

ergoterapeuten

6 – 2015/58

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Hurra for 2015 6

Ergoterapiens dag **26** The 4th international MOHO Institute **62**

Vi skal ha en sterk internasjonal stemme **74**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen, Sissel Horghagen og Anne-Stine Dolva

Annonser

Erik Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 1 – 3. feb / 29. februar

Nr. 2 – 1. april / 30. april

Nr. 3 – 1. juni / 30. juni

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

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

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



12



20



74

REPORTASJER

6 Hurra for 2015

Av Else Merete Thyness

10 Med fokus på hverdag

Av Anne-Lise Aakervik

NY ARENA

12 Ergoterapeut i Den Norske Turistforening

Av Else Merete Thyness

KRONIKK

14 Hvordan knekke inkluderingskoden?

Av Haakon Herzberg

FORBUNDET

16 Hvordan møte fremtidens utfordringer innen arbeidshelse?

Av Anita Engeset

20 Anita Dimmen Johansen fikk tillitsvalgtprisen 2015

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

22 Go to gate – eller ta trikken

Av Roar Hagens

24 Arrangementer 2016

26 Ergoterapiens dag

Av Lene Jevnesveen og Sindre Erstad

28 Rettigheter ved tilbakekomst etter permisjon

Av Marianne Gjerstad

30 Innspel: Takk for laget

Av Anders Folkestad

32 25 ergoterapeuter er godkjent av spesialistrådet

Av Anita Engeset

FAGLIG

34 Jeg følte at jeg kom videre i livet

Av Lisbeth Kvam og Eva Magnus

42 Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) med norske normverdier

Av Anne-Stine Dolva, Jo Kleiven, Lena Krumlinde-Sundholm og Marie Berg

VITENSKAP

48 På vei inn i en kunnskapsbasert praksis

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

60 Forsker i farten: Unni Sveen

Av Sissel Horghagen

AKTUELT

61 Demonstrerte ergoterapi

Av Mari Bergem og Sissel Horghagen

62 The 4th international MOHO Institute

Av Hiromi Nakamura -Thomas, Leah R. Van Antwerp, Moses Ikiugu, Patricia J. Scott og Tore Bonsaksen

68 Minneord for Tone Rønnevig

Av Solveig Dale

69 Ergoterapi – mangfold og muligheter

Av Else Merete Thyness

70 Aktivitetsvitenskap for ergoterapeuter

Av studenter ved master i aktivitet og bevegelse ved høyskolen i Sør-Trøndelag

71 Godkjenningsordning for brukeropplæring i elektro-medisinske hjelpemidler

Av Anne Lise Ingulfsen

72 Tilrettelegging av bolig

Av Cathrine Hagby

PÅ DEN SISTE SIDEN

74 Vi skal ha en sterk internasjonal stemme

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

76 Kurs- og stillingsannonser

83 Produktregister

90 Agenturregister

Forsidebilde: Skjalg Böhmer Vold

Nytt godt år

I årets siste utgave av Ergoterapeuten feirer vi blant annet oss selv. I løpet av 2015 nådde vi tre milepæler: Innsatsstyrt finansiering av ergoterapi på poliklinikker, master i ergoterapi ved høyskolen i Oslo og Akershus og lovfesting av ergoterapeuter i kommunene. Det er lov å være stolt.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Når man står på terskelen til et nytt år, er det helt på sin plass både å dvele over fortiden, og drømme om fremtiden.

I denne utgaven trykker vi den siste i en artikkelserie på fire som har sitt utspring i en spørreundersøkelse redaksjonen og redaksjonskomiteen utførte i 2013. Vi ønsket å undersøke norske ergoterapeuters bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper. Så vidt vi vet, er det få andre studier som omhandler dette temaet. Vi fant blant annet ut at

- ergoterapeuter bruker ofte kartleggingsredskaper for å velge tiltak, men noe sjeldnere for å vurdere endring over tid
- bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper kan gjøre det lettere for ergoterapeuter å kommunisere faget, og
- bruk av kartleggingsredskaper legger til rette for klientbasert behandling.

Det er artig å være med å bidra til kunnskapsbasert praksis.

I dette bladet har vi også en reportasje om fagkongressen

i Trondheim i 2017. Tema for kongressen er «hverdagen i fokus – kvalitet, nytenkning, mestring, kompetanse». Kongresstyret håper nå at ergoterapeuter vil starte opp fagprosjekter og sende inn abstrakter. Vi sender med glede denne beskjednen videre, og ser fram til 2017.

På denne tiden i fjor satte jeg meg et nyttårsforsett: Å bringe fagbladet ut på flere digitale plattformer. Det kan tilsynelatende se ut som om det har falt i fisk. Heldigvis er ikke det tilfellet. I kulissene jobbes det på spreng. Samtidig med at dere får den første utgaven av Ergoterapeuten i 2016 i hendene, kan dere også lese fagbladet på mobil, nettbrett og PC – alt med utspring i en flunkende, ny hjemmeside.

Og så helt til slutt: Refleksjonen som følger med fagbladet, er en oppfordring til ikke bare å synes på veiene, men også på jobben og i lokalmiljøet. Det har vi gjort i 2015, og det skal vi fortsette med i 2016.

Takk for det året som har gått, og godt nytt år!



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Hurra for lovfesting – vi tar bølgen inn i det nye året!

For et år!

For en aktivitet og deltakelse!

Ergoterapeutene er i medvind over hele landet, og samtidig står vi på solide skuldre av ergoterapeuter og tillitsvalgte som har gjort en innsats før oss. At Stortinget nå har vedtatt lovfesting av ergoterapeuter i kommunene, skyldes ikke bare vår overtalelseskunst, men i særlig grad medlemmenes innsats over hele landet. Alle har noen i nærheten som har opplevd å mestre hverdagen med støtte fra ergoterapeuter. De virkelige historiene som viser at «ergoterapi gjør hverdagslivet mulig» trenger ikke alltid å komme fra oss selv.

Den videre innsatsen for flere ergoterapeutstillinger skjer i kommunene. Det er nødvendig at vi framsnakker hverdagsmestring og deltakelse rundt omkring de

tusen lunsjbord, på institusjonene og i kommunene. Det er fortsatt mange kommunepolitikere som trenger informasjon fra lokale ergoterapeuter! Det er i kommunestyrene vedtakene skjer, av helt vanlige folkevalgte personer som ikke nødvendigvis kan så mye om helse og deltakelse. Et nyttårsforsett kan være å kontakte en lokalpolitiker; fortell hvordan ergoterapeuter utløser ressurser og sikrer bærekraftig helsetjeneste!

I skyggen av lovfesting er en like viktig sak: innsatsstyrt finansiering (ISF) av ergoterapi innen spesialisthelsetjenesten har kommet på statsbudsjettet. Dette er prinsipielt viktig og bidrar til å sikre at flere får spesialisert poliklinisk og ambulant ergoterapi. Dette er en tjeneste det er klokt å velge mer av i framtida.

En ny organisasjonsmodell

er i god utvikling. Digital organisasjon med ERGO-sky og videomøter fungerer utmerket. Vi har gjort positive erfaringer med å videooverføre møter og forelesninger til alle medlemmene. Flere kurs legges ut i regionene. Forbundsstyret og regionstyret gjør en glitrende jobb, som i større grad også gir oss følelsen av å være en helhetlig organisasjon. Tusen takk til dere!

I 2016 skal Ergoterapeutene tydeliggjøre vårt bidrag for psykisk helse og arbeidsdeltakelse. Samtidig må vi «lande» lovfesting ved å sikre at vi kommer med i lovproposisjonen, samt framsnakke lønnstilskudd for ergoterapeuter.

Takk for glitrende innsats i 2015. Nyt jula og gled dere til bølgen med mer aktivitet og deltakelse i 2016!

HURRA FOR 2015!

2015 har vært et travelt år for norske ergoterapeuter. Vi har fått på plass innsatsstyrt finansiering for poliklinisk ergoterapi i spesialisthelsetjenesten, master i ergoterapi på Høgskolen i Oslo og Akershus, og sist, men ikke minst: lovfesting av ergoterapeuter i kommunene.

Finansieringen av de regionale helseforetakene er i hovedsak todelt og består av en basisbevilgning og en aktivitetsbasert bevilgning. Den siste kalles for innsatsstyrt finansiering (ISF), og gjennom denne ordningen får sykehusene betaling for utførte tjenester. Ergoterapeuter har tidligere ikke vært inkludert i denne avtalen.

– Det har ført til at noen poliklinikker ikke har ønsket å benytte ergoterapitjenester, sier Mette Kolsrud, tidligere seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

I 2014 stilte landsmøtet et tydelig krav til organisasjonen om at saken skulle prioriteres.

– Vi har kjempet for den lenge, både gjennom høringsinnspill og møter i helsedepartementet og direktoratet. I år har endelig regjeringen foreslått å inkludere ergoterapeuter innenfor fagområdet nevrologi og muskel- skjelett- og bindevevssykdommer.

– Hva betyr dette i praksis?

– Samfunnet er i endring, og stadig flere helsetjenester blir overført til poliklinikkene. Da er det bra at det ikke lenger er et økonomisk hinder å ha ergoterapeut ansatt her. Nå vil pasientene bli møtt med riktig kompetanse



– Det ligger an til at innsatsstyrt finansiering også skal omfatte poliklinisk behandling hos ergoterapeut fra nyttår, sier Mette Kolsrud.



– En master i ergoterapi vil bli gullstandarden for spesialistordningen, sier Anita Engeset.

uavhengig av refusjonsordningen til sykehusene. Vi satser på en gradvis utvidelse av ordningen til for eksempel å gjelde rehabilitering og lungesykdommer også, sier Mette Kolsrud.

Hun mener at ISF-ordningen spiller en rolle også når det gjelder oppgavedeling.

– Mange av de oppgavene fastlegen gjør i dag, kan henvises til andre yrkesgrupper, men da må finansieringssystemet underbygge det.

MASTER I ERGOTERAPI

Høgskolen i Oslo og Akershus får landets første mastergrad i ergoterapi.

– Vi har jobbet for dette siden 2008, og fikk den endelig godkjent i 2014, sier Mona Dahl, instituttleder for ergoterapi og ortopediingeniørfag

Det er krevende å etablere en master, men det gjorde prosessen enklere at Fakultet for Helsefag ved høgskolen allerede hadde etablert et PhD-studium i helsevitenskap, og dermed selv kunne opprette masterprogrammet.

– Og vi har bygget opp et sterkt fagmiljø. To professorer i ergoterapi og flere i staben med førsteamanuensis- og første-



Mona Dahl og resten av fagmiljøet ved ergoterapeututdanningen i Oslo og Akershus er spente på hvem som kommer til å søke om å bli opptatt ved masterstudiet. – En profesjonsrettet mastergrad vil bidra til fordyping, styrking og utvikling av fagets kunnskapsgrunnlag, sier hun.

Foto: Skjalg Bøhmer Vold/Khrono

lektorkompetanse gjør oss godt rustet til å håndtere en master, sier hun.

– Hva betyr det for ergoterapeuter at vi nå får en master i ergoterapi?

– Denne masteren har fokus på intervensjoner i hverdags- og arbeidsliv og vil bidra til fordyping, styrking og utvikling av fagets kunnskapsgrunnlag og metoder.

Hun peker på at det er behov for et kompetanseløft i kommunene, og at det hittil har vært for få ergoterapeuter med masterkompetanse i kommunehelsetjenesten.

– Vi kommer blant annet til å vektlegge metoder for å kunne vurdere om våre tiltak gir den effekten som vi tror og forventer. I

t tillegg skal det bygges kompetanse om prosjektdesign og gjennomføring, pluss det å utvikle gode søknader til prosjekter, sier hun.

Kunnskapstranslasjon er også en viktig del av masteren og utgjør et eget emne som undervises digitalt.

– Forskning bør være både praksisnært og praksisrelevant. Det er ikke nok å kjenne til begrepet kunnskapsbasert praksis – vi må vite hvordan ny kunnskap skal føre til bedre behandling for de menneskene det gjelder.

Med en master i ergoterapi og en PhD i helsevitenskap kan studentene ved ergoterapiutdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus nå gjennomføre et åtteårig studieløp, hvorav fem

år er rent ergoterapifaglige. Nå er utdanningen spente på hvem som søker om å bli opptatt som masterstudenter.

– Dette er en mulighet for videre utdanning både for nye bachelorkandidater og søkere som har tatt bachelorgrad tidligere. De som har tatt videreutdanning i ergoterapi innen allmennhelse og velferdsteknologi, kan søke om å få innpasset disse emnene som et delemne. Dette skyldes at disse videreutdanningene strategisk har blitt utviklet på masternivå.

Hun gleder seg til å ta imot de nye studentene neste høst.

– Det ligger en stor ressurs i masterstudenter som skal gjennomføre prosjekter og skrive



«Stortinget ber regjeringen komme tilbake med forslag til lovendring som inkluderer ergoterapikompetanse som en lovpålagt tjeneste i kommunene»

Stortingets helse- og omsorgskomiteé

oppgaver med god tilgang til veiledning. De knyttes opp mot ulike forskningsmiljøer, og når disse resursene føres sammen, vil det igjen kunne generere mer forskning på ergoterapi, sier hun.

Instituttleder Mona Dahl ser også at det er behov for å få flere ergoterapeuter med master for å kunne rekruttere flere ergoterapeuter inn som stipendiater ved PhD-programmet.

– Når masteren i ergoterapi starter opp, vil dette komme som en naturlig følge, sier hun.

Anita Engeset, seniorrådgiver ved forbundskontoret, er også glad for masteren i ergoterapi.

– Forbundet fikk i 2014 på plass en ny spesialistordning som baseres på en mastergrad. Den nye masteren i ergoterapi vil bli gullstandarden vår, sier hun.

Engeset bekrefter behovet om et kompetanseløft i kommunehelsetjenesten.

– Som en følge av samhandlingsreformen legges stadig flere oppgaver til kommunene. Det krever mer av de ansatte. Arbeids-giverne etterspør stadig oftere videre- og etterutdanning, sier hun.

LOVFESTING AV ERGOTERAPI

Rett før sommeren kom sjokk-beskjeden om at regjeringen i sin melding til Stortinget om fremtidens primærhelsetjeneste foreslo lovpålegg av lege, sykepleier, fysioterapeut, helsesøster, jordmor og psykolog, men ikke ergoterapeut.



Toril Laberg og Nils Erik Ness sammen med Ketil Kjenseth fra Stortingets helse- og omsorgskomiteé. – Ergoterapeuter er en viktig og nødvendig profesjon i fremtidens helse- og omsorgstjenester, sier Ketil Kjenseth.

– Forbundet lagde med en gang en plan om hvordan vi kunne profilere oss på en positiv måte. Jeg ønsket å tydeliggjøre at det lønner seg med ergoterapeuter i primærhelsetjenesten, selv om vi ikke skulle bli lovpålagt, sier forbundsleder Nils Erik Ness.

Sammen med generalsekretær Toril Laberg jobbet de med å spisse budskapet. De bestemte seg for ikke å ramse opp alt det en ergoterapeut gjør, men vektlegge hvilke samfunnsutfordringer faggruppen løser. Det viktigste skal kunne sies på en halv side!

– Vi ville få fram at aktivitet og deltakelse utløser ressurser for enkeltmennesket og samfunnet, og vi la vekt på hverdagsmestring, arbeidsdeltakelse og velferdsteknologi. Vi ville vise politikerne at ergoterapeuter er en del av løsningen for fremtidens helse-Norge med mangel på helsepersonell.

Deretter ba de om møter med stortingsrepresentanter i helse- og omsorgskomiteen og kommu-

nal- og forvaltningskomiteen.

– Alt i alt hadde vi møter med alle de politiske partiene. Selvsagt deltok vi i høringen på meldingen i helse- og omsorgskomiteen sammen med seksti (!) andre organisasjoner. Vi har blitt møtt veldig godt og fikk bred støtte.

Flere brukerorganisasjoner la også vekt på ergoterapeuters kunnskap om hverdagsliv og deltakelse i sine høringsinnspill og møter, samt støtte fra Unio.

– Dette er også viktige aktører og argumenter som teller for politikere, sier Ness.

Samarbeidspartene Høyre, Frp, KrF og Venstre ble etter hvert enige om å lovfeste ergoterapi innen 2020. Fredag 16. oktober kom gladmeldingen: Flertallet på Stortinget ønsket å lovfeste ergoterapi som en del av kommunehelsetjenesten.

– Hvorfor er det så viktig at ergoterapi blir en lovfestet tjeneste?

– Lovpålegg er en viktig symbolsak fordi det handler om å være en verdsatt profesjon i primærhelsetjenesten. Den store utfordringen nå er å få flere ergoterapeutstillinger i kommunene, sier Nils Erik Ness.

Venstres helsepolitiske talsperson, Ketil Kjenseth, er en av flere politikere som aktivt har støttet Ergoterapeutene.

– Ergoterapeutene trengs i kommunene for både innkjøp og tilpasning av velferdsteknologi, samt for opplæring av andre helsearbeidere, sier han.

MED FOKUS PÅ HVERDAG

NORSK FAGKONGRESS I 2017

De er godt i gang med planleggingen og håper på stor oppslutning når de om to år ønsker velkommen til Norsk fagkongress i ergoterapi. Trondheim er stedet, og temaet er «hverdagen i fokus».

Av Anne-Lise Aakervik

2017 er det altså region Midt-Norge som har tatt på seg ansvaret med å arrangere kongressen

– Vår målsetning er at alle deltakere skal få noe faglig ut av konferansen, fra konkrete tips å ta med hjem til egne avdelinger og arbeidsplasser, til gode diskusjoner og meningsutvekslinger med kolleger fra hele Norge. Det sier Anita Rosmæl, som er kongressleder.

Ergoterapeutene jobber innenfor mange forskjellige områder og i tverrfaglige team. Ofte er man bare én eller to stykker på arbeidsplassen. Kongressstyret mener derfor det er viktig å gi plass for gode kollegaopplevelser og utveksling av erfaringer i tillegg til faglige løft.

Sammen med seg har Anita Rosmæl et kongressstyre på ni personer. Til dette intervjuet er de fem til sammen, da flere jobber på St. Olav eller i Trondheim kommune.

– Dette er første gang vi arrangerer en norsk kongress i Trondheim, og det er på tide, sier hun og får bifallende nikk fra de fire andre rundt bordet.



Norsk kongress for ergoterapi arrangeres i Trondheim 6.- 8.november 2017 på Scandic Lerkendal hotell.



– Det var på tide at norsk fagkongress ble arrangert i Trondheim, sier Anita Rosmæl, leder for kongressstyret.

BEGYNN Å PLANLEGGE

Tema for kongressen er «hverdagen i fokus – kvalitet, nytenkning, mestring, kompetanse».

– I første omgang leter vi nå etter hovedtaler innenfor hvert tema. I tillegg åpner vi opp for at deltakerne sender inn abstrakter til hvert tema. Det er en viktig del av kongressen. Alle som tenker på å stille med abstrakt, må derfor begynne å planlegge et fagutviklingsprosjekt så snart som mulig, oppfordrer Marianne Mesteig, som er leder for programkomiteen.

– Selv om noen nok vil tenke at det jeg gjør er så lite at det ikke har noen betydning, så vil jeg understreke at alle kan lære bort noe. Små ting kan gi føre til store endringer for den enkelte i jobbsammenheng.

– Ingen prosjekter er for små til å legges fram, sier Ida Weydahl, som er ansvarlig for kommunikasjonskomiteen.

– Alle som sender inn, blir vurdert og får tilbakemelding. Vi skal både ha innlegg og posterpresentasjoner.

– Vi ønsker både bredde og høyde i programmet og blant



Disse bidrar til at Norsk fagkongress i ergoterapi 2017 blir så bra som overhodet mulig. Foran fra venstre Ida Weydahl, Anita Rosmæl og Marianne Mesteing. Bak fra venstre Anne E. Haddeland og Jorunn Uleberg.

deltakerne. Bredde slik at alle skal finne foredrag og sesjoner som gir innspill til egen praksis, høyde som sier noe om at her skal det være plass til både de som jobber med pasienter, og til forskere med doktorgrader, sier Marianne Mesteig.

ENGASJERT GRUPPE

Alle i styret jobber frivillig, og til sammen er de cirka førti stykker som jobber med forberedelser til kongressen i 2017.

– Jeg deltok på forrige kongress i Oslo og syntes jeg fikk så mye igjen for deltakelsen, sier Anne E. Haddeland, som gjerne vil gi noe tilbake og meldte seg til styret. – Jeg hadde så godt utbytte at jeg vil være med å arrangere

i Trondheim og lage en minst like god kongress.

De har allerede holdt på i et halvt år, og ennå er det lenge igjen til kongressen er i gang. Er de ikke redde for å miste koken, ettersom det fremdeles er to år til åpningen finner sted?

– Med Anita ved roret er vi i trygge hender, sier Ida og Anne. Hun trekker i de riktige trådene. – Det hjelper mye at jeg har så flotte folk med meg, parerer Anita. – Jeg har gått hjem fra møtene våre og kjent en stor glede og visshet om at vi skal få til dette. Alle i gruppen er sprudlende og engasjerte mennesker. Her er det mye energi og givende faglige diskusjoner som jeg håper smitter over på programmet.

KONGRESSTYRET

Anita Rosmæl - leder
Morten Hoel - nestleder
Synnøve Opsahl Melseth - sekretær
Mona Ødegård - representant fra regionstyret Ergoterapeutene Midt
Marianne Mesteig - leder for programkomiteen
Ida Weydahl - leder for kommunikasjonskomiteen
Jorunn Uleberg - leder for praktisk komite
Anne E. Haddeland - leder for kulturkomiteen
Turid Torland - leder for samarbeidspartnerkomiteen



NAVN

Hanne Tretterud Lund

STILLING

Fagsjef i DNT Oslo og Omegn

HVOR

Den Norske Turistforening

Ergoterapeut i Den Norske Turistforening

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

Jeg jobber i DNT Oslo og Omegn, som er den største medlemsforeningen i Turistforeningen. Den Norske Turistforening (DNT) består av 57 medlemsforeninger med tilknyttede lokallag og har over 268 000 medlemmer.

– Hva jobber du som?

Administrasjonen i DNT Oslo og Omegn består av rundt 45 ansatte. Jeg er fagsjef for «Prosjekter og helse» i Aktivitetsavdelingen.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

Jeg har vært ansatt siden

2012. Jeg begynte som prosjektleder for et turtilbud som heter «Aktiv i 100». Her organiserte vi lavterskelturer for voksne i nærmiljøet. Gjennom prosjektet har vi etablert ni lokale nærturgrupper i Oslo. Siden 2014 har jeg hatt de nåværende arbeidsoppgavene mine.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

Mine viktigste arbeidsoppgaver er å utvikle aktivitetstilbud som kan bidra til at nye grupper tar i bruk friluftslivet. Tilbudene er avhengig av ekstern finansiering. Jeg bruker derfor mye tid på å skrive prosjektsøknader til ulike instanser. Jeg har et overordnet ansvar for å følge opp de prosjektene vi får innvilget.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

Jeg jobber med friluftssaktiviteter for ulike målgrupper, så det er bra å ha en forståelse for aktivitet og hvilke krav og muligheter det ligger i ulike aktiviteter. For eksempel er det viktig, når vi legger opp turer for folk med forskjellige funksjonsnivåer, å vurdere turterrenget og finne muligheter til å tilpasse turen underveis ved å se på alternative ruter.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

Dette er en jobb som mange ulike yrkesgrupper kan ha. Ergoterapeuter har god kunnskap om aktivitet, og de sosiale mulighetene som ligger i å skape gode aktivitetstilbud. Jeg har også en master i psykisk helsearbeid. Gjennom masterutdanningen fikk jeg trening i å skrive prosjektoppgaver, noe som har vært viktig for å skrive gode prosjektsøknader.

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

Det er gøy og spennende å jobbe innenfor en organisasjon

som jobber med friluftsliv. Vi mener at friluftslivet har et stort potensial og er et betydningsfullt tiltak for folkehelse. Friluftslivet kan også være en nøkkel til integrering. Mange flerkulturelle forteller at det var gjennom turgang at de ble integrert.

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

Jeg vil oppmuntre ergoterapeuter til å søke jobber innenfor organisasjoner, hvor det ofte er en særegen drive og stort engasjement. Jeg vil også benytte anledningen til å anbefale alle som har mulighet, til å bruke friluftslivet som aktivitetsform. Friluftsliv har masse potensial. Det er gratis, inkluderende og har en veldokumentert helsemessig gevinst.

DEN NORSKE TURISTFORENING (DNT)

- › Den Norske Turistforening (DNT) ble stiftet 21. januar 1868 av Thomas Heftye.
- › Engelske turister var blant de første fjellvandrere. «Anten er han spikande galen, elder so er han engelsk-mann», lyder et gammelt ordtak.
- › DNT har 57 selvstendige medlemsforeninger.
- › DNT har 500 hytter rundt om i landet.
- › DNT merker 20 000 kilometer sommerruter over hele landet.
- › De merker også 4300 kilometer vinterruter i Sør-Norge.
- › DNT Oslo og Omegn ble stiftet i 1868 og jobber med å legge forholdene til rette for at flest mulig skal få gode naturopplevelser.



DNT Oslo og Omegn ble stiftet i 1868 og jobber med å legge forholdene til rette for at flest mulig skal få gode naturopplevelser.



*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 varslers 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
■■■■■■■■■■

Hvordan knekke inkluderingskoden?

Norge har mye å skryte av når det kommer til arbeid og velferd. Vi har, tross den siste tidens økning, den laveste ledigheten innenfor OECD-området, vi har høy arbeidsdeltakelse, et høyt utdanningsnivå og vi har et produktivt arbeidsliv der folk gjennomgående trives og har høy motivasjon i jobben. Likevel er det for mange i yrkesaktiv alder som står helt eller delvis utenfor arbeidslivet og mottar ytelser.

Av Haakon Hertzberg



*Haakon Hertzberg
leder politikkseksjonen
i NAVs Kunnskapsstab.*

Dette er noe både NAV, arbeidsgiverne, skolen, helsevesenet og politikerne må jobbe for å endre på. Dette klarer ikke NAV alene. Grunnen til det er ikke bare mangel på ressurser, men også at nøkkelen til arbeidsinkludering må finnes ved hjelp av ulike yrkesgrupper på mange av samfunnets arenaer.

NAVs ambisjon er at vi skal løfte oss mange divisjoner på å jobbe ut mot arbeidsmarkedet og på å formidle folk til jobber. Det er NAVs kjerneoppgave, og der må vi alltid strekke oss etter å bli bedre. Vi må sørge for at mobiliteten blir høyere, at regelverket blir praktisert mer fleksibelt, og vi må hele tiden foreslå forenklinger. Men vi kan ikke oppheve tyngdelovene. Det er dessverre en økende andel av våre brukere som aldri har vært i arbeid, og stadig flere folk langt opp i tjueåra som aldri har hatt en sommerjobb. Denne utfordringen klarer vi ikke å løse alene. Vi trenger hjelp til å iverksette noen grunnleggende endringer som kan demme opp for utenforskapet. Ergoterapeute-

nes kompetanse er svært viktig i arbeidet med å få til dette.

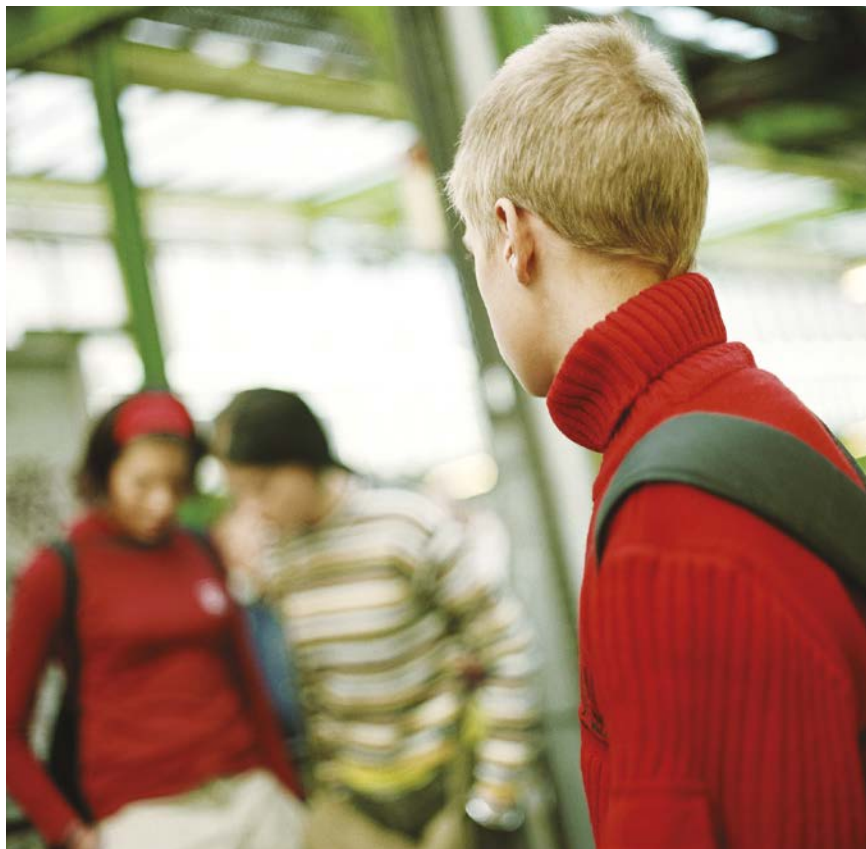
Vi i NAV beregner årlig hvor mange årsverk som går tapt på grunn av arbeidsledighet eller sykdom. I 2014 mistet vi over 600 000 årsverk på grunn av sykefravær, uførhet, nedsatt arbeidsevne som følge av helseplager og arbeidsledighet. Dette utgjør nesten ett av fem årsverk i arbeidslivet. Det mest slående med disse tallene er at så mange av de tapte årsverkene tilsynelatende skyldes dårlig helse. Men vi nordmenn har en særdeles god folkehelse. Det rimer derfor dårlig at det store volumet av tapte arbeidstimer skyldes helseproblemer.

Det er tre store motorveier fra arbeidsmarkedet til et liv i utenforskap. Den ene handler om frafall fra videregående opplæring. Behovet for ufaglært arbeidskraft er kraftig redusert og vil bli stadig mindre i åra som kommer. Ni av ti personer med høyere utdanning deltar i arbeidslivet. For dem som bare har fullført grunnskolen, gjelder dette bare for seks av ti. For mange ungdommer blir gående på kortsiktige NAV-tiltak

fremfor å bli motivert til å fullføre videregående skole. Nøkkelen til å få flere gjennom videregående opplæring er alternative løp, gjerne med utgangspunkt i en arbeidsplass. Tiden er inne for å sørge for at «alle» fullfører videregående opplæring. Det må skolene hjelpe oss med. Det er i økende grad en forutsetning for å få varig innpass på arbeidsmarkedet.

Den andre motorveien til fravær av arbeid starter gjennom langvarig sykefravær. Jo lengre en person er sykmeldt, desto større er sannsynligheten for at vedkommende aldri kommer tilbake i arbeidslivet. Svært mange som går mer enn ett år sykmeldt, ender opp på mer langvarige ytelser, som arbeidsavklaringspenger og uførepensjon. Det er en utfordring for den enkelte og et tap for samfunnet. Fra en posisjon i arbeidslivet er mange på kort tid over i en stilling ganske fjernt fra arbeidslivet. Derfor er det helt avgjørende at sykmeldte beholder en tilknytning til arbeidslivet. Det kan vi oppnå ved at legen ikke alltid sykmelder hundre prosent, men graderer sykmeldingen slik at den enkelte beholder kontakten med jobben. Dette må helsevesenet hjelpe oss med.

Den tredje store motorveien til et liv utenfor arbeidsmarkedet er mangel på integrering av personer med innvandringsbakgrunn. Det gir mindre og mindre mening å snakke om «innvandrere» som en ensartet gruppe, fordi vi innenfor denne gruppen finner stadig større forskjeller. Fra den fremste ekspertisen på sentrale områder, via grupper som har særdeles høy sysselsetting, til store grupperinger som står svært langt unna arbeidsmarkedet.



Det er tre store motorveier fra arbeidsmarkedet til et liv i utenforskap. Den ene handler om frafall fra videregående opplæring.

Felles for de siste er ofte svake norskkunnskaper og liten utdanning og praksis fra hjemlandet. Med en slik bagasje stiller man langt bak i køen til arbeidsmarkedet, og det kreves ofte lange løp for å kvalifisere for jobber - løp som krever omfattende tiltak som det er knapphet på. Spesielt gjelder dette satsninger som inneholder både solid språkopplæring og arbeidspraksis.

Vi bruker årlig mer enn sju milliarder kroner på arbeidsmarkedstiltak for å få arbeidsledige i jobb. Dette er en viktig samfunnsinnsats, og NAV er pålagt å kjøpe disse tjenestene fra arbeidsmarkedsbedrifter og andre aktører i dette markedet. En hovedutfordring i dag er at vi bruker for mye av disse pengene utenfor det ordinære arbeidsmarkedet.

I stedet for å sende alle inn i

lange forberedelsesløp i såkalt skjermede virksomheter bør mange gå rett inn i de ordinære bedriftene. For å få til det må vi gi bedriftene tilstrekkelig økonomisk kompensasjon for personene de tar imot, samtidig som NAV eller arbeidsmarkedsbedrifter følger opp både bedriften og den enkelte tett og individuelt. Javisst har vi gode eksempler på dette i dag, men det bør skje i mye større skala.

For å knekke inkluderingskoden må vi innsnevre de tre store motorveiene til utenforskap: Langvarig sykefravær, frafall fra videregående opplæring og mangel på integrering av store innvandrergupper. Og vi trenger forenklinger som gjør at vi kan finne løsningene direkte i det ordinære arbeidslivet, uten forsinkende omveier.

Hvordan møte fremtidens utfordringer innen arbeidshelse?

De største helseutfordringene i Norge både når det gjelder omfang og kostnader i form av redusert helse, sykefravær og uførhet er knyttet til muskel og skjelettplager og psykiske problemer. Nærmere halvparten av disse oppgir at plagene helt eller delvis skyldes jobben, og internasjonale og nyere norske studier viser at både psykiske og mekaniske faktorer i arbeidsmiljøet spiller en vesentlig rolle (STAMI, 2015).



Anita Engeset er seniorrådgiver i Norsk Ergoterapeutforbund.

Av Anita Engeset

Når mennesker faller utenfor arbeidslivet og lønnet inntekt, er dette med på å opprettholde de sosiale ulikhetene i samfunnet. Tiltak for å hindre lange sykmeldinger kan være viktig for å forebygge overgang til uføretrygd (Folkehelseinstituttet, 2014).

Arbeid kan være spesielt utfordrende for mennesker med redusert psykisk helse. Arbeidslivet må derfor være inkluderende og gi rom for fleksible og tilrettelagte tilbud for mennesker med psykiske helseproblemer. Å tilrettelegge for økt arbeidsdeltakelse er svært viktig for at de som ønsker og kan jobbe, skal få mulighet til det.

Ergoterapi bidrar til å redusere helsefarlige arbeidsplasser, fremme nærvær i arbeidslivet og unngå arbeidsrelatert sykefravær, uførhet og utstøting. Den aktivitetsbaserte kompetansen og breddetilnærmingen til funksjon, aktivitet og helse vil spille en viktig rolle i møtet med fremtidens utfordringer innen ar-

beidshelse. To sentrale virkemidler for å redusere gapet mellom den enkeltes arbeidsevne og arbeidslivets krav er funksjonsvurderinger og aktivitetsanalyser.

ØKENDE FOKUS PÅ FAGETS KJERNEKOMPETANSE

Ergoterapipraksisen baserte seg lenge på andre profesjoners metoder og redskaper. Dette førte til tap av profesjonsidentitet. I de siste årene har ergoterapifaget vært inne i en spennende utvikling med et økende fokus på fagets kjernekompetanse. Det har blant annet resultert i utvikling av mange ergoterapispesifikke undersøkelser (Wæhrens, 2015).

Samfunnet blir mer markedsorientert, og det stilles strengere krav til kvalitetsmessig gode og bærekraftige tjenester. I offentlige føringer og dokumenter er en tydelig på at tjenestene skal være kunnskapsbaserte. Samfunnet kan kreve dokumentasjon på ergoterapeutens arbeid, og

ergoterapeuten selv kan ha behov for å tydeliggjøre og lære av eget arbeid. I tillegg etterspør brukere og klienter selv virkning av tiltak. Bruk av undersøkelses- og vurderingsredskaper der de grunnleggende kvalitetene ved redskapet er vurdert, er et viktig ledd i systematisering og profesjonalisering av ergoterapi (Wæhrens, 2008). Dokumentasjon gjør ergoterapi synlig og kommuniserbart til både brukere og samarbeidspartnere. I tverrfaglig samarbeid er det en forutsetning at den enkelte faggruppen er tydelig på sin kjernekompetanse.

I kartleggingsfasen anvender ergoterapeuter en rekke undersøkelsesmetoder og redskaper, for å avdekke aktivitetsproblemer og den konteksten de opptrer i. Gode undersøkelser og vurderinger er nødvendig for en målrettet intervensjon. Et vesentlig element i ergoterapeuters undersøkelser er analyse av den innsamlede informasjonen. Analyser benyttes

både i undersøkelsesprosessen og i forbindelse med intervusjon.

Arbeidshelse er et tverrfaglig område hvor det i stor grad benyttes tverrfaglige undersøkelses- og vurderingsredskaper. For å kunne ha et tydeligere ergoterapifokus og synliggjøre fagets kjernekompetanse er det viktig at ergoterapeuter i større grad benytter redskaper som er basert på teorier og modeller innen ergoterapi.

NYE OG KOMPLETTERENDE REDSKAPER

Ergoterapeuter sikrer at personen, aktivitetene og omgivelsene passer sammen slik at en mestrer hverdagen. Sammen med personen selv og andre faggrupper finner ergoterapeutene løsninger når det oppstår et gap mellom helse og hverdagslivets krav. En god vurdering av en persons arbeidsmuligheter kjennetegnes ved at en bruker flere informasjonskilder, datainnsamlingsmetoder og triangulering av data. Mange som arbeider innenfor arbeidshelse og rehabilitering, kjenner til instrumentene Work Environment Impact Scale (WEIS) og Worker Role Interview (WRI).

Instrumentene er utviklet i USA basert på Gary Kielhofners Model of Human Occupation (MoHO) (1995; 2002; 2008), og er bearbeidet og oversatt til svensk av Elin Ekblad og Lena Haglund (WEIS-S2 og WRI-S3) (Ekblad & Haglund, 2000; 2007). En tidligere versjon av redskapene er oversatt til norsk av Brian Ellingham ved Høgskolen i Oslo og Akershus og Klara Jakobsen ved Høgskolen i Sør-Trøndelag (Ellingham & Jakobsen, 2003a; 2003b).

WEIS og WRI er semistrukturerte intervju som benyttes ved utredning av psykososiale og

WEIS, WRI, AMP OG AWC.

miljømessige forhold som kan påvirke mulighetene for å bli i, gå tilbake til, eller for sistnevnte også å komme inn i arbeid. Dette er redskaper som vektlegger brukerperspektivet og personens egen opplevelse av arbeidsmiljøet og egen rolle. Redskapenes validitet og reliabilitet er prøvd ut i flere studier.

Selv om mange ergoterapeuter kjenner disse instrumentene, blir de i varierende grad benyttet i praksis, og flere ergoterapeuter sier de har disse redskapene under huden, i bakhodet eller i ryggmargen. Det gjøres sikkert mange faglige og gode vurderinger på bakgrunn av det, men dagens brukere og helse- og velferdstjenester stiller strengere krav til dokumentasjon.

For å få et helhetlig bilde av arbeidssituasjonen er det ofte ikke nok med personens egen opplevelse. Ergoterapeuter må ofte gjøre flere analyser og kombinere ulike redskaper og metoder. I Sverige har ergoterapeut og forsker Jan Sandquist utviklet redskapene Assessment of Work Performance (AWP) og Assessment of Work Charac-

teristics (AWC). AWP benyttes ved observasjon av en persons ferdigheter ved utførelsen av et arbeid eller en arbeidsoppgave, og AWC benyttes for å beskrive en arbeidsoppgaves karakteristika ut fra hvilke krav den stiller til den enkeltes ferdigheter for å kunne utføre arbeidsoppgaven hensiktsmessig og effektivt (Sandqvist, 2006). Begge instrumentene er basert på MoHO, og ferdighetsverbene er de samme i AWP og AWC, slik at de kan supplere hverandre. Det er gjort flere studier på disse redskapenes reliabilitet og validitet, og det pågår forskning for å sikre kvaliteten til redskapene.

De fire instrumentene er utviklet med tanke på å komplettere hverandre og for å gi en mest mulig helhetlig vurdering i forhold til å hjelpe personer enten til å forbli i sitt nåværende arbeid, gå tilbake til et tidligere eller finne et arbeid. For mer informasjon, www.isv.liu.se/work-assessment.

GRIP SJANSEN –

Våren 2016 arrangerer Norsk Ergoterapeutforbund kurset Kompletterende instrumenter

Instrumentene WEIS, WRI, AWP og AWC

- Av de fire instrumentene er to intervjuinstrument og to observasjonsinstrument som kompletterer hverandre





for kartlegging og tilrettelegging av arbeidsmiljø - en introduksjon i WEIS, WRI, AWC og AWP (se annonse i Ergoterapeuten). Målet med kurset er å gi deltakerne en opplæring i bruk av WEIS, WRI, AWP og AWC samt få en forståelse av det teoretiske grunnlaget og instrumentenes psykometriske egenskaper. En ønsker også å bidra til mer kunnskapsbaserte analyser innen området arbeidshelse. Kurset kombinerer teori og praktisk anvendelse av instrumenter med oppfølgende diskusjoner.

Referanser:

- Ekblad, E., Haglund, L. (2007). WRI-Sversjon 3. Översättning och bearbetning av The Worker Role Intervju. Institution för samhälls- og välfärtsstudier, Lindköping universitet, Lindköping.
- Ekblad, E., Haglund, L. (2000). WEIS-S versjon 2. Översättning och bearbetning av The Worker Impact Scale. Institutionen för nervsystem och rörelseorgan, Lindköpings: Hälsouniversitetet.
- Ellingham B., Jakobsen K. (2003a) Worker Role Interview Brukermanual. HiO-rapport 2003 nr.37
- Ellingham B., Jakobsen K. (2003b) Work Environment Impact Scale Brukermanual. HiO-rapport 2003 nr.38.
- Folkehelseinstituttet (2014). Helsetilstanden i Norge. Folkehelse rapporten 2014. Rapport 2014:4. ISBN: 978-82-8082-635-0 trykt utgave. Hentet 05.03.2015 fra <http://www.fhi.no/dokumenter/4313e1cf39.pdf>
- Kielhofner, G. (2008). A Model of Human Occupation: theory and application. Philadelphia, Lippincott, Williams & Wilkins, 4nd edition.
- Kielhofner, G. (2002). A Model of Human Occupation. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins, 3nd edition.
- Kielhofner, G. (1995). A Model of Human Occupation. Baltimore: Williams & Wilkins, 2nd edition.
- Sandqvist, J., Gullberg, M., Henriksson, C. (2006). Assessment of Work Performance (AWP) Development of an Instrument, WORK, vol. 26, no 4, pp 379-387.
- Sandqvist, J. (2006). Manual för AWC-1. Avdelingen for arbetsterapi, Institutionen för nervsystem och rörelseorgan, Hälsouniversitetet, Lindköpings universitet.
- Statens Arbeidsmiljøinstitutt (STAMI) 2015. Fakta om arbeidsmiljø og helse 2015. Status og utviklingstrekk. STAMI-rapport årgang 16 nr. 3. 2015 ISSN: 1502-0932.
- Wæhrens, E. (2015). Forord. Hvad er ergoterapi. I Wæhrens, E (Red). Almindelig daglig levevis - ADL. København, Ergo/Munksgaard.
- Wæhrens, E. (2008) Ergoterapeutiske redskaper - undersøkelse og evaluering. Danmark, København, Munksgaard.

Kompletterende instrumenter for kartlegging og tilrettelegging i arbeidslivet

– KURS I WEIS, WRI, AWC OG AWP

Faglig ansvarlig: *Elin Ekbladh* er forsker og lærer ved ergoterapiprogrammet på Linköpings Universitet. Hun har oversatt og bearbeidet vurderingsinstrumentene WRI og WEIS til svensk.

Jan Sandström Qvist er forsker og lærer ved ergoterapiprogrammet på Linköpings Universitet og har utviklet instrumenter AWP og AWC.

Kurssted: 25. – 26. mai 2016 i Oslo

Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund

Påmelding: via kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org

Påmeldingsfrist: 31. januar 2016 (på grunn av avtaler må arrangementet avklares tidlig)

Pris: kr. 8 000,- for medlemmer og kr. 12 000,- for ikke-medlemmer.

Vurderingsredskapene benyttes for å kartlegge ulike aspekter som har betydning for personens arbeidsevne. Redskapene bygger på Model of Human Occupation (Kielhofner, 1995, 2002, 2008).

Målet er at deltakerne i løpet av kurset skal få trening i å bruke WRI, AWP, AWC og WEIS og få en forståelse av det teoretiske grunnlaget for instrumentene og deres psykometriske egenskaper. Programmet forventes å bidra til en kunnskapsbasert tilnærming i form av vurdering av arbeidsevne. Studiet kombinerer teori og praktisk anvendelse av instrumentene med oppfølgende diskusjoner.

Introduksjon i bruk av:

- Worker Environment Impact Score – WEIS er et semistrukturert intervjuinstrument som kartlegger hvordan personer opplever sitt arbeidsmiljø; krav til arbeidsoppgaver, samarbeid og interaksjon med kollegaer, overordnede, arkitektur og sanseutfordringer.
- Worker Role Interview - WRI er et semistrukturert intervjuinstrument som benyttes ved utredning av psykososiale og miljømessige forhold som kan påvirke mulighetene for å bli i, gå tilbake til eller komme inn i arbeid.
- Assessment of Work Performance – AWP er et instrument som benyttes ved observasjon av personens ferdigheter ved utførelsen av et arbeid eller en arbeidsoppgave.
- Assessment of Work Characteristics – AWC er et instrument som benyttes for å beskrive en arbeidsoppgaves karakteristika ut fra hvilke krav den stiller til den enkeltes ferdigheter for å kunne utføre arbeidsoppgaven hensiktsmessig og effektivt.

Inkludert i kurset er kursmateriell, siste versjon av vurderingsredskapene og to års brukerlisens med fri tilgang til oppdateringer av instrumentene.

Anita Dimmen Johansen fikk Tillitsvalgtprisen 2015

Anita Dimmen Johansen, foretakstillitsvalgt på UNN, ble i november feiret og overrakt Tillitsvalgtprisen 2015.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Forbundsstyret vedtok på møtet i oktober at Anita Dimmen Johansen skulle hedres med årets tillitsvalgtpris 2015. Siden da har forbundet, medlemmer og ledelsen på UNN, Universitetssykehuset i Nord-Norge, forberedt overrekkelsen. Den eneste som ikke visste noe, var Anita selv.

Tillitsvalgtprisen er en pris vi deler ut årlig til en tillitsvalgt som over tid har utmerket seg.

- Dette er en pris hvor tillitsvalgte blir nominert av sine egne, og det er en stor ære i seg selv, slo forbundsleder Nils Erik Ness fast under utdelinga i Tromsø.

Anita ble feiret en flott markering og gode velfortjente ord fra kolleger, ledelse og forbund. Det var Toril Beate Røssvoll som nominerte Anita til prisen. Hun og rundt førti medlemmer av Ergoterapeutene klarte å overraske Anita med en flott samling på UNNs kantine, der hun ble møtt med hurrarop og gratulasjons-sang!

HO ANITA

Tillitsvalgtprisen ble overrakt av Sigrid Heimdal Myreng, Ergoterapeutene Nord og forbundsleder Nils Erik Ness.

- Før, da jeg ikke kjente så mange ergoterapeuter i Troms fylke, var det én ergoterapeut jeg assosierte med Troms og nord-fylkene: hun flotte og dyktige tillitsvalgte med det store håret. Ho Anita. Slik innledet forbundslederen sin tale til Anita.

Han gjennomgikk Anitas sentrale verv i forbundet med i sentralstyret fra 2004 - 2010, tariffpolitisk utvalg for sykehuse-ne og Spekter fra 2009 - 2015 og leder av valgkomiteen fra 2010 - 2014.

- Anita er en stødig dame som har engasjert seg som hoved- og foretakstillitsvalgt for ergoterapeuter i UNN siden 1996, og vært en tydelig og strategisk bidragsyter i en periode med flere betydelige omorganiseringer. Anita har gjort en flott jobb i å sikre lønn for kompetanse utover grunnutdanningen, blant annet med at det er inngått avtale om konkrete lønnstillegg for ergoterapispesialist og masterutdanning. Dette bidrar til en forutsigbar lønnspolitik for våre medlemmer - de vet hva de kan forvente seg når de tar videreutdanning, fortsatte forbundslederen.

- Hun er en flott rollemodell

og bidragsyter i arbeidsmiljøet, noe den store deltakelsen på dette arrangementet viser. Hun er respektert som tillitsvalgt, og har fremmet et godt samarbeid med andre tillitsvalgte, noe som er av betydning i det tverrfaglige miljøet. Det er med glede at forbundsstyret velger deg som årets tillitsvalgte! Gratulerer, avsluttet Nils Erik Ness

Sigrid Myreng fra Ergoterapeutene Nord, Anitas ledere ergoterapeutene Toril David Nilsen og Kari Thingelstad, kom med gode og varme ord. Det samme gjorde studieleder Rita Jentoft fra Universitetet i Nord-Norge. Det ble også lest opp gratulasjoner fra andre kolleger. Blant annet tillitsvalgte i Tromsø kommune, sykehusene i Narvik og i Harstad og Universitetet.

FLERE GODE KANDIDATER)

Ved utdelingen av Tillitsvalgtprisen har det vært tradisjon også å synliggjøre de andre nominerte tillitsvalgte som forbundsstyret måtte velge mellom:

- Tone Marie Trondal, Agder Arbeidsmiljø IKS
 - Ine Ulven, Oslo kommune
- Det er i seg selv en utmerkelse å bli trukket fram blant våre over 400 tillitsvalgte.



Prisvinneren sammen med forbundsleder Nils Erik Ness, Sigrid Myreng fra Ergoterapeutene Nord og de nesten førti andre som også ville feire Anita Dimmen Johansen. Foto: Einar Angelsen.

STATUTTENE FOR TILLITSVALGTPRISEN

Hvem mener du fortjener Tillitsvalgtprisen 2016? Medlemmer og tillitsvalgte kan foreslå kandidater allerede nå.

Ta kontakt med forbundskontoret! Mottakeren av Tillitsvalgtprisen har utmerket seg gjennom for eksempel:

- langsiktig arbeid for å fremme ergoterapeuters vilkår og betingelser
- å være en viktig rollemodell for kolleger og andre tillitsvalgte
- svært god forståelse for sammenhengen mellom ergoterapi som fag og betingelser i arbeidslivet
- å ha stått i spesielt krevende prosesser på vegne av sine medlemmer
- å ha utvist mot og handlekraft i krevende saker eller prosesser på vegne av sine medlemmer.
- å ha gjort en særlig innsats for å aktivere, rekruttere og beholde medlemmer.

**“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
LIFESTAND
Permobil Group

For mer informasjon gå inn på
www.permobil.no

Go to gate – eller ta trikken

Skal du på langtur – eller bare på en bytur? Vår reiseforsikring dekker deg inntil 90 dager over hele verden. Og den dekker deg om du bare tar en tur på byen, drar på hytta for en skitur eller på nyttårssalg. Bedre, rimeligere og mer fleksibel reiseforsikring finner du neppe.

Av Roar Hagen

Ergoterapeutenes reiseforsikring gjelder faktisk over alt – bortsett fra hjemme, på arbeidssted og studiested, eller på ekspedisjonslignende reiser

FAMILIEN KAN DEKKES

Velger du familiedekning er ektefelle/samboer og barn (ut det året barna fyller 21 år) dekket på alle ferie- og fritidsreiser over hele verden. Forsikringen gjelder hele året, og du kan være borte på enkeltreiser i inntil 90 dager uten å måtte kjøpe noen tilleggsdekning.



Roar Hagen er ansatt i Ergoterapeutenes forskringskontor..

HØYE SUMMER

Erstatning for tapt reisegods er inntil kr 100 000 per person i reisefølget. Større verdier enn det får du knapt presset ned i kofferten din.

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

AVBESTILLING INKLUDERT

Skulle du bli syk – eller av andre tungtveiende grunner som dekkes av vilkårene, ikke kan gjennomføre en planlagt reise – har du en avbestillingsdekning på inntil kr 100 000 per person. Da er ikke pengene du har betalt for reisen tapt, og du kan gjennomføre turen på et senere tidspunkt.

INGEN EGENANDEL

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

PRISEN

Reiseforsikring for én person koster kr 893 for hele 2016. Kjøper du forsikring for hele familien, er prisen kr 1062.

BESTILL HER!

Ta kontakt med Ergoterapeutenes forskringskontor på 22 05 99 15 eller send en e-post til forsikring@ergoterapeutene.org med din bestilling av reiseforsikringen. Har du reiseforsikring i et annet selskap nå, kan vi si den opp, og starte vår forsikring fra utløpsdato på den gamle forsikringen. Enklere blir det ikke! Merknad: Forsikringssummene som er benyttet i artikkelen gjelder fra 2016.

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

Arrangementer 2016

2016 byr på mange spennende arrangementer. Du finner mer informasjon og melder deg på i kurskalenderen: www.ergoterapeutene.org/kurskalender.

Type	Start	Slutt	Hva
Organisasjon	14. januar	14. januar	Forbundssty
Tariff	18. januar	20. januar	Grunnkurs 2,
Fag	01. februar	02 februar	CMOP- E og
Fag	05. februar	07. februar	Styreseminar
Organisasjon	10. februar	11. februar	Vinterkurset
Tariff	17. februar	18. februar	Grunnkurs 1
Organisasjon	01. mars	01. mars	Forbundssty
Organisasjon	02. mars	03. mars	Arbeidstid o
Tariff	15. mars	15. mars	Grunnkurs 2
Tariff	16. mars	16. mars	Emnekurs, p
Tariff	17. mars	17. mars	Grunnkurs 2
Fag	04. april	04. april	Kurslederkur
Organisasjon	06. april	06. april	Forbundssty
Fag	14. april	15. april	COPM-kurs n
Organisasjon	14. april	14. april	Seniorforum.
Organisasjon	11. mai	12. mai	Forbundssty
Fag	25. mai	26. mai	Komplettere
Organisasjon	25. mai	25. mai	Forbundssty
Organisasjon	02. juni	02. juni	Serniorforum
Fag	06. juni	10. juni	A-one
Tariff	07. juni	07. juni	Forhandlings
Tariff	08. juni	08. juni	Forhandlings
Tariff	09. juni	09. juni	Forhandlings
Tariff	14. juni	14. juni	Forhandlings
Organisasjon	15. juni	15. juni	Forbundssty
Tariff	15. juni	15. juni	Forhandlings
Tariff	16. juni	16. juni	Forhandlings
Organisasjon	17. august	18. august	Forbundssty
Fag	25. august	26. august	Recovery-ori
Tariff	14. september	15. september	Grunnkurs 1
Organisasjon	28. september	29. september	Forbundssty
Fag	03. oktober	05. oktober	Praktisk kjør
Organisasjon	13. oktober	13. oktober	Seniorforum.
Tariff	19. oktober	19. oktober	Grunnkurs 2
Organisasjon	19. oktober	19. oktober	Forbundssty
Tariff	20. oktober	20. oktober	Den tillitsval
Organisasjon	27. oktober	27. oktober	Ergoterapier
Organisasjon	06. desember	08. desember	Uniokonferan

- FORBUNDET -

	Om	Hvor
remøte	Forbundets høyeste organ mellom landsmøtene	Skype
Virke	Kurs for tillitsvalgte i Virke-området	Oslo
COPM	Forbundet i samarbeid med Ergoterapeutene Vest	Tysvær
r, Ergoterapistudentene	Kurs for landsstyret i Ergoterapistudentene	Forbundskontoret
	Opplæring for forbundsstyret og regionstyrene	Asker
	Grunnkurs for tillitsvalgte fra alle tariffområder	Stjørdal
remøte	Forbundets høyeste organ mellom landsmøtene	Skype
g turnus	Kurs for tillitsvalgte	Oslo
Kommune	Grunnkurs for tillitsvalgte fra kommunene	Sandefjord
åvirkningsarbeid og mediehåndtering	Emnekurs for tillitsvalgte fra alle tariffområder	Sandefjord
sykehusene	Grunnkurs for tillitsvalgte fra sykehusene (Spekter-området)	Sandefjord
s, hverdagsrehabilitering	For ergoterapeuter som selv skal undervise	Stjørdal
remøte	Forbundets høyeste organ mellom landsmøtene	Skype
n. oppfølgingsdag 27.mai	Samarbeid m HiOA, Anne Lund	Oslo
. Medlems- og årsmøte	For pensjonistmedlemmene i forbundet	Oslo
remøte	Forbundets høyeste organ mellom landsmøtene	Kringler
nde instrumenter WEIS, WRI , AWP og AWC	Spetsa Elin Ekblad og Jan Sandqvist	Oslo
remøte	Forbundets høyeste organ mellom landsmøtene	Skype
n. Kulturtur	For pensjonistmedlemmene i forbundet	Kongsberg
	Gudrun Arnadottir holder kurset	Lillestrøm
skurs, kommunene	Kurs for tillitsvalgte i kommunene (KS-området)	Oslo
skurs, kommunene	Kurs for tillitsvalgte i kommunene (KS-området)	Bergen
skurs, kommunene	Kurs for tillitsvalgte i kommunene (KS-området)	Kristiansand
skurs, kommunene	Kurs for tillitsvalgte i kommunene (KS-området)	Trondheim
remøte	Forbundets høyeste organ mellom landsmøtene	Forbundskontoret
skurs, kommunene	Kurs for tillitsvalgte i kommunene (KS-området)	Tromsø
skurs, kommunene	Kurs for tillitsvalgte i kommunene (KS-området)	Oslo
remøte	Forbundets høyeste organ mellom landsmøtene	Arendal
ienterte praksiser	Marit Borg holder kurset	Oslo
	Grunnkurs for tillitsvalgte fra alle tariffområder	Oslo
remøte	Forbundets høyeste organ mellom landsmøtene	Forbundskontoret
etest, P-drive	Patomella og Selander holder kurset	Oslo
. Medlemsmøte	For pensjonistmedlemmene i forbundet	Oslo
Kommune	Grunnkurs for tillitsvalgte fra kommunene	Bergen
remøte	Forbundets høyeste organ mellom landsmøtene	Skype
gte og organisasjonsendringer	Emnekurs for tillitsvalgte fra alle tariffområder	Bergen
s dag		Hele landet
nse og forbundsstyremøte	Forbundets høyeste organ mellom landsmøtene	Sundvollen

Ergoterapiens dag

Ergoterapistudentene i Bergen, Trondheim, Tromsø, Oslo, Sandnes og Gjøvik markerte ergoterapiens dag 27. oktober 2015. Dette er en internasjonal dag som feires rundt om i store deler av verden.

Av Lene Jevnesveen og og Sindre Erstad

Et flertall på stortinget har nylig bestemt at ergoterapi skal bli pålagt å ha i kommunene fra 2020 som en del av helsetilbudet. Dette skapte et ekstra engasjement blant studentene rundt om i Norge. Slik feiret de forskjellige skolene dagen:

GJØVIK

På Gjøvik markerte ergoterapistudentene dagen med å stå på det lokale kjøpesentret, CC Gjøvik. Suksessen med «hva er viktig for deg-tre» fra fjoråret ble videreført, hvor forbigående kunne klistre lapper formet som blader med aktiviteter som var viktige for dem. De som gjorde dette, fikk en gratis vaffel, samt informasjon i form av samtale og brosjyrer om hva ergoterapeuter gjør. For barn var det mest interessante sansebøtte, ballonger og pastillesker. Standen fikk besøk av lokalavisen Oppland Arbeiderblad, som skrev en tosidert artikkel om feiringen av ergoterapiens dag, og om hva ergoterapeuter gjør.

BERGEN

I Bergen hadde elever fra andre klasse satt opp stand i inngangspartiet på Høgskolen i Bergen.



Gjøvik: Marthe Hvindenbråten og Maren Torsvik viser frem aktivitetstreet.

Foto: Marte Helene Foss.



Bergen: Berit Ringheim Svane prøver en av mange aktiviteter på standen hos ergoterapistudentene i Bergen.

Foto: Ingrid Hope.

Her delte man ut brosjyrer og pepperkaker. Man kunne også få prøve hvordan det er å utføre enkelte aktiviteter med en funksjonsnedsettelse. Det ble blant annet arrangert ringspill og stafett med synsnedsettelse, og man fikk prøve å perle med nedsatt sensibilitet.

TRONDHEIM

Ergoterapiens dag i Trondheim ble arrangert over to dager. Første dagen ble feiret på Høgskolen i Sør-Trøndelag (HIST), der ergoterapistudentene viste fram faget for andre studenter. Den andre dagen ble feiret på kjøpesentret Sirkus Shopping med god oppslutning. På standen var det et stativ der man kunne henge på lapper med hva som var viktig for en. Det var også utdeling av brosjyrer, og en konkurranse. Konkurransen bestod av et sanseteppe der man skulle kjenne på sju gjenstander under et teppe, først med en vott på hånda, deretter uten vott.

OSLO

Ergoterapistudentene i Oslo sto på stand ved Nationaltheatret. De hadde tre aktivitetsstasjoner: sansebøtte, svaksyntbriller og

aktivitetstre. De som var innom standen, fikk en gratis vaffel mot at de gjorde en av disse tre aktivitetene. Hensikten med svaksyntbrillene var at forbipasserende skulle få oppleve en synsnedsettelse, og studentene på standen viste hvordan ergoterapeuter kan bidra til å tilrettelegge for dette. I tillegg hadde de en stasjon med ulike hjelpemidler som folk kunne få prøve.

TROMSØ:

Ergoterapistudentene i Tromsø markerte dagen på tre kjøpesentre, Jekta, Nerstranda og Pyramiden. De hadde et aktivitetstre, og tok med seg småhjelpemidler som man kunne gjette på hva brukes til, hvorpå studentene på standen ga en innføring i hvordan de brukes.

Eksempler på dette er en knappknepper, vinklede redskaper som osthøvel og Uni turner. Det ble delt ut Twist, nøkkelringer, plastposeklemmer og ballonger.

SANDNES:

Studentene fra Diakonhjemmet høgskole i Sandnes sto på stand på torget i Stavanger sentrum. Her kunne man få prøve seg på quiz om faget Ergoterapi og utføre diverse aktiviteter. En av aktivitetene var å kjenne seg frem til ulike gjenstander i en bøtte uten å bruke synet. De hadde også en boks hvor folk kunne skrive lapper om hva som var viktig for dem. Hvis man deltok på noen av aktivitetene, kunne man trekke lodd og vinne fine premier. Premiene var blant annet fra SATS, Intersport og Kinsarvik naturkost. Det ble også delt ut pepperkaker, Twist og diverse annet fra NETF.

KONTAKT MED ÅRHUS

Ergoterapistudentene ønsker å



Sandnes: Torunn Schultz Skår viser her en av mange aktiviteter på torget i Stavanger.



Tromsø: Bjørn Vegar Bjørklund og Rahma Yusuf viser frem standen på Jekta.



Oslo: Standen ved Nationaltheatret.



Trondheim: Stand på Sirkus Shopping.

legge til at vi har vært i kontakt med universitetet i Århus, universitetet i Colorado og Sveriges studentforbund for å prøve å innhente informasjon om hvordan dagen feires i andre land. Tilbakemeldingen var at ingen skulle markere dagen, men at Århus ble motivert til å markere dagen i 2016.

Vi i Ergoterapistudentene ønsker å takke alle engasjerte studenter og andre som var med på å markere dagen den 27. oktober. Denne innsatsen er viktig for å synliggjøre faget ergoterapi.

ERGOTERAPIENS DAG MARKERT OVER HELE LANDET

Ergoterapeuter over det ganske land ville gjøre hverdagslivet mulig og markerte Ergoterapiens dag. På i alt 34 forskjellige steder Norge rundt sto ergoterapeuter på stand. Blir det flere til neste år? Sammenlignet med i fjor har vi mer enn firedoblet antall steder. Ergoterapiens dag er en flott anledning til å fortelle andre om faget vårt.

Rettigheter ved tilbakekomst etter foreldrepermisjon

Arbeidstakers rett til permisjon i forbindelse med graviditet og fødsel er regulert i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven. Mens folketrygdloven regulerer den ansattes rett til utbetalinger fra NAV under permisjonen, regulerer arbeidsmiljøloven den ansattes rett til å ta fri fra arbeidet i samme periode.



Marianne Gjerstad er advokat i advokatfirmaet Storeng, Beck & Due Lund.

Av Marianne Gjerstad

Ved foreldrepermisjon har begge foreldre til sammen rett til foreldrepermisjon i en periode på inntil tolv måneder. Hvordan permisjonen fordeles mellom foreldrene, er det i stor grad opp til foreldrene selv å bestemme. Ved permisjonstidens slutt skal arbeidstakeren tilbake til arbeidsplassen. Denne overgangen kan by på enkelte utfordringer. Et praktisk spørsmål er: I hvilken grad kan den ansatte kreve å komme tilbake til samme jobb og samme arbeidsoppgaver etter endt foreldrepermisjon?

Arbeidstakers rettigheter ved foreldrepermisjon er regulert i likestillingsloven paragraf 20. Her fremgår det at en arbeidstaker som er eller har vært i foreldrepermisjon, har rett til å vende tilbake til samme, eventuelt tilsvarende, stilling. Videre fremgår det at arbeidstaker har rett til å nyte godt av forbedringer av arbeidsvilkårene som arbeidstakeren ellers ville vært berettiget til om hun eller han hadde vært i arbeid. Til slutt fremgår det at arbeidstaker har rett til å fremme lønnskrav og å bli vurdert i lønnsforhandlinger på samme måte som de øvrige arbeidstakerne i virksomheten.

Det ligger i utgangspunktet innenfor arbeidsgivers styringsrett å omorganisere arbeidsplassen og omplassere arbeidstakerne innenfor de rammer som arbeidsavtalen setter. Omorganiseringer kan berøre arbeidstakere som ikke er i permisjon, så vel som arbeidstakere som er i permisjon. Diskriminerings-

forbudet i likestillingsloven paragraf 20 setter imidlertid grenser for hvilke endringer som kan gjøres i arbeidstakers lønns- og arbeidsvilkår når endringene *har sammenheng* med foreldrepermisjon.

Hovedregelen i paragraf 20 er at arbeidstakeren har rett til å komme tilbake til samme stilling. Med samme stilling menes at arbeidstakeren får tilbake samme arbeidsoppgaver, samme stillingsbetegnelse, samme lønn og samme kontorplass som før permisjonen tok til. Dersom det ikke er mulig å komme tilbake til samme stilling etter at arbeidstaker har vært i foreldrepermisjon, skal vedkommende komme tilbake i en tilsvarende stilling.

En tilsvarende stilling innebærer at de endrede arbeidsoppgavene må være likeverdige med de oppgavene arbeidstakeren hadde før permisjonen, både når det gjelder innhold og ansvar. Dette betyr at den ansatte i utgangspunktet skal ha samme lønn og stillingstittel, samme nivå i organisasjonen og samme type oppgaver som før permisjonen. Arbeidsvilkårene skal ikke være mindre gunstige enn før permisjonen startet.

Det beror på en konkret vurdering av hver enkelt sak hvor store endringer som kan gjøres i arbeidsforholdet i hvert enkelt tilfelle. Det fremgår av forarbeidene til likestillingsloven at momenter i vurderingen vil for det første være hvor lang permisjon det er tale om og hvor store endringer det er gjort i arbeidsoppgavene. Jo kortere permisjon, desto min-

dre endringer er tillatt. Tilsvarende vil det være slik at jo større endringer som gjøres i arbeidsforholdet, desto mer tungtveiende grunner må arbeidsgiveren ha for at endringene skal være lovlige.

INGEN ORGANISASJON ER STATISK

I praksis er det ofte vanskelig å få til at den ansatte skal tilbake til de samme arbeidsoppgavene som før permisjonen. Det skyldes at ingen organisasjon er statisk. I de aller fleste virksomheter gjøres det ofte små og store forandringer. Noen medarbeidere begynner og andre slutter, bedriften får andre kunder, virksomheten omorganiseres, prosjekter avsluttes og nye prosjekter startes opp. Hensynet til kontinuitet og drift tilsier at det kan bli behov for noen endringer i arbeidstakerens arbeidsoppgaver og andre arbeidsvilkår. Det kan også være behov for endringer som følge av at arbeidstakeren har vært borte fra arbeidet i en lengre periode.

Arbeidstakeren har i slike tilfeller ikke krav på nøyaktig samme stilling, men må akseptere for eksempel en annen kontorplass, nye kunder, nye elever, nye prosjekter eller andre tilsvarende endringer i arbeidsvilkårene.

Arbeidsgivers rett til å gjøre endringer i arbeidsforholdet er begrunnet i hensynet til kontinuitet overfor pasienter, klienter, kunder eller elever. Det kan være problematisk dersom det må gjøres et skifte, ikke bare én gang når arbeidstakeren går ut i permisjon, men også én gang til når arbeidstakeren kommer tilbake. Videre kan virksomheten enten ha mistet kunder eller pasienter, eller nye kan ha kommet til. Dette er med andre ord endringer som arbeidsgiver måtte gjennomført uavhengig av om den ansatte var i permisjon eller ei.

Når det gjøres endringer som knytter seg virksomhetens forhold er det de ulovfestede prinsippene om arbeidsgivers styringsrett som regulerer arbeidstakers rett og arbeidsgivers handlefrihet. 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 og arbeidssted avhenger av om det finnes begrensninger i styringsretten i lovgivning, tariffavtaler, den individuelle arbeidsavtalen eller alminnelige saklighetsnormer.

Det er altså utenfor virkeområdet for likestillingsloven paragraf 20 å regulere hvilke endringer som kan gjøres i arbeidstakers lønns- og arbeidsvilkår når endringene *ikke har sammenheng* med foreldrepermisjon, men er begrunnet i virksomhetens

forhold. Eksempelvis nevnes omorganiseringer, rasjonalisering av driften, nye oppgaver eller nye kunder og prosjekter. Slike endringer skjer ofte i de fleste virksomheter. Foreldrepermisjon gir ikke noe amnesti for arbeidstakeren mot å bli berørt av slike driftsmessige endringer. I slike saker må det imidlertid tas stilling til hvorvidt endringene var begrunnet i permisjonen eller i andre forhold.

PÅSTAND MOT PÅSTAND ER IKKE NOK

Dersom en ansatt mener seg diskriminert i strid med likestillingsloven paragraf 20 og arbeidsgiver påstår at det er en endring som er begrunnet i virksomhetens forhold, fastslår likestillingsloven paragraf 27 at det skal legges til grunn at diskriminering har funnet sted hvis det foreligger omstendigheter som gir grunn til å tro at det har skjedd diskriminering og den ansvarlige ikke sannsynliggjør at diskriminering likevel ikke har funnet sted. Det følger av forarbeidene til likestillingsloven at det kreves en viss grad av sannsynlighet for at diskriminering foreligger. Påstand mot påstand er ikke nok til å holde noen ansvarlig etter loven. En påstand fra arbeidstaker om at diskriminering har skjedd må vurderes opp mot hendelsesforløpet og sakens ytre omstendigheter. Det er ikke et krav om at påstanden må styrkes av andre bevismidler i form av dokumenter eller vitner så lenge sakens ytre omstendigheter underbygger påstanden i tilstrekkelig grad. Hvorvidt dette er tilfelle vil måtte vurderes i hver enkelt sak. Her vil det være viktig å vurdere om arbeidsgiver har gjennomført god saksbehandling som kan etterprøves.

For å sikre et reelt diskrimineringsvern er det også viktig at den som mener seg diskriminert har tilgang til et håndhevingsapparat som både er rimelig og effektivt utover ordinær domstolsbehandling. Likestillings- og diskrimineringsombudet og Likestillings- og diskrimineringsnemnda er begge uavhengige forvaltningsorganer, og håndhever diskrimineringsreglene i arbeidsmiljøloven og de generelle diskrimineringslovene.

Dersom arbeidsgiver går til oppsigelse av en arbeidstaker som er i lovbestemt foreldrepermisjon, vil ikke oppsigelsen få virkning før arbeidstakeren er tilbake i stillingen. Bestemmelsen er ikke til hinder for at den ansatte mottar selve oppsigelsen mens hun eller han er borte, men oppsigelsestiden begynner ikke å løpe før vedkommende er tilbake i sin stilling. Fristen for å kreve forhandlinger eller ta ut søksmål etter arbeidsmiljøloven utsettes tilsvarende.

INNSPEL

Takk for laget

For 14 år sidan, om lag på denne tida av året, blei planane for å etablere ein ny hovudorganisasjon finpusa. Unio(UHO) såg dagens lys 10. desember 2001. Norsk Ergoterapeutforbund var med heilt frå starten. Og har til fulle vore med på å sette sitt preg på Uniofellesskapet. Eg rettar ei stor takk til leiarar, tillitsvalde, tilsette og medlemmer i Ergoterapeutene for godt samarbeid og stor innsats desse åra.



**ANDERS
FOLKESTAD**
UNIOLEDER

Det har vore ei både ei glede og ei ære å vere med på ei rivande utvikling. Vi starta med fem medlemsforbund og cirka 215 000 medlemmer. No er Unio den nest størst hovudorganisasjonen på arbeidstakersida, med tolv medlemsforbund og om lag 335 000 medlemmer.

Hovudtyngda av medlemmene arbeider i offentleg sektor. Men innslaget av tilsette i det private aukar, mellom anna som følgje av konkurranseutsetting og privatisering av offentlege tenester. Sjølv om det er ei endring både Unio og medlemsforbunda mislikar, skal sjølv sagt medlemmene ivareta fullt ut. Dessutan har Unio eit aukande innslag av medlemmer i andre delar av privat sektor. Denne breidda er eit godt fundament for vidare organisasjonsbygging.

Høg organisasjonsgrad er basisen for fagforeiningsmakta, og for eit velfungerande treparts-

samarbeid. Organisasjonsgraden i Noreg er no litt under 53 prosent av den samla arbeidsstyrken. Det er høgt i europeisk målestokk, men lågt i nordisk samanheng. Dersom nivået skulle falle til under 50 prosent, er eg redd mange vil bruke det til å svekke dei fagorganiserte sin posisjon. Difor har Uniofellesskapet eit medansvar for at fleire fagorganiserer seg.

Men det skal understrekast at i Unio-rekkjene er det høg organisasjonsgrad. Ergoterapeutane er eit godt døme. Storparten av dei som er utdanna som ergoterapeutar, er medlemmer i forbundet. Dette illustrerer eit kjenne-teikn ved fleire Unioforbund: tett samband mellom utdanning, fag og fagforeining.

For nokre år sidan, på eit landsmøte, utfordra eg delegatane: d e må gjere fagfeltet dykkar betre kjent! Det fall ikkje i god jord hos alle. Somme meinte eg nedvurderte yrket. Det gjorde eg

slett ikkje. Og meiner framleis at yrket og verdien av fagfeltet kan bli endå meir kjent, ikkje minst for politikarar sentralt og lokalt. Både folk og fag vil dra nytte av at ergoterapi og ergoterapeutar blir betre verdsett!

Det blei lagt eit solid grunnlag for vidare utvikling då Norsk Ergoterapeutforbund denne hausten vann fram overfor Stortinget og oppnådde lovfesting av ergoterapeuttenester i kommunane. Ein stor siger, som følgje av godt strategisk arbeid. Som det er viktig å bygge vidare på. Det er meir å hente.

Fagrørsla må sjå framover, og legge stor vekt på å vere attraktiv for ungdom. Mykje tyder på at ungdom har sans for fagforeiningar, men dei møter oss med kritiske forventningar. Ei viktig utfordring som eg er trygg på at norsk Ergoterapeutforbund vil møte offensivt.

Lukke til, takk for å ha fått låne denne spalta, og takk for laget.

TILGJENGELIG ERGOTERAPEUTMATERIELL

Mange av medlemmene deltar med foredrag og på stand som en del av yrkesveiledningen i grunn- og videregående skoler. Brosjyren «Bli ergoterapeut» er tilgjengelig i netthandelen eller hos forbundskontoret. Du finner også filmen «Mitt yrke: Ergoterapeut» på hjemmesiden og YouTube.



STØTTER FORSKNING OG UTVIKLING MED 250 000 KRONER

Årlig støtter vi forskning og utvikling for å bidra til ergoterapifaglig forskning og utvikling, som utføres av ergoterapeuter. På hjemmesiden finner du en oversikt over hvilke fem prosjekter som støttes, og med hvilke beløp.

VI UNDERSØKER INN- OG UTMELDT

Vi har startet med undersøkelser blant medlemmer som akkurat har meldt seg inn eller ut av forbundet. Vi håper at de innmeldte kan gi oss innsikt i hvorfor de valgte å melde seg inn, og hva de er opptatt av. Vi håper også å gi nye medlemmer forståelse for

hvordan de kan ta del i forbundets aktiviteter og medlemstilbud. Når det gjelder de utmeldte, håper vi å få bedre innsikt i hvorfor de melder seg ut, og gjennom dette vurdere om det er grunnlag for å endre eller forbedre aktiviteten vår.

MEDLEMSRABATT HOS ESSO

Gjennom vårt samarbeid i Unio kan vi tilby våre medlemmer 50 øre rabatt per liter på drivstoff og 20 prosent rabatt på bilvask. Sjekk ut tilbudet på våre eller Unios hjemmesider.

HAR DU FLYTTET ELLER BYTTET JOBB? HUSK MIN SIDE!

På høsten trer mange medlemmer, særlig nyutdannede, inn i nye stillinger. Som medlem må du huske på å melde om endringer i medlemskapet. Dette gjøres på Min side på hjemmesiden. På denne måten blir kvaliteten på endringene best, og de blir effektivt behandlet. Vi får hver dag mye post i retur, og vi går glipp av kontingentinntekter på grunn av manglende oppdateringer.



FIBERDYNEN

– en myk vektdyne som gir trygghet

Picomed's 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, psykosier, autisme spektrum forstyrrelse, agitasjon/angst og demens.

Flere vekt

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



Les mere på

www.picomed.no/produkter/fiberdynen/

25 ergoterapispesialister godkjent i år

Siden 2000 har Ergoterapeutene godkjent ergoterapispesialister i syv spesialistområder. I år mottok vi totalt 31 søknader om spesialistgodkjenning, 14 førstegangssøknader og 17 regodkjenninger.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Anita Engeset er administrativt ansvarlig for spesialistordningen.

– Vi er veldig glad for alle søknadene, og spesielt glade for at så mange søker regodkjenning. Det har tydeligvis båret frukter at vi har gitt en spesiell påminnelse til de som stod for tur for regodkjenning, sier Engeset.

En ergoterapispesialist har avansert kunnskap om ergoterapi og en styrkning innen spesialistområdet.

140 ERGOTERAPISPEIALISTER

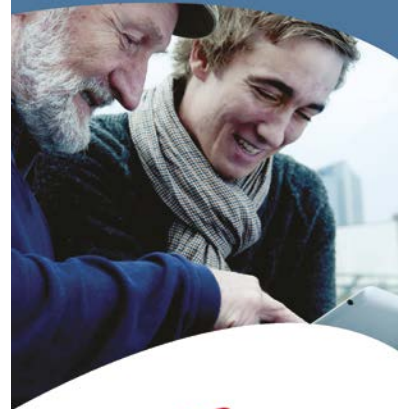
Spesialistrådet behandlet spesialistsøknadene på sitt møte andre november. Dette innebar åtte godkjenninger og 17 regodkjenninger.

Siden 2000 har Ergoterapeutene godkjent ergoterapispesialister i syv spesialistområder i tillegg til godkjenning av veiledere fra 2008. Fra første januar 2014 trådte en ny spesialistordning i kraft, med en overgangsordning som skal gjelde frem til 2020. Tre av

årets søkere søkte etter den nye ordningen.

En spesialistsøknad innebærer systematisk dokumentasjon av egen kompetanse. Du finner informasjon om våre godkjenningsordninger og en oversikt over spesialistene på www.ergoterapeutene.org/specialist.

Ergoterapeutenes spesialistordning



– Vi er veldig glad for alle søknadene, og spesielt glad for at så mange søker regodkjenning, sier Anita Engeset



NY MEDARBEIDER PÅ FORBUNDSKONTORET

Snorre Nergaard er nylig tilsatt som controller på forbundskontoret.

Snorre skal overta arbeidsoppgavene til Mette Jacobsen, som går av med pensjon ved årsskiftet. Som controller vil Snorre ha ansvar for utbetaling av lønn og honorarer, regnskap, kursavgift og reiseregninger i forbindelse med kurs.

Kontaktinformasjonen til Snorre Nergaard og de øvrige ansatte på forbundskontoret finner du på www.ergoterapeutene.org/ansatte.

Snorre Nergaard er utdannet revisor og bor i Oslo. Han er opprinnelig fra Fredrikstad. Han kom til Ergoterapeutene fra tilsvarende stilling i Juritzen forlag. Vi ønsker Snorre velkommen med på laget.

Foto: Fredrik Imislund



OPP OG STÅ FRA A-Å!

FOR MER INFORMASJON
GÅ INN PÅ

www.permobil.no

permobil



«Jeg følte at jeg kom videre i livet»

– VIKTIGE ELEMENTER I GRUPPEBASERTE TILTAK FOR ELDRE MED SYNSVANSKER

Av Lisbeth Kvam og Eva Magnus



Lisbeth Kvam er sosiolog og førsteamanuensis ved Fakultet for helse- og sosialvitenskap ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. E-post: lisbeth.kvam@hist.no



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

Abstrakt

Denne artikkelen tar for seg hvordan en gruppe seniorer med synsvansker opplevde å delta i et gruppebasert tiltak kalt Synscafé drevet av en kommunal ergoterapitjeneste. Hensikten er å belyse viktige elementer i tiltaket. Artikkelen bygger på observasjoner, evalueringer og et gruppeintervju med fire seniorer som hadde deltatt på Synscafé. Det ble identifisert sju tema som vi har kalt: «Uvitenhet – det er ingenting å gjøre», «Synscaféen – ved en tilfældighet», «Koseklubb», «Synscaféen – for hvem», «Synscaféen – hva og hvorfor», «Livet etter Synscaféen» og «Synscaféen – mer om ...». Gjennomgående for alle temaene var at de omhandlet viktige elementer som behov for hjelpemidler, psykososiale aspekter og potensielle forbedringer av tiltaket. Det ser ut som at Synscaféen er et lovende tiltak for å bedre aktivitet og deltakelse for seniorer med synsvansker. Det gruppebaserte tiltaket kan ha flere fordeler fremfor individuelt rettede tiltak, og det kan tyde på at en heterogen gruppe med seniorer med både lang og kort erfaring med synsvansker er hensiktsmessig.

Nøkkelord: Gruppebasert tiltak, synsvansker, deltakelse, eldre

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

BAKGRUNN

Denne artikkelen trekker fram gruppen eldre som har fått en aldersrelatert synsvanske. Målet med artikkelen er å utforske erfaringer og opplevelser fra deltakelse i et gruppebasert kommunalt tiltak for personer med synsvansker, og å diskutere viktige elementer i et slikt tiltak.

Aldersrelaterte synsvansker er én av flere kroniske sykdommer som rammer eldre og truer ønsket aktiv aldring (WHO, 2002). Nedsatt syn påvirker funksjonsevne og sosial deltakelse (Folkehelseinstituttet, 2014) og innvirker på opplevd velvære (Hara da m.fl., 2008). I tillegg beskrives en sammenheng mellom nedsatt syn og depresjoner (Capella-McDonnall, 2005), angst, somatiske symptomer og tap av sosiale aktiviteter, mens sammenhengen mellom nedsatt syn og ensomhet fortsatt er uklar (Burmedi m.fl., 2002). Denne gruppen har i tillegg større forekomst av en rekke andre helseplager, og eldres problemer med syn og hørsel overses ofte fordi det er så vanlig (Crews & Campell, 2004).

Nedsatt syn har konsekvenser for aktiviteter i og utenfor hjemmet, som å tilberede et måltid, medisiner og forflytning inne og ute (Alma m.fl., 2011). De er mer avhengig av hjelp i ADL og IADL enn eldre som ikke har synsvansker (Dahlin-Ivanoff m.fl., 2000). Vanskene skyldes ikke nødvendigvis synsvansker alene, men fremtrer sammen med andre aldersrelaterte fysiologiske og psykososiale forandringer (Crews & Campell, 2004).

Reduksjon i deltakelse i meningsfulle aktiviteter beskrives ofte som en særlig følge av synsvansker hos eldre (Laliberte-Rudman m.fl., 2010), og en tredjedel av eldre med synsvansker ønsker å være mer sosialt aktive (Crews & Campell 2004). Magnus m.fl. (2012) har studert eldre som stod på venteliste for kommunal ergoterapi på grunn av begynnende synsvansker. De eldre beskriver endringer som gjelder både ønskede aktiviteter (lese avisa, se på TV, løse kryssord, brodere, gå tur) og nødvendige aktiviteter (ta bussen, holde det rent, handle mat), og de er engstelige for konsekvensene av ytterligere synsvansker. Lignende funn beskrives i studien til Laliberte-Rudman m. fl. (2010). Sentralt i deres funn er utfordringer knyttet til å balansere ønsket om å delta i verdifulle og nødvendige aktiviteter opp mot risikoen de utsetter seg for. Trapper, fortauskanter, og det å krysse gaten utgjør en risiko. Opplevelse av risiko og at en ikke klarer å gjøre ting som før, fører til at en slutter å gjøre enkelte aktiviteter, og disse blir ikke erstattet av nye. Samtidig som de møter

utfordringer i mange aktiviteter, finner de strategier for å kunne gjøre det de synes er viktig; de er forsiktige og oppmerksomme, bruker hjelpemidler de finner fram til, forenkler aktiviteter og støtter seg til andre der dette er mulig (Laliberte-Rudman m.fl., 2010, Magnus m.fl., 2012). Konsekvensene er likevel redusert deltakelse i sosiale aktiviteter, avhengighet av andre og det å bli sett på som avhengig. De ønsker ikke å ta imot hjelp, de vil bli boende, og de er engstelig for ikke å kunne ta egne valg (Laliberte-Rudman m.fl., 2010).

Berger (2009), som har studert eldre med synsvansker og deres deltakelse i fritidsaktiviteter gjorde lignende funn. I tillegg fant hun at informantene synes de bruker for mye tid på aktiviteter de gjør for å få tiden til å gå, og mindre tid i aktiviteter hvor de er sosiale, produktive, opplever glede og føler seg godtatt av andre. I tillegg til strategier for å håndtere utfordringene var tro på egen håndtering av aktivitetene viktig for å lykkes i fritidsaktiviteter.

Flere studier beskriver barrierer og risikosituasjoner ved deltakelse utenfor hjemmet (Berger 2009, Laliberte-Rudman m.fl., 2010). Heyl & Wahl (2001), som har sammenlignet eldre med og uten synsvansker i en seks års periode, fant at informantene med synsvansker blir gradvis mindre aktivt deltagende i utendørsaktiviteter og særlig i fritidsaktiviteter. Forfatterne understreker blant annet behovet for psykososial intervensjon og rehabilitering for å forebygge avhengighet og tap av autonomi.

Schoessow (2010) viser at rehabilitering for eldre personer med nedsatt syn primært handler om teknologi og tilrettelegging av de fysiske omgivelsene, og presenterer en modell for ergoterapi med vekt på deltakelse i hjem og lokalsamfunn. Rees m.fl., (2010) har evaluert et rehabiliteringsprogram hvor målsettingen var å øke deltakernes ferdigheter i å håndtere konsekvensene av nedsatt syn. Programmet var gruppebasert og gikk over åtte uker. Studien viste at programmet hadde en positiv innvirkning på forståelsen av synsproblemene, på humør og på det man oppfattet som mulige tjenester.

Helseutdanningsprogrammet Discovering New Ways for eldre med makuladegenerasjon, har til hensikt å forebygge aktivitetsproblem og fremme helsebringende aktivitetsmønstre. Arbeidet er beskrevet i en rekke publikasjoner (f.eks. Eklund & Dahlin-Ivanoff, 2006). En av studiene deres viste at hjelpemidler alene ikke bidrar til å opprettholde ADL-nivået, men bør kombineres med å lære en problemløsningsmodell (Eklund & Dahlin-Ivanoff, 2007).

Forskningen som er presentert viser at eldre med aldersrelaterte synsvansker kan erfare omfattende vansker i dagliglivets aktiviteter, at de lett blir oversett, at ikke alle har tilbud om rehabilitering og at tiltakene som tilbys er forskjellige. I det videre beskrives erfaringer og opplevelser fra deltakelse i et gruppebasert kommunalt tiltak for seniorer med synsvansker.

KONTEKST

Høsten 2012 ble arbeidet med å utvikle et lærings- og mestringstiltak (Synscafé) for eldre med begynnende synsvansker startet i regi av Enhet for ergoterapi i Trondheim kommune. Målet var at deltakerne skulle opprettholde sine aktiviteter i hjem og fritid, ha kunnskap om synsvansker, ha kunnskap om mestringsstrategier og kjennskap til sine rettigheter. Bakgrunnen var at eldre med begynnende synsvansker må vente lenge for å få tilbud hos synsterapeut/ergoterapeut og at denne gruppen har behov for støtte på et tidlig tidspunkt i en vanskelig situasjon (Magnus m.fl., 2012). Videre var tiltaket begrunnet i studier som viste at gruppebaserte lærings- og mestringstiltak hadde god effekt på synshemmedes aktivitet og deltakelse i hverdagslivet (Eklund & Dahlin-Ivanoff, 2006). Tiltaket ble organisert rundt ulike tema som hjelpemidler, deltakelse, transport, mobilitet, informasjon om Blindeforbundets tilbud og rehabiliteringstilbud for synshemmede. Det ble satt av fire torsdager over et semester på et kommunalt drevet møtested for eldre. Fagfolk innen de ulike temaene holdt innlegg, og det var satt av tid til samvær for deltakerne, inkludert en enkel servering. Etter siste møte evaluerte deltakerne tiltaket.

DATAMATERIALE OG METODE

Rekruttering av informanter foregikk ved at 12 av 16 personer som hadde deltatt på Synscaféen foregående semester, fikk tilsendt et brev med spørsmål om å delta i studien. Av de fire som ikke fikk tilbud, hadde tre deltatt på to eller færre møter, mens en ikke hadde synsvansker. Det ble opplyst at deltakelse var frivillig, at informantene kunne trekke seg fra studien når som helst, og at informantene ville bli anonymisert. Fire personer meldte seg frivillig, og disse ble de endelige informantene. Inklusjonskriterier var representasjon av begge kjønn, spredning i alder, at noen var og noen ikke var brukere av Blindeforbundets tilbud, og at noen var ny med synsvansker mens andre hadde erfart synsvansker over tid. Deltakerne var tre kvinner (Anne, Berit og

Celine) og en mann (David) i alderen 75 - 85 år. To av deltakerne hadde nylig fått synsvansker (Berit og David), og to hadde hatt synsvansker i mange år. To bodde med ektefelle (Berit og Celine), to bodde alene. To var brukere av Blindeforbundets tilbud (Anne og Celine). Tre av deltakerne (Anne, Celine og David) hadde deltatt på Synscaféen mer enn ett semester.

Førsteforfatter var til stede på det siste Synscafé-møtet våren 2014 og observerte. Det ble skrevet feltnotater, og tidligere skriftlige evalueringer av Synscaféen ble lest. Gruppeintervju ble benyttet til datainnsamling fordi denne metoden er egnet til å få en forståelse av hvordan deltakerne diskuterer og opplever emnet eller fenomenet som skal undersøkes (Krueger m.fl., 2000). En semi-strukturert intervjuguide var delt i tre temaområder:

- 1: Deltakelse på Synscafé (eksempler på spørsmål: «Hvorfor ville dere delta på Synscafé?», «Hva gjorde at dere møtte opp mer enn én gang?»),
- 2: Opplevelse av/erfaring med Synscafé (forventninger, erfaringer og betydningen av de ulike temaene som ble tatt opp) og
- 3: Veien videre (fremtiden, om/eller hvordan Synscaféen hadde betydning for opplevelsen av fremtiden).

En sykepleier fra kommunens rehabiliteringstjenste fungerte som moderator under intervjuet og fulgte opp tema, tok notater og vurderte intervjuet sammen med forskeren i etterkant. Intervjuet tok ca 80 minutter. Det ble tatt opp på lydfil og transkribert ordrett. Studien ble tilrådd av Personvernombudet 09.04.14. Datainnsamlingen ble gjennomført i mai 2014.

ANALYSE

Konvensjonell innholdsanalyse (Hsieh & Shannon, 2005) ble benyttet for å analysere datamaterialet. Kjennetegn ved analysen er at de første kodene i størst mulig grad skal gjenspeile de ord og uttrykk som informantene bruker. Kodene blir så organisert i tema som i minst mulig grad er påvirket av den forforståelsen forskerne har. Teksten fra gruppeintervjuet ble lest grundig og umiddelbare inntrykk og tanker ble skrevet ned. Det neste steget var å utvikle koder ved å gå gjennom teksten linje for linje. Eksempler på koder var: «fint å møte likesinnede», «møtene påvirker hvordan vi tenker», «holde seg aktiv», «isolere seg», «selvstendighet i hverdagen» og «hjelper til å holde seg oppdatert på hjelpemidler». Kodene ble skrevet ned på post-it lapper og

organisert i meningsbærende grupper og gitt navn. Etter å ha gått gjennom kodene flere ganger og gått tilbake til teksten som helhet og sammenliknet med feltnotatene, endte vi opp med sju temaer: «Uvitenhet – det er ingenting å gjøre», «Synscaféen – ved en tilfeldighet», «Koseklubb», «Synscaféen – for hvem», «Synscaféen – hva og hvorfor», «Livet etter Synscaféen» og «Synscaféen – mer om ...».

Temaene som ble analysert fram, ble fortolket så lite som mulig. Som funnene viser er det imidlertid flere dimensjoner innen, og på tvers av de ulike temaene. De ulike dimensjonene relaterer til tre overordnede aspekter som fremstår som sentrale ved gjennomføringen av det gruppebaserte tiltaket, 1) Behov for hjelpemidler, 2) Psykososiale aspekter, og 3) Potensiale for utvikling av Synscaféen. I diskusjonen vil funnene bli drøftet i lys av disse overordnede aspektene. Denne måten å bygge opp en studie på er i tråd med konvensjonell innholdsanalyse (Hiesh & Shannon, 2005).

Det kan innvendes at ett gruppeintervju er lite i forhold til metning og studiens troverdighet. Imidlertid viste det seg at gruppeintervjuet ga fyldige data, og at feltnotatene og tidligere evalueringer i stor grad støttet opp under funnene fra gruppeintervjuet. Vi vurderer derfor at studien fyller krav til troverdighet.

FUNN

Uvitenhet – det er ingenting å gjøre

Informantene opplevde utfordringer da de først fikk synsvansker. Det var et sjokk å få vite av øyenlegen at det ikke var noe å gjøre. Utsagnet «Øyenlegen fortalte meg at det ikke var noe å gjøre, og det var det» illustrerer informantenes erfaringer med informasjonen de fikk fra helsevesenet. De savnet informasjon om hva de kunne gjøre og hvor de kunne henvende seg for å få hjelp.

«Jeg visste ingenting, og jeg kjente heller ikke noen med synshemming fra før» (Berit)

Måten å gripe an utfordringene på varierte.

«Jeg kontaktet Blindeforbundet med én gang og fikk mye informasjon der om hjelpemidler og sånn... hvordan jeg skulle gå frem og sånn» (Anne)

«Jeg begynte å gå mindre og mindre ut... ble isolert og fikk tunge tanker» (David)

Informantene erfarte altså uvitenhet både fra legen og seg selv, og håndterte dette på ulike måter.

Synscaféen – ved en tilfeldighet

Det å få vite om Synscaféen ble beskrevet som tilfeldig. Én fikk vite om tiltaket av venninner, en

annen fikk tips fra synsterapeuten da han var innlagt på sykehus. Ellers beskrives det som «å snappe opp tilfeldig.» Informantene ønsket bedre markedsføring. Gruppen mente at øyenlegene burde informere om tiltaket enten skriftlig eller muntlig, «...for vi er i hvert fall hos øyenlegen.» Siden ikke alle hørte på lydavisen eller Bladet 70+, vurderte informantene disse kanalene som lite egnet til markedsføring.

Koseklubb

Informantene mente at Synscaféen kunne fremstå som en «koseklubb» og at det var viktig at det kom fram at tilbudet var noe mer enn det. For én av informantene var det viktig at tilbudet hadde blitt anbefalt av en synspedagog.

«Altså... Synscaféen... det høres jo ut som en koseklubb, men jeg hadde aldri drømt om at jeg kunne å få så mye informasjon. Det synes jeg er viktig å få frem, for noen vil kanskje ikke delta hvis de tror at det bare er prat og hygge.» (Celine)

Informantene snakket om at Synscaféen kanskje ikke var et dekkende navn. De mente navnet henstilte på hygge og ikke læring. Berit beskrev det gruppa mente på denne måten:

«Det kan jo være at noen ikke vil være med, eller at kommunen legger ned tilbudet, fordi de tror at dette bare er en plass å møtes og drikke kaffe og sladre... men det er så mye mer!»

Gruppen snakket om hvorfor de fortsatte å delta etter første møte; det var hyggelig, sosialt og nyttig.

«Jeg har vært synshemmet lenge, men synes likevel det var veldig nyttig og hyggelig å møte ulike folk med forskjellige tips. Det sosiale er viktig, og så hjelper det på å holde seg oppdatert på hva som finnes» (Anne)

«Det var interessante tema og fint å lære av folk med erfaring.» (David)

En annen dimensjon som ble diskutert, var kjønnsforskjeller.

«Det er jo en dameklubb.»

«Jeg har sagt fra til flere kamerater, men de vil ikke gå på Synscaféen. Ja, de sier at de har fått vite av legen at det ikke er mer å gjøre med synet, så da er det ikke noe vits... Vi er ikke så sosiale. Vi, sier mennene.» (David)

Grunner til ikke å møte opp på Synscaféen kunne være juleferie, påskeferie og fridager i mai eller sykdom.

Synscaféen – for hvem

Synscaféen ble vurdert som nyttig både for de som hadde kort og lang erfaring med synsvansker. Verdi-

en av å være en blandet gruppe ble vektlagt.

«Det er viktig for de som nettopp har blitt synshemmet.» (David)

«Det er også fint for de som har hatt synshemming lenge.» (Anne)

«Ja, særlig for de av oss som ikke har ektefelle eller barn. Men mannen forstår jo ikke alt likevel, så...» (Berit)

«Det er litt sånn at ulike personer har ulike spørsmål og erfaringer, og det er bra, for da lærer vi noe nytt hver gang.» (Anne)

Synscafé - hva og hvorfor

Informantene fremhevet ny kunnskap om hjelpemidler som positivt.

«Han som var her fra hjelpemiddelsentralen... det var bra. Jeg ante ikke at det fantes så mye.» (Berit)

«Det som overrasket meg, var hvor mange nyttige tips jeg har fått fra de andre deltakerne. Det er ikke så mye som skal til, egentlig, før hverdagen blir bedre.» (Celine)

I forlengelsen av dette oppstod erfaringsutveksling om bruk av ulike hjelpemidler. Informantene savnet å kunne lese. Noen hadde mye, andre mindre, erfaring med lese-TV.

«Ja altså, jeg har alltid lest mye og kunne ikke sove uten å ha lest først. Jeg skal skaffe meg lese-TV, det er sikkert.» (Berit)

«Det er ikke alt lese-TV kan brukes til. For eksempel er det vanskelig å lese bøker. Det blir anstrengende og det er lett å få hodepine.» (Anne)

«Ja, lese-TV er ikke løsningen på alt, men den er fin til å lese brev og regninger. Jeg setter stor pris på at jeg kan lese min egen post. Selv om mannen min kan hjelpe meg, er det ikke noe gøy å være avhengig av ham for å holde styr på mine private ting.» (Celine)

Noen mente at lydbok var et bedre alternativ enn lese-TV. «Men jeg liker ikke lydbøker», sa Berit, og begrunnet dette med at hun likte å kunne bla tilbake. Informantene med erfaring informerte om at det ikke er noe problem å spole tilbake og høre ting om igjen. Denne typen diskusjoner kom opp om flere typer hjelpemidler. For eksempel oppstod en diskusjon om fordeler og ulemper ved å bruke hvit stokk. Refleksjonene rundt bruk av hjelpemidler viste, i tillegg til en praktisk dimensjon, hvordan egne og andres oppfatninger av svaksynte påvirket hverdagen. Bruk av hjelpemidler ute blant folk ble beskrevet både som frigjørende i forhold til å være mer selvhjulpent, og tyngende i forhold til å bli sett på som, og å føle seg, funksjonshemmet. Informantene med kortere erfaring

med synsvansker ville ikke begynne med hvit stokk.

«Så langt har jeg ikke kommet.» (David)

«Det var en stor bøyg for meg å begynne med hvit stokk, for jeg klarer jo det meste og er veldig selvstendig, men det hjelper jo at andre forstår at jeg er synshemmet også.» (Anne)

Informantene opplevde at de hadde stor nytte av å møte andre i samme situasjon.

«Altså, det aller beste med Synscaféen har vært å møte alle disse hyggelige folkene som skjønner hva jeg går igjennom. Humoren...og for eksempel ble jeg veldig inspirert av hun damen på 93 år, som bodde alene og tok bussen til byen alene hver uke.» (Berit)

«Jeg syns det har vært veldig bra å møte noen som kan... ja, ha humor om det å være synshemmet.» (David)

Det kunne også være positivt å høre om andre som har det verre eller bedre enn seg selv.

«Det kan jo være godt å høre at noen har det verre, også...!». (Anne)

«I hvert fall er det fint å se at man ikke er den eneste med disse problemene, også er det bra å høre om folk som blir bedre.» (Berit)

Synscaféen hadde endret informantenes opplevelse av mestring.

«Det er viktig for hvordan man mestrer ting... at man kan takle nye ting...» (Celine)

«Da jeg ble synshemmet... og nå også... det er mange venner og sånn, som sier at de ikke hadde klart det hvis de mister synet...men jeg sier at det må man bare... og det ser vi her også... altså, vi ser at man klarer det.» (Anne)

Livet etter Synscaféen

Informantene opplevde at Synscaféen hadde hatt betydning for hverdagslivet.

«Jeg føler at Synscaféen har hjulpet meg å komme videre i livet. Da jeg ble synshemmet, trodde jeg at jeg ikke skulle komme videre... jeg visste ikke at jeg kunne klare så mye.» (Berit)

Synscaféen hadde bidratt til optimisme og pågangsmot.

«Jeg har lært at man må stå på selv... det er ingen som kommer og tilbyr noe, og nå vet jeg mer om hva som skal til.» (Berit)

Betydningen av å tørre å be om hjelp ble diskutert.

«Det handler om at vi har lært at det ikke er farlig å være tillitsfull, tror jeg. De fleste vil hjelpe hvis de blir spurt.» (Celine)

Deltakerne opplevde større selvstendighet som

følge av Synscaféen, og det var en lettelse å oppleve at de kunne ordne opp i det meste selv.

«Jeg gir mere blaffen nå», sa David. Før Synscaféen hadde han holdt seg mer og mer for seg selv fordi han var redd for at han så ustelt ut. Deltakelse på Synscaféen førte til at han innså at dette var unødvendig, fordi det begrenset livet hans.

«Man lærer at livet går videre... man finner andre måter å innrette seg på, og så ser man at det er viktig å holde seg aktiv og oppdatert.» (Anne)

«Ja, jeg syns Synscaféen har oppmuntret meg til å holde meg aktiv... det har jeg bestemt meg for... å holde meg aktiv.» (Berit)

Synscaféen – mer om...

Informantene savnet kunnskap om kosthold.

«Jeg skulle ønske at det kunne komme en uhildet person, gjerne en øyenlege, som kunne informere oss om hva som virker og ikke virker. Det er jo så mye reklame for blåbær... noen mener det virker, men noen sier det bare er tull.» (David)

Gruppen mente også at det hadde vært interessant å lære mer om den psykologiske prosessen de opplevde at de gikk igjennom.

«Det hadde vært fint med et besøk av en psykolog som kunne fortelle om hva som har skjedd i hodene våre i løpet av disse møtene... det er interessant syns jeg, å oppleve at man endres og føler at man mestrer ting bedre.» (Celine)

Ny kunnskap hadde ført til behov for ytterligere kunnskap, om seg selv og om aktuelle tiltak.

DISKUSJON

Behov for hjelpemidler

Hjelpemidler som bidrar til at den enkeltes aktivitet og deltakelse opprettholdes, er positivt relatert til lykke og redusert dødelighet (Menec, 2003). Informantene beskrev at de selv hadde prøvd å skaffe seg luper for å kunne lese før de begynte å delta i Synscaféen, men at det var vanskelig å finne noen som var gode nok. Det er viktig å kunne lese for å løse dagligdagse oppgaver, og mange regner lesing som meningsfull aktivitet. Studier har vist at eldre som får opplæring i bruk av lesehjelpemidler kan snu en passiv situasjon der man er avhengig av andre, til å bli mer selvhjelpen i hverdagen (Bäckman, 2002), mens andre har funnet at lese- og skrivehjelpemidler er sterkt assosiert med deltakelse i både daglige aktiviteter og ønskede sosiale roller (Desrosiers m.fl., 2009). Synscaféens temadager om ulike hjelpemidler, og spesielt hjelpemiddelsentralens

presentasjon, ble da også trukket fram som svært nyttig. Samtidig uttrykte både de med lang og kort erfaring med synsvansker, at de hadde fått nyttige tips av hverandre om lesehjelpemidler og praktiske løsninger, som bruk av kontraster og belysning, nettbrett, telefoner og tekniske hjelpemidler som letter matlaging og måltider.

En dimensjon i diskusjonene var at de med minst erfaring med synstap ønsket alle typer hjelpemidler, som for eksempel lese-TV, avanserte luper og ulike dataverktøy, mens de mer erfarne også opplevde begrensninger i bruken av hjelpemidlene. Dette kan, på den ene siden, ha sammenheng med en overdreven tro på at avanserte hjelpemidler løser problemer i hverdagen. Andres erfaringer kan moderere forventningene til hjelpemidlene. På den andre siden kan det antyde at opplæring i bruk av hjelpemidler er mangelfull, slik at de eldre ikke får utnyttet mulighetene som ligger i hjelpemidlene (Bäckman, 2002). En tredje mulighet kan være at de med lengst erfaring med synsvansker hadde kommet lenger i prosessen som inkluderer en samkjøring av funksjonelle, psykologiske og psykososiale aspekter forbundet med valg og bruk av hjelpemidler (Hocking, 1999). Prosessen forutsetter at individet over tid har fått tilpasset hjelpemidler som er i samsvar med egne mål, tilfredshet, kulturelle verdier og omgivelser. Deling av erfaringer og opplevelser rundt bruk av hjelpemidler bidrar til å øke den enkeltes kunnskap. Kanskje er det spesielt nyttig å være en del av denne type dialog når hjelpemidler kan påføre brukeren stigma. Det finnes beskrivelser av ubehag ved å benytte «hvit stikk» (Gray m.fl., 1998). Dette ble også diskutert i vårt datamateriale. De som hadde hatt synsvansker kortest tid uttrykte skepsis på grunn av frykten for å bli negativt vurdert av omgivelsene. De følte ikke at de var i målgruppen fordi det ikke stod «så dårlig til» med dem, mens deltakerne som brukte «hvit stikk» nyanserte både fordelene og ulempene.

Psykososiale aspekter

Diskusjoner oppstod også rundt psykologiske aspekter, som å spørre om, og å kunne ta imot, hjelp. Betydningen av å være tillitsfull engasjerte deltakerne. Dette er et aspekt som antas å være viktig for opprettholdelse av aktivitet etter synstap (Cattan m.fl., 2009). Det var inspirerende for deltakerne å høre historier der det å være tillitsfull, og å stole på fremmede, bidro til selvstendighet. Det å være tillitsfull og motta hjelp fra fremmede må sees

i sammenheng med balansering av deltakelse i meningsfulle aktiviteter og faren for å havne i sårbare situasjoner (Rudman m. fl., 2010). I denne sammenhengen fremstår det som verdifullt at informantene kunne lære av andres erfaringer for å få en realistisk opplevelse av hvor grensen mellom å stole på andre og å utsette seg for fare ligger.

Mens hjelp fra andre er positivt for eldres sosiale liv, behøver dette ikke være positivt for funksjonsnivået, fordi det øker avhengigheten av andre (Wahl m.fl., 2004). Våre funn antyder imidlertid at å spørre om, og å ta imot hjelp, kunne få informantene til å ta opp igjen viktige aktiviteter. Ved å stole på hjelp fra andre enn de nærmeste kan man redusere avhengigheten av, og avlaste, familie. Det ble likevel fremhevet at ektefelle og/eller barn var en fordel for hjelp og støtte i dagliglivet.

Hvordan hver enkelt innretter seg, og hvilken hjelp man har tilgang til, vil avhenge av både personlige forhold og forhold i omgivelsene (Schoessow, 2010). Tiltak for personer med synsvansker handler imidlertid oftest om teknologi og tilrettelegging av fysiske omgivelser. Våre funn viser at Synscaféen gir deltakerne tilgang til diskusjoner og erfaringsutvekslinger, som i tillegg kan øke den enkeltes oppfatning av hva som er mulig, og der igjennom føre til atferdsendring og økt deltakelse. Den enkeltes oppfatning av hva som er mulig, gjenspeiles for eksempel i vår studie gjennom informantenes diskusjon rundt kjønnsforskjeller. Det kunne virke som gruppen opplevde at menn oftere ble passive etter at synsvanskene oppstod, mens kvinner i større grad aktivt gikk inn for å bedre sin situasjon. Det er ikke mange studier som har undersøkt kjønnsforskjeller i mestringsstrategier ved aldersrelaterte synsvansker, men Brennan (2000) antyder at eldre kvinner har flere mestringsstrategier å ta i bruk ved synsvansker enn det menn har.

Opplevelsen av livskvalitet for eldre med synsvansker er spesielt knyttet til hvor viktig den tapte aktiviteten er for den enkelte i hverdagen (Rovner & Casten, 2002). Én av diskusjonene handlet om at det å spise sammen andre hadde gått fra å være en glede til å bli en belastning. En annen tok for seg den tapte gleden ved for eksempel å handle klær. Ved å dele kunnskap, erfaringer og humor ble problemene mindre.

Longitudinelle studier har vist at forventningene til fremtiden gradvis synker blant eldre som får synsvansker, og at det er viktig å vektlegge psykologiske komponenter i intervensjoner (Heyl & Wahl, 2001).

Våre funn bekrefter at den psykososiale dimensjonen av Synscaféen var viktig. Deltakerne opplevde endring i troen på hva som var mulig. De så mer optimistisk på fremtiden, og de opplevde seg som mer selvstendige og sosiale. Tidligere studier har også vist at gruppebaserte intervensjoner kan ha en god effekt på reduksjon av psykologisk stress, og føre til økt tro på egen mestring og kapasitet (Rees m.fl., 2010).

Informantene opplevde at Synscaféen kunne fremstå som kun en hyggelig begivenhet. Kanskje er dette funnet et uttrykk for en vestlig diskurs der vellykket aldring er forbundet med uavhengighet, produktivitet og verdighet. Samtidig som de som er avhengige av hjelp, er svake, sårbare eller syke, forbindes med en mindre vellykket aldring, og dermed er en byrde for samfunnet (Angus & Reeve, 2006). Bekymring for at Synscaféen var for dyrt, argumentering for å betale egenandel og behovet for at autoriteter skulle markedsføre tiltaket kan sees som en nyanse av den samme diskursen, fordi vellykket aldring også innebærer at man ikke forbruker så store ressurser at det går ut over andre gruppers behov for velferdstjenester (Achenbaum, 2009).

Synscaféen – potensiale for utvikling

Ønsket om opplæring i kosthold hang sammen med utfordringene informantene opplevde rundt det å forholde seg til reklame og ulike råd som lovet bedring av synet eller stagnasjon av synsvanskene. Det finnes mye forskning på dette området, men resultatene er tvetydige (Chong m.fl., 2007). Informasjon om hva man vet og ikke vet vil kanskje øke deltakernes trygghet på egne valg dette området. Et vanlig problem blant eldre med synsvansker er å lage mat og å få i seg nok og riktig næring (Dahlin-Ivanoff, 2000). I lys av dette er det sannsynligvis hensiktsmessig å innføre ernæring og matlaging som eget tema i Synscaféen. Likeledes er det sannsynlig at det også bør avsettes mer tid til diskusjon og læring om de psykologiske prosessene deltakerne erfarer, og som andre studier kan bekrefte (Schoessow, 2010).

KONKLUSJON

Funnene i denne studien tyder på at Synscaféen fremmer aktivitet og deltakelse. Deltakerne opplever både praktisk, sosialt og psykologisk utbytte. Meningsfull deltakelse for enkeltindivider er et mål i seg selv, det er helsefremmende og samfunnsøkonomisk gunstig. Det kan være interessant å utforske

om det bør legges til rette for at deltakerne kan fortsette å treffe hverandre etter at det formelle tiltaket er gjennomført, siden deltakerne ser ut til å ha et vedvarende praktisk og psykososialt utbytte av å møte andre eldre i lignende situasjoner.

Referanser

- Achebbaum A. W. (2009) A Methhistorical Perspective on Theories of Aging. In Bengtson, V. L., Gans, D., Putney, N. M. & Silverstein, M. (eds) (2009) Handbook of theories of aging. (Sec. ed) Springer Publishing Company
- Alma, M.A.; Van Der Mei, S.F.; Melis-Dankers, B.J.M., Van Tilburg, T.g.; Groothoff, J.W. & Suurmeijer, T.P.B.M. (2011). Participation of the elderly after vision loss. *Disability and Rehabilitation*, 33(1), 63-72.
- Angus, J., & Reeve, P. (2006). Ageism: A threat to «aging well» in the 21st century. *Journal of Applied Gerontology*, 25(2), 137-152.
- Bäckman, Ø. (2000). Interactive factors in the reading rehabilitation of elderly persons with low vision in Sweden. *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 94, 638-647.
- Berger, S. (2009). *Leisure participation experiences among older adults with low vision*. University of Massachusetts Boston.
- Brennan, M., & Cardinali, G. (2000). The use of preexisting and novel coping strategies in adapting to age-related vision loss. *The Gerontologist*, 40(3), 327-334.
- Burmedi, D.; Becker, S.; Heyl, V.; Wahl, H.-W. & Himmelsbach, I. (2002). Emotional and social consequences of age-related low vision. A narrative review. *Visual Impairment Research*, 4(1), 47-71.
- Capella, McDonnall, M. E. (2005). The effects of single and dual sensory loss on symptoms of depression in the elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, 20(9), 855-861.
- Cattan, M., Hughes, S., Purcell, M., Woodward, J., & Kime, N. H. (2009). Promoting and maintaining health of people with sight loss: A scoping study.
- Chong, E. W., Wong, T. Y., Kreis, A. J., Simpson, J. A., & Guymer, R. H. (2007). Dietary antioxidants and primary prevention of age related macular degeneration: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 335(7623), 755.
- Crews, J. E., & Campbell, V. A. (2004). Vision impairment and hearing loss among community-dwelling older Americans: implications for health and functioning. *American Journal of Public Health*, 94(5), 823-829.
- Dahlin Ivanoff, S.; Sonn, U.; Lundgren_Lindqvist, B. & Steen, B. (2000). Disability in Daily Life Activities and Visual Impairment. A population study of 85-year-old people living at home. *Scandinavian Journal of occupational Therapy*, 7, 148-155.
- Desrosiers, J., Wanet-Defalque, M. C., Témisjjan, K., Gresset, J., Dubois, M. F., Renaud, J. & Overbury, O. (2009). Partiicipation in daily activities and social roles of older adults with visual impairment. *Disability & Rehabilitation*, 31(15), 1227-1234.
- Eklund, K. & Dahlin-Ivanoff, S. (2007). Low vision, ADL and hearing assistive device use among older persons with visual impairments. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 2(6), 326-334.
- Eklund, K. & Dahlin-Ivanoff, S. (2006). health education for people with macular degeneration: Learning experiences and effect on daily occupations. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(5), 272-280.
- Folkehelseinstituttet (2014). *Folkehelse rapporten 2014*. Oslo.
- Gray, D. B., Quatrano, L. A., & Lieberman, M. L. (Eds.). (1998). *Designing and using assistive technology: the human perspective*. Paul Brooks Publishing.
- Harada, S., Nishiwaki, Y., Michikawa, T., Kikuchi, Y., Iwasawa, S., Nakano, M. & Takebayashi, T. (2008). Gender difference in the relationships between vision and hearing impairments and negative well-being. *Preventive medicine*, 47(4), 433-437.
- Heyl, V., & Wahl, H. W. (2001). Psychosocial adaptation to age-related vision loss: a six-year perspective. *Journal of Visual Impairment & Blindness (JVIB)*, 95(12).
- Hocking, C. (1999). Function or feelings: factors in abandonment of assistive devices. *Technology and Disability*, 11(1), 3-11.
- Hsieh H-F, Shannon SE. Three Approaches to Qualitative Content Analysis. *Qualitative Health Research*. 2005;15(9):1277-88.
- Laliberte-Rudman, D.; Huot, S.; Klinger, L.; Leipert, B.D. & Spafford, M.M. (2010). Struggling to Maintain Occupation While Dealing With Risk: The Experiences of Older Adults With Low Vision. *Occupation, Participation and Health*, 30(2), 87-96.
- Krueger R, Casey M. Focus Groups. A practical guide for applied research (3d ed.). Krueger R, Casey M, editors. Thousand Oaks, CA: Sage Publication; 2000.
- Magnus, E., Hjelvik, A. B., & Marstrand, N. (2013). Hverdagen til eldre med begynnende synsvansker: Et prosjektsamarbeid mellom Høgskolen i Sør-Trøndelag og Trondheim kommune.
- Menec, V. H. (2003). The relation between everyday activities and successful aging: A 6-year longitudinal study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(2), S74-S82.
- Rovner, B. W., & Casten, R. J. (2002). Activity loss and depression in age-related macular degeneration. *The American journal of geriatric psychiatry*, 10(3), 305-310.
- Schoessow, K. (2010). Shifting from compensation to participation: a model for occupational therapy in low vision. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(4), 160-169.
- Wahl, H. W., Becker, S., Burmedi, D., & Schilling, O. (2004). The role of primary and secondary control in adaptation to age-related vision loss: a study of older adults with macular degeneration. *Psychology and aging*, 19(1), 235.
- WHO (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. Geneva: World Health Organization.

Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) med norske normverdier

Av Anne-Stine Dolva, Jo Kleiven, Lena Krumlinde-Sundholm og Marie Berg

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

E-post: anne-stine.dolva@hil.no

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

Lena Krumlinde-Sundholm er ergoterapeut og dosent ved Institutionen för kvinnors och barns hälsa ved Karolinska Institutet i Stockholm.

Marie M. Berg er ergoterapeut og rådgiver ved Regional Kompetansetjeneste for Rehabilitering HSØ og førsteamanuensis ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til manuskriptet.

Sammendrag

Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) er et standardisert undersøkelses- og vurderingsredskap for evaluering av barns ferdigheter. Det ble utviklet i USA i 1992 og oversatt til norsk i 2000. PEDI er basert på foreldreintervju og hjelper foreldre med å formulere meningsfulle mål for barnets behandling, og gir retning til anbefalinger for tiltak/trening. Ved re-test fungerer PEDI også som effektmål. Et representativt utvalg av norske barn i ti aldersgrupper ble sammenlignet med tilsvarende aldersgrupper i det originale amerikanske normeringsutvalget. På svært mange punkter viste det seg at norske og amerikanske barn uten funksjonsnedsettelse mestrer ulikt. Når norske barn med funksjonsvansker vurderes med PEDI og det anvendes normskårer, vil norske normverdier gi en mer «rettferdig» sammenligning av barnets ferdigheter enn om de amerikanske verdiene brukes. De norske referanseverdiene kan lastes ned kostnadsfritt fra www.sunnaas.no/pedi.

Nøkkelord: undersøkelse- og vurderingsredskap, PEDI, norske referanseverdier

INNLEDNING

PEDI er et tverrfaglig undersøkelses- og vurderingsredskap (Haley, Coster, Ludlow, Haltiwanger, & Andrellos, 1992) som brukes mye innen barnehabilitering. Norske ergoterapeuter, fysioterapeuter og andre faggrupper har brukt PEDI både klinisk og i forskning siden norsk oversettelse ble utgitt i 2000 (Jahnsen, Berg, Dolva, & Høyem, 2000). Redskapet gir en standardisert kartlegging og en systematisk beskrivelse av barnets ferdigheter i hverdagsaktiviteter innen tre domener: Egenomsorg, forflytning og sosial fungering. Hvert domene kan deles i subdomener med om lag fem ulike oppgaver med økende vanskelighetsgrad. PEDI er utviklet for barn med alder fra 6 måneder til 7,5 år, men kan også brukes til eldre barn dersom oppgavene er relevante for dem. En komplett PEDI måler ikke bare nåværende funksjonelle ferdigheter på utvalgte oppgaver, men gir også anvisninger om hjelpebehov og tilrettelegging. Det brukes to ulike skårer i PEDI: en normativ skåre der barnet sammenlignes med barn uten funksjonsnedsettelse, og en skalert skåre der barnet kun sammenlignes med seg selv. Ettersom redskapet er utviklet i USA, betyr det at også de normative skårene som har vært brukt i Norge, har vært basert på de originale amerikanske referanseverdiene. Det vil si at ferdigheter hos norske barn med funksjonsnedsettelse har vært evaluert mot mestringsnivå hos amerikanske barn uten funksjonsnedsettelse. Se tabell 1, på neste side, som viser innhold og oppbygging av PEDI.

Også internasjonalt er PEDI et av de mest brukte redskapene for å undersøke og vurdere aktivite-

ter i hverdagslivet hos barn som har en funksjonsnedsettelse. Instrumentet er oversatt og validert i en rekke land, og refereres til som et "gullstandard instrument" (Law, 2003; Ziviani et al., 2003). Imidlertid kan verdien av normative skårer i en test bli påvirket når instrumentet brukes i en annen kultur enn der testen opprinnelig ble utviklet. Derfor har flere studier testet krysskulturell validitet av PEDI, både i Sverige (Nordmark, Orban, Hagglund, & Jarnlo, 1999), Puerto Rico (Gannotti & Cruz, 2001), Tyrkia (Erkin, Elhan, Aybay, Sirzai, & Ozel, 2007), Slovenia (Groleger Sr., Vidmar, & Zupan, 2005), Taiwan (Chen, Tseng, Hu, & Koh, 2010), Nederland (Wassenberg-Severijnen, 2005), Danmark (Stahlhut, Christensen, & Aadahl, 2010) og Norge (Berg, Aamodt, Stanghelle, Krumlinde-Sundholm, & Hussain, 2008). Alle disse studiene har rapportert resultater som på noen punkter er signifikant forskjellige fra de amerikanske normative referanseverdiene.

En studie av den norske PEDI-versjonens reliabilitet (Berg, Jahnsen, Frøslie, & Hussain, 2004) viser at redskapet er pålitelig, og at det er godt egnet til å måle effekt av ulike behandlingstiltak. På grunn av de rapporterte forskjellene var det likevel behov for å undersøke mer i detalj hva disse forskjellene bestod i, og hvilke konsekvenser de kan gi for forståelsen av ferdigheter hos norske barn med funksjonsnedsettelse. Selv om det nylig er utgitt en endret og utvidet versjon av PEDI (PEDI-CAT) (Haley, Coster, Dumas, Fragala-Pinkham, & Moed, 2012), er denne versjonen ikke validert for norske forhold. Siden det vil ta tid å få utført en slik validering, er det fortsatt behov

for norske normative verdier for den originale PEDI som anvendes i dag. Norske verdier vil gi bedre sikkerhet for at norske barn blir vurdert ut fra det som er vanlig i deres eget miljø. Utfordringer og forventninger også til barn som har en funksjonshemming kan derfor stilles i riktig rekkefølge og i den alderen som er forventet her i landet.

Målsettingen var derfor å utvikle klinisk nyttige normverdier og kunnskap om vanskelighetsgrad og mestringsrekkefølge av oppgaver i PEDI for norske barn.

METODE

Gjennom et samarbeid med professor Wendy Coster, en av utviklerne av PEDI, fikk vi tilgang til data som lå til grunn for normene fra det originale amerikanske referanseutvalget. Utvalget besto av 412 barn uten funksjonsnedsettelse i alderen 6 måneder til 7,5 år, og utgjorde 14 halvårsgrupper. Svært få oppgaver i PEDI har imidlertid vist seg å være relevante for den yngste aldersgruppen. Dessuten har skalaen en «takeffekt» som gjør at de eldste aldersgruppene uten funksjonsnedsettelse skårer helt i øvre del og når «taket» på oppgavene. Derfor valgte vi å studere et mindre aldersspenn. Det norske utvalget besto av 224 norske barn i alderen 1 til 6 år (116 jenter og 108 gutter), og utgjorde 10 halvårsgrupper. Tilsvarende halvårsgrupper i det amerikanske utvalget utgjorde 313 barn (153 jenter og 160 gutter).

Med disse utvalgene ble analyser og sammenligninger gjennomført for hver aldersgruppe, og forskjeller i oppgavenes vanskelighetsgrad ble evaluert.

For utfyllende metodiske

- FAGLIG -

	Del 1: Funksjonelle ferdigheter Skåring: Dikotom skala (ja=1, nei=0) jfr. skåringskriterier		Del 2: Hjelpebehov Skåring: 6-punkts gradert skala (0 til 5) jfr. skåringskriterier	
Domene	Sub-domene	Antall item /oppgaver	Subdomene	Antall item /oppgaver
Egenomsorg	A. Konsistens på mat	4	A. Spise og drikke	1
	B. Bruk av bestikk	5		
	C. Bruk av kopper og glass	5		
	D. Pusse tenner	5	B. Personlig stell	
	E. Børste håret	4		
	F. Pusse nesen	5		
	G. Vaske hender	5	C. Bading/dusjing	
	H. Vaske kropp og ansikt	5		
	I. Genser og jakke	5	D. Av- og påkledning - overkropp	1
	J. Knapper og glidelåser	5		
	K. Bukser	5	E. Av- og påkledning - nedre del av kroppen	1
	L. Sko og sokker	5		
	M. Toalettbesøk	5	F. Toalettbesøk	1
	N. Blærekontroll	5	G. Blærekontroll	1
	O. Tarmkontroll	5	H. Tarmkontroll	1
Sum		73		8
Forflytning	A. Forflytning - toalett	5	A. Forflytning - stol/rullestol	1
	B. Forflytning - stol/rullestol	5		
	C. Forflytning - bil	4	B. Forflytning - bil	1
	D. Forflytning - egen seng	5	C. Forflytning - egen seng	1
	E. Forflytning - badekar/dusj	3	D. Forflytning - badekar/dusj	1
	F. Forflytningsmetoder innendørs	5	E. Forflytning - innendørs	1
	G. Forflytning innendørs - avstand/tempo	5		
	H. Forflytning innendørs - dra/bære gjenstander	2		
	I. Forflytningsmetoder utendørs	5	F. Forflytning - utendørs	1
	J. Forflytning utendørs - avstand/tempo	5		
	K. Forflytning utendørs - underlag	5		
	L. Forflytning opp trapper	5	G. Forflytning - trapper	1
	M. Forflytning ned trapper	5		
Sum		59		7
	A. Begrepsforståelse	5	A. Språkforståelse	1
	B. Setningsforståelse	5		
	C. Kommunikasjon	5	B. Uttrykke seg	1
	D. Uttrykke seg	5		
	E: Problemløsning	5	C. Problemløsning	1
	F. Samhandling i lek med voksne	5		
	G. Samhandling i lek med jevnaldrende	5	D. Lek med jevnaldrende	1
	H. Lek med gjenstander	5		
	I. Informasjon om seg selv	5		
	J. Tidsorientering	5		
	K. Oppgaver i hjemmet	5		
	L. Egen sikkerhet	5	E. Egen sikkerhet	1
	M. Fungering i nærmiljøet	5		
Sum		65		5

Tabell 1: Innhold og oppbygging av PEDI.

detaljer viser vi til vår artikkel: Berg, Dolva, Kleiven og Krumlinde-Sundholm (2015).

Studien var vurdert av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk sør-øst (REK sør-øst B) i 2010.

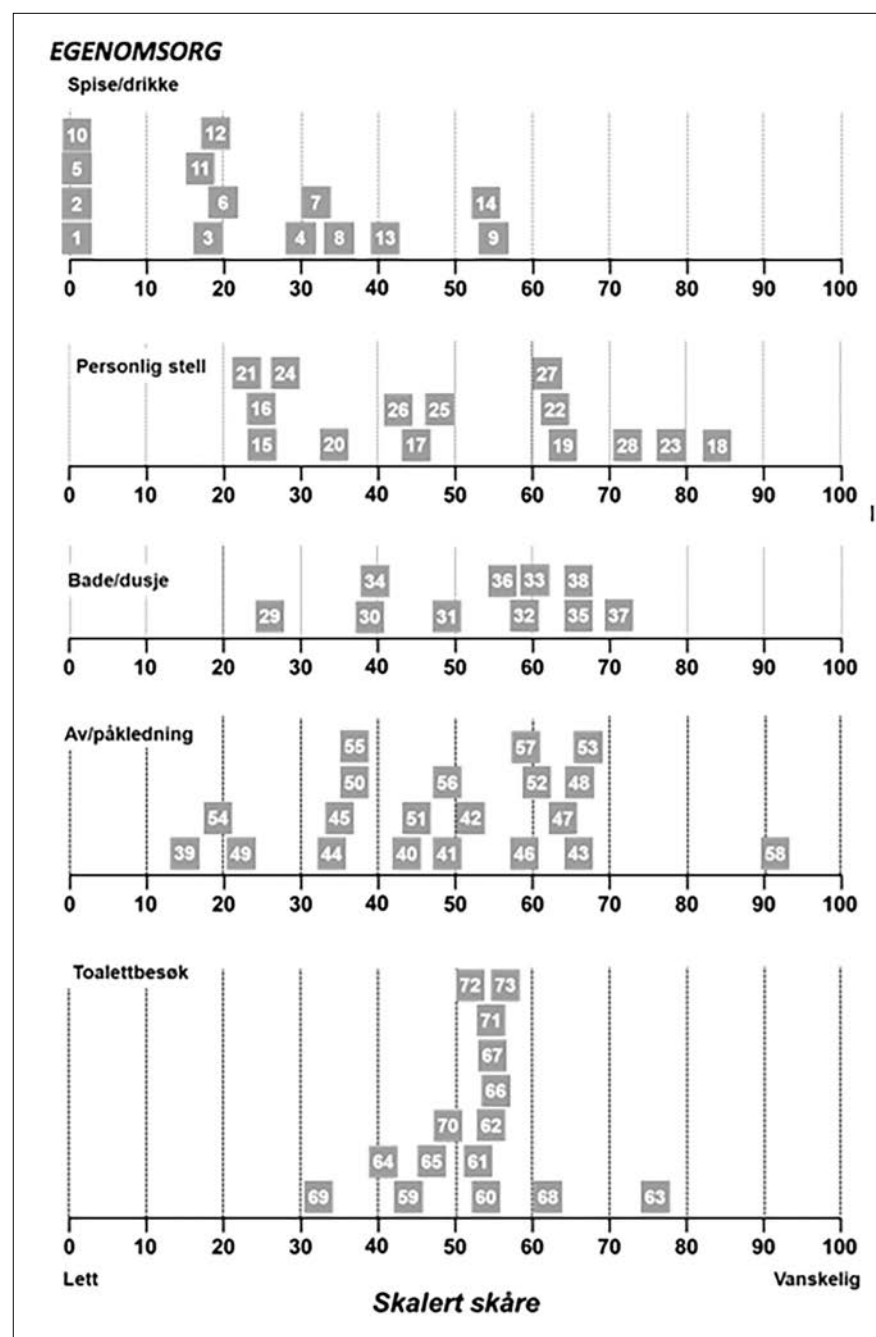
RESULTAT

Gjennomsnittsskåre for hver aldersgruppe i utvalgene ble sammenlignet. Det viste at det norske utvalget av barn konsekvent skåret lavere enn det amerikanske utvalget. I alle tre domener, både egenomsorg, forflytning og sosial funksjon, var gjennomsnittet av normative skårer signifikant forskjellige ($p < 0.001$), og forskjellene økte med alderen. Resultatene viste en signifikant forskjell i 22 av de 73 oppgavene innen egenomsorg, i 16 av 59 oppgaver innen forflytning, og i 22 av 65 oppgaver innen sosial fungering.

Sammenligningen av enkeltoppgavene viste dessuten at forskjellene gikk i begge retninger. Det vil si at noen oppgaver var vanskeligere for de norske barna mens andre var vanskeligere for de amerikanske. Dette er et problem når man bare bruker summerte skårer til å sammenligne gjennomsnittene i to utvalg, da de positive og de negative negative avvikene *til sammen* kan indikere at den generelle, samlede forskjellen er liten eller ubetydelig.

Ved å se på enkeltoppgaver ser vi imidlertid at norske barn for eksempel skåret *høyere* i forhold til å spise selv, gå lengre strekninger og å leke ute med mindre tilsyn. Det norske utvalget skåret også lavere i forhold til for eksempel personlig hygiene, å slutte med bleier, og delta i husarbeid.

Resultatet viste altså klart at ikke bare skårer norske barn lavere enn amerikanske, men også



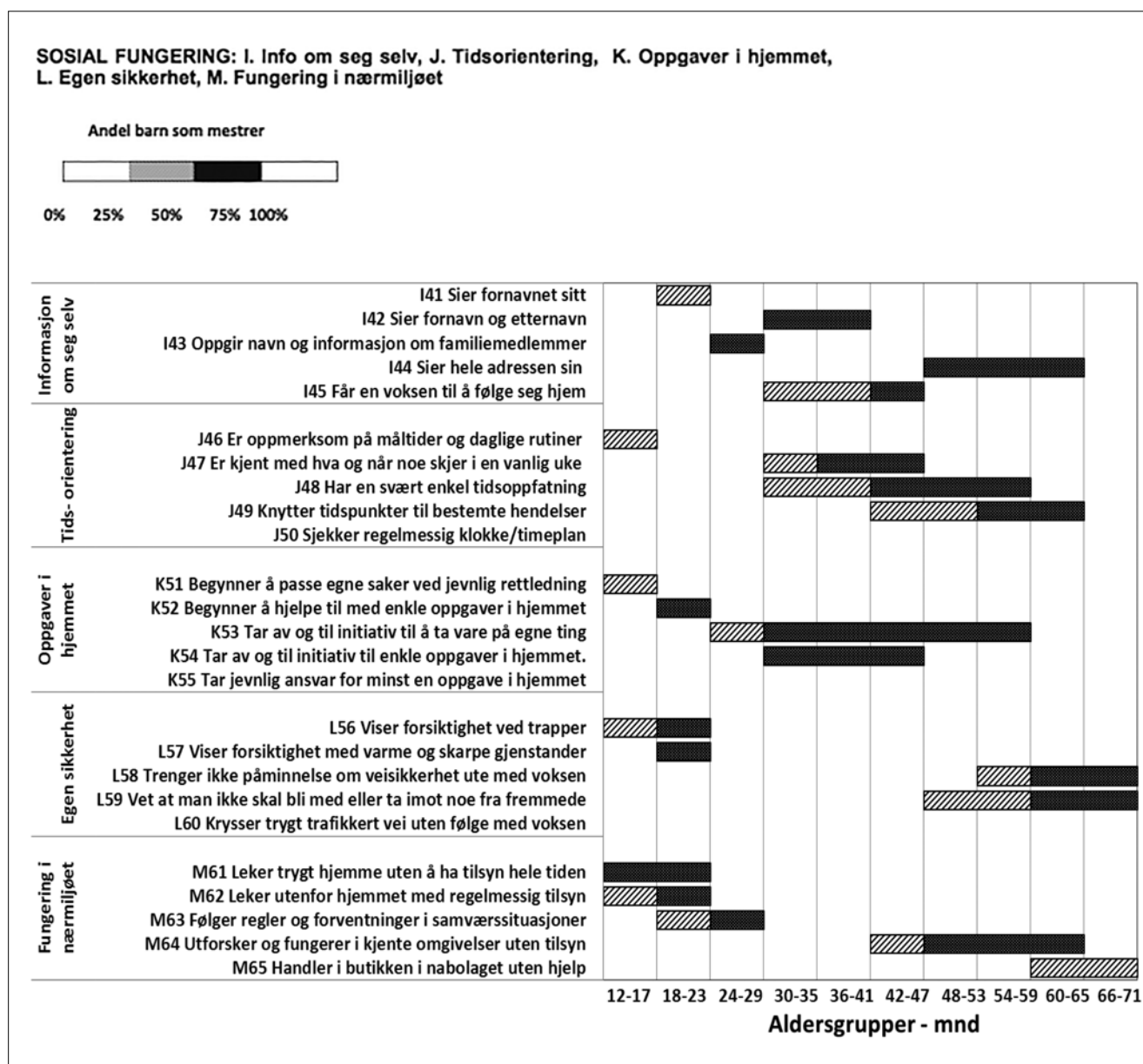
Figur 1: Aktivitetskart for egenomsorg.

at rekkefølgen eller vanskelighetsgraden på oppgavene er forskjellig i de to utvalgene. Detaljer i forskjeller mellom utvalgene kan studeres mer inngående i et arbeidsnotat som er publisert (Kleiven, Berg, Krumlinde-Sundholm, & Dolva, 2012).

DISKUSJON

Sammelnigninger på domenenivå

mellom ti aldersgrupper viste signifikante forskjeller mellom det norske og det amerikanske normutvalget. Generelt fikk norske barn signifikant lavere summerte skårer enn de amerikanske. Ved å se nærmere på oppgave/itemnivå ble imidlertid flere forskjeller synlige, og forskjellene gikk begge veier. Studien viste derfor tydelig at ikke bare skårer norske



Figur 2: Aldersprofil for oppgavemestring – sosial fungering, subdomene I, J, K, L og M.

barn lavere enn amerikanske, men de mestrer også oppgavene i en annen rekkefølge. Oppgavene har altså ulik vanskelighetsgrad i de to utvalgene.

Disse forskjellene innebærer at de amerikanske normene for PEDI kan gi misvisende forventninger til norske barn med funksjonsnedsettelse, og risiko for å over- eller undervurdere barnas ferdigheter. Arbeidet viser at man må være varsom når

et standardisert undersøkelse- og vurderingsredskap oversettes og brukes i et annet land enn der det er utviklet.

Norske normverdier er utviklet på et representativt utvalg barn (n=224), og gir norske skårer som korrelerer meget høyt med barnas skårer fra de originale amerikanske tabellene. De norske skårene er imidlertid signifikant lavere enn de amerikanske (Berg, Dolva, Kleiven, Krumlinde-Sundholm,

2015). Det norske utvalget kan i prinsippet være for lite til å garantere helt stabile og konsistente estimater. Det er færre barn i det norske utvalget, og standardavviket (SD) blir derfor noe større enn for det amerikanske. Det innebærer at noen skårer som faller utenfor ± 2 SD i den originale amerikanske normen, ikke gjør det med de norske verdiene. Det betyr igjen at noen råskårer vil gi negative normskårer med norske

normverdier, og ikke i det amerikanske. I noen tilfelle kan vi derfor finne mindre konsistente verdier ved å anvende norsk normgrunnlag. I praktisk bruk vil vi derfor råde terapeuter til å også «skjele» mot amerikanske verdier i tillegg for å bedre forstå barnets skårer. De norske normene synes likevel gode nok til å kunne brukes i kliniske sammenhenger, men bør ideelt sett sees og håndteres som foreløpige.

Med ny kunnskap om forskjeller mellom norske og amerikanske barns ferdigheter og mestingsnivå ved ulike alder, mener vi de norske normverdiene har sin berettigelse, og helst sammen med de amerikanske. Norske barn bør derfor vurderes i tråd med norsk standard for å få en mer «rettferdig» evaluering av sine ferdigheter. Inntil en validert oversettelse av PEDI-CAT foreligger på norsk, mener vi derfor at det er både etisk og faglig forsvarlig å bruke de tentative normene og «gamle» PEDI i norsk barnehabilitering.

Det norske normmaterialet inneholder i tillegg til aldersnormer og skalerte skalaer også aktivitetskart og aldersprofiler for oppgavemestring. Figur 2 og 3 viser eksempel på nye, norske aktivitetskart og aldersprofil for oppgavemestring. Alt er gjort tilgjengelig kostnadsfritt på www.sunnaas.no/pedi sammen med en oppdatert manual.

For generell beskrivelse av PEDI, bruksområde og intervjuguide viser vi til den norske manualen fra 2000 (Jahnsen et al.).

TAKK

Forfatterne takker Helsedirektoratet, som har gitt forskningsmidler til denne studien.

Referanser

- Berg, M., Aamodt, G., Stanghelle, J., Krumlinde-Sundholm, L., & Hussain, A. (2008). Cross-cultural validation of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) norms in a randomized Norwegian population. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15(3), 143-152.
- Berg, M., Dolva, A.S., Kleiven, J., & Krumlinde-Sundholm, L. (2015). Normative Scores for the Pediatric Evaluation of Disability Inventory in Norway. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, Online First, DOI:10.3109/01942638.2015.1050149
- Berg, M., Jahnsen, R., Frøslie, K.F., & Hussain, A. (2004). Reliability of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 24(3), 61-77.
- Chen, K.L., Tseng, M.H., Hu, F.C., & Koh, C.L. (2010). Pediatric Evaluation of Disability Inventory: A cross-cultural comparison of daily function between Taiwanese and American children. *Research in Developmental Disabilities*, 31(6), 1590-1600.
- Erkin, G., Elhan, A.H., Aybay, C., Sirzai, H., & Ozel, S. (2007). Validity and reliability of the Turkish translation of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). *Disability and Rehabilitation*, 29(16), 1271-1279.
- Gannotti, M.E., & Cruz, C. (2001). Content and construct validity of a Spanish translation of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory for children living in Puerto Rico. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 20(4), 7-24.
- Groeger Sr., K., Vidmar, G., & Zupan, A. (2005). Applicability of the Pediatric Evaluation of Disability Inventory in Slovenia. *Journal of Child Neurology*, 20(5), 411-416.
- Haley, S.M., Coster, W.J., Dumas, H.M., Fragala-Pinkham, M.A., & Moed, R. (2012). *PEDI-CAT 1.3.6 Manual. Development, standardization and administration*. Boston, MA: CREcare, LLC.
- Haley, S.M., Coster, W.J., Ludlow, L.H., Haltiwanger, J.T., & Andrellos, P.J. (1992). *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)*. (1.0 edition ed.). Boston: New England Medical Centre Hospitals.
- Jahnsen, R., Berg, M., Dolva, A.S., & Høyem, R. (2000). *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): Norsk tillegg til den amerikanske manualen*. Oslo, Norway: Norsk Psykologforening.
- Kleiven, J., Berg, M., Krumlinde-Sundholm, L., & Dolva, A.S. (2012). The Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) - Differences between the US and the Norwegian normative samples. *Working paper*, 195/2012, Lillehammer: Høgskolen i Lillehammer.
- Law, M. (2003). Outcome measurement in pediatric rehabilitation. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 23(2), 1-4.
- Nordmark, E., Orban, K., Hagglund, G., & Jarnlo, G.B. (1999). The American Paediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Applicability for the PEDI in Sweden for children aged 2.0-6.9. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 31(2), 95-100.
- Stahlhut, M., Christensen, J., & Aadahl, M. (2010). Applicability and intrare-spondent reliability of the pediatric evaluation of disability inventory in a random Danish sample. *Pediatric Physical Therapy*, 22(2), 161-169.
- Wassenberg-Severijnen, J. (2005). *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Calibrating the Dutch version*. (PhD Doctoral thesis), Universiteit Utrecht, Utrecht.
- Ziviani, J., Ottenbacher, K., Shepard, K., Foreman, S., Astbury, W., & Ireland, P. (2003). Concurrent validity of the functional independence measure for children (WeeFim) and the Pediatric Evaluation of Disability Inventory for children with developmental disabilities and acquired brain injury. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 21(3), 91-101.

PÅ VEI INN I EN KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

ERGOTERAPEUTERS BEGRUNNELSER FOR BRUK ELLER IKKE BRUK AV VURDERINGSREDSKAPER

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

PÅ VEI INN I EN KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS

Abstract

This article presents the results from a survey about the use of assessment instruments conducted among Norwegian occupational therapists in December 2013. The purpose of the present study, sub-study number 4, was to explore how occupational therapists reason about their use of assessments and evaluation instruments. Of the 1286 respondents in the survey, 349 reasoned about their use of or non-use of assessments. This article is based on these reported reasons. The motives are analyzed using thematic analysis. The analyses brought forward four themes that were consistent in the material: (i) Systematic use of assessments supports the choice of therapeutic goals and -interventions, (ii) use of assessments may facilitate client-centered practice, (iii) use of assessments may develop occupational therapists' qualifications in communicating occupational therapy, (iv) factors that hinder the use of assessments. Based on the results we conclude that the professional practice within occupational therapy is on its way towards a knowledge-based practice. There are still inhibiting factors in applying assessments in occupational therapy practice, and evidence-based practice may be facilitated by strengthening occupational therapists' knowledge and skills in performing formal assessment.

Nøkkelord: Ergoterapi, aktivitet, deltagelse, kartlegging, undersøkelser, kunnskapsbasert praksis, ICF

*Sissel Horghagen er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.
E-post: Sissel.horghagen@hist.no>*

Tore Bonsaksen er ergoterapispesialist og førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

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

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

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

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

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

Det er ingen uenigheter mellom forfatterne om rettigheter til denne artikkelen.

Introduksjon

Kunnskapsbasert praksis er et definert mål for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen og er samtidig et statlig pålegg (Jamtvedt & Nortvedt, 2008; Unsworth, 2011). Å arbeide kunnskapsbasert handler om at ergoterapeuter, så vel som andre helse- og sosialprofesjoner, tar faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskning/kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og på pasientens/brukerens ønsker og behov (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008). Dette innebærer anvendelse av reliable og validerte vurderingsredskaper (Laver-Fawcett, 2014). Norske ergoterapeuters bruk av vurderingsredskaper er lite beskrevet, og det er behov for mer kunnskap på feltet. Dette vil kunne øke bevissthet, kunnskap og ferdigheter i utøvelse av en kunnskapsbasert praksis. Systematiske vurderinger med bruk av velprøvde redskaper bør være en sentral del av ordinær ergoterapipraksis (Kielhofner, 2006; Laver-Fawcett, 2014; Söderback, 2009; Townsend & Polatajko, 2007; Törnquist & Sonn, 2014). Vi ser det som verdifullt å utforske norske ergoterapeuters praksis på dette området.

Artikkelen har som siktemål å presentere resultater fra Medlemsundersøkelsen 2013 om ergoterapeuters begrunnelser for bruk eller ikke bruk av vurderingsredskaper. Vi antar at bedre kjennskap til hvordan ergoterapeuter forholder seg til bruk av vurderingsredskaper kan fremme tiltak som styrker kvaliteten på ergoterapeuters praksis (behandling, rehabilitering, forebyggende og helsefremmende arbeid).

HVA ER SÆREGENT VED ERGOTERAPEUTERS BRUK AV VURDERINGSREDSKAPER?

Det er publisert få internasjonale studier om ergoterapeuters bruk av standardiserte vurderingsredskaper (Piernik-Yoder & Beck, 2012). I Norge er et stort antall redskaper presentert på hjemmesiden til Norsk Ergoterapeutforbund, der de er kategorisert etter områder i International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) (WHO, 2001).

Vi har i denne artikkelen valgt å bruke begrepet vurderingsredskaper, og i dette inkluderer vi det å kartlegge, sette mål, undersøke respons på tiltak, evaluere tiltak og eventuelt ved oppfølginger (Laver-Fawcett, 2014). Gjennom bruk av vurderingsredskaper kan en forstå sammenhenger mellom en persons kroppsstruktur, funksjon, aktivitet, deltagelse, omgivelsesfaktorer samt personlige faktorer (WHO, 2001). Vurderingsredskaper brukes på ulike tidspunkt i en ergoterapiprosess. Law og Letts (1989) understreker betydningen av å utvikle

redskaper både på individ- og gruppenivå. Ergoterapeutiske redskaper omfatter ofte holistiske perspektiv på aktivitet og deltakelse (Christiansen, 1999; Clark, 1993; Wilcock, 2001). Det er økende oppmerksomhet på anvendelse av brukerstyrte redskaper som har et aktivitetsperspektiv (Donnelly & Carswell, 2002; Kjekken, 2003). Et eksempel på dette er Canadian Occupational Performance Measure (Kjekken, 2003; Law et al., 1990), der brukerne gjør egenverdier.

Få av vurderingsredskapene som norske ergoterapeuter bruker, er utviklet i Norge. Dette innebærer utfordringer i forhold til både språk og kultur, noe som kan påvirke validiteten til redskapene. I særdeleshet er dette en utfordring når aktivitet og deltakelse blir vurdert, fordi meningen som er tillagt aktiviteter, og måten de utføres på, kan være ulikt forstått i forskjellige kulturer (Ballinger & Wiles, 2001).

TIDLIGERE FORSKNING

Litteratursøk viser at det er gjennomført få studier om bruk av vurderingsredskap: Alotaibi, Reed og Nadar (2009) gjennomførte en studie i USA som viste en tendens til at ergoterapeuters bruk av vurderingsredskaper var tradisjonsbundet ved at ergoterapeuter valgte redskap som var tilgjengelige på eget arbeidssted. De fleste redskapene som ble brukt var knyttet til kroppsfunksjoner og strukturer, og mindre på aktivitetsutførelse. Piernik-Yoder og Beck (2012) gjennomførte en survey med en respons på 16 prosent (n=794). Nesten halvparten av respondentene arbeidet i 'school based practice' og vel en tredjedel arbeidet med voksne/eldre. Respondentene rapporterte bruk av 136 ulike vurderingsredskaper. Resultatene viste at ergoterapeutene som arbeidet med barn, brukte vurderingsredskaper mest. Også denne studien viste at de fleste vurderingsredskapene handlet om kroppsfunksjon. En eldre studie av Law et al. (1998) studerte 40 ergoterapeuter ved en barnerehabiliteringsavdeling. Her svarte 70 prosent at de hadde brukt vurderingsredskaper i løpet av de seks siste månedene. De som ikke brukte vurderingsredskaper, begrunnet det med mangel på kunnskap og tid. I alt 50 prosent svarte at de betraktet egen evne til kritisk evaluering av resultatene fra systematisk datainnsamling som lav. En studie med 69 ergoterapeuter i Toronto viste at mangel på tid var den største barrieren for å begynne å bruke vurderingsredskaper (Kay, Meyers & Huijbregts, 2001). En annen kanadisk studie (Hanna et al., 2007) med 209 fysioterapeuter, ergoterapeuter og logopeder viste at de brukte vurderings-

Eksempler fra rådata	Koder	Tema
<ul style="list-style-type: none"> • «Det er spesielt viktig å få bruker og pårørende på banen, til å bli bevisst på egne ressurser, motivere til å ta tak i eget liv igjen etter skade/sykdom/funksjonsfall. Dette kan gjøres ved samtale og bruk av undersøkelses og vurderingsredskaper». • «Kan være lett at vi blir opptatt av funksjon... Vi må også ha redskaper som hjelper oss til at brukerne får et godt liv hjemme». • «Redskaper som involverer personen som tiltakene er til for, gir grunnlag for deltakelse i egen helse - eget liv. Det er disse som foretrekkes. • «Ofte kan resultater fra COPM eller selve prosessen føre til at brukeren får en økt bevissthet i forhold til å si noe om hvilke aktiviteter som er mest meningsfulle/betydningsfulle». 	<ul style="list-style-type: none"> • Redskaper kan gi brukere og pårørende innflytelse på eget hverdagsliv • Redskap med fokus på brukerens liv hjemme • Redskaper kan virke motiverende og stimulere til økt deltakelse • Redskaper må ikke bare ha fokus på funksjon, men også på meningsfulle aktiviteter 	Bruk av vurderingsredskap for å fremme brukermedvirkning

Tabell 1: Eksempel på analyseprosess fra rådata til koder og tema.

redskaper, men at de ofte modifiserte redskapene for å møte unike kliniske behov. De valgte å bruke redskap som de følte seg komfortable med, og lot seg påvirke av hverandre i valgene. To studier (Parkinson, Forsyth, Durose, Mason & Harris, 2009; Smith & Mairs, 2014) viste at ergoterapeuter som innehar stillinger som ikke stiller krav til fagbakgrunn (slik som miljøterapeuter og rådgivere), var mindre tilbøyelige til å anvende validerte og standardiserte vurderingsredskaper. Samtidig viste studien til Wimpenny, Forsyth, Jones, Matheson og Colley (2010) at faglig fellesskap, øving og støtte på arbeidsplassen lettet prosessen med å endre praksis til en kunnskapsbasert praksis. Ferdighetsundervisning av studenter vil også kunne bidra til bruk av vurderingsredskaper i studentenes senere yrkesliv (Bonsaksen, Myraunet, Celo, Granå & Ellingham, 2011).

Basert på denne gjennomgangen kan man oppsummere at det har vært en internasjonal tendens til at ergoterapeuters redskaper vesentlig har vært knyttet til kroppsfunksjoner fremfor aktivitet og deltagelse. Gjennomgangen viser at det fins barrierer for bruk av redskaper. Barrierene har særlig vært knyttet til opplevelse av mangel på tid og mangel på kunnskap om vurderingsredskapene. Fraværet av tilsvarende norske studier gjør at vi ikke vet mye om hvilke barrierer som erfares av norske ergoterapeut-

ter. Ut fra dette ønsket vi å undersøke og beskrive norske ergoterapeuters bruk av vurderingsredskaper: Hvordan begrunner norske ergoterapeuter bruk eller ikke bruk av vurderingsredskaper?

Metode

Studien er gjennomført som et samarbeid mellom ergoterapeuter som arbeider i kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste, forskning og undervisning. En kvalitativ metode med en tematisk analyse er valgt som metodisk fremgangsmåte (Bogdan & Biklen, 2003).

DATAINNSAMLING

Artikkelen presenterer resultat fra Medlemsundersøkelsen 2013, om ergoterapeuters bruk av undersøkelses- og kartleggingsredskap. Datamaterialet ble samlet inn gjennom en anonym spørreundersøkelse utsendt til medlemmer av Norsk Ergoterapeutforbund i form av en epost med lenke til en survey (EasyQuest) i desember 2013. Svarene ble generert mellom desember 2013 og januar 2014. Undersøkelsen inneholdt spørsmål om holdninger og praksis knyttet til vurderingsredskaper. Svarene ble analysert og publisert i tre fagartikler (Hagby et al., 2014; Bonsaksen et al., 2015; Dolva et al., 2015).

Data som utgjør materialet i denne studien er det

KUNNSKAP OG BRUK AV VURDERINGSREDSKAPER KAN STYRKE VALG AV TILTAK

- Systematisk bruk av arbeidsmodeller (kartlegging, mål, tiltak, evaluering) styrker valg av tiltak
- Oversikt over/kjennskap til hvilke redskap som finnes fremmer bruk av redskaper
- Kunnskap om validitet og reliabilitet styrker det å velge redskaper med god kvalitet
- Få oversatte, validerte og oppdaterte redskaper hindrer bruk av dem som tiltak
- Mer samordnet bruk av redskaper både blant ergoterapeuter, men også tverrfaglig, kan fremme mer bruk av redskaper som tiltak
- Bruk av redskaper som fokuserer på aktivitet og deltakelse i hverdagslivet gir tiltak som bedrer brukernes hverdagsliv

BRUK AV VURDERINGSREDSKAPER KAN FREMME BRUKERMEDVIRKNING

- Redskaper kan gi brukere og pårørende innflytelse på eget hverdagsliv
- Redskaper med fokus på brukerens liv hjemme
- Redskap kan virke motiverende og stimulerer til økt deltakelse
- Redskaper må ikke bare ha fokus på funksjon, men også på meningsfulle aktiviteter

BRUK AV VURDERINGSREDSKAPER KAN UTVIKLE ERGOTERAPEUTERS KOMPETANSER FOR Å KOMMUNISERE FAGET

- Bruk av redskaper bidrar til økt kompetanse for å kommunisere faget til brukere, pårørende, kollegaer og samarbeidspartnere
- Resultat av redskaper kan brukes av samarbeidspartnere
- Resultat fra valide og reliable redskaper fremmer fagets pålitelighet
- Gjennom bruk av redskaper dokumenteres/kommuniseres resultat/nytteeffekt
- Dilemma: er det dårlig strategi å «gi bort» hverdagsrehabilitering og COPM?

GRUNNER TIL IKKE Å BRUKE VURDERINGSREDSKAPER

- Økonomi, opplæring/sertifisering er kostbart
- Tidspress hindrer bruk av redskaper
- Økonomi, tidspress og kultur kan hindre kunnskap/oversikt over redskaper
- Dilemma: Generalist eller spesialist?
- Utfordrende å bruke redskaper når man er alene som ergoterapeut i en kommune
- Hjemmelagede redskaper/modifisert bruk
- Redskaper griper ikke helhetsbildet

Tabell 2: Oversikt over koder og temaer.

kvalitative materialet der informantene begrunnet bruk eller ikke bruk av vurderingsredskaper. Dette var et åpent spørsmål der informantene kunne bruke ubegrenset plass til å utdype sine begrunnelser. Her beskrev informantene meninger og dilemma knyttet til bruk eller ikke bruk av vurderingsredskaper. Mens de andre besvarelsene i Medlemsundersøkelsen var korte og stikkordsmessige eller avmerking av kryss i svaralternativer, hadde informantene her mulighet til å beskrive egne erfaringer og meninger om temaet, hvilket de gjorde. Dette materialet utgjorde 21 sider med enkel linjeavstand og skriftformat 10.

UTVALG

Av de 1286 respondentene i medlemsundersøkelsen var det 349 ergoterapeuter som utdypet de lukkede svaralternativene med erfaringer og meninger knyttet til bruk eller ikke bruk av vurderingsredskaper. Gjennomsnittsalderen til respondentene ($n=1286$) var 42,0 år. 8,7 prosent rapporterte at de hadde godkjenning som ergoterapeutspesialist og 56,2 prosent hadde videreutdanning (Hagby et al., 2014). Størrelsesforholdet mellom kvinner og menn var

ikke signifikant forskjellig mellom de som ga og de om ikke ga kommentarer til spørsmålet. Gjennomsnittsalder og antall år siden avsluttet ergoterapiutdanning var signifikant høyere blant de som kommenterte spørsmålet (gjennomsnittsalder 45.3 år og 17.8 år gjennomsnittlig erfaring) sammenliknet med de som ikke gjorde det (gjennomsnittsalder 40.8 år og 13.9 år gjennomsnittlig erfaring, $p < 0.001$). Spørsmålet ble besvart av alle som oppga å bruke redskaper i undersøkelse og vurdering, mens det ble besvart av 64 prosent av dem som ikke oppga å bruke slike redskaper ($p < 0.001$). Sammenliknet med de som ikke besvarte spørsmålet oppga en høyere andel av de som svarte at de hadde videreutdanning (52.2 prosent vs. 67.0 prosent, $p < 0.001$) og godkjenning som ergoterapispesialist (14.6 prosent vs. 6.5 prosent, $p < 0.001$). Spørreundersøkelsen som helhet besto av mange spørsmål, og en kan anta at noen ikke svarte på det utdypende åpne spørsmålet da de ikke hadde mer å tilføye.

ANALYSE

Materialet er analysert med Bogdan og Biklen's

(2003) kvalitative analyse som er særlig anvendt i pedagogisk forskning. Materialet ble lest gjennom flere ganger, og første og andre forfatter kodet setning for setning for å se etter likhet i ord og innhold. Overlappende koder ble diskutert og definert, og samlet i kategorier. Disse kategoriene ble videre sortert i tema i henhold til forhold som kunne belyse forskningsspørsmålet. Det vil si at temaene var empiristyrte, men forskningsspørsmålet satte rammene for det vi så etter.

I neste fase ble analysen presentert for medforfatterne, som ga bemerkninger som førte til revideringer og tydeligere framskrivninger av både koder og tema. Etter tre omganger med analytiske revideringer basert på diskusjoner i forfattergruppen, kom vi fram til felles forståelse om koder og tema. Førsteforfatter har skrevet og revidert manuset. Tabell 1 viser eksempel fra rådata/sitat (1 av 8 rådata/sitat tilhørende denne koden) som ble tilknyttet ett tema. Tabell 2 viser koder med tilhørende tema som ble et resultat av analysen.

De fire endelige temaene er (i) Kunnskap om og bruk av vurderingsredskaper kan styrke valg av tiltak, (ii) Bruk av vurderingsredskaper kan fremme brukermedvirkning, (iii) Bruk av vurderingsredskaper kan utvikle ergoterapeutenes kompetanser for å kommunisere faget, og (iv) Grunner til ikke å bruke vurderingsredskaper.

ETIKK

Spørreundersøkelsen var utarbeidet av forfatterne i henhold til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (www.nsd.uib.no/) for sikring av anonymitet. Deltakelse i undersøkelsen var frivillig. Undersøkelsen ble vurdert til ikke å være meldepliktig til NSD (Somby & Segadal, 2014). Materialet handler om begrunnelser for bruk eller ikke bruk av vurderingsredskap, og inneholder ikke sensitive opplysninger. Dataene er presentert slik at anonymitet bevares, men enkelte sitater vil kunne være gjenkjennbare for respondenten.

Resultat

Flertallet av respondentene er positive til bruk av vurderingsredskaper. Begrunnelsene handler om at kunnskapsbasert praksis er lovpålagt, at bruk av redskaper styrker valg av tiltak, fremmer brukermedvirkning og utvikler kompetanser for å kommunisere ergoterapeutisk fagutøvelse. Innsigelsene til bruk av vurderingsredskap handler om økonomi, mangel på tid til opplæring og tid til å bruke dem,

at bruk av vurderingsredskaper kan hindre gode møter med brukerne, og at man opplever behov for å modifisere bruk av ulike redskaper for å tilpasse terapien til den enkelte bruker. Vi vil nå presentere resultatene.

KUNNSKAP OG BRUK AV VURDERINGSREDSKAPER KAN STYRKE VALG AV TILTAK

Flertallet av respondentene understrekte at bruk av vurderingsredskaper kan styrke valg av tiltak. Dette konkretiseres med at man må arbeide systematisk gjennom bruk av en arbeidsmodell; kartlegge, sette mål og tiltak. Argumentene for dette er knyttet til kvalitetssikring av tiltakene som blir iverksatt. To ulike respondenter uttrykker det på denne måten:

«Måleinstrument og vurderingsredskap er med på å avdekke problematikk, og supplere forståelsen av funksjonsproblemer for brukeren og oss i team.»

«Jeg bruker redskaper for å vurdere, sortere og holde orden på hva jeg ønsker å vite i forhold til problemstilling, henvisningsgrunnlaget og hvordan sette tiltakene.»

Respondentene understreker at for at redskaper skal kunne styrke tiltak, må de ha god kjennskap/kunnskap til ulike redskaper. Dette gjør dem kompetente til å foreta en god vurdering av hvilket redskap det er mest hensiktsmessig å bruke i forhold til den enkelte bruker/brukergrupper. De begrunner at dette inkluderer kunnskap om å forholde seg til valide og reliable redskaper. Her er det noen dilemma fordi noen redskaper verken er oversatt til norsk eller er validerte for norske forhold. Det er for få redskaper som er tilpasset norske forhold, poengterer flere respondenter.

I begrunnelsene eksemplifiseres at bruk av noen ergoterapeutiske redskaper som Assessment of Motor og Prosess Skills (AMPS) bidrar til diagnostisering og at dette danner grunnlag for valg av videre tiltak. Flere har erfaringer med at leger og psykologer ser nytten av ergoterapeutiske redskaper. Noen respondenter foreslår at vi som faggruppe i større grad bør samkjøre erfaringer vedrørende sammenhenger mellom bruk av redskaper, tiltak og resultat både blant ergoterapeuter, men også i tverrfaglige sammenhenger. Det argumenteres for at økt forskning om dette kan føre til høyere bevissthet og kunnskap for de som bruker vurderingsredskapene.

Det er også ulike synspunkter som problematiserer sammenhengen mellom bruk av redskaper og tiltak: For eksempel når man skal kartlegge om

det foreligger en demensdiagnose, holder det ikke å bruke bare MMSE-NR, men det må også brukes redskaper som kartlegger pasientens evne til deltakelse i hverdagslivets aktiviteter for å kunne sette realistiske tiltak. De begrunner at ergoterapeuter må kartlegge mer om hverdagslivets aktiviteter enn det som kommer fram gjennom MMSE-NR. Det er noe uklart i materialet om de kan velge vurderingsredskap selv, eller om det er teamet eller arbeidsgiver som lager prosedyrer for hvilke redskaper som skal brukes.

Andre dilemma som trekkes fram om sammenhenger mellom redskap og tiltak handler om utfordringer med å måle effekt av tiltak. Dette er delvis begrunnet i korte 'liggetider' både på sykehus og helsehus. Det fins også redskaper som er utdatert, skriver noen, og eksemplifiserer det med Miller-Assessment-for-Preschoolers (MAP). Redskaper må brukes kritisk og bevisst, og det må ta utgangspunkt i aktivitet og aktivitetsmål. En må finne redskaper som er knyttet til faget som for eksempel aktivitetsanalysen for å kunne iverksette tiltak som bedrer hverdagslivet til brukerne.

Det argumenteres for å arbeide kunnskapsbasert med bruk av validerte og reliable redskaper for å underbygge valg av tiltak og at det er avgjørende for å gjøre et godt arbeid:

«Vi kan ikke ha en praksis som er basert på synsing. Det er nok slik at fortsatt mange ergoterapeuter ikke arbeider kunnskapsbasert, og dette er noe vi må snu. Vi er pålagt å drive kunnskapsbasert, men det er for liten kultur enkelte steder til å holde seg oppdatert på forskning på det feltet du arbeider».

For å imøtekomme slike dilemma beskriver respondentene at vi som faggruppe trenger å utvikle oss sammen for å øke faglig anseelse. Dette er argumenter som er knyttet til ønsket om en mer samordnet nasjonal bruk av redskap for å underbygge tiltak.

Det finnes bemerkninger i materialet om hvem det er som skal ha ansvar for evaluering, validering og oppdatering av eksisterende vurderingsredskaper. Skal det være fagpersoner, fagmiljø, institusjoner, forbundet eller skolemiljøene? Det stilles også spørsmål om noen skal ha et særansvar når redskaper blir oppdaterte, hvilket også krever oppdateringer av kompetanse hos ergoterapeutene. Som eksempel vises det til at klokketesten og MMSE-NR kom i en revidert utgave i 2013. Hvem har ansvar for å følge opp dette i faggruppen? En kommenterer at

noen redskaper trenger oppdateringer, og bruker The-Loewenstein-Occupational-Therapy-Cognitive-Assessment (LOTCA) som eksempel. Et relevant spørsmål ut fra dette er om det er den enkelte terapeut som skal ha ansvar for å arbeide etter et oppdatert redskap, og andre påpeker at dette er en del av kunnskapsbasert praksis.

Oppsummert kan man se at mange begrunner at bruk av vurderingsredskaper styrker valg av tiltak, er med på å vise nytteverdien av ergoterapi og høyner utøvernes bevissthet om hvorfor de gjør det de gjør. Noen presiserer at ergoterapeuter må ha kjennskap til vurderingsredskaper som finnes innenfor deres område, slik at de ikke bruker et tilfeldig redskap, men velger det beste for den aktuelle situasjonen. Videre beskrives utfordringer med at for få vurderingsredskaper er oversatt til norsk og/eller ikke er validerte for norske forhold. Det bemerkes at noen redskaper ikke har et hverdagslivsfokus og at her må det endringer til for å kvalitetssikre kunnskapsbaserte tiltak som bidrar til at brukerne får et bedre hverdagsliv.

BRUK AV VURDERINGSREDSKAPER KAN FREMME BRUKERMEDVIRKNING

Analysen viser at ergoterapeutene er opptatt av at brukere og pårørende får mer innflytelse. De beskriver at det må brukes redskaper slik at brukerne blir bevisst egne ressurser, og blir i stand til å ta tak i eget liv etter sykdom, funksjonstap eller endrede livsomstendigheter. Dette kan blant annet gjøres ved bruk av vurderingsredskaper. The Canadian-Occupational-Performance-Measure (COPM) blir trukket fram som et redskap som fremmer brukermedvirkning. COPM støtter brukerne til å bli bevisst målsettinger og hva som er viktig for den enkelte. Respondentene understreker at tiltak som settes i gang må være relevante, meningsfulle og tilpasset den enkelte. Den subjektive dimensjonen er viktig dersom brukerne skal ha framgang. Flere skriver at resultatene av kartleggingen må være lett kommuniserbart. Det vil gi brukere og pårørende bedre innsikt og vil motivere og øke deres egne innsatser i den rehabiliterende fasen. Noen beskriver at de har utviklet vurderingsredskaper i samarbeid med brukerorganisasjoner.

Materialet viser at noen er opptatt av at observasjonene må gjennomføres i brukerens naturlige miljø, og at man i større grad må observere pasienten/brukeren i hverdagslivets aktiviteter. Flere beskriver at ergoterapeuter må ha et tydelig aktivitetsfokus i

valg av redskaper. Én skriver at ergoterapeuter har mye fokus på funksjon, og at det er bra, men vi må også ha vurderingsredskaper i forhold til at pasientene får et meningsfullt liv. Dette er argumenter som indirekte styrker brukermedvirkning, at brukerne får si hva som er viktig i sitt hverdagsliv.

Begrunnelsene viser viktigheten av at brukeren ikke blir tilsidesatt i prosessen med vurderinger. Det argumenteres med at brukeren selv bør være deltakende i egen behandling/rehabilitering, og at ergoterapeutene må velge vurderingsredskaper som handler om hvordan motivere og aktivisere brukeren, fordi den subjektive dimensjonen er viktig dersom brukeren skal ha fremgang

BRUK AV VURDERINGSREDSKAPER KAN UTVIKLE ERGOTERAPEUTENES KOMPETANSER FOR Å KOMMUNISERE FAGET

Analysen viser at bruk av vurderingsredskaper utvikler ergoterapeutenes kvalifikasjoner for å kommunisere faget bedre til brukere, pårørende, kollegaer og samarbeidspartnere. Flere argumenterer for at resultatene av vurderinger benyttes av samarbeidspartnere. Resultatmåling av tiltak blir framholdt som viktig for å bevise nytteverdien av ergoterapi. Flere har erfart å bli tatt mer på alvor når de kan vise til resultat fra valide og reliable vurderingsredskaper. I begrunnelsene tydeliggjør respondenter at ergoterapeuter blir bedre på å argumentere med hvorfor de gjør det de gjør, gjennom bevisst valg av redskaper:

«Det er ikke bare helt hellig om man bruker vurderingsredskap, - vi må begrunne hva som er bra med det og hvorfor man bruker det.»

Flere av respondentene begrunner hvorfor det er viktig å dokumentere det de gjør, formidle resultat til kollegaer, til overordnede nivå, til pårørende og pasienter. Noen rapporterer at de har gode erfaringer med å delta i prosjekter og forskning om vurderingsredskaper. Gjennom forskning kan de dokumentere resultater. Videre rapporteres at de gjennom dette utvikler egen kompetanse til å formidle resultater i henhold til høyere grad av vitenskapelighet. Samhandlingsreformen påpeker viktigheten av å bedre kommunikasjon mellom de ulike nivåene av helsetjenesten. Flere begrunner at bruk av gode rapporter basert på systematiske kartlegginger, letter samhandlingen mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste og bedrer kvaliteten på tjenestene:

«En god kommunikasjon er nødvendig for å kunne få til godt samarbeid mellom ulike tjenestenivå,»

når pasienten skal overføres fra spesialisthelsetjeneste til kommunehelsetjeneste. Systematisk bruk av vurderingsredskap styrker denne kommunikasjonen».

Et par av respondentene reiser spørsmål om ergoterapeuters strategier i forhold til å kommunisere egen kompetanse. De stiller seg kritisk til at man 'gir bort' ergoterapeuters største suksesser de siste årene; COPM og hverdagsrehabilitering:

«Endelig har vi gjennom COPM fått et veldig nyttig kartleggingsinstrument, og er det da lurt å gi det bort til andre faggrupper? – Og hvorfor gir vi bort hverdagsrehabilitering, når vi endelig har fått det til!»

Noen fremhever at gjennom bruk av vurderingsredskaper får man utvidet og integrert sitt repertoar av ord som beskriver aktivitet. Disse forklarer at det gjør at de kan kommunisere fagets egenart på en bedre måte:

«At gjennom dette kan våre samarbeidspartnere forstå mer hva det er vi har kompetanse på.»

Oppsummert viser materialet at bruk av vurderingsredskaper øker ergoterapeutenes kompetanser til å kommunisere hva de gjør. Rapporter basert på bruk resultat fra vurderingsredskaper kan benyttes av brukere og kolleger i tverrfaglige team. Dette synliggjør nytteeffekten av ergoterapi, begrunner noen. Samtidig fremmes synspunkter på å bruke vurderingsredskaper relatert til både kroppsfunksjon, aktivitet og deltakelse.

GRUNNER TIL IKKE Å BRUKE VURDERINGSREDSKAPER

Grunner til ikke å bruke vurderingsredskaper er knyttet til argumenter av økonomisk, tidsmessig og praktisk karakter. Mer overordnet handler det om ulike syn på kunnskap, kunnskapsforvaltning og vurderinger av hva som er kvalitet på egen fagutøvelse.

Til de økonomiske argumentene for ikke å bruke redskaper, handler det om at bruk av redskaper ofte krever opplæring i form av deltakelse på kurs. I noen tilfeller kreves spesielle sertifiseringskurs som er kostbare. Tidsbruk blir også presentert som grunn til ikke å bruke redskaper. Det tar tid å lære og kvalifisere seg til å kunne bruke dem. Tidspress og økonomi kan bli en grunn til at man velger bort å kvalifisere seg til bruk av dem. En skriver at tidspress gjør det utfordrende å prioritere evaluering av ergoterapitjenestene. For å spare tid beskriver noen at de ringer brukeren og spør om hjelpemiddel delet fungerte som det var tenkt, istedenfor å bruke evalueringsredskaper.

Praktiske utfordringer handler om at det kan være vanskelig å vite hva de skal velge å bruke. Noen argumenterer for at økt spesialisering i kommunehelsetjenesten, innebærer at ergoterapeuter og andre må utvikle mer spesifisert kompetanse. Andre beskriver utfordringer med å være alene som ergoterapeut i en kommune og samtidig ha en god nok kompetanse i forhold til ulike brukergrupper. De som arbeider alene som ergoterapeuter i kommunene, ønsker forståelig nok å ha noen arenaer for erfarings- og kunnskapsutveksling.

Praktiske utfordringer handler også om å holde seg oppdatert om hvilke redskaper som eksisterer og om de er reviderte. Flere anvender COPM, men har utfordringer med å bruke COPM for personer med svekket kognitiv funksjon. En synes det er mangelfullt med redskaper knyttet til mennesker med alvorlig psykisk lidelse. Andre mener det er utfordrende å finne redskaper for å utrede kognitive og sosiale ferdigheter hos barn og ungdom, samt finne gode evalueringsredskaper for disse gruppene. Noen poengterer at det finnes kartleggingsverktøy for sanseprosessene hos barn, men at disse ikke er oversatt til norsk, hvilket hindrer bruk av dem.

Noen argumenter er knyttet til ulike syn på hvordan ergoterapeuter vurderer hva som er kvalitet på egen fagutøvelse. Noen argumenterer for at redskaper styrker kvaliteten på den ergoterapeutiske yrkesutøvelse, mens andre argumenterer helt motsatt: Stringent bruk av redskaper kan senke kvaliteten på de menneskelige møtene. Noen velger en modifisert bruk av redskaper som strategi. Det innebærer at de setter sammen deler av ulike redskaper:

«Jeg opplever at testene og kartleggingsredskapene skaper en barriere mellom bruker og terapeut, stjeler tid fra samtalen og er til liten nytte. Min vurdering av brukerens behov, ønsker og mål, og hvilke tiltak som skal settes inn, er basert på den opplæringen jeg har om KDA, MOHO, COPM, Sunnaas ADL-index osv. Dette sjekkes opp mot det jeg har av informasjon av brukerens fysiske, kognitive og psykiske funksjon og fra brukeres omgivelser (mitt kritiske blikk), og informasjon fra familie og hjemmebaserte tjenester. Vi kan kalle det komparente opplysninger eller en form for triangulering av opplysninger for å få best mulig bilde av brukerens situasjon».

En annen forklarer sin personlige måte å gjøre det på slik:

«Jeg bruker tankegangen fra AMPS, men skårer ikke, da det er for krevende i sykehushverdagen.

Jeg har aldri likt den strenge kategoriseringen av pasientene eller sett behovet for visualisering av resultatene i en graf. Det buttrer med menneskesynet mitt, føler det blir for snevert når en skal skåre i AMPS rammene».

Argumentene imot hjemmelagede redskaper eller modifisert bruk er at de kan gi rom for feiltolkninger, misforståelser og feil, mens standardiserte redskaper styrker vurderingens pålitelighet. Her er argumenter for å bruke faste prosedyrer og standardiserte tester i både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Oppsummert viser analysen at de som ikke bruker vurderingsredskaper, argumenterer for at økonomi, tidspress, mangel på kollegiale fellesskap, vansker med å finne riktige redskaper til alle brukergrupper, og at mangel om kunnskap til å kunne velge riktige redskap, hindrer bruk av vurderingsredskaper. Noen mener at bruk av vurderingsredskaper kan gå ut over menneskelige møter med terapeutiske siktemål. Noen argumenterer også for en modifisert bruk av redskaper tilpasset den enkelte bruker. Opp imot dette står argumentasjoner knyttet til hvordan ergoterapeuter må arbeide kunnskapsbasert. De tydeligste frontene i materialet kommer fram her i argumenter for eller imot bruk av redskaper. Her utspilles ulike argumenter om hva som skal være ergoterapeuters vurdering av kvalitet på fagutøvelse.

Diskusjon

Hensikten med studien var å beskrive hvordan norske ergoterapeuter begrunner bruk eller ikke bruk av vurderingsredskaper. Vi vil her diskutere de fire temaene som ble presentert i resultatet i lys av tidligere forskning.

Resultatet viser hvordan de fleste respondentene begrunner at bruk av vurderingsredskaper styrker valg av tiltak. Dette knyttes til argumenter om at ergoterapeuter er opplært til å anvende arbeidsmodeller som generelt er inndelt i kartlegging, måldefinering, tiltak og evaluering (Townsend & Polatajko, 2007; Törnquist & Sonn, 2014). Respondentene problematiserer at ergoterapeuter må ha kjennskap til vurderingsredskaper som finns innenfor deres område, slik at de kan velge det beste redskapet for den aktuelle brukeren/situasjonen. Relatert til dette argumenterer Piernik-Yoder og Beck (2012) at ergoterapeuter trenger å utvide sin kjennskap til vurderingsredskaper samt utvikle redskaper for å møte behov fra samtidens og framtidens mangfold av brukere.

Respondentene konkretiserer at bruk av vurderingsredskaper høyner deres bevissthet og faglige begrunnelser for hvorfor de gjør det de gjør i yrkesutøvelsen. Dette er i tråd med en kunnskapsbasert praksis (Jamtvedt & Nortvedt, 2008; Unsworth, 2011). De begrunner at bruk av vurderingsredskaper gjør at de ergoterapeutiske tjenestene blir mer forutsigbare, etterprøvbare og pålitelige. De fleste respondentene er positive til bruk av vurderingsredskaper. Dette bekreftes av tallmaterialet i Medlemsundersøkelsen 2013 som stadfester at 60 prosent av respondentene bruker redskaper daglig eller ukentlig (Hagby et al., 2014). Her er det et stort potensial for utvikling av en kunnskapsbasert praksis. Ettersom det ikke er gjennomført lignende norske studier tidligere, vet vi ikke om dette tallet har vært stabilt eller vært i endring i de siste årene.

Noen respondenter uttrykker behov for å validere redskaper samt systematisere kunnskap om redskaper på både individ- og gruppenivå, hvilket er i samsvar med Law og Letts (1989). Videre utfordringer vil være å utvikle redskapenes kulturelle relevans, da utfordringer i forhold til både språk og kultur kan påvirke redskapenes validitet. Meninger som blir tilagt aktiviteter, og måten aktiviteter utføres på, kan være ulik i forskjellige kulturer (Ballinger & Wiles, 2001). Dette står i motsetning til modifisert bruk av redskaper eller til det å lage redskaper selv. Noen argumenter for at bruk av vurderingsredskaper kan gå ut over menneskelige møter med terapeutiske siktemål, eller at de fremmer for stringente prosedyrer og bidra til distanse. Slik vi ser det utgjør denne motsetningen en uenighet om ergoterapeuters kunnskapsforvaltning. Skal vi arbeide med å utvikle standard prosedyrer, eller skal en individualistisk vurdering og modifisert bruk av redskaper og fremgangsmåter være veien vi velger å gå? Dette gjenspeiler en debatt om hva fagkunnskap skal være. En kan også stille spørsmål om vi har et valg, da kunnskapsbasert praksis er et statlig pålegg (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008; Laver-Fawcett, 2014; Unsworth, 2011;). Samtidig finnes det argumenter for at det er utfordrende å finne redskaper som er egnet for alle brukergruppene, og at man ønsker flere redskaper der brukerne er aktivt med.

Noen respondenter argumenterer for økt bruk av redskaper på miljøfaktorer. Dette samsvarer med tallmaterialet i Medlemsundersøkelsen 2013 (Dolva et al., 2015) som viser at Bygg for alle (Statens bygningstekniske etat, 2004) ranker som nummer 16 av norske ergoterapeuters bruk av vurderingsredskaper.

Vi vil anta at redskaper vedrørende miljøfaktorer vil ha økende samfunnsmessig relevans i tiden framover knyttet til universell utforming, folkehelse og velferdsteknologi. Det vil innebære økt fokus på befolkningsgrupper og ikke bare individnivå.

Mange av respondentene argumenterer for sammenhenger mellom bruk av vurderingsredskaper og brukervedvirkning. Studien til Dolva et al. (2015) bekrefter dette, da COPM er det redskapet som flest ergoterapeuter i Norge bruker. Dette er et redskap der brukerne skårer seg selv. Det handler om at brukerne gjennom registreringer og prioriteringer tar medansvar for egen rehabiliteringsprosess. COPM vektlegger både brukerstyring og et aktivitetsperspektiv (Kjeken, 2003). Respondentene argumenterer for at brukere og pårørende er aktive i prosessen med vurderinger. Brukervedvirkning i vurderinger er del av en internasjonal trend (Donnelly & Carswell, 2002) og gjør beviselig rehabiliteringen mer effektiv (Levac et al., 2006).

Vurderingsredskapene som omtales i begrunnelsene er knyttet til alle kategoriene i ICF, hvilket bekreftes i tallmaterialet til Medlemsundersøkelsen 2013 (Dolva et al., 2015). Dette samsvarer ikke med liknende studier (Alotaibi et al., 2009; Piernik-Yoder & Beck, 2012), der redskapene som anvendes hovedsakelig dekker kroppsfunksjon. Begrunnelsene samt tallmaterialet signaliserer at norske ergoterapeuter ikke bare bruker redskaper knyttet til kroppsfunksjon, men også vektlegger redskaper knyttet til aktivitet og deltakelse (Dolva et al., 2015). Både Christiansen (1999), Clark (1993), Kielhofner (2006) og Wilcock (2001) understreker at ergoterapeutiske redskaper ikke bare må være knyttet til kropps nivå, men må kunne gripe et mer holistisk fokus på aktivitet og deltakelse. Dette blir debattert i internasjonale studier som påpeker at ergoterapeuter i større grad burde anvende redskaper knyttet til ergoterapeuters kjernekompetanse; aktivitet (Alotaibi et al., 2009; Piernik-Yoder & Beck, 2012). Piernik-Yoder og Beck (2012) argumenterer for at vi fortsatt trenger å utvikle mer aktivitets-baserte redskaper. De understreker at dette er av betydning for fagets utvikling, og at det vil være med på å utvikle og tydeliggjøre ergoterapeuters kompetanser. Wimpenny et al. (2010) beskriver hvordan faglig kultur på arbeidsplassen er vesentlig for å utvikle en kunnskaps- og aktivitetsbasert kultur og praksis. Alotaibi et al. (2009) foreslår at erfarne kolleger veileder de uerfarne i større grad, hvilket også er et uttrykt ønske fra respondentene.

Resultatet viser samtidig utfordringer og argumenter imot å anvende vurderingsredskaper. Det handler om tid, økonomi og kompetanser for å kunne bruke dem, men også om ulike syn på kunnskap. Dette stiller krav til arbeidsgivere, undervisningspersonell, praktiserende ergoterapeuter og forbund, men også i særdeleshet til de som utvikler vurderingsredskap, skriver Piernik-Yoder og Beck (2012). Bruk av redskap tar tid, men vil gi ergoterapeuter og brukerne indikasjon på både framgang og eventuelt tilbakegang. Slike resultater kan brukes til å diskutere hva som er reelt ut fra scoring og observasjon, og hva som er brukerens oppfatning av aktivitetsutførelsen. Vi mener at vi ikke kan basere våre faglige vurderinger på synsing om vi skal bli tatt på alvor av våre brukere og samarbeidspartnere. Vi må også kunne skille mellom situasjoner der vi skal bruke redskaper og situasjoner der samtalen mellom terapeut og bruker kan foretrekkes. Det ene utelukker ikke det andre. Resultater fra et redskap trenger ikke å si noe om brukerens totalsituasjon, men det må foreligge et utgangspunkt for tiltak basert på reliable og valide vurderingsredskaper.

Basert på dette ser vi samlet sett en tendens til at norske ergoterapeuter er i ferd med å utvikle en kunnskapsbasert praksis med bruk av redskaper som forholder seg til alle nivåene i ICF; kroppsfunksjoner og strukturer, aktivitet, deltakelse og omgivelser, og at dette skiller seg fra internasjonale studier som viser en tendens til mest bruk av redskaper på kroppsnivå (Alotaibi et al., 2009; Piernik-Yoder & Beck, 2012). Dette betrakter vi som en lovende tendens for å videreutvikle fagets kjerneområde; å sette mennesker i stand til å leve et hverdagsliv basert på egne verdier.

Implikasjoner for praksis

Basert på resultatet stiller vi spørsmål om det er opp til hver enkelte ergoterapeut å bestemme om og hva de skal anvende av redskaper, eller om det skal være formelle prosedyrer for hva som skal anvendes. I respondentenes begrunnelser kan det synes som de har en stor frihetsgrad til å velge. Dette bringer spørsmål til ulike instanser om det skal være opp til hver enkelt yrkesutøver hva som skal brukes. Det utfordrer alle til å tenke igjennom hva som er konsekvensene av en kunnskapsbasert fagutøvelse.

En ser et tydelig behov for at det settes av tid til både opplæring og oppdatering av nyere forskning om bruk av vurderingsredskaper som kan høyne ergoterapeutenes kunnskap og kompetanser for å drive en kunnskapsbasert praksis. Dette er noe man

må få trene på, og det trengs bedre rammevilkår for dette. Det kan ikke være opp til hver enkelt. Hvilke komponenter kan være med på å stimulere til økt bruk av vurderingsredskaper? Alotaibi et al. (2009) presenterte at ergoterapeuters bruk av vurderingsredskaper kan være tradisjonsbundet i form av at ergoterapeutene velger redskaper som er tilgjengelige på eget arbeidssted. Samtidig er det vist at mer trening, støtte og faglig fellesskap på arbeidsstedet kan lette prosessen med å legge om arbeidet til en kunnskapsbasert praksis (Wimpenny et al., 2010). Undervisning og ferdighetstrening i vurderingsredskaper ved ergoterapeututdanningene vil påvirke studentenes framtidige bruk av disse (Alotaibi et al., 2009; Bonsaksen et al., 2011). Studien gir innspill på årsaker rundt handlinger knyttet til bruk/ikke bruk av vurderingsredskaper og fra dette ser vi betydningen av at man i enda større grad enn nå oversetter og validerer redskaper, fortsetter med å initiere kurs og opplæring, og publiserer systematiserte resultater fra bruk av redskaper.

STUDIENS BEGRENSNINGER

Materialet som er analysert og presentert er hentet fra Medlemsundersøkelsen 2013 og var så stort at vi valgte å dele det opp i ulike delstudier for å kunne håndtere det, hvilket er både en styrke og en svakhet. En styrke er at en ser en sammenhenger mellom det tallfestede materialet og det kvalitative materialet, og dette styrker studiens reliabilitet. Samtidig vil det alltid være en mulighet for at det kvalitative materialet kunne ha vært analysert og tolket på en annen måte enn det vi har valgt. Vi er flere som har vært involvert i analyser av materialet og artikkelen er resultatet av vår samlede analyse. Ettersom alle forfatterne har hatt et nært forhold til ulike deler av materialet i den store surveyen (delstudiene 1 – 3), kunne vi også diskutere relevans og samsvar fra materialet i denne studien opp mot resten av materialet. Vi mener at dette har styrket analysens pålitelighet. Det er også grunn til å merke seg at alle som kommenterte spørsmålet oppga å bruke redskaper i undersøkelse og vurdering, mens mer enn hver tredje person som ikke kommenterte spørsmålet var blant de som oppga å ikke bruke slike redskaper. Dette antyder at det kan være behov for å bruke andre metoder enn den vi valgte for å få mer kunnskap om hva som kan hindre eller vanskeliggjøre bruk av undersøkelsesredskaper i ergoterapeutisk praksis. Ergoterapeuter som ikke bruker slike redskaper i sin daglige praksis kan tro at deres eventuelle erfaringer

med barrierer eller hindringer ikke er interessante, og kan dermed unnlåte å besvare spørsmål som åpent etterspør kommentarer, slik vi gjorde.

Konklusjon

Resultatene fra Medlemsundersøkelsen 2013 bidrar til kunnskap om norske ergoterapeuters begrunnelser for bruk eller ikke bruk av vurderingsredskaper. Generelt uttrykker begrunnelsene en positiv holdning til bruk av vurderingsredskaper. 60 prosent bruker vurderingsredskaper daglig eller ukentlig. Materialet viser at norske ergoterapeuter er på vei inn i en kunnskapsbasert yrkesutøvelse. Respondentene begrunner at bruk av vurderingsredskaper styrker faglige valg av tiltak, fremmer brukermidvirkning, og utvikler kompetanser for å kommunisere ergoterapeutisk fagutøvelse. Resultatet viser at norske ergoterapeuter anvender redskaper knyttet til både kroppsfunksjon, aktivitet, deltakelse og omgivelser, og at dette skiller seg fra internasjonale studier som viser en tendens til mest bruk av redskaper på kropps nivå. Et mindretall erfarer mangel på tid til å erverve seg kompetanser om vurderingsredskap og mangel på tid til å bruke dem som en utfordring. Noen argumenterer for en modifisert bruk av redskap, eller mener at bruk av vurderingsredskap kan hindre god kommunikasjon med brukerne. Dette tydeliggjør ulike syn på fagkunnskap. Studien viser nødvendigheten av en samordnet nasjonal innsats for å fortsette arbeidet med å oversette og validere vurderingsredskaper. Vi anbefaler at en tilsvarende studie blir gjennomført på et senere tidspunkt for å følge opp utviklingen av ergoterapeuters anvendelse av vurderingsredskaper.

Takk

Vi takker ergoterapeutene som har deltatt i studien. Deres bidrag har gitt viktig informasjon om norske ergoterapeuters bruk av vurderingsredskaper. Videre takker vi Norsk Ergoterapeutforbund som muliggjorde datainnsamlingen.

Referanser

- Alotaibi, N. M., Reed, K., & Nadar, M. S. (2009). Assessments used in occupational therapy practice: An exploratory study. *Occupational Therapy in Health Care*, 23(4), 302-318.
- Ballinger, C., & Wiles, R. (2001). A critical look at evidence based practice. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(5), 253-255.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (2003). *Qualitative research for education. An introduction to theory and methods*, 4th ed. Boston: Allyn & Bacon.
- Bonsaksen, T., Myraunet, I., Celo, C., Granå, K. E., & Ellingham, B. (2011). Experiences of occupational therapists and occupational therapy students in using the Assessment of Communication and Interaction Skills in mental health settings in Norway. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(7), 332-338.
- Bonsaksen, T., Hagby, C., Høghagen, S., Solbakken, A.I., Sveen, U., Dolva, A-S., & Thyness, E.M. (2015). I hvilke situasjoner bruker norske ergoterapeuter vurderingsredskap? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013. Del 2. *Ergoterapeuten*
- Christiansen, C. H. (1999). Defining lives: Occupation as identity: An essay on competence, coherence, and the creation of meaning. *American Journal of Occupational Therapy*, 53(6), 547-558.
- Clark, F. (1993). Occupation embedded in a real life: Interweaving occupational science and occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 47(12), 1067-1078.
- Dolva, A-S., Sveen, U., Bonsaksen, T., Hagby, C., Høghagen, S., Solbakken, A.I., & Thyness, E.M. (2015). Hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: Del 3. *Ergoterapeuten*
- Donnelly, C., & Carswell, A. (2002). Individualized outcome measures: a review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 69(2), 84-94.
- Hagby, C., Bonsaksen, T., Dolva, A-S., Høghagen, S., Sveen, U., Solbakken, A. I., & Thyness, E. M. (2014). Bruker norske ergoterapeuter undersøkelses- og vurderingsredskaper? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: Del 1. *Ergoterapeuten*, 57(4), 22-27.
- Hanna, S. E., Russell, D. J., Bartlett, D. J., Kertoy, M. L., Rosenbaum, P. L., & Wynn, K. (2007). Measurement practices in pediatric rehabilitation: A survey of physical therapists, occupational therapists, and speech-language pathologists in Ontario. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, 27(2), 25-42.
- Jamtvedt, G., & Nortvedt, M.W. (2008). Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til en bedre praksis. *Ergoterapeuten* 51(1), 10-18.
- Kay, T. M., Myers, A. M., & Huijbregts, M. P. (2001). How far have we come since 1992? A comparative survey of physiotherapists' use of outcome measures. *Physiotherapy Canada*, 53(4), 268-275.
- Kielhofner, G. (2006). *Research in occupational therapy: Methods of inquiry for enhancing practice*. Philadelphia, PE: F. A. Davis Company.
- Kjeken, I. (2003). Den kanadiske ergoterapimodellen: Teori, forskning og praksis. *Ergoterapeuten*, 11, 18-23.
- Laver-Fawcett, A. J. (2014). Routine standardised outcome measurement to evaluate the effectiveness of occupational therapy interventions: essential or optional? *Ergoterapeuten*, 57(4), 28-37.
- Law, M., Darrah, J., Pollock, N., King, G., Rosenbaum, P., Russell, D. & Watt, J. (1998). Family-centred functional therapy for children with cerebral palsy: an emerging practice model. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 18(1), 83-102.
- Law, M., & Letts, L. (1989). A critical review of scales of

- activities of daily living. *American Journal of Occupational Therapy*, 43(8), 522-528.
- Law, M., Baptiste, S., McColl, M., Opzoomer, A., Polatajko, H., & Pollock, N. (1990). The Canadian occupational performance measure: an outcome measure for occupational therapy. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 57(2), 82-87.
- Levack, W. M., Taylor, K., Siegert, R. J., Dean, S. G., McPherson, K. M., & Weatherall, M. (2006). Is goal planning in rehabilitation effective? A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 20(9), 739-755.
- Parkinson, S., Forsyth, K., Durose, S., Mason, R., & Harris, D. (2009). The balance of occupation-focused and generic tasks with a mental health and learning disability occupational therapy service. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(8), 366-370.
- Piernik-Yoder, B., & Beck, A. (2012). The use of standardized assessments in occupational therapy in the United States. *Occupational Therapy in Health Care*, 26(2-3), 97-108.
- Somby, A.M., & Segadal, K.U. (2014). Personvern hensyn og etiske problemstillinger ved publisering av fagartikler i Ergoterapeuten. *Ergoterapeuten*, 57(2), 44-49.
- Smith, J., & Mairs, H. J. (2014). Use and results of MOHO global assessments in community mental health: A practice analysis. *Occupational Therapy in Mental Health*, 30(4), 381-389.
- Söderback, I. (2009). *International handbook of occupational therapy interventions*. Dordrecht: Springer.
- Statens bygningstekniske etat – Husbanken (2004). Bygg for alle. Temaveiledning om Universell utforming av byggverk og uteområder. TEKSAK
- Törnquist, K., & Sonn, U. (2014). Towards an ADL taxonomy for occupational therapists. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21.sup 1:20-27.
- Townsend, E. A., & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Unsworth, C. A. (2011). Evidence-based practice depends on the routine use of outcome measures. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(5), 209.
- Wilcock, A. A. (2001). Occupational science: the key to broadening horizons. *The British Journal of Occupational Therapy*, 64(8), 412-417.
- World Health Organization (2001). *International Classification of Functioning, Disability, and Health: Children & Youth Version: ICF-CY*. World Health Organization.
- Wimpenny, K., Forsyth, K., Jones, C., Matheson, L., & Colley, J. (2010). Implementing the Model of Human Occupation across a mental health occupational therapy service: Communities of practice and a participatory change process. *British Journal of Occupational Therapy*, 73(11), 508-516.
- www.nsd.uib.no/



Varmehjelpemidler

Norges største utvalg av standard og spesialtilpassede varmehjelpemidler.

Minittech 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

Hverdags- og arbeidsliv

Unni Sveen er med i flere forskergrupper og prosjekter som leder, veileder eller «seniorforsker». Et fellestrekk ved forskningen er at den bidrar til at mennesker kan leve et godt hverdags-og arbeidsliv ut fra sine forutsetninger.

– Mye av min forskning retter seg mot mennesker som har fått utfordringer etter hjerneslag eller traumatisk hjerneskade. Flere av prosjektene er tverrfaglige, med tydelig «ergoterapeutisk tilnærming». Forskningen utgår hovedsakelig fra arbeidsplassene mine Oslo Universitetssykehus (OUS) og Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

– Jeg vil trekke fram to av prosjektene som pågår nå: «*Psyko-sosial helse etter hjerneslag*» er en samtalebasert intervensjon for personer med hjerneslag som gis de første seks månedene etter slaget. Prosjektet startet i april 2014 og ledes av professor Marit Kirkevold (ved UiO) og meg. Bakgrunnen er at mange opplever at fysiske, kognitive og følelsesmessige endringer får konsekvenser for hverdagslivet. Hensikten med studien er å se om en samtalebasert intervensjon bidrar til bedret psykososial helse, mestring og livskvalitet.

– «*Transitions in Rehabilitation: Biographical reconstruction, experiential knowledge and professional Expertise*» (Transitions-prosjektet), er et prosjekt som ser på rehabiliteringsprosessen til personer som har opplevd omfattende skader, og hvordan de profesjonelles innsats er støttende. Prosjektet er tverrfaglig med forskere innen helsefag, sosiologi og antropologi og er et samarbeid mellom HiOA, OUS, og Sunnaas HF. Transitions-prosjektet har et brukerpanel med representanter fra to brukerorganisasjoner.

– Hva er dine hovedfunn?

– For personer som er i ferd med å reorientere seg etter en traumatisk hjerneskade (TBI), kan helsepersonell bidra til innsikt i dagliglivets krav og den enkeltes kapasitet. Det kan handle om å få bedre struktur i hverdagen og tilpasse aktiviteter til den kapasitet den enkelte har. I arbeidsrehabilitering er det viktig å se arbeidsdeltakelse inn i det helhetlige hverdagslivet og balansere arbeid, fritidsaktiviteter og familie/sosialt liv.

En større studie viser at personer som har hatt en alvorlig TBI blir mer selvstendige i hverdagslivet hvi de får tidlig, kontinuerlig rehabiliteringstilbud og utover i forløpet. Dette er dessverre ikke en selvfølge hverken i Norge eller internasjonalt.

– hvilke forskningsartikler er de beste du har lest og hvorfor?

– jeg vil trekke frem to artikler som ser på betydningen ergoterapi i rehabiliteringsprosessen hos personer som har hatt hjerneslag. Begge artiklene oppsummerer kunnskap fra flere effektstudier av ergoterapi. «*Occupational therapy for patients with problems in personal activities of daily living after stroke: systematic review of randomised trials*» av Lynn Legg og medarbeidere slo fast at ergoterapi som fokuserte på å fremme PADL etter hjerneslag økte selvstendighet og hindret funksjonsfall. Artikkelen viser betydningen av å inkludere ergoterapeuter i tverrfaglig slagrehabilitering.

Av Sissel Hørhagen



UNNI SVEEN

Professor i ergoterapi og seniorforsker.

Den andre artikkelen «*Effectiveness of occupation-based interventions to improve areas of occupation and social participation after stroke: an evidence-based review*», av T.J. Wolf og medarbeidere er viktig fordi den studerer intervensjoner som kan fremme aktivitet, men også sosial deltakelse etter hjerneslag (2). Den bekrefter funnene fra den første artikkelen om viktigheten av ergoterapi for å fremme ADL.

– Hva trenger vi ergoterapeuter mer forskning om?

– Det er behov for forskning som utvikler og evaluerer aktivitetsbaserte intervensjoner for å fremme sosial- og arbeidsdeltakelse. For å kunne studere om ergoterapi faktisk fungerer bra, trenger vi å utvikle gode utfallsmål slik også Wolf slår fast i sin artikkel. Videre er det et klart behov for å utvikle gode tjenester i kommunene. Der er ergoterapeuter viktige i forskning på tverrfaglig rehabilitering.

Sist, men ikke minst, trenger vi forskning som kombinerer helse-tjenester og arbeid (NAV, arbeidsgiver, kommunehelsetjeneste). Det viser seg at forskning for å fremme arbeidsdeltakelse kommer til kort, hvis studiene bare utgår fra helse-tjenesten uten tett samarbeid med for eksempel NAV.



Å stå på stand styrker fagidentiteten.

Demonstrerte ergoterapi

Ergoterapeutstudenter og lærere demonstrerte ergoterapi under Forskningsdagene

Av Mari Bergem og Sissel Horghagen

Temaet for Forskningsdagene 2015 var MAT. I den forbindelse samarbeidet lærere og studenter ved Høgskolen i Sør-Trøndelag om hvordan ergoterapeuter kan veilede og assistere personer med nedsatt funksjon i en hånd, samt personer med synsnedsettelse i matlaging. Dette foregikk på en stand på Forskningstorvet i Trondheim der ulike utdannings- og forskningsinstitusjoner demonstrerte bruk av kunnskap og forskning relatert til mat.

Standen ble på den ene dagen meget godt besøkt av barne-, ungdoms- og videregående skoler, mens den neste dagen var det lørdag, og da ble standen besøkt av nysgjerrige forbigående. En slik stand er et bra rekrutteringstiltak, og en fin måte å presentere ergoterapi på til

både potensielle studenter samt til den generelle befolkningen. De som besøkte standen, fikk demonstrert ergoterapi. De måtte ha den ene hånda på ryggen og så skjære og smøre brød med en hånd, først uten hjelpemidler og så med bruk av hjelpemidler.

ANDRE BESTE STAND

Det er lærerikt og spennende å komme i kontakt med mennesker og fortelle om ergoterapi. Vi ble også stolte og glade da standen sammen med de andre innslagene fra Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST) ble kåret til andre beste stand på Forskningstorvet, siden det var mange stander fra ulike utdanningsinstitusjoner der.

Arrangementet ble en veldig positiv opplevelse for oss. Både fordi vi fikk demonstrere ergote-

rapi og fordi det ble et fint samarbeid mellom lærere og studenter. Det opplevdes også som å styrke vår yrkesidentitet. Vi hadde gode diskusjoner om hvordan presentere faget konkret på en stand.

DEL I ERGOTERAPEUTEN

Våre motforestillinger var at vi kun fikk presentert en liten del av faget. Vi oppfordrer derfor andre som gjør noe tilsvarende til å dele det som «aktuelt stoff» i Ergoterapeuten, slik at vi kan tipse hverandre om hvordan visualisere ergoterapi på korte og lettfattelige måter. Hvordan kan vi fange forbigående oppmerksomhet slik at de kommer bort til akkurat oss. Vi erfarte at profileringsmaterialet til Ergoterapeutene fungerte utmerket i denne aktiviteten.

The 4th International MOHO Institute

SUMMARY AND REFLECTIONS

The 4th International Institute on the Model of Human Occupation (MOHO) was held October 23-24, 2015 at Indiana University-Purdue University in Indianapolis, USA. The title of the institute was: Reaching Out: Application of MOHO in Academic-Practice Partnerships

By Hiromi Nakamura-Thomas, Leah R. Van Antwerp, Moses Ikiugu, Patricia J. Scott and Tore Bonsaksen

The title indicated that an emphasis of the institute was on the application of Kielhofner's model (Kielhofner, 2008) in diverse practice contexts. Second, it indicated that such application required collaborative efforts from academia and practice in partnership. The co-chairs of the institute, Patricia J. Scott (Indiana University) and Renée R. Taylor (University of Illinois at Chicago), stated that the aim of the institute was «to advance theory and evidence-based practice using MOHO through showcasing the latest developments in MOHO research, education and clinical application» (MOHO Web, 2014). In reaching for this aim, 77 abstracts from scholars based in fifteen countries were selected for presentation.

The presentations were concerned with one or more of the four major topics highlighted during the institute: Collaborative partnerships, MOHO in broader perspective, international collaborations, and teaching MOHO to support translation into practice. The aim of this article is to high-



Dr. Patricia J. Scott, and AOTA President Dr. Virginia Stoffel are promoting the conference.



Gary Kielhofner, the founder of MOHO.

light and reflect on some of the issues that were raised during the institute, and that have been of particular interest to us – however, it represents only a small part of the Institute and should be read bearing that limitation in mind.

A TRIBUTE TO GARY KIELHOFNER

A tribute to Gary Kielhofner set the tone for the Institute. This tribute was made to commemorate the fifth anniversary of his untimely death in 2010. There was a stark similarity to the commentary by Florence Clark, then president of the American Occupational Therapy Association (AOTA), who said the following in her 2010 tribute to Gary Kielhofner: «Evidence of the influence of Gary's vision to promote large-scale change and to increase the power of occupational therapy in health care was evident at the First International Institute on the Model of Human Occupation. [...] Dr. Kielhofner influenced the thinking of current and future occupational therapy



The Institute co-chairs, Patricia J. Scott (left) and Renée R. Taylor.

practitioners around the globe through his mentorship and passion for the profession». His tradition of mentorship was evident as his former students continue to mentor others. Many presentations from around the globe were presented by post-graduate-, masters- and PhD students. These students are the future occupational therapy leaders, and their ideas, from the use of virtual reality in the rehabilitation of individuals who have suffered stroke, to utilizing the habituation component of the person system to balance the circadian rhythms and assure health in primary care settings, are innovative and reflective of future practice.

The several dozen masters- and doctoral level students from the US in attendance reported on their amazement at the welcome they received from these international scholars and on the support that they feel at the conference. Another theme in the comments by students was about the international collaborations

and networks. This can be directly attributed to the influence of Gary Kielhofner.

MOHO: IMPACT ON GLOBAL SOCIAL ISSUES

The tone was set on the first day by a panel in which the breadth of application of the MOHO internationally was discussed (Taylor et al., 2015). The panelists described various settings in which the model was used as a guide to practice. These included establishing volition with the aging population in Hong Kong where MOHO constructs were integrated with culturally relevant movement-based healing practices such as Tai-Chi; using MOHO-guided interventions to provide cost-effective treatment and thus reduce national budget deficit in the UK; and addressing issues of obesity in Australia through change in habits and role performance. The panel also reported and discussed the establishment of meaningful engagement with impoverished persons with mental illness in Chi-



Gail Fisher, leader of the REIS collaboration group.



77 abstracts from scholars based in fifteen countries were selected for presentation.



Moses Ikiugu presenting the eclectic framework for combining conceptual models



«Teaching MOHO in Trondheim», presented by Trine A. Magne (left) and Malin C. Eerola

le, the development of a MOHO based occupational therapy private practice in the US; and the use of MOHO-based tools to pattern a recovery framework in individuals with serious medical conditions. These themes were explored in increasing detail throughout the rest of the institute.

RECENT MOHO ASSESSMENT TOOL DEVELOPMENTS

The MOHO has from the beginning placed an emphasis on developing and validating assessment tools that can measure the constructs essential to the model, allowing for precise assessment of these constructs and for measuring how they may change over time in clients receiving occupational therapy. To date, several of these assessment tools have undergone extensive psychometric testing and other validation procedures, whereas others have not. Two symposia during the first day of the institute focused on the latest developments on two MOHO-based assessment tools: the Residential Environmental Impact Scale (REIS; Fisher et al., 2014) and the Role Checklist (Oakley, Kielhofner, Barris, & Reichler, 1986).

The Residential Environment Impact Scale: The newly developed fourth version of the Residential Environment Impact Scale (REIS v4) (Fisher et al., 2014) is a semi-structured assessment that was designed to examine the impact of community residential facilities on residents. The REIS is based on four data collection methods that are used to gather the information needed to comprehensively evaluate how well a house provides support and opportunities needed to meet the needs and desires of

its residents in the following four areas: space, objects, enabling relationships, and structure of activities.

MOHO emphasizes the importance of the environment (Kielhofner, 2008). Due to the rapid growth of medical expenditure in developed countries, there has been a paradigm shift in terms of how treatment and rehabilitation is conceived and delivered: from being largely based on the medical model and delivered in medical settings, to a more socially oriented model where the community is the main arena for rehabilitation (Scaffa, 2001). Related to this shift, the REIS v4 is expected to provide a framework for understanding a client's residential environment as well as the influence of this environment on the client's capacity and quality of life. One unique aspect of the REIS v4 is that it was developed by collaborative between university faculty and practitioners (Fisher & Kayhan, 2010). The collaborative method works to overcome Kielhofner's concern: that practitioners may find assessments to have limited ability to meet the needs of practice, as researchers may have tended to emphasize psychometric concerns over utilitarian concerns (Kielhofner, 2005). The collaborative efforts placed into the development of the REIS v4 indicate that its value for occupational therapy practice has been emphasized from the very beginning.

The Role Checklist: The Role Checklist version 2 (RC v2) is a work in progress, initiated and led by Patricia J. Scott at Indiana University. The aim was to extend further the role assessment developed by Oakley (Oakley et

al., 1986). The original instrument had two parts: Part I indicated the person's roles in the past, at present, and in the future, whereas Part II indicated the value placed on each of the roles. The extension of the Role Checklist into Part III and Part IV was initiated due to Scott's observation that having more valued roles was not necessarily perceived as positive among clients, and that the impact of roles depended on a person's level of functioning. To understand the significance of roles in a person's life, one also has to consider role performance (role functioning) and satisfaction or dissatisfaction with roles.

The symposium on the RC v2 reported about the ongoing work on establishing a procedure for scoring the extended instrument (Scott & Latham, 2015). There was also a report about the tremendous interest among MOHO scholars around the world in translating the instrument into their respective languages. More importantly, perhaps, guidelines for how such translation procedures should be carried out, was explicated (Haglund & Scott, 2015). Later in the Institute Kristjana Fenger and Leah Van Antwerp presented a feasibility study on the implementation of these translation guidelines into Icelandic (Van Antwerp & Fenger, 2015). This study is also being carried out by Fengyi Kuo examining the feasibility of the translation guidelines in Mandarin Chinese contexts. Scott's group of researchers investigating the RC v2, known as the International Role Alliance for the study of Participation (IRAP; Scott, 2015), is also underway with several studies. Two clinical case studies, exploring the use of the RC v2 in a psychiatric hospital and in a

medical setting, were presented (Bonsaksen & Scott, 2015), as was the ongoing psychometric study on the instrument (Forsyth & Prior, 2015). The psychometric study is based on a general population sample of more than 800 persons living in the UK, USA, Switzerland, Japan, Sweden, and Norway. The aim of this study is to examine the cross-cultural conceptual validity of the Role Checklist, initially assuming that it measures only one underlying concept, namely participation.

INTEGRATING THE MOHO WITH OTHER CONCEPTUAL MODELS

One of the sessions focused on integrating MOHO with other occupational therapy theoretical conceptual practice models. One of the presentations was Ikiugu's eclectic framework for combining theoretical conceptual practice models in clinical decision-making (Ikiugu, 2015), a presentation based on several of his previous works (Ikiugu, 2007; Ikiugu & Smallfield, 2011; Ikiugu, Smallfield, & Condit, 2009). This framework was developed based on the strategic eclecticism principles in psychology, to guide systematic, logical, and dynamic combination of strategies from a variety of theoretical conceptual practice models, so that therapists practicing eclecticism could clearly explicate their theoretical reasoning. The process consists of choosing, based on the client's presenting issue, an organizing model of practice (OMP) to act as a lens through which the client's occupational performance concerns can be understood. As assessment and intervention continues, strategies are chosen from other theoretical models to cover gaps that are not addressed

by the OMP. These other models become complementary models of practice (CMPs). An example would be the use of MOHO as the OMP to enable return to participation in valued roles. In the process of restoring participation, a biomechanical approach to restore skill deficits could be used as a CMP to enable occupational performance. Furthermore, the process is dynamic and as the therapeutic situation changes, the OMP can become the CMP or even be dropped altogether and a CMP can assume primacy as the OMP momentarily.

In a research study, Ikiugu and Smallfield (2011) found that teaching students how to use this framework helped improve their clinical skills overall and raise their level of confidence in theory application. The presentation on this framework generated a spirited discussion about whether MOHO should be considered invariably as the overall guide to therapy, or any "occupation-focused" model can be the OMP while other models (known by some as frames of reference) are incorporated as CMPs (Wong & Fisher, 2015). Others questioned whether eclecticism was viable as a competent form of practice, or whether it was what could be termed "eclectic nothingness". Many people in the audience thought that the idea of an eclectic framework to guide application of theory in occupational therapy made sense, even if used in a modified form as suggested by Wong and Fisher (2015). In view of the Institute being specifically dedicated to the promotion and dissemination of work related to the MOHO, it was also noted that Ikiugu's presentation of his eclectic framework epitomized

the overall tone of the Institute. Participants celebrated MOHO as the most widely used occupation-based model in the world, yet kept an open mind as to the place of CMPs to compliment MOHO in guiding interventions.

INTEGRATING THE MOHO INTO THE CURRICULUM

The symposium on the integration of MOHO across the curriculum explored the use of MOHO to promote best practice in teaching, learning, and clinical learning for occupational therapy students. Jakobs (2015) presented a curricular model using video-taped simulated interviews utilizing the Occupational Performance History Interview II (OPHI-II) to facilitate discussion of MOHO concepts during normative and critical life events in transitional case studies. Many presentations in both the symposium and other sessions explored the challenges and benefits of integrating MOHO throughout an entire occupational therapy curriculum. Examples of MOHO-based curriculum were presented from Switzerland (Jakobs, 2015), Chile (Vottero Mas & Acevedo, 2015), the UK (Yazdani, 2015), China (Zhang, 2015), Norway (Magne & Eerola, 2015), and the USA (O'Brien & Tumbleson, 2015), speaking to the impact of MOHO on the education of students in a range of countries across geographical and cultural regions.

CONCLUSIONS

Five years after the passing of Gary Kielhofner, his Model of Human Occupation is still robust. Worldwide the MOHO is the most researched and practiced model of occupational therapy (Lee, 2010), and the recent Institute demonstrated substantial interest in it from all seg-

ments of the profession – although with a dominance from the academic segment. As during the preceding years, much work is being put into developing and validating tools for practice and research. More recent developments seem to be focused on using the MOHO as a theoretical viewpoint from which to address social issues of global importance. The model appears to contribute to the integration of occupational therapy as a profession – the many participants from many different corners of the world clearly indicate that there are strong and unifying elements to it that occupational therapists across the world can relate to and value. An open-minded relationship towards other models, as demonstrated at this Institute, may challenge the MOHO. However, such intellectual challenge is a necessary, and therefore welcomed, part of scientific progress and is ultimately in the best interest of the clients served by our profession.

References

- Bonsaksen, T., & Scott, P. J. (2015). *Clinical Applications of the Role Checklist v2*. Paper presented at the The 4th International Institute on the Model of Human Occupation, Indianapolis, USA.
- Fisher, G., Forsyth, K., Harrison, M., Angarola, R., Kayhan, E., Noga, P., . . . Irvine, L. (2014). *Residential Environment Impact Scale (REIS)*, Version 4.0. Chicago, IL.: University of Illinois at Chicago.
- Fisher, G., & Kayhan, E. (2010). Developing the Residential Environment Impact Survey Instrument through Faculty-Practitioner Collaboration. *Occupational Therapy in Health Care*, 26(4), 224-239. doi: 10.3109/07380577.2012.723152
- Forsyth, K., & Prior, S. (2015). *Psychometric Properties of the Role Checklist*. Paper presented at the The 4th International Institute on the Model of Human Occupation, Indianapolis, USA.
- Haglund, L., & Scott, P. J. (2015). *Translation Guidelines for MOHO Assessment: Role Checklist v2*. Paper presented at the The 4th International Institute on the Model of Human Occupation, Indianapolis, USA.
- Ikiugu, M. N. (2007). Integrating conceptual models of practice. In M. N. Ikiugu, *Psychosocial conceptual practice models in occupational therapy: Building adaptive capability* (pp. 307-314). St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Ikiugu, M. N. (2015). *Using Theory as a Guide to Clinical Decision-Making in Occupational Therapy: An Eclectic Framework*. Paper presented at the The 4th International Institute on the Model of Human Occupation, Indianapolis, USA.
- Ikiugu, M. N., & Smallfield, S. (2011). Ikiugu's eclectic method of combining theoretical conceptual practice models in occupational therapy. *Australian Journal of Occupational Therapy*, 58(6), 437-446. doi: 10.1111/j.1440-1630.2011.00968.x
- Ikiugu, M. N., Smallfield, S., & Condit, C. (2009). A framework for combining theoretical conceptual practice models in occupational therapy practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 76(3), 180-188.
- Jakobs, U. (2015). *How to Teach an Applied Approach to Understanding the Model of Human Occupation - The Occupational Performance History Interview II in Simulated Client Interviews to Novice Students of the Bachelor in Occupational Therapy at the University of Applied Sciences Zurich (ZHAW)*, Switzerland. Paper presented at the The 4th International Institute on the Model of Human Occupation, Indianapolis, USA.
- Kielhofner, G. (2005). Scholarship and practice: Bridging the divide. *American Journal of Occupational Therapy*, 59(2), 231-239.
- Kielhofner, G. (2008). *A Model of Human Occupation. Theory and Application*. (4 ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lee, J. (2010). Achieving Best Practice: A Review of Evidence Linked to

- Occupation-Focused Practice Models. *Occupational Therapy in Health Care*, 24(3), 206-222.
- Magne, T. A., & Eerola, M. C. (2015). *Teaching MOHO in Trondheim, Norway - From Concept to Therapeutic Process*. Paper presented at the The 4th International Institute on the Model of Human Occupation, Indianapolis, USA.
- MOHO Web. (2014). Model of Human Occupation - Theory and Application. Retrieved 26.10.2015, from <https://www.cade.uic.edu/moho/default.aspx>
- O'Brien, J., & Tumbleson, J. (2015). *Teaching Students to Apply Model of Human Occupation to Occupational Therapy Practice*. Paper presented at the The 4th International Institute on the Model of Human Occupation, Indianapolis, USA.
- Oakley, F., Kielhofner, G., Barris, R., & Reichler, R. (1986). The Role Checklist: Development and empirical assessment of reliability. *Occupational Therapy Journal of Research*, 6(3), 158-170.
- Scaffa, M. (2001). *Occupational therapy in community-based practice settings*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Scott, P. J. (2015). The Role Checklist Version 2: Quality of Performance. Retrieved 19.01.2015, from <http://www.rcv2qp.com/>
- Scott, P. J., & Latham, K. (2015). *The Role Checklist v2: Development of a scoring system*. Paper presented at the The 4th International Institute on the Model of Human Occupation, Indianapolis, USA.
- Taylor, R. R., Davidson, D., Forsyth, K., Scott, P. J., De las Heras, C. G., Pepin, G., & Tsang, H. (2015). *Keynote & Panel on MOHO: Impact on Global Social Issues*. Paper presented at the The 4th International Institute on the Model of Human Occupation, Indianapolis, USA.
- Van Antwerp, L., & Fenger, K. (2015). *Proposed Translation Guidelines for the Role Checklist Version 2: Quality of Performance: A Feasibility Study in Iceland and China*. Paper presented at the The 4th International Institute on the Model of Human Occupation, Indianapolis, USA.
- Vottero Mas, C., & Acevedo, M. J. (2015). *Challenges in Undergraduate Education in the Training of the Model of Human Occupation (MOHO) in Chile*. Paper presented at the The 4th International Institute on the Model of Human Occupation, Indianapolis, USA.
- Wong, S. R., & Fisher, G. (2015). Comparing and using occupation-focused models [early online]. *Occupational Therapy in Health Care*, 1-19. doi: 10.3109/07380577.2015.1010130
- Yazdani, F. (2015). *Shift towards Spiral Curriculum: Integration of the Model of Human Occupation across the Occupational Therapy UG Course*. Paper presented at the The 4th International Institute on the Model of Human Occupation, Indianapolis, USA.
- Zhang, J. (2015). *The Role of Students in Occupational Therapy Development: A Report from Mainland China*. Paper presented at the The 4th International Institute on the Model of Human Occupation, Indianapolis, USA.



Ikke medlem enda?
Meld deg inn!

ergoterapeutene.org/innmelding

ergoterapeutene



Har du noe på hjertet?
Delta i debattene!

ergoterapeutene.org/debattforum

ergoterapeutene



personlig
GPS
trygghetsalarm

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

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

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

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

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

careto

ergoterapeutene

Minneord for Tone Rønnevig

Tone Rønnevig gikk bort 25. oktober bare 62 år gammel. Hun døde så altfor tidlig etter et kort tids sykeleie.

Tone var pioner innen fagfeltet universell utforming. Hun viste i praksis hvor viktig hennes fagbakgrunn som ergoterapeut var innen dette arbeidsområdet. Hun har i lang tid arbeidet i Direktoratet for byggkvalitet og var opp-tatt av å gjøre tekniske forskrifter til plan-og byg-ningsloven tydelige slik at byggebransjen forstod hvorfor universell utforming var nødvendig. I dette arbeidet viste hun hvor viktig funksjonelle omgivel-ser er for å oppnå mestring av aktivitet. Morten Lie i Direktoratet for byggkvalitet understreket dette i sitt minneord i Aftenposten: «Tone ivret for tver-retatlig samarbeid i staten og samordning av ulike virkemidler for å nå de boligpolitiske mål. Mange eldre og funksjonshemmede har fått bedre boliger, og kan bruke bygg og uteområder som et direkte resultat av Tones arbeid... Hennes bakgrunn som ergoterapeut og engasjement for andre bidro til dyp forståelse av universell utforming: nødvendig for noen, godt for alle. Det handler om å utvikle et inkluderende samfunn».

Tone Rønnevig bidro sterkt til at kunnskap og bevissthet rundt universell utforming ble spredd i Norge. Hun tok initiativ til å utvikle et kompetanse-program i universell utforming, beregnet for politi-kere og administrasjon i kommunene.

Jeg fikk gleden av å arbeide i lag med Tone knyt-tet til temaet universell utforming og ta del i hennes arbeidsglede, engasjement og pågangsmot! Jeg var stolt av at hun var ergoterapeut og brukte sin kom-petanse inn i et så sentralt og viktig arbeidsområde. Tone var raus og hadde alltid tid til en samtale. Hun var imøtekommende, sosial og ga oppmuntring og



Tone Rønnevig gikk bort 25. oktober.

ros. Hun bidro til felles glede og utvikling av fagom-rådet universell utforming.

En pioner og faglig svært dyktig ergoterapeut og et flott menneske er nå gått bort. Hennes gode minne lever!

Solveig Dale, Trondheim kommune

BOKOMTALE

Ergoterapi - mangfold og muligheter

I 2015 fylte ergoterapeututdanningen ved UiT – Norges arktiske universitet – 25 år. I den forbindelse inviterte redaktørene Cathrine Arntzen, Astrid Gramstad og Rita Jentoft et knippe ergoterapeuter, som hadde satt sitt preg på utdanningen og bidratt med fagutvikling i Nord-Norge, til å belyse ulike aspekter ved en helsetjeneste i endring.

Boken er delt i to hoveddeler. I den første delen rettes fokuset på ergoterapeutstudentenes lærings- og dannelsesprosess forstått i kunnskapsteoretiske perspektiver. Den andre delen handler om aktuelle utfordringer innen ergoterapifaget, både nasjonalt og internasjonalt.

DEL 1

Gunn Nilsskog og Rita Jentoft åpner med historien om etableringen av ergoterapeututdanningen i Nord-Norge, som til nå ha utdannet 460 ergoterapeuter.

Cathrine Arntzen følger på med *En teoretisk refleksjon over å være fasilitator i ergoterapeutstudentenes dannelsesprosess*. Her viser hun hvordan ulike pedagogisk grep kan påvirke og fremme gode læringsprosesser.

Astrid Vekve Nymo skriver deretter *Utvikling av ergoterapifaglig kompetanse*, som går i dybden på praksisperiodene.

I kapitlet *Kreativt verksted - en læringsarena for utforskning av terapeutisk kompetanse* presenterer Rita Jentoft og Vår Marthinssen et pedagogisk opplegg for å bevisstgjøre studentens terapeutiske kompetanse og kunnskap om planlegging og ledelse av grupper.

En blandet læringsmodell i anatomi avslutter del 1. Ragnhild Nilsen og Gunn Nilsskog retter søkelyset på kombinasjonen klaseromsundervisning og nettbasert læring.

DEL 2

Del 2 innledes med *Twenty-first century occupational therapy* av Jennifer Creek. Hun skriver om utfordringer, muligheter og forventinger i fremtidens ergoterapi i et globalt perspektiv.

Så følger Iris Helen Nikolaisens *Agents for change*. Hun knytter teorien om sosialt entreprenørskap opp mot occupational justice og bruker eksempel fra arbeid med tidligere sex-arbeidere i Zambia for å vise hvordan perspektivene kan fremme aktivitet og deltakelse.

I neste kapittel *Meningsom grep i helsetjenestene*, argumenterer Astrid Gramstad for at kommunehelsetjenesten må forstå brukere som deltakere i sine ulike og unike kontekster.

Deretter følger Audhild Høyems *Koordinering med kontinuitet* som mål, som handler om koordinator i spesialisthelsetjenesten. Hun konkluderer blant annet med at det trengs mer kunnskap om denne praksisen og



Tittel: *Ergoterapi - mangfold og muligheter*

Forlag: Orkana

Pris: 279 kroner

Redaktører: Cathrine Arntzen, Astrid Gramstad og Rita Jentoft

at ordningen bør utvikles i samarbeid mellom brukere, praksisfeltet, forskere og myndigheter.

Boken avsluttes så med «*På jobb er jeg helt normal*» – *Arbeid, bedring og psykisk helse* av Margrete Selseng og Nils Henriksen. De undersøker arbeid som arena for bedring hos personer med psykiske helseproblemer.

ANBEFALER BOKA

Jeg anbefaler denne boken av flere grunner. Det er spennende å få innblikk i den utviklingen ergoterapeututdanningen i Tromsø, har vært gjennom. Videre kommuniserer boken kompleksiteten i ergoterapi, i det den ser faget i en historisk, politisk og faglig sammenheng. Sist men ikke minst er det godt å lese en norsk bok om ergoterapi, med utgangspunkt i den hverdagen og de mulighetene som møter norske helsearbeidere.

Else Merete Thyness

BOKOMTALE

Aktivitetsvitenskap for ergoterapeuter

Boken Occupational Science for Occupational Therapy beskriver hvordan aktivitetsvitenskapelig forskning gir unik innsikt i menneskelig aktivitet, og hvordan denne forskningen kan øke effektiviteten av ergoterapeutiske intervensjoner.

Boken tar for seg fire aktuelle nøkkelbegreper, som det nå forskes på innenfor aktivitetsvitenskap; «descriptive», «relational», «predictive», and «prescriptive». Boka har også en omfattende gjennomgang av hvordan aktivitetsvitenskapens utvikling som fag er basert på behov og interesser innen ergoterapi.

BEHOV FOR FORSKNING

I *Occupational Science for Occupational Therapy* forklarer Dr. Doris Pierce, med støtte fra andre fremragende forskere, hvordan deres forskningsfunn bygger opp under vitenskapen og støtter praksis. Forskerne bruker en rik variasjon av metoder og perspektiver for å svare på, og møte behovet for kunnskapsbasert praksis innen fagfeltet ergoterapi. Den evidensbaserte teksten legger også frem forskningserfaring på en spennende måte for ergoterapistudenter gjennom å beskrive de lidenskaper, utfordringer og valg man opplever ved å drive med forskning.

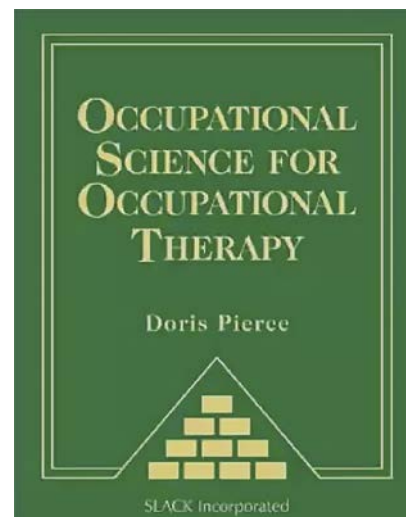
Forskningskapitlene diskuterer hvordan funn er med på å utvikle både vitenskap og praksis, og

inkluderer veiledning til hvordan studentene selv kan prøve ut ulike forskningsaktiviteter, utforske egen vurderingsevne og utvikle intervensjoner. Bokas viktigste oppgave er å gi både nyutdannede og erfarne ergoterapeuter en grundig innføring i den nyeste forskningen innen aktivitetsbasert praksis.

FORORD AV ELISABETH YERXA

Occupational Science for Occupational Therapy samler forskning av sentrale forskere innen aktivitetsvitenskap, inkludert et forord av selveste Dr. Elisabeth Yerxa, grunnleggeren av aktivitetsvitenskap. Vi tror at studenter innen ergoterapi og aktivitetsvitenskap, samt yrkesutøvere vil kunne nyttiggjøre seg boka, og sette pris på bokas omfattende fremstilling av arbeid utført av nåværende forskere innen aktivitetsbaserte praksiser. **God bok!**

Trine Kvistad Lorentsen, Gunn Steinsheim, Stine Elnan Jacobsen, Ine Jessica Stræte, Håvard Kristoffer Stranda og Ida Mogård (Studenter ved Master i Aktivitet og Bevegelse ved høgskolen i Sør-Trøndelag)



I artikkelen «Fagdager om kronisk utmattelsessyndrom» skrev vi at Trude Wabakken er leder for styret i «CFS/ME fagnettverk for ergoterapeuter». Det korrekte er at hun er styremedlem. Leder for fagnettverket er Irma Pinxsterhuis.



Godkjenningsordning for brukeropplæring i elektromedisinske hjelpemidler

Fra første januar 2016 må alle som skal bistå brukere med søknad, bytte og opplæring i bruk av elektriske rullestoler, personløftere og senger ha gjennomført kurs og test for å bli godkjent som formidler.

Av Anne Lise Ingulfsen

Direktoratet for samfunnsikkerhet og beredskap (DSB) har påpekt at rutineene som sikrer at brukerne får opplæring i bruk av elektromedisinsk utstyr er mangelfulle. Bedre opplæring har blitt etterlyst av både rådgivere på hjelpemiddelsentralene, brukere og terapeuter i lang tid.

Nå er endelig opplæringsprogrammet klart. Det er utarbeidet av NAV Hjelpemidler og tilrettelegging, og har til hensikt å redusere risiko for uhell/nes-tenuhell ved bruk av denne type hjelpemidler.

For å sikre at brukerne får en systematisk opplæring i hjelpemidlene, skal det etableres rutiner på den enkelte hjelpemiddelsentral og i den enkelte kommune for forsvarlig opplæring. Det skal også kunne dokumenteres overfor tilsynsmyndighetene, brukere og kommuner hvordan man planlegger, gjennomfører og følger opp at det gis opplæring og oppfølging. Det er i den forbindelse blitt utarbeidet et kursopplegg som holdes av hjelpemiddelsentralene. I tillegg er

det utarbeidet skjemaer som kan benyttes i brukeropplæringen og som dokumentasjon.

BESTÅR AV TO DELER

Kurset i elektriske rullestoler er todelt. Del 1 er nettbasert og avsluttes med en nettbasert test. Når den delen er bestått må man melde seg på del 2 som er et praktisk kurs. Denne delen foregår på lokal hjelpemiddelsentral. Der vil det bli en gjennomgang av ordningen og av opplæringskjema med veileder som skal benyttes i selve opplæring sammen med brukerne. I tillegg må hver enkelt selv gjøre seg kjent med de ulike rullestolene samtidig som opplæringsskjema gjennomgås. Etter endt kurs blir man godkjent formidler og opplæringsansvarlig i elektriske rullestoler.

Fra første november er også det nettbaserte kurset for senger og personløftere klart. Denne opplæringen vil skje via e-læring etterfulgt av en nettbasert test som kan tas på egen arbeidsplass eller hjemme. For å kunne ta denne typen hjelpemidler i bruk, skal brukeren ha fått opplæring i sik-



Anne Lise Ingulfsen er ergoterapeut og rådgiver ved NAV Hjelpemiddelsentralen Buskerud. Artikkelen er skrevet i samarbeid med «kvalitetsteam for brukeropplæring elektromedisinsk utstyr».

ker bruk av hjelpemidlet. Bruker er i denne sammenheng alle som skal betjene hjelpemiddelet, både bruker selv og eventuelt ledsager, som assistent, personale i bolig eller på skoler. Dette gjelder også for elektriske rullestoler.

KOMMUNENS ANSVAR

Godkjenningsordningen medfører at de som skal begrunne søknad, må ha gjennomført opplæring og bestått test. Det er fortsatt kommunens ansvar å vurdere hvem som er kvalifiserte til å begrunne søknader og gi opplæring. Etter første januar 2016 vil søknader som er begrunnet av terapeuter eller andre som ikke er godkjente, bli returnert.


Godkjenningskurs senger og personløftere

Dette er et godkjenningskurs for helsepersonell som skal formidle senger og personløftere og gjennomføre brukeropplæring. Kurset består av en teoretisk og praktisk del med test. Etter å ha gjennomført kurset og bestått testen får du 300 poeng for videre og regelmessig opplæring av brukere.

For å få sertifikat av DSBene skal du være i en del av e-læringskurset, må du ha godkjent.

Godkjenningskurs: Senger og personløftere



 NAV Hjelpemidler og tilrettelegging

Tilrettelegging av bolig

ØKONOMISK TILSKUDD I STEDET FOR LÅN AV TEKNISKE HJELPEMIDLER!

Det er god samfunnsøkonomi og godt helsefremmende arbeid å ha en god bolig. I Norge har vi relativt få privateide boliger som i utgangspunktet er tilrettelagt for personer som trenger rullator eller rullestol. Mennesker som har eller får en funksjonsnedsettelse har dermed begrensede muligheter til å flytte, når boligen ikke lenger er funksjonell.



Cathrine Hagby er ergoterapeut og rådgiver ved NAV Hjelpemiddelsentral Buskerud i Drammen. E-post: Cathrine.Hagby@nav.no

Av Cathrine Hagby

De fleste av oss vil gjerne velge boform, også når bevegighetsutfordringene melder seg. De fleste av landets kommuner styrer sin boligpolitikk etter prinsippet om at folk ønsker å bli boende i eget hjem hele livet. Tilrettelegging av eksisterende boliger er nødvendig for å møte et voksende behov for tilrettelagt boliger, spesielt blant eldre mennesker. Bedre tilgjengelige boliger kan minske behovet for hjelp fra hjemmebaserte tjenester, og redusere behovet for kommunale institusjonsplasser.

BOLIGENE VÅRE

I følge tall fra Husbanken er kun 10 prosent av dagens boligmasse tilgjengelig med rullestol, 90 prosent av boligmassen i Norge i 2020 allerede er bygget, og 80prosent av dagens boligmasse vil fortsatt bestå i 2050. Dermed blir det tydelig at, om ulykken skulle være ute, ligger mange ganske dårlig an i forhold til å kunne bli boende i sin nåværende bolig. Tall fra Statistisk sentralbyrå (SSB) oppgir at vi finner flest blokkbeboere blant landets yngste og eldste, og mange av disse bor i blokker uten heis. Folke- og boligtellingsen fra SSB i 2011 oppgir at så mange som 83 prosent bor i andre etage uten heis, 69 prosent bor i tredje etage uten heis og 44 prosent bor i fjerde etage eller høyere uten heis.

NAV HJELPEMIDDELSENTRALS ROLLE

I henhold til Lov om Folketrygd, bistår Hjelpemiddelsentralen, med å utrede behovet for, og låne ut

tekniske hjelpemidler som kompenserer for varig funksjonsnedsettelse. I tilknytning til bolig gjelder dette f.eks. sete- eller rullestolheiser og ramper, som kan monteres for å kompensere for trapper og andre nivåhindringer til og i boligen. Lånet av hjelpemidler gjelder så lenge det er bruk for det, og vil bli demontert/returnert til hjelpemiddelsentralen, når låntagerens behov opphører.

PROSJEKT BOLIGTILPASNING

Prosjekt «boligtilpasning» startet i 2005 i noen utvalgte fylker og kommuner, og er i dag i «daglig drift» hos alle landets hjelpemiddelsentraler. Dette innebærer at NAV Hjelpemiddelsentral har mulighet for å gi økonomisk tilskudd til bygningsmessige endringer, i stedet for utlån av en trappeheis, løfteplattform, sjaktheis eller rampe. For leiligheter i borettslag og sameier kan hjelpemiddelsentralen bidra økonomisk til etterinstallering av sjaktheis i stedet for seteheis i fellesoppgangen, i samarbeid med Husbanken. Med disse ordningene ønsker hjelpemiddelsentralene å være med på å gjøre boligene i Norge mer tilgjengelige og universelt utformet. Dette gir mange fordeler. For det første vil det gi den som trenger hjelpemiddelet, enten for å komme seg ut og inn av boligen eller mellom etasjene i boligen, en mer driftssikker løsning. Selv om NAV Hjelpemiddelsentral har vedlikeholds- og reparasjonsansvar for sine tekniske hjelpemidler, er det sjelden en heis eller løfteplattform kan repareres på dagen. Det økonomiske tilskuddet kan bidra

Før



Etter



til at huseier kan få laget en varig trinnfri adkomst til boligen, eller bygge om for å få alle nødvendige rom på en flate. Ombygging vil gi en varig, driftssikker og ofte bedre estetisk løsning som kan høyne verdien på boligen på varig basis. For det andre sparer det samfunnet for mye penger på montering og demontering, drift og vedlikehold. Drift av disse store tekniske hjelpemidlene koster samfunnet store summer hvert eneste år. Behovet for personhjelp fra kommunale helsetjenester, er også større i dårlig tilrettelagte boliger.

HVEM KAN FÅ TILSKUDD

NAV Hjelpemiddelsentrals tilskudd blir først aktuelt når behovet for et hjelpemiddel oppstår. Hvis du fyller Folketrygdens kriterier for å få innvilget en trappeheis, løfteplattform eller rampe, kan du i stedet for et hjelpemiddel velge et økonomisk tilskudd som bidrag til å bygge en varig løsning, inntil det beløpet som hjelpemiddelet ville ha kostet for NAV. På den måten vil du få en løsningen som integreres i boligen, og som vil gjøre boligen tilgjengelig også i fremtiden. Tilskuddet skal gi deg som eier av huset, flere alternative utforminger, og mulighet til materialvalg i løsningen som står i stil med huset forøvrig.

Tilskuddet kommer i tillegg til eventuelle tilskuddsordninger fra Husbanken.

TENK IGJENNOM HVORDAN DU BOR?

En funksjonell bolig gir større mulighet til å mestre egen hverdag, og økt mulighet til å utføre alle dagligdagse aktiviteter selv. Godt voksne mennesker er ofte i overkant optimistiske i forhold til fremtidig funksjonsevne. Kun fem prosent over 65 år har flytteplaner i løpet av de neste fem årene, og jo eldre vi blir jo mindre vurderer vi å flytte. Når en akutt skade eller sykdom oppstår er man sjelden i stand til å planlegge boligendringer, eller å organisere flytting. Det samme gjelder for mange eldre som ikke har nære pårørende eller ressurspersoner i sitt nettverk. Det er god mosjon i det å gå i en trapp. Men når trappegang stjeler kreftene dine så den hindrer deg i å gjøre andre ting, eller hvis faren for fall er større enn treningsgevinsten, er den ikke til nytte lenger. Gjennom Lov om Folketrygd har vi rettigheter med hensyn til å få tekniske hjelpemidler til varig lån. Ved å velge tilskudd istedenfor hjelpemidler får du en estetisk pen, driftssikker og varig løsning. Ta kontakt med din lokale hjelpemiddelsentral for mer informasjon!



– VI SKAL HA EN STERK, INTERNASJONAL STEMME

Marilyn Pattison overtok ledertrøya i Verdensorganisasjonen for Ergoterapeuter (WFOT) i 2014 under verdenskongressen i Japan. – Helsearbeidere og politikere verden over har begynt å snakke om aktivitet og deltakelse. En av WFOTS strategier er at ergoterapeuter fortsatt skal ha eierskap til disse begrepene, sier hun.

Av Else Merete Thyness

WFOT utgjør et nettverk av 84 medlemsorganisasjoner rundt om i verden. På WFOTs hjemmeside kan man blant annet lese at organisasjonens misjon er intet mindre enn «å fremme ergoterapi internasjonalt som kunst og vitenskap.

Akkurat nå er Marilyn Pattison blant annet opptatt av den internasjonale ergoterapidagen som går av stabelen 27. oktober.

Marilyn Pattison tok seg tid til en arbeidslunsj med tema arbeidshelse, mens hun var i Oslo. Fra venstre Nils Erik Ness, Toril Laberg, Marilyn Pattison, Anita Engeset og Ellisiv Mehammer.

– Denne dagen er en flott anledning til å synliggjøre fagets relevans og bidrag til samfunnet og støtte utviklingen og praktisering av ergoterapi over hele verden.

EN DIGITAL VERDEN

Dagens ledergruppe består av president, visepresident, økonomiansvarlig og generalsekretær. I tillegg er gruppa utvidet med fire personer som er ansvarlige for

«Selv om vi praktiserer i forskjellige kulturer, snakker ergoterapeuter verden over samme språk»

Marilyn Pattison

WFOTS satsingsområder: Utdanning, forskning, kvalitetssikring og praksisfelt.

Disse åtte møtes en gang i året, og mellom møtene kommuniserer de hovedsakelig digitalt.

– WFOT har aldri hatt et fast kontor. Tidligere mailet vi papirer verden rundt. Nå har alle i styret tilgang til det samme digitale skrivebordet. Her har vi både én felles og noen personlige mapper, forklarer Marilyn Pattison.

Som organisasjonenes president fortsetter hun mye av det samme arbeidet hun har gjort i tolv år som administrativ leder.

– Noe av det vi er opptatt av er at forskning skal nå praksisfeltet, sier hun.

Hun synes det er interessant hvordan mange helsearbeidere og politikere på verdensbasis har tatt til seg begreper som aktivitet og deltakelse

– En av WFOTs strategier er å jobbe for at vi fortsatt har eierskap til disse begrepene.

De sørger også for å være i dialog med store internasjonale organisasjoner som Verdens Helseorganisasjon. Her samarbeider de blant annet om kriteriene for sunne arbeidsplasser.

Andre internasjonale prosjekter WFOT jobber med er utvikling av katastrofeberedskap og krisepakker som skal kunne støtte overlevende etter katastrofer etter at de første beredskapsorganisasjonene har trukket seg tilbake.

– Vi må ha en sterk interna-

sjonal stemme hvis vi ønsker å bli lyttet til og bidra på den internasjonale helsearenaen.

FORSKJELLIGE KULTURER

Marilyn Pattison bor i Berossa Valley, Australias mest kjente vinområde med over 150 vingårder. Her driver hun sitt eget rehabiliteringssenter med 25 ansatte, blant annet ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere og treningsfysiologier, rehabiliteringsveiledere, og sykepleiere.

– Vi er spesialister på rehabilitering etter alvorlige ulykker, med særlig vekt på hvordan komme tilbake til arbeidslivet.

Marilyn Pattison er ofte på reisefot, ikke bare i jobben, men også i kraft av å være leder for verdensorganisasjonen. Gjennom reisene har hun truffet ergoterapeuter fra mange forskjellige kulturer.

– Min erfaring er at selv om vi praktiserer faget i forskjellige kulturer, og i forskjellige utviklingsstadier, så snakker ergoterapeuter verden over samme språk. I det store og hele er ergoterapeuter ekstremt ressurssterke, og vi har alle noe å lære fra hverandre.

Hun ser meget positivt på fagets fremtid.

– Vi har akkurat blitt en halv million ergoterapeuter på verdensbasis, om ti år tipper jeg vi nærmer vi oss millionen. Vi blir hele tiden sterkere, og vi gir bidrag til en stadig større omfang av tjenester og saker. Forskningen på ergoterapi vokser også.



- › WFOT feiret 60-års jubileum i 2012
- › WFOT mener at ergoterapi har positiv påvirkning på helse, velferd, utdanning og yrke på internasjonalt nivå
- › WFOT knytter 84 medlemsorganisasjoner rundt om i verden direkte sammen
- › WFOT har blant annet utarbeidet retningslinjer for ergoterapeuter som vil arbeide utenfor sitt eget land.
- › Ergoterapeutenes medlemmer har individuelt medlemskap i WFOT. Se her: http://www.ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/medlem/Om-medlemskapet/_Verdensforbundet



Marilyn Pattison ble valgt som leder av WFOT på verdenskongressen i Japan i 2014. Den neste verdenskongressen er lagt til Sør-Afrika i 2018.

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

A-one kurs

A-one er et valid og standardisert redskap som kartlegger nevro-adferdsmessige funksjoner som påvirker personers mulighet for aktivitetsutførelse. Det er særlig aktuelt for voksne med skade eller sykdom i sentralnervesystemet.

A-one bidrar til å gjøre ergoterapeuters observasjoner strukturerte og øker ergoterapeutens evne til å gradere og beskrive personens hjelpebehov. Det øker kunnskap omkring hjernens oppbygning og struktur samt øker forståelsen for kognitive dysfunksjoner. De fleste kognitive utfall gjennomgås og beskrives grundig - både utfallet i seg selv og hvordan dette observeres i praksis.

Målgruppen er ergoterapeuter som arbeider i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten, herunder i hverdagsrehabilitering, innsatsteam og demensteam. Kurset krever lesing på forhånd og jobbing underveis. Undervisning og litteratur er på engelsk. Kurset avsluttes med en åpen-bok-eksamen, som gir sertifisering til å benytte A-one.

- Kursledere:** Ergoterapeutene Gudrun Arnadottir, som har utviklet A-one, og Valerie Harris
- Faglig arrangør:** Ergoterapeutavdelingen ved Akershus Universitetssykehus
For informasjon: Ergoterapeut Solveig Hermann, solveig.elisabeth.hermann@ahus.no, tlf: 47 90 37 57
- Praktisk arrangør:** Norsk Ergoterapeutforbund
- Sted:** Under avklaring. Det blir i området Oslo/Lillestrøm/ Gardermoen
- Tid:** 6. juni – 10. juni 2016
- Påmelding:** Kurskalender på www.ergoterapeutene.org
- Målgruppe:** Ergoterapeuter
- Pris:** kr 7 000,- for medlemmer i Ergoterapeutene. Ingen redusert pris for tillitsvalgte og studenter.
Kr 14 000,- for ikke-medlemmer i Ergoterapeutene.

Kurset er meritterende som 40 timer ergoterapispesifikt kurs.

Norsk Ergoterapeutforbund er fagorganisasjonen for ergoterapeuter i Norge. Vi er en tydelig og fremtidsrettet fagorganisasjon som ivaretar medlemmenes arbeidsvilkår og yrkesutøvelsens rammevilkår, basert på kunnskap om og engasjement i samfunn, helse og velferd. Norsk Ergoterapeutforbund har 4 000 medlemmer i kommuner, sykehus, offentlig forvaltning og en rekke andre virksomheter. Forbundskontoret har ti ansatte og en lønnet forbundsleder. Vi er et aktivt, nytenkende og løsningsorientert forbund med mange spennende utfordringer. Sekretariatet holder til i trivelige lokaler sentralt i Oslo.

Ledig stilling som seniorrådgiver i Ergoterapeutenes sekretariat

En av våre medarbeidere har gått inn i et politisk verv for fire år, og vi trenger en vikar til fagpolitisk avdeling. Med stor sannsynlighet blir stillingen fast. Oppgavene er knyttet til utvikling og utføring av Ergoterapeutenes fagpolitiske profil, i tett samarbeid de øvrige ansatte og forbundsleder. Vedkommentene som blir ansatt, må i tillegg til ergoterapikompetanse ha kunnskap om og interesse for nasjonale og lokale politiske føringer og prosesser.

Stillingen er videre knyttet til utvikling og ledelse av prosjekter i tråd med program og handlingsplaner. Utredninger, høringer og søk etter økonomisk støtte vil være en del av porteføljen, sammen med nettverksbygging med andre organisasjoner og politiske organer.

Du har:

- Solid kjernekompetanse i ergoterapi og dybdekompetanser på flere fagområder
- Erfaring fra å drive prosjekter
- Erfaring med fagutvikling eller organisasjonsarbeid
- Mastergrad
- Kjennskap til og interesse for politiske prosesser
- Gode kommunikasjons- og samarbeidsevner
- Evne til å uttrykke deg klart, både muntlig og skriftlig
- Veiledningskompetanse

Bred yrkeserfaring kan i spesielle tilfeller kompensere for utdanningskravet.

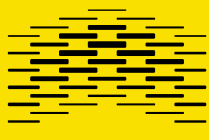
Vi tilbyr:

- Varierte, utfordrende og kvalifiserende arbeidsoppgaver
- Kompetanseutvikling
- Stimulerende, hektisk og trivelig arbeidsmiljø
- Lønn etter kvalifikasjoner.
- Pensjonsordning i KLP
- Forsikringsordninger

Personlig egnethet vil bli vektlagt. Ansettelse så snart som mulig.

For mer informasjon om Ergoterapeutene, se www.ergoterapeutene.org. For opplysninger om stillingen, kontakt generalsekretær Toril Laberg, telefon 482 524 84.

Søknad med CV sendes post@ergoterapeutene.org innen 15.01.2016.



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

***Er du klar for å
møte fremtidens
utfordringer?***

Videreutdanning i

Ergoterapi innenfor allmennhelse

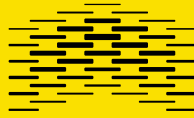
Deltid over et år med fire ukessamlinger.
Utdanningen består av to emner:

- Ergoterapeutisk intervensjon og tjenesteutvikling, 20 studiepoeng
- Prosjektoppgave, 10 studiepoeng
Oppgaven knyttes til utviklings- og endringsarbeid på egen arbeidsplass

Studiet kan innpasses i det nye masterprogrammet i ergoterapi som starter i 2016. Studiet kan inngå i søknad om Norsk Ergoterapeutforbunds spesialistgodkjenning.

Mer om studiet finner du på:
www.hioa.no/ergo-allmennhelse

**Studiestart høsten 2016
Søknadsfrist 1. mars**



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

***Bli ekspert på
ditt fagområde!***

Master i ergoterapi

Studiet har hovedfokus på intervensjoner i hverdagsliv og arbeidsliv.

- Heltid over to år / deltid over fire år
- 120 studiepoeng
- Studiested Pilestredet, Oslo

Masterstudiet i ergoterapi skal imøtekomme samfunnets behov for ergoterapeuter med spesialisert kompetanse.

Mer om studiet finner du på:

www.hioa.no/master-ergoterapi

**Studiestart høsten 2016
Søknadsfrist 1. mars**



*“Jeg opplevde en
enorm læringsglede
ved å ta en master”*

*Gunnbjørg Furuseth,
fagansvarlig ergoterapeut*

Kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og COPM

14. og 15. oktober 2016 kl. 09.00 – 16.00
Oppfølgingsdag i mai 2016 kl. 09.00 – 12.00

Norsk Ergoterapeutforbund arrangerer i samarbeid med Ergoterapeututdanningen i Oslo og Akershus kurs i den kanadiske modell CMOP-E og bruk av instrumentet COPM. Formålet med COPM er å avdekke aktivitetsproblemer, få informasjon om betydning av ulike aktiviteter, og få brukerens vurdering av utførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse. Dette kan danne grunnlag for videre rehabilitering eller å evaluere effekt av tiltak. Dette er et klientsentrert standardisert undersøkelsesredskap, der det er utført en rekke studier i forhold til validitet, reliabilitet, sensitivitet og anvendelighet. COPM er særlig aktualisert i forbindelse med Hverdagsrehabilitering, der en starter rehabiliteringsforløpet med COPM.



Faglig ansvarlig:

Ergoterapeut/PhD Anne Lund, Høgskolen i Oslo og Akershus, Ergoterapeututdanningen

Kurssted:

Høgskolen i Oslo og Akershus

Pris

for medlemmer kr. 3 000,-, ikke-medlemmer kr. 6 000,- og studentmedlemmer kr. 1 500,-
Kurset er åpnet for ikke-medlemmer og andre faggrupper.

Kurset er meritterende for spesialistgodkjenning med 37,5 timer som ergoterapispesifikt kurs.

STRESSMESTRING lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til **Stressmestringskurset Arbeid og avspenning** 14.-16. april 2016 på Halvorsbøle.

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder. Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om. Kurset er godkjent av **Norsk Ergoterapeutforbund** med 16 timer som spesialistspesifikt kurs meritterende til ergoterapispesialist innen Arbeidshelse, Allmennhelse og Psykisk helse.

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

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

Kompletterende instrumenter for kartlegging og tilrettelegging i arbeidslivet

– KURS I WEIS, WRI, AWC OG AWP

Faglig ansvarlig: *Elin Ekblad* er forsker og lærer ved ergoterapiprogrammet på Linköpings Universitet. Hun har oversatt og bearbeidet vurdering instrumenter WRI og WEIS til svensk og jobber nå på forskning i forhold til disse instrumenter.

Jan Sandström Qvist er forsker og lærer ved ergoterapiprogrammet på Linköpings Universitet. Jan har utviklet instrumentene AWP og AWC.

Kurssted: 25. – 26. mai 2016 i Oslo

Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund

Påmelding: via kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org

Påmeldingsfrist: 31. januar 2016 (på grunn av avtaler må arrangementet avklares tidlig)

Pris: kr 8 000,- for medlemmer og kr 12 000,- for ikke-medlemmer.

Vurderingsredskapene benyttes for å kartlegge ulike aspekter som har betydning for personens arbeidsevne. Redskapene bygger på Model of Human Occupation (Kielhofner, 1995, 2002, 2008).

Målet er at deltakerne skal få trening i å bruke WRI, AWP, AWC og WEIS og få en forståelse av det teoretiske grunnlaget for instrumentene og deres psykometriske egenskaper. Programmet forventes å bidra til en kunnskapsbasert tilnærming i form av vurdering av arbeidsevne. Studiet kombinerer teori og praktisk anvendelse av instrumentene med oppfølgingsdiskusjoner.

Introduksjon i bruk av:

- Worker Environment Impact Score – WEIS er et semistrukturert intervjuinstrument som kartlegger hvordan personer opplever sitt arbeidsmiljø: krav til arbeidsoppgaver, samarbeid og interaksjon med kollegaer, overordnede, arkitektur og sanseutfordringer.
- Worker Role Interview - WRI er et semistrukturert intervjuinstrument som benyttes ved utredning av psykososiale- og miljømessige forhold som kan påvirker mulighetene for bli i, gå tilbake til eller komme inn i arbeid.
- Assessment of Work Performance – AWP er et instrument som benyttes ved observasjon av personens ferdigheter ved utførelsen av et arbeid eller en arbeidsoppgave.
- Assessment of Work Performance – AWC er et



25. – 26. mai 2016 arrangerer Norsk Ergoterapeutforbund kurs for ergoterapeuter og kurdjører.



ergoterapeutforbund kurs i WEIS, WRI, AWC og AWP. Kurset kombinerer teori og praktisk anvendelse av instrumenterne med oppfølgingsdis-

instrument som benyttes for å beskrive en arbeidsoppgaves karakteristika ut fra hvilke krav den stiller til den enkeltes ferdigheter for å kunne utføre arbeidsoppgaven hensiktsmessig og effektivt.

Inkludert i kurset er kursmateriell, siste versjon av vurderingsredskapene og to års brukerlisens med fri tilgang til oppdateringer av instrumentene.

Ergoterapeuter bringer noe helt nytt til kjørekortvurderingen

PRAKTISK KJØREVURDERING, P-DRIVE

3. – 5. OKTOBER 2016

Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund
Fagligansvarlig: Helena Selander Fil. Dr., Leg Arbetsterapeut Mobilitetscenter og Ann-Helen Patomella, PhD, Sektionen för Arbetsterapi, Karolinska Institutet som henholdsvis har forsket på og utviklet instrumentet.
Kurssted: Oslo Kongressenter

P-Drive er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse.

Kurset sertifiserer ergoterapeuter til å benytte P-drive ved førerkortvurderinger og er meritterende med 22 timer ergoterapispesifikt kurs.



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

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

BERGEN MEDIKAL AS

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

post@bergen-medikal.no

www.bergen-medikal.no

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

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar

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

company@mail.togemo.no

Dekker alle behov for trykkavlastning

VITAL BASE AS

Myrvegen 2, 6060 Hareid

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

firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no

Sårbehandling/trykkavlastnings-
produkter

0348

BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.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

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

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

Tlf.: 62 57 44 46, fax: 62 57 44 45

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0912 HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

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

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Servantheis, badebord

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

– PRODUKTREGISTER –

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

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 pro-
dukter 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

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

PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo
post@picomedmobility.no
www.picomedmobility.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

– PRODUKTREGISTER –

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

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

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

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

Tlf.: 62 57 44 46, fax: 62 57 44 45

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu

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

post@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

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

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

– PRODUKTREGISTER –

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
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

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
E-post: post@astec.no www.astec.no
Kjøkken og bad – hev/senk

1818

STØTTEANORDNINGER

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

1821

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

GEWA AS

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

PICOMED AS

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

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEI- SER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

PB 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

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

TELEFONERINGSHELPEMIDLER

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 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2139

LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Lydoverføringssystemer

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2142

SAMTALEHELPEMIDLER 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 Sundebru

Tlf: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51

teis@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

2145

HØREAPPARATER

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Høreapparater

2146

HØRSELTEKNISKE HELPEMIDLER

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

SOVEHELPEMIDLER

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

Tlf: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51

teis@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

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 komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Varsling

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

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, Støtalarm

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00, fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Hjelpemidler for omg

– PRODUKTREGISTER –

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.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no

REHATEKNIKK AS

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

2436

TRANSPORTHJELPEMIDLER

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

3003

LEKER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
AS HANA & HOLMENS POTTERIER
Strandgt. 123, 4307 Sandnes
Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68
www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BARDUM AS

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

KLUBBEN AS

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

RONDA HJELPEMIDLER

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

3006

SPILL

KLUBBEN AS

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

3009

MOSJONS- OG IDRETTSTUTSTYR

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/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

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

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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, Krabatskjørt, sikleskjørt

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

Pb. 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
KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
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

– PRODUKTREGISTER –

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

www.klubben.no

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

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

MEDEMA NORGE AS

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/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

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/asp/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 (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

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/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

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

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

MEDEMA NORGE AS

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

DYNAVOX

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

EASYLIFE GRIPESTANG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

ECN SENGELØFTER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

EDU-PLAY

Riktige Leker,tlf: 22 01 78 50/52

EDWARD SENGEN

Eurocontact Norge

ELICARE AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

E-MOBIL HJELPEMOTOR FOR
RULLESTOLER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

EUROFLEX

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FAAC

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

FIBERDYNEN

Picomed AS tlf. 92018007

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 VÅTUKPRESSER

At ronda tlf: 51 58 87 81

HAMATIC SENGEBUNNER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

H. BOCK

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00
Highriser

HIRO-LIFT GMBH
HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

tlf: 66 81 60 70

Access AS tlf: 62 51 85 00

HML REISESENG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STOKK- OG KRYKKEHOLDER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STASTATIV

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HUMANTECHNIK

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

HUNTLEIGH HEALTHCARE

Medinor care, tlf: 22 07 65 00

HØRAT

Oticon tlf: 23 35 59 00

IDC LIFESTAND STARULLE -
STOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ILLER BELTEKJØRETØYER
IMAGETALK

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

JAMES

Picomed tlf: 37 11 99 50

JAZZY EL. RULLESTOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

JØHL HUMAN CARE

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

KNOP

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

KOMBIKLOSSEN

Enteron tlf: 22 64 78 70

KOM - I - KAPP

AMAJO tlf: 67 07 43 40

KOMFYRVAKT

Medinor care tlf: 22 07 65 00

LAVASET SENGEDUSJ
HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN

tlf: 63 87 05 80

LIKO

Handicare tlf: 69 24 44 00

LOPITAL

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

LUNOLETT

Øy-tex tlf: 57 74 55 20

MEDICA GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINI CROSSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINITECH-VARMEHJ.M. FOR
BARN OG VOKSNE

Minitech 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

NEATECH RULLESTOLER

Picomed Mobility AS tlf. 90615377

NILBILD AB

Gewa tlf: 66 99 60 00

NORDIC AID

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NORINA PRODUKTER

HML Hjelpemiddelleverandøren 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

WELLNESS NORDIC GYNGESTOLEN

Picomed AS tlf: 92018007

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