forstår. Sjølv om dei sjeldan seier det høgt.

Det bør dei snart gjere!

Go to gate – eller ta trikken

Skal du på langtur – eller bare på en bytur? Vår reiseforsikring dekker deg inntil nitti dager over hele verden. Og den dekker deg om du bare tar en tur på byen, drar på hytta eller på stranden. Bedre, rimeligere og mer fleksibel reiseforsikring finner du neppe.

Av Roar Hagen

Ergoterapeutenes reiseforsikring gjelder faktisk overalt – bortsett fra hjemme, på arbeids- eller studie-sted eller på ekspedisjonslignende reiser.

FAMILIEN KAN DEKKES

Velger du familiedekning, er ektefelle eller samboer og barn (ut det året barna fyller 21 år) dekket på alle ferie- og fritidsreiser over hele verden. Forsikringen gjelder hele året, og du kan være borte på enkeltreiser i inntil nitti dager uten å måtte kjøpe noen tilleggsdekning. Det er ikke mange reiseforsikringer som har så lang dekningsperiode.

HØYE SUMMER

Erstatning for tapt reisegods er inntil kroner 50 000 per person i reisefølget. Større verdier enn det får du knapt presset ned i kofferten din.

Viktige dekninger som reisesyke og eventuell hjemtransport ved sykdom dekkes uten beløpsgrenser. Dersom det skulle bli nødvendig å evakuere fra feriestedet, er det heller ingen begrensning av kostnadene.



AVBESTILLING INKLUDERT

Skulle du bli syk – eller av andre tungtveiende grunner som dekkes av vilkårene, ikke kan gjennomføre en planlagt reise – har du en avbestillingsdekning på inntil kroner 60 000 per person. Da er ikke pengene du har betalt for reisen tapt, og du kan gjennomføre turen på et senere tidspunkt.

INGEN EGENANDEL

Du har ingen egenandel ved skade på vår reiseforsikring. Men dersom du får to skadetilfeller som gjelder mobiltelefon, får du en egenandel på kroner 2000 fra og med det andre skadetilfellet.

PRISEN

Reiseforsikring for én person koster kroner 870 i 2015. Kjøper du forsikring for hele familien, er prisen kroner 1039.

BESTILL HER!

Ta kontakt med Ergoterapeutenes forsikringskontor på 22 05 99 15, eller send en e-post til forsikring@ergoterapeutene.org med din bestilling av reiseforsikringen.

Har du reiseforsikring i et annet selskap nå, kan vi si den opp og starte vår forsikring fra utløpsdato på den gamle forsikringen. Enklere blir det ikke!

Oppsigelse i prøvetid – hvilket vern har prøvetidsansatte?

Formålet med arbeidsmiljølovens adgang til å ansette på prøve etter paragraf 15-6 er at arbeidsgiver skal kunne vurdere hvorvidt arbeidstaker er egnet til stillingen eller ikke. Mange er derfor av den oppfatning at arbeidsgiver nærmest har en carte blanche-rett til å si opp arbeidstaker i prøveperioden. Videre er det en utbredt misforståelse at arbeidstaker først blir fast ansatt etter endt prøvetid. Dette er ikke riktig.

Av Elisabeth Dolva Sandøy

Ansettelse på prøve endrer ikke det faktum at det dreier seg om en fast ansettelse (med mindre arbeidstaker ansettes midlertidig). Også i denne perioden gjelder et saklighetskrav for å kunne si opp arbeidstaker. Det er likevel riktig at terskelen for å kunne si opp arbeidstaker i prøvetiden er noe lavere enn ellers. I denne artikkelen ser vi nærmere på hvor denne terskelen ligger.

Den klare hovedregelen er at det gjelder en høy terskel for å kunne si opp ansatte på grunn av arbeidstakers forhold. De fleste ansettes imidlertid med en prøvetid på inntil seks måneder fra tiltredelse. Dette er ment å være en sikkerhetsventil arbeidsgiver kan benytte seg av for å vurdere arbeidstakers egnethet. Innenfor denne prøvetiden skal det mindre til for at arbeidsgiver kan si opp arbeidstaker.

NÅR OG FOR HVEM?

Prøvetid må fremgå uttrykkelig av arbeidsavtalen, eller annen skriftlig avtale mellom arbeidstaker og arbeidsgiver. Med andre ord er prøvetid en rett arbeidsgiver har til å avtale med den enkelte arbeidstaker, ingen plikt. Etter tiltredelse kan arbeidstaker si nei til

krav fra arbeidsgiver om prøvetid. Dette følger av at prøvetiden skal avtales – ikke dikteres ensidig av arbeidsgiver.

Dersom det ikke foreligger noen slik avtale om prøvetid, er arbeidstaker ansatt uten prøvetid, og det alminnelige saklighetskravet for oppsigelser gjelder. Det skal følgelig mer til for å si opp arbeidstaker.

Prøvetid kan også avtales ved midlertidige ansettelser. Det er imidlertid viktig å understreke at dersom man blir fast ansatt i en stilling man tidligere har vikariert i, vil det ikke være adgang til å avtale ny prøvetid. Ansettes arbeidstaker i en annen stilling enn tidligere innenfor samme virksomhet, kan ny prøvetid derimot avtales. Vilkåret for dette er at den faste stillingen er en vesentlig annen enn den arbeidstaker vikarierte i. Dette må vurderes konkret ved en sammenligning av stillingen før og etter endringen.

Ved omplassering i forbindelse med nedbemanning i virksomheten er hovedregelen at virksomheten har plikt til å tilby annet passende arbeid uten at det settes vilkår om prøvetid.

LAVERE TERSKEL

Høyesterett har lagt til grunn

at terskelen for oppsigelse i prøvetiden er «noe – ikke helt ubetydelig» lavere enn den som ellers gjelder. Skulle oppsigelsen bli gjenstand for rettslig tvist, vil domstolene være varsomme med å overprøve arbeidsgivers skjønnsmessige vurdering av hvordan arbeidstaker fungerer i stillingen, så lenge det faktum oppsigelsen bygger på, anses bevist og relevant.

I prøvetidsperioden er arbeidstaker ny i stillingen og har derfor ikke det erfaringsgrunnlaget som gjerne kreves for å utføre arbeidsoppgavene på en best mulig måte. Nettopp derfor kan heller ikke arbeidsgiver forvente at arbeidstaker skal prestere like godt som de som har arbeidet på arbeidsstedet i lengre tid. Arbeidsgiver er derfor forpliktet til å ta hensyn til arbeidstakers manglende arbeidserfaring. Likevel må det kunne kreves at arbeidsytelsen ligger på et gjennomsnittlig nivå sammenlignet med andre arbeidstakere med tilsvarende erfaring.

Et viktig poeng er også at arbeidsgiver normalt ikke vil ha saklig grunn for å gå til oppsigelse i den første tiden etter utløpet av prøvetiden på grunn av forhold som prøvetiden er ment å avdekke. Arbeidsgiver må sørge for at

prøvetiden gjøres reell dersom manglende tilpasning til arbeidet skal kunne påberopes som grunnlag for oppsigelse.

KRAV OM OPPFØLGING

En grunnleggende forutsetning for at arbeidsgiver skal kunne si opp arbeidstaker i prøvetiden med den lavere saklighetsskelen, er at arbeidstaker er gitt tilstrekkelig instruksjon, veiledning og opplæring. Omfanget av instruksjonen og veiledningen avhenger av hva slags stilling det er tale om, og hvilken erfaring arbeidstaker har. Det er viktig at arbeidsgiver gir fortløpende tilbakemeldinger på hvorvidt arbeidstakers prestasjoner tilfredsstillende de forventninger som er stilt. Dersom arbeidsgiver ikke kan dokumentere at slik oppfølging er gitt, vil dette kunne medføre at

oppsigelsen ikke anses saklig.

Det er også viktig å understreke at alle lovens saksbehandlingsregler gjelder fullt ut også ved oppsigelse i prøvetiden. Dette inkluderer kravet til forutgående drøftelser med arbeidstaker før arbeidsgiver fattet endelig beslutning om oppsigelse.

PRØVETIDENS LENGDE

Prøvetiden kan ikke settes lengre enn til seks måneder. Er det avtalt kortere prøvetid enn seks måneder, vil det være adgang til å avtale forlengelse av prøvetiden opp til lovens maksimum.

Arbeidsgiver og arbeidstaker kan også ved avtale om prøvetid samtidig inngå avtale om at prøvetiden kan forlenges ved arbeidstakers fravær. Arbeidstaker må da skriftlig være orientert om adgangen til dette ved ansettelse.

sen. Videre må arbeidsgiver før utløpet av prøvetiden skriftlig meddele den ansatte at prøveperioden vil bli forlenget som en følge av fraværet. Det er imidlertid ikke adgang til å forlenge prøvetiden dersom fraværet skyldes arbeidsgiver, for eksempel kurs i arbeidsgivers regi.

Oppsigelse som er gitt innenfor prøvetidsperioden, er 14 dager løpende fra den dagen oppsigelsen ble gitt, med mindre lengre oppsigelsesfrist avtales. Dette i motsetning til lovens alminnelige oppsigelsesperiode, som er en måned, og som løper fra første dag i påfølgende måned.

En annen omstendighet som medfører at prøvetidsansatte har en svakere stillingsvern enn ellers, er at den ansatte i prøvetiden ikke har rett til å stå i stillingen ved tvist om oppsigelsens gyldighet.



**“Det er følelsen av å være selvstendig.
Være mer delaktig og å holde rundt
sin kjære”**

Å stå gir mange fordeler. Lifestand tilbyr manuelle rullestoler med ståfunksjon til både barn og voksne.

 **permobil**

For mer informasjon gå inn på
www.permobil.no

Vårkurset

- AKTIVITET OG DELTAKELSE FOR ALLE

- Gratulerer med nominasjon og valg! Slik ønsket forbundsleder Nils Erik Ness de nyvalgte regionstyrene velkommen til Vårkurset.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Femtifem deltakere var samlet på Vårkurset på Hurdalssjøen hotell ved Gardermoen 24. - 26. mars. På Vårkurset var det de nyvalgte regionstyrene som stod i sentrum. I tillegg deltok forbundsstyret og ansatte på forbundskontoret.

- Landsmøtet har gitt oss i oppdrag å bygge en ny organisasjon. Takk for at dere har stilt dere til rådighet i dette arbeidet. Sammen skal vi virkeliggjøre visjonen vår – aktivitet og deltakelse for alle, sa forbundslederen.

Under Vårkurset tok deltakerne utgangspunkt i landsmøteprogrammet og handlingsplanen for 2015.

- Vi skal legge grunnmuren på den solide plattformen vi vedtok på landsmøtet. Dere skal bidra til å forme deres region i tråd med landsmøteprogrammet, slo Nils Erik Ness fast.

BÅDE AKTIVITET OG DELTAKELSE

Vårkurset ga de nyvalgte regionstyrene en mulighet for et første møte, og til å ta og kjenne på den store kompetansen som finnes i de ulike styrene. Styrene fikk en grundig gjennomgang av de oppgavene og forventningene



Ergoterapeutenes vårkurs ble holdt på Hurdalssjøen hotell i mars.



Forbundsleder Nils Erik Ness ønsket de nye regionstyrene velkommen.

som knyttes til rollen, og det ble foretatt konstituering og fordeling av arbeidsoppgaver i styret.

Planlegging av aktiviteten i regionen dette året og oppstartskursene i mai og juni fikk også stor oppmerksomhet.

SEKS REGIONALE OPPSTARTSKURS

Tillitsvalgte ble like før påske innkalt til oppstartskurs i sin region. Kursene er også åpne for medlemmer, og vi vil forsøke å få til nettoverføring fra kursene.

De seks kursene arrangeres på disse stedene og til følgende tidspunkt:

- Ergoterapeutene Vest (Rogaland, Hordaland og Sogn og Fjordane), Bergen 27. og 28. mai
- Ergoterapeutene Midt (Møre og Romsdal, Nord-Trøndelag og Sør-Trøndelag), Trondheim 1. og 2. juni
- Ergoterapeutene Nord (Nordland, Troms og Finnmark), Tromsø 3. og 4. juni
- Ergoterapeutene Sør (Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder), Kristiansand 9. og 10. juni
- Ergoterapeutene Øst (Hedmark, Oppland og Buskerud),



Aktivitet og deltakelse. Irene Fjeld, styremedlem i Ergoterapeutene Vest legger farge på regionens flagg.



Kristin Jess-Bakken (nærmest), Arnfinn Bjørshol og Ingelin Rød ble kjent med forbundsstyret og de seks regionstyrene ved Hurdalssjøens bredd før påske.



Marion Wendt (til høyre) og Berit Regione Laiti (midten) har sammen med resten av styret i Ergoterapeutene Nord startet arbeidet med å bidra til aktivitet i vår nordligste region.

Jevnaker 11. og 12. juni

- Ergoterapeutene Sørøst (Østfold, Oslo og Akershus), Son 15. og 16. juni.

PÅMELDING

Påmeldingsskjema finnes på www.ergoterapeutene.org/kurskalender. Kursene er gratis, og forbundet dekker reise og opphold for alle tillitsvalgte. Rett til

permisjon med lønn for å delta på kursene dekkes av hovedavtalen i det enkelte tariffområde.

SMAKEBITER FRA PROGRAMMET

- Etablering av fadderordning og nettverk for tillitsvalgte i regionen
- Samfunnets utfordringer og ergoterapeuters kompetanse –

hva er mulighetsrommet på din arbeidsplass?

- Hverdagsmestring utløser ressurser for individet og samfunnet. Hvordan kan du bidra til utvikling av bærekraftige helsetjenester på din arbeidsplass?
- Tillitsvalgtrollen i en ny organisasjon – muligheter, tilbud og forventninger.

Seks regionstyrrer klare til å ta fatt

I mars valgte medlemmene de seks regionstyrene som skal koordinere forbundets arbeid i regionene.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas



Karl-Erik Tande Bjerkaas er organisasjons-sjef i Norsk Ergoterapeutforbund. .

Regionstyret har ansvaret for å legge til rette for aktivitet i regionen og for at årsmøtets vedtak gjennomføres. Regionstyret er også bindeleddet mellom medlemmene og tillitsvalgte i regionen og forbundsstyret.

De viktigste ressursene i regionens arbeid er kompetansen og engasjementet blant de tillitsvalgte og medlemmene. For å nyttiggjøre seg dette skal regionene stimulere nettverksbygging mellom tillitsvalgte. Videre skal regionenes arbeid forankres i sentrale og regionale handlingsplaner og budsjetter.

REGIONSTYRETS HOVEDOPPGAVER

Hovedoppgavene vil ut fra ovennevnte blant annet være:

- skape regionalt engasjement og aktivitet, utvikle faget og stimulere til forskning og utvikling av kunnskapsbasert ergoterapi blant annet ved å legge til rette for lokale og regionale faglige arrangement
- legge premisser for utformingen av forbundets standpunkt og bidra til å sette disse ut i live
- oppfølging av tillitsvalgte og

utvikling av nettverk mellom tillitsvalgte

- opplæring og utvikling av tillitsvalgte i samarbeid med forbundskontoret
- avvikle regionale årsmøter (første gang høsten 2016)
- regionsledelse og oppgaver knyttet til økonomi, fag og kommunikasjon

RAMMENE RUNDT REGIONSTYRETS ARBEID

Regionstyret kan være på inntil ti personer, og velges av og blant medlemmene i regionen ved elektronisk avstemning. Funksjonstiden er tilsvarende landsmøteperioden.

Lederen av regionen og regionens representant i sentralstyret kan med fordel være samme person, men må ikke nødvendigvis være det. Det er bare en av de seks regionene som har denne dobbeltrollen.

De viktigste ressursene i regionens arbeid vil være kompetansen og engasjementet blant de tillitsvalgte og medlemmene. Det samme gjelder arbeidet i regionstyret. Likevel vil det være situasjoner der arbeidet ikke kan gjennomføres innenfor

rammene av permisjonsrettighetene i hovedavtalene og på fritiden. Forbundsstyret vil utforme retningslinjer for dekning av tappt arbeidsfortjeneste i slike tilfeller.

Styret konstituerer seg selv med utgangspunkt i vedtektene, og for øvrig med de verv som synes hensiktsmessige. Konstitueringen i 2015 vil skje under Vår møtet på Hurdalssjøen 24. - 26. mars 2015. Hele regionstyret må delta på dette.

Forbundet arbeider med å utvikle gode kommunikasjonsløsninger for samhandling mellom

medlemmene i regionstyret og forbundet for øvrig.

VALGPROSESSEN

Seks regionale valgkomiteer, oppnevnt av forbundsstyret, har fremmet en innstilling (et forslag) til representanter til regionstyret. Det er denne innstillingen medlemmene har stemt over.

Alle medlemmer med gyldig epostadresse i medlemsregisteret har fått tilsendt elektronisk stemmeseddel. Valget ble gjennomført i tidsrommet 1. - 15. mars etter egne retningslinjer som er vedtatt av forbundsstyret.

Til sammen har 1372 eller cirka en tredjedel av medlemmene deltatt i de seks regionale valgene. Oppslutningen om valgene har variert fra 45,4 prosent i regionen med høyest valgdeltakelse til 31,4 i regionen med lavest deltagelse.

Uansett er dette et nivå på deltagelse i valgene av våre sentrale tillitsvalgte som vi ikke har sett maken til tidligere.

DE SEKS REGIONSTYRENE

Her er oversikten over de seks regionstyrene. Kontaktinformasjon finner du på nettsiden til den enkelte region.

ERGOTERAPEUTENE NORD – NORDLAND, TROMS OG FINNMARK

Leder og vararepresentant til forbundsstyret	Synnøve Kjos	Helgelandssykehuset
Nestleder og representant i forbundsstyret	Berit Regine Laiti	Finnmarkssykehuset
Styrerepresentant	Ragnhild Maurstad	Karasjok kommune
Styrerepresentant	Ann Rita Nilsen	Nordlandssykehuset
Styrerepresentant	Anne-Lise Ekrem	Finnmarkssykehuset
Styrerepresentant	Heidi Elisabeth Fløtten	Nordlandssykehuset
Styrerepresentant	Marion Wendt	Sør-Varanger kommune
Styrerepresentant	Ingjerd Elisabeth Eriksen	Finnmarkssykehuset
Styrerepresentant	Sigrid Heimdal Myreng	Nordkapp kommune
Vararepresentant	John Vegard Seim Soini	Sametinget

ERGOTERAPEUTENE SØRØST – ØSTFOLD, OSLO OG AKERSHUS

Leder og vararepresentant til forbundsstyret	Anne-Kristin Finne	Bærum kommune
Nestleder	Ingrid Helen Smith Halvorsen	Fredrikstad kommune
Regionens representant i forbundsstyret	Ine Ulven	Oslo kommune
Styrerepresentant	Mona Strand	Eidsvoll kommune
Styrerepresentant	Fredrik Imislund	Student, Høgskolen i Oslo
Styrerepresentant	Camilla W. Nyberg	Sykehuset Østfold
Styrerepresentant	Tine Lauritzen Kaland	Eidsvoll kommune

- FORBUNDET -

ERGOTERAPEUTENE VEST – ROGALAND, HORDALAND OG SOGN OG FJORDANE

Leder	Ingelin Mari Rød	HMS-gruppen, Bergen
Nestleder	Anette Bru	Stavanger kommune
Regionens representant i forbundsstyret	Renate Soggemoen	Eigersund kommune
Vararepresentant til forbundsstyret	Irene Fjeld	Bergen kommune
Styrerepresentant	Kjell Arne Fløde	Helse Bergen
Styrerepresentant	Frida Leivdal Haavik	Eid kommune
Styrerepresentant	Vanessa Øvstetun	Bedriftshelsetjeneste Stavanger
Styrerepresentant	Gudrun Heggstad	Sogndal kommune

ERGOTERAPEUTENE ØST – BUSKERUD, HEDMARK OG OPPLAND

Leder og representant i forbundsstyret	May Solveig Svendsen	Gjøvik kommune
Nestleder og vararepresentant til forbundsstyret	Kristin Jess-Bakken	Ringens Rehabiliteringssenter AS
Styrerepresentant	Jane Helen Sveen	Sykehuset Innlandet
Styrerepresentant	Kamilla Lemb Herbjørnsen	NAV Drammen
Styrerepresentant	Anette Børsum	Nes kommune
Styrerepresentant	Hanne Sukkestad	Gjøvik kommune
Styrerepresentant	Hanne Mette Aarnes	Ringebu kommune
1. vararepresentant	Åse Birgit Berge	Bedriftshelsetjenesten Innlandet
2. vararepresentant	Anne Gjerdalen	Nordre Land kommune

ERGOTERAPEUTENE MIDT – MØRE OG ROMSDAL, SØR-TRØNDELAG OG NORD-TRØNDELAG

Leder	Liv Therese Sverdrup Røthe	Steinkjer kommune
Nestleder og regionens representant i forbundsstyret	Mariette Elise Gjerde	Ulstein kommune
Vararepresentant til forbundsstyret	Lilly Nerenget	Levanger kommune
Styrerepresentant	Camilla Knutsen	Malvik kommune
Styrerepresentant	Tove Settem	Melhus kommune
Styrerepresentant	Mona Ødegård	Tryggbo AS
Styrerepresentant	Tor Ivar Bertheussen	St. Olav Hospital
Styrerepresentant	Lillian Sætre	Ørsta kommune
Styrerepresentant	Karina Westrum Grøvdal	Rauma kommune
1. vararepresentant	Tone Jorunn Kiperberg Kirkhorn	Ålesund kommune

ERGOTERAPEUTENE SØR – VESTFOLD, TELEMARK, AUST-AGDER OG VEST-AGDER

Nestleder og regionens representant i forbundsstyret	Tonje Hansen Guldhav	Skien kommune
Leder og vararepresentant til forbundsstyret	Kathrine Færestrand	Kristiansand kommune
Styrerepresentant	Linnea Dammen	Sørlandet sykehus
Styrerepresentant	Marit Iren Kjerstad	Sørlandet sykehus
Styrerepresentant	Sigve Folland Lønnebakke	Nøtterøy kommune
Styrerepresentant	Marit Bjerger	Sørlandet sykehus
Styrerepresentant	Toril Solberg	Froland kommune
Styrerepresentant	Stine Marie Pedersen	Sykehuset Telemark
Styrerepresentant	Maryana Bunkholt Haslekås	Notodden kommune
Styrerepresentant	Kari Bergheim	Skien kommune
Vararepresentant	Wilhelmine Lindseth	Tjøme kommune

Godt utstyrt, og har blant annet trinnløs regulering av hastighet. Terrengen tilpasses brukere med spesielle behov.



WWW.TERRENGEN.NO - *fortsetter der veien slutter*

Terrengen er et norsk firehjulsdrevet terrenggående hjelpemiddel som fortsetter der veien slutter.

Terrengen er konstruert for ferdsel i et krevende og typisk norsk terreng, med marktrykk lavere enn en person som går på beina! Terrengen er bensindrevet og har en meget lang rekkevidde.

Terrengen AS
 Stamnan, 7392 Rennebu
 Telefon 72 42 65 60 - Telefax 72 42 54 20
 E-post: info@terrengen.no - Web: www.terrengen.no
 Org.nr: NO 979 949 979 MVA

Utsvingbart sete med tilt





Norsk Ergoterapeutforbund ønsker flere ergoterapispesialister

– SØKNADSFRIST 15. SEPTEMBER 2015

Fra 1. januar 2014 trådte en ny spesialistordning i kraft. De nye kriteriene for oppbygging av spesialistkompetanse bygger på en mastergrad. Høsten 2014 ble de første ergoterapispesialistene etter ny ordning godkjent. Vi forventer at det fremover vil bli stadig flere som godkjennes etter ny ordning.

Av Anita Engeset

I mellomtiden er det fram til høsten 2020 mulig å søke etter en overgangsordning basert på de gamle kriteriene. Kriterier for ergoterapispesialist fra og med 2014:

- medlem og autorisasjon som ergoterapeut
- arbeidserfaring fra spesialistområdet
- ergoterapifaglig- eller relevant tverrfaglig master
- veiledning og veiledet praksis
- fagutvikling og formidling.

HVA ER NYTT?

Ergoterapeutenes spesialistordning tar nå utgangspunkt i Nasjonalt kvalifiseringsrammeverk for livslang læring (NKR), der beskrivelse av kvalifikasjoner er uttrykt ved forventet læringsutbytte definert i kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse. Læringsutbytte er det personen vet, kan og er i stand til å gjøre som et resultat av en læringsprosess. Ergoterapeutenes spesialistkompetanse er på nivå 7 i Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring. Nivå 7 er masternivå.

Det nye er at spesialistgodkjenningen nå bygger på en mastergrad, og da har kandidaten to alternativer. Det ene er at søknaden kan bygge på en ergoterapifaglig mastergrad med 120 studiepoeng, med fordypning innen spesialområdet. Vi er nå så heldige at vi har fått en ergoterapifaglig masterutdanning i Norge ved høghskolen i Oslo og Akershus. Første kull starter opp her høsten 2016. Den andre muligheten er at søknaden kan bygge på en tverrfaglig mastergrad med 120 studiepoeng med tillegg i ergoterapifaglig etter- og videreutdanning som utgjør 15 studiepoeng eller cirka 200 kurstimer. Hvis den tverrfaglige masteren har et fordypningsemne, eller du skriver en masteroppgave eller artikkel med

et tydelig ergoterapifokus, vil dette telle på lik linje med en ergoterapifaglig mastergrad. Det finnes i dag mange tverrfaglige masterutdanninger som er relevante for ergoterapeuter. Mange tverrfaglige masterutdanninger har valgfrie fordypningsemner, slik som masterutdanningen i aktivitet og bevegelse ved Høghskolen i Sør-Trøndelag, der en kan velge aktivitetsvitenskap og/eller arbeidshelse som fagfordypningsemner. En kan også søke om å få godkjent en ergoterapirelevant videreutdanning som valgfritt fordypningsemne inn i flere tverrfaglige mastere, blant andre master i helsevitenskap.

I den nye ordningen er veiledning og veiledet praksis mer styrt og tar utgangspunkt i den enkeltes mål for læringsutbytte og fagutøvelse. Den enkelte kandidat må lage et veiledningsgrunnlag med utgangspunkt i eget læringsutbytte og benytter da beskrivelsen av kvalifikasjoner for ergoterapispesialist for det enkelte spesialistområde.

SØKNAD ETTER OVERGANGSORDNINGEN

Dersom du allerede har startet oppbygging av spesialistkompetanse og ikke har planer om å ta en mastergrad, kan du fram til høsten 2020 søke etter de gamle kriteriene, altså overgangsordningen.

I overgangsordningen må kandidaten dokumentere relevant fordypet kompetanse innen de fire områdene ergoterapispesifikk kompetanse, kunnskapsbasert praksis eller vitenskapsteori og metode (ti studiepoeng eller 120 timer), spesialistspesifikk kompetanse og generell og relevant kompetanse. I tillegg til kurs innen spesialistområdet må kandidaten ha videreutdanning innen spesialistområdet tilsvarende 60 studiepoeng, kompetanse på veiledning, skriftlig og muntlig formidling og fagutvikling.

Kompetansebeskrivelsen kan bidra til å tydeliggjøre kompetansene innen spesialistområdet og være til hjelp ved en systematisk oppbygging av spesialistkompetansen. Se «Kompetanser i ergoterapi» på www.ergoterapeutene.org

KUNNSKAP ER FERSKVARE

En ergoterapispesialist skal til enhver tid ha oppdatert, avansert kunnskap om ergoterapi, med en styrkning innen sitt spesialistområde. Godkjenningen gjelder derfor for syv år av gangen, fra og med vedtak i spesialistrådet. En nå da søke om regodkjenning. Ergoterapeuter godkjent etter både gammel og etter ny ordning regodkjennes etter samme regodkjenningskriterier. Se «Kriterier for regodkjenning».

ERGOTERAPISPELIALIST MÅ IKKE FORVEKSLES MED SPESIALERGOTERAPEUT

Norsk Ergoterapeutforbund får mange henvendelser fra ergoterapeuter som ønsker å søke godkjenning som spesialergoterapeut. Spesialergoterapeut er en avansementstilling som vanligvis krever cirka ett års videreutdanning. Det kan også være en stilling for å løfte opp ansatte med mange års erfaring og kompetanse ervervet gjennom kurs og praksis. Krav om spesialergoterapeutstilling rettes til arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som avgjør hvilken kompetanse som kvalifiserer til spesialergoterapeut på den enkelte arbeidsplass. Se «Spesialergoterapeut».

FAGLIG OPPDATERING OG SYSTEMATISK KOMPETANSEOPPBYGGING

Ergoterapeutene arrangerer fagkurs som skal gi ergoterapeuter kompetanse som er relevant for å møte utfordringene i dagens og fremtidens helse- og velferdstjenester. Kurs og konferanser som arrangeres av Ergoterapeutene gir poeng til godkjenning som ergoterapispesialist. Kurs i regi av andre enn Ergoterapeutene må godkjennes av forbundet for å gi poeng til spesialistgodkjenning, se kursgodkjenning. Oversikt over godkjente fagkurs annonseres i Ergoterapeutenes kurskalender. Kurs som ikke er forhåndsgodkjent av Ergoterapeutene, kan også benyttes inn i en spesialistsøknad. Da kreves det at kandidaten dokumenterer og begrunner kursets relevans.

GODKJENNINGSORDNINGER

På Ergoterapeutenes hjemmesider finner du informasjon om og oversikt over forbundets godkjenningsordninger. Det er utarbeidet et veiledningshef-

te for hver ordning som inneholder informasjon om ordningen, retningslinjer for å søke og søknadsskjema. Informasjonen er rettet mot søkere og andre som vil tilegne seg informasjon om forbundets godkjenningsordninger.

SØKNADSRIST HVERT ÅR ER 15. SEPTEMBER.

Søknader om godkjenning og regodkjenning av ergoterapispesialister behandles av syv spesialistkomiteer før endelig godkjenning vedtas i spesialistrådet. Spesialistrådet består av lederne av spesialistkomiteene med fagavdelingen i Ergoterapeutene som sekretærer.

Fullstendige kriterier for godkjenninger, samt søknadsskjemaer, finnes på www.ergoterapeutene.org under «om ergoterapi», «Fakta om ergoterapi». Spørsmål kan rettes til seniorrådgiver Anita Engeset ae@ergoterapeutene.org eller tlf. 92408247. Søknaden, med vedlegg, sendes Norsk Ergoterapeutforbund, Stortingsgata 2, 0158 Oslo eller på epost post@ergoterapeutene.org.

Bamse Produkter AS



www.bamseprodukter.no



Bamse Produkter AS
Titangaten 13
1630 Gml. Fredrikstad
Tlf: 69300105
info@bamseprodukter.no
www.bamseprodukter.no

Har du noe på hjertet?
Delta i debattene!

ergoterapeutene.org/debattforum



Ikke medlem enda?
Meld deg inn!

ergoterapeutene.org/innmelding



Active[®]

by

ACCESS
VITAL

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



Store hjul for trygghet og komfort holder rullatoren stabil. Moderne, prisbelønnet design.



Ekstraustyr som ski, hjelper deg gjennom sludd og snø. Hjulene stikker ut under slik at du kan gå inn på butikken uten å ta skiene av.



Bremsekablene er skjult inne i rammen, for å unngå at de skal hekke seg fast i gjenstander når du går.



Ekstraustyr som seteputer i syv forskjellige farger, ryggstøtte og mye annet er også tilgjengelig.

Access Vital AS, Postboks 430, 2303 Hamar T: 95 76 10 00
E-post: rollator@accessvital.no www.active-walker.com/norsk
Active er på bestillingslistene hos NAV

NORSK ERGOTERAPEUTFORBUNDS STØTTE TIL FORSKNING OG UTVIKLING

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

Støtten kan gis i form av arbeidsstipend, dekning av prosjektkostnader eller reisestipend. Sentralstyret vedtar de årlige prioriteringene for tildeling av midler. For 2015 prioriteres forsknings- og fagutviklingsprosjekter som gir økt kunnskap om re/habilitering med vekt på hverdagsmestring og økonomiske gevinster ved ergoterapi. I tillegg prioriteres kompetansebygging innen ergoterapi og arbeidshelse.

Søknadsfrist: 1. september 2015

Les mer på www.ergoterapeutene.org

AKTIV VINTER MED MANGE

HØRINGSSVAR

Vinteren 2015 har vært en aktiv vinter med et stort antall høringssvar rettet mot departement og direktorat. Les deg opp på våre standpunkt før temaet skal diskuteres på din arbeidsplass.

På ergoterapeutene.org/hoeringer finner du våre høringsinnspill. Der finner du blant annet våre innspill til :

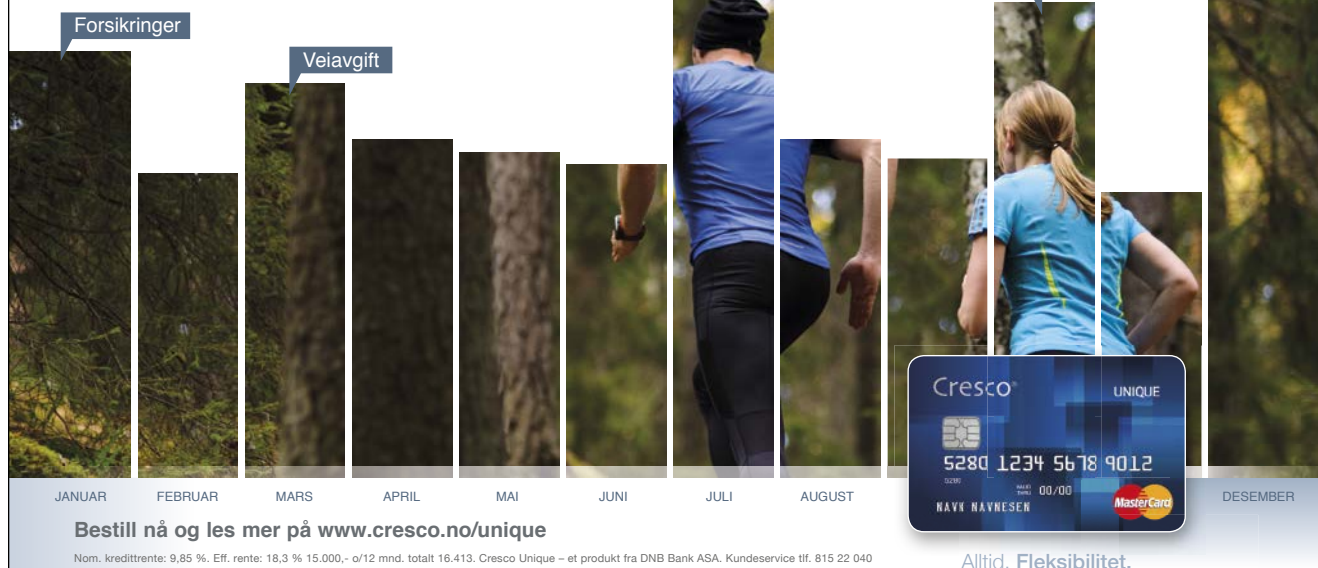
- behov for ergoterapeuter i helsetjenestene
- prioriteringsmeldinga
- demensplan 2020
- opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering
- endring i førerkortforskriftene
- behov for ergoterapeuter i helsetjenestene

Fordi det går litt opp og ned

Du vet selv hvor fort det kan svinge – fra perioder med romslig økonomi til trange regningsmåneder hvor du må strekke lommeboka i alle retninger. Med Cresco Unique kan du jevne ut svingningene med lån og sparing på samme smarte konto – til svært gode vilkår.

Smarte fordeler for medlemmer i Norsk Ergoterapeutforbund:

- 2 % sparerente fra første krone
- Ingen begrensninger i antall uttak
- Gebyrfrie varekjøp i hele verden
- Gebyrfri betaling av regninger i nettbanken
- Inntil 75 000 kroner i kreditt
- "Halv" kredittrente sammenlignet med ordinære kredittkort
- Fleksibel tilbakebetaling



Bestill nå og les mer på www.cresco.no/unique

Nom. kredittrente: 9,85 %. Eff. rente: 18,3 % 15.000,- o/12 mnd. totalt 16.413. Cresco Unique – et produkt fra DNB Bank ASA. Kundeservice tlf. 815 22 040

Alltid. Fleksibilitet.

I hvilke situasjoner bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper?

RESULTATER FRA MEDLEMSUNDERSØKELSEN I 2013: DEL 2

Av Tore Bonsaksen, Cathrine Hagby, Alf Inge Solbakken, Sissel Horghagen, Unni Sveen, Anne-Stine Dolva og Else Merete Thyness

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

Cathrine Hagby er ergoterapeut og rådgiver på NAV Hjelpemiddelsentral i Buskerud.

Alf Inge Solbakken er ergoterapeut og rådgiver på NAV Hjelpemiddelsentral i Oslo og Akershus.

Sissel Horghagen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Unni Sveen er professor i ergoterapi og ansatt ved Høgskolen i Oslo og Akershus og Oslo Universitetssykehus.

Anne-Stine Dolva er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Høgskolen i Lillehammer.

Else Merete Thyness er ergoterapeut og grafisk formgiver og jobber som redaktør av tidsskriftet Ergoterapeuten.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

Abstrakt

Få studier har undersøkt bruk av vurderingsredskaper blant ergoterapeuter, og de studiene som eksisterer, ser vesentlig ut til å ha blitt utført i USA og Storbritannia. Denne artikkelen presenterer del to av Ergoterapeutens medlemsundersøkelse (N = 1286). Søkelyset rettes mot svarene som ble gitt på spørsmålet om hvilke situasjoner som utløser bruk av vurderingsredskaper. En innholdsanalyse av totalt 880 responser ble utført. Responsene ble klassifisert i henhold til Laver-Fawcetts (2007) typologi: innledende undersøkelse og vurdering, evaluering underveis eller ved avslutning, samt vurdering som del av kvalitetssikring eller tjenesteutvikling. Vurdering i sammenheng med forskning, fagutvikling og undervisning ble inkludert som en egen kategori, og det ble opprettet en kategori for svar som ikke lot seg innpasse i noen av de andre. De fleste svarene (72.1 prosent) viste til innledende undersøkelse og vurdering, eller til vurdering uten angitt tidsaspekt. En mindre andel svar (17.8 prosent) viste til situasjoner hvor man undersøker endring eller virkning av tiltak. Resultatene sammenfaller med en tidligere amerikansk studie som viste at ergoterapeuter ofte bruker vurderingsredskaper for å velge tiltak, mens de noe sjeldnere bruker dem for å vurdere endring over tid. Bruk av vurderingsredskaper kan i større grad utnyttes i forbindelse med kvalitetsutvikling i praksis og i undervisning.

Nøkkelord: undersøkelses- og vurderingsredskaper, vurdering, ergoterapi, kunnskapsbasert praksis.

INNLEDNING

Undersøkelse og vurdering som utføres tidlig i en terapiprosess, bidrar til den kunnskapsbasen som terapeuten trenger for å velge behandlingsmål, og gir retning til behandlingen i samarbeid med klienten. Senere vurdering, enten den skjer i løpet av behandlingen, ved avslutning av behandlingen, eller i form av oppfølging etter at den er avsluttet, gir terapeuten mulighet til å vurdere hvordan behandlingen har virket, og om det er behov for å endre på den (Laver-Fawcett, 2014; Unsworth, 2011). Systematisk undersøkelse og vurdering hvor man tar velprøvde redskaper til hjelp i prosessen, er derfor en sentral del av ordinær ergoterapipraksis (Kielhofner, 2008; Söderback, 2009; Townsend & Polatajko, 2007).

Kunnskap om behovet for bruk av velprøvde redskaper er imidlertid utilstrekkelig for å forbedre ergoterapeuters vurderingspraksis – det er ofte også andre barrierer som må overvinnes. Barrierer mot bruk av validerte vurderingsredskaper og mot implementering av teori i praksisfeltet generelt har vært knyttet til tidsbruk og økonomiske ulemper i tillegg til den enkelte terapeuts holdninger, kunnskaper og forutgående trening og veiledning (Melton, Forsyth, & Freeth, 2010). Ergoterapeuter som innehar generiske stillinger, det vil si stillinger som ikke stiller krav om fagbakgrunn (for eksempel miljøterapeuter, rådgivere), kan være mindre tilbøyelige til å ta i bruk validerte vurderingsredskaper sammenliknet med ergoterapeuter som innehar profesjonsspesifikke roller (Parkinson, Forsyth, Durose, Mason, & Harris, 2009; Smith & Mairs, 2014). Det kan også være tendens til at ergoterapeuters vurderingspraksis er tradisjonsbundet i form av at de ofte velger redskaper som er tilgjengelige på eget arbeidssted, som påvist tidligere (Alotaibi, Reed, & Nadar, 2009). Samtidig er det vist at mer trening, støtte og faglig fellesskap på arbeidsstedet kan lette prosessen med å legge om praksis i en mer kunnskapsbasert retning (Wimpenny, Forsyth, Jones, Matheson, & Colley, 2010).

Laver-Fawcett (2007) beskrev at hensikten med undersøkelse og vurdering må ses som en funksjon av situasjonen undersøkelsen opptrer i, og hun oppga fem slike situasjonstyper. Når ergoterapeuten utfører en første vurdering (initial assessment), er formålet gjerne å identifisere potensielle problemer eller problemområder som kan arbeides videre med i terapi. Ressurser, både hos personen og i det aktuelle miljøet, kan også være viktige å få grep om i denne formen for vurdering. Underveisvurdering (ongoing evaluative assessment) innebærer at informasjon samles inn og bear-

beides i løpet av behandlingsperioden, med formålet å følge med på hvordan behandlingen synes å virke. Slik blir det mulig å justere behandlingens eller tiltakets type, mengde, varighet, intensitet eller form på en måte som best fremmer klientens aktivitet og deltakelse. Avsluttende vurdering (outcome measurement) utføres ved avslutning av behandlingen med formål om å få kjennskap til hvordan behandlingen har virket, og om klienten har nådd sine mål. Vurderinger kan også gjøres ved senere tidspunkter i form av oppfølgingsvurdering (review), og terapeuten kan på denne måten få kjennskap til hvordan det har gått med klienten over tid. Slik vurdering kan derfor også benyttes som et mål på hvor varige virkningene av behandlingen er. En femte situasjonstype for vurdering går ut over et fokus på individ og behandling og dreier seg om vurdering av helsetjenester på et mer overordnet nivå (service evaluation; Laver-Fawcett, 2007).

Til denne oversikten vil vi også legge forskning og fagutvikling (FOU) og undervisning. Bruk av standardiserte vurderingsredskaper er en sentral del av klinisk forskning, og resultatene fra vurderingen vil da oftest omhandle grupper av individer i stedet for enkeltindivider. Undervisning av studenter vil også til en viss grad omfatte opplæring i bruk av vurderingsinstrumenter (Alotaibi et al., 2009; Bonsaksen, Myraunet, Celo, Granå, & Ellingham, 2011).

Lite forskning er gjort for å undersøke hvilke av disse situasjonstypene som er oftest forekomme for ergoterapeuter i deres vurderingspraksis. En amerikansk studie (N = 794) fant imidlertid at 81 prosent av deltakerne brukte vurderingsredskaper i sine førstevurderinger, mens 63 prosent brukte slike redskaper videre i prosessen til å vurdere klientens fremskritt i terapien (Piernik-Yoder & Beck, 2012). Første del av vår egen medlemsundersøkelse kunne antyde at norske ergoterapeuter følger et liknende mønster i sin praksis, med vekt på den første vurderingen og med mindre vekt på oppfølgingsundersøkelser for å vurdere fremskritt i behandlingen (Hagby et al., 2014). Til nå har likevel ingen undersøkt hvordan ergoterapeuter selv beskriver situasjonene hvor de velger å bruke slike redskaper.

HENSIKT

Denne artikkelen presenterer del to av medlemsundersøkelsen om bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper. Her vil vi formidle funn knyttet til hvordan deltakerne rapporterte bruk av slike redskaper i ulike typer av situasjoner.

Metode

Opplegget for medlemsundersøkelsen er tidligere beskrevet i *Ergoterapeuten* (Hagby et al., 2014), og i alt 1286 personer deltok i undersøkelsen. Deltakerne var fordelt på 97 (7.6 prosent) menn og 1187 (92.4 prosent) kvinner, og gjennomsnittsalderen var 42 år. I denne artikkelen fokuserer vi på de kvalitative responsene som ble gitt på spørsmålet «I hvilke situasjoner velger du å benytte undersøkelses- og vurderingsredskaper?»

ANALYSE

Vi benyttet oss av en deduktiv strategi i analysearbeidet i betydningen at vi startet med et analytisk rammeverk og vurderte responsene i lys av dette (Creswell, 2014). Laver-Fawcetts (2007) typologi over vurderingsarbeid ble brukt som et rammeverk for klassifiseringen av deltakernes responser. Denne typologien omfatter kategoriene innledende vurdering, pågående evaluerende vurdering, avsluttende vurdering, samt vurdering som del av kvalitetssikring og/eller tjenesteutvikling. Responser som omfattet vurdering, men uten at tidsaspektet var angitt, ble klassifisert som innledende vurdering. Da deltakerne hadde en del responser som omfattet re-vurdering, men hvor det ikke var klart om dette var del av pågående eller avsluttende vurdering, så besluttet vi å slå sammen disse to kategoriene. I tillegg inkluderte vi med en kategori for bruk av redskaper i forsknings- og utviklingsarbeid (FOU) og undervisning samt i kategorien «andre» – svar som ikke lot seg plassere i noen av de foregående kategoriene.

Gjennom analysearbeidet fant vi at deltakerne hadde lagt til dels ulike forståelser inn i begrepet «situasjoner». De fleste responsene lot seg innpasse i de oppgitte kategoriene, men en del var også vanskelig plasserbare og ble klassifisert som «annet». Dette omfattet svar som anga andre forhold ved konteksten for vurdering enn de som har med formålet for vurderingen å gjøre. Eksempelvis kunne dette dreie seg om hvilke sykdomstilstander klientene hadde, eller hva slags organisatoriske rammer vurderingen forgikk innenfor. I andre tilfeller ble responser lagt til denne kategorien fordi betydningen var uklar. Etter klassifiseringen ble antall svar innenfor hver kategori summert, og andelene dette representerte av det totale antallet svar, ble beregnet.

ETIKK

Undersøkelsen samlet ikke personidentifiserende informasjon og ble derfor ikke meldt til formell vur-

dering av ivaretagelse av personvern hensyn (Sombly & Segadal, 2014). Deltakelse i undersøkelsen var frivillig, og samtykke til å delta ble implisitt forstått for de som valgte å delta.

Resultater

Tabell 1 viser en oversikt over deltakernes svar slik de ble klassifisert innenfor de ulike kategoriene «Innledende vurdering», «Pågående og/eller avsluttende vurdering», «Vurdering som del av kvalitetssikring og/eller tjenesteutvikling» og «Vurdering i forbindelse med FOU», i tillegg til kategorien «annet». I alt 880 personer besvarte spørsmålet, og deres responser ga i alt 1101 svar som ble analysert. Av svarene var det en stor overvekt som lot seg klassifisere som innledende vurdering; hele 794 svar (72.1 prosent) ble klassifisert slik. En andel på 17.8 prosent av svarene dreide seg om vurdering i form av pågående eller avsluttende vurdering for gjennom dette å vurdere virkninger av tiltak eller for å endre tiltak. En marginal andel av svarene handlet om bruk av redskaper i forbindelse med kvalitetssikring eller praksisevaluering (1.0 prosent) og FOU/undervisning (2.2 prosent).

Diskusjon

Denne delen av medlemsundersøkelsen søkte å besvare spørsmålet «I hvilke situasjoner velger du å benytte undersøkelses- og vurderingsredskaper?» Vi fant at deltakerne i vesentlig grad brukte slike redskaper i forbindelse med en første vurdering og sjeldnere ved oppfølgingsundersøkelser av hvordan forløpet av behandling eller terapi syntes å arte seg. Få av deltakerne oppga bruk av vurderingsredskaper i forbindelse med FOU, undervisning eller arbeid med kvalitetsforbedring på eget arbeidssted.

Bruk av velprøvde redskaper i en første vurdering er viktig for å kunne gi god kvalitet i behandling og terapi som et svar på klientens mest presserende behov (Laver-Fawcett, 2014), og det synes å være et godt tegn at mange oppgir svar som lar seg klassifisere på denne måten. Vi ser imidlertid at antallet responser på dette spørsmålet ($n = 880$) er betydelig lavere enn antallet deltakere i medlemsundersøkelsen totalt sett ($N = 1286$). Dette kan skyldes enkle metodologiske forhold som at det kan være mindre arbeidskrevende å krysse av for faste svaralternativer enn selv å skulle beskrive med ord de situasjonene hvor man bruker slike redskaper. I del en av undersøkelsen var det imidlertid over 25 prosent av deltakerne som ikke oppga at de bruk-

TYPE SITUASJON	n (prosent)	EKSEMPEL PÅ SVAR
Innledende vurdering	794 (72.1)	«For å starte tidlig rehabilitering»
Pågående eller avsluttende vurdering	196 (17.8)	«Evaluerer mot slutten av opphold»
Kvalitetssikring og praksisevaluering	11 (1.0)	«Brukertilfredshet kartlegges hvert år»
FOU og undervisning	24 (2.2)	«Undervisning og forskning»
Andre	76 (6.9)	«Jobber i demensteam»
Alle situasjoner	1101 (100)	

Tabell 1: Norske ergoterapeuters bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper i ulike situasjoner. Svarene er klassifisert med utgangspunkt i Laver-Fawcett (2007). I 197 tilfeller av det totale antallet responser (n = 880) fant vi flere typer av svar som ble klassifisert inn under flere kategorier. Totalt klassifiserte vi 1101 svar.

te vurderingsredskaper i sin praksis (Hagby et al., 2014). I lys av dette er det grunn til å tenke at det fortsatt er en viktig oppgave å styrke fagutøveres kunnskap og bevissthet om slike redskaper og deres ferdigheter i å bruke dem. Deltakerne beskrev færre situasjoner som kunne knyttes til pågående eller avsluttende vurdering, det vil si oppfølgingsundersøkelse. Dette harmonerer med funn fra USA, hvor et liknende mønster fremkom (Piernik-Yoder & Beck, 2012). Sjeldnere bruk av oppfølgingsundersøkelser var imidlertid en enda sterkere trend blant deltakerne i vår studie. Igjen kan dette skyldes svakheter ved spørsmålet som er stilt, og/eller at deltakerne har uttrykt seg på måter som har medført at aspektet med oppfølging kan ha blitt underkommunisert. Vi vil likevel tillegge dette en viss betydning, gitt det store utvalget og den generelt store deltakelsen i medlemsundersøkelsen (Hagby et al., 2014). For deler av praksisfeltet innebærer dette at mer arbeid bør legges i vurdering underveis i og etter at behandling eller terapi er avsluttet. Underveis i forløpet vil vurderingen kunne gi viktige signaler til terapeuten om behandlingen ser ut til å bringe klienten i retning av behandlingsmålene. Etter avsluttet behandling vil man ved gjentatt vurdering kunne mene noe om hvorvidt behandlingen har vært virksom, med utgangspunkt i et informasjonsgrunnlag som strekker seg utover ergoterapeutens egen kvalifiserte gjetning (Laver-Fawcett, 2007).

Bruk av vurderingsredskaper som instrumenter for datainnsamling i forskning er vanlig prosedyre, spesielt i undersøkelser som følger kvantitative undersøkelsesdesign (Kielhofner, 2006). En svært liten andel av responsene dreide seg om bruk av vurderingsredskaper med dette formålet, men andelen står i et proporsjonalt forhold til andelen deltakere med arbeidsområde oppgitt som forskning/undervisning (1.3 prosent; Hagby et al., 2014).

Det synes tydelig at det er behov for opplæring om vurderingsredskapenes hvordan (prosedyrer for gjennomføring, og tolkning av resultater), men også deres hvorfor (betydningen som kartleggingen kan ha for behandling, FOU eller kvalitetsutvikling). Utdanningsfeltet og erfarne klinikere (som veileder mer uerfarne kolleger) kan bidra positivt ved i større grad å trekke inn vurderingsredskaper i sitt pedagogiske arbeid (Alotaibi et al., 2009; Bonsaksen, Granå, Celo, Ellingham, & Myraunet, 2013; Piernik-Yoder & Beck, 2012). Om man evner å skape et faglig fellesskap og en faglig kultur hvor bruk av vurderingsredskaper er sentralt, kan dette støtte opp om det faglige fundamentet for ergoterapeutisk praksis (Bonsaksen et al., 2013; Wimpenny et al., 2010). Hvilken rolle bruk av ergoterapirelevante vurderingsredskaper vil kunne spille for tjenesteutvikling og evaluering av tjenester, synes å representere en interessant mulighet for fremtidig beskrivelse og utforskning.

STUDIENS BEGRENSNINGER

Funnene som er presentert i denne artikkelen, består av deltakernes responser til kun ett spørsmål. Deltakerne har besvart spørsmålet på ulike måter, noe som trolig avspeiler at de også har gitt det et noe varierende innhold. Vi klassifiserte 6.9 prosent av svarene som «andre», det vil si at de ikke lot seg plassere i den typologien vi hadde lagt til grunn for analysen (Laver-Fawcett, 2007). I sum betyr dette at det finnes aspekter ved det som deltakerne ønsket å formidle, som ikke er tatt i betraktning her, og at funnene kan fortolkes på andre måter enn den vi har valgt.

KONKLUSJON

Deltakerne svar dreide seg oftest om bruk av vurderingsredskaper i forbindelse med en innledende vurdering og i mindre omfang om vurdering i form

av oppfølgingsundersøkelser. Vurderingsredskaper brukes også i FOU-arbeid og i kvalitetsutvikling knyttet til tjenester, men i et marginalt omfang blant deltakerne i denne undersøkelsen.

Referanser

- Alotaibi, N. M., Reed, K., & Nadar, M. S. (2009). Assessments used in occupational therapy practice: An exploratory study. *Occupational Therapy in Health Care*, 23(4), 302-318. doi: 10.3109/07380570903222583
- Bonsaksen, T., Granå, K. E., Celo, C., Ellingham, B., & Myraunet, I. (2013). A practice placement design facilitating occupational therapy students' learning. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 8(4), 169-180. doi: 10.1108/JMHTEP-08-2012-0028
- Bonsaksen, T., Myraunet, I., Celo, C., Granå, K. E., & Ellingham, B. (2011). Experiences of occupational therapists and occupational therapy students in using the Assessment of Communication and Interaction Skills in mental health settings in Norway. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(7), 332-338. doi: 10.4276/030802211X13099513661117
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (4 ed.). Los Angeles: SAGE.
- Hagby, C., Bonsaksen, T., Dolva, A. S., Høghagen, S., Sveen, U., Solbakken, A. I., & Thyness, E. M. (2014). Bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: Del 1. *Ergoterapeuten*, 57(4), 22-27.
- Kielhofner, G. (2006). *Research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia, PE: F. A. Davis Company.
- Kielhofner, G. (2008). *A Model of Human Occupation. Theory and Application*. (4 ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Laver-Fawcett, A. J. (2007). *Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists : theory, skills and application*. Chichester: Wiley.
- Laver-Fawcett, A. J. (2014). Routine standardised outcome measurement to evaluate the effectiveness of occupational therapy interventions: essential or optional? *Ergoterapeuten*, 57(4), 28-37.
- Melton, J., Forsyth, K., & Freeth, D. (2010). A practice development programme to promote the use of the Model of Human Occupation: Contexts, influential mechanisms and levels of engagement amongst occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(11), 549-558.
- Parkinson, S., Forsyth, K., Durose, S., Mason, R., & Harris, D. (2009). The balance of occupation-focused and generic tasks with a mental health and learning disability occupational therapy service. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(8), 366-370.
- Piernik-Yoder, B., & Beck, A. (2012). The use of standardized assessments in occupational therapy in the United States. *Occupational Therapy in Health Care*, 26(2-3), 97-108. doi: 10.3109/07380577.2012.695103
- Smith, J., & Mairs, H. J. (2014). Use and results of MOHO global assessments in community mental health: A practice analysis. *Occupational Therapy in Mental Health*, 30(4), 381-389. doi: 10.1080/01624212X.2014.938258
- Somby, A. M., & Segadal, K. U. (2014). Personvern og etiske problemstillinger ved publisering av fagartikler i *Ergoterapeuten*. *Ergoterapeuten*, 57(2), 44-49.
- Söderback, I. (2009). *International handbook of occupational therapy interventions*. Dordrecht: Springer.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Unsworth, C. A. (2011). Evidence-based practice depends on the routine use of outcome measures. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(5), 209.
- Wimpenny, K., Forsyth, K., Jones, C., Matheson, L., & Colley, J. (2010). Implementing the Model of Human Occupation across a mental health occupational therapy service: Communities of practice and a participatory change process. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(11), 508-516. doi: 10.4276/030802210X12892992239152

Utllysning av Forskningsfondet 2015



**Norsk Revmatikerforbunds
Forskningsfond, Pahles legat og
Stortuens legat vil i år 2015 etter
søknad kunne gi økonomisk støtte til
forskning vedrørende revmatiske**

FRIST 1. OKTOBER

Nærmere informasjon se:

www.revmatiker.no



BLI KJENT MED GPS SOM HJELPEMIDDEL

Lån **GPS-klokker** og **gjenfinningsenheter** GRATIS i 2 uker.

Brukeren har på seg en klokke som kan spores opp uten at brukeren behøver å foreta seg noe.



De som skal finne igjen vedkommende kan benytte ulike metoder:

- gjenfinningsenhet som viser hvor klokken befinner seg og i hvilken retning man skal bevege seg
- spore ved hjelp av smarttelefoner og/ eller kommunale alarmmottak.

Løsningen virker på alle de 3 hovedmobilnettene i Norge i tråd med Helsedirektoratets anbefalinger.

Les mer om oss på www.demenshjelpen.no
eller ring oss på 93 69 44 20

Hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter?

RESULTATER FRA MEDLEMSUNDERSØKELSEN I 2013: DEL 3

Av Anne-Stine Dolva, Unni Sveen, Tore Bonsaksen, Cathrine Hagby, Sissel Horghagen, Alf Inge Solbakken, og Else Merete Thyness

Abstrakt

Anne-Stine Dolva er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Høgskolen i Lillehammer.
E-post: anne-stine.dolva@hil.no

Unni Sveen er professor i ergoterapi og ansatt ved Høgskolen i Oslo og Akershus og Oslo Universitetssykehus.

Tore Bonsaksen er ergoterapispesialist og førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag.

Cathrine Hagby er ergoterapeut og rådgiver på NAV Hjelpemiddelsentral Buskerud.

Sissel Horghagen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Alf Inge Solbakken er ergoterapeut og rådgiver på NAV Hjelpemiddelsentral i Oslo og Akershus.

Else Merete Thyness er ergoterapeut og grafisk formgiver og jobber som redaktør av tidsskriftet *Ergoterapeuten*.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

Denne artikkelen presenterer del tre av resultater fra medlemsundersøkelsen om bruk av vurderingsredskaper blant norske ergoterapeuter (n=1286) fra desember 2013. I alt to av tre ergoterapeuter (n=949) oppga at de bruker slike. Hensikten her er å se på hvilke som benyttes. Det ble gjort en kvantitativ analyse av medlemmenes responser på dette spørsmålet. Vurderingsredskapene ble rangert etter hvor mange som bruker dem. Disse ble deretter klassifisert i henhold til kroppsfunksjoner og -strukturer, aktivitet, deltakelse eller omgivelsesfaktorer.

Samlet sett oppgir norske ergoterapeuter at de anvender mange og ulike vurderingsredskaper, både standardiserte, oversatte og validerte, men også et stort antall «andre» eller «hjemmelagde». To ble brukt av særlig mange. Mer enn halvparten (54,3 prosent) oppga av de anvender Canadian Occupational Performance Measure (COPM), og noen færre (45,1 prosent) Mini Mental Status Evaluering, MMSE. Av de 20 som anvendes av flest (>50), dekker åtte de fleste målgrupper og omfatter de fleste av kategoriene i ICF.

Det som karakteriserer norske ergoterapeuters bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper, er at de spenner over et mangfold av målgrupper og dekker alle kategorier av områdene i ICF. De vurderingsredskapene som norske ergoterapeuter anvender mest, er knyttet til somatisk og eldres helse. Det kan tyde på at velkjente og velprøvde vurderingsredskaper brukes mest innen hverdagsrehabilitering og demensutredning.

Nøkkelord: Ergoterapi, kunnskapsbasert praksis, medlemsundersøkelse, undersøkelses- og vurderingsredskaper.

Innledning

Bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper er sentralt i ergoterapi praksis (Kielhofner, 2008; Townsend & Polatajko, 2007) og som en del av kunnskapsbasert praksis (Unsworth, 2011). Et stort antall standardiserte vurderingsredskaper er tilgjengelig. Hvilke av disse norske ergoterapeuter velger å bruke har ikke tidligere vært kartlagt.

Kartlegging og evaluering er sentrale begrep knyttet til klinisk bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper i ergoterapi (Laver-Fawcett, 2007). Kartlegging defineres som den komplekse prosessen for å få en brukerprofil som blant annet kan omfatte roller, verdier, interesser, behov og prioriteringer (Laver-Fawcett, 2014). Her er det nødvendig å forstå sammenhengen mellom en persons kroppsfunksjoner og -strukturer, aktivitet, deltakelse, omgivelsesfaktorer og personlige faktorer (WHO, 2001). Kartlegging og vurdering gjennomføres vanligvis på ulike tidspunkter i en ergoterapi prosess, slik som ved innledende fase for å kartlegge baseline og sette mål, for å undersøke respons på og evaluering av tiltak og ved eventuell oppfølging (Laver-Fawcett, 2014). Videre, i henhold til Laver-Fawcett, er evaluering en viktig komponent i en større kartleggingsprosess for å undersøke om intervensjonen har gitt ønsket resultat. Begrepet «kartlegging» forstås av enkelte som den vurderingen som gjøres initialt, for eksempel ved oppstart av en ergoterapi prosess. Del to av resultater fra vår egen medlemsundersøkelse viste at 72,1 prosent brukte undersøkelses- og vurderingsredskaper i tilknytning til innledende vurdering (Bonsaksen et al., 2015).

Vi har i denne artikkelen valgt å bruke begrepene undersøkelses- og vurderingsredskaper eller bare vurderingsredskaper for å variere språket. I begge disse begrepene inkluderer vi da kartleggingsredskaper, undersøkelsesredskaper og evalueringsredskaper.

De fleste undersøkelses- og vurderingsredskaper som er relevante å bruke i ergoterapi praksis, er utviklet utenfor Norge og skrevet på engelsk. Dette innebærer at kulturelle forhold kan utgjøre en begrensning for bruk i Norge. Det er derfor viktig å være oppmerksom på slike forhold som kan påvirke validiteten til redskapet når det brukes i en annen kultur enn der det er utviklet. Dette er særlig relevant når det er aktivitet og deltakelse som vurderes, fordi meningen som er tillagt aktiviteter, og måten de gjennomført på, kan være ulik (Ballinger & Wiles, 2001).

Det er gjort få undersøkelser om hvilke vurderingsredskaper som er mest brukt av ergoterapeuter,

og hva disse dekker. Vi kjenner til to studier fra USA. En mindre studie ble gjennomført i tilknytning til AOTAs årlige konferanse i North Carolina (Alotaibi, Reed & Nadar, 2009). I alt 260 ergoterapeuter deltok. Deltakerne fordelte seg relativt likt på de tre største arbeidsområdene: geriatri, pediatri og fysiske funksjonsnedsettelse. Resultatene presenterte de ti mest brukte vurderingsredskapene innen hvert arbeidsområde og konkluderte med at de fleste av disse var rettet mot kroppsfunksjoner. En annen undersøkelse, også fra USA, var en survey fra 2012 (Piernik-Yoder & Beck, 2012). Spørreundersøkelsen ble sendt til 5000 ergoterapeuter og oppnådde en respons på 16 % (n=794). I underkant av halvparten av ergoterapeutene i denne undersøkelsen arbeidet i «school based practice», og vel en tredjedel jobbet med voksne og eldre. Deltakerne rapporterte bruk av i alt 136 ulike undersøkelses- og vurderingsredskaper. Resultatene viste at disse ble mest brukt av ergoterapeuter som jobbet med barn. Undersøkelsen bekreftet resultatet fra studien til Alotaibi og kollegaer (2009), nemlig at vurderingsredskapene i hovedsak fokuserte på kroppsfunksjoner og i liten grad aktivitet og deltakelse.

På nettsidene til Ergoterapeutene har det i flere år vært en oversikt over relevante undersøkelses- og vurderingsredskaper (www.ergoterapeutene.org). Listen oppdateres jevnlig. Tilbakemeldinger tyder på at oversikten er nyttig og mye brukt, både av ergoterapeuter og andre profesjoner. Vurderingsredskapene på denne nettsiden er klassifisert i henhold til hvilket område som dekkes: kroppsfunksjoner og -strukturer, aktivitet, deltakelse, omgivelsesfaktorer eller personlige faktorer (WHO, 2001).

Det ble gjennomført en spørreundersøkelse blant norske ergoterapeuter (n=1284) i 2013. I alt 949 (73,9 prosent) oppga at de brukte undersøkelses- og vurderingsinstrumenter, og 60 prosent brukte slike daglig eller ukentlig (Hagby et al., 2014). De som hyppigst brukte slike vurderingsredskaper, var ergoterapeuter med spesialistgodkjenning, og da hovedsakelig innenfor somatisk og eldres helse. Når vi nå vet at nær to tredjedeler av norske ergoterapeuter bruker ulike vurderingsredskaper (Hagby et al., 2014), skal vi se nærmere på hvilke dette i hovedsak er, og hva som karakteriserer dem. Spørreundersøkelsen tok utgangspunkt i oversikten over vurderingsredskaper fra Ergoterapeutenes nettside.

HENSIKT

Hensikten med denne artikkelen er å belyse 1) hvilke

undersøkelles- og vurderingsredskaper som brukes av norske ergoterapeuter, 2) hvilke målgrupper de er rettet mot, og 3) hvilke områder redskapet dekker, basert på klassifisering i ICF.

Metode

Opplegget for undersøkelsen er tidligere beskrevet i Ergoterapeuten (Hagby et al., 2014). I alt 1286 medlemmer deltok, 92 prosent var kvinner, og gjennomsnittsalder var 42 år.

For denne delen av undersøkelsen ble oversikten over undersøkelses- og vurderingsredskaper fra nettsiden til Ergoterapeutene per desember 2013 brukt for avkryssing i spørreundersøkelsen (se <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Verktoey-og-redskap/Redskap>). Det er 65 ulike vurderingsredskaper i listen. Det spørsmålet i undersøkelsen som var relevant for denne artikkelen, var «Hvilke av disse redskapene benytter du deg av? Velg gjerne flere». Listen inneholdt også muligheten for å krysse av og spesifisere «andre eller hjemmelagde». I tillegg var det et felt for kommentarer.

ANALYSE

Det ble gjort en kvantitativ analyse av svarene fra spørreundersøkelsen med frekvens- og prosentberegninger. I tillegg ble det utført en innholdsanalyse (Creswell, 2014) av tilleggskommentarer (i alt 14 sider med linjeavstand 1) på vurderingsredskaper som ble brukt. Strategien var å rangere disse sammen med de som var registrert i avkryssningsskjemaet. Tilleggskommentarene inneholdt flere av de samme vurderingsredskapene som inngikk i avkryssningslisten. Det var derfor uvisst om disse kom i tillegg til listen eller istedenfor.

Den endelige rangeringen viste hvor mange som anvendte ulike vurderingsredskaper. Vi valgte å se nærmere på vurderingsredskaper som ble brukt av >50, og dette omfattet 20. Disse ble klassifisert i henhold til brukergruppe og ICF-kategori på bakgrunn av tilgjengelig informasjon om dette på Ergoterapeutenes nettside.

ETIKK

Deltakelse i undersøkelsen var frivillig, og samtykke til å delta ble implisitt forstått for de som valgte å delta. Undersøkelsen samlet ikke personidentifiserende informasjon og ble derfor ikke meldt til formell vurdering av ivaretagelse av personvern hensyn (Somby & Segadal, 2014).

Resultater

I alt 949 av 1286 ergoterapeuter svarte at de brukte undersøkelses- og vurderingsredskaper. Det var totalt 4281 responser på spørsmål om undersøkelsen. Av disse var 3710 avkryssninger på listen, og 571 responser som omfattet «andre eller hjemmelagde». Av listen på 65 vurderingsredskaper som spørreundersøkelsen hadde oppgitt, var det fire som ikke ble rapportert i bruk.

Vi valgte å konsentrere resultatene om vurderingsredskaper som ble brukt av flere enn 50 ergoterapeuter. Dette var 20 vurderingsredskaper. Disse «Topp 20» er presentert i Tabell 1 sammen med ICF-kategori og hvilken brukergruppe de henvender seg til.

Diskusjon

Denne delen av medlemsundersøkelsen søkte å besvare spørsmålet om hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper som brukes av norske ergoterapeuter. Resultatet omfattet et stort antall mer og mindre kjente vurderingsredskaper, og vi har valgt å diskutere resultatet med utgangspunkt i de 20 mest brukte.

Det var to vurderingsredskaper som utpekte seg på listen (se tabell 1). I alt 515 ergoterapeuter rapporterte at de brukte Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (Law, Baptiste, McColl, Polatajko & Pollock, 2008), det vil si noe mer enn halvparten. Noe mindre enn halvparten svarte at de brukte Mini Mental Status Evaluering (MMSE) (Stobel & Engedal, 2009). Den følgende diskusjonen vil fokusere på de som ble mest brukt, hva som karakteriserer dem når det gjelder ICF-kategori og brukergruppe, og hva som kan forklare at så mange bruker disse.

Det mest brukte vurderingsredskapet var COPM (Law et al., 2008). Det ble brukt av i alt 515 ergoterapeuter. COPM er basert på Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) og utføres som et semi-strukturert intervju. Dette redskapet kan brukes til alle diagnosegrupper og aldersgrupper over syv år. For yngre barn eller mennesker med kognitiv svikt kan COPM brukes sammen med en omsorgsperson. Redskapet måler ICF-kategoriene aktivitet og deltakelse. COPM brukes i hverdagsrehabilitering og defineres som et pasientspesifikt vurderingsredskap fordi man aktivt etterspør hans eller hennes vurdering av hva som er viktige, men utfordrende aktiviteter i hverdagen (Klokkeud, Sand-Svartrud & Kjekken, 2014).

Det er ikke krav om kurs i COPM for å kunne anvende redskapet. NRRK har arrangert mange kurs

	Undersøkelses og vurderingsredskap	Målgruppe	Prosent av n=989	ICF-Kategori
1	Canadian Occupational Performance Measure; COPM	Alle	515 (54.2 prosent)	Aktivitet, Deltakelse
2	Mini Mental Status Evaluering, MMSE	Eldre/demensutredning	428 (45.1 prosent)	Kroppsfunksjoner, Aktivitet
3	Sunnaas ADL-indeks	Voksne og eldre	234 (24.6 prosent)	Aktivitet, Deltakelse
4	Demensutredning i kommunehelsetjenesten (flere redskaper)	Eldre/demensutredning	231 (24.3 prosent)	Kroppsfunksjoner, Aktivitet
5	Interessesjekkliste (MoHO og NRRK)	Ungdom og voksne	228 (24.0 prosent)	Aktivitet, Deltakelse
6	Barthel Index	Voksne	188 (18.8 prosent)	Aktivitet, Deltakelse
7	Kartlegging av Daglige Aktiviteter (KDA), Occupational Questionnaire (OQ)	Ungdom og voksne	165 (17.3 prosent)	Aktivitet, Deltakelse
8	The Rivermead Behavioral Memory Test (RBMT)	Alle aldre fra fem år	157 (16.5 prosent)	Kroppsfunksjoner, Aktivitet
9	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS)	Alle aldre fra tre år	134 (14.1 prosent)	Kroppsfunksjoner, Aktivitet
10	Goal Attainment Scaling (GAS)	Alle	112 (11.8 prosent)	Aktivitet, Deltakelse
11	Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)	Barn	98 (10.3 prosent)	Aktivitet, Deltakelse, Miljøfaktorer
12	Movement Assessment Battery for Children (Movement ABC-2)	Barn	85 (8.9 prosent)	Kroppsfunksjoner, Aktivitet
13	GRIPPIT	Alle	81 (8.1 prosent)	Kroppsfunksjoner
14	Trandex	Demensutredning	68 (7.1 prosent)	Kroppsfunksjoner, Aktivitet
15	ADL-taksonomi	Alle aldre	66 (6.9 prosent)	Aktivitet, Deltakelse
16	Bygg for alle. Temaveiledning om universell utforming	Alle	64 (6.7 prosent)	Miljøfaktorer
17	Nordisk Stroke Driver Screening Assessment (NorSDSA)	Voksen	64 (6.7 prosent)	Kroppsfunksjoner, Aktivitet
18	Tilgjengelige bygg og uteområder	Alle	58 (6.1 prosent)	Miljøfaktorer
19	Manual Ability Classification System (MACS)	Barn	53 (5.5 prosent)	Kroppsfunksjoner, Aktivitet
20	Assisting Hand Assessment (AHA)	Barn	52 (5.4 prosent)	Aktivitet, Deltakelse

Tabell 1: Rangering av «Topp-20», de mest brukte undersøkelses- og vurderingsredskapene blant norske ergoterapeuter, relatert til målgruppe og ICF-kategori.

for norske ergoterapeuter. Det er rimelig å anta at mange har kunnskap om COPM fra både utdanning og kurs, og at redskapet av den grunn er kjent og brukes av mange. Videre er det sannsynlig at Helsedirektoratets initiativ til en landsomfattende evaluering av Hverdagsrehabilitering i kommunene også har betydning for bruk av COPM. I prosjektet «Modeller for hverdagsrehabilitering» gis det støtte til kommuner som vil delta i evaluering av Hverdagsrehabilitering (<http://helsedirektoratet.no/tilskudd/Sider/modeller-for-hverdagsrehabilitering-2014.aspx>). En av forpliktelsene er at COPM anvendes i de tiltakene som kommunene prøver ut. Prosjektet legger opp til undervisning og veiledning, inkludert innføring i bruk av COPM.

Mini Mental Status Evaluering (MMSE) er ett av flere redskaper som inngår i «Demensutredning i kommunehelsetjenesten» som er utviklet av Nasjonalt kompetansesenter for Aldring og Helse. I alt 428 ergoterapeuter rapporterte at de brukte MMSE, mens om lag en fjerdedel oppga at de brukte hele demensutredningen. MMSE har en revidert norsk versjon, MMSE-NR (Stobel & Engedal, 2009). Klokke-testen (KT-NR) og Trail making test A og B (TMT-A, TMT-B) måler ICF-kategoriene kroppsfunksjoner og aktivitet. De inngår ofte i demensutredning, men brukes også ved kartlegging etter hjerneslag og vurdering av kognitiv egnethet ved bilkjøring (Bystad & Stobel, 2013). Både MMSE-NR, KT-NR og TMT A og B kan lastes ned fra www.aldringoghelse.no eller

www.helsebiblioteket.no. Våre resultater viste også at en del brukte Klokketesten separat. Det kan derfor være noe usikkerhet knyttet til tolkningen av dette resultatet dersom informantene har registrert den flere steder. Til tross for dette kan det tyde på at mange ergoterapeuter er involvert i undersøkelser og vurdering av kognitiv svikt og demens og bruker vurderingsredskaper i dette arbeidet. Andelen av de eldste eldre er økende i samfunnet (St.meld. 25: 2005-2006), og tidlig oppdagelse av kognitiv svikt og igangsetting av hensiktsmessige tiltak er viktig (Bystad & Stobel, 2013). I tillegg til demensutredning hvor de nevnte testene brukes, er det også utbredt bruk av disse i utredning av personer med hjerneslag. Flere av landets slagenheter/slagseksjoner bruker «screening-pakker» som en del av utredning og diagnostisering i akutt fase etter slag. Ofte er det da ergoterapeuten i slagteamet som utfører MMSE og Klokketest, samt TMT-A og B.

I tillegg til COPM, MMSE og Demensutredning i kommunehelsetjenesten er det Sunnaas ADL-indeks og interessesjekklistene (MoHO og NRRK) som utgjør de fem mest anvendte redskapene. Hagby et al. (2014) viste at det var i tilknytning til ergoterapipraksis innen somatisk og eldres helse at vurderingsredskaper ble mest brukt. De fem som her er avdekket som de mest brukte, ser ut til å gjenspeile dette. Det kan tyde på at hverdagsrehabilitering og demensutredning er vesentlige områder innen somatisk og eldres helse for norske ergoterapeuter. På disse områdene brukes velkjente og velprøvde vurderingsredskaper mest.

Videre ser vi at åtte av de 20 mest brukte vurderingsredskapene som norske ergoterapeuter anvender, dekker områdene kroppsfunksjoner og aktivitet, mens åtte dekker aktivitet og deltakelse, og tre også omfatter omgivelsesfaktorer. Dette danner en kontrast til resultatene fra de to amerikanske undersøkelsene, som viste at vurderingsredskapene som ble brukt, forholdt seg til kroppsfunksjoner

(Alotaibi, Reed & Nadar, 2009; Piernik-Yoder & Beck, 2012). I de amerikanske undersøkelsene framstod pediatri eller «school based practice» som et betydelig arbeidsområde. Våre resultater viser at fire av de 20 mest brukte vurderingsredskapene er spesielt rettet mot barn, og noen av de øvrige inkluderer ungdom. Dessuten antar vi at COPM og Interessesjekklistene brukes mye i ergoterapi for barn og unge. Bare 8,4 prosent av ergoterapeutene i undersøkelsen jobber med barns helse (Hagby et al., 2014). Det kan derfor tyde på at disse i stor grad bruker undersøkelses- og vurderings-

redskaper, i likhet med sine amerikanske kollegaer.

For øvrig er det uklart hvordan vi kan tolke resultatene av de mange mer og mindre ukjente og «hjemmelagde» vurderingsredskapene som brukes av noen få. Det kan være at noen jobber innenfor områder der spesielle vurderingsredskaper er aktuelle. Den store mengden mer ukjente og «hjemmelagde» vurderingsredskaper kan også gi inntrykk at mange bruker «litt av hvert» i sin praksis. I så fall kan det stilles tvil om det utøves kunnskapsbasert praksis, og om det reflekterer liten kompetanse på velkjente, velprøvde, kulturelt validerte vurderingsredskaper.

BEGRENSNINGER

Resultatene som er presentert i denne artikkelen, bygger på svar fra ett av spørsmålene i undersøkelsen. Det er noe usikkerhet knyttet til samsvaret mellom responsene på avkrysningene og de som er i kommentarfeltet. Det er imidlertid minst usikkerhet knyttet til responsene på de mest brukte redskapene, og spesielt de 20 som brukes av flere enn 50 ergoterapeuter.

KONKLUSJON

Norske ergoterapeuter bruker mange og ulike undersøkelses- og vurderingsredskaper. Vi konsentrerte resultatene om de redskapene som ble oppgitt i bruk av flere enn 50 ergoterapeuter. Disse 50 dekker ulike brukergrupper og alle områdene i ICF. De mest brukte vurderingsredskapene er velprøvde og velkjente. Det kan tyde på at mange norske ergoterapeuter bruker velkjente og velprøvde vurderingsredskaper innen hverdagsrehabilitering og demensomsorg. Det er derimot noe usikkerhet knyttet til enkeltbruk av mer ukjente og «hjemmelagde» vurderingsredskaper.

Takk til alle ergoterapeutene som deltok i medlemsundersøkelsen!

Referanser

- Alotaibi, N.M., Reed, K., & Nadar, M.S. (2009). Assessments used in occupational therapy practice: An exploratory study. *Occupational Therapy in Healthcare*, 23(4), 302-318.
- Ballinger, C., & Wiles, R. (2001). A critical look at evidence-based practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(5), 253-255.
- Bonsaksen, T., Hagby, C., Solbakken, A.I., Horghagen, S., Sveen, U., Dolva, A-S., & Thyness, E.M. (2015). I hvilke situasjoner bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: Del 2. *Ergoterapeuten*, 58(2), 38-42
- Bystad, M., & Stobel, C. (2008). Demensutredning ved hjelp av

- MMSE-NR, Klokketesten og pårørendeskalaer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 50(1), 7-11.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative & mixed methods approaches* (4 ed.). Los Angeles: SAGE.
- Ergoterapeutene (2008). Kompetanser i ergoterapi. Lastet ned fra <http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse#sthash.2TCJOEyg.dpufMål>
- Hagby, C., Bonsaksen, T., Dolva, A.-S., Horghagen, S., Sveen, U., Solbakken, A.I., & Thyness, E.M. (2014). Bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper? Resultater fra medlemssundersøkelsen i 2013: Del 1. *Ergoterapeuten*, 57(4), 22-27.
- Kielhofner, G. (2008). *A Model of Human Occupation. Theory and Application*. (4 ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Klokkeud, M., Sand-Svartrud, A.-L., & Kjekken, I. (2014). Fra ord til handling – om teori og praksis i rehabilitering. *Ergoterapeuten*, 57(3), 42-49.
- Laver-Fawcett, A.J. (2007). *Principles of assessment and outcome measurement for occupational therapists and physiotherapists : theory, skills and application* Chichester: Wiley.
- Laver-Fawcett, A.J. (2014). Routine standardised outcome measurement to evaluate the effectiveness of occupational therapy interventions: essential or optional? *Ergoterapeuten*, 57(4), 28-37.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Polatajko, H., & Pollock, N. (2008). *Canadian Occupational Performance Measure (Manual, norsk versjon)*. 4 ed. Nasjonal Kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering. Diakonhjemmet Sykehus.
- Piernik-Yoder, B., & Beck, A. (2012). The use of standardized assessments in occupational therapy in the United States. *Occupational Therapy in Healthcare*, 26(2-3), 97-108.
- Somby, A.M., & Segadal, K.U. (2014). Personvernenssyn og etiske problemstillinger ved publisering av fagartikler I Ergoterapeuten. *Ergoterapeuten*, 57(2), 44-49.
- St.meld. nr. 25 (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. Oslo: Helse og Omsorgsdepartementet.
- Strobel, C., & Engedal, K. (2008). *MMSE-NR. Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering. Revidert og utvidet manual*. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for Aldring og Helse.
- Townsend, E.A., & Polatajko, H.J. (2007). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Unsworth, C.A. (2011). Evidence-based practice depends on the routine use of outcome measures. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(5), 209.
- World Health Organization (WHO). (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.



ARJOHUNTLEIGH
GETINGE GROUP

Det manglende leddet
for sikker pasienthåndtering
er her



www.ArjoHuntleigh.no

Norsk oversettelse og tilpasning av Occupational Questionnaire: Kartlegging av Dine Aktiviteter (KDA)

Av Tore Bonsaksen, Anne Lund, Brian Ellingham, Ratna A. Hussain, Margrit R. Meier og Unni Sveen

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

Anne Lund er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag. E-post: anne.lund@hioa.no

Brian Ellingham er ergoterapeut og høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag. E-post: brian.ellinghan@hioa.no

Ratna A. Hussain er ergoterapeut og høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag. E-post: ratna.hussain@hioa.no

Margrit R. Meier er ortopediingeniør og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag. E-post: margrit-r.meier@hioa.no

Unni Sveen er ergoterapeut og professor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag; seniorforsker ved Oslo Universitetssykehus, Klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering. E-post: unni.sveen@hioa.no

Det er ingen uenigheter mellom forfatterne om rettigheter til artikkelen.

NORSK OVERSETTELSE OG TILPASNING AV OCCUPATIONAL QUESTIONNAIRE: KARTLEGGING AV DINE AKTIVITETER (KDA)

Abstract

The Occupational Questionnaire (OQ) is an instrument used in registration and assessment of activities to investigate the subjective qualities of activities, originally developed in the USA in 1986. Later on, the instrument has been translated into many languages and has been used in occupational therapy research, education, and practice. Previous Norwegian translations of the OQ appear not to have adhered to established procedures and standards for translation and cross-cultural adaption of instruments. The aim of this article is to describe the process of developing a Norwegian version of the OQ, a process performed in line with recommended procedures for cultural translation and adaptation of patient reported outcome measures. The process included using two pilot samples (total n = 85) to investigate the feasibility of two consecutive versions of the translated OQ. With this article, the end product, Kartlegging av Dine Aktiviteter (KDA), is launched as a relevant instrument for activity registration and assessment of the subjective qualities of activities, for use among occupational therapists and occupational therapy researchers in Norway.

Keywords: Occupational Questionnaire, assessment, activity registration, instrument translation, cross-cultural adaptation.

Innledning

Ergoterapeutisk praksis tar utgangspunkt i at det er en sammenheng mellom aktiviteter vi gjør i hverdagen, og hvordan vi trives (Kielhofner, 2008). Sykdom, traumatiske hendelser eller aldringsforandringer kan redusere våre muligheter til å utføre aktiviteter i hverdagen. Ergoterapeuter bistår personer som har ulike typer av aktivitetsproblemer med å delta i hverdags- og samfunnsliv, blant annet ved å undersøke personens interesser, preferanser og motivasjon (Kielhofner, 2008). En slik praksis støttes ved at ergoterapeuter bruker vitenskapelig utprøvde redskaper for å undersøke hvilke aktiviteter folk gjør, og hvordan de oppfatter dem. I 1986 ble *Occupational Questionnaire* (OQ) lansert som et slikt redskap i USA (Smith, Kielhofner, & Watts, 1986).

OQ er et selvrapporteringsredskap som brukes slik at personen først registrerer aktiviteter han eller hun gjør i løpet av en vanlig hverdag, for deretter å klassifisere den enkelte aktiviteten som arbeid, daglige gjøremål, fritid eller rekreasjon, eller hvile. Videre bes personen – for hver oppførte aktivitet – om å registrere på en fempunkts skala hvor godt han eller hun mestrer aktiviteten, hvor viktig den er, og hvor godt han eller hun liker den. Med bakgrunn i Model of Human Occupation (MOHO) er OQ ment å skape innsikt i personens viljesystem knyttet til mestringsevne, interesser og verdier erfart i den enkelte aktiviteten (Kielhofner, 2008). I tillegg bidrar OQ med forståelse av personens vanesystem (bruk av tid) og om deltakelse i aktiviteter kategorisert som arbeid, fritid, egenomsorg og hvile.

Med et teoretisk utgangspunkt i MOHO vil god livskvalitet innebære at vi i hverdagen opplever en god balanse mellom ulike typer av aktiviteter, og at aktivitetene vi gjør, stort sett oppleves som passe utfordrende, betydningsfulle og tilfredsstillende (Kielhofner, 2008). Empiriske studier med bruk av OQ har på ulike måter støttet opp om disse antakelsene. I den første studien av eldre (mellom 65 og 99 år), hvor verktøyet OQ ble lansert, fant man en positiv sammenheng mellom tilfredshet i livet og hver av de tre motivasjonsfaktorene mestring, verdi og interesse (Smith et al., 1986). I tillegg fant man at gruppen av personer med høy tilfredshet brukte mer tid på arbeid og fritid, mens gruppen av personer med lav tilfredshet brukte mer tid på hvile og daglige gjøremål. En senere studie med 45 deltakere med alvorlige psykiske lidelser fant liknende sammenhenger: Livskvalitet var assosiert med mestring av aktiviteter klassifisert som hvile og daglige

gjøremål, og med glede i aktiviteter klassifisert som arbeid og hvile (Aubin, Hachey, & Mercier, 1999). Nylig fant man i en studie av 128 voksne personer med fedme at det var betydningsfullt for deltakerne å utføre aktiviteter de mestret godt, og som de likte (Forhan, Law, Vrkljan, & Taylor, 2011). Med disse funnene gis en viss støtte til antakelsene i MOHO.

Den øvrige forskningen med OQ ser ut til å ha inkludert relativt få deltakere. En studie av fem personer med schizofreni (fire kvinner og én mann) som var innlagte ved en sikkerhetsavdeling, fant at deltakerne brukte storparten av tiden på aktiviteter som de opplevde som verdifulle og interessante, og som de mestret (Stewart & Craik, 2007). Opplevd mestring, verdi og interesse var også sterkt relaterte til hverandre (korrelasjonsmålet r varierte mellom 0.49-0.60), noe som støtter det teoretiske utgangspunktet om at vi helst velger aktiviteter som vi mestrer, som er betydningsfulle for oss, og som vi finner glede i. Betydningen av miljøet er også blitt fremhevet som en viktig faktor med tanke på å forstå personers aktivitetsmønstre. En studie undersøkte aktivitetsmønstrene blant fem hjemmeboende eldre før og etter boligtilpasning (Niva & Skär, 2006). Etter boligtilpasningen hadde deltakerne økt sitt aktivitetsnivå utenfor hjemmet, og de sov mindre på dagtid og sov bedre om natten. De utførte også flere og nye aktiviteter, og de oppfattet aktivitetene de utførte som viktigere enn før.

Resultatene fra OQ i andre studier har vist variasjon. Det har vært vanskelig å registrere gruppeforskjeller og endring over tid, og det har vært vanskelig å konkludere med tanke på den betydningen en eventuell endring kan ha for andre forhold. Dette gjelder for eksempel studier hvor OQ er benyttet i behandlingsprogrammer for voksne med reumatoid artritt (Furst, Gerber, Smith, Fisher, & Shulman, 1987), for voksne med multippel sklerose (Cahill, Connolly, & Stapleton, 2010), for barn med angst

KDA

- › Kartlegging av Dine Aktiviteter (KDA) kan skaffes gratis tilveie ved henvendelse til forfatterne, som alle er ansatte ved Høgskolen i Oslo og Akershus (se www.hioa.no).
- › KDA er fritt tilgjengelig for bruk i ergoterapifaglig praksis, utdanning og forskning.

(Tokolahi, Em-Chhour, Barkwill, & Stanley, 2013) og i studier hvor ungdom med psykisk lidelse er blitt sammenliknet med friske jevnaldrende (Smyntek, Barris, & Kielhofner, 1985).

OQ er tidligere oversatt til flere språk, også til norsk (Ellingham, 1992a; Klokkeud & Larsson, 2004), og det har blitt brukt i sammenheng med undervisning i en årrekke (Ellingham, 1992b). Redskapet oppfattes som høyaktuelt for ergoterapeutisk praksis. Det gir en detaljert oversikt over hvilke aktiviteter en person gjør på en vanlig dag, og i hvilken grad personen opplever motiverende forhold som mestring, verdi og glede i forbindelse med disse aktivitetene. Dette er essensiell informasjon som ligger til grunn for en personsentrert intervensjon innen ergoterapeutisk praksis. KDA er også blitt brukt i flere forskningsstudier internasjonalt, mens det i norsk sammenheng fortsatt er behov for redskaper til bruk i aktivitetskartlegging. Prosessen med å utvikle tidligere norske oversettelser av OQ holder imidlertid ikke nåtidens kvalitetskrav, som innebærer å følge relativt rigide prosedyrer for oversettelse og krysskulturell tilpasning (Wild et al., 2005). Behovet for en kultursensitiv tilpasning kommer også som en følge av at det snart er 30 år siden OQ ble utviklet, og at betydelige kulturelle endringer kan ha skjedd i løpet av denne tiden.

Hensikt

Hensikten med denne artikkelen er å beskrive prosessen med å utvikle en ny, kulturelt tilpasset norsk versjon av Occupational Questionnaire, og å beskrive den nye versjonen av redskapet Kartlegging av Dine Aktiviteter (KDA).

Metode for utviklingen av Kartlegging av Dine Aktiviteter (KDA)

Oversettelses- og tilpasningsprosessen med OQ ble gjennomført i ti trinn, som tidligere anbefalt i forbindelse med oversettelse og tilpasning av kartleggingsredskaper på tvers av språklige og kulturelle grenser (Wild et al., 2005). Trinnene i prosessen omfatter:

- 1 forberedelser
- 2 utforming av flere oversettelser
- 3 konsensus om en oversettelse
- 4 tilbakeoversettelse til originalspråket
- 5 vurdering av tilbakeoversettelsen
- 6 harmonisering i tilfeller av uoverensstemmelser mellom originalredskapet og tilbakeoversettelse
- 7 kognitiv debriefing i form av en pilotstudie

- 8 vurdering av funn fra pilotstudien og ferdigstilling av oversettelsen
- 9 korrekturlesning
- 10 avsluttende rapport og publisering av det oversatte redskapet

Denne artikkelen representerer trinn ti i prosessen. Hvert av trinnene vil beskrives mer i detalj under, og en oversikt over prosessen fremkommer i Tabell 1.

TRINN 1: FORBEREDELSE

I den første fasen undersøkte vi om det var gjort revisjoner av det originale redskapet (Smith et al., 1986). Vi søkte på internettsiden til MOHO Web (tidligere MOHO Clearinghouse), et nettsted som drives ved University of Illinois at Chicago med hensikten å fremme MOHO-basert praksis og forskning (MOHO Web, 2014). Her fant vi kun redskapet fra 1986, og dette var fritt nedlastbart etter innlogging på nettstedet.

Gjennom litteratursøk om OQ fant vi en studie fra Australia som rapporterte om utvikling og psykometrisk evaluering av en modifisert versjon av OQ omtalt som Modified Occupational Questionnaire (MOQ) (MOQ; Scanlan & Bundy, 2011). MOQ har modifisert det originale OQ på en rekke områder. Med MOQ har Scanlan og Bundy utvidet klassifikasjonssystemet for aktiviteter og plassert alle kategoriene på en skala av «workliness», som betegner deres grad av likhet eller ulikhet med arbeid. Aktivitetenes mening undersøkes videre i MOQ med spørsmål knyttet til personens grunner for å utføre hver enkelt aktivitet. I tillegg etterspørres hvordan personen selv verdsetter aktivitetene, og hvordan han eller hun oppfatter at de er verdsatte i samfunnet. Svarkategoriene er også endret fra det originale OQ, og tidsregistreringen er endret til å gjelde hele timer (Scanlan & Bundy, 2011).

Etter disse forberedende undersøkelser fant vi at endringene som er blitt utviklet gjennom MOQ, er relativt omfattende, og dette instrumentet trenger videre validering med aktuelle brukergrupper. MOHO Web oppgir fortsatt det originale OQ som gjeldende MOHO-baserte redskap for registrering av aktivitet og tilknyttede motivasjonsfaktorer. Vi valgte derfor å bruke det originale OQ som et utgangspunkt for vårt videre arbeid.

TRINN 2-4: OVERSETTELSE, KONSENSUS OG TILBAKEOVERSETTELSE

Forfatter 6 og forfatter 1 utformet først hver sine

TRINN	BESKRIVELSE	PROSEDYRE
1	Forberedelse	Forfatter 1 lastet ned originalversjonen av OQ fra https://www.cade.uic.edu/moho/default.aspx . Redskapet er fritt nedlastbart og kan brukes uten vederlag.
2	Oversettelser	Forfatter 1 og forfatter 6 utviklet på selvstendig grunnlag hver sine oversettelser av OQ.
3	Konsensus	De to oversettelsene ble gransket i sammenheng med hverandre, og en felles versjon ble utviklet i et samarbeid mellom forfatter 1 og forfatter 6.
4	Tilbakeoversettelse	Forfatter 4 (som har engelsk som morsmål) oversatte KDA tilbake til engelsk.
5	Vurdering av tilbakeoversettelse	Et ekspertpanel (forfatter 2 og forfatter 3) vurderte tilbakeoversettelsen i sammenheng med originalen.
6	Harmonisering	I tilfeller hvor det ble oppdaget vesentlige forskjeller mellom tilbakeoversettelsen og originalen, ble ordlyden i den norske versjonen tilpasset.
7	Kognitiv debriefing - pilotstudie	Pilotstudie 1 rekrutterte ni personer til å bruke den norske oversettelsen som selvrapportering, og individuelle intervjuer ble foretatt med hver enkelt av dem. Pilotstudie 2 rekrutterte totalt 76 personer til å utføre samme prosedyre med det reviderte KDA, og skriftlige innspill fra disse ble samlet og vurdert.
8	Vurdering av funn fra pilotstudie og ferdigstilling	Innspill fra intervjuene (Pilotstudie 1) og fra de utfylte skjemaene (Pilotstudie 2) ble vurdert, og den norske versjonen av KDA ble ferdigstilt av hele forfattergruppen på bakgrunn av innspillene fra pilotstudiene.
9	Korrektur	En person utenfor forskergruppen leste gjennom den norske KDA-versjonen.
10	Avsluttende rapport og publisering	Norsk versjon av KDA er med denne artikkelen publisert og kan anvendes fritt forutsatt ordinær kildehenvisning.

Tabell 1: Trinnene i oversettelse og tilpasning av KDA (Wild et al., 2005).

oversettelser av OQ. Deretter hadde de to et møte hvor de to oversettelsene ble sammenliknet og ulikheter diskutert. Ulikhetene dreide seg oftest om hvordan man kunne finne språklige uttrykksformer som både var innholdsmessig dekkende i henhold til originalen, og som samtidig ga en enkel og god norsk språkføring. En felles versjon ble utviklet på bakgrunn av diskusjonen. Fellesversjonen av oversettelsen ble oversatt tilbake til engelsk av forfatter 4, som har engelsk som sidestilt førstespråk (sammen med punjabi).

TRINN 5-6: VURDERING OG HARMONISERING VED BRUK AV EKSPERTPANEL

Forfatter 2 og forfatter 3 fungerte som ekspertpanel for å vurdere behovet for endringer etter en sammenlikning av tilbakeoversettelsen og originalen. Forfatter 1, forfatter 4 og forfatter 6 deltok også i denne prosessen og bidro med sine erfaringer og refleksjoner etter det første oversettelsesarbeidet. På dette trinnet i prosessen var det spesielt tre områder som var gjenstand for diskusjon. Det første omhandlet selve tittelen på redskapet. Her ønsket vi å ta hensyn til at en tidligere oversettelse av OQ har vært i vanlig bruk i Norge i en årrekke (Ellingham,

1992a, 1992b), og at den norske tittelen på dette, Kartlegging av Daglige Aktiviteter, i dagligtalen oftest omtales med forkortelsen KDA. Dette ga den føringen at den tittelen som vi ble enige om, helst skulle kunne forkortes på samme måte. Samtidig ønsket vi å skille mellom en betegnelse for daglige aktiviteter eller daglige oppgaver (som en aktivitetskategori) og en betegnelse for aktiviteter generelt. Dette gjorde at vi endret tittelen til Kartlegging av Dine Aktiviteter og beholdt den oftest benyttede forkortelsen KDA.

For det andre ble betegnelsene for kategorier for aktivitet diskutert. Det opprinnelige OQ brukte betegnelsene «work», «daily living task», «recreation» og «rest» (Smith et al., 1986). Litteraturen i ergoterapifaget har mange eksempler på ulike måter å kategorisere aktiviteter på, uten at noen av dem kan sies å ha fått gjennomslag. En alternativ synsmåte er også knyttet til at aktiviteter kan ha ulike dimensjoner ved seg, hvor den fremtredende dimensjonen avhenger av tid, sted og situasjon, uten å kunne kategoriseres som det ene eller det andre (Pierce, 2003). Spesielt kategoriene «daily living task» og «recreation» ble diskutert, og ulike norske betegnelser ble fremmet. Etter diskusjon bestemte vi at «daily living task» skulle ha oversettelsen «dag-

lige aktiviteter», mens «recreation» skulle oversettes med «fritid».

For det tredje ble skalabetegnelsene diskutert, spesielt med tanke på spørsmålet om verdsetting av aktivitetene som registreres. Originalversjonen av QO har for dette spørsmålet skalaen 1 = extremely important, 2 = important, 3 = take it or leave it, 4 = rather not do it, 5 = total waste of time (Smith et al., 1986). Det ble kommentert at originalskalaen benytter uttrykk som kan synes ulikeartede, og at instrumentet dermed ikke er helt konsistent i forsøket på å fange grad av verdsetting på en kontinuerlig skala. Likevel har vi beholdt denne måten å lage en skala på, og har i den norske oversettelsen brukt disse betegnelse: 1 = svært viktig, 2 = viktig, 3 = spiller ingen rolle, 4 = vil helst slippe, 5 = totalt bortkastet tid.

TRINN 7-8: PILOTSTUDIER, REVISJON OG FERDIGSTILLING

To pilotstudier ble gjennomført, hvor vi ønsket innspill til utformingen av KDA, mens vi ikke var interesserte i hvordan personer faktisk hadde fylt det ut. Annen innsamlet informasjon om deltakerne dreide seg kun om alder og kjønn, slik at det ikke ville være mulig å finne tilbake til hvem disse personene var. Forfatterne vurderte det derfor slik at studien forholdt seg til anonyme data som ikke berørte helserelaterte forhold, og at den derfor ikke krevde forhåndsgodkjenning fra regional etisk komite eller personvernombudet for forskning (Sombly & Segadal, 2014).

I pilotstudie 1 ble det utført kognitive intervjuer med en gruppe deltakere etter at de hadde fylt ut KDA. Denne typen intervjuer utføres ofte underveis i prosessen med å oversette undersøkelsesredskaper til nye språk og/eller kulturelle kontekster (Blasimann, Dauphinee, & Staal, 2014; Stavenes, Bolstad, Sveen, & Vaksvik, 2013). Intervjuene har til hensikt å avdekke om spørsmål eller utsagn i det oversatte redskapet forstås likt blant de som svarer på spørsmålene, og om deres forståelse av spørsmålene er i tråd med det som var hensikten til de som utviklet redskapet (Stavenes et al., 2013). Litteraturen angir ulike størrelser på utvalgene som bør brukes i kognitive intervjuer. Price et al (2009) vurderte at en gruppe på fire intervjuere skulle intervjuer minst ti personer hver, mens Wild et al (2005) oppga at en total utvalgsstørrelse på fem til åtte personer generelt gir tilstrekkelig oversikt over hvordan spørsmål oppfattes blant ulike personer. I denne pilotstu-

dien valgte vi å intervjuer et utvalg på ni personer til å prøve ut det oversatte KDA, noe som anses tilstrekkelig i henhold til Wild et al. (2005). Deltakerne var frivillige personer fra forfattergruppens bekjentskapskrets: åtte kvinner i alderen 25 - 60 år og én mann på 54 år. Ett intervju ble av praktiske grunner gjennomført med to deltakere samtidig, mens de øvrige syv intervjuene ble utført individuelt. Intervjuene ble formet med henblikk på å få fram respons på de ulike delene av redskapet: tittelen, instruksjonene og de fire spørsmålene om klassifisering av aktiviteter, mestring, verdi og interesse.

Det samlede inntrykket fra pilotstudie 1 var at tittelen og de fire spørsmålene ble korrekt forstått og fungerte bra for alle, selv om noen hadde innspill til endring av enkelte formuleringer. Det var hovedsakelig to forhold som utvalget mente burde endres. For det første ble en del av instruksjonene oppfattet som kronglete formulert, delvis med utydelig mening. Som en konsekvens er det blitt utført en grundig revisjon av nettopp denne delen av redskapet, dels ved å korte ned teksten, men også ved å foreta en ny språklig vurdering. For det andre mente deltakerne at aktiviteter gjennom hele døgnet burde tas med, og dette ble endret. Også MOQ, som tidligere presentert (Scanlan & Bundy, 2011), utførte denne endringen i sin tilpasning av OQ, som i sin opprinnelige utgave kun ba informanter om å registrere aktiviteter mellom klokken 05.00 og midnatt. I dagens samfunn vil dette føre til at mye aktivitet ikke registreres, for eksempel nattarbeid blant taxisjåfører, kioskmedarbeidere og sykehuspersonale. Hverdagsliv i dagens samfunn viser ofte mindre skarpe skiller mellom aktivitet på dag- og nattetid, og vi valgte derfor å ta med aktivitetsregistreringen gjennom hele døgnet. Noen endringer i layout ble også gjort etter pilotstudie 1. Endringene ble gjort i fellesskap av forfattergruppen.

Pilotstudie 2 rekrutterte et selvselektert utvalg bestående av 76 helsefagstudenter på grunnutdanningsnivå til å fylle ut KDA i revidert form, slik det var blitt formet på bakgrunn av innspillene som ble gitt i den første pilotstudien. Også her ønsket vi innspill til utformingen av KDA, mens vi ikke var interesserte i hvordan personer faktisk hadde fylt det ut. I pilotstudie 2 ble det ikke registrert alder og kjønn på deltakerne, men de var vesentlig unge (mellom 20 og 30 år) og overveiende kvinner. Deltakerne ble her ikke intervjuet, men ble bedt om å skrive ned sine kommentarer til skjemaet, basert på samme mal for spørsmål som benyttet i pilotstudie

ASPEKT VED KDA	SPØRSMÅL TIL DELTAKERNE	FUNN FRA PILOTSTUDIE 1	ENDRINGER ETTER PILOTSTUDIE 1
Tittel	Var tittelen forståelig? Hvis ikke, hva var vanskelig å forstå?	Forståelig og fungerte godt	
Instruksjon	Var instruksjonen forståelig? Hvis ikke, hva var vanskelig å forstå?	Vanskelige formuleringer med utydelig mening	Instruksjonene ble forenklet og forkortet
Registrering av aktiviteter	Hvordan var det for deg å registrere aktivitetene?	Mangler registrering av aktiviteter mellom klokken 24.00 og klokken 05.00	Registrering av aktiviteter ble utvidet til å gjelde hele døgnet
Spørsmål 1	Hvordan var det for deg å vurdere aktiviteter som arbeid, daglige aktiviteter, fritid og hvile?	Forståelig og fungerte godt	
Spørsmål 2	Hvordan var det for deg å svare på hvor godt du gjør ulike aktiviteter?	Forståelig og fungerte godt	
Spørsmål 3	Hvordan var det for deg å svare på betydningen av aktiviteter?	Forståelig og fungerte godt	
Spørsmål 4	Hvordan var det for deg å svare på hvor godt du liker aktiviteter?	Forståelig og fungerte godt	
Andre ting	Hva la du spesielt merke til under utfyllingen av skjemaet? Hva var bra? Hva var ikke bra?	Ingen spesielle merknader	

Tabell 2. Resultater fra pilotstudiene. Pilotstudie 2 resulterte i tilfredsstillende svar fra deltakerne, og ingen videre endringer i KDA ble foretatt.

1. På samme måte som ved intervjuene siktet vi her mot å få fram respons på de ulike delene av redskapet: tittelen, instruksjonene og spørsmålene om aktivitetsklassifisering, mestring, verdi og interesse. Responsen på disse aspektene ved KDA ble skrevet ned rett etter at deltakerne hadde fylt ut skjemaet. De skriftlige innspillene ble gjennomgått og samlet (av forfatter 3 og 4) og deretter diskutert i forfattergruppen i plenum. Funnene viste at deltakerne hadde få innspill til forbedringer av den reviderte versjonen av KDA, og at de rapporterte om tydelige og forståelige spørsmål og instruksjoner på skjemaet. Etter disse pilotstudiene godkjente derfor forfattergruppen det reviderte dokumentet som den norske oversettelsen av OQ. Tabell 2 viser en oversikt over resultatene fra pilotstudiene.

TRINN 9: KORREKTUR

En person utenfor forfattergruppen ble rekruttert til kritisk å gjennomgå den språklige utformingen av den norske oversettelsen. Kun enkelte små endringer ble utført i denne fasen av prosessen. Tabell 3 viser de to første sidene av den ferdigstilte norske versjonen av KDA; resten av redskapet er repeterende ved at tidspunktene for registrering fortsetter (se neste side).

Diskusjon

Hensikten med denne studien har vært å utvikle en kulturelt tilpasset norsk versjon av det opprinnelige OQ. De vesentligste endringene er knyttet til en språklig bearbeiding av instruksjonene for utfylling og at aktivitetsregistreringen er utvidet til å inkludere hele døgnet.

Enkelte sider ved OQ, og vår oversettelse av redskapet, vil vi kommentere spesielt. For det første er det et åpent spørsmål når en aktivitet starter og slutter. Personer som fyller ut KDA, kan velge å registrere aktiviteter på et svært detaljert nivå (innenfor hver halve time i døgnet), eller de kan slå sammen større bolker av tid og registrere én hovedaktivitet innenfor dette tidsrommet. Scanlan et al. (2011) ga instruksjon om at registreringen skulle gjelde innenfor hver hele time. Dette grepet forenkler registreringen, men øker samtidig risikoen for ikke å fange opp kortvarige aktiviteter som kan være viktige for personen. Vi kan også tenke oss at den praktiske nytteverdien av KDA vil reduseres i takt med at aktivitetsdata komprimeres (for eksempel ved at «arbeid» registreres som hovedaktivitet fra klokken 08 til 16).

Et annet tema kan knyttes til spørsmål 1, som dreier seg om kategorisering av aktiviteter som

KARTLEGGING AV DINE AKTIVITETER (KDA)

SLIK GJØR DU:

I dette spørreskjemaet blir du bedt om å registrere dine vanlige daglige aktiviteter og svare på noen spørsmål om disse aktivitetene.

Del 1:

Tenk gjennom hva du gjør på en vanlig ukedag (mandag – fredag). Bruk arbeidsarket som begynner på neste side, og registrer aktivitetene dine fra du våkner. Registrer den hovedaktiviteten du gjør i løpet av hver halve time. En aktivitet kan være alt fra å snakke med en venn, lage mat, spise, dusje, ta et bad, lese, gå tur osv. Hvis du gjør en aktivitet lenger enn en halvtime, ber vi deg registrere det på skjemaet.

Del 2:

Besvar de fire spørsmålene for hver aktivitet ved å sette en ring rundt det tallet som passer best. Først vurderer du om aktivitetene er arbeid, daglige aktiviteter, fritid eller hvile. Vurder deretter hvor bra du utfører aktivitetene, hvor viktige de er for deg, og hvor godt du liker dem.

Arbeid betyr ikke nødvendigvis at du får lønn for aktiviteten. Arbeid kan være produktive aktiviteter som er nyttige for andre mennesker, som for eksempel frivillig arbeid ved et sykehus. Daglige aktiviteter kan omfatte hvordan du ivaretar deg selv, husarbeid og innkjøp. Hvile innebærer for eksempel å sove eller ikke gjøre noe spesielt. Svar så godt du kan på hvert av spørsmålene.

KARTLEGGING AV DINE AKTIVITETER (KDA)

Dato _____ Navn _____ Alder _____

Del 1:		Del 2:			
I denne kolonnen skriver du de aktivitetene du gjør fra halvtimen som starter klokken:		SPØRSMÅL 1 Jeg oppfatter at denne aktiviteten er: 1 arbeid 2 daglige aktiviteter 3 fritid 4 hvile	SPØRSMÅL 2 Jeg synes jeg gjør dette: 1 svært bra 2 bra 3 gjennomsnittlig 4 dårlig 5 svært dårlig	SPØRSMÅL 3 For meg er denne aktiviteten: 1 svært viktig 2 viktig 3 spiller ingen rolle 4 vil helst slippe 5 totalt bortkastet tid	SPØRSMÅL 4 Hvor godt liker du denne aktiviteten: 1 liker den svært godt 2 liker den 3 verken liker eller misliker den 4 misliker den 5 misliker den sterkt
05.00		1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
05.30		1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
06.00		1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
06.30		1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
07.00		1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
07.30		1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
08.00		1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
08.30		1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
09.00		1 2 3 4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5

Tabell 3. Kartlegging av Dine Aktiviteter. Tabellen er forkortet av plasshensyn. KDA skal inkludere alle døgnets timer når redskapet brukes. Redskapet «Occupational Questionnaire» er oversatt av Bonsaksen, T., Lund, A., Ellingham, B., Hussain R.A., Meier, M.R. og Sveen, U. (2014) ut fra originalversjon først publisert i: Smith, N.R., Kielhofner, G., & Watts, J.H. (1986). *The relationship between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly*. *American Journal of Occupational Therapy*, 40(4), 278-283.

arbeid, daglige aktiviteter, fritid og hvile. Kategoriseringen hviler for det første på personens subjektive oppfatning av hvilken aktivitetstype den enkelte aktivitet likner mest på. Dette kan innebære en forenkling, siden mange aktiviteter kan plasseres innenfor flere av disse kategoriene. For eksempel, er aktiviteten «se på TV» en fritidsaktivitet eller hvile? Vi kan også tenke at de fire valgte aktivitetskategoriene ikke vil passe for alle aktiviteter, og at personer som fyller ut KDA, ville ønske en annen og kanskje mer omfattende typologi. I tillegg er det ikke gitt noen definisjon eller eksempler på hva kategorien «fritid» kan innebære av aktiviteter (Smith et al., 1986). Modifikasjonene i MOQ utvidet kategoriene av aktivitet (Scanlan & Bundy, 2011), men dette løser i seg selv ikke utfordringene knyttet til egendefinering av aktiviteter innenfor en typologi. Vi har i vår oversettelse ikke ønsket å endre på kategoriene i originalversjonen (Smith et al., 1986), slik at personer som fyller ut KDA, fortsatt i stor grad vil måtte definere selv hvordan de oppfatter ulike aktiviteter. Vi ser imidlertid at dette kan gi utfordringer, både for den som skal klassifisere egne aktiviteter, men også for terapeuter eller andre som ønsker å fortolke resultatene på individuelt nivå.

Et tredje tema dreier seg om hvorvidt KDA skal beholdes som et redskap for å kartlegge en vanlig hverdag, eller om det skal endres til å gjelde en spesifikk dag. Tidligere bruk av redskapet i Norge har dreid seg om å kartlegge aktiviteter på en bestemt dag (Ellingham, 1992a, 1992b; Klokkeud & Larsson, 2004), og også det nylig modifiserte MOQ endret instruksjonene til at deltakerne skulle fylle ut registreringen med henblikk på dagen i går (Scanlan & Bundy, 2011). Vår oversettelse av KDA er nær opptil originalversjonen også på dette området, ved at vi har beholdt instruksjonene om at det er «en vanlig hverdag» som skal registreres. Det kan være fordele og ulemper med begge måter å bruke redskapet på, men prinsipielt tenker vi at KDA kan brukes på både et spesifikt (dagen i går) og et aggregert (en vanlig hverdag) nivå. Den praktiske konteksten for bruken av KDA vil være bestemmende for hvilke data man ønsker å innhente.

Fremtidig forskning og praksis vil kunne gi mer kunnskap om hvordan KDA kan ha betydning som et redskap for ergoterapeuters kartlegging av aktivitet. Med introduksjonen av dette redskapet oppstår det imidlertid også et særlig behov for å undersøke de psykometriske egenskapene ved KDA, noe som vil

omfatte undersøkelser av både reliabilitet, validitet og responsivitet. Dette er de viktigste kvalitetskravene til et undersøkelsesredskap (Tuntland & Ness, 2014), og vårt arbeid med å utvikle en kvalitetssikret og kulturelt tilpasset norsk versjon av KDA har ikke omfattet slike undersøkelser. Det kan være spesiell grunn til å undersøke hvordan skalaene for mestring, verdi og interesse fungerer, siden dette ikke er kontinuerlige skalaer, og siden ordlyden for de ulike svaralternativene kan synes ulikeartede. I forbindelse med oversettelse av redskaper er det imidlertid behov for å sikre at de fungerer godt også i den nye språklige og kulturelle konteksten (Mokkink et al., 2010). Resultatene fra våre pilotstudier, slik de er gjengitt i denne artikkelen, gir gode holdepunkter for at det tekstlige innholdet i KDA reflekterer innholdet i originalversjonen (OQ), og gir slik en støtte til redskapets umiddelbare innholdsvaliditet (Mokkink et al., 2010).

Denne studien av KDA har styrker knyttet til at kvalitetssikrede prosedyrer er fulgt i oversettelsesprosessen. Stegene i prosessen med oversettelse og krysskulturell tilpasning, beskrevet av Wild et al. (2005), har blitt fulgt på en rigid måte, og vi oppfatter dette som en styrke ved vårt arbeid. Vi har tilstrebet å beskrive den detaljerte prosessen for å synliggjøre metoden. Ekspertgruppen har stor og variert kompetanse innen ergoterapi- og ortopediingeniørfag. I tillegg har ekspertgruppen bred erfaring fra praksis og forskning i nasjonal og internasjonal sammenheng. En begrensning ved studien er gitt ved at vi ikke har benyttet en (eller flere) personer utenfor forfattergruppen til å gjennomføre oversettelse eller tilbakeoversettelse. Dette kan gi en risiko for å overse mangler ved redskapet slik det er blitt utviklet. En annen begrensning er knyttet til en overvekt av kvinner og av personer i aldersgruppen «unge voksne» i pilotstudiene. Det kan derfor være et spesielt behov for senere å undersøke hvordan redskapet oppfattes blant menn og blant personer i eldre aldersgrupper. Samtidig har vi totalt 85 personer i utvalget. Med tanke på at anbefalt utvalg i slike pilotstudier varierer fra fem til åtte deltakere (Wild et al., 2005) og 40 - 50 deltakere (Price et al., 2009), anser vi størrelsen på det totale utvalget i denne studien som en styrke.

Konklusjon

I denne artikkelen har vi gjort rede for fremgangsmåten vi fulgte for å utvikle en norsk versjon av OQ.

Den norske versjonen har fått tittelen Kartlegging av Dine Aktiviteter (KDA). Fremgangsmåten fulgte stegene som beskrevet av Wild et al. (2005) og inkluderte oversettelse, tilbakeoversettelse, konsensusdiskusjoner, to pilotstudier og endelig ferdigstillelse. Pilotstudie 1 ga grunnlag for endringer spesielt knyttet til instruksjonene og til at alle døgnets timer ble inkludert, mens pilotstudie 2 viste at det ikke var behov for videre endringer. Arbeidet har resultert i en ny og kvalitetssikret versjon av KDA som er tilpasset norsk språk og kultur. Det er behov for videre studier av redskapets reliabilitet, validitet og responsivitet.

Takk til sosialpedagog og pensjonert høgskolelektor Kjell Emil Granå, som utførte korrekturlesningen av det oversatte KDA.

Referanser

- Aubin, G., Hachey, R., & Mercier, C. (1999). Meaning of daily activities and subjective quality of life in people with severe mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 6(2), 53-62.
- Blasimann, A., Dauphinee, S. W., & Staal, J. B. (2014). Translation, Cross-cultural Adaptation, and Psychometric Properties of the German Version of the Hip Disability and Osteoarthritis Outcome Score. *Journal of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 44(12), 989-997. doi: 10.2519/jospt.2014.4994
- Cahill, M., Connolly, D., & Stapleton, T. (2010). Exploring occupational adaptation through the lives of women with multiple sclerosis. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 106-115. doi: 10.4276/030802210X12682330090415
- Ellingham, B. (1992a). Kartlegging av daglig aktivitet - et instrument for anvendelse av MMA. *Ergoterapeuten*, 35(10), 34-35.
- Ellingham, B. (1992b). *Kartlegging av daglig aktivitet (Occupational Questionnaire)*. Høgskolen i Oslo. Oslo.
- Forhan, M., Law, M., Vrkljan, B. H., & Taylor, V. H. (2011). Participation profile of adults with class III obesity. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 31(3), 135-142. doi: 10.3928/15394492-20101025-02
- Furst, G. P., Gerber, L. H., Smith, C. C., Fisher, S., & Shulman, B. (1987). A program for improving energy conservation behaviors in adults with rheumatoid arthritis. *American Journal of Occupational Therapy*, 41(2), 102-111.
- Kielhofner, G. (2008). *A Model of Human Occupation. Theory and Application*. (4 ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Klokkeud, M., & Larsson, C. (2004). Kartlegging av aktivitet. Nedlastet 01.09.2014, fra <http://diakonhjemmetsykehus.no/#/diakon/forside/Helsepersonell/nasjonal-kompetanse-tjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering/17371755>
- MOHO Web. (2014). Model of Human Occupation - Theory and Application. Nedlastet 20.06.2014, fra <https://www.cade.uic.edu/moho/default.aspx>
- Mokkink, L. B., Terwee, C. B., Patrick, D. L., Alonso, J., Stratford, P. W., Knol, D. L., . . . de Wet, H. C. W. (2010). The COSMIN study reached international consensus on taxonomy, terminology, and definitions of measurement properties for health-related patient-reported outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 63(7), 737-745. doi: 10.1016/j.jclinepi.2010.02.006.
- Niva, B., & Skär, L. (2006). A pilot study of the activity patterns of five elderly persons after a housing adaption. *Occupational Therapy International*, 13(1), 21-34. doi: 10.1002/oti
- Pierce, D. E. (2003). *Occupation by design*. Building therapeutic power. Philadelphia: F.A. Davis.
- Price, V., Klaassen, R., Bolton-Maggs, P., Grainger, J., Curtis, C., Wakefield, C., Dufort, G., Riedlin, A., Soltner, C., Blanchette, V., & Young, N. (2009). Measuring disease-specific quality of life in rare populations: a practical approach to cross-cultural translation. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 92. doi: 10.1186/1477-7525-7-92
- Scanlan, J. N., & Bundy, A. C. (2011). Development and validation of the modified Occupational Questionnaire. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, e11-e19. doi: 10.5014/ajot.2011.09042
- Smith, N. R., Kielhofner, G., & Watts, J. H. (1986). The relationships between volition, activity pattern, and life satisfaction in the elderly. *American Journal of Occupational Therapy*, 40(4), 278-283.
- Smyntek, L., Barris, R., & Kielhofner, G. (1985). The Model of Human Occupation applied to psychosocially functional and dysfunctional adolescents. *Occupational Therapy in Mental Health*, 5(1), 21-39. doi: 10.1300/J004v05n01_02
- Somby, A. M., & Segadal, K. U. (2014). Personvernshensyn og etiske problemstillinger ved publisering av fagartikler i Ergoterapeuten. *Ergoterapeuten*, 57(2), 44-49.
- Stavenes, A. B., Bolstad, I. H., Sveen, U., & Vaksvik, T. (2013). The Children's Hand-use Experience Questionnaire (CHEQ) - en oversettelse og pågående innholdsvalidering. *Ergoterapeuten*, 56(6), 62-67.
- Stewart, P., & Craik, C. (2007). Occupation, mental illness and medium security: Exploring time-use in forensic regional secure units. *British Journal of Occupational Therapy*, 70(10), 416-425.
- Tokolahi, E., Em-Chhour, C., Barkwill, L., & Stanley, S. (2013). An occupation-based group for children with anxiety. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(1), 31-36. doi: 10.4276/030802213X13576469254694
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: Report of the ISPOR Task Force for translation and cultural adaptation. *Value in Health*, 8(2), 94-104.

Studenter med nedsatt funksjonsevne i profesjonsutdanninger

Eli Langørgen er stipendiat ved Program for Ergoterapeututdanning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Av Else Merete Thyness



**ELI
LANGØRGEN**
STIPENDIAT

– Hva forsker du på?

– Jeg holder på med et prosjekt om studenter med nedsatt funksjonsevne i profesjonsutdanninger. Utdanningsinstitusjonene har ansvar for å legge til rette for at alle skal få likeverdige utdanningsmuligheter, men vi vet at mange møter barrierer. Siden høyere utdanning er en viktig inngangsbillett til arbeidslivet, spesielt for personer med funksjonsnedsettelse, trenger vi mer forskning angående dette temaet. Profesjonsutdanninger skiller seg fra andre akademiske utdanninger ved at en del av studentens opplæring foregår i praksisfeltet. Det betyr blant annet at spørsmål rundt tilrettelegging vil måtte reforhandles gjentatte ganger. Hittil har jeg intervjuet studenter om deres vei inn i og gjennom valgt profesjonsstudium. I neste runde skal jeg samle praksisveiledere og ansatte ved skolene til fokusgruppeintervju for å høre om deres erfaringer og tanker vedrørende tilrettelegging for studenter med spesielle behov.

– Hva er dine hovedfunn?

– Jeg er midt oppe i datainnsamling og analyse, så dette blir veldig foreløpig. Akkurat nå kjenner jeg at jeg sliter litt med begrepet «nedsatt funksjonsevne». Det som slår meg er hvor mye funk-

sjonsevne de studentene jeg har snakket med, faktisk har. Gjennomgående i det empiriske materialet mitt er hvordan de står på for å vise fram sine ressurser, sin kompetanse og ferdigheter, og samtidig forsøker å tone ned «markører» på funksjonsvanskene. Foruten at de selv er proaktive og løsningsorienterte, ser det også ut til at støtte fra nærperso-ner har betydning for at de klarer å gjennomføre studiet. Det er jo bra at noen går foran og viser hva som er mulig, men samtidig undres jeg på om det også kan bli en sovepute for utdanningsinstitusjonene. Hva med de studentene som ikke er like ressursterke?

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

– I stedet for artikkel har jeg lyst til å nevne en rykende fersk metodebok skrevet av og for ergoterapeuter: *Qualitative Research Methodologies for Occupational Science and Therapy*, redigert av Nayar og Stanley. Tittelen signaliserer hva boken handler om. Forskere fra mange land bidrar med gode beskrivelser og eksempler fra egen forskning. Blant annet så er «våre egne» Sissel Alsaker og Staffan Josephsson medforfattere om narrativ metodologi. Kapitlet om Grounded Theory, som er den tilnærmingen jeg kjenner best, synes

jeg var veldig bra – lettlest, konkret og illustrerende!

– Hva trenger ergoterapeuter mer forskning om?

– Vi trenger å utvikle instrumenter for å måle effekt av tiltak på aktivitets- og deltakelsesnivå, utover tradisjonelle funksjonstester og ADL-redskaper. Jeg kommer fra en klinisk verden og har blant annet jobbet med CIMT til personer med ervervet hjerneskade. Jeg husker spesielt en bonde som deltok i treningsopplegget. Vi observerte at håndfunksjonen hans bedret seg i løpet av treningsperioden, men klarte ikke å vise det med de testene vi brukte. På grunn av stress og økt spastisitet i testsituasjonen fikk han dårligere skåre på retest. Da vi snakket med ham i etterkant, fortalte han gledestrålende at han klarte å betjene melkemas-кина selv. For ham hadde dette fremskrittet stor betydning, men det fikk vi ikke synliggjort. Jeg savner instrumenter som er standardiserte, men likevel fleksible nok til å «fange» det som betyr noe i hverdagen for den enkelte. Jeg tror faktisk at ergoterapeuter kan ha noe å bidra med her. Se bare på den statusen COPM nå har fått i forbindelse med hverdagsrehabilitering. Det er krevende å utvikle nye instrumenter, men det er mulig.

JUBILEUMSVERSJONEN AV COPM KLAR PÅ NORSK!

I anledning 25-års jubileet for the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) utga det kanadiske ergoterapeutforbundet en ny og femte utgave av COPM i 2014. Nå er også den norske versjonen av jubileumsutgaven klar.

Av Ingvild Kjekken

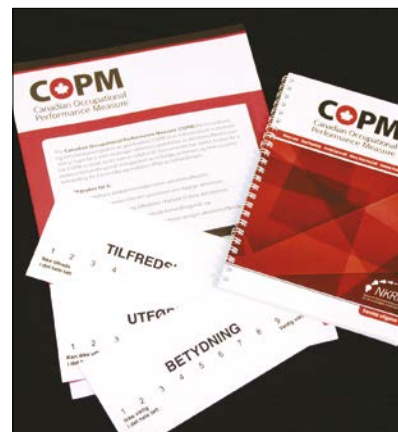
COPM er et individualisert redskap som brukes til å vurdere klienters egen oppfattelse av problemer knyttet til aktivitetsutførelse. COPM har til hensikt å fremme aktivitetsfokuset, kunnskapsbasert og klientsentrert praksis av høy kvalitet.

Redskapet ble første gang utgitt i 1991, brukes i Norge blant annet i Hverdagsrehabilitering, og er sentralt i over 250 artikler i fagfellelvurderte internasjonale tidsskrift. I løpet av 2015

kommer også en digital versjon av vurderingsskjemaet, slik at intervju og scoring kan gjøres via nettbrett eller PC.

COPM (manual, scoringskort og vurderingsskjema) kan bestilles via nettsidene til Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (www.nkrr.no, se under fanen «salgsartikler»). Spørsmål angående papirversjonen kan rettes til aase.frich@diakonsyk.no.

Den digitale versjonen lages av Infopad AS. Spørsmål om



denne kan rettes til Roar Syltebø, Roar@infopad.no.

Spesialist på lese- og skrivehjelpemidler

Daisy AS har mange års erfaring i å levere forskjellige hjelpemidler innen databetjening til NAV Hjelpe-middelsentral. Vi har god oversikt over, og et stort utvalg av alternative styringsenheter, tastatur og mus. Med vår kompetanse på tilrettelegging av arbeidsplasser kan vi også bidra til å skape et godt inkluderende arbeidsliv.



Finner du ikke det du leter etter på www.daisy.no? Kontakt oss gjerne direkte!



futura.no

Daisy.no

Daisy AS
Hadelandsveien 750
3520 Jevnaker
Tlf: 417 84 500
post@daisy.no

DOKTOR MONA ASBJØRNSLETT

Ergoterapeut Mona Asbjørnslett føyer seg inn i en stolt rekke av ergoterapeuter med doktorgrad.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Mona Asbjørnslett ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), forsvarte mandag 13. april sin avhandling for graden Ph.D. (philosophiae doctor) ved Norges idrettshøgskole. Tittel på avhandlingen er «Ordinary kids – Everyday life experiences of children with disabilities».

SER IKKE SEG SELV SOM FUNKSJONSHEMMET

Mona Asbjørnslett holdt prøve-

forelesning over emnet «Hva er vennskap – en problematisering av vennskapsbegrepet i relasjon til «ordinary kids».

– Barn ser ikke på seg selv som funksjonshemmede. Barn med funksjonsnedsettelse ønsker å gjøre det samme som alle andre barn, sier Asbjørnslett i et intervju publisert på forskning.no.

INN I EN STOLT REKKE

Mona Asbjørnslett føyer seg inn i en stolt rekke av ergoterapeuter med doktorgradskompetanse.



OPP OG STÅ FRA A-Å!

FOR MER INFORMASJON
GÅ INN PÅ

www.permobil.no





Lærerutdanning i COPM. Fra venstre: Jolanda Hoogerhuis, Kjersti Haarr, Mail Midjo, Sue Baptiste, Trude Hartviksen, Fanny Alexander Jakobsen, Turid Jacobsen, Liv Elisabeth Hinderaker, Jill Hole, Toril Laberg og Heidi Sundstrup.

NYE KURSHOLDERE I COPM

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) så dagens lys på en serviett. Nå er det oversatt til 26 språk. – COPM handler i bunn og grunn om hvordan en ergoterapeut tenker, sier Sue Baptiste. Hun besøkte Norge for å utdanne nye kursholdere.

Av Else Merete Thyness

COPM er et svært aktuelt undersøkelses- og vurderingsredskap blant annet i hverdagsrehabilitering.

– De siste årene har det vært stor etterspørsel etter kursplasser innenfor COPM. Samtidig har tilgangen på gode kursledere vært begrenset, sier Toril Laberg, generalsekretær i Ergoterapeutene.

Forbundet tok derfor grep. Sammen med professor Sue Baptiste fra School of Rehabilitation ved McMaster-universitetet i Canada har de utdannet nye

kursledere i COPM.

– I løpet av tre dager fikk vi ni flunkende nye kursholdere, sier generalsekretæren, som bare har ett hjertesukk, og det er at enda flere skulle meldt seg på.

EN AV UTVIKLERNE

Sue Baptiste er en av de seks ergoterapeutene som i sin tid utviklet COPM.

– På åttitallet jobbet det kanadiske ergoterapiforbundet med å utvikle retningslinjer for praksis. De systematiserte og beskrev te-

COPM handler i bunn og grunn om hvordan en ergoterapeut tenker.

Sue Baptiste

maer som praksismodeller, etikk, verdier og roller. Etterhvert ble det tydelig at det manglet en forståelse av hvordan ergoterapeuter måler aktivitetsutførelse. Derfor ble det utlyst midler for å utvikle en modell for dette. Jeg var med i en gruppe på seks ergoterapeuter som søkte om og fikk disse midlene, sier Baptiste.

Hun forteller at modellen så dagens lys på en serviett i en restaurant i Ontario i Canada.

– Det var Mary Law som begynte å tegne modellen. Den gangen hadde vi ingen anelse om at den skulle bli oversatt til 26 språk. Men jeg forstår det, siden COPM i bunn og grunn handler om hvordan en ergoterapeut tenker.

Hun synes det er artig å besøke Norge og få være med å utvikle en ny generasjon lærere i COPM.

– Ergoterapeutene på dette kurset bruker allerede kartleggingsverktøyet. Nå skal de lære å dele sin kunnskap med andre. Jeg tror de kommer til gjøre en strålende jobb i å undervise andre.

SPENNENDE VERKTØY

Kursdeltaker Fanny Alexandra Jakobsen er ikke ukjent med kurs og formidling innen ergoterapi. Hun har holdt flere presentasjoner om ulike temaer som leder i fylkesavdelingen i Rogaland. Hun har også billedliggjort hva ergoterapeuter holder på med i filmen «Mitt yrke ergoterapeut», som ble vist på NRK.

Den friske, unge ergoterapeu-

ten jobber til daglig som kommunergoterapeut i Sola kommune, og fordeler tiden mellom Team hjemmerehabilitering og frisklivs-sentralen.

– Hvorfor deltar du på dette kurset?

– Jeg synes COPM er et spennende og godt verktøy, som vi blant annet bruker mye i hjemmerehabilitering og hverdagsrehabilitering. Jeg har selv deltatt på kurs i COPM og mener det er viktig at de som skal bruke dette verktøyet, har god kunnskap og kompetanse om det.

Hun viser til at det er stor etterspørsel etter disse kursene, og at hun godt kan tenke seg å undervise andre.

– Ergoterapeuter etterspør kurs i COPM, men det gjør også fysioterapeuter og sykepleiere. På dette kurset har vi blant annet gjennomgått hvordan vi skal legge opp undervisningen i forhold til de forskjellige målgruppene. De tre yrkesgruppene har for eksempel forskjellig forståelse av betydningen av aktivitet.

– Er du fornøyd med disse tre dagene?

– Ja, Sue Baptiste har på en inspirerende og engasjerende måte møtt oss i den prosessen vi har vært i. Hun har selvfølgelig snakket om hvordan kurs som dette kan legges opp, og kommet med gode eksempler på form og innhold, men vi har også fått lov til å bidra med hvordan vi tenker at et snt kurs skal være. Det har fungert som en workshop.



– Det er artig å få være med å utvikle nye kursholdere, sier Sue Baptiste. Hun er visepresident i WFOT og professor ved McMaster-universitetet i Canada.



– Forbundet har sett behovet for flere gode kursledere, sier Toril Laberg, Ergoterapeutenes generalsekretær.



– Det er viktig at de som skal bruke COPM, har god kunnskap om verktøyet, sier kursdeltaker Fanny Alexandra Jakobsen.

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks 9178

Grønland, 0134 Oslo

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

Ergoterapeuter og førerkortvurdering

17. – 18. SEPTEMBER 2015

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

Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund

Faglig ansvarlig: Hilde Fleitscher, ergoterapeutspesialist i eldres helse og master i folkehelse, Alderspsykiatrisk enhet ved Sørlandet sykehus.

Kurssted: Oslo

Påmeldingsfrist: 21. august

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

Kurset er meritterende for ergoterapispesialister.



Norsk Forening for Kognitiv Terapi ønsker velkommen til

Inspirasjonskonferanse

5.-6. NOVEMBER 2015 SCANDIC HOTEL OSLO AIRPORT

Inspirasjonskonferansen i kognitiv terapi skal være en stimulant og energigiver. Sist kunne vi stolt ønske velkommen over 300 deltakere. Også i år vil det være både internasjonale størrelser og sentrale forelesere fra vårt eget miljø. Fra Nederland kommer Pim Cuijpers, fra Sudan Malik Badri og fra USA Frank Dattilio og Lynne Henderson.

Øvrige forelesere

Tore Aune

Håvard Kallestad

Åshild Håland

Tore Stiles

Odin Hjemdal

Stian Solem

Patrick A. Vogel

Else-Marie Løberg

Trym N. Jacobsen

For program og påmelding:
www.kognitiv.no



NORSK FORENING FOR
KOGNITIV TERAPI

Tlf: 90 54 37 54 • post@kognitiv.no

Oppdater din kompetanse.
Ta et kurs!

ergoterapeutene.org/kurskalender



Ergoterapi for barn og unge

BETYDNINGEN AV ERGOTERAPEUTENS HOLDNINGER OG KOMMUNIKASJON FOR Å FREMME AKTIVITET OG DELTAKELSE.

12. og 13. oktober med en oppfølgingsdag 4.november 2015

Arrangør: Norsk Ergoterapeutforbund i samarbeid med Region Midt, Ergoterapiavdelingen, Klinikk for klinisk servicefunksjon ved St.Olavs Hospital og Trondheim kommune.

Faglig ansvarlig: Ann-Christin Eliasson, ergoterapeut og professor ved Astrid Lindgren hospital og Habilitering & hälsa, og Ann-Kristin G. Elvrum, PhD student og ergoterapispesialist i barns helse, Klinikk for kliniske servicefunksjoner, St. Olavs Hospital.

Kurssted: Trondheim

Barn og unge utvikler seg og lærer gjennom lek og aktivitet i samspill med sine fysiske og menneskelige omgivelser. Ergoterapeutene er en faglig ressurs som fremmer barn og unges utvikling og livsmestring gjennom å muliggjøre og tilrettelegge for aktivitet og deltakelse. Barn og unge kan ikke forstås og behandles uavhengig av familien.

Dette kurset har som mål å se nærmere på ergoterapeutens bidrag som faglig ressurs for å støtte barnet og familien for å fremme utvikling og læring. Det er derfor viktig at ergoterapeuter reflekterer over sine egne holdninger og terapeutiske tilnærming. Kurset representerer en løsningsfokusert tilnærming.

Deltakerne skal i forbindelse med kurset ta utgangspunkt i et barn/familie de selv arbeider med. De skal gjøre opptak av og diskutere egen intervensjon. Deltakerne må også sette seg inn i noe litteratur.





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

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

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

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 varmhjelpemidler 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 varmhjelpemidler til barn og voksne

0333

ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKK- FOREBYGGENDE HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
veronica@bardum.no www.bardum.no
BERGEN MEDIKAL AS

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

post@bergen-medikal.no

www.bergen-medikal.no

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

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no

TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11
company@mail@togemo.no

Dekker alle behov for trykkavlastning

VITAL BASE AS

Myrvegen 2, 6060 Hareid
Tlf.: 71 51 42 84, fax: 71 51 40 73
firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no
Sårbehandling/trykkavlastnings-
produkter

0348

BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
veronica@bardum.no
www.bardum.no
HML HJELPEMIDDEL-LEVERANDØREN AS
Branderudvn. 90, 2015 Leirsund
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81
firmapost@hml.no www.hml.no

HML Ståstativ

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0606/0612/0618

ORTOSER

OTTO BOCH AS

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

0630

PROTESER

NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

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

3. PERSONLIG STELL OG KLÆR

0903 KLÆR OG SKO

ØYTEX AS

6917 Batalden
Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77
post@oytex.no www.oytex.no
Uteklær for rullestolbrukere
ØVREBØ REHABILITERING AS
P.b. 604, 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona tørklær, Arcona smekker

0909

HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING

ADL PRODUKTER AS

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

REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 44 46, fax: 62 57 44 45
RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0912 HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK

ADL PRODUKTER AS

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

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Svan Bidette, Svan Remote, Svan Balance,
Svan Lift, Svan Støttearmen, Chameleon
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamveien 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

firmapost@medema.no

www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0912 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Svan Balance
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no

www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0933

HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

ADL PRODUKTER AS

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

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Servantheis, badebord

ERGOGRIIP

www.ergogrip.no
tlf. 92 20 93 99 faks 56 30 66 99
Støttebøyle for vask

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Kaskad dusjkabin

ML HJELPEMIDDEL-LEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81
firmapost@hml.no www.hml.no
KLUBBEN AS
Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10
Fax: +47 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

0933 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Hev/senk stellebenker/bord, servanter

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

Y 1

YRKESKLÆR/SKO

PRAXIS ARBEIDS- OG FRITIDSKLÆR AS

Sjøtun Næringspark, 6899 Balestrand
Tlf.: 57 69 24 10, fax: 57 69 24 93
firma@praxis.no www.praxis.no
En ledende leverandør av yrkesklær, fottøy og naturhudpleie

4. FORFLYTNING

1203/1206

GANGHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

BARDUM AS

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

FOLLO FUTURA AS,

Brekkeveien 43, 1430 ÅS
Tlf: 64 94 21 65
www.follo-futura.no

Gåbord

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

1212

BILTILPASNINGER

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss
Tlf.: 32 18 16 00, fax: 32 18 16 01
mail@handpro.no www.handpro.no
Totallev. i biltilpasninger og utstyr

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.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.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.

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss
Tlf.: 32 18 16 00, fax: 32 18 16 01
mail@handpro.no www.handpro.no
Balder el. rullestoler

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79
firmapost@hepro.no www.hepro.no
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no

www.medema.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com,
www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

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

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

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss
Tlf.: 32 18 16 00, fax: 32 18 16 01
mail@handpro.no www.handpro.no
MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no

www.medema.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com,
www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

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

1224

TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
veronica@bardum.no www.bardum.no
HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS
Branderudvn. 90, 2015 Leirsund
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81
firmapost@hml.no www.hml.no
E-mobil hjelpemotor/ drivaggregat

– PRODUKTREGISTER –

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

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

1227

ØVRIGE KJØRETØYER

HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund
Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41
post@handinor.no www.handinor.no
Ispigge-/skipigge-/hockeykjelke/pulk/mo-
noski

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no

1227 A

ØVRIGE KJØRETØYER. SKILATOR/

RULLATOR M/SKI

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81
firmapost@hml.no www.hml.no
Skilator

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

EPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Gripo støttestang

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

1233

VENDEHJELPEMIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

1236

LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund
Tlf.: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17
post@hcn.no www.hcn.no
Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten
gjennomgående skinne

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no

SUNRISE MEDICAL AS

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

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGINGEN

MEDINOR CARE

Divisjon i Medinor ASA
Postboks 94 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 07 65 00, fax: 22 07 65 05
medinor@medinor.no www.medinor.no

Brannforebyggende prod. for eldre/funksj.h.

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad
Tlf: 62 57 44 46, fax: 62 57 44 45

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

PICOMED AS

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

Dynamiske armstøtter og spise-
hjelpemidler Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79
firmapost@hepro.no www.hepro.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

1803 BORD

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Arbeidsbord/spesialbord, skolepult
HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79
firmapost@hepro.no www.hepro.no
HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS
Branderudvn. 90, 2015 Leirsund
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81
firmapost@hml.no www.hml.no
Nora og Ina underarnstøttebord

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
veronica@bardum.no www.bardum.no
HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79
firmapost@hepro.no www.hepro.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

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

- PRODUKTREGISTER -

SUNRISE MEDICAL AS

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

1812 SENER

BARDUM AS

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

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81
firmapost@hml.no www.hml.no
Reiseseng

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no

SUNRISE MEDICAL AS

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

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE TILSATSER TIL MØBLER

ADL PRODUKTER AS

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

ASTEC AS

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

1818 STØTTEANORDNINGER

ADL PRODUKTER AS

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

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
firmapost@picomed.no
www.picomed.no
Dynamiske armstøtter og spisehjelpemidler.
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1821

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

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00
Fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
PICOMED AS
Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
firmapost@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

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81
firmapost@hml.no www.hml.no
NORINA utvikling og individuell tilpasning

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

1833

SIKKERHETSUTSTYR TIL BOLIGER OG ANDRE LOKALER

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

1836 OPPBEVARINGSMØBLER

ASTEC AS

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

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79
firmapost@hepro.no www.hepro.no

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/VARSLING

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

2103 OPTISKE HJELPEMIDLER

GEWA AS

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

2109

TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVE- MASKINER OG KALKULATORER

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no
GEWA AS
PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00
Fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Tilbehør til datamaskiner.

2110

KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no
COGNITA AS
Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo
Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30
info@cognita.no www.cognita.no
ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no
MYLIFEPRODUCTS AS
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo
Tlf: 92631425
post@mylifeproducts.no
www.mylifeproducts.no

2127

IKKE-OPTISKE LESEHJELPEMIDLER RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

2136

TELEFONER OG TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no
ABILIA AS
Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no

- PRODUKTREGISTER -

GEWA AS

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

2139

LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00
Fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Lydoverføringssystemer
GN RESOUND AS
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no

2142

SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no
COGNITA AS

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

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no
Bolig, kommunikasjon, installasjon

GEWA AS

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

GN RESOUND AS

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

2145

HØREAPPARATER

GEWA AS

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

2146

HØRSELTEKNISKE HJELPEMIDLER

GEWA AS

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

2148

VARSLINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no

COGNITA AS

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

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no

GEWA AS

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

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

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter
PICOMED AS
Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
firmapost@picomed.no www.picomed.no
Varslingshjelpemidler.
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2151

ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00
Fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Alarmsystemer
HEPRO AS
Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Epi-alarm, Sengealarm, Døralarm,
Varslingsmatte, Stotalarm
PICOMED AS
Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
firmapost@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring

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.accessgrup-
pen.no

Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00
Fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Hjelpemidler for omg
PICOMED AS

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

2418

GREPTILPASNINGER OG HJELPEMIDLER SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER HÅND- OG/ELLER FINGERGREP

ADL PRODUKTER AS

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

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
firmapost@picomed.no www.picomed.no
Dynamiske armstøtter/spisehjelpemidler Omgiv-
elseskontroll/fjernstyring.

REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad
Tlf: 62 57 44 46, fax: 62 57 44 45

2436

TRANSPORTHJELPEMIDLER

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta, Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no

3003

LEKER

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no

AMAJO AS

Hellinga 16 D 1481 Hagan
Tlf.: 67 07 43 40, fax: 67 07 43 41
amajo-as@nokab.no www.amajo.no

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
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
veronica@bardum.no
www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

3006

SPILL

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no

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

3009

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no www.bardum.no

HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41

post@handinor.no www.handinor.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

www.klubben.no

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

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

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

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

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

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Ergonomiske produkter for stellerom/bad, kjøkken/garderobe i barnehager/skoler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

B.LØF

LØFTEHJELPEMIDLER FOR BARN

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

firmapost@medema.no www.medema.no

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR

BARN

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no -

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00 Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Kommunikasjonshj. for barn

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

www.klubben.no

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

+katalog, Rompa – Snoezelen og

sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

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

veronica@bardum.no

www.bardum.no

– PRODUKTREGISTER –

KLUBBEN AS

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

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

B.ROL

ROLLATORER

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
veronica@bardum.no
www.bardum.no
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
P.b. 604 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona barneseng

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
veronica@bardum.no
www.bardum.no
HANDINOR AS
Heiasvingen 65, 1900 Fetsund
Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41
post@handinor.no www.handinor.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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
veronica@bardum.no
www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10
Fax: +47 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
ØVREBØ REHABILITERING AS
P.b. 604 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
veronica@bardum.no
www.bardum.no
KLUBBEN AS
Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
KRABAT AS
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat trioBike, transportsykkel
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no
SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER
BOJO AS
Akersbakken 12, N-0172 OSLO
Tlf +47 23 32 75 32
www.bojo.no post@bojo.no

ABLOY

Picomed tlf: 37 11 99 50
Action trykkavlastende

ALVEMA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ARDO MEDICAL AG

togemo Med.Supply
tlf: 62 52 62 72

ARRO CONTROL

Hepro tlf: 75 69 47 00

ATENA NORDIC AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

ATO FORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BALDER EL. RULLESTOLER

Hand-Pro tlf: 32 18 16 00

BARRY EMONS

AMAJO tlf: 67 07 43 40

BC-LIFT

Access AS tlf: 62 51 85 00

BERNAFON

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

BEKA HOSPITEC

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BERROLKA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BEST MOBILITY

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BO EDIN AB

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

BORRINGIA AS

Hepro tlf: 75 69 47 00

BOS MEDICAL

togemo MedSupply
tlf: 62 52 62 72

CABICARES

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

CAREZIA AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

CERTEC KLOKKA,TRIACON
CHESTNUT COMPANY APS

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

CIRRUS

Handicare tlf: 69 24 44 00

CLEAN LINE
HYGIENEPRODUKTER
COBI REHAB

Hepro tlf: 75 69 47 00

COMFORTA AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

CONSTELLA

Astec tlf: 22 72 23 55

CONTUR TRYKKAVLASTNING CURA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DAYS (DMA)

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DORMA

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

DRAISIN GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DYNAMO STOL APS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DYNAVOX

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

EASYLIFE GRIPESTANG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

ECN SENGELØFTER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

EDU-PLAY

Riktige Leker,tlf: 22 01 78 50/52

EDWARD SENGEN

Eurocontact Norge

ELICARE AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

E-MOBIL HJELPEMOTOR FOR
RULLESTOLER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

EUROFLEX

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FAAC

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

FITFORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FLIPSTICK. HØYDEREGULERBAR
SITTESTOKK

At ronda tlf: 51 58 87 81

GRANBERG INTERIOR AB

Astec tlf: 22 72 23 55

G. S. SMIRTHWAITE-(PETØ)

Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

HABO VÅTDUKPRESSER

At ronda tlf: 51 58 87 81

HAMATIC SENGEBUNNER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

H. BOCK

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00
Highriser

HIRO-LIFT GMBH
HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

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

HML REISESENG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STOKK- OG KRYKKEHOLDER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STASTATIV

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HUMANTECHNIK

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

HUNTLEIGH HEALTHCARE

Medinor care, tlf: 22 07 65 00

HØRAT

Oticon tlf: 23 35 59 00

IDC LIFESTAND STARULLE -
STOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ILLER BELTEKJØRETØYER
IMAGETALK

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

JAMES

Picomed tlf: 37 11 99 50

JAZZY EL. RULLESTOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

JØHL HUMAN CARE

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

KNOP

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

KOMBIKLOSSEN

Enteron tlf: 22 64 78 70

KOM - I - KAPP

AMAJO tlf: 67 07 43 40

KOMFYRVAKT

Medinor care tlf: 22 07 65 00

LAVASET SENGEDUSJ
HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN

tlf: 63 87 05 80

LIKO

Handicare tlf: 69 24 44 00

LOPITAL

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

LUNOLETT

Øy-tex tlf: 57 74 55 20

MEDICA GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINI CROSSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINITECH-VARMEHJ.M. FOR
BARN OG VOKSNE

Minitex AS tlf: 62 57 78 00

MINOS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVING PEOPLE

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVITA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NILBILD AB

Gewa tlf: 66 99 60 00

NORDIC AID

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NORINA PRODUKTER

HML Hjelpemiddel-leverandøren tlf:
63 87 05 80

NOTTINGHAM REHAB

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

NTD-HISS AB

Access AS tlf: 62 51 85 00

NYPRO AS

togemo Med. Supply
tlf: 62 52 62 72

OTTO BOCK

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

PEGASUS LTD. ENGLAND

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

PERMOBIL EL. RULLESTOLER

Permobil AS, tlf: 815 30 077

PHRASE-IT, C-INNOVATION AB

cOGNiTA AS tlf: 22 43 05 00

PIKOTECH

Picomed AS tlf: 37 11 99 50

PROTAC

AMAJO AS, tlf: 67 07 43 40

QORPUS VITA AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

QUALIWORLD, QUALILIFE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

REBEX TOADUSJ AB

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REHATEC GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REINECKER

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

ROBER LTD.

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

RONDA.OSTEHØVEL

M/KERAMBELEGG

At ronda tlf: 51 58 87 81

ROOMER TAKHEIS

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

SAFE PUTER OG MADRASSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SARO STØTABSORBERENDE

SALER

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

SAVI BARNESENGER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SCHUCHMANN GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**SCOOTER-LINE TILBEHØRS -
PROGRAM**

SENSE-MATIC AS

Access AS tlf: 62 51 85 00

SHOPRIDER

STEENS INDUSTRIER

Medinor care tlf: 22 07 65 00

**STEMMEFORSTERKER, HEARING
PROD LTD**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

STOLETEC

Hepro tlf: 75 69 47 00

STORM EL. RULLESTOLER

INVACARE AS, tlf: 22 57 95 00

STRATUS ELEKTRISKE

SCOOTERE

SUNGIFT SCOOTER

Arna Medikal, tlf: 55 24 18 70

SYKLER FOR BARN

Alu rehab AS, tlf: 51 68 18 89

SVAN CARE AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

SWERECO AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

TERGEO AS

tlf: 22 35 47 07

Bidet elektronisk bidet

THE GRID, SENSORY SOFTWARE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

TIMEX DATALINK

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

TOLARM AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

TOYS FOR THE HANDICAPPED AS

Riktige Leker,
tlf: 22 01 78 50/52

TRULIFE PUTER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

Bidet elektronisk bidet

TT MED

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

UNIK PRODUKTER

Hepro tlf: 75 69 47 00

VASTIA DUSJROM

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

VESTURE CORPORATION

(MICROCORE)

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

V. GULDMANN A/B

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

VILFRED-PUTEN

At ronda tlf: 51 58 87 81

VILGO

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

WIMA-GRIPEN

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WIMA -LABBEN

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WIMA -UNDERLAGET

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WINSLOW PRESS OG

SPEECHMARK

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

WI-VIK, PRENTKE ROMIC INT

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

ØVREBØ REHABILITERING

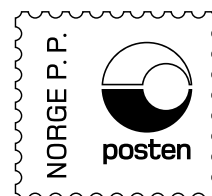
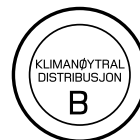
Øvrebø rehab. AS, tlf: 32 24 42 50

BESTILLING AV KURS- OG STILLING- SANNONSER

For bestilling og nærmere
opplysninger:
Erik Sigurdsson
Mobil: 90 03 09 43, e-post:
erik@addmedia.no

Priser:
1/8 side kr 4.500, - 25%
1/4 side kr 6.000, - 25%
1/2 side kr 8.500, - 25%
1/1 side kr 12.500, - 25%

Ved annonse i papirutgaven
kan annonsen legges ut på nett
www.ergoterapeuten.no mot et
tillegg på kr 2.500,-
Nettannonse ordinært
kr 3.500,-



Returadresse:
Norsk Ergoterapeutforbund
Stortingsgt. 2
0158 Oslo

Glede på hjul

Sykkelglede handler om å bruke kroppen og komme ut i naturen, gjerne med familie eller venner. Med de rette hjelpemidlene kan man gjøre hva som helst.

*Det handler om glede, og dette gir glede.
– Mor, Akershus*



Wavebreaker



Wavebreaker sammenslått



Copilot 2



Gekko E-trike



Prashberger CompCC



Copilot 3

Mer sykkelinfo på bardum.no
post@bardum.no | tlf.nr: 64 91 80 60

Bardum
- din hjelpemiddelleverandør