

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



COTEC-ENOTHE konferansen 2021 6

Jobber som leder av KOM-programmet **12** COTEC promotes European collaboration **16**
Tillitsvalgtprisen 2021 gikk til Marianne Boye **20** Erfaringer med bruk av norsk versjon av
kartleggingsverktøyet Work Experience Survey – Rheumatic Conditions (WES-RC) **22**
Frontfaget for fall **42**

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 Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / utgivelse

Nr. 6 – 1. des. / 31. des.

Nr. 1 – 1. feb. / 28. feb.

Nr. 2 – 1. april. / 29. april

Trykkeri 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

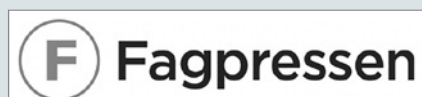
Merethe Seberg / 90 58 30 96

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 Færeststrand

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



16



40



42

REPORTASJE

6 COTEC-ENOTHE-konferansen 2021

Av Else Merete Thyness

NY ARENA

12 Jobber som leder av KOM-programmet

Av Else Merete Thyness

VÅRE TILLITSVALGTE

14 Tillitsvalgt for 40 personer

Av Else Merete Thyness

KRONIKK

16 COTEC promotes European collaboration

Av Anu Söderström

FORBUNDET

18 Gi barna en trygg skolevei

Av Roar Hagen

19 669 medlemmer har gitt innspill om ergoterapi til barn og unge

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

20 Tillitsvalgtprisen 2021 gikk til Marianne Boye

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

FAGLIG

22 Erfaringer med bruk av norsk versjon av kartleggingsverktøyet Work Experience Survey – Rheumatic Conditions (WES-RC)

Av Elisabeth Hasselknippe og Kristine Holen Klæboe

28 Ferdighetsutvikling over tid hos barn med Downs syndrom: En norsk erfaring med data fra PEDI

Av Jo Kleiven og Anne-Stine Dolva

VITENSKAP

36 Forsker i farten:

Susanne Grødem Johnson

Av Else Merete Thyness

AKTUELT

38 Kompani-Covid: Foreløpig rapport

Av Oda Mølmesdal Flaten og Mariell Solberg Medås

DEBATT

40 Svar til «Aktivitetenes mørke side»

Av Marte Ørud Lindstad og Tove Carstensen

PÅ DE SISTE SIDENE

42 Frontfaget for fall

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

44 Kurs- og stillingsannonser

47 Produktregister

Europeisk konferanse i ergoterapi

Det viktigste som har skjedd i min ergoterapiverden siden sist, er at jeg har deltatt online på COTEC-ENOTHE-konferansen 2021. Opprinnelig skulle den foregått i Praha i 2020, men den ble utsatt et år og flyttet til digitale skjermer på grunn av koronapandemien.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

I begynnelsen ble jeg sliten. Det kjentes som det krevde mer energi å finne rett sesjon i det digitale programmet enn å løpe rundt fra sal til sal i en fysisk kongresshall. Men så fikk jeg taket på det. Som vanlig handler det om gode forberedelser. Ved å studere programmet og så lage en liste over hvilke forelesninger jeg ville få med meg, oppdaget jeg at det var ganske behagelig å sitte på hjemmekontor og la seg undervise.

Temaet for konferansen var interessant: «Hvordan kan europeiske ergoterapeuter bygge resiliens i enkeltpersoner, lokalsamfunn og land». Resiliens handler om å klare seg godt på tross av risiko og stress, eller å fungere normalt under unormale forhold. Det fikk meg til å tenke på begrepet løvetannbarn, som handler om at noen barn og unge klarer seg gjennom oppveksten på tross av nesten umulige oppvekstforhold med for eksempel rus, vold og omsorgssvikt.

Resiliens er et ressursorientert perspektiv. Personer som blir

utsatt for samme type motgang, reagerer forskjellig, og vi kan lære av dem som klarer seg godt. Resiliens er globalt, og det angår oss alle. Hva gjør det mulig å manøvrere seg tilfredsstillende gjennom livet, på tross av motstand? Hvilke faktorer beskytter oss, og hva gjør oss mer motstandsdyktige?

Resiliens har blitt et stadig mer aktuelt tema på helse- og sosialfeltet i Europa, og også i europeiske helsepolitiske dokumenter. COTEC-ENOTHE-konferansen belyste resiliens i lys av ergoterapeuters arbeid i Europa. Resiliens og ergoterapi har mye til felles. Det handler om å styrke ikke bare individet, men også samfunnet rundt. Under kongressen fikk vi utallige eksempler på hvordan ergoterapeuter jobber med resiliens – på praksisfeltet og i utdanningen.

Som Maud Graff sa det: «Resiliens er basert på det som er målet for ergoterapi: se muligheter, håndtere begrensninger og barrierer, fremme selvbestemmelse og ha et helhetlig syn basert på begrepet om positiv helse».

Feiring av vårt viktige bidrag for bærekraftige tjenester

27. oktober blir jeg som en unge på 17. mai. Ergoterapiens dag er et høydepunkt hvert år, og gleden vokser i takt med økningen i antall markeringer. I år har vi nok en gang satt ny rekord, med mer enn 130 markeringer, landet rundt. Vi har synliggjort kjernekompetansen vår og hvordan vi bidrar til bærekraftige tjenester.



**TOVE HOLST
SKYER**
Forbundsleder

Engasjement smitter. Når dere feirer dere selv, markerer dere overfor kollegaer at dere er stolte over det viktige samfunnsoppdraget vi har. –Vi gjør hverdagslivet mulig. Når dere feirer dere selv, synliggjør dere overfor innbyggerne at ergoterapeuters kompetanse er viktig for aktivitet og deltakelse. Forhåpentligvis får også arbeidsgiver med seg at ergoterapi lønner seg, fordi vi utløser innbyggernes ressurser og demper behovet for mer kostbare tjenester. Når dere feirer dere selv, bidrar dere til å løfte faget, og synliggjør at vi utløser ressurser og skaper bærekraft i tjenestene. Jo mer engasjement, jo sterkere blir vi.

Samfunnet trenger bærekraftige tjenester. Den demografiske utviklingen krever et dobbeltspor i helsetjenestene, og det har vært vårt tydelige budskap til både ny regjeringsplattform og statsbudsjett. Sporet som sørger for pleie og omsorg til dem som trenger det er fortsatt viktig, men om vi ikke får et solid

spor for forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende tjenester vil det førstnevnte sporet kollapse.

For at ergoterapeuter skal kunne bidra til mer bærekraftige tjenester trenger samfunnet blant annet:

- En rehabiliteringsreform som tar tak i anbefalingene i evalueringen av Solberg-regjeringens opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering
- Økt grunnbemanning i tjenestene
- Lovfesting for vurdering av rehabiliteringspotensiale
- Flere ergoterapeuter, i takt med SSBs forventninger om økning i etterspørsel
- Tetting av kompetansehullet i helsestasjons- og skolehelse-tjenesten, fordi kompetanse på aktivitet, mestring og deltakelse mangler.

De nye regjeringspartiene og statsrådene har fått våre råd og anbefalte handlingspunkter. Regionstyrene kontakter i disse

dager de nyvalgte stortingsrepresentantene fra sine fylker, for å spille inn det samme. Som tillitsvalgt og medlem kan du i forlengelsen av Ergoterapiens dag ta kontakt med dine lokale stortingsrepresentanter. Gratuler dem med valget, ønsk lykke til og fortell hvorfor vår kompetanse er nødvendig for å møte samfunnets utfordringer. De trenger kunnskap om at ergoterapeuter bidrar til aktivitet og deltakelse for barn, unge, voksne og eldre. Bærekraftige tjenester forutsetter kunnskapsbasert ergoterapi, til rett tid.

Med ny regjering, ny regjeringsplattform og nytt statsbudsjett har vi muligheten til å påvirke slik at samfunnets behov for ergoterapiressurser gradvis kan møtes. Den muligheten kan vi bruke sammen, og markeringen av Ergoterapiens dag er derfor mer enn en årlig, intern festdag. Den viktige kjernekompetansen vår bør feires og synliggjøres hver dag.

Hurra for ressursutløsende ergoterapi!

COTEC-ENOTHE-KONFERANSEN 2021

Fra 15. til 18. september kunne europeiske ergoterapeuter glede seg over interessante forelesninger og workshops i egen stue eller på eget kontor. – 844 ergoterapeuter deltok, sier en meget fornøyd leder av COTEC, Anu Söderström.

Av Else Merete Thyness



– Etter denne kongressen tror jeg ergoterapeuter vil ha en bedre forståelse av begrepet «resiliens», sa Anu Söderström.

COTEC

COTEC (Council of Occupational Therapists) er det europeiske forbundet for ergoterapeuter. COTEC har nå 32 ergoterapiforbund som medlemmer og arbeider for at det skal være nok høyt kvalifiserte ergoterapeuter i Europa.



ENOTHE

ENOTHE (The European Network of Occupational Therapy in Higher education) jobber for at alle ergoterapiutdanninger i Europa skal ha høy kvalitet. ENOTHE representerer mer enn 100 institusjoner i hele verden.



Det tsjekkiske ergoterapiforbundet skulle opprinnelig vært vertskap for kongressen i Praha i 2020, men på grunn av Covid-19-pandemien ble det en digital konferanse et år senere. Kongressens tema var «Å bygge resiliens i enkeltpersoner, lokalsamfunn og land i konteksten til europeiske ergoterapeuter». I løpet av konferansen fikk vi utallige eksempler på motstandskraft både i ergoterapiutdanning og praksis. Mange mennesker jobbet bak kulissene i forskjellige komiteer for å få dette til.

– Vi måtte bygge opp vår egen resiliens da vi organiserte denne kongressen. Jeg håper dere vil finne den inspirerende, sa Jana Jelinková, forbundslederen for det tsjekkiske forbundet, under åpningsseremonien.

– Etter denne kongressen tror jeg ergoterapeuter vil ha en bedre forståelse av begrepet «resiliens», og at vi vil verdsette det arbeidet vi utfører for å styrke våre brukeres motstandskraft gjennom meningsfull aktivitet, sa Anu Söderström.

Hovedforelesningene

Konferansen hadde seks hovedtalere som spente fra Marek Orko Vachas innlegg om hvordan vi kan bli motstandsdyktige, spirituelle vesener til Jana Pluharikova Pomajzlovas historie om hvordan de gjennom å fremme resiliens i pasienter med en lang sykehistorie i psykiatrien hjalp dem å flytte tilbake til lokalsamfunnet.

MENINGEN MED LIVET

Marek Orko Vacha, leder for Institutt for etikk ved Charles University i Praha, holdt åpningsforedraget. Han snakket om etikk som en livskunst og hvordan livet ditt er som et maleri.

– På slutten av dagen ser du på lerretet og håper bildet er så vakkert som mulig, sa han.

Som han så det, er det ikke meningen at livet skal være enkelt, men at man gjennom motstandskraft og egenvilje kan håndtere problemene sine og gjennom det bli den personen man ønsker å være.

– Målet med en utdanning er å bli «seg selv», det mennesket du vil være, og ikke det mennesket du ikke vil være, eller sagt med andre ord: ikke kun å la seg lede av følelser, men av fornuft, understøttet av vilje.

Han understreket også at alle mennesker har en åndelig dimensjon.

– Verdens helseorganisasjon har definert helse som en tilstand av fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære, men jeg mener at vår åndelige dimensjon er viktigst. Spiritualitet er vår evne til å realisere meningen med livet, sa han.

POSITIV RESPONS

Josh Cameron, hovedforeleser i ergoterapi ved University of Brighton, holdt det andre hovedforedraget: «The occupational perspective of building resilience in individuals, communities and countries». Han påpekte at ordet

resiliens gir oss forskjellige assosiasjoner, som et fyrtårn i stormen eller en blomst i veikanten.

– Resiliens er en positiv respons på motgang i livet, som en katastrofe, sykdom, fattigdom eller funksjonshemming. Disse utfordringene påvirker ikke bare individet, men også samfunnet, landet og verden. Derfor må vi bygge motstandskraft på alle disse nivåene.

Ifølge Cameron handler motstandsdyktighet ikke bare om individuelle mestringsstrategier, men om en hel rekke prosesser.

– Dette er forenlig med ergoterapiteori og praksis. Ergoterapi kan innebære å støtte individet, men det kan også handle om å endre dets sosiale og fysiske miljø eller fokusere på hvordan pasienten samhandler med andre mennesker gjennom aktivitet.

Han introduserte begrepet aktivitetskapital og definerte det som «en kombinasjon av tilgjengelige, eksterne muligheter og støtte for aktivitetsdeltakelse og indre ressurser og ferdigheter som gir deg tilgang til dette.»

– Å be om hjelp er en måte å få tilgang til aktivitetskapital på. Det å være i stand til å be om meningsfull og kulturelt relevant støtte fra andre er et tegn på styrke, ikke svakhet.

Avslutningsvis oppsummerte han hvordan ergoterapi kan bygge opp om motstandskraft.

– Motgang påvirker folks aktiviteter, og noen aktivitetsproblemer blir motgang. Resiliens og ergoterapimodeller fungerer vanligvis best når vi ser på dem som systemer som er større enn selve individet, og inkluderer den større sosiale og fysiske verdenen.

EVNEN TIL Å SLÅ TILBAKE

Christine Chapparo, førsteamanuensis og forsker ved University



Det tsjekkiske ergoterapiforbundet skulle opprinnelig vært vertskap for kongressen i Praha i 2020. Her ser vi visepresident Olga Marková og president Jana Jelinková, foran Charles-broen. Foto: Zuzana Rodová.

of Sydney i Australia, snakket om «The living demands of today: Children's Perspective» i den tredje hovedøkten. Hun definerte emosjonell resiliens som «evnen til å komme tilbake fra eller overvinne livets utfordringer». Dette inkluderer personen, aktivitetene og sammenhengen.

– Resiliens er en del av livet, og de mest viktigste stadiene for barn å utvikle gode mestringsstrategier er mellom fødsel og pubertet. Dette antyder at den beste sjansen til å lære motstandskraft er før vi går inn i tenårene, sa hun.

Hun beskrev også hvordan aktivitetskravene som er en del av livet i dagens samfunn, gir barn mange utfordringer, og hvordan bekymringene for hverdagslige aktiviteter, samt bekymringer for



– Livet ditt er et maleri, sa Marek Orko Vacha. Foto: Tomas Krist.



– Å be om hjelp viser resiliens, sa Josh Cameron.

eksterne hendelser, kan redusere motstandskraften.

– Angst er en følgesvenn til redusert resiliens, og dette kan forstyrre barnets evne til å delta i livets aktiviteter. Resiliens må læres. Det innebærer både å utvikle personlige mestringsstrategier og å lære «sunne tenkevaner». For å legge til rette for motstandskraft i barn må terapeuter gi dem «den helt rette utfordringen».

Hun skisserte syv kontekstuelle faktorer som har vist seg å støtte motstandskraft: foreldre, utdanning, ferdigheter, venner, familie, samfunn og ressurser.

– Ergoterapeuter jobber med personen, aktivitetene og sammenhengen for å lykkes med å hjelpe barn å bli mer hardføre gjennom å:

- 1 styrke barnets personlige evne til resiliens (for eksempel selvreguleringsstrategier), som er avgjørende for at barnet skal lykkes med å utføre hverdagslige oppgaver.
- 2 lære barn hvordan de skal bruke motstandskraften sin i møte med det virkelige livet, og i situasjoner som utfordrer deres resiliens.
- 3 sørge for at beskyttende faktorer er på plass under aktivitetsutførelse for å fortsette å styrke motstandskraften.

TILPASS DEG MOTGANG

Den fjerde hovedforelesningen



– Resiliens er en del av livet, sa Christine Chapparo.

ble holdt av professor i ergoterapi Maud Graff fra Radboud University i Nederland. Hun snakket om «Resilience in older People».

– Eldre mennesker opplever tap, men positive holdninger til motgang øker med alderen. Mange eldre har høy livskvalitet og opplever det som positivt å eldes, selv om de har flere helseplager. Dette handler om å ha bygget opp fysiske, sosiale, og økonomiske reserver – og om rollehåndtering og verdier. Noe som igjen fører til sunn aldring og lang levetid.

Hun definerte resiliens som prosessen med å tilpasse seg motgang, traumer, tragedier, trusler eller andre kilder til stress. Forskning fra Nederland, «The Silver empowerment», viste at det er tre sentrale elementer som gir motstandskraft hos eldre mennesker: å kunne gi til andre, å delta i og være meningsfulle for samfunnet og å ha sosial kontakt og dele erfaringer med jevnaldrende venner.

Graff refererte til syv elementer for å fremme motstandskraft i intervensjon for eldre mennesker, også de med demens:

- 1 Sett ord på motgang og den nåværende situasjonen.
- 2 Formuler foretrukket resultat.
- 3 Bruk tilgjengelige individuelle ressurser, som ferdigheter og strategier.
- 4 Styrk det sosiale nettverket.
- 5 Frem bruken av ressurser i miljøet, fellesskapet og samfunnet.



– Resiliens er basert på deltakelse, en opplevelse av mening og venner, sa Graff.

6 Ta hånd om begrensninger og barrierer.

7 Reflekter over det positive (tilpassede) resultatet.

– Resiliens er basert på det som er målet for ergoterapi: å se muligheter, håndtere begrensninger og barrierer, fremme selvbestemmelse og ha et helhetlig syn basert på et begrep om positiv helse. Her er det ergoterapeutens rolle å hjelpe mennesker å overvinne det som stresser dem, ved å styrke og veilede dem, og også veilede andre mennesker i denne tilnærmingen, konkluderte hun.

BETYDNINGEN AV BIOLOGI

Pat McKee, førsteamanuensis emeritus ved University of Toronto i Canada, holdt den femte hovedforelesningen «Optimizing resilience with the Bio-occupational Approach, illustrated by client stories».

– Jeg har lagt merke til at kunnskap om kroppen, la oss kalle det biologi, ikke blir verdsatt på samme måte som før. Derfor er det på tide igjen å rette oppmerksomheten mot betydningen av biologi i ergoterapiprofesjonen.

Hun mente at ergoterapi har svingt fram og tilbake som en pendel mellom et aktivitetsparadigme og biologiske paradigmer.

– I løpet av de siste 20 til 30 årene har ergoterapifaget skiftet fra å ha et biologisk fokus tilbake



– Det er på tide å se på betydningen av biologi, sa Pat McKee.

til det opprinnelige aktivitetsfokus, slik det gjenspeiles i mange nye ergoterapimodeller. På samme måte har læreplanene utviklet seg til å være mer aktivitetsbaserte og ha mindre oppmerksomhet på medisinske aspekter. Imidlertid tror jeg at for å kunne hjelpe klienter med kognitive og fysiske utfordringer på best mulig måte, bør ergoterapeuter forstå biologiske prosesser og helbredelsesprosesser samtidig som vår intervensjon er aktivitetsbasert. Vi må tette gapet mellom de to teoretiske fokusene: biologi og aktivitet.

I presentasjonen fortalte hun historien om tre forskjellige klienter som alle hadde hatt nytte av en bio-aktivitetsbasert tilnærming. En av dem var Shelley, som i en alder av 32 år fikk en alvorlig hodeskade etter en ulykke på terrengsykkel, noe som resulterte i en mild kognitiv svekkelse, spastisk lammelse av høyre side av kroppen, et spastisk bøyet håndledd, problemer med å bøye fingrene og utydelig tale.

McKee var Shelleys terapeut. Hun baserte intervensjonen både på aktiviteter Shelley ønsket å utføre, som sykling, og de biologiske svekkelsene som var til hinder for Shelleys aktivitetsmål. McKee lagde en tilpasset ortose for grep til Shelley, slik at hun kunne sykle på en liggende trehjuls sykkel, noe som etter hvert ble hennes favorittframkomstmiddel..

– Etter noen år skaffet Shelley seg en trehjuls racersykkel og ønsket å delta i de paralympiske leker, sa McKee.

For å hjelpe henne med å nå dette aktivitetsmålet, designet McKee en håndleddsorthese for å korrigere for håndleddsposisjonen.

– Dermed kunne Shelley sykle forttere, og hun vant en medalje i de paralympiske leker. Shelleys



– Det er viktig at folks drømmer kan bli virkelighet, sa Jana Pluharikova Pomajzlova.

historie viser hvordan en tilnærming basert både på aktivitet og biologi, utviklet av McKee og Rivard, var avgjørende for at hun skulle nå sine mål.

LEV DITT EGET LIV

Jana Pluharikova Pomajzlova holdt den sjette og siste hovedøkten. Hun snakket om «Experiences with building resilience in the process of mental health care reform».

– Hittil har de fleste tjenestene for langtidspasienter med psykisk uhelse i Tsjekkia foregått på institusjoner. Nå blir sykehusinnleggelsene kortere, og det er en plan om å utvikle flere tjenester i kommunene. Recovery er et hovedparadigme i denne endringen, og det å bygge resiliens er et av nøkkelelementene, sa hun.

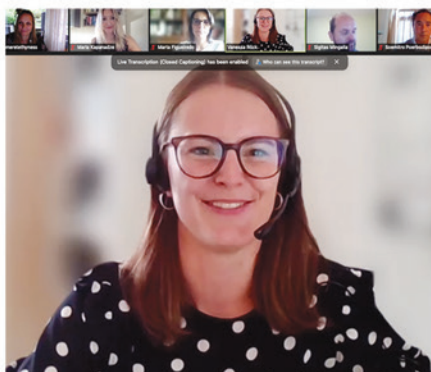
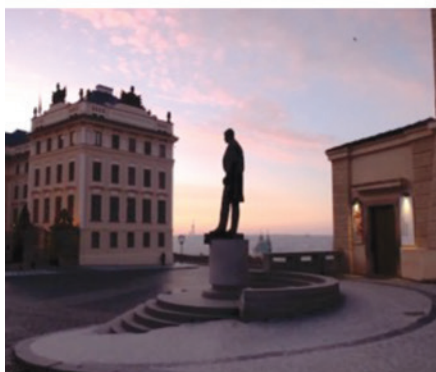
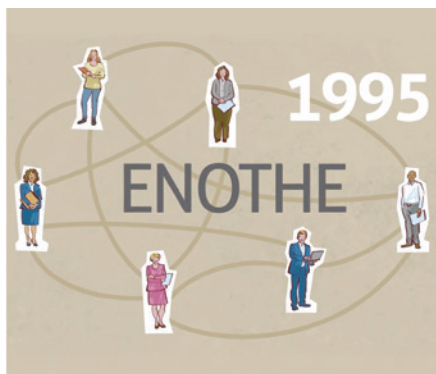
I foredraget fortalte hun historien om 62 pasienter med psykisk uhelse som hadde fått institusjonell omsorg på Rychmburk slott over lang tid, og som nå, trinn for trinn, skulle flytte inn i

nye hjem og få recovery-orientert støtte i kommunene.

– I begynnelsen trodde ingen at de kunne endre levekårene sine, og vi måtte også bekjempe stigma i samfunnet. Så vi måtte bygge motstandskraft hos enkeltpersoner, hos fagfolk, i teamene, blant familiemedlemmer og til slutt i samfunnet, sa hun.

I arbeidet hadde de valgt modellen CARE (Comprehensive Approach to Rehabilitation) som veiledende metodikk. CARE er basert på prinsippene for restitusjon og psykososial rehabilitering, og målet er å støtte mennesker i å oppnå ønsket livskvalitet, håndtere sårbarhet og styrke sosiale nettverk.

– Vi opplever alle motgang, men når du har en klar visjon, finner du alltid en måte å komme dit på. I ergoterapi er det viktig at folks drømmer kan bli virkelighet. I hver enkelt av oss er det noe å bygge på, og vi har alle rett til å leve våre egne liv, sa hun.



De tre sosiale sammenkomstene skapte en god følelse av fellesskap og partnerskap.

Sosiale sammenkomster

I løpet av konferansen ble vi invitert til tre sosiale sammenkomster på Zoom. Disse var veldig hyggelige. Folk hadde på kameraene sine, og vi fikk en god følelse av fellesskap og partnerskap i hele Europa.

Den første kvelden ble arrangert av Jana Jelinkova og Olga Marková fra Tsjekkia, og her lærte vi mer om Tsjekkia.

– Vi hadde planlagt minst tre arrangementer for å vise dere Praha da vi trodde konferansen skulle finne sted her, men nå tar vi dere gjennom en liten quiz for å presentere noen av Tsjeggies spesialiteter, sa Marková.

Quizen var underholdende og fikk folk til å diskutere, og vi lærte ting om tsjekkere som:

- 1 Tsjekkere er oppfinnerne av ordet robot.
- 2 Tsjekkere elsker soppjakt om sommeren.
- 3 De tradisjonelle påskeskikkene

på tsjekkisk er eggmalning og pisking.

Parallellsesjoner

Kongressen tiltrakk seg ergoterapeuter fra hele Europa. Den varte i fire dager, hadde fem digitale forelesningssaler, fem Zoom-haller, 63 workshops, seminarer og rundebordkonferanser, 181 plakater og 101 parallellsesjoner. Det er nesten umulig å velge mellom alle disse, men her er en håndfull.

MOTSTANDSKRAFT I UTDANNINGEN

Tore Bonsaksen, professor ved Høgskolen i Innlandet, presenterte «Associations between occupational therapy students' approaches to studying and their academic grade results: A cross-cultural study».

– Studentenes tilnærminger til det å studere er viktige for læringsutbyttet de får, og blir ofte beskrevet som inndelt i tre ho-

veddimensjoner: dyp, overflatisk eller strategisk. I vår studie fant vi at tilnærminger til det å studere var relevant for forståelsen av eksamenskarakterer blant ergoterapiststudenter i Norge og Hong Kong, men virket mindre relevant i Australia og Singapore.

SKIFTE AV ANSVAR

Dr. Ying-Chia Kao, førsteamanuensis ved Asia University, presenterte studien «Preparation for Adulthood: Shifting responsibility for management for Daily Tasks from parents to their children with and without disability.»

– Det å ta ansvar for å styre sitt eget liv er et sentralt aspekt i overgangen fra barn til voksen, sa hun.

Studien viste at det å være eldre, ha en fokusert personlighet og være yngst i søskenflokk var forbundet med at barnet tok et større ansvar. Samtidig var det å ha en funksjonshemming, enten

fysisk eller kognitiv, forbundet med lavere grad av ansvarsskifte.

– Det å identifisere kjennetegn ved et skifte i ansvar utover selve funksjonshemmingen, kan hjelpe foreldre når de skal forberede barna på å håndtere daglige oppgaver, sa Kao.

ERGOTERAPI I KOMMUNEHELSETJENESTEN

Tiska Ikking, seniorergoterapeut i primærhelsetjenesten og teamleder for ergoterapi og fysioterapi ved rehabiliteringsavdelingen i Amsterdam i Nederland, holdt workshopen «Occupational Therapy Interventions in Primary Care: An overview and exploration». Deltakerne diskuterte ulike ergoterapeutiske bidrag i primærhelsetjenesten, og det var konsensus om at «Ergoterapi er klientsentrert, helhetlig og målrettet, og dette gjelder særlig for det ergoterapeutiske perspektivet for muliggjøring av dagligliv og deltakelse».

Under workshopen diskuterte forskjellige grupper også hvordan man kan forbedre ergoterapiens posisjon i primærhelsetjenesten. Avslutningsvis var anbefalingene:

- 1 å sette søkelys på ergoterapi-tjenestene og utvikling av faget
- 2 inngå allianser og samarbeid med andre yrkesgrupper, utdanningsinstitusjoner og beslutningstakere
- 3 fremme ergoterapi både på mikro- og makronivå

ET MEGET AKTUELT TEMA

Resiliens har blitt et stadig mer aktuelt tema på helse- og sosialfeltet i Europa og også i europeiske helsepolitiske dokumenter.

– Det virket passende å dekke ergoterapipraksis i lys av resiliens, sa Anu Söderström.

Etter hennes mening var det

en bærekraftig løsning å arrangere en online kongress, i tillegg til at den også ble kostnadseffektiv, og at de fikk et omfattende e-bibliotek med presentasjoner.

– Kolleger har fortalt meg at alle ergoterapeutene i teamet deres kunne delta på en virtuell kongress, mens bare få ville ha klart å reise til en fysisk. Men selvfølgelig mistet vi muligheten til å møtes ansikt til ansikt, diskutere i pausene og ikke minst møte gamle og nye venner, sa presidenten i COTEC.

På spørsmål om hva hun personlig lærte av denne kongressen, svarte hun:

– Jeg synes Pat McKees presentasjon på fredag var skikkelig inspirerende. Den åpnet øynene mine for verdien av ergoterapi, og ideen om «et pendelparadigme» passer til min personlige referanseramme. På et mer praktisk nivå har det vært en stor læringsprosess å jobbe i kulisene på en online kongress av denne størrelsen.

Presidenten i ENOTHE, Soemitro Poerbodipoero, var også godt fornøyd med resultatet av den virtuelle kongressen.

– Dette har vært en spennende kongress, og jeg håper alle har blitt inspirert, sa han under avslutningsseremonien.

Dette er den andre felles kongressen COTEC og ENOTHE arrangerer sammen, og også den siste. Den neste kongressen vil bli arrangert av COTEC-ENOTHE-kongressen, og også den siste. Den neste kongressen vil bli arrangert av Occupational Therapy Europe, en paraplyorganisasjon for COTEC, ENOTHE og ROTOS.

– Vi håper å se dere alle i Krakow i Polen fra 15. til 19. oktober 2024, sa han.



Tore Bonsaksen er professor ved Høgskolen i Innlandet.



Dr. Ying-Chia Kao er førsteamanuensis ved Universitetet i Asia.



Tiska Ikking er seniorergoterapeut i primærhelsetjenesten i Amsterdam i Nederland.



Soemitro Poerbodipoero er ENOTHEs president.

ROTOS står for «Research in Occupational Therapy and Occupational Science Foundation». Målet til ROTOS er å støtte samarbeidet mellom forskere innen ergoterapi og aktivtetsvitenskap.




NAVN

Grete Dagsvik

STILLING

Programleder

HVOR

Sørlandet sykehus

Jobber som leder av KOM-programmet

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber på Sørlandet sykehus i KOM-programmet. KOM-programmet er et fireårig virksomhetsprogram og et program for kvalitet og modernisering for et bærekraftig sykehus. Målsettingen for KOM-programmet er at det skal bidra til bedre pasienttilfredshet, bedre behandlingsresultater, mer effektiv ressursbruk og økt arbeidsglede.

– Hva jobber du som?

– Jeg jobber som leder av

KOM-programmet. Jeg er programleder.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg overtok som leder av KOM-programmet i november 2020, og før det jobbet jeg som rådgiver i samme program.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Arbeidsoppgavene er veldig varierte. Vi i KOM-programmet jobber med systematisk utvikling og modernisering av sykehuset. Dette gjør vi gjennom å iverksette, lede og støtte prosjekter og annet forbedringsarbeid som foregår i alle deler av sykehuset. Gjennom arbeidet skal vi bidra til å løse utfordringer og bistå med forbedringstiltak som treffer behovene i de ulike avdelingene.

For meg som leder handler jobben i stor grad om å koordinere prosjektene vi har i porteføljen, forankre arbeidet i ledergruppen og få til sammenheng og synergieffekter mellom det vi gjør i KOM-programmet og med andre pågående prosesser på sykehuset.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Etter å ha jobbet mange år med prosjekt- og forbedringsarbeid i mange ulike roller og på ulike fagområder, er det blitt litt vanskelig å skille mellom hva som er grunnkompetansen, og hva som har kommet til etter hvert gjennom erfaring og mer utdanning. Men jeg tror ergoterapiut-

danning gir et godt grunnlag for å jobbe prosjekttrettet og ikke minst å være på jakt etter ressursene, være kreativ og løsningsorientert.

– Er det viktig at det er en ergoterapeut som har denne jobben?

– Nei, det er andre ting enn grunnutdanning som er viktig for å inneha denne jobben.

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

– Ja, selvfølgelig! Her er det mengder med utfordringer, gode ideer, behov og løsninger som vi skal få lov til å jobbe med i en definert periode, for å få til endring i en stor organisasjon. Tenk å få lov til å være med å forme framtidens sykehus, det er egentlig ganske stort.

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

– Prosjekt, utviklings- og forbedringsarbeid er utrolig spennende områder å jobbe innenfor. Helsevesenet kommer til å være i stadig endring i mange år framover, så overalt kommer det til å være behov for folk med kompetanse på endring og forbedring.

– Har noen av oppgavene endret seg som følge av koronapandemien?

– Programmet fungerer veldig fleksibelt for hele tiden å justere seg etter det som er behovet. Da koronapandemien kom, ble de fleste oppgavene våre satt på pause, og ressursene våre ble benyttet for å støtte opp under ulike deler av planleggingen, kommunikasjon, bemanning og arealbehov. I tillegg bisto vi med å øke takten på prosjekter som kunne innføre ulike typer digitale løsninger, som digital hjemmeoppfølging og videokonsultasjoner i stedet for fysisk oppmøte.



Sørlandet sykehus, Kristiansand.

Roltec BOA2

Setehøyde: 36 cm

Totalbredde: 59 cm

Seteløft 30 cm

Setetilt: 0-50 grader

Ryggregulering: 45 grader

Alle setefunksjoner

Gode tilpasningsmuligheter



På rammeavtale med
NAV
i post 16 + 18

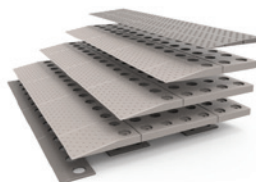
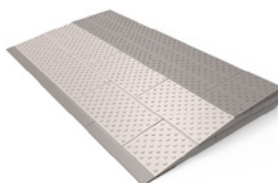
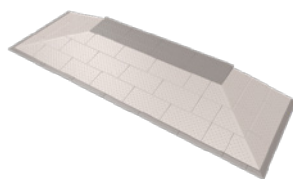
SecuCare terskeleliminator

Modulsystem med store tilpasningsmuligheter

SecuCare terskeleliminator består av ulike deler som enkelt bygges sammen og tilpasses enhver terskelutfordring.



På rammeavtale
med NAV



www.ovrebo.no

Øvrebo rehab

**NAVN**

Hilde Fleitscher

TARIFFOMRÅDE

KS

Tillitsvalgt for 40 personer

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i Kristiansand kommune med helseveiledning for seniorer (også kalt forebyggende hjemmebesøk).

– Hvilket tariffområde tilhører du?

– Jeg tilhører KS tariffområde.

– Hvor mange er du tillitsvalgt for?

– Jeg er tillitsvalgt for cirka 40 personer, fordelt på to kommunalområder: «Helse og mestring» samt «Oppvekst».

– Hvorfor ble du tillitsvalgt?

– Jeg ble tillitsvalgt fordi ingen andre ønsket å være det. Jeg har erfaring fra mange år som tillitsvalgt i Spekter, og jeg vet hvor viktig det er at vi har en hovedtillitsvalgt, og gjerne plasstillitsvalgte, når det er så mange. Vi mister så mye informasjon, påvirkningsmuligheter og ikke minst muligheten til å forhandle for egen yrkesgruppe i lokale forhandlinger, dersom vi ikke har det. Jeg tenker at vi alle bør kjenne på ansvaret til å bidra.

– Hvor lenge har du vært tillitsvalgt?

– Jeg har som sagt vært tillitsvalgt i flere år i Spekter, samt at jeg har vært en del av Ergoterapeutenes fylkesstyre og regionstyre. Her i kommunen har jeg kun vært hovedtillitsvalgt i to år.

– Hva er de viktigste oppgavene dine som tillitsvalgt?

– Det er å formidle informasjon ut til medlem-

mene. Ikke all informasjon er like relevant for alle, men jeg tenker som så at det er bedre å få for mye enn for lite. I tillegg er det viktig å være tilgjengelig for spørsmål dersom medlemmene trenger svar på noe. For eksempel i starten av pandemien var ergoterapeuter en yrkesgruppe som først ble flyttet på. Da handler det litt om hvilke rettigheter man har som arbeidstaker i en uvanlig situasjon. I tillegg er jeg med i ansettelser, som når det gjelder stillinger som ikke naturlig har en spesiell yrkesgruppe, for eksempel fagkoordinator i velferdsteknologi. Her er det viktig at vi i hvert fall er med i det første drøftingsmøtet, og at vi er med på å utforme stillingsannonsen.

– Hva er den største utfordringen som tillitsvalgt?

– Som ikke-frikjøpt tillitsvalgt kommer man til kort i for eksempel hvem som skal være med i ansettelser som ikke er rene ergoterapeutstillinger. I tillegg er det vanskelig å holde seg oppdatert og vite hvordan man skal forholde seg i ulike situasjoner. Et eksempel på dette er når det oppstår konflikter mellom leder og et medlem, når man har 100 prosent «vanlig jobb» ved siden av. Som oftest er man ikke tillitsvalgt så lenge av gangen (ett til to år), og da er det vanskelig å opparbeide seg den nødvendige kunnskapen og erfaringen som frikjøpte har, samt at historikken fra tidligere ikke alltid er med.

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

– Det er viktig at man ønsker å være med å bidra, at man ser det som en nyttig erfaring å få en større oversikt over kommunen og hva som rører seg av bestemmelser, prosjekter og økonomi, og at man ikke er redd for å spørre om hjelp fra de frikjøpte tillitsvalgte. Jeg har også sett en stor fordel med å samarbeide med tillitsvalgte for fysioterapeutene, da vi ofte har mange av de samme utfordringene og står litt sterkere sammen når vi samarbeider.

– Hva er ditt beste minne som tillitsvalgt?

– Da det ble streik i vår, så jeg fellesskapet som UNIO hadde, samt at våre medlemmer var kreative og sto på for å kjempe for oss som uunnværlig yrkesgruppe. Det var også godt å kjenne på at vi ble regnet med inn i Unio-fellesskapet på lik linje med de andre organisasjonene, selv om vi er en liten medlemsmasse i den store sammenhengen.



Hilde Fleitcher er ergoterapeut i Kristiansand kommune og er også tillitsvalgt på to kommunalområder.

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



COTEC promotes European collaboration

COTEC is the European organization for all occupational therapists through their national associations. COTEC strives to make occupational therapy visible, valued, accessible and available for all European citizens by supporting its members and by collaborating on a European level.

Av Anu Söderström



Anu Söderström is the president of COTEC.

COTEC (Council of Occupational Therapists for the European Countries) currently has 33 Full Members. COTEC member associations differ greatly – both in their numbers of members, and when they came into being. There are some very established national associations and some very new ones – each bringing different perspectives of occupational therapy. There are also differences in the activities and roles of our members. Some participate very actively in national decision-making, lobbying and safeguarding while others are professional networks, not necessarily legally recognised as a stakeholder in the decision-making of the health and social care policies in their country. Some belong to a larger umbrella organisation whose mechanisms can be used to work in the interests of the profession.

The purpose of COTEC is to ensure an adequate number of high-quality occupational therapy practitioners and services in Europe, increase the visibility of the profession as well as to keep existing and finding new partners and stakeholders to strengthen the profession's position in the health

care sector. Over the years COTEC has become more known in Europe, and we have been invited to take part in several consortiums and consultations. As a regional member of the World Federation of Occupational Therapists we have made joint statements at the WHO Europe Regional Committee sessions.

SUMMARY OF THE PROFESSION

Every year COTEC publishes a document called The Summary of the Occupational Therapy Profession where facts and figures from the member associations are collated. The data may be useful when representing and promoting the profession nationally, and also individual occupational therapists can find it interesting to learn about the profession in other European countries. The summary can be found on COTEC website along with older issues of the document.

For occupational therapy practitioners COTEC provides an excellent opportunity to network internationally. By following our website, social media and Newsletter you can follow our work and contribute in the best way for you. From time to time we do look for practitioners to



Every year COTEC publishes a document called *The Summary of the Occupational Therapy Profession*. www.coteceurope.eu.

take part in surveys and questionnaires and to submit information relevant to your area of practice. Through COTEC one can be engaged in European Union consultations on varied subjects related to health, social care, labour market and environment. In 2022 there will be COTEC webinars on themes relevant to OT practitioners and we also promote the national OT congresses where colleagues from other countries may attend.

There are also opportunities to be part of working groups or project groups or enrol in the Occupational Therapy Europe Register of Experts. The Register has several fields – please see www.oteurope.eu to read more. Maybe you could join the Register. COTEC Executive Committee posts are open to all individual members of COTEC Member Associations. Being part of the Executive Committee gives one a good perspective on our profession in different countries and a chance to influence collaborative projects and support the profession in Europe.

OT-EUROPE

To have one strong voice for Occupational Therapy in Europe, COTEC and ENOTHE (European Network of Occupational Therapy in Higher Education) initiated a European umbrella organisation for our profession: Occupational Therapy Europe (OT-Europe). This organization was founded in March 2020, and brings together the practitioners, educators and researchers of occupational therapy.

A third branch of OT-Europe is called ROTOS (Research in Occupational Therapy and Occupational Science Foundation). Presidents and Vice presidents of COTEC, ENOTHE and ROTOS form the Executive of OT-Europe.

Particularly collaboration that includes an alliance of service users, healthcare workers, educators and academics is kept with OT-Europe, while each branch keeps their respective areas of collaboration. COTEC's collaborative partners include other professional associations as well as patient and service user groups and organisations.

OCCUPATIONAL THERAPY CONGRESSES

A European Occupational Therapy Congress has been organised every four years since 1988. We have moved from COTEC Congresses (1988-2012) to COTEC-ENOTHE Joint Congresses (2016 and 2021) and have now taken the next step: The first Occupational Therapy Europe Congress will be next in turn. Save the date October 15 to 19, 2024.

The Congress offers opportunities for all occupational therapists, whether you would like to present your own work, project or research, or want to join your colleagues and attend the Congress in support of your professional growth and development.

I look forward to hearing from my Norwegian colleagues and hope to meet many of you either virtually or face-to-face in our events to come.

Together we can make occupational therapy visible, valued, available and accessible to all European citizens!

Gi barna en trygg skolevei

Hver dag går mange tusen elever til og fra skolen. Slik kan du hjelpe dem å gjøre skoleveien tryggere.

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

Som foreldre har vi en viktig rolle i å bidra til en trygg skolevei for eget og andres barn, enten vi kjører eller går til skolen. Sammen kan vi bidra til en trygg opplevelse for små trafikanter.

Viktig å vite om de minste trafikanter

- De er impulsive, lekende og lar seg lett distrahere.
- De har liten trafikkerfaring.
- De har vanskeligheter med å forstå alt de ser og hører i trafikken.
- De er små av vekst, noe som gjør det vanskelig for dem å se og bli sett.
- De ser detaljer, men oppfatter ikke alltid sammenhenger.

Husk også at barna ikke kan bedømme avstand og fart til biler som nærmer seg, og at de ikke alltid forstår at biler kan dukke opp når de selv ikke ser dem. Barna trenger hjelp og opplæring av gode voksne rollemodeller for å bli gode trafikanter.

SKAP EN TRYGG SKOLEVEI

Som foreldre er det viktig å stress ned. Stressede foreldre i bil i forbindelse med levering og henting på skolen kan skape farlige situasjoner.

Hvis du har mulighet, oppfor-



drer vi at du går med barnet til skolen og lar bilen stå. Lag gjerne en gå-gruppe i nabolaget, så kan foreldre bytte på å gå sammen med barna. Må dere kjøre, kan løsningen være å parkere litt unna skolen og gå den siste biten sammen med barnet. På denne måten kan du bidra til mindre trafikk og biler rundt skoleområdet.

HJELP TIL FORELDRENE

Hos <https://www.tryggtrafikk.no> kan foreldre finne flere gode tips og råd om hvordan de kan hjelpe de minste til å bli gode og trygge trafikanter. Her finnes det også spill for barn som kan brukes i opplæringen.

Kilde: Tryg Forsikring og Trygg Trafikk.

669 medlemmer har gitt innspill om ergoterapi til barn og unge

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Ergoterapeutene skal i denne landsmøteperioden fremme mestring og tidlig innsats for barn og unge.

I høst har vi bedt om medlemmenes innspill for å velge handlinger på dette området. Nesten 700 medlemmer har gitt sine svar, og forbundet står midt oppe i det store

arbeidet med å sammenfatte innspillene.

- Vi var ute etter mer informasjon om hvor og hvordan ergoterapeuter jobber med barn og unge, og det har vi fått, sier seniorrådgiver på forbundskontoret, Solrun Nygård begeistret.

Undersøkelsen blir viktig når aktiviteten i forbundet i 2022 skal planlegges.



Solrun Nygård er Ergoterapeutenes seniorrådgiver.

minitech
VARMEHJELPEMIDLER



Birgit Skarstein bruker varmhjelpemidler fra Minitech AS.

- » Produsert i henhold til **direktivet for medisinsk utstyr**.
- » Kan **tilpasses** etter brukerens behov.
- » Har innsydd varmetråd som gir **jevn varmefordeling**.

www.minitech.no | +47 625 77 800 | mail@minitech.no

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.

Tillitsvalgtprisen 2021 gikk til Marianne Boye i Grimstad kommune

Forbundsleder Tove Holst Skyer overrasket Marianne Boye med tildeling av Tillitsvalgtprisen for 2021 under Ergoterapeutene Sørs årsmøte 19. oktober. Marianne Boye er tillitsvalgt for medlemmene våre i Grimstad kommune.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Ergoterapeutenes forbundsleder Tove Holst Skyer stilte på Ergoterapeutene Sørs årsmøtemiddag i Kristiansand for å dele ut prisen.

– Marianne er relativt fersk som tillitsvalgt og ble nominert av et av sine medlemmer, kunne forbundsleder Tove Holst Skyer fortelle de fremmøtte, og fortsatte:

– Medlemmenes og tillitsvalgtes aktivitet, engasjement og kompetanse er fundamentet i forbundet. Hele vår eksistens som forbund bygger på at vanlige medlemmer tar på seg tillitsverv på vegne av sine kolleger. Det er det mellom fire og fem hundre medlemmer som gjør hver dag. En av dem er Marianne.

STILLINGSKUTT BLE TIL VEKST

De siste årene har det vært urolig og belastende å være ergoterapeut og tillitsvalgt i Grimstad kommune. Trusselen om oppsigelser og 20 prosent kutt i budsjettene har hengt over medlemmene.

– I denne situasjonen har Marianne vært som en klippe, kjempet Ergoterapeutenes sak og fått frem hvor viktige vi er for kommunen, slik at det ikke var en eneste ergoterapeut som



Tillitsvalgtprisen 2021 gikk til Marianne Boye i Grimstad kommune.



Marianne Boye fikk Tillitsvalgtprisen på Ergoterapeutene Sørs årsmøtemiddag.



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

mistet jobben. I årets budsjett ble det i stedet foreslått at det er behov for flere ergoterapeuter i Grimstad kommune, kunne en imponert forbundsleder fortelle forsamlingen.

STOLT AV Å KALLE MARIANNE FOR MIN TILLITSVALGT

– Marianne er en ergoterapeut som er utrolig dyktig i faget sitt, sier Maria Knudsen Selde, som foreslo sin tillitsvalgt til prisen.

– Marianne holdt motet vårt oppe hele veien. Da situasjonen var tung og vanskelig, ga hun oss hele veien gløden til å fortsette og stå på for jobben vi er så glade i. Marianne er utrolig dyktig, sterk og omtenkfull. Gjennom dette året har hun fått til utrolig mye i en tøff tid. Jeg er stolt av å kunne kalle Marianne for min tillitsvalgte, slår medlemmet Maria Knudsen Selde fast.

EN VESENTLIG INNSATS SOM TILLITSVALGT

Forbundsleder Tove Holst Skyer refererte til statuttene for Tillitsvalgtprisen under utdelingen hos Ergoterapeutene Sør. Tillitsvalgtprisen deles ut til et medlem av Norsk Ergoterapeutforbund som har gjort en vesentlig innsats som tillitsvalgt. Årets tillitsvalgte



Forbundsleder Tove Holst Skyer overrasket Marianne Boye med Tillitsvalgtprisen for 2021.

kan ha utmerket seg gjennom for eksempel:

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

– Forbundsstyret mener at Marianne Boye har gjort en vesentlig innsats som tillitsvalgt, og at hun tilfredsstiller de fleste av disse

punktene. At du ikke har lang fartstid som tillitsvalgt, gjør det desto mer imponerende at du har lyktes så godt i en spesielt krevende situasjon. Jeg håper innsatsen din kan inspirere alle våre tillitsvalgte. Evnen til å kommunisere hvorfor ergoterapi er viktig, er nøkkelen til svært mye i hverdagen som tillitsvalgt. Det er derfor med stor glede at jeg tildele deg Tillitsvalgtprisen 2021, sa en rørt forbundsleder og overrakte diplom, glassfat og blomster til prisvinneren.

EN AV MANGE VERDIGE NOMINERTE

Alle medlemmer i Ergoterapeutene skal ivaretas av en tillitsvalgt med ressurser, kompetanse og verktøy som gir trygghet og motivasjon i vervet. Vervet som tillitsvalgt skal være attraktivt, og alle tillitsvalgte er gode repre-

sentanter for fag og forbund.

– Det er mange flere tillitsvalgte som burde vært nominert til denne prisen, sa Tove Holst Skyer under utdelingen, og oppfordret alle medlemmer til å nominere sin tillitsvalgte til neste år.

– Alle de nominerte ville vært verdige vinnere av prisen. To av dem har vi også her i salen, og jeg vil også gratulere dem og takke for den innsatsen de gjør, sa en stolt Tove Holst Skyer.

Mange av de nominerte hadde lengre fartstid enn vinneren Marianne Boye fra Grimstad kommune.

– Når vi nå har valgt å tildele prisen til en ferskere tillitsvalgt, er det fordi framtiden til faget og forbundet er avhengige av at medlemmer som Marianne tar den lærerike utfordringen det er å være tillitsvalgt.

DE ØVRIGE NOMINERTE

- Solveig Lunde Holbæk, Bydel Alna, Oslo kommune
- Katrine Færestrand, regionsleder, Ergoterapeutene Sør
- Hilde Fleitscher, Kristiansand kommune
- Marion Ryen, Ullensvang kommune
- Leif Ståle Nævestad, Oslo Universitetssykehus (OUS)

TIDLIGERE VINNERE

Det var i år den tiende gangen at Tillitsvalgtprisen ble utdelt. Disse har tidligere fått tildelt prisen:

- Grete Olaussen i 2012
- Johanne Knudsen i 2013
- Ania Wiggen Jørgensen i 2014
- Anita Dimmen Johansen i 2015
- Toril Smaaberg i 2016
- Anita Rosmæl i 2017
- Ine Ulven i 2018
- Grethe Vetrhus Hammerstad i 2019
- Marte Husøy i 2020

Erfaringer med bruk av norsk versjon av kartleggingsverktøyet Work Experience Survey – Rheumatic Conditions (WES-RC)

Av Elisabeth Hasselknippe & Kristine Holen Klæboe



Elisabeth Hasselknippe er fagansvarlig for ergoterapeutene og ergoterapispesialist i arbeidshelse ved Revmatismesykehuset Lillehammer. E-post: elisabeth.hasselknippe@revmatismesykehuset.no.



Kristine Holen Klæboe har tidligere jobbet som ergoterapeut på Revmatismesykehuset og er nå ansatt som ergoterapeut i Lillehammer kommune.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til det innsendte manuskriptet.

Sammendrag

WES-RC er et strukturert intervju om arbeidsdeltakelse og beregnet for mennesker med inflammatorisk revmatisk sykdom. Det ble oversatt til norsk og tatt i bruk ved Revmatismesykehuset på Lillehammer i 2014. Her beskrives instrumentet og våre erfaringer med å bruke WES-RC i klinisk praksis, og det sammenlignes med kartleggingsinstrumentet COPM.

WES-RC gir et godt bilde av arbeidsutfordringer på både fysisk, psykososialt og organisatorisk nivå. Det stimulerer til å prioritere og finne mulige løsninger. Fullversjonen oppleves ofte som for omfattende til bruk i poliklinikk, men det er laget en kortversjon som er mer håndterbar og som gir god nok informasjon.

For å måle effekt av behandling fungerer ikke WES-RC, da det ikke er et måleinstrument, slik COPM er. Men det gir detaljerte svar og dyptgående informasjon om arbeidssituasjonen, som COPM ikke nødvendigvis fanger opp med sin åpne form.

Nøkkelord: revmatisk sykdom, arbeidsdeltakelse, kartleggingsinstrument, ergoterapi.

INNLEDNING

Deltakelse i arbeidsliv er et uttalt politisk mål i Norge. For den enkelte person er arbeidsdeltakelse assosiert med økonomisk trygghet, opplevelse av mening, identitet, sosial tilhørighet og samfunnsdeltakelse. Arbeid bidrar også til innhold, struktur og rutiner i hverdagen (Yuill 1998). Mye av den enkeltes sosiale liv foregår på arbeidsplassen, noe som bidrar til at det er god helse i å stå i arbeid (Revmatikerforbundet). Helsedirektoratet beskriver at «deltakelse i arbeid genererer ressurser og kvaliteter som er med på å fremme helse og trivsel» (2016).

Muskel- og skjelettplager er utbredt i befolkningen og er sammen med lettere psykiske lidelser den hyppigste årsaken til sykefravær og uføretrygd i Norge (NAV, 2017). Revmatiske sykdommer utgjør en stor del av denne gruppa. Disse sykdommene er preget av langvarige smerter i muskler og ledd og omfatter inflammatorisk sykdom (for eksempel leddgikt og spondylartritt), degenerativ sykdom (artrose) og bløtdelsrevmatisme (for eksempel fibromyalgi og polymyalgia revmatika).

Revmatisk sykdom debutterer som regel mens personen er i yrkesaktiv alder. Det er kjent at det medfører økt risiko for å falle ut av arbeidslivet. Dette skjer gjerne så tidlig som de første par årene etter at diagnosen er stilt. Ifølge Verstappen m.fl. (2004) er det vanskelig for en person med revmatisk sykdom å komme tilbake i jobb når hun eller han først har falt ut av arbeidslivet. Å forebygge frafall fra arbeidslivet vil derfor være viktig for å ivareta både arbeidstakerens helse og tilfredshet og samtidig gi en samfunnsøkonomisk gevinst.

I dag har tidlig diagnostikk, tettere oppfølging og mer effektiv medikamentell behandling ført til redusert sykdomsaktivitet og bedre funksjon hos disse pasientene. Likevel ser vi at mange revmatikere fremdeles opplever smerter og fatigue, og at de strever med å opprettholde arbeidsliv som før. Forskning blant annet fra våre naboland viser at økt sykefravær fortsatt er en betydelig konsekvens av det å ha en inflammatorisk leddsykdom (Neovius m.fl. 2011). De rammede kan ha redusert utholdenhet og produktivitet på jobb eller være gradert eller fullt sykemeldt. Dette betyr at det innen rehabilitering av revmatikere i de senere årene har skjedd en dreining fra å ha mest fokus på kroppsfunksjon til å jobbe med dimensjonen aktivitet og deltakelse, med særlig vekt på arbeid. En kombinasjon av helselaterte og arbeidsrelaterte intervensjoner kan være nødvendig for å få til dette.

ERGOTERAPI OG ARBEIDSHELSE

Ergoterapi har som mål å muliggjøre aktivitet og deltakelse. Arbeid er en vesentlig arena for daglig aktivitet. Ergoterapeuter har derfor en naturlig rolle og er en viktig bidragsyter innen arbeidshelse og arbeidsrettet rehabilitering (Macedo m.fl. 2009, Hasselknippe m.fl. 2011, Klokkeud m.fl. 2018).

Ved Revmatismesykehuset på Lillehammer gis tilbud innen utredning, rehabilitering og helsekompetanse. Dette skjer i sengeavdeling, poliklinikk og kursavdeling. Det jobbes i tverrfaglige team som består av revmatolog, sykepleier, sosionom, fysioterapeut og ergoterapeut. Kostveileder og psykolog er tilgjengelige ved behov.

Ergoterapeutens ansvarsområder er aktiviteter i dagliglivet (ADL), aktivitetsprioritering, arbeidsdeltakelse, håndfunksjon, ortoser og hjelpemidler.

For å kartlegge aktivitetsutfordringer benytter ergoterapeutene instrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM). COPM er et semistrukturert intervju med områdene personlige daglige aktiviteter, produktivitet og fritidsaktiviteter. Arbeidsliv inngår i området produktivitet.

Hvis det avdekkes utfordringer knyttet til arbeid, kan vi kartlegge ytterligere med andre instrumenter. Vi har anvendt en egenutviklet arbeidssjekkliste som har temaene organisatorisk, fysisk og psykososialt arbeidsmiljø, arbeidsoppgaver og menneskelige faktorer. Her krysses det av for rødt, gult eller grønt, alt etter opplevelse av problem, med plass til kommentarer. Dette danner utgangspunkt for ergoterapeutenes samtale og intervensjon.

Kartleggingsverktøyene vi har tilgang til, har sine fordeler og ulemper. COPM omhandler temaet arbeid, men kan med sine åpne spørsmål lett bli for grovmasket. Arbeidssjekklista vår er mer konkret, men ikke validert, og gir også behov for mer finmasket kartlegging. Det var derfor et behov for å utvide vår verktøykasse med et validert instrument for spesifikt å kartlegge arbeidsdeltakelse. I et litteratursøk fant vi instrumentet Work Experience Survey – Rheumatic Conditions (WES-RC). Instrumentet virket relevant for oss, fordi det var designet for revmatikere og omhandlet arbeidsdeltakelse. I tillegg var det utviklet av og for ergoterapeuter. WES-RC kunne supplere og spisse vår kartlegging fordi det hadde konkrete og detaljerte stikkord og utsagn som måtte tas stilling til (lukkede og spesifikke spørsmål) i motsetning til COPM med sin åpne form, som betinger at pasienten kan sette ord på sine erfaringer selv.

Vår egen sjekkliste inneholdt mange av de samme temaene som WES-RC, men WES-RC omhandler likevel flere områder, og ikke minst gikk det enda mer i detalj enn vår egen sjekkliste. Det var også viktig for oss å kunne bruke et standardisert instrument som var validert.

HISTORIEN BAK WES OG UTVIKLING TIL NORSK VERSJON AV WES-RC

WES ble opprinnelig utviklet i USA i 1995 og er et generisk instrument som kan brukes for å kartlegge arbeidsevne hos pasienter med alle typer funksjonshemminger. I 2009 ble instrumentet tilpasset til revmatiske sykdommer av Allaire og Keysor ved Boston University og fikk tilnavnet -RC, som står for Rheumatic Conditions. I 2013 foretok den engelske ergoterapeuten Alison Hammond en tilpassing til britiske forhold, og instrumentet fikk navnet UK WES-RC (Hammond m.fl., 2011).

Alison Hammond og hennes forskerteam på Salford University foretok i 2015 en evaluering av en arbeidsrettet intervensjon hvor UK WES-RC ble brukt. De ni ergoterapeutene som gjennomførte intervensjonen, ble intervjuet etterpå (Prior, 2015). Ergoterapeutene opplevde at intervjuet tok lang tid å gjennomføre i begynnelsen, men beskrev at selvtilit og ferdigheter økte raskt. De opplevde også at å bruke WES-RC forbedret deres praksis. Deres ledere opplevde at det tydeliggjorde ergoterapeutens praksis og økte det tverrfaglige samarbeidet. Konklusjonen i evalueringen var at WES-RC ble vurdert til å være et egnet instrument å bruke i arbeidsrehabilitering (Prior 2015).

I 2014 fikk ergoterapeutene ved Revmatisme-sykehuset FOU-midler fra Ergoterapeutene for å oversette WES-RC til norsk og tilpasse det til norske forhold. Arbeidet fulgte den anerkjente metoden til Beaton m.fl., med oversettelse fra engelsk til norsk og tilbake til engelsk. Manualen ble oversatt noe senere.

I 2019 lagde ergoterapeut Anne Lene Sand Svarterud en kortversjon, et tosidig ark med fortettet innhold.

OM WES-RC

WES-RC skal avdekke utfordringer eller problemer i arbeidslivet for mennesker med revmatisk sykdom og skissere mulige løsninger. WES-RC er et strukturert intervju. Det er delt inn i åtte ulike seksjoner, se figur 1. Hver seksjon har flere spørsmål. Intervjuet skal utføres i direkte møte med pasienten eller over telefon.

I den innledende delen kartlegges personlige opplysninger og helse- og arbeidshistorikk. I hoveddelen kartlegges utfordringer/problemer ved avkrysning innen flere tema, som vist i figur 1. I seksjon 8 velger pasienten ut inntil tre problemer. Problemene diskuteres, og mulige løsninger skrives ned, i tillegg til hvilke ressurser og ressurspersoner som kan bidra til løsningen.

Spørsmålene dekker alle elementer fra ICF-modellen. Det kan være spørsmål på kroppsfunksjonsnivå (for eksempel å håndtere, vri hodet, bære), aktivitetsutførelse (for eksempel fullføre arbeidsoppgaver like fort som kolleger), om deltakelse (for eksempel hjem/arbeidbalansen) og om personlige faktorer (for eksempel motivasjon og egne krav).

WES-RC, norsk versjon, er tilgjengelig i verktøykassa til Nasjonalt kompetansesenter for revmatologisk rehabilitering (NKRR). Den norske fullversjonen er ikke testet for metodiske egenskaper, og kortversjonen er foreløpig ikke validert.

ERGOTERAPEUTENS ERFARINGER

Siden oversettelsen i 2014 har vi vært til sammen syv ergoterapeuter som har anvendt WES-RC og gjort oss erfaringer med kartleggingsverktøyet.

En av styrkene med WES-RC, og som også var det vi i første omgang falt for ved instrumentet, er de detaljerte spørsmålene som avdekker utfordringer i arbeidsdeltakelsen.

I tillegg til fysiske og konkrete forhold som det er lett å spørre om, for eksempel «vri på dørhåndtak» eller «bruke datamaskin eller annen form for tastatur», går skjemaet i dybden på relasjonelle og holdningsmessige sider av arbeidslivet. Særlig gir det hjelp til å avdekke bekymringer og såre temaer, forhold som kanskje ikke er så lette å sette ord på. Et eksempel på dette er «Du føler skyldfølelse når du ber om fri eller arbeider mindre på grunn av helse di». Ved at slike spørsmål er formulert som påstander, kan det oppleves lettere å bekrefte eller avvise enn om det var formulert som et spørsmål.

En annen styrke er skjemaets oppbygning, som er lett å følge. Det sikrer at man er innom alle temaer, og gjør det enklere å konkretisere utfordringene og trekke fram det pasienten opplever som de viktigste utfordringene i sin arbeidshverdag.

Kartleggingen med WES-RC er hensiktsmessig å ha som grunnlag i rehabiliteringsarbeidet. Det er bevisstgjørende og kan hjelpe pasienten i å sette seg mål. Vi opplever at kartleggingsverktøyet hjelper oss til å ha et konkret og presist språk i tverrfaglig

Bakgrunnsinformasjon	Seksjon 1: Personlige opplysninger, samt helse- og arbeidshistorikk
Utfordringer/problemer	Seksjon 2: Forberedelser før jobb, reise til og fra eller i forbindelse med jobb Seksjon 3: Adkomst på arbeidsplassen Seksjon 4: Gjennomføre arbeidsoppgaver Seksjon 5: Relasjoner på arbeidsplassen Seksjon 6: Miljømessige faktorer og reglement på arbeidsplassen Seksjon 7: Arbeid, karriere og privatliv
Prioritering og problemløsning	Seksjon 8: Prioritering og problemløsning

Figur 1: Inndeling av WES-RC.

muntlig samarbeid og ved skriftlig rapportering, for eksempel journalnotat.

I utgangspunktet skal skjemaet anvendes i samtale mellom pasient og terapeut, siden det er et strukturert intervju. Vi har likevel i en del situasjoner valgt å gi skjemaet til pasienten for utfylling på egen hånd og så gjennomgå det sammen ved neste konsultasjon. Dette har vi god erfaring med. Pasienten kan på denne måten bruke tid på å tenke over spørsmålene i fred og ro. En annen fordel er at det effektiviserer samarbeidet. Det gjøres en vurdering i hvert enkelt tilfelle om dette er den rette framgangsmåten, siden noen kan trenge veiledning underveis.

Erfaringsmessig er den siste seksjonen viktigst å gjøre sammen. Her skal pasienten prioritere problemer og finne mulige løsninger og hvilke ressurspersoner som kan hjelpe. Her kan vi ved hjelp av åpne spørsmål og veiledningsteknikker stimulere pasienten til å finne løsninger selv, og bidra med både vår fagkunnskap og våre erfaringer. Typiske spørsmål kan være: «Hva kan være mulige løsninger? Hva ville du sagt til en venn i samme situasjon? Hvilke av disse forslagene er mest realistiske å få til? Hva trenger du?»

Pasientene tilbys og oppfordres til å ta med seg det utfylte skjemaet hjem. De kan ta det med i møte med arbeidsgiver eller NAV, bruke det overfor familie eller andre personlige kontakter, eller ha det til egen påminnelse. Tilbakemeldinger fra pasientene er at dette har hjulpet dem å være tydelig overfor sine omgivelser.

Noen ganger er pasient uten arbeid. De kan stå foran en omskolering eller være på vei ut igjen i ny jobb. Mange er i denne situasjonen usikre på hva de klarer eller ønsker. Å gå gjennom WES-RC kan være en bevisstgjøring for å bli klar over hva de trenger å ta hensyn til, eller hva som kan bli utfordrende i framtidig jobb. Slik kan de være mer forberedt til for eksempel møte med NAV eller andre tiltaksarrangører.

Det at skjemaet er såpass omfattende, gjør at det tar tid å bli kjent med instrumentet for både ergote-

rapeut og pasient. I begynnelsen brukte vi en time på intervjuet. Vår opplevelse stemmer overens med de engelske ergoterapeutenes erfaringer. Det tar tid å bli kjent med instrumentet, men læringskurven går bratt oppover. Vi ser imidlertid at dersom pasienten har fylt ut skjemaet på forhånd, tar ikke intervjuet mer enn en halv time.

I poliklinikk blir skjemaet lite brukt, noe som først og fremst skyldes at skjemaet oppleves omfattende å bruke med begrenset tid til rådighet. Kanskje er pasientens hovedutfordring på kroppsfunksjonsnivå og ikke på arbeidssituasjon. I en del tilfeller blir skjemaet sendt med pasienten hjem, slik at de kunne jobbe med det selv hjemme, og eventuelt få tilbud om en ny konsultasjon/oppfølgingssamtale.

Etter at vi fikk tilgang til kortversjonen opplever vi at bruken av instrumentet har fått en oppsving. Fra et hefte på 16 sider er det nå redusert til et tosidig ark. Hovedinnholdet er det samme, men de detaljerte spørsmålene fra fullversjonen er gjort om til korte stikkord under hvert tema. Løsningsdelen er intakt. Kortversjonen har vist seg å være vesentlig enklere å håndtere og har gjort instrumentet mer anvendbart.

DISKUSJON

Hva får vi med å bruke WES-RC fullversjon mot kortversjon, og hva får vi sammenlignet med å benytte COPM?

Hvis vi sammenligner COPM og WES-RC, ser vi at COPM først og fremst kartlegger aktivitet og deltakelse, mens WES-RC har spørsmål fra alle områder i ICF: kroppsfunksjon, miljøfaktorer, personlige faktorer og aktivitet og deltakelse.

Mens COPM har en åpen form som fordrer at pasienten selv formulerer sine aktivitetsutfordringer, gir WES-RC fullversjon konkrete forslag, lukkede spørsmål eller utsagn om hva problemene kan være. Dette siste kan være viktig for de pasientene som ikke har så stor bevissthet om hva utfordringene består i, eller der hvor det er komplekse eller sammensatte utfordringer. Noen av spørsmålene omhandler

holdninger på arbeidsplassen og egne utfordringer og bekymringer, noe som kan være vanskelig å sette ord på selv, og kan være forløsende å bli spurt om. Det gjør det også lettere for oss som terapeuter å spisse rådgivning, informasjon og veiledning til pasienten. I kortversjonen mister vi dette igjen ved at temaene er mer åpne.

Når det gjelder nytte av instrumentene, er WES-RC et kartleggingsinstrument og ikke et måleinstrument. Det har ikke scoringer eller skaleringer, slik at det ikke er egnet til å måle endring eller effekt. I sammenligning med COPM gir WES-RC oss et informasjonsgrunnlag for intervensjon, men kan ikke benyttes til objektiv måling av endring, slik som COPM kan.

Selv om intensjonen er at terapeut og pasient gjør utfyllingen sammen, velger vi ofte å gi ut instrumentet til pasienten, slik at hun eller han kan fylle det ut på egen hånd før neste konsultasjon. Dette gjør at selve intervjuet tar betydelig mindre tid, og det kan fokuseres på mulige løsninger. Noe vi mister ved å gjøre det på denne måten, er muligheten til for eksempel å observere reaksjoner som nøling eller sårhet, som gir mulighet til å stille utdypende spørsmål og invitere til samtale om dette: «Jeg ser du nøler her, kan du si noe mer om hvorfor?»

KONKLUSJON.

WES-RC har gitt oss tilgang til og erfaringer med bruken av et validert kartleggingsinstrument om arbeidslivsutfordringer. Det gir et godt bilde av utfordringer pasienten har i arbeidslivet. Instrumentet er konkret og detaljert og avdekker problemer, samtidig som det leder til prioritering og mulige løsninger av problemene. Både vi som terapeuter og pasientene selv opplever at det er nyttig å bruke instrumentet, fordi det avdekker ulike forhold som har betydning for arbeidshelse for revmatikere, og stimulerer til å finne mulige løsninger. Det har hjulpet oss å bli mer fokuserte og til å ha et tydelig språk i journalføring og tverrfaglig samarbeid.

Vi opplever at WES-RC er et viktig og nødvendig supplement til COPM når det gjelder å kartlegge arbeidsutfordringer. Det egner seg godt til bruk i rehabilitering. I poliklinikk oppleves det imidlertid som tidkrevende å bruke fullversjonen, og vi velger derfor ofte kortversjonen. Den gir god nok informasjon. Likevel er det nyttig å ha fullversjonen tilgjengelig når det er nødvendig med en grundigere kartlegging, for lettere å fange opp egne krav, holdninger på arbeidsplassen eller relasjoner som skaper vansker i arbeidshverdagen.

Takk til ergoterapikolleger som har delt sine erfaringer og bidratt med innspill, og takk for økonomisk støtte fra Ergoterapeutene til oversettelse av WES-RC.

Litteraturliste

- Yuill C & McMillan I. (1998). Work. I Jones D., Blair SE E, Hartery T & Jones RK (Edt.). *Sociology & Occupational Therapy. An integrated approach* (p. 143-156). UK, Churchill Helsedirektoratet; Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2016). *Arbeid og helse – et tettere samvirke*.
- Norsk Revmatikerforbund (2019) Arbeidsliv www.revmatiker.no/arbeidsliv [lest: 21.5.2021]
- NAV (2017a). *Utviklingen i sykefraværet, 2. kvartal 2017*. NAV statistikknotat
- Verstappen SMM, Boonen A, Bijlsma JWJ. (2004) Working status among Dutch patients with rheumatoid arthritis; work disability and working conditions. *Rheumatology* 44(2): 202-206 February 2005, Pages 202–206
- Neovius M et al; Sick leave and disability pension before and after initiation of antirheumatic therapies in clinical practice. *Ann Rheum Dis*, 2011. 70(8):p1407-14
- Macedo AM et al. Functional and work outcomes improve in patients with rheumatoid arthritis who receive targeted, comprehensive occupational therapy. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/art.24563> (2009)
- Hasselknippe E, Rønningen A. Hvilken rolle har ergoterapeuten? Raskere tilbake ved Revmatismesykehuset Lillehammer. *Ergoterapeuten* 04/2011.
- Klokke M, Thorsen E, Hasselknippe E, Rønningen A, Sand-Svartrud AL. Ergoterapeuten - en viktig samarbeidspartner ved arbeidslivsutfordringer hos personer med revmatisk sykdom. *Norsk Rheumabulletin*, September 2018
- Allaire S, Keysor J. Development of a structured interview tool to help patient identify and solve rheumatic condition-related work barriers. *Arthritis & Rheumatism* (Arthritis Care & Research) Vol. 61, No. 7, July 15, 2009, s 988–995
- Hammond A, Allaire S, Grant M, Woodbridge S, O'Brien R, Culley J. Modifying the Work Environment Survey- Rheumatic conditions for use in the UK. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2011;70 (Suppl3):763
- Hammond A, O'Brien R, Woodbridge S, Bradshaw L, Prior Y, Radford K, Culley J, Whitham D, Pulikottil-Jacob R. Job retention vocational rehabilitation for employed people with inflammatory arthritis (WORK-IA): a feasibility randomized controlled trial [®] *BMC Musculoskelet Disord*. 2017 Jul 21;18(1):315. doi: 10.1186/s12891-017-1671-5.
- Prior Y, Amanna E, Bodell S.J., & Hammond A. A qualitative evaluation of Occupational therapy-led work rehabilitation for people with inflammatory arthritis: Perspectives of therapists and their line managers. *British Journal of Occupational Therapy*. Vol 78(8) s 467-474, 2015
- Beaton D. E, Bombardier C., Guillemin F. & Marcos B.F. (2001) *Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaption of Self-Report Measures*. Institute for Work and Health, Toronto ON, Canada. https://www.researchgate.net/publication/12203631_Guidelines_for_the_Process_of_Cross_Cultural_Adaption_of_Self-Report_Measures. <https://diakonhjemmet.no/nkr/klinisk-verktoyskasse>

Det skjer ikke meg! Eller...?

Du eller din partner kan ikke erstattes - men, det kan inntektene. En forsikring ved dødsfall kan hjelpe deg eller dine etterlatte økonomisk hvis en av dere dør som følge av en ulykke eller sykdom.



60%

Vi har sammenlignet priser!

Som medlem i Ergoterapeutene kan du kjøpe alle dine viktigste forsikringer til fast lav medlemspris.

Resultatet fra prissammenligningen viser at du i gjennomsnitt sparer inntil 60 % ved å kjøpe livsforsikringen hos oss. Det er også lurt å sikre eget inntektstap hvis man skulle bli arbeidsufør, det gjør du ved å kjøpe uføreforsikring – til samme gode betingelser.

Kontakt Ergoterapeutenes forsikringskontor for en uforpliktende gjennomgang av ditt forsikringsbehov. Vi gir deg råd basert på dagens inntekt, gjeld og livssituasjon.

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

Ferdighetsutvikling over tid hos barn med Downs syndrom: En norsk erfaring med data fra PEDI

Av Jo Kleiven & Anne-Stine Dolva



Jo Kleiven er professor emeritus ved Institutt for psykologi, Høgskolen i Innlandet.

E-post: Jo.kleiven@inn.no



Anne-Stine Dolva er professor ved Institutt for sosialt arbeid og veiledning, Høgskolen i Innlandet.

E-post: Anne-stine.dolva@inn.no

Sammendrag

Ferdighetsutvikling hos barn med Downs syndrom (DS) er generelt forsinket sammenlignet med barn flest. Men denne studien tyder på at ferdigheter fortsetter å utvikle seg over lengre tid, slik at barna oppnår bedre mestring. Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) er et kjent kartleggingsinstrument i habiliteringsfeltet og dekker områdene *egenomsorg, forflytning og sosial funksjon*. Data ble samlet med PEDI da et utvalg barn med Downs syndrom var fem, sju og 14 år gamle, og viser deres ferdighetsutvikling over ti år. Undersøkelsen gir derfor en unik mulighet til innsikt. Deler av datamaterialet er publisert i internasjonale artikler tidligere. Hensikten med denne artikkelen er å se på barnas utvikling over tid innen hvert av områdene, og hvordan variasjon kommer til syne. Denne kunnskapen kan være nyttig for foreldre og fagpersoner i arbeidet for at barn med Downs syndrom i enda større grad kan mestre sitt hverdagsliv over tid.

Nøkkelord: Downs syndrom, PEDI, ferdighetsutvikling, variasjon

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne fagartikkelen.

Introduksjon

Downs syndrom, eller Trisomi 21, er den vanligste enkeltårsak til utviklingshemming, og er forårsaket av et ekstra kromosom i kromosompar 21. Et syndrom er en samling fellestrekk der alle som har diagnosen har noen av disse fellestrekkene. Diagnoser er praktiske begrep eller «merkelapper» på fellestrekk, men ulempen kan være at de kan gjøre det vanskelig å se at det også er viktige forskjeller.

Ifølge medisinsk fødselsregister fødes det mellom 60 og 80 barn med Downs syndrom i Norge (Folkehelseinstituttet, 2021) hvert år. Det ekstra kromosomet påvirker generell vekst og utvikling samt barnets deltakelse i dagliglivets aktiviteter (Daunhauer & Fidler, 2011; Roixen & Patterson, 2003). Ferdigheter reflekterer et barns mestring av aktiviteter i det daglige, og mestringsnivå anvendes gjerne som utgangspunkt og mål for tiltak innen habilitering. Ferdigheter innen funksjonsområdene *egenomsorg, forflytning og sosiale funksjoner* kan måles med kartleggingsinstrumentet PEDI (Haley, Coster, Ludlow, Haltiwanger, & Andrellos, 1992).

I 2000 ble det samlet data med PEDI fra et årskull barn med Downs syndrom i Norge. Senere ble disse barna fulgt i flere studier på ulike tidspunkt gjennom oppveksten sin. Dette er enestående data. Det krever både tid og ressurser å følge et relativt helt årskull over så mange år. Dette er forpliktende da et slikt datasett ikke lett kan repliseres. Vårt materiale kan også vise seg å bli unikt av andre grunner. Antall født med Downs syndrom har holdt seg relativt stabilt de siste 25 årene, men med økt bruk av tidlig ultralyd og testing kan det

forventes en nedgang i årene som kommer, grunnet en økning i svangerskapsavbrudd. Kanskje kan derfor framtiden gi mer begrensede muligheter til å lære om barn med Downs syndrom, særlig om de store variasjonene i deres livssituasjon, funksjonsnivå og prognoser.

Det finnes ikke norsk forskning som viser ferdighetsutvikling hos barn med Downs syndrom over flere år. Slik kunnskap kan være viktig for å underbygge forventninger, og ikke minst ha forståelse for likheter og ulikheter i ferdighetsutvikling hos barn med samme diagnose, men ulike forutsetninger. Det gjelder særlig to spørsmål:

- 1 Hvordan ser utviklingen av ferdigheter innen funksjonsområdene *egenomsorg, forflytning, og sosiale funksjoner* ut over tid?
- 2 Er variasjonen mellom barna i dette utvalget like stor som den er hos barn flest, sammenlignet med PEDI normverdier for norske femåringer uten funksjonsnedsettelse?

Metode

Et langtidsdesign ble lagt til grunn for denne studien. Barn med Downs syndrom fra samme alderskohort ble kartlagt med PEDI ved fem, syv, og 14 års alder ved hjelp av foreldreintervju. Studiene ble vurdert og godkjent av NSD.

MÅLEINSTRUMENT

PEDI er et standardisert kartleggingsinstrument basert på foreldreintervju og brukes innen barnehabilitering (Haley et al., 1992). Metoden er beskrevet som et «gullstandard»-instrument (Law, 2003). Dette instrumentet måler barns evne til å løse oppgaver innenfor

tre ulike funksjonsområder: egenomsorg, forflytning og sosiale funksjoner. Jo flere oppgaver barnet behersker, jo høyere blir skåren på hvert område. PEDI er utviklet for barn med alder fra seks måneder til 7,5 år, men kan også brukes til eldre barn, dersom oppgavene er relevante for dem. PEDI er oversatt til norsk (Jahnsen, Berg, Dolva, & Høyem, 2000). I 2016 ble det utviklet norske standardiserte aldersnormer til PEDI (Berg, Dolva, Kleiven, & Krumlinde-Sundholm, 2016). En mer detaljert beskrivelse av kartleggingsinstrumentet finnes i en fagartikkel i Ergoterapeuten 6-2015 (Dolva, Kleiven, Krumlinde-Sundholm, & Berg, 2015)

PROSEDYRE

Da barna var fem år gamle, ble de identifisert ved hjelp av lokale foreninger for foreldre med barn med Downs syndrom og fylkenes habiliteringstjenester. Alle fylker i Norge ble kontaktet. Ifølge medisinsk fødselsregister ble det på denne tiden født om lag 70 barn med Downs syndrom hvert år. I den aktuelle alderskohorten ble det identifisert 62 barn. Via foreldreforeninger og habiliteringstjenestene fikk 62 foreldre et brev med invitasjon til å delta i studien. De 43 informerte samtykkene som ble mottatt, betyr en respons på 70 prosent, og at 43 barn utgjør 70 prosent av den kohorten de representerer. Siden invitasjonen ikke ble sendt direkte fra forskeren, finnes ikke informasjon om de 19 foreldrene som ikke responderte.

UTVALG

Den første studien inkluderte 23 gutter og 20 jenter med Downs syndrom. De fleste hadde trisomi 21-typen av syndromet, to hadde mosaikktypen, og én hadde tran-

slokasjonsformen. Gjennomsnittsalderen var 65 måneder (SD 3,6). De vanligste helseutfordringene var knyttet til hjerte (56 prosent), syn (49 prosent) og hørsel (30). Antallet barn holdt seg stabilt fra fem til syv år, mens litt færre deltok på 14-årstrinnet.

ANALYSE

Deler av resultatene fra de første to datainnsamlingene er publisert tidligere (Dolva, Coster, & Lilja, 2004; Dolva, Lilja, & Hemmingsson, 2007). Sumskårer ble da brukt, da de er minst kulturelt påvirket og bare angir hvilke oppgaver barna mestrer eller ikke. Til senere sammenligninger med barn uten funksjonshemming (Berg et al., 2016; Kleiven, Berg, Krumlinde-Sundholm, & Dolva, 2012) ble norske PEDI-skalerte skårer brukt.

De skalerte skårene er imidlertid forskjellige på de ulike aldersstrinn. For å kunne sammenligne alle de tre aldersstrinnene i vårt utvalg med barn uten funksjonshemming har vi derfor valgt å bruke gjennomsnittsdata fra femåringer i det norske standardiseringsutvalget for PEDI som sammenligningsgrunnlag for å få innblikk i når barna med Downs syndrom når samme funksjonsnivå. Disse normverdiene består av data fra 55 barn uten funksjonsnedsettelse (Berg et al., 2016; Kleiven et al., 2012).

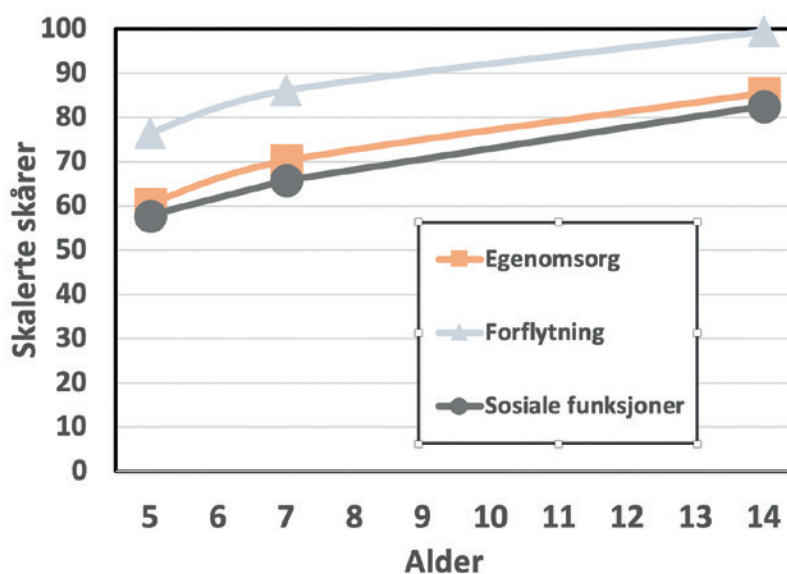
Resultater

LAVE SKÅRER FRA BARN MED DOWNS SYNDROM

Som ventet ligger fordelingen av skårene fra barna med Downs syndrom betydelig lavere enn fordelingen fra femåringene i det norske standardiseringsutvalget (tegnet med svart kurve i figur 2,3 og 4). Forskjellen er imidlertid

Alder (n)	Kjønn	Informanter
5 år (n=43)	22 jenter/23 gutter	38 mødre/2 fedre/3 par
7 år (n=43)	22 jenter/23 gutter	40 mødre/2 fedre/et par
14 år (n=38)	19 jenter/19 gutter	34 mødre, 4 fedre

Tabell 1: Barnas alder, kjønn og informanter.



Figur 1: Gjennomsnittlige skårer på tre funksjonsområder fra tre aldersstrinn for barn med DS.

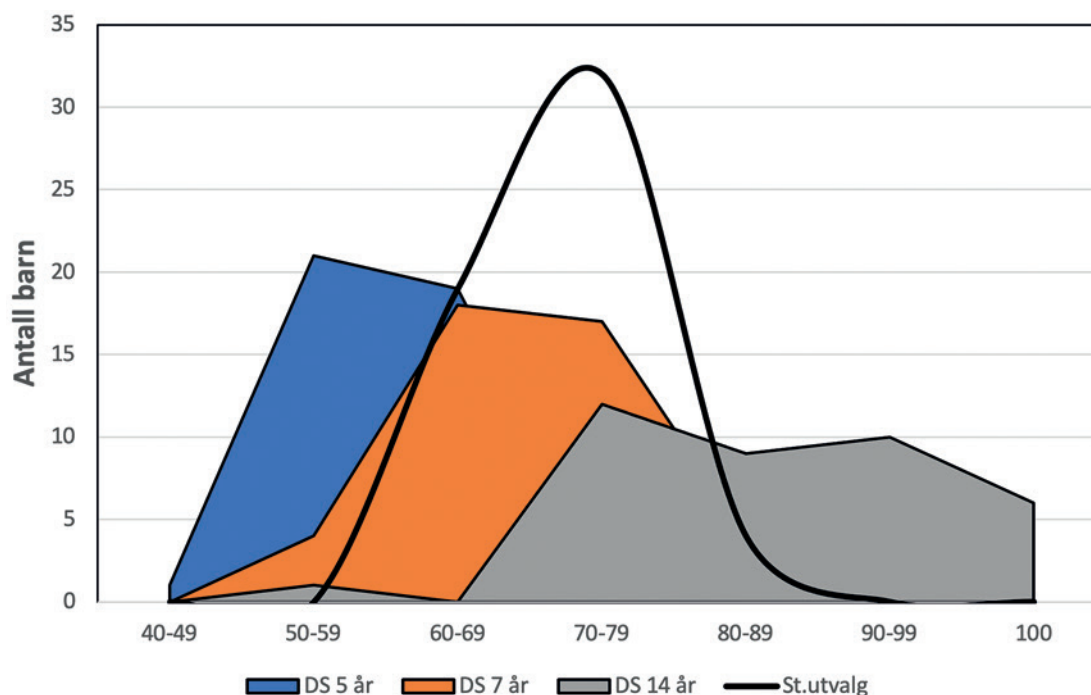
ikke så klar for *forflytning* som for de to andre funksjonsområdene. Oppgavene for *forflytning* ser imidlertid ut til å være for lette også for femåringer flest. Dette omtales i psykometrisk faglitteratur som en «tak-effekt» (se f.eks. Pedhazur & Schmelkin, 1991; Pripp, 2019). Den gjør det vanskelig å legge særlig vekt på denne delen av dataene.

Barnas utvikling over tid fortsetter helt til 14 års alder på alle de tre funksjonsområdene. Figur 1 viser gjennomsnittsskåre for utvalget barn med Downs syndrom på tre aldersstrinn for alle de tre funksjonsområdene. Vi ser tydelig at gjennomsnittet øker både fra fem til syv år, og også fra syv til 14 år. For utvalget som helhet er det altså klart at det skjer læring

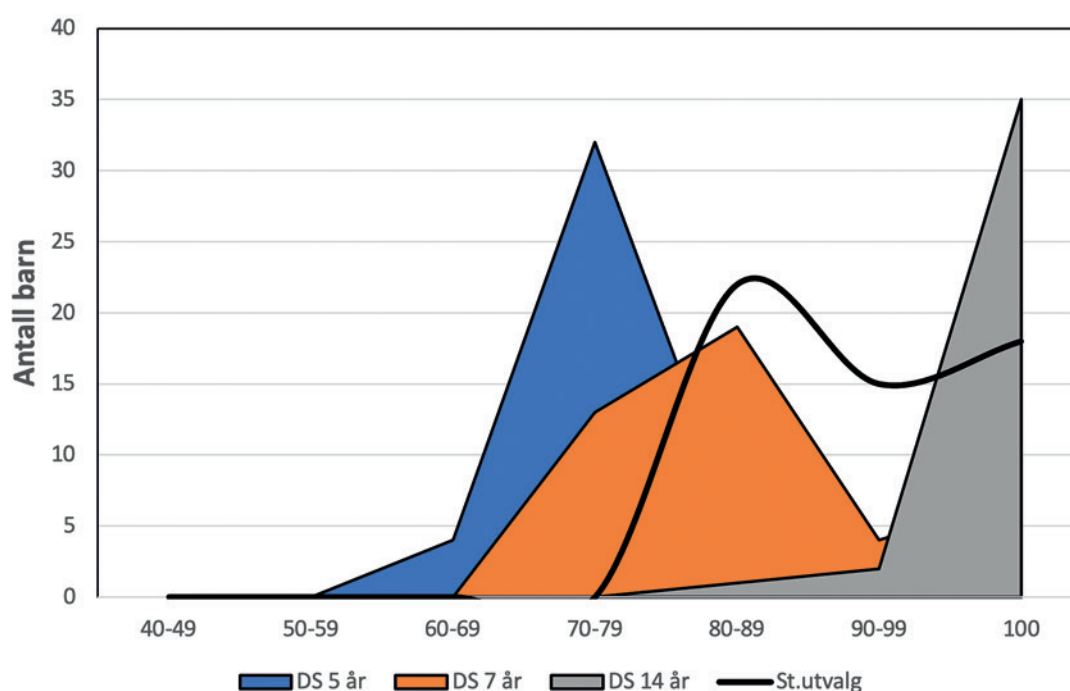
eller utvikling mellom alle de tre aldersstrinnene.

Som tidligere påvist med variansanalyse (Dolva & Kleiven, 2019), så er disse aldersforskjellene store nok til å være statistisk pålitelige ($F = 580.826$; $p < 0.001$). Variansanalysen viser også forskjeller mellom de tre funksjonsområdene. Disse må imidlertid forstås som en svakhet ved PEDI som måleinstrument, og ikke som reelle forskjeller i barnas funksjonsnivå (Dolva & Kleiven, 2019).

Det kan imidlertid være nyttig ikke bare å se på gjennomsnittene her, men se noe nærmere på de tallene som ligger bak. Figur 2 viser fordelingen i skårene for *egenomsorg*. For det første er det som ventet en klar *aldersforskjell*. Barna i utvalget ligger



Figur 2: Skårefordeling på egenomsorg hos utvalget på tre alderstrinn og hos femåringene i det norske standardiseringsutvalget (uten DS).



Figur 3: Skårefordeling på forflytning hos utvalget på tre alderstrinn og hos femåringene i det norske standardiseringsutvalget (uten DS).

lavest på skalaen når de er fem år (blå fordeling), og litt høyere når de er syv (oransje fordeling). 14-åringene (grå fordeling) skårer enda høyere – omtrent på høyde med femåringene uten DS fra det norske standardiseringsutvalget (svart linje). Evnen til egenomsorg

øker altså med alderen i Downs syndrom-utvalget, i samsvar med gjennomsnittene vist i figur 1. Men for det andre er det også betydelige forskjeller innen hvert aldersnivå for DS-utvalget. Skårene klynger seg ikke rundt gjennomsnittet på noe alderstrinn, men

strekker seg både høyt og lavt. Det gjør de også blant femåringene fra standardiseringsutvalget (uten DS).

Figur 3 viser at noe av det samme gjelder funksjonsområdet *forflytning*. Også her er det tydelige aldersforskjeller. Fordelingen

Funksjonsområde (antall oppgaver)	Alder (n)	Skalert skåre, gjennomsnitt	SD	Skewness	Kurtosis	Variasjonsbredde
Egenomsorg (73)	StUtv (55)	85,1	5,0	0,26	-0,50	62,5-85,1
	5 (43)	60,0	6,1	0,00	0,22	44,4-73,6
	7 (43)	69,4	7,2	0,30	0,03	56,8-85,1
	14 (38)	85,6	10,1	-0,27	-0,35	58,6-100
Forflytning (59)	StUtv (55)	93,0	6,2	-0,38	-0,94	80,0-100
	5 (43)	76,1	7,1	1,33	2,88	60,9-100
	7 (43)	85,9	8,1	0,60	-0,72	71,6-100
	14 (38)	99,4	2,1	-3,86	15,18	89,2-100
Sosiale funksjoner (65)	StUtv (55)	71,8	5,8	0,86	0,37	62,3-89,1
	5 (43)	57,2	5,3	0,24	-0,10	46,8-70,8
	7 (43)	64,9	8,8	0,40	-0,68	48,5-82,2
	14 (38)	82,6	15,5	-0,34	-1,20	47,3-100

Tabell 2: Beskrivende statistikk på tre funksjonsområder, for tre alderstrinn barn med DS og femåringer uten DS (fra Dolva & Kleiven, 2019).

for femårige barn med DS ligger lavest på skalaen, mens de syvårige ligger noe høyere. Også når de senere er blitt 14 år, skårer barna med DS høyere enn tidligere. Det er også verd å merke seg at de fleste 14-åringene klarer nesten alle oppgavene på dette funksjonsområdet. Mange av dem når altså «taket» på denne delen av testen, i likhet med mange av de vanlige femåringene uten Downs syndrom. Det betyr at oppgavene er for lette for både for 14-åringene og for femåringer uten Downs syndrom, og at denne enden av skalaen derfor ikke differensierer særlig godt. For vår undersøkelse ville det derfor ha vært en fordel om instrumentet også hadde inneholdt noe mer utfordrende for dette funksjonsområdet. Men heller ikke her er det altså bare aldersforskjellene som er tydelige. Det er også stor variasjon *innen* hver aldersgruppe.

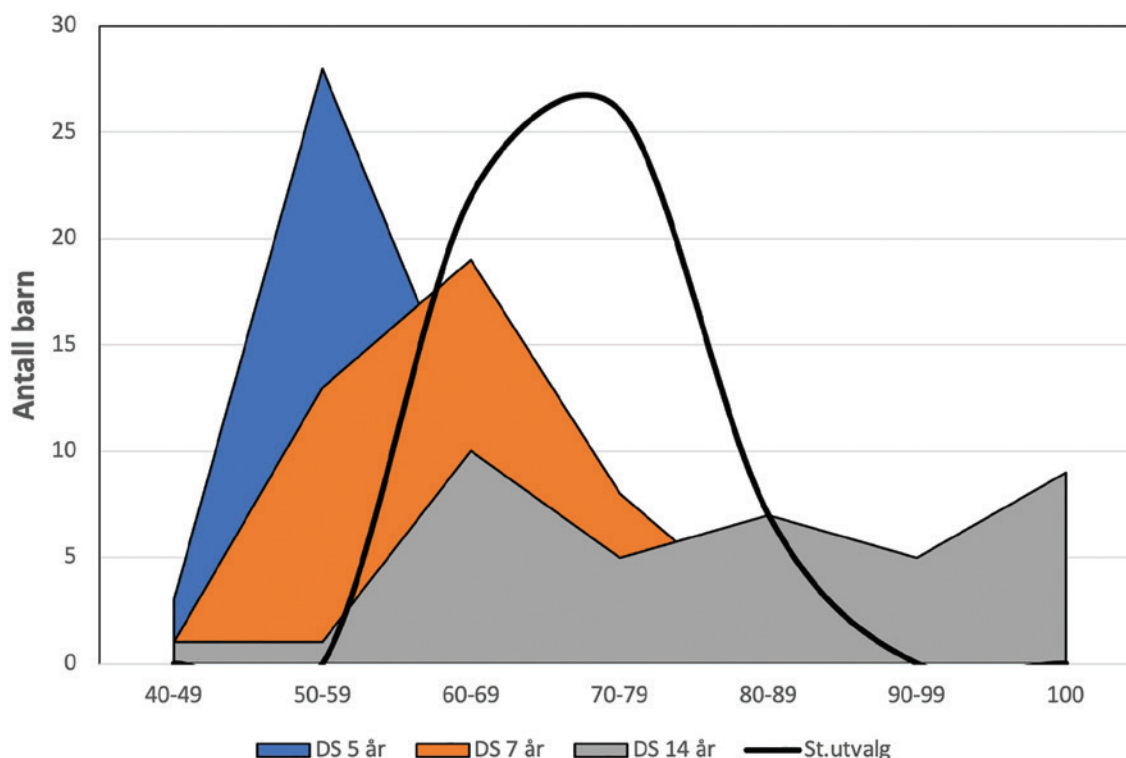
Figur 4 viser fordelingen på området *sosiale funksjoner*. Igjen er det betydelige aldersforskjeller. For femåringene med Downs

syndrom ligger fordelingen tydelig lavere enn for syvåringer. Og når de er blitt 14 år, ligger fordelingen enda høyere på skalaen. Også på dette funksjonsområdet er det klart at det er betydelig intern variasjon i alle grupper. Og her viser 14-åringene ekstra klart at forskjellene *innen* hver aldersgruppe er like viktig som forskjellen mellom dem. Blant de eldste barna fordeler skårene seg over hele spekteret uten å vise noen klart definert «vanlig» eller «normal» skåre for denne aldersgruppen. De to yngste gruppene har imidlertid relativt tydelige toppe i sine fordelinger.

Tabell 2 viser tallene bak figurene på en mer presis og utfyllende måte. Selv om tabellen nok ikke er like lett tilgjengelig som figurene, så er det også her klart at gjennomsnittlig skåre øker med alderen. Det kan også være verd å merke seg at standardavviket (SD) øker med alder både for egenomsorg og for sosiale funksjoner. Når altså spredningen øker med alder, kan dette være

et signal om at barna blir mindre like når de blir eldre. Kanskje kan det bety at den jevne utviklingen ikke gjelder alle, og at de som skårer høyest på skalaene, også lærer relativt mer i det videre forløpet.

Samlet sett synes det altså klart at det er betydelige aldersforskjeller på alle de tre funksjonsområdene. Gjennomgående klarer barna i utvalget flere oppgaver med økende alder. Men det er først data fra 14-årsalderen som er helt på høyde med data fra femåringene fra standardiseringsgruppen uten Downs syndrom. Men det er også store forskjeller innen hver av gruppene. Spredningen i skårene er gjennomgående stor, og omtrent like stor som spredningen blant vanlige femåringer uten Downs syndrom. Trolig er det også en svak tendens til at *forskjellene* mellom barn med Downs syndrom *øker* med alderen. Skårene for femåringer er forholdsvis godt samlet rundt et midtpunkt og kan minne litt om en normal-



Figur 4: Skårefordeling på sosiale funksjoner hos utvalget på tre alderstrinn og hos femåringene i det norske standardiseringsutvalget (uten DS).

fordeling. Dette gjelder nok også syvåringene, men de har en litt flatere fordeling, hvor samlingen rundt midten er mindre uttalt. Men både på *egenomsorg* og på *sosiale funksjoner* har 14-åringene en tydelig flatere fordeling uten en tydelig topp eller midtpunkt. På *forflytning* er imidlertid «tak»-effekten for stor til at dette kan komme til syne.

Diskusjon

Selv om barn med Downs syndrom gjennomgående mestrer langt færre oppgaver enn barn flest, er dette nok ikke det eneste man bør merke seg fra våre resultater. For mange praktiske formål er det viktigere at forskjellene mellom barn med Downs syndrom er like store som mellom andre barn. Blant barna med Downs syndrom ligger både de svakest fungerende og i de høyest fungerende svært langt fra gjennomsnittet på hvert alders-

trinn. Slike forskjeller kan det bli vanskeligere å påvise etter hvert, hvis årskullene med barn med Downs syndrom blir mindre og dermed får mindre variasjon. Selv om det er relativt få i vårt begrensede utvalg, mener vi derfor at våre resultater fortjener oppmerksomhet.

De store forskjellene er egentlig ingen overraskelse: Det er ikke bare et ekstra kromosom som påvirker barnas egenskaper og funksjoner. Også andre forhold kan påvirke vekst- og utviklingsmulighetene, som hos alle barn. Noen av disse forholdene ligger utvilsomt i de mange arveegenskapene som ikke er koblet til Down-syndromet. Fysisk og sosialt miljø kan også ha stor betydning for hvilke egenskaper barnet utvikler, hvilken læring som finner sted, og hvilke utfordringer barnet vil bli i stand til å mestre. Forhold som for eksempel syn, hørsel, språkvansker eller autisme kan

også påvirke og kan være relatert til syndromet.

Foreldre og fagpersoner er opptatt av å legge til rette for utviklingsmuligheter i barnehage og skole. Dessuten er det mange andre som vil møte barnet i det vanlige dagliglivet, kanskje på mindre gjennomtenkte eller planlagte måter. Downs syndrom vil i begge fall ofte fungere som et såkalt «kardinaltrekk», det vil si en egenskap ved personen som er så dominerende at andre egenskaper lett kan bli oversett. Derfor kan det være en fare for at andre sider ved barnet får for liten oppmerksomhet.

Men informasjon om barnets sterke og svake sider – uavhengig av syndromet – kan være viktig for både beslutninger, tilrettelegging og daglig omgang med barnet. Kanskje har en gutt en annen, litt plagsom sykdom akkurat nå, mens synsproblemer kan begrense andres muligheter på skolen.

Kanskje har ei jente en veldig inspirerende venn i nabolaget, mens et annet barn har eldre søsken som stimulerer. Også generelt god (eller dårlig) fysisk form kan være viktig for både trivsel og for funksjons- og læringsmuligheter, på samme måte som betydningen av ulik sosial støtte og sosial trygghet.

Våre data kan dessuten minne oss om at aldersforskjeller er viktige også blant barn med Downs syndrom. I hovedsak viser våre data at barna utvikler seg – både fra fem til syv år og videre opp til 14 års alder. Selv om utviklingen er langt svakere enn hos vanlige barn, så finnes den, og den stopper ikke opp i tidlig alder. De fleste barna med Downs syndrom slutter ikke å lære på noe bestemt alderstrinn. Det er derfor nødvendig å forstå hvor langt barnet faktisk er kommet i utviklingen, og ta dette som utgangspunkt for hvordan man kan hjelpe barnet videre.

Det er ingen tvil om at Downs syndrom gjennomgående gir betydelige begrensninger i barnas lærings- og utviklingsmuligheter. Når et barn har Downs syndrom, så er dette et grunnleggende faktum som verken kan eller bør bortforklares. Men vi ser også den store variasjonen mellom barn med dette syndromet som viktig. Barna som blir født med dette ekstra kromosomet, har mange andre egenskaper som kan være avgjørende for beslutninger, tiltak, tilrettelegging og daglig omgang med barnet. Derfor er det nødvendig å vite mer enn at barnet har Downs syndrom, og aktivt sørge for å få vite mer og få mer omfattende og nyansert informasjon.

Satt på spissen: Når du kjenner et barn med Downs syndrom,

kjenner du ikke alle – du kjenner bare ett enkelt barn.

Referanser

- Berg, M., Dolva, A. S., Kleiven, J., & Krumlinde-Sundholm, L. (2016). Normative scores for the Pediatric Evaluation of Disability Inventory in Norway. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 36(2), 131-143. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/01942638.2015.1050149>
- Daunhauer, L. A., & Fidler, D. J. (2011). The Down syndrome behavioral phenotype: Implications for practice and research in occupational therapy. *Occupational Therapy in Health Care*, 25(1), 7-25. doi:10.3109/07380577.2010.535601
- Dolva, A.-S., Coster, W. J., & Lilja, M. (2004). Functional performance in children with Down syndrome. *American Journal of Occupational Therapy*, 58(6), 612-629. doi:10.5014/ajot.58.6.621
- Dolva, A.-S., & Kleiven, J. (2019). Development of functional performance in children with Down syndrome: A longitudinal age-cohort study applying the PEDI domains. *International Journal of Disability, Development and Education*. doi:10.1080/1034912X.2019.1650901
- Dolva, A.-S., Kleiven, J., Krumlinde-Sundholm, L., & Berg, M. (2015). Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) med norske normverdier. *Ergoterapeuten*, 6, 42-47.
- Dolva, A.-S., Lilja, M., & Hemmingsson, H. (2007). Functional performance characteristics associated with postponing elementary school entry among children with Down syndrome. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(414-420). doi:10.5014/ajot.61.4.414
- Folkehelseinstituttet. (2021). *Medisinsk fødselsregister*. Retrieved from <https://www.fhi.no/hn/helseregistre-og-registre/mfr/>
- Haley, S. M., Coster, W. J., Ludlow, L. H., Haltiwanger, J. T., & Andrellos, P. J. (1992). *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)*. (1.0 edition ed.). Boston: New England Medical Centre Hospitals.
- Jahnsen, R., Berg, M., Dolva, A.-S., & Høyem, R. (2000). *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): Norsk tillegg til den amerikanske manualen*. Jaren, Norway: Norsk Psykologforening.
- Kleiven, J., Berg, M., Krumlinde-Sundholm, L., & Dolva, A.-S. (2012). *The Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) - Differences between the US and the Norwegian Normative Samples*. Lastet ned fra: <https://brage.inn.no/inn-xmlui/bitstream/handle/11250/144862/195HiLarbeidsnotat2012.pdf?sequence=3>
- Kleiven, J., & Dolva, A.-S. (2021). *Domenes og subdomener i Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): Utvikling over tid i et representativt utvalg norske barn med Downs syndrom*. Lastet ned fra: https://brage.inn.no/inn-xmlui/bitstream/handle/11250/2754490/Skriftserien09_21_online.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Law, M. (2003). Outcome measurement in pediatric rehabilitation. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 23(2), 1-4. doi:10.1080/J006v23n02_01
- Pedhazur, E. J., & Schmelkin, L. P. (1991). *Measurement, Design, and Analysis*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Pripp, A. H. (2019). Når målingen går i taket. Tidsskrift for Den norske legeforening (Utgave 4). doi:10.4045/tidsskr.18.0880
- Roixen, N., & Patterson, D. (2003). Down's syndrome. *The Lancet*, 361(12), 1281-1289.



Google, spør MyPermobil
hvor langt jeg kan kjøre med
nåværende batterikapasitet.

Du kan kjøre 19 kilometer
utendørs og 12 timer innendørs.

MyPermobil taleassistent

Få håndfri tilgang til informasjon om rullestolen
når du er hjemme eller på reise. MyPermobil er
kompatibel med Alexa og Google Assistant

Kontakt oss for mer informasjon

tlf. +47-67 07 04 00

permobil.no

permobil



NAVN:
Susanne Grødem Johnson
STILLING:
Ph.d.-student ved
Høgskulen på Vestlandet

Av Else Merete Thyness

Forsker på en mobil applikasjon

– Hvem er Susanne Grødem Johnson?

– Jeg ble utdannet ergoterapeut i Bergen i 2002. Klinisk har jeg jobbet innen psykisk helse og somatisk rehabilitering. I 2011 fullførte jeg master i kunnskapsbasert praksis (KBP), hvor jeg skrev en metasyntese på ergoterapeuters kliniske resonnering. I tillegg begynte jeg i 2008 å arbeide som lærer ved ergoterapiutdanningen i Bergen. I 2018 fikk jeg mulighet til å starte i en stipendiatstilling.

– Hva forsker du på?

– Vi utvikler og forsker på en mobil applikasjon, EBPsteps, som skal brukes i undervisning og opplæring av helse- og sosialstudenter i KBP. Vi ønsker å utvikle en app som fungerer så godt som mulig, for studentene i opplæringen i KBP. Derfor har vi gjennomført fokusgruppeintervju om erfaringer studenter hadde med appen. Denne artikkelen er publisert (Johnson et al., 2021).

Appen ble forbedret på bakgrunn av tilbakemeldinger fra stu-

dentene. I tillegg skal vi analysere data fra studentenes besvarelser i appen, for å forstå hvilke områder studentene mestrer, og hvor de eventuelt har vansker. Appen er åpent tilgjengelig for alle via nettsiden ebpsteps.no. Vi arbeider også med å utvikle en ny native app versjon, som forhåpentligvis vil bli tilgjengelig i løpet av høsten. Appen er hovedsakelig tenkt for studenter, men andre som ønsker å lære seg mer om KBP, kan selvfølgelig også bruke den.

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

– Det er mange gode artikler som er relevante, avhengig av tema man er opptatt av. For faget vårt tenker jeg på artikkelen til Fisher (2013). Denne artikkelen opplever jeg som veldig bra, men samtidig noe provoserende. Den kan bidra til utvikling og refleksjon over egen fagutøvelse. Jeg opplevde at Fisher var krass med tanke på manglende bruk av aktivitet i ergoterapien. Men jo flere

ganger jeg har lest den, jo mer tenker jeg at hun har noen viktige poeng som jeg mener det er viktig for ergoterapeuter å reflektere over. Når det gjelder brukertesting av apper, som er det jeg leser en god del på for tiden, syntes jeg oversiktsartikkelen til Weichbroth (2020) er informativ og god. Den gir en god oversikt over aktuelle metoder og utfallsmål som er nyttige hvis en skal gjennomføre brukertesting av apper.

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

– Jeg tenker at vi bør fremheve og være bevisst betydningen av meningsfulle aktiviteter. Vi har et flott og viktig fag, hvor kjernen i faget bør tydeliggjøres. Det er alltid kjekt å finne forskning som støtter, bygger opp under og utfordrer perspektivene våre på aktivitet og deltakelse. Bruk av digitale datainnsamlingsmetoder, slik som snapchat eller andre sosiale medier, hadde også vært kjekt å se brukt innen ergoterapi, med fokus på aktivitet og deltakelse.

Referanser:

Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scand J Occup Ther*, 20(3), 162-173. <https://doi.org/10.3109/11038128.2012.754492>

Johnson, S. G., Titlestad, K. B., Larun, L., Ciliska, D., & Olsen, N. R. (2021). *Experiences with using a mobile application for learning evidence-based practice in health and social care education: An interpretive descriptive study*. *PLoS One*, 16(7), e0254272. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0254272>

Weichbroth, P. (2020). *Usability of Mobile Applications: A Systematic Literature Study*. *IEEE access*, 8, 55563-55577. <https://doi.org/10.1109/ACCESS.2020.2981892>



EBPsteps er en mobil applikasjon som skal brukes i undervisning og opplæring av helse- og sosialstudenter i kunnskapsbasert praksis.



Aktivitet og deltakelse for alle.

Bli medlem!

10 gode grunner
til å bli medlem



KOMPANI-COVID

Foreløpig rapport

Kompani-Covid er eit behandlings- og meistringstilbod for personar som slit med seinfølgjer av Covid-19. Tilbodet hadde oppstart i mars 2021, og per juni har to grupper fullført rehabiliteringa.

Av Oda Mølmesdal Flaten & Mariell Solberg Medås

INNLEIING

Kompani-Covid er eit behandlings- og meistringstilbod for personar som slit med seinfølgjer av Covid-19. Tilbodet hadde oppstart i mars 2021, og per juni har to grupper fullført rehabiliteringa.

BAKGRUNN

Undervegs i den pågåande koronapandemien har fleire tusen personar i Bergen kommune fått påvist Covid-19 (NIPH, 2021). Eksakt prosentdel er framleis usikkert, men nokon av desse får seinfølgjer i etterkant av smitte. Kompani-Covid har til formål å gi desse personane eit rehabiliteringstilbod for å auke kapasitet og meiste kvardagen igjen.

FRAMGANGSMÅTE

Kompani-Covid er eit gruppebasert tilbod som føregår over åtte veker. Før oppstart får alle potensielle deltakarar ein tverrfagleg kartlegging med fysioterapeut, ergoterapeut og fastlege. Vekene i Kompani-Covid består av samtalegrupper og undervisning, trening av mobilitet, styrketrening, uthaldstesting, pusteteknikk og avspenning. Vi har også samarbeid med sosionom. Etter endt gruppe blir det gjennomført re-testing like etterpå, etter fire månader og etter tolv månader.

RESULTAT

Deltakarane i Kompani-Covid har ved re-test auka sjølvrapportert evne til å utføre viktige aktivitetar. Gruppa samla sett har auka sin fysiske kapasitet i samtlege testar, både objektivt og subjektivt. Ifølgje sjølvrapportert spørreskjema angående angst og depresjon går gruppa frå moderat/lett grad av vanskar til lett/normalt. På spørreskjema som omhandlar utmatting er det fleire individuelle forskjellar i endring, men gruppa går i gjennomsnitt frå moderat til lett grad av utmatting. Deltakarane blei også spurde

om eigen vurdering av livskvalitet, i ein skala frå 0-10. Før dei blei smitta vurderte dei i snitt 9/10, før deltaking i Kompani-Covid skåra dei 3/10, og etter deltaking skåra dei 6/10. Ved spørsmål om kor nøgd deltakarane var med gruppetilbodet, rapporterer dei gjennomsnittleg 9,3/10.

KONKLUSJON

Deltakarane i behandlings og meistringstilbodet Kompani-Covid har hatt god framgang i samtlege testar og rapporterer auka livskvalitet og meistrings-evne, samt nytteverdi av tilbodet. Vi takkar for godt samarbeid, tolmod og velvilligheit, både i eigen etat og til alle våre samarbeidspartnar



Ergoterapeut Oda Mølmesdal Flaten og fysioterapeut Mariell Solberg Medås leder Kompani-Covid.

Bidrar til egenmestring og selvstendighet

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

- Andrea Elisabeth (71 år)

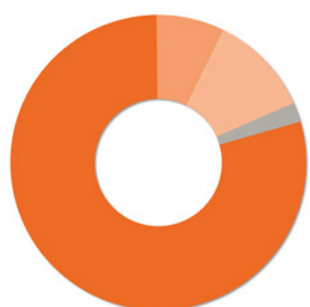


AssiStep er trappeassistenten som gir støtte og trygghet til å fortsatt kunne gå trappen på egenhånd.

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



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

 RING OSS PÅ
46 74 55 55

www.assistep.no

FORHANDLES AV
HEPRO

SVAR TIL INNLEGG I ERGOTERAPEUTEN 3-2021

Aktivitetenes mørke side

I et debattinnlegg i Ergoterapeuten nr. 3 i 2021 tar Merethe W. Seberg og Else Merete Thyness opp temaet «aktivitetenes mørke side» og spør om dette er en dødvinkel i ergoterapeutprofesjonen. Innlegget var inspirert av artikkelen The dark side of occupation – a concept for consideration av Rebecca Twinley.

Av Marte Ørud Lindstad & Tove Carstensen



Marte Ørud Lindstad er stipendiat og universitetslektor ved Institutt for helsevitenskap på Gjøvik, NTNU.



Tove Carstensen er førstelektor ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, NTNU.

I den nye, felles studieplanen til ergoterapeututdanningen ved NTNU i Trondheim og Gjøvik er dette perspektivet forsøkt tatt hensyn til. Studentene skal lære om, og reflektere over, «aktivitetenes mørke» side i emnet Aktivitetsvitenskap, som foregår i vårsemesteret det første året.

Et kunnskapsmål i emnet er å ha kunnskap om betydningen hverdagslivets aktiviteter, levevaner og aktivitetsbalanse har for helse, identitet og livskvalitet, og de skal kunne reflektere over dette også relatert til roller og deltakelse. En obligatorisk læringssituasjon skulle bidra til å nå målet om å se flere sider ved aktivitet.

Studentgruppene gjennomførte en brainstorming på aktiviteter de mente kunne være destruktive, aktiviteter som ikke var bra for samfunnet, eller som påvirket vår helse negativt. De skulle begrunne hvorfor de mente aktivitetene ikke var bra (for hvem?), og fra hvem sitt



ståsted aktivitetene er definert som mindre bra. Studentene skulle drøfte hvorfor mennesker gjør dem likevel, og kanskje også opplever dem meningsfulle eller opprettholder aktivitetene. Pensumlitteratur skulle brukes til å underbygge diskusjonen. Resultatet ble presentert muntlig ved hjelp av «fotostemmer», i en etterligning av posterutstilling som ved faglige konferanser.

Denne læringssituasjonen resulterte i mange kreative poster med refleksjoner rundt både opplagte og mindre opplagte aktiviteter. Studentene viste senere ved eksamen at kunnskapsmålet var nådd, og at de kunne reflektere over mangefasetterte perspektiver på aktivitet, inkludert dødvinkelen «the dark side of occupation».

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

THE DARK SIDE OF OCCUPATION

Demonstrere

- Ytringsfrihet
- Tilhørighet og fellesskap
- Identitetsfølelse
- Meningsfull aktivitet
- Påvirkningskraft

Spise junkfood

- Kan være rimeligere enn sunn mat
- Altså tilfredsstillende
- Spiseforstyrrelse
- Samhold
- Lett tilgjengelig

Drikke alkohol

- Samhold og inkludering
- Sosialt
- Økt selvstilt
- Frihetsfølelse
- Stressdempende

Trene

- Aktivitetsubalanse
- Hindring av å ta andre aktivitetsvalg
- Usunt formål bak aktiviteten
- Aushengningskapende
- Kan føre til ortoreksi/spiseforstyrrelser

Skjermbruk på sosiale medier

- Underholdning
- Tilhørighet og sosialt samhold
- Ytre meninger
- Læringsverktøy
- Inspirasjon og motivasjon

NTNU
Kunnskap for en bedre verden



Temaet «The dark side of occupation» har ført til artikler, en bok, nettsider og debatter på Twitter.

Posteren til venstre er fra ergoterapiutdanningen i Gjøvik. Den er laget av Hanna Åkseth Hodzic med bidrag fra Lise Meinike Dørre, Gunhild Uglum Løland, Hedvig Wevling Buland, Kristin Tronrud.



medemagruppen

Till/Till contour

Dette er et ståstativ velegnet for personer med kontrakturer, da alle støtteflater kan reguleres / justeres for å følge kroppens fasong.

Produktet leveres i 4 størrelser og er velegnet for personer mellom 75 cm og 185 cm.

Hofte- og ryggdelen på Contour modellen er dynamisk og sikrer gunstig avlastning.

Har du spørsmål ta kontakt på tlf 67 06 49 00 eller se på www.medema.no



Frontfaget for fall?

Lurer du på hvilken betydning som skjuler seg bak begreper som frontfaget, tvungen lønnsnemnd, frivillig lønnsnemnd og rikslønnsnemnda? Vi har snakket med forhandlingssjef Hege Munthe om dette – og om frontfaget kanskje har gått ut på dato.

Av Else Merete Thyness

Frontfaget kan på mange måter kalles for grunnfjellet i det norske lønnsoppgjøret. Det innebærer at konkurranseutsatt industri forhandler med sine arbeidsgivere først, og at dette resultatet danner en norm for de forhandlingene som følger etter.

– Først forhandler Norsk industri (NHO) med Fellesforbundet, som er LOs største forbund i privat sektor. Herfra kommer en lønnsramme, som er økningen i gjennomsnittslønnen fra et kalenderår til det neste. Hvis rammen blir på to prosent, betyr det for eksempel at den samlede gjennomsnittslønnen for arbeidstakerne i kommune-Norge skal være to prosent høyere enn gjen-

nomsnittslønnen deres året før. Problemet er at rammen var tenkt som en norm, mens arbeidsgiverne bruker den som en fasit. Selv om de kanskje kunne gitt mer, argumenterer de med at dette er det norsk økonomi tåler. Dette er begrensende for tariffområder som offentlig sektor, der lønnsutviklingen har stagnert, sier Hege Munthe.

En annen utfordring med frontfagsmodellen er at privat sektor går ut over de rammene frontfaget har lagt.

– I privat sektor er det flere forbund enn Fellesforbundet. Flere av disse forbundene har gått ut over rammen, som varehandel og finansnæringen i 2020. Dermed blir lønnsutviklingen bedre i privat

sektor enn i offentlig sektor. NHO bør holde seg tro til den samme rammen som de forventer at offentlig sektor skal forholde seg til, sier hun.

LØNNSNEMNDENE

27. mai 2021 gikk Unio i streik på KS-området. Stortinget vedtok 4. juni lov om lønnsnemndbehandling av arbeidstvisten, dermed gikk den til tvungen lønnsnemnd.

Oppgjøret mellom Spekter og Unio endte i konflikt fra 4. til 16. juni. Da truet arbeidsministeren med tvungen lønnsnemnd, noe som fikk Unio til å be om å få møte motparten i frivillig lønnsnemnd.

– Tvungen lønnsnemnd er et tiltak myndighetene kan iverk-

– PÅ DE SISTE SIDENE –

sette for å stoppe en pågående arbeidskonflikt. Den iverksettes etter at Regjeringen har bedt Stortinget om å vedta en særlov. Dette skjedde i konflikten mellom KS og UNIO. Frivillig lønnsnemnd betyr at tariffpartene fraskriver seg retten til selv å avslutte forhandlinger, for eksempel fordi de ser at de ikke kommer til noen løsning selv etter mekling. Resultatet blir da overlatt til en tredje-part for avgjørelse. Dette skjedde i konflikten mellom Spekter og Unio Spekter, forklarer Munthe.

Både ved tvungen og frivillig lønnsnemnd innsettes Rikslønnsnemnda, som blir oppnevnt av regjeringen for tre år av gangen. Den er sammensatt av leder, to faste, nøytrale medlemmer, to faste medlemmer fra partene i arbeidslivet pluss to medlemmer som blir oppnevnt av partene i hver enkelt sak.

– Ved tvungen lønnsnemnd har NHO og LO møterett, uavhengig av hvem som er parter i arbeidstvisten. Det gagnar ikke alltid oss, fordi de sjelden taler vår sak. Ved en frivillig lønnsnemnd har de derimot ikke møterett, og i tillegg kan vi her oppnevne to av våre egne folk. I lønnsnemnda som ble ned-satt i oppgjøret mellom Spekter og Unio, satt Unios forhandlings-sjef Klemet Rønning-Aaby og Kari Tangen fra NSF, sier Munthe.

RIKSLØNNSNEMNDAS KJENNELSE

Sakene behandles altså i Rikslønnsnemnda, som etter hvert avgir en kjennelse. Denne har samme virkning som en tariffavtale. I oppgjøret mellom Spekter og Unio ble nemndas kjennelse klar 27. august, mens den i oppgjøret mellom KS og Unio først ble klar 21. september.

– Vi hadde håpet på et bedre resultat etter den frivillige lønns-

nemnda, men rammen beveget seg kun fra 2,7 til 2,82 prosent. Samtidig sto det i kjennelsen at sykehusene har problemer med å rekruttere helsepersonell, og at dette må partene se på. Det håper vi vil ha positiv innvirkning for oss ved neste oppgjør, som er et hovedoppgjør.

Resultatet på KS-området ble også 2,82.

– Og dette er da noe av grunnen til at vi er misfornøyde med frontfagsmodellen. Hadde den ikke vært så rigid, kunne vi ha fått en høyere ramme.

FRONTFAGET FOR FALL

Frontfagsmodellen så dagens lys i 1966. Da slo daværende forskningsdirektør i Statistisk sentralbyrå, Odd Aukrust, fast at norsk økonomi er avhengig av at lønnsveksten holdes innenfor rammene av hva industrien tåler. I 2012 ble Holden 3-utvalget oppnevnt for å se på erfaringer med lønnsdannelsen i Norge gjennom de siste 12 årene.

– Utvalget sluttet opp om frontfagsmodellen, men de uttalte også at andre tariffområder skal stå fritt til å velge en annen profil. Sånn praktiseres det ikke i dag. I de siste årene har resultatet fra frontfaget blitt en fasit som alle de andre tariffområdene må følge. Hvis arbeidsgiverne fortsetter å gi så lite i offentlig sektor, kan vi like gjerne slutte å forhandle om rammen og heller bare ta det som industrien får, sier Munthe.

En viktig kritikk mot frontfaget er at den er 50 år gammel, og at man tidligere ikke kunne forutse utfordringene med å beholde og rekruttere kompetanse til offentlig sektor.

– Nå er det kanskje betimelig å spørre om modellen fremdeles har legitimitet, avslutter Hege Munthe.



27. mai 2021 gikk Unio i streik på KS-området. Her er streikende i Drammen kommune.



Oppgjøret mellom Spekter og Unio endte i konflikt fra 4. til 16. juni. Her er streikende ved Martina Hansens hospital.

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

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

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!

Nytt digitalt kurs i 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 livearrangement med utgangspunkt i øvingsoppgaver.

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

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 om «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 Teams. Dato for disse arrangementene kommer senere.

Pris for medlemmer kr. 3000, tillitsvalgte kr. 1500 og ikke-medlemmer kr. 6000.

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.



ERGOTERAPEUTERS BIDRAG TIL BÆREKRAFTIGE HELSETJENESTER

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!



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/
trykkforebyggende hjelpe midler

BARDUM AS

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

TOGEMO AS

Halsetsvea 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 HJELPEMIDLER

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



Hjelp oss å hjelpe deg!

Følgerne våre forteller oss at de vil ha mer digitalt - og slike signaler lytter vi til.

Derfor har vi bestemt oss for at vi fremover skal publisere enda mer innhold.

Abonner på vår kanal du også!



- en god informasjonskanal



Bardum