

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Ergoterapi er lovpålagt i kommunene 6

Jobber som sykefraværsrådgiver **10** «Jeg er så trett» **24**

Ulike aktører og tjenesteyteres erfaringer med å samhandle på aktivitetshjelpemiddelområdet **42**

Ergotrip – en litt annerledes helsepod **74**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

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

Annonser

Erik Sigurdsson

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / utgivelse

Nr. 2 – 1. april / 30. april

Nr. 3 – 1. juni / 30. juni

Nr. 4 – 3. aug / 31. aug

Trykkeri 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrun Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Ann Kristin Løe, 2. nestleder

Berit Regine Laiti

Mariette Elise Gjerde

Linda Fauskanger Nesheim

Tonje Hansen Guldhav

May Solveig Svendsen

Siv Iren Gjermstad

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

Pia Jessen, 1. varamedlem

Silvia Elisabeth Hansbø, 2. varamedlem

Heidi Fløtten, varamedlem

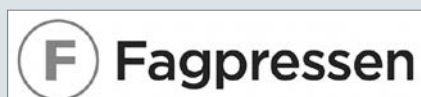
Kenneth Pettersen, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Live Øverli, varamedlem

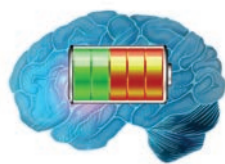
Kamilla Lemb Herbjørnsen, varamedlem

Judith Ekerhovd, varamedlem





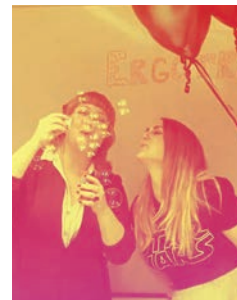
6



24



60



74

REPORTASJER

6 Ergoterapi er lovpålagt i kommunene

Av Else Merete Thyness

9 Fem i farten

Av Else Merete Thyness

NY ARENA

10 Jobber som sykefraværsgiver

Av Else Merete Thyness

KRONIKK

12 Alle kommuner skal ha ergoterapeut

Av Aslak Syse

FORBUNDET

14 Kan Nyby-appen bidra til et varmere samfunn?

Av Liv Hopen

15 Må jeg kjøpe en egen avbestillingsforsikring?

Av Roar Hagen

16 Ergoterapistudentene på ENOTHE-konferanse

Av Caroline Kiær og Sofie Jansen

18 Ergoterapeuter og førerkortvurdering

Av Anita Engeset

20 Bli ergoterapispesialist

Av Anita Engeset

22 Det lønner seg å forhandle lønn ved skifte av jobb

Av Brit-Toril Lund

23 Tillitsvalgtpreisen 2019 til Grethe Vetrhus Hammerstad

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

FAGLIG

24 «Jeg er så trett»

Av Gunhild Karlsaune Moen, Daniel Løke og Håvard Eriksen

34 «Hvilke områder kan jeg trumfe på?»

Av Simen Johnsen og Astrid Gramstad

VITENSKAP

42 Ulike aktører og tjenesteyteres erfaringer med å samhandle på aktivitetshjelpemiddelområdet

Av Svein Bergem og Eva K. Robertson

58 Forsker i farten: Trine Tetlie Eik-Nes

Av Else Merete Thyness

AKTUELT

60 Abstraktinvasjon

Av Gry Mørk og Inger Hellem

62 Fra idé til prosjekt

Av Ingvild Kjeklen

68 Internasjonal master i aktivitetsvitenskap ved NTNU

Av Sissel Horghagen

70 Hjelpemidler for likestilling

Av Marie Karlsen

73 Nekrolog

Av Heidi Johansen, Unni Steen og Mona Asbjørnslett

PÅ DE SISTE SIDENE

74 Ergotrip – en litt annerledes helsepod

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

76 Kurs- og stillingsannonser

79 Produktregister

Velkommen, 2020!

Det er vanskelig å spå, særlig om framtiden. Noe er jeg likevel temmelig sikker på at vil skje i løpet av 2020.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

1. *Ergoterapeutene får nytt forbundsstyre, nye regionsstyrer og nye tillitsvalgte folk i komiteer og utvalg.*

2020 er landsmøteår. Landsmøtet er forbundets øverste organ og Ergoterapeutenes 26. landsmøte avvikles på Lillestrøm fra 20. til 22. oktober 2020. Delegater fra hele landet bestemmer hvilke rammebetingelser som skal styre forbundets aktivitet de neste årene. Valg av sentrale tillitsvalgte er en av de viktigste oppgavene til landsmøtet.

2. *Ergoterapeutene kommer til å fokusere enda mer på bærekraftige helsetjenester.*

Framtidens utfordringer krever at vi tilpasser oss en ny tid der bærekraft har større fokus. Unio har nå bygget sin politiske plattform på bærekraftmålene, Verdensforbundet for ergoterapeuter vektlegger en bærekraftig utvikling i flere av sine dokumenter, og i Ergoterapeutenes nåværende landsmøteprogram for 2017 til 2020 er hovedmålet at forbundet skal jobbe for et inkluderende og bærekraftig samfunn. I 2020 kommer forbundet til å spisse budskapet sitt om en bære-

kraftig helsetjeneste bygget på forebygging, helsefremming, egenmestring og deltakelse.

3. *Fra og med opptak til studieåret 2020-2021 får landets seks ergoterapeututdanninger ny felles Forskrift om nasjonal retningslinje for ergoterapeututdanning. I tillegg blir de underlagt Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger.*

Det har pågått et stort utviklingsarbeid for å utarbeide nasjonale retningslinjer for samtlige grunnutdanninger innen helse- og sosialfag. Retningslinjene skal definere sluttkompetansen for hver utdanning og utgjøre en minstandard for kompetanse. Dette vil påvirke utdanningsforløpet for ergoterapistudentene.

4. *Det vil bli flere ergoterapeuter i kommunene.*

Fra og med første januar 2020 ble ergoterapi lovpålagt i kommunehelsetjenesten. Selv om mange ergoterapeuter allerede jobber i kommunehelsetjenesten, er det fortsatt mange kommuner som ikke har ergoterapeut. Fra nå av er kommunene pålagt å tilby ergoterapi, så vi kan regne med mange flere stillinger her.



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Hvem ser du? Hvilken kollega oppmuntrer du?

I 2020 skjer det mye – dette er mulighetsåret. Ergoterapeuter har blitt lovfestet, vi skal gjennomføre landsmøte, avholde valg, og vi skal stake ut ny politikk i landsmøteprogrammet.

Du bestemmer hvem som skal styre videre. Hvem vil du ha med i forbundsstyret? Eller i regionstyret? Eller som delegat på landsmøtet? Er det deg, eller en engasjert kollega som bør oppfordres til å stille til valg? I løpet av våren skal medlemmene i Ergoterapeutene nominere kandidater og til høsten velge tillitsvalgte. Jeg har aldri stilt til valg uten at andre har spurt og oppmuntret meg. Det er utrolig viktig at vi ser oss rundt og gir en god kandidat oppmuntringen som kan bidra til kloke valg framover.

Det er særlig tre grunner til at å inneha slike verv er inspireren-

de, morsomt og kompetansebyggende:

- sosialt fellesskap
- faglig utvikling
- politisk påvirkning

Ergoterapeutene har et solid nettverk av tillitsvalgte med regelmessige møter i region- og forbundsstyrene, årlige fellessamlinger og regionale kurs og fagpolitiske samlinger med tillitsvalgte og medlemmer. Dette er morsomt, det inspirerer og gir gode faglige nettverk. Dette gir også den enkelte solid kompetanseoppbygging.

Ergoterapeutene er i front fagpolitisk. Vi er til enhver tid oppdatert på helse- og velferdsutfordringene og mulighetsrommet for ergoterapeuter. Forbundet har systematisk bygget opp en politisk strategi og lykkes godt

på mange områder. Ergoterapeutene er den eneste fagforeningen for ergoterapeuter i Norge. Vi ivaretar faget og påvirker politisk. Dette er forankret i et godt trepartssamarbeid mellom myndighetene, arbeidsgiverne og arbeidstakerne.

Tradisjonelt tenker vi på fagforeningenes innsats på området lønns- og arbeidsbetingelser. Som fagforening er vi like opptatt av fagpolitisk påvirkning. Det er nettopp de dyktige fagpersonene, som samtidig evner å samarbeide og å være i god dialog, som bør lede forbundet framover. Det er på grunn av vår fagpolitiske prioritering og vår positive synliggjøring at vi har nådd viktige mål de siste landsmøteperiodene.

I 2020 ser Ergoterapeutene framover. Gi innspill til landsmøteprogrammet, og still til valg!

ERGOTERAPI ER LOVPÅLAGT I KOMMUNENE

Av Else Merete Thyness

Med virkning fra 1. januar 2020 er det lovpålagt for alle kommuner å tilby ergoterapi. – Dette har Ergoterapeutene arbeidet for lenge. Nå skal muligheten utnyttes, sier forbundsleder Nils Erik Ness.



I stortingsmeldingen Framtidens primærhelsetjeneste var det en liste over lovbestemte profesjoner i kommunene.

Kommunehelsetjenesteloven ble iverksatt i 1984. Den inneholdt en liste over yrker som skulle være lovfestet i alle kommuner. Listen inkluderte ikke ergoterapeuter, fordi Helsedepartementet den gangen hevdet at det ikke var nok ergoterapeuter i Norge til å kunne oppfylle kravet. I 2012 ble loven revidert. I den nye utgaven var kun fastleger lovpålagt. I stedet var kommunale helsetjenester som folkehelse, fødselsomsorg, akutt helsehjelp, hjemmesykepleie og rehabilitering lovfestet.

– Siden ingen spesifikke yrkesgrupper var nevnt, med unntak av fastlegen, var det opp til kommunene å ansette de fagpersonene de hadde behov for. Norsk Ergoterapeutforbund mente denne tankegangen var god, sier Ergoterapeutenes generalsekretær Toril Laberg.

I 2015 skulle loven revideres. Nå foreslo regjeringen å inkludere en liste over lovbestemte profesjoner. Denne ble presentert i stortingsmeldingen *Framtidens primærhelsetjeneste*. Også denne gangen var ergoterapi utelatt fra listen.

– Nå startet arbeidet for alvor med å få ergoterapi som lovpålagt tjeneste i kommunene, sier Laberg.

FELLES INNSATS

Med forbundsleder Nils Erik Ness i front begynte sekretariatet, forbundsstyret, arbeidsutvalget og forskerne å samle argumenter for at ergoterapi burde være en lovpålagt tjeneste i kommunene. De sendte brev til helse- og omsorgskomiteen på Stortinget, deltok på muntlige høringer og samarbeidet med brukerorganisasjoner og Unio. I tillegg hadde Nils Erik Ness individuelle møter med representanter fra de politiske partiene, medlemmer av helse- og omsorgskomiteen og sosialkomiteen. Ute i kommunene plukket medlemmene opp tråden og sendte inn leserbrev og kronikker til avisene. Det samme budskapet ble gjentatt om og om igjen: «Ergoterapi utløser ressurser og bidrar til bærekraftige helsetjenester i kommunene. Ergoterapeuter bidrar til å gjøre hverdagslivet mulig.»

– Innsatsen vår ble godt tatt imot. Ergoterapeuter hadde markert seg i store deler av landet med innføring av hverdagsrehabilitering. Vi ble sett på som innovative og verdifulle lagspillere, sier Laberg.

FULL STØTTE

Nils Erik Ness kunngjorde følgende på bloggen sin i oktober 2015:



Heidi Flåtten, Toril Laberg, Nils Erik Ness, Ann Rita Nilsen, Karl-Erik Tande Bjerkaas og Tove Holst Skyer er blant mange som har jobbet aktivt med en lovpålagt ergoterapitjeneste.

«Vi har nå fått full støtte for lovpålagt ergoterapi i kommunene fra Høyre, Fremskrittspartiet, Venstre og Kristelig Folkeparti. Det er da et flertall i Stortinget allerede før de øvrige partiene har uttalt seg. Det ble ingen kamp mellom David og Goliat. Det ble heller ingen gode krefter som fikk troll til å sprekke. Det var god argumentasjon som ble møtt med kloke ører. Forhandling og dialog nådde fram. Politikerne lyttet og handlet.»

Etter dette forandret Ergoterapeutenes kommunikasjonsstrategi seg. Nå konsentrerte organisasjonen seg om å minne kommunene på at de ikke måtte vente til 2020 med å ansette ergoterapeuter. I en pressemelding til NTB i oktober 2015 sto det: «Et flertall på Stortinget vil lovpålegge ergoterapi i norske kommuner fra 2020. Ergoterapeuter utløser ressurser og bidrar til bærekraftige helsetjenester i kommunene. Det er ingen grunn til å vente.»

– Fram til første januar 2020

var det vårt budskap, sier Ergoterapeutenes organisasjonssjef Karl-Erik Tande Bjerkaas.

HISTORISK DAG

Første juni 2017 vedtok Stortinget at ergoterapi skulle være en lovfestet kompetanse i kommunene fra første januar 2020, og fra den datoen har ergoterapi vært lovpålagt.

– Fra nå av skal alle innbyggerne i landet kunne dra nytte av de tjenestene ergoterapeutene tilbyr, og vi skal fortsette å synliggjøre ergoterapeuters kompetanse for å møte samfunnets utfordringer. Derfor er det ekstra gledelig at lovpålegget vil føre til flere kollegaer, sier Ness.

Han er opptatt av at framtidens ergoterapitjeneste skal være bærekraftig, noe som ikke bare handler om karbonutslipp, men hviler på tre pilarer: miljøforhold, sosiale forhold og økonomiske forhold.

– Ett av hovedprinsippene i



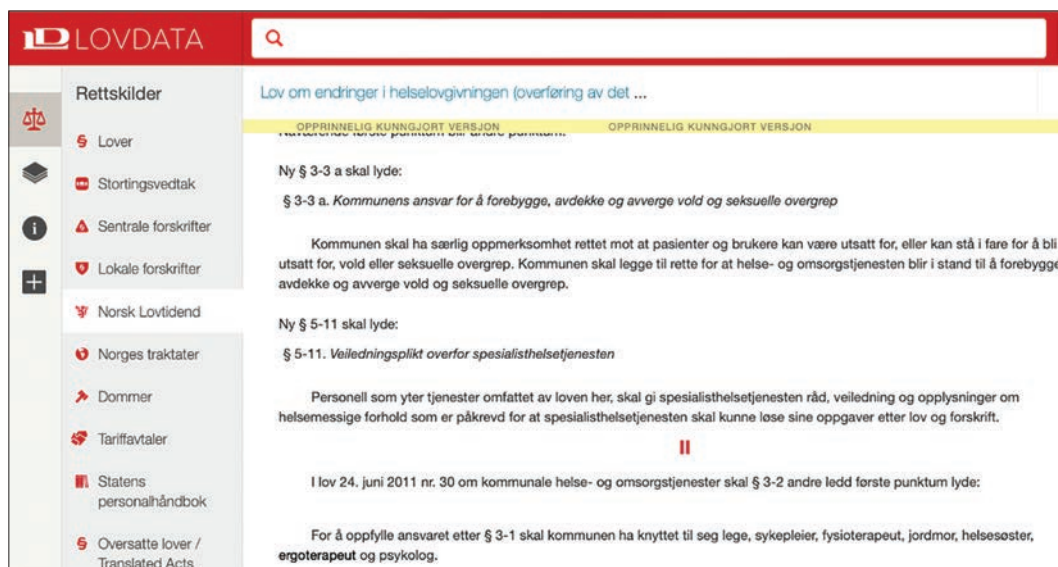
ergoterapeutene

Ingen grunn til å vente til 2020

21.10.2015 16:23:43 CEST | [Ergoterapeutene](#)

Del      

Et flertall på Stortinget vil lovpålegge ergoterapi i norske kommuner fra 2020. - Ergoterapeuter utløser ressurser og bidrar til bærekraftige helsetjenester i kommunene. Det er ingen grunn til å vente, sier forbundsleder Nils Erik Ness i Norsk Ergoterapeutforbund.



Rettskilder

- Lover
- Storingsvedtak
- Sentrale forskrifter
- Lokale forskrifter
- Norsk Lovtidend
- Norges traktater
- Dommer
- Tariffavtaler
- Statens personallhåndbok
- Oversatte lover / Translated Acts

LOV OM ENDRINGER I HELSELVGIVNINGEN (OVERFØRING AV DET ...)

OPPRINNELIG KUNNGJORT VERSJON

Ny § 3-3 a skal lyde:

§ 3-3 a. Kommunens ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep

Kommunen skal ha særlig oppmerksomhet rettet mot at pasienter og brukere kan være utsatt for, eller kan stå i fare for å bli utsatt for, vold eller seksuelle overgrep. Kommunen skal legge til rette for at helse- og omsorgstjenesten blir i stand til å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

Ny § 5-11 skal lyde:

§ 5-11. Veiledningsplikt overfor spesialisthelsetjenesten

Personell som yter tjenester omfattet av loven her, skal gi spesialisthelsetjenesten råd, veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er påkrevd for at spesialisthelsetjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift.

II

I lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester skal § 3-2 andre ledd første punktum lyde:

For å oppfylle ansvaret etter § 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesøster, ergoterapeut og psykolog.

Første januar 2020 var en historisk dag. Ergoterapi var lovpålagt i kommunene.

bærekraftsmålene er at ingen skal utelates. Personer med funksjonsnedsettelse og sårbare mennesker skal derfor prioriteres. Dette handler om universell utforming, aldersvennlige samfunn, og boliger og fellesarealer med smarte løsninger der vi alle kan delta lengst mulig, i tillegg til rehabilitering og forebygging, sier han.

IKKE PISK, MEN GULROT

Ergoterapeutene vil ikke bruke pisk for å få kommunene til å ansette ergoterapeuter. Planen er å bruke gulrot.

– Fylkesmannen og fylkeslegen har ansvar for tilsyn. Det er ikke vår oppgave å mase. Vi vil være løsningsorienterte og heller synliggjøre hvorfor kommunene er tjent med å få på plass ergoterapitjeneste, sier nestleder Tove Holst Skyer.

Forbundet har laget maler for to typer brev som kan sendes til kommunene, signert Nils Erik Ness og regionslederne.

– Det ene brevet er til ordførere i kommuner som mangler ergoterapeut. Her gratulerer vi dem med et lovpålegg som vil sikre kommunens innbyggere bedre tjenester. Det andre brevet skal

gå til kommuner som har slått seg sammen, og der ikke alle tilbød ergoterapi på forhånd. Her minner vi dem om at de må sikre tilstrekkelig med ergoterapiressurser i den nye kommunen, sier Karl-Erik Tande Bjerkaas.

Forbundet har også laget en mal for leserbrev til lokalaviser.

– Regionstyrene tilpasser leserinnleggene til lokale forhold. Hensikten er å informere befolkningen om at de nå kan etterspørre ergoterapi i kommunene, sier Holst Skyer.

LOVPÅLEGGET ER EN STOR SEIER

Regionstyrene har blitt oppfordret til å kartlegge hvilke kommuner som mangler ergoterapeut.

– Dette var et arbeid som engasjerte medlemmene. Av regionens 80 kommuner vet vi at 52 av dem har ergoterapeut, mens 28 mangler, sier Ann Rita Nilsen. Hun jobber i Steigen kommune som prosjektleder for sosial omsorg i hjemmetjenesten og er medlemsansvarlig i styret til Ergoterapeutene Nord.

– I de kommunene som ikke har ergoterapeut, skal ordførerne få et hyggelig brev. Lovpålegget

skaper muligheter hvis vi er fram-på og viser hva vi kan bidra med, sier regionsleder i Ergoterapeutene Nord, Heidi Fløtten.

Hun mener det er viktig også å følge med på hvilke andre konsekvenser lovpålegget vil få, som kjøp og salg av tjenester, eller at én ergoterapeut må dele seg mellom to kommuner.

– Noen kommuner vil kanskje gå for slike løsninger, og det er ikke nødvendigvis greit for våre medlemmer, sier Fløtten.

– Lovpålegget er en stor seier. Dette har vi ventet lenge på, men kampen stopper ikke her. Nå skal vi sikre at medlemmene våre får gode arbeidsforhold. Vi må komme i en posisjon der vi kan veilede kommunene slik at de best mulig kan utnytte den kompetansen og de ressursene som ligger i å ha ergoterapeut, sier Nilsen.

Begge har inntrykk av at lovpålegget engasjerer.

– Ergoterapeuter er spente på hvordan dette vil utvikle seg, sier Fløtten.

– Det er også hyggelig at så mange andre yrkesgrupper og politikere kommer med gratulasjoner. Det er fint å høre «endelig er dere lovpålagt», sier Ann Rita Nilsen.

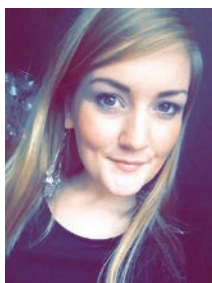
Fem i farten

– Hva tror du det vil bety for ergoterapi at tjenesten nå er lovpålagt i kommunene?



Heidi Nanett Halvorsen er ergoterapeut i Halden kommune.

– Det er ikke mangel på arbeidsoppgaver å ta fatt i for vår yrkesgruppe. Jeg håper at en lovpålagt ergoterapitjeneste vil føre til flere stillinger ute i distriktene, og at ikke små kommuner som ikke tidligere har hatt ergoterapeut, bare leier mindre stillingsbrøker fra nabokommunene eller ansetter ergoterapeuter i små stillingsbrøker. Dette kan gjøre rekruttering til slike stillinger vanskelig. Når det er sagt, er jeg fornøyd med at vi ergoterapeuter endelig har blitt lovpålagte på lik linje med andre helseprofesjoner i kommunene.



Hilde Iren Høgden er tidligere ergoterapeut i Trondheim kommune.

– Jeg tror flere får kjennskap til hva en ergoterapeut er, og at enda flere vil se nytten i oss, både brukere, pårørende og samarbeidspartnere. Det vil bli økt fokus på faget, og etterspørselen vil bli enda større. For meg personlig betyr det også at jeg kan få mulighet til å jobbe som ergoterapeut i min hjemkommune, som aldri har hatt ergoterapeut før. Fremdeles er det kommuner som mangler ergoterapeut, så her har vi en jobb å gjøre! Vi må brette opp ermene og promotere oss selv.



Marthe Bucht er ergoterapeut i Tromsø kommune.

– At ergoterapi nå er lovpålagt i kommunene, håper jeg er en anerkjennelse av viktigheten av det arbeidet vi gjør. Det kan bidra til å synliggjøre ergoterapi som fag og vise vår brede kompetanse. Jeg håper at både kommuner som har og som ikke har ergoterapeut, ansetter ergoterapeuter i stillingsprosenter som gjenspeiler kommunens innbyggertall, slik at ergoterapeutene får mulighet til å jobbe med rehabilitering og forebygging og være bidragsyter på systemnivå, og ikke bare med hjelpemidler som følge av manglende ressurser.



Gudrun Heggstad er ergoterapeut i Sogndal kommune.

– Det vil bety at ergoterapeutar får ein unik moglegheit til å vise fram faget og det me kan bidra med for innbyggjarane. Kommunar som i desse tider tilsett sin første ergoterapeut, vil sjå at fleire av innbyggjarane deira får moglegheita til å delta i kvardagslivet. For ergoterapi bør dette bety større etterspurnad etter kompetansen vår, og forhåpentligvis fleire stillingar. At tenesta no er lovpålagt i kommunen, sender eit sterkt signal om at tenesta vert sett som ei viktig rolle i kommunehelsetenesta!



Heidi Blom-Ohlsen er ergoterapeut i Grimstad kommune.

– Jeg håper flere stillinger lyses ut både der det allerede er ergoterapeuter, og i de kommunene som ikke har ergoterapeut. Jeg håper ikke små kommuner ønsker å kjøpe tjenester fra andre eller «gjemmer» seg bak kommunesammenslåinger. Det er viktig med store stillinger, selv i små kommuner. Vi har mulighet til å bidra med mange ulike oppgaver på ulike arenaer i en kommune. Dette må «selges inn» til ledere og politikere. Lovpålagt ergoterapi vil si flere stillinger tilgjengelig, noe jeg håper vil gjøre faget synlig og skape interesse for jobben vi gjør.



NAV
Hanne Tangen
STILLING
Sykefraværsrådgiver
HVOR
Nes kommune

Jobber som sykefraværsrådgiver

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i Nes kommune (nå i Viken fylke).

– Hva jobber du som?

– Jeg er ansatt som sykefraværsrådgiver.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg startet 3. oktober 2016.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Jeg støtter, veileder og kurser lederne i Nes kommune i sykefraværsoppfølgingen. Dette foregår på mail, telefon og fysiske møter. I tillegg arrangerer jeg kurs og seminarer for alle lederne i kommunen eller sektorvis/stabsvis (vi har tre sektorer og fire staber). Alle har sine egne HMS-utvalg, og der deltar jeg som regel. Vi har et IA-utvalg, som er et underutvalg av arbeidsmiljøutvalget, der jeg har en sentral rolle. Jeg blir også med ansatte som sliter med å være i arbeidslivet, på møter med NAV og andre aktører som har oppdrag i NAV systemet.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Ergoterapi er for meg som regel sunn fornuft satt i system, og det kan jeg bruke i samtaler og veiledning. Som ergoterapeut får man god kunnskap om veiledning i hvordan mennesker kan klare seg selv. Dette bruker jeg hver eneste dag. Ergoterapi handler også om å finne gode løsninger, og det er viktig for å utføre den jobben jeg gjør. Jeg har tidli-

gere jobbet i NAV, og kunnskapen jeg har derfra, er også viktig i veiledningen.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Kombinasjonen ergoterapi og NAV-kompetanse er viktig i den jobben jeg har. Å være interessert i andre mennesker og ønske å finne gode løsninger er kanskje det viktigste. Det er sikkert andre yrkesgrupper som også kan gjøre denne jobben, men jeg har nytte av ergoterapikunnskapen hver eneste dag.

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

– Det er veldig spennende, og dette er et område som jeg kan være med på å forme selv. Jeg tror at flere kommuner og andre arbeidsgivere kan øke kunnskapen om å jobbe med sykefraværsoppfølging ved å ansette ergoterapeuter. Flere og flere faller ut av arbeidslivet, så det å være med på å finne riktig arbeid og arbeidsevne for dem som er ansatt i en kommune, er veldig spennende.

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

– Absolutt. Det er en spennende arbeidshverdag, og jeg får lov til å veilede og gi råd til både ledere og ansatte hver eneste dag. For ergoterapeuter som liker arbeidshelse, er dette en utrolig spennende jobb.



Hanne Tangen jobber som sykefraværsrådgiver i Nes Kommune. – For ergoterapeuter som liker arbeidshelse, er dette en utrolig spennende jobb, sier hun.

Trykkavlastende sitteputer

- ✓ Maskinvaskbar på 60°
- ✓ Optimal kombinasjon av trykkavlastning, høy kvalitet og stabil posisjonering
- ✓ Gir en høy grad av stabilitet for økt komfort og bevegelsesfrihet
- ✓ Lav vekt med et gjennomsnitt på mindre enn 750 gram
- ✓ 145 standard størrelser og mange ekstra størrelser tilgjengelig ved forespørsel



Alle kommuner skal ha ergoterapeut

Begrunnelsen for lovfestingen er å tydeliggjøre og synliggjøre betydningen av rehabilitering som en flerfaglig og brukerorientert tjeneste. Kommunene må derfor nærme seg dette planmessig.

Av Aslak Syse



*Aslak Syse er professor dr. juris ved Universitetet i Oslo.
E-post: aslak.syse@jus.uio.no*

Fra 1. januar 2020 fikk kommunene en lovpålagt plikt til å ha ergoterapeut tilknyttet helse- og omsorgstjenesten. Dette ble lovfestet i helse- og omsorgstjenesteloven paragraf 3-2 andre ledd med følgende ordlyd:

«For å oppfylle ansvaret etter paragraf 3-1 skal kommunen ha knyttet til seg lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor, helsesykepleier, ergoterapeut og psykolog.»

I helse- og omsorgstjenesteloven paragraf 3-1 som det vises til, er kommunens ansvar for tjenester til borgerne lovfestet. Det er understreket at dette ansvaret også omfatter «personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne».

HISTORIEN BAK LOVFESTINGEN

Lovhistorien er spennende ved at bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven paragraf 3-2 har gjennomgått diverse endringer etter at den først ble vedtatt i 2011. Opprinnelig skulle loven være såkalt «profesjonsnøytral», det vil si at ingen profesjoner skulle være nevnt, og heller ingen glemt. Kommuner skulle stå fritt ved tilsetting av ansatte i helse- og omsorgstjenesten for å kunne ivareta sitt lovpålagte ansvar. Men «noen dyr er likere enn andre», for å sitere Orwells «Animal farm». Når kommunene skulle ha en fastlegeordning, måtte det nødvendigvis være ansatte leger, og dette ble lovfestet. Men selv om kommunene skulle ha ansvar for svangerskapsomsorg, skolehelsetjeneste og helsestasjonsvirksomhet, ble det verken lovfestet krav om jordmor eller helsesøster (nå: helsesykepleier).

Dette endret seg da Solberg-regjeringen foreslo å lovfeste følgende helseprofesjoner som kommu-

nene skulle være pliktige til å ansette: lege, sykepleier, fysioterapeut, jordmor og helsesykepleier. Da oppsto raskt spørsmålet: Er denne oppregningen tilstrekkelig? Mange yrkesgrupper meldte seg på og ble vurdert, først i Primærhelsetjenestemeldingen, Meld. St. 26 (2014–2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet, og deretter ved Stortingets lovbehandling.

Selve lovforslaget ble først framlagt i Proposisjon 71 L (2016–2017), et lovforslag som dels omhandlet ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten og dels hvilke personellgrupper kommunene etter helse- og omsorgstjenesteloven skulle være pliktige til å ha ansatt. Da ble ergoterapeut – sammen med psykolog – tatt inn i lovteksten. Blant profesjoner som ble vurdert for deretter ikke å bli tatt inn i lovteksten, kan nevnes helsefagarbeider, vernepleier, sosionom, farmasøyt og klinisk ernæringsfysiolog.

Viktigheten ved å innlemme ergoterapeutene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten ble understreket under lovarbeidet, samtidig som det ble pekt på at mindre kommuner ville kunne samarbeide med andre kommuner om felles ergoterapikompetanse. I lovforslaget uttalte helse- og omsorgsdepartementet at det for mange små kommuner vil være tilstrekkelig og hensiktsmessig å inngå avtale med ergoterapeut i deltidsstilling, eventuelt at flere kommuner inngår samarbeid for å sikre ivaretagelse av kravet for de aktuelle kommunene. Stortinget sluttet seg enstemmig til det framlagte forslaget.

Selv om psykolog og ergoterapeut ble vedtatt inntatt allerede i 2017, skulle lovvedtaket først tre i kraft fra 1. januar 2020 for at kommunene kunne få tid til å bygge opp tjenestene, samtidig som det ble gitt direkte tilskudd til en slik oppbygging.

OPPTRAPPINGSPLANEN FOR HABILITERING OG REHABILITERING (2017–2019)

Parallelt med lovforslaget om å styrke ergoterapitjenesten fremla regjeringen også Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019). Det ble i statsbudsjettene for 2017, 2018 og 2019 lagt til rette for en planmessig utbygging av disse tjenestene med direkte statlige støttemidler som kommunene kunne søke på. Fra fagfeltet ble denne opptrappingsplanen vurdert til nærmest å være innholdsløs, noe som ble uttalt av Nils Erik Ness, lederen i Ergoterapeutene, på kongressen REHAB-2020 i januar i år.

Kommunene kunne søke på disse støttemidlene, som da kom i tillegg til økningen i kommunenes frie inntekter. I søknaden skulle kommunene beskrive målsettinger for habiliterings- og rehabiliteringsarbeidet og hvordan de ville arbeide for å utvikle tjenestetilbudet. Det ble understreket at målsettinger og utviklingsprosesser for habiliterings- og rehabiliteringstjenester bør være nedfelt i egne plandokumenter som kommunene i løpet av 2017 skulle ha laget, oppdatert eller revidert. Planene skulle tillegges stor vekt ved behandling av søknaden.

I planarbeidet var det viktig å trekke inn brukerorganisasjoner og aktører utenfor helse- og omsorgstjenesten, som frivillige organisasjoner, idretten, barnehager, NAV og skole/utdanningsinstitusjoner. I opptrappingsplanen fastslo regjeringen lovkravet om ergoterapikompetanse fra 2020 og klargjorde samtidig at kommunene på sikt skal overta flere rehabiliteringsoppgaver fra spesialisthelsetjenesten. De spesialiserte tjenestene skal primært ha ansvaret for oppstartstilnærmingen ved større hodetraumer, brannskader og andre komplekse akutttilstander som krever høyspesialisert, flerfaglig tilnærming. Det oppfølgende arbeidet skal foregå i kommunene.

Gjennom målrettet arbeid og planer knyttet til denne opptrappingsplanen skulle kommunene kunne forberede seg til den endrede lovsituasjonen og sikre at det lovpålagte ansvaret ivaretas på en forsvarelig måte. Etter helse- og omsorgstjenesteloven paragraf 3-2 (1) nr. 5 har kommunen ansvaret for å sikre et tilstrekkelig tilbud om «sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering». Dette ansvaret var lovfestet lenge før kravet om ansatt ergoterapeut. I hvilken utstrekning et slikt målrettet planarbeid i kommunene fant sted under opptrappingsplanen, er som nevnt usikkert.

UTFORDRINGER FOR ERGOTERAPI I KOMMUNENE

Bakgrunnen for lovfestingen er det økte behovet for

rehabiliteringstjenester, både innen spesialisthelsetjenesten og i kommunene. SSBs befolkningsframskrivninger viser store endringer i alderssammensetningen. Det vil bli stadig flere eldre personer, og mange med et tjenestebehov på grunn av kognitiv svikt. Det vil bli langt flere overlevende etter alvorlige sykdommer og inngripende behandling som virker inn på psykiske og fysiske funksjoner. Slike grupper kommer i tillegg til personer utsatt for traumatiske skader, hjerneslag med mer som krever målrettet opptrening for å gjenvinne optimal funksjonsevne.

Ergoterapeuter er viktige når det gjelder å realisere målsettingen om at hverdagsrehabilitering, gjerne kombinert med velferdsteknologi, folkehelse tiltak og fokus på læring og mestring, kan gi gode resultater for brukerne og for samfunnsøkonomien.

HVOR LANG TID HAR KOMMUNENE PÅ SEG FOR Å INNFØRE EN LOVPÅLAGT TJENESTE?

Kommunene har ingen umiddelbar plikt til å ha tjenesten eller ansettelsen på plass, men det må kunne dokumenteres at det arbeides med saken, for eksempel med utlysning av stilling og kontakter med andre kommuner. I løpet av 2020 bør alle kommuner ha ansatt ergoterapeut.

Det har imidlertid vist seg at enkelte kommuner utlyser små brøkstillinger, eller at fem eller flere kommuner i fellesskap utlyser én felles stilling for å dekke kommunenes samlede behov. Det er ikke noe i reguleringsmåten som tilsier at dette ikke er lovlig. Samtidig er det viktig at kommunene nettopp vurderer konkret hvilke opplegg de skal ha for å følge opp sine lovpålagte plikter hva gjelder sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering.

Begrunnelsen for lovfestingen er å tydeliggjøre og synliggjøre betydningen av rehabilitering som en flerfaglig og brukerorientert tjeneste. Kommunene må derfor nærme seg dette planmessig.

Om kommunen ikke gir et tilstrekkelig tilbud om habilitering til en person med et stort behov som del av vedkommendes rett til «nødvendig helsehjelp» etter pasient- og brukerrettighetsloven paragraf 2-1a, kan han eller hun påklage dette til Fylkesmannen. Fylkesmannen har også et tilsynsansvar for at kommunene utfører de lovpålagte tjenestene med de lovpålagte profesjonene. Mangel på ergoterapi som et tilbud i den enkelte kommune kan dermed også påklages til Fylkesmannen. Bare tiden vil vise om denne lovfestingen vil kunne gi et løft for det kommunale rehabiliteringsarbeidet.

Kan Nyby-appen bidra til et varmere samfunn?

«Nyby-appen» var tittelen på foredraget som samlet over 40 seniorergoterapeuter og i tillegg noen yrkesaktive ergoterapeuter og studenter i Litteraturhuset 17. oktober 2019. Gründer Fredrik Gulowsen ga oss en inspirerende innføring i hvordan du kan bidra med det du er god på, akkurat når det passer for deg.

Av Liv Hopen

Gründeren bak Nyby-appen, Fredrik Gulowsen, møtte et interessert og reflektert publikum da Ergoterapeutenes Seniorforum møttes i Litteraturhuset i oktober.

NYBY-APPEN, HVA ER DET?

Vi begynner å bli vant til å bruke apper, små dataprogram som viser hvordan været blir eller lar deg kjøpe billetter på toget.

Nyby-appen er en helse-app som kobler frivillighet og omsorgssektor. Ved hjelp av appen kan innbyggernes ledige hender kobles til viktige velferdsoppgaver. De som har behov for hjelp, kan selv, eller ved hjelp av andre, legge inn behovet sitt på appen. Som ergoterapeut kan du for eksempel legge ut behov på vegne av brukeren. Og de frivillige kan ta oppgavene direkte, uten noe forsinkende mellomledd.

HVORDAN SIKRE AT DE FRIVILLIGE HAR GODE HENSIKTER?

Alle frivillige knyttes til, og godkjennes av, ideelle organisasjoner. Kreftforeningen, Bymisjonen, Frivillighetssentraler, Diakonhjemmet Sykehus Frivillige eller idrettslag er noen eksempler.



Gründeren bak Nyby-appen, Fredrik Gulowsen, møtte et interessert og reflektert publikum da Ergoterapeutenes Seniorforum møttes i Litteraturhuset i oktober.

Alle kan laste ned Nyby-appen, men som frivillig ser du bare de oppgavene du er godkjent for å se.

DU SIER JA NÅR DET PASSER, DU TRENGER ALDRI SI NEI

Det kan være mange grunner til at du ikke vil binde deg til faste tider. Som frivillig i Nyby trenger du ikke å binde deg på forhånd. Her tar du oppgaven når det passer deg.

EKSEMPLER PÅ OPPGAVER

«Kan noen ta med batterier til høreapparatet til min gamle far?» er



Liv Hopen er leder for Ergoterapeutenes Seniorforum.

ett eksempel. Et annet er alenemoren i tidsklemme som trenger reservebestemor for barna. Noen trenger hjelp med å vanne blomster, eller måke snø og strø sand utenfor døren for å komme seg ut. Eller kanskje de må ha følge til legen.

HVOR ER DINE STYRKER OG INTERESSER?

Du kan selv komme med ønsker og ideer om hva du vil hjelpe til med. Kanskje noe som ingen har tenkt på. Se etter muligheter. Alle har noe å bidra med!

Over 40 kommuner i Norge og Sverige har til nå tatt Nyby-appen i bruk. Nyby-appen er et samhandlingsverktøy for å bygge et godt velferdssamfunn i framtiden.

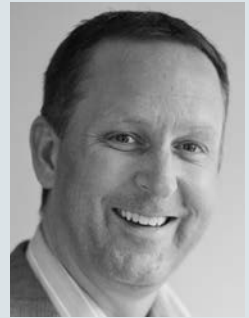
Les mer på Facebook eller internett www.nyby.no.



Må jeg kjøpe en egen avbestillingsforsikring?

Er reiseforsikringen tilstrekkelig hvis du må avbestille en reise, eller bør du kjøpe en egen avbestillingsforsikring?

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

Det er ikke bare forsikringsselskap som selger avbestillingsforsikring – også andre aktører i markedet tilbyr dette. Flyselskap, reisebyråer og kulturarrangører er eksempler på slike aktører. Man kan også ha avbestillings- eller reiseforsikring gjennom kredittkort. Noen aktører tilbyr avbestillingsforsikring som gir erstatning i flere tilfeller enn en reiseforsikring, mens andre dekker færre tilfeller. Det som er relativt likt, er at det utbetales erstatning dersom årsaken til avbestillingen er sykdom, ulykke og død hos den forsikrede eller nærmeste familie.

VÆR OPPMERKSOM PÅ VILKÅRENE

Det er flere ting å tenke på dersom du vurderer å kjøpe en ekstra avbestillingsforsikring. Kredittkorforsikring stiller for eksempel ofte krav til at minst 50 prosent av kostnadene er betalt med kortet for at avbestilling skal være dekket. Videre bør man være obs på at noen kredittkorforsikringer ikke dekker avbestilling for personer over 75 år når avbestillingsårsaken har sammenheng med sykdom eller helsetilstand.

En helårs reiseforsikring kan dekke avbestilling av en reise dersom det oppstår en farlig situasjon på reisemålet, som terror, krig eller naturkatastrofe, og UD fraråder å reise dit. De færreste kortforsikringer har dekning for dette.

Avbestillingsforsikring hos reiseoperatører kan også være ganske kostbar sammenlignet med pris på en helårs reiseforsikring. Dette til tross for at dekningen ofte er mer snever. En reiseforsikring dekker kostnader ved avbestilling av både fly, hotell, leiebil og arrangementer, mens andre typer avbestillingsforsikringer kan dekke færre kostnader. En avbestil-

lingsforsikring du kjøper sammen med flybilletter, vil for eksempel sjelden dekke utgifter du har hatt til hotell.

INKLUDERT I REISEFORSIKRINGEN

I de fleste tilfeller vil avbestillingsdekningen du har gjennom reiseforsikringen, være tilstrekkelig. Vurderer du å kjøpe en avbestillingsforsikring i tillegg, bør du gjøre deg kjent med vilkårene i begge forsikringene. På den måten kan du unngå å bli dobbelforsikret og betale for noe du ikke trenger.

ERGOTERAPEUTENES REISEFORSIKRING

Gjennom ditt medlemskap i Ergoterapeutene kan du kjøpe helårs reiseforsikring til gunstig medlemspris. Prisen per år for familiedekning er 1299 kroner. Reiseforsikring for én person koster 1087 kroner per år. Du finner mer informasjon på www.ergoterapeutene.org/forsikring.



Ergoterapistudentene på ENOTHE-konferanse

Årets ENOTHE-konferanse gikk av stabelen fra 17. til 19. oktober 2019 i Aten i Hellas. Ergoterapistudentene var godt representert med vår internasjonale kontakt Andreas Trædal og UNIO-kontakt Guro Elise Aakerholt. De deltar i et forskningsprosjekt og ble sendt dit på vegne av Oslo-Met sammen med medstudent Inger Tone Christiernin.

Av Caroline Kiær & Sofie Jansen



Caroline Kiær er student ved VID viten-skapelige høyskole og styremedlem og Ergo-terapeuten-kontakt i Ergoterapistudentenes landsstyre.



Sofie Jansen er student ved VID viten-skapelige høyskole og styremedlem og Ergo-terapeuten-kontakt i Ergoterapistudentenes landsstyre.

European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) er en konferanse hvor ergoterapeuter fra hele Europa deltar for å utveksle kunnskap og erfaringer om ulike forhåndsbestemte temaer. Kunnskaps- og erfaringsutvekslingen skjer ved at deltakere på konferansen presenterer prosjektene sine gjennom postere, filmer, muntlige foredrag, stands eller workshops.

Årets hovedtema var bærekraft og hadde to undertemaer. Det første handlet om hvordan faget kunne gjøres mer bærekraftig, og det andre om hvordan bærekraft og innovative saker kan integreres i læreplanen for å forberede studentene bedre for fremtiden.

Hver morgen ble det presentert keynotes som ga eksempler på hva temaene på ENOTHE-konferansen kunne inneholde, for å igangsette en tankeprosess om disse. De ble presentert av fageksperter innenfor ulike yrkesgrupper. Målet med å presentere keynotes var å formidle historien til mennesker med ulike bakgrunner, og få hvert individ til å se historien bak mennesket i stedet for utfordringen.

Et eksempel var *Moving people*.

Det handler om å formidle folks historie på en enkel måte med mening. Dette ble gjort ved hjelp av små figurer. Figuren skulle symbolisere personen det ble fortalt om i keynote-foredraget, som var basert på historier fra virkeligheten. Det handler om å flytte fokus fra case til person. De har også utviklet emneknaggen #moving-people, som folk kan bruke når de finner figurene og tar et bilde.

PRESENTASJON AV ERGOTERAPISTUDENTER

Hver dag var det mulig å gå rundt og høre på fremlegg fra representantene. Alle skulle ha et framlegg eller en poster som sa noe om det de hadde fordypet seg i.

Guro Elise Aakerholt (Oslo-Met), Andreas Trædal (Høgskulen på Vestlandet) og Inger Tone Christiernin (OsloMet) presenterte en poster der de fortalte om prosjektet *Certificate of International Learning* (CIL). De var til stede for å fortelle og svare på spørsmål om prosjektet. Forskningsprosjektet handler om hvordan CIL ble startet, hvordan det fungerer, og hvordan det kan videreutvikles. Prosjektet var også knyttet opp mot FNs bærekraftsmål. Her ble lærere og studenter på alle kull ved OsloMet intervjuet.



Fra venstre Andreas Trædal, Inger Tone Christiernin og Guro Elise Aakerholt på Akropolis.



Guro Elise, Andreas og Inger Tone henger opp en poster. Senere holdt de fremlegg om prosjektet sitt.

CIL – CERTIFICATE OF INTERNATIONAL LEARNING

CIL er et sertifikat som gis ut til studenter ved enkelte studier, som gjennom sin studieperiode har deltatt på ulike aktiviteter med et internasjonalt bidrag. Aktivitetene blir først godkjent etter at studentene har sendt inn en refleksjon om aktiviteten de har deltatt på, om hvordan aktiviteten kan bidra til å styrke utdannelsen og personen som yrkesutøvende.

Ergoterapistudentene kan få godkjent CIL-aktiviteter ved å delta på ulike forelesninger, forskningsseminarer, workshops eller kurs med internasjonale temaer. Aktiviteten vil bli godkjent om den har et internasjonalt fokus og bidrar til vår internasjonale og flerkulturelle læring. Målet med

CIL er å gi studentene som oppnår sertifikatet, økt bevissthet om internasjonal fremtid i fagmiljøet, synliggjøre dagens muligheter samt stimulere til videre utvikling av internasjonal aktivitet og erfaring.

MOTIVERENDE OG INSPIRERENDE

Guro Elise og Andreas forteller at ENOTHE har gitt dem mye, blant annet mange gode refleksjoner fra andre land og studiesteder. De mente at man kan bruke denne nyttige kunnskapen videre inn mot pasienter og brukere. Dette var en konferanse der det var mange motiverte og engasjerte ergoterapeuter og studenter, noe som var inspirerende å se. Det hadde vært lurt å få kontakt

med ulike studiesteder i Europa for å kunne diskutere forskjeller og likheter videre, samt utveksle erfaringer. Guro Elise og Andreas oppfordrer alle som har mulighet, til å melde seg på ENOTHE for faglig påfyll og nettverksbygging.

ENOTHE

ENOTHE er det europeiske nettverket for utdanning. Et av hovedmålene er å sikre at det finnes et robust utdannings-system for europeiske ergoterapeuter. Den neste ENOTHE-konferansen arrangeres i samarbeid med COTEC 23.-26. september 2020 i Praha.

Ergoterapeuter og førerkortvurdering

Mange er avhengige av bilen for å komme på butikken, handle, kjøre barn til skolen og kunne besøke familie og venner. Førerkort er et betydningsfullt dokument for mange. Både fysiske og psykiske funksjoner og ferdigheter har innvirkning på evnen til å kjøre bil.

Av Anita Engeset



Anita Engeset er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

A kjøre bil er et stort ansvar, og dersom en får helseplager som kan påvirke bilkjøringen, må en si fra til legen. Det er mange årsaker til at en ikke lenger kan kjøre bil. Evnen til å kjøre bil kan endre seg, også etter mange år med trygg og feilfri kjøring.

Det er en krevende oppgave å vurdere om en person er egnet til å kjøre bil. Vurdering av helsekrav krever tverrfaglig og kunnskapsbasert innsats. Ergoterapeuters rolle i vurdering av helsekrav er sentral i mange land, og er i utvikling i Norge. Ergoterapeuter opplever i økende grad å være involvert i problemstillinger knyttet til bilkjøring.

Ergoterapeutene har oppdatert og revidert «Ergoterapeuter og førerkortvurdering – Ergoterapeuters bidrag ved vurdering

Ergoterapeutene retter en stor takk til arbeidsgruppen som har deltatt i utviklingsarbeidet og revideringen, for deling av kunnskap og erfaringer og oppmuntrende diskusjoner! Takk også til Per-Ola Rike, spesialist i klinisk nevropsykologi, PhD og leder i Norsk Psykologforenings førerkortgruppe for konstruktive innspill og bidrag og til dere som ga kommentarer og innspill til denne utgaven!



Ergoterapeutene har en ny kunnskapsbasert veileder.

av helsekrav til førerkort» for å imøtekomme endringene i førerkortforskriften av 2016. Den nye, kunnskapsbaserte veilederen er nødvendig for alle ergoterapeuter som er involvert i vurderingen av helsekrav for førerkort. I et samfunnsperspektiv er utfordringen tidlig å identifisere sjåfører med økt risiko i trafikken uten unødige å begrense andre. Førerkortforskriften angir en rekke helsekrav som må være oppfylt for å ha gyldig førerkort.

ERGOTERAPEUTERS ROLLE

Det ergoterapeutiske perspektivet på bilkjøring er basert på retten

til og betydningen av aktivitet og deltakelse. Ergoterapeuters rolle i vurderingen avhenger av hvor ergoterapeuten jobber, den faglige sammensetningen i teamet, tilgang til andre faggrupper, og hvor i prosessen en møter føreren. Ergoterapeuter som jobber i kommunehelsetjenesten eller i spesialisthelsetjenesten, kan ha en sentral rolle i vurdering av helsekrav til førerkort etter henvisning fra lege.

Lege, psykolog og optiker er pålagt meldeplikt i førerkortsaker. Ergoterapeuter er rådgivende for disse og skal legge fram kartleggingsresultater som er relevante

for vurdering av helsekrav til førerkort.

I tilfeller der kognitive screeningstester avdekker behov for videre utredning, kan ergoterapeuten bidra. Ergoterapeuter kan kartlegge personens forutsetninger for aktivitet samt observere og tolke aktivitetsutførelsen. Det må også vurderes om utfordringene kan observeres i aktivitet, eller om personen har ressurser til å kompensere for dem.

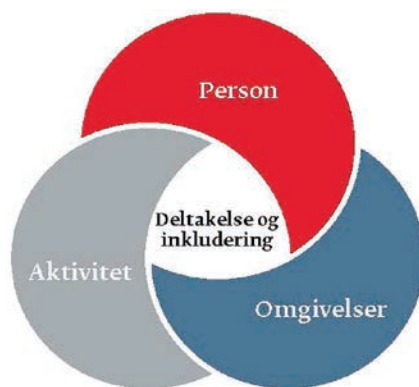
ERGOTERAPEUTERS KJERNEKOMPETANSE

Ergoterapeutenes kjernekompetanse om person, aktivitet og omgivelser, og samspillet mellom disse, er et nødvendig bidrag i den tverrfaglige vurderingen av helsekravene til førerkort. Ergoterapeuter bruker faglige verktøy som funksjonsvurdering og aktivitetsanalyse til å kartlegge og vurdere personers utførelse og tilrettelegge for aktivitet og deltakelse (Ergoterapeutene, 2017).

AKTIVITETSBASERTE OBSERVASJONER OG ANALYSER

Ergoterapeuter kartlegger og vurderer komplekse aktiviteter i hverdagen og kan sette motoriske og kognitive utfordringer i sammenheng med bilkjøring. Analyse av aktivitet er utgangspunkt for kartlegging og vurdering av personens prestasjon, kapasitet, ferdigheter og muligheter for å kunne utføre aktiviteter. Aktivitetsanalyse er grunnlaget for å tilrette aktiviteter og fremme deltakelse.

Ergoterapeutens kunnskap om aktivitetsanalyse er nødvendig for å vurdere hvordan resultater fra testen påvirker aktivitetsutførelse, og om personen klarer å kompensere for funksjonssvikt i aktiviteten (Patomella, Tham, Johansson, & Kottorp, 2010).



Ergoterapeutenes kjernekompetanse om person, aktivitet og omgivelser og samspillet mellom disse.

PRAKTISK KJØRETEST OG P-DRIVE

Ergoterapeutens bruk av praktisk kjøretest baseres på aktivitetsanalyse og vurdering av forutsetningene for at personen kan kjøre bil. Praktisk kjøretest er et ergoterapeutisk redskap for å vurdere om personen fyller kravene for førerkort, og kan ikke sammenlignes med trafikkstasjonens kjørevurdering.

P-Drive er en standardisert observasjonsprotokoll som brukes i praktisk kjøretest for å analysere personens kognitive og sensomotoriske evne til å kjøre bil. P-Drive bygger på prinsippene i AMPS. Protokollen inneholder en egen manual for hvilken skår som skal gis ut fra gitt aktivitetsutførelse.

Den praktiske kjøretesten består av en fast rute som omhandler kjøring i både boligstrøk og by og på landevei. Praktisk kjøretest foregår i bil med dobbelt pedalsett med en trafikkklærer i passasjeret og ergoterapeut i baksetet. Etter testen forteller både personen selv, trafikkklærer og ergoterapeut om sine opplevelser og observasjoner. P-Drive-protokollen fylles ut i etterkant.

Helsedirektoratets veileder, kapittel 6 om kognitiv svikt, påpeker at leger kan henvise til ergoterapeut som har gjennomgått kurs i P-Drive for vurdering av kjørevne (Helsedirektoratet, 2016). Ergoterapeutene anbefaler at ergoterapeut som har gjennomgått opplæring i P-Drive, deltar i en slik vurdering og oppretter samarbeid med trafikkklærer.

Ergoterapeuter og førerkortvurderinger er utviklet og oppdatert i samarbeid med en bredt sammensatt arbeidsgruppe av ergoterapeuter. Veilederen har i tillegg vært på bred høring.

Veilederen «Ergoterapeuter og førerkortvurdering – Ergoterapeuters bidrag ved vurdering av helsekrav til førerkort» ligger på ergoterapeutenes hjemmesider med nyttige lenker, eget hefte samt en kortversjon.



Bli ergoterapispesialist

Av Anita Engeset

Høsten 2020 er siste mulighet for å bruke overgangsordningen. Til neste år må du ha master for å bli spesialist. Søknadsfrist er hvert år 15. september.

HVA ER EN ERGOTERAPISPELIALIST?

En ergoterapispesialist har avansert kunnskap om ergoterapi med en fordypning i sitt spesialistområde. Ergoterapeutenes forbundsinterne spesialistordning omfatter syv spesialistområder: allmennhelse, arbeidshelse, barns helse, eldres helse, folkehelse, psykisk helse og somatisk helse.

GRATULERER TIL ALLE VÅRE NYE SPELIALISTER!

På spesialistrådsmøtet 23. oktober 2019 ble totalt 16 nye ergoterapispesialister godkjent, og 13 fikk fornyet spesialistgodkjenningen sin. Nye ergoterapispesialister:

- Linda J. Martinsen, barns helse
- Maya Aslaksen, psykisk helse
- Ragnhild Brun Øygard, somatisk helse
- Hilde van Berge, somatisk helse
- Marthe Kothe-Næss, somatisk helse
- Sonja Aune, somatisk helse
- June Rondestvedt, somatisk helse
- Espen Valle, somatisk helse
- Kristin Melby Olsen, somatisk helse
- Synnøve Glesnes, somatisk helse
- Gunhild Moen, somatisk helse
- Anne-Karin Vik, somatisk helse
- Lene Fogtmann Jespersen, somatisk helse
- Camilla Aksdal, somatisk helse
- Grete Morberg, somatisk helse
- Carina Paulsen, somatisk helse

FORNYEDE GODKJENNINGER:

- Heidi Johansen, allmennhelse
- Kristin Haugen, arbeidshelse
- Nina Rønneberg Nielsen, barns helse
- Elisabeth Solhjem, eldres helse
- Randi Nossun, somatisk helse
- Jan Tommy Bjørdal, somatisk helse
- Silje Nødtvedt, somatisk helse
- Merete Herman-Eriksen, somatisk helse
- Laila Vatn, somatisk helse
- Malin Mongs, somatisk helse
- Bjørg Rene, somatisk helse
- Inger Hellem, somatisk helse
- Annbjørg Spilde Morland, somatisk helse

ERGOTERAPEUTENES SPELIALISTORDNING

Ergoterapeutenes spesialistordning tar utgangspunkt i brukergrupper og helse- og velferdspolitiske prioriteringer for å tydeliggjøre ergoterapeuters kompetanse og rolle i samfunnet. Den skal være likeverdig med de sammenlignbare profesjoners ordninger. For å bli ergoterapispesialist kreves ergoterapifaglig eller relevant tverrfaglig master med 120 studiepoeng. I Norge har vi per i dag bare ett masterstudium i ergoterapi. Det startet opp høsten 2016 ved Oslo-Met. De som søker med tverrfaglig master, må ha fordypningsemne eller masteroppgave med et tydelig ergoterapifaglig fokus. Søkeren må selv begrunne relevansen av masteren for ergoterapi og spesialistområdet.

Læringsutbyttet for det enkelte spesialistområdet og veiledning gitt av godkjent veileder, skal sikre at den enkelte har nødvendige kunnskaper og ferdigheter og den generelle kompetansen som er nødvendig for sitt spesialistområde. Veiledet praksis krever målrettet planlegging av veiledningen for å sikre nødvendig kompetanse innen det aktuelle fagområdet. Mange søkere opplever utfordringer med å nå dette målet fordi de oppdager kravet for sent. Ergoterapeutene må derfor vurdere å gjøre noen grep for å tydeliggjøre og tilrettelegge ytterligere for veiledet praksis i spesialistordningen. Kriteriene for spesialistgodkjenning er:

- medlemskap i Norsk Ergoterapeutforbund og autorisasjon som ergoterapeut
- tre års arbeidserfaring, hvorav to årsverk er innenfor spesialistområdet
- ergoterapifaglig eller relevant tverrfaglig master med 120 studiepoeng
- veiledning og veiledet praksis
- fagutvikling og formidling

For å lese mer om ordningen, se Ergoterapispesialist. Ut 2020 kan du søke etter gammel ordning – se Overgangsordningen.

FORNY DIN GODKJENNING!

Godkjenningen gjelder for syv år, og for å beholde spesialisttittelen, må en søke fornyet godkjenning. Ordningen med fornying av godkjenning bidrar til kvalitet i

helse- og velferdstjenestene og sikrer at ergoterapispesialister har nødvendig og oppdatert kompetanse. Du må ha vært medlem i Ergoterapeutene siden forrige godkjenning. Ut 2020 kan du søke etter de gamle kriteriene, se Regodkjenning.

SPESIALISTKOMITEENES OG SPESIALISTRÅDETS OPPGAVER

Det legges ned et stort frivillig arbeid i behandling og godkjenning av ergoterapeuters spesialistkompetanse. Hver komité gjennomgår og vurderer individuelle søknader om spesialistgodkjenning ut fra gjeldende krav og lager en innstilling til spesialistrådet. Spesialistrådet vedtar eller avslår søknadene på bakgrunn av innstillingen fra komiteen. I tillegg er spesialistkomiteene rådgivende instans eller høringsinstans for forbundet i saker knyttet til deres spesialistområde.

NY, DIGITAL BEHANDLING AV SPESIALISTSØKNADER

Vi har nå på plass et nytt, digitalt verktøy for saksbehandling av søknader. Verktøyet er utviklet som en del av Medlemsvekst, som er medlemsregisteret til forbundet. Søknadene blir nå registrert rett inn i nettløsningen, og spesialistkomiteene får tilgang til søknadene fortløpende via pålogging. Brev til søkerne går også automatisk etter godkjenningen i spesialistrådet. I år har veien blitt til mens vi har gått, men vi ser allerede at dette gir en mye raskere og mer effektiv behandling av søknadene. Tilbakemeldingen fra alle komiteene er utelukkende positive.

TAKK FOR GOD INNSATS

Ergoterapeutene vil takke alle i spesialistkomiteene og -rådet for

fantastisk innsats ved årets godkjenninger. Komiteene er sammensatt av ergoterapeuter som har utmerket seg innen det aktuelle fagområdet, fortrinnsvis ergoterapispesialister. Det oppnevnes en spesialistkomité for hvert av de syv spesialistområdene. Lederne i spesialistkomiteene utgjør spesialistrådet. I 2017 ble det nye spesialistkomiteer og -råd for landsmøteperioden 2017–2020. Oversikt over spesialistkomiteer og -råd: <https://www.ergoterapeutene.org/forbundet/organisasjonsledd-styrer-komiteer-utvalg/>

HØY KOMPETANSE

Mange arbeidsgivere innser at arbeidstakere med høy kompetanse er en forutsetning for å utvikle tjenester med høy kvalitet. Derfor er det viktig at medlemmene våre svarer på denne utfordringen ved å dyktiggjøre seg enda mer i faget.

Arbeidstakere med høy kompetanse har ikke bare et fortrinn når de konkurrerer om ledige stillinger, men har også et godt argument i lønnsforhandlinger. Kollegaer i andre helseprofesjoner har tilsvarende spesialistordninger.

På mange områder samarbeider vi, og på enkelte konkurrerer vi om de samme stillingene. Da må også ergoterapeuter ha mulighet til å vise til dokumentert kompetanse utover grunnutdanningen. Ved ellers like utdanningsnivåer kan spesialistkompetanse utgjøre en forskjell ved ansettelser.

Ergoterapeutforbundet ser fram til å motta flere søknader om å bli ergoterapispesialist, slik at flere medlemmer opplever faglige og økonomiske gevinster, og slik at ergoterapi blir et enda mer tydelig, kunnskapsbasert fag. Slik blir spesialistordningen lønnsom for alle.

ØNSKER FLERE

ERGOTERAPISPEKIALISTER

Ergoterapeutene har 148 godkjente ergoterapispesialister. Av disse er ti innen allmennhelse, fem innen arbeidshelse, 17 innen barns helse, tolv innen eldres helse, én innen folkehelse, 20 innen psykisk helse og 84 innen somatisk helse. En stadig større andel av spesialistene er godkjent innen somatisk helse, og andelen innen alle de andre områdene går ned.

Ergoterapeutene vil ha flere ergoterapispesialister. Er du allerede spesialist, husk å fornye godkjenningen din før den går ut. Antallet spesialister hadde vært langt høyere hvis flere spesialister fornyet godkjenningen sin.

Spørsmål kan rettes til seniorrådgiver Anita Engeset ae@ergoterapeutene.org eller tlf. 92408247.

Søknad om godkjenning som ergoterapispesialist skrives på eget skjema som sendes Norsk Ergoterapeutforbund via e-post til post@ergoterapeutene.org. Vedlagt sendes også attester og annen attestert dokumentasjon.



Det lønner seg å forhandle lønn ved skifte av jobb!

Dette og mye annet får du svar på i lønnsundersøkelsen 2019, som nå er klar. Den er et nyttig verktøy for deg som medlem, våre tillitsvalgte samt forbundet. Den årlige undersøkelsen gir oss mulighet til systematisk å følge medlemmenes lønnsutvikling over tid.

Av Brit-Toril Lundt

Lønnsstatistikken er også av interesse for deg som medlem når du får tilbud om ny jobb, skal fremme lønnskrav eller rett og slett speile din egen lønn mot andre sammenlignbare stillinger. Tabellene som viser gjennomsnittslønn innen de enkelte tariffområdene og ansiennitetsnivåene, finner du på nettsiden vår.

Interessante funn

I tillegg til tabellene som viser

gjennomsnittslønn, har vi også gjort noen andre interessante funn.

FORHANDLE LØNN VED SKIFTE AV JOBB!

42 prosent har svart positivt på at de forhandlet lønn da de skiftet jobb. To tredjedeler av disse fikk høyere lønn! Andelen som fikk høyere lønn enn de først ble tilbudt, er stabil. Dette viser at det lønner seg å forhandle lønn ved ansettelse.

MOBILE I ARBEIDSMARKEDET.

41 prosent sier de har skiftet jobb de siste fire årene.

UTDANNINGSNIVÅ

Nær 60 prosent av medlemmene oppgir at de har relevant videreutdanning. Men undersøkelsen forteller også at noen arbeidsgivere ikke verdsetter relevant videreutdanning ved å gi høyere lønn.

ARBEIDSTID

82 prosent av medlemmene arbeider fulltid. 18 prosent arbeider deltid. Cirka en tredjedel av dem som arbeider deltid, ønsker å utvide stillingsprosenten. Dette er på omtrent samme nivå som i tidligere år. 11 prosent arbeider

skift eller turnus. Det er en liten økning fra 2018.

Overtid er ikke det samme som fleksitid! Noen medlemmer sier at de ikke får overtidstelt for pålagt arbeid utover den avtalte arbeidstiden, men i stedet blir bedt om å sette det på fleksitidsregnskap. Vi minner om at pålagt arbeid utover normal arbeidstid alltid skal godtgjøres som overtid.

MIDLERTIDIG ANSATT

Ni prosent oppgir at de er i midlertidige arbeidsforhold.

SVARPROSENTEN.

Undersøkelsen ble sendt ut til alle yrkesaktive medlemmer. Vi er glade for at vi har mottatt vel 1600 svar. Det tilsvarer litt over halvparten av medlemmene.

Husk at slike undersøkelser ikke blir bedre enn det dere gjør dem til gjennom å delta. Vi er avhengige av høyest mulig svarprosent hvis lønnsundersøkelsen skal være et egnet verktøy i medlemmenes lønnsarbeid ved skifte av jobb, sentrale og lokale forhandlinger samt andre former for lønnsarbeid. Det er faktisk dere som lager lønnsstatistikken når dere svarer på undersøkelsen.



Brit-Toril Lundt er forhandlingssjef i Ergoterapeutene.



Tillitsvalgtprisen 2019 til Grethe Vetrhus Hammerstad

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas



– **Det er en glede** å overrekke Grethe Vetrhus Hammerstad Tillitsvalgtprisen 2019. Ikke bare for lang og tro tjeneste, men for mot og handlekraft i krevende prosesser, for resultater i fremming av ergoterapeuters lønn og arbeidsbetingelser og for et forbilledlig engasjement, sa Tove Holst Skyer, under årsmøtet i Ergoterapeutene Sør i Skien.

ET LIVSLANGT ENGASJEMENT

Hammerstad ble nominert av Elisabeth Øvrevik på vegne av medlemmene i Horten kommune.

«Grethe har vært uredde i møte med ledelse og vært bevisst på å etterspørre mål og bakgrunn for endringer. Hun har hjulpet til i lokale forhandlinger for ergoterapeuter i Vestfold i mange tiår og opprettholdt kontakt med fylkestyret, vært en aktiv møtedeltager og formidlet informasjon til oss andre», skrev Elisabeth Øvrevik i nominasjonen av sin kollega.

I FLOTT SELSKAP AV ANDRE NOMINERTE

Grethe Vetrhus Hammerstad ble tildelt Tillitsvalgtprisen i konkurranse med fire andre tillitsvalgte:

- Irene Fjeld
- Ingunn Garlid
- Oda Ruud Bakke
- Heidi Julie Bjørnsrud

A poster titled "10 gode grunner til å bli medlem" (10 good reasons to become a member). It features a photo of two women at the top. A red circle in the top right corner says "Aktivitet og deltakelse for alle. Bli medlem!". Below the title is a list of 10 reasons:

1. Du blir del av et landsomfattende nettverk av ergoterapeuter
2. Du bidrar til å utvikle og styrke ergoterapi som fag
3. Du får halv pris på ergoterapifaglige kurs
4. Du får fagbladet Ergoterapeuten hjem i postkassa
5. Du kan bli ergoterapispesialist og få støtte til faglig utvikling
6. Du blir medlem i World Federation of Occupational Therapists (WFOT)
7. Du forbedrer dine lønns- og arbeidsvilkår
8. Du er sikret medbestemmelse på din arbeidsplass
9. Du får tilgang til materiell for å profilere fag, yrke og forbund
10. Du får tilbud om en lang rekke attraktive medlemsfordeler og rabatter

The website www.ergoterapeutene.org/innmelding is listed at the bottom. The Ergoterapeutene logo is in the bottom right corner.A poster titled "Oppdater din kompetanse. Ta et kurs!" (Update your competence. Take a course!). It has a green and white background. The website ergoterapeutene.org/kurskalender is listed at the bottom. The Ergoterapeutene logo is in the bottom right corner.

An advertisement for SPECTUM, a product from Independence Gear. It shows a man in a hospital bed using the device. The text says: "SPECTUM: Spectrum er et nytt hverdagshjelpemiddel fra Independence Gear som hjelper brukeren å se steder som pga redusert mobilitet er utenfor rekkevidde. Man kan sjekke at føttene er riktig plassert på fotbrettet, sjekke at man har kommet i riktig posisjon ved toalettbesøk, og kontrollere at det ikke er skader på huden på steder personen vanligvis ikke ser. Du finner Spectrum i hjelpemiddeldatabasen." Below this, it says "HMS-nr: 253763" and "Mer info: www.ingear.no".

«Jeg er så trett»

EN TILNÆRMING TIL FORSTÅELSE OG MESTRING AV FATIGUE ETTER ERVERVET HJERNESKADE

Av Gunhild Karlsaune Moen, Daniel Løke & Håvard Eriksen

Sammendrag

Fatigue eller vedvarende trettbarhet er svært vanlig etter ervervet hjerneskade. Samtidig erfares at det er mangelfull kunnskap og forståelse hos både personen selv, deres nærmeste og helsepersonell omkring håndtering av tilstanden og konsekvensene dette gir i hverdagen for den enkelte.

I denne artikkelen belyses hvordan ergoterapeuter systematisk kan jobbe med kartlegging og behandling av fatigue med støtte i en klinisk behandlingsmodell. Formålet med intervensjonen er å hjelpe pasienter med å oppnå økt funksjon og øke grad av forståelse fra personens nettverk. Utredning og behandling av vedvarende trettbarhet krever en tverrfaglig tilnærming og modellen er utviklet for et slikt arbeid.

Nøkkelord: fatigue, trettbarhet, ervervet hjerneskade, klinisk behandlingsmodell, ergoterapi, forståelse og mestring.



Gunhild Karlsaune Moen er ergoterapi-spesialist ved Sunnaas sykehus, Avdeling for kognitiv rehabilite-ring. E-post: gunhild.moen@sunnaas.no



Daniel Løke er psyko-log og stipendiat ved Forskningsavdelingen og Avdeling for vurde-ring, Sunnaas sykehus. E-post: daniel.loke@sunnaas.no

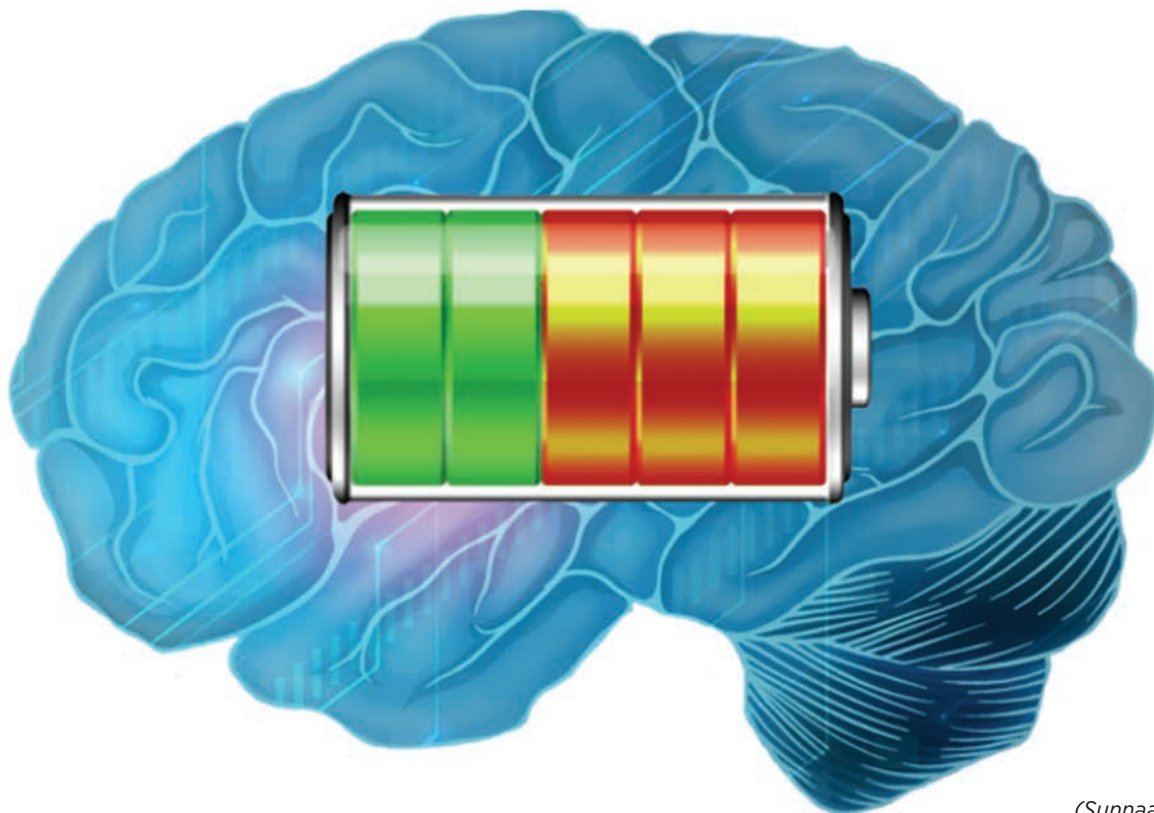


Håvard Eriksen er ergoterapispesialist og jobber med barn, unge og voksne med ervervet hjerneskade ved Sunnaas sykehus. E-post: Havard.Erik-sen@sunnaas.no

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

«Jeg følte jeg hadde en god dag, men under samtalen med naboen ved postkassa kjente jeg at energien bare forsvant»

Uttalelse fra en pasient



(Sunnaas 2016)

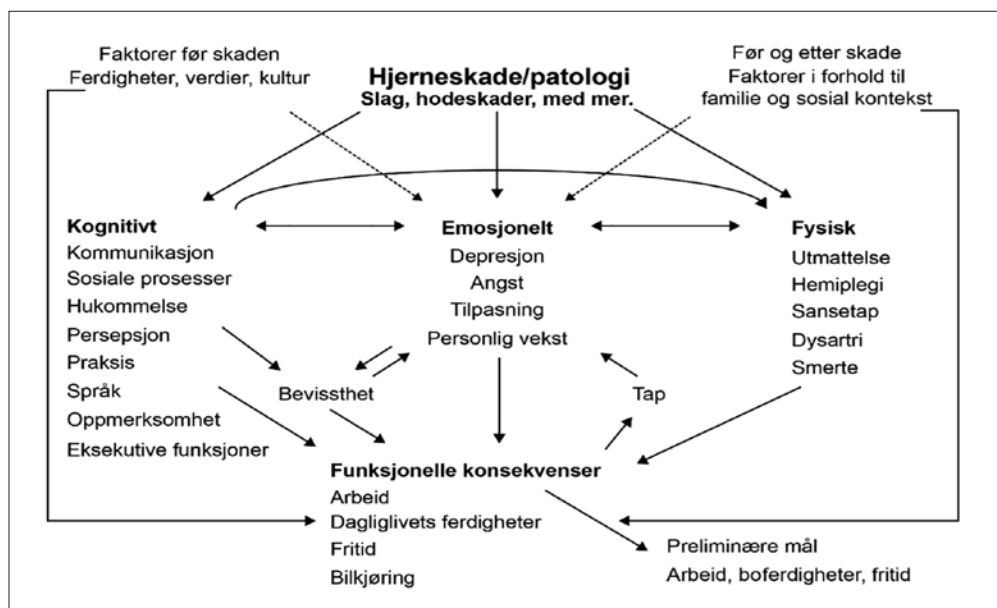
Innledning

Fatigue eller vedvarende tretthet er svært vanlig etter ervervet hjerneskade. Kvalitative studier (Eilertsen, Ormstad & Kirkevold, 2013; Ormstad & Eilertsen, 2015, 2017) understøtter det mange av pasientene rapporterer om hvordan trettheten påvirker dem. Trettheten beskrives ofte av pasientene som en stadig tilstedeværende følelse av utmattelse. Opplevelsen av hvordan energien tappes kommer raskere, og trettheten er mer uttalt og vedvarende enn det som var tilfelle før skaden. Utmattelsen står ofte ikke i samsvar med forventet energibruk. Det oppstår et større behov for hvile, tid til innhenting og søvn. Uforutsigbarheten kan gjøre det vanskelig å planlegge og utføre hverdagslige gjøremål (Eilertsen et al., 2013; Ormstad & Eilertsen, 2015, 2017; Schillinger & Becker, 2015). Mange forteller om overfølsomhet for lyd, lys og lukt som også gjør at ulike sanseinntrykk forsterkes (Krogstad, 2015).

Ved tretthet som vedvarer over tid, vil mange pasienter og pårørende beskrive frustrasjon og usikkerhet rundt årsakene til den manglende energien.

Dette kan bidra til misforståelser om at personen er blitt lat og bare trenger «å ta seg sammen». For den som er berørt av trettheten, kan det bli krevende å forholde seg til det de opplever er urealistiske forventninger fra nettverket rundt. Studier understøtter at det er behov for mer kunnskap og forståelse om hvordan trettheten innvirker på livet til den det gjelder (Eilertsen et al., 2013; Ormstad & Eilertsen, 2015, 2017). Det å få anerkjennelse for plagene som reelle og bli forstått er to faktorer som er ansett som sentrale for å kunne håndtere plagene. Det å tilnærme seg situasjonen til den enkelte ut ifra en helhetlig forståelse med en biopsykososial modell anbefales i litteraturen (Ormstad & Eilertsen, 2015, 2017; Wilson, Gracey, Evans & Bateman, 2009), og vil ofte være nødvendig for å få et dekkende bilde av hvilke faktorer som forsterker eller beskytter mot tretthet.

Den biopsykososiale forståelsesmodellen er et overordnet teoretisk rammeverk for forståelse og behandling av helseplager og bygger på George & Engels (1980) modell. Sentralt i videreutviklingen av denne modellen er prinsippet om at flere ulike biolo-



Figur 1: Biopsykososial modell. Modellen er oversatt til norsk og gjengitt med tillatelse fra PLSclear. © B. A. Wilson, F. Gracey, J. J. Evans and A. Bateman 2009, published by Cambridge University Press.

giske, psykologiske og sosiale forhold kan *utløse* eller *oppretholde* helseplager (George & Engel, 1980). En biopsykososial modell gir en forståelse av hvilke elementer som kan være med på å påvirke situasjonen til den enkelte pasienten. Figur 1 er hentet fra John Evans, og den viser eksempler på faktorer som påvirker personen og hverdagslivet (Wilson et al., 2009).

Ved Sunnaas sykehus behandler vi pasienter med kognitive følgevirkninger etter ervervet hjerneskode. Årsakene til skaden kan være ulike, for eksempel at personen har vært utsatt for en ulykke som har gitt en traumatisk hjerneskode (traumatic brain injury, TBI), tilfeller av hjerneslag, hjertestans med surstoffmangel som har gitt hjerneskode, og hjernesvulster med kognitive følgevirkninger etter kreftbehandling, for å nevne noen. Pasientene har som oftest levd med hjernesgraden og følgevirkningene en stund, alt ifra måneder til år, og har rukket å erfare at hverdagen ikke fungerer som før. De har ofte kjent på tretthet helt siden skaden oppsto, men erfarer at tilstanden stadig vedvarer, selv når andre plager bedres.

I denne artikkelen ønsker vi å presentere hvordan ergoterapeuten i et tverrfaglig behandlingsteam på en systematisk måte kan jobbe med pasienters forståelse og mestring av fatigue.

Forskning om fatigue: forekomst, definisjoner, årsak og anbefalte tiltak

En oversiktsartikkel av Schillinger og Becker (2015), viser til forekomst ved ulike nevrologiske tilstander. Forekomsten av fatigue ved hjerneslag er 30 prosent – 68 prosent (de Groot, Phillips & Eskes, 2003)

og ved TBI 16 prosent – 80 prosent (Cantor et al., 2008). Flere studier peker dessuten på at det også rapporteres om fatigue i den generelle befolkningen, og at denne ligger på: 11,4 prosent – 23,1 prosent (Lerdal et al., 2009; Loge, Ekeberg & Kaasa, 1998; Pawlikowska et al., 1994).

Det finnes per i dag ingen presis definisjon av fenomenet fatigue ved hjerneslag eller traumatisk hjerneskode, og det foreligger flere ulike definisjoner. Vi velger i denne artikkelen å støtte oss til disse definisjonene:

«En overveldende, vedvarende følelse av utmattelse, tretthet og redusert kapasitet for fysisk og mentalt arbeid på normalt nivå» (Lerdal, Lee, Bakken, Finset & Kim, 2012), og
«En subjektiv opplevelse av langvarig eller stadig tilbakevendende tretthet og redusert kapasitet for mental og/eller fysisk aktivitet» (Schillinger & Becker, 2015).

Begge definisjonene vektlegger individets egenopplevelse av en tilstand som vanskelig lar seg måle rent objektivt. Forskning har generelt vist liten sammenheng mellom den opplevde, subjektive fatigue og objektive målinger av fatigue gjennom å måle reduksjon i funksjon i aktivitet over tid. Det er i litteraturen foreslått et skille mellom opplevelsen av fatigue og den objektive, målbare svekkelsen av prestasjon over tid ved nevrologiske tilstander (Kluger, Krupp & Enoka, 2013), idet man ikke finner entydige sammenhenger mellom disse. Det kan være av interesse å reflektere over hva dette betyr også i kli-

nisk sammenheng. Enkelte som rapporterer en uttalt grad av fatigue på subjektive spørreskjemaer, kan likevel observeres med god evne til funksjonsmessig utholdenhet i aktivitet. Hos andre igjen kan man se et motsatt mønster preget av lite opplevd fatigue, men redusert evne til å opprettholde aktivitet over tid. For denne artikkelens formål fokuserer vi primært på den subjektive opplevelsen av fatigue, men observasjoner av og mål på evne til utholdenhet i aktivitet kan fortelle oss om de praktiske implikasjonene av pasientens opplevelse.

Årsakssammenhenger og forklaringsmodeller anses ennå å være mer hypotesepregete enn kunnskapsbaserte (Schillinger & Becker, 2015). Man antar at en skadet hjerne må anstrenge seg mer enn en frisk hjerne for å kompensere for kognitive utfall som oppmerksomhetssvikt og redusert psykomotorisk tempo, og at dette kan resultere i fatigue (Van Zomeren, 1984). Holdepunkter for denne hypotesen finner man blant annet gjennom forskning som viser endringer i hjerneaktivitet og andre markører relatert til mentalt anstrengende oppgaver hos personer med hjerneskade (Kohl, Wylie, Genova, Hillary & Deluca, 2009). Ved testing av vedvarende oppmerksomhet (vigilans) hos personer med TBI og hos friske kontrollpersoner fikk hjerneskadepasientene påvist større økning av det diastoliske blodtrykket parallelt med mer opplevd fatigue. Dette kan tolkes som et uttrykk for økt testutløst stress og økt mental anstrengelse (Ziino & Ponsford, 2006). Stress kan blant annet utløses når det er behov for økt anstrengelse for å møte en oppgave der man ikke opplever å innfri kravene som stilles med de ressursene man har. Summen av kognitive vansker eller andre psykologiske, atferdsmessige eller sosiale årsaker kan medføre økt grad av stressfølsomhet. For noen pasienter kan dette videre føre til angst og depresjon (Ponsford et al., 2012).

I 2017 ble det ved Sunnaas sykehus HF gjennomført en pilotstudie med et gruppebasert tverrfaglig tilbud til personer med fatigue (Stubberud et al., 2017). Her ble det blant annet prøvd ut anbefalte behandlingstiltak (Ponsford, Schönberger & Rajaratnam, 2015). Det ble lagt stor vekt på psykoedukasjon med undervisning og erfaringsutveksling. Et av tiltakene var en tilpasset versjon av Goal Management Training (GMT) med spesielt fokus rettet mot oppmerksomhetstrening. I tillegg ble det undervist i temaer som aktivitetsregulering, tilpasset fysisk aktivitet, ernæring, søvn, stress, fatigue, psykisk helse og mestring. Resultatet av pilotstudien viste at

et gruppebasert tilbud kan ha potensial for å lindre symptomer på tretthet, angst og søvnighet. For den enkelte er det å redusere psykologisk stress, søvnvansker og vansker med regulering av følelser og atferd sentralt for å redusere graden av fatigue.

Per i dag mangler gode retningslinjer for kartlegging, vurdering og behandling av vedvarende fatigue (Schillinger & Becker, 2015). Kunnskapsoppsummeringen til Schillinger og Becker (2015) peker særlig på at den beste praksis ved opplevelse av vedvarende fatigue er å lære pasientene å kompensere for og håndtere sin endrede hverdag. I nyere forskning pekes det på at passivitet og dekondisjonering kan forsterke en opplevelse av lav kapasitet (Duncan, Kutlubaev, Dennis, Greig & Mead, 2012), og at tilpasset fysisk aktivitet kan nyttiggjøres i behandling av fatigue (Khan & Amatya, 2018). For enkelte pasienter kan det derfor være aktuelt å adressere om økt fysisk kapasitet kan bedre pasientens mestring av sin livssituasjon med fatigue.

Arbeid med strategitrening rettet mot bedret selvregulering av både kognitive og emosjonelle prosesser kan medføre økt tro på egne evner (self efficacy) (Cicerone, 2012). I rehabiliteringssammenheng betyr dette at det er viktig å legge til rette for gode mestringsopplevelser som kan bidra til at den enkelte styrkes i å oppdage, ha tro på og evne å ta i bruk egne ressurser og ivareta egne verdier i hverdagslivet.

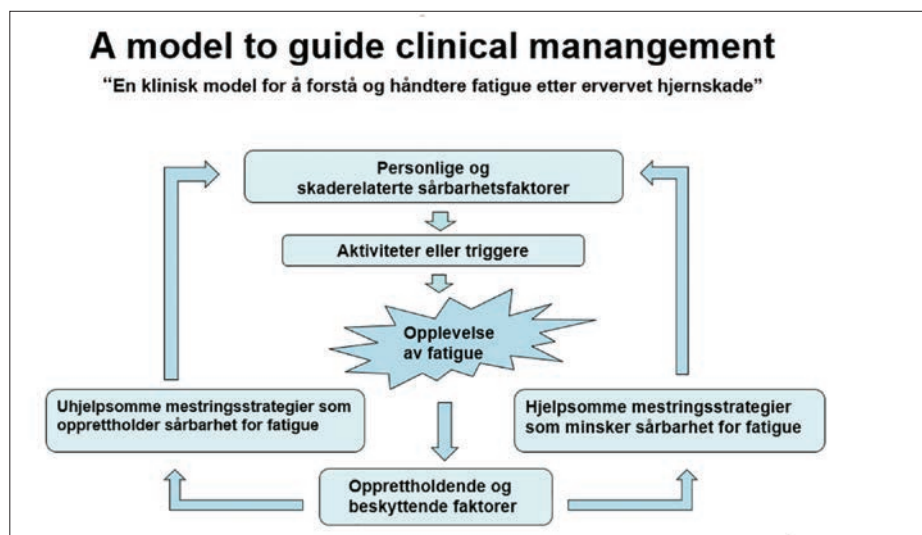
I det følgende presenteres en klinisk behandlingsmodell som rammeverk for hvordan ergoterapeuter kan arbeide med fatigue. Modellen danner videre grunnlag for beskrivelse av ulike kartleggings-, vurderings- og behandlingsmetoder. For å utdype hvordan modellen kan benyttes i praksis, inkluderes ytterligere refleksjoner og erfaringer fra klinisk arbeid.

A model to guide clinical management

Modellen er utviklet av Donna Malley, klinisk spesialist i ergoterapi; Jaque Wheat Croft, senior ergoterapeut; og Fergus Gracey, klinisk nevropsykolog (Malley, Wheatcroft & Gracey, 2014). Den har sitt utspring fra arbeid med fatigue ved multippel sklerose og er videreutviklet av forfatterne til å kunne brukes i arbeid med fatigue ved ervervet hjerneskade. Modellen er fritt gjengitt i denne artikkelen etter tillatelse av hovedforfatter. Se figur 2.

OPPLEVELSE AV FATIGUE

Her er formålet å få pasienten til å sette ord på sine utfordringer og hvordan fatigue påvirker hverdagen.



Figur 2: «A model to guide clinical management» (En klinisk modell for å forstå og håndtere fatigue etter ervervet hjerneskade). Malley, D., Wheatcroft, J. & Gracey, F. (2014). *Fatigue after acquired brain injury: A model to guide clinical management. Advances in Clinical Neuroscience and Rehabilitation, 14*, 17-19.

Innblikk i hvordan pasienten til nå har håndtert sine utfordringer, gir nyttig informasjon om pasientens grad av forståelse, innsikt og aksept av egen situasjon. Pasientens opplevelse og erfaringer gir føringer for den videre behandlingen.

Kartlegging og vurdering kan skje gjennom samtale med pasienten om hverdagslivet, eller ved å bruke et standardisert intervju. Bruk av *Canadian Occupational Performance Measure (COPM)* kan gi nyttig informasjon om hva som oppleves utfordrende. Pasientens motivasjon og ønsker må kartlegges. Eksempelvis kan pasienter ha mål som: «Jeg vil bli som jeg var før», «Om et halvt år ønsker jeg å være tilbake i delvis jobb», «Jeg ønsker å bli mer deltakende i barnas liv igjen», eller «Jeg ønsker å bli kvitt fatigue».

Følgende temaer kan eksempelvis være relevante i kartleggingen:

- perioder med fatigue før skaden
- forløpet av fatigue etter skaden
- døgnvariasjoner
- søvn mønster
- søvnighet på dagtid
- vanlig aktivitet
- trening
- spesifikke situasjoner der fatigue oppleves mer eller mindre fremtredende
- hvilke konsekvenser fatigue har for viktige gjøremål og aktiviteter
- samtidige stressorer i livet, eksempelvis livsfaseoverganger, endring av roller i hjem og på jobb, skilsmisse, dødsfall i nær familie osv.
- samtidige eller tidligere psykiske plager, eksempelvis angst og depresjon
- mestringsstro

- tidligere mestringerfaringer av sykdom og livsbelastninger

PERSONLIGE OG SKADERELATERTE SÅRBARHETSFAKTORER

I dette punktet inngår forhold som personlige faktorer, inkludert mestringsstrategier og tidligere (premorbid) sykdom, samt fysiske, kognitive og psykiske faktorer. Disse faktorene kan gi indikasjon for videre medisinsk og psykisk behandling. Derfor er det nyttig med en helhetlig tilnærming med et tverrfaglig behandlingsteam (Malley et al., 2014).

For å få en oversikt over hvilke faktorer som spiller inn på personens fatigue, kan man anvende selvrapporteringsskjemaet *Mental Fatigue Scale (MFS)*. MFS er utviklet for fatigue etter ervervet hjerneskade (Johansson, Starmark, Berglund, Rödholm & Rönnbäck, 2010). Skjemaet er ikke ergoterapispesifikt, men kan benyttes i en tverrfaglig utredning og helst i samarbeid med nevropsykolog og lege. Personen fyller ut skjema eller får bistand ved behov. Faktorer som inngår i selvrapporteringsskjemaet MFS, er: tretthet, initiativløshet, mental tretthet, mental gjenhenting, konsentrasjonsvansker, hukommelsesvansker, tanketreghet, varhet for stress (sårbarhet), økt følsomhet, irritabilitet eller «kort lunte», overfølsomhet for lys, overfølsomhet for lyd, redusert nattesøvn, økt søvn og døgnvariasjoner. I etterkant er det nyttig å snakke med pasienten om de ulike faktorene, da dette gir utfyllende informasjon om hvordan disse forholdene innvirker på pasientens liv. MFS kan gi en indikasjon om hvor uttalt fatigue den enkelte opplever. Det finnes en rekke kartleggings- og vurderingsverktøy for fatigue. Et av de hyppigst brukte instrumentene er *Fatigue*



Figur 3: Numerisk Rating Skala (NRS).

Severity Scale (FSS). Dette er et instrument av en mer generisk karakter som benyttes i kartlegging og vurdering av fatigue ved en rekke andre tilstander og diagnoser.

AKTIVITET OG TRIGGERE

For å identifisere forhold som trigger og utløser fatigue, anbefales en systematisk registrering av innholdet i dagen og de endringer i energien som forekommer (Malley et al., 2014). Hensikten er å bli bevisst variasjoner i tretthet og aktivitetsnivå og faktorer som påvirker dette. Loggføring kan gjøres ved hjelp av dagbøker og timeplaner hvor man registrerer opplevd energi før, underveis og etter aktivitet gjennom døgnet.

Av klinisk erfaring kan det være vanskelig å legge merke til hva som utløser trettheten. Pårørende kan hjelpe til med å gjøre pasienten oppmerksom på hva som gir tretthet, og bistå med registreringen. Graden av loggføring bør tilpasses den enkelte og ses i sammenheng med hva som er hensiktsmessig. Av klinisk erfaring anbefales én til to ukers loggføring. Det er verdt å merke seg at loggføringen kan ta energi.

KARTLEGGING MED KDA

«Kartlegging av dine aktiviteter» (KDA) er et kartleggingsredskap for systematisk registrering av hvilke aktiviteter hverdagen inneholder (Bonsaksen et al., 2015). Redskapet benyttes for å se sammenhenger i personens aktivitetsmønster. Personen fyller ut skjemaet for å få oversikt over hvilke aktiviteter som inngår i døgnet innenfor domeneene dagligliv, arbeid, fritid og hvile, samt registrerer tidsbruken innenfor hvert av disse. Skjemaet gir ytterligere mulighet for å registrere type aktivitet, mestringsgrad, verdi og motivasjon. Resultatet kan fremstilles i et visuelt diagram. Registrering av opplevd energi kan også føres inn.

REGISTRERING AV ENERGI MED NRS

Registrering av energinivået kan gjøres ved hjelp av Numerisk Rating Scale (NRS) (Schwartz et al., 2002), hvor man angir et tall fra 0 til 10 for opplevd grad av fatigue, der 0 står for uthvilt og 10 står for

utmattet. Registreringen synliggjør i hvilken grad aktiviteter tar eller gir energi, og hvordan energien endres i løpet av aktiviteten. Hvordan man erfarer energi etter hvile og søvn, vil også framkomme. Et alternativ til bruk av tallskala kan være fargekoder/smilefjes. Se figur 3.

KARTLEGGING MED UKEPLAN

Ved bruk av ukeplan ber man personen om å fylle inn hvordan en vanlig uke fremstår. Dette gir en oversikt over innholdet i uka. Ukeplanen bidrar dessuten til å gi et visuelt bilde av hva dagen til den enkelte er fylt med, eller eventuelt ikke er fylt med, jamfør bevissthet omkring tidligere nevnt passivitet og dekondisjonering. Pasienten registrerer opplevd energi, noe som er til hjelp for å dokumentere hva som erfares. Registreringen gir grunnlag for mulig justering av aktivitetsmengden.

ERFARINGSBASERT SAMTALE

I kartleggingen tas ytterligere en samtale med pasienten om hva som kan være årsak til trettheten, og hvordan trettheten påvirker ham eller henne i aktivitet. Dette kan være i etterkant av observasjoner som er gjort under testing, i fysisk aktivitet eller daglige aktiviteter, eksempelvis på kjøkken. Erfaringsvis rapporteres ofte økt mental anstrengelse, som kan gi behov for pause underveis i aktiviteten. Motoriske vansker gir ofte ytterligere tapping av energi. På den annen side er det også viktig å kartlegge hvilke aktiviteter som gir påfyll og energi.

SYN

For noen kan synet eller evne til visuell oppmerksomhet være endret etter skaden, hvilket kan ha innvirkning på utførelsen av aktiviteter, som igjen kan føre til at den enkelte blir raskere sliten. Kartlegging av synssansen er ofte en faktor som ikke blir undersøkt i samme grad som andre, og det er viktig å merke seg at endret og redusert syn kan tappe energi (Wilhelmsen, 2003). I observasjoner kan man undersøke hvordan pasientene bruker synet.

KOMPARENTOPPLYSNINGER

Komparentopplysninger fra pårørende kan være nyttige, både for supplerende observasjoner og erfaringer de har fra kontakt med pasienten, og for å få innblikk i de pårørendes forståelse av situasjonen og trettheten. Observasjoner og erfaringer gjort av pårørende i hverdagslivet hjemme, er ofte verdifulle og kan benyttes som grunnlag for å konkretise-

re tiltak for økt mestring av hverdagslige aktiviteter. Komparentopplysninger er dessuten viktige for å avdekke om problemene som erfares, er oppstått etter skaden, eller om de er en del av noe personen også har strevd med tidligere.

RESULTATET AV KARTLEGGINGEN

Kartleggingen har som mål å synliggjøre hva den enkelte person bruker sin tid og energi på, samtidig som det viser hvilke aktiviteter som tar og gir energi. Dette gir en ledesnor til hvilke endringer som bør gjøres. For mange kan dette være en prosess som går over tid. Prioritering av aktiviteter vil variere ut ifra alvorlighetsgraden av fatigue og forholdene pasienten lever under. En enslig tilværelse, for eksempel, stiller andre krav til prioriteringer enn en tilværelse som forelder med omsorgsansvar. Hvorvidt pasienten trenger å redusere eller øke enkelte aktiviteter, eller iverksette endringer i oppgavefordeling i hjemmet, må vurderes avhengig av hvilke roller og oppgaver som er essensielle for pasientens livskvalitet og funksjon.

Faste rutiner avlaster energibruk til stadig planlegging, som for mange er energikrevende. Ukeplan kan benyttes for å utarbeide en tilpasset plan for å etablere gode rutiner. En ukeplan gir struktur, oversikt og forutsigbarhet, og gjør at man lettere kan regulere innholdet i hverdagen etter behov.

OPPRETHOLDENDE OG BESKYTTENDE FAKTORER

Opprettholdende og beskyttende faktorer kan være funksjonsfremmende eller –hemmende og kan tenkes på som de forhold som former hvordan opplevelsen av fatigue blir møtt og håndteres. Både individuelle forhold ved pasienten selv, hjerneskaden og konteksten livet leves i, vil prege hvordan fatigueproblematikken håndteres. De individuelle forholdene kan dreie seg om personlige eller skaderelaterte sårbarheter eller ressurser hos den enkelte pasient. Kontekstuelle forhold legger også føringer for håndteringen av fatigue. Eksempler på slike faktorer kan være omgivelser, sosialt støtteapparat, økonomi, offentlig hjelpeapparat og andre faktorer i pasientens kontekst som bidrar til pasientens helhetlige ressurser og krav. Kontekstuelle faktorer som bosituasjon, nettverk og arbeidssituasjon kan påvirke på ulike måter. Det å delta i og være en del av et sosialt fellesskap fører med seg muligheter for støtte og samtidig andre utfordringer som må håndteres. Om pasienten bor

med sin familie, må man forholde seg til fordeling av hverdagens gjøremål. Det å bo alene med et begrenset nettverk kan gi andre utfordringer. Grad av åpenhet om egen situasjon kan virke inn på hvor mye forståelse og støtte personen får fra sine omgivelser, samtidig som måten forsøk på å åpne seg møtes på, også kan motvirke eller fremme hensiktsmessig åpenhet.

Bistand fra det offentlige og organisasjoner er en annen faktor. Hjelpen fra ulike instanser kan bidra med støtte, men kan også være en utfordring for enkelte pasienter å forholde seg til. Et eksempel kan være tiltak som gir hjelp til oppgaver personen selv ikke har kapasitet til å utføre, som renhold, handling, pass av barn og matlaging. Grad av tilgjengelighet til transport, butikker, offentlige tjenester og aktivitetstilbud kan være andre medvirkende faktorer.

UHENSIKTMESSIGE MESTRINGSSTRATEGIER SOM OPPRETHOLDER SÅRBARHET FOR FATIGUE

Denne delen av modellen vektlegger strategier og livsstil som bidrar til å opprettholde eller forsterke fatigue. En klinisk erfaring er at mange sammenligner seg med den de var før skaden og stiller uhensiktsmessige krav til seg selv. De sliter med å akseptere at de ikke har like mye energi eller like god kapasitet som tidligere. Grensesetting overfor seg selv og andre kan oppleves vanskelig. I dette inngår ofte underrapportering av opplevd fatigue. Det å ty til overforbruk av stimuli, som eksempel energidrikker, kaffe og te, for å kunne holde ut lenger, gir en «boom and boost»-håndtering av energien (Malley et al., 2014). Pasientene lytter ikke til kroppens signaler og holder på til de ikke lenger holder ut. Dette resulterer i at de føler seg mer slitne, kan oppleve økt smerte og må hvile lenger i etterkant for å hente seg inn igjen. Andre velger unngåelse av aktivitet som strategi, noe som kan føre til overstadig passivitet.

HENSIKTMESSIGE MESTRINGSSTRATEGIER SOM REDUSERER SÅRBARHET FOR FATIGUE

Dette punktet omhandler hva som kan være hensiktsmessig håndtering av fatigue. Hensiktsmessige tiltak kan være å lære om egen skade, tilpasse aktiviteter og bruke strategier og tilrettelegging for å kunne opprettholde funksjonsdyktighet, om enn i noe endret intensitet og mengde. Samtidig er det også viktig å vektlegge at det er nødvendig å lære seg å prioritere. Noen ganger er det viktig å prioritere sosialt samvær med venner, middag med sviger-

mor eller deltakelse i en fritidsaktivitet til tross for at man vet at dette kan være slitsomt. Ved slike tilfeller kan det være hensiktsmessig å tenke gjennom hva man kan gjøre på forhånd, underveis og etterpå for å håndtere trettbarheten, slik at den ikke vedvarer over tid.

Aktivitetsregulering og tilpasset fysisk aktivitet er erfaringsbaserte behandlingstiltak som ofte blir benyttet (Schillinger & Becker, 2015). Gruppebasert behandling gjennom psykoedukasjon kan lede til forståelse og innsikt i egen situasjon. Det er viktig med kunnskap og informasjon til pasientens nettverk, som pårørende, NAV, arbeidsgiver, studiesteder eller oppfølgende instanser i kommunen.

For å gi pasienten et språk for hvordan energien tappes og lades, kan metaforer eller bilder være nyttige. Det å sammenligne energien med batteriet på mobiltelefonen er for mange et gjenkjennelig bilde som kan brukes av pasienten for å forklare sin kapasitet for andre. Et viktig aspekt er å klare å legge merke til tegn og symptomer på tretthet før man er helt utladet, slik at man kan stoppe og gjøre tiltak for å hente seg inn igjen før batteriet er utladet.

Behandling og tiltak

Kartleggingen som gjøres med utgangspunkt i modellen, gir grunnlag for å lage en individualisert rehabiliteringsplan med den enkelte pasient. En sentral problemstilling i arbeid med fatigue vil være å finne en hensiktsmessig balanse mellom hvile og aktivitet for den enkelte. Formålet med dette er at den «batterikapasiteten» som pasienten har, skal benyttes på en funksjons- og mestringsfremmende måte.

Begrepet «hvile» kan representere både oppladning, avkobling og gjenhenting. Hva som oppleves som hvile, kan variere. Hvile og søvn er selvsagte «ladestasjoner», og arbeid med implementering av mikropauser, oppdeling av større arbeidsoppgaver og god søvnkvalitet er derfor viktig. Hvile bør likevel nyanseres og også tenkes på som noe bredere enn «fravær av aktivitet», da noen aktiviteter for enkelte pasienter paradoksalt nok kan gi opplevelse av økt energi selv om de kan være kognitivt eller fysisk krevende. Lystbetonte aktiviteter som fremmer mestring og glede, kan være eksempler på dette. Videre kan det være verdt å bemerke at aktiviteter som gir økt fatigue her og nå, også kan bidra til å bedre kapasiteten over tid. Eksempelvis vil tilpasset fysisk aktivitet kunne bidra til å opprettholde en god helse og forebygge sekundære tilleggsplager

som ytterligere vil kunne bidra til fatigue. For mye hvile og søvn over tid kan gi dårligere kapasitet, ettersom den fysiske funksjonsdyktigheten kan bli redusert.

Å lage realistiske tidsplaner og ta høyde for uforutsette ting vil kunne minske stress og redusere opplevd utmattelse. Planleggingsverktøyet «Goal-Plan-Do-Review» (GPDR) (Haskins, Cicerone & Trexler, 2012) kan være til hjelp. GPDR er et strukturert skjema til å planlegge utførelse av aktiviteter. Det å tenke gjennom logisk rekkefølge (trinn og framgangsmåte) av en aktivitet og hva som trengs av materiell eller utstyr for gjennomføringen, gir bedre oversikt i forkant av utførelsen. Det kan hjelpe personen til å være forberedt på uforutsette ting som kan inntreffe, og utarbeide en plan B. Evaluering i etterkant vil kunne gi økt innsikt og forståelse for nødvendige hensyn i ulike situasjoner. Fra å være en ytre strategi der man skriver ned mål og tiltak på et papir, vil GPDR ved gjentatt bruk kunne bli en integrert indre strategi som en innlært måte å tenke på inni eget hode.

MINDFULNESS

Mindfulness har vist seg å kunne ha en positiv effekt på fatigue (Ulrichsen et al., 2016). Fokus på tilstedeværelse «her og nå» vil kunne hjelpe enkelte til å unngå unødvendige tanker på hendelser eller situasjoner som tapper energi. Man må trene på å bruke metoden for at den skal være effektiv.

HJELPEMIDLER OG TILPASNINGER

- Forutsigbarhet og struktur kan skapes ved hjelp av whiteboard eller kalender med oversikt over dagens og ukas gjøremål hvor planlagt hvile inngår. Almanakk, kalenderfunksjon og eventuelt delt kalender på mobil kan brukes til å legge inn avtaler og organisere dagene. Dette kan redusere behovet for energitappende planlegging.
- Apper med avspenning, mindfulness og yoga kan ha en avstressende og energigivende effekt.
- Lyd- og lyssensitivitet går erfaringsmessig ofte hånd i hånd med fatigue. Det finnes ikke tydelige anbefalinger for hvordan man skal håndtere disse plagene (Callahan & Lim, 2018), og det er med varsomhet at man bør anbefale vern mot sanseinntrykk som en langsiktig strategi. Generelle anbefalinger kan være gradert eksponering for inntrykk gjennom den sansemodalitet pasienten er sensitiv for. Eksempel på hjelpemidler kan være formstøpte, lyddempende ørepropper og filterbriller.

Oppsummering og konklusjon

Fatigue er et fenomen som påvirker livskvalitet, funksjon og rehabilitering etter ervervet hjerneskade. Selv om det i dag ikke finnes objektive metoder for å måle fatigue, peker litteraturen mot at tilstanden er utbredt ved en rekke ulike diagnoser og tilstander, og at den får høyst reelle konsekvenser for pasientene som lever med disse problemene. En tverrfaglig tilnærming er ofte nødvendig, siden konsekvensene av fatigue favner en rekke funksjonsområder. Et helhetlig bilde av biopsykososiale sammenhenger er med på å gi en forståelse av hvilke elementer som kan påvirke situasjonen til pasienten, og vil kunne gi pasienten en anerkjennende bekreftelse på sin fatigue, samtidig som det skisseres måter å arbeide proaktivt med denne på. Det å identifisere og behandle samtidige somatiske eller psykiske helseplager vil alltid være sentralt i håndteringen av fatigue etter ervervet hjerneskade, og fordrer tverrfaglig samarbeid både i kartlegging, vurdering og behandling.

«A model to guide clinical management» kan være et nyttig redskap for klinikere i arbeidet med fatigue. Modellen hjelper til med å systematisere arbeidet og kan både være et redskap for den enkelte terapeut og i tverrfaglige samarbeid. Ytterligere kan den benyttes som et visuelt bilde i pasientbehandlingen. Forfatterens kliniske erfaring tilsier at valg av kartleggingsredskap må vurderes og tilpasses til den enkeltes utfordringer og ressurser.

Kunnskap, innsikt og bearbeiding av følelsesmessige endringer er viktige forutsetninger for å mestre og forholde seg til en endret livssituasjon. Det å legge til rette for erfaringer som gir tro på egen mestring, er sentralt. Strategier for å håndtere konsekvensene av fatigue gjør pasientene bedre i stand til å mestre hverdagen. Mange pasienter angir at møter med andre i samme situasjon bidrar til mindre ensomhet og normalisering av et symptom som for mange kan virke skremmende. Det at både pasienten selv og hans eller hennes nærmeste har fått forståelse for fatigue og et språk for plager som i utgangspunktet kanskje har virket u håndgripelige, synes å bety mye for mestringen av en hverdag med fatigue. Anerkjennelse av fatiguesymptomene fra andre synes videre å være viktig for personens evne til å mestre sine symptomer. Når det gjelder hensiktsmessige strategier og tiltak, har denne artikkelen omtalt dem forfatterne har mest erfaring med fra klinisk praksis. Det kan også finnes andre alternativer.

Det foreligger fortsatt lite forskning når det gjelder behandlingstiltak, og det gjenstår å se hva framtiden her vil frambringe av ny kunnskap og evidens på fagfeltet (Schillinger & Becker, 2015). Inntil det foreligger mer forskning på behandlingstiltak, kan konseptuelle modeller som den som er gjennomgått i denne artikkelen, bidra til å veilede klinikere i kartlegging, vurdering og behandling av den enkelte pasient med fatigue etter ervervet hjerneskade.

TAKK TIL

Gunnbjørg Aune, M.Sc. og ergoterapispesialist i somatisk helse; Anne-Margrethe Linnestad, M.Sc. og ergoterapispesialist i somatisk helse; og Anne-Marthe Sanders, M.Sc., ergoterapispesialist i somatisk helse og fagsjef i ergoterapi, for faglig veiledning gjennom skriveprosessen.

Referanser:

- Bonsaksen, T., Lund, A., Ellingham, B., Hussain, R., Meier, M. R. & Sveen, U. (2015). Norsk oversettelse og tilpasning av Occupational Questionnaire: Kartlegging av Dine Aktiviteter (KDA). *Ergoterapeuten*, 2015-2, 50-58.
- Callahan, M. L. & Lim, M. M. (2018). Sensory sensitivity in TBI: implications for chronic disability. *Current neurology and neuroscience reports*, 18(9), 56.
- Cantor, J. B., Ashman, T., Gordon, W., Ginsberg, A., Engmann, C., Egan, M., Spielman, L., Dijkers, M. & Flanagan, S. (2008). Fatigue after traumatic brain injury and its impact on participation and quality of life. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 23(1), 41-51.
- Cicerone, K. D. (2012). Facts, theories, values: Shaping the course of neurorehabilitation. The 60th John Stanley Coulter memorial lecture. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 93(2), 188-191.
- de Groot, M. H., Phillips, S. J. & Eskes, G. A. (2003). Fatigue associated with stroke and other neurologic conditions: implications for stroke rehabilitation. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 84(11), 1714-1720.
- Duncan, F., Kutlubaev, M. A., Dennis, M. S., Greig, C. & Mead, G. E. (2012). Fatigue after stroke: a systematic review of associations with impaired physical fitness. *International Journal of Stroke*, 7(2), 157-162.
- Eilertsen, G., Ormstad, H. & Kirkevold, M. (2013). Experiences of poststroke fatigue: qualitative metasynthesis. *Journal of advanced nursing*, 69(3), 514-525.
- George, E. & Engel, L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- Haskins, E. C., Cicerone, K. D. & Trexler, L. E. (2012). *Cognitive rehabilitation manual: Translating evidence-based recommendations into practice*: ACRM Publishing.
- Johansson, B., Starmark, A., Berglund, P., Rödhölm, M. &

- Rönnbäck, L. (2010). A self-assessment questionnaire for mental fatigue and related symptoms after neurological disorders and injuries. *Brain injury*, 24(1), 2-12.
- Khan, F. & Amatya, B. (2018). Management of fatigue in neurological disorders: Implications for rehabilitation. *The Journal of the International Society of Physical and Rehabilitation Medicine*, 1(2), 9.
- Kluger, B. M., Krupp, L. B. & Enoka, R. M. (2013). Fatigue and fatigability in neurologic illnesses: proposal for a unified taxonomy. *Neurology*, 80(4), 409-416.
- Kohl, A. D., Wylie, G., Genova, H., Hillary, F. & Deluca, J. (2009). The neural correlates of cognitive fatigue in traumatic brain injury using functional MRI. *Brain injury*, 23(5), 420-432.
- Krogstad, J. M. (2015). Hva er ervervet hjerneskade Hentet 20.08.2019 fra https://www.sunnaas.no/Documents/Brosjyrer/Hva_er_ervervet_hjerneskade.pdf
- Lerdal, A., Bakken, L. N., Kouwenhoven, S. E., Pedersen, G., Kirkevold, M., Finset, A. & Kim, H. S. (2009). Poststroke fatigue—a review. *Journal of pain and symptom management*, 38(6), 928-949.
- Lerdal, A., Lee, K. A., Bakken, L. N., Finset, A. & Kim, H. S. (2012). The course of fatigue during the first 18 months after first-ever stroke: a longitudinal study. *Stroke research and treatment*, 2012.
- Loge, J. H., Ekeberg, Ø. & Kaasa, S. (1998). Fatigue in the general Norwegian population: normative data and associations. *Journal of psychosomatic research*, 45(1), 53-65.
- Malley, D., Wheatcroft, J. & Gracey, F. (2014). Fatigue after acquired brain injury: A model to guide clinical management. *Advances in Clinical Neuroscience and Rehabilitation*, 14, 17-19.
- Ormstad, H. & Eilertsen, G. (2015). A biopsychosocial model of fatigue and depression following stroke. *Medical hypotheses*, 85(6), 835-841.
- Ormstad, H. & Eilertsen, G. (2017). Kanskje hun bare må ta seg litt sammen. Hentet 19.08.2019 fra <https://forskning.no/hjernen-kronikk-sykdommer/kronikk---kanskje-hun-bare-ma-ta-seg-litt-sammen/1164002>
- Pawlikowska, T., Chalder, T., Hirsch, S., Wallace, P., Wright, D. & Wessely, S. (1994). Population based study of fatigue and psychological distress. *Bmj*, 308(6931), 763-766.
- Ponsford, Schönberger & Rajaratnam. (2015). A model of fatigue following traumatic brain injury. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 30(4), 277-282.
- Ponsford, J.L., Ziino, C., Parcell, D.L., Shekleton, J.A., Roper, M., Redman, J.R., Phipps-Nelson, J. & Rajaratnam, S. M. (2012). Fatigue and sleep disturbance following traumatic brain injury – their nature, causes, and potential treatments. *The Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 27(3), 224-233.
- Schillinger, A. & Becker, F. (2015). Fatigue in patients following traumatic brain injury and stroke. *Tidsskrift for den Norske lægeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny række*, 135(4), 331-335.
- Schwartz, A.L., Meek, P., Nail, L.M., Fargo, J., Lundquist, M., Donofrio, M., Grainger, M., Throckmorton, T. & Mateo, M. (2002). Measurement of fatigue: determining minimally important clinical differences. *Journal of clinical epidemiology*, 55(3), 239-244.
- Stubberud, J., Edvardsen, E., Schanke, A.-K., Lerdal, A., Kjeve-rud, A., Schillinger, A. & Løvstad, M. (2017). Description of a multifaceted intervention programme for fatigue after acquired brain injury: a pilot study. *Neuropsychological rehabilitation*, 1-23.
- Ulrichsen, K. M., Kaufmann, T., Dørum, E.S., Kolskår, K.K., Richard, G., Alnæs, D., Arneberg, T.J., Westlye, L.T. & Nordvik, J.E. (2016). Clinical utility of mindfulness training in the treatment of fatigue after stroke, traumatic brain injury and multiple sclerosis: a systematic literature review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 7, 912.
- Van Zomeren, A. (1984). Attention deficits; The riddles of selectivity, speed and alertness. *Closed head injury, psychological, social and family consequences*, 74-107.
- Wilhelmsen, G. B. (2003). *Å se er ikke alltid nok: synsforstyrrelser etter hjerneskader og mulige tiltak*: Unipub.
- Wilson, B. A., Gracey, F., Evans, J. J. & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological rehabilitation: Theory, models, therapy and outcome*: Cambridge University Press.
- Ziino, C. & Ponsford, J. (2006). Vigilance and fatigue following traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 12(1), 100-110.

minitech
VARMEHJELPEMIDLER



Birgit Skarstein bruker varmegjelpemidler 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

«Hvilke områder kan jeg trumfe på?»

UTVIKLING AV FAGLIG IDENTITET HOS ERGOTERAPISTUDENTER

Av Simen Johnsen & Astrid Gramstad



*Simen Johnsen kommer fra Kiberg i Vardø kommune og jobber som ergoterapeut ved UNN Åsgård - Universitetssykehuset Nord-Norge.
E-post: Simen.johnsen1986@gmail.com*



Astrid Gramstad er førsteamanuensis ved bachelorprogrammet i ergoterapi, Institutt for helse- og omsorgsfag ved UiT Norges arktiske universitet.

Sammendrag

Ergoterapeuter som er trygge på sin faglige identitet, er gode ambassadører for faget, men det er forsket lite på utvikling av faglig identitet hos norske ergoterapistudenter. Formålet med denne artikkelen er å utforske hvordan ergoterapistudenter opplever utviklingen av faglig identitet, for å tydeliggjøre hvilke faktorer som fremmer eller hemmer denne utviklingen. Tre ergoterapistudenter i andre studieår deltok i en kvalitativ intervjustudie. Resultatene viser at studentenes forståelse av faget har utviklet seg siden første semester av studiet. Faglig identitet handler både om å forstå hva faget er, og definere hva det ikke er. Det kan være utfordrende å forklare ergoterapi til andre, men samarbeid med praksisveileder påvirker utvikling av faglig identitet. Gruppearbeid i studiet kan gå på bekostning av individuell faglig utforskning, samtidig som samarbeid i grupper anerkjennes som en viktig kilde til refleksjon og ny læring.

Nøkkelord: Ergoterapi, ergoterapifaglig identitet, kompetansetrekanten, profesjonsidentitet og profesjonell identitet, ergoterapistudenter

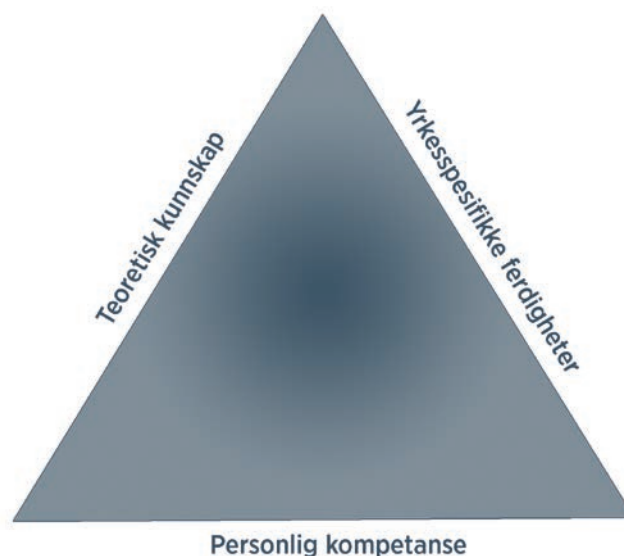
Det er ingen interessekonflikter tilknyttet dette manuskriptet.

Innledning

Curtin, Molineux og Mellson (2010) beskriver hvordan én av utfordringene for ergoterapeuter kan være å definere sin faglige identitet som ulik fra andre helsefaglige profesjoner. Gramstad og Nilsens (2016) artikkel viser at flere kommuneergoterapeuter strever med å kommunisere sin kompetanse.

Førsteforfatter er nyutdannet ergoterapeut og har erfart at både ergoterapeuter og ergoterapeutstudenter kan ha vansker med å definere og forklare sin faglige identitet og rolle. En konsekvens av en utydelig fagidentitet kan være en opplevelse av å være faglig undervurdert (Turner & Knight 2015) og er også assosiert med lavere jobbtilfredshet og høy stressfølelse (Edwards & Drette 2010). For studenter kan det gjøre at troen deres på studievalg svekkes, og i verste fall at de avbryter studiet. Dersom studentene etter endt utdanning trår inn i tilværelsen som utøvende ergoterapeuter, kan en utydelig faglig identitet skape usikkerhet omkring hva som forventes av ergoterapeuten i et tverrfaglig samarbeid med andre helsefaglige profesjoner. Det kan også påvirke måten andre yrkesgrupper oppfatter ergoterapeutens rolle på, og hvordan ergoterapeuten veileder framtidige studenter. Når flere utøvende ergoterapeuter sliter med å definere sin faglige identitet og kommunisere sin kompetanse, undrer vi oss over hvordan utvikling av faglig identitet oppleves for ergoterapistudenter. Vi fant ingen nasjonale studier som undersøker dette, men Ashby og kollegaer (2016) fant at praksisperiodene spiller en større rolle enn campusundervisning når det gjelder utvikling av profesjonell identitet. Det er likevel behov for mer forskning på dette området.

Faglig identitet er et sentralt begrep i de fleste utdanninger. Med henvisning til Ikiugo og Rosso beskriver Nymo (2015:66) at faglig identitet «er knyttet til en persons kompetanse innen et fagområde, og til at personen utfører oppgaver på en måte som viser ham selv og andre hvilken fagperson han er». Kompetanse kan forstås i sammenheng med *kompetansetrekanten*, som viser hvordan en samlet profesjonell kompetanse består av tre elementer: *teoretisk kunnskap*, *yrkesspesifikke ferdigheter* og *personlig kompetanse* (Skau 2011). Et eksempel på teoretisk kunnskap kan være samspillet mellom vilje, vane og utførelseskapasitet, som Kielhofner peker på. Profesjonsspesifikke ferdigheter kan være å bruke ergoterapeutiske kartleggingsverktøy, eksempelvis aktivitetsanalyse. Personlig kompetanse beskrives av Skau (2011:65) som «[...] *evnen til tilstedeværelse,*



Kompetansetrekanten viser hvordan en samlet profesjonell kompetanse består av tre elementer: teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse.

interesse for andre mennesker, empati». Det er de erfaringene, verdiene og holdningene som utgjør ergoterapeutens personlige identitet og hvordan denne kommer til uttrykk i arbeidet med mennesker.

Faglig identitet kan sees opp mot begrepene *profesjonsidentitet* og *profesjonell identitet*. Gramstad og Nilsen (2016) bruker disse begrepene med henvisning til Kåre Heggan i artikkelen sin for å diskutere kommuneergoterapeutenes utfordringer med å kommunisere sin kompetanse. Der profesjonsidentitet er en kollektiv faglig identitet, er profesjonell identitet den faglige forståelsen og identiteten hver enkelt ergoterapeut utvikler.

Ergoterapifaglig identitet kommer til uttrykk i yrkesutførelsen, som tydeliggjør tilhørigheten til faget, en samlet profesjonell kompetanse bestående av teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse. Fagidentiteten er sammensatt av profesjonsidentitet – en overordnet delt forståelse av faget, og en profesjonell identitet – den enkelte ergoterapeuts forståelse av sin rolle og sine oppgaver.

Formålet med prosjektet var å utforske utviklingen av den ergoterapeutfaglige identiteten hos ergoterapistudenter for å si noe om hvilke faktorer som kan fremme eller hemme denne utviklingen. Studentene er framtidige profesjonsutøvere som med stor sannsynlighet skal samarbeide tverrfaglig med andre helsefaglige profesjoner. Det er på utdanningen at den faglige identiteten først begynner å ta form, og det studentene opplever her, vil være

førende for utviklingen av deres fagidentitet i både positiv og kanskje negativ forstand. Problemstillingen for prosjektet er: *Hvordan opplever ergoterapistudenter utviklingen av sin faglige identitet?*

Utfra problemstillingen utarbeidet førsteforfatter følgende forskningsspørsmål: Hvilke faktorer fremmer eller hemmer utviklingen av faglig identitet? Hvordan har opplevelsen av faglig identitet utviklet seg hos studentene siden starten av studiet? Og hvordan opplevde ergoterapistudentene sin faglige identitet i relasjon til andre helsefaglige utdanninger?

Metode

For å få kunnskap om ergoterapistudenters opplevelse av utvikling av faglig identitet var det hensiktsmessig med individuelle intervjuer av ergoterapistudenter i sitt andre studieår. Andreårsstudenter er fortsatt i en faglig utvikling, samtidig som de i større grad har begynt å utvikle en faglig identitet. Alle studentene ble rekruttert fra samme utdanning og kull.

Deltakerne ble rekruttert fra en ergoterapeututdanning som bruker problembasert læring (PBL) aktivt i utviklingen av studieopplegg og som pedagogisk plattform. I det første studieåret gjennomgår studentene blant annet ergoterapiteori, fysiologi, anatomi, barns helse, aktivitet og deltakelse, og de gjennomfører en syv ukers praksisperiode. I det andre studieåret fordyper studentene seg i helse, aktivitet og deltakelse i ungdomstid, voksenliv og alderdom, samt gjennomfører en praksisperiode. Kreativt verksted er et pedagogisk opplegg for studentene tidlig i det andre studieåret. Her lærer studentene å anvende kreative uttrykksformer gjennom studentledede grupper (Jentoft og Mathisen, 2015).

Førsteforfatter utarbeidet et informasjonsskriv med mål og hensikt med prosjektet, samt at deltakelse var basert på frivillig og informert samtykke, at deltakerne kunne trekke tilbake sitt samtykke om de måtte ønske, uten å oppgi noen grunn, og uten at det ville få noen konsekvenser for dem. Mal til informasjonsskriv fra REK ble brukt (2019). Førsteforfatter informerte om prosjektet og distribuerte informasjonsskriv til potensielle deltakere i forkant av en av kullets obligatoriske undervisningsøkter. Av et kull på 23 studenter samtykket tre studenter muntlig til deltakelse. To av deltakerne hadde ergoterapi som førstevalg da de søkte om opptak, og én hadde annen høyere utdanning fra før av. Forskningsspørsmålene ble brukt som utgangspunkt for å lage intervjuguiden. Hensikten med intervjuene var

å løfte fram deltakernes opplevelser og erfaringer knyttet til fagidentitet, og se disse i lys av teoretiske perspektiv om ergoterapifaglig identitet.

Førsteforfatter planla og gjennomførte alle intervjuene samt tok notater underveis. Intervjuene ble ikke tatt opp på lydbånd, men førsteforfatter renskrev notatene umiddelbart i etterkant. Det ble avklart med Norsk senter for forskningsdata (NSD) at prosjektet ikke var meldepliktig til NSD fordi det ikke ble samlet inn personopplysninger. Redaksjonen i Ergoterapeuten har fått innsyn i denne korrespondansen.

Studien har svakheter som gjør at resultatene ikke kan generaliseres. Deltagerne i studien er rekruttert fra samme utdanning og samme kull, og vi kan derfor ikke si noe om hvorvidt deres erfaringer er særlig farget av dette. Fremtidige undersøkelser bør bestrebe seg på å rekruttere et mer variert uvalg. Videre er ikke intervjuene tatt opp på lydbånd, noe som har påvirket kvaliteten og etterprøvbareheten til materialet som ligger til grunn for analysen.

ANALYSE

Førsteforfatter gjennomførte en kvalitativ innholdsanalyse der han først gjorde en grov førstegangslesing der målet var å se hva som umiddelbart var slående med deltakernes utsagn, og om det var noen grove fellestrekk i det de sa. Etterpå ble sidene nærllest for å identifisere de meningsbærende enhetene. Ved å bruke prinsippene for tekstnær koding som beskrevet av Tjora (2012), kom førsteforfatter fram til de overordnede temaene som vil bli presentert i resultatet. Andreforfatter bidro med veiledning og med å stille kritiske spørsmål til temaene som utkrystalliserte seg i løpet av analyseprosessen.

Resultat

Analyseprosessen resulterte i fire hovedtemaer som på ulike vis tematiserer sentrale aspekter ved opplevelse av utvikling av ergoterapistudenters faglige identitet:

- Forståelse av ergoterapi som fag har utviklet seg siden første semester.
- Det kan være utfordrende å forklare hva ergoterapi er.
- Samarbeid med praksisveileder påvirker utvikling av faglig identitet.
- Gruppearbeid kan både hemme og fremme utvikling av faglig identitet.

Vi vil nå utdype hvert av disse temaene.

1) FORSTÅElsen AV ERGOTERAPI SOM FAG HAR UTVIKLET SEG SIDEN FØRSTE SEMESTER

Alle deltakerne opplever at forståelsen deres av ergoterapi som fag har utviklet seg siden de begynte på studiet. Fokuset på meningsfulle aktiviteter synes å være en viktig markør. På spørsmålet om hvilke erfaringer de har med å forklare hva de studerer til andre, svarer en deltaker at det var vanskelig i begynnelsen: «*[V]i driver med hjelpemidler og tilpasning*» pleide deltakeren å si, men halvveis i studiet har personen en bedre idé om hva ergoterapi er. «*Jeg forklarer at vi jobber med å få mennesker i aktivitet igjen, ikke bare som fjellturer og svømming, men daglige aktiviteter. Når du pusser tenner er det en aktivitet.*»

En deltaker trekker fram at fokuset på anatomi i første semester var forvirrende for utviklingen av faglig identitet. En annen deltaker beskriver hvordan vedkommende og andre på studiet hadde utfordringer med å se forskjellen på ergoterapi, fysioterapi og psykologi.

En faktor som bidrar positivt til forståelsen av faget, er de kreative verkstedene studentene blir introdusert for på andreåret av studiet. En deltaker deler sine erfaringer fra verkstedene:

«Jeg som person er verktøy i mitt eget arbeid, dette forstod jeg mer i andreåret, dette er viktig for å forstå hvordan du som ergoterapeut skal jobbe. Det er ikke bare teori, det er greit med erfaringer, men du må også bruke deg selv – du er den som påvirker behandlingen mest.»

Forståelsen av ergoterapi utvikler seg etter hvert som studentene får utforsket ulike perspektiver på aktivitet og tilegnet seg kunnskaper og ferdigheter knyttet til ulike aspekter ved ergoterapifaget, som anatomi, kreative aktiviteter og aktivitetsvitenskap. En forståelse av meningsfull aktivitet utkrystalliserer seg gjennom å nærme seg fenomenet aktivitet fra ulike perspektiv.

2) DET KAN VÆRE UTFORDRENDE Å FORKLARE HVA ERGOTERAPI ER

Deltakerne har til felles at de synes det er utfordrende å skulle forklare hva de studerer til andre. Et aspekt som løftes fram, er hvordan ergoterapi som fag er omfattende, med rom for flere definisjoner. På spørsmålet om hva som gjør det utfordrende å kjenne på trygghet i sin faglige identitet, svarer en deltaker at ergoterapi er så stort og bredt, det er ikke bare en spesifikk ting. En annen deltaker sier at

det kan være utfordrende å få «*det rette inntrykket [av faget]*», at faget er så mye mer enn «*at vi bestiller rullestol og rullator*».

Et gjennomgående tema er at ergoterapeutstudentene opplever at ergoterapi ofte forveksles med fysioterapi blant folk flest. En deltaker sier: «*Det er litt vanskelig. Familie som spør hva [det å studere ergoterapi] innebærer, lurer på om det er noe med fysioterapi.*» Midtveis i studiet, har flere av deltakerne funnet strategier for å forklare sin fagidentitet med særlige faglige markører:

«Vi har fokus på meningsfulle aktiviteter og aktivitetsbasert rehabilitering, ikke bare riktig trening, du trener ved å lage middag, med å hente posten, gå til butikken for å handle, bygge opp kroppens styrke på denne måten. Treningsstudio kan du gå på etterpå.»

En annen deltaker sier at personen ikke bare vil analysere hvordan pasienter beveger seg «*men bli kjent med dem, hvem de er og hva de gjør, hva de ønsker.*»

Å forklare hva ergoterapi er, kan også handle om å forstå hvilken rolle man har i pasientarbeidet. En deltaker har kjent på at rollen delvis kan overtas av andre profesjoner. Ønsket om å kjenne på noe som er særegent for ergoterapi, dukker opp i flere utsagn: «*Det kan virke litt diffust av og til – hva er min rolle, og hvilke områder kan jeg trumfe på i forhold til andre helsefaglige utdanninger?*» Deltakeren sier videre: «*[...] det føles som det vi kan mye om, kan andre også mye av*». En uklar rolleforståelse kan få konsekvenser for deltakerens opplevelse av tilhørighet i det tverrfaglige samarbeidet. En deltaker sier: «*Man opplever at dette ikke bare er mitt, da føler man at man forsvinner i det store hele.*»

Ergoterapi er et mangfoldig fag, som på den ene siden gir mange muligheter med tanke på spesialisering, arbeidsarenaer og tilnærminger. På den andre siden savnes en tydelig identitetsmarkør. Rullestol, rullator og andre tekniske hjelpemidler kan være en slik identitetsmarkør som er synlig og forståelig for andre, men ergoterapeutstudentene synes dette er for begrensende i forhold til den faglige identiteten og forståelsen som de utvikler.

3) SAMARBEID MED PRAKSISVEILEDER PÅVIRKER UTVIKLINGEN AV FAGLIG IDENTITET

Deltakerne har ulike erfaringer med veileder under første praksisperiode, men de er alle enige om at forholdet til praksisveileder i stor grad påvirker utviklingen av faglig identitet. En veileder som

reflekterer over sin arbeidsmetode, påpekes som svært nyttig. En deltaker sier at det var nyttig med en veileder som forklarte sin tankegang da hun jobbet med pasientene. En annen deltaker opplevde dårlig kommunikasjon og tar delvis skylden for det selv: «*Veilederen kunne mye, men det var vanskelig å kommunisere med ham. Fikk ikke stort læringsutbytte. Jeg visste kanskje ikke hva jeg skulle spørre om.*» Deltakeren opplevde å få bedre kontakt med en nyansatt ergoterapeut på praksisplassen, som involverte deltakeren aktivt i diskusjonen omkring fremgangsmåter i pasientarbeidet, noe som syntes å være lærerikt for deltakeren. Én deltaker sier:

«Veileder hadde god påvirkning, jeg fikk prøve masse og være aktiv. På de områdene følte jeg at jeg ble bedre. Hvis jeg kan sammenligne med andre studenter erfaringer som kanskje fikk gjort mindre [i praksis], fikk jeg litt boltre plass som hjelp veldig i den tidlige fasen.»

Boltre plass kan forstås som rom for å kunne vise seg fram og utvikle seg. Ergoterapistudentene vektlegger betydningen av å kunne prøve seg ut og øve seg for å utvikle sine fagspesifikke ferdigheter under kyndig og oppmerksom veiledning. I tillegg til selve utforskningen har kommunikasjonen med veileder stor betydning ved å begrepsfeste, artikulere og reflektere over ferdighetene i lys av teoretiske perspektiver.

4) GRUPPEARBEID KAN BÅDE FREMME OG HEMME UTVIKLINGEN AV FAGLIG IDENTITET

Deltakerne beskriver gruppearbeid som en nyttig form for læring og refleksjon, samtidig som dette kan gå på bekostning av individuelt arbeid og selvstendighet:

«Vi har for mye gruppearbeid denne høsten og for lite individuelt. Vi skal snart ut i [andre] praksis og da må vi stå på egne ben. Vi er ikke nok forberedt på grunn av stort fokus på gruppearbeid. Man har så mye fokus på gruppefremføringen, man får vist så lite av seg selv. Det kunne vært fint med en egen innlevering, vise hvordan man tenker selv.»

Gruppearbeidet som kilde til erfaringsdeling og felles refleksjon trekkes imidlertid også frem som positivt:

«I basisgruppene diskuterer vi spørsmål, prater om caser, hva vi vil gjøre. Her er det fint å høre andres erfaringer fra praksis, skape debatt rundt disse. Da føler jeg at jeg lærer. Det styrker identitet, egentlig.»

I gruppearbeid er det ikke alltid man kan bestemme hvem man skal samarbeide med. Én deltaker stiller seg kritisk til at de ikke har innvirkning på gruppesammensetningen, og hvordan dette påvirker læringsutbyttet:

«Vi er slengt inn i gruppe etter gruppe, resultatet kunne vært av mye høyere kvalitet, hadde vi bare kunnet valgt hvordan og hvem vi vil samarbeide med. Vi er litt for store grupper, der ikke alle kan ta like stor plass.»

Læringsmiljøet og arbeidsformer spiller inn i forhold til utvikling av faglig identitet ved at man kan utforske ergoterapifaget sammen med de andre studentene, men mye gruppearbeid kan også gå på bekostning av egen faglig fordypning.

Diskusjon

Prosjektet hadde som formål å undersøke ergoterapistudenters utvikling av faglig identitet for å forsøke å tydeliggjøre hvilke faktorer som fremmer eller hemmer denne utviklingen. De fire temaene er noe overlappende, og vil diskuteres opp mot hverandre der det er aktuelt.

Siden de startet på studiet, har deltakerne utviklet en utvidet forståelse av ergoterapifaget. Fra å bruke eksempler som deres sosiale nettverk og andre faggrupper vanligvis assosierer med ergoterapi, beskriver de også hvordan de arbeider med å få mennesker tilbake i aktivitet gjennom daglige aktiviteter. Med dette viser de en økt forståelse for prinsippene ved ergoterapifagets profesjonsidentitet, samtidig som de sier noe om hvordan de ut fra sin profesjonelle identitet kan arbeide ergoterapeutisk.

Sett i et historisk perspektiv er ergoterapi et relativt ungt fag sammenlignet med andre helsefaglige utdanninger. Det er en sammensatt disiplin med elementer fra både fysioterapi, psykologi, pedagogikk og samfunnsfag. Samtidig er det også et fag som etter et århundre med paradigmeskifter har utviklet et eget kunnskapsgrunnlag og en egen vitenskap, aktivitetsvitenskapen (Ness & Horghagen, 2017). Tuntland definerer aktivitetsperspektivet som «*[...] en forståelse for det dynamiske samspillet mellom person, aktivitet og miljø*» (2015:34). Ergoterapifaglig handler det om å få en forståelse av hvordan sykdom og/eller skade kan skape utfordringer i utførelse av ADL-aktiviteter (Tuntland, 2015).

Fokuset på anatomi i første semester kan være noe som vanligvis assosieres med andre helsefaglige

utdanninger, eksempelvis sykepleie og fysioterapi. I en tidlig fase kan dette gjøre at ergoterapifagets egenart oppleves som uklar, noe som kan hemme utviklingen av faglig identitet. Utfordringen vil da være å se hvordan den anatomiske kunnskapen er en del av det ergoterapeutiske kunnskapsgrunnlaget, ikke det som ene og alene definerer det. I deltakernes utsagn kan det leses en forståelse av at ergoterapi er mer enn kunnskap om fysisk trening og bevegelse. Å utvikle sin ergoterapifaglige identitet handler ikke bare om å forstå kjernene i faget man studerer. Det kan også handle om å skape en distanse til det som kjennetegner andre faglige identiteter, altså definere hva ergoterapi *ikke* er.

Deltakerne framhever nødvendigheten av å bruke seg selv som verktøy i pasientarbeidet og å bli kjent med pasienten for å forstå hvem de er, hva de gjør, og hva de ønsker å gjøre. Dette kan knyttes opp mot Skaus beskrivelse av personlig kompetanse. I et pasientsamarbeid bruker ergoterapeuten både personlig og terapeutisk kompetanse, noe som løftes fram i de kreative verkstedene studentene har deltatt på. Hensikten med disse er at studentene «[...] skal få kunnskap om og erfaringer med å planlegge og lede grupper» (Jentoft & Mathisen, 2015:83). Gjennom kreative uttrykk lærer studentene å utvikle sin terapeutiske kompetanse. Med henvisning til Freshwater, definerer Jentoft og Mathisen terapeutisk kompetanse som «*The process of the therapist evaluating the effect of her characteristics, values and practice in interaction with others, and the extent to which this brings development and insight for the client*» (2015:87). De kreative verkstedene framstår i så måte som nyttige for å utvikle personlig og terapeutisk kompetanse hos studentene, som fremmer utviklingen av den ergoterapifaglige identiteten.

Utfordringene med å forklare hva ergoterapi er, kan ha sammenheng med det en deltaker beskriver om å gi «*det rette inntrykket av faget*». Av utsagnet kan en tolke det slik at det finnes et feil eller mindre representativt inntrykk av faget. En av måtene Ness og Horghagen (2017:40) definerer ergoterapi på i vår nåtid, er at «*ergoterapeuter er eksperter på aktivitet og deltakelse og arbeider for at personer skal kunne mestre hverdagslivet og delta aktivt i samfunnet til tross for sykdom eller skade eller hindringer i samfunnet*». Deltakernes bruk av begrep som *meningsfull aktivitet* og *aktivitetsbasert rehabilitering* ligger tett opp til denne definisjonen og synes å være nyttige markører for å definere ergoterapi som annerledes fra fysioterapi. Derimot kan andre

markører, som å være en bestiller av hjelpemidler, bli for begrensende. Det oppstår dermed et spenningsforhold mellom profesjonsidentiteten og den profesjonelle identiteten, om hvilke av disse som vil gi et «mest rett» inntrykk for tilhøreren.

Slik praksisperiodene er organisert på studiet, etterstrebes det at studentene skal få erfaringer fra flere ulike områder ergoterapeuter kan arbeide på. Praksis på ulike arbeidsssteder kan påvirke ergoterapistudentens evne til å forklare hva ergoterapi er. Eksempelvis kan en student med praksis i kommunehelsetjenesten tilegne seg erfaringer med hjelpemidler og tilpasning av fysiske omgivelser, mens en student på en spesialpsykiatrisk avdeling for eldre får mer erfaring med kognitive tester og ADL-treninger. Studentene får en felles forståelse av profesjonsidentiteten, som er beskrevet slik av verdensforbundet for ergoterapeuter: «*The primary goal of occupational therapy is to enable people to participate in the activities of everyday life. Occupational therapists achieve this outcome by working with people and communities to enhance their ability to engage in the occupations they want to, need to, or are expected to do, or by modifying the occupation or the environment to better support their occupational engagement*» (WFOT, 2012). De ulike måtene studentene erfarer å jobbe praktisk på, vil likevel forme deres profesjonelle identiteter ulikt.

Deltakerne ønsker en bedre forståelse av hva som er bare deres, hvilke områder de kan «trumfe» på for ikke å forsvinne i det tverrfaglige samarbeidet. Å føle seg erstattelig og oppleve at ergoterapeutens oppgaver kan overtas av andre helsefaglige profesjoner, kan være hemmende for den faglige identiteten og skape usikkerhet, også hos andre parter i det tverrfaglige samarbeidet, omkring hva ergoterapeuters rolle er. Ved å få bygge opp sin profesjonelle identitet kan deltakerne føle seg tryggere i rollene som kommende ergoterapeuter og dermed tydeliggjøre og styrke yrkets og studiets status og verdi. Å være i et læringsmiljø med nysgjerrighet skaper en plattform for studentene til å artikulere kunnskapen sin og finne motivasjon til ny læring. Dette gjelder også for relasjoner med andre helsefaglige utdanninger. I sin masteroppgave om ergoterapistudenter i tverrfaglige studentteam, skriver Bugge (2015) at studentene opplevde nysgjerrighet fra andre helsefaglige profesjoner omkring hva en ergoterapeutstudent gjorde, og at dette styrket samarbeidet.

En australsk studie viser at 96 prosent av 319



Deltakerne i prosjektet gir uttrykk for at gruppearbeidet kan motivere til ny læring og utvikling av faglig identitet, men samtidig vil flere individuelle oppgaver gi dem anledning til å vise fram og teste ut sine tankemåter og forme sin profesjonelle identitet.

intervjuede ergoterapistudenter fra fem land anser praksisperioder for å være den mest betydningsfulle faktoren i utvikling av profesjonell identitet (Ashby, Adler & Herbert, 2016:238). En studie om hva som utgjør en god praksisplass, påpeker blant annet nytteverdien for studentene i å kunne observere veilederens arbeid og interaksjoner (Rodger et al., 2011).

Deltakerne i prosjektet hadde ulike erfaringer fra praksis, men det de framhever som positivt for utviklingen av faglig identitet, er at veiledere (eller andre ergoterapeuter) forklarte sin tankegang i pasientarbeidet, at studenten ble invitert med til aktivt å vurdere hva som skulle gjøres, og samtidig fikk rom til å kunne vise frem sin profesjonelle identitet. Å «forklare sin tankegang» i pasientarbeidet kan relateres til synliggjøring av taus kunnskap. Bundgaard og Bülow (2015:27) sier om aktivitetsanalysen som del av ergoterapeutens kliniske resonnering at «*analysen er en tankeproces, der kan foregår så automatisk, at ergoterapeuten ofte ikke er bevidst om denne færdighed, ligesom den heller ikke er synlig for vore samarbejdspartnere*». Synliggjøringen av taus kunnskap er viktig for å skape en arena der studenten aktivt kan delta i resonneringen, men også for ergoterapeuten for selv å være seg bevisst de faglige vurderingene som ligger bak en ergoterapeutisk intervensjon. Studenten i praksis skal etter hvert bli en utøvende ergoterapeut som kan ha egne studenter i praksis.

Å ha erfart positive læringssituasjoner i praksis kan dermed ha nytteverdi for studenten som framtidig praksisveileder.

Utviklingen av faglig identitet skjer også i samspill med andre studenter. Gjennom studiet jobber studentene i grupper med læringsoppgaver som tar utgangspunkt i problembasert læring. Disse oppgavene «[...] utformes slik at de i ulik grad simulerer situasjoner der kunnskaper blir anvendt og er i praktisk bruk» (Pettersen, 2011:64). Resultatet av arbeidet presenteres som et muntlig fremlegg for resten av studiegruppen.

Deltakerne i prosjektet gir uttrykk for at gruppearbeidet kan være en god kilde til refleksjon og motivere til ny læring og utvikling av faglig identitet. Samtidig savner de flere individuelle oppgaver, som gir dem anledning til å vise fram og teste ut sine tankemåter og forme sin profesjonelle identitet. Dette kan ha sammenheng med det Pettersen, med henvisning til Pintrich og Schunk (2011:45-46), skriver om ytre motivasjon for læring: Den «[...] skal gi en eller annen form for gevinst: å få ros fra læreren, å unngå å dumme seg ut, osv. – og ikke minst greie seg og helst gjøre det godt til eksamen». Selv om deltakerne trekker fram faglige diskusjoner i gruppearbeid som en motivasjonskilde til ny læring, kan for mye gruppearbeid også gjøre at de får mindre anledning til å prøve ut sin individuelle forståelse og tankegang. Kanskje er det behov for mer individuell boltreplass?

Konklusjon

Utviklingen av ergoterapifaglig identitet hos studenter er en prosess der studentene opplever å ha fått en økt faglig forståelse siden de begynte på studiet. Sentralt for denne forståelsen er både det å ha kunnskap om hva som er fagets profesjonsidentitet, og å ha klare meninger om hva ergoterapi ikke er. Utviklingen av ergoterapifaglig identitet handler om å få forståelse for sammenhengen mellom helse og aktivitet, samspillet mellom menneske, aktivitet og omgivelser, og dynamikken i dette samspillet. Det handler også om å få erfaring i å utøve faget under kyndig veiledning og å kunne bruke seg selv som et verktøy i behandlingen.

Studenter med en sterk faglig identitet har gode forutsetninger for å være gode ambassadører for faget og bli pedagogiske praksisveiledere i framtiden. Vi bør i størst mulig grad etterstrebe at praksisperioder blir fremmende, og ikke hemmende, for framtidige ergoterapeuters fagidentitet.

Kilder

- Ashby, S.E., Adler, J., & Herbert, L. (2016). An exploratory study into occupational therapy students' perception of professional identity. I: *Australian Occupational Therapy Journal*, 63, s.233-243. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12271>
- Bugge, E.F. (2015). «Rollen min ble mye viktigere enn jeg noen gang har opplevd før» - En kvalitativ studie av ergoterapistudenter i tverrfaglig studentteam» [Masteroppgave]. Tromsø: UiT Norges arktiske universitet. Tilgjengelig fra: <https://munin.uit.no>
- Bundgaard, K.M., & Bülow, C.V. (2015). Aktivitetsanalyse – en ergoterapeutisk kjernekompetanse. I: *Ergoterapeuten*, 3, s.26-34
- Curtin, M., Molineux, M., & Mellson, J.S. (2010). *Occupational Therapy and Physical Dysfunction – Enabling Occupation*. 6.utg. London: Churchill Livingstone Elsevier
- Edwards, H., & Dirette, D. (2010). The Relationship Between Professional Identity and Burnout Among Occupational Therapists. I: *Occupational Therapy in Health Care*, 24(2), s.119-129
- Gramstad, A., & Nilsen, R. (2016). Vi blir ikke brukt god nok – Kommuneergoterapeuters erfaringer med utfordringer i arbeid med brukere og andre faggrupper. I: *Ergoterapeuten*, 4, s.30-39
- Jentoft, R., & Mathisen, V. (2015). Kreativt verksted – en læringsarena for utforskning av terapeutisk kompetanse. I: Arntzen, C., Gramstad, A., & Jentoft, R. (red.), *Ergoterapi – mangfold og muligheter*, s. 83-103. Stamsund: Orkana Akademisk
- Ness, N.E., & Horghagen, S. (2017). Ergoterapi i hundre år. I: *Ergoterapeuten*, 60(5), s.36-42
- Nymo, A.V. (2015). Utvikling av ergoterapifaglig kompetanse og identitet i praksis. I: Arntzen, C., Gramstad, A., & Jentoft, R. (red.), *Ergoterapi – mangfold og muligheter* (s. 65-81). Stamsund: Orkana Akademisk
- Pettersen, R.C. (2011). *PBL – problembasert læring for studenter*. 2.utg. Universitetsforlaget AS: Oslo
- Regional Committees for Medical and Health Research Ethics. (2019). *Templates for Participation Information and Consent*. Tilgjengelig fra: https://helseforskning.etikk.no/frister/malforinformasjonsskriv?p_dim=34672
- Rodger, S., Fitzgerald, C., Davila, W., Millar, F., & Allison, H. (2011). What makes a quality occupational therapy practice placement? Students' and practice educators' perspectives. I: *Australian Occupational Therapy Journal*, 58, s.195-202. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00903.x>
- Skau, G.M. (2011). *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. 4.utg. Oslo: Cappelen Damm
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Turner, A., & Knight, J. (2015). A debate on the professional identity of occupational Therapists. I: *British Journal of Occupational Therapy*, 78, s.664-673. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1177/0308022615601439>
- Tuntland, H. (2015). *En innføring i ADL – Teori og intervensjon*. 2.utg. Kristiansand: Høyskoleforlaget
- WFOT. (2012). *About Occupational Therapy*. Tilgjengelig fra: <https://www.wfot.org/about-occupational-therapy>

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.



Ulike aktører og tjenesteyteres erfaringer med å samhandle på aktivitetshjelpemiddelområdet for barn og unge med funksjonsnedsettelser

EN STUDIE AV TJENESTEYTERES ERFARINGER

Av Svein Bergem & Eva K. Robertson



Svein Bergem er ph.d.-stipendiat ved Nasjonalt kompetansetjeneste for barn og unge med funksjonsnedsettelser og Nord universitet. Han har mastergrad i idrettssvitenskap og tilleggsutdanning innen fysisk aktivitet og funksjonshemming fra Norges idrettshøgskole. E-post: svein.bergem@vhss.no



Eva K. Robertson er professor i helsevitenskap ved Fakultet for sykepleie og helsevitenskap ved Nord universitet. Hun har doktorgrad i folkehelse med migrasjonsinnretning fra Karolinska Institutet i Stockholm. E-post: eva.robertson@nord.no

Ulike aktører og tjenesteyteres erfaringer med å samhandle på aktivitetshjelpemiddelområdet for barn og unge med funksjonsnedsettelser

Abstract

For children and youths with disabilities the access to adaptive equipment is crucial for inclusion in social activities, sport and play. Assistance by occupational therapists and physiotherapists, school representatives, coaches/leaders in sports clubs and representatives at NAV Centre for Assistive Technology is required in the assessment, training and follow-up. The study aims to describe and deepen our understanding of how these relevant actors experienced their work and collaboration to assist in the field of adaptive equipment. A qualitative study design was chosen, including 20 semi-structured interviews. The analysis is inspired by a phenomenological-hermeneutical approach. The findings described different responsibilities for the actors, indicating a hierarchical relationship between the actors. With increased bureaucratization and centralization, the therapists experienced that the dialogue and relation that facilitated the application process was weakened, as well as exchange of experience and knowledge with representatives at NAV. Occupational therapists and physiotherapists promoted a relational collaboration with kindergarten and school with exchange of competence and experience. School representatives could contribute more in the assessment and training with adaptive equipment because they observe and establish a relational trust with children and youths over time. The study concludes that there is a lack of comprehensive thinking related to the field of adaptive equipment. The collaboration seems fragmented and random.

Keywords: Adaptive equipment, professionals and voluntary actors, collaboration, dialogue, relation

Manuset ble mottatt 08.10 2018 og godkjent 07.07.2019.

Det er ikke uenigheter mellom forfatterne vedrørende rettigheter til artikkelen.

Innledning

Denne artikkelen undersøker hvordan ulike aktører/tjenesteytere erfarer sitt arbeid med og samhandling på området aktivitetshjelpemidler for barn og unge med funksjonsnedsettelse (til og med 30 år). Aktører/tjenesteytere er kommunale ergo- og fysioterapeuter, representanter i skolen (grunnskole og videregående skole), trenere/ledere i idrettslag og foreninger og representanter ved NAV Hjelpemiddelsentraler. Dette er aktører/tjenesteytere på ulike nivåer (offentlig og frivillig sektor) som har forskjellige roller, ansvar og oppgaver knyttet til aktivitetshjelpemidler for barn og unge med funksjonsnedsettelse (i det videre også omtalt som bruker eller brukere av aktivitetshjelpemidler) og deres foresatte. Samhandling forstås i denne sammenheng som et samspill, en gjensidighet der alle deltakerne erfarer seg som deltakere. Artikkelen er en utdyping og oppfølging av en landsdekkende spørreundersøkelse som kartla kunnskapsnivå knyttet til aktivitetshjelpemidler blant ulike aktører/tjenesteytere (Bergem, 2019). Studien viste at ergo- og fysioterapeuter, representanter i skolen og trenere/ledere er kjent med et begrenset utvalg av aktivitetshjelpemidler, men representerer og innehar ulike kunnskaper innen aktivitetshjelpemiddelområdet. Samtidig var det signifikante statistiske forskjeller, der kommunale ergo- og fysioterapeuter rapporterte mer overordnet kunnskap enn de to andre gruppene (Bergem, 2019).

I Norge er aktivitetshjelpemidler del av hjelpemiddelordninger og lov- og regelverk styrt av Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). NAV Hjelpemiddelsentralene har et overordnet, koordinerende ansvar for hjelpemidler i landets fylker. Å distribuere hjelpemidler i samsvar med NAVs lover og regler er deres administrative ansvar. NAV har dermed det generelle faglige, økonomiske og administrative ansvaret for hjelpemidler. I nasjonal sammenheng styrer de hva som skal utgjøre et nasjonalt utvalg av aktivitetshjelpemidler, og hvilken kvalitet de skal ha (Ravneberg, 2009; Ravneberg & Söderström, 2017).

NAV beskriver aktivitetshjelpemidler som hjelpemidler til fysisk aktivitet, trening, stimulering, lek og sportsaktiviteter utviklet for at personer med funksjonsnedsettelse skal kunne opprettholde og bedre motorisk og kognitiv funksjonsevne (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2015), samt delta i denne type aktiviteter alene eller sammen med andre (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2019). Eksempler på typiske aktivitetshjelpemidler er spesialsykler og utstyr til sittende alpint.

Solstad et al. (2015) argumenterer for at tverrs-ektoriell samhandling mellom ulike tjenesteytere er en forutsetning for at barn og unge med funksjonsnedsettelse skal kunne oppnå reell deltakelse og likeverdige muligheter. I NOU 2010:5 *Aktiv deltakelse, likeverd, inkludering. Et helhetlig hjelpemiddeltilbud* legges det vekt på at det er krevende å holde seg oppdatert på produkter og utviklingen på området, samt at aktivitetshjelpemidlene ofte må tilpasses brukerne individuelt. Kunnskap innen området aktivitetshjelpemidler er relatert til ulike nivåer fra (re)habilitering til hverdagsliv, systemer og praksiser, herunder hjelpemiddelssystemet, helsevesen og sosiale tjenester (profesjonelle og frivillige). Implementering av denne typen hjelpemidler involverer aktører/tjenesteytere både på individnivå og i tverrfaglige tjenester (Chmiliar, 2007). Aktivitetshjelpemiddelområdet er også et tverrfaglig og intersektorielt område som involverer fagfolk innen helsetjenester og sosiale tjenester på ulike nivåer, arbeidsgivere, samt representanter fra barnehager, skoler og frivillige organisasjoner. Alle disse aktørene bringer inn ulike kunnskaper og vil sannsynligvis møte personer med ulike typer aktivitetshjelpemidler (Bergem, 2019).

For barn og unge med funksjonsnedsettelse er relasjoner mangfoldige og komplekse fordi de er avhengige av flere voksne, for eksempel foreldre, lærere, assistenter, omsorgspersoner og terapeuter (Shimmel et al., 2013). I skolesammenheng viser Ravneberg og Söderström (2017) til viktigheten av samordnet innsats fra forskjellige aktører for å få til god bruk av hjelpemidler. De nevner utprøving, tilpassing, opplæring og vedlikehold av hjelpemidlene som forutsetninger for å kunne bruke utstyret på en funksjonell måte. Samtidig er det utfordrende å koordinere den samlede innsatsen til alle disse aktørene/tjenesteyterne, og hvem som har ansvaret for å koordinere samhandlingen, er vanligvis svært uklart (Ravneberg & Söderström, 2017). I prosessen med tildeling og oppfølging av hjelpemidler generelt viser NAV til at helsetjenesten i kommunene *har god erfaring med å utrede behov og å søke, og vil også kunne følge deg opp hvis du ønsker det. Har du behov for tilrettelegging eller hjelpemidler på skolen eller på arbeidsplassen, er det naturlig å ta kontakt med læreren, arbeidsgiveren eller bedriftshelsetjenesten der du jobber* (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2018). Oppfølging av hjelpemidler (elektriske rullestoler med tre eller fire hjul) ser ut til å være den delen av formidlingsprosessen som brukerne (18 år og eldre) er minst tilfreds med (Sund et al., 2013). En av årsakene til

dette kan være at den profesjonelle oppfølgingen av hjelpemidlene ofte er mangelfull (Sund et al., 2013).

Ulike aktører uttaler seg et sted fra når de taler (Meløe, 1997; Seikkula & Arnkil, 2005), det vil si med den arbeidsfunksjonen og rollen de har. Ståstedet påvirker hvor de befinner seg. De befinner seg aldri på nøyaktig det samme stedet og har ikke de samme erfaringene eller relasjonene til hverandre (Seikkula & Arnkil, 2005). Representanter ved NAV Hjelpemiddelsentraler observerer ut fra at de har en beslutningsmyndighet som er begrenset til å følge lover og regler innenfor et byråkrati. Kommunale ergo- og fysioterapeuter, representanter i skole og trenere/ledere observerer derimot ut fra de praktiske behov barn/unge har for utøvelse av ulike aktiviteter på de arenaene de representerer. Flere forskere hevder at å utøve profesjonalitet er å inkludere de ulike aktørenes bidrag og kommunikasjon mellom aktørene (Edvardsen & Holthe, 2013; Haugsgjerd, 2015). Seikkula og Arnkil (2005) mener at når man kommuniserer med hverandre, kan man ikke unngå å være i en relasjon til andre.

Dialog er viktig for relasjonen til den andre part (Hoel, 2015). Barnets / den unges verden blir i hovedsak prisgitt relasjoner og dialog med aktørene/tjenesteyterne, om de skal få, for dem, et best mulig aktivitetshjelpemiddel. De ulike aktørene/tjenesteyterne i studien har en plass eller relasjon i velferdssystemet og hjelpemiddelsystemet og har følgelig en definisjonsmakt de kan utøve overfor dem som har behov for aktivitetshjelpemidler eller støtte til å bruke denne typen hjelpemidler. Innenfor disse systemene vil det være et asymmetrisk forhold der aktørene/tjenesteyterne i de ulike praksisene vil ha definisjonsmakt overfor hverandre og barna / de unge. Spørsmålet er hvordan de ulike aktørene/tjenesteyterne utøver denne definisjonsmakten. Maktutøvelsen kan ha en form av dialog eller være monologiserende (en dialog som er «styrt») (Edvardsen & Holthe, 2013). I tillegg handler forståelsen av (aktivitets-)hjelpemidler om noe sammensatt, og om at forståelse blant ulike aktører på system- og individnivå er forskjellig (Ness, 2010).

Hensikten med denne studien er å beskrive og få en dypere forståelse for hvordan ulike aktører/tjenesteytere erfarer sitt arbeid og samhandling med andre aktører/tjenesteytere knyttet til prosessen med utredning, opplæring og oppfølging av aktivitetshjelpemidler for barn og unge med funksjonsnedsettelse og deres foresatte.

Studien tar som teoretisk utgangspunkt at ulike

aktører/tjenesteytere kan ha «blikk» for ulike behov og tiltak avhengig av de ulike perspektiver de har, «ser» og observerer ut fra (Meløe, 2012; Meløe, 1997; Edvardsen, 2013). Meløe (2012) hevder at det bare er de virksomheter man selv er godt fortrolig med eller har dypere erfaring med, man kan ha inngående forståelse av. «Blikkene» innbefatter kunnskap vi ikke alltid er bevisst (Meløe, 2012; Meløe, 1997; Edvardsen, 2013). Blikkene kan granske, bedømme, støtte og kommunisere uten ord. Dessuten kan vi ha blikk for menneskers situasjon (Hoel, 2015), men vi eller andre aktører/tjenesteytere kan ikke forstå eller ha samme forståelse som den eller de som skal bruke aktivitetshjelpemidler. Meløe (1997) og Haugsgjerd (2015) hevder at hvis vi som aktører ikke forstår den verden andre aktører handler innenfor eller med hensyn på, forstår vi heller ikke det andre aktører gjør. I denne sammenheng forklarer Meløe verden som ordningen av blant annet teknologi, andre aktører og regelverk, som aktøren praktiserer innenfor eller med hensyn på (Meløe, 1997). Denne artikkelen undersøker hvordan ulike aktører/tjenesteytere erfarer sitt arbeid med og samhandling på området aktivitetshjelpemidler for barn og unge med funksjonsnedsettelse.

Metode

Den foreliggende studien har en kvalitativ tilnærming. Studien er fenomenologisk grunnet i en livsfilosofisk tradisjon som utgår fra livet som det leves og erfares i møte mellom mennesker (Martinsen & Eriksson, 2009). Ut fra denne tilnærming bestreber vi i beskrivelsene etter å få øye på hverdagslige erfaringer som tilhører dagligspråket og derfor lett kan bli oversett (Martinsen & Eriksson, 2009). Gjennom beskrivelser søker vi en dypere forståelse av aktørenes/tjenesteyternes erfaringer av eget arbeid knyttet til aktivitetshjelpemiddelområdet, og samhandlingen aktørene/tjenesteyterne imellom. I studien har kvalitative intervjuer blitt gjennomført i form av individuelle intervjuer, fokusgruppeintervjuer og parintervju (Malterud, 2011; Kvale & Brinkmann, 2017).

UTVALG

Representanter fra NAV Hjelpemiddelsentraler og skoler, kommunale ergoterapeuter/fysioterapeuter og trenere/ledere i idrettslag og foreninger ble inkludert i denne studien. Disse fire gruppene av aktører/tjenesteytere representerer arenaer som spiller en sentral rolle i livene til barn og unge med funksjonsnedsettelse. De bistår i utredningsprosessen av aktivitetshjelpemidler og/eller i forbindelse

med opplæring og oppfølging ved bruk av denne typen utstyr på arenaer der aktivitetshjelpemidler kan være avgjørende for deltakelse i forskjellige aktiviteter. Trenere/ledere i idrettslag og foreninger er inkludert fordi idretten er den største frivillige organisasjonen i Norge, samt at dette er en arena der aktivitetshjelpemidlene naturlig kan bli brukt.

REKRUTTERING

Deltakerne ble rekruttert gjennom at de meldte seg som interesserte i å være deltakere via den nettbaserte landsdekkende spørreundersøkelsen som ble formidlet via e-post (Bergem, 2019). Totalt var det 61 aktører/tjenesteytere (13 trenere/ledere i idrettslag og foreninger, 16 representanter i skole og 32 kommunale ergoterapeuter/fysioterapeuter) som meldte seg som positive til å være deltakere i intervju (Bergem, 2019). I studien har vi valgt å se ergo- og fysioterapeuter som en felles gruppe, da ergoterapikompetanse ikke var en lovpålagt tjeneste i kommunene da studien ble gjennomført, og det ikke alltid er tydelig om det er ergoterapeut eller fysioterapeut som har hovedansvaret for aktivitetshjelpemiddelområdet. Det varierer fra kommune til kommune. Av de 61 ble det valgt ut 24 deltakere til intervju. Det var 15 av de 61 aktørene/tjenesteyterne som var menn, og seks av disse er deltakere i studien. Av de 24 utvalgte deltakerne var det tre som trakk seg, og fire som det ikke ble oppnådd kontakt med. Representantene fra NAV Hjelpemiddelsentraler ble rekruttert direkte gjennom henvendelse per e-post til alle landets NAV Hjelpemiddelsentraler. Det var totalt fem NAV Hjelpemiddelsentraler som meldte seg som interesserte i å delta i intervju, hvorav representanter fra tre ble valgt ut. Det vil si et totalt utvalg på 20 (se tabell 1).

Da deltakere til studien ble valgt ut, ble det lagt vekt på at informantene skulle dekke flest mulig landsdeler (nord, midt, vest, sør og øst) og mindre (< 5000 innbyggere), mellomstore (5000–20 000 innbyggere) og større kommuner (> 20 000 innbyggere). Utgangspunktet for studien var å gjennomføre intervjuene i informantens lokalmiljø. Ulike praktiske forutsetninger i forbindelse med reising gjorde at landsdelene nord og vest ble prioritert i mindre grad, noe som kan ha betydning for resultatenes overførbarhet. I tillegg var det få informanter som meldte seg fra mindre kommuner (< 5000 innbyggere). Deltakerne er i all hovedsak profesjons- eller praksisutøvere med lang erfaring (> 10 år), og som har jobbet med personer med funksjonsnedsettelse og hjelpemidler/

aktivitetshjelpemidler. Tabell 1 (neste side) viser en oversikt over de deltakerne som inngår i studien.

GENNOMFØRING AV INTERVJUER

Av de totalt 20 intervjuene er 17 individuelle intervju, to er fokusgruppeintervju (4–6 deltakere) og ett er parintervju (se tabell 1 neste side). Parintervjuet var planlagt som et fokusgruppeintervju, men på grunn av at en tredje person uteble, ble intervjuet gjennomført som et parintervju.

Deltakerne som ble valgt ut og ønsket å bidra, ble kontaktet to til tre uker før intervjuet for å gjøre nærmere avtale om gjennomføring av intervju. Deltakerne fikk deretter tilsendt nærmere informasjon om studien samt samtykkeerklæring. Alle intervjuene bortsett fra to ble gjennomført i deltakernes kommune. Disse to ble gjennomført som telefonintervju. Av de 18 intervjuene som ble gjennomført lokalt, ble ett gjennomført på en kafé og ett hjemme hos en av deltakerne.

Med representanter fra NAV Hjelpemiddelsentraler ble to av intervjuene gjennomført som fokusgruppeintervjuer og et som parintervju, ettersom en deltaker uteble (Kvale & Brinkmann, 2017). Alle intervjuene ble gjennomført som semi-strukturerte intervjuer. Intervjuene hadde en åpen tilnærming som la vekt på å la deltakerne snakke mest mulig fritt rundt temaene «Aktivitetshjelpemidler», «Kunnskap og kompetanse», «Regelverk og ordninger» og «Samhandling og oppfølging». Temaene ble utarbeidet i forkant av intervjuene som en støtte for å dekke viktige spørsmål. Temaguiden inneholdt enkelte sentrale spørsmål som «Hva mener du inngår i termen aktivitetshjelpemidler?» og «Hvilke erfaringer med samhandling har dere med andre aktører, både innad i kommunen og regionalt eller nasjonalt (når det gjelder utprøving, søknad og oppfølging av aktivitetshjelpemidler for barn og unge)?» Spørsmålene ble fulgt opp med oppfølgingsspørsmål som «Opplever du at denne type hjelpemidler krever noe mer eller annet av deg enn andre typer hjelpemidler?» eller «Kan du fortelle mer, gi et eksempel?».

Intervjuene er tatt opp på diktafon og hadde en varighet på 35 til 70 minutter. Det ene fokusgruppeintervjuet ble gjennomført i samarbeid med en kollega for et tematisk tilgrensende prosjekt. Alle de andre intervjuene er gjennomført og transkribert av førsteforfatteren av artikkelen.

ANALYSETILNÆRMING

Den analytiske tilnærmingen er en fenomenolo-

Aktør/Tjenesteyter*	Stilling/verv	Landsdel	Kommunestørrelse (antall innbyggere)	Antall brukere med aktivitetshjelpemiddel de følger opp
Mette	Ergoterapeut	Midt	< 5000	5–9
Marianne	Ergoterapeut	Midt	> 20 000	10–14
Inga	Ergoterapeut	Øst	> 20 000	10–14
Åse	Ergoterapeut	Øst	5000–20 000	> 20
Hilde	Ergoterapeut	Midt	5000–20 000	5–9
Hanne	Fysioterapeut	Sør	5000–20 000	10–14
Klara	Fysioterapeut	Midt	5000–20 000	Oppgir ikke et konkret antall
Line	Fysioterapeut	Nord	> 20 000	Har ikke oversikt
Magne	Fysioterapeut	Midt	> 20 000	15–20
May	Trener/leder	Øst	5000–20 000	Ingen
Nils Petter	Trener/leder	Midt	5000–20 000	Ingen
Jan Egil	Trener/leder og representant skole	Øst	> 20 000	Ingen i idrettslaget / flere på skolen, men oppgir ikke et konkret antall
Pia	Representant skole	Øst	5000–20 000	Ingen, tidligere fulgt 4 i mange år
Åshild	Representant skole	Øst	> 20 000	< 5
Åmund	Representant skole	Øst	> 20 000	Ingen, men fulgt flere for mange år siden
Åge	Representant skole	Øst	> 20 000	Mange, men oppgir ikke et konkret antall
Mildrid	Representant skole	Øst	< 5000	Mange, men oppgir ikke et konkret antall
NAV Hjelpemiddel-sentral 1	Tekniker/rådgiver, juridisk rådgiver og ergoterapeut/rådgiver	Utelatt for å ivareta anonymitet		**
NAV Hjelpemiddel-sentral 2	Ergoterapeut/faglig rådgiver, ergoterapeut/rådgiver, rådgiver vedtak, rådgiver vedtak og fysioterapeut/rådgiver	Utelatt for å ivareta anonymitet		**
NAV Hjelpemiddel-sentral 3	Fysioterapeut/rådgiver og fysioterapeut/rådgiver	Utelatt for å ivareta anonymitet		**

Tabell 1. Oversikt over inkluderte deltakere.

Vi har valgt å følge SSBs inndeling i kommunegrupper: <https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/gruppering-av-kommuner-etter-folkemengde-og-okonomiske-rammebetingelser-2013>.

* Deltakerne er omtalt med pseudonymer. Representantene fra NAV Hjelpemiddelsentralene blir omtalt som NAV Hjelpemiddelsentral 1, NAV Hjelpemiddelsentral 2, NAV Hjelpemiddelsentral 3, uavhengig av hvilken representant som uttaler seg.

**Ikke undersøkt.

Transkribert tekst	Undertema	Tema
<i>Hvis dette ikke ble bra eller ikke fungerer lenger så hender det jo at vi får leverandør oppover [for å bistå ved tilpassinger] som hjelpemiddelsentralen har betalt for.</i>	<i>Veiledning ved tilpassinger</i>	Dialog i samhandling
<i>[...] jeg opplever mer og mer at vi ikke får spille på lag med firmaene som egentlig sitter på spisskompetansen på hjelpemidlene [...]</i>	<i>Firmaene sitter på spisskompetanse om hjelpemidlene</i>	
<i>[...] det er ikke lenger noe Handikap[idretts]forbund lenger. Nå er det ned til særforbund, og det er mange som mener at det har smuldret litt opp i den omorganiseringen der. Det å prøve og komme inn i særforbundene med informasjon det er ikke så lett.</i>	<i>Dialog med særforbund og idrettslag</i>	

Tabell 2. Eksempel fra dataanalysen.

gisk-hermeneutisk tilnærming, inspirert av Martinsen og Eriksson (2009), Malterud (2011) og Kvale og Brinkmann (2017). Vi fokuserer på grundige eller nøye beskrivelser av fenomen som er i fokus i studien. Det innebærer å beskrive hva som viser seg, og formulere temaene i verbform (Lindseth & Norberg, 2004). De hverdagslige erfaringene blir lett oversett, fordi de tilhører dagligspråket og kan ses som førvitenskapelige (Martinsen & Eriksson, 2009). I dagligspråket er ord og beskrivelser lette og kan bevege seg inn i ulike sammenhenger. Ordene kan inneholde motsetninger avhengig av konteksten. Det vitenskapelige språket med rasjonelle konstruksjoner kan derfor distansere oss og gjøre at vi kan overse erfaringer (Martinsen & Eriksson, 2009). I tillegg forsøker vi hermeneutisk å tolke aspekter av fenomener som sjelden blir beskrevet eller tatt hensyn til, i tråd med hva Malterud (2011) fremhever. Det vil si å belyse viktige, men ofte glemte dimensjoner av menneskelig erfaring som i denne studien retter oppmerksomhet mot forskjellige aktører/tjenesteyteres samhandling knyttet til aktivitetshjelpemidler. Vi vil videre forklare hvordan vi arbeidet med analysen av de empiriske dataene.

I den første analysefasen ble alle 20 intervjuene lest flere ganger for å danne et helhetsinntrykk av hvert intervju og hele datamaterialet. Fokus var på erfaringer fortalt med deltakernes dagligspråk som fremkom i beskrivelsene, for å få øye på det som lett oversees (Martinsen & Eriksson, 2009). Underveis i gjennomlesningen kom det fram seks foreløpige temaer (andre fase). Deretter ble meningsenheter hentet ut fra transkripsjonene (Kvale & Brinkmann, 2017; Hoel, 2011). Selv om det er førsteforfatter som har gjennomført og transkribert intervjuene, har begge forfattere lest og analysert transkripsjonene, både

hver for seg og sammen under prosessen. I tillegg var begge forfatterne opptatt av deltakernes beskrivelser av erfaringer, samt av å se etter dynamikken i erfaringene deres knyttet til aktivitetshjelpemidler. Det var bevegelser fra helhet (transkribert tekst) til del (meningsenheter) og som ble avsluttet i det helhetlige. Det vil si helhetlig tekst og del som meningsbærende enheter. I denne prosessen ble tema og subtema utledet. Prosessen med å utlede tema og subtema var en tidkrevende og felles prosess med refleksjon og livlig diskusjon frem til felles beskrivelser.

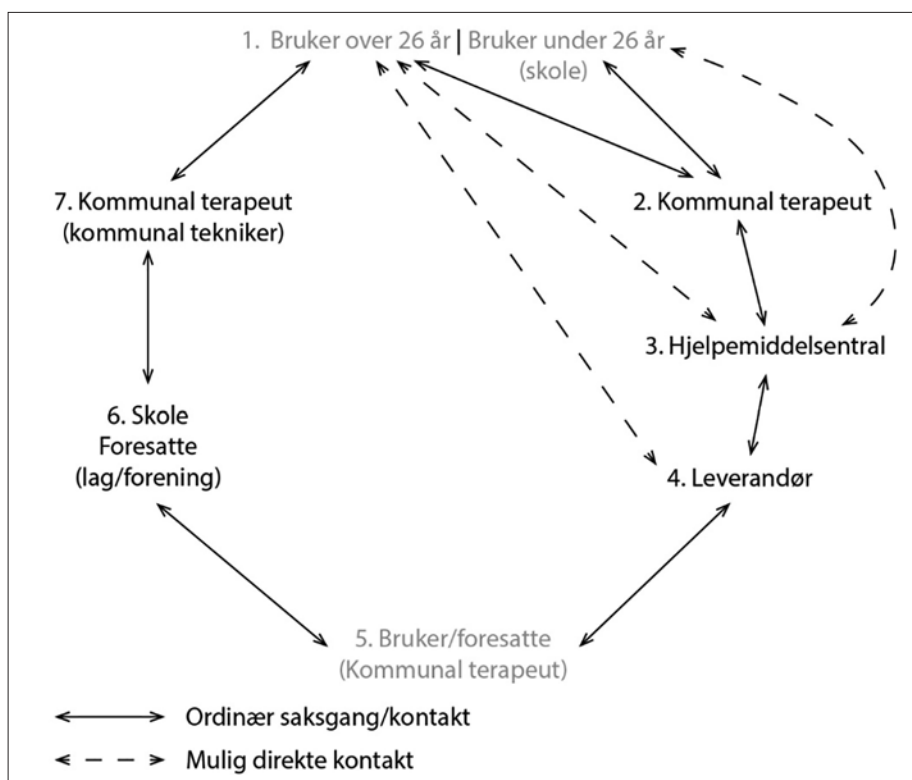
De ulike aktørene/tjenesteyterne blir omtalt og sett fra forfatterne av artikkelen sitt sted å se fra. Ut fra den teoretiske tilnærmingen er det derfor viktig å betone at analysene og tolkninger også vil være preget av hvor vi ser ifra (Meløe, 2012; Meløe, 1997; Edvardsen, 2013). Tabell 2 viser eksempel på steg 3 og 4 i dataanalysen.

FORSKNINGSETISKE VURDERINGER

All informasjon er behandlet uten direkte identifiserbare opplysninger. Forskningsprosjektet er vurdert og godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Deltakelse fra representanter ved NAV Hjelpemiddelsentralen er godkjent av NAV Styringsenheten og med vedtak fra Sikkerhetsseksjonen i IKT-avdelingen i Arbeids- og velferdsdirektoratet.

Resultat

Figur 1 (neste side) viser en forenklet framstilling av hvordan aktørene/tjenesteyterne i denne studien konkret forteller at de erfarer ulike aktørers/tjenesteyteres roller og samhandling knyttet til prosessen med utredning, opplæring og oppfølging på aktivitetshjelpemiddelområdet. Figur 1 beskriver saksgan-



Figur 1. Prosessen før og etter tildeling av aktivitetshjelpemiddel.

gen på området og hvilke aktører/tjenesteytere som har kontakt i forbindelse med denne prosessen. I hovedsak omhandler figurens nivå 2, 3 og 4 aktører/tjenesteytere som omtales som sentrale i utredningen av barn/unges behov for aktivitetshjelpemidler, og opplæring i bruken av hjelpemidlene. Nivå 6 og 7 er sentrale når det gjelder oppfølging etter at barna / de unge har fått tildelt aktivitetshjelpemiddel. I denne artikkelen inngår aktørene/tjenesteyterne på nivåene 2 og 7, 3, 4 og 6. Nivåene 1 og 5 (barn/unge og foresatte) vil bli nærmere presentert i en egen studie.

Tabell 3, som bygger på figur 1, tar utgangspunkt i hvordan deltakerne i studien erfarer og beskriver rollene i prosessen med utredning, opplæring og oppfølging. Videre viser tabell 3 en kortfattet og skjematisk beskrivelse av ulike aktørers/tjenesteyteres rolle i ansvars- og samhandlingsprosessen knyttet til aktivitetshjelpemidler.

I analysene fremkom følgende temaer med tilhørende subtemaer; «**Å få til dialog i samhandling**», *Å veilede ved tilpassinger*, *Å kommunisere ved utlevering*, *Å bruke firmaene som sitter på spisskompetanse om hjelpemidlene*, *Å samarbeide med særforbund og idrettslag*, *Å tilegne seg kunnskap fra brukere av aktivitetshjelpemidler* og «**Å se betydning av relasjoner i samhandling**», *Å arbeide med utredning og søknader*, *Å vurdere aktivitetshjelpemidler sammen*, *Å spille på lag for aktiv bruk*

av aktivitetshjelpemidler, *Å ha ansvar for opplæring og oppfølging*.

De to temaene kan betraktes som at de supplerer hverandre og viser den kompleksitet som kom frem gjennom aktørenes/tjenesteyternes erfaringer. Videre redegjøres det for de ulike aktørenes/tjenesteyternes opplevelser og erfaringer knyttet til de aktuelle temaene og subtemaene.

Å få til dialog i samhandling

I forbindelse med temaet *Å få til dialog i samhandling* uttrykker de ulike aktører/tjenesteytere betydningen av og utfordringer med dialog relatert til aktivitetshjelpemiddelområdet.

Å VEILEDE VED TILPASSINGER

Kommunale ergo- og fysioterapeuter fortalte at når det skal gjennomføres eventuelle tilpassinger (og utprøvinger og opplæring), skal det skje i dialog med NAV Hjelpemiddelsentralen. De fortalte videre at NAV Hjelpemiddelsentralen avgjør om det skal skje inne på NAV Hjelpemiddelsentralen eller i barnets / den unges lokalmiljø, og om leverandør skal bestilles for å utføre tiltaket med barnet/den unge. [...] Hvis dette ikke ble bra eller ikke fungerer lenger så hender det jo at vi får leverandør oppover [for å bistå ved tilpassinger] som hjelpemiddelsentralen har betalt for (Hilde, ergoterapeut).

Terapeutene i kommunene fortalte at ved tilpassin-

Aktørgruppe	Ansvar/rolle
1./5. Brukere og foresatte* (skole)	<ul style="list-style-type: none"> • ønske om aktivitetshjelpemiddel • at det blir søkt på aktivitetshjelpemiddel • betale egenandel (etter fylte 26 år**) • bruken av aktivitetshjelpemidlet • alminnelig vedlikehold
2./7. Kommunale terapeuter (kommunal tekniker)	<ul style="list-style-type: none"> • kartlegging/utredning • søknadsskriving • forholde seg til regelverk og rammeavtaler*** • utprøving og tilpassing • samhandle med andre aktører/tjenesteytere • opplæring og oppfølging
3. NAV Hjelpemiddelsentralen	<ul style="list-style-type: none"> • søknadsbehandling • vedtaksbeslutning • utprøving, tilpassing og opplæring • utlevering • aktivitetsdag • leverandørinvolvering • samhandle med kommunal terapeut • kvalitetssikre/styre tiltak
4. Leverandør	<ul style="list-style-type: none"> • utlevering • utprøving, tilpassing og opplæring • samhandle med NAV Hjelpemiddelsentraler og kommunal terapeut • samhandle med bruker og foresatte
6. Skole Foresatte (Lag og forening)	<ul style="list-style-type: none"> • oppfølging i bruk av aktivitetshjelpemiddel • samhandle med bruker og foresatte • samhandle med NAV Hjelpemiddelsentraler og kommunal terapeut • kartlegge/observere

Tabell 3. Ansvar- og samhandlingsprosessen knyttet til aktivitetshjelpemidler.

* Representanter ved NAV Hjelpemiddelsentraler og kommunale terapeuter nevner at bruker og foresatte selv har et ansvar når de får utlevert et aktivitetshjelpemiddel, for eksempel at aktivitetshjelpemidlene de har, er i alminnelig stand (forsvarlig lagring og oppbevaring etc.). Vi går ikke nærmere inn på dette temaet, da dette ikke er hensikten med denne artikkelen.

** Les mer om AKT26-ordningen på: <https://www.nav.no/no/Person/Hjelpemidler/Hvor+trenger+du+hjelp/Dagligliv+og+fritid/aktivitetshjelpemidler-til-personer-over-26-%C3%A5r> (Hentet 05.10.2018).

*** NAV inngår rammeavtaler av ulik varighet med enkelte leverandører for ulike produktgrupper på hjelpemiddelområdet. Utvelgelsen av produktene skjer på basis av anbudsutlysning i henhold til «Lov om offentlige anskaffelser m.v.», og i samråd med et anskaffelsesteam (Prop. 51 L (2015-2016)). Hensikten med å etablere disse avtalene er å oppnå gunstig pris på hjelpemidlene og et hensiktsmessig nasjonalt sortiment (Bergem, 2017).

ger av aktivitetshjelpemidler er deres erfaring at dette foregår delvis etter veiledning fra leverandører eller fra NAV Hjelpemiddelsentralen. Dette erfarte terapeutene som betryggende. Samtidig opplevde terapeutene at det ikke er så ofte de får assistanse, verken fra leverandør eller NAV Hjelpemiddelsentralen. Ergo-/fysioterapeuter fortalte at det av og til trengs bistand fordi de ikke følte seg kompetente til å utføre jobben tilstrekkelig. [...] utlevering av hjelpemidler i hjemmet og rullatorer og alt sånn der det går sin gang. Det er ikke noe problem, men når vi kommer til det som virkelig er fag da sliter vi (Klara, fysioterapeut).

Å KOMMUNISERE VED UTEVERING

Flere av de kommunale terapeutene erfarte en mangelfull dialog i forbindelse med utlevering av akti-

vitetshjelpemidler til barnet / den unge etter at de hadde fått aktivitetshjelpemidlet innvilget. Flere av terapeutene fortalte om farlige episoder som følge av mangel på dialog ved utlevering av aktivitetshjelpemidler.

Aktivitetshjelpemidler har blitt levert ut uten å ha vært tilpasset barnet / den unge og dennes kropp, eller har vært farlig å bruke fordi de ikke har vært klargjort på en tilfredsstillende og forsvarlig måte. Enkelte terapeuter har flere ganger bedt om at de må kontaktes av dem som leverer ut aktivitetshjelpemidler når hjelpemidlene leveres ut. Fysioterapeuten Line fortalte: [...] vi har gitt tilbakemelding og bedt om [...] at vi skal ringes opp, ikke bare av familien, men av de som leverer ut hjelpemidlene, fordi at det av og til glipper.

Å BRUKE FIRMAENE SOM SITTER PÅ SPISSKOMPETANSE OM HJELPEMIDLENE

Terapeuter uttrykte at de i utredningsarbeidet er avhengige av å diskutere mulige tilpassinger, tilleggsgutstyr og andre småting med leverandør, ettersom de kjenner sine produkter. En ergoterapeut fortalte: *[...] jeg opplever mer og mer at vi ikke får spille på lag med firmaene som egentlig sitter på spisskompetansen på hjelpemidlene [...]* (Åse, ergoterapeut). Flere kommunale terapeuter fortalte om betydningen av dialog med leverandørene, og at de og leverandører utfyller hverandre. Terapeutene fremhevet betydningen av disse erfaringene både i utredningsprosessen med aktivitetshjelpemidler og i forbindelse med oppfølging og eventuelt nye eller ytterligere tilpassinger. I de tilfellene hvor dette forekommer, erfarer terapeutene at det fungerer godt, og at de og leverandør kommer frem til gode løsninger. Én fortalte: *[...] de [leverandør] kjenner sitt produkt og de har lært seg mulighetene til sitt produkt. Jeg kjenner min bruker og vet hva som må til der, og det pleier jo å utfylle hverandre [...]* (Inga, ergoterapeut). I tvilstilfellene erfarte de kommunale terapeutene prosessene som krevende. I dialogen med representant ved NAV Hjelpemiddelsentralen opplevde de klare signaler om at NAV ikke kommer til å innvilge det aktuelle aktivitetshjelpemidlet, eller at det stilles spørsmål om ulike begrensninger er tenkt gjennom. Terapeutene opplever til syvende og sist ikke å få være med å innvirke på / bestemme i prosessen. På den annen side erfarte representanter ved NAV Hjelpemiddelsentralen at de måtte gå opp til flere runder med kommunal ergo-/fysioterapeut med tanke på valg av aktivitetshjelpemiddel.

Å SAMARBEIDE MED SÆRFORBUND OG IDRETTSLAG

Representanter ved NAV Hjelpemiddelsentraler fortalte om ulike erfaringer når det gjelder samarbeid med enkelte aktører/tjenesteytere. De har ulik erfaring med samarbeid med særforbund i Norges idrettsforbund. Noen fortalte at de samarbeider om aktivitetsdager og kurs, eller at de ønsker samarbeid, mens andre opplever manglende dialog eller interesse fra særforbund sin side.

[...] det er ikke noe Handikap[idretts]forbund lenger. Nå er det ned til særforbund, og det er mange som mener at det har smuldret litt opp i den omorganiseringen der. Det å prøve å komme inn i særforbundene med informasjon, det er ikke så lett (NAV Hjelpemiddelsentral 3).

Det er forskjell på hva særforbund og trener/ledere i idrettslag og foreninger er opptatt av. Trenere/ledere som er deltakere i denne studien, fortalte at selv om de ikke hadde barn/unge med aktivitetshjelpemidler i sine idretter, så ønsker de å legge til rette og ta imot personer med funksjonsnedsettelse, både med og uten aktivitetshjelpemidler. *[...] det skal være en bakke for alle, og da må det faktisk være alle. Vi skal prøve å legge til rette for at alle sammen kan være der. Jeg håper også at vi får til ledsagerkurs for blinde i vinter, for det er også noe kretsen har snakket om (May, trener/leder).*

Å TILEGNE SEG KUNNSKAP FRA BRUKERE AV AKTIVITETSHJELPEMIDLER

Det var flere av aktørene/tjenesteyterne som fortalte at de har lært av og tilegnet seg kunnskap fra erfarne brukere av aktivitetshjelpemidler. Erfarne og aktive brukere (også ungdommer og foresatte) vet på bakgrunn av flere års bruk hvilke(t) aktivitetshjelpemiddel og eventuelt hvilke tilpassinger som er nødvendige for at de skal kunne bruke hjelpemidlene. *[...] han visste hva han trengte og vi kunne gå gjennom hva som er lurt og ikke lurt. Han var veldig tydelig på [det og] hadde nok kunnskap selv. Mer enn jeg hadde. Jeg har vel lært av ham (Åse, ergoterapeut).* Det var også representanter ved NAV Hjelpemiddelsentraler som tok med erfarne brukere inn i utprøvings- og tilpassingsaker med brukere med lite erfaring. De kunne da dele av sin kunnskap og erfaring og fungere som dialogpartner og rådgiver både for representanten ved NAV Hjelpemiddelsentralen og for brukerne som skulle prøve ut og tilpasse et nytt aktivitetshjelpemiddel.

Aktivitetsdagene som en av NAV Hjelpemiddelsentralene arrangerer, erfares også å føre med seg mer enn det som omhandler utprøving, tilpassing eller opplæring av aktivitetshjelpemidler. *[...] nye vennekonstellasjoner med å finne en treningskamerat eller en treningspartner, og familier som har blitt venner. [...] dem har et treffpunkt i forhold til det sosiale og knytter litt bekjentskap som også har betydning (NAV hjelpemiddelsentral 2).*

Å se betydning av relasjoner i samhandling

Dette temaet omhandler hvordan ulike aktører/tjenesteytere i studien erfarer og opplever relasjoner i samhandlingen i utrednings- og oppfølgingsprosessen knyttet til aktivitetshjelpemidler.

Å ARBEIDE MED UTREDNING OG SØKNADER

Kommunale terapeuter erfarte at det var enklere å kontakte leverandører tidligere med tanke på utprøvinger. Dette var før NAV Hjelpemiddelsentralen begynte å legge føringer for tiltakene som skal utføres i utredningsprosessen, og før prosessen ble mer byråkratisk og sentralisert. Men det var også enkelte terapeuter som erfarte dette som en effektiv prosess.

Tidligere erfarte terapeutene at kontakten med leverandørene var tidsbesparende. Dette med tanke på tiden det tok før barnet / den unge kunne få aktivitetshjelpemidlet, og at man kunne unngå unødvendige runder med opplæring etter at barnet / den unge hadde fått hjelpemidlet. En av fysioterapeutene fortalte om utprøving eller testing av aktivitetshjelpemidlene med barn/unge i forkant av søknaden: [...] *Det gir oss utfordringer. Det var mye lettere når vi kunne ringe direkte [til leverandørene] å få hjelp. Jeg tror nesten det blir dyrere også, fordi det blir så mange runder på ting [...]* (Hanne, fysioterapeut).

Kommunale terapeuter fremhevet erfaringer av å bli møtt med ulik forståelse av representanter på NAV Hjelpemiddelsentralers side når de søker på andre aktivitetshjelpemidler fremfor de som er først rangerte i rammeavtalene. Enkelte terapeuter hadde erfaring med at så lenge de har begrunnet godt hva som gjør at et annet aktivitetshjelpemiddel er valgt fremfor det først rangerte eller utenfor rammeavtale, så går søknaden som regel igjennom. Tidligere erfarte enkelte terapeuter at de kunne ringe og ha dialog med en rådgiver på NAV Hjelpemiddelsentralen som de opplevde å få en relasjon til. De erfarte at dette var en person de kunne drøfte søknadene og behovene til barn/unge med, mens nå skal alt sendes og styres fra sentralt nivå. [...] *Det blir jo en lang søknad. Du må jobbe veldig med argumentasjonen og være presis, og det tar veldig mye tid. Du skal kjenne brukeren veldig godt [...]* (Åse, ergoterapeut). Andre erfarte å bli møtt med mindre forståelse hos NAV Hjelpemiddelsentralen når det gjelder barnets / den unges interesser, og behovet for aktivitetshjelpemiddel ut fra for eksempel aktivitet og deltakelse, topografien hvor de bor, og ønsket bruk av hjelpemidlene. Representanter ved NAV Hjelpemiddelsentraler uttrykte samtidig at det i enkelte tilfeller hadde vært ønskelig at det ble valgt ut andre aktivitetshjelpemidler til rammeavtalene, nettopp for å dekke andre eller flere behov som barna/de unge måtte ha.

Så lenge det dekker funksjonen til brukeren så

går vi ofte ut over rammeavtalen og nedover på rangering, og vi går over på dispensasjon, men det er jo noe med at vi strengt tatt ikke skal dekke den optimale løsningen. Den skal være hensiktsmessig og samtidig den enkleste og rimeligste [...] Vi er jo ute etter å få et funksjonelt produkt, så vi strekker oss både på individuell tilpasning og velger utenfor rammeavtalen. Det skal være funksjonelt (NAV hjelpemiddelsentral 3).

I tillegg fortalte representanter ved NAV Hjelpemiddelsentraler at når de er usikre på tiltak som skal iverksettes, eller om det skal fattes positivt eller negativt vedtak, kan det være at de møtes for å diskutere de aktuelle sakene. Representantene fortalte at de også har et landsdekkende vedtaksnettverk hvor de kan melde inn saker de er usikre på.

Å VURDERE AKTIVITETSHJELPEMIDLER SAMMEN

Kommunale ergo- og fysioterapeuter fortalte om sine positive erfaringer med relasjonen og samhandlingen med representanter i barnehage og skole. Dette gjelder både når det kommer til aktivitetshjelpemidler og tilrettelegging av aktiviteter generelt. De fortalte at skoler etterspør kompetansen til terapeutene, men også at terapeutene etterspør råd fra skoler som har lang erfaring med elever med aktivitetshjelpemidler. Fysioterapeuten Magne fortalte:

Vi har veldig tett samarbeid med skolene [...] vi går inn sammen med skolen og pedagogene på skolen og ser på hvilken type hjelpemidler som eventuelt kan være med å gjøre hverdagen lettere for barn [...] jeg ser på de som en del av de nærpå personer som er viktig for barn.

Representanter ved skoler som hadde lang erfaring knyttet til aktivitetshjelpemidler, uttrykte at denne erfaringen skulle kunne overføres og nyttiggjøres av andre skoler og aktører (bolig, lag/foreninger, etc.). De erfarte at deres dialog og relasjon til elever med aktivitetshjelpemidler over flere år gjør at de har mulighet til å følge og støtte elevene over tid.

[...] føler at skolen er en arena hvor man kan og bør jobbe veldig aktivt for å kartlegge elevenes ståsted. Hva man mestrer, hva man kan mestre med hjelpemidler, hva elevene kan ha glede av og nytte av. Mitt inntrykk er at når elevene er ferdig på videregående skole, så skal det litt mer til for å sette i gang sånne prosesser. [...] Jeg føler at skolen er det stedet hvor man kan sette inn et støt i forhold til å kartlegge hva eleven kan få til. [...] Det

avhenger av hvilken type hjelpemidler det gjelder og så ut fra det sette i gang slike prosesser. Jeg har inntrykk av at det i ettertid ofte blir litt vanskeligere (Åge, lærer).

Å SPILLE PÅ LAG FOR AKTIV BRUK AV AKTIVITETSHJELPEMIDLER

Ergo- og fysioterapeutene fra kommunene fortalte at de jobber tett sammen og samarbeider godt, ettersom de har kompetanse på forskjellige områder som utfyller hverandre. En ergoterapeut fortalte: *[...] folk skal ha et liv utenom å ta vare på de grunnleggende behov. En skal kunne delta både i skole og arbeid, men også i fritidsaktiviteter og fysisk aktivitet, og sosiale aktiviteter og hva som helst egentlig (Hilde, ergoterapeut).*

Ergo- og fysioterapeuter i mindre kommuner har erfaringer med at det er flere aktører/tjenesteytere som spiller på lag for å få barn og unge fysisk aktive gjennom bruk av aktivitetshjelpemidler. Dette var aktører/tjenesteytere fra habiliteringstjenesten, ergo- og fysioterapeutene, vaktmester, NAV Hjelpemiddelsentraler, idrettskrets og idrettslag. Ergo- og fysioterapeutene fortalte at samarbeidet med enkelte eller flere av de nevnte aktørene/tjenesteyterne er greit, men det kom også frem at det er noen man samarbeider bedre med enn andre. I tillegg påpekte enkelte av terapeutene at hvilke aktivitetstilbud og/eller aktivitetshjelpemidler som introduseres for barn/unge, er veldig avhengig av terapeutenes egen interesse og erfaring.

Jeg har inntrykk av at i barneskolen så er det veldig få som har idrettsutdanning, slik at de har ikke erfaring med å gradere [undervisningen]. Det melder de veldig fort tilbake, og der tror jeg fysioterapeutene kunne ha gjort en kjempejobb [...] (Åse, ergoterapeut).

Samtidig fortalte enkelte terapeuter at det i for liten grad er gode relasjoner i samhandling på tvers av profesjoner og praksiser der aktører/tjenesteytere benytter hverandres kunnskap til barnas/de unges beste.

Å HA ANSVAR FOR OPPLÆRING OG OPPFØLGING

Representanter fra NAV Hjelpemiddelsentraler fortalte at de gir opplæring i forbindelse med at barn/unge er på NAV Hjelpemiddelsentralen og har utprøving. Kommunale terapeuter hadde erfaring med at når de eller vaktmester kjenner til det aktuelle aktivitetshjelpemidlet, tar de opplæring med barn/unge, foreldre og assistenter. Ergoterapeuten

Mette uttrykte: *[...] hvis det er produkter som jeg kjenner til så er det jeg og hjemmевaktmesteren som tar opplæring her i kommunen.* Terapeutene fortalte videre at når de ikke hadde tilstrekkelig kjennskap til aktivitetshjelpemidlet, ble også leverandører koblet inn, eller at leverandør ga opplæring eller en gjennomgang ved utlevering hjem til barnet / den unge. Terapeutene fortalte også at ved enkelte av utleveringene er terapeutene med for å «spille» sammen med og lære av leverandører.

Flere av terapeutene erfarte usikkerhet når det kom til hvor langt deres ansvar går når det gjelder aktivitetshjelpemidler, og hva som ligger i deres oppfølgingsansvar. Noen terapeuter tar av og til kontakt med barn og unge med funksjonsnedsettelser eller foresatte for å høre hvordan det går, men de reflekterte over at de kunne være flinkere til å følge opp. Fysioterapeuten Hanne fortalte: *[...] vi kunne nok ha vært litt flinkere på å følge opp mer, for vi skriver jo på søknaden hvem som er oppfølgingsansvarlig i kommunen.* Andre terapeuter så det som en selvfølge å løfte sitt ansvar og følge opp barn og unge og deres aktivitetshjelpemidler. *Det synes jeg man skal gjøre med alle hjelpemidler. At man følger opp om det funker. Det er hovedsaken. [...] Kommunen er ansvarlig for å [...] kartlegge, vurdere og følge opp bruken (Åse, ergoterapeut).*

Flere av deltakerne omtalte representanter i barnehage, skole og skolefritidsordningen (SFO) som betydningsfulle aktører når det kommer til oppfølging av bruken av aktivitetshjelpemidlene. De reflekterte over at barna / de unge i større grad burde sikres lenger fysisk oppfølging med aktivitetshjelpemidlet enn til bare selve overleveringen av det. Dette for å bedre ivareta den videre bruken av aktivitetshjelpemidlet.

Representanter ved NAV Hjelpemiddelsentraler erfarte at ikke alle kommunale terapeuter er like kjent med det oppfølgingsansvaret de har. Ved en NAV Hjelpemiddelsentral uttrykte de:

[...] det er kanskje ikke alle som er like godt kjent med det oppfølgingsansvaret de har i forhold til den vurderingen de gjør av egnethet til bruker. [...] når de setter navnet sitt på søknaden, og søker på hjelpemidlet så har de ansvaret for og tatt ansvaret for at det faktisk er egnet (NAV Hjelpemiddelsentral 1).

Diskusjon

I analysene i denne studiens funn fremkom det at aktørene/tjenesteyterne erfarer sitt arbeid og sam-

handling med andre aktører/tjenesteytere utfra den dialog som er til stede eller ikke. Dialogen er tett knyttet til de relasjoner de får til i prosessene, og den samhandling som blir til når det gjelder utredning, utprøving, tilpassing, opplæring og oppfølging. Hver aktør/tjenesteyter erfarer sitt arbeid og samhandling utfra sitt sted å se fra og sitt «blikk». I diskusjonen vil vi reflektere omkring studiens sentrale funn med hjelp av den teoretiske tilnærmingen i studien. Først reflekterer vi omkring aktørene/tjenesteyternes sted å se fra og «blikk». Deretter hvordan aktører/tjenesteytere erfarer at systemer/organisering og rammebetingelser kan ha / har innflytelse på deres arbeid og samhandling. I tillegg diskuterer vi hvordan representanter ved skoler og i frivillige idrettslag og foreninger erfarte dialog og relasjoner vedrørende samhandling, og hvordan de mener det kan videreutvikles.

Aktørene erfarte at aktivitetshjelpemidler er et sammensatt og komplekst område å arbeide med. Utredning, tilpassing, opplæring, oppfølging og bruk av aktivitetshjelpemidler forutsetter mangfoldig kunnskap hos involverte aktører/tjenesteytere. En kartleggingsstudie viste at det er ulikt hva et aktivitetshjelpemiddel beskrives som blant kommunale aktører/tjenesteytere, og dermed hvilken kunnskap som trengs (Bergem, 2019). Dette forutsetter ulike kunnskaper, som kognitiv eller teknisk, men også en form for kroppslig kunnskap som er basert på et praktisk «blikk». Dette gjelder hos de som utvikler aktivitetshjelpemidlene, de som utformer ordninger og regelverk, og de som er aktører/tjenesteytere innenfor ulike praksiser.

De ulike aktørene/tjenesteyterne i denne studien har forskjellige rammebetingelser, funksjoner og erfaringer i utøvelsen av sin praksis eller profesjon. Ofte snakkes det om å få til en felles forståelsesramme, men forfatterne setter spørsmålstegn ved om dette er mulig. Derimot trengs en felles innsikt for barn/unges behov for optimale aktivitetshjelpemidler. Ulike betingelser blant aktører/tjenesteytere i praksisfeltet gjør at de mangler et dypere blikk i hverandres tilværelse (Meløe, 2012). Representantene ved NAV Hjelpemiddelsentraler har et blikk fra systemnivå – de observerer og taler med hensyn/fokus på det lov- og regelverket som er i systemet de er en del av (Edvardsen, 2013). Aktørene/tjenesteyterne i kommunen har et relasjonelt blikk – de observerer og taler ut fra at de har en relasjon til barn/unge og deres behov for aktivitetshjelpemidler til aktiviteter og deltakelse i hverdagen. Man kan si

at representanter ved skoler og trenere/ledere har et «praksis-utøvende» blikk. De ser bruken av aktivitetshjelpemidlene i aktiviteter i hverdagen. Det vil si det viser betydningen av at man som aktør må være bevisst om og kritisk reflektere over egen forståelse og blikket man ser med, stedet man ser fra, og perspektivet det gir (Meløe, 2012; Olsen, 2015). Samtidig vil det kunne være «blikk» som i en eller annen form utfyller hverandre (Meløe, 2012; Edvardsen, 2013). Ergoterapeuter og fysioterapeuter kan for eksempel ha «blikk» for tilpassing av aktivitetshjelpemidler, mens representanter i skolen og trenere/ledere kan ha «blikk» for å inkludere og tilpasse aktiviteter for barna og de unge som bruker aktivitetshjelpemidler i hverdagen (Bergem, 2019). Her kan det stilles spørsmål om det finnes felles arenaer hvor ulike aktører/tjenesteytere kan reflektere over hverandres praksiser og profesjoner, og hvem de er til for. Slike arenaer skulle kunne være med å bidra til å optimere bruk av aktivitetshjelpemidler for barn og unge med funksjonsnedsettelse.

De ulike aktørene/tjenesteyterne ser ikke det samme når de vurderer aktivitetshjelpemiddel til barn/unge med funksjonsnedsettelse. De har ikke en felles forståelse for hva som er henholdsvis optimale eller hensiktsmessige aktivitetshjelpemidler. Som aktør/tjenesteyter uten funksjonsnedsettelse kan man ikke kroppslig eller ut fra egen livsverden sette seg inn i barnets /den unges situasjon (Meløe, 1997). De som ikke har en funksjonsnedsettelse, er ikke kroppslig i stand til å fornemme eller se fra samme sted (Meløe, 2012). Deres forståelse er også ulik barnas / de unges forståelse av hva som på den ene siden er hensiktsmessige og på den andre siden optimale aktivitetshjelpemidler.

Polgar (2006) fremhever at det er viktig å stimulere til dialog med brukerne som raskt blir mer erfarne i bruken av hjelpemidlene enn tjenesteyterne selv. I funnene fremkom slike erfaringer blant terapeutene i kommuner, representanter ved skoler og ved NAV Hjelpemiddelsentraler. De streber etter i stor grad å lytte til barn/unge/foresatte når det søkes om aktivitetshjelpemiddel. Sett i et relasjonelt perspektiv og ut fra funnene i studien kan man tenke seg at kommunale tjenesteytere har fokus på hva som vil kunne være optimale løsninger for barn/unge/foresatte i deres hverdagsliv. Representanter ved NAV Hjelpemiddelsentraler fortalte at de er opptatt av hva som sees som hensiktsmessig når det gjelder å kvalitetssikre valg av løsning hvis det først rangerte aktivitetshjelpemidlet på rammeavtalen ikke er valgt. Sett i et slikt

perspektiv har representanter ved NAV Hjelpemiddelsentraler i oppgave å forvalte oppgaver og avtaler som er bestemt av det systemet de er en del av, og er derfor i større grad (implisitt) innrettet mot å skjerme systemet (Hedel, 2013). De skal blant annet være opptatt av lov- og regelverk, og å innvilge/velge aktivitetshjelpemidler som er hensiktsmessige, men samtidig de enkleste og rimeligste. De skal ikke innvilge/velge aktivitetshjelpemidler som er optimale, selv om de kanskje skulle ønske at de hadde mulighet til det. Utover dette kan vi se at andre forvaltninger og leverandørene sitter på en makt overfor NAV-systemet. Det kan for eksempel dreie seg om hvilken type sykler som er godkjent i henhold til veitrafikkloven, eller hvilke typer aktivitetshjelpemidler leverandørene velger å «selge inn» til NAV og deres rammeavtaler.

Med bakgrunn i erfaringene til aktører/tjenesteytere i denne studien kan det stilles spørsmål ved hvordan ulike ståsteder innvirker på samhandlingen. Dette vil, i tillegg til det hierarki som finnes i systemet/organiseringen, påvirke barn/unge/foresatte og deres muligheter for valg av aktivitetshjelpemiddel. Dessuten er det viktig å løfte frem den sosiale betydningen og deltakelselementet utover fritiden, noe som er mindre vektlagt i behandlingen av aktivitetshjelpemidler. I denne sammenheng vil det kunne gjelde sosial deltakelse i skole- og idretts-/sportssammenheng. Barn/unge/foresatte vil kunne være prisgitt hva rådgiver eller jurist ved NAV Hjelpemiddelsentraler har «blikket» sitt på (bevisst eller ubevisst) i en søknad (Edvardsen & Holthe, 2013; Meløe, 2012). NAV Hjelpemiddelsentraler vil ut fra sitt ståsted i så måte kunne ha en definisjonsmakt overfor barn/unge når det gjelder aktivitetshjelpemidler.

Det at kommunale ergo- og fysioterapeuter erfarte at deres dialog og relasjon til leverandørene i større grad kontrolleres av NAV Hjelpemiddelsentralene, medfører at terapeutene ikke får nyttiggjort seg kompetansen til leverandørene, og at leverandørene ikke kan bidra med sin kunnskap om de aktuelle aktivitetshjelpemidlene. Denne kontrollen risikerer å gi en hierarkisk relasjon og ha en monologiserende dialog overfor de kommunale ergo- og fysioterapeutene (Edvardsen, 2013). Til tross for at enkelte kommunale ergo- og fysioterapeuter så på oppfølging som selvfølgelig, var det flere både kommunale terapeuter og representanter ved NAV Hjelpemiddelsentraler som etterlyste en tydeliggjøring av hva oppfølgingsansvaret innebærer. Terapeutene uttrykte at de erfarte å ha god dialog og en relasjonell tillit til leverandørene og kunnskapen de har om sine hjelpemidler, og etterly-

ser denne assistansen. Det vil si at de vet at de ikke har det helt erfarne blikket, slik Meløe (2012) beskriver som det kyndige blikket. De er avhengige av hjelp fra leverandør i tilfeller hvor de med støtte fra vaktmester ikke er i stand til å se mulige løsninger knyttet til blant annet innstillinger, tilpassinger og oppfølging av ulike aktivitetshjelpemidler. Vi tolker det som at assistansen kommer i stand som følge av at de kommunale terapeutene selv tar grep. Tidligere erfarte de at de kunne spille på lag med leverandørene, noe som de erfarte var tidsbesparende og fordelaktig for brukerne. Ettersom flere av ergo- og fysioterapeutene nevnte vaktmester når det kommer til oppfølging av aktivitetshjelpemidler, kan det være en løsning de benytter, i stedet for å bruke leverandørene som de gjorde tidligere. Arbeids- og sosialdepartementet (2017) viser til bemanningsundersøkelser blant leverandører, som har vist at det nedbemannes blant personell som bidrar til tilpassing og opplæring i bruk av hjelpemidler, service og kompetanseoverføring. Arbeids- og sosialdepartementet (2017) poengterer at det kan være en utfordring dersom kompetansen hos leverandørene står i fare for å reduseres. Hyppige produktskifter og rullering av rammeavtalene kan også gjøre at NAV Hjelpemiddelsentralene og deres samarbeidspartnere i mindre grad klarer å bygge opp kompetanse på produktene før det kommer nye. Dette kan medføre at det blir brukt mer ressurser på opplæring internt og av eksterne aktører/tjenesteytere, og gjøre det krevende å bygge opp kompetanse om aktivitetshjelpemidlene.

De kommunale ergo- og fysioterapeutene trekker frem at relasjon og samhandling med barnehage og skole er en gjensidig utveksling av erfaringer knyttet til aktivitetshjelpemidler. Samtidig uttrykker representanter i skole og trenere/ledere at de er avhengige av dialogen med og relasjonen til de andre aktørene/tjenesteyterne når det kommer til hvor mye eller om de blir involvert i arbeidet knyttet til aktivitetshjelpemidler. Representanter ved skoler reflekterte over at de i større grad skulle kunne være en ressurs knyttet til kartlegging og opplæring av aktivitetshjelpemidler for barn/unge. De fortalte at de har mulighet til å følge og etablere en relasjonell tillit til barn og unge over flere år. Dette er i tråd med det Sollied (2013) påpeker om at det å lære å kjenne brukerens uttrykk krever at støttepersoner får mulighet til å bruke tid sammen med brukeren. De blir uansett en del av oppfølgingen når barn og unge med funksjonsnedsettelse bruker aktivitetshjelpemidlene sine i hverdagslivet, som i barneha-

gen, på skolen, på skolefritidsordningen (SFO) eller i frivillige idrettslag og foreninger.

Representanter ved skoler vil kunne ha et blikk for barn og unges behov og ønsker for bruk og opplæring i miljøer der aktivitetshjelpemidler naturlig blir brukt. For å forstå det andre aktører/tjenesteytere gjør, må vi utvikle vårt kyndige blikk (Meløe, 1997; Meløe, 2012). Vi kan ikke rette blikket kun mot den andre aktøren/tjenesteyteren, men må også fokusere på stedet en selv ser fra, og rette blikket mot det aktøren/tjenesteyteren retter sitt blikk mot. Et eksempel på dette kan være tilpassingen av et aktivitetshjelpemiddel til et barn. Solstad et al. (2015) fremhever at tverrsektoriell samhandling mellom ulike tjenesteytere er en forutsetning for at barn og unge med funksjonsnedsettelse skal kunne oppnå reell deltakelse og likeverdige muligheter. I tråd med dette kan det kreves et forbedret eller økt fokus på tverrsektoriell samhandling mellom ulike aktører/tjenesteytere knyttet til aktivitetshjelpemidler. Söderström (2012) fant at NAV Hjelpemiddelsentraler opplever at rammene og strukturene lærerne arbeider innenfor, påvirker om lærerne har mulighet til å utnytte/nyttiggjøre hjelpemidlene i skolehverdagen. Lærernes arbeidsforhold påvirker ikke bare undervisningen, men også elevenes læring og deres muligheter til deltakelse og inkludering (Wendelborg, 2010).

For å få innsikt i hverandres praksiser, profesjoner og handlinger trengs det dialog (Olsen, 2015). Hvis man tar utgangspunkt i at det vi som aktører forstår, når vi forstår det andre gjør, er den verden vi handler innenfor eller med hensyn til (Meløe, 1997; Haugsgjerd, 2015), kan det kreve en tettere relasjon og dialog mellom aktørene/tjenesteyterne enn hva som fremkom i denne studien. Edvardsen og Holthe (2013) påpeker viktigheten av dialog mellom aktørene, men også med barna / de unge, for å kunne bistå dem i å få tilgang til aktivitetshjelpemidler, og dermed oppnå sosial deltakelse.

Konklusjon

I denne studien har det kommet frem erfaringer der ulike kontekster, relasjoner og dialog(er) viste både gjenkjennelse og forskjeller som kan være overførbare til andre miljøer eller praksiser på området aktivitetshjelpemidler og oppfølging av barn og unge med funksjonsnedsettelse og deres aktivitets-hjelpemidler.

Manglende helhetstenking knyttet til aktivitets-hjelpemidler kan føre til begrensninger av barn eller unge med funksjonsnedsettelse sin deltakelse i

aktiviteter og sosiale sammenhenger, blant annet i skole- og fritidssammenheng. Helhetstenking inkluderer derimot innsikt om dialog og relasjoners betydning i samhandling, og bevissthet om eget og andres «blikk» og ståsted. Det innebærer at ulike aktører/tjenesteytere har en bevissthet om eget og andres «blikk» og ståsted når de samhandler om aktivitetshjelpemidler skal være optimale og/eller hensiktsmessige. Samhandlingen knyttet til aktivitetshjelpemidler virker fragmentert og tilfeldig. Samhandlingen både når det gjelder dialog og relasjoner, tyder ifølge denne studien på i større grad å være avhengig av person- eller aktør/tjenesteyter. For å bistå barn/unge/foresatte i prosessen med utredning, opplæring og oppfølging knyttet til aktivitetshjelpemidler viser funnene i denne studien til betydningen av å skape gode relasjoner i samhandling og føre en dialog for å forstå hverandres erfaringer, inkludert barnas / de unges og foresattes. Dette for å kunne utveksle kunnskap knyttet til aktivitets-hjelpemidler, og sammen bidra til å legge til rette for sosial deltakelse for barn og unge med funksjonsnedsettelse. Ut fra de erfaringer som framkommer i denne studien, forutsettes mangfoldig kunnskap hos involverte aktører/tjenesteytere. Dette medfører at aktørene/tjenesteyterne burde komplettere hverandre, ha respekt og tillit til barn/unge/foresatte, men også til hverandre for å få til gode prosesser.

Bruk og forståelse av begreper som funksjonelle, optimale og hensiktsmessige løsninger og oppfølgingsansvar er noe som henger sammen med hvilket «blikk» man har og sted man ser fra. Dette er ulikt og forstås forskjellig blant aktørene/tjenesteyterne i denne studien. Ut fra det deltakerne delte av erfaringer i denne studien, er det behov for økt bevissthet og tydeliggjøring i bruken av slike begreper knyttet til aktivitetshjelpemidler.

Takk

Vi vil rette en spesiell takk til professor Trond Bliksvær for innspill og bidrag underveis i arbeidet med studien. Takk til informantene som har stilt opp i intervju og delt sine erfaringer med oss. Vi vil også takke Stiftelsen Sophies Minde, som har vært med å finansiere studien.

Referanser

Arbeids- og sosialdepartementet. (2017). *En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring. Rapport fra et ekspertutvalg*. Oslo: Arbeids-

- og sosialdepartementet.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2015, 5. august). Hjelpemidler til lek, trening og aktivisering. Hentet 22.08.19 fra <https://www.nav.no/no/Person/Hjelpemidler/Hvor+tren-ger+du+hjelp/Dagligliv+og+fritid/hjelpemidler-til-lek-tre-ning-og-aktivisering#chapter-1>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2019, 11.juni). Aktivitets-hjelpemidler til personer over 26 år. Hentet 22.08.19 fra <https://www.nav.no/no/Person/Hjelpemidler/Hvor+tren-ger+du+hjelp/Dagligliv+og+fritid/aktivitetshjelpemid-ler-til-personer-over-26-år>
- Arbeids- og velferdsdirektoratet (2018, 18.januar). Hvordan søke om hjelpemidler? Hentet 22.08.19 fra <https://www.nav.no/no/Person/Hjelpemidler/Hvordan+soke>
- Bergem, S. (2019). Knowledge among important actors in the field of adaptive equipment for young people with disabilities. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*. <https://doi.org/10.1080/17483107.2018.1538393>
- Chmiliar, L. (2007). Perspectives on Assistive Technology: What Teachers, Health Professionals, and Speech and Lan-guage Pathologists Have to Say. *Developmental Disabilities Bulletin*, 35,1-17.
- Edvardsen, E. (2013). Den innbilte Andre. I E. Edvardsen & H. Holthe (red.), *Klientens stemme. Hjelperens blikk* (s. 163-180). Oslo: Universitetsforlaget.
- Edvardsen, E. & Holthe, H. (2013). *Klientens stemme. Hjelpere-ns blikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haugsgjerd, S. (2015). Som natt og dag – om ordene som en spinkel bru fra ett sinn til et annet. I J. S. Methi & J. N. McGuirk (red.), *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning: antologi over yrkeserfaringen som utgangspunkt for forståelse av kunnskapsutvikling i praksis* (s. 151-176). Bergen: Fagbokforlaget.
- Hedel, E. (2013). Eva – en særegen stemme. I E. Edvardsen & H. Holthe (red.), *Klientens stemme. Hjelperens blikk* (s. 124-149). Oslo: Universitetsforlaget.
- Hoel, L. (2015). Politibetjentens handlingsberedskap – en prak-tisk kunnskap for å være skodd for små og store hendelser. I J. S. Methi & J. N. McGuirk (red.), *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning: antologi over yrkeserfaringen som utgangspunkt for forståelse av kunnskapsutvikling i praksis* (s. 199-218). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsin-tervju* (3.utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lindseth, A. & Norberg, A. (2004). A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18,145-153.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. & Eriksson, K. (2009). *Å se og å innse*. Oslo: Akribe AS.
- Meløe, J. (2012). Notater i vitenskapsteori. Til grupper i huma-niora og samfunnsvitenskap med fiskerifag. I Tre tekster av Jakob Meløe. Artikkelsamling i *Praktisk kunnskap*. Bodø: Universitetet i Nordland.
- Meløe, J. (1997). Om å forstå det andre gjør. I A. Greve & S. Nesset (red.), *Filosofi i et nordlig landskap. Jakob Meløe 70 år* (s. 337-345). Universitetsbiblioteket i Tromsø skriftserie: Ravnetrykk Nr. 14 1997.
- Ness, N. E. (2011). *Hjelpemidler og tilrettelegging for deltakelse – et kunnskapsbasert grunnlag*. Trondheim: Tapir Akade-misk Forlag.
- Norges offentlige utredninger (2010). *Aktiv deltakelse, likeverd og inkludering. Et helhetlig hjelpemiddeltilbud* (5). Oslo: Arbeidsdepartementet.
- Olsen, R. H. (2015). Fra fortelling til praktisk kunnskap. I J. S. Methi & J. N. McGuirk (red.), *Praktisk kunnskap som profesjonsforskning: antologi over yrkeserfaringen som utgangspunkt for forståelse av kunnskapsutvikling i praksis* (s. 219-232). Bergen: Fagbokforlaget.
- Polgar, J. M. (2006). Assistive technology as an enabler to occupation: What's old and new again. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 73(4),199-204. <https://dx.doi.org/10.1177/000841740607300403>
- Ravneberg, B. (2009). Identity politics by design: users, markets and the public service provision for assis-tive technology in Norway. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 11(2),101-115. <https://dx.doi.org/10.1080/15017410902753904>
- Ravneberg, B. & Söderström, S. (2017). *Disability, Society and Assistive Technology*. London and New York: Routledge.
- Seikkula, J. & Arnkil, T. (2005). *Sociala nätverk i dialog*. Stock-holm: Mareld.
- Shimmel, L. J., Gorter, J. W., Jackson, D., Wright, M. & Galup-pi, B. (2013). 'It's the Participation that Motivates Him': Physical Activity Experiences of Youth with Cerebral Pal-sy and Their Parents. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 33(4),405-420. doi:10.3109/01942638.2013.791916
- Sollied, S. (2013). Er empowermentbegrepet forbeholdt spesielle grupper, eller er det et allmenngyldig begrep? I E. Edvardsen & H. Holthe (red.), *Klientens stemme. Hjelperens blikk* (s. 103-123). Oslo: Universitetsforlaget.
- Solstad, M., Strømsvik, C. L. & Bliksvær, T. (2015). Det handler om samhandling! *Kartlegging av kompetanse og tilbud om aktivitet og deltakelse innen habilitering for barn og unge i kommuner og i spesialisthelsetjenesten*. Arbeidsnotat nr:1008/2015. Nordlandsforskning.
- Sund, T., Iwarsson, S., Andersen, M. C. & Brandt, Å. (2013). Do-cumentation of and satisfaction with the service delivery process of electric powered scooters among adult users in different national contexts. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 8(2),151-160. <https://dx.doi.org/10.3109/17483107.2012.699584>
- Söderström, S. (2012). Disabled pupils' use of assistive ICT in Norwegian schools. I F. A. Auat Cheein (ed.) *Assistive technologies* (pp. 25-48). Croatia: InTech.
- Wendelborg, C. (2010). *Å vokse opp med funksjonshemming i skole og blant jevnaldrende. En studie av opplærings-tilbud og deltakelse blant barn med nedsatt funksjons-evne*. Doktorgradsavhandling. Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

HJELPEMIDDEL SØR / ØST MESSEN

Vi har gleden av å invitere til
hjelpemiddelmesse i:

Sørlandshallen, Kristiansand

Tirsdag 21. april 2020, kl 10-15

Skien Fritidspark, Skien

Onsdag 22. april 2020, kl 10-15

Drammenshallen, Drammen

Torsdag 23. april 2020, kl 10-15

Kongstenhallen, Fredrikstad

Tirsdag 28. april 2020, kl 10-15

Ekeberghallen, Oslo

Onsdag 29. april 2020, kl 10-15

Her får du nyttig informasjon om et
stort utvalg av tekniske hjelpemidler

Enkel servering

Gratis adgang

Velkommen til en innholdsrik dag!

Hilsen
Hjelpemiddelleverandørene

Forsker på vekt, kroppsbilde og spiseforstyrrelser

Av Else Merete Thyness

– Hvem er Trine Tetlie Eik Nes?

– Jeg er en entusiastisk pådriver for bedre forståelse, forebygging og behandling av psykiske lidelser. Spesielt er jeg opptatt av kropp, mat og vekt og hvordan helsevesenet og samfunnet for øvrig bedre kan forstå dette i lys av psykisk (u)helse.

Jeg har vært interessert i utvikling av psykiske lidelser hos voksne siden jeg startet å jobbe i psykisk helsevern i 1998. Siden 2006 har jeg jobbet og forsket på mennesker med spiseforstyrrelser. Jeg har en doktorgrad i samfunnsmedisin og har også interesse for spiseforstyrret adferd i den generelle befolkningen. Jeg har jobbet med behandling av spiseforstyrrelser i over ti år og har vært spesielt opptatt av foreldre med spiseforstyrrelser. Jeg har i flere år utviklet og drevet behandlingsgrupper for foreldre med spiseforstyrrelser.

Mitt doktorgradsarbeid fokuserte på spiseforstyrrelser i ulike variasjoner og populasjoner, både i generell populasjon og i klinisk populasjon. Ved bruk av ulike data fra Helseundersøkel-

sen i Nord-Trøndelag (HUNT), «Growing Up Today Study» (GUTS) og Sykehuset Levanger forsket jeg på både menn og kvinner med ulik grad av spiseforstyrrelser.

– Hva forsker du på nå?

– Jeg forsker på vekt, kroppsbilde og spiseforstyrrelser. Jeg er for tiden prosjektleder for MHOBY-studien (Mental Health & Obesity), en landsdekkende studie som fokuserer på samspillet mellom overvekt og mental helse.

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

– Her vil jeg trekke fram «Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study» av Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss og Marks.

Den ble publisert i American Journal of Preventive Medicine og har vært betydningsfull for meg fordi den så tydelig beskriver sammenhengen mellom barns



NAVN:

Trine Tetlie Eik-Nes

STILLING:

Førsteamanuensis ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU.

belastninger i barndommen og negative helseutfall.

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

– Vi trenger mer forskning om betydningen av tilrettelagt aktivitet for mennesker i «gråsoner». Samfunnet er i stor grad tilrettelagt for mennesker som kan yte 100 prosent, og vi burde forsket mer på indirekte effekter av å kunne delta etter evne i både skole, jobb og fritid. I tillegg skulle jeg ønske at vi forsket mer på sosiale helseforskjeller og de indirekte effektene det har på aktivitet og deltakelse i samfunnet.

Referanse

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American Journal of Preventive Medicine, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)



PRISFORHANDLET SPARKESYKKEL TIL BARN

Sparkesykkelen/ balansesykkelen Krabat Runner er prisforhandlet og kan søkes på gjennom NAV hjelpemiddel-sentral. Runner er spesialdesignet for barn med funksjonsnedsettelse, men som *alle* barn ønsker å bruke. Den bidrar til å senke barrieren mellom barn med funksjonsnedsettelse og funksjonsfriske barn, og åpner for nye arenaer for lek og sosial omgang. Den brukes av barn fra ca 3-10 år, men ta gjerne kontakt for en utprøving med en av våre terapeuter.

KRABAT RUNNER:

- Brukes som sparkesykkel/gåsykkel både inne- og ute
- Brukes til forflytning og energiavlastning
- Tre hjul som gjør den svært stabil
- Håndbrems betjent av bruker
- Avtakbar kjørebøyle og sete
- Høydejusterbart sete og styre
- Nedfellbart styre for enkel transport i bil



Hepro avdeling Krabat

NORSK FAGKONGRESS I STAVANGER 2021

Abstraktinvitasjon

Det skjer mye spennende innen ergoterapi, både når det gjelder forskning og faglig utvikling. Dette har vi lyst til å høre mer om på den 7. nasjonale fagkongressen i ergoterapi, som avholdes i Stavanger i september 2021. Alle ergoterapeuter inviteres til å sende inn abstrakt for muntlig presentasjon, workshop, poster eller rundebordskonferanse.

Av Gry Mørk & Inger Hellem



Gry Mørk er høgskolelektor ved Ergoterapeututdanningen, Fakultet for helsefag – Sandnes, VID vitenskapelige høgskole.



Inger Hellem er høgskolelektor ved Ergoterapeututdanningen, Fakultet for helsefag – Sandnes, VID vitenskapelige høgskole.

Tema for kongressen er «Mangfold, muligheter og mestring – i samfunn, fag og forskning». Programkomiteen håper på mange interessante abstrakter som gjenspeiler bredden i ergoterapifaget.

ABSTRAKTETS INNHOLD

Start med navn på forfatter, yrkestittel og arbeidssted og eventuelt navn på medforfattere. Abstraktet skal ha en ramme på inntil 250 ord og kan gjerne følge anbefalt struktur:

- **Tittel:** Den skal si noe om hovedtema eller hensikt.
- **Bakgrunn:** Hva vet man allerede om det tema som forsknings- eller fagutviklingsprosjektet omhandler, og hva er begrunnelsen for å gjennomføre prosjektet? Bakgrunnen skal lede til hva som er hensikten med arbeidet og målet med prosjektet.
- **Mål:** Beskriv målet med prosjektet. Hvilken problemstilling er det ønskelig å få svar på?
- **Metode/framgangsmåte:**

Beskriv målgruppen for prosjektet og hvordan informasjon ble innhentet og bearbeidet, eller hvordan tilbudet ble utviklet og eventuelt justert.

- **Resultater/erfaringer:** Hva er oppnådd av ny kunnskap eller erfaringer? Beskriv resultater, eller foreløpige resultater som kan oppdateres i den endelige presentasjonen.
- **Konklusjon:** Kort sammenfatning av hva som ble oppnådd (svar på problemstillingen).
- **Betydning for praksis:** Basert på resultatene – hva er det viktigste budskapet til ergoterapeuter, brukere av ergoterapitjenester og samfunnet forøvrig?
- **Nøkkelord:** Skriv tre til fem nøkkelord som beskriver sentrale temaer eller metoder brukt i prosjektet.

Kryss av for hvilken type kunnskap som skal formidles:

- ☐ Forskningskunnskap
- ☐ Erfaringskunnskap

Kryss av for hvilken formidlingsform som er å foretrekke:

- ☐ Muntlig presentasjon

- ☐ Workshop
- ☐ Poster
- ☐ Rundebordskonferanse

Programkomiteen forbeholder seg retten til å ta en endelig avgjørelse på formidlingsform.

INNSENDIG AV ABSTRAKT

Abstraktet skal leveres elektronisk. Du finner aktuell lenke på fagkongressens nettside <https://ergoterapeutene.org/fagkongress/>.

VIKTIGE DATOER

- Innsending av abstrakt åpner 20. mars 2020.
- Siste frist for innsending er 20. oktober 2020.
- Svar på aksept av abstrakt vil bli gitt innen 21. februar 2021.
- Kongressens program publiseres i løpet av april 2021.
- Early bird-frist for å melde seg på kongressen er 30. april 2021.



Den 7. norske fagkongressen i ergoterapi: Mangfold, muligheter og mestring - i samfunn, fag og forskning finner sted i Stavanger 20.-22. september 2021.

MUNTlig PRESENTASJON	WORKSHOP	POSTER	RUNDEBORDS-KONFERANSE
Varighet: 10 minutter	Varighet: 1-2 timer	Format: A0	Varighet: 1-2 timer
Lag en disposisjon for 10 minutters framlegg. I tillegg er det avslutningsvis avsatt 5 minutter til spørsmål. Presentasjonsform velges fritt, men PowerPoint, Prezi og Sway er å anbefale.	Dette er et arbeidsverksted der det skal være en klar agenda med punkter som presenteres, diskuteres og/eller jobbes med. Formålet er for eksempel å gjennomgå status og/eller beste praksis innen valgt tematikk.	Her kan det presenteres noe interessant fra aktuelt fagfelt. Posterens størrelse skal være innenfor følgende ytre mål: Høyde: 120 cm Bredde: 84 cm	Dette er en konferanse av mindre formell karakter hvor deltakere møtes rundt et bord for å drøfte felles temaer eller utfordringer. Dette har gjerne en «løser» struktur enn en workshop. Ansvarlig for rundebordskonferansen må lede diskusjonen og oppsummere.



Fra idé til prosjekt

– HVORDAN PLANLEGGE ET FAGUTVIKLINGSPROSJEKT?

Denne artikkelen er ment som en inspirasjon i forbindelse med Norsk fagkongress i ergoterapi 20.–22. september 2021 i Stavanger. Hensikten er å motivere kolleger til å sette i gang med fagutviklingsprosjekter som kan presenteres på kongressen.

Av Ingvild Kjekken



*Ingvild Kjekken er ergoterapeutspesialist og seniorforsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering ved Diakonhjemmet sykehus og professor ved Fakultet for helsevitenskap, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag ved OsloMet – storbyuniversitetet.
E-post: ingvild.kjekken@diakonsyk.no*

Fagutvikling kan defineres som systematisk virksomhet der man bruker eksisterende kunnskap fra forskning og praktisk erfaring, og kjennetegnes ved at det har utspring i og er direkte relevant for klinisk praksis. Det starter ofte med at man ønsker å gjøre noe annerledes eller bedre. Kanskje vil man systematisere noe man allerede gjør, eller prøve ut noe man vurderer å innarbeide som en rutine, prosedyre eller tilbud i klinisk praksis. Hensikten på sikt er å bedre og kvalitetssikre tilbudet til pasienter eller brukere ved å øke helsepersonells kompetanse og/eller å innføre nye eller vesentlig forbedrede prosesser, systemer eller tjenester.

Om man har en idé til noe en ønsker å jobbe med, er det lurt å organisere gjennomføringen som et prosjekt. Da er det viktig å tenke gjennom hva man skal gjøre, og hvorfor man skal gjøre det. Videre bør man definere hvem som er målgruppe, og bestemme hvem man skal samarbeide med, hvordan man skal organisere arbeidet, og hvordan erfaringene

skal evalueres og eventuelt innarbeides som del av etablert praksis når prosjektperioden er over. Til sammen utgjør dette en plan som bør nedfelles skriftlig i form av en prosjektbeskrivelse.

I det følgende utdypes de ulike delene i en slik prosjektbeskrivelse og illustreres med et eksempel hentet fra et prosjekt på en ergoterapiavdeling ved et somatisk sykehus.

HVA VI SKAL GJØRE – FORMÅLET

Det er lurt å starte med å beskrive bakgrunn og tema for prosjektet, for deretter å formulere et hovedmål som beskriver hva man ønsker å oppnå når prosjektet er gjennomført. Hovedmål kan gjerne utdypes i delmål, som bør være så konkrete at man kan svare ja eller nei på om målet er nådd ved senere evaluering.

Eksempel: Innføring av COPM som vurderingsredskap i ergoterapi

Tema for dette fagutviklingsprosjektet er brukermedvirkning, nærmere bestemt systematisk innhenting av pasien-

ters opplevde aktivitetsproblemer. I Nasjonal helse- og sykehusplan 2020–2023 understreker man betydningen av medbestemmelse fra brukere om hvordan utredning, behandling og oppfølging skal foregå.

The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) er et individualisert instrument som er utviklet av og for ergoterapeuter for å beskrive og måle pasienters egen vurdering av viktige hverdagsaktiviteter (1). Instrumentet er siden lanseringen i 1991 tatt i bruk i over 35 land, er oversatt til mer enn 20 ulike språk (inkludert norsk)(2), er kvalitetssikret i forhold til psykometriske egenskaper (3-7), og er et av de mest brukte instrumentene innen ergoterapi, også i Norge (8).

Overordnet mål i dette fagutviklingsprosjektet er at alle ergoterapeuter ved sykehuset skal føle seg trygge på å bruke vurderingsinstrumentet the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) der dette ansees som nyttig for planlegging og/eller evaluering av pasienters behandling eller rehabilitering.

Ut fra dette har vi formulert følgende delmål:

- Alle ergoterapeuter ved avdelingen skal få opplæring i bruk av COPM.
- Alle ergoterapeuter skal i løpet av prosjektperioden gjennomføre COPM-intervjuer med minst fem pasienter.
- Alle ergoterapeuter skal i samme periode gjennomføre oppfølging med re-scoring av COPM med minimum tre pasienter.

HVORFOR VI SKAL GJØRE DET

Her utdypes begrunnelse for og nytteverdi av prosjektet. Ofte kan det være lurt å bruke områdene

fra kunnskapsbasert praksis som en sjekkliste og oppsummere kunnskap og behov påpekt gjennom forskning, formidlet fra pasienter og pårørende, og fra egen og andres kliniske erfaring. Begrunnelsen kan også henvise til politiske strategier og pågående reformer.

Eksempel: Fagpolitisk begrunnelse:

Å muliggjøre betydningsfull aktivitet er ergoterapeuters kjernekompetanse (9). Ifølge Ergoterapeutenes profesjonsetikk og yrkesetiske retningslinjer (2017) forplikter ergoterapeuter seg til å drive kunnskapsbasert praksis som kan begrunnes ut fra brukerperspektiv, aktivitetsperspektiv, egne erfaringer og dokumentasjon i teori og forskning. Systematisk bruk av kvalitetssikrede instrumenter for å innhente pasienters egen vurdering av aktivitetsutførelse er et ledd i å oppfylle denne forpliktelsen.

Brukerperspektiv og juridisk

begrunnelse: Pasienter ønsker og har rett til medbestemmelse i utforming av egen behandling. I Lov om pasient- og brukerrettigheter (2001)§3-1 står det at «Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon». Å bruke COPM er en (av flere) måter systematisk å innhente pasienters egne vurderinger på og dermed ivareta deres rett til medbestemmelse.

Klinisk erfaring: Fra vår praksis har vi erfart at når mål i ergote-

rapi og/eller rehabilitering baseres på pasientens prioriterte aktivitetsutfordringer, gir dette økt motivasjon, bedre tilpasset behandling og økt utbytte.

Forskningsbasert begrunnelse:

COPM er utviklet basert på den kanadiske ergoterapimodellen og er kvalitetssikret i forhold til gyldighet, pålitelighet, responsivitet og anvendelighet. Instrumentet brukes i økende grad for å dokumentere nytte av ergoterapi i forhold til ulike pasientgrupper og problemstillinger, og brukes i Norge for å utarbeide mål og evaluere effekt av Hverdagsrehabilitering (10, 11). Studier viser at denne typen individualiserte instrumenter fremmer brukermedvirkning både ved å gi et godt grunnlag for videre samarbeid om mål og aktuelle tiltak, og ved å innarbeide pasienters egne vurderinger av oppnådd effekt når de scorer de samme områdene etter endt behandling (12, 13). Brukt i større grupper vil man også kunne innhente kunnskap om hva som er vanlige utfordringer for pasienter med samme problemstilling eller diagnose (14, 15). Dermed kan man vurdere om eksisterende behandlingstilbud imøtekommer disse behovene, eller om det er nødvendig å endre eller utvikle nye tilbud.

HVEM SKAL DELTA ELLER INVOLVERES?

«Hvem» kan omhandle både hvilken pasientgruppe prosjektet omfatter, hvem fra personalgruppa som er involvert, og hvem man skal samarbeide med underveis. Når det gjelder pasientgruppe, kan det for eksempel være alle pasienter med en spesiell diagnose eller problemstilling, hvor man bestemmer seg for å prøve

År	Gjennomført innen	Milepæl
2020	1. mars	Oppstart av prosjekt – prosjektgruppa har hatt minimum ett møte. Avdelingsleder har orientert aktuelle avdelingsledere om prosjektet.
	1. april	Alle ergoterapeuter har lest COPM-manual og sett filmene om COPM på OsloMets nettsider. To ergoterapeuter har deltatt på kurs i COPM. Ergoterapeutene har orientert aktuelle samarbeidspartnere om prosjektet.
	1. mai	Fagdag om den kanadiske modellen og COPM er gjennomført. Kollokviegrupper med 4–5 deltakere er etablert.
	1. juni	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum ett COPM-intervju og diskutert dette i sin kollokviegruppe.
	15. juni	To eksempler (kasus) med intervju er presentert og drøftet på avdelingsmøte.
	1. september	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum tre COPM-intervjuer og diskutert disse i sin kollokviegruppe.
	15. september	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum én re-scoring av COPM.
	1. oktober	Abstrakt om prosjektet er sendt inn til Norsk fagkongress i ergoterapi i 2021.
	1. desember	Alle ergoterapeuter har gjennomført minimum fem COPM-intervjuer og minimum tre re-scoringer.
2021	1. januar	Fagdag er avholdt hvor erfaringer i prosjektperioden er diskutert/evaluert, og beslutninger om videre praksis er tatt.
	21. februar	Har fått tilbakemelding på innsendt abstrakt.
	1. mars	Erfaringer og konklusjoner fra prosjektperioden er beskrevet i en rapport.
	1. september	Prosjektgruppen har arbeidet fram en poster, presentasjon, workshop eller en rundebordskonferanse.
	20.–22. september	Prosjektet presenteres på Norsk fagkongress i ergoterapi.

Tabell 1: Milepælsplan.

ut en ny prosedyre eller metode på et bestemt antall pasienter for å få tilstrekkelig erfaring til å vurdere om dette skal innføres mer permanent. Andre ganger kan det være en rutine som man tenker skal gjelde alle pasienter, hvor man avgrenser utprøvingen til et konkret antall deltakere som inkluderes fortløpende. I forhold til samarbeidspartnere kan dette være personer som skal gi praktisk assistanse til for eksempel å utforme maler, gi opplæring i nye undersøkelsesmetoder eller i bruk av ny programvare. Det kan også være lurt å ha med en brukerrepresentant som kan komme med

innspill om hva som etterspørres eller erfaringsmessig fungerer godt eller dårlig sett fra brukerens ståsted.

Uansett prosjekttema bør man alltid sikre seg en veileder som kan stille gode spørsmål og komme med innspill underveis i prosessen, og bidra slik at man kommer vel i havn med det planlagte arbeidet.

Eksempel: Målgruppe for prosjektet er pasienter med (lang)varige funksjonsnedsettelse. I prosjektperioden skal alle pasienter med (lang)varig funksjonsnedsettelse som henvises til ergoterapeut for

aktivitetsvurdering intervjues med COPM dersom det vurderes som gjennomførbart og nyttig for videre planlegging og gjennomføring av behandling eller rehabilitering.

Deltakere i prosjektet er alle ergoterapeuter ved sykehuset. Vi vil også samarbeide med brukerrepresentant EE fra sykehusets brukerutvalg og med FF ved Ergoterapeututdanningen, som har sagt ja til å være veileder i prosjektet.

Videre orienteres ledere for sykehusets kliniske avdelinger og samarbeidspartnere i de tverrfaglige teamene på disse avdelingene om prosjektet.

Budsjett*		
	Kostnad	Dekkes via
Innkjøp av 4 COPM-manualer med scoringskort og 10 testskjema	1500 kroner	Ergoterapiavdelingens driftsbudsjett
COPM-kurs – to deltakere	6000 kroner	Ergoterapiavdelingens kursbudsjett
Veiledning, 20 timer à 500 kroner	10 000 kroner	Søkes dekket via Ergoterapeutforbundets midler til ergoterapirelatert forsknings- og utviklingsarbeid
Honorar brukerrepresentant, 20 timer à 420 kroner	8400 kroner	
Presentasjon av prosjektet på Fagkongress i ergoterapi 2021 (én deltaker)	6000 kroner	Søkes dekket via sykehusets utviklingsfond

Tabell 2: Budsjett

*Ressurser i form av arbeidstid for prosjektleder og ergoterapeuter forutsettes dekket via den tid som er avsatt til fagutvikling og forskning i ergoterapiavdelingen.

HVORDAN VI SKAL GJØRE DET (METODE)?

I prosjektplanen må det beskrives tydelig hvordan arbeidet skal organiseres, og hva man trenger av ressurser for å kunne gjennomføre det. Et godt tips er så raskt som mulig å forankre prosjektet i ledelsen ved involvere en med lederansvar i prosjektgruppa. Dersom andre miljøer har gjort noe lignende det man selv har tenkt å gjøre, kan man få til et studiebesøk eller møte hvor det aktuelle miljøet deler sine erfaringer, og hvor man kan presentere prosjektet og få innspill og ideer. De ulike fasene i prosjektet settes så inn i en prosjektplan med milepæler og tidsramme. Dersom prosjektet innebærer ekstra kostnader, bør man også sette opp et budsjett.

Eksempel: Det etableres en prosjektgruppe med prosjektleder AA, avdelingsleder BB og og brukerepresentant EE. Veileder FF og brukerrepresentanten deltar på prosjektmøter, og på samlinger og avdelingsmøter ved behov.

To av avdelingens ergoterapeuter deltar på kurs om den kanadiske modellen og COPM. Alle avdelingens ergoterapeuter leser den norske COPM-manualen fra 2015. Det gjennomføres en fagdag hvor veileder fra Ergoterapeututdanningen gir en innføring i den kanadiske modellen og COPM, og hvor de som har vært på kurs, refererer og deler sine erfaringer fra kurset. Brukerrepresentanten deltar, og ergoterapeutene trener i å gjennomføre COPM-intervju og scoring med brukerrepresentanten og hverandre.

Deretter starter man utprøving. Alle pasienter som henvises til ergoterapivurdering de neste seks månedene, intervjues med COPM. Unntak er pasienter i akutt fase eller pasienter som har kognitiv svikt, da litteraturen viser at COPM ikke er velegnet i forhold til disse. I etterkant av hvert intervju noteres erfaringer og refleksjoner i hver ergoterapeuts individuelle loggbok i forhold til hvorvidt intervjuet ga nyttig og/eller overraskende informasjon (i så fall hva), og om hva som var

utfordrende for terapeut og pasient, og hvordan dette eventuelt ble løst.

Prioriterte aktiviteter med scoring journalføres for hver enkelt pasient, og informasjon innhentet via COPM-intervjuet formidles til tverrfaglig team og andre aktuelle samarbeidspartnere.

Erfaringer og refleksjoner rundt bruk av COPM deles og diskuteres månedlig i kollokviegrupper og på møter i ergoterapiavdelingen annenhver måned i prosjektperioden. Prosjektleder får avsatt én dag i uken de første to månedene til arbeid med prosjektet, deretter en halv dag i uken ut prosjektperioden.

HVORDAN SKAL ERFARINGENE EVALUERES?

Man må også beskrive hvordan man skal evaluere resultatene av prosjektet. Dette innebærer å vurdere om de målene man satte for prosjektet er nådd. Som regel vil man ha møter underveis i prosjektperioden hvor man diskuterer foreløpige erfaringer

og eventuelt gjør justeringer i forhold til oppsatt plan. Aktuelle evalueringsmetoder ved prosjektslutt kan være å telle antall aktuelle hendelser, for eksempel gjennomførte vurderinger eller igangsatte tiltak. Registrering av spesifikke negative hendelser kan også være aktuelt, om prosjektet har som mål å redusere forekomst av slike.

Involverte kan også fortløpende føre loggbok hvor de systematisk registrerer hendelser, erfaringer og refleksjoner. Ved prosjektslutt kan disse notatene oppsummeres og analyseres. Videre kan man intervju noen av de involverte (pasienter, pårørende og/eller ansatte) ved prosjektets slutt for å innhente deres erfaringer.

Eksempel: Grad av måloppnåelse i prosjektet vurderes på følgende måter:

- Alle ergoterapeuter registrerer antall gjennomførte COPM-intervjuer og re-scoringer i prosjektperioden.
- Basert på egen loggbok og diskusjoner i kollokviegrupper, på fagmøter og i tverrfaglig team oppsummerer hver terapeut egne erfaringer i forhold til om en synes COPM-intervju har gitt nyttig informasjon. Videre hvorvidt det er pasienter, problemstillinger eller situasjoner hvor en vurderer bruk av COPM som spesielt egnet eller uegnet.
- Hver terapeut vurderer egen trygghet i forhold til bruk av COPM på en skala fra 1 til 4 (1 = svært utrygg, 4 = svært trygg) og beskriver eventuelle behov for videre opplæring og/eller veiledning.

Terapeutenes vurderinger presenteres og oppsummeres på en

fagdag i avdelingen hvor også veileder og brukerrepresentant deltar. Erfaringer i prosjektperioden diskuteres og evalueres. Basert på dette tas beslutninger om videre praksis.

HVORDAN SKAL ENDRINGER IMPLEMENTERES OG VEDLIKEHOLDES?

Hvordan erfaringer og tiltak skal videreføres, avhenger av hvilke konklusjoner man har kommet til i evaluering av prosjektet. Uansett bør prosjektet oppsummeres i en rapport som gjøres tilgjengelig for alle som har vært involvert. Det vil som regel være naturlig at prosjektleder skriver rapporten, mens deltakerne i prosjektgruppa kommer med innspill underveis i utformingen.

Dersom en ønsker å videreføre ny praksis, bør man lage en plan for hvordan dette skal gjennomføres. Basert på erfaringene fra prosjektperioden vil man ofte også gjøre noen justeringer. Aktuelle spørsmål å stille seg er om målgruppen for prosjektet skal utvides eller avgrenses, om det er andre kollegaer som bør involveres, og om noen i staben skal ha et spesielt ansvar for å holde seg oppdatert på tema eller metoden prosjektet omhandler.

Det er også lurt å planlegge et nytt møte noen måneder etter prosjektslutt, hvor en igjen diskuterer og justerer ny praksis.

NOEN PRAKTISKE TIPS

Avslutningsvis følger en liste med faktorer som øker sjansen for å komme vel i havn med et fagutviklingsprosjekt:

- Sikt mot «lite men godt».
- Vær sikker på støtte i ledelsen og personalgruppa.
- Sikre at noen har avsatt tid til å planlegge og lede prosjektet.

- Involver aktuelle deltakere og brukerrepresentanter så tidlig som mulig.
- Etterspør og lær av andres erfaringer.
- Ha konkrete og realistiske mål.
- Bruk tid på å planlegge.
- Vær forberedt på at planen kan forandres underveis.
- Ikke undervurder tidsbruk – ting tar gjerne dobbelt så lang tid som man tror.
- En god veileder er gull verdt!
- Oppsummer i etterkant.
- Del erfaringene med andre.

Referanser

1. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (manual). 5 ed: CAOT Publications ACE; 2014.
2. Law M, Baptiste S, Carswell A, McColl MA, Polatajko H, Pollock N. Canadian Occupational Performance Measure (manual, norsk versjon). 5 ed: Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering; 2015.
3. Parker DM, Sykes CH. Systematic Review of the Canadian Occupational Performance Measure: A Clinical Practice Perspective. Br J Occup Ther. 2006;69:11.
4. Carswell A, McColl MA, Baptiste S, Law M, Polatajko H, Pollock N. The Canadian Occupational Performance Measure: a research and clinical literature review. Can J Occup Ther. 2004;71(4):210-22.
5. Kjekken I, Slatkowsky-Christensen B, Kvien TK, Uhlig T. Norwegian version of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with hand osteoarthritis: validity, responsiveness, and feasibility. Arthritis Rheum. 2004;51(5):709-15.
6. Kjekken I, Dagfinrud H, Uhlig T, Mowinckel P, Kvien TK, Finset A. Reliability of the Canadian Occupational Performance Measure in patients with ankylosing spondylitis. J Rheumatol. 2005;32(8):1503-9.
7. Tuntland H, Aaslund MK, Langeland

- E, Espehaug B, Kjekken I. Psychometric properties of the Canadian Occupational Performance Measure in home-dwelling older adults. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2016;9:411-23.
8. Dolva AS, Sveen U, Bonsaksen T, Hagby C, Høghagen S, Solbakken AI, et al. Hvilke undersøkelses- og vurderingsredskaper bruker norske ergoterapeuter? Resultater fra medlemsundersøkelsen i 2013: Del 3. *Ergoterapeuten (norsk)*. 2015(2):44-9.
9. Townsend E, Polatajko H. *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Wellbeing & Justice through Occupation*: CAOT Publications ACE; 2013. Available from: <https://www.caot.ca/client/product2/369/itemFromIndex.html>.
10. Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Forland O, Kjekken I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC Geriatr*. 2015;15:145.
11. Langeland E, Tuntland H, Folkestad B, Forland O, Jacobsen FF, Kjekken I. A multicenter investigation of reablement in Norway: a clinical controlled trial. *BMC Geriatr*. 2019;19(1):29.
12. Wressle E, Eeg-Olofsson AM, Marcusson J, Henriksson C. Improved client participation in the rehabilitation process using a client-centred goal formulation structure. *J Rehabil Med*. 2002;34(1):5-11.
13. Donnelly C, Carswell A. Individualized outcome measures: a review of the literature. *Can J Occup Ther*. 2002;69(2):84-94.
14. Kjekken I, Dagfinrud H, Slatkowsky-Christensen B, Mowinckel P, Uhlig T, Kvien TK, et al. Activity limitations and participation restrictions in women with hand osteoarthritis: patients' descriptions and associations between dimensions of functioning. *Ann Rheum Dis*. 2005;64(11):1633-8.
15. Tuntland H, Kjekken I, Folkestad B, Forland O, Langeland E. Everyday occupations prioritised by older adults participating in reablement. A cross-sectional study. *Scand J Occup Ther*. 2019;1-11.

STIMULITE® MADRASSER

luftig og kjølig trykkavlastning

Stimulite® 3-SONE Madrass Ekstra Myk

Til forebygging eller behandling av fuktskader og trykksår.

Sikker og letthåndterlig i hjemmebruk og på omsorgsavdelinger.

Rekommenderes for smertepasienter og palliative kreftpasienter med store smerter og overfølsomhet for støy.

Bra reisemadrass for brukere med dynamisk madrass i hjemmet.

Prisforhandlet med NAV.



Bestill produktvisning nå! 48 50 32 97 eller julia@rehabshop.com

GØRAN SJØDÉN'S REHABSHOP NORGE AS
Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru
Tel: 48 50 32 97 www.rehabshop.as





Internasjonal master i aktivitetsvitenskap ved NTNU

Hva kan en ergoterapeut, tannlege, sykepleier, fysioterapeut, bioingeniør, lege og optometrist ha til felles? Jo, at de vil studere sammenhenger mellom helse og aktivitet, aktivitetens form, funksjon og mening og få en vitenskapelig forankring av kunnskapen sin og sine kompetanser for å berike praksisene sine. De er fra Iran, Norge, Bangladesh, Hellas, Nigeria og Kina.

Av Sissel Horghagen

MASTER IN PHYSICAL ACTIVITY AND HEALTH

Høsten 2019 var program for ergoterapeututdanning med på å igangsette masterstudiet Physical Activity and Health ved Fakultet for medisin og helsevitenskap. Denne masteren består av tre linjer, og en av linjene er aktivitetsvitenskap / Occupational Science. De andre to linjene er bevegelsesvitenskap / Movement Science og idrettsfysiologi / Exercise Physiology. Noen emner er felles for alle studentene, mens andre er knyttet til den linjen studentene har valgt. De emnene som hører til aktivitetsvitenskap, er:

- Occupational Science and participation in everyday life
- Assistive technologies as enablers of everyday activities and participation
- Occupational performance for active meaningful living

Ergoterapeut Skender Redzovic er ansvarlig for aktivitetsvitenskap sammen med ergoterapeutene Ruca Maass og Annelie Scedin Leilufsrud og sosialantropolog Kirsti Sarheim Anthun. Han forteller at masteren rekrutterer stu-



Entusiastiske studenter ønsker nye studenter velkommen til aktivitetsvitenskap.

denter fra hele verden, og at de har kvoter i opptaket for land i og utenfor Europa, Norden og Norge.

65 STUDENTER FRA 47 ULIKE LAND

Michael, Jin, Fatemeh, Khokon og Morten er noen av dem som studerer aktivitetsvitenskap. De representerer seks av de 47 ulike nasjonalitetene på den internasjonale masteren. De understreker verdien av å komme sammen på denne måten. Det internasjonale mangfoldet betyr mye for å forstå sitt eget og andres helse- og sosialsystem, se det i sammenligning med andres, samt å se det i et globalt helseperspektiv. Refleksjoner over dette har ført til eksistensielle diskusjoner om hvordan

en kan muliggjøre meningsfull aktivitet for utsatte befolkningsgrupper, som for eksempel eldre på sykehjem. De har også gjennom felles diskusjoner sett at den vestlige personorienterte tenkningen er dominerende. De forteller at dette har ført til at de har utforsket aktivitetens kulturelle og etiske verdier og det å forstå mennesket som noe mer enn seg selv, som en del av en familie og et lokalsamfunn.

SAMMENHENGEN MELLOM AKTIVITET OG HELSE

Hvorfor har de valgt å studere aktivitetsvitenskap? De seks studentene hadde gode utdanninger fra før, men fortalte at det ikke er nok å ha detaljert kunnskap innenfor et spesialistområde, slik forholdene er der de bor. Alle fortalte at de manglet noe i sine utdanninger, som for eksempel sammenhengen mellom aktivitet og helse, og det å ha mer fokus på helsefremmende arbeid. Her henviste flere til Ann Wilcocks tekster og hvordan de nå begynte å begripe hverdagslivets kompleksitet og det å gi pasienter og brukere strategier for å



Fra venstre Morten (Norge), Michael (Nigeria), Fatemeh (Iran), Khokon (Bangladesh), Jin (Kina) og studieprogramleder Skender (Norge).

mestre hverdagslivet når helsa gir utfordringer.

Andre forklarte at de savnet mer om vitenskap. Mye av det de hadde lært tidligere, var teknikker, men nå fikk de fordype seg i hvordan kunnskap om aktivitet og helse er forankret. De fikk mulighet til å fordype seg i røttene til teorier om aktivitet. Det gjøres mange gode, viktige og spennende laboratoriestudier, men livets utfordringer er mer enn dét, slik de erfarte det fra sine profesjoner. De trenger mer kunnskap og kompetanse om hvordan en kan bistå og støtte mennesker i å finne strategier for å mestre «real life»-utfordringer.

Noen var særlig interessert i emnet universell utforming og velferdsteknologi og hadde allerede en plan om å skrive masteroppgaven sin innenfor dette emnet. De var enige om at man må være mer fokusert på teknologiske nyvinninger og hvordan vi kan anvende slike nyvinninger i

medisin-, helse- og sosialfag.

En annen var opptatt av ubalanse mellom livets gjøremål for utsatte grupper, og planla å skrive en masteroppgave knyttet til aktivitetsbalanse. Han så dilemmaet med aktivitetsubalanse som en stor utfordring i sitt land. Økende helseutfordringer med fedme og diabetes hadde fått noen til å velge studiet for å fremme helsefremmende strategier generelt i befolkningen, og livskvalitet relatert til både grupper og enkeltpersoner.

Alle studentene var opptatt av at kunnskapen og kompetansen som de ervervet seg, skulle komme andre mennesker til nytte. De ønsket å skape en bedre verden gjennom det å utvikle inkluderende lokalsamfunn for mennesker med funksjonsnedsettelse og helseutfordringer.

VIL DE ANBEFALE STUDIET TIL ANDRE?

De norske studentene sa at de

hadde kviet seg litt fordi forelesningene og samtalene går på engelsk, men at etter en uke sluttet de å tenke på det.

De som kom fra andre land, sa at heldigvis er studiet på engelsk, ellers kunne vi ikke ha deltatt på dette. Alle var enige om at det beste med studiet var å bli kjent med mennesker fra så mange ulike nasjonaliteter. Flere var overrasket over de pedagogiske metodene som ble brukt, da det var tydelig at man skulle lære og integrere kunnskapen relatert til egen profesjon, og ikke bare lære for å få en godkjent karakter. «Her får jeg utviklet kunnskap og kompetanser som er viktig for meg, og for mitt folk og mitt land», var et gjentakende budskap.

Dersom du vil vite mer om masterstudiet i aktivitetsvitenskap, ta gjerne kontakt med studieprogramleder Skender. Redzovic@ntnu.no eller se på nettsiden: <https://www.ntnu.edu/studies/mspahe>.

Hjelpemidler for likestilling

I løpet av det første året etter at jeg fikk et funksjonsfall av min CP, har jeg fått alle hjelpemidler jeg har bedt om. Jeg har et godt støtteapparat og vet hvordan jeg kan argumentere for de hjelpemidlene jeg trenger. Slik er det ikke for alle.

Av Marie Karlsen



Marie Karlsen er leder for hjelpemiddelutvalget i Norges Handikappede Ungdom.

Vi skriver 2020, og diskrimineringen i Norge treffer hardt. Den treffer for eksempel ham som bor i en tilrettelagt leilighet, men som ikke kommer seg ned trappene dersom det skulle oppstå brann i blokka. NAV vil gjerne installere trappeheis, men vaktmesteren som er ansvarlig for blokka, nekter å ha ansvaret for det nødvendige vedlikeholdet. Det er sjokkerende at en vaktmester ikke vil gjøre sine oppgaver for samtlige av beboerne. Det er urovekkende at tiden det tar å vedlikeholde dette utstyret, trumfer et menneskeliv.

FIKK FEIL HJELPEMIDDEL

I en undersøkelse NHF gjennomførte blant 120 personer, meldte to av tre personer at de fikk feil hjelpemiddel. I mange tilfeller er det slik at brukeren må bli tilpasset hjelpemiddelet, ikke at hjelpemidlet blir tilpasset brukeren.

Mange vet godt hva som fungerer og ikke fungerer for dem. Vi har ulike kroppar som trenger ulike hjelpemidler. Når man får feil hjelpemiddel, fører det til skader, man risikerer å bli syk, og man blir fratatt frihet.

KUTTER I OVERFØRINGER

Jeg tror at det offentlige kan spare mye på å gi rette hjelpemidler. Da sparer de utgifter til rehabilitering, medisiner og sykehusopphold. Tankegangen at man sparer penger på å gjøre syke folk enda sykere enn de trenger å være, ser ut til å leve i beste velgående.

Regjeringen kutter i overføringer til NAV, og NAV blir tvunget til å tenke at billigst får være bra nok. Det holder ikke. Det er å gamble med folks helse. I det store bildet er det fordyrende, og det hindrer at enkeltmennesket får være en ressurs for samfunnet. Men mer alvorlig er det at folk blir frarøvet sin grunnleggende bevegelsesfrihet og selvstendighet. Det nytter ikke å skyldte på funksjonsnedsettelsen når den enkle og åpenbare løsningen ligger i et riktig hjelpemiddel. Det er så lett, og så vanskelig. Dersom vi som samfunn mener alvor med likestilling for funksjonshemmede, må man begynne å se hjelpemiddelfeltet som verktøy for frihet og selvstendighet.



NYE F3 Corpus®



Kompakt mestring

Høy komfort og kompakt mestring på trange områder.

Active Reach funksjonen tilter sete opptil 30° fremover, og kan lette mange av dine daglige gjøremål.

permobil.no

permobil



Aktivitet og
deltakelse for alle.

Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem

1. Du blir del av et landsomfattende nettverk av ergoterapeuter
2. Du bidrar til å utvikle og styrke ergoterapi som fag
3. Du får halv pris på ergoterapifaglige kurs
4. Du får fagbladet Ergoterapeuten hjem i postkassa
5. Du kan bli ergoterapispesialist og få støtte til faglig utvikling
6. Du blir medlem i World Federation of Occupational Therapist (WFOT)
7. Du forbedrer dine lønns- og arbeidsvilkår
8. Du er sikret medbestemmelse på din arbeidsplass
9. Du får tilgang til materiell for å profilere fag, yrke og forbund
10. Du får tilbud om en lang rekke attraktive medlemsfordeler og rabatter

www.ergoterapeutene.org/innmelding



ergoterapeutene

NEKROLOG

Hege Schive Dahl

**Vår kjære kollega Hege Schive Dahl døde 3. januar 2020.
Etter åtte år med ulike kreftformer som rammet henne,
sovnet hun stille inn med sine kjære rundt seg.**

Det er sagt om Hege at hun var smil, glede, klokskap og refleksjon. Hege tok det meste på strak arm og med et positivt syn på livet og mulighetene, også som syk.

Som hennes kolleger ved TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser ved Sunnaas sykehus, og Ergoterapiutdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus, minnes vi Hege som en viljesterk og flott kvinne. Hun var en stolt ergoterapeut med sterk faglig integritet. Hege brant for ergoterapifaget og stilte alltid opp for brukerne, både pasienter og pårørende. De siste årene etter at hun ble syk, hadde hun mange refleksjoner om fagpersonrollen og pasientrollen, og hun beveget seg lett mellom rollene.

Når hun jobbet med studenter, hadde hun også med seg brukerperspektivet. Ofte stilte hun opp med en bruker fra TRS. Siste gang hun delte erfaringer med studenter, var våren 2019. Da var det hennes egne erfaringer som rehabiliteringspasient som var tema. Både for studentene og for oss kollegaer var de faglige diskusjonene med Hege spennende, tydelige og til ettertanke.

Hege utdannet seg til ergoterapeut ved Trondheims skolen og var i 1985-kullet. Etter avsluttet eksamen gikk turen til Østlandet. Hun var klar for oppdrag og startet som ergoterapeut for barn og unge i Nesodden kommune. I 1996 begynte hun å jobbe ved TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser og fikk nye utfordringer og hele landet som arbeidsplass. Her jobbet hun til hun flyttet nord for Oslo til Skaubygd i 2007. Her hadde hun flere jobber hvor hun praktiserte ergoterapi på ulikt vis og i ulike miljøer, alltid med stor glød og tro på faget, på muligheten til forandring og til et bedre og mer selvbestemt liv for alle.

Våre tanker går til Sven Ivar, hennes store kjærlighet de siste femten årene, og til hennes to sønner, bonusbarn og barnebarn.

Du kan hvile nå Hege, etter et langt og rikt liv som likevel ble altfor kort.

Du har satt spor etter deg hos oss alle som kjente deg, både i arbeidsliv og privat. Vi savner deg og tar med oss noe som var viktig for deg:

«Always look at the bright side of life.»

Venner og kollegaer ved TRS kompetansesenter for sjeldne diagnoser ved Sunnaas sykehus, og OsloMet, tidligere Høgskolen i Oslo og Akershus:

Heidi Johansen, Unni Steen og Mona Asbjørnslett



Hege Schive Dahl døde 3. januar 2020.



ERGOTRIP – EN LITT ANNERLEDES HELSEPOD

Av Else Merete Thyness

14. oktober 2019 var det premiere på helsepodden «Ergo-trip med Siv Iren og Ingunn». – Dette er en måte å gi noe tilbake til det faget som jeg så glad i, sier Siv Iren Gjermstad. – Vi vil spre ergoterapi til folket, supplerer Ingunn Myraunet.

Ideen fikk Siv Iren, som selv hører på mange podcaster.

– Jeg liker både faglige og underholdende podcaster og synes dette er en flott formidlingskanal. Siden vi ikke hadde en norsk podcast om ergoterapi, fikk jeg lyst til å starte en selv. Da trengte jeg en makker, og valget falt naturlig på Ingunn. Vi er studievenninner fra ergoterapiutdanningen, har sittet i Ergon sammen, og hun er en fagnerd som meg.

– En mulighet jeg selvfølgelig sa ja til med en gang, sier Ingunn.

LEARNING BY DOING

Til daglig jobber Siv Iren som folkehelserådgiver og spesialkonsulent i miljørettet helsevern i bydel Gamle Oslo, mens Ingunn arbeider i individuell jobbstøtte (IPS) ved Voksenpsykiatrisk avdeling Vinderen ved Diakonhjemmet sykehus. Å lage podcast er en ny arena for begge.

– Det har blitt mye «learning by doing», sier Siv Iren.

Valg av faglitteratur har forandret seg for de to ergoterapeutene. Nå går det i «Hvordan lage podcast» og «Lydjournalistikk».

– Intervjuteknikken er blant annet helt annerledes enn den vi er vant med. Vanligvis, når noen snakker, kommer du med oppmuntrende kommentarer og lyder som «ja, ja» og «mm», men det høres helt forferdelig ut i en

«Dette er en måte å gi noe tilbake til det faget som jeg så glad i»

Siv Iren Gjermstad

podcast. Vi har måttet lære oss å holde pusten, ler Ingunn.

Til oppstarten fikk de midler fra Ergoterapeutene Sørøst til utstyr, en introsang og noen driftskostnader.

– Det er hyggelig at de har stor tro på denne podden, sier Siv Iren.

FAGSPESIAL OG PREIKEPOD

Podcasten kommer ut hver fjortende dag og varierer mellom «fagspesial» og «preikepod».

– Under fagspesial snakker vi med ergoterapeuter som jobber med eller har fordypet seg i et felt vi eller lytterne våre synes er spennende, forteller Siv Iren.

Preikepodden tar de opp i stua hennes.

– Da diskuterer vi temaet fra forrige fagspesial. I tillegg snakker vi om løst og fast som kan være av interesse for lytterne våre, og de blir mer kjent med, sier Ingunn.

Hver episode har også tre faste spalter: «Ufiltrert», der lytterne oppfordres til å stille spørsmål som kan, men ikke må, handle om ergoterapi, «Strømpepåtrekkeren», som trekker fram tips til hverdagshjelpemidler som gjør livet lettere, og «Dagens høydepunkt», som setter fokus på gode øyeblikk.

Ingunns egen «strømpepåtrekker» er ExCel.

– Et flott hjelpemiddel til å strukturere informasjon, for eksempel til planlegging av denne podden – da ser vi hva som skal gjøres når, og av hvem.

OVER 700 LYTTERE

Premiereepisoden var ute i oktober. Det var en preikepod der Siv Iren og Ingunn blant annet fortalte hva ergoterapi betyr.

– Ergo er gresk for arbeid.

Tidligere het ergoterapi arbeidsterapi, sier Ingunn.

Episode to var en fagspesial med forbundsleder Nils Erik Ness. Han forklarte hvordan du lett kan fortelle noen hva ergoterapi er: «Først spør du vedkommende om hvilke hverdagsaktiviteter som er viktige. Deretter sier du: Hvis du får en funksjonssvikt, er det ergoterapeuter som hjelper deg å opprettholde disse aktivitetene.»

– Vi hadde over 700 lyttere til denne episoden, forteller Siv Iren.

PLANER FOR 2020

De har mange planer for 2020. Etter ønske fra lytterne om studentspesial, planlegger de live-sending fra OsloMet. En serie for tillitsvalgte er også på trappene.

– Vårens hovedoppgjør er et aktuelt tema, sier Siv Iren.

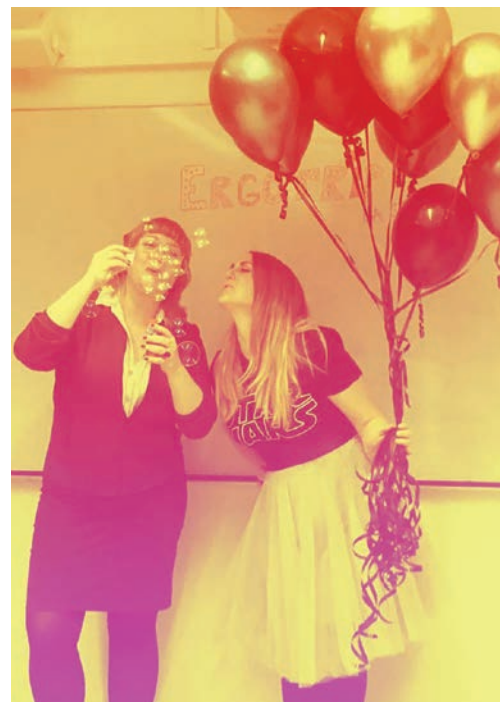
Ellers ønsker de seg en kjendis som kan fortelle om sitt møte med ergoterapi, og aller mest at flere ergoterapeuter fortsetter å engasjere seg i podden.

– Vi har akkurat fått et reisestipend av Ergoterapeutene, så nå er vi åpne for innspill til hvem vi skal besøke, sier Siv Iren.

– Vi sier som Viggo Valle fra radioprogrammet Påskelabyrinten: «Kor skal vi reis hen?» avslutter Ingunn.



Det går mye tid til planlegging. Ialt bruker de cirka fem timer i uken på podcasten.



Ergotrip 2.0 in the making. Foto: Andreas Krogvold.

Hvis du har innspill til podcasten «Ergotrip med Siv Iren og Ingunn», send mail til ergotrippodden@gmail.com, eller ta kontakt på Facebook eller Instagram.

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

FREMDELES MULIG Å MELDE SEG PÅ

Deltakelse og mestring for eldre – nettbasert kurs for ergoterapeuter

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

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

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangør: Ergoterapeutene

Kursavgift: Gratis

Påmelding: Gjennom kurskalenderen på hjemmesiden (www.ergoterapeutene.org)

Merittering: Hver modul godkjennes som ergoterapispesifikt kurs meritterende med seks timer til ergoterapispesialist for dem som kan dokumentere deltakelse i nettverksgruppe.

Modul 1: Ergoterapeutenes samfunnsoppdrag.

Ligger ute på Ergoterapeutenes hjemmeside

Modul 2: Aldersvennlig samfunn. Ligger ute på Ergoterapeutenes hjemmeside.

Modul 3: Aktivitet og fellesskap. Ligger ute på Ergoterapeutenes hjemmeside.

Modul 4: Helse og helsetjenester. Legges ut på hjemmesidene 15.03.2020.

Modul 5: Kommuneplanprosessen. Legges ut på hjemmesidene 15.05.2020.

Hver modul består av:

Individuelt forarbeid.

- Lese anbefalt litteratur. Cirka 2–3 timer.
- Video-forelesninger. Varighet cirka 1.5 timer.

Allt ligger tilgjengelig på www.ergoterapeutene.org.

org. Søk på «nettkurs». Her finner dere også mer informasjon om kurset.

Etter individuelt forarbeid har hver modul refleksjonsspørsmål som skal diskuteres i nettverksgrupper. Noen grupper møtes fysisk, andre arrangerer møter ved bruk av Skype/Teams. Noen holder møtene i arbeidstiden, andre utenom arbeidstid. Det er opp til deltakerne. Nettverksmøtet har en varighet på cirka 2 timer.

Etter påmelding vil du få tildelt en nettverksgruppe. Mange grupper er godt i gang allerede, så nye påmeldte vil hoppe inn i modul-rekken der nettverksgruppen er. Det vil bli mulighet til å ta de modulene du går glipp av, til høsten. Da lages nye grupper for de sent påmeldte så de får mulighet til å ta de modulene de mangler, eller hele kurset. Fra høsten vil det bli krav om medlemskap i Ergoterapeutene for å få delta i nettverksgrupper og få kursbevis.

Du kan også lese anbefalt litteratur og se videoene på egen hånd. Dette materialet er fritt tilgjengelig på hjemmesiden vår. Da behøver du ikke melde deg på. Uten deltakelse i nettverksgruppe vil du imidlertid ikke få kursbevis eller få kurset godkjent som meritterende til ergoterapispesialist.

Meld deg på i dag!

TROMSØ



Kurs i ADL-taxonomien

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

Målgruppe: Ergoterapeuter

Arrangører: Ergoterapeutene og Tromsø kommune

Tid: 20.-21. april 2020

Sted: Universitetet i Tromsø – Norges arktiske universitet

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

Påmelding: Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org, innen 20. mars 2020.

Kurset omhandler ADL som en sentral del av ergoterapeuters kjernekompetanse.

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



Oppdater din kompetanse.
Ta et kurs!

ergoterapeutene.org/kurskalender



OSLOMET

Master i ergoterapi

Skaft deg spesialisert kompetanse i analyse, utvikling og tilpasning av intervensjoner i hverdags- og arbeidsliv. Deltid over 4 år, men kan tas på kortere tid. 120 studiepoeng.

Ergoterapi innenfor allmennhelse

Styrk din faglige identitet og bidra til å fremme utvikling og innovasjon.

Videreutdanning. Deltid over 1 år. 30 studiepoeng.

Søknadsfrist 15. april

www.oslomet.no

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

MS-konferansene 2020

Tema: EN BEDRE HVERDAG

Konferansesteder:

Stavanger – Clarion Hotel Energy – 24. april
Sarpsborg – Quality Hotel & Resort – 12. mai
Drammen – Hotel Scandic Ambassadeur – 15. september
Hamar – Scandic Hamar – 16. september

Trondheim – Scandic Lerkendal Hotell – 25. september
Bodø – Radisson Blu Hotel – 29. september
Kristiansand – Scandic Sørlandet v/Dyreparken – 14. oktober
Langesund – Quality Hotel & Resort Skjærgården – 5. november

Målgruppe: Helsepersonell i kommune- og spesialisthelsetjenesten, personer med MS og deres pårørende, og andre interesserte.

Målsetting: Gi deltakerne innsikt i, og verktøy til å løse noen av utfordringene det er å ha MS og å være pårørende. Det gjelder like mye for fagpersoner som for personer med MS og pårørende.

Godkjenninger: Konferansen søkes godkjent av Norsk sykepleierforbund som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/spesialsykepleie og av Norges Ergoterapeutforbund som spesialspesifikt kurs meritterende til ergoterapi spesialist. Konferansen er også godkjent som tellende i klinisk fagstige for hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter i Fagforbundet.

For påmelding og ytterligere informasjon:

Gå inn på MS-forbundets hjemmeside www.ms.no eller ta direkte kontakt med MS-forbundet på telefon: 22 47 79 90

Oslo Kongressenter 19. og 20. mars 2020

CP-KONFERANSEN 2020

CP hele livet

Nå kan du melde deg på Norges største fagkonferanse om cerebral parese!

CP-konferansen 2020 vender blikket mot CP i et livsløpsperspektiv. Konsekvensene av diagnosen vil forandre seg gjennom årenes løp og behovene hos personer med CP endres.

Innledere fra både inn- og utland kommer for å presentere fagtemaer som er interessante for fagpersoner, helsepersonell, personer som selv har CP og pårørende.

Det vil bli fellesprogram og parallellsesjoner som tar for seg temaer som tidlig intervensjon og retningslinjer for behandling, ortopedi, ASK, kommunikasjon og kognisjon. Det vil også bli spennende brukerinlegg.

Mer informasjon om konferansen, priser og påmelding finner du her: www.cp.no/tilbud-til-deg/arrangementer

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

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

0348
BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR

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

0606/0612/0618 ORTOSER
OTTO BOCH AS

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

0630
PROTESER

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

3. PERSONLIG STELL OG KLÆR
0903
KLÆR OG SKO

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

0909
HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING

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

0912

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

0912 B
HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK

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

0933
HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

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

0933 B
HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

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

Y 1
YRKESKLÆR/SKO
OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

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

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

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

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

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

4. FORFLYTNING

1203/1206

GANGHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

EASYWALK

Tlf 64808062

post@easywalk.no

www.easywalk.no

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 ÅS

Tlf: 64 94 21 65

www.follo-futura.no

Gåbord

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1218

SYKLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89

www.alurehab.no

Sykler - man. og el.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1221

RULLESTOLER - MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89

www.alurehab.no

Rullestoler - man. og el.

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59

firmapost@permobil.com

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

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 Fax: 66 96 38 80

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1224

TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89

www.alurehab.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59

firmapost@permobil.com, www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

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

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

Tlf.: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17

post@hcn.no www.hcn.no

Leverer Roomer takheis - fra rom til rom uten

gjennomgående skinne

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona benløfter

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGING

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

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

- PRODUKTREGISTER -

KRABAT AS

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

1812

SENGER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE

TILSATSER TIL MØBLER

ADL PRODUKTER AS

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

1818

STØTTEANORDNINGER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

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

2110 KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
COGNITA AS
Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no
MYLIFEPRODUCTS AS
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo
Tlf: 92631425
post@mylifeproducts.no
www.mylifeproducts.no
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

1527

IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler

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

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHELPEMIDLER

ABILIA AS

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

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

2139

LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2142

SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
COGNITA AS
Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no
GN RESOUND AS
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no

- PRODUKTREGISTER -

Vestfold Audio AS

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

tobii dynavox

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

2144

GYNGETERAPI

PICOMED AS

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

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 (vektdynere til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Kastanjedynen, Arcona posisjoneringssputer,
Asklø posisjoneringssputer, Inmutouch

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

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

2151

ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

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

PICOMED AS

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

2221

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 FINGERGREP

ADL PRODUKTER AS

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

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

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

BARDUM AS

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

3006

SPILL

3009

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedi-
cal.no

- PRODUKTREGISTER -

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

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

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,

Krabatskerf, sikleskerf

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

B.ROL

ROLLATORER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50,

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng, Arcona reiseseng

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/Sansemotorikk, Kastanjedynen,

Inmutouch

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no



★
Prisforhandlet
i
3 størrelser

+ Walk by assistant

+ Innebygd krengeing

+ Lys foran og bak

+ Kontroll på bredden

+ Avtagbart batteri

+ Lav innstigningshøyde

AKT 26

Stønad til aktivitetshjelpemidler
for personer over 26 år.

Aktivitetshjelpemidler
er hjelpemidler som er spesielt
utviklet for at personer med nedsatt
funksjonsevne skal kunne delta
i aktivitet alene eller
sammen med andre.

(Kilde: regjeringen.no)

Stabil og lettkjørt sykkel med praktiske funksjoner.

Viktoria Power oppfører seg som en vanlig tohjuls-sykkel og «legger» seg i svingene. Den skiller seg på denne måten fra tradisjonelle trehjuls sykler. De to hjulene foran gir full kontroll på bredden. Viktoria Power leveres med "Walk by assistant". Et trykk på knappen og motoren aktiveres.

Da kan sykkelen trilles uten å bruke krefter, man trenger kun å holde på styret. Brukere har ulike behov, ønsker og mål. I vårt modellutvalg har vi derfor et bredt spekter, med ulike funksjoner og tilvalgsmuligheter til alle aldre 📄

Tar du kontakt med oss vil vi gi faglig rettleiding slik at riktige valg blir gjort.

Bardum