

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Hvordan formidle fag og forskning 6

Vi runder 4000 medlemmer **12** Hvordan møter vi pasienten? **16** Vi lærte av kvarandre **32**
Kunnskapsdeling i Taiwan **52**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen, Sissel Horghagen og Anne-Stine Dolva

Annonser

Erik Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 6 – 1. des / 24. desember

Nr. 1 – 3. feb / 29. februar

Nr. 2 – 1. april / 30. april

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Mette Kolsrud

Advokat

Berit Førli

Controller

Mette Jacobsen

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Anita Rosmæl, 2. nestleder

Arnfinn Bjørshol

Berit Regine Laiti

Ine Cecilie Ulven

Mariette Elise Gjerde

May Solveig Svendsen

Ragna Gjone

Renate Soggemoen

Tonje Hansen Guldhav

Bjørnar Rovde 1. varamedlem

Ingelin Mari Rød, 2. varamedlem

Anne-Kristin Finne, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Kristin Jess-Bakken, varamedlem

Lilly Nerenget, varamedlem

Inger Synnøve Kjos, varamedlem

Blader merket **F** er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen **F**



6



8



32



52

REPORTASJER

6 Hvordan formidler vi fag og forskning?

Av Else Merete Thyness

NY ARENA

8 Ergoterapeut som fritidskonsulent

Av Else Merete Thyness

FORBUNDET

10 Arbeidsgivers adgang til å endre plassering av arbeidstid

Av Elisabeth Dolva Sandøy

12 Vi runder 4000 medlemmer – vinn sykkel

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

14 Personforsikringer for deg og dine

Av Roar Hagen

15 Innspel: Magert ergo-budsjett

Av Anders Folkestad

FAGLIG

16 Hvordan møter vi pasienten?

Av Reidun Skøien, Helga Hovden og Unni Vågsmyr

24 Sykehjem som læringsarena for ergoterapistudenter

Av Tine Andersen, Mari-Anne Stømner Daae og Vivi Gjertsen

32 Vi lærte av kvarandre

Av Møyfrid Kalvenes, Hege Storlid, Kari Margrete Hjelle, Kristin Tuven og Tina Taule

VITENSKAP

38 Independent and supported physical leisure activities of adolescents with Down syndrome

Av Marit Kollstad, Anne-Stine Dolva og Jo Kleiven

48 Forsker i farten: Eva Magnus

Av Sissel Horghagen

AKTUELT

49 Trenger ergoterapeuter som vil lage fagprosedyrer

Av Ingrid Margaretha Høie

50 Fagdager om kronisk utmattelsessyndrom

Av Trude Wabakken

PÅ DEN SISTE SIDEN

52 Kunnskapsdeling i Taiwan

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

54 Kurs- og stillingsannonser

55 Produktregister

62 Agenturregister

Forsidebilde: Fra venstre: Lene Barslund (Danmark), Kristina Holmberg (Finland), Nils Erik Ness (Norge), Lena Haglund (Sverige), Turið Jacobsen (Færøyene), Eina Andreasen (Færøyene), Osk Sigurdardóttir (Island), Kajsa Samuelsson (Sverige), Tove Holst Skyer (Norge), Gunner Gamborg (Danmark) og Berglind Indridadóttir (Island).

Foto Anna Kemppainen

Skal forskning være fritt tilgjengelig?

I Stortingsmelding 18 «Lange linjer – kunnskap gir muligheter» står det at «Regjeringen vil kreve at alle vitenskapelige artikler som er helt eller delvis offentlig finansiert, enten skal publiseres åpent eller egenarkiveres etter avtale med utgiver».



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Tradisjonelt publiseres forskningsresultater i vitenskapelige tidsskrifter, som dermed har rettigheter til artiklene. Tidsskriftene vurderes etter en såkalt impact factor – en tallverdi som forteller noe om hvor viktig publikasjonen er. Målet for mange forskere er å publisere arbeidet i tidsskrifter med høyest mulig impact factor. Dessverre er det gjerne slik at desto høyere impact factor, jo mer utilgjengelig er forskningsresultatene for allmuen, blant annet fordi artiklene og bladene er dyre. Den ytterste konsekvensen av betalingsmurer er at forskningen holdes innenfor visse miljøer, fjernt fra det praksisfeltet den en gang sprang ut fra.

Men - i en publiseringsprosess er forskning, artikkelproduksjon og fagfelleevaluering ofte foretatt av mennesker som er betalt av det offentlige. Det virker ulogisk at arbeid som finansieres med skattebetalernes midler ikke er tilgjengelig for de som har betalt for det,

og at økonomi skal avgjøre hvem som får tilgang til kunnskapen. Fri tilgang til forskningsartikler vil også sikre at forskere ved lite bemidlede institusjoner, ikke minst i utviklingsland, kan dra nytte av de nyeste resultatene.

For folk flest er det ofte irrelevant hvor forskningen publiseres. De verken forstår eller bryr seg om det akademiske tidsskriftshierarkiet. De fleste som søker etter artikler, er på jakt etter informasjon om et emne som opptar dem, og som de gjerne vil ha mer, og kunnskapsbasert, informasjon om.

Mye mer kan skrives om dette. Fagbladet Ergoterapeuten ønsker i hvert fall å fortsette å produsere artikler som kan lastes ned gratis på nettet. Vi mener at fri tilgang til kunnskap er viktig både for akademia og for samfunnet, og at forskning bør deles slik at flest mulig får nytte av den. Da må den publiseres i åpne kanaler, både i Norge og i resten av verden.



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Gratulerer med verdens ergoterapidag – gjør hverdagslivet mulig!

Aldri har vi vært flere ergoterapeuter i Norge.

Aldri har vi hatt flere medlemmer i forbundet – denne måneden blir vi 4000.

Aldri har vi endret helsetjenesten som nå – vellykket hverdagsrehabilitering og bruk av velferdsteknologi er ikke mulig uten oss.

Aldri har stillinger i kommunene økt som nå. Vi øker prosentvis høyere enn andre profesjoner i kommunene. Siden 2010 har 42 nye kommuner fått sin første ergoterapeut.

Aldri har vi vært så hyppig omtalt i lokalaviser som de siste årene.

Søknaden til ergoterapistudiet øker – i Tromsø er ergoterapistudiet blant de mest populære og får toppvurderinger av studentene.

Aldri før har vi fått bedre skussmål fra de som virkelig teller. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Norges Handikapforbund sier det er ergoterapeutene som er eksperter på deltakelse og at vi har en særlig viktig funksjon i å tilrettelegge dagliglivet for mestring. Sammen med Unge Funksjonshemmede krever de oss lovfestet i kommunen.

Det er et paradoks at vi ikke foreslås lovpålagt i melding til Stortinget om primærhelsetjenesten. Derfor har Stortinget aldri hatt så mange besøk fra Ergoterapeutene som denne høsten. Vi får til og med høre at vi argumenter godt.

Uansett om vi blir lovpålagt eller ikke, må det argumenteres for enhver ny stilling i kommunene.

Jeg oppfordrer tillitsvalgte

og medlemmer til å feire dagen stolt med å vise hvordan vi tar bølgen. Vær synlig der folk er. Besøk gjerne en nyvalgt politiker i din kommune. Felles for dem alle er et ønske om å gjøre en så god jobb som mulig. Denne nysgjerrigheten kan vi benytte oss av og sørge for at de nyvalgte får god innsikt. Vi utløser ressurser ved å tilrettelegge for hverdagsmestring i utdanning, hjem og på arbeidsplass. Ergoterapeuter er blant de helsepersonellgruppene som har den mest direkte sammenhengen mellom lønnskostnader og sparte utgifter. Ergoterapi lønner seg.

Vi har all grunn til å være stolte over egen innsats! Gratulerer med verdens ergoterapidag den 27. oktober, flotte kollegaer, og takk for innsatsen!

HVORDAN FORMIDLE FAG OG FORSKNING

NORDISK MØTE I HELSINKI

I august inviterte Scandinavian Journal of Occupational Therapy til seminar i Helsinki. Temaet var hvordan man best kan dele og inspirere til fag og forskning. Rundt bordet satt forbundsledelsene, redaksjonene og webredaktørene fra de nordiske ergoterapiforbundene. – Møtet viste at tilgjengelighet er det viktigste stikkordet i formidling av kunnskap, sa Nils Erik Ness.

De nordiske forbundslederne og nestlederne møtes én gang i året. En del av dette møtet er øremerket det vitenskapelige tidsskriftet Scandinavian Journal of Occupational Therapy (SJOT), som utgis av ergoterapiforbundene i Norge, Sverige, Danmark, Finland og Island.

– I år bestemte vi at noe av overskuddet fra SJOT skulle gå til et seminar om hvordan de nordiske landene sammen kan fremme en bred formidling av fag og forskning, sa Nils Erik Ness.

SJOT har én sjefsredaktør, i tillegg til at hvert land er representert med en nasjonal redaktør. For øyeblikket er det svenske Anita Bjørklund som sitter med sjefsredaktørhatten, vår nasjonale representant er Unni Sveen.

– Dette er et viktig møte. Vi ønsker at flere ergoterapeuter skal lese vitenskapelige artikler, både de som publiseres i SJOT, og i andre vitenskapelige tidsskrifter, sa Sveen.



Cathrine Hagby, leder i Ergoterapeutens redaksjonskomité, og forbundsleder Nils Erik Ness på Gardemoen. Next stop: Helsinki.



– Det som motiverer folk flest til å lese forskningsartikler, er tilgjengelighet, sa Tove Faber Frandsen.

HELSEBIBLIOTEKET

I Norge har alle medlemmer av Norsk Ergoterapeutforbund gratis tilgang på SJOT gjennom Helsebiblioteket, et offentlig nettsted som driftes i Nasjonalt kunnskaps-senter for helsetjenesten. Noe av innholdet i Helsebiblioteket, som SJOT, er forbeholdt helsepersonell, men det er lett å registrere seg som bruker ved å gå inn på www.helsebiblioteket.no.

– Gjennom Helsebiblioteket får norske ergoterapeuter blant annet tilgang til anerkjente tidsskrifter, nasjonale fagprosedyrer, databaser og andre kunnskapsressurser, ivret vår forbundsleder.

HVORDAN INSPIRERE

Et av temaene på møtet i Helsinki var altså hvordan inspirere ergoterapeuter til å lese forskningsartikler. Leder for Kunnskapssenteret ved Universitetspsykiatrien i Odense, Tove Faber Frandsen, fortalte om sin erfaring.

– Kunnskapssenteret har samlet alle ergoterapeutiske fagblader i verden, cirka 900 publika-



Deltakerne på seminaret, fra venstre: Leila Mäkelä, Elisabeth Alexis, Kristina Holmberg, Irina Katajisto-Korhonen, Lene Barslund, Gunner Gamborg, Berglind Indridadottir, Osk Sigurdardottir, Morten Bang Jørgensen, Kajsa Samuelsson, Turid Jacobsen, Lena Haglund, Pontus Wikholm, Guðrún Palmadóttir, Nils Erik Ness, Eina Andreassen, Karl-Erik Tande Bjerkaas, Tina Helle, Else Merete Thyness, Greta Häggblom Kronlöf, Anita Björklund, Lisbeth Maindal, Ulf Lundberg, Cathine Hagby og Tove Holst Skyer.

sjoner, i sin database. Problemet er at de er kategorisert under forskjellige emner, så de kan likevel være vanskelige å finne fram til. Et råd er derfor at alle fagartikler får «Occupational therapy» som et av sine søkeord.

Hun understreket at det som motiverer folk flest til å lese forskning, er tilgjengelighet. Hvis man ønsker flere lesere, er det viktig at fag- og forskningsartikler er søkbare på Google.

– Hvis et system er vanskelig å bruke, eller man må betale mye penger for å få tilgang, velger folk andre løsninger. Da spør vi heller en kollega, eller nøyer oss med bare å lese abstraktet. Lett tilgang er den viktigste faktoren, uavhengig av kjønn, alder eller akademisk utdanning. Det er heller ikke så viktig for folk om en artikkel er fagfellevurdert eller har høy impact factor (ofte sitert), så lenge innholdet er relevant for det man søker etter, sa Faber Frandsen.

Hun rådet forbundene til å lære medlemmene sine hvordan

de skal google for å finne fagartikler.

– Ta rollen som portvokter, og vær den som håndterer informasjonen, ikke nødvendigvis produserer den. Dere må ikke kjenne til alle bøker og alle artikler som finnes, men hvordan man skal søke etter dem, sa hun.

FELLES NORDISK PROSJEKT

De nordiske ergoterapeutforbundene ble enige om å igangsette et felles prosjekt for samling og deling av kunnskap.

– Som forbund formidler vi forskning til våre grupper gjennom SJOT, de nasjonale fagbladene, nyhetsbrev og nettsider. Hvis de nordiske landene blir enda bedre på samarbeid, vil det komme medlemmene våre til gode. Her håper vi å jobbe videre med eksperter på området som kan hjelpe oss å finne fram i jungelen. Det er et felles ønske om å korte ned veien fra det å ønske å lese forskningsartikler til faktisk å lese dem, avsluttet Nils Erik Ness.

DE NORDISKE FORBUNDENE

Sverige: Cirka 10 000 medlemmer. Fagtidsskrift med 8 årlige utgaver. Medlemmer har gratis tilgang til SJOT online gjennom «Min Side».

Danmark: Cirka 8400 medlemmer. Fagtidsskrift med 8 årlige utgaver. Medlemmene betaler for abonnement hvis de ønsker tilgang til SJOT.

Norge: Cirka 4000 medlemmer. Fagtidsskrift med 6 årlige utgaver. SJOT er tilgjengelig for ergoterapeuter gjennom Helsebiblioteket.

Finland: Cirka 2600 medlemmer. Fagtidsskrift med 4 årlige utgaver. Medlemmene får tilgang til SJOT gjennom en link per mail.

Island: Cirka 250 medlemmer. Fagblad med én årlig utgave. SJOT er tilgjengelig gjennom bibliotekene på enten Universitetssykehuset eller universitetet på Akureyr.

Færøyene: Cirka 60 medlemmer. Ikke eget tidsskrift. Betaler eventuelt for abonnement på SJOT.


NAVN

Yoo Lene Røym Bråten

STILLING

Fritidskonsulent

HVOR

Kultursektoren i

Skedsmo kommune

Ergoterapeut som fritidskonsulent

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i Tilrettelagt Fritid, som er underlagt Kultursektoren i Skedsmo Kommune.

– Hva jobber du som

– Jeg jobber som fritidskonsulent. Tilrettelagt Fritid gir fritidstilbud til psykisk utviklingshemmede og psykisk syke, og administrerer gruppetilbud, kontakt mellom én fritidskontakt og én bruker og bistand til deltakelse i aktivitet. For å kunne delta i ordningen må brukeren sende en søknad til tjenestekontoret, som fatter vedtak. Etter det er det opp til oss i Tilrettelagt Fritid enten å finne en gruppeaktivitet, eller en

egnet fritidskontakt til vedkommende.

– Vi har jobbet med grupper i mange år og ser at gruppetilbudene skaper positive ringvirkninger, der medlemmene ofte møter hverandre utenom gruppeaktiviteten også. Det overordnede målet vårt er nettopp at vi skal være behjelpelige på den sosiale arenaen. Vi ønsker å bidra til fellesskap der den enkelte opplever tilhørighet og blir inspirert og stimulert.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg ble fulltidsansatt første juni 2014, men har jobbet som fritidskontakt siden 2003. Blant annet har jeg vært leder for sommerleiren for voksne med psykisk og fysisk handikap siden 2008.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene som fritidskonsulent?

– Jeg har ansvaret for fritidstilbudet i grupper for voksne med psykisk utviklingshemming og delvis ansvar for gruppetilbudet til psykisk syke. I tillegg til dette er jeg selv leder for et av gruppetilbudene, som heter «Aktiv-gruppa». Her har jeg med meg en annen ergoterapeut, Karoline Lindblad Nymann, som er fritidskontakt og medleder. Gruppen er et tilbud til unge gutter som gjerne vil gjøre noe fysisk aktivt sammen med andre. I fjor het gruppa «Topptur-gruppa». Da besto den av elleve gutter i alderen 15 til 25 år. Vi satte oss et krevende mål: Å bestige Norges høyeste fjell, Galdhøpiggen, og forberedte oss i nesten et år til denne turen. Hver onsdag møttes gutta og to fritidskontakter, enten for sosialt samvær eller for å trene. I juni i fjor dro vi så avgårde på tur. Været var for dårlig til at vi kunne gå opp på Galdhøpiggen, men Soleggen var et godt alternativ.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Jobben som fritidskonsulent handler mye om aktivitet og deltakelse, det å se hvor folk er i øyeblikket og hvilke potensialer de har. Det er også viktig å kunne tilrettelegge for aktivitet, lage oppgaver som folk kan mestre, og gjerne kreve litt ekstra innsats av dem. Hvis vi drar på tur, er det for eksempel ikke vi som lager bålet. Vi forklarer hvordan det skal gjøres, og sørger for at deltakerne opplever mestring.

– Jeg bruker også ergoterapikompetansen min i veiledning av fritidskontaktene. Jeg forsøker å motivere dem til å finne oppgaver og aktiviteter som gjør at deltakerne må strekke seg litt. Det handler om å jobbe med hendene på ryggen og ikke sy puter under armene på folk.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Det er ikke viktig, men som ergoterapeut har du en god bakgrunn for å gjøre denne jobben. Vi har trening i å se menneskers ressurser, gi dem mål de kan strekke seg mot, og tilrettelegge slik at de når målene. Da vil de oppleve mestring, både fysisk og sosialt.

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

– Ja det er det. Denne jobben handler mye om å gi mennesker muligheter de ellers ikke ville hatt.

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

– Det kan anbefales, særlig det å være gruppeleder. Her får jeg virkelig brukt ergoterapikompetansen.



Vi klarte det! Hele gruppa på toppen av Soleggen. Ett års innsats ble kronet med seier.



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

Lynx er markedets mest diskrete varslingsystem



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

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

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

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

ReSound
.....

Arbeidsgivers adgang til å endre plassering av arbeidstid

Arbeidsgiver kan ha behov for å endre plassering av arbeidstiden for å få bemannet driften på en forsvarlig måte. For døgnskategorisk virksomhet, herunder sykehus og sykehjem, vil en måte å løse dette være skift- og turnusordninger. For arbeidstakere kan slike arbeidstidsordninger gå ut over familieliv og sosiale behov. Slike behov kan også ha vært bestemmende for arbeidstaker ved inngåelse av arbeidskontrakten. Et praktisk spørsmål blir derfor: I hvilken utstrekning kan arbeidsgiver ensidig endre plassering av arbeidstiden?

Av Elisabeth Dolva Sandøy



Elisabeth Dolva Sandøy er advokatfullmektig i advokatfirmaet Storeng, Beck & Due Lund.

Arbeidsgivers endringsadgang beror som utgangspunkt på hvorvidt endringen faller innenfor arbeidsgivers styringsrett. Arbeidsgiver har i kraft av sin styringsrett rett til å organisere, lede, kontrollere og fordele arbeidet. Om dette også innebærer en adgang for arbeidsgiver til å endre plasseringen av arbeidstid, vil avhenge av om det finnes begrensninger i styringsretten i lovgivning, tariffavtaler, den individuelle arbeidsavtalen eller alminnelige saklighetsnormer.

Arbeidsmiljøloven paragraf 14-6 bokstav j fastsetter et krav om at arbeidsavtalen skal inneholde opplysninger om «lengde og plassering av den avtalte daglige og ukentlige arbeidstid». Videre er det gjerne slik at arbeidstiden ofte er regulert i både sentrale og lokale tariffavtaler.

Som utgangspunkt kan vi derfor tenke oss at dersom det er fastsatt en alminnelig arbeidstid i arbeidsavtalen eller tariffavtale, vil ikke arbeidsgiver i kraft av styringsretten ha rettslig anledning til å endre denne til eksempelvis skift- eller turnusordning. Imidlertid er det slik at til tross for en

eventuell avtalebestemmelse om plassering av arbeidstid kan det foreligge andre omstendigheter som legitimerer en endring. Eksempler på slike faktorer er hva som følger av stillingsbetegnelsen, omstendigheter rundt ansettelsen, sedvaner i bransjen, praksis i det aktuelle arbeidsforhold og hva som finnes rimelig i lys av samfunnsutviklingen.

For eksempel kan vi tenke oss at det inngås en avtale med alminnelig arbeidstid, men at arbeidsgiver under intervju eller i forbindelse med avtaleinngåelsen påpeker at det må påregnes å gå inn i en turnusordning etter en viss tid. Vil dette kunne medføre at arbeidsgiver kan pålegge en å gå over i turnus til tross for at arbeidsavtalen uttrykker noe annet?

Svaret beror som utgangspunkt på hvor klart og tydelig arbeidsgiver har fremsatt en slik reservasjon. Dette slo Høyesterett fast i Rt. 2009 s. 1465 «Seinvaktdommen». Spørsmålet i saken var hvorvidt arbeidsgiver kunne pålegge to sykepleiere å jobbe turnusordning når de i arbeidsavtalen hadde fastsatt å jobbe kun «seinvakt». Turnusordningen omfattet også dagvakter. Syke-

pleierne hadde før arbeidsavtalen ble inngått gitt uttrykkelig ønske om å jobbe «seinvakt». Selv om arbeidsgiver nettopp hadde gitt uttrykk for at de aktuelle sykepleierne måtte påregne å jobbe noe dagvakter etter en viss tid, hadde de likevel ikke gitt uttrykk for når sykepleierne måtte gå inn i en slik ordning, og på hvilken måte dette skulle gjøres.

På denne bakgrunn la Høyesterett til grunn at arbeidsgiver som den profesjonelle part i avtaleforholdet hadde plikt til å sørge for at en mulighet for å endre vaktordning uten oppsigelse i så tilfelle måtte bli tilstrekkelig klargjort. Av betydning var også her at de fant endringen såpass vesentlig at den falt utenfor arbeidsgivers adgang til å endre en plassering av arbeidstid. Til støtte for sitt syn viste Høyesterett til forarbeidene til arbeidsmiljøloven, hvor det som eksempel trekkes fram at en endring i plassering av den daglige arbeidstid fra dagarbeid til nattarbeid er såpass vesentlig at det vil falle utenfor styringsretten.

Ergoterapeuter som arbeider på sykehus eller sykehjem, opplever gjerne at arbeidsgiver påberoper likhetsbetraktninger som begrunnelse for en endring til skift- og turnusordninger. Når øvrig helsepersonell er bundet av turnusordninger, kan de oppleve det som urettferdig at ergoterapeuter arbeider innenfor alminnelig arbeidstid. De driftsmessige hensyn som ellers begrunner en innføring av skift- og turnusordninger, vil imidlertid ikke gjøre seg gjeldende i like stor grad. Tvert imot vil pasientene ofte ha en interesse av ergoterapeutenes tilstedeværelse innenfor alminnelig arbeidstid. På denne bakgrunn vil derfor slike likhetsbetraktninger etter vårt syn ikke være tilstrekkelig til at endringen faller innenfor arbeidsgivers styringsrett.

Dersom det er tale om mindre endringer, vil det likevel etter omstendighetene kunne ligge innenfor arbeidsgivers styringsrett å endre plassering av arbeidstid. Er det eksempelvis tale om å endre arbeidstiden med et par timers

forskyvelse, vil det sannsynligvis kunne ligge innenfor styringsretten. Rettspraksis om endring av arbeidssted vil kunne være illustrerende. Her har det blitt godtatt endring i arbeidssted selv om det innebærer en viss ulempe for arbeidstaker hva gjelder avstand. Eksempelvis har endring fra arbeidssted Oslo til Sandvika – cirka 20 minutter utenfor opprinnelig arbeidssted – blitt godtatt.

Etter dette må det kunne legges til grunn at en helt alminnelig arbeidstidsordning fra 8.00 til 16.00 som er fastsatt i arbeidsavtalen, og som endres til turnusordning med flere kveldsvakter og helgevakter, vil falle utenfor arbeidsgivers styringsrett. Dette innebærer at dersom arbeidsgiver ønsker å endre plassering av arbeidstiden såpass vesentlig, må dette gjøres gjennom en endringsoppsigelse. I så tilfelle må de alminnelige saksbehandlingsregler for oppsigelse i arbeidsmiljøloven følges, i tillegg til at saklighetskravet for oppsigelse må være oppfylt.

Oppdater din tillitsvalgtkompetanse!

Ergoterapeutene ruller ut sitt nye opplærings- og utviklingsprogram for tillitsvalgte denne høsten. I september ble alle tillitsvalgte invitert til å åpne opp en elektronisk introduksjonspakke for tillitsvalgte.

I november vil det bli gjennomført et Grunnkurs 2 for tillitsvalgte fra KS-området. Det er en forutsetning at man har gjennomført Grunnkurs 1 eller tilsvarende før man kan delta på Grunnkurs 2.

I forbindelse med dette kurset arrangeres også emnekurset «Den tillitsvalgte og organisasjonsendringer». Her er det den anerkjente arbeidsrettsadvokaten Bjørn Bråthen som skal forelese. Kursene arrangeres på Hamar 25. og 26. november i samarbeid med Ergoterapeutene Øst.

Hvilke behov har du som tillitsvalgt? Hvis du har behov for utvikling og opplæring ville det være fint om du kan signalisere hva disse er til de tillitsvalgtansvarlige i din region. Forbundet vil hele tiden forsøke å tilpasse tilbudet til de tillitsvalgtes behov.

Vi runder 4000 medlemmer – husk at du kan vinne en sykkel!

I løpet av året runder vi 4000 medlemmer. For å feire denne milepælen lodder vi ut en sykkel blant de som melder seg inn i perioden 1. august – 31. desember i år. I tillegg ønsker vi å premiere medlemmer og tillitsvalgte som engasjerer seg i rekrutteringsarbeidet, og lodder også ut en sykkel blant de som rekrutterer medlemmer i 2015.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Dersom du rekrutterer et medlem, må du bare passe på at du blir ført opp som rekrutterer på innmeldingsskjemaet. Rekrutterer du flere, øker vinner sjansene dine. Du får i tillegg et gavekort på 500 kroner som du kan benytte på et av våre fagkurs.

TI GODE GRUNNER OG ÉN TIL

Forbundet ønsker at medlemmer og tillitsvalgte skal være gode ambassadører for fag, yrke og forbund. Fortell andre om hvorfor du mener det er viktig å være medlem, og om det vi sammen oppnår av resultater.

For å bistå i rekrutteringsarbeidet har vi utformet en løpeseddel som presenterer rekrutteringskampanjen og loddtrekingen av sykkel blant de nye medlemmene. La oss si at dette er den ellevte gode grunnen til å bli medlem. Løpeseddelen kan du laste ned på vår hjemmeside eller få tilsendt fra forbundskontoret.

Fra før av har vi nemlig utformet brosjyren «10 gode grunner til å bli medlem». Denne kan du også laste ned på hjemmesida eller bestille fra forbundskontoret.

GOD MEDLEMSUTVIKLING

Første juli var det 3851 medlemmer i forbundet. Dette er 112 flere enn for et år siden. Som vi er vant med fra tidligere år, har det vært en liten medlemsnedgang i løpet av vinteren fra de 3885 som var medlemmer ved årsskiftet.

Av de 3851 medlemmene er 2869 yrkesaktive. Dette er fler enn ved nyttår og 64 flere enn for ett år siden. Verken det totale antall medlemmer eller yrkesaktive medlemmer har noen gang vært høyere enn det er i år.

Likevel er det slik at antallet ergoterapeuter i arbeidsstyrken har økt mer enn antallet medlemmer i forbundet. Ut fra tall fra SSB ved årsskiftet 2014/2015 utgjorde de yrkesaktive medlemmene i forbundet 64 prosent av ergoterapeutene i arbeidsstyrken. Denne andelen har vært synkende i løpet av de siste ti årene.

Det er altså fortsatt mange potensielle medlemmer der ute. Dersom alle ergoterapeuter i arbeidsstyrken var medlemmer, ville vi ved siste årsskifte hatt 1130 flere medlemmer. Lykke til med rekrutteringsarbeidet. Lykke til som gode ambassadører for fag, yrke og forbund!

Aktivitet og deltakelse for alle.
Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem


ergoterapeutene

BLI MEDLEM OG VINN SYKKEL!

I løpet av året runder vi 4000 medlemmer. For å feire denne milepælen, lodder vi ut en sykkel blant de som melder seg inn i perioden 1. august – 31. desember.

Se:

- www.ergoterapeutene.org/medlem
- www.ergoterapeutene.org/innmelding



Fuji Nevada 1.7 27.5" / 29"

Nevada 1.7 er en tøff terrengsykkel til skole, tur og trening. Kommer med Shimano Acera 24 gir, Tektro Auriga hydrauliske skivebrems, låsbar SR Suntour SF15-XCT-HLO w/ hydraulic lockout, 100mm travel dempegaffel og komplett utstyrspakke med baggasjebrett, støtte og skjermer. Vekt: 15.01kg

Ergoterapeutene lodder ut en sykkel blant de som melder seg inn i perioden 1. august – 31. desember i år.

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

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



permobil

For mer informasjon gå inn på
www.permobil.no

Personforsikringer for deg og dine

Personforsikringer er noe av det viktigste, men kanskje ikke det mest spennende i livet. Her er en tre-punkts innføring i personforsikring for deg og dine nærmeste. Du kan bruke den som en sjekkliste mot det du har, eller som en veiledning for det du bør kjøpe.

Av Roar Hagen

Hvilke forsikringer trenger du?

Behovet for forsikringer endrer seg i takt med livssituasjonen. Spesielt når det skjer store forandringer som at du blir samboer, kjøper leilighet, får barn eller skilles, bør du ta en titt på forsikringene for å sjekke at de stemmer med ditt nye liv. En personforsikring er en økonomisk buffer om noe skulle skje med deg, eller med ektefelle eller samboer. Klarer du for eksempel å betjene boliglånet med én inntekt, eller redusert lønn?

LIVSFORSIKRING

Hensikten med en livsforsikring er å sikre de etterlatte. Hvis du eller din ektefelle eller samboer skulle falle fra, vil da den som sitter igjen, klare de økonomiske forpliktelsene alene? Gjennom våre forsikringsavtaler kan du kjøpe 12 G (for tiden kr 1 080 000) eller 24 G (kr 2 161 000) i forsikringssum, både for deg selv og for ektefelle eller samboer.

UFØREFORSIKRING

Blir du arbeidsufør, får du redusert inntekt resten av livet. En uføreforsikring gir en engangserstatning som kan kompensere for redusert inntekt. Uføreforsikringen dekker både sykdom og ulykke. Du kan kjøpe 12 G eller 24 G i forsikringssum for deg selv og for ektefelle eller samboer.

KRITISK SYKDOM

Kritisk sykdomsforsikring er et godt supplement til uføreforsikring. I motsetning til uføreforsikring, som ofte ikke gir utbetaling før etter noen år, vil forsikringssummen på Kritisk sykdom bli utbetalt raskt etter at diagnosen er endelig stilt, operasjon gjennomført, eller du er oppført på venteliste. Forsikringen kan kjøpes i dekninger fra kroner 200 000 opp til 1 000 000 for deg selv og ektefelle eller samboer.

ULYKKESFORSIKRING

Som medlem i Ergoterapeutene kan du kjøpe dekning på inntil 45 G (kr 4,05 millioner) ved 100 prosent medisinsk invaliditet. Forsikringen gir erstatning for skader helt ned til én prosent invaliditet



og inneholder flere gode ekstradekninger, som for eksempel benbruddsdekning.

BARNE- OG UNGDOMSFORSIKRING

Gjennom Ergoterapeutene kan du kjøpe barne- og ungdomsforsikring for kun kroner 1728 per år. Da får du en omfattende forsikring som inkluderer blant annet medisinsk invaliditet ved ulykke eller sykdom. Forsikringen omfatter også uføreforsikring og kritisk sykdom.

Hvilke forsikringssummer trenger du?

Ved død og arbeidsuførhet er tommelfingerregelen at du bør forsikre deg for et beløp tilsvarende tre fjerdedeler av (felles) gjeld. Har du en gjeld på tre millioner, vil vår dekning på 24 G kunne passe.

Ved henvendelse til Ergoterapeutenes forsikringskontor tar vi selvsagt hensyn til andre forsikringer du kan ha, for eksempel Ergoterapeutenes obligatoriske forsikring (med reservasjonsrett).

Hvordan kjøper du forsikring?

For å bli med på livs- og uføreforsikringene må du fylle ut et helseerklæringsskjema. Skjema finner du på våre nettsider www.ergoterapeutene.org/forsikring. Last ned, fyll ut og send direkte til forsikringselskapet.

SPØRSMÅL?

Forsikringskontoret er alltid tilgjengelig hvis du lurer på noe om medlemsforsikringene. Ta kontakt med oss på: forsikring@ergoterapeutene.org eller på telefon 22 05 99 15.

INNSPEL

Magert ergo-budsjett

Vi har fått vite korleis regjeringa meiner at pengane skal brukast i 2016. Statsbudsjettet blei lagt fram syvende oktober. No har partia på Stortinget tatt over. Det blir nok hard dragkamp om ord, pengar og prioritering. Går det som det pleier, er det småpengar som kjem til å bli flytta på, men det kan bli høglydt.



**ANDERS
FOLKESTAD**
UNIOLEDER

På somme område har regjeringa skjønnt alvor: Det blir lagt inn ekstra pengar for å få fleire i arbeid. Retninga er bra, men trykket for lite. No må det investerast i folk, i å få folk i arbeid. Det står ei rekkje oppgåver og ventar i offentleg sektor. Både med tanke på å renovere bygningar og anlegg. Men det må også satsast på kvalitet i tenestetilbodet. Det inneber fleire godt kvalifiserte medarbeidarar, mellom anna ergoterapeutar.

Eg hadde håpt at regjeringa brukte framlegget til statsbudsjett til å rette opp ein openberr mangel i primærhelsetenesta: Å lovfeste ergoterapeutar i den kommunale helsetenesta, slik det blir gjort for ei rekkje andre helseprofesjonar. Det skjedde ikkje her heller.

Dermed er det ein fare for at ei elles god melding om primærhelsetenesta vil halte seg ut i kvardagen i kommune-Noreg. Noko vil mangle, sjølv om vi for-

håpentlegvis vil sjå forbetringar i det kommunale helsetilbodet. Men saka er framleis «levande» og under behandling i helsekomiteen.

Kommunane har store oppgåver. Innbyggjarane har forventningar til kvalitet på ei rekkje område: barnehage, skule og helse. Kampen om dei kommunale kronene er beinhard. Og det forsterkar seg av at politikarar av ulike fargar sentralt og lokalt lover mykje og skaper ekstra forventningar. Ikkje minst til det kommunale helsetilbodet.

På den bakgrunn er det ekstra merkeleg – og kritikkverdig – at regjeringa ikkje rustar opp ergoterapien. I løpet av dei neste 20 åra vil talet på eldre over 80 år doble seg. Det er også ein fare for at omfanget av livsstilssjukdommar vil auke. Kvardagsrehabilitering har vore høgt på dagsordenen, og mange kommunar ser positive resultat av dette.

Regjeringa erkjenner at det er

manglar, og at talet på ergoterapeutar er lågt i Noreg, samanlikna med andre nordiske land. Meir enn 100 kommunar manglar ergoterapeut. Likevel lar regjeringa vere å ta grep som kunne ha sikra innbyggjarane denne tenesta.

Gjennom satsing på ergoterapi vil fleire kunne klare fleire av dei daglege gjeremåla sjølv. Fleire vil kunne meistre sin eigen kvardag og vil kunne bu lenger heime før dei vil trenge ein sjukeheimsplass.

Dei fleste ønsker å klare seg sjølv så lenge som råd er. Det er bra for den enkelte å oppleve at dei meistarar eigen situasjon, og det er lønnsamt for den enkelte kommune.

Ergoterapi er investering i folk og i helse og livsmeistring. Difor bør stortingspolitikarar kjenne ansvaret og syte for at ergoterapeutar blir inkludert som lovfesta kjernekompetanse i kommunane. Det vil lønne seg, på meir enn ein måte.

Hvordan møter vi pasienten?

BRUKERUNDERSØKELSE VED EN ERGOTERAPI- OG FYSIOTERAPIENHET

Av Reidun Skøien, Helga Hovden og Unni Vågsmyr

Reidun Skøien er spesialergoterapeut ved Sykehuset Innlandet Helseforetak i Lillehammer.

E-post: reidun.skoien@sykehuset-innlandet.no

Helga Hovden er spesialergoterapeut ved Sykehuset Innlandet Helseforetak i Lillehammer.

Unni Vågsmyr er spesialergoterapeut og enhetsleder ved Sykehuset Innlandet Helseforetak i Lillehammer.

Sammendrag

Kvaliteten i møtet mellom pasient og terapeut er avgjørende for god behandling, men føler pasienten seg respektert og ivaretatt? I en brukerundersøkelse i 2012 ved Sykehuset Innlandet Lillehammer (SIL), spurte vi pasientene om dette. Spørreskjemaet inneholdt spørsmål om respekt, tillit, forståelse, forventninger, nytte og tilfredshet. Pasientgrunnlaget var 100 pasienter ved nevrologisk, medisinsk og ortopedisk avdeling. Resultatet viste at pasientene var fornøyde med hvordan de ble møtt av ergoterapeut og fysioterapeut. Verken alder eller kjønn påvirket resultatet i særlig grad. Ergoterapeuter og fysioterapeuter er opptatt av menneskets funksjon i hverdagen. Ved behov innhentes informasjon om pasientens hverdag. Dette kan være en årsak til at pasientene følte seg ivaretatt. Årsaken til at noen pasienter ikke svarte på brukerundersøkelsen, kan være at de var misfornøyde med resultatet av behandlingen, ikke rakk å svare, eller at de glemte det. Undersøkelsen bidro til å bevisstgjøre oss som fagpersoner og var nyttig som kvalitetssikring av ergoterapi- og fysioterapitilbudet.

Nøkkelord: Sykehusopphold, kvalitet og brukertilfredshet.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Innledning

Helsepersonell skal møte pasienten med respekt (Gabrielsen, 2001). Dette er en selvfølge, men det er ikke alltid at pasientene opplever det i møte med helsepersonell. Ifølge en rapport fra Samfunns- og næringslivsforskning (SNF) har undersøkelser om pasienttilfredshet blitt stadig mer aktuelle som følge av kvalitetsutvikling ved sykehus (Gabrielsen, 2001). Gabrielsens hovedfokus er kvalitet slik pasienten opplever den. I sin rapport redegjør hun for ulike kvalitetsaspekter ved sykehusopphold. Aspektene dreier seg blant annet om ventetid for behandling, ansattes evne til å lytte, fagpersonalelets tilgjengelighet, informasjon om behandling og punktlighet.

I Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) står det blant annet at pasienter har en lovfestet rett til informasjon og medvirkning i forbindelse med egen sykdom. Det overordnede målet for Sykehuset Innlandet HF er å skape god kvalitet i møte mellom pasient og ansatte. I handlingsplanen ved Ergoterapi- og fysioterapienheten ved SIL er det et mål at vi skal ha god faglig standard på alt pasientrettet arbeid for å oppnå optimal funksjon, aktivitet og deltakelse. Kunnskapsbasert praksis har økt fokus.

Vi opplever i dag at våre vurderinger i større grad enn tidligere blir tatt med som en del av epikrisen ved utskriving av pasienter. Vurderingene blir på den måten vektlagt på lik linje med legens og andre faggruppers vurderinger. God faglig kvalitet på arbeidet vi gjør, er avgjørende. I en rapport fra Kunnskapscenteret (Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten, 2013) står det at pasienter innlagt ved somatiske sengeposter i 2013 hadde bedre erfaringer enn pasienter i 2011 på fire områder (informasjon, pleiepersonalet, legene, organisering), og bedre erfaringer enn pasienter i 2012 på to områder (organisering, informasjon).

Parallelt med krav til god faglig kvalitet stilles det også krav om effektiv behandling. Liggetiden på sykehuset blir stadig kortere, og pasientene må behandles så raskt og effektivt som mulig (Skøien, Rosseland, Vågsmyr, Hovden & Kornveien, 2011). Spørsmålet er om dette går utover pasienttilfredsheten. Er pasientene fornøyde med behandlingen de får, møter vi pasientene med respekt, og gir vi pasientene tilstrekkelig informasjon om behandlingen? Hvordan pasienten blir møtt på sykehuset, viser seg å ha størst betydning med tanke på tilfredshet med tjenesten (Gabrielsen, 2001).

KOMMUNIKASJONSASPEKTER

Kvalitet kan måles objektivt gjennom struktur (fasiliteter, utstyr, behandlingstilbud, kompetanse, organisering etc.), subjektivt gjennom prosess (klinisk praksis, organisatorisk flyt, kommunikasjon etc.) og gjennom pasienttilfredshet (Gabrielsen, 2001). Aspekter innenfor kommunikasjonen mellom pasient og terapeut er respekt, forståelse, forventninger, nytte, tillit og generell tilfredshet. «En god terapeutisk relasjon forutsetter et indre arbeid fra terapeuten side som gjør at en møter pasienten med empati og nysgjerrighet og er åpen for det som dukker opp» (Strand 2011, s. 683).

Respekt handler om ikke å trække over grenser og å ivareta pasientens integritet. Ofte svarer pasientene «du vet best» når terapeuten spør om pasientens mening. Terapeuten bør imidlertid oppfordre pasienten til å komme med sine synspunkter og legge vekt på dette i behandlingen. I dag skjer dette i større grad enn tidligere. Mange pasienter er dessuten bedre orientert enn før om sine rettigheter og finner informasjon via nettet (Gabrielsen, 2001).

Gjensidig *forståelse* av hva som skal skje er viktig og avgjørende for et vellykket resultat (Gabrielsen, 2001). Er terapeuten usikker på om pasienten har forstått instruksjonen, kan det være hensiktsmessig å be pasienten om å gjenta det som ble sagt. Instruksjonen terapeuten gir, må være klar og tydelig. Pasientens hørsel er viktig å sjekke. For mye informasjon på en gang kan bidra til at pasienten ikke får med seg alt. Noen ganger må instruksjonen gjentas, og andre ganger bør den deles opp. Det er viktig at det er satt av tilstrekkelig med tid. Aktuell sykdom kan svekke evnen til å forstå og nyttiggjøre seg informasjon, noe som gjør det nødvendig å involvere pårørende.

Pasienter møter ergoterapeuten og fysioterapeuten med ulik grad av *forventning*. Elektive pasienter (pasienter som har stått på venteliste) ved ortopedisk avdeling vet ofte at de trenger fysioterapi, men kan ha ulike forventninger til type behandling og lengden på behandlingen. Pasienter som kommer inn for øyeblikkelig hjelp, vet gjerne ikke hva de trenger, og har kanskje ingen forventninger. Pasienter med nevrologiske skader vet ofte ikke hvorfor de blir henvist til ergoterapi. Uansett hvilke forventninger pasienten har, er det viktig å avklare dette for at pasienten skal oppleve behandlingen som nyttig.

Opplevelsen av *nytte* henger ofte sammen med forventningene, som beskrevet over, men ikke alltid. Noen ganger kan opplevelsen av nytte knyttes til

kunnskap om egen sykdom. Andre ganger kan opplevelsen av nytte knyttes til det å få en avklaring av situasjonen eller å få et godt råd. Informasjon som terapeuten innhenter om hjemmeforholdene og tidligere funksjonsnivå, kan også oppleves som nyttig.

I hvilken grad pasienten har *tillit* til terapeuten kan avhenge av kommunikasjonen mellom dem. Det å føle seg ivaretatt og bli lyttet til skaper tillit. Det handler også om hvordan terapeuten gjør jobben sin. Noen ganger opplever pasienter at behandlingen har vært bra, andre ganger kan de være misfornøyde. Uansett vil måten de blir møtt på være av stor betydning for om de opplevde tillit til terapeuten og det faglige tilbudet.

Tilfredshet kan være avhengig av flere forhold; forventninger, informasjon, opplevelse av å bli ivaretatt, resultatet av behandlingen etc. (Gabrielsen, 2001). Ofte kan det å bli lyttet til og hørt på være tilstrekkelig til at pasienten er tilfreds. Enhetens rammevilkår (bemanning og kapasitet) vil også kunne gi en indikator på pasientens tilfredshet (Gabrielsen, 2001). Tilfredshet kan også handle om at behandlingen skjer til avtalt tid. Må pasienten vente, er informasjon om hvor lang ventetiden er, viktig.

For å finne ut av pasientenes tilfredshet i møte med terapeut ble det i 2012 gjennomført en brukerundersøkelse ved Ergoterapi- og fysioterapienheten ved SIL.

MÅL

Målet med brukerundersøkelsen var å finne ut om pasientene følte seg ivaretatt og respektert i forbindelse med behandling hos henholdsvis ergoterapeut og fysioterapeut. I tillegg ønsket vi å finne ut om de opplevde at behandlingen hadde vært nyttig. Dette ble gjort som et ledd i kvalitetssikringsarbeidet ved sykehuset.

Metode

Brakerundersøkelsen var en kvantitativ undersøkelse. Det ble benyttet et spørreskjema med svaralternativer, og besvarelsene var anonyme. Som utgangspunkt for spørreskjemaet benyttet vi et spørreskjema om pasienters erfaringer fra sykehusopphold, hentet fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten.

UTARBEIDING AV SPØRRESKJEMA

Spørreskjemaet vi utarbeidet skulle være enkelt å fylle ut og ikke inneholde for mange spørsmål. Et annet viktig poeng var å få alle spørsmålene inn på ett ark (to sider). Aktuelle spørsmål ble hentet og redigert

fra nevnte spørreskjema. Spørsmålene vi stilte var:

- 1 Snakket terapeuten til deg slik at du forsto hva som ble sagt?
- 2 Opplevde du at terapeuten var interessert i din beskrivelse av egen situasjon?
- 3 Fikk du vite det du syntes var nødvendig om hvordan undersøkelsen/behandlingen skulle foregå?
- 4 Har du tillit til terapeutens faglige dyktighet?
- 5 Mener du at du på noen måte ble feilbehandlet (etter det du selv kan bedømme)?
- 6 Fikk du forklart hvorfor du skulle til undersøkelse/behandling?
- 7 Følte du deg ivaretatt av terapeuten?
- 8 Mener du undersøkelsen/behandlingen var nyttig for deg?
- 9 Svarte undersøkelsen/behandlingen til dine forventninger?
- 10 Var undersøkelsen/behandlingen du fikk, alt i alt tilfredsstillende?

Spørreskjemaet inneholdt i tillegg spørsmål om alder og kjønn. Det ble benyttet aldersgrupper (under 30 år, 30-50 år, 51-70 år og over 70 år). Eksakt alder var ikke relevant i denne sammenhengen. Det å undersøke seg selv kan være et forskningsmessig dilemma fordi det kan oppfattes som «bukken til havressekken». Grunnen til at det likevel ble gjort på denne måten, var at det både økonomisk og ressursmessig var en fordel å kunne gjennomføre undersøkelsen som en del av den daglige driften. Av den grunn ble spørreskjemaet kvalitetssikret og metode overvåket av forskningsveileder ved sykehuset. Kunnskapssenteret anbefaler en fempunkts svars skala med svarkategorier. En ulempe med fempunktskala er at mange da har en tendens til å svare «midt på treet». Vi benyttet derfor firepunktskala hvor 1 var «Ikke i det hele tatt», 2 «I noen grad», 3 «I stor grad» og 4 «I svært stor grad». På den måten ble pasientene i større grad tvunget til å tenke gjennom hva de ville svare.

Før brukerundersøkelsen startet, ble avdelingsledere og ansatte på de aktuelle avdelingene informert muntlig og skriftlig om undersøkelsen. De ble også informert om hvordan de skulle forholde seg til pasienter som hadde fått med seg spørreskjema fra terapeuten tilbake til avdelingen.

INFORMANTER

Informantene var delvis et tilfeldig utvalg innlagte pasienter fra nevrologisk og medisinsk avdeling, inkludert slagenheten, og ortopedisk avdeling.

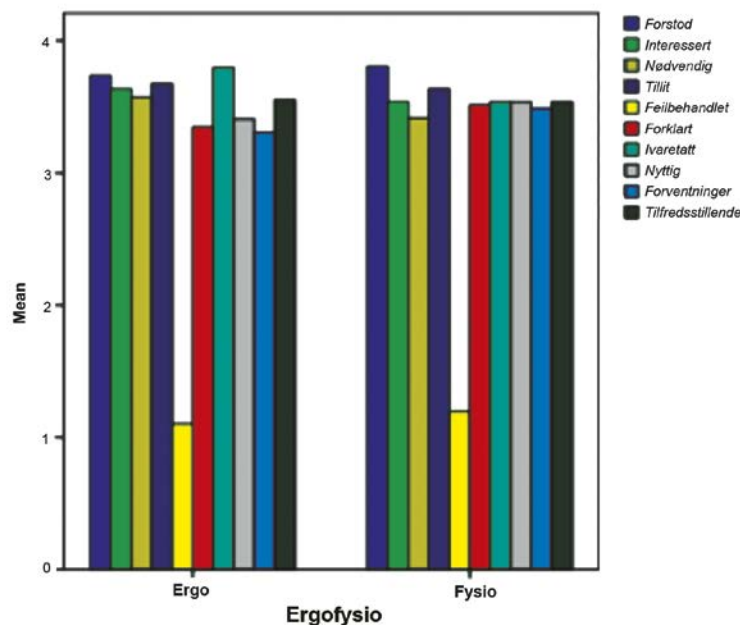
Mange pasienter skiller ikke mellom ergoterapi og fysioterapi. Inklusjonskriterier var derfor pasienter (kvinner og menn >18 år) fra nevrologisk og medisinsk avdeling som kun fikk ergoterapi, og pasienter (kvinner og menn >18 år) fra ortopedisk avdeling som kun fikk fysioterapi. Der det var aktuelt, foretok henholdsvis ergoterapeuten og fysioterapeuten en vurdering om pasienten forstod verbal instruksjon og hadde samarbeidsevne. På bakgrunn av dette avgjorde terapeuten om pasienten ville være i stand til å svare eller ikke. Pasienter som utførte MMSE (Mini Mental Status Evaluering) som et ledd i kartleggingen/behandlingen hos ergoterapeut, ble ekskludert dersom skår var < 15 poeng. Dette var et råd vi fikk fra alderspsykiatrisk avdeling i Sykehuset Innlandet. Tidlig i undersøkelsen fant vi at pasienter med denne grenseverdien ikke alltid klarte å svare adekvat. Vi valgte derfor å sette grensen for ekskludering til <18 for å være mer sikre på at svarene vi fikk var valide.

DATAINNSAMLING

Datainnsamlingen startet i mars 2012 og ble avsluttet ved utgangen av august 2012. Kunnskaps-senteret anbefaler et antall på 100 – 200 svar ved mellomstore og store institusjoner. I 2010 var antall henviste pasienter til ergoterapi totalt 705, og henviste pasienter til fysioterapi ved ortopedisk avdeling var totalt 773. Aktuelle pasienter ble i etterkant av behandlingen informert om prosjektet med spørsmål om de kunne tenke seg å delta i undersøkelsen. De som ville delta, fikk med seg spørreskjemaet og en konvolutt, og de ble informert om hvordan de skulle fylle ut skjemaet. Det ble presisert at det var frivillig å svare, og at undersøkelsen var anonym. For at undersøkelsen skulle kunne gjennomføres så effektivt som mulig, ble pasientene bedt om å svare og levere utfylt skjema på avdelingen før de ble utskrevet. Pasienter som ikke klarte å krysse av selv, men som ønsket å svare, kunne be om hjelp til dette av pårørende eller avdelingspersonell. Utfylt spørreskjema skulle legges i vedlagt konvolutt og konvolutten legges i en merket postkasse på avdelingen. Utfylte skjema ble registrert fortløpende. Siden undersøkelsen ble gjennomført uten ekstra ressurser, var det av stor betydning at den ble avsluttet etter planen (seks måneder), med tanke på den ekstrabelastningen den medførte for involverte ansatte.

ANALYSE AV DATA

Dataene ble lagt inn i SPSS statistikk- og analyse-



Figur 1. Gjennomsnitt av alle svarene fordelt på ergoterapi og fysioterapi.

program. Det ble laget en datafil hvor alle spørsmålene med svarkategoriene samt pasientenes alder og kjønn ble registrert. Beskrivende statistikk ble benyttet for å få fram fordelingen av svarkategoriene og gjennomsnittlig skår av svarene. Krysstabel ble brukt for å få fram pasientenes alder og kjønn fordelt mellom de som fikk ergoterapi og de som fikk fysioterapi. I tillegg ble figurer brukt for å illustrere resultatet.

ETIKK

Det ble sendt melding om prosjektet til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) med tanke på personvern. Siden dette ikke var et forskningsprosjekt, men et kvalitetsforbedringsprosjekt, og vi ikke skulle registrere pasientdata (kun kjønn og aldersgrupper), var det ikke nødvendig å fylle ut meldeskjema.

Resultat

Informantene var pasienter >18 år ved nevrologisk, medisinsk og ortopedisk avdeling. Etter et halvt år hadde vi fått inn 100 svar. Fordelingen mellom informanter som fikk ergoterapi (fra nevrologisk og medisinsk avdeling) og fysioterapi (fra ortopedisk avdeling) var 51/49. Kjønnfordelingen var 47 kvinner og 45 menn (åtte informanter oppgav ikke kjønn). I underkant av 200 spørreskjema var delt ut. Antall svar ble ansett som tilstrekkelig, også fordi fordelingen mellom ergoterapi og fysioterapi var omtrent lik. Generelt gir svarene et entydig

	Ergo	Fysio	Total
Alder under 30	0	2	2
30-50	9	2	11
51-70	24	23	47
over 70	17	22	39
Total	50	49	99

Tabell 1 viser aldersfordelingen blant pasientene som var hos ergoterapeut og fysioterapeut (n=99).

inntrykk, også når vi sammenligner svarene mellom yrkesgruppene (Figur 1). Gjennomsnittet av svarene, med unntak av spørsmålet om feilbehandling, ligger mellom 3 og 4, som betyr at pasientene i stor grad eller svært stor grad var fornøyde i møtet mellom pasient og terapeut. Når det gjelder spørsmålet om feilbehandling, var svarkategoriene motsatt på den måten at 1 (Ikke i det hele tatt) var best og 4 (I svært stor grad) var dårligst. Dette kan ha ført til at noen pasienter har svart feil fordi de på spørsmålet om de var tilfredse med behandlingen svarte «I stor grad» eller «I svært stor grad».

Hovedvekten av informanter var fra 51 år og oppover (tabell 1). Antall pasienter i denne aldersgruppen som var hos henholdsvis ergoterapeut og fysioterapeut, utgjorde 41 og 45. Antall pasienter under 50 år var totalt 13. Et større antall pasienter i aldersgruppen under 50 år fikk ergoterapi (9 pasienter) sammenlignet med fysioterapi (4 pasienter). Resultatet viser at uansett alder er pasientene tilfredse i stor eller svært stor grad med behandlingen de fikk (Figur 2).

Antallet informanter er jevnt fordelt mellom kvinner og menn totalt sett (47/45). Åtte informanter krysset ikke av for kjønn på spørreskjemaet. Antall kvinner og menn som var hos henholdsvis ergoterapeut og fysioterapeut viser 46/46 (tabell 2). Resultatet viser stor grad av tilfredshet samlet sett uansett kjønn, med en svak tendens til noe høyere grad av tilfredshet blant menn sammenlignet med kvinner (Figur 3).

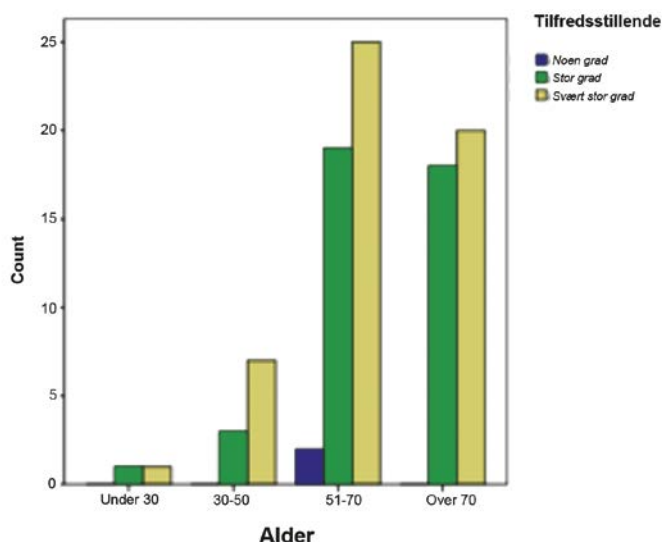
Diskusjon

Pasientrettighetsloven presiserer pasientens rett til medvirkning i egen behandling. Dette innebærer blant annet at pasienten skal ha mulighet til å gi sin vurdering av helsehjelpen i ettertid. Målet med vår undersøkelse var å finne ut om pasientene følte seg ivaretatt og respektert i forbindelse med behandlingen hos ergoterapeut og fysioterapeut, og om de opplevde at behandlingen de fikk, var nyttig. Resultatet viste stor grad av tilfredshet, enten de var hos ergoterapeut eller fysioterapeut. Terapeutenes måte å snakke med pasientene på, og evne til å lytte, viser at de ivaretar pasientene og møter deres behov. Uansett sykdomstilstand skal pasienten behandles som et medmenneske og ivaretas med verdighet og integritet (Gabrielsen, 2001). Behandlingen hos ergoterapeut foregår som oftest uten ytre forstyrrelser, og pasienten har terapeutens fulle oppmerksomhet. Ergoterapeutene beregner selv hvor lang tid undersøkelsen vil ta, og det er sjelden snakk om ventetid. Behandlingen hos fysioterapeut skjer som oftest på sengeavdelingen. Der kan det være mer uro rundt behandlingen i forbindelse med den daglige driften på avdelingen. Uansett følte pasientene seg ivaretatt både av ergoterapeuten og fysioterapeuten. Pasientene opplevde også at behandlingen var nyttig. Ergoterapeutene og fysioterapeutene ønsker å få et helhetlig bilde av situasjonen rundt pasienten. Derfor innhenter de ofte informasjon om hjemmeforhold og tidligere funksjonsnivå. Mange pasienter opplever dette som både positivt og nyttig. Behandlingen skjer til avtalt tid i de aller fleste tilfeller. Dette betyr at terapeutene viser respekt for pasientens tid.

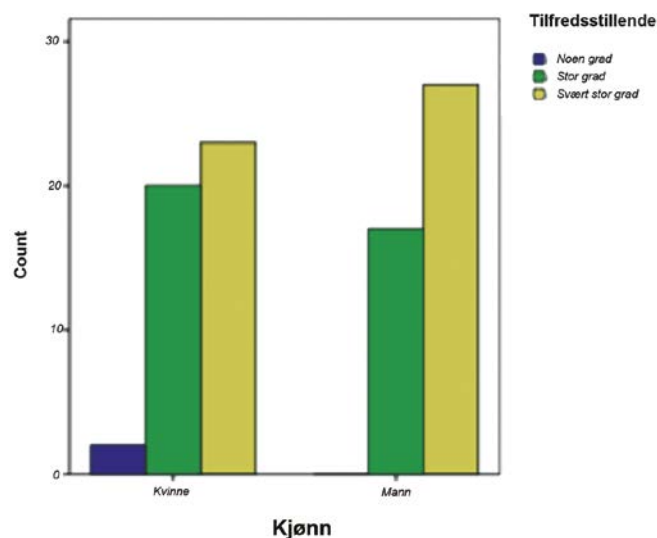
	Ergo	Fysio	Total
Kjønn kvinne	23	24	47
mann	23	22	45
Total	46	46	92

Tabell 2 viser kjønnsfordelingen mellom pasientene som var hos ergoterapeut og fysioterapeut (n=92).

Tilfredshet måles også opp mot hvilken type behandling pasientene får (Frich & Ramleth, 2004). Terapeutene tilstreber kunnskapsbasert praksis og følger i stor grad fagprosedyrer innenfor kognitiv og fysisk funksjon. Ved nevrologisk og medisinsk avdeling foretar ergoterapeuten ofte vurdering av pasientens kognitive funksjon. Mange pasienter vet ikke hva en vurdering av kognitiv funksjon går ut på, og ergoterapeuten forklarer dette i forkant av undersøkelsen. I en del tilfeller kan resultatet av undersøkelsen bety at vedkommende for eksempel ikke innfrir helsekrav for bilkjøring. De nasjonale retningslinjene for behandling og rehabilitering ved hjerneslag (2010) anbefaler at pasienter som har hatt hjerneslag eller TIA får et kjøreforbud i en periode. Det gis informasjon til pasienten om dette. Noen pasienter synes det er



Figur 2. Spørsmål nummer 10, om undersøkelsen/behandlingen du fikk, alt i alt var tilfredsstillende. Her fordelt på alder samlet for ergoterapi og fysioterapi (n=99).



Figur 3. Spørsmål nr. 10, om undersøkelsen/behandlingen du fikk, alt i alt var tilfredsstillende, fordelt mellom kvinner og menn (n=92).

urimelig å bli fratatt førerkortet. Det oppleves ekstra sårt å bli fratatt muligheten for å kjøre bil, spesielt i områder der bilen ofte er eneste framkomstmiddel. Pasienten kan si «Jeg har kjørt feilfritt i alle år» og mener at de derfor bør kunne fortsette å kjøre. Andre pasienter opplever derimot det å få en vurdering av kognitiv funksjon som nyttig og meningsfylt, og er innforståtte med at de i en periode ikke bør kjøre bil. Ut fra dette tyder det på at den sistnevnte gruppen pasienter har svart at de er tilfredse med behandlingen de har fått, mens den andre gruppen sannsynligvis ikke har svart.

Pasienter ved ortopedisk avdeling var i stor grad tilfredse med behandlingen de fikk av fysioterapeuten. Liggetiden på denne avdelingen er kort. Det er derfor viktig at pasientene får presis og konkret informasjon, muntlig og skriftlig, både før og etter operasjon. Fysioterapeutene gir også pasienten trygghet i form av råd og veiledning om videre opptrening etter operasjoner. Målet er at pasientene skal bli selvhjulpne. Pasienter med hodeskader eller multitraume forekommer relativt sjelden og er ikke inkludert i denne undersøkelsen.

Alder synes å ha hatt mindre betydning med hensyn til pasientenes tilfredshet. Dette kan skyldes at flertallet av pasientene som svarte på brukerundersøkelsen var >50. Denne aldersgruppen har i stor grad en positiv innstilling til behandlere. Ifølge Gabrielsen (2001) er det større sannsynlighet for tilfredshet jo eldre pasienten er. Pasientene uttrykker tilfredshet når behandleren har tid til å lytte til deres historie. I dag bruker flere og flere pasienter inter-

nett for å innhente informasjon om egen sykdom. Dette gjelder foreløpig kanskje mest yngre pasienter. De kan derfor stille andre typer spørsmål når de treffer helsepersonell. Pasientene får på denne måten en mer aktiv rolle i egen behandling og kan stille krav til behandlingen. Siden antallet pasienter under 50 år var kun 13/100 (to pasienter <30), vet vi lite om yngre pasienters tilfredshet spesielt.

Kjønn synes ikke å ha påvirket pasientenes tilfredshet i stor grad. I vårt datamateriale fant vi en minimal forskjell med en tendens til litt mer tilfredse menn enn kvinner (figur 3). Gabrielsen (2001) fant derimot at menn er mindre tilfredse med sykehustjenestene generelt enn kvinner. Dette samsvarer med andre studier om brukertilfredshet, ifølge Gabrielsen. Selv om menn og kvinners subjektive verdier kan være forskjellige, konkluderer meta-analyser med at det er lite eller ingen sammenheng mellom pasientenes kjønn og pasienttilfredshet (Foss, 2000). Det å bli hørt og lyttet til synes å være det viktigste, uansett kjønn (Foss, 2000).

Det kan være ulike årsaker til at en del pasienter ikke svarte på spørreundersøkelsen. Noen forstod kanskje ikke hva de skulle gjøre eller de glemte det. Andre rakk kanskje ikke å svare før de ble skrevet ut. Noen kan, som nevnt, ha vært misfornøyde, og opplevd at behandlingen ikke svarte til forventningene, og kan av den grunn ha ønsket ikke å svare.

Det er i dag blitt mer vanlig å benytte betegnelsen pasienterfaring framfor pasienttilfredshet. Grunnen til dette er at spørsmålene i en del brukerundersøkelser er konkrete erfaringer pasienter har gjort seg (Gabri-

elsen, 2001). Erfaringer kjennetegnes dessuten som mer nøytralt enn tilfredshet. I vår undersøkelse var imidlertid spørsmålene av subjektiv opplevd karakter.

I 2012 satte Sykehuset Innlandet i gang en plan for brukervedvirkning. Målet var å synliggjøre og styrke arbeidet slik at brukervedvirkning kan bidra til god kvalitet på tjenestene (Sykehuset Innlandet, 2013). Behandleren er ikke lenger den eneste ekspert. Pasienten er ekspert på egen situasjon. I takt med denne utviklingen kan det derfor tenkes at pasientenes tilfredshet også vil endre seg.

STYRKER OG SVAKHETER VED UNDERSØKELSEN

En spørreundersøkelse med svaralternativer er en effektiv måte å få svar fra mange på relativt kort tid. Den er mindre ressurskrevende og økonomisk besparende enn en tilsvarende kvalitativ undersøkelse ville vært. Det ble ikke søkt om ekstra midler, og ansatte jobbet med prosjektet i sitt daglige virke. En spørreundersøkelse med svaralternativer gir imidlertid begrenset informasjon. Pasientene må forholde seg til svaralternativer uten mulighet for utdyping. Tilfredshet er, som beskrevet over, et mål på subjektiv opplevd kvalitet som kanskje best kan beskrives gjennom å benytte intervju eller åpne spørsmål. En kvalitativ studie var imidlertid vanskelig for oss å gjennomføre. En kvantitativ studie, mente vi, ville uansett gi oss en pekepinn på hvordan pasienten opplevde møtet med terapeuten.

Det kan være en fordel å følge opp en kvantitativ spørreundersøkelse med kvalitative (åpne) spørsmål til et mindre utvalg. Dette kan gjøre resultatet mer nyansert. Om vår brukerundersøkelse har gitt oss et helt riktig bilde av situasjonen, kan være usikkert. Mens reliabiliteten (etterprøvbareheten) er bra, er validiteten (at studien er gyldig) ved bruken av spørreskjema dårlig dokumentert (Frich & Ramleth, 2004). Likevel kan resultatet være nyttig og motivere den enkelte terapeut til mer bevissthet rundt sitt møte med pasienten.

I vår undersøkelse hadde vi fokus på hvordan vi som helsepersonell møter pasienter, og ikke på pasientenes behov for å bli ivaretatt i møtet med helsepersonell. Vi var ikke opptatt av pasientens bekymringer for hva som skulle skje på sykehuset eller deres bekymring for hvordan det ville gå når de kom hjem. I en pasientsentrert oversikt om lege-pasient forholdet kom det fram at pasientene blant annet ønsket å få vite hvilke konsekvenser deres sykdom ville få for deres liv (familie, venner og økonomi) (Delbanco & Gerteis, 2012). De var dessuten eng-

stelige med tanke på hvordan de ville klare seg når de kom hjem. Dette aspektet kan det være aktuelt å inkludere i en framtidig brukerundersøkelse.

Konklusjon

En brukerundersøkelse som denne bidrar til å bevisstgjøre oss som fagpersoner om hvordan vi møter pasienten. Undersøkelsen har først og fremst vært nyttig som et ledd i kvalitetssikringen av ergoterapi- og fysioterapiens tilbud. Når resultatet bekrefter at tillit og respekt i stor grad blir ivaretatt i pasientmøtet, gir det en pekepinn om at vi er på rett vei. På den annen side må vi bruke resultatet til å vurdere hva vi bør være bevisste på framover i møtet med pasientene.

Referanser

- Bjerkkan, A.M., Holmboe, O. & Skudal, K.E. (2014). *Pasienterfaringer med norske sykehus: Nasjonale resultater i 2013*. Pas-Opp-rapport - Brukererfæringsundersøkelse nr. 2. Lokalisert på <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus.nasjonale-resultater>
- Bjørndal, A. (1998). Fra pasienttilfredshet til brukervedvirkning. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 118(3), 353.
- Delbanco, T. & Gerteis, M. (2012). A patient-centred view of the clinician-patient relationship. *UpToDate*. Lokalisert på <http://www.uptodate.com/contents/a-patient-centred-view-of-the-clinician-patient-relationship>
- Foss, C. (2000). Kjønn som variabel i pasienttilfredshet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 120(27), 3283-3286.
- Frich, J. C. & Ramleth, Ø. (2004). Pasienttilfredshet som mål for kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Kommentar og debatt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(1), 88.
- Gabrielsen, H. (2001). *Pasientopplevd kvalitet – en tverrsnittsanalyse av brukertilfredshet ved norske sykehus*. (Samfunns- og næringslivsforskning - rapport nr. 59/2001). Bergen: Stiftelsen for Samfunn og næringslivsforskning.
- Helsedirektoratet (2010). *Nasjonale retningslinjer for behandling og rehabilitering ved hjerneslag*. (IS 1688). Oslo. Lokalisert på www.helsedirektoratet.no
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Sjekkliste_lokale_brukerundersøkelser_190509. Pdf - Adobe Reader. Lokalisert på www.kunnskapssenteret.no/verktoy/_attachment/166896
- Skøien, R., Rosseland, H., Vågsmyr, U., Hovden, H. & Kornkveen, S. (2011). ErgUs - Vurdering av kognitiv funksjon ved akuttstusykehus. *Ergoterapeuten*, 5, 18-25.
- Strand, N. (2011). Hva gjør gode terapeuter gode? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(7), 682-684.
- Sykehuset Innlandet (2013). *Brukermedvirkning. Informasjon fra Sykehuset innlandet HF*. Informasjonstrykksak, 2013 – 2016.
- http://www.sykehuset-innlandet.no/fagfolk/_kvalitet/_systematisk-kvalitetsarbeid-i-si/_Sider/side.aspx

HEPRO ELEKTRISKE RULLESTOLER

Foto/design: mpDesign



HEPRO S17

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



HEPRO S4

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

HEPRO S4 KABIN

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




HEPRO
-easy life

For mer informasjon, se:
hepro.no

Tlf: 75 69 47 00

Sykehjem som læringsarena for ergoterapeutstudenter

Av Tine Andersen, Mari-Anne Stømner Daae og Vivi Gjertsen



*Tine Andersen er ergoterapeut på Stovner-skogen sykehjem.
E-post: tine.andersen@sye.oslo.kommune.no*



*Mari-Anne Stømner Daae var tidligere ergoterapeut ved Langerud sykehjem, nå ansatt i bydel Alna.
E-post: mari-anne.daae@bal.oslo.kommune.no*



*Vivi Gjertsen er ergoterapeut på Solvang sykehjem.
E-post: vivi.gjertsen@sye.oslo.kommune.no*

Sammendrag

«Sykehjem som læringsarena for ergoterapeutstudenter» har vært et samarbeidsprosjekt mellom Ergoterapeutdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og Sykehjemsetaten i Oslo kommune. Prosjektet startet i 2010 og ble avsluttet sommeren 2014. Målet med prosjektet har vært å få til et samarbeid mellom utdanningen og sykehjemmene i kommunen.

Studentene ved ergoterapeututdanningen hadde i sine evalueringer meldt et ønske om å arbeide med «ekte» pasienter i ferdighetstreninger, særlig tidlig i utdanningsløpet. Høgskolen så også at det var behov for en bedre integrering av teori og praksis. På den andre siden savnet mange sykehjemsergoterapeuter et faglig nettverk. De fleste ergoterapeuter i Sykehjemsetaten arbeider alene, og god kunnskapsutvikling kan dermed være vanskelig. Gjennom prosjektet har ergoterapeutene fått oppdatert sine faglige kunnskaper i møte med studenter og utdanningen. Studentene kommer ut i korte feltstudier for å løse arbeidsoppgaver i en reell praksissituasjon. Ergoterapeutene bidrar med relevant fagkunnskap, veileder og tilrettelegger for studentene. Prosjektet har lyktes i å bygge en mer solid bro mellom teori og praksis, og har vist seg å bli et prosjekt med mange vinnere.

Nøkkelord: feltstudier, sykehjem, ergoterapi, samarbeidsprosjekt, praksis

Det er ingen interessekonflikter knyttet til manuskriptet.

INNLEDNING

Det er tidlig morgen. Du er trøtt og uopplagt. Har sovet dårlig og har vondt i kroppen. Nå ligger du og venter på hjelp til morgenstellet, men pleierne er travle. TV-en er eneste selskap. Det er mye interessant å se på, men det kan bli litt for mye også. Noen ganger er stillheten deilig. Men det aller beste er jo stillhet og hvile etter at man har gjort noe! Når man er sliten! Det ligger an til å bli en lang dag. Kan hende får du besøk av sønnen din – hvis han har tid. Han er travel, han også.

Det banker på døra.

– Hei! Har du lyst på besøk av to ergoterapeutstudenter i dag? De vil gjerne prate med deg om livet ditt. Om familien din. Om hva du har drevet med tidligere og hvordan du har det nå. Tror du det kunne være noe for deg?

På initiativ fra Ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA), ble det i 2010 satt i gang et samarbeidsprosjekt med Sykehjemetaten i Oslo kommune: «Sykehjem som læringsarena for ergoterapeutstudenter». Bakgrunnen for prosjektet var at studentenes kontakt med praksisfeltet var svært begrenset i starten av studiet, og både skolen og studentene opplevde at de manglet en tydelig sammenheng mellom teori og praksis. Evalueringer fra studentene viste at de ønsket et tidligere møte med praksisfeltet slik at faget ble lettere å forstå. De opplevde i tillegg at det manglet sammenheng mellom den teoretiske undervisningen på skolen og det kliniske arbeidet i praksis. Lærerne på sin side etterlyste bedre undervisningsformer som ivaretok integreringen av teori og praksis.

Før prosjektet kom i gang, hadde studentene ferdighetstrening inne på skolen ved hjelp av rollespill og papirkasus. Dette ga en lite realistisk framstilling av praksisfeltet, og man ønsket derfor å styrke praksisundervisningen. Ergoterapeutstudiet hadde i utgangspunktet fire praksisperioder: en tre-dagers introduksjonspraksis syv uker etter skolestart, to ti-ukers perioder i andre år og en ti-ukers periode i tredje år. I dette prosjektet valgte man en annen tilnærming til praksis. Studentene skulle organiseres i grupper på seks og fordeles slik at hvert sykehjem tok i mot én gruppe. Med seg fra utdanningen fikk studentene en klart definert oppgave, og praksisen kaltes feltstudier for å skille den fra de ordinære praksisperiodene. Ergoterapeutenes ansvar skulle være å tilrettelegge for feltstudiene og veilede studentene i for- og etterkant.



– Hei! Har du lyst på besøk av to ergoterapeutstudenter i dag?

Alle sykehjemmene som har ergoterapeut, ble invitert til å være med i prosjektet, og 25 sykehjem meldte sin interesse for å delta. I Oslo kommune er det både kommunale og ikke-kommunale sykehjem. En felles benevnelse for disse er Oslo sykehjemmene. Oslo sykehjemmene består av 48 sykehjem som er organisert under Sykehjemetaten.

OM PROSJEKTET

HiOA lyser hvert år ut midler til samarbeidsprosjekter mellom Høgskolen og Oslo kommune. Føringerne fra helse- og utdanningsmyndighetene er at «midlene skal brukes til prosjekter og særlige tiltak som har til hensikt å fremme samarbeidet mellom utdanningsinstitusjoner og praksisstedene» (1). Et av kriteriene for tildeling av midler er at det kan knyttes til praksisundervisning eller kunnskapsbasert praksis. Vårt prosjekt søkte og fikk støtte fra HiOA i fire omganger: en planleggingsfase, to faser med gjennomføring og en implementeringsfase. Vi startet opp høsten 2010, og prosjektet gikk over i varig drift våren 2014.

Høsten 2010 fikk vi tre sykehjemsergoterapeutene en henvendelse fra Ergoterapeututdanningen med spørsmål om vi kunne bidra med å ta kontakt med Oslo sykehjemmene. Målet var å kartlegge hvilke sykehjem som hadde ergoterapeut ansatt, og om prosjektet var interessant for ergoterapeutene å delta i. Håpet var å rekruttere nok veiledere til at prosjektet lot seg gjennomføre. I første studieår er det nærmere 90 studenter, og det betyr at det var behov for minst 15 ergoterapeuter. Med til sammen fire feltstudier fordelt på 14 besøk er dette et opplegg som krever mye av ergoterapeutene. Utdanningen var dermed usikker på om dette ville være for kre-

vende å organisere for ergoterapeutene. Responsen fra ergoterapeutene var blandet da vi tok kontakt. Noen var svært entusiastiske, mens andre var mer skeptiske. Etter hvert fikk de fleste ergoterapeutene et svært positivt syn på prosjektet, og de så fram til å starte opp. Mange ga uttrykk for at de ønsket seg et faglig fellesskap, og at man følte seg alene som eneste ergoterapeut på sitt sykehjem. Mange savnet også kontakten med ergoterapeututdanningen og andre ergoterapeuter da dette bidrar til kunnskapsutvikling. Et av målene med prosjektet har derfor vært å samle ergoterapeutene slik at de får faglig påfyll og mulighet for utveksling av erfaringer.

Gjennom kartleggingen kom det fram at det var cirka 40 ergoterapeuter ansatt i Oslo-sykehjemmene. Noen sykehjem har rehabiliteringsavdeling og dermed flere ergoterapeutstillinger, mens andre sykehjem kun har én ergoterapeut i redusert stilling. Det som kom fram av motforestillinger til prosjektet, var særlig problemer knyttet til den praktiske gjennomføringen når man har en mindre stillingsbrøk.

Studieåret 2010 - 2011 gikk med til forberedelser og planlegging av prosjektet. Bachelorstudiet i ergoterapi er delt inn i ti ulike emner fordelt over tre år. Med bakgrunn i fagplanen, ble det diskutert og avklart hvilke emner som kunne være aktuelle for feltstudier, og hvilke arbeidsoppgaver som kunne være aktuelle (Se tabell 1).

PROSJEKTGRUPPEN HAR BESTÅTT AV:

- Lena Andersson, høgskolelektor HiOA /ergoterapeututdanningen og prosjektleder
- Heidi Engelund, avdelingsleder i avdeling for kvalitet, kompetanse og utvikling (KKU) i Sykehjemsetaten
- Ragnhild Høisæth, spesialkonsulent i avdeling for kvalitet, kompetanse og utvikling (KKU) i Sykehjemsetaten
- Vivi Gjertsen, ergoterapeut Solvang sykehjem
- Tine Andersen, ergoterapeut Stovnerskogen sykehjem
- Mari-Anne Stømner Daae, ergoterapeut Lange-rud sykehjem
- Anne Lise Skjæveland, institusjonssjef Romsås sykehjem
- Britt Sordal Johansen, fagutviklingssykepleier Furuset sykehjem

FAGSEMINARER

Ved prosjektets oppstart var man usikker på hvordan man kunne gi noe tilbake til ergoterapeutene som var med. Hva ville være drivkraften for ergoterapeuten til å delta? Hva følte ergoterapeutene at de ville få igjen ved å være med? Det ville føre til mer arbeid, og sånn sett være en ekstra belastning. En belastning man kanskje følte at man ikke har tid og overskudd til. Siden de aller fleste ergoterapeuter i Oslo-sykehjemmene jobber alene, viste det seg at faglig fellesskap og fagutvikling var en viktig motivasjon. Med bakgrunn i dette er det i løpet av prosjektperioden gjennomført åtte seminardager. Ergoterapeutene har selv gitt innspill til aktuelle temaer. Felles for disse er at de er knyttet til ergoterapeutens rolle på sykehjem. Temaene har blant annet vært matglede og ernæring, offentlige lover og føringer, COPM, utredning av demens og hverdagsrehabilitering. Seminarene har bestått av en halv dag med et faglig tema og en halv dag til oppsummering og evaluering av forrige feltstudium. I tillegg har det vært informasjon og forberedelse til neste feltstudium.

FELTSTUDIENE

Arena for feltstudiene var pasienter med langtidsopphold på sykehjem. Fra starten ble det lagt opp til fire feltstudier i løpet av tre studieår. Innholdet i feltstudiene ble utarbeidet i et samarbeid mellom de emneansvarlige høgskolelektorene ved utdanningen og prosjektgruppen.

Emne 1: Helse, aktivitet og aktivitetsanalyse. Feltstudiet er lagt opp med tre besøk: et intervju, en gruppeaktivitet med fokus på motoriske ferdigheter og en gruppeaktivitet med fokus på prosessferdigheter. To studenter, der én er observatør, gjennomfører først en strukturert samtale med en pasient. Målet er å anvende MOHO som modell for å få innsikt i en persons deltakelse i aktiviteter gjennom livet. Det er også et mål å reflektere over egen og medstudenters kommunikasjon. Deretter kommer studentene på to besøk og gjennomfører gruppeaktiviteter. Her er målet aktivitet som kartleggingsmetode og metodisk bruk av aktivitet. Feltstudiet avsluttes med en oppsummering på skolen.

Studentene har sitt første feltstudium allerede to uker etter studiestart. Studentenes bakgrunn og ståsted varierer mye, men likevel sier terapeutene at studentene har tilegnet seg en grunnleggende forståelse av faget, og at de viser en ergoterapeu-



Studentene kommer ut i korte feltstudier for å løse arbeidsoppgaver i en reell praksissituasjon.

tisk tankegang. Gjennom intervju og samtale med pasienten får studentene innblikk i eldre menneskers hverdag. Mange studenter opplever intervjuet som utfordrende, men gir likevel tilbakemelding om at det er lærerikt.

Ved neste besøk skal studentene planlegge og gjennomføre gruppeaktiviteter, og på denne måten får de forståelse for hva pasientene faktisk har energi og mulighet til å utføre. De får også forståelse for hva for eksempel redusert syn og dårlig hørsel kan medføre av problemer. Erfaringsmessig trenger studentene mye veiledning på valg av aktivitet. De har ofte store ambisjoner og planlegger flere aktiviteter, som for eksempel både baking og spill samtidig som de hører på musikk.

Tilbakemeldingene fra ergoterapeutene er at emne 1 er enkelt å administrere, og at det oppleves som veldig positivt for alle parter.

Emne 4: Somatisk helse og patologi. Her ble det lagt opp til to besøk hvor studentene skulle observere ergoterapeuten i en kartlegging/ADL-observasjon av muskel-skjelett-problematikk og en kartlegging av kognitive funksjoner og prosessferdigheter. Ved kognitiv kartlegging brukte ergoterapeutene kartleggingsverktøy som AMPS, MMSE-NR og aktivitetsbasert observasjon.

Dette feltstudiet viste seg å være utfordrende å få til i praksis. Sykehjemspasienter har et sammensatt sykdomsbilde med mange diagnoser, og det ble vanskelig å finne pasienter som egnet seg for studentenes arbeidsoppgave. Ved første besøk krevde oppgaven god dialog med pasienten og at pasienten hadde en klar oppfatning av meningen med aktiviteten. Andelen pasienter med kognitiv svikt eller andre alvorlige diagnoser er såpass stor på sykehjem at

Emne	Studieår	Antall besøk på sykehjemmet
1: Helse, aktivitet og aktivitetsanalyse	September 1. år	3
4: Somatisk helse og patologi	Mai 1. år	2
7: Aktivitet gjennom livsløpet	Februar 2. år	7
10: Allmennhelse og ergoterapi	Oktober 3. år	2

Tabell 1 viser de ti ulike emnene fordelt over tre år, og antall besøk på sykehjemmet.

dette ble vanskelig å få til. Terapeutenes erfaringer var at arbeidsoppgaven ble så konkret at det var vanskelig å finne egnede pasienter, og at det var lite rom for tilpasninger. Ergoterapeutene har i tillegg ofte lite ressurser til å delta i ADL-aktiviteter med langtidspasienter, og det opplevdes unaturlig å arrangere slike situasjoner. En kartlegging av kognitive funksjoner er ofte en sårbar situasjon for pasienten, og det kan derfor være en ekstra utfordring å ha flere personer tilstede. Her har det vært nødvendig med god vurderingsevne, informasjon, og tilrettelegging for å få det til å fungere. Også her var det vanskelig å finne pasienter som hadde de «rette» utfordringene i forhold til studentenes arbeidsoppgave. Studentene hadde gjerne fokus på kognitive vansker som skyldtes somatiske lidelser, som for eksempel hjerneslag, mens feltstudiet ofte ble en utredning av demens. Man konkluderte etter hvert med at feltstudium i emne 4 var vanskelig gjennomførbart.

Emne 7: Aktivitet gjennom livsløpet. Her er det syv besøk som starter med to dager observasjon i en sykehjemsavdeling. Deretter har studentene kartlegging og intervensjon med en pasient over fire dager. Studentene skal få en forståelse av hvordan det er å bli gammel, og hvordan det er å bo på sykehjem. Hva skjer i hverdagen, og hvilke muligheter har pasientene til å påvirke dagen etter eget ønske? Ved siste besøk skal studentene gjennomføre en undersøgelse for personalet på avdelingen, med utgangspunkt i det de har opplevd ved å være der.

Dette er kanskje det vanskeligste feltstudiet sett fra studentenes side. Studentene føler seg unyttige når de skal observere, og vil helst raskt i gang med å gjøre noe. Det har også vist seg vanskelig å formid-



Studentene lærte mye om aktivitetsnivået til pasienter på sykehjem.

le til personalet hvorfor de er der. Studentene har imidlertid lært mye om aktivitetsnivået til pasienter på sykehjem. Ikke alle pasienter har krefter til delta på flere aktiviteter samme dag, men studentene finner også pasienter som ønsker mer aktivitet. I noen tilfeller har dette ført til at vedkommende har fått en bedre og mer aktiv hverdag på sykehjemmet.

Emne 10: Allmennhelse og ergoterapi. Her var det to besøk. Det første besøket var et intervju med ergoterapeuten om ergoterapi på systemnivå. Studentene skulle blant annet få et innblikk i organiseringen av helsetjenestene i kommunen i tilknytning til helsefremmende, forebyggende og re/habiliterende arbeid. Ved neste besøk var det fokus på muliggjøring av aktivitet og deltakelse og kompensierende arbeid.

Det første besøket krevde gode forberedelser fra ergoterapeutenes side, fordi vi i det daglige arbeidet har lite fokus på systemnivå-perspektivet. Gjennom prosjektets evalueringer viste det seg imidlertid at ergoterapeutene syntes det var interessant å forberede seg til dette emnet. Ergoterapeutene erfarte at studentene var godt forberedt når de kom, og hadde gode refleksjoner underveis og i etterkant. Skolens erfaring med dette feltstudiet var imidlertid at studentene hadde vanskelig for å løfte blikket og se sykehjemmets plassering i forhold til tiltakskjeden for øvrig. Dette kan henge sammen med at sykehjemmet oppleves som en selvstendig enhet, med liten tilknytning til resten av tiltakskjeden. Syke-

hjem er dessuten det øverste nivået i kommunenes omsorgs-trapp, og har derfor færre samarbeidspartnere. Studentene skulle også foreslå relevante forbedringer når det gjaldt ergoterapeutens rolle på sykehjemmet. Ergoterapeutene opplevde at studentene hadde gode ideer, men samtidig viste forståelse for terapeutens tidspress, og at forandringer kunne være vanskelige å gjennomføre.

Det andre besøket handlet om kompensierende tiltak. Dette var et besøk som var forholdsvis enkelt å gjennomføre for ergoterapeutene, fordi det fokuserte på de arbeidsoppgavene ergoterapeuten bruker mest tid på. Utdanningen opplevde imidlertid etter hvert at nytteverdien av feltstudiet i emne 10 var lite, og at målet for feltstudiet var vanskelig å nå. Det ble derfor utelatt fra 2013.

RESULTATER

God forankring av prosjekter er viktig, og det har derfor vært stort fokus på samarbeidet med Sykehjemmetatens administrasjon, institusjonssjefer og fagutviklingssykepleiere. Ergoterapeuter er en liten yrkesgruppe som lett forsvinner blant større faggrupper, og det var derfor et poeng at prosjektet skulle løftes til et mer overordnet plan. Det at Sykehjemmetaten, en institusjonssjef og en fagutviklingssykepleier har vært med i prosjektgruppa, har vært av stor betydning for at dette er blitt et anerkjent prosjekt. De har også brakt informasjon fra prosjektet videre til sine fora. Dette har gjort at både prosjektet og faget etter hvert har blitt synlig også for andre faggrupper.

I 2006 kom det ny fagplan for Ergoterapeututdanningen i Oslo (2). Dette innebar blant annet et nytt praksisprogram. Tidligere har en del studenter hatt en tolv-ukers praksisperiode på sykehjem, men med den nye fagplanen forsvant denne sykehjemspraksisen. Dermed forsvant også ergoterapeutenes kontakt med skolen og studenter. Det å ha studenter gjør at man må holde seg faglig oppdatert, samtidig som man blir oppdatert av å ha studenter. Praksisperiodene har nok derfor vært et savn for mange ergoterapeuter.

For oss tre ergoterapeuter virket dette prosjektet interessant, og vår rolle i prosjektgruppa har utviklet seg etter hvert som prosjektet skred fram. Vi så en mulighet for bedre kontakt både med utdanningen og studenter. Man har lett for å «stivne» etter noen år i samme jobb, og ny inspirasjon er derfor positivt. Prosjektet kunne gi mulighet for å markedsføre faget og gi arbeid på sykehjem høyere status. Som

erfarne ergoterapeuter og veiledere hadde vi også tro på at vi hadde noe å bidra med.

Det har hele veien blitt jobbet med utvikling av feltstudiene, praksisplasser, evalueringer og implementering av prosjektet slik at det kunne overføres til ordinær drift. Etter evalueringer gjort av studenter, ergoterapeuter, emneansvarlige og prosjektgruppa, er antall feltstudier redusert fra fire til to. For ergoterapeutenes del var det nok de to mest tidkrevende emnene som ble utelatt. Vi opplever at det faglige fellesskapet består, men tidsmessig har det blitt mindre krevende. Med inntil 20 studenter fordelt på 14 besøk hvert studieår, opplevde en del ergoterapeuter at belastningen var stor, og at det var vanskelig å holde oversikten. De feltstudiene vi nå sitter igjen med, anser vi som godt egnet for gjennomføring.

For ergoterapeutene har de praktiske forberedelsene til feltstudiet antakelig vært den største utfordringen. Særlig i det første feltstudiet er studentene ganske usikre, og vi har derfor lagt vekt på å finne pasienter uten store kognitive problemer. Dette reduserer antall aktuelle pasienter, særlig når de i tillegg skal ha overskudd og lyst til å delta. Noen pasienter føler en forpliktelse for å stille opp selv om de egentlig ikke har lyst. Som terapeut er det viktig å kunne fange opp disse signalene slik at ikke studentene blir en belastning i stedet for en ressurs. I tillegg oppstår det ofte ting som gjør at planene må endres på kort varsel, for eksempel at pasienten blir dårlig eller får besøk.

Det er positivt at studentene skal til pasienter med langtidsplass. Aktivitet og deltakelse er for sykehjemspasienter noe annet enn for hjemmeboende. Studentene får oppleve at en del langtidspasienter har stort behov for tilrettelegging i aktiviteter, men også stort behov for å oppleve mestringsfølelse. Å være med og gi disse menneskene en følelse av verdighet og mestring kan bidra til at vedkommende får en god tid på sykehjemmet. Å møte en pasient i en aktivitetssituasjon gir studentene bedre kunnskap om den enkelte pasient og større forståelse for pasientens muligheter og begrensinger. Studentene ser verdien av de små og hverdagslige aktivitetene. Feltstudiene har skapt engasjement for arbeid med eldre mennesker blant studentene, og mange har gitt uttrykk for at forestillingene de hadde på forhånd ikke stemte særlig godt.

Pasientene gir tilbakemeldinger på at de setter stor pris på studentbesøkene. De føler seg sett og verdsatt, og det betyr mye at noen har god tid til å prate med dem. Aktivitetene er morsomme og

gjør gjerne annerledes enn det de er vant til, og de kunne godt tenke seg flere besøk. Mange har også fått oppfylt spesielle ønsker for aktiviteter, noe som det ellers ikke hadde vært kapasitet til.

Fagdagene er blitt svært godt mottatt av ergoterapeutene, og oppslutningen har vært god. Siden ergoterapeutene selv har valgt temaene, har vi fått faglig påfyll etter eget behov.

POSITIVE RINGVIRKNINGER

Det har vært mange positive ringvirkninger av prosjektet. De mest åpenbare er god kontakt med utdanningen og et faglig fellesskap med andre sykehjemsergoterapeuter. I det daglige opplever ergoterapeutene stort arbeidspress, og mye av jobben vi gjør er preget av brannslukning. Dermed gis det lite rom for kunnskapsutvikling. For å være veileder, må man holde seg faglig oppdatert selv. Gjennom prosjektet har vi hatt mange spennende diskusjoner med studentene, og det er givende å diskutere fag med dem. Vi får nye tanker og innspill og må på en helt annen måte enn vi er vant til, forklare og forsvare avgjørelsene våre. Dette gir oss en god bevisstgjøring og gjør oss tydeligere som fagpersoner.

Vi opplever at studentene viser stor respekt for pasientene. De skaper aktivitet og deltakelse utover det sykehjemmet selv har kapasitet til, og pasientene får et mer variert tilbud. Dette gir økt velvære og livskvalitet, og kan også føre til bedre helse for pasientene. Prosjektet har inspirert ergoterapeuter til å drive mer med aktiviteter igjen. Aktiviteter og tilrettelegging er en viktig del av faget vårt, men har lett for å drukne i hjelpemiddelformidling.

Fagseminarene har vært en god inspirator for mange, og det har gjennomgående vært mange deltakere disse dagene. Ergoterapeutene har også fått mulighet til å delta på forelesningene til høgskolen ved enkelte anledninger.

Vi opplever at studentene har fått et mer positivt syn på det å jobbe på sykehjem. Tidligere har dette vært et arbeidsområde med lav status, men dette virker å være i ferd med å endre seg. Det ser også ut til at ergoterapifaget har fått større anerkjennelse på sykehjemmene. Vi er mer synlige, og bredden i faget er blitt tydeligere. Aktivitetene har medvirket til at pleiepersonalet har fått et annet syn på hva ergoterapeuter kan bidra med.

UTFORDRINGER

En av prosjektets utfordringer har vært å ha oversikt over ergoterapeutene ved de ulike sykehjemmene.

Permisjoner, sykdom og nyansettelser gjør at dette er vanskelig. Vi opplever imidlertid at ergoterapeutene er blitt flinkere til å gi beskjed om endringer, slik at problemet er blitt mindre. Ved mange sykehjem er det små stillingsbrøker for ergoterapeutene. Studentene kommer ut i feltstudier faste dager, og det har gjort at ikke alle sykehjem har vært aktuelle hver gang. Ergoterapeutene viser imidlertid stor vilje til fleksibilitet for å få det til.

Å få gitt ut nok informasjon om innholdet i feltstudiene til alle involverte har tidvis vært vanskelig. Prosjektgruppen og utdanningen har sammen laget et arbeidshefte for hvert feltstudium hvor arbeidsoppgavene og mål for feltstudiet er beskrevet. Dette arbeidsheftet brukes som et felles utgangspunkt for alle berørte parter. På seminardagene er arbeidsheftet for neste feltstudium gjennomgått, i tillegg er informasjonen sendt ut på mail. Seminardagene har hatt stor betydning for å formidle informasjon fra skolen til ergoterapeutene, men har også vært viktig fordi ergoterapeutene har hatt mulighet til å gi tilbakemeldinger til skolen. Informasjon til pleiepersonalet har vært særlig krevende. I tillegg til at disse jobber turnus, kan det nok være at pleieperso-

nalet ikke har et eierforhold til prosjektet og derfor involverer seg i liten grad.

VEIEN VIDERE

Det siste året av prosjektperioden ble hovedfokus satt på å utvikle et årshjul for feltstudiene. Årshjulet er lagt inn i Sykehjemetatens elektroniske kvalitetssystem. Alle ansatte i kommunale sykehjem har tilgang til årshjulet og kan planlegge slik at studentene blir godt ivaretatt. Her kan også uerfarne veiledere søke opp det de måtte trenge av informasjon. Det siste halve året er det dessuten blitt arbeidet med å implementere ordningen ytterligere i hele organisasjonen. Den lange prosjektperioden på fire år gjør at vi nå er trygge på at feltstudiene har livets rett. Ordningen er godt forankret i hele systemet, og ergoterapeutene er godt kjent med ordningen.

Sykehjemetaten har avtale med flere helsefaglige utdanninger om å ta i mot studenter i praksis. Bestilling av feltstudieplasser er derfor overlatt til Sykehjemetaten sentralt og gjelder for et skoleår av gangen. De fleste ergoterapeutene har vært svært positive til å ta i mot studenter.

Prosjektet er avsluttet og er gått over til varig drift,

Spesialist på lese- og skrivehjelpemidler

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



Daisy.no

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

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

futura.no

og nye utfordringer kan dukke opp. Det er mulig at feltstudiene vil være avhengige av at noen holder tak i opplegget. Det er ikke lenger midler til å leie inn forelesere til seminarer, og sånn sett er det mindre å friste ergoterapeutene med. Det vil fortsatt være behov for forberedelser og evalueringer av feltstudiene. Håpet er at vi kan få til faglig inspirasjon i tillegg.

OPPSUMMERING

Prosjektet kan kort oppsummeres som en «vinn-vinn-vinn-situasjon». Ergoterapeutene får faglig fellesskap og oppdatering, pasientene får mer oppmerksomhet og muligheter til aktivitet, utdanningen får en bedre integrering av teori og praksis, og studentene får en praktisk forståelse av faget.

Det var mye arbeid med å selge inn prosjektet til sykehjemmene, men etter hvert har entusiasmen steget. Det finnes mange dyktige og engasjerte ergoterapeuter i sykehjemmene som har bidratt til at dette prosjektet har blitt en suksess. De har tatt imot studentene og gjort evalueringer underveis som har vært nyttige. Gjennom prosjektperioden har hver ergoterapeut hatt inntil 60 studenter. Gode tilbakemeldinger fra alle parter gjør at dette oppleves som

svært meningsfylt. Ergoterapeutene som har deltatt i prosjektet, har fått tett og god kontakt med skolen og med hverandre. Det er givende å ha studenter, og feltstudier er et enkelt, annerledes og morsomt praksisopplegg.

Det er tidlig kveld. Du er sliten og trøtt, men på en god måte. Det skal bli godt å legge seg, for det har vært en lang dag. Intervjuet med de unge studentene hentet fram mange gamle minner. Plutselig husket du den gamle nabodamen som alltid hadde en kakebit på lur til dere ungene. Lukten av far når han kom hjem fra jobben som skogsarbeider. Den første skoledagen og den strenge læreren. Sønnen din kom ikke, men han ringte. Han kommer i morgen i stedet. Nå er stillheten og hvilen god.

Referanser

1. <http://www.hioa.no/Forskning-og-utvikling/Hva-forsker-HiOA-paa/Forskning-og-utvikling-ved-Fakultet-for-helsefag/Samarbeidsmidler-helse-og-sosialfag>
2. http://www.hioa.no/Mediabiblioteket/node_52/node_869/HF/node_998/Programplan-for-bachelorstudiet-i-ergoterapi-kull-2014-17



Har du noe på hjertet?
Delta i debattene!

ergoterapeutene.org/debattforum

ergoterapeutene



Ikke medlem enda?
Meld deg inn!

ergoterapeutene.org/innmelding



minitech®

Varmehjelpemidler

Norges største utvalg av standard og spesialtilpassede varmhjelpemidler.

Minitech leverer det meste fra hansker, votter til sokker, sko, såler og strømper med innsydde varmekabler som drives av små, oppladbare batterier. Vår nye teknologi gjør våre hjelpemidler til de sikreste på markedet.

minitech
Tlf. 61 10 99 00 - www.minitech.no

«Vi lærte av kvarandre»

ERFARINGAR FRÅ EIT TVERRPROFESJONELT STUDENTSAMARBEID I PRAKSISSTUDIUM

Av Møyfrid Kalvenes, Hege Storlid, Kari Margrete Hjelle, Kristin Tuven & Tina Taule

Møyfrid Kalvenes er ergoterapeut og ansatt ved Ergoterapiavdelinga ved Haukeland universitetssjukehus.

E-post: moyfrid.kalvenes@helse-bergen.no

Hege Storlid er sjukepleiar og ansatt ved Spinaleininga ved Haukeland universitetssjukehus.

Kari Margrete Hjelle er ergoterapeut og førstelektor ved Bachelorutdanninga i ergoterapi, ved Høgskolen i Bergen.

Kristin Tuven er sjukepleiar og høgskolelektor ved Bachelorutdanning i sykepleie ved Haraldsplass Diakonale Høgskole.

Tina Taule er ansatt som forskning- og fagutviklingsleiar i Ergoterapiavdelinga ved Ergoterapiavdelinga ved Haukeland universitetssjukehus.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Samandrag

Tverrprofesjonelt samarbeid (TPS) og kunnskapsbasert praksis (KBP) er eit aukande satsingsområde blant helsepersonell og for utdanningsinstitusjonar. Studentar som deltek i TPS i praksisstudium er venta å få auka forståing for andre sin kompetanse i tillegg til å styrka eigen profesjonsidentitet.

Formål: Denne artikkelen drøftar studentar si læring av TPS ved å delta i fagutviklingsarbeid i praksisstudium.

Metode: Ergoterapeut- og sjukepleiarstudentar i praksisstudium ved Spinaleininga og Ergoterapiavdelinga ved Haukeland universitetssjukehus deltok i eit tverrprofesjonelt studentprosjekt i perioden 2011-2013. Prosjektet var ein del av fagutviklingsarbeidet ved Spinaleininga og fokuserte på korleis ein kunne medverka til tettare TPS i praksisstudiet ved å implementera KBP i påkledingstrening for pasientar med ryggmargsskade.

Resultat og konklusjon: Gjennom prosjektet utvikla studentane positive haldningar til TPS, fekk innsikt i kvarandre sin faglege kompetanse og fekk styrka eigen fagidentitet. Leiingsforankring og tett samarbeid mellom involverte partar er naudsynt for gjennomføring av utviklingsprosjekt. Studentane var ein ressurs for fagutviklingsarbeidet i praksisfeltet og bidrog til utvikling av ein ADL-plan som framleis er i bruk i avdelinga.

Nøkkelord

Tverrprofesjonelt samarbeid, praksisstudium, kunnskapsbasert praksis.

Innleiing

Tverrprofesjonelt samarbeid (TPS) er ei viktig føring for rehabilitering, og ulike profesjonsperspektiv er naudsynt for at pasientar skal kunna oppleve mestring (1). Helsetenestene har i større grad vorte spesialiserte og dermed òg fragmenterte, noko som skapar utfordringar i samarbeid mellom profesjonelle tenesteytarar og mellom tenesteytarar og pasientar (2). TPS er eit aukande satsingsområde blant helsepersonell og for utdanningsinstitusjonar (2). Studentar som får erfaring i å samarbeida med studentar og profesjonsutøvarar frå ulike helsefagutdanningar, er venta å få auka forståing for andre yrkesgrupper sin kompetanse (3). Slik samarbeidslæring bidreg til styrka profesjonsidentitet og tryggleik på eiga rolle sett i forhold til andre yrkesgrupper. Det er difor tilrådt at studentar frå ulike helsefag har felles læringssituasjonar i praksisstudiet og høve til TPS gjennom felles prosjektoppgåver. For å sikra gode og heilskaplege helsetenester i framtida må difor tverrprofesjonalitet, tidleg innsats og brukarmedverknad speilast i utdanninga (3). Nyare forskning på læringsmodellar syner at samarbeidslæring og trygg profesjonsidentitet kan utviklast i ein tverrprofesjonell læringssituasjon (4).

Kunnskapsbasert praksis (KBP) er ei anna viktig føring for rehabiliteringsarbeidet. KBP inneber at helsearbeidaren baserer faglege val på tidlegare forskning, erfaring og pasientens behov (5). Systematisk innsamling av kunnskap frå ulike kjelder forventast å betra kvaliteten på helsetenesta og er ein del av studentens opplæring (5). KBP brukt i TPS bidreg til fleire fokus på aktuelt problem og kan betra praksis (6). Ei viktig føresetnad for å lukkast er ei felles forståing av KBP blant helseprofesjonar som nyttar metoden (6).

Haukeland universitetssjukehus (HUS) er ein viktig læringsarena for ergoterapeut- og andre helsefagstudentar. Frå 2011 til 2013 vart det gjennomført eit studentprosjekt ved sjukehuset med fokus på TPS og KBP. Prosjektet var eit samarbeid mellom Ergoterapiavdelinga og Spinaleininga ved HUS, Bachelor i sykepleie ved Haraldsplass Diakonale Høgskole (HDH) og Bachelor i ergoterapi ved Høgskolen i Bergen (HiB). Studentar frå begge utdanningsinstitusjonane var i praksisstudium ved Spinaleininga, ei rehabiliteringseining for personar med ryggmargsskade. Prosjektet vart finansiert av Utviklingsmiddel, spesielt knytt til læring i praksisstudium for høgskulestudentar (7).

Studentprosjektet skulle medverka til tettare

samarbeid mellom ergoterapeut- og sjukepleiarstudentar i praksisstudium, tettare samarbeid mellom praksisfelt og utdanningsinstitusjonane, fremja brukarmedverknad i aktivitetar i dagleglivet (ADL), samt styrka det tverrprofesjonelle samarbeidet mellom ergoterapeutar og sjukepleiarar ved Spinaleininga. Prosjektet fokuserte på korleis ein kunne implementera KBP i påkledingstrening for pasientar med ryggmargsskade, og var slik ein del av fagutviklingsarbeidet ved eininga. Målet med denne artikkelen er å drøfta studentar si læring av TPS ved å delta i fagutviklingsarbeid i praksisstudium.

Prosjektskildring

Studentprosjektet hadde leiingsforankring i Ergoterapiavdelinga og Spinaleininga ved HUS. Prosjektet var tredelt (delprosjekt 1, 2 og 3) og vart gjennomført i perioden september 2011 til mars 2013.

AKTØRAR OG ANSVARSFORDELING

Overordna prosjektgruppe bestod av prosjektleiar (ergoterapeut) og delprosjektleiar (sjukepleiar) ved Spinaleininga, og prosjektmedarbeidarar (høgskulelektorar) frå HiB og HDH. Prosjektgruppa utarbeidde prosjektplan og søkte om prosjektmiddel. Prosjektleiarane hadde ansvar for informasjonsflyt mellom partane og rettleiing av studentane. Høgskulelektorane informerte studentane om prosjektet og deltok i prosjektgruppemøte og på avsluttande møte for kvart delprosjekt der studentane presenterte arbeidet dei hadde gjort.

Prosjektet inngjekk som ein del av *studentane* sitt ordinære praksisstudium på ein arena der TPS allereie var godt etablert. Nokre studentar hadde eit ynskje om praksisstudium ved Spinaleininga, andre fekk tildelt praksisstudieplassen av høgskulen. I prosjektperioden var åtte grupper med andreårs sjukepleiarstudentar (n=15), og fire grupper med andre- eller tredjeårs ergoterapeutstudentar (n=8) i praksisstudium ved eininga. Praksisperiodane ved dei ulike utdanningane var overlappande, og sjukepleiarstudentane hadde noko kortare praksisstudium enn ergoterapeutstudentane (fire eller seks veker, versus elleve veker). Det vart dermed eit byte av sjukepleiarstudentar midtvegs i ergoterapeutstudentane sin praksisperiode. Ergoterapeutstudentane fekk ansvar for å vidareformidla prosjektstatus til nye sjukepleiarstudentar. Det var òg eit ynskje å inkludera fysioterapeutstudentar, men dette var ikkje mogleg då praksisperiodane fall på ulik tid.

Pasientar (n=6) med nyleg erverva ryggmargsska-



Studentane deltok i morgonstell med pasientar og fekk erfaring med pasientgruppa og utfordringane deira. Foto: Espen Halleby.

de deltok i prosjektet. Pasientane hadde ulikt funksjonsnivå med paresar eller paralysar i både over- og underekstremitetane, eller berre i underekstremitetane.

GJENNOMFØRING

I praksisstudia arbeidde studentane to dagar i veka à tre timar med prosjektet og deltok elles i dagleg pasientretta arbeid ved Spinalleininga. Studentane disponerte eit kontor som dei nytta til prosjektarbeidet. Problemstillinga som studentane skulle arbeida med var: *Korleis kan pasientar med skade i ryggmargen meistra påkleding tidleg i rehabiliteringsprosessen?* Studentane avslutta kvart delprosjekt med å utarbeida ein rapport der dei summerte opp resultatane frå dei enkelte delprosjekta og erfaringar knytt til samarbeidsprosessar. Rapporten var utgangspunkt for neste delprosjekt.

Delprosjekt 1 (sju veker) – innsamling av kunnskap:

Studentane utførte, i samarbeid med bibliotekar, systematiske *litteratursøk* etter modell for KBP (5, 8). Dei fann fire vitenskaplege artiklar (9-12) og to retningslinjer (13, 14). Faglitteratur om ryggmargsskade og ADL-trening vart nytta i tillegg. *Erfaringsbasert kunnskap* fekk dei ved å delta i pasientane sitt morgonstell, undervising om pasientgruppa, vegleiing og diskusjon med sjukepleiarar

og ergoterapeutar som var tilsett i eininga. Gjennom samtale med pasientar og deltaking i morgonstell fekk dei innsikt i *brukarane sin kunnskap* om utfordringar knytt til påkleding. Delprosjekt 1 munna ut i ein strukturert og omfattande plan som fekk namnet ADL-plan. Planen skulle nyttast som eit tverrprofesjonelt verktøy i påkledingstrening i tidleg rehabiliteringsfase. Delprosjekt 1 vart avslutta med at studentane presenterte arbeidet og drøfta resultatane med prosjektleiinga og andre tilsette ved Spinalleininga og Ergoterapiavdelinga. Dei utarbeidde òg ein skriftleg rapport til nye studentar som deltok i delprosjekt 2.

Delprosjekt 2 (15 veker) – implementering av kunnskap:

Studentane i delprosjekt 2 implementerte ADL-planen i Spinalleininga. Dei deltok i morgonstell med pasientar og fekk erfaring med pasientgruppa og utfordringane deira. ADL-planen vart fylt ut i samarbeid mellom studentane og kvar pasient kort tid etter at pasientane vart innlagd i eininga. Dette innebar formulering av mål for påkledingstrening, kartlegging av pasienten sine ressursar og utfordringar og skildring av framgangsmåte for å nå målet. Studentane erfarte etter kort tid at planen var omfattande og lite hensiktsmessig i bruk. På bakgrunn av desse erfaringane og under vegleiing vart planen revidert. Ein forenkla plan, redusert frå åtte til to

A4-sider, vart presentert for dei tilsette ved Spinalenininga og etter kvart teke i bruk ved eininga.

Delprosjekt 3 (sju veker) – samanfatting og formidling av kunnskap: Studentane i delprosjekt 3 samanfatta prosjektet på bakgrunn av rapportar frå delprosjekt 1 og 2. Ein sluttrapport vart presentert for prosjektgruppa og tilsette ved Spinalenininga og Ergoterapiavdelinga. Studentane skreiv òg ein fagartikkel som vart trykt i Patetra, medlemsbladet for Landsforeningen for Ryggmargsskade (15).

Diskusjon

Målet med denne artikkelen er å drøfta studentar si læring av TPS ved å delta i fagutviklingsarbeid i praksisstudium.

PRAKSISSTUDIUM SOM LÆRINGSARENA FOR TPS

Studentane uttrykte at arbeidet med prosjektet gav dei innsikt i betydinga av felles målretta og likeverdige samarbeid mellom profesjonane. Slik fekk pasienten eit betre grunnlag for å nå sine mål om tidleg meistring i påkleding. Fruktbart TPS inneber ansvar, koordinering, kommunikasjon, tryggleik på eiga rolle, autonomi, gjensidig tillit og respekt (16). Studentane opplevde ei felles forplikting til å bidra i det tverrprofesjonelle samarbeidet, og resultatet av prosjektet var knytt til det dei klarte å skapa i fellesskap. Vår erfaring er at praksisstudium er ein læringsarena som kan fremja TPS gjennom fagutviklingsprosjekt. Dette samsvarar med forskning som syner at tverrprofesjonell læring skjer med godt resultat der studentar frå ulike profesjonar møtest og arbeider saman i klinisk retta praksis (17-19).

TVERRPROFESJONELL SAMARBEIDSLÆRING OG STYRKA PROFESJONSIDENTITET

Gjennom tverrprofesjonell samarbeidslæring erfarte studentane at profesjonane hadde ulike fokus og vekt på ulike aspekt ved påkledingstrening. I direkte pasientretta arbeid og i diskusjonar kring ADL-planen delte studentane fagleg kunnskap og perspektiv med kvarandre. Ved å arbeida med pasientane i påkledingstreninga, og observera kvarandre i handling, vart den andre profesjonen sin ekspertise og fokus i rehabiliteringsarbeidet tydelegare for dei. Sjukepleiestudentane lærte mellom anna at ergoterapeutstudentane hadde eit nyansert blikk for pasientane sine ressursar og motoriske mestringsstrategiar. Dei hadde òg kunnskap om korleis praktisk tilrettelegging og pasientens kroppstilling kunne bidra til

auka sjølvstende for pasienten i påkleding. Ergoterapeutstudentane oppdaga at sjukepleiarstudentane hadde eit utvida fokus på pasientsituasjonen gjennom å ivareta pasientens integritet, hygiene, velvære og sjølvbilete under påkledinga. Studentane erfarte at dei lærte av å samarbeide med kvarandre. Ved å dela kunnskap vart dei betre rusta i møte med pasientar og såg korleis dei kunne bidra til auka meistring for pasientane. Dette samsvarar med litteratur og forskning som seier at studentar utviklar positive haldningar til andre profesjonar og TPS gjennom felles praksisstudium (16, 19, 20). Slik kan kvaliteten på arbeidet i helsesektoren auka og pasientane få eit betre og meir heilskapleg helsetilbod (16).

Proessen med litteratursøk, utarbeiding av ADL-planen og samarbeid med pasientane gav studentane høve til å verta meir merksame på fellestrekk med andre profesjonar og særtrekk ved eigen profesjon. I diskusjonar knytt til utforming av ADL-planen og målet med denne lærte studentane å setta ord på kunnskap og klargjera for kvarandre kva dei meinte var viktig og kvifor. Slik kan profesjonsidentiteten både utfordrast og utviklast i møte mellom studentar frå ulike profesjonsutdanningar (20). Tett samarbeid og møte mellom ulike perspektiv førte til at implisitt forståing og perspektiv innanfor dei ulike profesjonane vart gjort eksplisitt. Gjennom dialog kunne studentane drøfta si eiga forståing og arbeida mot eit felles mål. Kristensen et al. (20) seier dette kan styrka fagidentiteten til studentane og auka deira medvit kring ulike profesjonar sin kompetanse og rolle i pasientbehandlinga.

TPS I PRAKSISSTUDIUM KAN FØRA TIL ENDRING I KLINISK PRAKSIS

Implementering av KBP i påkledingstrening for pasientar med nyleg erverva ryggmargsskade var eit fokus i prosjektet. Prosjektet var slik ein del av fagutviklingsarbeidet ved Spinalenininga. Moyers et al. (6) seier implementering av nye metodar og endring av praksis på bakgrunn av studentrelaterte KBP-prosjekt ofte syner seg vanskeleg, og studentane sit igjen med lita tru på høve til å endre og betra praksis gjennom KBP som metode. Derimot er vår erfaring at ADL-planen vart implementert og bidrog til endra praksis. Den er i bruk og fungerer som eit viktig arbeidsreiskap i samarbeidet mellom sjukepleiar, ergoterapeut og pasient. ADL-planen er presentert på ein nasjonal og ein nordisk kongress og har vakt interesse hjå tilsette ved fleire

behandlings- og rehabiliteringseiningar. Vi erfarte at modell for KBP eigna seg på tvers av profesjonsutdanningane og var profesjonsnøytral. Studentane fekk erfara at ulikskap ikkje er eit hinder for felles avgjersler, men heller ein styrke. Gjennom samarbeidslæring erfarte dei at kommunikasjon, utveksling av fagleg kunnskap og synspunkt gav grunnlag for endra praksis. Dette er i tråd med Bridges et al. (16) som seier at tverrprofesjonelt praksisstudium rustar studentar til å arbeida tverrprofesjonelt etter avslutta utdanning, noko som sikrar høg kvalitet i pasientbehandlinga.

SUKSESSFAKTORAR FOR SAMARBEIDSLÆRING

Studentprosjektet var godt forankra i leiinga og hadde brei støtte blant dei ulike profesjonane i eininga. Fleire peiker på dette som viktige faktorar for å lukkast med tverrprofesjonell samarbeidslæring i praksisstudium (4, 16, 21) og tverrprofesjonelt fagutviklingsarbeid etter KBP-modellen (6). Vi opplevde tett samarbeid i prosjektgruppa som viktig for å støtta studentane sitt arbeid. Prosjektleiarane bidrog til å skapa eit trygt samarbeidsklima mellom studentane, gav dei fagleg støtte og rettleiing, og var rollemodellar. Dei la òg til rette for felles møtepunkt slik at studentane arbeidde tett saman i konkrete pasientsituasjonar, i vegleiing og elles i fagutviklingsarbeidet. Studentane deltok ikkje i dei to fyrste trinna av KBP, men vart involverte i litteratursøka. Berg et al. (22) påpeiker at det er avgjerande at både studentar og vegleiarar har eigarskap til problemstillinga som ligg til grunn for prosjektet (22). I vårt prosjekt fekk studentane tidleg ansvar for framdrifta. Sjølv om det for nokre av studentane var vanskeleg å ha ansvar for eit prosjekt som andre hadde initiert, erfarte vi at grundig informasjon om bakgrunnen for prosjektet, samt å arbeida i prosjektet, gav studentane motivasjon, eigarskap og ei kjensle av kontroll. Å gjennomføre eit prosjekt fordrar god struktur allereie frå starten. Utover prosjektperioden var det naudsynt å nytta prosjektplanen aktivt som eit styringsdokument for framdrift og fokus. Dei gongane vi opplevde mest utfordringar, var då vi ikkje følgde dei føringane som låg der. Prosjektets varigheit over to år og prosjektleiinga sitt engasjement bidrog til at Spinaleininga fekk eigarskap til ADL-planen.

KONKLUSJON

Praksisstudium eignar seg godt som læringsarena for TPS. Gjennom felles praksisstudium fekk studen-

tane innsikt i kvarandre sin kompetanse, utvikla positive haldningar til TPS og styrka eigen fagidentitet. Studentprosjektet medverka til at studentar vart ein ressurs for fagutvikling i praksisfeltet. God planlegging, tett samarbeid mellom involverte parter og leiingsforankring var vesentleg. Våre erfaringar gjev grunn for å satse vidare på denne forma for tverrprofesjonell samarbeidslæring i praksisstudium.

TAKK

Takk til pasientar, studentar og tilsette som deltok i prosjektet. Takk òg til bibliotekar.

Kjelder

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
2. Straumsheim J. Forskningsgruppen Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning. Høgskolen i Molde. Vitenskapelig høyskole i logistikk; 2013 [sitert 2013 04 Mai]. Tilgjengelig fra: <http://www.himolde.no/forskning/forskningsgrupper-hs/Sider/Forskningsgruppen-Tverrprofesjonelt-samarbeid-i-praksis-og-utdanning.aspx>.
3. Kunnskapsdepartementet. Stortingsmelding 13 Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet; 2012.
4. Kristensen D, Staib K, Norenberg D, Brekke L, Bruun L, Caspersen S, et al. Rapporter fra Høgskolen i Buskerud Nr 91. Studenter i tverrprofesjonell klinisk praksis: Et samarbeidsprosjekt mellom Seksjon for Geriatri, Slag og Rehabilitering (GSR) ved Bærum sykehus, Vestre Viken Helseforetak, Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) og Høgskolen i Buskerud (HiBu). Høgskolen i Buskerud og Vestfold, 2012.
5. Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Nordheim L, Reinart L. Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok. Oslo: Akribes; 2012. s.216.
6. Moyers P, Guthrie P, Swan A, Sathe L. Interprofessional evidence-based clinical scholar program: learning to work together. Am J Occup Ther. 2014; 68: 23-31.
7. Høgskolen i Bergen. Utviklingsmidlar til samarbeidsprosjekt mellom høyskulane og Bergen kommune, Høgskolen i Bergen; 2014 [oppdatert 19.06.14; sitert 2011 10 Feb]. Tilgjengelig fra: <http://www.hib.no/samarbeid/utviklingsmidlar/>
8. Nortvedt M, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart L. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert - en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk sykepleierforbund; 2007. 224.
9. Pillastrini P, Mugnai R, Bonfiglioli R, Curti S, Mattioli S, Maioli M, et al. Evaluation of an occupational therapy program for patients with spinal cord injury. Spinal cord. 2008;46(1): 78-81.
10. Hamilton B, Deutsch A, Russell C, Fiedler R, Granger C. Relation of disability costs to function: Spinal cord injury Arch

- Phys Med Rehabil. 1999;80(4):385-91.
11. Catz A, Itzkovich M, Agranov E, Ring H, Tamir A. SCIM - spinal cord independence measure: a new disability scale for patients with spinal cord lesions. *Spinal Cord*. 1997;35(12):850-6.
 12. Burns A, Ditunno J. Establishing prognosis and maximizing functional outcomes after spinal cord injury: a review of current and future directions in rehabilitation management. *Spine*. 2001;26:137-45.
 13. Consortium for Spinal Cord Medicine Member Organizations. Outcomes following traumatic spinal cord injury: clinical practice guidelines for health-care professionals. *J Spinal Cord Med*. 2000;23(4):289-316.
 14. McKinley W. Functional Outcomes per Level of Spinal Cord Injury *Medscape*; 2013 [oppdatert 18.09.13; sitert 2011 14 Nov]. Tilgjengelig fra: <http://emedicine.medscape.com/article/322604-overview#showall>
 15. Espeland I, Stang M, Halleby E, Johannessen J. Mestring i påklædning etter ryggmargsskade - Et tverrfaglig studentprosjekt ved spinalenheten på Haukeland universitetssykehus. *Patetra*. 2013;30 (1):8-11.
 16. Bridges D, Davidson R, Odegard P, Maki I, Tomkowiak J. Interprofessional collaboration: three best practice models of interprofessional education. *Med Educ Online* [Internet]. 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21519399>.
 17. Cragg B, Hirsh M, Jelley W, Barnes P. An interprofessional rural clinical placement pilot project. *J Interprof Care*. 2010;24(2):207-9.
 18. Jacobsen F, Fink A, Marcussen V, Larsen K, Hansen T. Interprofessional undergraduate clinical learning: results from a three year project in a Danish Interprofessional Training Unit. *J Interprof Care*. 2009;23(1):30-40.
 19. Pelling S, Kalen A, Hammar N, Wahlström O. Preparation for becoming members of health care teams: findings from a 5-year evaluation of a student interprofessional training ward. *J Interprof Care*. 2011;25(5):328-32.
 20. Kristensen D, Flo J, Fagerstrøm L. Tverrprofesjonell klinisk praksis for helsefagstudenter som er en del av den ordinære praksisperioden. En casestudie fra en akutt geriatrisk, slag - og rehabiliteringsavdeling. *Nord Tidsskr Helseforsk*. 2014;10(1):83-95.
 21. Kongsmo T, Nordheim G, de Vibe M. Evaluering av 80 samhandlingsprosjekter - nøkler for å lykkes. Rapport fra Kunnskapssenteret. Notat 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.
 22. Berg M, Brusset E, Dahl M, Sveen U, Andersson L, Michelet M, Stubbings J.G. Utvikling av ferdigheter i kunnskapsbasert praksis: samarbeidsprosjekt for studenter og klinikere Ergoterapeuten. 2012;55(2):30-5.



OPP OG STÅ FRA A-Å!

FOR MER INFORMASJON
GÅ INN PÅ

www.permobil.no

permobil



Independent and supported physical leisure activities of adolescents with Down syndrome

Av Marit Kollstad, Anne-Stine Dolva og Jo Kleiven

Marit Kollstad er helsesøster, sosialpedagog, og amanuensis ved avdeling for pedagogikk og sosialfag ved Høgskolen i Lillehammer. E-mail: marit.kollstad@hil.no

Anne-Stine Dolva er ergoterapeut og førsteamanuensis ved avdeling for pedagogikk og sosialfag ved Høgskolen i Lillehammer.

Jo Kleiven er sosialpsykolog og professor emeritus ved avdeling for samfunnsfag ved Høgskolen i Lillehammer.

The authors report no conflicts of interest.

INDEPENDENT AND SUPPORTED PHYSICAL LEISURE ACTIVITIES OF ADOLESCENTS WITH DOWN SYNDROME

Abstract

It is official policy in Norway to make sport and physical activities available to all. However, these activities have rarely been studied in connection with Norwegian adolescents with intellectual disabilities. This study therefore aims to describe sport and physical activities in a sample of adolescents with Down syndrome, and to relate the findings to the national policy of inclusion. A representative sample of Norwegian 14-year olds with Down syndrome (DS) (n=38) was studied. Semi-structured interviews with parents were conducted and analysed using mixed methods. Three different groups of activities were identified: sports, outdoor excursions and at-home activities. These activity groups were different in several respects: Venue (where activities took place), frequency (how often they took place), support (participation with or without support), company (with whom), and activity motives and decisions. Independent participation occurred in about half of the physical activities, including many self-organised activities at home and 2 out of 3 sports activities. Other activities were supported by parents, family members or assistants. This may not be entirely in line with the national policy of inclusion. If adolescents with DS are to be offered equal opportunities for physical leisure activities, in line with the national policy, attention should be given to the support provided, as well as to individual interests and levels of mastery.

Keywords: National policy, physical leisure activities, participation, help and support.

Introduction

Norway has a general, official policy of inclusion for individuals with intellectual disabilities. Most institutions that catered for the needs of individuals with intellectual disability were closed 20 years ago (St. meld. nr. 47 (1989-90), leaving the children to grow up in their own families and within the mainstream schools and community life. In principle, equal rights and opportunities are now available to all, including the opportunity to participate in physical leisure activities. This policy for sport and recreation is in line with the UN standard rule 11 (NOU 2001:22; UN, 1993), and has been termed «The Norwegian sports model» («den norske idrettsmodellen»). The central parliamentary document explicitly states: «*The government will facilitate the participation in sports and physical activity of persons with impairments, in accordance with their own wishes and qualifications*» (Meld. St. 26 (2011-2012), p. 15).

Since 2008, the Norwegian Sports Association (Norges Idrettsforbund, NIF) organises all sports in Norway, including handicap sports. A leisure companion service for individuals with a disability is an example of the new inclusiveness of sports. Administered by the Municipal Health and Care offices, the service provides access to leisure assistants as a legal right (NOU 2001:22).

Physical leisure activities may be classified as sports, conditioning exercises, household tasks, and other activities (Caspersen, Powell & Christenson, 1985). This definition is commonly used in government documents referring to «the Norwegian sports model» (Meld. St. 26 (2011-2012). In Norway, outdoor recreation is a traditional and valued physical activity, central to common ideas about national identity (Statistisk sentralbyrå, 2014; St.meld. 39, 2001; Tordsson & Rognli Vale, 2013).

Norwegian youngsters in general are physically active in their leisure time (NOVA, 2014), engaging in a variety of physical outdoor activities (Øia & Fauske, 2010). Three out of four without a disability (aged 8-19) engage in sport or fitness exercises once a week (Meld. St. 26 (2011-12).

Down syndrome (DS) is the most common cause of intellectual disability, affecting approximately 1:700/900 births per year (Roizen & Patterson, 2003). Children with disabilities may gain several benefits from participating in physical leisure activities. Optimised physical growth has been observed, as well as increased cultural awareness and psychological well-being, and the establishment

of community relationships (Murphy and Carbone, 2008). However, adolescents with DS tend to have less motivation for physical activity (Kosma et al., 2002), and often engage in more sedentary activities (Esposito et al., 2012). Physical activity also decreases with age in youth with DS (Esposito et al., 2012; Pitetti et al., 2013), as it also does with those without disabilities. There is also an increased risk of obesity in DS children due to a variety of physiological mechanisms and behavioural tendencies (Murray & Ryan-Krause, 2010; Roizen & Patterson, 2003). Recent research has not found gender differences in the physical activity participation rates of adolescents with DS (Oates et al., 2011; Wang & Su, 2012).

The physical activity of individuals with DS may be enhanced when it is enjoyable and unstructured (Downs et al., 2013; Downs et al., 2014). Personal motivation and opportunities to choose activity freely (Brown, O'Keefe & Stagnitti, 2011) may also be helpful, as may opportunities of social interaction with peers or other adolescents (Dolva, Kleiven & Kollstad, 2014).

Positive environmental influences have also been identified. While competing family responsibilities may be a barrier to physical leisure activities, family interest and support of the physical activity may facilitate it (Barr & Shields, 2011; Downs et al., 2013; Menear, 2007). In sports programmes, support or help from peers or other attendants outside the family is also found to influence individuals in a positive way (Hutzler & Korsensky, 2010). Support to make an activity choice has also been found useful (Mahy et al., 2010). Several studies have also noted the importance of the social roles of assistants and other supporting people. The extent and effect of these supportive roles on participation and self-determination needs further exploration (Solish et al., 2010; Verdonschot et al., 2009).

However, the use of assistants in Norway declined from 2001 to 2011 (Søderstrøm & Tøssebro, 2011). In 2012, the Ministry of Health and Care Services (Helse- og omsorgsdepartementet) initiated the national project «Active Young» («Aktiv Ung») to assess the support of assistants in the leisure of individuals with a disability. The method used is termed «Leisure with Support» («Fritid med Bistand») (Midtsundstad, 2013), based on empowerment theory. Here, empowerment means gaining sufficient strength to participate in activities according to individual wishes, interest and choice (Lee, 1996; Askheim, 2012).

Research on the physical leisure of individuals with an intellectual disability has often been related to formal sports activities. This has been viewed as an important limitation by Solish et al. (2010) and others, suggesting a wider scope of activities for future studies. Jobling (2001) also supports the idea that including everyday activities improves the understanding of physical leisure for children with DS. A recently published study of the general leisure participation of Norwegian adolescents with DS aged 14 (Dolva et al., 2014) followed this advice and included all leisure activities mentioned by the parents. One third of that study's leisure activities were classified as *physical activities*, but further details of these physical activities were not explored.

In spite of the official policy of inclusion, the leisure companion service and other related projects, little is known about the physical leisure of individuals with DS growing up today. Clearly, enhanced descriptions of these activities and their influences are needed to translate policy and intentions into «best practice».

One way to contribute additional knowledge on the leisure activities of adolescents with Down syndrome may be to apply an occupational perspective. An occupational perspective focuses on activities and actual doing in the context of everyday life (Kielhofner, 2008; Law et al., 1996).

The present study, therefore, aims to explore and characterise the physical leisure activity of Norwegian adolescents with DS, and to relate the findings to the national context of inclusion.

Method

The study employed a mixed-method design. Data from semi-structured interviews with parents were sorted and ordered through qualitative analyses, yielding descriptive categories and counts of their occurrence. Since this study is part of a more comprehensive longitudinal project, previously collected data on demographics and functional skills were available for further statistical analyses.

SAMPLE AND INFORMANTS

The longitudinal study is following individuals with DS (n=43; 70 percent of the yearly population) in Norway during their lifespan from the age of five years (Dolva, Coster & Lilja, 2004). At the time of the present data collection the individuals of the sample were adolescents (14 years of age). For different reasons, five could not participate. Thus,

the present sample includes 38 individuals, i.e. 62 percent of the original population. Informants were 34 mothers and four fathers. Most parents (71 percent) were married or cohabitants and 29 percent were single parents. About half of the parents (53 percent) had > 13 years of education.

SAMPLE CHARACTERISTICS

The sample is equally divided among boys and girls. The Trisomy 21 type of DS was most common (92 percent), but mosaic and translocation types were also represented. One third had additional diagnoses such as autism, ADHD, diabetes, asthma or others. About half of the adolescents had visual impairments, and 25 percent had hearing difficulties. About one half of the sample (55 percent) had a congenital heart defect, which generally had been corrected in infancy.

All adolescents primarily lived with their family. One half (50 percent) dwelled in rural districts with <10 000 inhabitants. The remaining half was split evenly between towns of less or more than 50 000 inhabitants. Most (92 percent) attended their local school: Educational practice in Norway is «one school for all». Out of this group 58 percent attended an ordinary class, while 42 percent were placed in smaller groups or special classes together with other pupils with special needs. Only a few (8 percent) attended special schools. Educational settings were closely related to urban or rural living, since special classes and special schools are mainly found in urban areas.

The general leisure activity of the sample has been documented in a previous publication (Dolva et al., 2014).

DATA COLLECTION

When informed consent had been obtained, interview appointments were made. Structured interviews were administered by telephone to the parents. Interviewing with telephone is recognized as a cost-effective data collection method (Sturges & Hanrahan, 2004). All interviews were conducted by the same researcher, and lasted from 25 to 45 minutes. While data were collected on leisure activities in general (Dolva et al., 2014), the present article is focusing only on physical activities.

To prepare for the interview, the parent was encouraged to think through an ordinary week – day by day, including weekends – and to report all activities in which their son or daughter would

participate. Following this, they were also asked if any seasonal activities should be added. Activities at school were not included. No restrictions were put on the term «activity», leaving the parents free to decide what to report. For each activity mentioned by a parent, a series of questions were asked about participation: How often? Where? Who with? Who provided support, if any? How was the activity organised? Who chose this activity? Why was it chosen (motive)?

All answers were written down, and were read out loud at the end of the interview to encourage corrections. To enable more comprehensive analyses, previously collected demographic data were added, as well as existing test results on individual functional performance (Dolva et al., 2004; Dolva, Lilja & Hemmingsson, 2007). The ethics of the study were approved by the Norwegian Social Science Data Service in 2010.

DATA ANALYSIS

To provide anonymity, numbers were substituted for personal names. All data were consecutively typed in Excel, and independently controlled by two of the researchers. The main coding process of all leisure activities is described elsewhere (Dolva et al., 2014). About a third ($n=123$) of the total number of activities were classified as physical.

All coding was done by two researchers in close cooperation, following common methodological recommendations (Patton, 2002). First, identical activities with slightly different names were coded under one common concept. Second, activity concepts with common features were categorised into different activity subgroups. All activities using ball, for example, were placed in the category of «ball-activities» (football, handball, baseball, etc.). Activities which shared the intention of outdoor life (hiking, walking the dog, skiing, etc.) were collected in a «trips/excursions» category. This process yielded three main groups of physical activities: sports, outdoor excursions, and physical activities at home. Also data on activity support, company, venue, frequency, decisions and motives were sorted and coded.

All data were transferred to SPSS 20 (IBM Corp., 2010). Analyses include descriptive statistics; mainly bivariate analysis, cross tables and Chi-square-tests. While the persons in the data material ($n=38$) were the units of some analyses, the unit of analysis was normally the activities ($n=123$) included in the study.

Results

Three characteristic groups of physical leisure activities ($n=123$) were identified; Sports (43 percent), outdoor excursions (32 percent) and physical activities at home (25 percent). Before having a closer look at the characteristics of these three activity groups, individuals' participation will be described.

INDIVIDUAL PARTICIPATION

The adolescents were reported to participate in a mean number of 3.2 physical activities (SD 1.9). The mean values were 1.4 (SD 1.1) for sports activities, 1.0 (SD 1.1) for outdoor excursions and 0.8 (SD 1.2) for physical activities at home. Further, 79 percent of the sample took part in sports activities, 54 percent participated in outdoor excursions, and 47 percent in physical home activities. Only two adolescents did not participate in any physical activity. Thirty-two out of 38 adolescents (84 percent) participated in at least one of the sports or outdoor recreation activities each week.

No gender differences were found, except for an insignificant overrepresentation of boys in physical work. Neither were differences in functional performance, visual or hearing impairments, heart problems, type of DS, or educational level of the parents related to participation in physical leisure. Type of schooling played no role, neither at the age of seven nor 14 years.

Place of living, however, slightly influenced the participation in physical activities. Of those living in rural districts, 43 percent participated in physical activities, while 32 percent living in small towns and 25 percent in cities did. In addition, those living in small towns participated slightly more in sports activities (38 percent) as compared to those of rural living (32 percent) and living in cities (30 percent). Rural living also made up for 68 percent of at-home physical activities.

PHYSICAL LEISURE ACTIVITY GROUPS

The three activity groups; sports, outdoor excursions and physical activities at home, were found to differ. Figure 1 shows the number of activities within each group. Some activities were quite common, for instance «Other sports», consisting of various sports activities such as «all-sports», gymnastics, and sports dancing etc. ($n=20$). Other activities were less frequent, e.g., Horseback riding ($n=4$).

The figure also shows that the nine activities attracted different types of support. Independent atti-

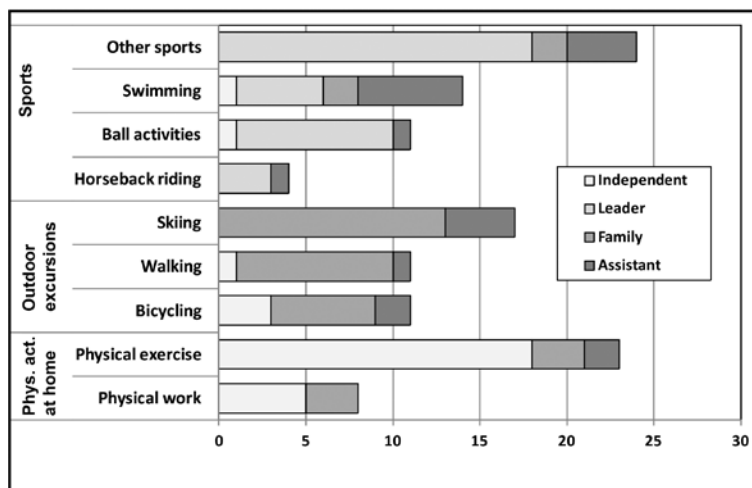


Figure 1: Support in physical activity groups

vity was defined as not requiring personal support. Two main types of independence were:

1. Activity in a group offering only general leadership, not individual support. An example would be to be part of a football team without receiving specific individual support.
2. Self-organised activity, subject to neither general leadership nor individual support. Unsupported work with firewood at home would be an example of this.

Only half of the physical activities were performed independently, however; the second half did receive individual support. This was given either by parents/family or by leisure assistants. Sports stand out by frequently taking place in groups with leaders. In outdoor excursions, however, support from family is the rule; and at-home activities are often self-organized.

Table 1 shows additional significant differences between the activity groups, concerning support, company, venue, frequency, and decisions.

Most often, participation in sports takes place in a group with a designated leader, in the company of other adolescents. It also mainly takes place away from home, once a week or less often, and others have made the decision for the person to take part.

In some contrast, outdoor excursions are mainly supported and accompanied by parents or family, away from home. They are even less frequent than participation in sports, and the decision to go may be made by in many ways.

At-home physical activities are different, and not only by being mainly self-organised (74 percent). They also stand out by often involving no company,

by taking place at home, and by happening much more frequently than sports and excursions. Finally, independent decisions are far more common with the at-home activities than with sports and excursions.

ACTIVITY MOTIVES

The main motive for most physical leisure activities was reported to be the participants' own interest in the activity. For sports activities, getting physical exercise, interacting with friends and the mastery of the specific activity were the usual motives.

For outdoor excursions, physical exercise, family interaction and recreation/relaxation were most often reported, in addition to interest. The physical activities at home were however different. Even here, the interest motive was mentioned most often. But also motives like mastering and recreation/relaxation were frequently reported.

DIFFERENCES BETWEEN INDEPENDENT AND SUPPORTED PHYSICAL LEISURE

Independent participation was found in about half of the physical activities (52 percent). In the other half (48 percent) individualised support was provided, mainly by parents/family or an assistant.

Table 3 shows that the four types of independence or support shown in figure 1 may be viewed as four different activity patterns, through their connection to other variables.

Most self-organized activities were at-home activities (79 percent). Out of all the self organised activities 76 percent took place without any company. They happened quite often (83 percent daily or several times a week); and decisions were generally made without influence from others (86 percent).

Groups with leadership were all about sports (100 percent), and never at home (100 percent). Other adolescents were often present (89 percent), and the activity frequency was low (91 percent once a week or less). The decision to participate was normally made by others (83 percent).

Activities supported by parents or family were normally outdoor excursions (74 percent) away from home (82 percent). They happened rather seldom (90 percent once a week or less). Naturally, the most common company was parents/family (92 percent), and about half of the decisions about these activities were made together with others (50 percent).

Finally, activities with assistants were either

Table 1: Activity variables vs. physical activity groups

Variable	Sports (% of 53)	Outdoor excursions (% of 39)	At-home activities (% of 31)	All physical activities (% of 123)
Activity independence/support*				
Independent, self-organised	2 (4 %)	4 (10 %)	23 (74 %)	29 (24 %)
Independent, with group leader	35 (66 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	35 (29 %)
Support by parents/family	4 (7 %)	28 (72 %)	6 (19 %)	38 (31 %)
Support by assistant	12 (23 %)	7 (18 %)	21 (68 %)	40 (33 %)
Activity company*				
Alone	0 (0 %)	6 (15 %)	18 (58 %)	24 (20 %)
Other adolescents	36 (68 %)	3 (8 %)	2 (6 %)	41 (33 %)
Parents/family	5 (9 %)	26 (67 %)	10 (32 %)	41 (33 %)
Other adults	4 (7 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (3 %)
Assistant	8 (15 %)	4 (10 %)	1 (3 %)	13 (11 %)
Activity venue*				
At home	1 (2 %)	5 (13 %)	26 (84 %)	32 (26 %)
Away from home	52 (98 %)	32 (82 %)	4 (13 %)	88 (72 %)
Both	0 (0 %)	2 (5 %)	1 (3 %)	3 (2 %)
Activity frequency*				
Daily	1 (2 %)	5 (13 %)	12 (39 %)	18 (15 %)
Several times a week	4 (7 %)	3 (8 %)	9 (29 %)	16 (13 %)
Once a week	29 (55 %)	11 (28 %)	1 (3 %)	41 (33 %)
Less than weekly	19 (36 %)	20 (51 %)	9 (29 %)	48 (39 %)
Activity decisions*				
Oneself	6 (11 %)	8 (20 %)	22 (71 %)	36 (29 %)
Together with others	15 (28 %)	12 (31 %)	7 (23 %)	34 (28 %)
Others	32 (60 %)	19 (49 %)	2 (6 %)	53 (43 %)

* Chi-square $p < .001$

sports (57 percent) or excursions (33 percent) away from home (90 percent). Most often, an assistant was the only company (62 percent), but other adolescents did appear (29 percent). Decisions on participation were either made by others (43 percent) or together with others (38 percent).

Discussion

The aim of this study was to explore and characterise the physical leisure activity of Norwegian adolescents with DS, and to relate findings to the national policy of inclusion. The study's broad approach, with focus on activities and actual doing, and a wide definition of physical activity, appeared fruitful. The main results indicate that the adolescents participate in a wide variety of physical activities, with variation among individuals. In addition, there were interesting differences between activities that were independently performed and activities dependent on individual support. In independent physical activities, mastery and active involvement were observed. Our results showed detailed characteristics of such activities. We choose, however, to concentrate on the supported physical activities, as the support

provided in these activities was a prerequisite for participation.

Thus, in the following, we discuss our main results in relation to the Norwegian context of inclusion and the aims of the Norwegian sports model specifically. First, we will compare the physical leisure of adolescents with and without DS, and discuss similarities and differences. Do adolescents with DS participate in the same physical activities as others, and do they have equal opportunities to do so? Second, we will discuss the relationship between the Norwegian sports model and the supported physical activities of the adolescents with DS. Is the support provided "in accordance with the adolescents' own wishes and qualifications"? Who provides the support?

COMPARING THE PHYSICAL LEISURE OF ADOLESCENTS WITH AND WITHOUT DS

Overall, the better part of the adolescents with DS (79 percent) engaged in sports, about half in outdoor excursions and about half in at-home activities. In the present study, outdoor excursions were defined as a «fitness exercise», since their main motive was

Table 2: Proportion of different motives reported for the different activity groups

Motive for choosing activity	Sports (% of 59)	Outdoor excursions (% of 39)	At-home physical activities (% of 31)	Sign.level	All physical activities (% of 123)
Activity interest	41 (77 %)	31 (79 %)	31 (100 %)	n.s.	103 (84 %)
Mastering activity	22 (41 %)	11 (28 %)	17 (55 %)	n.s.	50 (41 %)
Friends interaction	29 (55 %)	1 (3 %)	2 (6 %)	<.001	32 (26 %)
Family interaction	4 (7 %)	17 (41 %)	5 (16 %)	n.s.	26 (21 %)
Competence development	13 (24 %)	6 (26 %)	1 (3 %)	<.10	20 (16 %)
Get physical exercise	34 (64 %)	23 (59 %)	6 (19 %)	<.001	63 (51 %)
Nature experience	3 (6 %)	10 (26 %)	1 (3 %)	n.s.	14 (11 %)
Recreation and relaxation	13 (24 %)	14 (36 %)	15 (48 %)	n.s.	42 (34 %)
Other motives	1 (2 %)	0	5 (16 %)	<.10	6 (5 %)

getting physical exercise. Thus, by merging sport and outdoor excursions, we found that (84 percent) of the sample participated in physical activities at least once a week. This is comparable to the physical activity level of their Norwegian counterparts without a disability, where three out of four participate at least once a week (Meld. St. 26 (2011-2012). Figures are also consistent with general descriptions of Norwegian youngsters (Øia & Fauske, 2010). It also compares well to a recent survey of youngsters without disability (Skår et al., 2014), where bicycling, skiing, and outdoor excursions were shown to be commonly performed and mastered. On a general level, therefore, the sample with DS and other Norwegian young people show that they are just about equally active. This also agrees well with the national ideology on outdoor leisure (Statistisk sentralbyrå, 2014; St.meld. 39, 2001; Tordsson et al., 2013).

However, this appears different, from previous research on intellectual disability, where the individuals' activity is characterized as sedentary and limited (Verdonschot et al., 2009). Quite likely, the inclusion of outdoor excursions and other physical activity at home has contributed to this difference in the present study. In environments offering less opportunity for informal outdoor activity, results closer to those of previous research may perhaps be expected.

The company of friends and other adolescents for the adolescents with DS was limited to sports activities with leaders, while also a large proportion of the other Norwegian adolescents meet with friends in organised physical activities (Fyhri & Hjorthol, 2006). Young Norwegians today are concerned with being fit, and commonly get physical exercise on their own through for example running, biking, or at fitness centres (NOVA, 2014).

The adolescents with DS in this study, however, were dependent on parents and family for participation in many physical activities, which is hardly the case with their counterpart without disability.

A main difference between the physical leisure of adolescents with DS and others is the provision of help and support. About half (48 percent) of the physical activities found in our study was in some way supported. To some youngsters in the sample, support to stand up for their activity wishes and initiatives was important. To others, encouraging and helpful company was needed. Support was commonly provided by parents, family and assistants. The support was found to be an important precursor for physical leisure in about one half of the activities.

We will now turn to a discussion on the main difference, namely the provision of help and support provided in order to facilitate participation in physical activities.

PROVISION OF SUPPORT

In about half of their physical activities, the adolescents with DS received individual support that enabled them to participate. This support was provided by parents, family or assistants, and included support in the choice of activity, encouragement, or company for participation. In line with an occupational perspective, contextual factors such as a social environment enables meaningful activity (Kielhofner, 2008; Law et al., 1996). Supporting individual wishes and qualifications is also known to enable individuals with intellectual disability to function in typical life situations (Thompson et al., 2009). Consequently, this kind of support also agrees with the values of the «Norwegian sports model» (Meld. St. 26 (2011-2012).

Table 3: Activity variables vs. independent and supported physical activities

	Independent physical activities		Supported physical activities		
Variable	Self-organised (% of 29)	With group leader (% of 35)	Parents/family (% of 38)	Assistant (% of 21)	Total (% of 123)
Activity group*					
Sports	2 (7 %)	35 (100 %)	4 (10 %)	12 (57 %)	53 (43 %)
Excursions	4 (14 %)	0 (0 %)	28 (74 %)	7 (33 %)	39 (32 %)
At home	23 (79 %)	0 (0 %)	6 (16 %)	2 (10 %)	25 (100 %)
Activity company*					
Alone	22 (76 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (9 %)	24 (20 %)
Other adolescents	1 (3 %)	31 (89 %)	3 (8 %)	6 (29 %)	41 (33 %)
Parents/family	6 (21 %)	0 (0 %)	35 (92 %)	0 (0 %)	41 (33 %)
Other adults	0 (0 %)	4 (11 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	4 (3 %)
Assistant	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	13 (62 %)	13 (11 %)
Activity venue*					
At home	26 (90 %)	0 (0 %)	6 (16 %)	0 (0 %)	32 (26 %)
Away from home	3 (10 %)	35 (100 %)	31 (82 %)	19 (90 %)	88 (72 %)
Both	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (3 %)	2 (10 %)	3 (2 %)
Activity frequency*					
Daily	14 (48 %)	0 (0 %)	2 (5 %)	2 (10 %)	18 (15 %)
Several times/week	10 (35 %)	3 (9 %)	2 (5 %)	1 (5 %)	16 (13 %)
Once a week	0 (0 %)	21 (60 %)	9 (24 %)	11 (52 %)	41 (33 %)
Less than weekly	5 (17 %)	11 (31 %)	25 (66 %)	7 (33 %)	48 (39 %)
Activity decisions*					
Oneself	25 (86 %)	2 (6 %)	5 (13 %)	4 (19 %)	36 (29 %)
Together with others	3 (10 %)	4 (11 %)	19 (50 %)	8 (38 %)	34 (28 %)
Others	1 (3 %)	29 (83 %)	14 (37 %)	9 (43 %)	53 (43 %)

* Chi-square $p < .001$

In this study, parents and family seemed to take the main responsibility for supporting the physical leisure of their fourteen-year-olds. Several researchers have described that parents and family facilitate physical activity of individuals with DS (Barr & Shields, 2011; Mahy et al., 2010; Menear, 2007; Pitetti et al., 2013; Solish et al., 2010). Moreover, only limited use of assistants were reported, even though the use of assistants has been stated as a legal right for individuals with a disability in Norway. The result is in accordance with previous research from Söderström and Tøssebro (2011). The study shows, however, that the parental knowledge about the interests and competence of their son or daughter is instrumental to successful facilitation of physical activity. Nevertheless, parents may not be expected to provide infinite support for physical activity. Thus, other enabling support will be needed, as for example enhanced use of competent assistants.

One specific method, «Leisure with Support» («Fritid med Bistand», FMB), using competent assistants, is based on the principles of empowerment (Midsundstad, 2013). Viewing empowerment as the development of individual strength and self-confidence needed to master daily life, it emphasises attention to individuals and groups as well as society (Lee, 1996). This method sees the support of individual motivation, interests and competence as valuable, and is agreeing well with the policy of offering equal opportunities for sports and physical leisure. The FMB may be one way of providing «best practice» support to individuals with DS with the aim of offering equal opportunities for sports and physical leisure activities. If adolescents with DS are to be offered equal opportunities for physical leisure activities, attention should therefore be given to the support of individual interests, mastery of skills and social interaction with other adolescents.

LIMITATIONS AND FUTURE DIRECTIONS

Several limitations must be acknowledged. With single activities as the unit of observation, data has not been collected on the frequency or the duration of individuals' engagement. While the binary (participated/did not participate) observations do give a general impression of individual activity, an improved and more detailed view could probably have been gained from including interval-scaled frequency or duration measures.

The limited sample size may also be viewed as a problem. When drawing general conclusions from data on 38 individuals, caution is in order. On the other hand, the sample does comprise 62 percent of the national population of 14 year olds with DS, which may be viewed as a strong point.

Since parents were the only informants, the adolescents' own views and opinions are not directly represented in the study. Future studies should seek information on the adolescents' own perceptions, perspectives and physical leisure preferences.

CONCLUSION AND IMPLICATIONS

In general, the physical activity of adolescents with DS is rather similar to the activity of their counterparts without a disability. However, individual differences are obvious; the sample includes very active as well as quite passive individuals. The adolescents engage in a great variety of activities, most likely influenced by local differences of opportunity.

The patterns of independent and assisted physical activity display characteristic differences. Support is often needed to enable the participation of adolescents with DS. Except for sports activities, the adolescents with DS are mainly in the company of parents or family, or alone. Parents are the main providers of support, and the use of assistants is limited.

The present study highlights that the provision of support is a challenge, because support is needed for about half of all physical activities. The present study indicates that to enable participation, parents did support their sons and daughters with regard to both individual interest and mastery of the activity. There is a need for assistants to take on this role, as in the long term it is probably not the intention that parents should be the main support providers.

If adolescents with DS are to be offered equal opportunities for sports and physical leisure-time activity, «best practice» support provisions need to be evaluated and developed. The FMB method, with

competent assistants, may be promising.

The results of this study are important not only to health and social professionals. They are also relevant to professionals and workers within the field of education concerning physical activity and leisure with children and adolescents with intellectual disability.

Acknowledgements: The authors gratefully acknowledge the participation of the parents in this study.

References

- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i helse og sosialfaglig arbeid*. Gyldendal akademiske.
- Barr, M., & Shields, N. (2011). Identifying the barriers and facilitators to participation in physical activity for children with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 1020-1033. doi: 10.1111/j.1365-2788.2011.01425.x
- Brown, T., O'Keefe, S., & Stagnitti, K. (2011). Activity preferences and participation of school-aged children in urban and rural environments. *Occupational Therapy in Health Care*, 25, 225-239.
- Caspersen, C. J., Powell K. E., & Christenson, G. M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: Definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, 100, 126-131.
- Dolva, A-S., Coster, W. J., & Lilja, M. (2004). Functional performance in children with Down syndrome. *American Journal of Occupational Therapy*, 58, 612-629. doi: 10.5014/ajot.58.6.621
- Dolva, A-S., Kleiven, J., & Kollstad, M. (2014). Actual leisure participation of Norwegian adolescents with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disabilities*, 18, 159-175. doi: 10.1177/1744629514523158
- Dolva, A-S., Lilja, M. & Hemmingsson, H. (2007). Functional performance characteristics associated with postponing elementary school entry among children with Down syndrome. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 414-420. doi: 10.5014/ajot.61.4.414
- Downs, S. J., Boddy, L. M., & Knowles, Z. R. (2013). Exploring opportunities available and perceived barriers to physical activity engagement in children and youth with Down syndrome. *European Journal of Special Needs Education*, 28, 270-287. doi: 10.1080/08856257.2013.768453
- Downs, S. J., Knowles, Z. R., Fairclough, S. J., Heffernan, N., Whitehead, S., Halliwell, S., & Boddy, L. M. (2014). Exploring teachers' perceptions on physical activity engagement for children and young people with intellectual disabilities. *European Journal of Special Needs Education*, 29, 402-414. doi: 10.1080/08856257.2014.906979
- Esposito, P. E., MacDonald, M., Hornyak, J. E., & Ulrich, D. A. (2012). Physical activity patterns in youth with Down

- syndrome. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 50, 109-119. doi: 10.1352/1934-9556-50.2.109
- Fyhri, A., & Hjorthol, R. (2006). Barns fysiske bomiljø, aktiviteter og daglige reiser. TØI rapport 869/2006. Oslo: Transportøkonomisk institutt.
- Hutzler Y., & Korsensky, O. (2010). Motivational correlates of physical activity in persons with an intellectual disability: A systematic literature review. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 767-786. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01313.x
- IBM Corp. (Released 2011). *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0*. Armonk, NY:
- Jobling, A. (2001). Life be in it: Leisure choices for active leisure. *Down Syndrome Research and Practice*, 6, 117-122. doi: 10.3104/perspectives.102
- Kielhofner, G. (2008). *Model of human occupation: Theory and application* (2nd ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kosma, M., Cardinal, B. J., & Rintala, P. (2002). Motivating individuals with disabilities to be physically active. *Quest*, 54, 116-132. doi: 10.1080/00336297.2002.10491770
- Law, M., Cooper, B., String, 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), 9-23.
- Lee, J. A. B. (1996). The empowerment approach to social work practice. I: Turner, Francis J. (ed): *Social Work Treatment. Interlocking Theoretical Approaches* (4.utg.). Free press.
- Mahy, J., Shields, N., Taylor, N. F., & Dodd, K. J. (2010). Identifying facilitators and barriers to physical activity for adults with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 795-805. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01308.x
- Meld. St. 26 (2011-2012). Den norske idrettsmodellen. [*The Norwegian Sports model*]. Oslo: Kulturdepartementet.
- Menear, K. S. (2007). Parents' perceptions of health and physical activity needs of children with Down syndrome. *Down Syndrome Research and Practice*, 12, 60-68. doi: 10.3104/reports.1996
- Midtsundstad, A. (2013). *Fritid med bistand. En metode for å støtte sosial inkludering*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Murphy, N., & Carbone, P. (2008). Promoting the participation of children with disabilities in sports, recreation and physical activities. *Pediatrics*, 34, 245-256.
- Murray, J., & Ryan-Krause, P. (2010). Obesity in Children with Down Syndrome: Background and Recommendations for Management. *Pediatric Nursing*, 36, 314-319. doi: 10.1186/1472-6823-5-6.
- NOU 2001:22. *Fra bruker til borger - En strategi for nedbygging av funksjonshemmende barrierer*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- NOVA (2014). Ungdata. Nasjonale resultater 2013. NOVA Rapport 10/14. Oslo: NOVA.
- Oates, A., Bebbington, A., Bourke, J., Girdler, S., & Leonard, H. (2011). Leisure participation for school-aged children with Down syndrome. *Disability and Rehabilitation*, 33, 1880-1889. doi: 10.3109/09638288.2011.553701
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3 ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Pitetti, K., Baynard, T., & Agliovlasitis, S. (2013). Children and adolescents with Down syndrome, physical fitness and physical activity. *Journal of Sport and Health Science*, 2, 47-57. doi: 10.1016/j.jshs.2012.10.004
- Roizen, N. J., & Patterson, D. (2003). Down's syndrome. *The Lancet*, 361, 1281-1289. doi: 10.1016/S0140-6736(03)12987-X
- Shields, N., Synnot, A. J., & Barr, M. (2011). Perceived barriers and facilitators to physical activity for children with disability: A systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 46, 989-997. doi: 10.1136/bjsports-2011-090236
- Skår, M., Gundersen, V., Bischoff, A., Follo, G., Pareliussen, I., Stordahl, G., & Tordsson, B. (2014). *Barn og natur. Nasjonal spørreundersøkelse om barn og natur [Children and nature: A national survey]*. Trondheim, Norway: Norsk Institutt for Naturforskning.
- Solish, A., Perry, A., & Minnes, P. (2010.) Participation of children with and without disabilities in social, recreational and leisure activities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23, 226-236. doi: 10.1111/j.1468-3148.2009.00525.x
- Statistisk sentralbyrå; SSB. (2014). *Levekårsundersøkelsen 2014*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- St.meld. nr. 47 (1989-90). *Om gjennomføringen av reformen for mennesker med psykisk utviklingshemming*. Oslo: Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 39 (2000-2001). *Friluftsliv - Ein veg til høgere livskvalitet*. Oslo: Miljøverndepartementet.
- Sturges, J. E. & Hanrahan, K. J. (2004). Comparing telephone and face-to-face qualitative interviewing: A research note. *Qualitative Research*, 4(1), 107-118. doi:10.1177/1468794104041110
- Søderstrøm, S., & Tøssebro, J. (2011). *Innfridde mål eller brutte visjoner? [Goals reached or visions unfulfilled?]*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.
- Thompson, J. R., Bradley, V. J., Buntinx, W. H. E., Schalock, R. L., Shogren, K. A., Snell, M. E., Wehmeyer, M. L. et al. (2009). Conceptualizing supports and the support needs of people with intellectual disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135-146.
- Tordsson, B., & Rognli Vale, L. S. (2013). *Barn, unge og natur - en studie og drøftelse av faglitteratur [Children, adolescents and nature - a study and literature discussion]*. HiT rapport nr. 1. Porsgrunn: Høgskolen i Telemark.
- United Nations (1993). *The standard rules on the equalization of opportunities for persons with disability*.
- Verdonschot, M. M. L., de Witte, L. P., Reichrath, E., Buntinx, W. H. E., & Curfs, L. M. G. (2009). Community participation of people with an intellectual disability: A review of empirical findings. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 303-318. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01144.x
- Wuang, Y., & Su, C.-Y. (2012) Patterns of participation and enjoyment in adolescents with Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 841-848. doi: 10.1016/j.ridd.2011.12.008
- Øia, T., & Fauske, H. (2010). *Oppvekst i Norge [Growing up in Norway]*. Oslo: Abstrakt forlag AS.

Forsker på aktivitet og deltakelse

Eva Magnus er førsteamanuensis og forskningsleder for satsningsområdet aktivitet og deltakelse ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Av Sissel Horghagen

– Hva forsker du på?

– De prosjektene jeg har arbeidet med de siste ti årene, handler i stor grad om menneskers muligheter til og begrensinger i å leve aktive liv og være deltakende der de ønsker det. Det mest sentrale har handlet om hverdagslivet til studenter med nedsatt funksjonsevne (PhD). I kjølvannet av dette er vi nå flere som arbeider i en internasjonal gruppe med temaet høyere utdanning og overgang til arbeid for personer med nedsatt funksjonsevne. Hverdagslivet har også vært det sentrale i prosjekter som endringer i hverdagslivet når synet svikter, hverdagslivet etter brystkreft, eller erfaringer fra kommunal rehabilitering. Jeg har også deltatt i prosjekter knyttet til Husbanken og boligsosialt arbeid. Nå er jeg i gang med to større prosjekter hvor det ene («Extensive services in people's home») skal undersøke og utvikle tjenestene til personer under 67 år som mottar omfattende helse- og sosialtjenester i eget hjem. Det andre er et innovasjonsprosjekt om folkehelse i tre kommuner i Trøndelagsfylkene («Innovasjon i offentlig sektor:

Fra kunnskap til handling – fra handling til kunnskap»). Nå skal vi i gang med evaluering av de folkehelse tiltakene som kommunene har satt i verk i prosjektet.

– Hva er dine hovedfunn?

– Det er betydningen av aktiv deltakelse og det å være en bidragsyter i samfunnet. Barrierer mot deltakelse handler ikke nødvendigvis om den enkeltes begrensninger, men minst like mye om barrierer i omgivelsene og om vår tenkning om hva som er mulig. Mange er tilbakeholdne med å fortelle om utfordringer de har, og å be om nødvendig støtte og hjelp, fordi de er usikre på hvordan de blir forstått og sett av andre. Dette skjer i utdanningsinstitusjoner, arbeidsplasser, vennskap og nabolag.

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

– For meg handler det om hva jeg selv er opptatt av til enhver tid. Én periode var det en artikkel av R. Kitchen (1998), som heter «'Out of Place', 'Knowing One's Place': space power and the exclusion of disabled people» (Disability & Society, 13, 343-356). Den beskriver hvordan fysiske om-



EVA MAGNUS

Førsteamanuensis
og forskningsleder

givelser signaliserer på ulike måter om vi er velkomne eller ikke. En annen artikkel som jeg syntes er viktig og god, er Debbie Laliberte Rudmanns «Enacting the Critical Potential of Occupational Science: Problematizing the 'Individualizing of Occupation'», (Journal of Occupational Science, 20:4, 298-313). Hun kritiserer forskere innenfor occupational science som hun mener er for individfokuserte når det gjelder utfordringer som er mer komplekse og handler om samfunnsforhold. Jeg synes de er gode fordi de er grundige og godt skrevet, og de gir meg ytterligere nye tanker om tematikk jeg jobber med.

– Hva trenger vi ergoterapeuter mer forskning om?

– For det første mer forskning på nytten av ergoterapi, og for det andre om hvordan vi kan arbeide med et enda tydeligere aktivitetsperspektiv. Samfunnsutfordringene gjør at vi må vurdere og videreutvikle måtene vi jobber på. Den forskningen som skjer i tilknytning til hverdagsrehabilitering, er viktig. Vi trenger mer av det for å kunne kommunisere enda bedre om ergoterapi med ledere og politikere.

Trenger ergoterapeuter som vil lage fagprosedyrer

Vil du være med og lage flerfaglige kunnskapsbaserte fagprosedyrer innen ergoterapi? Nasjonale nettverk for fagprosedyrer trenger bidragsyttere.

Av Ingrid Margaretha Høie

Fagprosedyrenettverket har som mål å få flest mulig kunnskapsbaserte fagprosedyrer i norsk helsetjeneste.

– For å nå målet trenger vi flere bidragsyttere, sier Karin Borgen, som leder sekretariatet for Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer.

DELER FAGPROSEDYRER

Dette er et nettverk hvor helseforetak samarbeider om å utvikle kunnskapsbaserte, flerfaglige fagprosedyrer. Det vil si fagprosedyrer som har støtte i forskning, og som er utviklet i grupper hvor alle relevante fagområder er representert.

– Ved å dele og koordinere unngår vi dobbeltarbeid og får bedre kvalitet på innholdet, sier Borgen. Hun opplyser at alle ferdige fagprosedyrer publiseres på nettsiden www.fagprosedyrer.no.

RELEVANTE FOR ERGOTERAPI

Så langt inneholder nettstedet 110 fagprosedyrer. Åtte av dem er linket mot ergoterapi, blant annet den nylig publiserte «Geriatry – akutt funksjonssvikt hos eldre» og «Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) – ergoterapeutisk kartlegging ved hjer- neslag». Ergoterapeuter har vært

med på å utarbeide disse fagprosedyrene. Av de 102 fagprosedyrene som er under utvikling, er sju relevante for ergoterapeuter.

BRUKER EGEN METODE

Fagprosedyrene lages av helsepersonell etter en definert metode.

– Vi hjelper bidragsytterne i gang og veileder dem i metodikken. En gang hvert halvår har vi kurs om hvordan man lager gode fagprosedyrer, men vi er alltid tilgjengelige for å bistå med veiledning, opplyser Karin Borgen, som kan kontaktes via fagprosedyrer@kunnskapssenteret.no.



Store muligheter
i lite format

Memoplanner er en digital kalender for deg som trenger hjelp til å huske avtalte tider, og strukturere din dag.

Memoplanner Mini er en forenklet utgave av Memoplanner, basert på et 8" nettbrett. Den er lett å ta med for den som er på farten.

Les mer på vår nye hjemmeside
www.abilia.no

ABILIA AS Tel 23 28 94 00 | info@abilia.no | www.abilia.no



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

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

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

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

Fra 1.995 i vår nettbutikk www.tryggereliv.no

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



Fagdager om kronisk utmattelsessyndrom

I mars i år møttes cirka 30 ergoterapeuter fra ulike deler av landet til spennende fagdager ved St. Olavs Hospital i Trondheim. Kronisk utmattelsessyndrom (CFS/ME) er en langvarig sykdom som karakteriseres ved en utmattelse som ikke forklares ved somatisk eller psykiatrisk sykdom, som ikke bedres ved hvile, og som er assosiert med en rekke fysiske plager.

Av Trude Wabakken



Trude Wabakken er leder for styret i «CFS/ME fagnettverk for ergoterapeuter».

Første innlegg ble holdt av rådgivende overlege Torkild Sitter ved NAV Sør-Trøndelag og NAV Klageinstans. Han snakket om betydningen av ergoterapeutens kartlegging, og hvilke utfordringer som ligger i det å skrive en god søknad til NAV. Ettersom symptomene ved CFS/ME kan være svært varierende og opptre med ulik alvorlighetsgrad, er en grundig funksjonsbeskrivelse fra ergoterapeuten av stor betydning for saksbehandler. Den skal i utgangspunktet være viktigere enn diagnosen. Brukerens tilretteleggingsbehov ønskes også nøye beskrevet, ettersom både sykdommens varighet og forløp varierer.

Berit Widerøe Njølstad, ergoterapispesialist ved Rikshospitalet og Trude Wabakken, ergoterapeut ved Frogner helsestasjon i Oslo kommune, fortalte om utfordringer ved tilrettelegging av undervisning og skolegang. Barn og ungdom med CFS/ME er ofte helt eller delvis borte fra skolen i lengre perioder. Et tett samarbeid mellom helsetjeneste-

ne og utdanningsinstitusjonene er derfor nødvendig. Problemer med konsentrasjon, oppmerksomhet, hukommelse og informasjonsbehandling er blant de mange utfordringene som beskrives. Både kognitive og fysiske symptomer gjør det vanskelig å følge normal undervisning, så skoletilbudet tilpasses individuelt. Arbeidsmengde og valgalternativer må i stor grad begrenses. Med fokus på aktivitetsavpasning og stressmestring gjennom hele døgnet er målet i første omgang å stabilisere sykdommen. Deltakelse på skole og i andre sosiale aktiviteter øker så i takt med tilfriskningen.

Irma Pinxsterhuis, ergoterapispesialist ved CFS/ME-senteret ved Oslo Universitetssykehus (OUS), og spesialergoterapeut Monica Nilsen ved Klinisk service (OUS), fortalte om sine erfaringer med de sykeste CFS/ME-pasientene. Også de svært alvorlig syke, som ofte er sengeliggende og pleietrengende, kan nyttiggjøre seg ergoterapeutens intervensjon på sengeposten eller i ambulant team. Informasjon og veiledning, tverrfaglig samarbeid, tilpasning

av pleiesituasjonen, tilrettelegging for aktivitetsutførelse, gradering av aktiviteter, fastsetting av aktivitetsnivå og kunnskap om energiøkonomisering er noen eksempler på hva ergoterapeuten bidrar med. Stabilisering av sykdommen oppnås ved adekvat hjelp og stor grad av skjerming. Deretter brukes det lang tid på mobilisering og forsiktig tilvenning i forhold til berøring, lys og lyd.

DEN ANDRE FAGDAGEN

Denne dagen startet med at ergoterapeut Maria See og kontaktsykepleier Bodil Vestvik ved St. Olavs Hospital fortalte om tilbudet ved Barnekliviken. Her fikk vi blant annet høre om ergoterapeutens rolle i den tverrfaglige utredningen. Gjennom en kartleggingssamtale, som gjøres i samarbeid med fysioterapeut, kartlegges alt fra pasientens døgnrytme og aktivitetsnivå til interesser og energiforbruk. Etter fastsettelse av diagnose utarbeider ergoterapeuten blant annet en aktivitetsplan, før informasjon gis til de fagpersoner som skal følge opp videre etter utskrivelsen. Ved overføring til lokalt hjelpeapparat er det viktig å få etablert en felles forståelse rundt pasientens situasjon. Det er også nødvendig å avklare hvem som har hovedansvaret for pasienten i den tiden det tar å stabilisere sykdommen og gradvis øke aktivitetsnivået.

Overlege Else Stålen ved St. Olavs Hospital snakket om hvilken rolle Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) har i en tverrfaglig utredning. Diagnosen CFS/ME skal kun gis dersom andre diagnoser er utelukket. Hovedoppgaven til BUP er således primært å utelukke psykiske lidelser. Det ses på mulige utløsende og opprettholdende faktorer for

tilstanden der både biologiske, psykologiske og sosiale forhold vurderes. Mestring av sykdommen er også et tema som tas opp. Aktuelle metoder omhandler for eksempel stressmestring, mindfulness, kognitive teknikker og bruk av aktivitetsplan.

ANDRE AKTUELLE SAKER

- Navnet på diagnosen CFS/ME har lenge vært omdiskutert. Institute of Medicine (USA) foreslår nye diagnosekriterier og nytt navn: Systemic Exertion Intolerance Disease (SEID). Forslaget er til høring og har skapt mye diskusjon i ulike CFS/ME-miljø.
- Den norske intervensjonsstudien med utprøving av medikamentet Rituximab (Fluge og Mella), ble naturlig nok også nevnt. Studien omfatter 152 deltakere og har fått stor internasjonal oppmerksomhet.
- Filterbriller og formstøpte støydempende ørepropper kan være nyttige hjelpemidler for CFS/ME-pasienter. Disse kan søkes om via NAV Hjelpemiddelsentralen.
- I januar 2015 ble det arrangert et kurs i Aktivitetsvekting på Lillehammer av to nederlandske ergoterapeuter som har utviklet verktøyet «Aktivitetsvekter». Her tar de for seg kartlegging, vekting, vurdering av aktivitetsnivå, registrering og planlegging.
- Tidspunktet for neste CFS/ME-fagnettverk-samling er satt til 11. og 12. april 2016 i Oslo.
- De som ønsker å holde seg oppdatert om CFS/ME og komme i kontakt med andre ergoterapeuter som jobber med CFS/ME, kan sette seg på en mailingliste. Send kontaktinformasjon til: Ida-sofie.skukkestad@nes-ak.kommune.no.

FIBERDYNEN

– en myk vektdyne som gir trygghet

Picomedes komfortable **Fiberdyne** med luftige polyesterfibre er en ny, unik løsning til alle som ikke bare trenger hvile og varme, men også ekstra trygghet. Selv om Fiberdynen hovedsakelig fungerer som vektdyne er den også konstruert slik at den oppleves som en "klassisk" god og varm dyne.

Den luftige og pustende **Fiberdynen** fra Picomed beroliger og gir bedre søvnkvalitet.



Kan bl.a. hjelpe personer

med rastløshet, ADHD, søvnforstyrrelser; psykoser; autisme spektrum forstyrrelse, agitasjon/angst og demens.

Flere veker

Voksne: 150 x 200 cm
(vekt 4-14 kg).
Barn: 100 x 125 cm
(fra 2,3 til 5 kg i vekt.)

Sikre materialer

Laget av brannhemmende Trevira CS, inneholder polyesterfibre.

Enkelt vedlikehold

Vaskes i normal vaskemaskin. Dynen kan deles i to med lynlås for å vaskes i to omganger. Kan tørkes i trommel på lav varme.

PRØV DEN!

– Kontakt oss for avtale om gratis testperiode.
Tlf. 920 18 007 eller
teis@picomed.no



PICOMED

Les mere på

www.picomed.no/produkter/fiberdynen/



KUNNSKAPSDELING I TAIWAN

Hanne Tuntland har besøkt Taiwan og undervist representanter fra helsedepartementet, ergoterapeuter, fysioterapeuter, forskere og klinikere i hverdagsrehabilitering. – Det var krevende, men også veldig morsomt, sier en sliten, men godt fornøyd Hanne Tuntland.

Av Else Merete Thyness

Taiwan er et av verdens tettest befolkede land, men har en god økonomi og et velfungerende demokrati. Helsetjenesten på den 394 kilometer lange øya har hittil vært finansiert delvis av det offentlige og delvis gjennom forsikringer og donasjoner. Nå jobbes det med en forandring i eldreomsorgen.

– Som mange andre land vil også Taiwan oppleve en stor økning i antall eldre. Derfor ønsker de nå en sterkere offentlig finansiering av tjenestene og har satt

Her er Hanne Tuntland sammen med de fire ergoterapeutforskerne samt noen fagfolk ved en av institusjonene hun besøkte.

i gang en reform de kaller Long-term Care, sier Tuntland.

Prosjektet om hverdagsrehabilitering kom i gang da Helsedepartementet i Taiwan lyste ut midler og inviterte forskere til å være med på å utforme landets helsepolitikk.

– Fire ergoterapeuter fra ulike utdanninger søkte om midler og fikk dem. Dermed er disse forskerne med på å legge føringer for helsetjenesten, og får påvirkningsmuligheter som ergoterapeuter ikke har hatt før. Det er

Ergoterapi vil bli viktig i Taiwan, både i implementering av hverdagsrehabilitering og i utvikling av primærhelsetjenesten.

Hanne Tuntland

også disse midlene som finansier- te oppholdet mitt, forteller hun.

Oppdraget fikk hun etter at ergoterapeutforbundet i Taiwan hadde hørt om Norsk Ergotera- peutforbunds arbeid med å innfø- re hverdagsrehabilitering i Norge, på møter i WFOT.

– Dette vekket interesse blant ergoterapeuter og helsepolitikere i Taiwan, som nå gjerne ville lære av våre erfaringer.

KLAR BESTILLING

Taiwan har cirka 4000 ergotera- peuter, som hovedsakelig jobber i spesialisthelsetjenesten.

– Taiwan har en dårlig utbyg- get primærhelsetjeneste, så det blir en utfordring når de nå skal innføre hverdagsrehabilitering.

Hun deltok på to store konfe- ranser. Begge ble innledet med et innlegg fra helsedepartementet om Long-Term Care-programmet. Deretter holdt hun to fore- lesninger, hver på 90 minutter. Det hele ble avsluttet med en paneldiskusjon.

– Den ene konferansen ble holdt Kaohsiung, som ligger sør i Taiwan, mens den andre foregikk i hovedstaden Taipei, som ligger i nord. Jeg hadde fått en klar bestilling av ergoterapeutforsker- ne om hva jeg skulle presentere, blant annet var de interessert i hvordan vi har utviklet hverdags- rehabilitering i Norge, hvordan vi har spredd informasjon om dette i befolkningen, og hvordan vi har integrert kunnskapen i utdannin- gene.

I løpet av oppholdet fikk hun også med seg flere institusjons-

besøk og møter med represen- tanter fra helsedepartementet.

– De fortalte at de vil innføre hverdagsrehabilitering innen to år. Dette vil gi ergoterapeut- forbundet i Taiwan en sterkere posisjon. Ergoterapi vil bli viktig både i implementering av hver- dagsrehabilitering og i utvikling av primærhelsetjenesten.

Ellers tenker hun at ergote- rapeutrollen i Taiwan er lik den vi har i Norge, med det samme teorigrunnlaget og de samme in- strumentene, men den offentlige styringen er sterkere i Taiwan.

– Det er obligatorisk å ta videreutdanning og strengere krav til dokumentasjon for hver enkelt pasient. Når myndighetene bestemmer at hverdagsrehabili- tering skal innføres, gjelder det for hele landet. Det er ikke opp til hver enkelt kommune, som her.

SPENNENDE MED SAMARBEID

Hanne Tuntland er ansatt ved høgskolen i Bergen. Stillingen er delt mellom arbeidet som første- lektor ved den tverrfaglige vide- reutdanningen Helsefremmende og rehabiliterende arbeid, og som PhD-kandidat ved Universitetet i Bergen. I sin forskning er hun tilknyttet Senter for omsorgs- forskning Vest. Her studerer hun innføringen av hverdagsreha- bilitering i Voss kommune og på nasjonalt plan. Hun er også invitert med i en internasjonal ekspertgruppe om hverdagsreha- bilitering.

– Det er spennende med nett- verk og samarbeid, både nasjo- nalt og internasjonalt, sier hun.

TAIWAN

Taiwan er en øygruppe i Øst-Kina-havet med over 23 millioner innbyggere. Her søkte Kinas nasjonalistregjering tilflukt da kommunistene i 1949 tok kontroll over fastlandet. Si- den den gang har landet vært kulturelt og politisk uavhengig av det øvrige Kina, selv om det offisielt fremdeles er underlagt moderlandet. Færre og fær- re taiwanere regner seg som kinesere.

Kilde: Wikipedia/Store Norske Leksikon



Til sammen cirka 500 taiwanere fikk med seg forelesningene til Hanne Tuntland om hver- dagsrehabilitering.

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks 9178

Grønland, 0134 Oslo

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

**Høgskolen i Sør-Trøndelag****Videreutdanning i Arbeid og helse 15sp****Videreutdanning i Fysisk aktivitet 15sp****Studentopptak høst 2015**

Fakultet for helse- og sosialvitenskap tilbyr to videreutdanninger, Arbeid og helse (15sp) og Fysisk aktivitet (15sp). I Arbeid og helse tas det utgangspunkt i et helsefremmende perspektiv, det problematiseres hvordan ulike personlige forhold, og forhold i omgivelsene, kan innvirke på personers og gruppers mulighet for lønnsarbeid. Emnet belyses med utgangspunkt i ulike befolkningsgrupper. Videreutdanning i arbeid og helse gir blant annet kompetanse til arbeid innen bedriftshelsetjeneste og kan etter søknad til Norsk ergoterapeutforbund vurderes for godkjenning som arbeidsplassvurderer, forutsatt at hjemmeeksamen vinkles i aktuell retning.

Hovedfokus i Fysisk aktivitet er hvorfor fysisk aktivitet er nødvendig for optimal funksjon av kroppens organsystemer. Tyngden er i medisinskbioologiske og psykologiske fag, men tangerer implikasjoner for samfunnsnivå. Studenten lærer om hvorfor og hvordan fysisk aktivitet som tiltak må tilpasses individ og målgruppe. Begge videreutdanningene gjennomføres parallelt med Emnene arbeid og helse og fysisk aktivitet i Master i aktivitet og bevegelse.

Målgruppe: Ergoterapeuter og fysioterapeuter, samt søkere fra andre helsefaglige og relaterte fagområder.

Opptakskrav: Bachelor i enten ergoterapi, fysioterapi, sykepleie, vernepleie, idrettvitenskap eller bevegelsesvitenskap kvalifiserer for opptak. Søkere med annen tilsvarende utdanningsbakgrunn vurderes særskilt.

Samlinger: Det er tre samlinger i løpet av våren 2016, Arbeid og helse; 14. og 15. januar, 3. og 4. mars og 12. og 13. mai 2016. Fysisk aktivitet; 25. og 26. januar, 10. og 11. mars og 12. og 13. mai 2016

Søknadsfrist: 20. november 2015

Mer informasjon finner du på siden:http://hist.no/finn_studieplaner/

Faglig ansvarlig Arbeid og helse: klara.jacobsen@hist.no

Faglig ansvarlig Fysisk aktivitet: monica.haga@hist.no

Administrative spørsmål: skb-studieveiledere-ra@hist.no



3. NASJONALE KONFERANSE OM HJERTET OG HJERNEN

Oslo Kongressenter
11. og 12. feb. 2016

PROGRAM OG PÅMELDING
www.hjertetoghjernen.no

Ergoterapeuter ønskes velkommen

Diakonhjemmet Sykehus er lokalsykehus for 135 000 innbyggere i bydelene Frogner, Ullern og Vestre Aker. Sykehuset har utvidet ansvarsområde for alderspsykiatri og eldre med brudd, og regionsykehusfunksjoner innen revmatologi og revmakirurgi. Diakonhjemmet Sykehus er et ideelt diakonalt aksjeselskap eid av Diakonhjemmet Stiftelse.

engasjert for mennesket

PhD-candidate**Three year position as PhD-candidate at the National advisory unit on rehabilitation in rheumatology, Diakonhjemmet Hospital, Oslo, Norway**

The PhD-candidate will work in the project "Occupational therapy or surgery in carpometacarpal osteoarthritis: a randomised controlled trial", which recently received a research grant from the Norwegian Research Council in the HELSEFORSK program. Three research questions will be addressed in the thesis:

- Are there differences between departments of rheumatology with regards to degree of osteoarthritis, pain and functional limitations in patients who are referred for surgical consultation for carpometacarpal (CMC1) surgery?
- Are there variation in patients' motivation and reasons for wanting CMC1-surgery?
- Does occupational therapy in the period before surgical consultation diminish the need for surgery in CMC1-OA?

For more information, please contact ingvild.kjeken@diakonhjemmet.no
Phone number: +47 98 80 26 14

For the full text of this announcement, please see
www.diaconhjemmetssykehus.no.

Final date of application:
December 1st 2015


**Diakonhjemmet
Sykehus**

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 varmemhjelpemidler 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 varmemhjelpemidler til barn og voksne

0333

ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKK-FOREBYGGENDE 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
BERGEN MEDIKAL AS
Gyldenprisvn. 16, 5056 Bergen
Tlf.: 55 94 77 00, fax: 55 94 77 01
post@bergen-medikal.no
www.bergen-medikal.no
Meds Nodex S madrass. Dynamisk nulltrykk terapisystem til forebygging i alle risikogrupper og behandling i alle stadier av trykksår. Den mest optimale løsningen på markedet i dag. Eneste nulltrykkssystem godkjent av RTV.
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no
TOGEMOMEDICALSUPPLY AS
P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11
company@mail@togemo.no
Dekker alle behov for trykkavlastning
VITAL BASE AS
Myrvegen 2, 6060 Hareid
Tlf.: 71 51 42 84, fax: 71 51 40 73
firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no
Sårbehandling/trykkavlastningsprodukter

0348

BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR

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

HML HJELPEMIDDEL-LEVERANDØREN AS
Branderudvn. 90, 2015 Leirsund
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81
firmapost@hml.no www.hml.no
HML Ståstativ
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0606/0612/0618

ORTOSER

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

0630

PROTESER

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

3. PERSONLIG STELL OG KLÆR

0903 KLÆR OG SKO

ØYTEX AS
6917 Batalden
Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77
post@oytex.no www.oytex.no
Uteklær for rullestolbrukere
ØVREBØ REHABILITERING AS
P.b. 604, 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona 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
REHATEKNIKK AS
PB 10, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 44 46, fax: 62 57 44 45
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0912 HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK

ADL PRODUKTER AS
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
HEPRO AS
Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Svan Bidette, Svan Remote, Svan Balance, Svan Lift, Svan Støttearmen, Chameleon
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamveien 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0912 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK

BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no
HEPRO AS
Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Svan Balance
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0933

HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

ADL PRODUKTER AS
Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
ASTEC AS
Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Servantheis, badebord

– PRODUKTREGISTER –

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no
ERGOGRIIP
www.ergogrip.no
tlf. 92 20 93 99 faks 56 30 66 99

Støttebøyle for vask

HEPRO AS

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

ML HJELPEMIDDEL-LEVERANDØREN AS

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

KLUBBEN AS

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

MEDEMA NORGE AS

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

www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

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

0933 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

ASTEC AS

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

BARDUM AS

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

MEDEMA NORGE AS

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

RONDA HJELPEMIDLER

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

Y 1

YRKESKLÆR/SKO

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

4. FORFLYTNING

1203/1206

GANGHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no

www.bardum.no

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 Ås
Tlf: 64 94 21 65

www.follo-futura.no

Gåbord

MEDEMA NORGE AS

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

RONDA HJELPEMIDLER

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

1212

BILTILPASNINGER

HAND-PRO AS

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

1218 SYKLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23
4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no
Sykler - man. og el.

BARDUM AS

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

MEDEMA NORGE AS

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

1221

RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS

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

Rullestoler - man. og el.

HAND-PRO AS

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

Balder el. rullestoler

HEPRO

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

MEDEMA NORGE AS

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

www.medema.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com,
www.permobil.com
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1221 B

RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS

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

HAND-PRO AS

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

MEDEMA NORGE AS

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

www.medema.no

PERMOBIL AS

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

– PRODUKTREGISTER –

SUNRISE MEDICAL AS

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

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

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

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

E-mobil hjelpemotor/ drivaggregat

MEDEMA NORGE AS

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

PERMOBIL AS

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

SUNRISE MEDICAL AS

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

1227

ØVRIGE KJØRETØYER

HANDINOR AS

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

MEDEMA NORGE AS

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

1227 A

ØVRIGE KJØRETØYER. SKILATOR/ RULLATOR M/SKI

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

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

Skilator

MEDEMA NORGE AS

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

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Gripo støttestang
ØVREBØ REHABILITERING AS
P.b. 604, 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Overflyttingshjelpemidler, Dreilett ,
Jøhl Stolløfter

1233

VENDEHJELPEMIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

1236

LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

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

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGINGEN

MEDINOR CARE

Divisjon i Medinor ASA
Postboks 94 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 07 65 00, fax: 22 07 65 05
medinor@medinor.no www.medinor.no
Brannforebyggende prod. for eldre/funksj.h.
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

REHATEKNIKK AS

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

RONDA HJELPEMIDLER

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

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no
www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79
firmapost@hepro.no www.hepro.no
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

1803

BORD

ASTEC AS

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

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

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81
firmapost@hml.no www.hml.no
Nora og Ina underarnstøttebord

MEDEMA NORGE AS

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

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

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

- PRODUKTREGISTER -

HEPRO

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

HELLAND MØBLER AS

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

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

firmapost@medema.no

www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

SUNRISE MEDICAL AS

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

1812

SENGER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81

firmapost@hml.no www.hml.no

Reiseseng

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

SUNRISE MEDICAL AS

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

1815 HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE TILSATSER TIL MØBLER

ADL PRODUKTER AS

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

ASTEC AS

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

1818 STØTTEANORDNINGER

ADL PRODUKTER AS

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

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1821

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

GEWA AS

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

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEI- SER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar
Tlf : 95 76 10 00, faks: 62 51 85 01
www.accesstrappeheiser.no
eva@accessvital.no
Heiser: Løfteplattformer,
Trappeheiser og Ramper
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund
Tlf: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81
firmapost@hml.no www.hml.no
NORINA utvikling og individuell tilpasning
ØVREBØ REHABILITERING AS
P.b. 604 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra
individuelle behov

1833

SIKKERHETSUTSTYR TIL BOLIGER OG ANDRE LOKALER

HEPRO AS

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

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Kjøkken og bad – hev/senk
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
HEPRO
Industrivn 23, 2050 JESSHEIM
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79
firmapost@hepro.no www.hepro.no

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/VARSLING

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

2103 OPTISKE HJELPEMIDLER

GEWA AS

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

2109

TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVE- MASKINER OG KALKULATORER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
GEWA AS
PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00
Fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Tilbehør til datamaskiner.

2110

KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
COGNITA AS
Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo
Tlf: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30
info@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

2127 IKKE-OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

RONDA HJELPEMIDLER

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

2136 TELEFONER OG

TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

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

GEWA AS

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

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

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

VESTFOLD AUDIO AS

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

2139 LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GEWA AS

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

Lydoverføringssystemer

GN RESOUND AS

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

VESTFOLD AUDIO AS

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

**2142 SAMTALEHJELPEMIDLER VED
NÆRKOMMUNIKASJON**

ABILIA AS

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

BARDUM AS

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

COGNITA AS

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

GEWA AS

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

GN RESOUND AS

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

VESTFOLD AUDIO AS

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

2144 GYNGETERAPI

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vekt dyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2145 HØREAPPARATER

GEWA AS

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

2146 HØRSELTEKNISKE HJLPEDMIDLER

GEWA AS

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

Hørseltekniske hjelpemidler

VESTFOLD AUDIO AS

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

2147 SOVEHJELPEMIDLER

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vekt dyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

**2148 VARSLINGSHJELPEMIDLER
COGNITA AS**

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

ABILIA AS

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

GEWA AS

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

GN RESOUND AS

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

HEPRO AS

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

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@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

2151 ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

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

GEWA AS

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

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Epi-alarm, Sengealarm, Døralarm,
Varslingsmatte, Stolalarm

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

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

GEWA AS

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

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no
www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2418

GREPTILPASNINGER OG HJELPEMIDLER 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

Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

REHATEKNIKK AS

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

2436 TRANSPORTHJELPEMIDLER

MEDEMA NORGE AS

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

3003 LEKER

ABILIA AS

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

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

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

Leire for modellering, formingsartikler.

BARDUM AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

3006 SPILL

KLUBBEN AS

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

3009 MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

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

HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund
Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41
post@handinor.no www.handinor.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

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

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
BAMSE PRODUKTER AS
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel, Krabatskjerf, sikleskjerf
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Ergonomiske produkter for stellerom/bad, kjøkken/garderobe i barnehager/skoler.
BAMSE PRODUKTER AS
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

B.LØF

LØFTEHJELPEMIDLER FOR BARN

MEDEMA NORGE AS

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

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
GEWA AS
PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00 Fax: 66 80 94 90
www.gewa.no bestilling@gewa.no
Kommunikasjonshj. for barn

- PRODUKTREGISTER -

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis
+katalog, Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
VESTFOLD AUDIO AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

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

BARDUM AS

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

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

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

MEDEMA NORGE AS

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

B.ROL

ROLLATORER

MEDEMA NORGE AS

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

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

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

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

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

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

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

MEDEMA NORGE AS

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

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes
Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68
www.hana-holmens.no
Leire for modellering, formingsartikler.
BAMSE PRODUKTER AS
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no
Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

BARDUM AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10
Fax: +47 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
PICOMED AS
Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vekt dyner til barn og voksne), Wellness Nordic Gyngestolen.
Omgivelseskontroll/fjernstyring.
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
ØVREBØ REHABILITERING AS
Pb. 604 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no
KLUBBEN AS
Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no

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

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat trioBike, transportsykkel
MEDEMA NORGE AS
Pb. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

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

ABLOY

Picomed tlf: 37 11 99 50
Action trykkavlastende

ALVEMA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ARDO MEDICAL AG

togemo Med.Supply
tlf: 62 52 62 72

ARRO CONTROL

Hepro tlf: 75 69 47 00

ATENA NORDIC AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

ATO FORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BALDER EL. RULLESTOLER

Hand-Pro tlf: 32 18 16 00

BARRY EMONS

AMAJO tlf: 67 07 43 40

BC-LIFT

Access AS tlf: 62 51 85 00

BERNAFON

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

BEKA HOSPITEC

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BERROLKA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BEST MOBILITY

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BO EDIN AB

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

BORRINGIA AS

Hepro tlf: 75 69 47 00

BOS MEDICAL

togemo MedSupply
tlf: 62 52 62 72

CABICARES

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

CAREZIA AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

CERTEC KLOKKA,TRIACON
CHESTNUT COMPANY APS

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

CIRRUS

Handicare tlf: 69 24 44 00

CLEAN LINE
HYGIENEPRODUKTER
COBI REHAB

Hepro tlf: 75 69 47 00

COMFORTA AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

CONSTELLA

Astec tlf: 22 72 23 55

CONTUR TRYKKAVLASTNING CURA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DAYS (DMA)

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DORMA

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

DRAISIN GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DYNAMO STOL APS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DYNAVOK

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

EASYLIFE GRIPESTANG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

ECN SENGELØFTER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

EDU-PLAY

Riktige Leker,tlf: 22 01 78 50/52

EDWARD SENGEN

Eurocontact Norge

ELICARE AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

E-MOBIL HJELPEMOTOR FOR
RULLESTOLER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

EUROFLEX

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FAAC

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

FITFORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FLIPSTICK. HØYDEREGULERBAR
SITTESTOKK

At ronda tlf: 51 58 87 81

GRANBERG INTERIOR AB

Astec tlf: 22 72 23 55

G. S. SMIRTHWAITE-(PETØ)

Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

HABO VÅTDUKPRESSER

At ronda tlf: 51 58 87 81

HAMATIC SENGEUNNER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

H. BOCK

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00
Highriser

HIRO-LIFT GMBH
HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

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

HML REISESENG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STOKK- OG KRYKKEHOLDER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STASTATIV

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HUMANTECHNIK

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

HUNTLEIGH HEALTHCARE

Medinor care, tlf: 22 07 65 00

HØRAT

Oticon tlf: 23 35 59 00

IDC LIFESTAND STARULLE -
STOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ILLER BELTEKJØRETØYER
IMAGETALK

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

JAMES

Picomed tlf: 37 11 99 50

JAZZY EL. RULLESTOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

JØHL HUMAN CARE

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

KNOP

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

KOMBIKLOSSEN

Enteron tlf: 22 64 78 70

KOM - I - KAPP

AMAJO tlf: 67 07 43 40

KOMFYRVAKT

Medinor care tlf: 22 07 65 00

LAVASET SENGEDUSJ
HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN

tlf: 63 87 05 80

LIKO

Handicare tlf: 69 24 44 00

LOPITAL

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

LUNOLETT

Øy-tex tlf: 57 74 55 20

MEDICA GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINI CROSSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINITECH-VARMEHJ.M. FOR
BARN OG VOKSNE

Minitex AS tlf: 62 57 78 00

MINOS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVING PEOPLE

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVITA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NILBILD AB

Gewa tlf: 66 99 60 00

NORDIC AID

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NORINA PRODUKTER

HML Hjelpemiddel-leverandøren tlf:
63 87 05 80

NOTTINGHAM REHAB

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

NTD-HISS AB

Access AS tlf: 62 51 85 00

NYPRO AS

togemo Med. Supply
tlf: 62 52 62 72

OTTO BOCK

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

PEGASUS LTD. ENGLAND

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

PERMOBIL EL. RULLESTOLER

Permobil AS, tlf: 815 30 077

PHRASE-IT, C-INNOVATION AB

cOGNiTA AS tlf: 22 43 05 00

PIKOTECH

Picomed AS tlf: 37 11 99 50

QORPUS VITA AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

QUALIWORLD, QUALILIFE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

REBEX TOADUSJ AB

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REHATEC GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REINECKER

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

ROBER LTD.

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

RONDA.OSTEHØVEL

M/KERAMBELEGG

At ronda tlf: 51 58 87 81

ROOMER TAKHEIS

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

SAFE PUTER OG MADRASSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SARO STØTABSORBERENDE

SALER

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

SAVI BARNESENGER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SCHUCHMANN GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**SCOOTER-LINE TILBEHØRS -
PROGRAM**

SENSE-MATIC AS

Access AS tlf: 62 51 85 00

SHOPRIDER

STEENS INDUSTRIER

Medinor care tlf: 22 07 65 00

**STEMMEFORSTERKER, HEARING
PROD LTD**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

STOLETEC

Hepro tlf: 75 69 47 00

STORM EL. RULLESTOLER

INVACARE AS, tlf: 22 57 95 00

STRATUS ELEKTRISKE

SCOOTERE

SUNGIFT SCOOTER

Arna Medikal, tlf: 55 24 18 70

SYKLER FOR BARN

Alu rehab AS, tlf: 51 68 18 89

SVAN CARE AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

SWERECO AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

TERGEO AS

tlf: 22 35 47 07

Bidet elektronisk bidet

THE GRID, SENSORY SOFTWARE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

TIMEX DATALINK

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

TOLARM AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

TOYS FOR THE HANDICAPPED AS

Riktige Leker,
tlf: 22 01 78 50/52

TRULIFE PUTER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

Bidet elektronisk bidet

TT MED

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

UNIK PRODUKTER

Hepro tlf: 75 69 47 00

VASTIA DUSJROM

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

VESTURE CORPORATION

(MICROCORE)

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

V. GULDMANN A/B

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

VILFRED-PUTEN

At ronda tlf: 51 58 87 81

VILGO

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

WIMA-GRIPEN

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WIMA -LABBEN

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WIMA -UNDERLAGET

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WINSLOW PRESS OG

SPEECHMARK

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

WI-VIK, PRENTKE ROMIC INT

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

ØVREBØ REHABILITERING

Øvrebø rehab. AS, tlf: 32 24 42 50

BESTILLING AV KURS- OG STILLINGS- ANNONSER

For bestilling og nærmere
opplysninger:

Erik Sigurdsson

Mobil: 90 03 09 43,

e-post: erik@addmedia.no

Priser:

1/8 side kr 4 500, - 25%

1/4 side kr 6 000, - 25%

1/2 side kr 8 500, - 25%

1/1 side kr 12 500, - 25%

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



Herlig frihetsfølelse



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

- Ledsager

Sitski gir gleden av felles opplevelser

Å kjenne mestringsfølelse og kunne oppleve ting sammen betyr utrolig mye. Vi har Sitski for ulike behov, både for de som trenger ledsager og for de som i stor grad klarer seg på egenhånd. Felles for alle våre modeller er at de er brukervennlige og har super komfort.

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

Ta kontakt for mer informasjon eller se www.bardum.no

www.bardum.no • post@bardum.no • telefon: 64 91 80 60

Bardum
- din hjelpemiddelleverandør