

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



## **Lindrende behandling handler også om å leve 6**

Døden – en del av livet **12** Salutogenese og hverdagsopplevelser **22**

Ergoterapi i palliasjon – en uutnyttet ressurs? **32** Ergoterapi for kreftpasienter i palliativ fase  
– en kvalitativ studie **40** Et liv med kreft **54**



# ergoterapeuten

**Redaktør** Else Merete Thyness

**Mobil** 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

**Fagredaktører** Unni Sveen,

Ruca Maass og Eva Magnus

Vitenskapelige artikler sendes til:

vitenskap@ergoterapeutene.org

## Annonser

Erik Sigurdsson

**Mobil** 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

## Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 5 – 1. okt / 31. okt

Nr. 6 – 2. des / 31. des

Nr. 1 – 1. feb / 28. feb

Trykkeri 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

**Design** Fete Typer

**Layout** Else Merete Thyness

## Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

## Norsk Ergoterapeutforbund

**Adresse** Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

**Telefon** 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

**Generalsekretær/fagsjef**

Toril Laberg

**Forhandlingssjef**

Brit-Toril Lundt

**Organisasjonssjef**

Karl-Erik Tande Bjerkaas

**Seniorrådgiver**

Anita Engeset

**Seniorrådgiver**

Solrun Nygård

**Advokat**

Berit Førli

**Controller**

Tove Olsen

**Controller**

Snorre A. Nergaard

**Sekretær**

Kristin Pedersen

## Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Ann Kristin Løe, 2. nestleder

Berit Regine Laiti

Mariette Elise Gjerde

Linda Fauskanger Nesheim

Tonje Hansen Guldhav

May Solveig Svendsen

Siv Iren Gjermstad

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

Pia Jessen, 1. varamedlem

Silvia Elisabeth Hansbø, 2. varamedlem

Heidi Fløtten, varamedlem

Kenneth Pettersen, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Live Øverli, varamedlem

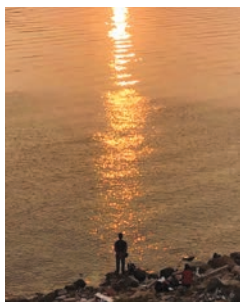
Kamilla Lemb Herbjørnsen, varamedlem

Judith Ekerhovd, varamedlem





6



12



40



54

---

## REPORTASJER

- 6 Lindrende behandling  
handler også om å leve**  
Av Else Merete Thyness

---

## NY ARENA

- 10 Formidling av småtjenester  
på nettet**  
Av Else Merete Thyness

---

## KRONIKK

- 12 Døden – en del av livet**  
Av Per Anders Nordengen

---

## FORBUNDET

- 14 Digitalt kurs om  
ergoterapeuters bidrag til  
kvalitetsreformen «Leve  
hele livet» starter i høst**  
Av Solrun Nygård
- 16 Ingen grunn til å vente**  
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 18 Forny din godkjenning som  
spesialist**  
Av Anita Engeset
- 18 FoU-midler 2019**  
Av Solrun Nygård
- 19 10 ting reiseforsikring IKKE  
dekker**  
Av Roar Hagen

---

## KRYSSORD

- 20 Kryssord**  
Av Rolf Bangseid

---

## FAGLIG

- 22 Salutogenese og  
hverdagsopplevelser**  
Av Ruca Maas
- 32 Ergoterapi i palliasjon – en  
utnyttet ressurs?**  
Av Synnøve Glesnes og  
Tina Taule
- 40 Ergoterapi for kreftpasienter  
i palliativ fase – en kvalitativ  
studie**  
Av Katrine Alvestad Breivik,  
Gøril Espedal, Nina Sangolt  
Gjervik, Synnøve Glesnes og  
Tina Taule

---

## VITENSKAP

- 48 Kjennetegn ved  
ergoterapeuters praksis i  
kommunehelsetjenesten**  
Tore Bonsaksen, Anne-Stine  
Dolva, Sissel Horghagen,  
Unni Sveen, Cathrine Hagby  
og Cathrine Arntzen
- 50 Forsker i farten:  
Ann-Kristin G. Elvrum**  
Av Else Merete Thyness

---

## AKTUELT

- 52 Historien til  
hjelpemiddelet**  
Av Tone Bratteteig

---

## PÅ DE SISTE SIDENE

- 54 Et liv med kreft**  
Av Else Merete Thyness

---

## ANNONSER

- 56 Kurs- og stillingsannonser**  
**59 Produktregister**

*Forsidebilde: Karoline har alltid vært  
glad i hagearbeid - og er det fortsatt.  
Foto: Else Merete Thyness*

## Livet, døden og hverdagen

**«Vi skal alle dø en dag, men alle andre dager skal vi leve», sa den svenske forfatteren Per Olov Enquist. Det minner oss på å leve mens vi gjør det, men også om at døden kommer til oss alle, før eller senere.**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

### Pasientens helsetjeneste

handler ikke bare om ulike former for behandling eller om sykdommer vi blir friske av. Noen ganger må vi leve med sykdommer, og noen ganger dør vi av dem. Da er det viktig at forholdene legges til rette av kloke, dyktige fagfolk, slik at avslutningen blir god, både for pasienten og de pårørende.

Per Olov Enquists kloke ord innleder artikkelen «Ergoterapi for kreftpasienter i palliativ fase – en kvalitativ studie» av Katrine Alvestad Breivik, Gøril Espedal og Nina Sangolt Gjervik. Studien utforsker hvilken betydning ergoterapi har for kreftpasienter i palliativ fase, sett fra ergoterapeutens perspektiv. Deres medforfattere Synnøve Glesnes og Tina Taule bidro også med en egen artikkel: «Ergoterapi i palliasjon – en uutnyttet ressurs?» Her undersøkte de hva internasjonal forskning sier om ergoterapirollen i palliasjon.

Begge artiklene beskriver at mennesker med en palliativ diagnose fortsatt ønsker å kunne utføre meningsfulle aktiviteter, men at få ergoterapeuter jobber med palliasjon, og at de ofte kommer for sent inn.

Dette til tross for at ergoterapeuters kjernekompetanse er å støtte mennesker i aktivitet og deltakelse, og at det er en nasjonal målsetting at mennesker som har behov for det, skal få god palliativ behandling, inkludert ergoterapi.

Inspirert av disse artiklene besøkte vi ergoterapeut Elisabeth Strand på Hospice Lovisenberg. Hun jobber med kreftpasienter og palliasjon. «Ergoterapifaget passer bra inn her med vårt fagets utgangspunkt – den enkelte pasients ønsker, behov og ressurser og vårt fokus på hverdagsaktivitet», sa hun.

Vi snakket også med Roy Alek-

sander Farstad, som er styreleder i Ung Kreft. Han mener ergoterapeuter gir et viktig bidrag i å vise muligheter og i å tilrettelegge slik at unge med kreft fortsatt kan delta i de aktivitetene som gir dem glede.

Vi har også en kronikk av Per Anders Nordengen, som er prest og samtaleveileder. «Norge er et av verdens beste land å leve i. Det må også bli det beste landet å dø i. Da handler det om åpenhet om døden og vanskelige følelser, og om å leve så godt som mulig, når vi lever», skriver han.

Så selv om dette bladet på mange måter er viet døden, handler det først og fremst om livet. «Hva er viktige aktiviteter i livet ditt – og hvordan vil du delta?» Dette spørsmålet er like gyldig enten pasienten har kort eller lang forventet levetid. Vi skal alle dø en dag, men alle andre dager skal vi leve.

## Sommeren gir rom for refleksjon og irritasjon



**NILS ERIK  
NESS**  
Forbundsleder

**Det gikk et lettelsens** sukk gjennom folkemøtet før sommeren da jeg snakket om å planlegge for alderdommen. Jeg påsto at vi som helsearbeidere blir for moraliserende med krav om enda mer fysisk trening. Jeg oppfordret deltakerne til å stille seg selv spørsmål om hvilke aktiviteter de liker å drive med. Hva er viktige aktiviteter å fortsette med i livet? Hvordan vil de delta i sitt eget liv? Jeg er rett og slett drittlei alle de velmenende rådene om helse som gir målbare resultat, særlig på livsmål, vekt, muskelstyrke og puls. Ja, jeg vet at godt kosthold og fysisk aktivitet gir dokumentert effekt. De fleste av oss vet det, men blir vi gladere? Blir livene mer meningsfulle for dem som driver med jogging og intervalltrening? Trenger 70-80-åringene som aldri har vært på treningsstudio å kjenne på den dårlige samvittigheten for manglende innsats? Teller ikke husvask, plenklipping,

snømåking, snekring og bærplukking som fysisk aktivitet?

Jeg ser rundt meg nå i sommer og registrerer med glede at de fleste velger sine viktige og meningsfulle aktiviteter i ferien: bading, lesing, kubbespill, quiz, hagestell, tur med hunden, fiske, båttur, festing, oppussing, soling, kaffebesøk med nabo, skravling og øl med venner. Ja, noen trener intenst fysisk bare fordi det er morsomt og meningsfullt også! Og morsomt bør det være, ifølge hypokonderlegen Ingvald Wilhelmsen, som hevder at joggere som gruppe kan leve lenger, men trolig ikke mye lenger enn den tiden de bruker på å jogge. Uansett skal vi være klar over at de årene vi får ekstra, får vi helt på slutten av livet. Så de årene er kanskje litt oppskrytt. Da bør vi i alle fall like å jogge, sier hypokonderlegen.

Bedre kosthold og mer fysisk aktivitet er et enkelt budskap som lett kan måles. Er det virkelig

slik at når vi ikke kan måle det som er meningsfullt, så legger vi mer vekt på det som er målbart? Ja, det ser slik ut i media og offisielle helseråd. Faktisk er det slik at sosial kontakt og deltakelse dokumenteres som mer helsefremmende enn røykeslutt og fysisk trening. Dette hører vi ikke så mye om. Det er ikke antall venner og sosiale kontakter som er viktig, men kvaliteten av sosial aktivitet.

Ergoterapeuter har redskaper til å kartlegge hvilke aktiviteter den enkelte liker, ønsker, må og vil gjøre selv eller sammen med andre. Vi har metoder for å støtte den enkelte til å finne sin helsefremmede balanse mellom ulike aktiviteter som er lystbetonte, viktige og nødvendige, og mellom fysiske, kognitive og sosiale aktiviteter. Jeg er overbevist om at meningsfull aktivitet må løftes mer framover. Gleden og livskvaliteten er vel så viktig som livslengden.

## ERGOTERAPI OG PALLIASJON

Av Else Merete Thyness

LINDRENDE BEHANDLING  
HANDLER OGSÅ OM Å LEVE

**Budskapet i den moderne hospice-bevegelsen er «Du betyr noe fordi du er deg, og du betyr noe helt inntil det siste øyeblikket av ditt liv. Vi vil gjøre alt vi kan, ikke bare for å hjelpe deg til å dø fredelig, men også til å leve helt til du dør.» – Når symptomene er lindret, starter muligheten for aktivitet, sier Elisabeth Strand, ergoterapeut på Hospice Lovisenberg.**



*Jeg kommer rett til dialogsamtale om roller og identitet. De som er med på bildet, er fra venstre rundt bordet: kreftsykepleier Lise, Bjørn, Majid, Eva og Elisabeth.*



*May Helle (til venstre) opplever at sykdommen trer frem og skygger for den hun tidligere var, mens Eva har oppdaget at det hjelper å si rett ut at hun har hjernekreft, og at den skal hun leve med så lenge hun kan.*

Lovisenberg Diakonale Sykehus er et eget univers, og her arbeider Elisabeth Strand på Hospice Lovisenberg med kreftpasienter og palliasjon. Hun fordeler tiden sin mellom Livshjelpseneteret, Lindrende døggenhet og Lindrende ambulant team.

## IDENTITET OG ROLLER

En varm, solfylt juledag tar jeg 37-bussen til Lovisenberg for å besøke henne på jobb. Siden det er tirsdag, jobber Elisabeth på Livshjelpseneteret, der de tilbyr lindrende dagbehandling for alvorlig syke kreftpasienter. Dagtilbudet er et medisinsk aktivitetstilbud i spesialisthelsetjenesten som gir symptomlindring og oppfølging for smerte, funksjonsutfordringer og praktiske forhold, men også tiltak for å hente fram og ta i bruk ressurser, interesser og muligheter. Alle pasienter får skreddersydd sin behandlingsplan for det tre måneders lange oppholdet, og det tilbys mange aktiviteter for å få økt kunnskap, ta tak i det vonde og oppleve mestring, glede og fellesskap. Tematimer, bevegelse og avspenning, samtalegrupper og felles måltid står fast på programmet.

I dag skal Elisabeth lede

dialogsamtalen, som handler om å bevare identitet og roller. Hun spør om identitet er en medfødt kjerne inne i den enkelte, om det er noe som skapes gjennom livet, alt ettersom hva vi erfarer og gjør, eller er det kanskje begge deler?

– Her på Lovisenberg ønsker vi å bistå dere i å fortsette å være dere selv, være hele liv og mennesker, ikke syke celler eller defekte kroppsdelar. Kreft er ikke bare en diagnose, det handler også om måter å leve på, sier hun.

Hun leser noe en tidligere pasient har skrevet som hun har samlet i den lille boken «Glimt fra Hospice Lovisenberg». «Jeg mangler peilemerker. Jeg har ikke lenger en jobb eller en full kalender som bekrefter hvem jeg er og som fyller dagen. Menneskene jeg nå har rundt meg, forteller meg ikke hvem jeg er. Det er ikke bare de fysiske plagene som preger meg som syk. Det er også manglende markører for hvem jeg er.»

Av de åtte pasientene som er til stede i gruppen, er det flere som deler av sine erfaringer. Karoline forteller at hun ikke lenger har krefter til å ta imot overnattingsbesøk.

– Før var jeg glad i å ta imot gjester, men det klarer jeg ikke lenger. Da min bror og svigerinne



skulle komme på besøk, tok de inn på hotell i stedet for å overnatte hos meg. Dermed fungerte det likevel, sier hun.

May Helle tar ordet:

– Jeg opplever at for noen er det utfordrende å spørre hvordan jeg har det. Jeg tror det henger sammen med at folk er redde for å høre svaret. Kreft er fremdeles tabubelagt. Før var det naturlig å snakke om hvordan jeg hadde det i rollen som mor og bestemor, og folk var opptatt av hvordan det var på jobb og med fritidsinteresser. Nå er det som om sykdommen trer frem og skygger for den jeg tidligere var.

– Mange av dere har dessverre opplevd tap. Endring av både egne og andres forventninger påvirker hvem man blir. Følgetilstander av sykdommen, slik som fatigue, fysiske smerter, nedsatt gangfunksjon og dårlig hukommelse, gjør at en ikke lenger kan fortsette med studiene eller arbeidet, eller delta i det vanlige familielivet og i vennekretsen. Det kan fragmentere et menneske. Målet vårt her på Livshjelpsentret er å bidra til å dele erfaringer rundt dette som det snakkes lite om, og til konkrete tiltak som kan styrke dere i å være *dere*, selv om livet forandrer seg, sier Elisabeth.

Eva sier at takket være Dagbehandlingen har livet som syk forandret seg. Her har hun truffet andre i lignende situasjon, fått ny innsikt, er ikke lenger deprimert og føler en ro.

– Med neglekt har det vært utfordrende å treffe venner på kafé, slik som jeg pleide å gjøre før. Jeg trakk meg tilbake. Nå møter jeg gjerne folk over et måltid, og jeg sier rett ut at jeg har hjernekreft som jeg skal leve med så lenge jeg kan, ikke at jeg kronisk syk. Jeg har også begynt å glede meg



*Elisabeth Strand, ergoterapispesialist i somatisk helse, ønsker meg velkommen til Hospice Lovisenberg – Senter for lindring og livshjelp. Her tar de imot kreftpasienter med kort forventet levetid.*

over små ting som jeg ikke la merke til før.

– Livet er en reise, og alt forandrer seg. Jeg har oppdaget at hvis jeg tar nok pauser, får jeg fremdeles gjort det jeg ønsker å gjøre i hagen, sier Karoline.

– Den syke vet mangt som den friske ikke vet. Vi som jobber her, lærer mye av deres kunnskaper. Det gjennomlevde perspektivet er nærmere livet enn det teoretiske. Det å fortelle, sette ord på følelser og tanker, er i seg selv helsehjelp. Det er med på å hindre følelsen av ensomhet og gjøre at den enkelte henger sammen, sier Elisabeth.

### **SUBJEKTER FOR HVERANDRE**

Timen er over, og noen av oss går ut i hagen, en frodig oase av grønne plener, blomster og frukttrær. Hit tar Elisabeth ofte med pasientene for å være ute, snakke sammen, lytte til fuglene, nyte solen eller kjenne gresset under føttene.

– Vi høster inn frukt og nyttevekster når den tid kommer. Vi har både epler, pærer, kirsebær

og rabarbra, og mange av pasientene er glade i hagestell, sier hun.

Karoline tar noen stiklinger fra blomsterbedet.

– Hagearbeid er fremdeles en stor glede for meg, sier hun.

Mye av arbeidet på dagbehandlingen er basert på fellesskapet, det å være i relasjoner, dele forståelse og erfaring med hverandre i miljøet. Den tverrfaglige personalgruppen, som består av lege, kokk, ergoterapeut, prest, fysioterapeut, sykepleiere, klinisk ernæringsfysiolog og sekretær, løfter i flokk for å skape et trygt og lindrende miljø som rommer mangfoldet og tilbyr tilrettelagt aktivitet. Alle pasienter får også tilbud om individuelle tiltak.

– Ingen er bare en diagnose, vi er alle subjekter som påvirker og skaper hverandre. Alle er på fornavn, og vi følger hverandre et stykke på veien. Ergoterapifaget passer bra inn her med vårt fagets utgangspunkt – den enkelte pasients ønsker, behov og ressurser, og vårt fokus på hverdagsaktivitet, sier Elisabeth.





*Fernando, Lise, Majid, Elisabeth og Karoline gleder seg over blomstene i hagen og samværet.*



*I hospice-tradisjonen er det fokus på at omgivelsene skal være vakre og hjemlige.*



*En av pasientene på døgnerheten nyter den fine sommerdagen ute på terrassen.*

## **SAMMENHENG OG MENING**

For Elisabeth og meg er det tid for å besøke Lindrende døgnerhet. To dager i uken jobber hun her. De to avdelingene er forbundet med en glassgang, og på vei over forklarer hun at hospice bygger på en filosofi og tradisjon om viktige verdier ved livets slutt. Grunnleggeren av den moderne hospice-bevegelsen var den britiske legen, sykepleieren og sosionomen Cicely Saunders. Hun startet det første moderne hospice i 1967. Her utviklet hun ideologien som ble en motkultur til datidens økende medikalisering. Cicely Saunders budskap var: «Du betyr noe fordi du er deg, og du betyr noe helt inntil det siste øyeblikket av ditt liv. Vi vil gjøre alt vi kan, ikke bare for å hjelpe deg til å dø fredelig, men også til å leve helt til du dør.»

– Dette stemmer bra overens med ergoterapi, som retter oppmerksomheten mot salutogenesen: menneskets iboende ressurser og mestringskompetanse og evnen til å skape sammenheng og mening. Her tar vi utgangspunkt i pasientens levde liv, de hverdags-

lige ting, det som gjør at du kan oppleve fortsatt å være den du er, ja til og med utvikle deg og modnes. Det er paradoksalt – økt dødsbevissthet kan gi økt livskvalitet. Det blir tydeligere hva som er viktig, sier Elisabeth.

På døgnerheten er det tilbud til 12 pasienter og deres familier. Oppholdet varer vanligvis mellom en uke og 14 dager. Også her har Elisabeth fokus på hverdagsaktiviteter, mestring og livsinnhold, basert på pasientens og familiens behov.

– Noen ønsker en samtale, noen trenger en pute så de sover bedre, eller de vil utfolde seg kreativt med maling eller kanskje gå en tur. Andre trenger hjelp til energiøkonomiserende tiltak for å mestre dagliglivet og til å tilrettelegge for bedre funksjon hjemme.

Elisabeth har bred kontakt med hjelpeapparatet i kommunene som kreftkoordinatorer, hjelpemiddelsentral og ergo- og fysioterapitjenester. Målet er at pasienter og pårørende skal oppleve kontinuitet og trygghet.

– Et godt samarbeid blant



## «Ergoterapi er viktig for å balansere oppmerksomheten mellom patologi og det friske»

Elisabeth Strand

«hjelperne» om administrerende tiltak og oppfølging av disse sikrer for eksempel at pårørende ikke får unødig arbeid, engstelse og ansvar, sier hun.

Vi tar turen innom et av pasientrommene. Elisabeth forteller at alle rommene har store vinduer med utsikt til naturen. Slik kan den syke og familien oppleve nærheten til verden der ute og ta inn stemninger og lys fra årstidene.

– I hospice-tradisjonen er det fokus på at omgivelsene skal være vakre og hjemlige.

Senere i dag har Elisabeth en samtale med søsteren, svigerinnen og venninnen til en ung kvinne som ligger for døden på avdelingen. Kvinnen selv vil gjerne hjem.

– Hjemmet representerer for mange det private og frie, noe som forsterker egen identitet, så dette er en viktig problemstilling. Hvor hører døden hjemme – i det private rom eller på institusjoner? Og hvor nødvendig er det at den syke unge kvinnen kan komme hjem? Hvordan skal hun eventuelt forflyttes over etasjer uten heis, og hvem bestemmer hva som skal tillegges betydning? En samtale som dette må også romme sorgen til de tre unge kvinnene. De skal leve videre etter tapet av sin kjære, og har behov for å kjenne seg sett og møtt, sier hun.

### VAKRE SYNSINTRYKK

Hospice Lovisenberg har et lindrende ambulant team som bistår med veiledning og kompetanseoverføring til eget sykehus. Det ligger noen minutters gange unna

Hospice. Elisabeth bidrar med ergoterapitjenester ved behov.

På vei bort til sykehuset går vi innom «Den stille hagen». Her tar Elisabeth gjerne med seg pasientene, både for at de kan oppleve den vakre hagen, men også fordi det gir mulighet til å vurdere fysiske funksjoner som kapasitet, koordinasjon, balanse og andre ferdigheter for å bevege seg ute.

– Samvær og gledesfylte aktiviteter er vanligere her enn tester og avkrysningsskjema, sier hun.

Etter et besøk i hagen går vi forbi Lovisenberg diakonale høgskole, Lovisenberg kirke, statuen av Cathinka Guldberg og det gamle Diakonissehuset, før vi til slutt ankommer lokalsykehuset. Her følger Elisabeth opp palliative pasienter på medisinske avdelinger.

– Som en del av lindrende team avdekker jeg ressurser, funksjonsnedsettelse, plager og utfordringer og gap mellom omgivelsenes krav og pasientens funksjoner, og jeg igangsetter tiltak.

Dersom det er behov for det, søker hun om hjelpemidler. Ofte videreformidler hun informasjon og samarbeider med bydelene.

Hun er ikke i tvil om at ergoterapeuter har mye å bidra med når det gjelder palliasjon.

– Ergoterapi er viktig for å få frem personen, ikke bare pasienten. Vi balanserer oppmerksomheten mellom patologi og det friske. Hvert menneske er en fortelling. Når symptomene er lindret, starter muligheten for å fylle tiden din og leve, avslutter hun.



«Den stille hagen» består av små stier og benker og blomster og trær av mange slag.



Cathinka Guldberg var den første forstanderinnen på Diakonissehuset.



Diakonissehusets sykehus, senere Lovisenberg Diakonale Sykehus, ble grunnlagt i 1895.



**NAVN**  
**Sidsel M. Dysjeland**  
**STILLING**  
Medeier i Yelpi  
**HVOR**  
Yelpi AS

## Formidling av småtjenester på nettet

Av Else Merete Thyness

### – Hvor jobber du?

– Jeg jobber i Yelpi AS, et firma som tilbyr tjenester over Internett.

Yelpi – helping people er et sosialt entreprenørskap. Det ble født ut av motivasjonen om å skape noe nytt som kunne tilføre mennesker og samfunnet verdi, og for å bidra til å løse noen sosiale problemer i samfunnet.

yelpi.no er en digital møteplass der det er lagt til rette for en enkel, trygg og hvit formidling av småtjenester mellom private. Den digitale møteplassen foregår mellom:

*Tilbyderne:* De som vil jobbe, kan registrere seg som tilbyder av en eller flere tjenester og få jobb. Tilbyderne kan være:

- ungdommer som har «droppet

ut» av skolen eller er arbeidsløse, eller andre som er uten arbeid en periode

- studenter som ønsker en inntekt ved siden av studiene
- hjemmearbeidende som ønsker å jobbe og ha en inntekt, og som vil jobbe på den tiden og den mengden de har mulighet
- pensjonister som ønsker å være aktive, treffe andre og hjelpe andre
- flyktninger, som på den måten både tjener penger, lærer seg norsk og blir bedre integrert i det norske samfunnet

*Kjøperne:* De som trenger hjelp til å få noe gjort, kan registrere seg som kjøper og bestille en tilbyder. Kjøperne kan være:

- travle familiefolk som ikke reker alt, på grunn av tidsklemma
- folk i forskjellig aldre som trenger praktisk hjelp på grunn av alderdom, sykdom eller nedsatt funksjon (kronisk eller for en begrenset periode i livet)
- pårørende til mennesker som av forskjellige årsaker har nedsatt funksjonsevne

### – Hva jobber du som?

– Jeg jobber som «sosial entreprenør», en tittel jeg fikk da vi startet firmaet i 2015. Jeg bidrar i utviklingen videre av yelpi.no, og jeg arbeider også med oppfølging av tilbydere og kjøpere som har registrert seg på yelpi.no. Det kan blant annet være å bistå i registreringsprosessen, hjelpe til med å legge ut oppdraget, hjelpe kjøper å finne best egnede tilbyder og koble tilbyder med kjøper.

### – Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg var med å starte firmaet i 2015 sammen med mannen min, Rune Dysjeland, som driver et IT-konsulentfirma, og Rebecca

Hansen, som driver et konsulentfirma som tilbyr coaching og ledertrening av privatpersoner, ledere og team.

### – Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Å være utdannet ergoterapeut og ha kunnskapen om aktivitetens betydning i menneskers liv har vært og er en veldig stor motivasjon. Ergoterapiens filosofi er et verdifullt grunnlag både i forhold til å være med å starte firmaet Yelpi og i prosessen med å utvikle konseptet yelpi.no.

Ut ifra en ergoterapeuts forståelse av viktigheten av aktivitet i menneskets liv legger yelpi.no til rette for at flere kan få være i aktivitet og arbeid.

Dette er viktig i menneskers dagligliv:

- Arbeid er en helsefremmende aktivitet.
- Arbeid gir opplevelse av mestring, som bidrar til utvikling hos den enkelte.
- Gjennom arbeid opplever man å være betydningsfull gjennom å være samfunnsnyttig.
- Arbeid er en nøkkel til integrering.

yelpi.no fremmer arbeidsdeltakelse for unge, voksne og eldre!

Andre gode effekter for tilbydere og kjøpere som registrerer seg på yelpi.no:

- Du velger selv hva du vil jobbe med eller hvilken tjeneste du vil tilby, ut fra motivasjon, kunnskap, interesse og mestringsevne, og du styrer selv når og hvor mye du vil jobbe, og hvilken timepris du vil ta.
- I Yelpi-University, et digitalt kurstilbud som ligger på yelpi.no, finner du inspirasjonsmaterieell og kurs til selvutvikling.
- Et oppdrag i yelpi.no kan være





Yelpi er en digital møteplass for dem som vil tilby tjenester, og for dem som trenger hjelp.



den første erfaringen med arbeidslivet og en begynnelse på å bygge en CV for å få fast jobb senere.

- Alle tilbydere og kjøpere på yelpi.no er forsikret gjennom If forsikring.
- All betaling for tjenestene går via yelpi.no. Det sikrer riktig rapportering til Skatteetaten på vegne av kjøper.

For cirka et år siden registrerte jeg meg selv som Yelpi-tilbyder og tilbyr tjenestene «Besøksvenn for demensrammede» og «Barnevakt for barn med lette funksjonshemninger». Som tilbyder får jeg absolutt brukt noe av fagkunnskapen jeg har som ergoterapeut!

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

– Nei, men jeg mener at ergoterapeuter har veldig mye bra

å tilføre og bidra med, på flere arenaer og i forskjellige yrker i arbeidslivet.

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

– Det har vært og er en spennende, utfordrende og lærerik prosess å være sosial entreprenør i et startup-firma.

Vi er ikke «framme» ennå. Vi arbeider fortsatt med videreutvikling og forbedring av yelpi.no. Som alle entreprenører vet, tar det å starte noe nytt alltid lengre tid, krever mer tålmodighet og koster mer enn du har tenkt. En av de tingene som tar tid, er å endre folks tankegang når det gjelder å kjøpe praktisk hjelp til hus og hjem. Vi ser etter de kjøperne som deler vårt «hvorfor», som er å hjelpe mennesker og samfunnet.

Vi erfarer virkelig at Yelpi ikke

bare er et startup-firma, men et «keep-going-firma»!

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

– Hvis man som oss har selvopplevde utfordringer og erfaringer med «sosiale forhold» det ikke er tilstrekkelige gode løsninger på; hvis man ønsker å finne disse løsningene og i tillegg har en idé om hvordan de kan løses, anbefaler jeg absolutt andre å starte som sosiale entreprenører.

Det er verdifullt å skape noe nytt som fører til bedre løsninger der både mennesker og samfunnet får tilført verdi.

Og selvfølgelig anbefaler jeg også andre å registrere seg som tilbyder på yelpi.no.

Følg oss også gjerne på Facebook og Instagram om du ønsker å vite mer om Yelpi.

# Døden - en del av livet

**Døden er en like naturlig del av livet som fødsel. Likevel har vi distansert oss fra den og innrettet livet som om døden ikke eksisterer. Vi har flyttet døden fra hverdagslivet til sykehus og institusjoner, og vi skyver den unna ved å operere bort naturlige alderdomstegn. Døden ser vi på film, og vi leker med den i nettspill, men vi snakker lite om den. I vårt moderne samfunn har vi valgt å holde døden på god avstand.**

Av Per Anders Nordengen

**E**r erfaring fra eget og andres liv er at livet blir enda rikere dersom det også leves med perspektivet om at vi en dag skal dø. Å fortrenge livets uunngåelige utgang kan gjøre det tyngre. Døden blir jo ikke borte selv om vi ikke snakker om den. Å sette ord på eksistensielle følelser som frykt, fortvilelse, adskillelse, sorg, usikkerhet og dødsangst kan bidra til sunnere og sannere liv. Når vi kjenner på disse følelsene, kommer vi nærmere selve livet. Det er ikke farlig å erkjenne vanskelige følelser. Det gjør derimot livet mindre skummelt og truende. Vi må våge å ta innover oss at døden er uunngåelig, og det er mentalhygiene å sette ord på ubehagelige og ukjente tanker.

## DØDEN SOM TABU?

Da jeg var ung, var det tre tabuer: sex, religion og døden. Med dagens åpenhet omkring sex er ikke dét tabu lenger. Og etter at mennesker som er stolte av sin religion har flyttet til vårt land, har også mange nordmenn blitt mer åpne om tro. Men døden opplever jeg dessverre at det fortsatt er vanskelig å snakke om.

Som eksempel på at døden fortsatt er tabu, kan nevnes tausheten om døden i skolen. Selv om

de fleste elever i løpet av skoleårene opplever død, er døden merkelig nok ikke nevnt verken i skolens formålsparagraf eller i læreplanene. Døden er fraværende i skolens viktigste grunnlagsdokumenter, selv om vi vet at barn og ungdom grubler både over egen og andres død. De tenker ikke bare over hvordan vi blir til, men like mye på hvor det blir av oss. Jeg mener ikke at døden bør være et eget fag på skolen, men den burde være naturlig å snakke om innenfor fag som naturfag, livssyn, historie, religion og norsk. I løpet av de viktige årene på obligatorisk skole bør barn og unge få mulighet til å reflektere og samtale om døden slik at de også lærer seg til å ha språk for dette vanskelige temaet.

Også i mange dødsannonser er ordet «død» fraværende. Istedet omskrives det ofte med ufarlige og dagligdagse uttrykk som for eksempel «forlot oss», «gikk bort», «sovnet stille inn», «reiste fra oss» og «har flyttet».

Både som enkeltpersoner og som samfunn vil vi ha godt av å fjerne døden som et tabubelagt tema. Åpenhet og et fortlølig forhold til de eksistensielle spørsmålene hjelper oss til å leve mer intenst og livsnært.



*Per Anders Nordengen er prest, foredragsholder, forfatter og samtaleveileder.*

## DET ER NÅ DU LEVER

Jeg har hatt det privilegium å få være med på å utvikle og gjennomføre kurset «Det er nå du lever» på Montebellosenteret for mennesker med uhelbredelig kreftdiagnose. De har fått beskjed om at det ikke lenger er mer å gjøre med sykdommen deres. De vet at de har begrenset tid igjen å leve. Det er følelsmessig sterkt å få være sammen med mennesker som har fått et slikt alvor inn i livene sine, og med deres pårørende. Det som står aller mest igjen etter disse kursene, er hvor berikende det er å få lytte til tankene og følelsene deres omkring livets vanskeligste spørsmål. For det handler for oss alle, uansett om vi har lang eller kort tid igjen å leve, om å fylle de dagene vi har igjen med så mye godt og meningsfylt som mulig. Jeg har lært mye om at åpenhet om døden gir mulighet til å leve sterkt og intenst, mens vi enda har mulighet. Flere sa at det var en lettelse endelig å få sette ord på tanker og følelser som få rundt dem hadde våget å ta opp. Mange fortalte at de nå var mer takknemlige for ting de før kunne ta som en selvfølge. «Sykdommen har lært meg å sette mer pris på livet og på de små tingene

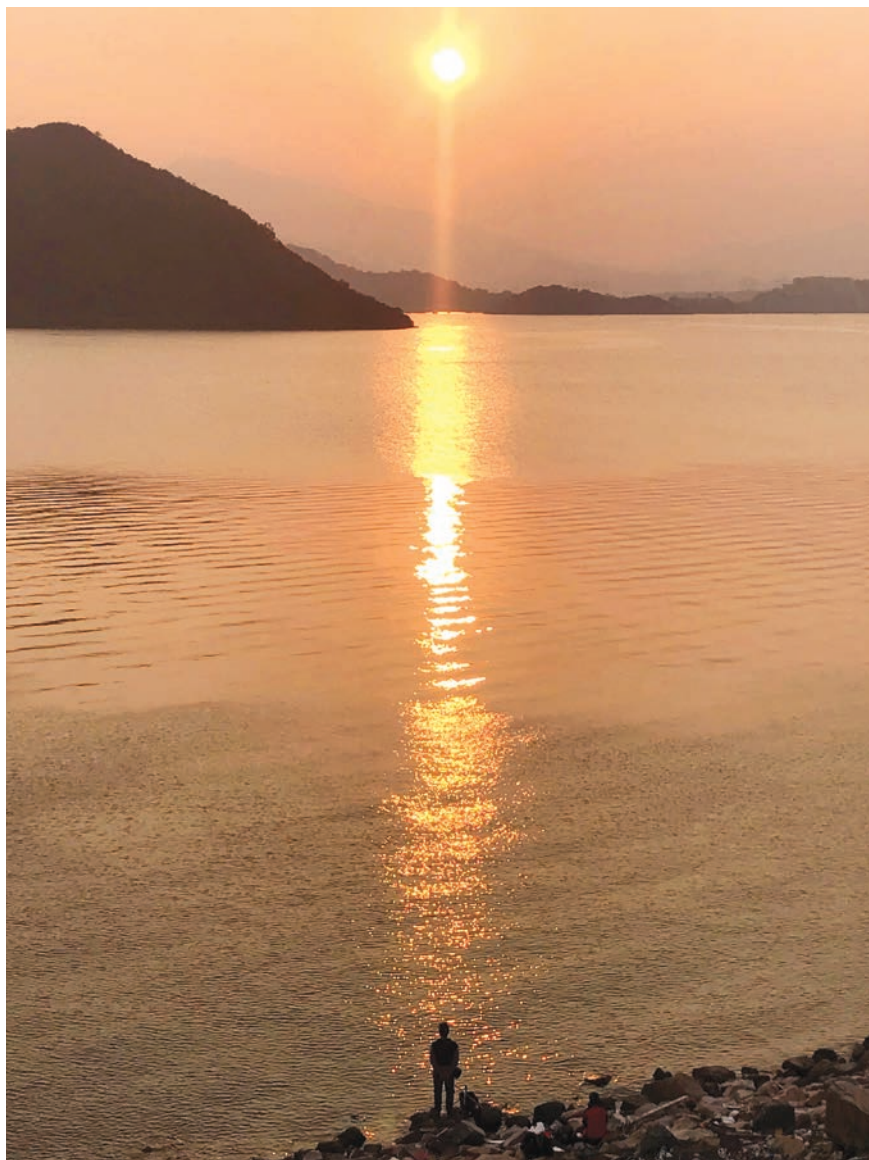


i hverdagen», sa mange. De levde saktere og nøt det gode i livet på en annen måte enn tidligere. Å leve med døden som et reelt bakgrunnsperspektiv hadde beriket hverdagslivet til flere av dem. I stedet for å bli selvmedlidende og deprimerte da livet tok en uventet og ubehagelig vending, hadde de oppdaget livsverdier de før ikke hadde sett. Sånn burde vi alle leve, ikke bare de som har fått en alvorlig forvarsel om livets slutt. Livskvalitet er like viktig som livslengde. Et godt liv er ikke nødvendigvis bare et langt liv.

### DØDEN - ET NEDERLAG?

Vår moderne tid og utviklingen innen legevitenskapen har bidratt til at vi omtaler sykdom og død som «nederlag». Det er nesten som om vi forventer at nye medisiner og moderne teknologi skal bekjempe alle slags sykdommer og gjøre oss udødelige. Døden har blitt den siste rest av ukontrollerbar skjebne, og vi investerer store summer og forsker på å holde den unna. Sykdom har blitt en «krigersk frontlinje», og vi hører og leser om mennesker som har «vunnet» over sykdommen eller som «tapte» kampen mot kreft. Det er ikke lenger mange som dør av naturlige årsaker eller av menneskelig dødelighet. Før døde man av alderssvekkelse. Gamle var «mette av dage», og de døde etter et langt liv. I dag skal det, uansett hvor gammel man er, settes en diagnose og et sykdomsstempel som årsak til skrøpelighet og som grunn til at vi dør.

Leger og helsevesen bør ikke bare ha som målsetting å helbrede og redde liv. De bør også hjelpe oss til å leve bedre med uhelbredelig sykdom og med bevisstheten om at sykdom og død hører livet til. Legevitens-



*Åpenhet om døden gir mulighet til å leve sterkt og intenst mens vi enda har mulighet.*

skapen gjør heldigvis framskritt, men ingen forskning kan avskaffe døden. Media propper oss fulle av artikler om hvordan sykdommer kan bekjempes og overvinnes. Selvfølgelig kan vi gjøre mye selv gjennom livsstilen vår for å forhindre sykdommer slik at døden kan utsettes. Men vi kan ikke unngå døden. Den er uovervinnelig. Sykdom og død hører dessverre livet til. Det er ikke nødvendigvis et nederlag dersom vi ikke blir friske eller overlever.

Per Fugelli har lært oss mye verdifullt om viktigheten av å leve åpent med sykdom og med

døden som nær mulighet. Han valgte å gjøre seg til venn med kreften i stedet for at den var hans fiende. Han «danset med døden» for å ha et forhold til den i stedet for å holde den på fjern avstand. Og han lærte oss den viktige forskjellen på å godta det vi ikke kan gjøre noe med, og å gjøre noe med det vi ennå kan forandre.

Norge er et av verdens beste land å leve i. Det må også bli det beste landet å dø i. Da handler det om åpenhet om døden og vanskelige følelser, og om å leve så godt som mulig, når vi lever.

**BLI MED PÅ NETTKURSET «DELTAKELSE OG MESTRING FOR ELDRE», DU OGSÅ!**

## **Digitalt kurs om ergoterapeuters bidrag til kvalitetsreformen «Leve hele livet» starter i høst**

**Kvalitetsreformen «Leve hele livet» har som mål at eldre i større grad skal være aktive og mestre eget liv. Hvordan kan du «selge inn» ergoterapeuters kompetanse så kollegaer og sjefer forstår at ergoterapi er en del av løsningen?**

Av Solrun Nygård

**H**va kjennetegner ergoterapeuters kartlegging og tiltak? Hvordan forklarer du aktivitetsanalyse, aktivitet og deltakelse, mestring av hverdagslivet, forståelsen av samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser og alle andre kjennetegn ved ergoterapi, så alle forstår at vår kompetanse er mer enn tekniske hjelpemidler?

Ergoterapeutene utvikler nå nettkurset «Deltakelse og mestring for eldre» for å skolere og motivere ergoterapeuter til å ta i bruk mulighetsrommet som blant annet anbefalinger i «Leve hele livet» gir for tjenesteutvikling i kommunene. Kurset har som mål at ergoterapeuter skal innta en aktiv rolle i kommunenes arbeid med personsentrerte tjenester, utvikling av gode lokalsamfunn og andre tiltak som bidrar til økt deltakelse og mestring for eldre. Dette vil samtidig føre til mer bærekraftige tjenester for kommunene.

Kurset blir digitalt for å gjøre det tilgjengelig for så mange som mulig. Det blir i tillegg gratis, så det blir mulig for alle med slunkne

eller manglende kursbudsjett å delta.

I løpet av kort tid har 182 ergoterapeuter meldt seg på, så dette blir spennende! Meld deg på, du også!

### **OM KURSET**

Kurset vil deles opp i fem moduler. Det er ikke endelig spikret enda, men vil få temaer som:

*Modul 1: Deltakelse og mestring for eldre – ergoterapeuters kjernekompetanse*  
*Modul 2: Aldersvennlig samfunn*  
*Modul 3: Aktivitet og fellesskap*  
*Modul 4: Helsehjelp*  
*Modul 5: Kommuneplanarbeid*

Vi tar sikte på to moduler høsten 2019 og tre våren 2020. Dato for oppstart kommer i august.

### **VIRKEMIDLENE BLIR**

- Faglig påfyll gjennom obligatorisk litteratur som forarbeid og forelesninger blir lagt ut på nett.
- Oppgaver til refleksjon i etterkant, som løses individuelt og i fysiske eller digitale nettverksgrupper. Dette er viktig for å

trene på å kommunisere hva ergoterapeuter kan bidra med.

Vi håper og tror at dette kurset vil gi økt trygghet på egen kompetanse.

### **OPPSTART OG PÅMELDING**

Vi begynner i slutten av september med modul 1, Deltakelse og mestring – ergoterapeuters kjernekompetanse. Modul 2 blir trolig i november. Mer informasjon kommer. Kurset er lagt ut i kurskalenderen, og påmelding skjer via Easyfact.

Deltakerne vil bli delt inn i nettverksgrupper. Tanken bak dette er at mange ergoterapeuter jobber alene. Nettverksgrupper gir mulighet for faglige diskusjoner, å finne noen å dele erfaringer og løsninger med og å bygge nettverk.

En i gruppen blir forespurt om å ta ansvar for å finne tidspunkt og eventuelt sted for nettverksmøtet. Er det flere påmeldte fra samme geografiske område, kan gruppemedlemmene velge å møtes fysisk. Er gruppemedlemmene spredt, kan nettverksmøtet holdes



*Solrun Nygård er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.*



digitalt. Kontaktpersonen får også i oppgave å registrere deltakelsen i nettverksmøtet, siden dette er en forutsetning for å få hver modul godkjent som meritterende til ergoterapeutspesialist.

Nettverksgruppene får spørsmål til refleksjon i tilknytning til temaet i modulen. Før nettverksmøtet skal alle lage et kort notat med egen refleksjon rundt spørsmålene og ta dette med seg inn i nettverksmøtet.

Forelesningene vil bli liggende tilgjengelig på vår hjemmeside. Det er kun de som har dokumentert deltakelse i nettverksgrupper som får modulene godkjent som meritterende til ergoterapispesialist. Hver modul vil telle som ergoterapispesifikt kurs meritte-

rende med seks timer til ergoterapispesialist ut ifra anslagsvis to tre timer forarbeid, en og en halv time forelesninger og to timer diskusjon i nettverksgruppe.

Du melder deg på hele kurspakken, men kan hoppe av underveis eller fra enkelte moduler hvis du vil. Godkjenningen gjelder per modul. Ved gjennomføring av hele kurspakken vil det gi merittering av 30 timer ergoterapispesifikt kurs.

Materiellet til kurset, som obligatorisk litteratur, forelesninger og spørsmål til refleksjon, blir liggende tilgjengelig for alle på hjemmesiden vår.

Dersom du ønsker å bli en del av en nettverksgruppe når modul 1 legges ut i slutten av september,

og få denne godkjent som meritterende til ergoterapispesialist, er **påmeldingsfristen 10. september.**

Kort tid etter påmeldingsfristen vil du få beskjed om hvem du er i gruppe med. Dere må sammen finne tid og sted for å møtes for å løse refleksjonsoppgavene. Det kan være fysisk eller digitalt, i arbeidstiden eller på fritiden. Det er opp til dere.

Dersom du etter påmeldingsfristen finner ut at du ønsker å delta, kan du fremdeles bruke påmeldingslenken i Easyfact, men da kobles du til den modulen som ikke har startet enda.

Gå inn på kurskalenderen og meld deg på. Da blir det deltakelse og mestring for deg også!



medema  
gruppen

*- Løsninger som fungerer*

### MC1124 Low Rider m/seteløft

Low Rider - setehøyde helt ned i 39cm - egner seg meget bra i bil!

Fleksibilitet, kjøreegenskaper og en sittekomfort i særklasse gjør MC1124 Low Rider skreddersydd for det nordiske markedet.



For mer informasjon ta kontakt på tlf. 67 06 49 00 eller se på [www.medema.no](http://www.medema.no)

# Ingen grunn til å vente

**Rapporten «Kjønnsdelte hjelpemidler?» fra Likestillings-senteret, som ble omtalt i Ergoterapeutens juninummer, viste hvordan bedre dekningsgrad av ergoterapeuter i kommunene er avgjørende for likeverdig tilgang til hjelpemidler. – Det er ingen grunn til å vente. Hvordan kan du bidra til flere ergoterapeuter i din kommune? spør forbundsleder Nils Erik Ness.**

Av Karl-Erik Tande Bjeraas



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

**F**ra første januar skal alle kommuner ha ergoterapeut, men fortsatt viser tall fra SSB at det er 83 kommuner som ikke har dette på plass. Dekningsgraden av ergoterapeuter er, som rapporten fra Likestillings-senteret også påpeker, svært forskjellig i kommunene.

– Det er ingen grunn til å vente med å ansette ergoterapeuter, verken i de kommunene som mangler ergoterapeut, eller i de mange som har en underdekning, sier Nils Erik Ness, og fortsetter:

– Ergoterapeuter bidrar til deltakelse og inkludering med vår kompetanse om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser. Manglende ergoterapitjenester har store konsekvenser for den enkeltes mulighet til å mestre det hverdagslivet de ønsker, inkludert deltakelse på skole og i arbeid. Ergoterapeuter bidrar til at den enkelte person tar i bruk egne ressurser. Dette er også viktig for å sikre bærekraftige helsetjenester i kommunene.

De nevnte tallene fra SSB viser at antallet ergoterapeuter i kommunene øker betydelig, med fem prosent økning fra 2017 til 2018. Behovet er likevel stort. Bedre dekning av ergoterapeuter bidrar til redusert behov for kommu-

nale tjenester som hjemmesykepleie og sykehjemsplasser.

– De fleste vil mestre hverdagslivets aktiviteter, bo hjemme og delta i arbeid og nærmiljø, også når vi blir eldre, slår Ness fast.

Kommunene står overfor store utfordringer innen helse- og velferdstjenestene. En aldrende befolkning med en mindre andel i yrkesaktiv alder roper på nye løsninger. Dette er også bakgrunnen for kvalitetsreformen for eldre, «Leve hele livet», men er like aktuelt for personer i alle livsfaser.

## MANGE MULIGHETER FOR GODE AMBASSADØRER

Denne høsten byr på mange muligheter for dem som vil være gode ambassadører for ergoterapiens bidrag i å møte samfunnets utfordringer.

Her er en liste med situasjoner som du, alene eller sammen med din tillitsvalgte, kan benytte for å fortelle om ergoterapeuters kompetanse og hva som er vårt bidrag til å møte kommunenes utfordringer. Listen kunne vært mye lengre:

- Delta i faglige diskusjoner med lederen og kollegene dine.
- Meld din interesse for å delta i prosjekter og planarbeid.



- Se etter muligheter ved kommunesammenslåinger.
- Bruk tilfeldige møter og be om samtaler med ledere og fagpersoner i kommunen.
- Delta i diskusjoner i lokalmiljøet.
- Skriv leserbrev i lokalavisen.
- Send e-post eller ta på annen måte kontakt med de politiske partiene i forkant av valget.
- Gratuler de nyvalgte kommunestyrerepresentantene etter valget.
- Inviter politiske partier til et lunsjmøte eller «en dag på jobben med en ergoterapeut».
- Marker Ergoterapiens dag 27. oktober.

### MANGE MULIGHETER FOR INSPIRASJON OG NETTVERK

Mye av arbeidet i forbundet i år støtter opp om de aktivitetene som medlemmene og tillitsvalgte inviteres med på. Her er en liste over noen av verktøyene som er under arbeid:

- brosjyren «Deltakelse og mestring for eldre», som kan lastes ned eller bestilles
- nettkurset «Deltakelse og mestring for eldre»
- fagkursene om velferdsteknologi og en lang rekke arrangementer i regionene
- lysbildeserier til bruk ved møter og arrangementer
- utkast til leserbrev
- utkast til invitasjonsbrev til politikere
- materiell til Ergoterapiens dag
- informasjon på nett og i fagblad
- «Livsarket» til Ergoterapeutenes Seniorforum

### FORTELL OM DET DU FÅR TIL

Bruk regionenes Facebook-grupper, Instagram og andre sosiale medier for å fortelle om det du får til.



– Det er ingen grunn til å vente. Fortell andre om hvordan ergoterapeuter bidrar til aktivitet og deltakelse, sier forbundsleder Nils Erik Ness.



Ergoterapeutene har mange verktøy som kan støtte opp om aktivitet.

# Forny din godkjenning som spesialist!

Av Anita Engeset



**Fornyng av spesialistgodkjenningen bidrar til å sikre nødvendig opprettholdelse av kompetanse og kvalitet i helse- og velferdstjenestene.**

Tjenestene er i rask utvikling, og kompetanse er ferskvare. Ergoterapeutene har i samarbeid med spesialistkomiteene gjennomgått re-godkjenningsordningen. Den har nå skiftet navn til *Fornyet godkjenning*. For å finne mer om ordningen, kriterier og søknadskjema, se [Fornyet godkjenning som spesialist](#).

**Søknadsfrist er 15. september hvert år.**

Søknad om godkjenning sendes til [post@ergoterapeutene.org](mailto:post@ergoterapeutene.org). Kopi av attester og annen attestert dokumentasjon skal være vedlagt – se [Instruksjon innsending](#).

Godkjenning som ergoterapispesialist gjelder for syv år fra og med vedtak i spesialistrådet. For å beholde spesialisttittelen må du søke om fornyet godkjenning. Ergoterapeutene oppfordrer alle ergoterapispesialister til å fornye godkjenningen sin. Ergoterapeutene har oppdatert hjemmesidene knyttet til spesialistordningen. Under [Bli ergoterapispesialist!](#) finner du en oversikt med lenke til [Ergoterapeutenes spesialistordning](#), [Overgangsordningen](#) og [Fornyet godkjenning](#) samt søknadsfrist og beskrivelse av hvordan du søker.

## FoU-midler 2019

Av Solrun Nygård

**SØKNADSFRIST 15. SEPTEMBER 2019**

Har du noen faglige spørsmål du ønsker svar på? Det kan være prosjekter hvor du vil prøve ut nye arbeidsformer, teste ut resultater fra andres forskning, eller det kan være forskning med mål å utvikle ny kunnskap om ergoterapi. 15 september er fristen for å søke FOU-midler 2019.

Ergoterapeutenes FoU-midler skal stimulere til fagutvikling og forskning som kommer befolkningen, brukerne og faggruppen til gode. Kriteriene

for søknad, søknadsskjema med mer finner du på Ergoterapeutenes hjemmeside under fanen «Ergoterapi».

Forbundsstyret vedtok i oktober 2018 at «prioritering for 2019 er forskning og utvikling knyttet til Mestring og deltakelse for eldre. Søknader som dokumenterer kost-nytte av ergoterapeuters bidrag vil bli prioritert. Forbundsstyret vedtar at for 2019 utlyses kroner 450 000 til FoU-søkere.»

**Velkommen som søker!**



# 10 ting reiseforsikring IKKE dekker

**Mange har en urealistisk forventning til at reiseforsikringen skal dekke absolutt alt som kan skje på en reise. En god reiseforsikring dekker mye, men er likevel ikke en «all-risk»-forsikring.**

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

**H**er er topplisten over ting mange *forventer* skal dekkes av reiseforsikringen, men som faktisk ikke dekkes:

10. Avbestilling som følge av graviditet

... men du får dekket avbestilling på grunn av sykdom. (Graviditet i seg selv er ingen sykdom.)

9. Tapt arbeidsfortjeneste ved forlenget reise grunnet sykdom

... men du får dekket utgifter til behandling av sykdommen.

8. Flyforsinkelse som følge av streik

... men du får dekket forsinkelser på grunn av tekniske feil og værforhold.

7. Hjemtransport etter mindre alvorlig ulykke eller sykdom

... men du får dekket hjemtransport ved alvorlig sykdom.

6. Tap av verdigjenstander synlig i bil

...forsikringen kan faktisk dekke dette, men med avkorting. Det betyr at du ikke får full utbetaling, ettersom du har brutt sikkerhetsforskriftene.

5. Verdigjenstander stjålet fra innsjekket bagasje i fly

... forsikringen kan dekke tyveri av verdigjenstander på fly, hvis sikkerhetsforskriftene er over-



holdt. Verdigjenstander skal oppbevares i håndbagasjen.

4. Gjenglemt reisegods på restaurant eller offentlig sted ... fordi dette regnes som hittegods. Hittegods kan ikke stjeles. Man må ha besittelsen for at det skal kunne regnes som tyveri.

3. Reisegods forsvunnet – uvisst hvordan, men tyveri er ikke sannsynlig

... men *tyveri* dekkes. Hvis gjenstand har falt ut av seg selv, eller er gjenglemt, er ikke dette tyveri.

2. Kompensasjon for tapt ferie når du har vært syk, men ikke sengeliggende ... men holder du sengen etter «legens anbefaling», som


vilkårene krever, da gjelder forsikringen.

1. Mobil mistet i bakken eller sjøen. Dette regnes verken som tyveri eller skadeverk. ... men dersom mobilen blir stjålet, eller noen andre med onde hensikter med vilje ødelegger telefonen din, kan du få det dekket.

Vilkårene er basert på Ergoterapeutenes reiseforsikring, Reise Ekstra, levert av Tryg Forsikring. Har du ikke allerede benyttet deg av Ergoterapeutenes reiseforsikring? Gjennom medlemskapet ditt får du kjøpt forsikringen til spesialpris! *Dekning for familie:* Kr 1251 per år. *Dekning for én person:* Kr 1046 per år.

# - KRYSSORD -

Kryssordforfatter: Rolf Bangseid.

				DRIKK ↘		SDARM BETENN- ELSE ↘		EURO- PEISK HOVED- STAD			↘	
				→						→		
				RASKT UTVIK- LET SYK- DOMMER	IKKE HELT FRISK			KJØR KJELKE	SEL- SKAPS- FORK.	ROMER- TALL 5 →		↓
				↳							BUSK- EN	
				PLANTEN, TREET						↘		
				VOKS				MÅLE- ENHET	DEKA			↓
KLOK	FROSSET VANN		↘			→			NEST- LEDER SARG, RAMME			
↳				ROMER- TALL 50	BLI SAMS	NEXUS	VEKST	SOM ANGÅR OLD- TIDEN				
UT- VELG- ENDE									↓	↳		
ER ET LAVTERS- KELTIL- BUD	STOR- TALER			SUND, VIK NOMADE- FOLK				OBS BOL- IGEN		ANMØDE (OMV.) PUSSE, SLIPE		
↳									VEDISK GUD			
GAV- MILDT PRYD- PLANTE							HASTE, STORME	↘	K.D. TEGN RADON		SEMI- NAR, STUDI- UM	
↳					FOR- HEN- VÆR- ENDE				JOGGE- SKO- MERKE GRIPER			
GRIP- PER					UNDER- TRYKKET PADLE			↳	GÅ I VANN	RØYS HOLDE LEVEN		
MILITÆR TITTEL TRE- SORT						↳	ATYPI					
↳		↖				←					↙	

Her er et sommerkryssord. Når det er ferdig utfyllt, finner du en setning hvis du følger pilene. Denne setningen kan du sende på mail til [emt@ergoterapeutene.org](mailto:emt@ergoterapeutene.org) innen 15. september. Jeg trekker en heldig vinner som blir presentert i fagbladet.





Øvrebo rehab

Lavest setehøyde  
Smalest  
Kortest

Nå på avtale  
med NAV!

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



# Salutogenese og hverdagsopplevelser

## HVORDAN KAN ERGOTERAPEUTISKE TILNÆRMINGER STYRKE «EN OPPLEVELSE AV SAMMENHENG»?

Av Ruca Maass



*Ruca Maass er ergoterapeut og doktor i helsevitenskap. Hun er ansatt som førsteamanuensis ved Program for ergoterapiutdanningen, Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap ved NTNU i Trondheim. E-post: Ruca.e.maass@ntnu.no*

### Abstract

**Health promotion** is a central strategy in occupational practice, craving specific skills and competence. Salutogenesis offers a relevant theoretical perspective in this context. Salutogenesis describes the importance of a strong «Sense of coherence» (SOC) for good health and quality of life.

In this article, I will present and discuss some findings of my doctoral dissertation on salutogenic neighborhoods, which focuses on how SOC might be strengthened through a focus on neighborhood and neighborhood resources. Findings suggest that repeated experiences in every-day life play a more central part in the development of SOC than earlier anticipated. Resources seem to impact SOC throughout life, through facilitating for experiences that touch into comprehensibility, manageability and meaningfulness simultaneously. Such significant experiences were often linked to an external or internal re-organization of resources. Power-sensitive communication strategies and active engagement with available resources emerge as beneficial conditions for significant experiences.

After having presented these findings, the present article discusses how occupational therapists can benefit from this knowledge. This includes a focus on knowledge about how the occupational person-environment-occupation-model (PEO-model) can help us to screen, analyze and adapt activities to provide significant experiences and strengthen SOC.

**Key words:** Health promotion, occupational therapy, salutogenesis, neighborhood, public health, sense of coherence

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen*



## Innledning

Helsefremming har blitt en etterspurt kompetanse i ergoterapeuters daglige virke. Både i allmennhel-sepraksis, under rehabilitering, på arbeidsplasser og gjennom folkehelseiltak jobber ergoterapeuter med å styrke individer, utjevne helseforskjeller og fremme helse og livskvalitet gjennom deltagelse i meningsfull aktivitet (Ergoterapeutene, 2017).

Salutogenese, «teorien om helsens opphav», er et relevant teoretisk perspektiv for slike tilnærming-er. I salutogenesen beskrives helse som en egen størrelse, som kan fremmes gjennom et fokus på ressurser og positive faktorer for helse. En slik faktor er for eksempel «en oppfatning av sammenheng» (OAS) (Antonovsky, 1979, 1987). En sterk OAS har blitt knyttet til positive helseutfall og høy livskvalitet (Eriksson & Lindstrøm, 2006; 2007). Samtidig stilles det spørsmål ved om OAS er mer enn bare nok en individuell faktor, som gjenspeiler sosioøkonomisk status og kan oppleves som et statisk «personlig-hetstrekk» (Quennerstedt & Oehmann, 2014; Schny-der, Büchi, Senskz & Klaghofer, 2000)? Hvis det er bra å ha en sterk OAS – kan vi gjøre noe for å styrke den? Og hvis ja, hvordan skal man gå frem?

Antonovsky selv var enig i at kunnskap om hvor-dan OAS utvikles og styrkes, er nødvendig for at salutogenese kan være en sentral og anvendbar teo-ri i helsefremming (Antonovsky, 1996; Rivera, Gar-cia-Moya, Moreno & Ramos, 2013). Derimot hadde han ingen tro på at hverdagslige utfordringer kunne bidra til å styrke OAS (Antonovsky, 1987: s.30). I hans øyne var det kun store omveltninger i livet som kunne oppnå den nødvendige signifikansen til å styrke OAS (Antonovsky, 1987: s.124).

Å utforske (og delvis utfordre) denne oppfatnin-gen ble utgangspunktet for mitt doktorarbeid, der jeg blant annet prøver å utforske hvordan OAS kan utvikles og styrkes i en bestemt setting: Nærmiljøet (Maass, 2018). Nærmiljøet anses her som en viktig arena for hverdagsliv, med potensial for signifikante erfaringer som kan bidra til å styrke OAS. Funn fra mitt arbeide knytter OAS tettere til hverdagslige erfaringer og hverdagslige ressurser enn tidlige-re antatt (Maass, Lindstrøm & Lillefjell, 2014; 2017; Maass, 2018).

I denne artikkelen vil jeg diskutere disse funnene opp mot den ergoterapeutiske fag- og yrkesutø-velsen for å se om bevisst bruk av salutogenese kan hjelpe til med å strukturere helsefremmende ergoterapeutiske tilnærminger. Også dette utfor-drer Antonovskys forståelse, da han uttalte at han

ikke trodde at det var mulig å styrke OAS gjennom terapeutiske intervensjoner. En terapeutisk setting kunne, i hans oppfatning, aldri oppnå den signifikansen som er nødvendig for internaliseringen av ressurser som styrker OAS (Antonovsky, 1987: s.124). På den andre siden har «terapeutiske settinger» endret seg grunnleggende siden Antonovsky uttalte dette. Spesielt innen allmennhelse er terapeutiske settin-ger knyttet til menneskers hverdag, deres hjem og nærmiljø. Siden doktorarbeidet støtter opp under at disse kan være relevante for å styrke OAS, virker det rimelig å undersøke og diskutere hvordan ergotera-peuter kan nyttiggjøre seg kunnskapen.

I denne artikkelen vil jeg derfor først gjøre rede for teorien om salutogenese, og hva den sier om utviklingen av OAS. Deretter presenterer jeg funn fra mitt doktorgradsarbeid, før jeg avslutter med å diskutere hvordan ergoterapeuter kan bruke denne kunnskapen og tilrettelegge for hverdagserfaringer som kan bidra til å styrke OAS og fremme helse.

## Salutogenese

Salutogenese bygger på spørsmålet om hvordan mennesker kan oppleve god helse til tross for alle påkjenningene organismen utsettes for gjennom sitt livsløp (Antonovsky, 1979). Helse beskrives langs en skala fra «perfekt helse» (ease) til «fravær av helse» (dis-ease). De fleste befinner seg et sted imellom disse ytterpunktene. «Helse» og «sykdom» utelukker dermed ikke hverandre: Helse kan oppleves uavhen-gig av sykdom (Antonovsky, 1979). Dette støttes for eksempel av forskning som viser at selv pasienter med kroniske sykdommer kan oppleve sin helse som bedre eller verre (Paterson, 2004). En av faktorene som øker sjansen for at man opplever god helse, er «en opplevelse av sammenheng» – en sterk OAS.

### EN OPPLEVELSE AV SAMMENHENG (OAS)

OAS beskrives som en grunnleggende holdning til verden, en vedvarende tro på at det er sannsynlig at ting kommer til orde seg så godt det lar seg gjøre under de gitte forutsetningene (Antonovsky, 1979: s.35). OAS utvikles og styrkes gjennom hele livet, men hovedsaklig før fylte 30 (Maass & Lillefjell, 2014; Hakanen, Feldt & Leskinen, 2007; Feldt, Lintula, Suo-minen, Koskenvuo, Vahtera, & Kivimäki, 2007; An-tonovsky, 1987). OAS på sin side påvirker helseutfall og livskvalitet (Eriksson & Lindstrøm, 2006; 2007). Omfattende omveltninger i livet, som for eksempel det å bli arbeidsledig eller oppleve alvorlig sykdom, kan svekke OAS midlertidig. Som regel vil OAS over



*Nærmiljøet ansees som en viktig arena for hverdagsliv med potensial for signifikante erfaringer som kan bidra til å styrke en «oppfatning av sammenheng» (OAS).*

tid dog stabilisere seg igjen på det tidligere nivået eller til og med bli forsterket (Volanen, Suominen, Lahelma, Koskenvuo & Silventoinen, 2006). Jo sterkere OAS var i utgangspunktet, jo større sannsynlighet for at krisen takles på en måte som styrker OAS (Hakanen et al., 2007).

### **TRE DIMENSJONER AV OAS**

OAS er satt sammen av tre dimensjoner: begripelighet (comprehensibility), håndterbarhet (manageability) og meningsfullhet (meaningfulness) (Antonovsky, 1987).

Begripelighet viser til den kognitive komponenten av OAS og beskriver i hvilken grad en «forstår utfordringer» og gjør seg et realistisk bilde av sin situasjon (Bull, Mittelmark & Kanyeka, 2013). For eksempel kan ulike personer som nylig har fått en alvorlig diagnose ha forskjellig forståelse for hva diagnosen innebærer: hvordan sykdommen kan utvikle seg og påvirke aktivitet og hverdagsliv, og ikke minst hvordan den nye situasjonen kan mestres. En realistisk forståelse av både utfordringen og til-

gjengelige ressurser er avgjørende for å kunne finne fungerende løsninger (Lindstrøm & Eriksson, 2006).

Håndterbarhet refererer til den atferdsmessige komponenten av OAS og til individets mulighet til å løse utfordringer på en god (helsebringende) måte (Lindstrøm & Eriksson, 2006, Bull et al., 2013). Håndterbarhet er dermed også tett knyttet til ressursene individet har til rådighet – og evnen til å anvende dem adekvat. Ressurser finnes på mange ulike nivåer. Samfunnet og velferdsstaten kan tilby en rekke relevante ressurser, som for eksempel kommunegeroterapeuten og hjelpemiddelsentralen. Men også personlige, materielle, sosiale og ikke minst interne ressurser spiller en stor rolle (Antonovsky, 1987). Imidlertid er ressurser kontekstavhengige, og det som oppfattes som ressurs av noen, kan til og med bli et stressmoment for andre (Antonovsky, 1987).

Meningsfullhet beskriver den emosjonelle siden av OAS: oppfatninger av hvorvidt det er noe vits i å prøve å løse utfordringer (Bull et al., 2013). Det er vanlig at mennesker som brått får en skade eller sykdom opplever en periode der meningsfullhet trues.



Likevel vil de fleste etter hvert utvikle motivasjon til å «ikke la seg knekke», men derimot gjenerobre sitt liv og sin hverdag (Miller, 1992).

Begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet skal forstås som integrerte aspekter, ikke frittstående komponenter av OAS. Ulike plasseringer på de tre dimensjonene resulterer i ulike opplevelser. For eksempel er det en forskjell om man har innsikt i sin situasjon og nok ressurser til rådighet, men mangler motivasjon for å ta dem i bruk, eller om man er høyt motivert, men mangler forståelse eller ressurser for å nå sine mål. Fra et terapeutisk ståsted vil disse situasjonene også kreve helt ulike virkemidler og tilnærminger (Carstensen & Bonsaksen, 2018)

Antonovsky beskriver hvordan de tre dimensjonene utvikles basert på ulike «nøkkelerfaringer» i barn- og ungdommen: Forståelse knyttes til klare, konsistente beskjeder og konsekvente, forutsigbare regler. Håndterbarhet knyttes til opplevelser av «load-balance», erfaringen av å ha nok, men overkommelige utfordringer i livet. Meningsfullhet har blitt knyttet til «deltagelse i å forme utfall» (Antonovsky, 1987). Sago og Antonovsky (2000) undersøkte disse antagelsene empirisk, og konkluderte med at meningsfullhet er den viktigste av de tidlige erfaringene. Samtidig kunne de bekrefte sammenhengen mellom meningsfullhet og det å påvirke utfall og mellom load-balance og håndterbarhet. Derimot kunne de ikke finne støtte for at klare beskjeder og konsistente regler styrker begripelighet. Dette forklares med at slike kommunikasjonsstrategier er autoritære og hemmer nettopp «deltagelse i å forme utfall», som jo er sentralt for «meningsfullhet» (Sago & Antonovsky, 2000).

## UTVIKLE OAS

Ifølge Antonovsky utvikles OAS gjennom internalisering av ressurser og signifikante livshendelser: interne eller eksterne omveltninger, som tvinger oss til å prøve ut nye ressurser og strategier (Antonovsky, 1979; 1987).

Internaliserte ressurser kan anvendes på tvers av ulike kontekster og blir oppfattet som «under kontroll» og «enkelt tilgjengelige» (Cowley & Billings, 1999). De har blitt generaliserte motstandsressurser. En generalisert ressurs skal kunne anvendes fleksibelt på tvers av settinger og situasjoner og til å oppnå varierte formål (Antonovsky, 1979: s.99). Dette i motsetning til en spesifikk ressurs, som kan anvendes i begrensede sammenhenger eller til spesifikke formål. For eksempel kan man tenke seg forskjellen

mellom et godt fungerende kollektivtilbud som lar folk bevege seg fritt gjennom byen, og en skolebuss som frakter en bestemt gruppe fra A til B.

Dette betyr at OAS utvikles på bakgrunn av de eksterne og interne ressursene en har til rådighet. På den andre siden har OAS også blitt beskrevet som evnen å gjenkjenne ressurser og være i stand til å anvende dem på en god måte (Apers et al., 2016). Individer med sterk OAS kan til og med oppsøke utfordringer, og dermed, bevisst eller ubevisst, styrke sin OAS gjennom livsløpet (Antonovsky, 1987).

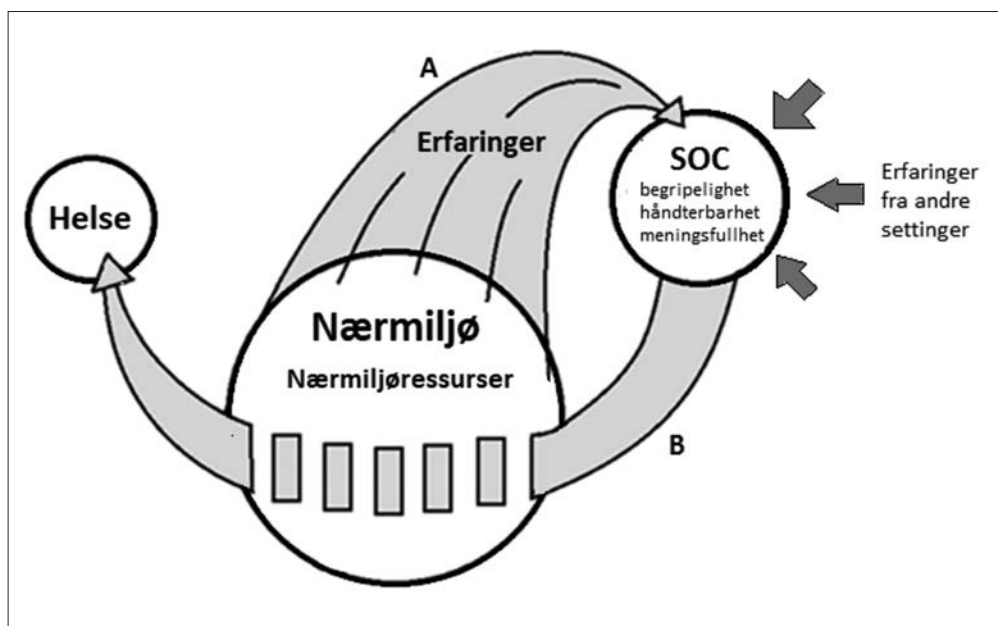
Signifikante livshendelser har tidligere blitt beskrevet som store omveltninger i livet, som for eksempel å oppleve skade eller sykdom (Ville & Khlát, 2007). Slike hendelser setter i gang en rekke utfordringer som tvinger oss til å ta i bruk nye ressurser eller strategier. Signifikante hendelser er kjennetegnet av at de berører alle tre dimensjonene samtidig. De påvirker hvordan vi forstår verden, de fører til at vi mister, tilpasser og finner helt nye ressurser eller bruker gamle ressurser på nye måter, og de får oss til å tvile på eller utvikle ny overbevisning om at livet er meningsfylt og utfordringer er til for å løses (Antonovsky, 1987).

Sammenfattende kan man si at OAS utvikles og styrkes gjennom å overkomme utfordringer og takle signifikante livshendelser, som fører til at ressurser internaliseres. En sterk OAS øker sjansen for gode helseutfall gjennom livsløpet. Å styrke OAS er dermed et legitimt mål innen helsefremming – men hvordan kan det gjøres?

## Hvordan styrkes OAS?

Hvordan OAS kan styrkes er et sentralt spørsmål i min doktoravhandling (Maass, 2018). Gjennom tre artikler (Maass, Lindstrøm & Lillefjell, 2014; 2017; Maass, Klöckner, Lindstrøm & Lillefjell, 2016) undersøkes sammenhengen mellom nærmiljøressurser, OAS og helse. Fokus var på den ene siden å utforske om og hvordan nærmiljøet kan bidra til helsefremming, og på den andre siden kritisk å undersøke hvorvidt salutogenese kan brukes som teoretisk tilnærming i denne sammenhengen.

Studien er gjennomført i og i samarbeid med Malvik kommune. To av artiklene benytter seg av kvantitative data fra en befolkningsundersøkelse som undersøker helser relevante indikatorer i lokalmiljøet på bred basis (Maass et al., 2014; 2016). Innbyggere over 18 år (N=865) blir blant annet spurt om levevaner, kosthold, sosiale relasjoner, livstilfredshet, egenopplevd helse og OAS. I tillegg



Figur 1: Konseptuell modell av relasjonen mellom nærmiljøressurser, OAS og helse (Maass, 2018).

kartlegges oppfatninger av en rekke lokale ressurser som marka, sjøen, gang- og sykkelveier og service-tilbud i fire dimensjoner: tilfredshet med tilgjengelighet, tilfredshet med kvalitet, viktighet og bruk. I den første artikkelen (Maass et al., 2014) undersøkes og sammenlignes hvordan oppfatninger og bruk av nærmiljøressurser påvirker OAS og helse i ulike grupper (menn/kvinner, folk med høy/lav inntekt og mennesker med/uten betalt arbeid). I andre artikkelen (Maass et al., 2016) undersøkes hvordan en potensiell ressurs (sosial kapital) påvirker henholdsvis livstilfredshet og egenopplevd helse, og hvilken rolle OAS spiller i denne prosessen.

Den tredje artikkelen (Maass et al., 2017) bygger på kvalitative data fra fokusgrupper og individuelle intervju (N=22) som ble gjennomført i samme kommune. Tema for fokusgruppene var nærmiljø og helse. Fokusgruppene ble gjennomført i tre ulike nabolag i kommunen og satt sammen med deltakere fra ett eller to nærliggende nabolag. Individuelle intervju ble gjennomført som oppfølging med nye deltagere, men i de samme nabolagene.

### NÆRMILJØRESSURSER OG OAS

Funn fra doktorarbeidet støtter opp under flere av de teoretiske antagelsene rundt hvordan OAS utvikles og styrkes gjennom livet. Blant annet støttes at eksterne ressurser kan internaliseres, og at erfaringene man gjør med ressursene, er sentrale i denne sammenhengen (Maass et al., 2014; 2017). Samtidig tyder funn på at eksterne ressurser er sterkere knyttet til OAS enn tidligere antatt (Maass et al.,

2014). Alt i alt antydes at det å styrke OAS kan være en hensiktsmessig tilnærming for helsefremming i nærmiljøet (Maass et al., 2014; 2016; 2017).

Funn peker også på at eksterne nærmiljøressurser kan bidra til helsefremming på to måter: De kan påvirke helseutfall gjennom å styrke OAS, eller de kan fungere som ressurs for helsefremmende atferd, som i sin tur påvirkes av individets OAS (se Figur 1). Videre antydes at sammenhengen mellom eksterne ressurser og OAS er mer fremtredende i yngre, og sammenhengen mellom tilgjengelige ressurser og helse mest fremtredende hos eldre mennesker (Maass & Lillefjell, 2014).

### GRUPPEFORSKJELLER OG SIGNIFIKANTE HVERDAGSARENAER

Betydningen av nærmiljøet og nærmiljøressursene varierte betraktelig mellom gruppene som ble undersøkt. Spesielt mennesker utenfor arbeidslivet syntes å oppleve nærmiljøet som en signifikant arena. Oppfatninger av nærmiljøressurser og OAS viste sterke korrelasjoner for denne gruppen (Maass et al., 2014).

Et interessant funn er at opplevd «kvalitet» av nærmiljøressurser syntes å påvirke OAS og helse mer enn ressursenes tilgjengelighet, spesielt for mennesker utenfor arbeidslivet. Høy tilfredshet med kvalitet kunne også utbalansere ulempen med en svakere OAS – noe som delvis forklarer hvorfor vi ikke fant forventede helseforskjeller mellom kjønnene (Maass et al., 2014). Selv om disse funnene kan skyldes den ressursrike konteksten studien ble



gjennomført i, kan dette også peke mot viktigheten av erfaringene som gjøres med ressursen. Dette kan bidra til å forstå hvorfor ulike grupper kan oppfatte nabolagsressurser svært ulikt. De gjør seg ulike erfaringer under anvendelse (Maass et al., 2014; Super, Verkooijen & Koelen, 2016).

Et viktig aspekt er hvorvidt de faktiske erfaringene er i tråd med forventningene en hadde fra før. Særlig for minoritetsgrupper står erfaringene ikke alltid til forventningene. Dette kan skyldes at forventningene er basert på generelle oppfatninger, heller enn egne erfaringer (Super et al., 2016; Maass, 2018). Egne erfaringer er imidlertid sentrale når potensialet til en ressurs skal kunne vurderes realistisk, blant annet fordi ressurser fungerer ulikt for ulike samfunnsgrupper (Maass, 2018, Antonovsky, 1979; 1987). Deltagelse og egne erfaringer med ressurser er dermed svært sentrale for å kunne utvikle et realistisk bilde av verden.

Til slutt, funn støtter opp under at OAS påvirker forholdet mellom ressurser og helseutfall, blant annet ved å øke forståelsen av hvilke ressurser som kan anvendes til hvilke formål (Maass et al., 2014; Maass; 2016). Sammenfattende kan man si at OAS også kan beskrives som «en intuitiv forståelse for hvordan, hvorfor og til hvilke formål ressurser fungerer under gitte omstendigheter» (Maass, 2018: s.86). Denne forståelsen innebærer at ressursene kan anvendes fleksibelt, på tvers av konkrete situasjoner og til varierte formål, med andre ord har de blitt internaliserte, generaliserte motstandsressurser (Antonovsky, 1979).

### **SIGNIFIKANTE HVERDAGSERFARINGER**

Som nevnt ovenfor er signifikante hendelser en viktig del av internaliseringsprosessen (Antonovsky, 1987). Samtidig er slike hendelser lite egnet til målrettet innsats. De representerer omveltende erfaringer, som per definisjon er uforutsigbare (Ville & Khlát, 2007). Nettopp denne uforutsigbarheten gjør at de er vanskelige å analysere, planlegge og tilrettelegge for.

Funn fra den kvalitative delen av studien tyder imidlertid på at signifikante erfaringer også kan gjøres i hverdagslivet (Maass et al., 2017). I Antonovskys originale tekster finner man støtte for betydningen av «gjentatte erfaringer» (Antonovsky, 1987: s.19). Samtidig beskrives «signifikante livshendelser» som startskuddet for en rekke ukjente og uforventede erfaringer. Det avgjørende er hvordan hverdagen takles under endrede forutsetninger (Antonovsky,

1987: s. 28f). I fokusgruppene ble dette for eksempel synlig hos en av deltagerne, som hadde opplevd å få en kronisk sykdom. Selve sykdommen ble viet liten oppmerksomhet. I stedet fokuserte han på tiden etter sykdommen og på igjen å leve et meningsfullt hverdagsliv (Maass et al., 2017).

Samtidig beskrev deltagerne hvordan spontane innsikter under gjennomføring av gjentatte, hverdagslige aktiviteter kunne oppfattes som signifikante, for eksempel en spontan innsikt under en klatretur. Erfaringen førte til en varig endring i vedkommendes oppfatning av verden, nettopp fordi den berørte alle tre dimensjonene av OAS samtidig. Her var det ikke en omveltning utenfra, men en indre reorganisering som avgjorde erfaringens signifikans (Maass et al., 2017).

Funn tyder på at gjentatte erfaringer under lett skiftende omstendigheter spiller en avgjørende rolle for utviklingen av OAS (Maass et al., 2017). I og med at hverdagen oppfattes som både forutsigbar og trygg, men samtidig er under stadig forandring, synes den å kunne fungere som en slags «treningsarena» for OAS. Det er i hverdagen at man kan prøve å anvende ressurser kreativt og gjøre erfaringer som er signifikante, men likevel forutsigbare nok til at risikoen med å prøve ut noe nytt er liten. Det er gjennom slike gjentatte erfaringer under litt varierende omstendigheter at vi utvikler forståelsen for hvordan og hvorfor ressursene fungerer og blir i stand til å anvende ressursene fleksibelt i nye, uvante situasjoner (Maass et al., 2017; Maass, 2018; Antonovsky, 1987).

Alt i alt virker det som at selv små, hverdagslige erfaringer kan bli signifikante livshendelser, såfremt de medfører en ekstern eller intern reorganisering av ressurser og berører aspekter av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet samtidig (Maass, 2018).

### **AKTIVT ENGASJEMENT MED RESSURSER**

Funn fra den kvalitative delen av studien tyder på at relasjonen med og interessen for selve ressursen kan være avgjørende for om slike erfaringer gjøres. I avhandlingen skilles det mellom «aktive» og «passive» relasjoner (eller «engasjement») med nærmiljøressurser (Maass et al., 2017; Maass, 2018). Å engasjere seg aktivt med en ressurs innebærer at man oppfatter den som en integrert del av opplevelsen. Den anvendes ikke kun instrumentelt for å nå et mål, men man trer inn i en slags dialog med ressursen. For eksempel er det en forskjell mellom

en fjelltur og en halvtimes treningsøkt på tredemølle. Mens det siste først og fremst tjener målet om å være fysisk aktiv, tilbyr førstnevnte en opplevelse der fjellet, naturen og det å «erobre» fjellet utgjør en stor del av erfaringen. En slik erfaring bidrar til at man blir følelsesmessig involvert med ressursen, noe som igjen kan bidra til en opplevelse av meningsfullhet (Maass et al., 2017).

Slikt engasjement kan også utløse at man ønsker å lære mer om og med denne ressursen og begynner å tilpasse og forbedre den etter egne ønsker og behov, for eksempel ved å plassere hvilebenker der det trengs, eller be kommunen om bedre skilting. Dette i sin tur gir større innblikk i hvordan ressursen fungerer, og hvordan den kan fungere for å nå ulike mål. Antonovsky kaller dette for «potensering»: å utforske potensialet til en mulig ressurs (Antonovsky, 1979). Med andre ord, å engasjere seg aktivt med ressursen øker sjansen for potensering og for at ressursene internaliseres gjennom erfaringer som berører begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet samtidig (Maass et al., 2017; Antonovsky, 1979).

Som illustrert i Figur 1, kan også spesifikke ressurser bidra til helsefremming. For eksempel kan fjellturen være en ren trimtur, der omgivelsene først og fremst vurderes etter utfordringen de gir. Helsefremmende effekter av slike «passive» relasjoner vil ofte være begrenset og kan forsterke ulikheter i helse heller enn å utligne dem, siden det å ta i bruk slike spesifikke ressurser i sin tur er avhengig av OAS (Mittelmark, Bull, Daniel & Urke, 2017; Mittelmark, 2014).

### MAKTSENSITIV KOMMUNIKASJON

Funn fra fokusgruppene bidro også til en mer nyantert forståelse av hvordan kommunikasjon påvirkes av maktforhold. Hvis den ene parten kan bestemme form, formål og utfall av kommunikasjonen, for eksempel i tilfeller der kommunen informerer om en planlagt utbygging, er det nødvendig med klare beskjeder, konsistente betingelser og tydelig kommuniserte formål for at innbyggere skal kunne «oppdage struktur». Dette setter innbyggerne i stand til å forstå hvordan prosessen fungerer, og hvordan de kan delta innenfor rammene som er satt. Dette øker begripelighet, men tilbyr få sjanser til å delta i utformingen av kommunikasjonen eller påvirke utfallet (Maass et al., 2017).

På den andre siden virker det som likeverdig dialog mellom sosiale grupper som sitter med ulike

erfaringer, gir muligheter til å utforske og potensielle ressurser utover egne erfaringer. Samtidig kan utfallet av slik dialog påvirkes lettere. For eksempel kan ulike sosiale grupper som deler et samfunnshus, forhandle og tydeliggjøre ulike ønsker og behov. Dermed kan man påvirke både konkrete utfall, for eksempel når man får tid til sin aktivitet, og mer abstrakte utfall, som hvordan en sosial gruppe oppfattes av de andre i nabolaget (Maass et al., 2017).

### Hvordan anvende salutogenese i ergoterapeutisk praksis?

Som vist over har funn fra min doktoravhandling bidratt til å knytte salutogenese tettere til hverdagen og hverdagslige erfaringer. Da ergoterapeuter ofte jobber nettopp i og med folks hverdagsaktiviteter, kan dette også bety at målrettet bruk av salutogenese under kartlegging, analyse og tilrettelegging av aktivitet kan være en fruktbar innfallsvinkel for utviklingen og gjennomføring av helsefremmende tiltak – både på individ-, gruppe- og samfunnsnivå.

Ergoterapeuter møter ofte brukere som opplever en svekkelse av OAS, for eksempel beskrives opplevelse av sykdom eller funksjonsendring som «signifikante erfaringer» (Ville & Khlát, 2007). Ressurser fungerer ikke lenger slik vi er vant med. Selv om en slik tilstand kan oppfattes som utrygg og ubehagelig, kan den også representere en mulighet. Når OAS er i ubalanse, kan den også påvirkes vedvarende (Antonovsky, 1987). Den ergoterapeutiske kjernekompetansen om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser kan kanskje hjelpe oss med å forstå hvordan vi kan fremme OAS gjennom et fokus på personen, omgivelsene (ressurser) og erfaringer (det man sitter igjen med etter en aktivitet) (Law, Cooper, Strong, Stewart, Rigby & Letts, 1996). Ut fra betraktningene over kan det antydes noen praktiske strategier som ergoterapeuter kan ta i bruk for å øke sjansen for OAS-styrkende erfaringer under aktivitetsdeltakelse.

I denne sammenhengen er det viktig å huske at de tre dimensjonene ikke skal undersøkes atskilt, siden de inngår i en helhetlig opplevelse. Selv om man altså for eksempel fokuserer på å øke forståelse hos en bruker, må man være oppmerksom på hvordan endringer i begripelighet påvirker håndterbarhet og meningsfullhet. For eksempel kan det å forstå at man er utsatt for diskriminering, føre til et tap av meningsfullhet hvis man mangler passende ressurser for å motvirke diskrimineringen.



## BRUKERMEDVIRKNING OG SIGNIFIKANS

Å fokusere på ressurser og hvordan de kan anvendes kreativt til ulike formål, er del av kjernekompetansen til ergoterapeuter og vil nok for mange oppleves som en ryggmarksrefleks. Å hjelpe til med å løse problemer som oppstår, og finne flere ressurser og formidle ulike strategier for hvordan disse kan anvendes, er en del av de fleste ergoterapeutiske tilnærminger (Carstensen & Bonsaksen, 2018). De kan samtidig bidra til bedre begripelighet med hensyn til hva som kan være en ressurs, og håndterbarhet i forhold til hvordan de kan anvendes adekvat.

Samtidig vil aspekter av meningsfullhet ofte komme til uttrykk i slike situasjoner, siden kilder til meningsfullhet trues. Det er vanlig å oppleve en midlertidig mangel på motivasjon som kan knyttes til nettopp følelsen av meningsløshet og manglende forestillinger om hvordan fremtiden kan bli (Miller, 1992). Det å finne nye kilder til meningsfullhet kan være en sentral del av ergoterapeutiske tilnærminger. Antonovsky selv knytter meningsfullhet til deltagelse i å forme utfall, noe som gir et sterkt argument for brukermedvirkning (Maass et al., 2017; Maass, 2018). Dette kan også sees i sammenheng med at OAS-styrkende erfaringer må være signifikante. Da signifikansen av en erfaring er subjektiv (Maass et al., 2017), er brukermedvirkning nødvendig for å kunne oppfatte og i beste fall tilrettelegge for signifikante erfaringer.

## BRUK AV KOMMUNIKASJONSSTRATEGIER

Som diskutert før, kan ulike kommunikasjonsstrategier påvirke OAS og helse ulikt. Mens autoritær «top-down»-kommunikasjon kan være viktig for å «oppdage struktur» og muliggjøre deltagelse innenfor faste rammer, kan likestilt, åpen dialog bidra til å kontekstualisere erfaringer og potensere ressurser, og samtidig delta i å forme utfallet av dialogen (Maass et al., 2017).

I ergoterapeutisk praksis vil man ha behov for begge strategiene i kommunikasjon med brukeren. På den ene siden representerer ergoterapeuten en slags autoritetsfigur som kjenner til regler og betingelser, for eksempel for å få utskrevet hjelpemidler eller søke økonomisk støtte. Ergoterapeuten kan også ha fagkunnskap som hvordan sykdom påvirker funksjon og kommer til å utvikle seg, som er viktig å formidle på en klar og konsis måte. Dette for at brukeren kan danne seg et sammenhengende bilde av mulighetene og utfordringene i den nye situasjonen, samt hvordan man kan bruke systemet

for å fremme egen helse under de nye omstendighetene.

På den andre siden er det brukeren som er ekspert på eget liv og kan sette mål og velge ut tiltak som oppleves som meningsfulle. I slike situasjoner kan ergoterapeuten fungere som en likeverdig samtalepartner som kan dele av sine og andres erfaringer med lignende situasjoner, uten at disse erfaringene blir styrende for hva man blir enige om til slutt. Eller ergoterapeuten kan legge til rette for at brukeren deltar i aktivitet sammen med andre, som kan sitte på verdifulle erfaringer eller selv har behov for en meningsdannende dialog med noen i en lignende situasjon.

## FREMME AKTIVT ENGASJEMENT MED RESSURSER

Til slutt, det å fremme aktivt engasjement med ressurser kan øke sjansen for erfaringer som berører begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet samtidig. Å fremme aktivt engasjement kan dermed være en lovende strategi for å styrke OAS (Maass et al., 2017). Som beskrevet før, vil ergoterapeuter ofte møte brukere når de har et behov for å kritisk å vurdere og eventuelt tilpasse sitt forhold til en rekke ressurser fordi de ikke lenger fungerer som vanlig. Dermed er utgangspunktet for «aktivt engasjement» med ressurser i høyeste grad til stede.

På den andre siden kan det oppstå utfordringer med motivasjonen. Brukere kan ønske heller å velge bort ressurser som skuffer dem. Det er også mulig at man ikke gjenkjenner ressurser som sådanne. For eksempel kan en rullestol være et verktøy for å fremme deltagelse eller bli oppfattet som en bekreftelse på at andre nå oppfatter en som «handikappet». Dette i seg selv kan oppleves som trussel mot egen identitet og kan true OAS gjennom tap av meningsfullhet. Men også i et slikt tilfelle vil det være en strategi å fremme aktivt engasjement. Å bli kjent med ressursen, tilpasse den til egne formål, revurdere sine egne oppfatninger av ressursen og tilrettelegge for nye erfaringer og mestring kan til sammen føre til en styrking av OAS (Maass, 2018; Antonovsky, 1987).

## ANALYSERE OG TILPASSE AKTIVITETER

Sammenfattende kan man si at salutogenese tilbyr en teoretisk ramme for helsefremmende tiltak, som tilsier at helse kan fremmes (også) gjennom å styrke individet og utruste det med psykososiale ressurser som OAS (Antonovsky 1987, Eriksson & Lindstrøm,

	Person	Aktivitet	Omgivelser
<b>Begripelighet</b>	Har personen et realistisk bilde av verden og sin posisjon i den?	Erfaringer av å forstå hva som foregår, hva som forventes, hvordan resultat kan påvirkes	Informasjon om og under aktiviteten. Mulighet for erfaringsutveksling
<b>Håndterbarhet</b>	Føler personen at hen har ressursene til rådighet som trengs, og kan håndtere dem for å løse utfordringer?	Overkommelige krav under utførelsen, varierte nivå av deltagelse	Tilgjengelige og passende ressurser
<b>Meningsfullhet</b>	Er det meningsfullt å prøve å løse utfordringer?	Mulighet til å påvirke aktiviteten, utførelsen eller utfallet; personlig vekst og utvikling, mestring, bekreftelse av identitet	Mulighet for å påvirke utfall, signifikante andre, meningsdannende dialog
	<b>Individuell OAS</b>	<b>Erfaringen under og etter aktiviteten</b>	<b>Informasjon, ressurser, mulighet til å påvirke</b>

Figur 2: OAS og PEO-modellen.

2006). Individuell OAS kan styrkes gjennom forståelige, håndterbare og meningsfulle erfaringer i hverdagen. Å bryte ned OAS i sine tre dimensjoner og knytte individets plassering på disse dimensjonene til ulike erfaringer i hverdagen kan bidra til at ergoterapeuter kan tilrettelegge aktiviteter. For eksempel kan man tilpasse graden av utfordring ved en aktivitet til individets plassering på håndterbarhetsdimensjonen, tilby informasjon eller en mulighet til utveksling hvis det er begripelighet og kognitive representasjoner som er utfordringen, eller jobbe motiverende og brukersentrert når meningsfullhet er truet.

## VEIEN VIDERE

I denne artikkelen har jeg presentert teorien om salutogenese og hvordan funn fra min doktorgrad kan bidra til å knytte salutogenese og utviklingen av OAS tettere til hverdagsliv og hverdagslige erfaringer. Jeg har prøvd å antyde hvordan ergoterapeuter kan nyttiggjøre seg denne kunnskapen og utvikle verktøy for å kartlegge, analysere og tilrettelegge aktivitet, slik at den kan bidra til OAS-styrkende erfaringer.

PEO-modellen (Law et al., 1996) kan hjelpe oss med å strukturere slike tilnærminger. Modellen beskriver den ergoterapeutiske kunnskapen om det komplekse spillet mellom person, aktivitet og omgivelser og hvordan disse påvirker og skaper deltagelse. Ved å belyse disse tre komponentene i tråd med de tre dimensjonene av OAS kan ergoterapeuter beskrive disse forutsetningene (styrken av OAS/plassering på de tre dimensjonene), relevante aspekter av omgivelsene (enkel/kompleks informa-

sjon, tilgjengelige og passende ressurser og muligheter til å påvirke) og anvende denne kunnskapen til å tilrettelegge aktivitet. På denne måten kan ergoterapeuter sikre at de møter personen der han eller hun er, at tiltak er tilpasset personens forståelse og handlekompentanse, at aktiviteten oppleves som meningsfull, og at den er tilpasset slik at den tilbyr erfaringer i å forstå verden og oppdage struktur, løse utfordringer, påvirke utfallet og delta i meningsdannende dialog. Se Figur 2.

En slik tilnærming kan sikre en mer systematisk og målrettet bruk av salutogenese og dermed gi muligheter for å bygge opp kunnskap og tilegne seg ferdigheter som trengs for å kunne tilrettelegge for koherente, OAS-styrkende erfaringer. I det lange løp kan dette bidra til utvikling av ergoterapeutiske verktøy som er bygd på salutogenese, og som er anvendelige til kartlegging, analyse og tilrettelegging av aktivitet i praksis.

## Kilder

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-18
- Apers, S., Rassart, J., Luyckx, K., Oris, L., Goossens, E., Budts, W., Moons, P., and for the I-DETACH Investigators (2016). Bringing Antonovsky's salutogenic theory to life: A qualitative inquiry into the experiences of young people with congenital heart disease. *International journal of qualitati-*



- ve studies on health and well-being, 11(1), 293-46
- Bull, T., Mittelmarm, M. B., & Kanyeka, N. E. (2013). Assets for well-being for women living in deep poverty: through a salutogenic looking-glass. *Critical Public Health*, 23(2), 160-173
- Carstensen, T. & Bonsaksen, T. (2018). Factors associated with therapeutic approaches among Norwegian Occupational Therapists: An Exploratory study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 34(1):75-85. DOI:10.1080/0164212X.2017.1383220
- Cowley, S., & Billings, J. R. (1999). Resources revisited: salutogenesis from a lay perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 994-1004
- Ergoterapeutene. (2017). *Alle skal kunne delta. Ergoterapeuters kjernekompetanse*. Norsk Ergoterapeutforbund ergoterapeutene, Oslo
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376-381
- Eriksson, M., & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938-944
- Feldt, T., Lintula, H., Suominen, S., Koskenvuo, M., Vahtera, J., & Kivimäki, M. (2007). Structural validity and temporal stability of the 13-item sense of coherence scale: prospective evidence from the population-based HeSSup study. *Quality of Life Research*, 16(3), 483
- Hakanen, JJ, Feldt, T & Leskinen, E. (2007). Change and stability of sense of coherence in adulthood: Longitudinal evidence from the Healthy Child study. *Journal of Research in Personality*, 41 (3):602-617
- Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P & Letts, L. (1996). The person-environment-occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1):9
- Lindström, B., & Eriksson, M. (2006). Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. *Health promotion international*, 21(3), 238-244
- Maass, Ruca Elisa Katrin; Lillefjell, Monica. Health-promotion in the neighborhood throughout the life-course. Next health; 2014-08-25 - 2014-08-27 NTNU
- Miller, J. F. (1992). *Coping with chronic illness: Overcoming powerlessness*. FA Davis Company
- Mittelmarm, M. B., Bull, T., Daniel, M., & Urke, H. (2017). Specific Resistance Resources in the Salutogenic Model of Health. In Mittelmarm, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G. F., Pelikan, J. M., Lindström, B., & Espnes, G. A. (eds) *The Handbook of Salutogenesis* (pp. 171-179). Springer International Publishing
- Mittelmarm, M. B. (2014). Unintended effects in settings-based health promotion. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 42(15\_suppl), 17-24
- Paterson, B.L. (2004). The Shifting Perspectives Model of Chronic Illness. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1):21-26
- Quennerstedt, M. & Oehman, M. (2014). Salutogenic approaches to health and the body. In Fitzpatrick, K. & Tinning, R. (eds) *Health Education: Critical perspectives*. London. Routledge
- Rivera, F., García-Moya, I., Moreno, C., & Ramos, P. (2013). Developmental contexts and sense of coherence in adolescence: A systematic review. *Journal of Health Psychology*, 18(6), 800-812
- Sagy, S., & Antonovsky, H. (2000). The development of the sense of coherence: A retrospective study of early life experiences in the family. *The International Journal of Aging and Human Development*, 51(2), 155-166
- Schnyder, U., Büchi, S., Sensky, T., & Klaghofer, R. (2000). Antonovsky's sense of coherence: trait or state? *Psychotherapy and psychosomatics*, 69(6), 296-302
- Super, S., Verkooijen, K., & Koelen, M. (2016). The role of community sports coaches in creating optimal social conditions for life skill development and transferability—a salutogenic perspective. *Sport, Education and Society*, 1-13
- Ville, I., & Khlal, M. (2007). Meaning and coherence of self and health: An approach based on narratives of life events. *Social Science & Medicine*, 64(4), 1001-1014
- Volanen, S. M., Suominen, S., Lahelma, E., Koskenvuo, M., & Silventoinen, K. (2006). Sense of coherence and its determinants: A comparative study of the Finnish-speaking majority and the Swedish-speaking minority in Finland. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 34(5), 515-525

## Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.

- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling

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

# Ergoterapi i palliasjon – en unyttet ressurs?

Av Synnøve Glesnes og Tina Taule



*Synnøve Glesnes er ergoterapeut ved Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, Haukeland universitetssjukehus (HUS) i Bergen, og ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk HUS i Bergen. E-post: sglesnes@gmail.com*



*Tina Taule er ergoterapispesialist med ph.d. fra medisinsk-odontologisk fakultet ved Universitetet i Bergen. Hun arbeider som forsknings- og fagutviklingsleder ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk ved HUS i Bergen.*

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Palliativ behandling skal bedre livskvaliteten til pasienter og pårørende. En nasjonal målsetning er å gi god palliativ behandling til alle med behov. Uhelbredelig sykdom kan påvirke aktivitetsutførelse. Deltakelse i meningsfulle aktiviteter er ergoterapeutens kjernekompetanse. I Norge har ikke alle palliative pasienter tilgang på ergoterapi. Ergoterapirollen er mangelfullt beskrevet i litteraturen for denne gruppen.

**Hensikt:** Å undersøke hva internasjonal forskning sier om ergoterapirollen i palliasjon.

**Metode:** En litteraturstudie ble gjennomført, og litteratursøk ble utført i databasene PubMed, Embase, CINAHL, Svemed og Cochrane Library.

**Resultat og konklusjon:** 16 artikler ble inkludert. Tre temaer ble identifisert:

- 1) Aktivitet i endring. Personer som lever med uhelbredelig sykdom, ønsker å være i aktivitet, men opplever utfordringer med aktivitetsutførelse.
- 2) Ergoterapirollen i palliasjon er uklar. Forskning viser at ergoterapi er lite kjent blant andre faggrupper. Dette kan føre til manglende henvisning til ergoterapi og at pasienten ikke får utnyttet sitt aktivitetspotensial.
- 3) Spesifikke ergoterapitiltak. Det er begrenset og mangelfull forskning på spesifikke ergoterapitiltak til pasientgruppen.

**Nøkkelord:** ergoterapi, palliasjon, aktivitet, ergoterapitiltak, ergoterapirollen

*Det er ikke knyttet interessekonflikter til denne artikkelen.  
Den blir sampublisert med tidsskriftet  
Omsorg 3/19.*



## Bakgrunn

Palliativ behandling har til hensikt å bedre livskvalitet til pasienter og pårørende (1). Det er en nasjonal målsetning at god palliativ behandling skal gis til alle som har behov for det (2). Uhelbredelig sykdom påvirker mennesker ulikt, men forskning viser at mange har utfordringer med å utføre kjente daglige aktiviteter (3). Ergoterapeuter har kjernekompetansen sin i å støtte mennesker til å delta i meningsfulle aktiviteter på tross av begrensninger knyttet til sykdom (4). Det er derfor anbefalt at ergoterapi er en del av tilbudet til denne pasientgruppen (2). Når det oppstår et gap mellom persons helse og krav i hverdagen, kan ergoterapeuten bidra til å minske gapet gjennom kartlegging av faktorer som hindrer eller muliggjør aktivitet og iverksetting av tiltak. En helhetlig tilnærming er en viktig faktor i palliativ omsorg (2), og ergoterapeuten vurderer fysiske, kognitive, sosiale og miljømessige faktorer som påvirker aktivitetsutførelsen. Ifølge handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen bør alle palliative team på større sykehus ha ergoterapeut tilknyttet (5). Dette er imidlertid ikke praksis alle steder i Norge. Det er derfor varierende om pasienter innlagt i sykehus med en palliativ diagnose har tilgang på ergoterapitjenester. Ergoterapi er per nå ikke en lovpålagt tjeneste i kommunen, og flere kommuner i Norge har ikke ergoterapitilbud.

Det er publisert lite om ergoterapi og palliasjon i Norge. Hensikten med studien er derfor å undersøke hva internasjonal forskning sier om ergoterapirollen i palliasjon. Resultatene kan medvirke til å tydeliggjøre ergoterapirollen, og ergoterapeutiske bidrag med palliative pasienter.

## Metode

For å få en bred oversikt over hvilken litteratur som finnes om temaet, ble en litteraturstudie gjennomført (6).

For best mulig overføringsverdi av resultater inkluderte vi forskningsartikler fra land med tilsvarende helsesystem som Norge, og som omhandlet pasienter med en livstruende diagnose. I tillegg ble artikler om aktivitetsperspektivet hos pasientgruppen inkludert, da dette ble regnet som svært relevant for ergoterapi. Artikler fra spesialisthelsetjenesten, sykehus, kommunehelsetjenesten, institusjon og hospice ble inkludert. Vi ekskluderte artikler som inkluderte barn, var publisert før år 2000, var utgitt på andre språk enn norsk og engelsk, var skrevet

om andre profesjoner enn ergoterapi, eller ikke var tilgjengelig i fulltekst.

Trinnene i den kunnskapsbaserte modellen ble brukt (7). Litteratursøk ble utført av førsteforfatter i oktober 2018 i databasene PubMed, Embase, CINAHL, Svemed+ og Cochrane Library. PubMed, Embase og CINAHL, som alle har et bredt utvalg artikler som omhandler helsevitenskap. Svemed+ inneholder litteratur fra nordiske land. Cochrane Library ble valgt for å undersøke om det finnes oversiktsartikler om temaet.

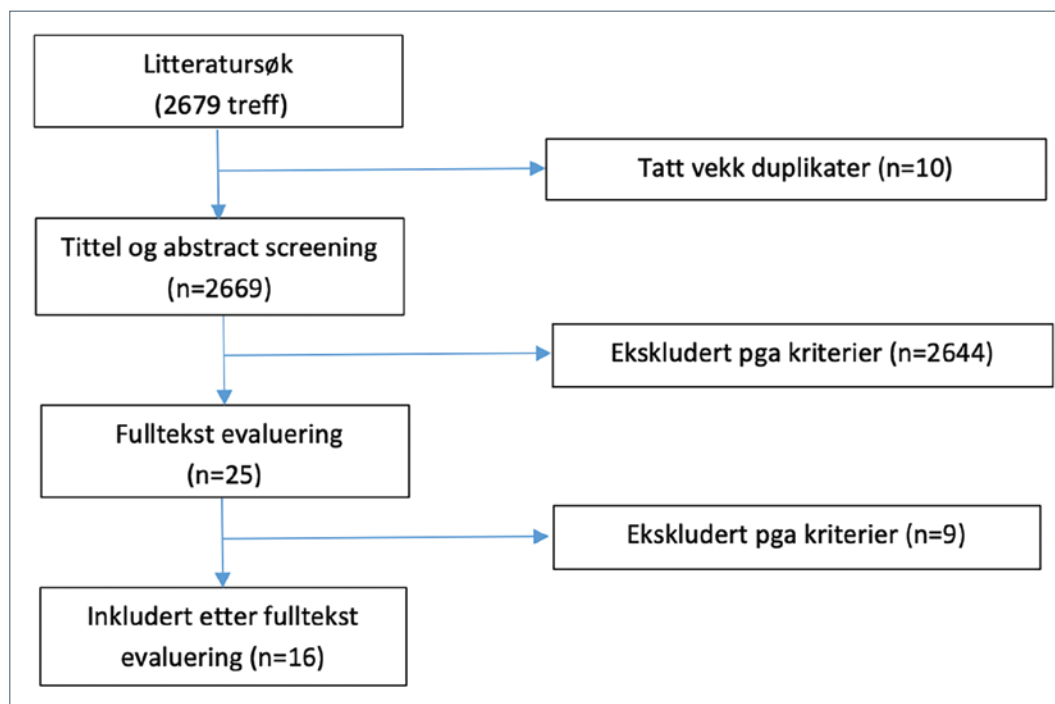
Søkeordene dekket termer for pasientgruppen (palliative, end of life, terminal) og ergoterapi (occupational therapy). Søkeordene palliative, end of life og terminal ble først søkt hver for seg, og resultatene ble kombinert med OR. Resultat av søket ble kombinert med occupational therapy og AND. Artikler ble vurdert som relevante eller ikke opp mot inklusjons-/eksklusjonskriterier, først på bakgrunn av tittel og abstrakt, og om nødvendig også på bakgrunn av fulltekst.

For å finne fellestrekk i litteraturen ble tematisk analyse utført som beskrevet av Aveyard (6). Metoden er egnet for nybegynnere og kan bidra til en systematisk organisering, analyse og beskrivelse av resultatene. I tillegg kan både kvantitative og kvalitative studier inkluderes i analysen. Første trinn er kritisk å vurdere all litteratur for å få en oversikt over studiedesign, populasjon og fokus for studiene. Kvaliteten på de inkluderte studiene ble kritisk vurdert ved bruk av sjekklister fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekklistene ble fylt ut av førsteforfatter, og resultater ble diskutert med andreforfatter. Andre trinn var å oppsummere og sammenligne resultatene i hver artikkel. Fellestrekk i oppsummeringene ble samlet under foreløpige temaer og senere kategorisert i tre hovedtemaer. I tredje trinn av analysen ble hovedtemaene sammenlignet med hverandre og videre vurdert før de ble navngitt. Dette for å unngå at de ble for like eller var motstridende.

## Resultat

Totalt 16 artikler ble inkludert i litteraturstudien. Se figur 1 - Flytskjema, side 34. Artiklene representerte et variert utvalg av forskningsmetoder og pasientdiagnoser. Se tabell 1 på side 35. Den tematiske analysen identifiserte tre gjennomgående temaer:

- aktivitet i endring
- ergoterapirollen
- spesifikke ergoterapeutiske tiltak



Figur 1. Flytskjema.

## AKTIVITET I ENDRING

Mennesker med en palliativ diagnose ønsker fortsatt å kunne utføre aktiviteter som er viktige og meningsfulle for dem (8,9,10). Wagman og von Post (9) fant at det ikke er spesifisert hvilke aktiviteter som er betydningsfulle i den palliative fasen, men at pasientene ønsker å være i aktivitet som tidligere. Pasientene understreket betydningen av å kunne være selvstendige der det var mulig. Det var også fokus på å føle at en fortsatt var en ressurs for andre, og å kunne delta i sosiale arenaer. De pasientene som hadde lavest funksjonsnivå, beskrev et ønske om å kunne gå ut av rommet selv og utføre egen personlig hygiene.

Personer som lever med en palliativ diagnose, opplever imidlertid ofte gradvis tap av funksjon, som gjør aktivitet og deltakelse utfordrende (11). I en systematisk litteraturstudie som inkluderte over 19 000 pasienter, fant Neo, Fettes, Gao, Higginson og Maddocks (12) at en tredjedel av alle pasienter med kreft har utfordringer med personlige daglige aktiviteter, og halvparten av pasientene har utfordringer med instrumentelle aktiviteter. Personlig hygiene, gangfunksjon og forflytning samt instrumentelle aktiviteter som handling, husarbeid og transport var mest påvirket (12). En studie av Eriksson og medforfattere undersøkte hvilke aktiviteter som var viktige for pasienter innlagt på sykehus (10). Her beskriver spesielt kvinnene utfordringen med å opprettholde rollefunksjon under innleggelse. Kvinnene var vant

til å ha ansvar for organisering av barn og familie og opplevde at de ikke strakk til. Hammill, Bye og Cook (13) skriver at alle deltakerne i studien beskrev hindringer mot å være i aktivitet. Redusert motivasjon, energi, styrke, tung pust i aktivitet, reduserte kognitive funksjoner, smerte og lite tid er eksempler på aktivitetshindringer.

Morgan, Currow, Deheny og Aranda (11) undersøkte hjemmeboende personer med kreft sine erfaringer med å leve med et fallende funksjonsnivå. Pasientene opplevde at utførelse av aktivitet var viktig og meningsfylt, men at sykdommen gjorde at de måtte gjøre endringer. De beskrev at enkle bevegelser som er nødvendige for å utføre daglige aktiviteter, krevde mer konsentrasjon enn før sykdommen (11). Sykdom truet hverdagsaktiviteter og gjorde at deltakerne måtte endre forventninger til seg selv og hva de kunne klare (11). I tillegg tok ting lengre tid, og de kunne derfor nå gjøre mindre sammenlignet med før sykdommen. Aktivitet var for noen et symbol på god helse og en måte å gi liv til dagene. For andre var aktivitet en målestokk på sykdom, etter hvor mye eller lite en klarte å utføre. Endring i evne til å mestre hverdagen slik en gjorde før sykdom, påvirket selvbildet negativt (11). Dette bekreftes i en kvalitativ studie hvor Murdock, Cousins og Kernohan (14) undersøkte hvordan mennesker med langt-kommet Parkinsons sykdom opplevde hverdagsaktivitet. De beskrev hvordan redusert fysisk funksjon og symptomer påvirket aktivitetsutførelsen. Dette



Forfatter (år)	Fokus	Design	Land	Antall deltakere (studier)	Kvalitet
Badger, Honey & Macleod (2016)	Palliativ	Kvalitativt	Australia	8	Høy
Bye, Cook & Hammill (2013)	Palliativ	Systematisk oversikt	Australia	? (58)	Høy
Cooper & Littlechild (2013)	Palliativ	Tverrsnitt	Storbritannia	11	Mangelfull
Eriksson, Öster & Lindberg (2016)	Kreft	Kvalitativt	Sverige	8	Høy
Eva & Morgan (2018)	Palliativ	Kvalitativt Tverrsnitt	Europa	237	Høy (kvalitativt) middels (tverrsnitt)
Hammil, Bye & Cook (2017)	Palliativ	Kvalitativt Tverrsnitt	Australia	171	Høy (kvalitativt) middels (tverrsnitt)
Marston, Agar & Brown (2015)	Palliativ	Kvalitativt	Australia	8	Høy
Miller & Hopkinson (2008)	Palliativ	Kohort	Storbritannia	327	Mangelfull
Mills & Payne (2015)	Palliativ	Systematisk oversikt	Storbritannia	477 (10)	Mangelfull
Morgan et al (2017)	Kreft	Kvalitativt	Australia	10	Høy
Murdock, Cousins & Kernohan (2014)	Palliativ	Kvalitativt	Storbritannia	10	Høy
Neo et al (2017)	Kreft	Systematisk oversikt	Singapore & Storbritannia	19246 (43)	Høy
Pilegaard et al (2017)	Kreft	RCT	Danmark	242	Høy
Rahman (2000)	Palliativ	Kvalitativt	USA	4	Høy
Saarik & Hartley (2010)	Kreft	Kohort	Storbritannia	29	Mangelfull
Von Post & Wagman (2017)	Palliativ	Systematisk oversikt	Sverige	228 (11)	Middels

Tabell 1. Oppsummering av studiekarakteristikker

hadde konsekvenser for sosiale, psykiske og åndelige/eksistensielle faktorer i hverdagen. Blant annet begrenset det deltakelse i sosiale arenaer som arbeid og fritid. I tillegg utfordret det eksistensielle faktorer i det å leve med uvisshet for framtiden og rundt egen funksjon. Både Murdock et al. (11) og Morgan et al. (14) beskrev hvordan pasientene fant nye strategier i hverdagen som bidro til å få utført ønskede eller nødvendige aktiviteter. Personer som tidligere hadde deltatt i fysisk krevende aktiviteter valgte nå roligere tidsfordriv som for eksempel å lese (11). I Morgan et al. (11) beskrev en av deltakerne at å observere andre mennesker utføre aktiviteter, var nok til at de selv følte at de deltok. Å være sosial sammen med andre var assosiert med å leve. Redusert funksjon gjorde at flere var avhengige av hjelp i hverdagen (11,14).

## ERGOTERAPIROLLEN

Ifølge Hammill, Bye og Cook (8) er ergoterapirollen i palliasjon forsøkt definert gjennom forskning, litteratur og stillingsbeskrivelser. Rollen er fortsatt

uklar, spesielt sammenlignet med andre praksisområder i ergoterapi. En studie som kartla europeiske ergoterapeuters arbeidsoppgaver, fant at ergoterapeuter i stor grad prioriterer direkte pasientarbeid fremfor utvikling av tilbud, ledelse og forskning (15). Ergoterapeuter opplever at de har en viktig rolle i pasientarbeid både ved utskrivelse fra sykehus og i tilrettelegging for aktivitet i hjemmet (13,15,16). Det var likevel generell enighet om at ergoterapeuter ofte er begrenset til å formidle hjelpemidler, og at potensialet i utvidet aktivitetsfokus ikke er brukt (15,16).

Begrenset forståelse av ergoterapirollen blant andre faggrupper gjorde at pasienter ble henvist for sent, eller ikke i det hele tatt. Resultater viser at når ergoterapeuten var et integrert medlem av et tverrfaglig team, ble rollen også utvidet (15,17). Andre faggrupper i det tverrfaglige teamet var bedre kjent med ergoterapeutens oppgaver, og ergoterapeuten kunne da ha utvidet fokus på aktivitet utover hjelpemidler og primære activities of daily living (ADL) (15). Marston, Agar & Brown (18) argumenterer for at

det er nødvendig for de ulike faggruppene i et tverrfaglig team å ha en god forståelse av hverandres roller og arbeidsoppgaver.

Marston et al. (18) undersøkte pasienter og pårørendes oppfatninger og erfaringer med ergoterapi på en sykehusavdeling. Studien viste at ergoterapi ble sett på som praktisk støtte i forberedelse til hjemreise fra sykehus. Pasienten og pårørende klarte ikke å skille mellom de ulike faggruppenes roller og arbeidsoppgaver, og de var derfor usikre på hvem de skulle spørre om råd.

Badger, Macleod og Honey (19) undersøkte hjemmeboende pasienters erfaringer og forståelse av ergoterapi. Deltakerne opplevde at ergoterapi hadde positiv effekt på livskvalitet gjennom tiltak som bedret komfort og trygghet. Ingen av deltakerne beskrev ergoterapi som relatert til å kunne delta i viktige og meningsfulle aktiviteter. De ga likevel eksempler på hvordan ergoterapitiltak bidro til økt deltakelse.

### SPESIFIKKE ERGOTERAPITILTAK

Det er begrenset forskning på spesifikke ergoterapitiltak innen palliasjon (8). En randomisert kontrollert studie (RCT) fra Danmark så på effekten av «the cancer home life», et ergoterapibasert program for personer med langtkommet kreft (20). Pasientene fikk tilbud om en til tre hjemmebesøk av ergoterapeut med målsetning om å legge til rette for at pasientene kunne utføre viktige daglige aktiviteter. Studiet fant ingen signifikant effekt mellom intervensjons- og kontrollgruppen.

To studier kartla hva ergoterapeuter gjør i møte med palliative pasienter (15,21). Eva og Morgan kartla arbeidsoppgavene til 237 ergoterapeuter fra 21 europeiske land, med mest deltakelse fra Storbritannia og Irland (15). Deltakerne i studiet arbeidet i hovedsak med hjelpemiddelformidling for å optimalisere ADL-funksjon og med kartlegging av funksjonsnivå, sittestilling og komfortbehov. I tillegg arbeidet mange med mestring av fatigue, angst og tung pust. Arbeidsoppgavene inkluderte også å støtte pasienter med å tilpasse seg endret funksjonsnivå, tap og døden. Dette ble bekreftet i studiet til Cooper og Littlechild (21), som inkluderte ti ergoterapeuter fra Storbritannia. Alle tiltak ble utført oftere av ergoterapeuter fra Storbritannia sammenlignet med ergoterapeuter fra andre europeiske land (15). Resultater fra studien til Miller og Hopkinson (22) indikerer at avspenning som tiltak kan være nyttig for å redusere spenninger og stress

for pasienter med kreft og palliative diagnoser. Det er også resultater som tyder på at pasienter med langtkommet kreft kan ha nytte av gruppebasert kurs i fatiguemestring (23).

### Diskusjon

Resultater fra denne studien viser at mennesker som lever med en uhelbredelig sykdom, ønsker å være i aktivitet, men at de opplever utfordringer med aktivitetsutførelse. Ergoterapirollen i palliasjon er forsøkt definert, men er fortsatt uklar. Forskning viser at ergoterapeutens bidrag er lite kjent blant andre faggrupper. Dette kan føre til at pasienter ikke får utnyttet sitt aktivitetspotensial på grunn av manglende henvisning. Det er begrenset og mangelfull forskning på spesifikke ergoterapitiltak til denne gruppen mennesker.

Betydningen av fortsatt å være engasjert i meningsfulle aktiviteter til tross for sykdom er løftet frem i flere av artiklene (8,9,10,11,12,16). Dette samsvarer med annen litteratur (24,25,26,27). Mennesker skaper rom for seg selv i den sosiale konteksten gjennom hva de gjør (9). Ergoterapeuter har et bredt aktivitetsbegrep som plasserer alt det et menneske gjør i en sosialkulturell kontekst. Gjennom aktivitetsutførelse defineres egenverdi, mestring, valg og kontroll i livet. Ekskludering fra å utføre meningsfulle aktiviteter kan gi tapt livskvalitet (9). Selv de enkleste aktiviteter kan gi mening da de utføres i en gitt kontekst som har verdi, historie og mening for den enkelte. For å forstå hvilke aktiviteter som er meningsfulle, er det nødvendig å kartlegge hvilken betydning pasienten legger i ulike aktiviteter (10).

Neo et al. (12) fant at en stor del av pasienter med kreft har redusert evne til å utføre primær og instrumentell ADL. Jeyasingam, Agar, Soares, Plummer og Currow (28) viste imidlertid at pasienter og pårørende innlagt på en hospice-avdeling rapporterte om umøtte behov, ikke bare innen primær ADL, men også innen fritidsaktiviteter og hobbyer. Helsepersonells oppfatning av pasientens behov samsvarer i liten grad med pasient og pårørendes opplevelser (28).

Det er enighet i internasjonal litteratur om at ergoterapi er en egnet faggruppe i palliativ omsorg (8,15,16,17,25,29). Ergoterapi er også i Norge anbefalt faggruppe i palliasjon (2). Resultater i denne studien viser at ergoterapirollen er forsøkt definert over de siste tiårene, men fortsatt oppleves som uklar både for ergoterapeuter og for faggrupper som samarbeider med dem (8,15,16). Dette gjelder



også for ledere og ansatte på systemnivå som utvikler servicetilbudet til pasienter.

I Norge er ergoterapi fortsatt en liten faggruppe sammenlignet med blant annet fysioterapi og sykepleiere. Det er varierende hvor ergoterapeuter er ansatt og hvilken rolle de har i palliativ omsorg i Norge. I Handlingsprogrammet for palliasjon i kreftomsorgen er det anbefalt at ergoterapeut er tilknyttet større palliative sentre (5). På tross av anbefalingen er dette kun tilfelle noen få steder i Norge. I spesialisthelsetjenesten har avdelinger som kreft-, lunge-, hjerte-, nevrologiske eller kirurgiske avdelinger varierende grad av ergoterapitilbud. Få sykehus har ergoterapeut tilknyttet palliativt team. I kommunehelsetjenesten er ergoterapi en lovpålagt tjeneste først fra 2020 (30). Per i dag mangler flere kommuner i Norge ergoterapeut. Pasienter med behov for palliativ omsorg har derfor ikke tilgang til ergoterapi i disse kommunene.

Aktivitet og deltakelse påvirker alle aspekter av et menneskes fysiske, psykiske, sosiale og åndelige/eksistensielle faktorer (14). Både NOU og Handlingsprogrammet anbefaler en helhetlig tilnærming i arbeid med palliative pasienter (2,5). For å kunne møte pasientens behov er en tverrfaglig tilnærming sentralt (2,5). Når ergoterapeuten er del av et tverrfaglig team, blir også rollefunksjonen utvidet (15,17). Ergoterapeuter har sin kjernekompetanse knyttet til meningsfylte aktiviteter. Ergoterapeuter vil derfor ha et nyttig bidrag i en tverrfaglig tilnærming til pasienten.

Eva og Morgan (15) fant i sin studie at europeiske ergoterapeuter i stor grad prioriterer pasientarbeid fremfor utvikling av tilbud, ledelse og forskning. Resultatet indikerer at det er behov for å fremme både ergoterapirollen og ergoterapeutens bidrag til andre faggrupper. Så langt vi vet, finnes det svært lite litteratur skrevet av norske ergoterapeuter om ergoterapi og palliasjon. Ved at ergoterapeuter involverer seg i utvikling av palliative tilbud og engasjerer seg i forskning, kan ergoterapi som fag synliggjøres. Slik kan flere pasienter få tilbud om ergoterapi til rett tid i sin sykdomsprosess. Dette kan videre føre til økt deltakelse og livskvalitet.

Eva og Morgan (15) viste noen likheter mellom arbeidsoppgavene til de europeiske ergoterapeutene. Ergoterapitiltak inkluderte blant annet kartlegging av aktivitetsutførelse, posisjonering og sittestilling, hjelpemiddelformidling, strategier for å mestre hverdagen og aktivitetsregulering (15). Ergoterapeutiske tiltak er mange og strekker seg over et bredt

spekter, men spesielt tiltak brukt i palliativ omsorg mangler forskning. I NOU anbefales forskning innen palliasjon, og flere aktuelle områder nevnes spesifikt (2). Dette inkluderer tiltak og behandling ved tidlig integrasjon av palliasjon i sykdomsforløpet, klinikknær forskning på effekt av spesifikke kliniske problemstillinger og tverrfaglig forskning. De nevner også at forskning bør være pasientsentrert med fokus på pasient og pårørendes preferanser, barrierer og utfordringer og hvordan helsepersonell best kan møte disse.

Det er begrenset og mangelfull forskning på spesifikke ergoterapitiltak rettet mot mennesker som lever med en palliativ diagnose. Vi har ikke funnet noen studier som viser signifikant effekt av ergoterapitiltak. Studiet til Pilegaard, la Cour, Oestergaard, Johnsen, Lindahl-Jacobsen, Højris og Brandt (20) indikerer likevel at det er mulig å gjennomføre en RCT med denne pasientgruppen og bruken av ergoterapitiltak. Dette viser at det er behov for mer spesifikk forskning på ergoterapitiltak med denne gruppen pasienter gjennomført i studier med høy kvalitet.

## Konklusjon

Ergoterapi er anbefalt for pasienter med uhelbredelig sykdom. Barrierer for tilgang på ergoterapi er at ergoterapirollen er uklar og lite kjent blant andre faggrupper. I Norge er ergoterapitilbudet svært varierende både i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten. Det er behov for forskning både på ergoterapeuters rolle med denne pasientgruppen i Norge, spesifikk forskning på effekt av ergoterapitiltak og tverrfaglig forskning. Ergoterapeuter har en viktig rolle i å fremme ergoterapi og hvilke bidrag de kan ha for pasienter i palliasjon. Dette kan gjøres gjennom undervisning, både i ergoterapiutdanningene og for helsepersonell som arbeider i palliasjon.

## Referanser

1. WHO (U.å.). Definition of Palliative Care. Hentet fra <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> (03.05.2019)
2. NOU 2017:16. På liv og død – palliasjon til alvorlig syke og døende. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017.
3. Lyons M, Orozovic N, Davis J, Newman J. Doing-Being-Becoming: Occupational experiences of persons with life-threatening illnesses. *Am J Occup Ther*. 2002 May; 56(3):285-295. doi: 10.5014/ajot.56.3.285.
4. Norsk Ergoterapiforbund. Alle skal kunne delta – ergoterapeuters kjernekompetanse [Internett]. Oslo: Norsk Ergoterapiforbund; 2017 [hentet 2019-05-24]. Tilgjengelig fra:

- [https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20marksedsf%c3%b8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters\\_kjernekompetanse\\_Web\\_enkelt sider.pdf](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20marksedsf%c3%b8ring/75-Trykksaker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkelt sider.pdf)
5. Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen. Nasjonale faglige retningslinjer. Vedlegg: Standard for palliasjon Oslo: Sosial- og helsedirektoratet, 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen>
  6. Aveyard H. Doing a Literature Review in Health and Social Care. A Practical Guide. 3rd ed. London: Open University Press; 2014
  7. Helsebiblioteket – kunnskapsbasert praksis - <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
  8. Hammill K, Bye R, Cook C. Occupational Therapy for People Living with a Life-Limiting Illness: A Thematic Review. *British Journal of Occupational Therapy*. 2014 Nov; 77(11): 582–589. <https://doi.org/10.4276/030802214X14151078348594>
  9. Von Post H, Wagman P. What is important to patients in palliative care? A scoping review of the patient's perspective. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2017 Sep; 26 (1): 1-8. <https://doi.org/10.1080/11038128.2017.1378715>
  10. Eriksson L, Öster I, Lindberg M. The meaning of occupation for patients in palliative care when in hospital. *Palliative and Supportive Care*. 2016 Oct;14(5): 541-52. doi:10.1017/S1478951515001352
  11. Morgan DD, Currow DC, Denehy L, Aranda S. Living actively in the face of impending death: constantly adjusting to bodily decline at the end-of-life. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 2017 Jun; 7(2):179-188. DOI: 10.1136/bmjspcare-2014-000744
  12. Neo J, Fettes L, Gao W, Higginson IJ, Maddocks M. Disability in activities of daily living among adults with cancer: A systematic review and meta-analysis. *Cancer Treat Rev*. 2017 Dec; 61: 94–106. doi: 10.1016/j.ctrv.2017.10.006
  13. Hammill K, Bye R, Cook C. Workforce profile of Australian occupational therapists working with people who are terminally ill. *Aust Occup Ther J*. 2016 Sep; 64(1): 58-67. doi:10.1111/1440-1630.12325
  14. Murdock C, Cousins W, Kernohan GW. «Running Water Won't Freeze»: How people with advanced Parkinson's disease experience occupation. *Palliat Support Care*. 2015 Oct; 13(5): 1363–1372. doi: 10.1017/S1478951514001357
  15. Eva G, Morgan D. Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: A European Association for Palliative Care cross-sectional survey. *Palliative Medicine*. 2018 Oct; 32(5): 960–968. <https://doi.org/10.1177/0269216318758928>
  16. Mills K, Payne A. Enabling occupation at the end of life: A literature review. *Palliative and Supportive Care*. 2015 Dec; 13 (6): 1755 – 1769. DOI: 10.1017/S1478951515000772
  17. Rahman H. Journey of Providing Care in Hospice: Perspectives of Occupational Therapists. *Qualitative Health Research*. 2000 Nov; 10(6): 806–818. <https://doi.org/10.1177/104973200129118831>
  18. Marston C, Agar M, Brown T. Patients' and caregivers' perceptions of occupational therapy and adapting to discharge home from an inpatient palliative care setting. *British Journal of Occupational Therapy*. 2015 Jul; 78(11): 688–696. <https://doi.org/10.1177/0308022615586417>
  19. Badger S, Macleod R, Honey A. «It's not about treatment, it's how to improve your life»: The lived experience of occupational therapy in palliative care. *Palliative and Supportive Care*. 2016 Jun; 14(3): 225–231. doi:10.1017/S1478951515000826
  20. Pilegaard MS, la Cour K, Gregersen Oestergaard L, Johnsen AT, Lindahl-Jacobsen L, Højris I, Brandt Å. The 'Cancer Home-Life Intervention': A randomised controlled trial evaluating the efficacy of an occupational therapy-based intervention in people with advanced cancer. *Palliative Medicine*. 2018 Jan; 32(4): 744–756. <https://doi.org/10.1177/0269216317747199>
  21. Cooper J, Littlechild B. A study of occupational therapy interventions in oncology and palliative care. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*. 2013 Sep; 11(7): 329–333 <https://doi.org/10.12968/ijtr.2004.11.7.13362>
  22. Miller J, Hopkinson C. A retrospective audit exploring the use of relaxation as an intervention in oncology and palliative care. *European Journal of Cancer Care*. 2008 Sep; 17(5):488–91. doi: 10.1111/j.1365-2354.2007.00899.x.
  23. Saarik J, Hartley J. Living with cancer-related fatigue: developing an effective management programme. *Int J Palliat Nurs*. 2010 Jan; 16(1):8-12. doi: 10.12968/ijpn.2010.16.1.46178
  24. Vrkljan B, Miller-Polgar J. Meaning of Occupational Engagement in Life-Threatening Illness: A Qualitative Pilot Project. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2001 Oct; 68(4): 237–246. <https://doi.org/10.1177/000841740106800407>
  25. Peoples H, la Cour K, Brandt Å, Waehrens E. Managing Occupations in Everyday Life at Home for People With Advanced Cancer. *Am J Occup Ther*. 2016 Aug; 70(4). doi:10.5014/ajot.2016.70S1-PO5069
  26. Mærsk J, Johannessen H, la Cour K. Occupation as marker of self: Occupation in relation to self among people with advanced cancer. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2017 Jan; 26(1): 1-10. DOI:10.1080/11038128.2017.1378366
  27. Lala A, Kinsella E. A phenomenological inquiry into the embodied nature of occupation at end-of-life. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2011 Oct; 78(4): 246–254. DOI: 10.2182/cjot.2011.78.4.6
  28. Jeyasingam L, Agar M, Soares M, Plummer J, Currow D. A prospective study of unmet activity of daily living needs in palliative care inpatients. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2008 Dec; 55(4): 266–272. doi:10.1111/j.1440-1630.2007.00705.x
  29. Keesing S, Rosenwax L. Is occupation missing from occupational therapy in palliative care? *Australian Occupational Therapy Journal*. 2011 Sep; 58(5): 329–336. doi:10.1111/j.1440-1630.2011.00958.x
  30. Helse og omsorgsdepartementet. (2016). <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/lovfester-krav-til-kompetanse-i-kommunene/id2503122/>

# DET HANDLER OM Å VELGE RIKTIG ELEKTRISK RULLESTOL TIL RETT BRUK!

Vi finner de gode løsningene for den  
beste rullestolen ute/inne/i bil



Puma 40 FWD

Kontakt oss på [post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no) eller bli  
kjent med våre rullestoler på hjelpemiddelmessen  
i Vikingskipet på Hamar 4. september eller i  
Framohallen i Bergen 5. september.



**Puma 40 FWD**  
**Puma 40 RWD**  
Full kontroll  
innendørs,  
utendørs og i bil.



**Real 6100  
for voksne**  
Smidig og  
komfortabel med  
lite fotavtrykk.  
Høyt og lavt.



**Real 6100  
for barn og  
små voksne**  
Klar til skolestart  
med stolen som  
bidrar til aktivitet  
og komfort.



Real 6100



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

T: 66 96 38 00

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



# Ergoterapi for kreftpasienter i palliativ fase – en kvalitativ studie

Av Katrine Alvestad Breivik, Gøril Espedal, Nina Sangolt Gjervik, Synnøve Glesnes og Tina Taule

## Sammendrag

**Forskning viser at ergoterapitilbudet** til kreftpasienter i palliativ fase er nødvendig, men at få ergoterapeuter arbeider med pasientgruppen, og at rollen er uklar. Hensikten med denne studien er derfor å utforske hvilken betydning ergoterapi har for kreftpasienter i palliativ fase, sett fra ergoterapeutens perspektiv. Artikkelen er basert på en bacheloroppgave ved Høgskulen på Vestlandet. Det er benyttet kvalitativ metode. En semi-strukturert intervjuguide ble brukt for å utforske fire ergoterapeuters erfaringer fra spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Funnene viser tre temaer:

- 1) den siste tiden – betydningen av de «glemte» aktivitetene,
- 2) energien som en bankkonto og
- 3) ergoterapi – en uutnyttet ressurs.

Kreftpasienter i palliativ fase bør få tilbud om ergoterapi tidlig i forløpet. Ergoterapeuter som arbeider med denne pasientgruppen, bør ha en utvidet forståelse av aktivitetsbegrepet.

**Nøkkelord:** palliasjon, kreft, ergoterapi, aktivitet, livskvalitet



*Katrine Alvestad Breivik er ergoterapeut ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus (HUS) i Bergen. Hun var tidligere student ved bachelorstudiet i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, HVL, Bergen.*



*Gøril Espedal er ergoterapeut ved Botjenester til utviklingshemmede Arna/Åsane i Bergen kommune. Hun var tidligere student ved bachelorstudiet i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, HVL, Bergen. E-post: goril\_94@hotmail.com)*



*Nina Sangolt Gjervik er ergoterapeut ved Demenssenteret, Fyllingsdalen sykehjem i Bergen kommune. Hun var tidligere student ved bachelorstudiet i ergoterapi, Institutt for helse og funksjon, HVL, Bergen.*

*Synnøve Glesnes er ergoterapeut ved Kompetansesenter i lindrende behandling Helseregion Vest, Haukeland universitetssjukehus (HUS), Bergen og ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, HUS, Bergen.*

*Tina Taule er ergoterapispesialist med ph.d. fra medisinsk-odontologisk fakultet ved Universitetet i Bergen. Hun arbeider som forsknings- og fagutviklingsleder ved Ergoterapiavdelingen, Ortopedisk klinikk, HUS, Bergen.*

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

## «Vi skal alle dø en dag. Men alle andre dager skal vi leve.»

Per Olov Enquist

### INNLEDNING

Hvert år øker antall tilfeller av kreft i Norge. Dette er i hovedsak en følge av en aldrende befolkning, men også utfordringer knyttet til levevaner. Kreft er en av de mest vanlige dødsårsakene, og nærmere 11 000 nordmenn døde av sykdommen i 2016 (1,2). Overgangen fra livsforlengende til palliativ behandling skyves stadig nærmere den siste delen av livet (3). Palliativ behandling innebærer både behandling, pleie og omsorg (4,3). Døden blir sett på som en del av livet, og behandlingen verken fremskynder eller forlenger dødsprosessen (3). Formålet med palliasjon er blant annet å lindre smerte, forbedre livskvalitet og hjelpe pasienter til å leve et så aktivt liv som mulig frem til døden inntreffer. I tillegg er målet å støtte nærmeste pårørende med å mestre situasjonen (5). I 2016 oppnevnte regjeringen et utvalg som skulle gå gjennom og vurdere det palliative tilbudet for alle pasienter i Norge (3). Utvalget kom blant annet frem til at kunnskap om og tilbud i livets siste fase må styrkes. Spesielt er det anbefalt å starte palliativ behandling tidlig i sykdomsforløpet og tilby en tverrprofesjonell tilnærming (3).

Forskning viser at mennesker i palliativ fase ofte må tilpasse sine daglige aktiviteter. Dette er blant annet for å imøtekomme de kroppslige utfordringene som følge av sykdommen (6). Mange ønsker å tilbringe den siste tiden sammen med familie og venner. I tillegg verdsettes de små tingene i hverdagen på en annen måte enn tidligere (6). Nasjonalt anbefales det at ergoterapeuter inngår

<b>Formål</b>	Formålet med vår oppgave er å undersøke hvilken nytte ergoterapi har for kreftpasienter i palliativ fase. For å innhente kunnskap på dette området har vi valgt å intervju ergoterapeuter som arbeider med denne pasientgruppen. Forskningsspørsmålet vårt er «Hvilken betydning har ergoterapi for kreftpasienter i palliativ fase, sett fra ergoterapeutens perspektiv?»
<b>Utførelse</b>	Intervjuguiden skal veilede oss i å få svar på vårt forskningsspørsmål. Vi ønsker å gjennomføre et semistrukturert intervju, der vi stiller hovedspørsmål og eventuelle oppfølgingsspørsmål underveis. Vi ønsker å ha en åpen dialog med ergoterapeuten for å få mest mulig innblikk i deres erfaringer. To av tre studenter deltar på intervjuet. Student 1 fungerer som intervjuer, og holder en gående dialog med deltaker. Student 2 har ansvar for lydopptak og tar notater underveis. Begge studentene har ansvar for å være observante og stille aktuelle oppfølgingsspørsmål. Student 2 har ansvar for å holde tiden og kan eventuelt bryte inn dersom det skulle oppstå misforståelser. Student 1, 2 og 3 transkriberer intervjuet sammen i etterkant.
<b>Hovedspørsmål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hvilke arbeidsoppgaver har du?</li> <li>• Hva er formålet med ergoterapibehandlingen?</li> <li>• Hvilke tilbakemeldinger gir pasienter på ergoterapibehandlingen?</li> <li>• Kan du fortelle om forrige gang du møtte en kreftpasient i palliativ fase?</li> <li>• Hvilken nytte opplever du at ergoterapi har for denne pasientgruppen?</li> <li>• Hva tenker du om aktivitet i denne fasen av livet?</li> <li>• Er det noe du vil tilføye, som du mener er viktig at vi vet om?</li> </ul>

Tabell 1: Intervjuguide.

i det tverrprofesjonelle teamet (3). Dette er på grunn av deres helhetlige perspektiv og kreative løsninger for å bedre utførelseskapasitet hos kreftpasienter (7). Imidlertid synes ergoterapi å være underutnyttet i behandlingen av kreftpasienter (7). Dette kan skyldes mangel på ergoterapeuter som arbeider med palliative pasienter, og at pasienter er for dårlig informert om eksisterende ergoterapitilbud. En annen årsak kan være at andre yrkesgrupper ikke er klar over ergoterapeutens rolle og hvilke potensielle fordeler ergoterapi kan ha i palliativ behandling (8,9,10). Det er derfor behov for å fremme ergoterapeutens rolle og tydeligere vise hva ergoterapeuter kan tilby pasienter i den palliative fasen (8,9,10).

På bakgrunn av politiske anbefalinger og tidligere forskning

er hensikten med denne studien å utforske hvilken betydning ergoterapi har for kreftpasienter i palliativ fase, sett fra ergoterapeutens perspektiv.

### METODE

Kvalitativt design ble valgt fordi det er egnet når en ønsker å utforske erfaringer, opplevelser og tanker om problemstillingen (11).

Fire ergoterapeuter fra helse-regionen ble inkludert. Av disse arbeidet to i spesialisthelsetjenesten og to i kommunehelsetjenesten. Første informant ble rekruttert på bakgrunn av erfaring med pasientgruppen. Videre i rekrutteringsprosessen ble snøball-effekten benyttet.

Semistrukturert intervju ble brukt for i størst mulig grad å åpne opp for deltakernes individuelle tanker og refleksjoner

Trinn én: Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer	Trinn to: Meningsbærende enheter – fra foreløpige temaer til koder og sortering	Trinn tre: Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold	Trinn fire: Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater (9)
--	--	---	--

Tabell 2: Malteruds fire trinn for systematisk tekstkondensering.

rundt temaet. Det ble utarbeidet en intervjuguide med syv hovedspørsmål knyttet til temaet, og oppfølgingsspørsmål egnet til å utdype og oppklare.

Avslutningsvis ble deltakerne spurt om det var noe de ønsket å tilføye, som ikke hadde kommet frem tidligere i intervjuet. Alle deltakerne ble stilt de samme hovedspørsmålene. Informant, intervjuer og observatør var til stede under intervjuet. Tre intervjuer ble gjennomført ansikt til ansikt og ett over FaceTime. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd.

Rådata ble transkribert fortløpende. For å ivareta det opprinnelige materialet i transkripsjonen ble data oversatt ordrett. Dette inkluderte muntlig tale og ordlyder som «hmm» og «ehm». Pauser ble tydeliggjort med «(..)». Hele prosjektgruppen deltok i transkriberingsprosessen for å sikre en felles oppfatning av det som ble sagt (11).

I analyseprosessen er det viktig å ha et aktivt og bevisst forhold til sin forforståelse (11). Forforståelsen vår er det bevisste eller ubevisste tolkningsgrunnlaget vi har med oss. Denne består av erfaringer, hypoteser, faglig perspektiv, og teoretisk referanseramme (11). Dette påvirket måten vi samlet, leste og tolket data og var med oss gjennom hele analyseprosessen. Vår felles forforståelse baserer seg først og fremst på kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi. For videre analyse av empiriske data ble systematisk tekstkonden-

sering benyttet. Metoden er egnet for nybegynnere og beskrevet av Malterud i fire trinn. For best mulig forståelse av informan-tenes erfaringer ble empiriske data belyst ved bruk av Model of Human Occupation (MoHO) (12), Occupational Justice (13,14) og Hammells forståelse av aktivitet gjennom begrepene doing, being og belonging (15).

Ifølge Hammell refererer aktivitet til alle aspektene av «doing», «being», «becoming» og «belonging». Doing (å utføre) innebærer å utføre meningsfulle og målrettede aktiviteter. Being (å være) blir definert som tid til å reflektere, gjenoppdage seg selv, nyte øyeblikket en er i, og verdsette tid sammen med sine nærmeste. Belonging (å tilhøre) er et uttrykk som blir brukt for å beskrive viktigheten av relasjoner for å oppleve mening i hverdagen. Det innebærer også en følelse av at ens liv har verdi for andre, og ikke bare for en selv. Artikkelen vil ikke ta for seg begrepet «becoming», fordi det handler om å forestille seg sitt fremtidige selv og mulige liv og er en prosess med fokus på utvikling (15). Occupational Justice baserer seg på at mennesket har behov for å være aktiv deltaker i samfunnslivet for å trives og utvikle seg (13,14). Begrepet er utviklet på bakgrunn av at alle mennesker, av ulike årsaker, ikke har samme rett og mulighet til å delta i aktivitet (13,14). Model of Human Occupation (MoHO) belyser menneskers

deltakelse og tilpassing i aktiviteter og vektlegger det dynamiske samspillet mellom person, aktivitet og miljø (12).

## ETISKE BETRAKTNINGER

Forskning er underlagt etiske standarder for å ivareta respekt for alle mennesker og beskytte deres helse og rettigheter (11). I forkant av intervjuene ble deltakerne informert om hvordan innhenting, håndtering og oppbevaring av data skulle foregå (11). Deltakelse i prosjektet var basert på frivillig informert samtykke. Informantene hadde mulighet til å trekke seg fra studiet uten nærmere begrunnelse. For å unngå gjenkjennelse av deltakerne er funn anonymisert.

## FUNN

Ut ifra analysen ble det dannet tre hovedfunn. Funnene er:

- 1) den siste tiden - betydningen av de «glemte» aktivitetene
- 2) energien som en bankkonto og
- 3) ergoterapi – en uutnyttet ressurs.

## DEN SISTE TIDEN – BETYDNINGEN AV DE «GLEMTE» AKTIVITETENE

Ifølge samtlige informanter er det individuelt hva pasientene opplever som viktig for dem. Fokuset på hva som er viktig når en er frisk, kan ofte endre seg når en blir syk. Det handler ikke nødvendigvis om fritidsinteresser og store ressurskrevende aktiviteter, men det helt enkle og nære. Informantene løfter frem familie, nærhet og gode samtaler som de ofte «glemte» aktivitetene. Dette kommer blant annet frem i sitatet «Kanskje det ikke er nødvendig å dra på hytta, men å bare komme hjem. Klare å bare være til» (Informant 3). Funnene viser at deltagelse i aktivitet kan gi energi



og økt opplevelse av livskvalitet. På bakgrunn av dette vektlegger informantene betydningen av å hente frem de gjenværende ressursene hos pasienten. Informantene vektlegger deltakelse i aktivitet og pasientens ressurser for å vende fokus bort fra sykdom og medisinske forhold. Grunnet den begrensede tiden en har til rådighet, blir det ekstra viktig å fokusere på det pasienten oppgir som betydningsfullt. I tillegg prøver informantene å legge til rette for at den siste levetiden skal bli så god som mulig for både pasient og pårørende. Informant 4 forklarer viktigheten av pasientenes opplevelse slik: «Det er viktig å føle at man betyr noe, at man ikke bare eksisterer».

### **ENERGIEN SOM EN BANKKONTO**

En viktig del av ergoterapeutenes arbeid med denne pasientgruppen er aktivitetsregulering. I sitatet «Det å tenke på energien sin som en bankkonto, og bli bevisst på hva en bruker pengene sine på» bruker Informant 1 bankkontoen som en metafor for å illustrere hvordan de kan bevisstgjøre pasientene i forvaltning av egne ressurser. Bankkontoen symboliserer dermed mengden energi pasienten har, og pengene symboliserer hvordan en prioriterer og fordeler disse ressursene. Det som stjeler mye av pasientens energi er daglige aktiviteter, dårlig samvittighet og følelsen av ikke å strekke til. De forteller at pasientene ofte setter seg selv til side for å tilfredsstille dem rundt seg. Det er derfor viktig at ergoterapeuten fokuserer på de aktivitetene som er betydningsfulle for pasienten.

For noen pasienter handler det om å fokusere på de praktiske tingene og hvordan man skal løse

spesifikke utfordringer. For andre kan det være store tanker og følelser rundt det ikke å strekke til samt tilfredsstille dem som er rundt en. Dette underbygges i sitatet «En [pasienten] tenker kanskje: Hva gjorde jeg tidligere? Nå klarer jeg ikke det, så nå har jeg mislykkes» (Informant 1). Et tiltak for å mestre dette kan være å regulere aktivitet.

Mange pasienter bruker energien sin på aktiviteter som er en del av deres daglige rutiner, som husarbeid og personlig stell. Dermed kan de oppleve at de ikke har energi igjen til andre viktige aktiviteter. Informantene prøver å bevisstgjøre pasientene på hva de bruker energien sin på. Slik kan vedkommende bruke sine ressurser på en god og hensiktsmessig måte. Dette blir underbygget i sitatet fra Informant 4: «Ofte handler det jo om å innse at de [pasientene] må gjøre mindre for å kunne leve livet med de begrensningene de har».

Informantene løfter frem hjelpemidler som en viktig del av arbeidet og en sentral del av aktivitetsregulering. Noen pasienter har vansker med å forsones seg med sykdommen. Det kan være vanskelig å akseptere at de har behov for hjelpemidler, da det kan bli et tydelig tegn på at slutten av livet nærmer seg.

### **ERGOTERAPI**

#### **– EN UUTNYTTET RESSURS**

Informantene beskriver en opplevelse av at de kommer sent inn i behandlingen. De føler at de kunne bidratt med mer dersom de fikk muligheten til å bli inkludert tidligere i prosessen. Det kan være en konsekvens av at annet helsepersonell ikke henviser til ergoterapeut, eller at pasienten ikke er opplyst om tilbudet. Et

sitat som underbygger denne opplevelsen, er «Ved å komme inn tidligere kunne en [ergoterapeuten] kanskje jobbet litt mer optimaliserende av den funksjonen og de ressursene de har» (Informant 3). Dette sier noe om hvilke muligheter informantene selv ser i sitt eget arbeid. «De [pasientene] er veldig takknemlige for det vi tilbyr. De gir uttrykk for at de føler seg både sett og ivaretatt» (Informant 2). Fordi ergoterapeuten ofte kommer sent inn i forløpet, blir fokuset gjerne rettet mot praktiske tiltak og hjelpemidler. Ved å komme inn tidligere kunne de brukt mer tid på meningsfulle aktiviteter og utnytting av gjenværende ressurser.

### **DISKUSJON**

Resultatene har blitt drøftet opp mot MoHO (12), Occupational Justice (13,14) og Hammels forståelse av aktivitet gjennom begrepene doing, being og belonging (15).

### **DEN SISTE TIDEN – BETYDNINGEN AV DE «GLEMTE» AKTIVITETENE**

Ifølge samtlige informanter er det individuelt hva pasientgruppen opplever som viktig for dem. Doing tar for seg behovet og muligheten mennesket har for å være opptatt av noe, ha en grunn til å stå opp om morgenen og noe å bidra med (15). Ved å muliggjøre aktivitet og understøtte pasientens ressurser kan ergoterapeuten bidra til pasientens opplevelse av doing.

Being defineres som tid til å reflektere, gjenoppdage seg selv, nyte øyeblikket en er i og verdsette tid med sine nærmeste. Dette er en viktig del av å leve et godt liv med en alvorlig sykdom, som kreft (15). Informantene løfter frem familie, nærhet og gode



*Det er viktig at pasienten opplever å betyr noe, og ikke bare eksistere. Dette kan være en bekreftelse på at ens liv har verdi for andre, og ikke bare en selv.*

samtaler som viktig for pasienten i denne tiden. Det handler hovedsakelig om hva som er nært og kjært, og hva man kan få til når det er lite gjenværende ressurser. Aktivitet som inngår i being, blir gjerne ikke anerkjent som aktivitet, fordi mange forbinder aktivitetsbegrepet med fritidsinteresser og fysiske handlinger. Derimot inkluderer det ergoterapeutiske aktivitetsfokus også det «å bare være til». Betydningen av å tilbringe den siste tiden sammen med familie og venner og det å verdsette de små tingene i hverdagen kommer også frem i forskning (6).

Belonging belyser viktigheten av tilhørighet for å oppleve mening i hverdagen, både i omgivelser og relasjoner til andre mennesker (15). Denne studien viser til viktigheten av pasientens opplevelse av å føle at en betyr noe,

og ikke bare eksisterer. Dette kan være en bekreftelse på at ens liv har verdi for andre, og ikke bare en selv (15). Ergoterapi kan ha betydning for pasienten ved å vektlegge ressurser og aktivitet, som bidrar til å vende fokuset bort fra sykdom og medisinske forhold. Fokuset rettes mot muligheter i stedet for hvordan sykdommen begrenser pasienten. Ergoterapeuten er et viktig medlem av det tverrprofesjonelle teamet, da de benytter seg av kreative løsninger og har et helhetlig perspektiv på mennesker (7).

### **ENERGIEN SOM EN BANKKONTO**

Funn indikerer at mange pasienter bruker mye energi på å ha dårlig samvittighet og på følelsen av å ikke strekke til fordi de ønsker å tilfredsstille de rundt seg. Ved å senke kravene for hva en anser som aktivitet, kan pasienten

oppleve mening i det å bare være til stede (being) der aktiviteten foregår. Med det kan pasienten oppleve å delta i aktivitet (being) uten faktisk å utføre aktivitet (doing). Vi kan se på dette som en form for regulering av aktivitet, fordi en omdefinierer og tenker annerledes på hva en anser som aktivitet.

I tråd med MoHO blir meningsfulle aktiviteter skapt som følge av en persons vanedannelse, vilje og utførelsekapasitet, i samspill med omgivelsene. Rollene vi innehar, gir oss identitet, og med denne identiteten følger det forpliktelser (12). Kreftpasienter i palliativ fase kan ha en følelse av å mislykkes, fordi de ikke klarer å gjøre det samme som da de var friske. Dette kan være et resultat av at deres roller, vaner og identitet blir endret. Det kan påvirke pasientens opplevelse av trygghet, komfort og stabilitet i tilværelsen. Ergoterapeuten kan legge til rette for aktivitet, slik at pasienten kan ivareta identitet og roller. Ved å konstruere eller rekonstruere vaner og roller kan pasienten lettere delta i meningsfulle aktiviteter.

Ifølge MoHO er vanedannelse at mennesker organiserer handlinger i mønstre og rutiner, som oppstår gjennom et gjentakende utførelsesmønster basert på roller og vaner (12). Pasientgruppen må ofte endre sine vaner blant annet for å imøtekomme de kroppslige endringene som skjer. Dette inkluderer både endring av daglige rutiner og utførelse av aktivitet (12,6). Funn viser at ergoterapeuter ønsker å bevisstgjøre pasientene på hva de bruker energien sin på, slik at de kan bruke ressursene sine på en hensiktsmessig måte. En viktig del av dette er å tenke annerledes på

hvilke aktiviteter som prioriteres, og hvordan de utføres. På denne måten kan pasienten benytte ressursene sine som ønsket. Informantene forteller at pasientene kan bruke mye energi på å utføre aktiviteter som ikke nødvendigvis gir glede, men som er en del av deres vaner og rutiner. Pasientene er ikke alltid bevisste på at de bruker energi og ressurser på slike aktiviteter.

Ergoterapeutens rolle er å legge til rette for at pasienten skal kunne mestre sine meningsfulle aktiviteter, og må ta hensyn til forhold hos personen og omgivelsene. Ergoterapeuten kan bidra med aktivitetsregulerende tiltak og gjøre tilpasninger med hjelpemidler. Ved å bruke hjelpemidler vil omgivelsene endres og dermed påvirke utførelse av aktivitet (12). Funn viser at det kan være vanskelig for pasientene å akseptere at de har behov for hjelpemidler. I tråd med MoHO tenker vi at det kan være en konsekvens av deres oppfatning av roller, og at de ikke ønsker å vedkjenne seg rollen som syk. I tillegg kan hjelpemidler oppleves som å synliggjøre funksjonsfall, noe som kan føles stigmatiserende.

### **ERGOTERAPEUTEN - EN UUTNYTTET RESSURS**

Med kort levetid igjen er det fortsatt viktig å ha muligheten til å delta i aktivitet. Dette kan påvirke helse, livskvalitet og trivsel (12). Om pasienten ikke benytter seg av ergoterapi, er det likevel viktig at tilbudet er kjent. Dersom tilbudet blir begrenset, kan det oppleves som frarøvelse av aktivitet slik det fremkommer i Occupational Justice (13,14). Ergoterapeutens rolle er å forebygge at dette skjer.

Ett av våre funn indikerer en frustrasjon over at ergoterapeuten

ofte kommer sent inn i behandlingen. Det kan være en konsekvens av at annet helsepersonell ikke henviser til ergoterapeut, eller at pasienten ikke er opplyst om tilbudet. Forskning viser at pasientene er for dårlig informert om tilbudet rundt ergoterapi (8). Forskning viser også at helsepersonell ikke er klar over ergoterapeutens rolle og hvilke potensielle fordeler ergoterapi kan ha i palliativ behandling (8). Informantene mener at de bedre kunne optimalisere funksjonen og ressursene til pasienten om de ble henvist til ergoterapi tidligere.

### **METODEDISKUSJON**

I dette avsnittet vil vi diskutere hvordan empirisk materiale og resultat kan ha blitt påvirket av ulike faktorer. Fordelen med å inkludere ergoterapeuter fra kommune- og spesialisthelsetjenesten er at det kan bidra til bredere forståelse av hvilken betydning ergoterapi har for pasientgruppen, sett fra ergoterapeutens perspektiv. Informantene har ulik erfaring på området og kan formidle ulike perspektiver. Informasjonen som kom frem i hvert intervju, førte til en bredere forståelse av temaet. Den nye kunnskapen vi tilegnet oss, ble førende for hvilke oppfølgings-spørsmål som ble stilt i neste intervju. Alle prosjektdeltakerne transkriberte rådata sammen for å forhindre at ord og meninger ble mistolket. Den som ikke deltok på intervjuet, hadde ofte en annen forståelse av det som ble sagt, enn de som var til stede. Dette gjorde at vi fikk drøftet materialet grundig. På den måten ble meningsinnholdet i intervjuene ivaretatt på en mer pålitelig måte. Resultatet kunne blitt annerledes dersom vi ikke hadde hatt med oss forforståelsen inn i prosessen.

Selv om vi ikke kan utelukke at vi har ulike perspektiv, følte vi at forforståelsen også kunne bidra positivt til å hjelpe oss å forstå og tolke informantenes synspunkt.

### **AVSLUTNING**

Ved å benytte oss av kunnskap fra relevant teori og innsamlet data fra kvalitative intervju, har vi utforsket hvilken betydning ergoterapi har for kreftpasienter i palliativ fase, sett fra ergoterapeutens perspektiv.

Studien viser at ergoterapi kan bidra til å gjøre den siste tiden så god som mulig, og at ergoterapeuten bør ha en sentral rolle i arbeidet med denne pasientgruppen. Det som er viktig når man er frisk, kan endre seg når man blir syk. Resultatene viser at det er de nære, kjære og enkle aktivitetene som er i fokus. Gjennom å legge til rette for aktivitet kan ergoterapeuten gi pasienten følelsen av å bety noe, ikke bare eksistere. Regulering av aktivitet og bevisstgjøring av hvordan ressursene kan benyttes er en viktig del av ergoterapeutens rolle. Ved å fokusere på aktivitet kan ergoterapeuten bidra til å rette fokuset bort fra sykdommen og over til meningsfulle aktiviteter. En utfordring er at det er lite kunnskap om hvilken rolle og betydning ergoterapi kan ha for denne pasientgruppen.

### **IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS**

- Alle kreftpasienter i palliativ fase bør så tidlig som mulig i sykdomsforløpet få tilbud om ergoterapi.
- Ergoterapeuter som arbeider med denne pasientgruppen, bør ha en utvidet forståelse av aktivitetsbegrepet.
- Det er behov for mer forskning på området, og det hadde vært interessant med videre



forskning rettet mot pasientenes egne opplevelser av den ergoterapeutiske behandlingen.

## Referanser

- 1 Cancer Registry of Norway. Cancer in Norway 2017 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway. Oslo: Cancer Registry of Norway; 2018.
- 2 Meld. St. 34 (2012-2013). Folkehelsemeldingen – God helse – felles ansvar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2013.
- 3 NOU 2017:16. På liv og død. Palliasjon til alvorlig syke og døende. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017.
- 4 Kaasa S, Loge JH. Palliasjon. I: Kaasa S og Loge JH, red. Palliativ medisin – en innledning. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2016. s. 34-50.
- 5 World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. [Internett]. World Health Organization; u.å. [hentet 2018-04-19]. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- 6 Lala AP, Kinsella EA. A phenomenological inquiry into the embodied nature of occupation at end of life. CAOT. 2011 Okt;78(4):246-54.
- 7 Pergolotti M, Williams GR, Campbell C, Munoz LA, Muss HB. Occupational Therapy for Adults With Cancer: Why It Matters. Oncologist. 2016 Mar;21(3):314-9.
- 8 Mills K, Payne A. Enabling occupation at the end of life: A literature review. Palliative and Supportive Care. 2015 Des;13(6):1755-69.
- 9 Eva G, Morgan D. Mapping the scope of occupational therapy practice in palliative care: A European Association for Palliative Care cross-sectional survey. Palliat Med. 2018 May;32(5):960-968.
- 10 Hammill K, Bye R, Cook C. Occupational Therapy for People Living with a Life-Limiting Illness: A Thematic Review. British Journal of Occupational Therapy. 2014 Nov; 77(11): 582-589.
- 11 Malterud K. Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. Scandinavian Journal of Public Health. 2012 Dec;40:795-805.
- 12 Kielhofner G. Ergoterapi i praksis – det begrepsmessige grunnlag. 3. utg. København: Munksgaard; 2010. s. 160-185.
- 13 Wilcock AA, Townsend EA. Occupational Justice. I: Schell BAB, Gillen G, Scaffa ME, red. Willard & Spackman's Occupational Therapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. s. 541-52.
- 14 Jacobsen A, Legarth KH, Sønnichsen LH. Aktivitet og deltagelse i forskjellige livsfaser. I: Brandt Å, Madsen AJ, Peoples H, red. Basisbog i ergoterapi. København: Forfatterne og Munksgaard; 2013. s. 49-70.
- 15 Hammell KW. Dimensions of meaning in the occupations of daily life. CAOT. 2004 Des;71(5):296-305.



# STIMULITE® MADRASSER

## luftig og kjølig trykkavlastning

Nu i Norge og prisforhandlet med NAV:

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

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



### 3-SONE Madrass Ekstra Myk

Til forebygging eller behandling av fuktskader og trykksår opp til grad 3. Sikker og letthåndterlig i hjemmebruk og omsorgsavdelinger. Bra for følsom hud i cancer- eller palliativ omsorg, for behandling av brannskader etter den akutte fasen, ved langtidsbruk



### Ventilerende Sengpute

Luftig og lett hodepute som avlaster og støtter effektiv hode og nakke. Meget god trykkavlastning for folk med høy risiko for sår på ørene. Hypoallergen

**GØRAN SJODÉNS REHABSHOP NORGE AS**  
Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru  
Tel: 48 50 32 97    [www.rehabshop.as](http://www.rehabshop.as)    [Facebook.com/RehabshopNorge](https://www.facebook.com/RehabshopNorge)





Ta kontakt!  
– Tegn din  
forsikring  
idag!

# Det meste kan erstattes!

## – Benytt deg av ergoterapeutenes kollektive innboforsikring

De fleste har store verdier i hjemmet – gjerne mer enn de tror. Er uhellet ute, kan det være mye som går tapt. Det er derfor viktig å ha en god forsikring med høy nok forsikringssum. Ergoterapeutenes kollektive innboforsikring har både gunstig pris og svært gode vilkår. Prisen avhenger av hvor du bor og forsikringssum. Du kan velge mellom fem alternative forsikringssummer. Egenandel ved skade er kun kr 3 000.

Pris per år:

SUM	Kr 500 000	Kr 1 mill	Kr 1,5 mill	Kr 2 mill	Kr 3 mill
Sone 1	kr 891	kr 1 242	kr 1 574	kr 1 899	kr 2 376
Sone 2	kr 768	kr 944	kr 1 160	kr 1 366	kr 1 802
Sone 3	kr 630	kr 792	kr 969	kr 1 196	kr 1 575
Student		kr 628			

**Sone 1:** Oslo.

**Sone 2:** Tromsø, Trondheim, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Drammen, Asker, Bærum, Oppegård, Nesodden, Ski, Skedsmo, Lørenskog og Nittedal.

**Sone 3:** Resten av landet.

Forsikringen leveres av Tryg.

  
ergoterapeutene



# Kjennetegn ved ergoterapeuters praksis i kommunehelsetjenesten

**Forskningsprosjektet om ergoterapi i norsk kommunehelsetjeneste skal utvikle kunnskap om ergoterapeuter og ergoterapipraksis i tiden før og etter at ergoterapi blir en lovpålagt tjeneste fra 2020. Prosjektet sikter mot å fremskaffe mer kunnskap om trekk ved tjenestetilbudene og hvordan de endrer seg i perioden mellom 2017 og 2022. En survey-undersøkelse ble i 2017 sendt til 1767 ergoterapeuter i norske kommuner, og komplette svar ble mottatt fra 561 (32 prosent) av dem. Svarene fra disse ergoterapeutene ble analysert videre.**

Tore Bonsaksen, Anne-Stine Dolva, Sissel Horghagen, Unni Sveen, Cathrine Hagby & Cathrine Arntzen

*Tore Bonsaksen er ansatt ved OsloMet – storbyuniversitetet og Fakultet for helsefag ved VID vitenskapelige høyskole i Sandnes.  
E-post: [tore.bonsaksen@oslomet.no](mailto:tore.bonsaksen@oslomet.no)*

*Anne Stine Dolva er ansatt ved Høgskolen i Innlandet i Lillehammer.*

*Sissel Horghagen er ansatt ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim.*

*Unni Sveen er ansatt ved OsloMet – storbyuniversitetet og Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering ved Oslo universitetssykehus.*

*Cathrine Hagby er ansatt ved NAV hjelpemiddelsentral Buskerud i Drammen.*

*Cathrine Arntzen er ansatt ved UiT – Norges arktiske universitet i Tromsø og Universitetssykehuset i Nord-Norge i Tromsø.*

## DENNE STUDIEN

Her presenteres en av de siste publiserte delstudiene fra prosjektet (Bonsaksen et al., 2019). I denne sammenhengen studerte vi kjennetegn ved deltakerne, deres praksis og de kommunene hvor de var ansatt.

## HVA FANT VI?

Av deltakerne var 521 (93 prosent) kvinner, og gjennomsnittlig alder var 42 år. Antall år med yrkeserfaring var i gjennomsnitt 16,5 år, og kvinner hadde mer erfaring fra yrket enn menn. Over halvparten av deltakerne (53 prosent) oppga at de hadde tilleggstudium, mens 5,5 prosent hadde fullført utdanning på mastergradsnivå. En enda mindre andel (3,3 prosent) var godkjente kliniske spesialister.

Av deltakerne var 425 (76 prosent) i fulltidsarbeid. I gjennomsnitt brukte deltakerne litt i underkant av halvparten av sin arbeidstid (48 prosent) på direkte klientrettet arbeid. Langt de fleste (88 prosent) hadde arbeid med å søke om og tilpasse tekniske hjelpemidler som en del av sin stilling. Blant de som oppga å arbeide blant annet med slike

hjelpemidler, fant vi at 51 prosent av arbeidstiden ble benyttet til formål som var relaterte til hjelpemidler. En andel på omtrent seks prosent oppga å inneha en lederstilling. Nærmeste leder ble av de fleste oppgitt å ha bakgrunn som enten fysioterapeut (oppgitt av 36 prosent), sykepleier (oppgitt av 26 prosent) eller ergoterapeut (oppgitt av 23 prosent).

De fleste (73 prosent) oppga at de hadde et arbeid som ikke var lokalisert ved en institusjon, og de fleste arbeidet i tverrfaglig organiserte arbeidsfellesskap (31 prosent) eller i en kombinasjon av en-faglige og tverrfaglige grupper (36 prosent). To av tre ergoterapeuter (67 prosent) var fysisk lokalisert sammen med andre ergoterapeuter.

## HVORDAN TOLKER VI FUNNENE?

Ergoterapeuter i kommunene representerer en hjørnestein i norsk ergoterapi. De er mange, de utgjør over halvparten av landets praktiserende ergoterapeuter (Statistics Norway, 2017) og det er foreslått at de skal bli mange flere (Hagen, 2011). Kvinners dominans i faget er stor, og studier av norske ergoterapistudenter

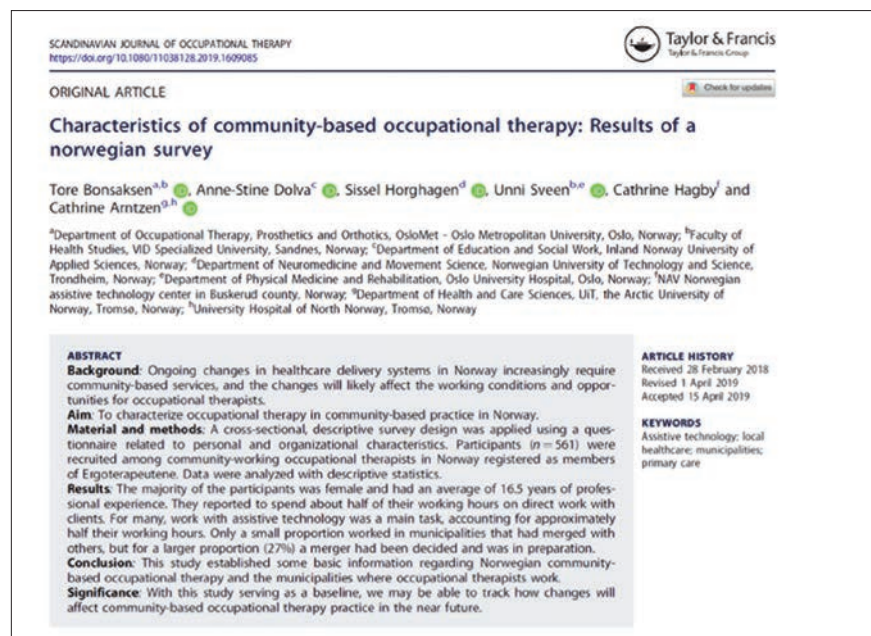


viser at kjønnsbalansen i faget og yrket trolig vil vedvare i årene fremover (Bonsaksen, Kvarsnes, & Dahl, 2016). Mange kommuneergoterapeuter tar videreutdanning, men få har så langt fullført studier på mastergradsnivå. Vi tror dette kan endre seg i takt med stadig høyere kompetansekrav på alle nivåer i helsetjenesten og med stadig flere relevante utdannings-tilbud på høyere grads nivå.

Arbeid i lokal helsetjeneste innebærer ofte arbeid med personer som har kroniske helseplager og aktivitetsbegrensninger. Dermed er det forståelig at en stor andel ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten bruker en stor del av arbeidstiden sin på å finne tekniske løsninger på problemene folk møter, slik man også har funnet i andre land (Donnelly, Leclair, Wener, Hand, & Letts, 2016). Dette henger også godt sammen med en tidligere norsk studie av forskningsprioriteringer blant kommuneergoterapeuter, hvor forskning på hjelpemidler syntes sterkt vektlagt (Gramstad & Nilsen, 2017). Det er også grunn til å anta en viss grad av overlapping mellom kategorier av tidsbruk: Arbeid med hjelpemidler kan også ligge innenfor det som den enkelte har definert som direkte klientrettet arbeid. Samtidig kan en svært sterk vektlegging av arbeid med tekniske hjelpemidler være et mulig uttrykk for at arbeidet er tradisjonsbasert og/eller basert på press og forventninger fra andre (Arntzen et al., 2019).

## KONKLUSJON

Studien har kartlagt en del trekk ved ergoterapeuter som er ansatt i kommunene og deres praksis og rammevilkår. I sammenheng med andre studier vil denne være et holdepunkt for å kunne kartlegge



Figur 1. Ny artikkel om ergoterapeuter i norske kommuner.

og vurdere endringer i tjenestestrukturen i landets kommuner i årene fremover og hvordan dette kan ha betydning for ergoterapeuters yrkesutøvelse i kommunene.

## HER KAN DU FINNE ORIGINALARTIKKELEN

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/11038128.2019.1609085>

## ANDRE RESSURSER

Prosjektgruppens arbeider vil bli samlet på nettstedet ResearchGate: <https://www.researchgate.net/project/Occupational-therapy-in-community-healthcare-contexts-in-Norway>

## FINANSIERING

Prosjektet er støttet av Ergoterapeutenes FoU-midler.

## Referanser

Arntzen, C., Sveen, U., Hagby, C., Bonsaksen, T., Dolva, A.-S., & Horghagen, S. (2019). Community-based occupational therapy in Norway: Content, dilemmas, and priorities.

- Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 26(5), 371-381. doi:10.1080/11038128.2018.1548647
- Bonsaksen, T., Dolva, A. S., Horghagen, S., Sveen, U., Hagby, C., & Arntzen, C. (2019). Characteristics of community-based occupational therapy: Results of a norwegian survey (e arly online). *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 1-8. doi:10.1080/11038128.2019.1609085
- Bonsaksen, T., Kvarsnes, H., & Dahl, M. (2016). Who wants to go to occupational therapy school? Characteristics of Norwegian occupational therapy students. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 23(4), 297-303. doi:10.3109/11038128.2015.1105293
- Donnelly, C. A., Leclair, L. L., Wener, P. F., Hand, C. L., & Letts, L. J. (2016). Occupational therapy in primary care: Results from a national survey. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 83(3), 135-142. doi:10.1177/0008417416637186
- Gramstad, A., & Nilsen, R. (2017). Prioriterte områder for forskning blant kommuneergoterapeuter i Norge. *Ergoterapeuten*, 60(3), 36-45.
- Hagen, K. (2011). *Innovasjon i omsorg: utredning fra utvalg oppnevnt ved kongelig resolusjon av 26. juni 2009*. Oslo: Regjeringen.
- Statistics Norway (2017). Helse- og sosialpersonell. Nedlastet fra <https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers>.



**NAVN:** Ann-Kristin Gunnes Elvrum  
**STILLING:** Delt stilling som ergoterapispesialist i barns helse ved Klinikk for kliniske servicefunksjoner ved St. Olavs hospital og førsteamanuensis, ph.d., ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap ved NTNU i Trondheim.

Av Else Merete Thyness

## Forsker på håndfunksjon og funksjon i daglige aktiviteter hos barn og unge med cerebral parese

### – Hvem er Ann-Kristin Gunnes Elvrum?

– Jeg utdannet meg til ergoterapeut i Trondheim i 1994. Siden den gang har jeg hovedsakelig jobbet med barn og unge. Først som støttepædagog i Oslo, deretter som kommuneergoterapeut i Aurskog-Høland, før jeg i 2001 begynte å jobbe ved barneklirikken ved St. Olavs hospital i Trondheim. De siste årene har jeg fått muligheten til å kombinere forskning og klinisk arbeid ved St. Olavs hospital, samt at jeg det siste året har undervist ergoterapistudentene ved NTNU i Trondheim i temaer knyttet til barns helse.

### – Hva forsker du på?

– Jeg forsker hovedsakelig på håndfunksjon og funksjon i daglige aktiviteter hos barn og unge med cerebral parese. I tillegg forsker jeg på effekt av tidlig, tverrfaglig behandling for babyer med høy risiko for cerebral parese. Arbeidet omfatter både utvikling av gyldige og pålitelige måleredskaper og forskning på effekt av tiltak. I alle disse forskningsprosjektene samarbeider vi ved NTNU med et forskningsmiljø ved Karolinska Institutet i Stockholm under ledelse av Lena Krumlinde Sundholm og Ann-Christin Eliasson. Dette samarbeidet begynte med doktorgradsarbeidet mitt, der vi utviklet håndfunksjonstesten Both Hands Assessment (BoHA) for å måle tohåndsfunksjon blant barn med bilateral cerebral parese fra 18 måneder til 12 år (Elvrum, Zethraeus, Vik, & Krumlinde-Sundholm, 2017). Denne testen

benyttes nå i flere land rundt omkring i verden for å måle håndfunksjon og effekt av tiltak. Blant annet har testen blitt benyttet i en randomisert kontrollert studie i Brasil der man evaluerer effekt av håndfunksjonstrening for barn og unge med bilateral cerebral parese (ennå ikke publisert). Nå ønsker vi i tillegg å utvide aldersspennet for BoHA-testen, slik at vi på sikt kan følge utvikling av håndfunksjon fra 18 måneder til 18 år for barn og unge med bilateral cerebral parese. Ergoterapeut og stipendiat Gøril Okkenhaug Johansen er i gang med dette ph.d.-prosjektet, der vi også vil undersøke BoHA-testens pålitelighet og hvor godt den fanger opp endring.

Ellers er jeg prosjektleder for en studie der vi ser på effekt av et tverrfaglig tidligintervensjonsprogram, Small Step, for babyer med høy risiko for cerebral parese (ClinicalTrials: NCT03264339). Small Step-programmet er utviklet av forskergruppen ved Karolinska Institutet i Stockholm (Eliasson, 2016). Ved St. Olavs hospital/NTNU består den tverrfaglige prosjektgruppa av ergoterapeuter, fysioterapeuter og psykologer, samt at vi samarbeider tett med foreldrene. Dette er veldig givende og lærerikt.

### – Hva er dine hovedfunn?

– Gjennom håndfunksjonstesten BoHA får man en oversikt over hvilke funksjonelle ferdigheter som er lette og vanskelige for barn med bilateral cerebral parese (Elvrum et al., 2017). Dette gjør at man

lettere kan planlegge trening som er akkurat passe vanskelig, slik at barnet forhåpentligvis oppnår mestring og utvikling. Så langt tyder forskning gjort av ergoterapeut og ph.d. Gunvor Klevberg på at det meste av utviklingen knyttet til funksjonell bruk av hendene hos barn med bilateral cerebral parese skjer før tre års alder (Klevberg, 2017), og man tenker at spesifikk trening rettet mot å fremme funksjonell bruk av hendene bør settes i gang tidlig. I tidligintervensjonsstudien gjennomfører vi i samarbeid med foreldrene målrettet håndfunksjonstrening for babyer med høy risiko for bilateral cerebral parese allerede fra fem til seks måneders alder. Kvalitative intervjuer med foreldrene som deltar i prosjektet, indikerer at de synes denne treningen er nyttig, men foreløpige resultater tyder på at det er ganske stor variasjon i forhold til effekt av treningen. Etter hvert håper vi på å kunne si noe om hvem denne treningen er mest effektiv for.

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

– Det er vanskelig å trekke fram bare én forskningsartikkel, da mange er svært gode. Jeg ønsker imidlertid å trekke fram en systematisk oversiktsartikkel skrevet av den australske ergoterapeuten og forskeren Iona Novak (Novak, 2013). I denne artikkelen sammenfattes kunnskapsgrunnlaget for 64 ulike intervensjoner som benyttes for barn med cerebral parese, ved å benytte et trafikklyssystem. Dette gir en lett forståelig oversikt over hvilke tiltak som har vist seg å være effektive (grønt lys), hvilke som man ennå ikke vet nok om (gult lys), og hvilke tiltak som vi bør slutte med (rødt lys). I forhold til bedret funksjon i daglige aktiviteter er den mest effektive treningen målrettet trening i motiverende aktiviteter. Dette går rett inn i kjernen av ergoterapifaget og gir meg en stolthet på vegne av faget vårt. Vi skal ha tro på det vi kan bidra med!

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

– Jeg synes det er viktig at det forskes på effekt av de tiltakene som benyttes av ergoterapeuter, slik at vi kan begrunne at den tid og de ressurser som benyttes, er hensiktsmessige. I tillegg synes jeg at det er viktig å forske mer på hva som fremmer utvikling av vennskap og deltakelse i fritidsaktiviteter for barn og unge. På dette området tror jeg at vi som ergoterapeuter kan bidra i større grad enn vi gjør nå.

#### **Referanser**

- Eliasson, A. C., Holmstrom, L., Aarne, P., Nakeva von Mentzer, C., Weiland, A. L., Sjostrand, L., Forssberg, H., Tedroff, K., Lowing, K. (2016). Efficacy of the small step program in a randomised controlled trial for infants below age 12 months with clinical signs of CP; a study protocol. *BMC Pediatr*, 16(1), 175.
- Elvrum, A. G., Zethraeus, B. M., Vik, T., & Krumlinde-Sundholm, L. (2017). Development and Validation of the Both Hands Assessment for Children With Bilateral Cerebral Palsy. *Phys Occup Ther Pediatr*, 3, 1-14.
- Klevberg, G. L., Elvrum, A.K., Zucknick, M., Elkjær, S., Østensjø, S., Krumlinde-Sundholm, L., Kjekken, I., Jahnsen, R. (2017). Longitudinal development of bimanual performance in a population of young children with unilateral or bilateral cerebral palsy. *Under review*.
- Novak, I., McIntyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N., Stumbles, E., Wilson, S. A., Goldsmith, S. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Dev Med Child Neurol*, 55(10), 885-910. doi:10.1111/dmcn.12246

### **Har du pasienter som kunne trenge personlig assistanse i hjemmet?**



For å bo trygt hjemme, og ha et fullverdig liv, så kan de som har et utvidet hjelpebehov søke kommunen om BPA -personlig assistanse. Vi er godkjent BPA leverandør, og kan hjelpe dine kunder/ pasienter gjennom hele søknadsprosessen. Vi kan hjelpe til med BPA søknaden. BPA er for de under 67 år, men det kan endre seg. En personlig assistent hjelper til med alle dagligdagse oppgaver som husarbeid, handling, matlaging m.m. Vi er godkjent i over 80 kommuner.

**Telefon 4005 4007**  
**www.hjemmebest.no**  
**post@hjemmebest.no**



**HjemmeBest**  
 personlig assistanse



# Historien til hjelpemiddelet

**Se for deg at du er et hjelpemiddel: en elektronisk kalender eller en GPS. Du ligger i en skuff i en leilighet sammen med annet skrot. Hjemmesykepleien vet ikke at du er der. Ergoterapeuten tror du blir brukt hver dag. Den gamle damen som skal bruke deg, fru Hansen, har helt glemt deg. Sånn er dessverre hverdagen til mange hjelpemidler. De vet ikke hvem som eier dem, og det vet kanskje ingen andre heller?**

Av Tone Bratteteig



*Tone Bratteteig er redaktør av VAR Healthcare.*

Det er lett for hjemmesykepleieren å tenke at det der hjelpemidlet, det er det ergo som holder på med. Det vet jeg ingenting om, og jeg tør ikke trykke på noe, i tilfelle det blir noe feil. Det er sikkert et opplegg rundt det, som ergo har oversikt over. Jeg blander meg ikke inn i det. Det er best hvis fru Hansen holder seg inne uansett, ellers blir det bare fall, og hun går seg bort og masse tull.

Ergoterapeuten tenker: Siden jeg ikke hører noe fra hjemmesykepleien om den GPS-en til fru Hansen, er sikkert alt i orden. Nå er nok fru Hansen på tur til butikken hver dag. Det var flott at jeg fikk ordnet den GPS-en, så hun endelig kunne komme seg litt ut.

Fru Hansen husker ikke GPS-en i det hele tatt, og

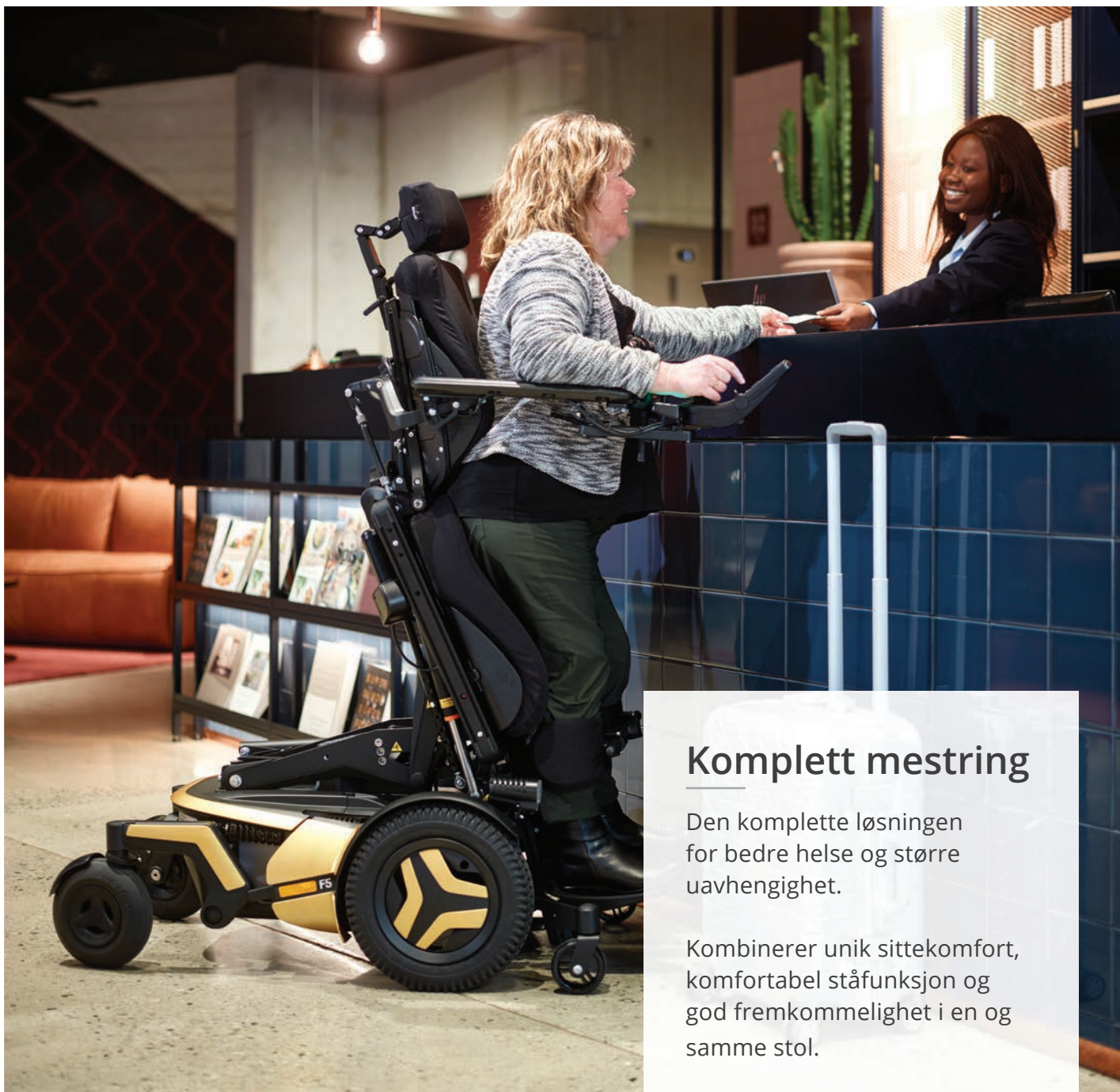
hvis hun hadde sett den, hadde hun ikke visst hva den skulle brukes til. Hun tenker: Jeg skulle så gjerne ha kommet meg på butikken og pratet litt med den hyggelige kassadamen, og kanskje kjøpt med meg noe godt hjem. Jaja, det er best jeg holder meg inne, for jeg er redd for å gå meg bort.

I overlappingsfeltet mellom disse her lever det foreldreløse hjelpemiddelet sitt ensomme liv. Det er så mange ting vi ikke vet: Hvem skal opprette kontakten mellom personen og hjelpemiddelet? Hvem eier hjelpemiddelet? Hvem har ansvaret for det? Hvem skal si fra hvis hjelpemiddelet ikke fungerer, ikke blir brukt, eller har blitt uvenner med personen sin?

**Høres dette kjent ut?**



# NYE F5 Corpus<sup>®</sup> VS



## Komplett mestring

Den komplette løsningen for bedre helse og større uavhengighet.

Kombinerer unik sittekomfort, komfortabel ståfunksjon og god fremkommelighet i en og samme stol.

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

**permobil**





## ET LIV MED KREFT

**– Hverdagen gir mestringsfølelse. Selv om du har kreft, vil du likevel leve så normalt som mulig. Her har ergoterapeuter en viktig oppgave. De kan vise hvilke muligheter som finnes og tilrettelegge for dem, sier Roy Aleksander Farstad, styreleder i Ung kreft.**

**S**elv fikk han kreft i skjoldbruskkjertelen da han var 15 år og akkurat ferdig med ungdomsskolen. Den ble oppdaget nesten tilfeldig fordi moren hans var med på et genetisk forskningsprosjekt. Roy ble også testet, og de fant store utslag.

– Jeg følte meg helt frisk, men jeg måtte opereres. Siden det har jeg fjernet 72 svulster og lymfeknuter.

Kreften hans er ikke aggressiv. Han kan leve et langt liv med den, men samtidig har han senskader etter operasjoner.

–Jeg blir aldri helt frisk. Blant annet må jeg ta hormonsprøyter, fordi uten skjoldbruskkjertel tar ikke kroppen til seg kalsium, men jeg har lært meg å leve med det.

Roy er i 100 prosent fullt arbeid, er styreleder i Ung Kreft og har i tillegg mange andre fritidsaktiviteter.

–Jeg har funnet ut at hvis jeg bare hviler nok, så klarer jeg ekstremt mye mer. Derfor legger jeg inn hvile i kalenderen min, sier han med et smil.

### UNG KREFT

Ung Kreft er en landsdekkende

*Roy Farstad er styreleder i Ung Kreft.  
– Vi skaper arenaer for ungdom der de kan møte likesinnede og være normale i en situasjon som ikke er normal, sier han.*

Av Else Merete Thyness

organisasjon for unge som er rammet av kreft. Den har en samarbeidsavtale med Kreftforeningen og er drevet på frivillig basis av de unge som selv er berørt av kreft.

– Vi har ti lokallag og skaper arenaer for ungdom der de kan møte likesinnede og være normale i en situasjon som ikke er normal. Aktivitetene varierer fra samtalegrupper og pizzaspising til rafting. I gjennomsnitt har vi ti aktiviteter i uken på landsbasis. Vi har likepersoner i hele organisasjonen som deltar i aktivitetene, og som blant annet har fått opp-



## «Kreft er en del av deg, men det er ikke deg»

Roy Aleksander Farstad

læring i hvordan holde en gruppe i gang, forteller han.

I alt har de 70–80 likepersoner, og av disse er cirka 30 kurset i å møte alvorlig syke.

– De kan møte ungdommen på sykehuset, men kan også treffe dem hjemme eller på kafé. Det er avhengig av behovet til den det gjelder. Denne typen likeperson er godt rustet til å håndtere temaer det kan være vanskelig å snakke om.

Som døden. Et vanskelig tema som mange vegrer seg for å ta opp, og som sjelden kommer opp som samtaletema i store grupper.

– Døden vil de fleste helst snakke om når det er få til stede, eller de diskuterer det i lukkede Facebook-grupper, sier Roy.

Noen få velger å dele sin historie med andre. På Ung Krefts nettsider ligger et intervju med en ung mann på 18 år. Han valgte å avslutte cellegiftbehandlingen som så likevel ikke fungerte, og heller ha det godt den siste tiden han levde.

– Gjennom sin historie ga han døden et ansikt, sier Roy.

### JOBBER POLITISK

Ung Kreft har cirka 1000 medlemmer.

– Det er langt flere unge som får kreft, men de aller fleste blir friske eller får god oppfølging av andre og ser ikke behovet for å være medlem. Samtidig skulle vi nok vært flinkere til å promotere oss. Vi, som de fleste andre organisasjoner, kunne ønsket vi fikk medlemmer fordi de støtter opp om saken.

I tillegg til å arrangere møteplasser jobber de også politisk. En

sak de er opptatt av, er ungdomsvennlige sykehus. Det kan for eksempel handle om bedre tilrettelegging for å kunne følge skole og undervisning fra sykesengen. En annen sak de har jobbet mye med, er fertilitetsbehandling.

– Mens gutter kan fryse ned sæd gratis før kreftbehandling, har jenter måttet betale 17 416 kroner i egenandel for å fryse ned egg. Ung Kreft har jobbet for å fjerne denne egenandelen, og nå er endelig reglene endret. Det er godt å se at det arbeidet vi gjør får resultater, og at det kommer ungdommene til gode, sier han.

### MER ENN OPPTRENING

Roy Farstad har blitt kjent med ergoterapeuter blant annet gjennom sine mange rehabiliteringsopphold.

– Rehabilitering er mer enn opptrening. Det er viktig at hverdagen er så normal som mulig, og at du kan fortsette å delta i de aktivitetene som gir deg glede. Her har ergoterapeuter en viktig rolle i å vise muligheter og tilrettelegge.

Også når det gjelder arbeid mener han at ergoterapeuter kan bidra.

– Jeg har ikke møtt én ung person med kreft som ikke vil jobbe. Ergoterapeuter kan legge til rette for arbeid og ufarliggjøre kreft overfor arbeidsgiver.

Men alle kommer seg ikke i arbeid, og også de trenger noe å fylle livet sitt med som gir mening.

– De fleste mennesker har behov for noe å møte opp til, der vi kan føle oss betydningsfulle, avslutter han.

**UNGkreft**  
for unge kreftrammede og pårørende

Ung Kreft er en selvstendig, landsdekkende organisasjon som arbeider for at unge kreftrammede mellom 15 og 35 og pårørende år skal ha det bra. Det gjør de ved å arrangere aktiviteter og lage et inkluderende fellesskap for medlemmene. I tillegg arbeider de for å fremme unge berørt av kreft sine politiske, økonomiske og sosiale interesser. Ung Kreft er drevet på frivillig basis av unge som selv har opplevd kreft på nært hold.

**KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN**

Adresse: ADDmedia AS, Boks

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

## To kurs om arbeidsplassvurdering – studer hjemmefra!

**Bli med på å gjøre arbeidslivet mulig for enda flere ved å øke ferdighetene dine i å gjennomføre arbeidsplassvurderinger i tråd med internasjonal forskning og beste praksis!**

**KURS 1: MINIKURS MED 7 LEKSJONER**

Dette kurset heter **Lær arbeidsplassvurdering til sykmeldte på 1–2–3**. Leksjonene kommer som nettsider bestående av oversiktlig tekst og bilder. Du blir invitert med på en diskusjon under hver leksjon sammen med de andre kursdeltakerne, så her kan du bli kjent med utfordringer og meninger andre har. Til slutt mottar du en oversikt over alle leksjonene og et kursbevis.

**Kurset går kontinuerlig og starter med en gang du bestiller kurset.**

**KURS 2: ONLINEKURS MED 4 MODULER**

Dette kurset heter **Lær arbeidsplassvurdering**. Kurset arrangeres som et åtte ukers kurs med fire

moduler. Kurset tilbys på en egen kursplattform som du har tilgang til i et helt år. Du vil også ha mulighet til å delta i et diskusjonsforum med andre deltakere. Det vil bli satt opp Q&A-veiledninger i en egen Facebook-gruppe der du kan stille spørsmål til kurslederne og de andre kursdeltakerne. Du lager en plan for et eget arbeidsplassbesøk med arbeidsplassvurdering til selvvalgt type arbeidstaker(e). Denne planen lages etter en mal som du lærer i kurset, og leveres inn når kurset avsluttes. Basert på dette mottar du kursbevis.

**Neste kurs starter 3. september 2019.**

**For mer informasjon og påmelding:**  
se [www.presenter.simplero.com](http://www.presenter.simplero.com).





## KURS I ADL-TAXONOMIEN KRISTIANSAND

**ADL-Taxonomien er et valid og reliabelt redskap for å undersøke og vurdere aktivitetsevne. ADL-Taxonomien er nå oversatt til norsk, og deltakere mottar et eksemplar på kurset.**

**Målgruppe:** Ergoterapeuter

**Arrangører:** Ergoterapeutene og Sørlandet sykehus

**Tid:** 30.-31. oktober 2019

**Sted:** Sørlandet sykehus (SSHF), Kongsgård, Kristiansand

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

**Påmelding:** Kurskalenderen på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org), innen 23. september 2019.

Kurset omhandler ADL som en sentral del av ergoterapeuters kjernekompetanse.

Deltakerne får en introduksjon til ADL-Taxonomiens oppbygging og anvendelse, slik at de kan anvende det for planlegging og evaluering av tiltak. Det er lagt opp til praktisk utprøving. Dokumentasjon og måling av effekt er også en del av kurset.



## Praktisk kjørevurdering og P-Drive (on-road)

1.-3. OKTOBER 2019 I OSLO

**Praktisk kjøretest P-Drive er et undersøkelses- og vurderingsredskap som brukes ved observasjon av kjøreferdigheter.**

P-Drive er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse. Det anbefales at deltakerne på dette kurset har kurset «Ergoterapeuter og førerkortvurdering» fra tidligere eller har erfaring med slik kartlegging fra før.

**Kursarrangør:** Norsk Ergoterapeutforbund.

**Forelesere:** Ann-Helen Patomella, ph.d., Sektionen för Arbetsterapi ved Karolinska Institutet, og Helena Selander, fil.dr. og leg. arbetsterapeut ved Statens Väg & Transportforskningsinstitut i Sverige, som har henholdsvis utviklet instrumentet og forsket på det.

**Pris:** medlemmer kr 3000, tillitsvalgte kr 1 500 og ikke-medlemmer kr 6000. Medlemmer prioriteres.

**Kvalifikasjon:** Kurset kvalifiserer ergoterapeuter til å benytte P-Drive ved førerkortvurderinger og er meritterende med 22 timer ergoterapispesifikt kurs.

Kursdeltakerne kan i etterkant av kurset kalibreres. Ved dokumentert kalibrering godkjennes ytterligere 35 timer. For program og påmelding se Ergoterapeutenes kurskalender.







## Deltakelse og mestring for eldre

### MODULBASERT DIGITALT KURS FOR ERGOTERAPEUTER

**Et skreddersydd kurs som skal gi mer deltagelse og mestring for ergoterapeuter i kommunenes arbeid med Leve hele livet.**

**Målgruppe:** Ergoterapeuter

**Arrangør:** Ergoterapeutene

**Tid:** To moduler høsten 2019, tre moduler våren 2020.

Første modul starter september 2019. Dato kommer.

**Sted:** Der det passer deg.

**Kursavgift:** Gratis

**Påmelding:** Gjennom kurskalenderen på hjemmesiden ([www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org)) innen 10.09.19 dersom du ønsker å være med i en nettverksgruppe og få kurset godkjent som meritterende.

**Mål:** Motivere og skolere ergoterapeuter til en aktiv rolle i kommunenes arbeid med deltagelse og mestring for eldre.

**Kurset deles opp i 5 moduler. Hver modul består av:**

- Forarbeid. Lese anbefalt litteratur. Cirka 2–3 timer.
- Forelesninger. Lagt ut på Ergoterapeutenes hjemmeside. Varighet cirka 1.5 timer.
- Spørsmål til refleksjon individuelt og i nettverksgruppe. Varighet cirka 2 timer.

Hver modul godkjennes som ergoterapispesifikt kurs meritterende med 6 timer til Ergoterapispesialist for dem som kan dokumentere deltagelse i nettverksgruppe.

For mer informasjon, se artikkel i dette nummer av Ergoterapeuten.

Tema for modulene er fastsatt. Innholdet kan bli noe endret.

Modul 1: Ergoterapeutenes samfunnsoppdrag

Modul 2: Aldersvennlig samfunn

Modul 3: Aktivitet og fellesskap

Modul 4: Helse og helsetjenester

Modul 5: Kommuneplanprosessen

**Meld deg på i dag!**

## 1.BEHANDLING/TRENING

### 0330

#### HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING

##### CYPROMED AS

Vikaveien 17, 2312 Ottestad  
Tlf.:62 57 44 33, fax:62 57 44 34  
wes@cypromed.no www.cypromed.no  
Elektriske varmehjelpemidler for alle.  
MINITECH AS  
Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad  
Tlf.:62 57 78 00, fax:62 57 77 51  
mail@minitech.no www.minitech.no  
Elektriske varmehjelpemidler til barn og voksne

### 0333

Antitrykksårhjelpemidler/  
trykkløsgjørende hjelpemidler  
ADL PRODUKTER AS  
Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
TOGEMOMEDICALSUPPLY AS  
P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar  
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11  
company@mail@togemo.no  
Dekker alle behov for trykkavlastning

### 0348

#### BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTTYR

##### BARDUM AS

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

### 0606/0612/0618 ORTOSER

##### OTTO BOCH AS

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

### 0630

#### PROTESER

##### NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

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

## 3. PERSONLIG STELL OG KLÆR

### 0903

#### KLÆR OG SKO

##### ØYTEX AS

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

### 0909

#### HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING

##### ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
Ronda Hjelpemidler  
Randabergveien 308, 4070Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no

### 0912

#### Hjelpemidler ved toalettbesøk

##### ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
Ronda Hjelpemidler  
Randabergveien 308, 4070Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no

### 0912 B

#### HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK

##### BARDUM AS

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

### 0933

#### HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

##### ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
salg@adl.no www.adl.no  
ERGOGRIIP AS  
Skeistøa 199, 5217 Hagavik  
Tlf.: 92209399  
aase.rokne@ergogrip.no www.ergogrip.no  
Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer servanter  
Ronda Hjelpemidler  
Randabergveien 308, 4070Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Delitoppen 3, 1540 Vestby  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

### 0933 B

#### HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

##### BARDUM AS

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

### Y 1

#### YRKESKLÆR/SKO

## OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

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

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

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

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

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

#### 4. FORFLYTNING

##### 1203/1206

##### GANGHJELPEMIDLER

##### 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

##### BARDUM AS

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

##### FOLLO FUTURA AS

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

##### Gåbord

##### Ronda Hjelpemidler

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

##### SUNRISE MEDICAL AS

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

##### 1218

##### SYKLER

##### ALU REHAB AS

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

Sykler - man. og el.

##### BARDUM AS

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

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

##### 1221

##### RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE

##### ALU REHAB AS

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

Rullestoler - man. og el.

##### PERMOBIL AS

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

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

##### 1221 B

##### RULLESTOLER FOR BARN

##### ALU REHAB AS

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

##### PERMOBIL AS

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

##### PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo  
post@picomedmobility.no  
www.picomedmobility.no  
SUNRISE MEDICAL AS

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

##### 1224

##### TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

##### ALU REHAB AS

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

##### BARDUM AS

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

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

##### SUNRISE MEDICAL AS

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

##### 1230

##### OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

##### ADL PRODUKTER AS

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

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Overflyttingshjelpemidler, Arcona benløfter,  
Dreilett, Jøhl stolløfter

##### 1236

##### LØFTEHJELPEMIDLER

##### HUMAN CARE NORGE AS

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

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

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

##### 1503

##### HJELPEMIDLER TIL MATLAGING

##### Ronda Hjelpemidler

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

##### 1509

##### SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

##### ADL PRODUKTER AS

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

##### PICOMED AS

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

##### Ronda Hjelpemidler

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

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen  
Tlf.: 32 24 42 50  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT  
armstøtte

##### 1512

##### RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

##### Ronda Hjelpemidler

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

##### 1803

##### BORD

##### 1809

##### SITTEMØBLER

##### BARDUM AS

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

6250 Stordal  
Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01  
KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad  
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01  
fb@krabat.no www.krabat.no  
Krabat jockey, barnestol  
SUNRISE MEDICAL AS  
Delitoppen 3, 1540 Vestby  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no



## – PRODUKTREGISTER –

**1812**

**SENGER**

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

**1815**

**HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE**

**TILSATSER TIL MØBLER**

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

**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

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

SecuCare støttehåndtak

**1821**

**DØR-, VINDUS- OG GARDIN-**

**ÅPNERE/-STENGERE**

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

**1830**

**HEISER, LØFTEPLATTFORMER,**

**TRAPPEHEISER OG RAMPER**

ACCESS VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar

Tlf : 95 76 10 00, faks: 62 51 85 01

www.accesstrappeheiser.no

eva@accessvital.no

Heiser: Løfteplattformer,

Trappeheiser og Ramper

**S 1**

**UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV**

**TEKN. HJ.MIDLER**

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra individuelle behov

**1836**

**OPPBEVARINGSMØBLER**

**K 1**

**KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER**

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

---

**7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/**

**VARSLING**

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

**2103**

**OPTISKE HJELPEMIDLER**

**2109**

**TILBEHØR TIL DATAMASKINER,  
SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER**

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

**2110 KOGNITIVE HJELPEMIDLER**

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

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

MYLIFEPRODUCTS AS

Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo

Tlf: 92631425

post@mylifeproducts.no

www.mylifeproducts.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

**1527**

**IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER**

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

**2136**

**TELEFONER OG**

**TELEFONERINGSBJELPEMIDLER**

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

**2139**

**LYDOVERFØRINGSSYSTEMER**

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

**2142**

**SAMTALEHJELPEMIDLER VED**

**NÆRKOMMUNIKASJON**

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

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

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

## - PRODUKTREGISTER -

### Vestfold Audio AS

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

### tobii dynavox

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

### **2144**

#### **GYNGETERAPI**

##### PICOMED AS

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

### **2146**

#### **HØRSELTEKNISKE HJLPEDIDLER**

##### Vestfold Audio AS

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

### **2147**

#### **SOVEHJLPEDIDLER**

##### PICOMED AS

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

### **2148**

#### **VARSLINGSHJLPEDIDLER**

##### COGNITA AS

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

##### ABILIA AS

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

##### GN RESOUND AS

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

### PICOMED AS

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

### **2149**

#### **POSIJONERINGSPUTER**

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

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

### **2151**

#### **ALARMSYSTEMER**

##### ABILIA AS

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

##### PICOMED AS

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

### **2221**

#### **BETJENINGSHJLPEDIDLER IKT**

##### COGNITA AS

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

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

### **2412**

#### **HJLPEDIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL**

##### ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

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

##### PICOMED AS

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

### **2418**

#### **GREPTILPASNINGER OG HJLPEDIDLER SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER HÅND- OG/ELLER FINGERGREP**

##### ADL PRODUKTER AS

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

##### ABILIA AS

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

##### PICOMED AS

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

### **3003**

#### **LEKER**

##### ABILIA AS

TTevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
AS HANA & HOLMENS POTTERIER  
Strandgt. 123, 4307 Sandnes  
Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68  
www.hana-holmens.no  
Leire for modellering, formingsartikler.  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
Ronda Hjelpemidler

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

### **3006**

#### **SPILL**

### **3009**

#### **MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR**

##### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105  
Mail: info@bamseprodukter.no

##### BARDUM AS

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

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

## – PRODUKTREGISTER –

### 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,

Krabatskerf, sikleskerf

###### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

#### B.ERG

##### ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

###### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

#### B.KOM

##### KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

###### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

###### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

###### tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

###### Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

#### B.MOS

##### MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

###### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

###### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

###### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

#### B.ROL

##### ROLLATORER

###### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

###### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

#### B.SEN

##### SENGER FOR BARN

###### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

###### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50,

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng, Arcona reiseseng

###### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

#### B.SPO

##### SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

###### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

###### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

###### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

#### B.STI/SAN

##### STIMULERING/SANSEMOTORIKK

###### AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

###### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

###### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

###### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

###### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

###### tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

###### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

#### B.SYK

##### SYKLER

###### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

###### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

###### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

#### SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

###### BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no





## Sikkerhet i høysetet for alle barn i bil, uansett utfordring!

Det er livsviktig å sikre mennesker, dyr og bagasje korrekt i bil. Kun små marginer kan utgjøre forskjellen på hvor alvorlig en skade blir i et trafikkuhell. Alle barn skal sikres i godkjente barneseter – tilpasset deres vekt, lengde og forutsetninger.

### ENERGI- ØKONOMISERING

Stabil sittestilling  
er viktig  
– også i bilen!

Et barnesete bør kompensere for mange av de utfordringer et barn med funksjonsnedsettelse, av ulik art, kan møte på under bilkjøring. Med ekstra støtte får barnet hjelp til korrekt sittestilling – og sikkerhet og komfort kan bedre ivaretas selv om kroppen ikke alltid spiller på lag. Mulighetene er flere i kombinasjon med hverandre: 5-punktsbelte, også for store barn, i tillegg til tilt, ryggregulering, rotasjon samt gode, justerbare sidestøtter. Seter finnes både med og uten Isofix.

- + Godkjente bilseter
- + Opp til 75 kg
- + God støtte

Bruk vår fagkompetanse og få hjelp til riktig valg av løsning.