

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Har drømmejobben til låns i fire år 6

Front hjertesakene dine selv! **8** TV BRA med egne valgsendinger **14** Forbundsledelsen leser svarene fra politikerne **16** Spill deg bedre i virtuell virkelighet **22** Erfaring med bruk av eye-tracking-briller i aktivitet **32** Partiene svarer **56**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness
Mobil 95 73 93 13
emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen,
Ruca Maass og Eva Magnus
Vitenskapelige artikler sendes til:
vitenskap@ergoterapeutene.org

Annonser
Erik Sigurdsson
Mobil 90 03 09 43
erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / utgivelse
Nr. 5 – 1. okt. / 29. okt.
Nr. 6 – 1. des. / 31. des.
Nr. 1 – 1. feb. / 28. feb.

Trykkeri 07 Media AS
Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer
Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité
Cathrine Hagby / 92 09 23 77
Merethe Seberg / 90 58 30 96
Linda Stigen / 93 22 30 19
Marte B. Størseth / 23 07 29 00
Susanne Følstad / 91 53 78 27
Skender E. Redzovic / 73 55 92 29



Norsk Ergoterapeutforbund
Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo
Telefon 22 05 99 00
post@ergoterapeutene.org
www.ergoterapeutene.org
Generalsekretær/fagsjef
Toril Laberg
Forhandlingssjef
Hege Munthe
Organisasjonssjef
Karl-Erik Tande Bjerkaas
Seniorrådgiver
Anita Engeset
Seniorrådgiver
Solrun Nygård
Advokat
Berit Førli
Controller
Tove Olsen
Controller
Snorre A. Nergaard
Sekretær
Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer
Tove Holst Skyer, forbundsleder
Tonje Hansen Guldhav, nestleder
Heidi Elisabeth Fløtten
Mariette Elise Gjerde
Judith Ekerhovd
Kathrine Færestrand
Kamilla Lemb Herbjørnsen
Siv Iren Gjermstad
Kristin Haugen
Morten Severin Hoel
Malin Mongs
1. vararepresentant Karina Kolnes
2. vararepresentant Ingjerd Elisabeth Valbekmo
June Rondestvedt, varamedlem
Tori Almaas, varamedlem
Irene Fjeld, varamedlem
Yvonne Daus Børslid, varamedlem
Monica Frovik, varamedlem
Ane Larsen Mjøen, varamedlem
Jane Helen Sveen, varamedlem



6



8



14



42

REPORTASJE

6 Har drømmejobben til låns i fire år

Av Else Merete Thyness

8 Front hjertesakene dine selv!

Av Else Merete Thyness

NY ARENA

10 Jobber som innovasjonsrådgiver med digitale helsetjenester

Av Else Merete Thyness

VÅRE TILLITSVALGTE

12 Tillitsvalgt for 47 medlemmer ved Sykehuset Innlandet

Av Else Merete Thyness

KRONIKK

14 TV-BRA med egne valgsendinger

Av Camilla Kvalheim

YTRING

16 Forbundsledelsen leser svarene fra politikerne

Av Tove Holst Skyer og Tonje Hansen Guldhav

FORBUNDET

18 Tenk på morgendagen nå

Av Roar Hagen

19 Frist for å søke godkjenning som spesialist er 15. september

Av Anita Engeset

19 FoU-midler 2021

Av Solrun Nygård

20 Lønnsoppgjørene er ikke ferdige ennå – langt derifra

Av Hege Munthe

20 Verv et medlem før første november

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

21 Arbeidsgiverens styringsrett

Av Berit Førli

21 Hvem skal få tillitsvalgtprisen 2021?

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

FAGLIG

22 Spill deg bedre i virtuell virkelighet

Av Birgit Skinnemoen, Tommy Greff, Kristine Severine Djupegot Raad og Margaret L. Søvik

VITENSKAP

32 Erfaring med bruk av eye-tracking-briller i aktivitet

Av Eline Aase Kordt, Eike Wehling, Siri Hanne Betten Lysgård, Eirik Vikane, Anne Helen Jacobsen og Tina Taule

42 Forsker i farten: Ingunn Myraunet

Av Else Merete Thyness

AKTUELT

44 Tore og Ingvilds Presentasjonsråd i Sammenfatning (TIPS)

Av Tore Bonsaksen og Ingvild Kjekken

46 Kom i gang, lag en poster

Av Malin Eerola og Reidun Skar

48 Ny bok om samarbeidsbasert forskning i psykisk helse- og rusarbeid

Av Else Merete Thyness

50 Presseklipp

Av Else Merete Thyness

DEBATT

52 Virksomhetsteorien er fortsatt relevant

Av Tove Borg

54 Aktivitetsdeltakelse i lys av pasient- og pårørendeopplæring

Av Tone Torgersen

PÅ DE SISTE SIDENE

56 Partiene svarer

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

62 Kurs- og stillingsannonser

67 Produktregister

Forsidefoto: Lene-Mari Prøven



Bruk stemmen din

13. september går norske menn og kvinner til urnene for å avgi sine stemmer i stortingsvalget. Fagbladet kaster derfor et ekstra blikk på valget og på politisk arbeid.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Snart skal vi avgjøre hvordan landet skal styres de neste fire årene. Demokrati kommer fra gresk og betyr folkestyre. Det innebærer blant annet at folk kan stemme inn og bytte ut lederne sine gjennom åpne og frie valg.

Et land blir mer demokratisk når befolkningen er aktive deltakere i den politiske styringen. Det gjelder også organisasjonsarbeid. En fagforening med aktive medlemmer som snakker med myndigheter og arbeidsgivere, blir en sterk stemme inn når det diskuteres hvilke regler som skal gjelde i arbeidslivet.

Å engasjere seg i partipolitikk er en annen måte å påvirke ikke bare dine egne, men også andres levevilkår på. Som politiker og folkevalgt er du direkte med på å styre politiske prosesser og samfunnsutviklingen.

Vi har to reportasjer denne gangen. I den ene besøker vi ergoterapeut Kjersti Kjenes, som er ordfører i Meråker kommune. Rollen som lokalpolitiker gir henne muligheten til å jobbe for et samfunn der alle skal få anledning til å delta og bidra. I den andre reportasjen møter vi ergoterapeut og politiker Mariette Gjerde, som sier: «Før gikk jeg til kommunens politikere og fikk dem til å fronte

hjertesakene mine, nå kan jeg jobbe selv for det jeg brenner for.»

I spalten «Våre tillitsvalgte» kommer en annen politisk engasjert ergoterapeut til orde. Toril Smaaberg er tillitsvalgt for 47 medlemmer på Sykehuset Innlandet. «Som tillitsvalgt får du være med i ulike forumer og prosesser», sier hun.

Kronikken i denne utgaven er av Camilla Kvalheim. Hun er daglig leder og redaktør i TV BRA, en TV-kanal av og for mennesker med utviklingshemming. Akkurat nå er de på luften med egne valgsendinger, der de blant annet oppfordrer mennesker med utviklingshemming til å stemme. Vi har også bedt de politiske partiene svare på tre spørsmål. I en ytring har så forbundsleder Tove Holst Skyer og nestleder Tonje Hansen Guldhav lest svarene og kommentert dem.

Og så skal vi ikke glemme at å delta i samfunnsdiskusjoner og debatter også er en form for politisk deltakelse. I denne utgaven har Tove Borg svart på innlegget «Er virksomhetsteorien fremdeles relevant?» I Tone Torgersens debattinnlegg spør hun om det å ha en stabsfunksjon bidrar til å vanne ut ergoterapifaget. *Hva mener du?*

Hva er viktig for deg – når du skal stemme?

Vi løper fort og strekker oss langt, med en solid dose dårlig samvittighet attåt. Kjenner du deg igjen? Vi ønsker at vi var à jour med ventelistene, hadde bedre tid til menneskene vi møter, mer lønn å leve av, fikk prioritere annerledes. For vi vet hvilken forskjell kompetansen vår kan utgjøre.



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

Som ergoterapeuter jobber vi for deltakelse og inkludering. Arbeidsoppgavene og jobbhverdagene er ulike, og vi får nok ikke alltid gjort jobben vår så godt som vi ønsker. Vi gjør så godt vi kan, ut fra forutsetninger som i stor grad er gitt av både lokale og sentrale politikere. Nå er det straks stortingsvalg. Hva påvirker deg som ergoterapeut når du skal bruke din stemme?

Arendalsuka 2021 er nettopp over. En demokratisk møteplass med mer enn tusen debatter, arrangementer og stands over hele Arendal sentrum. Det står politikere og samfunns- og næringslivstopper på hvert et hjørne. Ergoterapeutene var til stede, og vårt budskap var at ergoterapeuter bidrar til bærekraftige helse- og velferdstjenester og et inkluderende og bærekraftig samfunn. Ergoterapeuter er nødvendige for at flere skal kunne delta og være aktive, og det må i større grad satses på helsefremmende, forebyggende, habiliterende og rehabiliterende tjenester.

Med et stortingsvalg for døren

er politikerne opptatt av å få fram sine meninger. Vi møtte dem med beskjeden om at den demografiske utviklingen krever en styrking av tjenestene som bidrar til at flest mulig kan bruke sine ressurser og delta i samfunnet.

Stortinget kan virke fjernt fra hverdagen på den enkelte arbeidsplass. De folkevalgte er imidlertid nærmere enn vi kanskje er oppmerksomme på, mens vi står på for å gjøre hverdagslivet mulig for innbyggerne. Politiske føringer og prioriteringer påvirker i stor grad rammebetingelsene for yrkesutøvelsen vår. Det er politiske vedtak som har gitt oss samhandlingsreformen, som styrer kommune- og sykehusøkonomien, og som fortsatt lar oss vente på en rehabiliteringsreform. Derfor bruker vi tid på å lese og gi innspill til partienes partiprogram i forkant av et stortingsvalg. Vi har gitt innspill som bygger opp under at ergoterapeuters kompetanse skal tas i bruk i størst mulig grad, fordi det lønner seg i møtet med den demografiske utviklingen.

Nå har alle partiene vedtatt

sine partiprogram for neste stortingsperiode. Til dette nummeret har vi stilt dem tre spørsmål som er relevante for ergoterapeuters arbeid med å skape aktivitet og deltakelse for alle. Les gjerne svarene og bedøm dem ut fra ditt ståsted, slik som jeg og Ergoterapeutenes nestleder, Tonje Hansen Guldhav, har gjort. Uansett er det viktig at du bruker stemmeretten din 13. september.

Med dette nummeret får du vår nyeste brosjyre. Den setter ord på hvordan vi ergoterapeuter bidrar til bærekraftige helsetjenester. Ta den gjerne med deg i lomma, nå som du kan treffe engasjerte politikere nesten overalt. Bruk innholdet og overbevis dem om at ergoterapeuters kompetanse er helt nødvendig for å møte de demografiske utfordringene. Brosjyren kan også lastes ned fra våre hjemmesider.

Den nye brosjyren er også fin å bruke i forbindelse med Ergoterapiens dag 27. oktober, eller hvis du vil ta initiativ til flere ergoterapeutstillinger der du jobber.

Jeg ønsker dere alle et godt valg!

ERGOTERAPEUT OG ORDFØRER

Av Else Merete Thyness

HAR DRØMMEJOB BEN TIL LÅNS I FIRE ÅR

Som ordfører i Meråker kommune er Kjersti Kjenes opp-tatt av å bygge opp en miljøvennlig industri, forebygging, rehabilitering, varig tilrettelagte arbeidsplasser og å gjøre en innsats for barn og unge. – Vi ønsker oss et samfunn der alle skal få anledning til å delta og bidra, sier hun.



*Kjersti Kjenes er ordfører i Meråker kommune, en sentralt beliggende bygd i Midt-Norge.
Foto: Lene-Mari Prøven.*

Meråker kommune ligger i Nord-Trøndelag og har cirka 2500 innbyggere. Kjersti Kjenes representerer Meråker Tverrpolitiske Bygdeliste, som ble opprettet i 1995 i protest mot at Meråker kommune ville innføre byskatt for et lite, avgrenset sentrumsområde.

– Arbeiderpartiet har hatt nesten rent flertall i Meråker kommune i hundre år, men ved 2015-valget fikk bygdelisten flest stemmer. Den gangen fikk vi ikke ordførerposisjonen, men i 2019 ble det vår tur, forteller Kjenes.

Hun synes det er befriende å tilhøre et tverrpolitisk parti.

– Vi forsøker å se en sak fra alle sider og samarbeide bredt. De tverrpolitiske bygdelistene er viktige for lokalsamfunn.

STOR OVERGANG

Kjersti Kjenes er ergoterapeut, og i tillegg har hun videreutdanning i praktisk pedagogikk og master i prosjektstyring. Hun arbeidet flere år på rehabiliteringsinstitusjonen Meråker kurbad. Den siste jobben var i en barnehage, der hun særlig konsentrerte seg om barn med spesielle behov.

– Det var en stor overgang å gå fra barnehage til å bli ordfører.

Nå har jeg fått drømmejobben til låns i fire år, smiler hun.

– *Hva motiverte deg til å gå inn i politikken?*

– Jeg kommer fra en politisk engasjert familie. Selv hadde jeg tenkt å vente til jeg ble 40 før jeg gikk inn i politikken, men da jeg i 1999 ble spurt om å stå på bygdelisten, sa jeg ja.

I utgangspunktet var hun listefyll, da hun sto som nummer 16, men hun ble valgt inn i kommunestyret allerede det året, og siden har hun sittet der.

– Du blir raskt en del av systemet, og jeg mener selv jeg har verdier som det er verdifullt å kjempe for, sier hun.

– *Hva er dine oppgaver som ordfører?*

– Jeg leder blant annet kommunestyremøtene og formannskapsmøtene, er i daglig kontakt med kommuneadministrasjonen, og har det ærefulle oppdraget å representere kommunen utad, også ved store arrangementer.

Hun mener at som ordfører er det viktig å være lyttende og samlende.

– Jeg er talsperson for alle innbyggerne i kommunen. Jeg vil også være ordfører for alle representantene i kommunestyret, slik

at vi har en god tone selv om ikke alle er enige i vedtakene.

ARBEIDSPLASSE FOR FOLK

Meråker var tidligere et stort industrisamfunn, men hjørnesteinsbedriften Elkem Meråker la ned i 2006, og da ble mange arbeidsplasser borte. Som ordfører er Kjenes opptatt av at kommunen må tenke innovativt og bygge opp et levende samfunn der flere aktører gjør ting i lag.

– Vi har mye grønn energi i form av vannkraft og er i ferd med å skape nye arbeidsplasser på det gamle industriområdet. Blant annet ble Meråker Hydrogen etablert i 2020. Her skal det produseres grønn hydrogen, som både er klimavennlig og kan konkurrere på pris.

– *Får du brukt ergoterapeutkompetansen din i det politiske arbeidet?*

– Ja, den ligger der i ryggmargen, det ser jeg også på hvilke saker som særlig engasjerer meg.

Blant annet har hun et stort hjerte for varig tilrettelagte arbeidsplasser.

– Mennesker med funksjonsnedsettelse har problemer med å komme seg ut i jobb. Dersom arbeidsmiljøet og arbeidsoppgavene blir tilrettelagt, kan flere folk delta mer aktivt i arbeidslivet.

Hun er også opptatt av helseproblemer knyttet til psykisk uhelse og rus. Meråker kommune har bygget opp et lavterskeltilbud slik at ungdom og andre som sliter, raskt skal fanges opp.

– Blant annet har vi ansatt en SLT-koordinator for å forebygge rus og kriminalitet ved å gå tidlig inn når barn og unge er i faresonen. SLT står for Samordning av lokale rus- og kriminalitetsforebyggende tiltak og skal sikre at kommunenes ressurser blir mer



– Meråker-banen skal elektrifiseres. Det betyr at vi skal ta i bruk grønne og mer miljøvennlige tog, forteller Kjersti Kjenes. Foto: Lene-Mari Præven.

samkjørte og målrettede.

Kommunen har også et LOS-prosjekt som skal bidra til at ungdom gjennomfører og trives bedre på skolen.

– Skolelosen jobber tett med barn og ungdom som har stort fravær på skolen.

LOKALPOLITIKK ER VIKTIG

– *Har du noen tips til andre som vil engasjere seg politisk?*

– Du kan starte med å ta kontakt med aktive lokalpolitikere, de har mange tips. Du kan også

begynne å følge med på kommunestyremøtene, som gjerne blir streamet, eller rett og slett tilby din innsats. Mange er redde for at de ikke er flinke til å snakke for seg, men jeg har aldri vært opptatt av politikerspråket. Du trenger ikke høres ut som du kan mer enn du kan.

– *Hva er framtidsmålet ditt?*

– Jeg fortsetter gjerne som ordfører etter neste valg, hvis det er ønsket. Dette er en spennende jobb. Lokalpolitikere gjør en stor og viktig oppgave, sier hun.

ERGOTERAPEUT OG POLITIKER

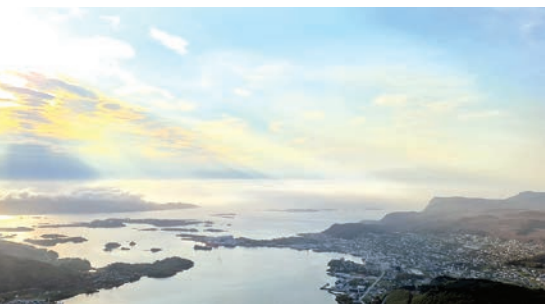
FRONT HJERTESAKENE DINE SELV!

Mariette Gjerde er aktiv i Fremskrittspartiet, vara i kommunestyret og sitter i levekårsutvalget i Ulstein kommune. – Før gikk jeg til kommunenes politikere med hjertesakene mine, nå kan jeg påvirke kommunens politikk direkte, sier hun.

Av Else Merete Thyness



Mariette Gjerde er vara i kommunestyret og sitter i levekårsutvalget i Ulstein kommune.



Ulsteinvik ligger på Sunnmøre og har cirka 8600 innbyggere.

Mariette Elise Gjerde bor i Ulsteinvik på Sunnmøre, et tettsted med cirka 8600 innbyggere. Hun har sittet i Ergoterapeutenes forbundsstyre siden 2014 og er også en aktiv politiker for Fremskrittspartiet i hjemkommunen sin, Ulstein.

– *Hva motiverte deg til å gå inn i politikken?*

– Jeg har alltid vært en engasjert type. Det lå i bakhodet mitt i mange år å engasjere meg politisk, men det var først da jeg flyttet hjem etter studietiden at jeg fikk tid til å gjøre noe med det, sier den energiske ergoterapeuten.

Gjerde ble spurt om hun ville stå på listen til Fremskrittspartiet.

– Som ergoterapeut var det mange som visste hvem jeg var, og i tillegg var jeg også kjent som en dame med bestemte meninger. Ulsteinvik er et lite sted.

KOMMUNESTYRE OG LEVEKÅRSUTVALG

Ved forrige kommunevalg ble hun vara i kommunestyret og fikk plass i levekårsutvalget, som behandler saker innen kultur, oppvekst, helse, sosialtjenester og pleie og omsorg i kommunen.

– Vi hadde tidenes beste valg ved forrige kommunevalg, forteller hun.

– *Kommer ergoterapikompetansen til nytte i rollen din som politiker?*

– Ja, det synes jeg den gjør. Som helsearbeider er levekårsutvalget et bra utvalg å sitte i, og akkurat nå utarbeider vi en ny levekårsplan for kommunen. Her har jeg mange meninger, og jeg ser ofte saker annerledes enn de andre i utvalget, fordi jeg som ergoterapeut spør folk om hva som er viktig for dem. Dermed vet jeg hvor skoen trykker for dem som bor her.

Blant annet foreslo Gjerde for utvalget å sette ut flere benker i sentrum. På spørsmål om hvorfor kommunen skulle gjøre det, forklarte hun at en av brukerne hennes var en gammel dame som ønsket å besøke mannens grav på kirkegården. For at hun skulle klare det, trengte hun et sted å hvile seg underveis.

– Det er viktig å kunne gi konkrete eksempler, slik at utvalget forstår problemstillingen. I dette tilfellet var en ekstra benk et enkelt, men virkningsfullt tiltak, sier hun.

FRONT DINE EGNE SAKER

- Har du tips til andre som vil engasjere seg politisk?

- Hvis du har lyst til å engasjere deg, men ikke helt vet hvilket parti du vil tilhøre, anbefaler jeg å gå gjennom de forskjellige partiprogrammene i kommunen. Da oppdager du hvilke partier som er opptatt av de samme sakene som deg selv. Før gikk jeg til kommunens politikere og fikk dem til å fronte hjertesakene mine, som å ansette flere ergoterapeuter i kommunen. Nå kan jeg jobbe selv for det jeg brenner for.

Hun forteller at særlig forebygging er noe hun er engasjert i.

- Det er bedre å ligge i forkant enn stadig å måtte slukke branner. Derfor følger jeg blant annet nøye med på demografiutviklingen i kommunen.

- Var terskelen høy for å «tørre» å engasjere seg politisk?

- Jeg synes ikke det, men det kan nok variere på små plasser kontra store byer. Her kjenner alle alle, og det er kort vei fra gulvet opp til kommunedirektøren.

For noen år siden gjennomførte Gjerde videreutdanningen «ergoterapi innenfor allmennhelse». Her fikk de i oppgave å intervju ordføreren eller rådmannen i kommunen.

- Dette var ikke noe problem for meg og en medstudent fra nabokommunen min. Jeg var gift med varaordføreren og visste godt hvem både ordfører og rådmann var, så det var lett å få innpass. Hun i nabokommunen trengte heller ikke gå lange tjenesteveien for å snakke med rett person. Dette er sikkert verre i større byer. Mange på videreutdanningen visste ikke engang hvem som var rådmann og ordfører i den kommunen de bodde i.



Mariette Gjerde på kommunestyrets talerstol. Ulsteinvik er Ulstein kommunes kommunesenter.

LOKALPOLITIKK ER BEST

- Kommer du til å fortsette å engasjere deg politisk?

- Ja, det vil jeg, selv om det avhenger jo av at folk stemmer på meg.

Hun stiller ikke på stortingsvalglisten til høsten. Det frister verken å flytte til Oslo eller å pendle.

- Jeg trives med lokalpolitikk.

Som ergoterapeut er det lett å få innpass for ideer og meninger, forsikrer hun.

På arbeidsplassen har hun kontor i samme gang som helse-sjefen i kommunen.

Vi diskuterer ofte politiske saker, og senere fronter hun kanskje de sakene fra talerstolen. Det er en fordel med små plasser og korte avstander.


NAVN

Tori Almaas

STILLING

Innovasjonsrådgiver

HVOR

CheckWare

Jobber som innovasjonsrådgiver med digitale helsetjenester

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i et selskap som heter CheckWare.

CheckWare er leverandør av digitale helsetjenester med fokus på digital pasientmedvirkning. Vi leverer løsninger for digitale skjemaer og screeningverktøy, digital hjemmeoppfølging, forskning, hjemmesykehus og veiledet internettbehandling, for å nevne noe. I dag har alle helseforetakene i Norge avtaler med CheckWare, i tillegg til en stor andel av private aktører som sykehus, psykologer og stiftelser. Andelen kommunale kunder øker, men CheckWare er defini-

tivt tyngst etablert i spesialisthelsetjenestene.

– Hva jobber du som?

– Jeg er innovasjonsrådgiver og er en del av produktteamet her i CheckWare.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg begynte i jobben første mars i år, så jeg er nok enda ganske så fersk i stillingen.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Jeg er rådgiver med et hovedansvar for innovasjon. I praksis er dette prosjektledelse av våre største innovasjon- og utviklingsprosjekter. Mye av arbeidet mitt her handler om det vi kaller «markedsrettet produktutvikling», som enklere sagt vil si at behovet i markedet skal være førende for retningen vi utvikler våre produkter i. For at dette skal være mulig, er det helt nødvendig å forstå det faktiske behovet kundene har, og den hverdagen de står i. Der har jeg en viktig rolle som brobygger mellom IT-bransjen og helsesektoren. I tillegg har jeg en sterk rådførende rolle i valg av strategi og arbeid ut mot kommunene. Firmaet har til nå hatt lite kunnskap om de kommunale tjenestene og det behovet for digitale løsninger som ligger der. Jeg har blant annet jobbet for å sette fysio- og ergoterapitjenester på kartet til CheckWare, da vi er yrkesgrupper som benytter svært mange standardiserte, komplekse og rettighetsbelagte verktøy, som kartlegginger, screeninger og tester. Selv har jeg jobbet som kommunal ergoterapeut og benyttet kopimaskiner og papir altfor mye, og vil tro mange

kunne hatt nytte av gode digitale løsninger for dette.

Til sist kan jeg nevne min deltakelse i forskningssenteret «ForHelse», der jeg er privilegert som medforfatter i en studie som tar for seg effekten av veiledet internettbehandling innen psykisk helse. Veiledet internettbehandling er en svært spennende form for behandling som tilgjengeliggjør helsetjenestene i større grad, samtidig som det er svært besparende ressursmessig uten å gå på bekostning av kvaliteten, heller tvert imot.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Min forståelse av ergoterapikompetanse er de ulike brillene vi har med oss fra utdanningsløpet og ut i praksis. Det handler ikke om kunnskapen vi besitter relatert til den enkelte behandling, opptrening eller tilpasning. De store trekkene i ergoterapi er å se sammenhengen mellom person, aktivitet og omgivelser. Dette er kjernen av det som trengs for å kartlegge behov, også når det kommer til behovet for digitale helsetjenester. Jeg trenger å forstå hvem kunden er, hvilke omgivelser de har, hvilke aktiviteter de gjør, og hvordan de utføres. Kun da kan vi sammen få til en løsning som understøtter deres arbeidshverdag optimalt.

Mitt grunnlag som ergoterapeut gjør meg tilpasningsdyktig, løsningsorientert og grundig i kartleggings- og dokumentasjonsarbeid. Innovasjon- og utviklingsprosjekter har ingen sjanse til å lykkes uten at behovet som ligger til grunn, er forstått. En god behovsforståelse er en forutsetning for en senere vellykket implementering. Derfor tenker

jeg at jeg får brukt ergoterapi-kompetansen hver dag, selv om det kanskje ikke er åpenbart ved første øyekast.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Det er vanskelig for meg å si at det er helt essensielt at akkurat en ergoterapeut gjør den jobben som jeg gjør nå, men jeg tror absolutt at ergoterapikompetansen bistår meg med en verktøykasse som egner seg særs godt til denne typen arbeid. Da refererer jeg til de brillene som vi alltid har med oss, de unike ergoterapeut-brillene.

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

– Jeg synes det er utrolig spennende å jobbe i krysningen mellom helse og IT. Etter ergoterapiutdanningen gikk jeg videre med en master i helsevitenskap, noe jeg valgte grunnet min interesse for organisasjonsutvikling og samhandling i helsesektoren. Samhandling spesielt er mitt store hjertebarn, noe som lett lar seg overføre til digitale helsetjenester, da bedret samhandling ofte er drivkraften i mange av teknologiprojektene. Ingen prosjekter er like, og jeg må alltid være i bevegelse for å henge med på det som skjer, eller skal skje. For meg er det helt ypperlig å jobbe på en bevegelig grunn, da det holder meg fra å bli for komfortabel og tvinger fram et konstant behov for kompetanseutvikling.

Siden jeg startet å jobbe med teknologiprojekter i 2015, har jeg fått et sterkere bånd til min identitet som ergoterapeut og hvordan dette er med og styrker meg, selv om stillingstittelen tilsynelatende

kan framstå som milevis unna der jeg startet. Jeg er langt stoltere av min identitet som ergoterapeut i dag enn da jeg jobbet som kommunal ergoterapeut. Dette fordi jeg nå skjønner at det er brillene, og ikke oppgavene, som gjør oss til ergoterapeuter.

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

– Jeg er en forkjemper for at ergoterapeuter må ta plass når det kommer til arbeid med teknologi og digitalisering. Ikke fordi vi nødvendigvis er eksperter på dupperingser, men fordi en god kartlegging og behovsforståelse er brød og smør når det kommer til vellykket bruk av teknologi. Jeg tror derfor det er viktig at vi ser det mulighetsrommet som er der, vår relevans og verdi, med de brillene vi har. En må jobbe litt for å identifisere ergoterapikompetansens overføringsverdi, men når den forståelsen sitter, tror jeg vi kan selge gråstein til en grådig kjøpmann. Med andre ord, jeg vil både utfordre og anbefale ergoterapeuter til å søke på teknologi-relaterte stillinger når det handler om kartlegging, spesifisering, utvikling eller implementering av løsninger. Vi har gode forutsetninger og egenskaper til denne typen stillinger, det er i hvert fall min mening.

– Har noen av arbeidsoppgavene forandret seg på grunn av koronapandemien?

– Nå har jeg jobbet så kort i CheckWare at hele min virkelighetsverden der har vært underlagt korona. Likevel kan jeg si for

sikkert at pandemien har en stor påvirkning på min og alle mine kollegers arbeidshverdag, da behovet for digitale tjenester har skutt i været det siste året. Grunnet den hverdagen vi står i, er helsetjenestene tvunget til å tenke nytt i hvordan en leverer tjenester og følger opp sine pasienter. Etterspørselen etter løsninger for hjemmesykehus, digital hjemmeoppfølging, videokonsultasjoner og internettbasert behandling er langt større. Dette har ført til et stort trykk på oss som leverandør når det kommer til å utvikle, tilpasse og levere til nye kunder, pasientgrupper og bruksområder innen helsetjenestene. Mange av disse prosjektene hadde nok kanskje aldri sett dagslys, i hvert fall ikke på lenge, om det ikke var for behovet for å tilpasse helsetjenestene til hverdagen etter at korona kom til Norge.



Tori Almaas utenfor jobben i CheckWare AS i Trondheim.




NAVN

Toril Smaaberg

TARIFFOMRÅDE

Spekter

Tillitsvalgt for 47 medlemmer ved Sykehuset Innlandet

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg arbeider ved Sykehuset Innlandet HF, divisjon psykisk helsevern, avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling, Sanderud.

– Hvilket tariffområde tilhører du?

– Jeg tilhører Spekter tariffområde.

– Hvor mange er du tillitsvalgt for?

– Jeg er tillitsvalgt for 47 medlemmer ved Sykehuset Innlandet.

– Hvorfor ble du tillitsvalgt?

– Det var litt tilfeldig. Den som var hovedtillitsvalgt for sykehusene i gamle Hedmark fylkeskommune (sykehusene tilhørte fylkeskommunen da), ønsket å gi seg som tillitsvalgt og mente at jeg passet til å ta over tillitsvalgtvervet. Jeg tror ikke det var kamp om dette vervet.

– Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Jeg har stort sett vært tillitsvalgt siden 1992. Jeg var hovedtillitsvalgt for Hedmark Fylkeskommune i perioden 1992-2000 og foretakstillitsvalgt ved Sykehuset Innlandet fra 2003 og fram til nå. Jeg har også vært organisasjonstillitsvalgt i den gamle fylkesavdelingen i Hedmark som tariffpolitisk ansvarlig fra 2001 til 2008 og fylkesleder fra 2008 til 2014. Videre har jeg vært med i valgkomiteen i forbundet i flere landsmøteperioder og vært leder i valgkomiteen region Øst/Innlandet siden 2014. Jeg har også vært med i spesialistkomiteen Psykisk helse siden 2004, og vært med i spesialistrådet i samme tidsrom.

– Hva er de viktigste oppgavene dine som tillitsvalgt?

- Være en god samarbeidspartner mellom arbeidsgiver og medlemmer.

- Delta på kontaktmøter med arbeidsgiver.
- Være en støtte for medlemmer ved behov.
- Delta i drøftingsmøter.
- Samarbeide med andre UNIO-forbund i Sykehuset Innlandet.
- Videreformidle relevant informasjon fra arbeidsgiver og forbund til medlemmene.
- Delta i lønnsforhandlinger.
- Eventuelt delta i streikeforberedelser.
- Prioritere hva det er viktig å bruke tid på, og hvilke saker vi som forbund bør mene noe om, lokalt ved sykehuset.

– Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?

– Det er å være oppdatert i alle saker til enhver tid og å få lest alle sakspapirene til møter. Ofte sendes sakspapirer sent ut.

– Hva tenker du er en viktig kvalitet eller egen-skap hos en tillitsvalgt?

– Du bør være romslig, raus og løsningsorientert, kunne se saker fra ulike perspektiv og være villig til å dele kunnskap. Å ha en god rolleforståelse er også en viktig kvalitet som tillitsvalgt.

– Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

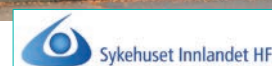
– Å få Ergoterapeutenes tillitsvalgtpris i 2016! Det var en stor ære og noe jeg var totalt uforberedt på. Ellers har jeg fått anledning til å bli kjent med mange flotte ergoterapeuter i rollen som tillitsvalgt.

– Hva har du ennå ikke oppnådd som tillitsvalgt?

– Å få til en god B-dels-avtale for ergoterapeuter i Sykehuset Innlandet. B-dels-avtalene forhandles mellom de lokale partene ved sykehuset.

– Vil du anbefale andre å bli tillitsvalgt?

– Ja, absolutt. Å være tillitsvalgt er en utrolig lærerik og viktig rolle. Som tillitsvalgt får man delta i mange ulike fora og prosesser, og det er en unik mulighet til å få kunnskap om organisasjonen man jobber i.



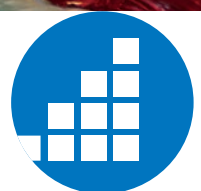
Toril Smaaberg arbeider ved Sanderud, ett av to psykiatriske sykehus ved Sykehuset Innlandet.

Arcona posisjoneringssputer



Posisjonering-avlastning-stillingsforandring

Arcona posisjoneringssputer løser dine posisjoneringsutfordringer!



www.ovrebo.no

Øvrebo rehab

TV BRA med egne valgsendinger

TV BRA er en uavhengig TV-kanal av og for mennesker med utviklingshemming. Vi har vært på lufta lenge og har levert gode sendinger. Nytt akkurat nå for våren og sommeren 2021 er at vi satser på egne valgsendinger for mennesker med utviklingshemming. TV BRA er trolig den første TV-kanalen i verden som tilbyr noe slikt.

Av Camilla Kvalheim

Så langt har TV BRA redaksjoner i Trondheim og Hamar i tillegg til hovedkontoret, som ligger i Media City i Bergen. Vi har knyttet til oss en rekke frilansreportere som lager saker fra sine nærmiljøer, inntil vi får kontorer flere steder i landet. For å lykkes må vi framfor alt lage godt TV som både engasjerer og underholder mennesker med utviklingshemming og den norske befolkningen ellers.

Det er mennesker med utviklingshemming selv som er programledere, og som gir retning for hva som er viktig å vise fram. Vi andre i kanalen er «bakkemannskap» som hjelper til faglig og organisatorisk. Sporadiske innslag i de større fjernsynskanalerne er vel og bra, men vår ambisjon er å løfte fram mennesker med utviklingshemming i offentligheten på alle livsområder. Hva er utfordringene, og ikke minst: Hva kan mennesker med utviklingshemming bidra med? Mennesker med utviklingshemming trenger en egen og pågående TV-kanal for å utvikle demokrati og likeverd til beste for hele det norske samfunnet.

Mennesker med utviklingshemming i Norge blir nemlig systematisk og til dels grovt

diskriminert innenfor de fleste livsområder. Det gjelder for eksempel retten og muligheter til arbeid og bolig. Sysselsettingsandelen har vært synkende i mange år til tross for inkluderingsdugnden til regjeringen. Våren 2020 ble det videre avdekket at mennesker med utviklingshemming i mange kommuner ikke fikk besøk hjemme av frykt for smitte av Covid-19. Uten å forstå begrunnelsen fikk mange mennesker med utviklingshemming en mye tøffere hverdag enn innbyggerne ellers. I lange perioder måtte mennesker med utviklingshemming leve i fullstendig isolasjon under pandemien. Helse- og omsorgsminister Bent Høie har riktignok beklaget og slått fast at dette var direkte ulovlig. Norge får også kritikk for ikke å ha innlemmet FN-konvensjonen om rettigheter for mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) i norsk lov.

FÅ OPP VALGDELTAKESEN

Tanken bak TV BRAs valgsendinger er at mennesker med utviklingshemming skal få langt større mulighet til å delta i samfunnsdebatten. Vi aner nemlig at valgdeltakelsen for denne gruppen er lavere enn for befolkningen ellers. Vi snakker trolig om



Camilla Kvalheim er daglig leder og redaktør for TV BRA.

over 30 000 mennesker som har meninger og bør delta i valget. Dette krever tilpasset informasjon og sendinger som er så gode at seerne blir engasjert i politikken.

DELTA FOR Å PÅVIRKE

Den internasjonalt kjente statsviteren Stein Rokkan er kjent for sin forskning om valg og påvirkning av politiske prosesser. Hans tese er at «stemmer teller, men ressurser avgjør». Litt enkelt forklart mener han at demokratiet gjennom valg hvert annet år har mye å si for hvordan samfunnet skal styres. Likevel er det de store organisasjonene, som for eksempel NHO og LO, som vinner fram med sitt budskap overfor myndighetene gjennom egne kanaler. Rokkan har kanskje rett i dette, men for TV BRA og landets mennesker med utviklingshemming handler det nå om å delta i valg, både for å bli opplyst og for å påvirke. Dessuten står ikke dette i motstrid til å tro på at mennesker med funksjonshemming sine organisasjoner, som for eksempel Norsk Forbund for utviklingshemmede (NFU), kan få større gjennomslag hos myndighetene. Et viktig mål for oss er derfor å øke valgdeltakelsen blant mennesker med utviklingshemming.



Tanken bak TV BRAs valgsendinger er at mennesker med utviklingshemming skal få langt større mulighet til å delta i samfunnsdebatten.

Kanalen vår er fri, uavhengig og selvsagt politisk nøytral. I valgsendingene våre kommer vi til å ta opp saker som handler om utfordringer og muligheter for mennesker med utviklingshemming, men TV BRA skal også arrangere debatter, dueller og innslag om det valget handler om for alle. Hvilken regjering bør vi ha? Erna, Jonas eller Trygve? Hva med skatter? Hva med abort? Velferdspolitik?

MENINGSBERETTIGEDE

Så er det kanskje noen som i det stille mener at mennesker med utviklingshemming ikke har kapasitet til å mene så mye om politikk. Ja, det kan godt være slik at noen mennesker med utviklingshemming har dårlige

argumenter for det ene eller andre partiet. Men etter å ha arbeidet med målgruppen i årevis kan jeg underskrive på at både interesse og kunnskap om sakene er vel så funderte som hos andre jeg snakker med. Mennesker med utviklingshemming bruker kanskje andre ord og vendinger i argumentasjonen, men de er ikke bare meningsberettigede, de spiller også de konfliktlinjer som ellers tas opp i valgkampen. Noen er for mer privat initiativ, mens andre for eksempel mener at store kommersielle selskaper bør holde seg for gode til å tjene penger på velferdstjenester.

Det er mennesker med utviklingshemming som er programledere, og som driver fram debattene eller duellene mellom

ulike politiske partier som står steilt mot hverandre.

Det kan stilles spørsmål om ikke disse valgsendingene burde foregått i andre kanaler som når bredere ut enn TV BRA. Vi håper selvsagt at andre TV-kanaler kan «ta» saker fra oss, hvis de tydelig gir beskjed om at dette er tatt fra TV BRAs valgsendinger. Men inntil videre tror jeg det er helt nødvendig med en egen TV-kanal som utforskende driver fram sakene og gir kunnskap om og kjennskap til hva mennesker med utviklingshemming kan bidra med. Vi håper at det Stortinget og den regjeringen som tar sete høsten 2021, gir oss gode nok rammevilkår for å drive fram demokratiet for mennesker med utviklingshemming i årene framover.

Forbundsledelsen leser svarene fra politikerne

Stortingsvalget står for døren. Partiene drysser ut valglofter og gjør sitt beste for å få oss til å velge dem. Som fagorganisasjon for landets ergoterapeuter har vi bedt partiene svare på tre spørsmål som kan gi et bilde av hvor de står i saker som er spesielt relevante for oss som faggruppe, og dermed for innbyggernes deltakelse og inkludering.

Av Tove Holst Skyer og Tonje Hansen Guldhav



Se side 56 for «Partiene svarer».



Tove Holst Skyer er forbundsleder i Ergoterapeutene.



Tone Hansen Guldhav er nestleder i Ergoterapeutene.

RESSURSUTLØSING

Politiske prioriteringer er avgjørende for om vi som ergoterapeuter får brukt kompetansen vår på en god måte, til det beste for innbyggerne. Folkehelse, forebygging og tidlig innsats blir svært viktig fremover for å utløse ressurser i befolkningen, og det er alle partiene mer eller mindre samstemte om. De fleste drar også frem tverrfaglig samarbeid som sentralt. Dette er positivt, og det gir oss et mulighetsrom som må benyttes. Helsefremming gjennom hverdagsmestring, deltakelse og inkludering er vår kjernekompetanse og er helt nødvendig i folkehelsearbeidet.

Venstre er tydelig på at vi trenger et paradigmeskifte for å møte de demografiske endringene. De understreker også at ergoterapeuter er sentrale for å få til dette. Den forebyggende og tilretteleggende kompetansen fremheves av både Venstre, FrP og SV. Dette skal vi fortsette å kommunisere tydelig, når vi formidler kompetansen vår. Universell utforming nevnes konkret av MDG og SV, og SV løfter frem sitt

syn om at CRPD må inkorporeres i norsk lov. Dette er et viktig skritt i retning av aktivitet og deltakelse for alle.

Ap fokuserer på en mer generell linje. De drar frem at vi må se på oppgavedeling grunnet fremtidig mangel på helsepersonell, og sier at ergoterapeuter er blant de yrkesgruppene det vil være mangel på i 2035. Oppgavedeling blir et relevant tema fremover når personellknappheten øker. Som organisasjon må vi derfor fortsette å synliggjøre at vi utløser ressurser og forhindrer mer kostbare tjenester. Den jobben må vi gjøre sammen, både medlemmer, tillitsvalgte, styrer, forbundskontor og politisk ledelse.

Høyre løfter frem pasientmedvirkning, pårørendemedvirkning og kompetanse. Dette er viktige elementer i helsetjenestene, men vi savner et bredere fokus, med tanke på paradigmeskiftet som kreves.

Noen av partiene er tydelige på at rehabiliteringen og habiliteringen må styrkes. Dette gjelder særlig SV og Sp, og til dels Venstre. Rehabiliteringsfeltet har

vært forsømt gjennom mange år, og vi mener det er helt nødvendig med et løft. Rehabilitering og habilitering er sentralt for å skape mestring, deltakelse og bærekraftige helsetjenester.

BARN OG UNGE

Flere partier svarer at de ønsker mer tverrfaglighet, inkludert ergoterapeuter, i arbeid rettet mot barn og unge. Det er imidlertid Venstre som tydeligst svarer at vi er en selvfølgelig faggruppe i arbeidet rettet mot barn og unge. Rødt konkretiserer at de ønsker tverrfaglige team, inkludert ergoterapeuter, inn i skolene. Noen av partiene svarer mer unnlattende på spørsmålet. Eksempelvis referer KrF til at det er naturlig at ergoterapeuten(e) i kommunen samarbeider med skolehelsetjenesten ved behov, og MDG nevner at vi trengs for bedre samhandling. SV er mer konkrete og sier at skolene, helsestasjonene og barne- og ungdomspsykiatrien må få kunnskap og tilgang på tjenestene til ergoterapeuter. Fremover blir det svært viktig å styrke innsatsen for å synliggjøre hvorfor vår kompetanse er viktig i arbeidet med barn og unge.

MDG, KrF og Rødt ønsker å styrke helsestasjonene og skolehelsetjenesten. Videre vil MDG ha øremerkede midler og bemanningsnorm basert på helse- og direktoratets anbefalinger. Det er positivt med styrking, men per dags dato er ikke ergoterapeuter innlemmet i Helsedirektoratets anbefalte bemanningsnorm. Vi savner politisk vilje til å sikre at ergoterapikompetansen er en del av helsestasjonene og skolehelsetjenesten.

Sp og SV nevner at budsjettene må styrkes for å muliggjøre forebygging, tidlig innsats og rik-

tig kompetanse, men knytter det ikke spesifikt til ergoterapeuter.

TILGANG PÅ ERGOTERAPI TIL RETT TID

Lovkravet om ergoterapi i alle kommuner blir ikke fulgt. FrP er tydelige på at måloppnåelse innenfor kravene til profesjoner i kommunene må følges opp. Høyre mener at kommunene må prioritere hva og hvordan de vil satse. Dette mener vi er uakseptabel ansvarsfraskrivelse fra sentralpolitisk hold. Lovpålegget må forplikte, og det må følges opp. Både Sp og Venstre løfter et stort behov for flere ergoterapeuter. MDG formulerer seg mer forsiktig og sier de er positive til at flere får tilgang til ergoterapitjenester. Ingen partier skisserer konkrete virkemidler for å oppnå dette, men Venstre, SV, Sp og Rødt mener at budsjettene generelt må økes, og SV sier det må både økonomi og incentiver til for å ansette ergoterapeuter.

Ap mener det må utdannes flere ergoterapeuter. SV mener det må legges til rette for det. Ap foreslår at en opptrapping for helsefagene tas inn i langtidsplanen for forskning og høyere utdanning, for å gi mer forutsigbarhet for alle parter. Ergoterapeutene har over lengre tid jobbet for flere studieplasser, og det er svært positivt at enkelte partier tydelig støtter oss i dette. Flere studieplasser er helt nødvendig for å møte fremtidens behov for ergoterapi.

GODE PERSPEKTIVER, MEN DÅRLIG KONKRETISERT

De politiske partiene har gode visjoner og kloke perspektiver. Vi savner imidlertid konkrete tiltak. Tiltak for å sikre at befolkningen får tjenester som utnytter og utløser



Barn og unge er et viktig satsingsområde for Ergoterapeutene.

ressursene. Tiltak for å sikre ergoterapikompetanse rettet mot barn og unge. Tiltak for å øke tilgangen på ergoterapi. Likevel er det tydelig at forebygging, tidlig innsats og tilrettelegging vektlegges.

Samfunnet har økende behov for ergoterapeuter. Som organisasjon må vi fortsette synliggjøringen av at ergoterapeuters innsats fremmer deltakelse og inkludering, og at vi har uunnværlig kompetanse i fremtidens helsetjenester. Vi oppfordrer dere alle til å være fremoverlente. Vis hvorfor vi er en del av løsningen. Vær gode eksempler i praksis. By på ergoterapikompetanse, og samarbeid godt. Og nå før valget: snakk med en politiker. Ta med deg brosjyren som følger dette nummeret. Still spørsmål med utgangspunkt i svarene som partiene har gitt oss i dette bladet.

Vi ønsker dere alle et godt valg!

Tenk på morgendagen nå – i dag

Det er egentlig godt at vi ikke vet hva som skjer i morgen. Verken med oss selv eller våre nærmeste. Men det kan lønne seg å tenke litt framover likevel.

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

Vi gjør det sikkert alle sammen: utsetter, utsetter og utsetter. Selv det å utsette viktige ting til det er for sent, har kanskje flere erfart. Noen ganger kan det være lønnsomt å gjøre tiltak før skaden eller ulykken er der. Derfor kan livsforsikring være helt avgjørende om uhellet først skjer. Du kan ikke forsikre deg mot å bli syk eller skadet, men du kan forsikre deg mot de økonomiske konsekvensene av sykdom, skader og dødsfall. **Kanskje det er nå du skal ta tak i dette?**

Du som er medlem i Norsk Ergoterapeutforbund, kan bli med på flere forsikringer som kan dempe skadevirkningene om du skulle være uheldig. Din ektefelle eller samboer kan også være med. Prisene for forsikringene er antagelig lavere enn du tror.

DISSE FORSIKRINGENE KAN DU KJØPE TIL MEDLEMSPRIS

- *uføreforsikring*
engangsutbetaling hvis du blir minimum 40 prosent arbeidsufør, uansett grunn
- *kritisk sykdom-forsikring*
engangsutbetaling 30 dager etter diagnose på en alvorlig sykdom
- *livsforsikring*
engangsutbetaling ved dødsfall, uansett grunn
- *familieulykkesforsikring*
engangsutbetaling hvis en i nærmeste familie får varig mén etter en ulykkeshendelse. Dekker også blant annet benbrudd og behandlingsutgifter etter en ulykke.

FORSIKRINGSKONTORET HJELPER DEG MED ALLE FORSIKRINGSSPØRSMÅL

Vi er her for deg, og vi svarer på det du lurer på.

Tlf: 22 05 99 15

E-post: post@forsikring.ergoterapeutene.org

Se også www.ergoterapeuteneforsikring.org
Der finner du mye informasjon og alle priser.
Usikker? Kontakt oss!



Frist for å søke godkjenning som spesialist er 15. september

Nå kan du søke godkjenning som ergoterapispesialist elektronisk.

Av Anita Engeset

Du kan begynne på registreringen av søknaden din, lagre den underveis og levere den på et senere tidspunkt. Dette forenkler søkeprosessen og gir deg bedre oversikt over hvilken kompetanse du må dokumentere for å kunne sende inn søknaden. Dette gjelder også fornyet godkjenning.

I tillegg har Ergoterapeutene oppdatert informasjonen på hjemmesidene om spesialistordningen. Her finner du mer informasjon om å bli ergoterapispesialist,

og lenke til søknadsskjemaet: <https://ergoterapeutene.org/spesialist/>

Ved søknad om godkjenning til ergoterapispesialist kan du nå oppgi deltakelse på ergoterapifaglige digitale kurs og møteplasser, men disse timene kan ikke utgjøre mer enn en tredjedel av kravet om 200 kurstimer.

Les mer om merittering av ergoterapifaglige kurs: <https://ergoterapeutene.org/spesialist/>.



FoU-midler 2021

Har du noen faglige spørsmål du ønsker svar på?

Av Solrun Nygård

Det kan være prosjekter hvor du vil prøve ut nye arbeidsformer, teste ut resultater fra andres forskning, eller det kan være forskning med mål om å utvikle ny kunnskap om ergoterapi. Ergoterapeutenes FoU-midler skal stimulere til fagutvikling og forskning som kommer befolkningen, brukerne og faggruppen til gode. Kriteriene for søknad, søknadsskjema med mer finner du på Ergoterapeutenes hjemmeside under Ergoterapi / FoU-midler.

Forbundsstyret har vedtatt at det i 2021 skal utlyses 550 000 kroner til forskning og fagutvikling, og at prioritert område for tildeling av FoU-midler i 2021 skal være fagutvikling og forskning som omhandler mestring og tidlig innsats for barn og unge, der bærekraft er et av temaene.

Søknadsfrist: 15. september 2021.

Velkommen som søker!

Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.

- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling

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

Lønnsoppgjørene er ikke ferdige ennå – langt derifra

Rett før sommeren streiket Ergoterapeutene og andre Unio-forbund i flere tariffområder, deriblant KS, Oslo kommune og Spekter.

Av Hege Munthe

Det ble tvungen lønnsnemnd i KS og Oslo kommune. I Spekter ble det frivillig lønnsnemnd. Først når vedtaket fra lønnsnemnda foreligger, har vi et resultat for disse områdene. Dette vil skje i august-september.

21. juni 2021 kom partene i Virke høyskole (HUK-området) til enighet om et generelt tillegg og avsetting til lokale forhandlinger med en pott på 1,8 prosent, lik Statens oppgjør. For resten av medlemmene våre i Virke avventer vi nemndsbehandlingen i de ulike offentlige tariffområdene.

LOKALE FORHANDLINGER

Vi vet at det skal gjennomføres

lokale forhandlinger i flere tariffområder. For deg som medlem kan det være lurt allerede nå å gå inn på våre nettsider www.ergoterapeutene.org og lese deg opp på lokale forhandlinger. Her finner du kravskjema og informasjon som kan være nyttig før du fremmer krav.

På *Min side* finner du hvem som er din tillitsvalgte. Alle krav skal sendes din lokale tillitsvalgte. Har du ikke en tillitsvalgt, kan du spørre en tillitsvalgt i en nærliggende kommune eller en tillitsvalgt fra et annet Unio-forbund i din kommune. Dersom du er usikker, kan du ta kontakt med forbundskontoret eller regionstyret.



Hege Munthe er forhandlingssjef i Ergoterapeutene.

Verv et medlem før første november

Selv om de fleste ergoterapeuter er medlemmer i Ergoterapeutene, er ikke alle det. Verv et medlem før 1. november, så er du med i trekningen av gratis deltakeravgift på Fagkongressen 14.-16. februar 2022.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

På hjemmesiden finner du både en invitasjon og en brosjyre som du kan dele med potensielle medlemmer.

Mer informasjon om medlemskapet finner du også på ergoterapeutene.org/medlemsfordeler.

DU MOTTAR ET GAVEKORT

Alle som rekrutterer et yrkesaktivt medlem, mottar uansett et gavekort, som også kan benyttes som delbetaling for Fagkongressen.

Det eneste som skal til for at du blir med i trekningen og

får gavekortet, er at det nye medlemmet fører opp navnet ditt på innmeldingsskjemaet, som du finner her:

ergoterapeutene.org/innmelding eller ved å skanne inn QR-koden over.



Arbeidsgiverens styringsrett

Styringsretten er den retten arbeidsgiveren har til å ta beslutninger i et arbeidsforhold. Den tradisjonelle definisjonen av begrepet er retten til å organisere, lede, fordele og kontrollere arbeidet. I tillegg inngår retten til å ansette og si opp arbeidstakere.

Av Berit Førli



Berit Førli er advokat i Ergoterapeutene.

Denne retten er tuftet på lang ulovfestet praksis. Arbeidsgiveren har altså gjennom styringsretten adgang til å foreta endringer i arbeidsforholdet overfor den enkelte arbeidstaker.

Endringsadgangen begrenses av arbeidsavtalen og andre skrevne rettskilder, som lover og tariffavtaler. Styringsretten begrenses også av mer allmenne saklighetsnormer.

Ved utøvelse av styringsretten må det blant annet også legges vekt på sedvaner i bransjen, praksis i det aktuelle arbeidsforhold, og hva som finnes rimelig i lys av samfunnsutviklingen. Avgjørelser må ha et forsvarlig grunnlag og må ikke være vilkårlige eller ba-

sert på utenforliggende hensyn.

Jo mer detaljregulert en arbeidsavtale er, med rettigheter og plikter, desto mer vil dette kunne begrense arbeidsgiverens adgang til å foreta endringer i arbeidsforholdet i medhold av styringsretten.

VESENTLIGE ENDRINGER

Store eller vesentlige endringer kan ikke skje uten at både arbeidstaker og arbeidsgiver blir enige om å inngå en ny avtale, eller ved at arbeidsgiver gjennomfører en formell oppsigelse – en endringsoppsigelse.

Om endringene kan betraktes som vesentlige, må vurderes konkret i hvert enkelt tilfelle. Noen endringer kan arbeidsgiver gjøre i kraft av sin styringsrett. Hoved-

prinsippet er at stillingens grunnpreg ikke skal endres vesentlig, og endringen skal være innenfor rammen av arbeidsforholdet som er inngått.

Mindre endringer i for eksempel arbeidstid, utbetalingstidspunkt og lignende vil som hovedregel være innenfor arbeidsgivers styringsrett. Dette innebærer at arbeidsgiver til en viss grad kan endre arbeidsavtalen ensidig, både varig og midlertidig. Det antas at arbeidsgiver må ha en god grunn for sine endringer.

Styringsrettens grenser kan være vanskelige å trekke opp og må fastsettes konkret i hvert enkelt tilfelle. Svært ofte vil det også derfor være vanskelig å forutse utfallet av en eventuell retts sak.

Hvem skal få tillitsvalgtprisen 2021?

Tillitsvalgtprisen deles ut for tiende gang i år. Hvem mener du skal få prisen? Nominer din kandidat før 3. september.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

I 2020 var det Marte Husøy på Mork rehabiliteringssenter i Volda som ble tildelt Tillitsvalgtprisen. Nå kan du nominere en tillitsvalgt som du mener fortjener det. **Husk at det er en flott påskjønnelse å bli nominert.**

Har du en kandidat til Tillitsvalgtprisen 2021? Ikke vent med å nominere hen. Du kan gjøre det ved å bruke skjemaet du finner på nettsiden: <https://ergoterapeutene.org/nyheter/hvem-skal-fa-til-litsvalgtprisen-2021/>



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

Spill deg bedre i virtuell virkelighet

EN KVALITATIV STUDIE OM POTENSIALET AV IMMERSIVE VIRTUAL REALITY SOM ERGOTERAPEUTISK TILTAK I REHABILITERING VED ULIKE TJENESTENIVÅER

Av Birgit Skinnemoen, Tommy Greff, Kristine Severine Djupegot Raad og Margaret L. Søvik



Birgit Skinnemoen er ergoterapeut i Kvæangen kommune.



Kristine Severine Djupegot Raad er ergoterapeut ved Vikane omsorgssenter.



Tommy Greff er miljøterapeut ved Ragna Ringdal dag-senter.



Margaret L. Søvik er førsteamanuensis og fagseksjonsleder ved bachelor i ergoterapi ved Høgskulen på Vestlandet.

De tre første forfatterne har bidratt like mye i arbeidet med fagartikkelen.

Vi bekrefter at der ikke er interessekonflikter knyttet til innsendt manuskript.

Sammendrag

Bakgrunn: Immersive Virtual Reality (IVR) benyttes i rehabilitering av ulike brukergrupper. Det er behov for studier som undersøker ergoterapeuters erfaringer med bruk av IVR.

Formål: Å utforske ergoterapeuters erfaringer og refleksjoner om bruk av IVR som tiltak for rehabiliteringspasienter ved ulike tjenestenivå.

Metode: Fire semistrukturerte intervju er gjennomført, og systematisk tekstkondensering er benyttet i dataanalyser.

Funn: Informantene i denne studien rapporterer at IVR kan være et hensiktsmessig tiltak for å trene opp fysiske og kognitive funksjoner, med mulighet for tilpassing av vanskelighetsgrad. Utstyret oppleves som brukervennlig og at det engasjerer brukere. Begrensninger som trekkes frem, er tekniske feil, bivirkninger og vanskeligheter med å ta utstyret i bruk. Utstyret er foreløpig mest utprøvd i spesialisthelsetjenesten.

Konklusjon: Funnene indikerer at IVR kan egne seg som ergoterapeutisk tiltak for rehabiliteringspasienter, som supplement til tradisjonell ergoterapi. Det er behov for studier som undersøker brukererfaringer og vurderer effekten og nytteverdien av IVR i rehabilitering.

Nøkkelord: IVR, Ergoterapi, Ergoterapeutisk tiltak, Rehabilitering, Tjenestenivåer

Introduksjon

I regjeringens opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (1) trekkes det fram at utvikling av nye behandlingstilbud er en forutsetning for at pasienter skal kunne motta en kunnskapsbasert helsetjeneste av høy kvalitet. Det siste tiåret har det vært en strategisk satsing på bruk av ny teknologi innen rehabiliteringsfeltet (2). En av de nye teknologiske behandlingene som blir tilbudt i Norge, er bruk av immersive virtual reality (IVR) (3).

IVR defineres som et omsluttende miljø som skal skape en illusjon av fysisk tilstedeværelse i et datagenerert miljø, med mulighet for opplevelse og interaksjon. Det kan oppnås ved å benytte head-mounted display, som plasseres rett foran øynene og forhindrer spillerens visuelle tilgang til den reelle verden (4). Utstyret omfatter et visuelt display, høyttalere og håndkontroller som er koblet opp mot en PC med aktuelle programmer for virtuell virkelighet (5), som illustrert i bilde 1. Miljøet stimulerer individet gjennom ulike sansemodaliteter: syn, hørsel, taktilsans og bevegelse. Bruk av IVR i rehabilitering kan gi individuelt tilpasset trening uten de fysiske restriksjonene som den virkelige verden kan gi. Det omsluttende miljøet skiller teknologien fra non-immersive VR, som kun gir spilleren en følelse av å se inn i en virtuell verden gjennom for eksempel en skjerm (5).

Det er gjort studier som undersøker effekten av IVR som behandling for et spekter av rehabiliteringspasienter: slagpasienter (6), traumatiske hodeskader (7), ryggmargsskader (8), amputasjoner (9) og som smertebehandling (10). Ifølge en systematisk oversikt (7) kan tiltak med IVR



Bilde 1. European Space Agency. (2017). Immersive virtual reality med head-mounted display.

være engasjerende for pasienten. Spillene har kvaliteter som gjør at repeterende bevegelser kan oppleves mer motiverende i rehabiliteringen. En annen studie indikerer at pasientene kan forbedre utførelse av hverdagsaktiviteter etter terapi med IVR (6). Forskning viser at noen pasienter opplever bivirkninger ved bruk av IVR, som bevegelsessyke, tretthet og ubehag i øynene (7). Bruk av IVR anses som et supplement til tradisjonell rehabilitering, da behandlingsformen kan ha en positiv effekt på pasientens gjenvinning av funksjon (6-10). Det er imidlertid behov for å undersøke effekten av og bruksområder for terapeutisk anvendelse av IVR i klinisk praksis (7, 8).

Vi har ikke funnet kvalitative studier som omhandler terapeuters erfaringer med å benytte IVR. Det foreligger imidlertid studier

om ergo- og fysioterapeuters erfaringer knyttet til non-immersive VR som behandling i spesialisthelsetjenesten (11-13). Til tross for at terapeutene oppgir at behandlingsformen ikke benyttes ofte, rapporterer flertallet at de anser non-immersive VR-spill som svært relevant for flere rehabiliteringspasienter (13). Pasientens mål oppgis som avgjørende for om tradisjonell behandling eller non-immersive VR tilbys som behandlingsform (14). I en studie oppgir flertallet av terapeutene at mulighetene ved behandlingsformen er større enn begrensningene (11). Flere terapeuter beskriver at de ser på behandlingsformen som svært motiverende for sine pasienter (14).

Formålet med denne studien er å få innsikt i ergoterapeuters erfaringer og refleksjoner med bruk av IVR som ergoterapeutisk

tiltak i rehabilitering ved ulike tjenestenivåer.

Metode

Kvalitativ metode ble valgt for å få innsikt i ergoterapeuters erfaringer og refleksjoner knyttet til bruk av IVR i rehabilitering. Gjennom individuelle intervju var det mulig å innhente kunnskap fra et lite utvalg informanter, og å gå i dybden på fenomenet som undersøkes (15). En strategisk utvelgelse av informanter, hvor ergoterapeutene har ulik klinisk erfaring, var utgangspunkt for å få et nyansert bilde av forskningsspørsmålet (15). Før rekruttering av informanter leste vi oss opp og deltok på hospitering ved en arbeidsplass som benytter IVR i rehabilitering. Videre tok vi kontakt over e-post med arbeidsplasser på ulike tjenestenivåer som benytter behandlingsformen. For å sikre bredde i data har vi rekruttert informanter fra ulike tjenestenivå og med ulik erfaring med bruk av IVR som ergoterapeutisk tiltak.

En semistrukturert intervjuguide ble benyttet for å sikre struktur i samtalen (15), se tabell 1. Den bestod av åpningsspørsmål knyttet til informantens kliniske erfaring som ergoterapeut, hovedspørsmål som fokuserer på erfaringer og refleksjoner knyttet til bruk av IVR i rehabilitering, og avslutningsvis ble informantene spurt om de hadde noe å tilføye. På grunn av Covid-19 ble intervjuene gjennomført via Skype. Intervjuene varte i fra 30 til 50 minutter, og lydopptak ble gjort. De tre første forfatterne deltok på samtlige intervju. Vi byttet på å være intervjuer, observatør med ansvar for det tekniske, og å ha ansvar for å ta notater underveis i intervjuet.

Intervjuene ble ordrett transkribert. Systematisk tekstkondensering ble benyttet som metode for å gjennomføre en tematisk tverrgående analyse av data etter følgende trinn:

- danne helhetsinntrykk
- identifisere meningsbærende enheter
- abstraksjon av de meningsbærende enhetene og
- sammenfatte betydningen av innholdet (15).

I analysearbeidet er det viktig å være bevisst egen forforståelse, da denne påvirker vår måte å forstå og tolke datamaterialet på (15). Vi har ikke erfaring med å benytte IVR eller kunnskap om IVR som ergoterapeutisk tiltak. Vi fattet interesse for den nye behandlingsformen da vi leste om ergoterapeuter som benytter den i rehabilitering for å fremme funksjon og mulighet til utførelse av aktiviteter. Vår forforståelse er knyttet til kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi, og til en forståelse av at ergoterapeutiske tiltak benyttes i rehabilitering har til hensikt å gjenvinne eller øke en persons forutsetninger for deltakelse i meningsfulle aktiviteter. I denne studien var vi særlig opptatt av ergoterapeuters forståelse av aktivitet som mål og middel (16) knyttet til bruk av IVR, både ved datainnsamling og i analysearbeidet. Videre var vi påvirket av vår forståelse av samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser, og samspillets innvirkning på aktivitetsutførelse. Dette belyses i Model of Human Occupation (MoHO) (17), som også beskriver hvordan en persons vilje, vane og utførelseskapasitet påvirker en persons aktivitetsutførelse.

I første trinn av analyseprosessen ble råmaterialet lest for å

danne et helhetsinntrykk. Videre ble tre til fem foreløpige temaer identifisert, før meningsbærende enheter for hvert av de foreløpige temaene ble kodet og sortert i kodegrupper. I analysens tredje trinn ble materialet kondensert fra koder til abstrahert meningsinnhold (15). Det transkriberte materialet ble da omformulert til meningsrike setninger i en logisk rekkefølge. Subgrupper ble dannet for noen temaer, for å strukturere datamaterialet. Den kondenserte teksten ble gjennom analysens fjerde trinn omformulert til beskrivelser, med treffende «gullsiter» (15).

ETISKE OVERVEIELSER

Prosjektet er godkjent av Norsker senter for forskningsdata (NSD) (ref. nr. 241084). I forkant av intervjuene mottok informantene informasjonsskriv før de signerte informert samtykke. Her ble det presisert at deltakelse var frivillig, og at informantene kunne trekke seg uten konsekvenser for dem. De ble også informert om hvordan data skulle innhentes, håndteres og lagres. På grunn av Covid-19 innvilget NSD mulighet til å gjøre lydopptak på mobil satt i flymodus, og deretter overføring av opptak til passordbeskyttet PC. Opptakene ble umiddelbart transkribert og deretter slettet. Ved presentasjon av funn er informantens anonymitet ivaretatt.

Funn

Vårt utvalg består av tre informanter fra kommunehelsetjenesten og en informant fra spesialisthelsetjenesten. Ergoterapeutene vi har snakket med, har ulike roller ved sin arbeidsplass, som terapeuter, teamleder og initiativtaker. Informantene har ulikt pasientgrunnlag å basere

Intervjuguide

Åpningsspørsmål

1. Hvilke arbeidserfaringer har du som ergoterapeut?
2. Hva ser du som typiske utfordringer i ADL-utførelse hos dine rehabiliteringspasienter?
3. Opplever du at pasientene er motiverte for å bli bedre og følge rehabiliteringsforløpet?

Hovedspørsmål

4. Hvordan benytter dere IVR som en del av rehabiliteringen?
5. Hva opplever du som behandlingsformens styrker?
6. Hva opplever du som behandlingsformens svakheter/begrensninger?
7. Hva er dine tanker rundt behandlingsformen og brukervennlighet?
8. Hvordan ser du ergoterapien i det?

Avsluttende spørsmål

9. Hvilke utfordringer kan man støte på ved integrering av IVR i praksis?
10. Avklare eventuelle misforståelser, er det noe du ønsker å tilføye?

Tabell 1. Intervjuguide

erfaringene på. I kommunehelsetjenesten har de investert i spesialisert IVR-utstyr for håndtrening og er fremdeles i utprøvningsfasen når det gjelder bruken av IVR. Informantene i kommunehelsetjenesten jobber ved samme arbeidsplass, men har her ulike roller og klinisk erfaring knyttet til IVR. En av terapeutene har benyttet IVR med to pasienter. De to andre terapeutene har kun prøvd ut utstyret uten pasienter. I spesialisthelsetjenesten har de benyttet IVR i pasientbehandling i flere år, og det er et etablert tilbud for flere pasientgrupper.

Videre presenteres funnene i form av tre hovedtema: «IVR som ergoterapeutisk tiltak», «styrker og begrensninger ved IVR som tiltak» og «anvendelse av IVR-tiltak ved ulike tjenestenivå».

IVR SOM ERGOTERAPEUTISK TILTAK

Informantene beskriver viktigheten av at pasienten selv skal være med på å styre sin egen rehabiliteringsprosess. Hvorvidt

pasienten vil ha utbytte av IVR i behandling, vurderes ut fra pasientens mål.

«Vi tenker at teknologien kan understøtte rehabiliteringen, men at det først og fremst må være ut ifra pasienten sine behov og målsetninger.»

Pasientens behov og målsetninger danner utgangspunkt for valg av spill som benyttes i behandling. Det trekkes fram at IVR-spillene ofte tilbyr en form for gradering. Ergoterapeuters kompetanse om aktivitetsanalyse og bevegelsesanalyse beskrives som en fordel for å se potensialet for hvordan spillene kan brukes i rehabilitering. IVR sees som et virkemiddel for å trene opp fysiske og kognitive funksjoner som kreves for å utføre hverdagsaktiviteter. Ifølge informantene er det vanskelig å vurdere og måle om tiltaket har overføringsverdi til hverdagslivet. Videre poengterer de at for at pasienten skal bli god til for eksempel å kle på seg, må pasienten øve spesifikt på det. IVR kan da være

et virkemiddel for å øke fysiske og kognitive forutsetninger for bedre å kunne mestre aktiviteten.

«En blanding mellom trening på fysiske funksjoner gjennom IVR og oppgaveorientert trening er det optimale.»

Informantene formidler at de vurderer IVR som et hensiktsmessig ergoterapeutisk tiltak, blant annet fordi mange brukere opplever trening med IVR som en meningsfull aktivitet.

STYRKER OG BEGRENSNINGER VED IVR SOM TILTAK

Informantene har ulike erfaringer knyttet til behandlingsformens brukervennlighet. De vektlegger behovet for en grunnleggende teknologikompetanse for å kunne ta i bruk IVR i rehabilitering, både for ergoterapeuter og pasienter. De formidler også at IVR-teknologi kan passe til pasienter i alle aldersgrupper.

«Det er teknologikompetente folk i alle aldre, men det er klart at de yngste tar det veldig fort.»

Ifølge informantene er IVR-spillene utviklet for å være morsomme, noe de ser som en styrke ved behandlingsformen. De opplever at gamification bidrar til at pasientene glemmer tid og sted, fordi pasientene opplever IVR som engasjerende, og derfor yter mer enn i en tradisjonell time med ergoterapi. Score og belønning kan gi motivasjon og bidra til et ønske om å prestere bedre neste gang.

«Når du får de spillene som er skikkelig bra, så er det supergøy og du kan virkelig komme i flyt.»

«Mange glemmer at det egentlig er trening de holder på med.»

Samtlige informanter trekker fram at en fordel med å benytte IVR-teknologi i terapi er at man kan oppnå høyere intensitet og økt antall aktive repetisjoner. Det påpekes at pasientene i en tradisjonell time med ergoterapi kan oppnå 30 til 50 repetisjoner, mens ved å benytte IVR-spill kan flere hundre repetisjoner oppnås.

Noen av informantene beskriver tekniske feil med utstyret som en utfordring med behandlingsformen. Med IVR-utstyr som benytter sensorer, har de opplevd at spillene ikke registrerer pasientens utførelse av bevegelser tilstrekkelig, til tross for at utstyret er kalibrert til pasientens funksjon.

«Noen ganger blir det litt uklart for pasienten hvorfor spillet reagerte som det gjorde.»

Noen pasienter opplever liten effekt og negative bivirkninger som økt tretthet, mens andre strever med å ta i bruk teknologien. Informantene gir også uttrykk for at det kan være vanskelig å ta på seg IVR-briller og håndkontroller, samt å bruke håndkontrollene for pasienter med nedsatt håndfunksjon.

«Det egner seg ikke for alle.»

ANVENDELSE AV IVR-TILTAK VED ULIKE TJENESTENIVÅ

Informantene har ulik erfaring med bruk av IVR i rehabilitering, blant annet fordi de ulike tjenestenivåene har investert i og prøvd ut ulikt utstyr.

Ifølge informant fra *spesialisthelsetjenesten* er IVR et tilbud til alle pasientene ved helseforetaket, både som en behandlingsmåte for fysisk trening, for å utfordre kognitive funksjoner og for å gjøre vurderinger.

«Vi bruker det som behandling for å trene fysiske funksjoner, og så sier vi at det utfordrer kognitive funksjoner, selv om vi ikke har noe evidens som tilsier at det faktisk trener kognitive funksjoner.»

«IVR blir også brukt til arbeidsevnevurderinger for å se arbeidskapasiteten til pasientene.»

IVR-utstyret som blir brukt i spesialisthelsetjenesten, har ulik utforming. Informanten fra spesialisthelsetjenesten har erfart at kommersielle spill oppleves mer motiverende enn de spesialiserte spillene. Det er derfor investert i kommersielt utstyr som blant annet HTC Vive, Oculus Rift, Oculus Quest og Cosmos. Noe av forskjellen mellom de ulike typene utstyr er vekten på brillene, hvordan håndkontrollene fungerer, og om de er koblet opp til PC eller ikke. Det nyeste utstyret har nå kommet med øyestyring og sensorer som lokaliserer personens posisjon i rommet. Informanten gir uttrykk for at de ulike typene utstyr har både styrker og svakheter.

Pasientens utfordringer og målsetninger er førende for hvilke spill som benyttes. Det mest brukte spillet, *Beat Saber*, gir mulighet for å trene på tempo og reaksjon, og det utfordrer oppmerksomheten. Spillet gir mulighet for trening av fysiske funksjoner i overekstremitetene med betraktelig flere repetisjoner enn i en tradisjonell ergoterapitime. Spillet *I Expect You To Die* blir også brukt i spesialisthelsetjenesten. Det bidrar til trening av prosessferdigheter ved å utfordre problemløsningsevne, kommunikasjonsferdigheter og hukommelse. Spillet *Job Simulator* trener

også prosessferdigheter, ved at pasienten må følge rekkefølge og orientere seg i rom. Ved bruk av samtlige spill trener pasientene også bevegelsesutslag i form av finmotorisk og grovmotorisk håndtering av håndkontroller.

I *kommunehelsetjenesten* ønsker de å teste ut IVR ved egentrening i pasientens hjem og i institusjon for rehabiliteringspasienter. Når treningen finner sted i pasientens eget hjem, gjør ergoterapeutene hjemmebesøk for oppfølging dersom pasienten trenger hjelp om det oppstår problemer med utstyret, eller for å gjøre justeringer og tilpasninger for å sikre progresjon.

«Da kan man trene hjemme når man vil og ikke være avhengig av noen andre.»

I kommunehelsetjenesten har de investert i en type spesialisert IVR-utstyr for håndtrening som heter *Magic Glass*. Utstyret må kalibreres hver gang før bruk, og registrerer da hvor god håndfunksjon pasienten har. Utstyret er koblet til en skjerm, slik at terapeuten kan se på skjermen hva som blir vist inni brillene. Til forskjell fra annet IVR-utstyr gjennomføres treningen sittende ved et bord. Spillene i dette IVR-utstyret gir mulighet for å trene på ulike funksjoner i hånd, med bruk av begge hender eller speilterapi. Ved å utføre ekstensjon og fleksjon i håndledd, supinasjon, pronasjon eller ulike grep utløses en reaksjon i spillet, for eksempel at en kanon sender ut en kule. Spillets oppbygning gir mulighet for å oppnå mange repetisjoner.

«Det er mer spennende å bruke disse brillene enn å drive med klesklyper.»

IVR-utstyret er foreløpig lite ut-

prøvd i kommunehelsetjenesten. På intervjutidspunktet var det bare benyttet som behandling for to personer med nedsatt håndfunksjon etter hjerneslag. Informantene ønsker å prøve ut tiltaket for flere pasienter for å få mer erfaring med effekten av IVR-tiltaket.

Diskusjon

Ergoterapeutiske tiltak kjennetegnes ved målorientering, klientsentrering, anvendelse og muliggjøring av aktivitet, samt at tiltakene skal være kunnskapsbaserte (18). Informantene beskriver viktigheten av at pasienten selv skal være med på å styre sin egen rehabiliteringsprosess. Dette samsvarer med ergoterapeuters forståelse om at klientsentrert praksis styrker pasientens kompetanse og kan gi en opplevelse av å mestre egen situasjon (18). Samtidig formidler noen av informantene at ikke alle deres pasienter oppnår selvstendighet i tiltak med IVR. Det kan dermed tenkes at IVR-tiltak i disse tilfellene ikke samsvarer med pasientens behov, interesser og målsetninger, og at en grundigere kartlegging kunne vært gjennomført på forhånd. Våre funn viser at større utvalg av spill og utstyr gir flere muligheter for å finne et IVR-tiltak som passer pasientens behov, interesser og målsetninger. Når målene pasienten har satt seg, kan oppnås ved å benytte IVR, kan det tenkes at teknologien understøtter rehabiliteringen. Pasientens motivasjon for og engasjement i egen rehabiliteringsprosess kan også ha stor betydning for utbyttet av IVR-tiltak (21). Dette kan indikere at en individuell og løpende vurdering av tiltakets effekt og pasientens motivasjon er viktig

for å sikre framgang i rehabiliteringsprosessen (22).

Informantene beskriver IVR som et verktøy for å trene på fysiske funksjoner, samt utfordre kognitive ferdigheter som trengs for å utføre meningsfulle aktiviteter. IVR-tiltak kan dermed sees som et middel for å gjenvinne eller forbedre individets forutsetninger, både kognitive og fysiske, for deltakelse i aktiviteter. Funn fra denne studien indikerer manglende forskning på bruk av IVR i terapi for å gjenvinne kognitive funksjoner. Dette underbygges av en studie som har konkludert med manglende data for å vurdere hvordan IVR påvirker pasientenes kognitive funksjoner (6). Våre funn viser imidlertid at IVR-spill egner seg godt som middel for å gjenvinne fysiske funksjoner, noe som støttes av studier som har vurdert effekt av IVR for ulike pasientgrupper (6-10). På den andre siden formidler noen av informantene at de har erfart at IVR-tiltak verken ga målbar effekt eller ønsket selvstendighet eller intensitet. Informantene formidlet dessuten at dersom målet er å bedre funksjon i en bestemt aktivitet, må det også trenes på den spesifikke aktiviteten. Trening med IVR kan da være et godt supplement til tradisjonell behandling (14). Dette underbygges av studier som vektlegger nødvendigheten av å velge flere strategier i terapien for å nå pasientens mål (22).

Meningsfulle aktiviteter benyttes som mål eller middel i ergoterapi (23). Våre funn viser at ergoterapeuter benytter IVR-spill som middel for å øke pasientens deltakelse i hverdagsaktiviteter. Samtidig rapporterer informantene at det er vanskelig å vurdere og måle hvorvidt tiltaket har overføringsverdi til hverdagslivet. Det-

te er i tråd med tidligere forskning som finner at pasienter kan forbedre utførelse av hverdagsaktiviteter etter tiltak med IVR, men at det er vanskelig å vurdere hvordan IVR-tiltak påvirker pasientens deltakelse og livskvalitet (6). En tidligere kvalitativ studie viser også at én terapeut har erfart at lekbaserte gripespill ga målbar overføringsverdi til pasientens mål om å få bedre grep rundt bestikk (14). Studien baserer seg på én terapeuts erfaring, og gir derfor lite validitet til antakelsen om at trening med IVR-spill har en overføringsverdi til utførelse av hverdagsaktiviteter. Dette tyder på et svakt evidensgrunnlag angående IVR-tiltakets overføringsverdi, noe som indikerer et behov for at flere studier undersøker effekten av og erfaringer knyttet til overføringsverdien ved bruk av IVR i rehabilitering.

Våre funn viser at informantene benytter kompetanse om aktivitetsanalyse for å vurdere potensialet i ulike IVR-spill. En analyse av hvilke krav spillene stiller til motoriske- og prosessferdigheter benyttes for å gradere vanskelighetsgraden, for å sikre pasientens mestring og progresjon. Graderinger kan også gjøres med hensyn til varighet og intensitet for utførelse (19). Dette indikerer derfor at en grundig kartlegging, samt vurdering av potensialet i bruk av IVR, er viktig for terapeutenes vurdering om hvorvidt pasientene vil ha utbytte av IVR som tiltak. En gradvis økning av vanskelighetsgrad vedlikeholder og utvikler aktivitetsutførelse, ferdigheter og kapasitet (24). Funn fra vår studie indikerer at de fleste IVR-spillene tilbyr en form for gradering. Informantene formidler at kjennskap til IVR-spillene er en forutsetning for å vite hva de ulike spillene



IVR har en lekbasert tilnærming som kan gjøre tiltaket mer lystbetont enn tradisjonell ergoterapi.

utfordrer, og hvilke muligheter for gradering de tilbyr. Dette støttes av forskning som viser et behov for teknologisk kunnskap og kompetanse for å kunne velge passende utstyr, spill og gradering av spillene (12).

I lys av MoHO kan pasientens mestring, selvstendighet og utbytte av IVR-tiltak ses som et resultat av samspillet mellom pasientens forutsetninger, aktivitetens krav, samt muligheter og begrensninger i miljøet (25). Hvis disse ikke samsvarer, kan det tenkes at pasientens muligheter til aktivitetsdeltakelse i IVR-tiltaket blir negativt påvirket.

Spillene gir poeng, belønning og rangeringslister som kan være motiverende (26). Noen av informantene påpeker at dette er elementer fra gamification, som er en strategi for å øke individets involvering og engasjement (27). En studie har vist at IVR-spill har kvaliteter som gjør at repeterende bevegelser kan oppleves motiverende i terapien (6). Det samsvarer med våre funn, som indikerer at IVR-tiltak kan oppleves mer engasjerende enn tradisjonelle øvelser for å forbedre funksjon. Ifølge våre informanter har pasienter som har benyttet IVR, formidlet at det er mer spennende å trene grep i IVR spill enn for eksempel med klesklyper. Det kan sees i tråd med at en lekfull tilnærming kan gjøre repeterende aktiviteter

mer motiverende (28). Informantene beskriver at elementer fra gamification gir pasienten mulighet til å anvende kompetanse og evner og øker følelsen av autonomi og motivasjon for bruk av IVR. Spillenes mulighet for interaksjon med et virtuelt miljø har vist seg å kunne fremme mening, mestring og motivasjon hos pasienter (29). Samtlige informanter beskriver dette som en styrke ved tiltaket, og det støttes av forskning som viser at IVR-teknologi er svært motiverende for pasienter (7, 14).

Informantene formidler at pasientene har ulike opplevelser med bruk av IVR-spill i rehabilitering, og at pasientene glemmer tid og sted når de kommer i god flyt når de spiller. Videre hevder våre informanter at pasientene oppnår flere repetisjoner og presterer bedre ved dette tiltaket enn ved en tradisjonell time med ergoterapi. Dette støttes av en studie av Lang og kollegaer, referert til av Rand og kollegaer (30), som har målt pasientens aktive repetisjoner i non-immersive VR-spill. Vi vurderer at dette kan ha overføringsverdi til bruk av IVR. Videre tyder våre funn på at pasientene opplever at det er spennende og gøy å spille. Dersom dette sees i lys av MoHO, kan det tenkes at pasientene opplever en følelse av glede ved at de deltar i en aktivitet der de kan utnytte sine ressurser til å løse oppgaver

(31). Ultimat fornøyelse i aktivitetsdeltakelse kan føre til en opplevelse av flow. Csikzentimihayli, referert i Lee og Kielhofner (31), beskriver flow som en fullstendig følelse av konsentrasjon i aktiviteten som man kan oppnå ved en optimal utfordring. På den andre siden har informantene beskrevet at teknologien i seg selv kan være utfordrende for pasientene, og at dette er en barriere for å gjennomføre treningen.

Våre funn indikerer at teknologien er relativt intuitiv, og at IVR-utstyret er noe alle kan benytte, uansett alder og kunnskap. På den andre siden viser informantenes erfaringer at det kreves teknologikompetanse for å klare å benytte teknologien på en hensiktsmessig måte. Dette kan sees i tråd med at pasientens tidligere erfaringer med teknologi kan påvirke viljen og interessen for å engasjere seg i IVR (20). Samtidig tilsier informantenes erfaringer at nedsatte fysiske og kognitive ferdigheter hos pasienten kan påvirke evnen til å håndtere utstyret hensiktsmessig. Ifølge MoHO utgjør en persons vilje, vane og evne til aktivitetsutførelse forutsetninger for personens aktivitetsdeltakelse (32). En kan derfor anta at dette også vil påvirke pasientenes forutsetninger for deltakelse i IVR-tiltak, og at ergoterapeuten bør ta hensyn til slike forutsetninger når IVR vurderes som tiltak for den enkelte pasient.

Metodediskusjon

Det faktum at flere av våre informanter arbeider ved samme arbeidsplass, kan være en begrensning da det kan gi et snevert perspektiv i forhold til forskningsspørsmålet (15). Det ville også vært en fordel å intervju flere ergoterapeuter som har mer

klinisk erfaring med bruk av IVR i rehabilitering, da kun to av våre informanter har slik pasienterfaring. Imidlertid er alle informantenes refleksjoner av betydning, da det er begrenset kunnskap og erfaringer med IVR fordi det er en forholdsvis ny behandlingsform. En styrke i utvalget er at informantene arbeider ved ulike tjenestenivåer, som gjør at de har erfaringer med og refleksjoner knyttet til ulikt utstyr, pasientgrupper og bruksområder.

Det var utfordrende å gjennomføre intervju over Skype på grunn av forsinkelser i lyd, bakgrunnsstøy samt internettforbindelse. Under andre forhold ville det vært hensiktsmessig å gjennomføre intervjuene ansikt til ansikt, da det også kunne bidratt til en bedre relasjon til informantene. En annen utfordring var nervøsitet fra den som intervjuet. Dette kan ha påvirket relasjonen i intervjuet og hatt innvirkning på spørsmålsformuleringene og evnen til å stille relevante oppfølgings-spørsmål. Nervøsitet kan også ha bidratt til at intervjueren snakket fortere enn vanlig og påvirket evnen til å være en god lytter. Dette kan ha negativ innvirkning på intervjuet, kanskje særlig ved gjennomføring av digitale intervjuer. En konsekvens kan være at vår tolkning ikke samsvarer med det informanten ønsket å formidle. På den andre siden anser vi det som en metodisk styrke at alle de tre første forfatterne var til stede under samtlig intervju. Da kunne flere stille relevante oppfølgings-spørsmål, og vi kunne diskutere vår forståelse av data i etterkant av intervjuene. Videre anser vi det som en metodisk styrke at det ble gjort lydopptak av intervjuene for å sikre at vi ivaretok det informantene formidlet.

Det har også vært en metodisk styrke å kunne følge en trinnvis metode for dataanalyse. De tre første forfatterne har gjennomført alle analysefasene sammen. Det har vært en styrke i diskusjon av funnene, men det kan tenkes at flere perspektiver ved materialet ville blitt avdekket ved individuelle gjennomganger av datamaterialet. Vi har arbeidet aktivt for å gjøre oss kjent med vår forskerrolle samt tatt stilling til hvordan vår innflytelse kan påvirke våre funn. Vår forforståelse kan ha påvirket hvilke spørsmål vi inkluderte i intervjuguiden, våre oppfølgingsspørsmål, og hvordan vi forstod og tolket datamaterialet. Funnene kunne vært forstått og tolket på en annen måte hvis vi ikke hadde vært påvirket av vår forforståelse. På den andre siden er vår faglige bakgrunn utgangspunkt for å forstå og tolke data.

Konklusjon

I lys av kunnskapsgrunnlaget i ergoterapi kan IVR-tiltak benyttes som middel for å trene opp fysiske og kognitive funksjoner som kreves for å mestre egen hverdag. Våre funn og tidligere forskning trekker fram de samme styrkene ved behandlingsformen: at spillene er motiverende og engasjerende, samt tilbyr økt antall repetisjoner og muligheter for gradering av vanskelighetsgrad. Videre sees et utviklingspotensial i utstyrets brukervennlighet, samt et behov for kunnskap hos terapeuter og pasienter som skal ta utstyret i bruk. Informantenes erfaringer tilsier at pasientens mestring, selvstendighet og utbytte av IVR-tiltak avhenger av om pasientens forutsetninger møter IVR-spilletts krav, samt muligheter og begrensninger i både det virtuelle og fysiske miljøet hvor treningen finner sted.

I sin helhet indikerer funnene våre at IVR har kvaliteter som gjør at det egner seg som ergoterapeutisk tiltak for rehabiliteringspasienter.

Implikasjoner for praksis og forskning

Våre funn indikerer at IVR kan benyttes som tiltak ved rehabiliteringsenheter samt har potensial som et alternativ for egentrening. Videre viser informantenes erfaringer at tiltak med IVR har en lekbasert tilnærming som kan gjøre tiltaket mer lystbetont enn tradisjonell ergoterapi. Informantene i denne studien trekker fram viktigheten av å investere i utstyr som støtter behovene og målene til pasientgruppene som tjenesten skal ivareta. Kommersielt og spesialisert IVR-utstyr ser ut til å ha ulike bruksområder, hvor spesialisert utstyr blant annet egner seg til håndtrening. Det kommersielle utstyret har imidlertid flere bruksområder, som blant annet trening av fysiske funksjoner, prosessferdigheter og vurdering av arbeidskapasitet. Kommersielt utstyr omtales som mer motiverende enn spesialisert utstyr. Hvis IVR skal tas i bruk i rehabilitering, kan det være hensiktsmessig å samarbeide med dem som allerede har erfaring med bruk av IVR som tiltak.

Funn fra denne studien indikerer et behov for at flere ergoterapeuter tilegner seg mer kunnskap og erfaringer om bruk av IVR for å styrke og utvikle behandlingsformen. For å kunne bidra til kunnskapsbaserte helsetjenester av høy kvalitet ser vi det som nødvendig at effekt og nytteverdi vurderes som summen av forskning, erfaringer og pasientens opplevelse av behandlingsformen.

Det er behov for forskning som

fokuserer på pasientenes erfaringer med bruk av IVR-spill, blant annet for å utforske brukervennligheten av IVR.

Referanser

- Helse- og omsorgsdepartementet. Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019). 2016.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Omsorg 2020. 2015.
- Sunnaas sykehus. Virtual Reality og robotteknologi i rehabilitering [Internett]. [oppdatert 18. des 2017; hentet 4. apr 2020]. Tilgjengelig fra: <https://www.sunnaas.no/fag-og-forskning/kompetansesentre-og-tjenester/regional-kompetansetjeneste-for-rehabilitering-rkr/nyheter-rkr/virtual-reality-og-robotteknologi-i-rehabilitering>
- Furth B. Encyclopedia of multimedia. New York: Springer; 2008.
- Jerald J. The VR book: human-centered design for virtual reality. 8. utg. New York: San Rafael, California: Association for Computing Machinery; 2016.
- Laver KE, Lange B, George S, Deutsch JE, Saposnik G, Crotty M, et al. Virtual reality for stroke rehabilitation. The Cochrane database of systematic reviews. 2017;11(11):CD008349-CD.
- Aida J, Chau B, Dunn J. Immersive virtual reality in traumatic brain injury rehabilitation: A literature review. NeuroRehabilitation. 2018;42(4):441. 10.3233/NRE-172361
- Pourmand A, Davis S, Lee D, Barber S, Sikka N. Emerging Utility of Virtual Reality as a Multidisciplinary Tool in Clinical Medicine. Games for Health Journal. 2017;6(5):263-270.
- Chau B, Phelan I, Ta P, Humbert S, Hata J, Tran D. Immersive Virtual Reality Therapy with Myoelectric Control for Treatment-resistant Phantom Limb Pain: Case Report. Innovations in clinical neuroscience. 2017;14(3):7-8.
- Wittkopf PG, Lloyd DM, Coe O, Yacoobali S, Billington J, Wittkopf PG. The effect of interactive virtual reality on pain perception: a systematic review of clinical studies. Disability and rehabilitation. 2019;1-12.
- Levac D, Glegg S, Colquhoun H, Miller P, Noubary F. Virtual Reality and Active Videogame-Based Practice, Learning Needs, and Preferences: A Cross-Canada Survey of Physical Therapists and Occupational Therapists. Games for Health Journal. 2017;6(4):217-228.
- Schmid L, Glässel A, Schuster-Amft C. Therapists' Perspective on Virtual Reality Training in Patients after Stroke: A Qualitative Study Reporting Focus Group Results from Three Hospitals. Stroke Research and Treatment. 2016.
- Thomson K, Pollock A, Bugge C, Brady MC. Commercial gaming devices for stroke upper limb rehabilitation: a survey of current practice. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology. 2016;11(6):454-461.
- Smit D, Lange JD, Willemse B, Pot AM. The relationship between small-scale care activity involvement of residents with dementia. International Psychogeriatrics. 2012;24(5).
- Malterud K. Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag. Oslo Universitetsforlaget; 2018.
- Taylor RR, Kielhofner G. Introduction to the Model of Human Occupation. 5. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017.
- Kielhofner G. Ergoterapi i praksis. København: Munksgaard; 2010.
- Jepsen BG, Larsen AE. Ergoterapeutisk intervention. In: Brandt Å, Madsen AJ, Peoples H, editors. Basisbog i ergoterapi. 3. København: Forfatterne og Munksgaard; 2015. p. 213-26.
- Bundegaard KM, Bülow CV. Aktivitetsanalyse i ergoterapi. In: Brandt Å, Madsen A, Peoples H, editors. Basisbog i ergoterapi København Munksgaard; 2015.
- Bendixen H, Madsen A. Referencerammer og teori i ergoterapi. In: Brandt Å, Madsen AJ, Peoples H, editors. Basis bog i ergoterapi 3. København Forfatterne og Munksgaard; 2015.
- James AB. Activities of Daily Living and Instrumental Activities of Daily Living. In: Schell BAB, Gillen G, Scaffa ME, Chon ES, editors. Willard & Spackman's Occupational Therapy 12. Philadelphia: Wolters Kluwer: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p. 610 - 52.
- Fisher AG, Wæhrens EE. OTIPM: en model for planlægning og implementering af top-til-bund, klientcenterede og aktivitetsbaserede interventioner. København: Munksgaard; 2012.
- Fisher AG, Marterella A. Powerful Practice: a Model for Authentic Occupational Therapy. Colorado: Center for Innovative OT Solutions; 2019.
- Andersen FØ, Hansen N. Flow i hverdagen - navigasjon mellom stress, kaos og kjedsomhet. Bergen Fagbokforlaget; 2012.
- Taylor CM. Evidence-based practice for occupational therapists. Oxford Blackwell; 2007.
- Sailer M, Hense JU, .S.K. M, Mandl H. How gamification motivates: An experimental study of the effects of specific game design elements on psychological need satisfaction. 2017.
- Jørgensen K, Mortensen TE. Estetikk og spillelementer; utfoldelse og lekenskap med digital medieteknologi. Norsk medietidsskrift. 2013;20 (3).
- Basten D. Gamification IEEE Software. 2017 34(5).
- Volovik MG, Borzikov VV, Kuznetsov AN, Bazarov DI, Polyakova AG. Virtual Reality Technology in Complex Medical Rehabilitation of Patients with Disabilities (Review). Sovremennye tehnologii v medicine. 2018;10(4).
- Rand D, Givon N, Weingarden H, Nota A, Zeilig G. Eliciting Upper Extremity Purposeful Movements Using Video Games: A Comparison With Traditional Therapy for Stroke Rehabilitation. Neurorehabilitation and Neural Repair. 2014;28(8):733-9.
- Lee SW, Kielhofner G. Volition. In: Taylor RR, editor. Kielhofner's Model of Human Occupation. 5. Philadelphia: Wolters Kluwer Health; 2017. p. 38-56.
- Kielhofner G, Forsyth K. Ergoterapeutiske strategier for muliggjørelse af forandring. In: Kielhofner G, editor. MOHO - model for menneskelig aktivitet 2. København Munksgaard; 2010.

Fremmer tidlig læring

Explorer Mini gir de minste barna muligheten til å bli mer selvstendige gjennom utforskning. Det er en trygg elektrisk rullestol der de selv kan ta i bruk plassen rundt seg for å utforske omgivelsene.

Den unike konstruksjonen gir barnet akkurat den støtten det trenger for å utvikle styrke, utholdenhet og holdningskontroll.

Kontakt oss for mer informasjon

tlf. +47-67 07 04 00

ks@permobil.com

permobil.com

permobil



Erfaring med bruk av eye-tracking-briller i aktivitet

Av Eline Aase Kordt, Eike Wehling, Siri Hanne Betten Lysgård, Eirik Vikane, Anne Helen Jacobsen og Tina Taule

Eline Aase Kordt arbeider ved ergoterapiavdelingen, ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus (HUS) i Bergen. E-post: eline.aase.kordt@helse-bergen.no.

Eike Wehling arbeider ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, ReHabiliteringsklinikken, HUS, Bergen, og institutt for biologisk og medisinsk psykologi ved Universitetet i Bergen.

Siri Hanne Betten Lysgård arbeider ved ergoterapiavdelingen, ortopedisk klinikk ved Haukeland universitetssjukehus (HUS) i Bergen.

Eirik Vikane arbeider ved avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering, rehabiliteringsklinikken ved Haukeland universitetssjukehus (HUS) i Bergen.

Anne Helen Jacobsen arbeider ved ergoterapiavdelingen, ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus (HUS) i Bergen, og bachelor i ergoterapi ved institutt for helse og funksjon, fakultet for helse og sosialvitenskap ved Høgskolen på Vestlandet (HVL).

Tina Taule arbeider ved ergoterapiavdelingen, ortopedisk klinikk, Haukeland universitetssjukehus (HUS) i Bergen.

*Manuset ble mottatt 13.11.2020 og godkjent 12.04.2021.
Forfatterne har ingen interessekonflikter.*

Abstract

Erfaring med bruk av eye-tracking-briller i aktivitet

Objective: Visual and visuo-perceptual problems are common among stroke patients. The objective is to describe the benefits and challenges of eye-tracking glasses in functional assessment among stroke patients.

Methods: An innovational study was conducted including four stroke patients with presumed visual impairments. Study participants wore eye-tracking glasses while performing two Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) activities. Description of activities according to AMPS manual was supplied with video-analyses collected with eye-tracking glasses.

Results: The results shows that occasionally eye-tracking glasses provide additional information about visual functions of stroke patients during occupational performance. Use of eye-tracking glasses may lead to increased awareness of visual difficulties and reconsideration of therapeutic approaches. Technical issues, such as use of glasses, data loss, and available filters to analyze data, present challenges in interpreting the material.

Conclusions: Recordings from eye-tracking glasses can add specific information on visual aspects of occupational performance during an AMPS assessment. Wide application is however, still challenging due to required and specific patient criteria, necessity to carefully plan activities according to technical limitations in eye-tracking glasses, as well as lack of suitable analytic data programs.

Key word: Eye-tracking, Assessment of Motor and Process Skills AMPS, vision, assessment, occupational therapy, innovation, stroke

Introduksjon

Hjerneslag rammer årlig rundt 12 000 personer i Norge (1). Ett av de mest vanlige utfallene er synsvansker, som inntreffer hos opp mot 60 prosent av alle som får et hjerneslag (2). I litteraturen skilles det gjerne mellom sensoriske, motoriske og perseptuelle synsvansker (3). Sensoriske vansker er nedsatt synsskarphet og synsfeltutfall. Motoriske utfall inkluderer en rekke øyemotoriske vansker, som nedsatt akkomodasjon og konvergens, nystagmus og dobbeltsyn. Persepsjonsvansker er optisk afasi, visuell agnosi, aleksi, hallusinasjoner og visuelt neglekt (3). Typiske synsvansker etter et hjerneslag er forstyrrelser i øyemotorikken, synsfeltutfall og visuelt neglekt (2). Slike vansker kan ha stor innvirkning på evnen til å fungere i hverdagen (4) og utførelse av aktiviteter som bilkjøring, handling og matlaging (5). Det å ferdes i områder med andre mennesker kan oppleves som desorienterende og angstfremkallende (5). Ytterligere konsekvenser av synsvansker kan være hodepine og økt fatigue (4). Som en del av rehabiliteringsteamet rundt pasienten har ergoterapeuten en viktig rolle med fokus på bruk av synet i daglige aktiviteter (6).

Synsrehabilitering er et sammensatt fagområde som krever tverrprofesjonell tilnærming (6). Mens helsepersonell tidligere er blitt kritisert for å fokusere for lite på synsvansker (7), gir nå hjernehelseterapien (8) et tydelig ansvar til spesialisthelsetjenesten. Helsedirektoratets retningslinjer for slagbehandling og rehabilitering anbefaler at alle som har hatt et hjerneslag, kartlegges for synsvansker (1). Det er imidlertid manglende konsensus innen fagfeltet om et felles testbatteri. I tillegg er flere pasienter ikke tilgjengelige for kartlegging i tidlig fase etter hjerneslaget på grunn av omfattende kognitive vansker og/eller redusert kapasitet (9). For bedre å fange opp synsendringer kan det være aktuelt å ta i bruk nye metoder i kartlegging av synsfunksjonen hos denne pasientgruppen.

Øyestyling er en teknologi som gjør det mulig å betjene en datamaskin med øynene, og er et mye brukt kommunikasjonshjelpemiddel. Det finnes både øyestyngslistor som kobles til PC-er, og øyesporingsbriller (eye-tracking) som er mer mobile. I en studie gjort av Land, Mennie & Rusted, (10) ble eye-tracking-briller brukt for å undersøke fikseringsmønsteret hos tre friske personer mens de utførte en kjent hverdagsaktivitet, lage te. Det ble funnet en klar sammenheng mellom øyebevegelser og objektrelaterte handlinger hos alle deltakerne.

Resultatene viste blant annet at øyebevegelser var et par sekunder forut for fysiske handlinger, og at personen i hovedsak fokuserte på relevante objekter, som tekanne og tekopp. Resultatene kan tyde på at øyebevegelser er drevet av lagret kunnskap om ulike delhandlingar og hvilke objekter som trengs for å fullføre en oppgave (10). Eksperimentet er gjenskapt i ettertid også for pasienter med hjerneslag (11-13). Studiene viser at personer med kognitive vansker har flere fikseringer på ikke-relevante objekter og (for tidlig) fiksering på gjenstander som skal brukes senere i aktiviteten (12). Det etterspørres samtidig mer forskning på eye-tracking og daglige aktiviteter, og om eye-tracking kan brukes for å predikere kognitiv svikt (14, 15).

Basert på tidligere forskning og lovende resultater for bruk av eye-tracking-teknologi har ergoterapiavdelingen ved Haukeland universitetssjukehus gått til innkjøp av slike briller. Hensikten med prosjektet er å identifisere nytte og utfordringer ved bruk av eye-tracking-briller i vurdering av synsfunksjonen i aktivitet hos pasienter med hjerneslag.

Materiale og metode

Dette er et innovasjonsprosjekt med fokus på klinisk nytte av en teknologi som tidligere er blitt mest brukt innenfor kommersialisering.

DELTAKERE

Pasienter innlagt til rehabilitering ved en avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering i spesialisthelsetjenesten innen 3 måneder etter hjerneslaget og med mistanke om synsvansker var aktuelle for deltakelse i prosjektet. Deltakerne ble rekruttert i perioden mai og juni 2019. Kriteriene var at pasientene forstod instruksjon og var samtykkekompetente, vurdert av medisinsk ansvarlig lege.

UTVIKLING AV TESTOPPGAVE OG PROSEDYRE

I forkant av testing ble utstyret prøvd ut av prosjektets to brukerrepresentanter. De brukte eye-tracking-brillene i gjennomføringen av to Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). Brukerrepresentantenes tilbakemeldinger ble tatt hensyn til i utarbeidelse av testprotokollen.

Datainnsamling

AMPS

I tråd med nasjonale anbefalinger er AMPS brukt rutinemessig i avdelingen for å vurdere pasientens evne til å utføre daglige aktiviteter (1). AMPS ble

Variabler	Per* ID 1	Kåre* ID 2	Jan* ID 3	Mons* ID 4
Alder (år)	72	59	81	76
Kjønn	Mann	Mann	Mann	Mann
Skadelokalisasjon (hemisfære)	Høyre	Høyre	Høyre	Høyre
Bruk av briller	Ja	Ja	Ja	Ja
NIHSS-skår ¹	4	12	13	-
Visuelt neglekt	Nei	Ja	Ja	Ja
Forflytning	Rullestol	Rullestol	Rullestol	Gående
Selvstendig i forflytning	Ja	Nei	Nei	Ja
AMPS-aktiviteter	Trakte kaffe Lage brødsdskive med ost	Trakte kaffe Koke egg	Trakte kaffe Koke egg	Lage eggerøre, toast og kaffe/te Lage fruktsalat
AMPS motorisk skår (logit)	0.0	0.2	0.4	1.6
AMPS prosess skår (logit)	0.5	0.3	0.0	1.5
Gaze ² (%)	27	93	82	90

Tabell 1. Demografiske, kliniske og funksjonelle karakteristika for den enkelte pasient.

*Fiktive navn 1 Missing NIHSS skårer for ID 4, NIHSS ved innkomst AFMR. Gaze2 angir prosentandel av det totale opptaket (100 %) hvor eye-tracking-data er tatt opp. Forkortelser: NIHSS: National institutes of health stroke scale, AMPS: Assessment of Motor and Process Skills.

under prosjektet gjennomført i henhold til retningslinjer gitt i AMPS-manualen (16). Dette innebærer blant annet at AMPS ble utført av sertifiserte ergoterapeuter som observerte pasienten mens han/hun gjennomførte to selvvalgte, kjente daglige aktiviteter. Under observasjonen vurderte terapeuten kvaliteten på observerbare ferdigheter, som for eksempel hvordan pasienten åpnet dører, grep etter redskaper, hvilke valg som ble gjort underveis, og om aktiviteten ble gjennomført i en hensiktsmessig rekkefølge. Deretter skåret terapeuten kvaliteten på utførelsen basert på hvor effektivt, trygt, selvstendig og anstrengt aktiviteten ble gjennomført. Skåringsresultatene gis på to ulike skalaer, hvor den ene reflekterer pasientens motoriske evner (AMPS-motor), og den andre reflekterer pasientens prosessuelle evner (AMPS-prosess). Skåren varierer fra -3 til +4 logit på AMPS-motor og fra -4 til +3 logit for AMPS-prosess. For begge skalaene indikerer høy skåre høy kvalitet på aktivitetsutførelsen. Cut-off for selvstendig utførelse er 1 på prosessferdigheter og 1,5 på motoriske ferdigheter. Brukt til vurdering av aktivitetsutførelse hos voksne pasienter med hjerneslag har AMPS vist svært gode måleegenskaper (17-19) og kan brukes uavhengig av kjønn, alder, kultur og hvilken side av hjernen slaget rammer (20-24).

EYE-TRACKING

Under utførelsen av aktivitetene ble deltakernes øyebewegelser tatt opp ved bruk av eye-tracking-brillene, Tobii Pro Glasses 2 100-Hz[®]. Tobii Pro Glasses 2 gir mulighet for opptak med 50 Hertz (Hz) eller 100 Hz. Hz referer til antall bilder som tas per sekund (25). Terapeuten kan selv enkelt endre innstilling for opptak.

Brillene har et kamera som filmer området foran personen. I tillegg er det fire kameraer som filmer pupillbevegelsene. Ergoterapeuten kan via et nettbrett følge med på hvor pasienten ser underveis i aktiviteten (25). Tobii Pro Glasses 2 bruker ett-punkts kalibrering. Kalibrering er prosessen hvor ulike egenskaper til pasientens øyne blir målt. Målingen danner videre grunnlag for en individuell tilpasning av brillene med nøyaktig beregning av fikseringspunktet (25).

Eye-tracking-briller gir mulighet til å registrere ulike aspekter av synsfunksjonen, som sakkader og fikseringer. Sakkader kan defineres som øyebewegelser som brukes for å flytte foveaen raskt fra et fikseringspunkt til neste fikseringspunkt (25). Fikseringer er den perioden hvor øynene er justert på målet, slik at det oppståtte bildet kan prosesseres (26). Fikseringsvarighet varierer utfra

situasjon; ved lesing er det vanlig med fikseringer på 200-300 millisekunder (ms), mens i andre aktiviteter kan det være vanlig med fikseringsvarighet på over 1000 ms (27). Sakkader og fikseringer er sentrale i innhenting og bearbeiding av visuell informasjon.

Forstyrrelser i sakkadebevegelsene kan medføre at søkefeltet blir innskrenket og søkemønsteret preges av korte ineffektive sakkader. Det kan hemme den visuelle utforskningen og medføre mangelfull og ufullstendig visuell informasjon (28, 29), som kan gi utfordringer i daglige aktiviteter som lesing og matlaging (30).

BAKGRUNNSVARIABLER

Deskriptive data som alder og kjønn er hentet fra pasientenes journal. National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) (31) er utviklet for å angi alvorlighetsgrad av hjerneslaget (32). På Haukeland universitetssykehus brukes en revidert versjon som gir en skåre mellom 0 og 34 (33). Lav skåre betyr lettere utfall etter hjerneslaget. Informasjon om utfall etter hjerneslaget i form av NIHSS-skåre, type hjerneslag, afasi, neglekt, ptose eller parese i øye-muskulatur er også hentet fra journal.

ANALYSE

Det brukes deskriptive mål og ergoterapeutens beskrivelse fra gjennomføring av AMPS. Tobii Pro Lab-Analyser Edition gir muligheter for å analysere eye-tracking-videoen. Integrert i analyseprogrammet er to ulike *Velocity-Threshold Identification*-filter (I-VT), fixation-filter og attention-filter (34). Disse filtrene påvirker hvordan analyseprogrammet behandler datamaterialet. På bakgrunn av analysen kan terapeuten få informasjon om hvor pasienten har fokusert synet, og antall og lengde på fikseringer og sakkader. Erfaring med analysing av data i analyseprogrammet beskrives i eget avsnitt. Resultatene fra eye-tracking-opptakene er beskrevet som en subjektiv analyse. Resultatene viser informasjon om hvor pasienten har fokusert blikket sitt, og observasjoner fra samhandling med ergoterapeuten underveis i aktiviteten.

ETIKK

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (2019/494). Prosjektet er gjennomført i henhold til Helsinkideklarasjonen (35), og alle deltakerne har signert frivillig informert samtykke.

Resultater

BESKRIVELSE AV INKLUDERTE PASIENTER OG GJENNOMFØRTE AKTIVITETER

Det var totalt fire pasienter (medianalder 74 år) inkludert i prosjektet. Alle pasientene hadde hjerneinfarkt. Tre av deltakerne var rullestolbrukere, og ergoterapeuten tilrettela AMPS-aktiviteten ved å finne frem nødvendig utstyr og plassere dette på kjøkkenbenken i forkant av gjennomføringen. Deskriptive og kliniske data for inkluderte pasienter er beskrevet i tabell 1.

RESULTATER FRA AMPS-VURDERING OG EYE-TRACKING FOR DEN ENKELTE DELTAKER

Per (ID 1) AMPS-vurdering. Per trakter kaffe (aktivitet A-3) og smører brødslice med ost (aktivitet F-2)(16). Ergoterapeutens AMPS-vurdering indikerer at pasienten utfører disse kjente aktivitetene trygt, men med redusert effektivitet, økt anstrengelse og behov for assistanse eller tilrettelegging. Begge aktivitetene gjennomføres i en logisk rekkefølge, men langsomt. Per har gjennomgående vansker med å tilpasse kraft til oppgaven eller handlingen han utfører, som for eksempel når han åpner/lukker igjen skap og åpner kaffeboksen. Han organiserer egen arbeidsflate trangt, slik at han stadig kommer borti eller har behov for å flytte rundt på gjenstander for å finne det han trenger.

Per (ID 1) eye-tracking. Den røde prikken som viser hvor pasienten ser, var kun synlig i 27 prosent av opptaket. Det vil si at i 73 prosent av videoen ga eye-tracking-brillene ingen informasjon om hvordan Per brukte blikket.

Kåre (ID 2) AMPS-vurdering. Kåre trakter kaffe (aktivitet A-3) og koker egg (aktivitet D-6)(16). Ergoterapeutens AMPS-vurdering indikerer at Kåre utfører de kjente aktivitetene med redusert effektivitet, økt anstrengelse, redusert trygghet og stort behov for assistanse. Han har behov for hjelp til å flytte rullestolen, men viser tydelig til terapeuten hvor han skal. På grunn av redusert styrke er det mer krevende for Kåre å åpne/lukke emballasjer med én hånd, og han har behov for hjelp. Det observeres at han bruker mer tid på å finne utstyr som er plassert til venstre på arbeidsflaten. Kåre gir uttrykk for at det er utfordrende å se tallene på komfyren og på tidsuret han bruker for å ta tiden på hvor lenge eggene skal koke. Dette kan være en årsak til at Kåre ikke klarer å beregne hvor lenge eggene skal koke.

Kåre (ID 2) eye-tracking viser at Kåre fokuserer hyppigst på høyre side av arbeidsflaten. Når han skal



Bilde 1 viser at når Kåre skal finne en panne til å koke egg i, ser han kun pannene som er plassert på høyre side i skuffen.



Bilde 2 illustrerer at selv om Kåre fokuserer blikket sitt på tallene på tidsuret, sier han at han ikke ser tallene.

finne en panne til å koke egg i, som illustrert på bilde 1, ser han kun pannene som er plassert på høyre side i skuffen. Kåre fokuserer blikket sitt på tallene på tidsuret, illustrert på bilde 2, likevel sier Kåre at han ikke ser tallene på tidsuret. Det observeres i videoen at ergoterapeuten nikker bekreftende når Kåre ser på terapeuten og spør om tilbakemelding på det han gjør.

Jan (ID 3) AMPS-vurdering. Jan trakter kaffe (aktivitet A-3) og koker egg (aktivitet D-6) (16). Ergoterapeutens AMPS-vurdering indikerer at han utfører disse kjente aktivitetene trygt, med redusert effektivitet, økt anstrengelse og behov for assistanse. Han har behov for hjelp til å flytte seg rundt på kjøkkenet i rullestolen. Jan startet spontant med oppgavene. Han har vansker med å finne utstyr på venstre side og har behov for muntlig hint fra ergoterapeuten. Jan gjør en avtale med terapeuten i forkant av oppgaven om at han ikke vil ha lokk på pannen når han koker egg, men endrer mening underveis og bruker tid på å lete etter lokket. Under aktiviteten viser han god mengdeberegning når han lager kaffe. Det er utfordrende for han å åpne/lukke emballasje, og han mister blant annet kaffeboksen på benken. Under aktiviteten å koke egg har Jan vansker med å beregne tid på hvor lenge egget skal koke. Han sier han vil bruke klokke, men gjør det ikke.

Jan (ID 3) eye-tracking-video viser også at Jan har vansker med å finne utstyr på venstre side. Det observeres imidlertid at koking av egg ikke stiller så store krav til å finne objekter på venstre side av arbeidsflaten. Dette er fordi panner og skje som skal brukes, er plassert på høyre side i skuffen. Eggene er plassert i døren på kjøleskapet, som også er på

høyre side, vist på bilde 3. Jan ser på terapeuten og søker bekreftelse flere ganger underveis i aktiviteten, og det observeres at ergoterapeuten nikker bekreftende.

Mons (ID 4) AMPS-vurdering. Mons lager eggerøre, rister brød og lager kaffe (aktivitet D-2) og i tillegg fruktsalat (aktivitet H-2) (16). Ergoterapeutens AMPS-vurdering indikerer at pasienten utfører disse kjente aktivitetene effektivt, trygt og uten behov for assistanse, men med økt anstrengelse. Han gjennomfører begge aktivitetene stående, men preges av redusert balanse. Terapeuten konkluderer med at han periodevis har behov for tettere tilsyn av en person, spesielt når han blir sliten, da han blir mer ustødig. Så lenge Mons utfører aktiviteter i miljøer som gir tilstrekkelig anledning for å finne støttepunkter, er det nok liten fare for fall.

I Mons (ID 4) eye-tracking-video observeres det at øyebevegelsene til Mons er gjennomgående forut for handlingene han utfører. Som illustrert på bilde 4 fokuserer han på kaffefilteret (som er neste steg) mens han holder på å ta kaffepulver på skjeen. Det observeres ingen vansker med synsfunksjonene eller utførelsen av aktiviteten i videoen. Det observeres at Mons ikke søker bekreftelse fra terapeuten underveis.

Diskusjon

Resultatene viser at i enkelte situasjoner kan eye-tracking-briller gi informasjon om synsfunksjonen til pasienten under utførelsen av AMPS-aktiviteter. Videoopptak av en aktivitet gir også muligheter for at ergoterapeuten kan bli mer bevisst egen terapeutisk



Bilde 3 viser at eggene er plassert i døren på kjøleskapet på Jans høyre side.



Bilde 4 illustrerer at Mons fokuserer på kaffefilteret (som er neste steg) mens han holder på å ta kaffepulver på skjeen.

tilnærming. Tekniske utfordringer med datatap gir utfordring i tolkning av materialet.

BRUK AV EYE-TRACKING-BRILLER I AKTIVITET

Gjennom bruk av eye-tracking-briller kan ergoterapeuten se aktiviteten «gjennom pasientens øyne» for en utvidet forståelse av handlingene til pasienten. Resultatene viser at eye-tracking-brillene kan gi noe ekstra informasjon om synsfunksjonen under utførelsen av AMPS-aktiviteter. For eksempel viser videoen til Kåre at han fokuserer blikket på tallene på tidsuret, men han klarer ikke å lese tallet som står der. Dermed må det være andre årsaker, som for eksempel redusert visus, som gjør at han selv om han har fokus på rett sted, likevel ikke klarer å avkode tallet. Et annet eksempel er observasjoner av at Kåre og Jan fokuserer hyppigst på høyre side på arbeidsflaten og fokuserer lite på venstre side. Denne observasjonen må også ses opp mot plassering av utstyr og hvilke krav aktiviteten stiller til at Kåre og Jan skal fokusere på venstre side. I videoen til Mons observeres det at øyebevegelse er forut for handlingene, slik som Land med flere (9) har beskrevet i sin artikkel. Resultatet av AMPS indikerer også at Mons klarer seg godt i kjente daglige aktiviteter på en sykehusavdeling.

En studie som har undersøkt datakvalitet på ulike eye-tracking-briller, viser at Tobii Pro glasses har betydelig mer datatap over øyehøyde sammenlignet med under øyehøyde (36). Dette kan gi begrensninger på hvilke aktiviteter som kan utføres og hvordan. For bedre å sammenligne videoene med hverandre kunne det vært hensiktsmessig at Mons gjennomførte aktiviteten sittende, slik som de tre

andre pasientene. Slike tilpasninger kan imidlertid medføre en unaturlig endring i aktivitetsutførelsen. Den kan føre til at pasienten bruker lenger tid på å utføre aktiviteten enn han ellers ville gjort, eller bruker mer energi på å forflytte seg rundt på kjøkkenet. Dette strider også med grunntankene i ergoterapi. En ergoterapeut skal tilpasse miljøet for økt deltakelse i aktiviteter, ikke motsatt (37). Det vil også være en diskusjon om det er hensiktsmessig at ergoterapeuter skal kartlegge synsfunksjonen på detaljnivå. Nytteverdi av ekstra observasjoner ved bruk av eye-tracking-briller må ses opp mot begrensningene bruk av brillene gir.

BRUK AV EGNE BRILLER I TILLEGG TIL EYE-TRACKING-BRILLER

Eye-tracking-brillene har ikke innebygd synsstyrke. Det betyr at personer som er avhengige av briller for å utføre aktiviteter, må bruke disse i tillegg til eye-tracking-brillene. Alle deltakerne i forprosjektet brukte egne briller eller linser under testing, noe som påvirket datakvaliteten. Eye-tracking-brillene bruker refleksjoner i pupillene til å beregne hvor personen som har brillene på, ser, og refleksjoner i brilleglassene kan være forstyrrende for opptaket. Konsekvensen av bruk av egne briller kan bli at den røde prikken som illustrerer hvor pasienten fokuserer blikket sitt på videoopptaket, kan vise feil eller forsvinne. Dette kan være en årsak til at den røde prikken vises sporadisk og kun i 27 prosent av eye-tracking-videoen til Per. Med så mye datatap kunne ikke eye-tracking-videoen brukes i kartlegging av synsfunksjonen til Per.

I mange studier hvor eye-tracking brukes, er

populasjonen friske personer uten historikk med øy-esykdom/skade og som ikke er avhengige av egne briller (36, 38-41). Økende alder fører til at linsen i øynene blir stivere, og akkomodasjonsevnen svekkes og er stort sett tapt etter fylte 60 år. Dermed er de fleste over 60 år avhengige av lesebriller (42). Utfordringen med bruk av egne briller vil dermed være en klar begrensning ved bruk av eye-tracking-briller, spesielt med tanke på at gjennomsnittsalderen for førstegangs hjerneslag hos menn er 72 år (43).

BETYDNING AV FIKSERINGER OG SAKKADER I AKTIVITETSUTFØRELSE

I datamaterialet er det stor variasjon på lengden til fikseringene, fra 200 ms og opp mot 1800 ms. Lange fikseringer kan indikere nedsatt prosesseringshastighet eller problemer med å forstå oppgaven (27). Litteraturen har ikke definert et klart skille mellom en lang vanlig fiksering og en fiksering som indikerer utfordringer. Det har derfor vært utfordrende å vite hva som er «normalt» eller «unormalt». Lengde og antall sakkader og fikseringer er avhengig av hvilket *Velocity-Threshold Identification*-filter (I-VT) som anvendes. Det er stor usikkerhet knyttet til påliteligheten av tallene som er generert i denne studien. Vi har dermed ikke kunnet anvende informasjonen i tolkning av resultatet.

TOBII PRO ANALYSER EDITION

For å analysere videoene som ble tatt opp, anvendte vi analyseprogrammet Tobii Pro Lab. Det viste seg å være svært tidkrevende og sammensatt. Videoopptakene er på mellom 30 og 45 minutter, slik at det er store mengder materiale som skal analyseres. For øyeblikket er det vanlig å bruke eye-tracking-briller innenfor kommersialisering, hvor videoene er på et par minutter. Analyseprogrammet er trolig for avansert og tidkrevende å bruke med tanke på hva som er mulig i klinisk praksis. Dette samsvarer med en tidligere studie gjort av ergoterapeuter på området (44). Det er mulig at videre teknologisk utvikling, med en forenkling av analyseprogrammet, kan bidra til at programmet blir mer anvendbart i daglig praksis også for ergoterapeuter.

REFLEKSJONER OVER EGEN TERAPEUTISK TILNÆRMING

Gjennom å se aktiviteten i videoopptak i etterkant av terapitimen får ergoterapeuten mulighet til å studere sine egne handlinger under observasjonen og slik bli mer bevisst på sin terapeutiske tilnærming.

Videoopptakene til Jan og Kåre viste en tendens til at utstyr var plassert på pasientens høyre side, uavhengig av om pasienten hadde neglekt eller synsfeltutfall. Dette gjaldt både utstyr som ergoterapeuten fant fram som en del av tilretteleggingen, og utstyr i skuffer og skap. Kåre og Jan har neglekt mot venstre, men dette framkommer ikke tydelig i videoopptaket av aktiviteten å koke egg. Panner, skje og egg var plassert på høyre side i skuffer og skap. Bryterne på komfyren er også på høyre side. Det kan tenkes at denne aktiviteten hadde vært mer utfordrende for en pasient med samme forutsetning, men med neglekt mot høyre.

I følge AMPS-manualen skal ergoterapeuten unngå samtale som vil distrahere personen under kartleggingen. For å skape en naturlig situasjon skal ergoterapeuten respondere hvis personen stiller et spørsmål eller initierer samtale (45). I videoopptaket observeres det at ergoterapeuten nikker bekreftende flere ganger når pasienten spør etter bekreftelse. Det kan tenkes at ergoterapeuten gjør dette for å skape en naturlig situasjon. Imidlertid understrekes det i manualen at ergoterapeuten skal unngå å gi hint som gir tilbakemelding på personens utførelse (45). Det er usikkert om det er en bevisst eller ubevisst handling hos terapeuten, men videoen gir en mulighet til å legge merke til slike detaljer som kan virke inn på gjennomføringen av AMPS.

METODISKE STYRKER OG SVAKHETER

En styrke ved prosjektet er at det er gjennomført tverrprofesjonelt og i samarbeid med brukerrepresentanter i alle faser av arbeidet.

En metodeartikkel som undersøker datakvalitet blant fire ulike eye-tracking-briller, deriblant Tobii Pro glasses 2, konkluderer med at 100 Hz-brillene til Tobii har for mye støy, slik at den viser øybevegelser som ikke er reelle (36). Dette problemet eksisterer ikke på briller med 50 Hz, ifølge forfatterne (36). Denne informasjonen var ikke tilgjengelig da vi utførte datainnsamlingen, og dette har skapt utfordringer i dataanalysen. Ved videre bruk av eye-tracking-briller vil vi bruke 50 Hz.

En svakhet er at vi ikke har testet presisjonen av øybevegelsene til deltakerne. Dette kan gjøres ved bruk av valideringspunkter i forkant og etterkant av aktiviteten (36). For eksempel har Niehorster og medforfattere (36) utarbeidet et ni-punkts valideringsark hvor deltakeren blir instruert til å fokusere i midten på gitte punkter i en bestemt rekkefølge. Dermed kvalitetssikret de at fikseringspunktene

(den røde prikken) viste hvor deltakeren faktisk så. Valideringspunkter gir derimot ikke mulighet for å korrigere presisjonen, men gir en visuell framstilling som kan brukes som grunnlag under analysing av opptaket.

Datatap er en stor utfordring med bruk av eye-tracking-briller. Resultatene våre viser at en av fire videoer ikke var mulig å anvende. Pers video viser øyeaktiviteten i omtrent bare 1/4 (27 prosent) av videoopptaket.

I denne artikkelen er varmekart (heat map) blitt brukt for å visualisere hvor pasienten har sett. Man skal være forsiktig med å gjøre konklusjoner ut fra en slik framstilling, da framstillingen viser bare hvor de ser, men ikke hvorfor (25).

VIDERE ARBEID

Det som ikke er blitt gjort i dette prosjektet, men som kan være aktuelt i videre klinisk arbeid, er å vise videoen av aktiviteten til pasienten. Dette kan være en mulighet for å skape større innsikt i vanskene hos pasienten og jobbe mer målrettet sammen med pasienten om aktivitetsvanskene.

Konklusjon

Resultatene i denne artikkelen baseres på kun fire inkluderte pasienter, og det er dermed begrenset hvilke konklusjoner som kan trekkes. Våre resultater indikerer at hos et selektivt utvalg hjerneslagpasienter kan eye-tracking-briller være et nyttig verktøy i kartleggingen av synsfunksjonen i aktivitet. Aktiviteter må velges nøye, og pasienter må oppfylle visse kriterier for å kunne generere pålitelige data. Ergoterapeuten får muligheten til å se aktiviteten gjennom pasientens øyne og får på den måten tilgang til informasjon om synsfunksjonen som ikke er mulig å innhente på andre måter. Derimot er det en del begrensinger med brillene som skaper utfordringer i datainnsamlingen og usikkerhet i tolkning av data-materialet. Eye-tracking-briller er kostbare i innkjøp og er i begynnelsen av en teknologisk utvikling. Bruk av brillene krever teknisk kompetanse og bør skje i et tverrprofesjonelt samarbeid. For at brillene skal kunne brukes klinisk bør det forskes mer på datakvalitet og normal variasjon i observerte målinger.

FINANSIERING

Dette prosjektet er finansiert av Nasjonalt kompetansenettverk for behovsdrivet tjenesteinnovasjon innen helsesektoren (Innomed) (referansenummer: 17/28463-22). Eye-tracking-brillene er finansiert

gjennom midler for medisinsk teknisk utstyr (MTU) fra Helse Bergen helseforetak.

TAKK TIL

Vi vil gjerne takke Bjørn Thomas Thomassen, lokallagsleder i Norsk forening for slagrammede; Karstein Birkeland, brukerrepresentant, og Bjørn Sigurd Grindheim, synspedagog ved Bergen Voksenopplæring, for å ha bidratt med faglige innspill, egne erfaringer og testing av utstyr.

Referanser

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo: Direktoratet; 2017.
2. Hepworth L, Rowe FJ, Walker MF, Rockliffe J, Noonan C, Howard C, et al. Post-stroke Visual Impairment: A Systematic Literature Review of Types and Recovery of Visual Conditions. *Ophthalmology Research: An International Journal*. 2015;5(1):1-43.
3. Rowe F. Symptoms of stroke-related visual impairment. *Strabismus*. 2013;21(2):150-4.
4. Sand KM, Midelfart A, Thomassen L, Melms A, Wilhelm H, Hoff JM. Visual impairment in stroke patients – a review. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2013;127(196):52-6.
5. Warren M. Pilot study on activities of daily living limitations in adults with hemianopsia. *AJOT: American Journal of Occupational Therapy*. 2009;63(5):626.
6. Roberts PS, Rizzo JR, Hreha K, Wertheimer J, Kaldenberg J, Hironaka D, et al. A conceptual model for vision rehabilitation. *J Rehabil Res Dev*. 2016;53(6):693-704.
7. Lofthus AS, Olsvik VM. Kartlegging av de regionale helseforetakenes oppfølging av slagrammede med synsforstyrrelser. Lillehammer: Østlandsforskning, Helsedirektoratet; 2012.
8. Helse- og omsorgsdepartementet. Nasjonal hjernehelsetrategi (2018-2024). 2018.
9. Hanna KL, Hepworth LR, Rowe F. Screening methods for post-stroke visual impairment: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2017;39(25):2531-43.
10. Land M, Mennie N, Rusted J. The Roles of Vision and Eye Movements in the Control of Activities of Daily Living. *Perception*. 1999;28(11):1311-28.
11. Forde EME, Rusted J, Mennie N, Land M, Humphreys GW. The eyes have it: An exploration of eye movements in action disorganisation syndrome. *Neuropsychologia*. 2010;48(7):1895-900.
12. Morady K, Humphreys GW. Eye movements in action disorganization syndrome: A single case analysis. *Visual Cognition*. 2011;19(6):817-31.
13. Delerue C, Hayhoe M, Boucart M. Eye movements during natural actions in patients with schizophrenia. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2013;38(5):317.
14. Seligman SC, Giovannetti T. The potential utility of eye movements in the detection and characterization of eve-

- ryday functional difficulties in mild cognitive impairment. *Neuropsychology review*. 2015;25(2):199-215.
15. Delazer M, Sojer M, Ellmerer P, Boehme C, Benke T. Eye-Tracking Provides a Sensitive Measure of Exploration Deficits After Acute Right MCA Stroke. *Front Neurol*. 2018;9:359.
 16. Fisher A, Jones K. Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). Vol. 2 User Manual. 8 ed. USA: Three Star Press; 2014.
 17. Merritt BK. Utilizing AMPS ability measures to predict level of community dependence. *Scandinavian journal of occupational therapy*. 2010;17(1):70-6.
 18. Kizony R, Katz N. Relationships between cognitive abilities and the process scale and skills of the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) in patients with stroke. *Occupation, Participation Health*. 2002;22(2):82-92.
 19. Poulin V, Korner Bitensky N, Dawson DR. Stroke specific executive function assessment: A literature review of performance based tools. *Australian Occupational Therapy Journal*. 2013;60(1):3-19.
 20. Bernspång B, Fisher AG. Differences between persons with right or left cerebral vascular accident on the Assessment of Motor and Process Skills. *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*. 1995;76(12):1144-51.
 21. Donnelly C, Carswell A. Individualized outcome measures: a review of the literature. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2002;69(2):84-94.
 22. Duran LJ, Fisher AG. Male and female performance on the assessment of motor and process skills. *Archives of physical medicine rehabilitation*. 1996;77(10):1019-24.
 23. Merritt BK, Fisher AG. Gender differences in the performance of activities of daily living. *Archives of physical medicine rehabilitation*. 2003;84(12):1872-7.
 24. Rexroth P, Fisher AG, Merritt BK, Gliner J. ADL differences in individuals with unilateral hemispheric stroke. *Canadian Journal of Occupational Therapy*. 2005;72(4):212-21.
 25. Holmqvist K, Nyström M, Andersson R, Dewhurst R, Halszka J, van de Weijer J. *Eye Tracking : A Comprehensive Guide to Methods and Measures*; 2011.
 26. Chang A, Yu XX, Ritter SE. *Neurovision Rehabilitation Guide*: CRC Press; 2017.
 27. Land M, Tatler B. *Looking and acting: vision and eye movements in natural behaviour*: Oxford University Press; 2009.
 28. Wilhelmsen. *Visuelle forstyrrelser etter hjerneslag: En undersøkelse av synsfunksjonen og effekten av synstrening*: Unipub forlag; 2000.
 29. Zihl J. *Rehabilitation of visual disorders after brain injury*: Psychology Press; 2010.
 30. Warren M. *Brain injury visual assessment battery for adults*: Visibilities Rehab Services; 2005.
 31. Brott T, Adams Jr HP, Olinger CP, Marler JR, Barsan WG, Biller J, et al. Measurements of acute cerebral infarction: a clinical examination scale. *Stroke*. 1989;20(7):864-70.
 32. Thomassen L, Waje-Andreassen U, Naess H, Elvik M-K, Russell DJCD. Long-term effect of intravenous thrombolytic therapy in acute stroke: responder analysis versus uniform analysis of excellent outcome. 2005;20(6):470-4.
 33. Thomassen L, Waje-Andreassen U, Naess H, Elvik M-K, Russell D. Long-term effect of intravenous thrombolytic therapy in acute stroke: responder analysis versus uniform analysis of excellent outcome. *Cerebrovascular Diseases*. 2005;20(6):470-4.
 34. Tobii Pro. *Tobii Pro Lab: User Manual*. 2017.
 35. World Medical Association. *Declaration of helsinki – ethical principles for medical research involving human subjects*. 2018.
 36. Niehorster DC, Santini T, Hessels RS, Hooge IT, Kasneci E, Nyström MJBRM. The impact of slippage on the data quality of head-worn eye trackers. 2020:1-21.
 37. Kielhofner G. *Conceptual foundations of occupational therapy practice*: FA Davis; 2009.
 38. Upshaw JN, Leitner DW, Rutherford BJ, Miller HB, Libben MR. Allocentric Versus Egocentric Neglect in Stroke Patients: A Pilot Study Investigating the Assessment of Neglect Subtypes and Their Impacts on Functional Outcome Using Eye Tracking. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*. 2019;25(5):479-89.
 39. Rabuffetti M, Farina E, Alberoni M, Pellegatta D, Appolonio I, Affanni P, et al. Spatio-temporal features of visual exploration in unilaterally brain-damaged subjects with or without neglect: results from a touchscreen test. *PLoS One*. 2012;7(2):e31511.
 40. Hessels RS, Cornelissen TH, Kemner C, Hooge IT. Qualitative tests of remote eyetracker recovery and performance during head rotation. *Behavior Research Methods*. 2015;47(3):848-59.
 41. Gidlöf K, Wallin A, Dewhurst R, Holmqvist K. Using eye tracking to trace a cognitive process: Gaze behaviour during decision making in a natural environment. 2013.
 42. Bertelsen T, Ehlers N, Forsius H, Tengroth B. *Nordisk lærebok i oftalmologi*. 12 ed. Bergen: John Grieg Produksjon; 1993.
 43. Fjærtøft H, Indredavik B, Mørch B, Skogseth-Stephani R, Halle KK, Varndal T. *Årsrapport 2018. Norsk hjerneslagregister*. 2019.
 44. Kortman B, Nicholls K. Assessing for unilateral spatial neglect using eye-tracking glasses: A feasibility study. *Occupational therapy in health care*. 2016;30(4):344-55.
 45. Fisher A, Jones K. Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). Vol. 1: Development, Standardization, and Administration Manual. 8 ed. USA: Three Star Press; 2014.

Bidrar til egenmestring og selvstendighet

«Dette er en løsning vi kommer til å ha i mange år fremover»

- Andrea Elisabeth (71 år)

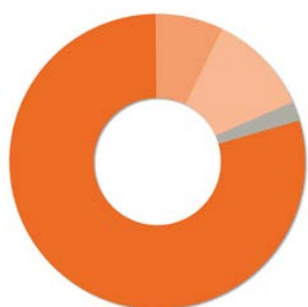


AssiStep er trappeassistenten som gir støtte og trygghet til å fortsatt kunne gå trappen på egenhånd.

Ny norsk forskning viser at personer som fortsetter å gå trappa har betydelige helsegevinster. AssiStep kan både hindre fall og gi ergonomisk støtte for å kunne oppnå denne helsegevinsten.

Siden oppstarten har AssiStep blitt montert i over 1.000 hjem. Statistikken viser at for det store flertallet av brukere, så er AssiStep en varig løsning som legger til rette for egenmestring og oppretholdelse av funksjon. Av alle AssiStep'er som ble montert i perioden 2017 - 2019 er over 80% fortsatt i daglig bruk.

ASSISTEP LEVERT TIL HJEMMEBOENDE 2017 - 2019:



- Fortsatt i bruk juni 2021
- Mors
- Flyttet
- Annet

✓ RING OSS PÅ
46 74 55 55

Ergoterapeuten 4-2021
www.assistep.no



FORDELENE MED ASSISTEP

- ✓ Fallsikring og støtte for å gå trappen selv
- ✓ Servicefri løsning som ikke bruker strøm
- ✓ Kan leveres til nesten alle typer trapper
- ✓ Norsk produksjon med rask leveringstid
- ✓ Forebygger fall i trapp
- ✓ Nå på rammeavtale hos NAV

FORHANDLES AV

HEPRO 4



NAVN:
Ingunn Myraunet
STILLING:
Ph.d.-stipendiat ved VID
vitenskapelige høyskole
og universitetslektor ved
OsloMet – Oslo metropo-
litan university

Av Else Merete Thyness

Forsker på modellen Flexible Assertive Community Treatment (FACT)

– Hvem er Ingunn Myraunet?

– Det korte svaret er livlig trønder med et bankende hjerte for ergoterapi!

Mer spesifikt vil jeg si at jeg er en stolt ergoterapeut som synes vi har et helt fantastisk fag. Jeg slutter aldri å glede meg over hvor mye flott vi kan bruke vår kompetanse til. Som ergoterapispesialist i psykisk helse er jeg ivrig etter å snakke om viktigheten av meningsfulle aktiviteter for å ha en god hverdag. Dette er også noe jeg er opptatt av i eget liv, hvor jeg med raushet, kreative aktiviteter, sosial omgang og tidsoptimisme får mye latter og god livskvalitet.

Faglig liker jeg å engasjere meg i stort og smått. Både med verv i Ergoterapeutene, som lærer på ergoterapiutdanningen ved OsloMet og som programleder i Ergotrip (sammen med Siv Iren) – Norges eneste podkast om ergoterapi.

Både tidligere og nåværende arbeidsgivere har gitt meg muligheten til å engasjere meg i ek-

sterne prosjekter, noe som jeg har satt stor pris på. Jeg brenner for veiledning av og med studenter, både i gruppe og individuelt. Jeg synes derfor at jeg er veldig heldig som blir utfordret av problemstillinger som studenter kommer med, samtidig som jeg får utvikle ny kunnskap gjennom forskning i psykisk helse.

– Hva forsker du på?

– Forskingen min er innen psykisk helse, hvor jeg skal se nærmere på modellen Flexible Assertive Community Treatment (FACT). Her jobber de med oppfølging av mennesker som har langvarige og sammensatte behov innen psykisk helse og rus. Det jeg skal se på, er den tverrprofesjonelle praksisen i FACT-team for å finne ut mer om hvordan de ulike profesjonene samarbeider, og hvordan de jobber med brukervedvirkning på tjenestenivå. I FACT-team jobber det mange ulike helseprofesjoner, jobbspesialister og erfaringskonsulenter, og det er samspillet mellom

disse menneskene jeg ønsker å gå i dybden på. Her ønsker jeg å finne ut hvilke egenskaper som er fremtredende hos de som jobber i teamet, for å kunne si noe om hvilke egenskaper man trenger for å jobbe med FACT-metodikken. Dette henger også sammen med at jeg er opptatt av at utdanningene er oppdaterte på behovet som etterspørres, og at jeg ser stadig flere tverrprofesjonelle modeller med overlappende ansvarsområder for oppfølging av brukere.

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

– Jeg tenker forskning er ferskvare, så det kommer helt an på hva man ønsker å tilegne seg mer kunnskap om. I min forskning har jeg vært opptatt av hvordan tjenester i psykisk helse har utviklet seg, både for de som jobber i tjenestene og de som mottar tjenesten. To temaer som jeg har lest mye om i den forbindelse, er tverrprofesjonell praksis og brukervedvirkning. En artikkel

som jeg kan trekke frem til de som er interessert i spillet her, er Tone Alm Andreassen (2018), som skriver om ulike former for involvering i tjenester. Altså, hvordan ulike former for brukermedvirkning påvirker hvordan profesjonelle utfører arbeidet sitt, og hvilket handlingsrom som finnes i dette samarbeidet.

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

– Et område som har fått mye oppmerksomhet de siste årene, er befolkningens psykiske helse og at det er viktig med forebyggende innsats. Dette til tross finnes det lite forskning på hvordan man fra ung alder skal forebygge psykisk uhelse. Hva er det som hjelper, for hvem og hvordan? Et tiltak som

ofte trekkes frem, er fysisk aktivitet, men jeg tenker at det er så mye mer som kunne blitt dokumentert som virksomme faktorer i forebyggende arbeid. For at det skulle blitt mer variert forebyggende arbeid, kunne jeg tenke meg mer forskning på ergoterapi og tidlig innsats hos barn og unge. Dette både for å øke kompetansen i befolkningen om hvordan man kan ivareta egen psykisk helse, og fordi forebyggende arbeid ofte har gunstige samfunnsøkonomiske virkninger. Et eksempel som viser dette, er den systematiske gjennomgangen til Arbesman, Bazyk og Nochajski (2013). De viser at ergoterapi med fordel kan utvides i en folkehelsemodell der man bruker yrkes- og aktivitetsbaserte tilnærminger. Forskning som

kan belyse dette i norsk kontekst, hadde vært spennende å lese!

Referanser:

- Andreassen, T. A. (2018). Service user involvement and repositioning of healthcare professionals: A framework for examining implications of different forms of involvement. *Nordisk välfärdsforskning / Nordic Welfare Research*, 3(1), 58-69. doi:10.18261/issn.2464-4161-2018-01-06 ER
- Arbesman, M; Bazyk, S; Nochajski, S M (2013). Systematic Review of Occupational Therapy and Mental Health Promotion, Prevention, and Intervention for Children and Youth. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*. 67(6), 120-130 DOI: 10.5014/ajot.2013.008359 ISSN: 0272-9490 , 1943-7676

REGULERBAR TRYKKFRIHET STIMULITE® CONTOURED ADJUSTABLE

Luffig stabil setepute med justeringsmulighet

konturert, sidestabil pute for para- og tetraplegikere med høy risiko for trykksår som trenger å kunne justere sittestillingen.

Ring 48 50 32 97 eller
send en e-post til
julia@rehabshop.com
for mer informasjon



GÖRAN SJÖDÉN'S REHABSHOP NORGE AS

Postadresse: Bamse Brakars vei 17 3042 Drammen
Tel: 48 50 32 97 www.rehabshop.as





HVORDAN HOLDE ET MUNTIG KONGRESSFREMLEGG?

Tores og Ingvilds Presentasjonsråd i Sammenfatning (TIPS)

Av Tore Bonsaksen & Ingvild Kjekken



Tore Bonsaksen arbeider ved Høgskolen i Innlandet, fakultet for helse- og sosialvitenskap, institutt for helse og sykepleievitenskap, og ved VID Vitenskapelige Høgskole, fakultet for helsefag.



Ingvild Kjekken arbeider ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo, og ved OsloMet, fakultet for helsevitenskap, institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag.

Nå er programmet for Norsk fagkongress i ergoterapi 2022 snart avklart. Det innebærer at alle som sendte inn abstrakt til kongressen, vil få tilbakemelding på om de skal presentere, og hvilken form de er bedt om å gi presentasjonen sin. Presentasjonsformen vil for de aller fleste være enten en poster eller et muntlig fremlegg. Denne artikkelen sikter mot å gi noen tips til de som skal presentere i form av et muntlig fremlegg.

1 Tenk nøye gjennom hva du ønsker å oppnå med presentasjonen. Hva er hovedmålet, og hvilke tre ting er det du ønsker at tilhørerne skal sitte igjen med når du er ferdig? Den største utfordringen er som oftest at man har mer på hjertet enn man har tid til. Når målene er klare, er det lettere å kutte vekk og bli tydelig i budskapet. Tenk også etter om det er å informere, å begeistre, å overbevise eller å engasjere tilhørerne som er viktigst, og velg virkemidler ut fra dette. En kort suksesshistorie vil ofte skape begeistring, retoriske spørsmål etterfulgt av en kort pause kan stimulere tilhørerne til refleksjon, mens tall og fakta virker overbevisende. Lag så en disposisjon og et førsteutkast, og les og snakk deg gjennom dette. Det skal være en rød tråd

gjennom presentasjonen, og det som er overflødig eller på siden av temaet, bør slettes. Er det ting du synes er vanskelig å forklare kort og enkelt, er det ofte bedre å ta det ut.

2. La programmer som PowerPoint eller Prezi være et hjelpemiddel, ikke en tvangstrøye!

Det kan være til god hjelp både for tilhørerne og for den som holder innlegget å se på illustrasjoner eller nøkkelord samtidig som innlegget pågår. Det er imidlertid to vanlige pedagogiske utfordringer forbundet med bruken av PowerPoint, Prezi eller lignende. For det første: Dersom du stort sett nøyer deg med å lese høyt det som står på lysbildene, vil dette være en moderne versjon av å lese opp en tale fra et manuskript, og vil være omtrent like kjedelig. For det andre: Dersom du vil sikre deg at all aktuell informasjon kommer med på bildene, blir de ofte veldig tunge av tekst. Stikk i strid med intensjonen din vil bildene da kunne bli ganske vanskelige å forstå. En gylden regel er 6 × 6: Maksimalt seks punkter per lysbilde, og maksimalt seks ord per punkt. Overlessede bilder virker distraherende – tilhørerne skal jo først og fremst bruke sin oppmerksomhet på å høre på det

- du har å si. Det samme gjelder animasjoner – de bør være få og velvalgte og framheve viktige poeng.
- 3 **Begrens informasjonen!** En vanlig presentasjonsfeil er å forsøke å få med veldig mye informasjon og for mange lysbilder. En tommelfingerregel er ikke å ha mer enn ett lysbilde per minutt. Den som vil si veldig mye på kort tid, må snakke veldig fort, og da blir det ikke lett å følge med for tilhørerne. Vær nøye med å få med det som er ditt viktigste budskap. Resten kan du snakke med interesserte om i pausen etterpå.
- 4 **Start presentasjonen med å hjelpe tilhørerne inn i temaet ditt!** Når du skal holde innlegget, vil ikke alle tilhørerne kjenne temaet på forhånd. Selv om det skulle sitte noen i salen som du vet kjenner temaet godt, er disse nesten alltid i mindretall. Du kan trygt gå ut fra at det som er selvfølgelig kunnskap for deg, vil være ganske nytt for de fleste av tilhørerne. En viktig oppgave i starten av presentasjonen er derfor raskt å få folk til å forstå hva det er du skal snakke om. Dersom du også kan hjelpe folk til å forstå hvorfor det du skal snakke om, er viktig, så er det enda bedre. Om du får til dette, vil du ha et hengivent og interessert publikum foran deg gjennom resten av innlegget.
- 5 **Hold kontakten med tilhørerne!** Det kan fort bli kjedelig å høre på folk som leser opp fra et manuskript. Prøv derfor å løfte blikket og se på tilhørerne med jevne mellomrom. Dersom du har god oversikt over temaet og kan presentere dette i en ledig, men samtidig velorganisert form, så blir det morsommere å høre på.
- 6 **Lag pusterom!** Selv om 10 minutter ikke er veldig lang tid, er det ikke like lett for alle å henge med så lenge – i alle fall dersom de 10 minuttene består av et tett komprimert faglig innhold. Du kan med fordel lage noen pusterom, slik at tilhørerne kan hente seg inn igjen. Kanskje får de se noe som overrasker dem, eller kanskje får de le litt, for så å vende tilbake til din fremstilling med fornyede krefter. Pusteromene skal ikke ta fokus vekk fra temaet som du snakker om – de skal tvert om gjøre det mulig å holde fokus litt lenger. Det er ikke mye som skal til.
- 7 **Avslutt med stil!** God stil i avslutningsfasen handler om å roe ned, samle trådene, oppsummere og skape en helhet og sammenheng i det som du har fortalt om. En vanlig «feil» i denne fasen er å skru opp tempoet i talen så vel som i lysbildeframvisningen etter hvert som tiden for å avslutte nærmer seg, for å rekke å komme gjennom alt. Det har ingen særlig glede av – tilhørerne skjønner mindre av hva du sier, og du blir kanskje stresset selv. Hopp heller over noen bilder og fokuser på konklusjonen. De som ønsker mer informasjon, kan ta kontakt med deg i pausen eller etter kongressen.
- 8 **Sett av tid til spørsmål, men ta dem til slutt!** Dette er en side av den faglige utvekslingen som nettopp er poenget med å møtes til kongress – faglig diskusjon er viktig. I ordinær undervisningssammenheng vil ofte spørsmål og kommentarer som kommer opp, diskuteres underveis, men med kongressens stramme tidsrammer er en slik dynamisk form vanskelig å gjennomføre. Juster presentasjonen din til å vare 10 minutter, så er det satt av fem minutter i programmet til noen spørsmål til slutt.
- 9 **Øv på forhånd!** Når du øver inn presentasjonen på forhånd, lærer du bedre det stoffet som du skal formidle til andre. I øvingsfasen lærer du også hvordan du må korte ned, fortette og prioritere stoff slik at det passer inn i den tidsrammen som du har til rådighet, og hvordan du skal få til gode overganger fra et lysbilde til det neste. Tiden er knapp; du har kun 10 minutter til rådighet før de neste fem minuttene er satt av til spørsmål. Snakk deg først høyt gjennom presentasjonen for deg selv. Deretter er det en god idé å øve med tilhørere til stede – finn gjerne noen «kritiske venner». Med kolleger som tilhørere vil du kunne få oppmuntring til å fortsette med det som er bra, og tips til hva du bør justere. Venner og familie stiller sikkert også opp som lydhørt publikum om du ber dem om det.
- 10 **Husk at du er blant venner!** Mange som skal holde et muntlig fremlegg, spesielt om det er for første gang, vil være litt urolige og kjenne seg stresset. Det er slik det skal være – det skjerper deg så innlegget ditt blir så godt som det kan bli. Det pleier ofte også å roe seg litt etter hvert som du kommer i gang. Et godt tips er derfor å øve inn de første setningene du skal si veldig godt, så du kommer greit ut av «startgruppa». Kanskje er vårt siste tips helt unødvendig, men i så fall er ikke noe bedre enn det: Husk at du er blant folk som er interesserte i det du har å si. Du er blant venner. Lykke til!



Kom i gang, lag en poster!

En poster er en stor plakat som skal formidle et budskap – som en stor reklameplakat. Posteren gir mulighet for å skape kontakt med nye og ukjente kollegaer. Forhåpentligvis vil nettopp posteren din vekke nysgjerrighet hos dem som passerer. Men du har bare tre sekunder på deg. Dette er den tiden det tar for dem som går forbi å bestemme seg for om de vil stoppe opp eller gå videre.

Av Malin Eerola & Reidun Skar



Malin Eerola er universitetslektor ved institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap ved NTNU.



Reidun Skar er universitetslektor ved institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap ved NTNU.

En poster formidler essensen av et prosjekt eller en studie. Ved hjelp av tekst, bilder og illustrasjoner og et gjennomtenkt oppsett kan posteren din fange oppmerksomheten til dem som går forbi. Utfordringen er å komprimere teksten og skape en layout som fanger leseren. Vær kreativ! En poster med mye tekst og mange bilder blir oppfattet som uoversiktlig og blir dermed lett å passere.

En poster inneholder følgende:

- Tittel. Bruk gjerne tittelen på det innsendte abstraktet, gjerne med en fengende undertittel.
- Hensikt og problemstilling. Hva har du undersøkt?
- Metode/fremgangsmåte. Hvordan er data samlet inn?
- Resultat/funn. Hva er de mest sentrale funnene?
- Konklusjon. Hva betyr dette for ergoterapeuters arbeid?

På posteren skriver du navn og kontaktinformasjon til alle som har deltatt i arbeidet. Det skal framgå hvor arbeidet er gjort. Bruk gjerne logo fra arbeidsplassen og eventuelle samarbeidspartnere.

FRA TEKST TIL POSTER

Du starter med å sammenfatte arbeidet du har gjort. Du må

definere kjernen i arbeidet og bestemme deg for hva du ønsker å formidle. Husk at leseren går rundt og kikker på posterne og tenker «er dette relevant for meg?». Å begrense seg er en kunst – som regel har en poster for mye tekst. Husk at en poster først og fremst blir sett, mer enn den blir lest. Det første leseren ser etter, er tittel, resultat og konklusjon.

Å bruke et enkelt språk er ofte det beste. Se opp for fremmedord og faguttrykk som leseren kanskje ikke forstår. Del opp teksten i korte stykker, og bruk beskrivende overskrifter. Det hjelper leseren å finne det han er interessert i.

LAYOUT

En poster leses på avstand, gjerne to-tre meter. Hva skal være blikkfanget? Er det tittelen, et bilde eller en figur som skal fange interessen? Tenk over hvilke assosiasjoner disse skaper for leseren. Det kan være en god idé å bruke figurer eller tabeller i stedet for tekst på en poster. Om du velger et bilde, bør det være relevant. Er bildet for detaljert eller omfattende, kan det gi et rotete inntrykk. Forsikre deg om at du har rettigheter til å bruke bildet du valgte; det gjelder spesielt for noe du finner på nettet.

Velg en enkel font, som Helvetica eller Calibri. Uthevet tekst, som fete overskrifter, gjør posteren lettlest. Unngå å blande mange fonter og måter å utheve tekst på (kursiv, store bokstaver, understreking). Det blir lett uoversiktlig.

Tekststørrelsen bør være minst 72 punkter for overskrifter, 36 for tekst og 18 for tekst til figurer og tabeller. Bruk av farger fanger interessen til leseren. Svart tekst på lys bunn er lettest å lese, og i tillegg kan et par farger brukes til utheving. Unngå farget tekst på farget eller mønstret bakgrunn.

Du kan velge å legge tekst inn i bokser, eller du kan bruke spalter. Kulepunkter gjør teksten oversiktlig og egner seg derfor godt for å presentere resultatene. Ikke fyll posteren, «luft» rundt tekst og bilde gjør posteren lettere å lese.

Prøv å skape et godt visuelt helhetsinntrykk. Finn et godt forhold mellom mengde og plassering av tekstbokser, bilder og illustrasjoner. Utformingen kan være symmetrisk. Et eksempel kan være med en tenkt midtakse og balanse mellom de to halvdelene. En asymmetrisk layout krever et bevisst forhold mellom størrelse på skrift, fargebruk, tekstbokser og illustrasjoner for å skape et balansert inntrykk. Ved å vise utkastet til andre kan du få verdifulle tilbakemeldinger.

PRAKTISKE TIPS

Det finnes ulike programvarer du kan lage posteren i. Eksempelvis PowerPoint, Microsoft Publisher eller nettsiden www.canva.com. Adobe Illustrator eller CorelDraw er eksempler på mer avanserte pro-

gram. Til fagkongressen er det lurt å skrive ut posteren i A4-format (handouts) for å kunne dele ut. Ta med plastmappe for å henge opp «handouts». Kontaktopplysningene bør komme fram tydelig på posteren og på arkene. Dette er en fin mulighet til å knytte kontakter.

For Fagkongressen 2022 gjelder følgende: Størrelsen på poster er A0 = 84,1 x 118,9 cm. Alle postere skal presenteres i **stående** format, på grunn av veggene de skal henges på.

Kilder

- Lang, T.A. (2010). *How to Write, Publish & Present in the Health Sciences*. Philadelphia, ACP Press.
- Nylenna, M. (2008). *Publisere og presentere – medisinsk fagformidling i teori og praksis*. Oslo, Gyldendal akademisk.



En utrolig utsikt!

I tillegg til alle justeringsmulighetene som ligger i produktene som standard har vi også et bredt sortiment av tilbehør og spesialstyringer. Bruk av riktig tilbehør og individuell tilpasning gir best mulig funksjonalitet.

Har du spørsmål vil vi gjerne gi deg råd, ta kontakt på tlf 67 06 49 00 eller se på www.medema.no


medemagruppen

Ny bok om samarbeidsbasert forskning i psykisk helse- og rusarbeid

Sammen med kollega Bengt Karlsson har Marit Borg gitt ut boken «Samarbeidsbasert forskning – Demokratisk kunnskapsutvikling i psykisk helsevern». – Det beriker og utvider forskningen når mennesker med egenerfaring deltar fra begynnelse og slutt. De har andre og unike erfaringer og innsikter, sier Borg.

Av Else Merete Thyness

I boken skriver forfatterne om hvordan erfaringer og kunnskap fra brukere, pårørende og de som jobber i feltet kan få større plass i kunnskapsutviklingen innen psykisk helse- og rusfeltet. Boken utdyper idégrunnlaget for demokratisk kunnskapsutvikling, samtidig som den kritiserer dagens kunnskaps-syn innen dette feltet for å være biomedisinsk forankret.

– Det er behov for et bredere kunnskapsgrunnlag innen psykisk helse- og rusfeltet. Det er problematisk at den biomedisinske forskningen har fått så stor plass, mens erfaringsbasert kunnskap har fått for liten. Her er det behov for et paradigmeskifte, sier Borg.

DELTAR I ALLE LEDD

Bengt Karlsson er professor i psykisk helsearbeid og Marit Borg er ergoterapeut og professor emerita ved Senter for psykisk helse og rus ved Universitetet i Sørøst-Norge. De var med å starte senteret



Marit Borg sammen med sin kollega professor Bengt Eirik Karlsson

som har gitt dem bred erfaring med samarbeidsbasert forskning.

– Senter for psykisk helse og rus ønsker å skape et solid forskningsmiljø der personer med brukererfaring, pårørende, fagpersoner og forskere samarbeider. Vi følger helt ordinære forskningsmetoder, den eneste

forskjellen er at folk med egenerfaring deltar i alle ledd, sier hun.

KONKRETE EKSEMPLER

Boken gir konkrete eksempler på hvordan samarbeidsbasert forskning kan utvikles og gjennomføres.

– For eksempel ble vi spurt



Boken «Samarbeidsbasert forskning» presenterer idegrunnlaget for demokratisk kunnskapsutvikling og gir eksempler på hvordan denne typen forskning kan gjøres.

om vi ville samarbeide om et forskningsprosjekt om hvordan gatelagsfotball kan bidra i persons recovery-prosesser. Da inviterte vi også gatelagspillere med i prosjektet. De var med i planlegging, utvikling av metode, data-skaping, analyse og formidling. En person med forskererfaring og en med gatelagserfaring foretok alle intervjuer. Vi samarbeidet hele veien, inklusive prosjektrapporter og artikler. Dette handler om demokratisering av kunnskapsutviklingen og om å forske sammen med folk i stedet for å forske på folk, sier Borg.

Målgruppen for boken er brukere, pårørende, fagpersoner, forskere, studenter og andre som er engasjert i og opptatt av psykisk helse- og rusfeltet.

– Vi får stadig spørsmål om hvordan samarbeidsbasert forskning kan organiseres og gjøres. Boken gir noen svar på dette. Samtidig håper vi den åpner opp for en debatt om demokratisk kunnskapsutvikling, sier Marit Borg.

RECOVERY

Marit Borg er den første ergoterapeuten som ble professor, og kallenavnet hennes er «Dronningen av recovery.»

Recovery startet med den amerikanske borgerrettighetskampen. 60- og 70-tallets USA var preget av antiautoritære bevegelser, og i dette kulturelle klimaet oppstod recovery som bevegelse. Som andre marginaliserte grupper organi-

serte mennesker med psykiske vansker seg og kjempet for sine rettigheter.

– Brukermedvirkning, fokus på ressurser, solidaritet, samfunnsforhold, levekår og bedring på personens premisser er kjernen i recovery, sier Borg.

Hun var blant de første i Norge som synliggjorde dette. I 2007, disputerte hun med avhandlingen «The Nature of Recovery as Lived in Everyday Life. Perspectives of Individuals recovering from severe mental health problems».

– Recovery handler om å se muligheter og finne fram til nærende fellesskap. Som innbyggere har vi et felles ansvar for å bidra til et lokalmiljø der forskjeller anerkjennes. Det skal være plass til oss alle, sier hun.

Presseklipp

Ergoterapeuter er stadig å se i media. Her er et lite utvalg fra den siste måneden.

Av Else Merete Thyness

LOFOTPOSTEN:

BedriftsAkademiet AS etablerer seg nå i Lofoten - med kontor både i Svolvær og på Leknes

Selskapet skal bistå NAV i arbeidet med å få personer ut i arbeidslivet.

Anette Cock, Mildri Gradin, Nikolai Bergsdal og Benjamin Hagen Einarsen starter alle i ny jobb som karriereveiledere i selskapet denne høsten. Gradin og Bergsdal er begge utdannet ergoterapeuter.

- Jeg har alltid jobbet med mennesker og synes det er veldig givende å hjelpe folk. Som ergoterapeut blir man god til å kartlegge, og denne egenskapen kan jeg bruke til å finne ut av hva det er som utgjør gapet mellom et individ og yrkeslivet, sier Bergsdal.

Faksimile fra avisen Lofotposten 21. august 2021 viser de fire som nå utgjør BedriftsAkademiets Lofot-kontor. Fra venstre: Anette Cock, Mildri Gradin Nikolai Bergsdal og Benjamin Hagen Einarsen. Foto: Mari Rokkan

■ Anette, Mildri, Nikolai og Benjamin har fått ny jobb:

NÅ SKAL DE FÅ FLERE I ARBEID

BedriftsAkademiet AS etablerer seg nå i Lofoten - med kontor både i Svolvær og på Leknes.

MARI ROKKAN
marirokkan@lofotposten.no

- Jeg er hundre prosent sikker på at dette er en svært god gjeng med mye erfaring, kjennskap til området og store nettverk, sier en fornøyd Øyvind Skagemo, karriereveileder i BedriftsAkademiet.

Personene han sikter til er Anette Cock, Mildri Gradin, Nikolai Bergsdal og Benjamin Hagen Einarsen, som alle starter i ny jobb som karriereveiledere i selskapet denne høsten. De to førstnevnte får konsentrert Svolvær, mens de to sistnevnte skal jobbe fra Leknes.

- Selskapet vårt leverer en tjeneste hvor vi sørger for å få flere mennesker ut i jobb. Vi skal fungere som et koordinerende samarbeidsnett, hvor vi skal bygge en relasjon med brukeren det gjelder, bedrifter i Lofoten og vår oppdragsgiver NAV, forteller Skagemo.

Givende arbeid

Selskapet bistår altså NAV i arbeidet med å få personer ut i arbeidslivet.

- Vi skal hjelpe mennesker med konkrete ting som å søke utøknader og CV, samt kartlegge



NYE ANSATTE: Disse fire utgjør nå BedriftsAkademiets Lofot-kontor. Fra venstre: Anette Cock, Mildri Gradin Nikolai Bergsdal og Benjamin Hagen Einarsen. Foto: Mari Rokkan

NAMDALSAVISA: Ukas blomst

Sammen med Even Berg og Kirsti Haarberg mottok ergoterapeut Linn Therese Øseth ukas blomst som en del av Namsos kommunes innsatsteam.

- Å, det var skikkelig koselig, det gjør oss glade når folk føler de får den hjelpa de har behov for, sier hun.

«For meg er dette ekte hverdagshelter som fortjener en oppmerksomhet», forteller en av dem som mottar tjenester fra innsatsteamet i Namsos kommune.

Ekte hverdagshelter

Mens de fleste av oss knapt vet hva innsatsteamet i kommunen er og langt mindre hva de jobber med, er de hverdagshelter for mange som har helseutfordringer eller trenger hjelp og oppfølging.

GIVIND RÅNES
givingind@namsdalssavis.no

NAMSOS: - Å, det var skikkelig koselig, det gjør oss glade når folk føler de får den hjelpa de har behov for, sier ergoterapeut Linn Therese Øseth i Namsos kommunes innsatsteam.

Sammen med Even Berg og Kirsti Haarberg mottar hun ukas blomst som en del av Namsos kommunes innsatsteam. - De er ikke bare viktige som fagpersoner, men ikke minst som mennesker for oss som er avhengige av hjelp og oppfølging. For meg er dette ekte hverdagshelter som fortjener en oppmerksomhet, forteller en av dem som mottar tjenester fra innsatsteamet

Namsos kommunes innsatsteamet er et tverrfaglig team som tilbyr oppfølging i daglige aktiviteter. De kan også hjelpe deg i å gjenvinne funksjon og



HERDAGSHELTER: Fra venstre: Linn Therese Øseth, Even Berg og Kirsti Haarberg er en del av kommunens innsatsteam som gjør hverdagen litt bedre for folk som har helseutfordringer eller trenger hjelp og oppfølging. Foto: TOR MARTIN ÅRSETH

Faksimile fra Namdalsavisa 20. august 2021. Linn Therese Øseth, Even Berg og Kirsti Haarberg, som er en del av kommunens innsatsteam, fikk ukas blomst. Foto: Tor Martin Årseth.



De fleste har store verdier i hjemmet - gjerne mer enn man tror

Skulle uhellet være ute, vil det kunne være mye som går tapt. Det er derfor viktig å ha en god innboforsikring med høy nok forsikringssum.

Ta kontakt med oss i dag, så hjelper vi deg!

**GUNSTIG
MEDLEMSPRIS!**

Telefon: 22 05 99 15 | post@forsikring.ergoterapeutene.org | www.ergoterapeuteneforsikring.org

SVAR TIL DEBATTINNLEGG I ERGOTERAPEUTEN 2-2021

Virksomhetsteorien er fortsatt relevant

Når en student, lærer eller forsker skal velge teoretisk tilnærming for sitt arbeid, er det mange forhold som spiller inn. I ergoterapeutisk kontekst kan vi konstatere at virksomhetsteorien møter mindre interesse enn tidligere. Hva skyldes det?

Av Tove Borg



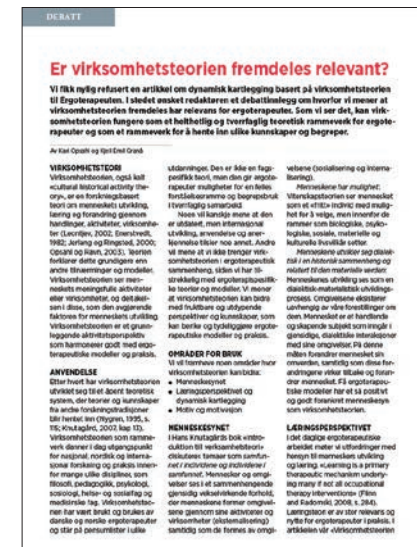
Tove Borg er ergoterapeut og seniorforsker ved Hammel Neurocenter i Danmark.

Virksomhetsteorien er fortsatt relevant for ergoterapeuter. Dens grunnbegreper og teoretiske redskaper til forståelse og utvikling av ergoterapeutisk arbeid forbinde en psykologisk og samfunnsteoretisk praksisforståelse, og gir mer i kraft av borgerperspektiver og til forandningsprosesser enn de fleste andre tilnærminger jeg har studert.

Den svarer til den grunnforståelsen av dialektikken i menneskers handling og eksistens i verden som opptrer i mye ergoterapi, og som jeg deler med mange. Når jeg studerer andre tilnærminger, teorier og modeller, har jeg dessuten stor nytte av virksomhetsteoriens vitenskaps-, menneske- og samfunnsforståelse som kritisk redskap i forhold til hva jeg velger å ta inn i mitt arbeid.

INN I LÆREBØKENE

Virksomhetsteorien, eller «Den Kulturhistoriske Skolen», ble aktuell i for ergoterapeuter i midten av 1970-årene og ble for alvor en



teoretisk tilnærming i begynnelsen av 1980-årene.

Med sitt fokus på hverdagsliv fikk virksomhetsteorien deretter plass i lærebøker fra og med første utgave av den danske *Basisbok i ergoterapi* (2003) som en tilnærming til forståelse av ergoterapiens kjerne. I 1994 utga Fortmeier og Thanning boken *Sett med pasientens øyne*, som utvidet mulighetene for at lærere og studenter ved bachelorutdanningene kunne tilegne seg virksomhetsteorien sammen med kunnskap fra de mange prosjektene som fulgte.

MENNESKELIG VIRKSOMHET

Det sentrale i virksomhetsteorien er menneskelig virksomhet, menneskelig aktivitet og handling i de sammenhenger i hverdagslivet som den enkelte er en del av. Dette svarer til hvordan ergoterapeuter i årtier har definert kjernen i ergoterapi og ergoterapiens virksomhetsområde. Metoder og framgangsmåter dreier seg om å skape nye handlingsmuligheter for borgeren og for de profesjonelle.

POTENSIAL

De danske ergoterapeutene som var opptatt av utviklingen av ergoterapi på dette grunnlaget, så potensialet som var og stadig er i virksomhetsteorien, og var bestemte på å videreutvikle denne tilnærmingen. Betingelser for arbeidet var imidlertid at det måtte skje samtidig med ansettelse i undervisning eller praksis, i kontekster hvor det også måtte kjempes for forskningstilknytning. Det danske statlige utdannelsessystemet var ikke klart for dette før omkring årtusenskiftet. Likevel ble det gjennomført mange utviklingsprosjekter hvor også inspirasjon fra den rikholdige virksomhetsteoretiske litteraturen fra andre fagområder spilte en rolle. Noen ergoterapeuter utvidet det virksomhetsteoretiske grunnlaget med kritisk psykologi, som setter praksisforskning og -utvikling i sentrum, noe som resulterte i nye prosjekter.

PRESS PÅ FAGUTVIKLING

I midten av 1970-årene skjøt framkomsten av ergoterapimodeller fra USA og senere fra Canada og Australia fart. Disse engelskspråklige teoretiske tilnærminger ble utviklet i ressursrike akademiske miljøer som hadde midler både til forskning og en stor lærebokproduksjon med lett tilgjengelige modeller og framgangsmåter. Det er press på fagutvikling, og for mange ble det mest nærliggende å gripe til de nyere tilnærmingerne med modeller og instrumenter som sto parate. I dag dominerer de engelskspråklige modellene og referanserammene, og interessen for virksomhetsteorien som referanseramme for ergoterapi er tonet ned.

STRATEGISKE MULIGHETER

Men valg av en teoretisk tilnærming er langt mer komplekst enn

dette. Den enkelte vil oftest vurdere hvilke strategiske muligheter som valget av en teoretisk tilnærming fører med seg. Det store spektrum av teoretiske tilnærminger og modeller med fokus på ergoterapeutisk praksis synes å legge opp til forskjellige valg. Men i den faktiske situasjon er det ikke alle valg som er like tilgjengelige. Og de åpner hver for seg forskjellige strategiske muligheter.

Under utdannelsen spiller det en rolle hvilke referanserammer lærerne er kompetente til å undervise i, hvilken litteratur det henvises til, og hvilke krav studenten står overfor.

For den enkelte har det betydning hvilke teoretiske tilnærminger som er særlig tiltrekkende, hvilke som er aktuelle i tiden. Kanskje det er et større incitament til å sette seg inn i tilnærminger og modeller som er eksplisitt målrettet for ergoterapi og ergoterapiens særlige spesialer, og som er utviklet i mer etablerte forskningsmiljøer med ressurser til større prosjekter og bokutgivelser, enn dem som er forsøkt utviklet i danske og nordiske sammenhenger. De valgene som treffes, kan dessuten få betydning for hvilke medstudenter den enkelte kan avtale å samarbeide med.

IKKE LUKKE ØYNENE

Som praktiker er det ofte avgjørende hva ergoterapigruppen på arbeidsplassen velger. Gruppens valg kan utover det grunnsynsbestemte valg ha betydning for hvem man ønsker å kommunisere med, faglig, tverrfaglig, nasjonalt og internasjonalt.

Som forsker gjør man seg noen av de samme overveielser med hensyn til grunnsyn og mulige samarbeidspartnere, men

også for studieopphold, nasjonalt og internasjonalt, for hvem som stilles til rådighet som veiledere, og for hvilke karriereveier som kan åpne seg.

Man kan ikke lukke øynene for denne kompleksiteten.

EN STØRRE HISTORIE

Enhver teoretisk referanseramme har en politisk dimensjon. Virksomhetsteoriens omfatter demokrati og fellesskap.

Det å benytte virksomhetsteori i en ergoterapeutisk praksis kan gi et fellesskap mellom og med profesjonelle og forskere, også fra andre fag, som benytter dette grunnlaget. På denne måten når man utover sitt eget fag. Andre teoretiske tilnærminger kan gi stor kunnskap og inspirasjon og bidra til utvikling av virksomhetsteoriens vitenskaps-, menneske- og samfunnsforståelse.

I internasjonal virksomhetsteoretisk sammenheng, se for eksempel ISCARS' hjemmeside, er det tydelig at det er mange forskjellige versjoner av virksomhetsteorien som man kan tilslutte seg. Det er forskjellige grupperinger med vekt på forskjellige forskeres arbeid. Forskjeller diskuteres både opp imot hverandre og for å berike hverandre, eller den bestemte tilnærmingen brukes simpelthen løsningsorientert. Ergoterapeuters bruk av virksomhetsteori er en del av denne større historien.

Svar på debattinnlegg kan sendes til:
emt@ergoterapeutene.org.
Merk mailen med **Debatt**.

Aktivitetsdeltakelse i lys av pasient og pårørendeopplæring

Jeg følger nettkurset «Aktivitet og deltagelse for alle», hvor det presiseres at ergoterapi er aktivitetsbasert, aktivitetsfokuseret og aktivitetssentrert. Aktivitet kan være mål, middel, eller begge deler. Jeg er ansatt som helsefaglig rådgiver på systemnivå i Sykehuset Innlandet HF, i Ressursenhet for pasient- og pårørendeopplæring. I etterkant av kurset har jeg blitt opptatt av om jeg kan forsvare denne ansettelsen som ergoterapeut, sett i lys av et aktivitetsperspektiv.



Tone Torgersen er ergoterapeut og ergoterapispesialist i psykisk helse. Hun jobber som helsefaglig rådgiver på systemnivå i Sykehuset Innlandet HF.

Av Tone Torgersen

HVORFOR JOBBER EN ERGOTERAPEUT HER?

Min stilling er organisert på stabsnivå og innebærer lite eller ingen pasientkontakt. Pasient- og pårørendeopplæring, som er den fjerde lovpålagte sykehusoppgaven, er kjerneområdet for mitt virke. Når funksjonen er lagt på stabsnivå, innebærer dette at jeg og mine kollegaer i liten grad gjennomfører undervisningen selv, men legger til rette for at det kan foregå pasient- og pårørendeopplæring i klinikken. Vi holder kurs for personalet i helsepedagogikk og bidrar som en ekstra ressurs, særlig i en oppstartfase av lærings- og mestringskurs.

HELSEKOMPETANSE

Det er flere faktorer som påvirker helse, og helsekompetanse er en av dem. Helsekompetanse innebærer personers forutsetning for å ta hensiktsmessige helse-relaterte valg, basert på deres ferdigheter, kunnskap og motivasjon til å innhente, forstå, vurdere

og anvende helseinformasjon (Regjeringen, 2019). Høy helsekompetanse anses gunstig for fysisk og psykisk helse, mens lav helsekompetanse innebærer en større samfunns- og helsepolitisk utfordring.

KJERNEKOMPETANSE

I Ergoterapeutenes brosjyre «Alle skal kunne delta», som beskriver ergoterapeuters kjernekompetanse og samfunnskontrakt, leser vi at «Ergoterapeuter bidrar til deltagelse og inkludering med sin kompetanse om samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser», og det eksemplifiseres med hvordan ergoterapeuten kartlegger, motiverer, trener og tilpasser for konkrete aktiviteter, samt bidrar til inkluderende omgivelser (Ergoterapeutene, 2017).

En god kartlegging baserer seg både på observasjoner og samtaler. Grad av helsekompetanse influerer på hvordan personen kommuniserer egen sykdom eller tilstand (Helse- og

omsorgsdepartementet, 2021; Helsedirektoratet, 2019). Målet med ergoterapi er deltagelse og inkludering gjennom forsøksvis å minske gapet mellom helse og hverdagslivets krav (Ergoterapeutene, 2017). Dersom dette gapet blir begrenset, mangelfullt eller upresist beskrevet, øker risikoen for feildiagnostisering og utilstrekkelig eller uhensiktsmessig oppfølging av situasjonen (Helsedirektoratet, 2019).

Ergoterapeuters kjernekompetanse skal bidra til å løse samfunnets helse- og velferdsutfordringer, fordi disse utfordringene influerer på personers muligheter til deltagelse og tilhørighet (Ergoterapeutene, 2017). En slik utfordring kan være den enorme tilgangen på informasjon vi har i dag. Et Google-søk kan gi deg svar på langt mer enn du lurer på. Utfordringen er at disse svarene kan være gitt av nær sagt hvem som helst, og det kan være krevende å skille ut kunnskapsbaserte og gode kilder.

«Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen (2019–2023)» beskriver at god ivaretagelse av egen helse forutsetter tilstrekkelig helsekompetanse (Helsedirektoratet, 2019). At personer skal opparbeide seg god helsekompetanse basert på kunnskapsbasert og hensiktsmessig informasjon, slik at de bedre kan ivareta egen helse og således øke egen aktivitetsdeltakelse, forutsetter at helsepersonell gir hjelp til å navigere i, og sortere, tilgjengelig informasjon. Dette kan eksempelvis gjøres gjennom pasient- og pårørendeopplæring, og da må det legges til rette for dette.

AKTIVITETENES MØRKE SIDE

I debattinnlegget til Merethe Seberg og Else Merete Thyness i *Ergoterapeuten* 3/21 belyser de aktivitetenes mørke side og peker på at det finnes aktiviteter som fører til uhelse, er uproduktive, antisosiale, eller endatil ulovlige, men som like fullt kan oppleves som meningsfulle av de som gjennomfører dem. Helsekompetanse innebærer å ha kunnskap om (egen) helse, forstå kunnskapen, og også å kunne anvende den. Å oppleve helsehemmende aktiviteter som meningsfulle kan bero på manglende helsekompetanse. Min påstand blir derfor at å legge til rette for økt helsekompetanse i befolkningen parallelt bidrar til å legge til rette for meningsfulle og helsefremmende aktiviteter.

TIL DEBATT

Flere faggrupper er opptatt av at stillinger i større grad bør lyses ut med spesifikke ønsker og krav til kompetanse og utdanning, framfor det ofte benyttede «miljøterapeut», som ofte innebærer bachelor innenfor helse-, sosial-



Bidrar ergoterapeuter i en stabsfunksjon til å vanne ut faget?

eller pedagogiske fag og derfor framstår som en svært generell samlebetegnelse. Begrunnelsen for å ønske mer spesifikke stillingsannonser har ofte bakgrunn i en opplevelse av en utvanning av bachelorfagene: Hvem som helst kan gjøre jobben. Blir det på samme vis i en stabsfunksjon? Bidrar jeg til å vanne ut faget?

På den annen side er norsk helsevesen et komplekst system med linjer, nivåer og organisatorisk hierarki. Skal stabsfunksjoner utelukkende besettes av andre yrkesgrupper, når det organisatoriske hierarkiet tilsier at disse yrkesgruppene i så fall er overordnet ergoterapeuter? Kan vi forvente at det legges til rette for arbeid med aktivitet og deltakelse, dersom dette fokuset mangler på høyere nivå i hierarkiet?

Referanser

Ergoterapeutene (2017). *Alle skal kunne delta*. Tilgjengelig fra: [https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%c3%b8ring/75-Trykk-](https://ergoterapeutene.sharepoint.com/Arkiv/7-Kommunikasjon%20og%20markedsf%c3%b8ring/75-Trykk-saker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkelt sider.pdf?originalPath=aHROcHM6Ly9I-cmdvdGVyYXBldXRlbmUuc2h-hcmVwb2ludC5jb20vOmI6L2cvR-VhTbnZwaVdPcmxBdTIHWIB6V-0V4a3dCVWpubXd2ZjJjNFJlUdE-dxLTFwc0VLZz9ydGltZT1XaTYz-Q0wwMzJVZw)

saker/Kjernekompetanse%202017/Ergoterapeuters_kjernekompetanse_Web_enkelt sider.pdf?originalPath=aHROcHM6Ly9I-cmdvdGVyYXBldXRlbmUuc2h-hcmVwb2ludC5jb20vOmI6L2cvR-VhTbnZwaVdPcmxBdTIHWIB6V-0V4a3dCVWpubXd2ZjJjNFJlUdE-dxLTFwc0VLZz9ydGltZT1XaTYz-Q0wwMzJVZw

(Hentet 25. juni 2021).

Helsedirektoratet (2021). *Befolkningens helsekompetanse*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse> (hentet 25. juni 2021).

Helse- og omsorgsdepartementet (2019). *Ny strategi for helsekompetanse* [nettdokument]. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-strategi-for-helsekompetanse/id2644713/> (Hentet 25. juni 2021).

Seberg og Thyness (2021). Aktivitetenes mørke side. *Ergoterapeuten* 3(64) s 47.

Svar på debattinnlegg kan sendes til:
emt@ergoterapeutene.org.
Merk mailen med **Debatt**.



PARTIENE SVARER

Mandag 13. september er det stortingsvalg i Norge. Da skal det velges representanter til landets nasjonalforsamling, Stortinget, for perioden 2021–2025. Ergoterapeuten har stilt de forskjellige politiske partiene tre spørsmål som er relevante for vår yrkesgruppe.

Av Else Merete Thyness

Bærekraftige helse- og velferdstjenester er en forutsetning i møtet med den demografiske utviklingen, og krever tiltak som utløser ressurser og sosial bærekraft. Gjennom å fremme deltakelse, helse og livskvalitet utløser vi ressurser hos den enkelte og for samfunnet. Dette er også et nødvendig bidrag til å møte sykepleiermangelen, slik at vi pleier der vi må, men fremmer mestring og selvstendighet der vi kan.

Denne ressursutløsingen forutsetter et paradigmeskifte i tjenestene våre, fra pleie som bærebjelke til økt prioritering av tidlig innsats, rehabilitering, forebygging, helsefremming og habilitering. Tjenestene må også bli mer tverrfaglig sammensatte, slik at ergoterapeuters ressursutløsende kompetanse er tilgjengelig på alle nivåer.

Sett i denne sammenhengen:

1. Hvilke grep vil dere ta for å utløse ressurser i befolkningen, og hvordan vil dere sikre nødvendig kompetanse og dreining for å få til dette?
2. Det er et hull i tjenestene til barn og unge uten ergoterapeuters mestrings- og tilretteleggingskompetanse. Hvordan vil dere jobbe for å sikre at ergoterapeuter er en naturlig del av innsatsen rettet mot barn og unge, og at innsatsen kommer tidlig nok inn til å forebygge utenforskap?
3. Det er varierende, og flere steder manglende, ergoterapeutbemanning i spesialist- og kommunehelsetjenesten, noe som skaper ulikhet i tjenestene. Samtidig er behovet for ergoterapeuter økende, som Statistisk sentralbyrås framskrivinger viser. Hvordan vil dere sikre at de som trenger ergoterapi, får tilbudet til riktig tid, slik at innbyggere ikke opplever unødige og varige tap av funksjon?



ARBEIDERPARTIET

- 1 Arbeiderpartiet er et helhetstenkende parti. Ressurser i befolkningen utløses ikke minst gjennom god folkehelse, som igjen skapes der folk lever, bor og arbeider. Forebygging og tidlig innsats, med mer fysisk aktivitet, er en hovedprioritering for oss. Vi vil se til at alle samfunnssektorer er med på å forebygge og investere i god folkehelse. Forebyggende helsearbeid kan også hindre at mennesker blir stående utenfor arbeidslivet. I den forbindelse er det nødvendig å se på oppgavedelingen, slik at man har rett person på rett plass med rett kompetanse. Ikke minst fordi vi vet at det er flere helsepersonellgrupper, som ergoterapeuter, det vil være stor mangel på i 2035.
- 2 Arbeiderpartiet ønsker mer tverrfaglighet i kompetansen, inkludert ergoterapi, slik at man kan fremme mestring og selvstendighet. Grunnlaget for god helse legges nemlig tidlig. Derfor må vi rette en særskilt oppmerksomhet barn og unge. Å utjevne økonomiske og sosiale forskjeller vil i seg selv fremme den norske folkehelsen. God fordelingspolitikk er god folkehelsepolitikk. At barn som vokser opp i familier med lite ressurser, opplever framtidig helsetap, er både dypt urettferdig og bidrar til utenforskap.
- 3 Vi vil sikre at de som trenger ergoterapi, får tilbudet til riktig tid ved å utdanne flere ergoterapeuter. Arbeiderpartiet har i 2021 foreslått hele 3000 nye studieplasser, med særlig vekt på blant annet helsefagene. Vi har også programfestet opptrappingsplaner for nye studieplasser og å prioritere utdanninger til viktige yrker der det mangler nok kvalifisert arbeidskraft. Ergoterapeuter er et eksempel på dette. Arbeiderpartiet har videre foreslått å ta dette inn i langtidsplanen for forskning og høyere utdanning, for å gi samfunnet og utdanningsinstitusjonene mer forutsigbarhet i opptrappingen av nye studieplasser i årene framover. Særlig er det viktig med flere desentraliserte tilbud over hele landet, tilpasset behovene kommunene og helseforetakene har for kompetanseheving.



SENTERPARTIET

1. For Senterpartiet er det viktig med en helhetlig helsepolitikk der man først og fremst gjør mer for å forebygge sykdom gjennom en god folkehelsepolitikk. I dag er helse ulikt fordelt i befolkningen, og det er store sosiale forskjeller i helse. Dette kan forebygges gjennom en mer aktiv folkehelsepolitikk. Senterpartiet er også opptatt av å vri tjenestene og utdanningene slik at vi hele tiden klarer å bygge opp under de ressursene alle personer har, selv om man har en sykdom. Det er viktig å få hjelp til selvhjelp, til opptrening etter skade eller til å få hjelp til å mestre dagliglivet selv om man har dårlig helse av ulike grunner. Vi ønsker ikke en helsetjeneste som bidrar til pasifisering, men en helsetjeneste som er tverrfaglig, som får fram ressursene, og som samarbeider med andre viktige områder – slik som arbeidsliv og lokalsamfunn.
- 2 Senterpartiet vil ha en reell opptrapping av rehabiliterings- og habiliteringstilbudet i kommunene, der folk bor. Samtidig må den spesialiserte rehabiliteringen, som i dag skjer i regi av sykehusene, ikke bygges ned. Ergoterapeutene er viktige både for tjenestene til barn og unge, og for tjenestene til voksne og eldre. Senterpartiet vil styrke kommuneøkonomien slik at kommuner får en reell mulighet til å styrke slike tverrfaglige tjenester og kompetanse, i tråd med behovet. Det er uten tvil stort behov for flere ergoterapeuter, og det er også blitt en lovpålagt tjeneste.
- 3 Senterpartiet ønsker en ny opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering som sørger for å gi kommunene større mulighet til å ansette flere ergoterapeuter.



MILJØPARTIET DE GRØNNE

1. God, grønn helsepolitikk er å forebygge sykdom og gi god helsehjelp når det er nødvendig. Gode liv handler ikke bare om fravær av sykdom, men om en mer helhetlig livskvalitet. God miljøpolitikk er også god helsepolitikk. Altfor mange lever liv med et uønsket høyt tempo og forventninger de ikke klarer å møte. Politikere kan bidra til å motvirke dette, så vi kan stresse ned og få mer tid til familie og venner, kultur, friluftsliv og frivillighet. MDG vil, sammen med partene i arbeidslivet, legge til rette for mindre stress i hverdagen ved å redusere normalarbeidstiden og styrke rettighetene til fleksibel arbeidstid, pensjon og ferieuttak. Det er også viktig å utvikle tilbudene slik at de gir trygge og helsefremmende rammer for personer med demens og eldre med omsorgsbehov. De Grønne vil tilrettelegge for mangfoldige boformer for gjensidig hjelp og glede, for eksempel mellom barnefamilier og eldre. MDG vil også bedre tilgangen på gode rehabiliteringssentre med sunn mat, godt kvalifiserte ansatte, godt utstyr og naturområder for restitusjon. Vi vil også øke finansiering og utbygging av universelt utformede nærskoler, slik at alle elever kan gå på skole i sitt nærmiljø. Vi vil jobbe for å gjøre barnehager, skoler, høyskoler og universiteter tilgjengelige, og for at samfunnet raskt blir universelt utformet. MDG vil videreføre og styrke samarbeidet mellom staten og aktuelle kommuner for å bedre miljø, boforhold og levekår i områder med levekårsutfordringer. Vi vil arbeide aktivt mot ensomhet i samfunnet, blant annet gjennom å samarbeide med frivillig sektor om flere lavterskelmøteplasser. En av De Grønne sine hovedsatsinger er nettopp: Et mangfoldig samfunn for og med alle. Vi ønsker et samfunn der alle, uavhengig av de forutsetningene man har i livet, skal kunne delta i arbeidslivet, samfunnslivet, det frivillige og på sosiale arenaer.
2. De Grønne har vedtatt å jobbe for å sikre at barn med funksjonsvariasjoner eller sykdom får oppfylt sine lovfestede rettigheter til opplæring, helsehjelp, fritidsaktiviteter, familiesamvær, omsorg og samfunnsdeltakelse, på lik linje med andre barn. Vi vil gjennomføre et nasjonalt løft for tidlig innsats gjennom helsestasjoner og skolehelsetjenesten med øremerkede midler og bemanningsnorm basert på Helsedirektoratets anbefalinger. Det må blant annet etableres systemer for bedre samhandling mellom skolehelsetjenesten, barnevernet, psykisk helsevern og fastlegene. Ergoterapeuter har selvfølgelig en viktig rolle i dette arbeidet.
3. MDG er positive til å sikre at flere får tilgang til ergoterapitjenester og stemte for eksempel for et forslag på Stortinget om å forskriftsfeste krav til ergoterapikompetanse i sykehjem i 2018. De Grønne vil arbeide for at mindre tid går tapt til andre ting enn pasientbehandling og arbeide for ett felles journalsystem i kommune- og spesialisthelsetjenesten. Vi vil legge til rette for mer oppgaveoverføring, slik at spesialutdannet helsepersonell kan frigjøres fra en del arbeidsoppgaver og kan bruke mer tid på pasientbehandling. Vi ønsker å gjennomføre en tillitsreform i helsevesenet som innebærer å gi mer frihet, uavhengighet og utførelse av skjønn i arbeidet ved å redusere antall mål- og resultatkrav, rapportering og kontroll. MDG vil derfor opprette et bredt sammensatt Avbyråkratiserings- og effektivitetsutvalg som skal gjennomgå all rapportering og foreslå hva som kan fjernes, automatiseres eller utføres av andre enn helsepersonell.



SOSIALISTISK VENSTREPARTI

1. Ergoterapeutene og arbeidet med habilitering og rehabilitering er en avgjørende del av norsk helsepolitikk. Derfor foreslo SV tidligere i år at det må komme på plass en egen plan for rehabilitering og habilitering i hele landet. Det vil også følges opp i regjering. Vi foreslo også å etablere et nasjonalt utviklingssenter for rehabilitering, med utgangspunkt i brukerperspektivet og med nyskapende tjenester, som legger til rette for godt samarbeid mellom tjenestenivåer. SV mener nye bygg må legges til rette for bedre bruk og tilgjengelighet for alle. SV mener CRPD må inkorporeres i norsk lov, og har tatt til orde for det i en rekke situasjoner.
2. Skolene, helsestasjonene og barne- og ungdomspsykiatrien må både få kunnskap og tilgang på tjenestene til ergoterapeutene. Denne typen tilrettelegging er en av grunnene til at vi mener at det må etableres en egen plan for habilitering og rehabilitering, der kunnskapen om blant annet ergoteraputenese kompetanse og tilbud tas med. Det trengs et kraftig løft i kommunenes og spesialisthelsetjenestenes økonomi og handlingsrom, slik at det er rom for forebygging og tidlig innsats. Derfor går SV ikke bare inn for å styrke budsjettene betraktelig, men også å legge til rette for en tillitsreform der brukere og tjenesteapparat i samarbeid best kan kartlegge og tilrettelegge for de behov som finnes.
3. Det er også en stor utfordring at vi har for få ergoterapeuter, og SV mener vi må legge til rette for å utdanne flere. Samtidig må vi sikre at de som blir utdannet, får tilbud om faste og hele stillinger, og at kommuner og helseforetak har økonomisk rom og incentiver for å ansette ergoterapeuter. Da må vi i tillegg til å øke budsjettene også gå bort fra en stykkprisfinansiering der man får betalt for behandling, men ikke for tilrettelegging og forebygging.



1. Høyre vil føre en helhetlig politikk for å sikre deltakelse i og gode tjenester for befolkningen. For helsefeltet vil vi trekke frem pasientmedvirkning, pårørendemedvirkning og kompetanseheving. Kort fortalt ønsker Høyre at pasientene skal tas med på råd og kontinuerlig være oppdatert på avgjørelser som angår dem og deres helse. Vi vil i større grad involvere pårørende, og vi har i regjeringsperioden satset sterkt på grunn-, etter- og videreutdanning for de som jobber i helsetjenestene.
2. For Høyre er forebygging av utenforskap en av de viktigste sakene vi har jobbet med i regjering, og det er like viktig i årene som kommer. I det arbeidet inngår naturligvis også ergoterapeutene. Fra første januar 2020 er kommunene lovpålagt å ha ergoterapikompetanse, og det er kommunenes ansvar å følge opp dette. Derfor har Høyre gjennom åtte år styrket kommunenes økonomi. Det har aldri vært færre kommuner på ROBEK-listen, og kommunene går med overskudd. I kommende periode vil det derfor være naturlig at man følger opp kommunene for å passe på at folk opplever et godt helsetilbud med god helsefaglig kompetanse der de bor.
3. Her må vi svare litt generelt. Høyre har i regjeringsperioden prioritert kompetanseheving og økt rekruttering i alle ledd av helsetjenestene. Det vil vi fortsette med, og det gjelder så klart også for ergoterapeuter. Vi er i gang med Kompetanseløft 2025, som bygger på de gode erfaringene fra Kompetanseløft 2020. Kort fortalt handler dette om at titalls tusen helsepersonell får tilbud om grunn-, etter- eller videreutdanning, og at rekrutteringen øker. Når det kommer til kommunehelsetjenesten, er det viktig å huske at dette er et kommunalt ansvar, altså må kommunene selv prioritere hva og hvordan de vil satse.



KRISTELIG FOLKEPARTI

1. KrF ønsker et samfunn som fremmer god helse for alle. Vi ønsker å prioritere det forebyggende folkehelsearbeidet og sikre at det utjevner levekårsforskjeller og gir god helsekompetanse til befolkningen. Vi vet at en viktig faktor for gode tjenester er nok ansatte og kompetente ansatte, og det er viktig å styrke det tverrfaglige arbeidet slik at helheten ivaretas.
2. Vi jobber kontinuerlig for å forsterke skolehelsetjenesten og sikre at barn og unge både får et tilbud når de trenger det, og at de lærer seg enkle, men viktige verktøy for å mestre hverdagene og livet. Det er naturlig at skolehelsetjenesten og ergoterapeuten(e) tilknyttet kommunen samarbeider der det er behov, og bidrar til et godt tjenestetilbud til barn og unge. Skolen og fritidsarenaene man deltar på som barn, er viktige for å skape tilhørighet og for at hvert enkelt barn får utvikle seg til å bli en trygg voksen.
3. Vi trenger å satse på de ansattes kompetanse og øke innsatsen for å beholde og rekruttere riktig personell. Blant annet kan en tillitsreform i helse- og omsorgstjenestene være et viktig tiltak. Gjennom at hver kommune har ergoterapeut knyttet til seg, skal kompetansen være lettere tilgjengelig og bidra til at tjenestene holder høy kvalitet og hjelpen raskt kommer innbyggerne til gode.



RØDT

1. Folkehelseperspektivet må være gjennomgående i alle av kommunenes planer. Satsing på breddeidrett er viktig med gratis eller lav leie av idrettsanlegg, spesielle lavterskeltiltak som frisklivsordningen 65 +, aktivitetssentre og tilrettelegging for friluftsliv og utendørsaktiviteter. Det som kjennetegner alle disse elementene, er at det kreves veiledning fra ulike yrkesgrupper. At kommunene organiserer tverrfaglige team, er avgjørende for å lykkes.
2. Rødt ønsker å øke den daglige tiden avsatt til fysisk aktivitet i skolen. Denne fysiske aktiviteten må følges opp av team med både ergoterapeuter, fysioterapeuter og helsearbeidere. Det tverrfaglige teamets kompetanse må også brukes i barnehagene.
3. Rødt mener at den kommunale helse- og omsorgstjenesten over mange år har fått overført stadig større oppgaver og ansvar for innbyggere med behov for pleietjenester, men de økonomiske midlene har ikke fulgt med. Dette går utover nødvendig og forsvarlig kvalitet på kompetanse og kapasitet. Det må sikres nødvendige statlige midler. Sentralt i kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid er helses- tasjons- og skolehelsetjenesten. Dette er tjenester som må styrkes. Kommuneøkonomien og primærhelsetjenesten må styrkes for å forebygge og fange opp helseproblemer tidlig. Rødt ønsker videre at kommunene må sikre at alle de ulike fagfeltene dekkes med egne ansatte. Nyetableringer av fysioterapi- og ergoterapitjenester skal være kommunale og fastlønnsbaserte.



VENSTRE

1. Vi står uten tvil overfor et paradigmeskifte i helse- og omsorgssektoren. Den må omstilles om vi skal klare å møte de demografiske endringene. Vi må gjøre mange ting. Vi må fortsette den positive utviklingen av velferdsteknologi og ta den raskt i bruk, vi må forebygge og tilrettelegge bedre i folks hjem, og vi må utløse flere pårørende- og frivilligressurser. Til det siste må vi se på mange ulike støtteordninger; til de første to punktene er ergoterapeutene helt sentrale.
- 2 Venstres helsepolitikk er forebygging. Vi sloss ikke med de andre partiene om høyest mulig aktivitetsvekst i sykehusene. Vi vil prioritere mer ressurser til helse- og omsorgstjenestene i kommunen, slik vi har gjort de foregåedene årene. Det var Venstre som krevde å få ergoterapikompetanse lovfestet i kommunene, nettopp for å kunne komme tidlig inn med både habilitering og rehabilitering. Det er en selvfølge for Venstre at ergoterapeuters kompetanse også brukes på barn og unge. Forebygging lønner seg alltid, og kommunene skal settes i stand til å kunne komme tidlig inn med nødvendige tjenester.
- 3 Venstre vil videreutvikle det eksisterende rehabiliteringstilbudet i kommunen. For Venstre er det viktig at alle får et individuelt tilpasset rehabiliteringsløp, enten det er pasienter med store behov og tverrfaglig oppfølging, eller mindre behov for tilrettelegging. Vi vil fortsette å prioritere helse- og omsorgstilbudet i kommunene. Vi mener det er mest effektivt. Det vil gi best livskvalitet for den enkelte at folk kan bo lengst mulig hjemme og kan være deltaker i sitt lokalmiljø. Det vil derfor være behov for mer ergoterapikompetanse i kommunene.



FREMSKRITTSPARTIET

1. Mestring av hverdagen er en viktig del av helse- og velferdstjenestene. Her står tilrettelegging og forebygging sentralt. Ergoterapeutene har en viktig kompetanse og skal ha en sentral plass i dette arbeidet.
2. Vi ønsker å styrke det tverrfaglige samarbeidet og samarbeidet mellom forvaltningsnivåene, slik at oppmerksomheten rettes mot pasienten som et helt menneske. Dette innebærer også å greie tidlig nok å se behovet den enkelte har.
2. Fra første januar 2020 ble det lovpålagt for alle kommuner å tilby ergoterapi. FrP har tidligere i år stilt spørsmål til helseministeren for å få status for kommunenes måloppnåelse innenfor kravene til profesjoner i kommunene. For å sikre gode og likeverdige tjenester i hele landet må vi sikre at kommunene har kompetansen de trenger innenfor de ulike tjenesteområdene og tjenestetilbudene. Derfor er det også viktig at kommunene følges opp, og at det rapporteres på måloppnåelse innenfor kravene til profesjoner. På den måten kan Storting og regjering legge inn tiltak der man trenger det mest.

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

Digitalt kurs i ADL-Taxonomien



Velkommen til digitalt kurs i ADL-Taxonomien på Teams. Kurset er en kombinasjon av egenstudier, videoforelesninger og praktisk utprøving.

ADL-Taxonomien er et valid og reliabelt redskap for å undersøke og vurdere aktivitetsevne. ADL-Taxonomien er oversatt til norsk, og deltakerne får tilsendt et eksemplar av manualen før kurset starter, sammen med tilgang til litteratur til forberedelse og videoforelesninger på Teams.

Kurset er meritterende med 20 timer til ergoterapispesialist. Les mer om kurset på <https://ergoterapeutene.org/digitalt-kurs-i-adl-taxonomien/>



- Målgruppe:** Ergoterapeuter
Arrangører: Ergoterapeutene
Sted: Teams
Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org innen 1. oktober 2021
Tid: Oppstart 15. oktober 2021
 Livearrangement på Teams 22. oktober 2021, kl. 08.00–12.00
 Livearrangement på Teams 22. november 2021, kl. 12.00–16.00
Kursavgift: Medlemmer/tillitsvalgte/ikke-medlemmer kr 2000,- / kr 1000,- / kr 4000,-

Nytt digitalt kurs: Ergoterapeuter og førerkortvurdering



Ergoterapeuter og førerkortvurdering er utviklet av Ergoterapeutene i samarbeid med ergoterapeuter ved Sunnaas sykehus og utviklere av P-Drive (Performance Analysis of Driving Ability) i Sverige. Kurset består av to moduler, begge lukket med innlogging.

Alt undervisningsmaterieill vil bli tilgjengelig på egen lukket hjemmeside: videoforelesninger, litteratur til forberedelse, øvingsoppgaver individuelt og i grupper. I tillegg vil det bli arrangert live-arrangement med utgangspunkt i øvingsoppgaver.

Vi ønsker norske, svenske og danske ergoterapeuter velkommen til å delta.

MODUL 1: ERGOTERAPEUTER OG FØRERKORTVURDERING.

Modul 1 gir en innføring i krav til ergoterapeuters kompetanse og rolle ved vurdering av helsekrav for førerkort. Det gir også en innføring i aktuelt regelverk, metoder og prosedyrer som kreves som grunnlag for ergoterapeuters bidrag ved slike vurderinger.

Kurset er meritterende for spesialistordningen med 15 timer som ergoterapifaglig kurs.

Oppstart 15. september 2021. Deltakerne får lenke og tilgang til kurset med litteratur og videoforelesninger.

I slutten av september 2021 vil det bli arrangert et live-arrangement der forelesere og kursdeltakerne møtes på Teams.

Pris for medlemmer kr 2000, tillitsvalgte kr 1000, ikke-medlemmer kr 4000.

Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.

MODUL 2: PRAKTISK KJØREVURDERING OG P-DRIVE

Denne modulen gir kursdeltakerne en innføring i praktisk kjørevurdering og opplæring i bruk av P-Drive (Performance Analysis of Driving Ability). P-Drive er en standardisert observasjonsprotokoll som brukes i praktisk kjøretest for å analysere bilkjøring som aktivitet og personens utførelse.

P-Drive er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse. Deltakerne må ha gjennomført modul 1 eller deltatt på det tidligere kurset «Ergoterapeuter og førerkortvurdering».

Modulen er meritterende for spesialistordningen med 30 timer som ergoterapifaglig kurs.

Oppstart 15. mars 2022. Deltakerne får lenke og tilgang til kurset med litteratur og videoforelesninger.

Det vil bli arrangert et oppstarts- og et oppsummerings-live-arrangement, der forelesere og kursdeltakerne møtes på Team. Dato for disse arrangementene kommer senere

Pris for medlemmer kr 3000, tillitsvalgte kr 1500 og ikke-medlemmer kr 6 000.

P-Drive-manualen er inkludert i kursavgiften.

Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.

Kalibrering

Etter det første året med vurderinger vil deltakerne ha mulighet for kalibrering og kalibreringssertifikat med ytterligere 15 timer meritterende til spesialistordningen.

Følg med i kurskalenderen.



Nettkurs – Ergoterapi til barn og unge



Formålet med kurset er å synliggjøre ergoterapeuters kjernekompetanse knyttet til barn og unge.

Kurset ønsker å gi økt bevissthet på hvor og hvordan vi kan bidra til økt mestring og deltakelse for barn og unge, og trygge ergoterapeuter i sin yrkesutøvelse.

Kurset består av fire moduler. Hver modul meritterer med 6 timer til ergoterapispesialist.

Modul 1: Samfunnets utfordringer og ergoterapeuters kompetanse. Legges ut 15. september 2021.

Modul 2: Kartlegging og målsetting. Legges ut 15. november 2021.

Modul 3: Intervensjon og evaluering. Legges ut 15. februar 2022.

Modul 4: Utvikling av ergoterapitjenesten. Legges ut 15. mai 2022.

Målgruppe: Medlemmer av Ergoterapeutene

Arrangører: Ergoterapeutene

Sted: Nettkurs med digitale/fysiske nettverksgrupper

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org, innen 1. september 2021.

Tid: Oppstart 15. september 2021.

Kurset er gratis.

Aktivitet og deltakelse for alle.

Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem

Sensorisk Profil 2



Mange barn strever med å ta inn og tolke sanse-inntrykk på en adekvat måte. Det påvirker hvordan de møter omgivelsene og mestrer ulike aktiviteter i for eksempel barnehage og skole.

Sensorisk Profil 2 er en standardisert og strukturert undersøkelse ved hjelp av spørreskjema for å avdekke sensoriske modulasjonsforstyrrelser hos barn og unge.

Kursdeltakerne lærer om sansebearbeidingsmønstre og hvordan aktiviteter og omgivelser kan tilrettelegges så barn og unge får en bedre hverdag hjemme, i barnehagen eller skolen.

Foredragsholder er spesialergoterapeut Ulla Sparholt fra Danmark.

Kurset går over tre dager og veksler mellom forelesninger, praktiske øvelser og case-oppgaver hvor kursdeltakernes praksis trekkes inn. Kursdeltakerne vil få en oppgave i forkant av kurset.

Kurset er meritterende med 25 timer til ergoterapispesialist innen barns helse.

Les mer om kurset på <https://ergoterapeutene.org/kurs/sensorisk-profil-2/>

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Ergoterapeutene

Sted: Oslo Kongressenter, Oslo

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org, innen 15. september 2021

Tid: 24.-26. november 2021

Kursavgift: Medlemmer kr 7000, tillitsvalgte kr 3500, ikke medlemmer kr 14 000

Deltakelse og mestring for eldre



Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Ergoterapeutene

Sted: Der det passer deg og din nettverksgruppe.

Påmelding: Ergoterapeutene.org/kurskalenderen

Tid: Når det passer deg/dere

Kursavgift: Gratis

Mål: Motivere og skolere ergoterapeuter til en aktiv rolle i kommunens arbeid med deltakelse og mestring for eldre i oppfølging av Stortingsmelding 15 (2017–2018) Leve hele livet.

Kurset deles opp i 5 moduler. For mer informasjon om kurset, se www.ergoterapeutene.org/nettkurseldre.

Velkommen som deltaker!

Alle skal kunne delta!

Modulbasert nettkurs for ergoterapeuter som tar utgangspunkt i ergoterapeuters kjernekompetanse.

Målgruppe:	Ergoterapeuter
Arrangører:	Ergoterapeutene
Sted:	Der det passer deg og din nettverksgruppe
Påmelding:	Ergoterapeutene.org/kurskalenderen
Tid:	Når det passer deg/dere
Kursavgift:	Gratis
Mål:	Målsettingen med kurset er at deltakeren skal bli inspirert til å ta i bruk hele vår faglige «verktøykasse» for økt aktivitet, inkludering og deltakelse, for derved også å bidra til bærekraftige helsetjenester.

Kurset består av 5 moduler. For mer informasjon om kurset, se www.ergoterapeutene.org/nettkurs-alle-skal-kunne-delta-ergoterapeuters-bidrag-til-baerekraftige-helsetjenester

Velkommen til kortreist, smittesikker fagutvikling!

Gratis kurs – tilpasset undervisning for ME-syke

Hvordan tilrettelegge for en ME-syk elev?

Tema som gjennomgås i kurset er:

- ME og karakteristiske symptomer
- ME og kognitive utfordringer
- Hvordan tilrettelegge for at eleven skal kunne delta
- Hvordan være en god klassekamerat
- Viktige tips til utarbeidelse av individuell opplæringsplan
- Lover og regler vedrørende tilpasninger og spesialundervisning
- Gode animasjoner som beskriver utfordringer og som kan brukes videre i skolesammenheng

Se mer informasjon om kurset og forespør om kurs på Meogskole.no

Vi tilbyr fysiske kurs og online-kurs



Sagt om kurset:

«– Tusen takk for kjempegod presentasjon! Dere ga oss et verktøy som vi lett kan ta i bruk i vår hverdag. Jeg gleder meg til å ta det i bruk.» Helsesykepleier i Sandnes kommune

«Dette kurset gjør virkelig en forskjell for elevene med ME/CFS. Etter at kurset er holdt på skolene bidrar det vesentlig til felles, god forståelse mellom skole og hjem for denne alvorlige sykdommen. Dette gjør at elevene kan delta så mye både sosialt og faglig som sykdommen hos den enkelte tillater.» Kristian Sommerfelt, Professor og barnelege.

Utarbeidet av Norges ME Forening Rogaland Fylkeslag og støttet av DAM stiftelsen



1.BEHANDLING/TRENING
0330
HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING
CYPROMED AS

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

0333

Antitrykksårhjelpe midler/
trykkløstbyggende hjelpe midler

BARDUM AS

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

TOGEMO AS

Halsetsveia 18, 2320 Furnes
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11
post@togemo.no www.togemo.no
Dekker alle behov for trykkavlastning

0348
BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTTYR
BARDUM AS

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

0606/0612/0618 ORTOSER
OTTO BOCH AS

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

0630
PROTESER
NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

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

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

6917 Batalden
Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77
post@oytex.no www.oytex.no
Uteklær for rullestolbrukere
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf.: 66 96 38 00
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona tørkler, Arcona smekker

0909
HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING
Ronda Hjelpemidler

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

0912

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

0912 B
HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK
BARDUM AS

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

0933
HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING
BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60
post@bardum.no www.bardum.no

ERGOGRIIP AS

Skeistøa 199, 5217 Hagavik
Tlf.: 92209399
aase.rokne@ergogrip.no www.ergogrip.no
Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer servanter
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf.: 66 96 38 00
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Corpoform badeputer

0933 B
HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING
BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Corpoform badeputer

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

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
EASYWALK
Tlf 64808062
post@easywalk.no
www.easywalk.no
FOLLO FUTURA AS
Brekkeveien 43, 1430 AS
Tlf: 64 94 21 65
www.follo-futura.no
Gåbord

OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

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

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

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

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

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

- PRODUKTREGISTER -

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

1218

SYKLER

ALU REHAB AS
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no
Sykler - man. og el.
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1221

RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no
Rullestoler - man. og el.
PERMOBIL AS
Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com
www.permobil.com
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Ers Roltec BOA2

1221 B

RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no
PERMOBIL AS
Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com, www.permobil.com
PICOMED MOBILITY AS
Tvetenveien 164, 0671 Oslo
post@picomedmobility.no
www.picomedmobility.no

SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1224

TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS
Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89
www.alurehab.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
PERMOBIL AS
Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com, www.permobil.com
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona benløfter og Arcona løftestropp

1236

LØFTEHJELPEMIDLER

BARDUM AS
Tlf.: +47 64 91 80 60
post@bardum.no www.bardum.no
HUMAN CARE NORGE AS
Heiasvingen 65, 1900 Fetsund
Tlf.: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17
post@hcn.no www.hcn.no
Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten
gjennomgående skinne
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona benløfter

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGING

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

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebu
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT
armstøtte

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

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

1803

BORD

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
HELLAND MØBLER AS
6250 Stordal
Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01
KRABAT AS
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat jockey, barnestol
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no
1812
SENGER
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE TILSATSER TIL MØBLER

1818

STØTTEANORDNINGER
PICOMED AS

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

1821

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

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

1830

**HEISER, LØFTEPLATTFORMER,
TRAPPEHEISER OG RAMPER**
ACCESS VITAL AS

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

S 1

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

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

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER
BARDUM AS

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

**7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/
VARSLING**

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

2103

OPTISKE HJELPEMIDLER

2109

**TILBEHØR TIL DATAMASKINER,
SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER**
ABILIA AS

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

tobii dynavox

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

2110 KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

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

BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60
post@bardum.no www.bardum.no

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450

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

MYLIFEPRODUCTS AS

Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo

Tlf: 92631425

post@mylifeproducts.no

www.mylifeproducts.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

1527

IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070 Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2139

LYDOVERFØRINGSSYSTEMER
GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2142

**SAMTALEHJELPEMIDLER VED
NÆRKOMMUNIKASJON**

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

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

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

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

info@gnresound.no www.gnresound.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

2144

GYNGETERAPI

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

2145 Høreapparater

2146

HØRSELTEKNISKE HJLPEDMIDLER

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

- PRODUKTREGISTER -

2147

SOVEHJELPEMIDLER

PICOMED AS

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

2148

VARSLINGSHJELPEMIDLER

COGNITA AS

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

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
GN RESOUND AS
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no

PICOMED AS

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

Vestfold Audio AS

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

2149

POSIJONERINGSPUTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60
post@bardum.no www.bardum.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona posisjoneringsputer,
Asklø posisjoneringsputer

2151

ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

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

PICOMED AS

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

2221

BETJENINGSHJELPEMIDLER IKT

COGNITA AS

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

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

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

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

2418

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

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no

3003

LEKER

ABILIA AS

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

BARDUM AS

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

3006

SPILL

BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60
post@bardum.no www.bardum.no

3009

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

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

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

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

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Hjelpemidler for posisjonering av barnet i
hverdagen.
KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,
Krabatskjerf, sikleskjerf
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

– PRODUKTREGISTER –

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

B.ROL

ROLLATORER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf: 32 24 42 50,

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng, Arcona reiseseng

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

Tlf: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne), Wellness Nordic Gyngestolen.

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/Sansemotorikk, Kastanjedynen

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

Tlf: 66 96 38 00

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no



RotoBed

En innovativ og smart seng med mange velferdsteknologiske funksjoner som gjør bruker mer selvhjulpne og deltakende. Rotasjon og lavt innsteg gjør det lettere å komme seg inn og ut av seng. Rotasjonen ut i rommet er også en fin funksjon ved f.eks måltid og sosial aktivitet.

Trygghet og brukervennlighet hånd i hånd - senger for store og små!

Lisa

- Dører som kan åpnes helt
- Sikkerhetspanel
- Lavt innsteg (32 cm)



Lukas

- Mulighet for dører på begge langsider og én kortsider
- Tilpasset for kabler til medisinsk utstyr
- 4 sengehøyder, høyeste modell 226 cm



Lea

- Hev-/senkbare sengegrunder
- Bekvem ut- og innstigning
- Mange tilpasningmuligheter



Safety Sleeper

- En lukket seng
- Trygt for bruker og pårørende
- Bedre søvn på ferie og hjemme



+ Høy kvalitet + Økt sikkerhet + Gir selvstendig sove- og hvilesituasjon

Bardum