

# ergoterapeuten

ÅRGANG 64 • 1 – 2021

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund  
[www.ergoterapeuten.no](http://www.ergoterapeuten.no)



## Ett år med HelselArbeid 8

Rådgiver i Kompetanse Norge **12** Fra ung til voksen med cerebral parese **20** Norsk oversettelse og tilpasning av terminologi for motoriske- og prosessferdigheter **30** Vinterkurset **48**

# ergoterapeuten

**Redaktør** Else Merete Thyness

**Mobil** 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

**Fagredaktører** Unni Sveen,

Ruca Maass og Eva Magnus

Vitenskapelige artikler sendes til:

vitenskap@ergoterapeutene.org

## Annonser

Erik Sigurdssøn

**Mobil** 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

## Annonsefrister / utgivelse

Nr. 2 – 1. april / 30. april

Nr. 3 – 1. juni / 30. juni

Nr. 4 – 2. 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

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Linda Stigen / 93 22 30 19

Marte B. Størseth / 23 07 29 00

Susanne Følstad / 91 53 78 27

Skender E. Redzovic / 73 55 92 29



## Norsk Ergoterapeutforbund

**Adresse** Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

**Telefon** 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

**Generalsekretær/fagsjef**

Toril Laberg

**Forhandlingssjef**

Hege Munthe

**Organisasjonssjef**

Karl-Erik Tande Bjerkaas

**Seniorrådgiver**

Anita Engeset

**Seniorrådgiver**

Solrun Nygård

**Advokat**

Berit Førli

**Controller**

Tove Olsen

**Controller**

Snorre A. Nergaard

**Sekretær**

Kristin Pedersen

## Forbundsstyremedlemmer

Tove Holst Skyer, forbundsleder

Tonje Hansen Guldhav, nestleder

Heidi Elisabeth Fløtten

Mariette Elise Gjerde

Judith Ekerhovd

Kathrine Færestrand

Kamilla Lemb Herbjørnsen

Siv Iren Gjermstad

Kristin Haugen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

1. vararepresentant Karina Kolnes

2. vararepresentant Ingjerd Elisabeth Valbekmo

June Rondestvedt, varamedlem

Tori Almaas, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

Yvonne Daus Børslid, varamedlem

Monica Frovik, varamedlem

Ane Larsen Mjøen, varamedlem

Jane Helen Sveen, varamedlem



8



12



18



42

---

## REPORTASJE

### 6 HelselArbeid

Av Else Merete Thyness

### 8 Ett år med HelselArbeid

Av Else Merete Thyness

---

## NY ARENA

### 12 Rådgiver i Kompetanse Norge

Av Else Merete Thyness

---

## FORBUNDET

### 14 Mellomoppgjør 2021 – hva kan vi forvente?

Av Hege Munthe

### 15 Kurs og merittering til ergoterapispesialist

Av Solrun Nygård

### 16 Tillitsvalgtpreisen 2020 til Marte Husøy

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

### 17 Elbilavtale for Ergoterapeutenes medlemmer

### 18 Er håndsprit brannfarlig?

Av Roar Hagen

---

## FAGLIG

### 20 Fra ung til voksen med cerebral parese – utredning, behandling og tiltak rettet mot utfordringer med håndfunksjon, fatigue og kognisjon

Av Cilie Åsberg, Camilla Aksdal, Sonia Muñoz Llort og Per-Ola Rike

---

## VITENSKAP

### 30 Norsk oversettelse og tilpasning av terminologi for motoriske- og prosessferdigheter

Av Silvia E. Hansbø, Brian Ellingham, Ellen Gjertsen Clark, Lene Fogtmann Jespersen og Helen Bull

### 38 Erfaringer med ulike rolleforståelser og -praksiser blant ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten: generalist, spesialist eller generisk rolle?

Av Sissel Horghagen, Tore Bonsaksen, Unni Sveen, Anne Stine Dolva og Cathrine Arntzen

---

## AKTUELT

### 42 Oppdatert abstraktinvtasjon

Av Gry Mørk og Inger Hellem

### 44 ParkinsonNet

Av Cecilie Gjersum

### 45 En stor takk til praksisveiledere der ute

Av Siv Sønsteby Nordhagen

### 46 Bokomtale:

**Powerful practice**

Av Else Merete Thyness

### 47 Demensdagene

Av Bente Wallander

---

## PÅ DE SISTE SIDENE

### 48 Vinterkurset – 2021

Av Else Merete Thyness

---

## ANNONSER

### 52 Kurs- og stillingsannonser

### 55 Produktregister

# Annerledes aktivitet og deltakelse

**Er det noe jeg er glad for i disse dager, så er det at jeg har en meningsfull jobb å gå til, selv om det bare tar ti skritt å komme dit. I det siste har den vært ekstra interessant: Jeg har besøkt Finnmarkssykehuset på Facetime og deltatt på Ergoterapeutenes Vinterkurs på Teams.**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

**Selv om jeg skulle gitt mye** for et normalt liv der jeg kan treffe venner og kollegaer i realtime og skrive en reportasje som innebærer en fysisk reise, viser det seg at digitale treff også fungerer.

Jeg intervjuet ergoterapeut Eivor Rasmussen på Facetime. Hun fortalte om hvordan de på Finnmarkssykehuset hadde startet opp HelselArbeid, et meget aktuelt tiltak for ergoterapeuter. Da intervjuet var ferdig, avtalte vi at hennes kollega Lise Haug Labahå skulle ta bildene til reportasjen. Etter min mening har fagbladet fått en meget god reportasje uten at redaktøren har rørt seg et skritt.

For å forberede meg til intervjuet satte jeg meg godt inn i temaet. Det ledet meg til et intervju med Silje Joteig, seniorrådgiver ved IA- og sykefraværskontoret i Arbeids- og velferdsdirektoratet – på mail.

Den vitenskapelige artikkelen i dette nummeret heter «*Norsk oversettelse og tilpasning av terminologi for motoriske- og prosessferdigheter*». Artikkelen beskriver hvordan forfatterne har oversatt de mest relevante begrepene i AMPS,

EVA og Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM). Jeg hadde lyst til å skrive en bokanmeldelse av Ann Fisher og Abbey Marterellas bok «*Powerful practice – A model for authentic occupational therapy*», som nettopp presenterer OTIPM. Jammen lå det ikke en forelesning om modellen på YouTube av Malin Erola, som inngår i Ergoterapeutens nettkurs «*Alle skal kunne delta*».

På de siste sidene har jeg skrevet om Ergoterapeutenes Vinterkurs. Tredje februar logget forbundsstyret, regionstyrene og ansatte i forbundet seg på den tre dager lange digitale samlingen på Teams. Her fikk deltakerne en felles forståelse av regionenes funksjon, og jeg kunne fylle ytterligere fire sider i fagbladet.

Når denne pandemien er over, gleder jeg meg til å ta buss og tog til jobben, gå ut å drikke øl med venner og kollegaer, og dekke et bord og samle hele storfamilien. I mellomtiden har jeg lært meg å sette pris på de digitale møteplassene som gjør det mulig fortsatt å være i aktivitet og deltakelse.



**TOVE HOLST  
SKYER**  
Forbundsleder

## Når det røyner på

**Jeg føler ofte at et nytt år** er litt som et blankt ark som gir nye muligheter. Foreløpig er starten på det nye året litt tung, med den muterte virusvarianten og ytterligere innstramminger i smitteverntiltakene. Jeg trodde ikke på noen måte at pandemien skulle blåses bort med inngangen til 2021, men jeg begynte å bli håpefull for bedre tider. De siste ukene har jeg proklamert til mange av dem rundt meg at jeg er lei, lei, lei! Lei av annerledes-hverdagen som setter så mange begrensninger. Selv om jeg fyller dagene med aktiviteter som er viktige for meg, savner jeg nå virkelig de sosiale relasjonene, både på jobb og privat.

Noe av det som gjør meg motivert for tiden som ligger foran oss, er det viktige samfunnsoppdraget vi ergoterapeuter har. Det er et stort behov for

oss! Kanskje mer enn noen gang. Sammen med medlemmer og tillitsvalgte ser jeg fram til å synliggjøre dette, slik at innbyggerne i enda større grad får tilgang til tjenester som gjør hverdagslivet mulig.

Etterslep i tjenestene har vist seg å gi store konsekvenser for pasienter, brukere og pårørende. Når innbyggerne ikke får de tjenestene de har behov for, til rett tid, går funksjon tapt, og hverdagslivet forringes. Den nye pasientgruppen som har hatt covid-19, gir også et forsterket press på rehabiliteringstjenestene. Spesielt vil de med langvarige symptomer trenge ergoterapi, når hverdagen for eksempel preges av muskelsmerter og fatigue.

Rehabiliterende innsats er helt nødvendig for at innbyggerne skal gjenvinne funksjon, finne nye måter å utføre hverdagsaktivite-

tene på, få tilrettelagt omgivelser sine eller komme seg tilbake på skolen eller i jobb. Pandemien har medført enorme konsekvenser og kostnader for samfunnet. Nå er det virkelig behov for grep som styrker de ressursutløsende tjenestene. De tjenestene som setter folk i stand til å klare seg selv og bruke sine ressurser. De tjenestene som kalles for ergoterapi. De som skaper bærekraft. Vi skal, gjennom vårt samfunnsoppdrag, bidra til at så mange som mulig kommer tilbake til hverdagen, selv etter sykdom eller skade.

Så nå smører jeg på noen ekstra lag med tålmodighet, fester blikket enda lenger der fremme, krummer nakken og fortsetter som om det ikke finnes digital trøtthet. Vi har mye å gjøre for å skape aktivitet og deltakelse for alle.



# HELSEIARBEID

**HelseArbeid er et tilbud til personer som er sykmeldte eller står i fare for å bli det. Tilbudet er en videreføring av det som tidligere het Raskere tilbake.**

Av Else Merete Thyness

**H**elseArbeid er et samarbeid mellom helse-tjenesten og NAV. Tilbudet satser på forebygging, mestring, helsefremming og god ressursbruk for personer med psykiske lidelser og muskel- og skjelettlidelser. Det bygger på prinsippene at tidlig innsats og rask avklaring vil hjelpe den enkelte arbeidstaker til å mestre sine helseplager, og at det er mye å vinne på å fokusere på arbeidsdeltakelse og helse samtidig framfor å tenke arbeid først og helsen etterpå.

Modellen er basert på gjeldende kunnskap om arbeid og helse og er omtalt i flere førende offentlige dokumenter som «Mestre hele livet» og «NAV i en ny tid – for arbeid og aktivitet». Både nasjonale og internasjonale studier viser gode resultater i form av helsegevinst og retur til arbeid. NAV Arbeidslivssenter har i samarbeid med Helse det praktiske ansvaret for å følge opp og levere HelseArbeid.

## RASKERE TILBAKE OG HELSEIARBEID

Silje Joteig er seniorrådgiver ved IA- og sykefraværskontoret i Arbeids- og velferdsdirektoratet.

– Hva er din tilknytning til HelseArbeid?

– Arbeids- og velferdsdirektoratet har ansvar for at NAV når målene og resultatene som framgår av departementets oppdrag. Jeg jobber ved IA- og sykefraværskontoret i direktoratet, og vårt kontor har ansvar for etablering og videreutvikling av modellen fra NAVs side.

Hun forklarer hva som er forskjellen på Raskere tilbake og HelseArbeid.

– Raskere tilbake var en finansieringsordning, mens HelseArbeid er en modell for samarbeid mellom NAV og helsetjenesten.



– HelseArbeid er en modell for samarbeid mellom NAV og helsetjenesten som bygger på prinsippene at tidlig innsats og rask avklaring vil hjelpe den enkelte arbeidstaker å mestre sine helseplager, sier Silje Joteig.

## TO INTERVENSJONER

HelseArbeid inneholder to intervensjoner som leveres samtidig. *Bedriftstiltaket* består av helsefremmende og forebyggende kunnskapsformidling på arbeidsplassen. Gjennom å dele kunnskap om vanlige helseplager med arbeidstakere kan HelseArbeid bidra til at den ansatte kan få et bedre arbeidsliv til

tross for plager. Mer kunnskap styrker også arbeidsmiljøets inkluderingskompetanse og bidrar til å øke arbeidsplassens evne til å møte alle med respekt.

– Bedriftstiltaket av HelselArbeid er et helsefremmende og forebyggende tilbud til bedrifter. NAV og spesialisthelsetjenesten jobber sammen om systematisk kunnskapsformidling gjennom en arbeidsmiljøprosess som strekker seg over cirka ett år, sier Joteig.

*Individtiltaket* tilbyr rask tverrfaglig utredning og arbeidsfokustert avklaring. Utredningen skal bidra til at den enkelte blir i stand til å håndtere sine plager bedre både på jobben og i privatlivet. Tiltaket skal gjennomføres av et team bestående av representanter fra NAV og fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten innenfor psykisk helse og muskel- og skjelettplager.

– Individtiltaket i HelselArbeid tilbyr tverrfaglig utredning og arbeidsfokustert avklaring i samtidighet mellom NAV og helsetjenesten. I modellen er det tenkt at teamet som leverer individtiltaket, også bidrar i bedriftstiltaket. Som andre tilbud i spesialisthelsetjenesten er tiltaket tilgjengelig for alle med henvisning, sier hun.

## IA-AVTALEN

– *Hvilken tilknytning har HelselArbeid til IA-avtalen?*

– HelselArbeid er et virkemiddel i IA-avtalen og er en prioritert oppgave for Arbeidslivssentrene i NAV.

– *Hvordan er partene i arbeidslivet involvert i HelselArbeid?*

– Gjennom Intensjonsavtalen om et inkluderende arbeidsliv, IA-avtalen, arbeider regjeringen og partene i arbeidslivet for et mer inkluderende arbeidsliv til det beste for den enkelte arbeidstaker, arbeidsplass og samfunnet. Partene i arbeidslivet er med i Arbeidslivs- og pensjonspolitisk råd, som har ansvaret for oppfølgingen av IA-avtalen på nasjonalt nivå. De deltar også i koordineringsgruppen som har den operative oppfølgingen av IA-avtalen, og i faggruppen som skal drøfte status og utvikling i IA-målene og sikre god og relevant kunnskap om IA-avtalens mål og innsatsområder. Partene i IA-avtalen er enige om at de ønsker at HelselArbeid skal gjennomføres i et større omfang enn det gjøres i dag, og vi får stadig flere som tilbyr HelselArbeid i landet.

## ETABLERES FLERE STEDER

HelselArbeid etableres nå flere steder i Norge.



Helsedirektoratet og NAV har samarbeidet om heftet «HelselArbeid. God jobbhverdag, tross plager». Det er beregnet på beslutningstakere og fagpersoner som vil vite hvordan NAV og helsetjenesten kan jobbe sammen for å hjelpe mennesker med muskel-, skjelett- og psykiske plager som står i fare for å falle utenfor arbeidslivet.

– Vi har flere poliklinikker som tilbyr individtiltaket, og en del fylker hvor NAV og helsetjenesten sammen leverer bedriftstiltaket. I NAV har vi en HelselArbeid-koordinator i hvert fylke som jobber med å etablere og gjennomføre HelselArbeid, sier Joteig.

I 2019 ble det etablert en nasjonal ressursenhet for HelselArbeid basert på fagressursene ved HelselArbeid-senteret i UNN og NAV Arbeidslivssenter Troms og Finnmark. Ressursenheten skal bistå med faglig støtte til Arbeids- og velferdsdirektoratet og Helsedirektoratet, utvikle HelselArbeid-modellen videre og utvikle et opplæringsløp som kan benyttes nasjonalt.

– Det planlegges også å gjennomføre digitale fagmøter i 2021, slik at flere fagmiljøer kan delta i den faglige utviklingen av HelselArbeid-modellen, avslutter hun.

# ETT ÅR MED HELSEIARBEID

**– Ergoterapeuter er nyttige i et tiltak som HelselArbeid med vår kompetanse på hverdagsmestring, dagliglivets aktiviteter og balansen mellom arbeid og fritid, sier ergoterapeut Eivor Rasmussen. Hun er en del av det tverrfaglige HelselArbeid-teamet på Finnmarkssykehuset i Kirkenes.**

Av Else Merete Thyness



*Finnmarkssykehuset består av følgende klinikker: Klinikkk Kirkenes, Klinikkk Hammerfest, Klinikkk Alta og Såmi klinihkka. HelselArbeid-teamet arbeider ved Klinikkk Kirkenes.*

Eivor Rasmussen har arbeidet på Finnmarkssykehuset siden 2007, hovedsakelig på Avdeling for rehabilitering, med blant annet slagrehabilitering, kognitiv utredning og håndskader. I 2013 overtok hun ansvaret for håndpoliklinikken, der hun sammen med en fysioterapeut og en ortoped jobbet med Raskere tilbake.

– Raskere tilbake var en finansieringsordning. Gjennom dette fikk vi en og en halv stiling: en fysioterapeut i full stilling og en ergoterapeut i halv. Tilbudet besto av tverrfaglig utredning og behandling av pasienter med skulder-, arm- og håndproblematikk som var sykmeldt eller sto i fare for å falle ut av arbeidslivet. Prosjektet ble avviklet i 2018 og overlappet med oppbyggingen av HelselArbeid.

Januar 2020 startet Finnmarkssykehuset opp HelselArbeid individtiltak, som er en videreføring av Raskere tilbake. Eivor Rasmussen har vært en del av det tverrfaglige teamet fra begynnelsen.

– HelselArbeid individtiltak er et poliklinisk tilbud til personer som nylig har falt ut eller står i fare for å falle ut av arbeid som følge av muskel- og skjelettplager og lette psykiske plager. Tiltaket er tverrfaglig, inkluderer ressurser fra NAV og skal gi grunnlag for mestring og arbeidsdeltakelse. Ved hjelp av tidlig utredning og behandling er målsettingen at pasientene enten klarer å fortsette å stå i jobb eller kommer tilbake til arbeid, forklarer hun.

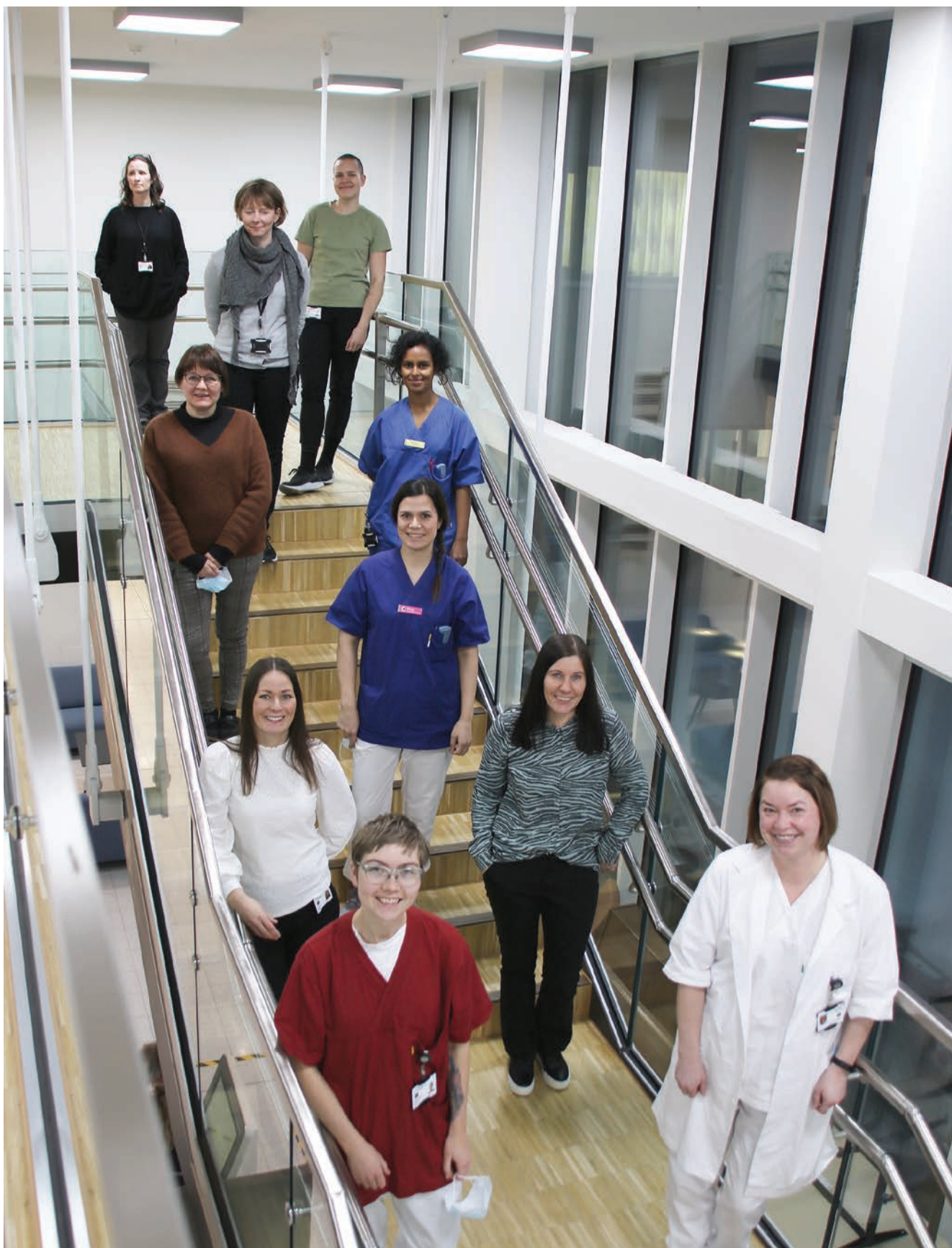
Som hun ser det, er den største forskjellen på Raskere tilbake og HelselArbeid det tette samarbeidet med NAV.

– I Raskere tilbake jobbet vi fra hver vår kant. I HelselArbeid skjer utredningen raskt og i et tverrfaglig kollegium som inkluderer NAV. Før risikerte pasienten å bli en kasseball i systemet, men nå får han eller hun alt samlet på ett sted.

## **TVERRFAGLIGE TEAM**

HelselArbeid er et nasjonalt tiltak fra Arbeids- og sosialdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Dette samarbeidet gir





*Det tverrfaglige HelseArbeid-teamet ved Finnmarkssykehuset. Rad 1 forfra fra høyre: overlege ved Avdeling rehabilitering Tina Ollila Uglebakken og psykolog Astrid Lemstad. Rad 2: psykisk helserådgiver Tove Emanuelson og NAV HIA-veileder Kristine Olsen. Rad 3: ergoterapeut Eivor Rasmussen. Rad 4: fysioterapeut Abirami Vettivel og psykisk helserådgiver Lena Paulsen. Rad 5: koordinator/psykisk helserådgiver Aina Kristoffersen. Rad 6: fysioterapeut Arja Slåtten og sekretær Merete Loiro. Foto: Lise Haug Labahå.*



– Jeg er veldig glad for å ha fått et tilbud hos dere og for at jeg har kommet meg tilbake i jobb, sier Ladda Persen til Eivor Rasmussen.  
Foto: Lise Haug Labahå.

NAV og spesialisthelsetjenesten anledning til å tilby en rask og tverrfaglig utredning. Rask avklaring vil muliggjøre at mestringstiltak blir satt fort i gang, og målet om at pasienten skal kunne fortsette å stå i utdanning eller arbeid, til tross for sine plager, kan bli innfridd. Fastlegene og andre med henvisningsrett henviser pasientene til HelselArbeid, som deretter blir møtt av det tverrfaglige teamet.

– Hos oss består dette teamet av en lege, en fysikalsk medisin, en psykolog, to fysioterapeuter, en ergoterapeut, en koordinator med kompetanse på psykisk helse, to andre rådgivere med kompetanse på psykisk helse, en NAV HIA-veileder og en sekretær», sier hun.

I Finnmark er avstandene store, og mange av pasientene har

lang reisevei. Derfor er forarbeidet viktig før de kaller inn pasienten.

– Teamet har et forberedende møte hvor vi går gjennom den informasjonen vi allerede har, og planlegger det praktiske rundt det kommende møtet. Mange bor så mye som 50 mil unna sykehuset, og da er det viktig at pasienten kan møte alle yrkesgruppene i løpet av én eller to dager.

Eivors oppgaver er hovedsakelig kartlegging av hverdagsmestring og utførelse av ADL-aktiviteter hjemme, i fritiden og i relasjon til arbeid.

– Jeg treffer ofte pasienten sammen med NAV-rådgiver. Vi utfyller hverandre godt i forhold til fritid og arbeid. Det er viktig å få det store og hele bildet fordi alle elementene i livene våre påvirker hverandre, sier hun.

Når pasienten har møtt alle yr-

kesgruppene, har de et teammøte uten pasient, der de oppsummerer funnene og kommer med forslag til tiltak.

– Til slutt møter vi pasienten og blir enige om en vei videre.

Hun mener at ergoterapeuter er viktige i HelselArbeid.

– Vi har en spesiell kompetanse på hverdagsmestring og fungering i dagliglivet både når det gjelder fritid og arbeid. Som ergoterapeuter er vi også vant til å være kreative og løsningsorienterte. Mange av pasientene har kjørt seg fast i et spor, og da er det nyttig å kunne tenke utenfor boksen.

## OPPFØLGING OG BEHANDLING

Etter den tverrfaglige utredningen henvises pasienten vanligvis videre til andre tilbud.

– Vi har mange tilbud vi kan



## «Det som er så bra med HelselArbeid er at helsetjenesten og NAV jobber tett sammen – samtidig.»

Eivor Rasmussen

henvise til, for eksempel har vi en avtale med Opptreningscenteret i Finnmark. De har mestringstilbud for pasienter med smerte og utmattelse. Videre er kommunale ergo- og fysioterapeuter, Voksen-psykiatrisk poliklinikk, kommunal psykisk helsetjeneste og regionale opptreningscentre gode samarbeidspartnere.

Når det gjelder behandling, vil de også bygge opp gode tilbud på sykehuset.

– Det er en del av konseptet HelselArbeid at vi skal tilby tre til fem behandlinger selv, og jeg skal ha en aktiv rolle i å utforme tilbud her. Mange av våre pasienter sliter med utmattelse, som er en følgetilstand av mye smerte. Dette er en pasientgruppe og en problemstilling jeg har erfaring med, blant annet med bruk av Aktivitetskal-kulatoren, som er et godt redskap for energiøkonomisering.

Det er også relevant å bygge opp gruppetilbud på sykehuset.

– Vi har et lærings- og mestringssenter på sykehuset, og her har vi planer om å samarbeide om utformingen av gruppetilbud.

Alle pasientene følges også opp med en oppfølgingssamtale etter seks måneder med det tverrfaglige teamet.

### GODE TILBAKEMELDINGER

Tilbakemeldingene de hittil har fått fra pasientene, tyder på at de er fornøyde med tilbudet.

– Mange mennesker opplever muskel- og skjelettplager eller lette psykiske plager i løpet av livet. God informasjon og oppfølging kan

trygge dem i at aktivitet er helsefremmende, sier hun.

Hun forteller at Helse Nord skal i gang med forskning som skal måle effekten av HelselArbeid.

– Det vil gi oss tydelige svar på hvor mange som kommer tilbake til eller klarer å stå i arbeid.

### FØLGEFORSKNING

Fra 2021 vil HelselArbeid inngå i et større forskningsprosjekt som skal driftes av Kompetansesenteret for arbeid og psykisk helse ved Nordlandssykehuset. Prosjektet, som er en multi-senter randomisert kontrollert studie (RCT), skal undersøke effekten av HelselArbeid.

Til sammen er 18 nasjonale og internasjonale forskere fra Australia, Nederland og England involvert i prosjektet. Ingvald Bardal, som er ph.d.-student ved Kompetansesenter for arbeid og psykisk helse, er en av disse. Hun forteller at forskningsprosjektet har vært under planlegging siden 2019, og at de nå forbereder inklusjon av deltakere fra høsten.

– Alle HelselArbeid-klinikkene i Helse Nord inngår i forskningsprosjektet. Disse er: Helgelands-sykehuset, Nordlandssykehuset, Universitetssykehuset Nord-Norge, Finnmarkssykehuset og Opptreningscenteret i Finnmark.

– Målsetningen er å teste om et samtidig og koordinert tverrfaglig tilbud som HelselArbeid er bedre enn det fragmenterte tilbudet som ellers er tilgjengelig for målgruppen gjennom primær- og spesialisthelsetjenesten og NAV, sier Bardal.



*Ingvald Bardal er ph.d.-student ved Kompetansesenter for arbeid og psykisk helse og deltar i forskningsprosjektet om HelselArbeid.*

### TODELT KONSEPT

HeselArbeid er et todelt konsept som inneholder et individtiltak og et bedriftstiltak. Ved Finnmarkssykehuset i Kirkenes startet de med individtiltaket. Bedriftstiltaket kom i gang i slutten av 2020.



**NAVN**  
Synne Grønvold  
**STILLING**  
Rådgiver  
**HVOR**  
Kompetanse Norge

## Jobber som rådgiver i Kompetanse Norge

Av Else Merete Thyness

### – Hvor jobber du?

– Jeg jobber i Kompetanse Norge. Dette er et direktorat under Kunnskapsdepartementet. Vårt oppdrag er å styrke befolkningens kompetanse og sikre arbeidslivet tilgang på kompetent og omstillingsdyktig arbeidskraft. Visjonen vår er livslang læring for et inkluderende arbeids- og samfunnsliv.

### – Hva jobber du som?

– Jeg arbeider som rådgiver i Seksjon for kompetanseutvikling i arbeidslivet.

### – Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg har hatt den i to år.

### – Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Hva som er de viktigste arbeidsoppgavene, varierer. I perioder deltar jeg mye i utredningsarbeid. Det kan handle om å se på løsninger for hvordan Norge kan legge til rette for tilgang på kompetanseutvikling slik at folk kan delta i arbeidslivet.

I andre perioder kan det dreie seg om forvaltning av midler satt av til kompetanseutvikling blant utsatte grupper på grunn av permittering eller arbeidsledighet i forbindelse med for eksempel koronapandemien.

Jeg er også superbruker for Microsoft Teams i seksjonen, der jeg veileder og kurser kollegaer. Det er godt med litt brukerrettet arbeid i en ellers systemnivå-preget arbeidshverdag.

### – Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– På arbeidsplassen min jobber vi med å få på plass eller utvikle tiltak som skal legge til rette for at folk får den kompetansen de trenger for å kunne stå i arbeid. Min kunnskap om sammenhengen mellom menneske, miljø og aktivitet gir meg andre perspektiver enn kanskje kollegaene mine. Selv om arbeidet er mer rettet mot byråkratiet og forvaltningen, vil politikkutvikling til syvende og sist alltid handle om personen i gata. Gjennom å styrke individets muligheter til å ta gode utdannings- og karrierevalg, lære hele livet og dokumentere sin egen kompetanse bidrar vi til utvikling, integrering og inkludering i samfunnet.

### – Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Det vil jeg ikke si, men arbeidsplassen har godt av at folk har ulik bakgrunn, utdanning, kompetanse og personlighet.

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

– Ja, det er det. I utredningsarbeid, der brukerperspektivet er viktig, er det nyttig å ha ergoterapitankesettet. I det «store» systemet og staten er det viktig med personer som tenker på brukeren. Det er mange som tar til orde for dette. Det er jeg glad for, og ikke minst at jeg kan bidra med å være en slik stemme.

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

– Hvis du er interessert i politikk- og samfunnsutvikling og ønsker å arbeide mer på systemnivå, vil jeg si at en direktoratsjobb absolutt er å anbefale. Da kan dere godt tenke lenger enn Helsedirektoratet, for ergoterapeuter er nyttige for både utdannings- og kompetansepolitikken – for eksempel.

### – Hvordan forandret arbeidsoppgavene dine seg under koronapandemien?

– Det ble hjemmekontor. Arbeidshverdagen går mye til skrivearbeid, så jeg finner mer ro på hjemmekontor enn i et åpent landskap. Jeg synes også digitale løsninger for møter har vist seg å være ganske så effektive og nyttige. Det gjør det enklere å samarbeide på kryss og tvers av landet.





# Arcona posisjoneringssputer



## Posisjonering - avlastning - stillingsforandring

Arcona posisjoneringssputer løser dine posisjoneringsutfordringer!



[www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Øvrebo rehab

# Mellomoppgjør 2021 – hva kan vi forvente?

**Fjorårets oppgjør ble i første omgang utsatt på grunn av covid-19. Til slutt ble partene i arbeidslivet enige om at oppgjøret skulle gjennomføres høsten 2020. Resultatet ble ikke akkurat noe å juble for. Hvilke forventninger kan vi ha til årets oppgjør?**

Av Hege Munthe

Det var stor usikkerhet om fjorårets oppgjør, våren 2020, skulle utsettes til 2021, men partene i arbeidslivet ble enige om at oppgjøret skulle gå sin gang, dog noe forsinket. Så i stedet for vårens vakreste eventyr ble det resultatmessig høstens litt dystre fortelling. Vi kan vel ikke si oss fornøyd med en ramme på 1,7 prosent? Eller kan vi det, med de forutsetningene vi hadde i annerledesåret 2020?

Den disponible rammen var lik i alle tariffområdene, men pengene hvert enkelt medlem endte opp med etter oppgjøret i 2020, har variert noe. For mange ble resultatet av tariffoppgjøret i 2020 ikke annet enn knapper og glansbilder.

## KREVENDE OPPGJØR

Tariffoppgjøret 2020 var både krevende og utfordrende. På den ene siden har mange av Unios medlemmer jobbet og jobber fremdeles i frontlinjen. Ergoterapeutene har hatt flere medlemmer som fikk endret sin arbeidshverdag med nye arbeidsoppgaver og arbeidstid. Da kan det oppleves urettferdig ikke å bli belønnet for den ekstra innsatsen man la ned.

På den andre siden har vi hatt en fallende norsk økonomi og høy arbeidsledighet. Selv om ikke resultatet ble som forventet, fikk vi det som var mulig i et veldig rart og annerledes år. Vi fikk også styrket de tillitsvalgte rolle på enkelte arbeidsplasser og nedsett noen partssammensatte utvalg som blant annet skal se på temaer knyttet til kompetanse og helsekultur. Arbeidslivets parter i kommunesektoren krever også et tettere samarbeid med regjeringen for å løse de utfordringene som kreves av kommunene, der Unios medlemmer daglig løser samfunnskritiske oppgaver.



Hege Munthe er forhandlingssjef i Ergoterapeutene.

## MELLOMÅRSOPPGJØRET 2021

Nå står vi foran et mellomårsoppgjør, hvor det kun skal forhandles om lønn. Hvilke forventninger har vi nå? Pandemien herjer fortsatt i Norge, noen steder mer enn andre, og samfunnet er fortsatt preget av korona.

Vi må kunne forvente at våre medlemmer skal ha en reallønnsvekst, og at kompetanse, ansvar og ikke minst risiko må verdsettes bedre lønnsmessig.

I noen sektorer er det allerede bestemt at det skal avholdes lokale forhandlinger. Der hvor slike forhandlinger skal finne sted, må størrelsen på potten være av en viss størrelse, slik at det kan gi reelle løft.

Vi må også ta hensyn til situasjonen i norsk økonomi og hva som blir resultatet i frontfaget. Men det er viktig å presisere at frontfaget er en norm og ikke en fasit for andre oppgjør.



Tariffoppgjøret 2020 var både krevende og utfordrende. Foto: Mostphotos.



# Kurs og merittering til ergoterapispesialist

**Ergoterapeutene er en fagorganisasjon for ergoterapeuter og har et spesielt ansvar for å stimulere til utvikling av ergoterapifaget og yrkesrollen. Det gjøres blant annet gjennom FoU-midler og kurs, og ved å stimulere medlemmer til å bli ergoterapispesialist.**

Av Solrun Nygård



Solrun Nygård er seniorrådgiver i Ergoterapeutene.

**E**rgoterapeutenes merittering av kurs er nært knyttet til vår ergoterapispesialistordning. Mer informasjon om spesialistordningen ligger på Ergoterapeutenes hjemmeside. Søk med «Bli ergoterapispesialist».

## KREVES MASTER

I 2014 vedtok forbundsstyret at det skulle kreves master for å kunne bli ergoterapispesialist. Samtidig ble det etablert en *overgangsordning* for perioden 2014–2020 som ga åpning for å bli godkjent ergoterapispesialist uten master. I overgangsordningen var et av kravene et visst antall timer kurs som var spesialistspesifikke, generelle og ergoterapifaglige.

Master i ergoterapi sikrer en nødvendig fagspesifikk fordypning, som er nødvendig for å kunne kalle seg ergoterapispesialist.

En tverrfaglig master godkjennes også, men da stilles det krav om at masteroppgaven har et ergoterapifaglig tema. Hvis ikke, må det ergoterapifaglige sikres gjennom ergoterapifaglig etter- og videreutdanning som utgjør 15 studiepoeng eller 200 kurstimer.

## KUN ERGOTERAPIFAGLIGE KURS

Siden spesialistspesifikke kurs ikke lenger inngår i vår ergoterapispesialistordning, har forbundet bestemt at vi kun skal merittere og annonsere ergoterapifaglige kurs, det vil si kurs for og av ergoterapeuter. Det søkes om forhåndsgodkjenning av merittering til ergoterapeutenes spesialistordning. Søknadsskjema ligger på ergoterapeutenes hjemmeside.

Andre kurs kan imidlertid inngå i en vurdering av fornyet godkjenning dersom det begrunnes hvorfor disse kursene har relevans i søkerens faglige oppdatering.

Ergoterapifaglige kurs arrangeres av forbundet sentralt eller av regionene. Fagmiljø kan også arrangere ergoterapifaglige kurs, alene eller i samarbeid med forbundet, som kan godkjennes som meritterende til ergoterapispesialist. I tillegg har medlemmer av Ergoterapeutene tilgang til kurs arrangert av Sveriges Arbetsterapeuter til medlemspris. Oversikt over deres kurs ligger på hjemmesiden til det svenske forbundet, under «Akademin».



# Tillitsvalgtpriisen 2020 til Marte Husøy

**Marte Husøy på Mork rehabiliteringssenter i Volda fikk overrakt Tillitsvalgtpriisen 2020 like før jul. Hun fikk den blant annet for sin årelange innsats mot nedlegging av senteret.**



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

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

**F**orbundsstyret i Ergoterapeutene tildelte Marte prisen i oktober, men tildelingen har vært hemmelig siden den gang.

Forbundsstyremedlem Mariette Gjerde fra Ergoterapeutene Midt overrasket Marte Husøy med overrekking av prisen.

– Nå ble jeg virkelig tatt på senga. Dette hadde jeg absolutt inga aning om, sa en overrasket prisvinner.

## STO FRAM DA NEDLEGGING TRUET

Kollegaen Trude Gretland, som nominerte Marte til Tillitsvalgtpriisen, talte sterkt for Martes kandidatur: «Hun er alltid engasjert, tek ansvar og er uredde. Hun har som tillitsvald spesielt utmerka seg då Mork igjen var nedleggingstrua. Ho stod fram på ein einestående måte med oversikt, talegaver, pågangsmot og med stor utstråling.»

Under utdelinga fikk Marte også mye skryt fra klinikkssjefene. Det ble sagt at selv om hun fikk prisen fra Ergoterapeutene, følte alle yrkesgruppene at hun var tillitsvalgt for dem alle.

## STATUTTENE FOR TILLITSVALGTPRISEN

Forbundsstyremedlem Mariette Gjerde viste til statuttene for Tillitsvalgtpriisen da hun delte ut prisen til Marte Husøy:

– Årets tillitsvalgte deles ut til et medlem av Norsk Ergoterapeutforbund som har gjort en vesentlig innsats som tillitsvalgt. Den kan tildeles plasstillitsvalgte, hovedtillitsvalgte og organisasjonstillitsvalgte. Årets tillitsvalgte har utmerket seg gjennom for eksempel:

- langsiktig arbeid for å fremme ergoterapeuters vilkår og betingelser



Marte Husøy, vinner av Tillitsvalgtpriisen 2020, med forbundsstyremedlem Mariette Gjerde (til venstre) og Trude Gretland (til høyre), som nominerte Marte.

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

## NOMINERT SAMMEN MED EN LANG REKKE DYKTIGE TILLITSVALGTE

Marte Husøy var nominert til Tillitsvalgtpriisen sammen med mange andre dyktige tillitsvalgte.



– Vi er stolte av dere alle og takknemlige for den utrettelige innsatsen dere gjør for medlemmene, sier forbundsleder Tove Holst Skyer fornøyd.

De øvrige nominerte var:

- Tordis Tesdal, Trondheim kommune
- Merethe Bræin Hagnæss, Oslo kommune
- Trude Holvik, Haugesund kommune
- Trine Lyså, Harstad kommune
- Turid Elisabeth Finkenhagen, NAV Vestre Viken
- Jorunn Uleberg, St. Olavs hospital
- Solveig Thormodsæter Ørjavik, Molde kommune

### TIDLIGERE VINNERE

Marte Husøy går inn i en stolt rekke vinnere av Tillitsvalgtpreisen.

De tidligere vinnerne av Tillitsvalgtpreisen er:

- 2019 Grethe Vetrhus Hammerstad, Holmestrand kommune
- 2018 Ine Ulven, Oslo kommune
- 2017 Anita Therese Rosmæl, St. Olavs hospital, Trondheim
- 2016 Toril Smaaberg, Sykehuset Innlandet
- 2015 Anita Dimmen Johansen, Universitetssykehuset i Nord-Norge

- 2014 Ania Wiggen Jørgensen, Eidsvoll kommune
- 2013 Johanne Knudsen, Bergen kommune
- 2012 Grete Olaussen, Oslo universitetssykehus

Har du en kandidat til Tillitsvalgtpreisen 2021?

Ikke vent med å nominere ham eller henne. Du kan gjøre det allerede nå, på hjemmesiden.



*Forbundsleder Tove Holst Skyer er takknemlig for den innsatsen de tillitsvalgte gjør.*

---

## Elbilavtale for Ergoterapeutenes medlemmer

**Unio har framforhandlet en gunstig rabattavtale med Bertel O. Steen AS for Ergoterapeutenes medlemmer. Avtalen innebærer rabatt på elektriske personbiler fra Mercedes-Benz, Smart, KIA, Peugeot, Citroën, DS og Opel.**

Bertel O. Steen AS er en av Nordens største aktører innen salg og servicetjenester for personbiler, varebiler, lastebiler og busser. De forhandler og tilbyr autoriserte verksteder for merkene til disse bilmerkene. Du finner hel- og deleide forhandlere i hele Norge, fra Kristiansand i sør til Alta i nord. Rabatten gjelder hos alle disse forhandlerne.

Hvis du er medlem av Ergoterapeutene og ønsker å kjøpe bil til disse gunstige betingelsene, oppsøker du nærmeste forhandler av bilmerket. Du må ha med en bekreftelse på medlemskapet ditt. Denne får du ved å henvende deg til forbundskontoret.



# Er håndsprit brannfarlig?

**Håndsprit er godt smittevern, bare så det er sagt. Men har du tenkt på at håndsprit også kan være svært farlig? Tryg Forsikring har sammen med Teknisk Industrivern testet hvor brannfarlig håndsprit kan være.**

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt ved Ergoterapeutenes forsikringskontor.

Se for deg følgende scenario: En hyggelig kollega stiller i stand til fredagskaffe på arbeidsplassen din. Hun spriter hendene godt for å overholde smittevernrådene, og får så lyst til å tenne et telys for å gjøre det litt koselig på møterommet. Idet hun tenner fyrstikken, tar alkoholen fra håndspriten øyeblikkelig fyr, og plutselig har kollegaen din hendene fulle av flammer. I panikk slår hun hendene mot genseren sin for å slukke flammene, men genseren er i syntetisk stoff og tar også fyr. Dette hendte nylig på en arbeidsplass i Norge. Nå endte denne hendelsen uten noen alvorlige skader – men det kunne gått galt.

## VÆR FORSIKTIG MED HÅNDSPRIT

Tryg Forsikring ville teste hvor brannfarlig håndsprit faktisk er, og sammen med Teknisk Industrivern testet de det opp mot rødsprit.

Offentlige smittevernråd sier at man skal bruke tre milliliter håndsprit i 30 sekunder, og gjøre det to ganger for å drepe eventuell smitte du måtte ha på hendene. Smittevern er viktig, men mange er ikke bevisste på at

man bør ta forholdsregler etterpå. Når du har spritet hendene, så er de i praksis lett antennelige og brannfarlige i hele to minutter etterpå.

Hovedregelen er at jo mer flytende håndsprit er, jo høyere er alkoholprosenten og dermed også brannfaren.

## NOEN GODE RÅD

Ikke oppbevar håndsprit på steder hvor den kan bli varm eller

bli utsatt for gnist eller flammer. Oppbevar den like varsomt som du ville gjort med en flaske rødsprit eller tennvæske. Ikke håndter flammer, fyrstikker eller lighter minimum to minutter etter at du har spritet hendene dine.

Håndsprit har høy alkoholprosent og bør oppbevares utilgjengelig for barn.

Informasjonen er gjengitt av Ergoterapeutenes forsikringskontor. Kilde: Tryg Forsikring.





# X850

tar deg frem på vinterstid

**X850 er den perfekte utendørs rullestolen**, retningsstabil og lett å kjøre. Den har kraftige motorer men er allikevel stillegående.

Ta med hunden eller venner til koselig tur i parken og nyt den friske vinterluften.

Å være ute en kald vinterdag kan gjøre en helt ordinær dag til noen helt spesielt.

**Kontakt oss!**

67 07 04 00 | [ks@permobil.com](mailto:ks@permobil.com)



# Fra ung til voksen med cerebral parese

## – utredning, behandling og tiltak rettet mot utfordringer med håndfunksjon, fatigue og kognisjon

Av Cilie Åsberg, Camilla Aksdal, Sonia Muñoz Llort & Per-Ola Rike



*Cilie Åsberg er ergoterapispesialist i somatisk helse ved Avdeling for vurdering ved Sunnaas Sykehus HF.  
E-post: cilaas@sunnaas.no*



*Camilla Aksdal er ergoterapispesialist i somatisk helse ved Avdeling for vurdering ved Sunnaas Sykehus HF.*



*Sonia Muñoz Llort er spesialpedagog ved Avdeling for vurdering ved Sunnaas Sykehus HF.*



*Per-Ola Rike er spesialist i klinisk nevropsykologi, ph.d., ved Avdeling for vurdering og Forskningsavdelingen ved Sunnaas sykehus HF.*

### Sammendrag

**Unge voksne med cerebral parese (CP)** har ikke på linje med barn og ungdom en systematisk oppfølging av helsevesenet i Norge. Utfordringene som denne gruppen møter på, blir derfor ikke automatisk utredet eller behandlet i kommune- eller spesialisthelsetjenesten.

**Nedsatt fysisk funksjon, fatigue og kognitive utfordringer** påvirker ofte deltakelse og aktivitet blant unge voksne med CP. Livsfaseoverganger der mange flytter i egen bolig, studerer og etter hvert deltar i arbeidslivet, er for mange ekstra utfordrende.

**Denne artikkelen ønsker å belyse** hvordan disse utfordringene kan kartlegges og håndteres ved å gi råd om tilrettelegging, trening og/eller behandlinger. Dette for å forebygge funksjonstap og fremme deltakelse på ulike arenaer.

**Nøkkelord:** Cerebral parese, ergoterapi, voksne, deltakelse, senfølger

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.*



## INNLEDNING

Cerebral parese (CP) er en samlebetegnelse på følgetilstander etter en skade på en umoden hjerne fra fosterliv til fylte to år (1, 2). Insidensen av CP i Norge er cirka to per 1000 levende fødte barn, noe som tilsvarer cirka 113 nye tilfeller i året (3). Følgene av hjerneskaden avhenger av skadens omfang og lokalisasjon i hjernen og er ikke progredierende (4). Dette gjør at utfallene varierer, og at gruppen med cerebral parese er svært heterogen. Den største gruppen er spastisk CP, som kjennetegnes ved stramhet og stivhet i muskulaturen (1). Andre undergrupper er dyskinetisk CP, som kjennetegnes av ufrivillige bevegelser og varierende muskeltonus, og ataktisk CP, som hovedsakelig påvirker balanse og koordinasjon (1). Utover de motoriske endringene sees ofte kommunikasjons- og persepsjonsvansker, kognitive utfordringer, nevropsykiatriske følgevirkninger, smerteproblematikk, spastisitet og fatigue (5). Alt dette er faktorer som i varierende grad påvirker aktivitet og deltakelse i hverdagen, inkludert deltakelse i arbeidslivet. Studier har vist at sysselsettingsgraden for voksne med CP er noe lavere enn for populasjonen forøvrig, anslagsvis mellom 29 og 53 prosent (6). På tross av at man gjennom barne- og ungdomsårene ofte får god oppfølging av helsepersonell, viser en studie at voksne med CP fortsatt har et behov for informasjon og oppfølging av sin diagnose i voksen alder (7). En særlig sårbar fase er overgangen fra ungdom til voksen, der man ofte flytter i egen bolig og begynner å studere eller arbeide, noe som krever mye kapasitet og omstilling for den enkelte.

Målet med denne artikkelen er å presentere tre spesifikke utfordringer som påvirker hverdagslivsfunktering:

- 1) redusert håndfunksjon
- 2) fatigue og
- 3) kognitive utfordringer

Det vil beskrives på hvilke arenaer disse vanskene gjør seg gjeldende, og hvordan man som ergoterapeut kan kartlegge, behandle/trene og tilrettelegge for disse vanskene i hverdagen. Målgruppen er unge voksne med CP tilsvarende Gross Motor Function Classification System (GMFCS) nivå I-III og Manual Activity Classification System (MACS) nivå I-III.

## OVERGANG TIL VOKSEN LIV – RISIKO FOR SENSKADER OG ØKTE KRAV I HVERDAGEN

Helserelaterte utfordringer kommer for mange voksne med CP tidligere enn for jevnaldrende funksjonsfriske (8). De beskriver ofte økt trettbarhet, visuelle problemer, feilstillinger, redusert balanse, utfordringer knyttet til tale og svelg, og andre generelle helseproblemer (3). Det rapporteres også at forandringer i funksjonelle ferdigheter, som eksempelvis gange, skjer på et tidligere stadium hos voksne med CP enn det som er forventet ved normal aldring (9). Forekomsten av smerter er også betydelig høyere hos denne gruppen enn i den generelle befolkningen (10). En mulig forklaring er at med økende alder kommer også økende sosiale og kontekstuelle krav (11). Dette støttes av at en betydelig andel av voksne med CP angir utfordringer knyttet til deltakelse på ulike arenaer i livet, så som deltakelse i arbeid, fritidsaktiviteter og sosiale aktiviteter (7).

En annen forklaring er at det per dags dato ikke er systematisk medisinsk oppfølging av voksne med CP i Norge tilsvarende det barn og ungdom har gjennom oppfølgingsprogrammet *Cerebral Parese Oppfølgingsprogram* (CPOP). I dette programmet kartlegges barnas kognisjon, kommunikasjon, grovmotorikk, håndfunksjon, leddbevegelighet, spastisitet og smerter, samt ulike behandlings tiltak hvert år eller annethvert år (1, 3). I en nylig publisert rapport i regi av CP-foreningen understrekes viktigheten av at voksne med CP også bør ha systematisk oppfølging av helsevesenet, blant annet for å forebygge funksjonsendringer, bedre livsfaseoverganger, fremme deltakelse og bedre livskvalitet for denne gruppen (3).

## STUDIER/ARBEIDSLIV

Arbeid er et av områdene hvor mange voksne med CP erfarer redusert deltakelse. Studier har vist at sysselsettingsgraden for voksne med CP ligger på mellom 29 og 53 prosent, noe som er lavere enn den generelle populasjonen i vestlige land (6). Som barn har mange med CP behov for tilpasset opplæring eller spesialundervisning grunnet sansevansker, psykomotorisk tempo, generelle lærevansker eller talevansker (12-15). De samme utfordringene vil også gjelde voksne med CP. Store individuelle forskjeller i kognitiv funksjon gjør at forutsetningene for å studere eller delta i arbeidslivet er svært avhengig av funksjonsnivå.

Mange unge voksne med CP trenger hjelp til å velge videregående skole eller høyere utdanning, noe blant annet spesialpedagoger kan bistå med. Spesialpedagoger kan også gi informasjon om rettigheter for tilpasset opplæring

under studier. Dette for å kunne ha kapasitet til gjennomføring av både daglige aktiviteter, fritidsaktiviteter, familie og trening. Mange er i stand til å studere, men kravene må tilpasses både fysisk og psykisk funksjon slik at studieforløp blir realistiske. Ofte vil *kombinasjonen* av redusert motorisk funksjon (for eksempel redusert håndfunksjon), fatigue-problematikk og kognitive utfordringer påvirke grad av deltakelse i arbeidslivet. I tillegg kan forpliktelser knyttet til ivaretagelse av egen helse og familie i kombinasjon med arbeid være krevende for mange. Ved funksjonsendringer kan det for en del være hensiktsmessig å gjennomgå en tverrfaglig vurdering. Dette for å få råd angående tiltak som kan bidra til å opprettholde en god aktivitetsbalanse. Hvis kravene på arbeidsplassen ikke er forenelige med funksjonen, har voksne med CP behov for ytterligere karriereveiledning. Da kan de lokale karrieresentrene bistå med rådgivning og samtaler for en bedre tilpasset stilling sett ut ifra situasjonen for hvert enkelt individ. Karrieresentrene finnes i alle fylker. Bistand fra karrieresentre i kombinasjon med funksjonsvurderinger/tverrfaglige vurderinger som utdyper den enkeltes ressurser og utfordringer, kan for mange være et nyttig tiltak. Tilpasninger av arbeidstider, arbeidsmengde, type oppgaver, struktur og fysiske tilrettelegginger er andre tiltak som kan være aktuelle. NAV har også ulike tilskuddsordninger som kan være hensiktsmessige som bistand for å komme inn på arbeidsmarkedet eller for å beholde et ansettelsesforhold (17). Dessuten kan ordningen funksjonsassistent for mange være avgjørende for å kunne være i arbeid.

### HÅNDFUNKSJON HOS PERSONER MED CP

Håndfunksjonen til personer med CP klassifiseres ofte ut fra hvordan man håndterer ulike objekter i daglige aktiviteter ut fra Manual Ability Classification System (MACS) (18). Håndfunksjon er ofte nedsatt på grunn av redusert motorisk kontroll, nedsatt styrke, unormal muskeltonus og redusert tempo (19). Mange har også nedsatt sensibilitet og speilbevegelser i motsatt arm og hånd (19). Dette påvirker evnen til å strekke seg etter, gripe, løfte/flytte og slippe et objekt, noe som er grunnleggende ferdigheter for å kunne gjennomføre ulike daglige aktiviteter. Det finnes lite kunnskap om trening og tiltak for å bedre håndfunksjon hos voksne med CP. Mange av tiltakene som i dag benyttes, bygger på evidens fra opptrening av barn eller kunnskap fra studier som omhandler håndfunksjon hos voksne med lignende nevrologiske tilstander.

### KARTLEGGING AV HÅNDFUNKSJON

Mange av de voksne med CP vi møter på Sunnaas sykehus, angir at de har brukt mye tid og ressurser på behandling og trening gjennom hele livet. Det er derfor viktig å kunne gi pålitelig kartlegging og beskrivelse av funksjon, evaluere tjenester og tilbud samt måle kliniske endringer og slik unngå å bruke ressurser på ineffektiv behandling og tiltak (20). Av standardiserte måleinstrumenter for funksjon i overekstremiteter benytter vi ved Sunnaas sykehus blant annet:

- 1) The Action Research Arm Test (ARAT) (21)
- 2) Modified Ashworth Scale (MAS) (22)

- 3) Jebsen Taylor håndfunksjonstest (23)
- 4) Zancolli klassifisering av håndleddets stilling (24)
- 5) House klassifisering av tommelens stilling (25)

Videre er det vanlig å måle leddutslag med goniometer samt å måle styrke med dynamometer (26). Vi har nylig også implementert kinematisk 3D-analyse av overekstremiteter som et supplement i spastisitetsvurderinger. Dette gir en mer detaljert og objektiv måling av en eventuell funksjonsnedsettelse.

### BEHANDLING OG TILTAK VED REDUSERT HÅNDFUNKSJON

Redusert håndfunksjon skyldes ofte spastisitet i arm- og håndmuskulatur. Spastisitet er en tilstand med økt muskeltonus og forsterkede senereflekser i muskulaturen. Muskler kan som følge av dette oppleves som stramme og korte og dermed hemme bevegelse (27). Spastisitet kan medføre plager som smerter, aktivitetsbegrensninger, muskelstivhet og forstyrret nattesøvn (28, 29). I tillegg kan spastisitet øke sannsynligheten for kontrakturutvikling (28). Noen kan som følge av spastisitet få feilstillinger i ledd. Dette kan for enkelte oppleves som så stigmatiserende/skjemmende at det medfører at de unngår å delta i aktiviteter eller sosiale arrangement, eller unngår å benytte den affiserte hånden (30). Behandling for å redusere spastisitet består ofte av kontrakturprofylakse, symptomlindring og/eller bedring av funksjon ved økt mulighet for bruk av affisert arm. Tiltakene kan være en kombinasjon av medisinsk behandling, trening og bruk av ortoser. Behandlingen må tilpasses den enkeltes utfordringer

Funksjon	Utredning	Tiltak
<b>Håndfunksjon</b>	Jebson Taylor Håndfunksjonstest The Action Research Arm Test (ARAT) Modified Ashworth Scale (MAS) Zancolli klassifisering av håndleddets stilling House klassifisering av tommelens stilling Måle grepsstyrke med goniometer Måle leddutslag med goniometer Kinematisk 3D-analyse av overekstremitet	Styrke og stabilitetstrening Ortoser Bimanuell trening Constraint Induced Movement Therapy (CIMT) Oppgaveorientert trening Bevegelsesstyrte videospill
<b>Fatigue</b>	Fatigue Severity Scale (FSS) Erfaringsbasert samtale Kartlegging av dine aktiviteter (KDA) Utfylling av ukeplan	Undervisning og veiledning om temaet aktivitetsbalanse Planlegging og strukturering av hverdagens aktiviteter Tilrettelegging av miljø og omgivelser Tekniske hjelpemidler og avlastning Fysisk aktivitet og restitusjon
<b>Kognitiv funksjon</b>	Useful Field of View (UFOV) TMT A og B Klokketesten Necker Cube Kopiering av 2D- og 3D-kors	Tilrettelegging på skole og arbeid i form av god struktur og forutsigbarhet, evt. studere/arbeide deltid Ha fokus på én ting av gangen Velge studer/arbeid som er motiverende og tilpasset egen kognitiv funksjon

Tabell 1. Utvalgte utredningsmetoder og tiltak.

og muligheter. En oversiktsstudie av Pak og Patten viser at styrketrening bedrer funksjonen uten å øke spastisiteten hos pasienter etter gjennomgått hjerneslag (31). Disse resultatene kan tenkes at er overførbare til voksne med spastisk CP med samme type utfordringer. Vår kliniske erfaring tilsier at pasientene ofte har økt bevegelsesutslag og har bedre «kontakt» med muskulaturen etter at de har gjennomført styrketrening. Individuelt tilpasset styrketrening er derfor å anbefale for denne pasientgruppen.

Mange voksne med CP med unilateral affeksjon har gjennom barne- og ungdomsår tilegnet seg ulike strategier for å mestre mange daglige aktiviteter. Eksempelvis ved å utføre bimanuelle aktiviteter kun ved hjelp av én hånd, finne alternative strategier for å stabilisere gjenstander, bruke affisert hånd som støttearm eller andre kompenserende strategier (32). Bruk av affisert hånd hos barn med hemiplegisk CP er mer krevende kognitivt, noe som kan være

årsaken til at mange tilegner seg alternative strategier (32). Klinisk erfaring har vist at mange voksne med CP med halvsidig affeksjon opprettholder mange av strategiene de har tilegnet seg som barn, inn i voksenlivet. I vårt møte med voksne med unilateral CP rapporterer mange økte plager fra ikke affisert side, noe som kan ha en sammenheng med asymmetrisk belastning over lang tid, og dermed overbelastning av ikke affisert arm. Tiltak for å redusere smerter kan derfor være å finne alternative strategier i utførelse av aktiviteter og oppgaver, hjelpemidler for å avlaste ikke affisert side samt styrke- og stabilitetsøvelser.

Det er som nevnt tidligere gjennomført få studier på tiltak for å bedre håndfunksjon hos voksne med CP. Det finnes derimot en god del forskning på ulike intervensjoner for barn. Constraint Induced Movement Therapy (CIMT), bimanuell trening og oppgaveorientert trening er ifølge en oversiktsstudie av Novak et al. blant intervensjonene det finnes

god evidens for at kan bidra til økt håndfunksjon hos barn med CP (33). Geerdink et al. viser at unge voksne med CP bedret håndfunksjonen etter en kombinasjon av bimanuell trening og intensiv bruk av affisert arm (CIMT) (34). En pilotstudie av Følstad viste også lovende resultater for bruk av CIMT hos voksne (35). Bruk av bevegelsesstyrte videospill (for eksempel Nintendo Wii/Switch, Playstation 2, Xbox 360) kan også benyttes som supplement til tradisjonell trening for å forbedre arm- og håndfunksjon hos voksne med CP (36). Vi har også erfart at mange kan ha god nytte av ortoser som grepsforbedrende tiltak, eksempelvis for en mer gunstig stilling av håndledd eller fingre.

Tiltakene som i dag benyttes for å bedre håndfunksjon hos voksne med CP, bygger i stor grad på forskning på barn med CP eller voksne med andre neurologiske lidelser. Det er et tydelig behov for effektstudier om behandling og trening av håndfunksjon rettet mot voksne med CP.

## FATIGUE

Fatigue er en overveldende følelse av tretthet, mangel på energi og følelse av utmattelse (37). Flertallet av de unge voksne med CP vi møter i vår kliniske hverdag, angir fatigue som en av hovedutfordringene i hverdagen. Studier gjort på både voksne og barn med CP, viser at fatigue rapporteres hyppig, og at så mange som opp mot 40 prosent av voksne med CP erfarer at fatigue påvirker både daglige aktiviteter og livskvalitet (38, 39). Aktivitetsrelaterte faktorer som fysisk aktivitet eller mangel på fysisk aktivitet, gange over lengre avstander og lengre tids stående og sittende aktivitet kan bidra til fatigue (40, 41). Generelle krav i livet, økende alder, søvn, bekymringer, smerter, funksjonsfall, begrensede rollefunksjoner og lav livstilfredshet er andre faktorer som bidrar til fatigue hos voksne med CP (41, 42).

Selv om fatigue forekommer blant voksne med CP med ulikt funksjonsnivå, viser en studie av Jahnsen og kolleger at forekomsten av uttalt og kronisk fatigue er hyppigst hos voksne med CP med moderate motoriske funksjonsnedsettelse (41). En mulig forklaring på dette kan være at personer med milde og moderate funksjonsnedsettelse ønsker å være deltagende på lik linje med andre jevnaldrende og har et ønske om å mestre skole, jobb og andre daglige aktiviteter med minimalt av assistanse eller kompensering (41). Dette er noe vi stadig observerer i vårt kliniske arbeid. Flere gir uttrykk for at det er viktig for dem ikke å skille seg ut blant jevnaldrende, og mange ønsker ikke å ta i bruk avlastende hjelpemidler, tilpasninger under studier/arbeid eller andre ortopediske hjelpemidler som gjør at

de selv opplever å bli sett på som annerledes.

Mange voksne med CP beskriver en økt grad av fatigue særskilt i forbindelse med ulike livsfaseoverganger. Dette kan være i forbindelse med oppstart i høyere utdanning eller arbeid, ved etablering av familie, eller når man flytter hjemmefra. Flere beskriver at de etter endt arbeids- eller studiedag har lite kapasitet til andre gjøremål og aktiviteter. Dette går på bekostning av trening, deltakelse i sosiale aktiviteter og andre meningsfulle fritidsaktiviteter.

Mange har innarbeidet uhen-siktsmessige aktivitetsmønstre som de har utfordringer med å bryte, og har dermed vanskelig for å se hvilke endringer man kan gjøre for å skape en bedre aktivitetsbalanse. Derfor er det viktig å finne tiltak som kan gi en bedre balanse mellom daglige aktiviteter, arbeid og fritid, slik at voksne med CP kan være deltagende på ulike arenaer i dagliglivet.

## KARTLEGGING AV FATIGUE

Kartlegging av fatigue må tilpasses den enkelte og kan omfatte både strukturert og ustrukturert innhenting av informasjon, gjerne i kombinasjon. Et eksempel kan være å gjennomføre en erfaringsbasert samtale hvor den enkelte kan gi uttrykk for hvilke aktiviteter som kan være årsak til den økte trettheten, hvilke som gir energi, og hvilke aktiviteter det er viktig å mestre (43). Kartlegging ved bruk av utfylling av ukeplan er et annet alternativ, da ved å registrere hvilke aktiviteter man fyller en gjennomsnittlig uke med. Dette kan for mange være nyttig for å få et visuelt overblikk over innholdet i uken og hvordan man benytter sin kapasitet (43). Mer strukturerte kartleggingsmetoder som

«Kartlegging av dine aktiviteter» (KDA) kan benyttes for en mer systematisk registrering av innholdet i uken samt for å undersøke opplevelse og verdi av hver enkelt aktivitet for den som kartlegges (44). Fatigue Severity Scale (FSS) (45) er også et strukturert kartleggingsinstrument hvor man på en syvdelt skala tar stilling til ni påstander knyttet til fatigue (46).

## TILTAK VED FATIGUE

Undervisning og veiledning omkring temaet aktivitetsbalanse kan være nyttig for voksne med CP. Det kan dreie seg om å legge de mest krevende aktiviteter til de deler av dagen der man har mest energi, unngå forstyrrelser samt skape god struktur og forutsigbarhet. Resultater fra Brunton og kolleger indikerer at mange voksne med CP kan ha nytte av å planlegge dagen sin ut ifra arbeidskapasiteten hver enkelt har tilgjengelig (40). Kompensering for høyt energiforbruk grunnet feilstillinger og spastisitet kan være å sitte i stedet for å stå i ulike typer aktiviteter, bruke sekk eller trillebag framfor å bære poser, og å ha hensiktsmessige hjelpemidler, som eksempelvis manuell/elektrisk rullestol, arbeidsstol samt tilrettelegging av bolig eller arbeidsmiljø. Det å arbeide nærmere kroppen og organisere gjenstander og utstyr etter hvor enkle de er å rekke og hvor mye de benyttes i løpet av en dag, kan være en annen strategi. Aktivitetsbalanse i kombinasjon med jevnlig fysisk aktivitet har vist seg å ha positive effekter på både fatigue og smerteproblematikk (10). I vår kliniske hverdag ser vi at mange strever med å finne en god balanse mellom aktivitet og restitusjon. Enkelte trenger veiledning for å komme



seg i mer fysisk aktivitet, mens andre derimot trenger veiledning for å finne aktiviteter som gir mulighet for ro og hvile. Aktivitetshjelpemidler (sykkel med hjelpemotor, tilpasset skiutstyr, utstyr til rullestolpigging m.m.) og treningskontakt kan være viktige bidrag for dem som har behov for øke aktivitetsnivået. Råd og veiledning av fysioterapeut om kondisjons- og styrketrening kan bidra til at energien man legger i trening, er målrettet og gir riktig belastning. For enkelte kan det å få assistanse til tyngre fysiske oppgaver i hverdagen være viktig, eksempelvis det å bære tyngre gjenstander, få bistand til innkjøp og lignende (42).

### **TEKNISKE HJELPEMIDLER OG AVLASTNING**

Mange voksne med CP har økt energiforbruk i forflytning (47). Avlastning ved ulike typer hjelpemidler, som eksempelvis å veksle mellom det å gå og bruke rullestol, har ofte en positiv innvirkning på både smerter og kapasitet. Mange voksne med CP angir at når smertene har for stor innvirkning på dagliglivet, velger mange å forandre livsstil, som å jobbe mindre, ta i bruk tekniske hjelpemidler eller å øke bistand i hjemmet. Disse forandringene gir ofte positiv effekt på smerter, men på den annen side oppleves det for mange som et nederlag for eksempel å bruke rullestol. Likevel, etter å ha tatt i bruk rullestol rapporterer mange at de skulle ha gjort denne endringen tidligere (10). For mange voksne med CP som har en mer energikrevende gangfunksjon, kan vekselbruk av rullestol gi mulighet for deltakelse både i dagligliv og fritid og i arbeidssammenheng. Rullestolbrukere kan også ha god nytte

av å ta i bruk elektrisk rullestol med samme hensikt. Rullestol har tidligere blitt sett på som motpolen til selvstendig gange, men kan være et verktøy for å spare energi og opprettholde gangfunksjon så lenge som mulig (48).

### **KOGNITIVE UTFORDRINGER VED CP**

Mange personer med CP opplever kognitive vansker og psykiske utfordringer som påvirker hverdagsfungeringen på flere plan (39, 49, 50). Hos voksne med CP blir ikke slikt systematisk undersøkt på linje med hos barn og ungdom, der oppfølgingen er relativt standardisert, blant annet via CPOP. De vanligste kognitive utfordringene inkluderer nedsatt tempo, innlærings- og konsentrasjonsvansker og visuoperseptuelle utfordringer. Kognitiv funksjon vil kunne påvirke blant annet evnen til å studere/arbeide, kjøre bil, håndtere økonomi og leve selvstendig. For mange kan de kognitive vanskene representere vel så store hindre for aktivitet og deltakelse som de fysiske utfallene. I tillegg er det en økt forekomst av psykiske plager hos personer med CP, blant annet angst- og depresjonssymptomer, humørsvingninger, ADHD-symptomer og autistiske trekk. (51). Slike vansker vil i kombinasjon med nedsatt motorikk, kognisjon og utholdenhet kunne føre til at man ikke klarer å være like delaktig i hverdagen som man skulle ønske (52). Mange har også reguleringsvansker, det vil si vansker med å håndtere og kontrollere følelser og atferd. Mange kan lett bli stresset og overveldet.

### **KOGNITIV UTREDNING**

Mange ergoterapeuter er involvert i kognitiv testing, ofte i samarbeid med nevropsykolog og lege.

Hovedmålet med en kognitiv utredning er å finne styrker og svakheter som har en relevans for hverdagen. I en overgangsfase fra ungdom til voksen vil en kognitiv utredning kunne si noe om hvilke forutsetninger man har for å mestre aktiviteter som studier, arbeidsliv og bilkjøring. De mest sentrale kognitive funksjonene som bør utredes hos personer med CP, er visuell oppmerksomhetskapasitet, tempofunksjoner, rom/retningsforståelse, språkfunksjon, innlæringssevne og hukommelse, simultankapasitet, mental fleksibilitet og resonneringssevne. Selv om det er nevropsykologer som oftest tar brede kognitive utredninger, er det mange tester og metoder som også er lisensiert for ergoterapeuter.

Det finnes endel kognitive screeningverktøy som kan brukes av ergoterapeuter som gir et mål på global kognitiv funksjon, som Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR3) og Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Problemet med disse testene er at de er designet til bruk på eldre personer og således ikke passer så godt til yngre personer med CP. Men det finnes mange gode enkelttester som samlet gir en screening av mange kognitive funksjoner. Det er også viktig å teste strategisk. Dersom en person opplever nedsatt tempo, bør nettopp tempofunksjoner testes særskilt. Tester som måler tempo og simultankapasitet, inkluderer ulike Pegboard-oppgaver (Purdue og Grooved Pegboard Test) og Trail Making Test A og B (TMT). TMT har en egen norsk instruksjon og manual med grenseverdier (53). Videre kan visuell oppmerksomhetskapasitet måles med Useful Field of View (UFOV) (54). Rom- og retnings-



*Bevegelsesstyrte videospill, for eksempel på Nintendo Switch, kan være en alternativ treningsform som involverer fysisk og kognitiv aktivitet.*

*Foto: Mostphotos/leungchopan*

forståelse kan ofte avdekkes med enkle tegneoppgaver som Necker Cube (inkludert i MoCA) og kopiering av 2D- og 3D-kors. Rivermead Behavioural Memory Test (RBMT) består av flere innlærings- og hukommelsesoppgaver som måler både auditive og visuelle ferdigheter med relevans for hverdagen. Uavhengig av valg av testemetodikk er det viktig at de testene man bruker, har gode referanseverdier, slik at man med størst mulig presisjon kan si om en funksjon er normal eller avvikende.

### **TILTAK VED KOGNITIVE UTFORDRINGER**

Det er hovedsakelig to tiltak som anvendes ved kognitive utfordringer:

- 1) kompensierende tiltak og
- 2) kognitiv trening

Kompensierende tiltak vil avhenge av hvilken livssituasjon man er i, og en kognitiv utredning kan gi en tydelig retning på hvilke tiltak som sannsynligvis fungerer best. Om man har nedsatt innlæringskapasitet og nedsatt tempo, vil det være naturlig å studere/ar-

beide deltid. Om man har dysartri eller vansker med å betjene PC, kan alternative og supplerende kommunikasjonsverktøy samt tale-til-tekst- og tekst-til-tale-applikasjoner avlaste og variere i arbeidssituasjoner og øke læringsutbyttet ved studiene. Har man vansker med å tolke og forstå visuelt materiale, inkludert nedsatte lese- og skriveferdigheter, vil en muntlig innlæringsform kunne fungere bedre enn kun skriftlig. Om man blir fort distraheret av støy og andre mennesker og samtidig har et behov for forutsigbarhet og tydelig struktur på skole/ arbeid, bør man ha avgrensede og tydelige arbeidsoppgaver og helst unngå å sjonglere med flere arbeidsoppgaver samtidig.

Et vanlig spørsmål fra personer med CP er om kognitiv funksjon kan trenes. Et lett tilgjengelig kommersielt alternativ er databasert kognitiv trening med programmer som for eksempel Lumosity og Cogmed. Systematiske oversiktsartikler har dessverre vist at slik trening har liten eller ingen overføringsverdi til hverdagen (55, 56) og frarådes som eneste tiltak. Derimot

kan bevegelsesstyrte videospill (for eksempel Nintendo Switch) og VR-briller (Oculus Quest) være en alternativ treningsform som involverer fysisk og kognitiv aktivitet. Disse spillplattformene er motiverende for deltakerne og kommersielt tilgjengelige med en rekke spill. Men siden dette er ny teknologi, finnes det ingen studier som per dags dato har sett om det faktisk bedrer kognitiv funksjon med betydning for hverdagen i CP-populasjonen. Generelt sett er fysisk trening ansett som en lett tilgjengelig treningsform som også kan medføre bedret kognitiv funksjon (57). Aktiviteter og treningsformer som stiller krav til mange motoriske og perseptuelle funksjoner, vil generelt ha en positiv effekt på flere plan. Skal trening være nyttig, bør man trene på de aktiviteter man faktisk vil forbedre seg på.

### **OPPSUMMERING**

For mange voksne med CP kommer helserelaterte utfordringer tidligere enn hos andre jevnaldrende. Det finnes per i dag ingen systematisk oppfølging av denne gruppen og utfordringer mange møter på i ulike livsfaseoverganger. Det å flytte i egen bolig, studere og etter hvert delta i arbeidslivet er for mange ekstra utfordrende.

Vi har med denne artikkelen forsøkt å beskrive dette nærmere samt hatt hovedfokus på tre spesifikke utfordringer som påvirker hverdagslivsfunktering: redusert håndfunksjon, fatigue og kognitive utfordringer. Om man får vurdert disse funksjonene på en god måte, kan det gi retning for god behandling og adekvate tiltak som vil kunne øke hverdagsfungeringen og fremme deltakelse på ulike arenaer hos voksne med CP.

## Referanser

- Andersen GL, Julsen Hollung S, Vik T. Årsrapport for 2018 med plan for forbedringstiltak. Telemark: Sykehuset i Vestfold, Oslo Universitetssykehus; 2019.
- Hollung SJ, Vik T, Lydersen S, Bakken IJ, Andersen GL. Decreasing prevalence and severity of cerebral palsy in Norway among children born 1999 to 2010 concomitant with improvements in perinatal health. *Eur J Paediatr Neurol*. 2018;22(5):814-21.
- Buschmann E, Andersen GL, Jahnsen R, m.fl. Utvikling og etablering av systematisk oppfølging av voksne med cerebral parese og andre tidlig ervervede hjerneskader. In: Rapport fra nasjonal arbeidsgruppe, editor. Oslo: Cerebral Parese-foreningen; 2019: p. 27.
- Krigger KW. Cerebral palsy: an overview. *Am Fam Physician*. 2006;73(1):91-100.
- Rosenbaum P, Paneth N, Leviton A, Goldstein M, Bax M, Damiano D, et al. A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl*. 2007;109:8-14.
- Benner JL, Hilberink SR, Veenis T, van der Slot WMA, Roebroek ME. Course of employment in adults with cerebral palsy over a 14-year period. *Dev Med Child Neurol*. 2017;59(7):762-8.
- Roebroek ME, Jahnsen R, Carona C, Kent RM, Chamberlain MA. Adult outcomes and lifespan issues for people with childhood-onset physical disability. *Dev Med Child Neurol*. 2009;51(8):670-8.
- Haak P, Lenski M, Hidecker MJ, Li M, Paneth N. Cerebral palsy and aging. *Dev Med Child Neurol*. 2009;51 Suppl 4:16-23.
- Opheim A, Jahnsen R, Olsson E, Stanghelle JK. Physical and mental components of health-related quality of life and musculoskeletal pain sites over seven years in adults with spastic cerebral palsy. *J Rehabil Med*. 2011;43(5):382-7.
- Jahnsen R, Villien L, Aamodt G, Stanghelle JK, Holm I. Musculoskeletal pain in adults with cerebral palsy compared with the general population. *J Rehabil Med*. 2004;36(2):78-84.
- van Gorp M, Van Wely L, Dallmeijer AJ, de Groot V, Ketelaar M, Roebroek ME, et al. Long-term course of difficulty in participation of individuals with cerebral palsy aged 16 to 34 years: a prospective cohort study. *Dev Med Child Neurol*. 2019;61(2):194-203.
- Stadskleiv K. Cognitive functioning in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2020;62(3):283-9.
- Solem I, Johansen KB. Hjelp og støtte ved utforming av IOP til elever med alvorleg grad av cerebral parese: Ei kvalitativ studie av lærer si oppleving av hjelp og støtte ved utforming av individuelle læringsplaner og korleis denne hjelpa kunne blitt gjort betre. Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU): NTNU; 2013.
- Critten V, Campbell E, Farran E, Messer D. Visual perception, visual-spatial cognition and mathematics: Associations and predictions in children with cerebral palsy. *Res Dev Disabil*. 2018;80:180-91.
- Laporta-Hoyos O, Fiori S, Pannek K, Ballester-Plane J, Leiva D, Reid LB, et al. Brain lesion scores obtained using a simple semi-quantitative scale from MR imaging are associated with motor function, communication and cognition in dyskinetic cerebral palsy. *Neuroimage Clin*. 2018;19:892-900.
- Kompetanse Norge. Karriereveiledning. <https://www.kompetansenorge.no/karriereveiledning/offentlige-karrieresentre/>. Kompetanse Norge; 2020.
- Nav.no. Tiltak for å komme i jobb. <https://www.nav.no/no/person/arbeid/oppfolging-og-tiltak-for-a-komme-i-jobb/tiltak-for-a-komme-i-jobb>.
- Eliasson AC, Krumlinde-Sundholm L, Rosblad B, Beckung E, Arner M, Ohrvall AM, et al. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. *Dev Med Child Neurol*. 2006;48(7):549-54.
- Holmefur M, Krumlinde-Sundholm L, Bergstrom J, Eliasson AC. Longitudinal development of hand function in children with unilateral cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol*. 2010;52(4):352-7.
- Elvrum A-KG. Assessment of hand function in children with bilateral cerebral palsy: development and measurement properties of outcome measures and classifications [Doctoral ]. Trondheim: NTNU; 2016.
- McDonnell M. Action research arm test. *Aust J Physiother*. 2008;54(3):220.
- Bohannon RW, Smith MB. Interrater reliability of a modified Ashworth scale of muscle spasticity. *Phys Ther*. 1987;67(2):206-7.
- Jebsen RH, Taylor N, Trieschmann RB, Trotter MJ, Howard LA. An objective and standardized test of hand function. *Arch Phys Med Rehabil*. 1969;50(6):311-9.
- Zancolli EA, Zancolli ER. Surgical management of the hemiplegic spastic hand in cerebral palsy. *Surgical Clinics of North America*. 1981;61(2):395-406.
- House JH, Gwathmey FW, Fidler MO. A dynamic approach to the thumb-in-palm deformity in cerebral palsy. *The Journal of bone and joint surgery American volume*. 1981;63(2):216-25.
- Velstra I-M, Ballert CS, Cieza A. A Systematic Literature Review of Outcome Measures for Upper Extremity Function Using the International Classification of Functioning, Disability, and Health as Reference. *PM&R*. 2011;3(9):846-60.
- Jansen J. Spastisitet <https://sml.snl.no/spastisitet>: Universitet i Oslo; 2020 [updated 06.06.2020].
- Sommerfeld DK, Gripenstedt U, Welmer AK. Spasticity after stroke: an overview of prevalence, test instruments, and treatments. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012;91(9):814-20.
- Bhimani R, Anderson L. Clinical understanding of spasticity: implications for practice. *Rehabil Res Pract*. 2014;2014:279175.
- Skold A, Josephsson S, Eliasson AC. Performing bimanual activities: the experiences of young persons with hemiplegic cerebral palsy. *Am J Occup Ther*. 2004;58(4):416-25.
- Pak S, Patten C. Strengthening to pro-



- mote functional recovery poststroke: an evidence-based review. *Top Stroke Rehabil.* 2008;15(3):177-99.
32. Basu AP, Pearse J, Kelly S, Wisher V, Kisler J. Early intervention to improve hand function in hemiplegic cerebral palsy. *Front Neurol.* 2014;5:281.
  33. Novak I, McIntyre S, Morgan C, Campbell L, Dark L, Morton N, et al. A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: state of the evidence. *Dev Med Child Neurol.* 2013;55(10):885-910.
  34. Geerdink Y, Aarts P, van der Burg J, Steenbergen B, Geurts A. Intensive upper limb intervention with self-management training is feasible and promising for older children and adolescents with unilateral cerebral palsy. *Res Dev Disabil.* 2015;43-44:97-105.
  35. Følstad S. Intensiv trening av håndfunksjon for voksne med spastisk unilateral cerebral parese: en pilotstudie med bruk av modifisert Constraint Induced Movement Therapy. 2010.
  36. Johansen T, Strom V, Simic J, Rike PO. Effectiveness of training with motion-controlled commercial video games on hand and arm function in young people with cerebral palsy: A systematic review and meta-analysis. *J Rehabil Med.* 2019;52(1):jrm00012.
  37. Wessely S. The epidemiology of chronic fatigue syndrome. *Epidemiol Rev.* 1995;17(1):139-51.
  38. Russchen HA, Slaman J, Stam HJ, van Markus-Doornbosch F, van den Berg-Emons RJ, Roebroek ME, et al. Focus on fatigue amongst young adults with spastic cerebral palsy. *J Neuroeng Rehabil.* 2014;11:161.
  39. Van Der Slot WM, Nieuwenhuijsen C, Van Den Berg-Emons RJ, Bergen MP, Hilberink SR, Stam HJ, et al. Chronic pain, fatigue, and depressive symptoms in adults with spastic bilateral cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2012;54(9):836-42.
  40. Brunton LK. Descriptive Report of the Impact of Fatigue and Current Management Strategies in Cerebral Palsy. *Pediatr Phys Ther.* 2018;30(2):135-41.
  41. Jahnsen R, Villien L, Stanghelle JK, Holm I. Fatigue in adults with cerebral palsy in Norway compared with the general population. *Dev Med Child Neurol.* 2003;45(5):296-303.
  42. Brunton LK, McPhee PG, Gorter JW. Self-reported factors contributing to fatigue and its management in adolescents and adults with cerebral palsy. *Disabil Rehabil.* 2019;1-7.
  43. Moen GK, Løke D, Eriksen H. "Jeg er så trett". *Ergoterapeuten.* 2020;1:24 - 33.
  44. Bonsaksen T, Lund A, Ellingham B, Hussain RA, Meier MR, Sveen U. Kartlegging av Dine Aktiviteter (KDA). *Ergoterapeuten.* 2016;2.
  45. Krupp LB, LaRocca NG, Muir-Nash J, Steinberg AD. The fatigue severity scale. Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Arch Neurol.* 1989;46(10):1121-3.
  46. Lerdal A, Wahl A, Rustoen T, Harnestad BR, Moum T. Fatigue in the general population: a translation and test of the psychometric properties of the Norwegian version of the fatigue severity scale. *Scand J Public Health.* 2005;33(2):123-30.
  47. Brunton LK, Rice CL. Fatigue in cerebral palsy: a critical review. *Dev Neurorehabil.* 2012;15(1):54-62.
  48. Jahnsen R, Villien L, Egeland T, Stanghelle JK, Holm I. Locomotion skills in adults with cerebral palsy. *Clin Rehabil.* 2004;18(3):309-16.
  49. McMorris C, Lake JK, Lunsky Y, Dobranowski K, Fehlings D, Bayley M, et al. Chapter Five - Adults with Cerebral Palsy: Physical and Mental Health Issues and Health Service Use Patterns. In: Hatton C, Emerson E, editors. *International Review of Research in Developmental Disabilities.* 48: Academic Press; 2015. p. 115-49.
  50. Hilberink S, Roebroek M, Nieuwstraten W, Jalink L, Verheijden J, Stam H. Health issues in young adults with cerebral palsy: Towards a life-span perspective. *Journal of rehabilitation medicine: official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine.* 2007;39:605-11.
  51. Pålman M, Gillberg C, Himmelmann K. One-third of school-aged children with cerebral palsy have neuropsychiatric impairments in a population-based study. *Acta Paediatr.* 2019;108(11):2048-55.
  52. van der Slot W, Nieuwenhuijsen C, van den Berg-Emons H, Wensink-Boonstra A, Stam H, Roebroek M. Participation and Health-Related Quality of Life in Adults with Spastic Bilateral Cerebral Palsy and the Role of Self-Efficacy. *Journal of rehabilitation medicine : official journal of the UEMS European Board of Physical and Rehabilitation Medicine.* 2010;42:528-35.
  53. Strobel C, Johansen H, Aga O, Bekkhus-Wetterberg P, Brierley M, Egeland J, et al. Manual Norsk Revidert Trail Making Test (TMT-NR3). <https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/>. Oslo2018.
  54. Ball KK, Roenker DL, Wadley VG, Edwards JD, Roth DL, McGwin G, Jr., et al. Can high-risk older drivers be identified through performance-based measures in a Department of Motor Vehicles setting? *Journal of the American Geriatrics Society.* 2006;54(1):77-84.
  55. Simons DJ, Boot WR, Charness N, Gathercole SE, Chabris CF, Hambrick DZ, et al. Do "Brain-Training" Programs Work? *Psychological science in the public interest: a journal of the American Psychological Society.* 2016;17(3):103-86.
  56. Melby-Lervåg M, Redick TS, Hulme C. Working Memory Training Does Not Improve Performance on Measures of Intelligence or Other Measures of "Far Transfer": Evidence From a Meta-Analytic Review. *Perspectives on psychological science : a journal of the Association for Psychological Science.* 2016;11(4):512-34.
  57. Erickson KI, Hillman C, Stillman CM, Ballard RM, Bloodgood B, Conroy DE, et al. Physical Activity, Cognition, and Brain Outcomes: A Review of the 2018 Physical Activity Guidelines. *Medicine and science in sports and exercise.* 2019;51(6):1242-51.
  58. Rehabilitering Foho. Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator. In: omsorgsdepartementet Ho, editor. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>: Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.



**ASSISTEP**

«Dette er en løsning vi kommer til å ha i mange år fremover»  
- Andrea Elisabeth (71 år)

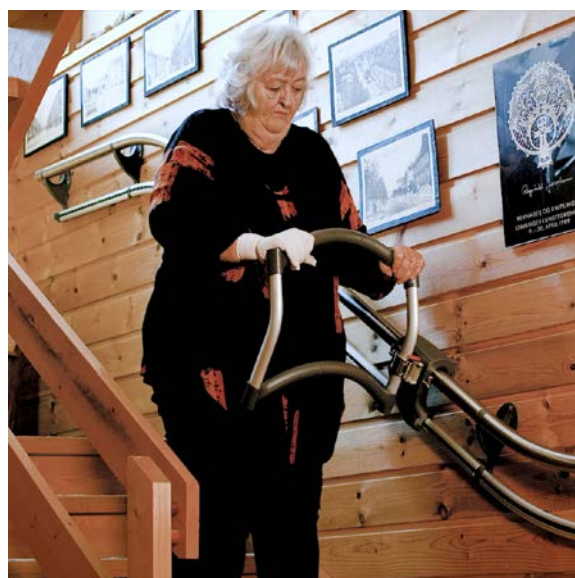
**VINNER POST 17**

**Bidrar til egenmestring og selvstendighet**

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

## Meld deg på webinar 18. mars!

I webinaret får du en innføring i hvordan AssiStep tilpasses ulike typer trapper og hvilke brukergrupper det kan være nyttig for. Meld deg på ved å scanne QR-koden eller ved å besøke [hepro.no/assistep-webinar](https://hepro.no/assistep-webinar)



 RING OSS PÅ  
**46 74 55 55**

[www.assistep.no](https://www.assistep.no)

FORHANDLES AV  
**HEPRO**

# Norsk oversettelse og tilpasning av terminologi for motoriske- og prosessferdigheter

Av Silvia E. Hansbø, Brian Ellingham, Ellen Gjertsen Clark, Lene Fogtmann Jespersen & Helen Bull



*Silvia E. Hansbø er enhetsleder for ergoterapi ved seksjon for ortopedisk rehabilitering ved Oslo Universitetssykehus HF. E-post: silhanse@ous-hf.no.*



*Brian Ellingham er ergoterapeut og universitetslektor ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, OsloMet – storbyuniversitetet. E-post: brian@oslomet.no.*



*Ellen Gjertsen Clark er spesialergoterapeut ved Avdeling for klinisk aktivitet, Diakonhjemmet sykehus. E-post: EllenGjertsen.Clark@diakon-syk.no.*



*Lene Fogtmann Jespersen er fagutviklingsergoterapeut og studentkoordinator ved Oslo Universitetssykehus HF. E-post: ljespe@ous-hf.no.*



*Helen Bull er ergoterapeut og førsteamanuensis ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, OsloMet – storbyuniversitetet. E-post: helen@oslomet.no.*

## Abstract

### Norsk oversettelse og tilpasning av terminologi for motoriske- og prosessferdigheter

**Within the field of occupational therapy in Norway** there is growing awareness of the importance of standardized occupation-focused and occupation-based tools for assessing occupational performance. Among the few tools that are used in Norway, terminology is not consistent.

**The purpose of this project** was to provide an official translation of the terminology of the concepts and definitions for the motor and process skills used in occupational therapy tools.

**The translation** followed the ten steps described in the principles of good practice for the translation and cultural adaptation of measures, including forward and back translation, ongoing discussions with a committee of experts and a small trial by clinicians before finalizing the translation.

**The development** of common professional terminology for occupational therapists in Norway is essential to ensure consistent use of terminology in clinical work and documentation. Consistent use of terminology is a step toward increased professionalism and may contribute to more clear and concise communication throughout the profession. The use of common terminology across tools may make the tools more accessible to Norwegian occupational therapists and students.

**Key words:** Assessment, terminology, Occupational therapy, AMPS, EVA

*Manuset ble mottatt 03.07.2020 og godkjent 13.12.2020.*

*Det bekreftes herved at det ikke er noen interessekonflikter knyttet til innsendte manuskript.*



## Innledning

Kartlegging og vurdering av aktivitetsutførelse er en kjerneoppgave for ergoterapeuter. Til tross for dette finnes det få standardiserte verktøy som er både aktivitetsfokuserte og aktivitetsbaserte. Noen verktøy tar utgangspunkt i aktivitetsutførelse og er aktivitetsbaserte, men kartlegger likevel kroppsfunksjoner. The ADL-focused occupation-based neurobehavioral evaluation (A-ONE) og Perceive Recall Plan and Perform (PRPP) er begge aktivitetsbaserte, men kartlegger kognitiv funksjon. Andre har fokus på aktivitet uten å være aktivitetsbaserte. De tar altså ikke utgangspunkt i observasjon av aktivitetsutførelse, men bruker for eksempel intervjuform, som Canadian Occupational Performance Measure (COPM) og ADL-taksonomien (Fisher & Marterella, 2019). Blant de få eksisterende aktivitetsfokuserte og aktivitetsbaserte verktøyene for kartlegging og vurdering av aktivitetsutførelse, som for eksempel Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), Assisting Hand Assessment (AHA), Ergoterapi analyse og vurdering av aktivitet (EVA), benyttes ulik terminologi. Utvikling av felles fagterminologi for ergoterapeuter i Norge er avgjørende for å sikre konsekvent begrepsbruk i klinisk arbeid og dokumentasjon, samt i fagformidling og profilering. En slik konsekvent begrepsbruk blant ergoterapeuter vil bidra til mer enhetlig og tydelig kommunikasjon innenfor faget (Clark, Jespersen, Ellingham & Brovold, 2014). Det vil også bidra til at ergoterapeuter fører journaler med god kvalitet som sikrer at nødvendig og tydelig informasjon overføres til andre behandlere på samme eller annet behandlingsnivå (Eilertsen, 2015).

Terminologien som benyttes i flere verktøy for kartlegging og vurdering av aktivitetsutførelse innen ergoterapi, har sin opprinnelse i A Model of Human Occupation (MoHO) (Kielhofner, 1995). Utarbeidelsen av en overordnet inndeling av motoriske- og prosessferdigheter startet som et samarbeid mellom Fisher og Kielhofner i 1987 (Bernspång & Fisher, 2009). Med utgangspunkt i dette samarbeidet utviklet Fisher AMPS. Dette er en standardisert observasjonsbasert vurdering av i hvilken grad svikt i motoriske- og/eller prosessferdigheter påvirker utførelsen av dagliglivets aktiviteter. Den første versjonen av AMPS ble utgitt i 1989 (Bernspång & Fisher, 2009), og den første manualen for klinisk bruk kom i 1995 (Fisher & Bray Jones, 2010). Bruk av AMPS krever sertifisering. Fisher utviklet senere en arbeidsprosessmodell for planlegging og implementering av klientsentrerte og aktivitetsbaserte

intervensjoner: Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM) (Fisher & Marterella, 2019). Denne inneholder også et vurderingsskjema for motoriske- og prosessferdigheter med de samme ferdighetsbegrepene som i AMPS, men med kortere definisjoner av begrepene. Dette skjemaet kan brukes til å vurdere aktivitetsutførelse også av terapeuter som ikke er sertifiserte.

EVA-systemet er et norsk system som opprinnelig ble utviklet i 1989 av Brian Ellingham og Kari Oppsal ved i Høgskolen i Oslo, nå OsloMet – storbyuniversitetet (OsloMet). I utviklingen av EVA-systemet ble AMPS-terminologien lagt til grunn for definisjoner av motoriske- og prosessferdigheter. EVA-systemet startet som et pedagogisk verktøy til bruk i undervisning av bachelorstudenter i ergoterapi. EVA har blitt videreutviklet, og deler av systemet benyttes nå som et klinisk verktøy for kartlegging og vurdering av ferdigheter i aktivitetsutførelse. Hensikten med å bruke AMPS-terminologi i EVA var å sikre enhetlig begrepsbruk for verktøy som benyttes til observasjon og dokumentasjon av aktivitetsutførelse (HIOA, 2015; Jespersen, Clark & Ellingham, 2014)

Gruppen som videreutviklet EVA-systemet til klinisk bruk (EVA-gruppen), fant at det ikke forelå noen offisiell oversettelse av AMPS til norsk. En uoffisiell oversettelse var i klinisk bruk av AMPS-sertifiserte ergoterapeuter. Det var derfor et behov for å utarbeide en offisiell oversettelse av terminologien. På EVA-gruppens initiativ ble det etablert en prosjektgruppe bestående av EVA-gruppen samt representanter fra Oslo universitetssykehus og OsloMet for å utvikle en offisiell oversettelse av AMPS-terminologi.

Det stilles økende krav til kunnskapsbasert fagutøvelse. Kunnskapsbasert fagterminologi kan styrke fagets kjernekompetanse i å analysere, vurdere og tilpasse aktivitet for å muliggjøre hverdagsmestring og samfunnsdeltakelse. Utvikling av konsekvent og kunnskapsbasert fagterminologi som fremmer ergoterapifagets aktivitetsperspektiv, kan bidra til å møte kravet om kunnskapsbasert praksis. En offisiell norsk oversettelse av terminologien for motoriske- og prosessferdigheter som kan brukes i AMPS, OTIPM og EVA, vil være et steg på veien til utvikling av en slik fagterminologi.

## Hensikt

Hensikten med prosjektet var å utarbeide en offisiell oversettelse av begreper og definisjoner for de motoriske- og prosessferdighetene som brukes i AMPS, OTIPM og EVA.

Deltager	Engelsk språk-kunnskaper	Fagområde	AMPS-sertifisering	Bruker EVA	Arbeidssted
1	Gode	Spesialisthelsetjenesten, psykisk helse	Nei	Ja	Oslo
2	Gode	Spesialisthelsetjenesten, somatisk helse	Ja	Ja	Oslo
3	Gode	Primærhelsetjenesten, somatisk helse	Nei	Nei	Vestfold og Telemark
4	Gode	Bedriftshelsetjenesten	Ja	Nei	Vestland
5	Utmerket	Spesialisthelsetjenesten, somatisk helse	Ja	Nei	Vestland
6	Utmerket	Spesialisthelsetjenesten, barns helse	Nei	Nei	Innlandet

Tabell 1. Oversikt over medlemmene i ekspertkomiteen.

## Metode

Oversettelse av terminologien i AMPS ble gjort med utgangspunkt i prinsippene for systematisk oversettelse og kulturell tilpasning (Beaton, Bombardier, Guillemin & Ferraz, 2000; Wild et al., 2005). Noen tilpasninger ble gjort etter ønske og avtale med Anne Fischer. De ti trinnene til Wild et al. ble fulgt, men den avsluttende rapporten er erstattet av denne artikkelen:

- 1 forberedelse
- 2 oversettelse
- 3 syntese
- 4 tilbakeoversettelse
- 5 revisjon av tilbakeoversettelsen
- 6 harmonisering
- 7 kognitiv debriefing
- 8 resultater og ferdigstilling
- 9 korrekturlesing
- 10 avsluttende rapport (her artikkel)

### 1 FORBEREDELSE

I forbindelse med den opprinnelige kontakten med Fischer meldte hun interesse for å bistå i arbeidet med oversettelse av begrepene, i forståelse om at de oversatte begrepene skulle benyttes som felles terminologi i AMPS, OTIPM og EVA. Terminologien fra AMPS og OTIPM og de korte definisjonene av termene i OTIPM ble valgt som utgangspunkt for den norske oversettelsen, da de korte definisjonene vil være tilstrekkelige for ergoterapeuter og studenter som skal vurdere aktivitetsutførelse med skjemaer fra OTIPM og EVA. Ved bruk av AMPS må terapeuten uansett skåre ut fra mer utfyllende definisjoner i manualen på svensk, dansk eller engelsk, mens norsk ferdighetsterminologi og korte definisjo-

ner vil være nyttige når vurderingen skal dokumenteres på norsk i journal.

Det ble etablert en ekspertkomite. Ekspertkomiteen bestod av seks ergoterapeuter fra ulike geografiske områder i Norge, med bakgrunn fra ulike fagområder, og med ulik kjennskap til AMPS, OTIPM og EVA. Denne sammensetningen skulle fange opp eventuelle variasjoner i begrepsforståelse i ulike deler av landet og ivareta at de oversatte begrepene var forståelige innen de fleste felt innen ergoterapi. En oversikt over medlemmene i ekspertkomiteen er vist i tabell 1.

### 2 OVERSETTELSESPROSESSEN

Det foreligger ingen standard prosedyre for oversettelse mellom språk og kulturer, men noen trinn går igjen i de fleste oversettelsesprosedyrer. Det er bred konsensus om at man trenger to oversettere som gjør hver sin selvstendige oversettelse av instrumentet (Beaton et al., 2000; Eremenco, Pease, Mann & Berry, 2018; Wild et al., 2005). Ifølge Wild & co (2005) bør man bruke sertifiserte oversettere, men dette problematiseres i en konsensusrapport fra 2018 (Eremenco et al., 2018). Ifølge konsensusrapporten er det viktigere at oversetteren er en fagperson med kjennskap til terminologien og konteksten verktøyet skal brukes i. Dette er delvis pragmatisk fundert, siden sertifiserte oversettere med kompetanse i smale felt er vanskelig å oppdrive, og delvis faglig fundert ved at nyanser blir borte dersom man ikke anvender korrekte faglige begrep i oversettelsen (Eremenco et al., 2018). Beaton & co (2000) legger vekt på at en oversetter må kjenne feltet godt, mens den andre bør kjenne til kulturen, men ikke til fagfeltet. Hensikten ved å bruke over-

Originalspråk	Oversetter 1	Oversetter 2	Ekspert-komite	Prosjekt-gruppe	Fisher	Endelig versjon
<b>Stabilizes</b>	Stabiliserer	Opprettholder balanse	Stabiliserer	Stabiliserer	Stabiliserer	Stabiliserer
<b>Aligns</b>	Retter opp	Justerer	Retter seg opp	Retter seg opp	Retter opp	Retter seg opp
<b>Attends</b>	Fokuserer/holder oppmerksomheten oppe	Fokuserer	Holder fokus	Holder fokus	Holder fokus	Holder fokus
<b>Accommodates</b>	Tilpasser handlinger/adferd	Utnytter tilgjengelig plass	Tilpasser utførelsen	Tilpasser handlinger	Tilpasser handlinger	Tilpasser handlinger

Tabell 2. Eksempler på uenighet om ferdighetsbegrepene.

settere som ikke kjenner fagfeltet, er å få et språk som er allment forståelig. Argumentet er relevant ved oversettelse av verktøy som retter seg mot folk i sin alminnelighet, men siden disse verktøyene skal anvendes av ergoterapeuter, er det avgjørende at oversettelsen blir forståelig for denne faggruppen og for annet helsepersonell. Prosjektgruppen valgte derfor to ergoterapeuter med norsk som morsmål og gode engelskkunnskaper som oversettere.

De to oversetterne gjorde hver sin selvstendige oversettelse av begrepene og definisjonene til norsk. Den ene oversetteren hadde AMPS-sertifisering med god kjennskap til den opprinnelige AMPS-terminologien og dens betydning og var også godt kjent med den eksisterende norske oversettelsen. Den andre oversetteren hadde ikke AMPS-sertifisering og ingen kjennskap til den eksisterende norske oversettelsen.

### 3 SYNTSE

Ekspertkomiteen gjennomførte en syntese av de to oversettelsene til en versjon som skulle sendes til tilbakeoversettelse. Arbeidet ble fasilitert av en prosjektmedarbeider, mens en av forfatterne skrev referat. Ekspertkomiteens oppgave var å diskutere og justere den norske oversettelsen før tilbakeoversettelse. I arbeidet ble godkjente oversettelser av ferdighetsbegrepene på svensk og dansk brukt som hjelp.

De to oversetterne leverte ulike forslag til 22 av 36 ferdighetsbegreper, mens de resterende 14 ferdighetsbegrepene ble oversatt likt. Alle oversettelsene ble diskutert i ekspertkomiteen, og der det var forskjeller mellom de to forslagene, kom ekspertkomiteen i 14 av tilfellene fram til konsensus om et av forslagene til oversettelse. Ved tre av de 14 tilfellene der oversetterne leverte like forslag, kom likevel ekspertkomiteen til konsensus om et annet forslag (flows, attends, navigates). Ved åtte av de 22 tilfellene der oversetterne leverte ulike forslag, kom ekspertkomiteen til konsensus om et tredje forslag

til oversettelse. Ved to av disse åtte tilfellene (initiates, accommodates) støttet imidlertid prosjektgruppen forslaget til den ene oversetteren. Her ble Fisher gjort oppmerksom på uenigheten, og støttet prosjektgruppens konklusjon. Se tabell 2 med eksempler fra diskusjonen om ferdighetsbegrepene.

Når det gjelder definisjonen av «pinches or grasps», ble oversettelsen mye diskutert. Det var tydelig at norsk språk ikke har tilstrekkelige begreper for de ulike nyansene av å gripe. Forslag som kom opp var klemmer, klyper, tar og kniper, og prosjektgruppen landet på «kniper og griper».

### 4 TILBAKEOVERSETTELSE

Etter avtale med Fisher har hun, i samarbeid med Bernspång, foretatt tilbakeoversettelsen til originalspråket engelsk. Ut fra dette hadde de blant annet innspill til definisjonene av begrepene «utførelsesferdigheter» og «motoriske ferdigheter» samt bruken av begrepet «aktivitetsutførelse» i definisjonen av «prosessferdigheter». En av definisjonene kunne bli tydeligere med en annen ordstilling (adjusts/tilpasser omgivelsene). I tillegg var de kritiske til at ferdighetene «aligns» og «bends» var oversatt til refleksive verb som «retter seg opp» og «bøyer seg».

### 5 REVISJON AV TILBAKEOVERSETTELSEN

Tilbakemeldingene fra Bernspång og Fisher ble diskutert med prosjektgruppen.

Prosjektgruppen ønsket å beholde ferdighetene «retter seg opp» og «bøyer seg» som refleksive verb for at det ikke skal kunne misforstås som å «rette opp objekter» eller «bøyer objekter». Den svenske oversettelsen hadde tidligere refleksive verb, men har i senere versjoner fjernet dette. Prosjektgruppen landet likevel på å beholde de refleksive verbene i den norske versjonen.

Mens arbeidet med oversettelsen pågikk, ble boken «Powerful Practice: An Authentic Model for



Originalspråk	Oversetter 1	Oversetter 2	Ekspertkomite	Prosjektgruppe	Utvikler	Endelig versjon
<b>Cues</b>	Tegn	Hint	Hint	Hint	Ledetråder	Ledetråder
<b>Task objects</b>	Gjenstander	Oppgave-objekter	Oppgaverelaterte / oppgavens gjenstander	Oppgaverelaterte gjenstander		Oppgaverelaterte gjenstander
<b>Interacts</b>	Samhandler/bruker	Samhandler/samspiller/interagerer	Samhandler/samspiller/interagerer	Forholder seg til	Samhandler	Samhandler
<b>Workspace</b>	Arbeids-område	Arbeids-område	Arbeidsflate	Arbeidsområde		Arbeidsområde

Tabell 3. Eksempler fra diskusjonen om begreper i definisjonene.

Occupational Therapy» (Fisher & Marterella, 2019) utgitt. Denne inneholder revisjon av enkelte definisjoner av begrepene som var oversatt. Fisher ønsket at noen sentrale revisjoner skulle komme med i oversettelsen av definisjonene på norsk. Det innebar at enkelte definisjoner ble omarbeidet av Fisher i samarbeid med to representanter fra prosjektgruppen, slik at de harmonerte med den nyere versjonen av definisjonene. Fisher påpekte også inkonsistent bruk av enkelte begrep. Alle definisjonene er gjennomgått og rettet opp, slik at det blir konsistent bruk av begreper som gjentas hyppig i definisjonene (for eksempel task objects /oppgaverelaterte gjenstander, interacts/samhandler, workspace/arbeidsområde, tools/redskaper).

Tabell 3 illustrerer diskusjonen om noen av begrepene i oversettelsen av definisjonene.

Begrepet «cues» ble diskutert i ekspertkomiteen og prosjektgruppen, som kom til konsensus om å oversette begrepet med «hint». Her kom det forslag fra Fisher om heller å bruke «ledetråder» som begrep, noe som prosjektgruppen greit aksepterte. Som oversettelse av begrepet «interacts» foretrakk Fisher begrepet «samhandler». I de to siste eksemplene i tabellen har Fisher godtatt oversettelsen som prosjektgruppen endte på.

## 6 HARMONISERING

AMPS er standardisert med hensyn til validitet og reliabilitet etter Rasch-Analysis-metoden både for USA (Fisher & Bray Jones, 2010), for Sverige (Bernspång & Fisher, 2009) og tverrkulturelt mellom USA, Sverige og Storbritannia (Goldman & Fisher, 1997). Resultatene viste stabilitet og avslørte ingen tverrkulturell bias i ferdighetene mellom de tre regionene som ble undersøkt.

I oversettelsesarbeidet ble begreper harmonisert mot svenske, danske og engelske versjoner av begrepene. I diskusjonen om oversettelsen av

motoriske ferdigheter ble oversettelsen etter ønske fra Fisher lagt nærmere den svenske oversettelsen. Valget begrunnes med at den svenske versjonen er mer grundig validert enn den danske (Bernspång & Fisher, 2009; Goldman & Fisher, 1997).

I siste runde med harmonisering ble oversettelsen av begrepet «occupational performance» til «aktivitetsutførelse» diskutert grundig. Begrepet brukes kun én gang i dokumentet, i definisjonen av prosessferdigheter, men er likevel et svært sentralt begrep i ergoterapi og derfor svært viktig å oversette på en god måte. Begrepet «occupation» på engelsk favner bredere enn begrepet «aktivitet» på norsk eller «activity» på engelsk. Det ser ut til at det engelske begrepet «occupation» og det norske begrepet «okkupasjon» begge stammer fra det latinske «occupatio» («Okkupasjon», 2020) og historisk kan ha blitt brukt på samme måte. Etter andre verdenskrig blir begrepet primært assosiert med militær okkupasjon og beskrives i norske ordbøker som synonymt med begrepet «tilegnelse» og med betydning fysisk å ta besettelse over et landområde eller gods (Helgesen, 2020). Begrepet kan ha samme betydning på engelsk, men kan også brukes synonymt med begrepet «activity». Med den norske forståelsen av ordet «okkupasjon» vil det ikke være relevant å bruke i denne sammenhengen. Siden begrepet «aktivitetsutførelse» er veletablert i norsk ergoterapi, ble det godkjent av Fisher å bruke det i denne sammenhengen.

## 7 KOGNITIV DEBRIFING

Den godkjente oversettelsen ble prøvd ut klinisk av tre ergoterapeuter for å undersøke om oversettelsen var forståelig og anvendbar for ergoterapeuter i klinisk arbeid. En ergoterapeut ga tilbakemelding om at begrepet «flytende bevegelser» ikke ga mening. En annen ga tilbakemelding på definisjonen av ferdigheten «griper», og at «pinches or grasps» er oversatt

med «kniper eller griper». Tilbakemeldingen dreide seg om at det forstås som at «pinches» dreier seg om pinsettgrep og «grasps» om større grep, og at «griper og kniper» ikke forstås som dekkende for dette.

De kliniske ergoterapeutene kommenterte også inkonsekvent bruk av begrepet «oppgaveutførelse»/«utførelse av oppgaven» og at begrepet «tools» noen ganger ble oversatt til «verktøy» og andre ganger til «redskaper». De kommenterte videre at noen begreper kunne vært mer typisk norske, som «naturlig» i stedet for «logisk» og «setter i gang», «begynner» eller «starter» i stedet for «initierer», og at disse begrepene ville vært mer naturlig å bruke i pasientjournal.

## 8 RESULTATER OG FERDIGSTILLING

Prosjektgruppen diskuterte tilbakemeldingene med Fisher. Definisjonen av «griper» ble ikke skrevet om, da definisjonen allerede var mye diskutert uten å finne mer dekkende begrep som også er dekkende for å gripe med andre kroppsdeler enn hendene. Begrepet «flytende bevegelser» som oversettelse av «fluid movements» i definisjonen av «flows» ga ikke assosiasjon til kontrollerte, rolige bevegelser. Definisjonene ble endret til «har flyt i bevegelsene».

I forhold til inkonsekvent bruk av begrepet «oppgaveutførelsen» og «utførelse av oppgaven» hadde prosjektgruppen tidligere i prosessen under «revisjon av tilbakeoversettelsen sammen med Fisher landet på å bruke begrepet «utførelse av oppgaven» konsekvent, bortsett fra i én setning i definisjonen av «prosessferdigheter». Der ble det valgt unntaksvis å bruke begrepet «oppgaveutførelsen» på grunn av setningsoppbyggingen og hyppig bruk av preposisjonen «av». Denne beslutningen ble stående.

Selv om prosjektgruppen allerede i syntesen av oversettelsene hadde landet på å bruke «redskaper» konsekvent som oversettelse av begrepet «tools», ble «verktøy» likevel brukt ved fire anledninger. Dette ble rettet opp i dette trinnet av prosessen. I forhold til begrepet logisk som oversettelse av «logical», valgte vi å beholde dette framfor «naturlig», da begrepene «logisk» og «naturlig» ikke har helt samme betydning. Siden logikk handler mer om lovene for riktig tenkning, passer dette bedre i denne sammenhengen da en «logisk» rekkefølge også vil dreie seg om rekkefølgen som er gitt i oppgaven, mens «naturlig» mer vil dreie seg om hvordan man vil gjøre det i henhold til menneskets natur.

Oversettelsen av begrepet «initiates» var også tidligere grundig diskutert. Som alternativ til «initie-

rer» var også «igangsetter» foreslått, i tillegg til «begynner», «starter» og «setter i gang». Her har den svenske og danske oversettelsen valgt «inleder/indleder». «Initiates» vil i de fleste ordbøker oversettes med «innleder», men dette ble ikke foreslått av noen av oversetterne eller ekspertgruppen. Ved spørsmål til ekspertgruppen kommenterte de at «innleder» assosieres mer med forelesninger og lignende. Siden det var stor uenighet om dette begrepet, valgte vi den mest direkte oversettelsen og brukte «setter i gang» i definisjonen.

## 9 KORREKTURLESING

Den endelige versjonen ble så gjennomgått av to ergoterapeuter med svært gode norskspråklige kunnskaper som ikke hadde vært involvert i oversettelsesprosessen tidligere. Disse leste korrektur med tanke på skrivefeil, inkonsekvent bruk av begreper eller feil i tegnsetting og grammatikk.

## 10 AVSLUTTENDE RAPPORT.

I stedet for avsluttende rapport valgte prosjektgruppen å skrive denne artikkelen, som beskriver oversettelsesprosessen og hvilke valg og betraktninger som er gjort underveis.

## Metodediskusjon

Prosjektgruppen har gjennom de ti trinnene av oversettelsen møtt på noen utfordringer og har måttet gjøre noen tilpasninger. Det har vært en tidkrevende prosess med grundige diskusjoner og bred involvering. Oversettelsen har bydd på få kulturelle utfordringer, men flere språklige.

Prosedylene utviklet for selvrapporteringsinstrumenter ble valgt, siden de på en ryddig måte beskrev en systematisk prosess for oversettelse. I trinn 7 og 8 fungerte kliniske ergoterapeuter som referansegruppe, siden de representerte gruppen oversettelsen måtte være forståelig for.

Oversettelsen er gjort i tråd med anerkjent metode i tett samarbeid med utvikleren, praksisfeltet og med tospråklige ergoterapeuter. Prosjektgruppen har hatt en transparent prosess der uenighet og framgangsmåten for å komme til enighet er godt dokumentert. Forslagene fra de to oversetterne var svært ulike, og mange begreper har blitt mye diskutert i ekspertkomiteen og prosjektgruppa. I oversettelsesprosessen har det vært utfordrende å finne en balanse mellom ekspertkomiteen, oversetterne og utviklerne.

Tidlig i prosessen ble det diskutert med Fisher om vi kun burde bruke AMPS-sertifiserte ergotera-

peuter som oversettere, siden de ville ha best kunnskap om ferdighetsbegrepene og deres betydning. AMPS-sertifiserte norske ergoterapeuter er sannsynligvis godt kjent med den ikke-godkjente norske oversettelsen. Prosjektgruppen var derfor bekymret for at oversetterne ville ha de gamle begrepene for godt innarbeidet til at de ville klare å se kritisk på disse og tenke nytt. Siden terminologien også skal benyttes i flere verktøy og oversettelsen dermed også må være forståelig for ergoterapeuter uten AMPS-sertifisering, valgte prosjektgruppen å bruke en AMPS-sertifisert oversetter og en oversetter som var ergoterapeut, men ikke var AMPS-sertifisert og ikke kjente til den gamle oversettelsen. Forslagene til den AMPS-sertifiserte oversetteren lå nærmere opp til begrepene i den tidligere oversettelsen enn forslagene fra den ikke-AMPS-sertifiserte oversetteren. De to ulike oversettelsene ga et bredt utgangspunkt for drøftingene i ekspertkomiteen.

Siden Fisher og Bernspång hadde erfaring med oversettelse i de andre skandinaviske landene, ønsket de å gjennomføre tilbakeoversettelsen. En svakhet ved ikke å ha nøytrale tilbakeoversettere er at man ikke får en stringent test av hvorvidt oversettelsen fanger opp de originale begrepene på en god måte. At utvikler har vært så involvert i oversettelsen, kan ha påvirket prosjektgruppen til å holde seg tettere opp til tidligere oversettelser til andre skandinaviske språk enn de ellers ville gjort, og kan ha begrenset muligheten for nyvinning. Det kan også være en styrke for oversettelsen at utvikler har vært involvert i prosessen. Med sin kjennskap til skandinavisk språk, kultur og helsevesen har hun kunnet være aktivt med i diskusjonene rundt begrepene, og løftet fram diskusjoner om blant annet begrepene «aktivitet», «virksomhet» og «occupation» som bidro til klarhet rundt valg av begreper i oversettelsen.

Språklig har det vært klare utfordringer med å finne norske begrep som godt nok dekker de engelske. Direkte oversettelse av definisjonene framsto ofte som et oppkonstruert språk, mens ekspertkomiteen og prosjektgruppen ønsket å produsere gode, norske definisjoner. Det var et dilemma mellom å utvikle et godt, presist fagspråk som kan forstås av helsepersonell, og godt norsk som kan forstås av alle. I den endelige versjonen framstår noen av begrepene som konstruerte i norsk dagligtale. De fungerer imidlertid i faglig sammenheng, da begrepene er godt etablerte hos norske ergoterapeuter og hos yrkesgruppene ergoterapeuter samarbeider med. Selv om verktøyene skal brukes av ergoterapeuter,

er valg av anerkjent terminologi viktig for å sikre at ferdighetsbegrepene gir mening utenfor profesjonen, da de skal brukes i dokumentasjon som leses av brukere og samarbeidspartnere i andre faggrupper.

Oversettelsesprosessen har tatt betydelig lenger tid enn ønsket. Det tok to år fra tildeling av midler til selve oversettelsen var ferdig (2017–2019), og ytterligere et år før publisering av artikkel. Bred involvering og forankring både i akademisk og klinisk miljø har vært tidkrevende, men har også vært en styrke i prosjektet.

## KULTURELLE FORSKJELLER

Ekspertgruppen fant få utfordringer knyttet til kulturelle forskjeller da de diskuterte den norske oversettelsen. Dette kan skyldes at det her er snakk om oversettelse av ferdighetsbegreper og definisjoner av disse, og at grunnleggende ferdigheter er lite avhengige av kultur. Oversettelsen tok ikke for seg aktiviteter som gjerne gjøres på ulik måte i ulike kulturer, og som gjerne er kulturelt betinget. Eksemplene på aktiviteter som nevnes i definisjonene av ferdighetene, er få og så generelle at de lett kunne overføres fra amerikansk til norsk kultur. Dette stemmer godt med at man ikke fant noen tverrkulturell bias i AMPS-ferdigheter mellom USA, Sverige og Storbritannia (Goldman & Fisher, 1997).

## DOKUMENTASJON I PRAKSIS

Den norske terminologien og definisjonene av begrepene kan bidra til bedre dokumentasjon av aktivitetsutførelse i ergoterapeutenes journaldokumenter og overføring av informasjon mellom ergoterapeuter på samme behandlingsnivå samt mellom behandlingsnivåer. For at dette skal skje må det jobbes med å få flere ergoterapeuter på alle behandlingsnivåer til å ta i bruk redskapene for vurdering av aktivitetsutførelse.

## Konklusjon

Oversettelsen og tilpasningen av terminologien for motoriske- og prosessferdigheter som benyttes i redskapene AMPS, OTIPM og EVA, vil kunne bidra til mer helhetlig bruk av terminologi i ergoterapifaget. Ved at utdanningsinstitusjonene anvender samme terminologi i undervisningen som i praksis, vil dette kunne være en kvalitetssikring både for praksis og utdanningen. Det øker mulighet for mer enhetlige vurderinger, økt presisjon i veiledningssamtaler og dokumentasjon og dermed mindre rom for misforståelser.

Videre kan felles bruk av terminologi på tvers av



redskaper bidra til å gjøre redskapene mer tilgjengelige og lettere å ta i bruk for norske ergoterapeuter og studenter. En godt gjennomarbeidet og godkjent oversettelse av terminologien vil trolig bidra til å kvalitetssikre informasjonsoverføringen om klientens evne til å utføre daglige aktiviteter. På sikt kan dette også bidra til mer aktivitetsbasert og aktivitetsfokustert fagutøvelse.

## IMPLEMENTERING OG PUBLISERING

- For å bidra til implementering av aktivitetsbasert og aktivitetsfokustert arbeid ble det i november 2019 arrangert et kurs i «Powerful Practice» (OTIPM), hvor Anne Fisher kom til Oslo og foreleste i tre dager for 90 ergoterapeuter. Her ble oversettelsen for første gang delt ut og dermed gjort kjent for mange norske ergoterapeuter. Flere virksomheter har i etterkant av dette jobbet systematisk med implementering av aktivitetsbasert og aktivitetsfokustert arbeid.
- Dette arbeidet har videre blitt fulgt opp av kurs ved OsloMet om EVA og terapeutisk bruk av aktivitet. Disse kursene vil arrangeres jevnlig framover.
- Oversettelsen av motoriske- og prosessferdigheter med definisjoner er nå publisert på Ergoterapeutenes nettsider: <https://ergoterapeutene.org/redskaper/>
- Som del av prosessen har også norsk oversettelse av AMPS-skåringsskjema blitt publisert på nettsiden: <https://www.innovativeotsolutions.com/resource/amps-score-forms/>
- EVA-gruppen har oppdatert sine skjemaer for analyse av motoriske- og prosessferdigheter i henhold til oversettelsen. <https://uni.oslomet.no/evablogg/>
- Prosjektgruppen er i gang med oversettelse av «Motor and Process Skills Rating Form» og «Social Interaction Skills Rating Form». I tillegg oversettes definisjonene av sosiale interaksjonsferdigheter. Begge skjemaene og definisjonene er hentet fra «Powerful Practice» (OTIPM) (Fisher & Marterella, 2019).

## FORFATTERNE TAKKER

Forfatterne ønsker først å takke Anne Fisher for å ha fått lov til å oversette terminologien til norsk. Videre vil vi takke Anne Fisher og Birgitta Bernspång for godt samarbeid og spennende diskusjoner gjennom prosessen. Mange ergoterapeuter fra store deler av landet har bidratt i dette oversettelsesprosjektet. Vi ønsker å rette en stor takk til hver og en av dem: de to oversetterne, medlemmene av ekspertkomiteen

med fasilitator, alle som hjalp oss å søke midler, ergoterapeutene som prøvde ut oversettelsen klinisk, samt de to korrekturleserne. Sist, men ikke minst, vil vi rette en stor takk til Ergoterapeutene for økonomisk støtte som har muliggjort dette prosjektet.

Lenke til Norsk terminologi for motoriske- og prosessferdigheter via redskapet AMPS: <https://ergoterapeutene.org/redskaper/>

## Referanser

- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.
- Bernspång, B. & Fisher, A. (2009). Validation of the Assessment of Motor and Process Skills for Use in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2, 3-9. <https://doi.org/10.3109/11038129509106792>
- Clark, E. G., Jespersen, L. F., Ellingham, B. & Brovold, T. (2014). «Fra skolepulten til kjøkkenbenken»; klinisk anvendbarhet av et pedagogisk utviklet aktivitetsanalysesystem. *Ergoterapeuten*, 57(1), 26-34.
- Eilertsen, B. (2015). *Juss for ergoterapeuter og ortopediingeniører*. Oslo: Jussboka.no.
- Eremenco, S., Pease, S., Mann, S. & Berry, P. (2018). Patient-reported outcome (PRO) consortium translation process: Consensus development of updated best practices. *Journal of patient-reported outcomes*, 2(1), 12.
- Fisher, A. & Bray Jones, K. (2010). *Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 1: Development, Standardization, and Administration Manual* (7th ed.) (bd. 1). Fort Collins, CO: Three Star Press.
- Fisher, A. & Marterella, A. (2019). *Powerful Practice: An Authentic Model for Occupational Therapy*. Fort Collins, CO: Center for Innovative OT Solutions.
- Goldman, S. L. & Fisher, A. G. (1997). Cross-Cultural Validation of the Assessment of Motor and Process Skills (AMPS). *British Journal of Occupational Therapy*, 60(2), 77-85. <https://doi.org/10.1177/030802269706000210>
- Helgesen, J. E. (2020). Okkupasjon. I K.-O. Hovde (Red.), *Store Norske Leksikon*. Oslo: Kunnskapsforlaget. Hentet 20.01.2020 fra <https://snl.no/okkupasjon>.
- HIOA. (2015, 29.09.2020). EVA Manual for kartlegging og vurdering av ferdigheter i aktivitetsutførelse. Hentet fra <https://uni.oslomet.no/evablogg/>.
- Jespersen, L., Clark, E. & Ellingham, B. (2014). Klinisk bruk av ferdighetsanalyse fra EVA systemet i observasjon og dokumentasjon av aktivitetsutførelse. *Ergoterapeuten*, (4).
- Kielhofner, G. (1995). *A Model of Human Occupation: Theory and Application* Williams & Wilkins.
- Okkupasjon. (2020). I *Det Norske Akademis Ordbok*. Oslo: Det Norske Akademi for Språk og Litteratur. Hentet 20.01.2020 fra <https://naob.no/ordbok/okkupasjon>.
- Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A. & Erikson, P. (2005). Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in health*, 8(2), 94-104.

## ERGOTERAPEUTER I NORSKE KOMMUNER:

# Erfaringer med ulike rolleforståelser og -praksiser blant ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten: generalist, spesialist eller generisk rolle?

**Kommuneergoterapiprojektet er et forskningsprosjekt som skal utvikle kunnskap om kommuneergoterapi i Norge før og etter at ergoterapi ble en lovpålagt tjeneste i kommunene fra januar 2020. Denne artikkelen presenterer data som ble samlet inn i 2018, før ergoterapi ble lovpålagt. Artikkelen er publisert i Irish Journal of Occupational Therapy.**

Av Sissel Horghagen, Tore Bonsaksen, Unni Sveen, Anne Stine Dolva & Cathrine Arntzen

*Førsteamanuensis Sissel Horghagen er ansatt ved Norges Tekniske og Naturvitenskapelige Universitet NTNU i Trondheim.*

*Professor Tore Bonsaksen er ansatt ved Høgskolen i Innlandet, Elverum, og VID vitenskapelige høgskole i Sandnes.*

*Professor Unni Sveen er ansatt ved Oslo-Met og Oslo Universitetssykehus.*

*Professor Anne Stine Dolva er ansatt ved Høgskolen i Innlandet.*

*Professor Cathrine Arntzen er ansatt ved Universitetet i Tromsø – Norges Arktiske Universitet og Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø.*

Samhandlingsreformen har lagt opp til at vekten i norsk helsetjeneste forskyves fra sykehusenes spesialiserte behandling til kommunenes lokale, bredspektrede og personsentrerte tilbud. De kommunale helsetjenestene blir påvirket av dette, og det medfører også endrede oppgaver og roller for helse- og sosialarbeidere i kommunehelsetjenesten. Målet med denne studien var å utforske hvordan ergoterapeuter erfarer og beskriver sine roller i kommunehelsetjenesten etter innføringen av samhandlingsreformen.

### DET OVERORDNEDE MÅLET MED PROSJEKTET

Formålet med kommuneergoterapiprojektet har vært å utvikle kunnskap om kommuneergoterapi i Norge før og etter at ergoterapi ble en lovpålagt tjeneste i kommunene i januar



Artikkelen «Erfaringer med ulike rolleforståelser og -praksiser blant ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten: generalist, spesialist eller generisk rolle?» ble publisert i Irish Journal of Occupational Therapy.

2020 (Bonsaksen, Sveen, Dolva, Horghagen, Thyness, Hagby, & Arntzen, 2018). Vi har arbeidet med å framskaffe kunnskap om ergoterapi i kommunene, trekk ved tjenestetilbudene på tvers av kommunegrenser og landsdeler, og om hvordan tjenestetilbudene endrer seg i perioden mellom 2017 og 2022. I dette prosjektet undersøker vi hvilke brukergrupper som tilbys ergoterapi, og hvilke arbeidsoppgaver, kompetanser og prioriteringer ergoterapeuter har og hvilke dilemma de erfarer. Datagrunnlaget for prosjektet som sådan kommer fra en survey som i 2017 ble distribuert til ergoterapeuter som var ansatt i norske kommuner. En ny survey vil bli distribuert i 2022 for å undersøke endringer etter at ergoterapi ble lovpålagt. Den første undersøkelsen ble sendt til 1767 ergoterapeuter, og komplette svar ble mottatt fra 561 (32 prosent) av dem.

## DENNE STUDIEN

Det norske helsesystemet, så vel som helsesystemet i mange andre land, legger vekt på at flere tjenester skal flyttes fra spesialisthelsetjeneste til kommunale tjenester. Over halvparten av Norges 4855 ergoterapeuter arbeider i kommunehelsetjenesten (Statistisk sentralbyrå, 2018). Det er stor ulikhet i befolkningens tilgang til ergoterapi. Fram til 2020 har enkelte kommuner ikke kunnet tilby ergoterapeutiske tjenester. Det å skulle dekke behovet til mange forskjellige brukergrupper reiser dilemma når det gjelder rolle, prioriteringer og kompetanse til ergoterapeuter som arbeider i kommunehelsetjenesten, og kanskje særlig til de som arbeider i distriktene. Dette har ført til mange diskusjoner om hvordan man skal organisere de ergoterapeutiske tjenestene, hvilke oppgaver som skal prioriteres, og hvorvidt man skal arbeide som en generalist eller som en spesialist.

Rollen til en spesialist beskrives som det å arbeide med mennesker som har en definert funksjonsnedsettelse (fysisk, psykisk, sosialt), og er en som har spesialiserte kompetanser og som gjør intervensjoner som ikke kan utføres av alle i teamet (Cook & Cook, 2003). Det å være i en generalistrolle defineres av Donnelly, Brenchley, Crawford og Letts (2014) som profesjonsutøvere (for eksempel ergoterapeuter) som arbeider i kommunehelsetjenesten med mennesker i alle aldre og med en bred klientpopulasjon, som kan innbefatte bruk av ulike typer med intervensjoner med kompetanser knyttet til profesjonen. Den generiske rollen er definert av Cook og Cook (2003) til å være intervensjoner som kan utføres av alle profesjoner i et

helseteam der alle kan gjøre det samme.

Dette var en kvalitativ studie utformet i et sosialkonstruktivistisk perspektiv. Data ble samlet inn gjennom fokusgruppeintervju med ergoterapeuter fra ulike deler av landet, både byer og distrikt. De ble rekruttert gjennom den beskrevne surveyen. Deltakerne var alle kvinner, da ingen menn meldte seg. Deltakerne var i alderen 20 til 60 år. Noen hadde kort og andre lang arbeidserfaring. Tematisk analyse utarbeidet for fokusgruppeintervju ble valgt som redskap for å analysere data.

## HVA FANT VI?

Analysen resulterte i fire temaer:

- 1 eksterne faktorer som påvirker ergoterapeutenes rolle i kommunehelsetjenesten
- 2 styrker og dilemma knyttet til det å inneha en rolle som generalist
- 3 styrker og dilemma knyttet til det å inneha rollen som spesialist
- 4 den problematiske generiske rollen

Både styrker og utfordringer ved å være i rollen som generalist kom fram. Styrkene var knyttet til mulighetene til å ha variasjon i oppgaver og roller. Deltakerne diskuterte muligheten av å utvikle generalistrollen til å bli mer spesialist-generalist, altså det å være god i allmennhelse. De opplevde behov for mer spesialisert kunnskap, særlig relatert til hverdagsrehabilitering, velferdsteknologi, slagrehabilitering, rehabilitering generelt og i kartlegging av kognitive funksjoner relatert til aktivitet og deltakelse. Den generiske rollen var en problematisk rolle og mest synlig blant ergoterapeuter som hadde stillinger som miljøterapeuter og ergoterapeuter

i psykiatri. Der ble det beskrevet at ergoterapeuter er gode til å arbeide tverrfaglig, men at man kan lett å bli som alle andre. Det kunne skyldes at ergoterapeutene selv ikke hadde definisjonsrett til å bestemme hvilke typer oppgaver de skulle ha, eller at de sluttet å bruke egen spesifikk fagkompetanse. Noen forklarte at det var utfordrende å holde på et aktivitets- og deltakelsesperspektiv når kollegaer eller ledere ikke forstår hva det innebærer, og man opplever det som vanskelig å forklare hva som er ergoterapifagets kjernekompetanse.

## KONKLUSJON

Studien viser at rollen til kommuneergoterapeutene er både under press og under endring blant annet som en konsekvens av samhandlingsreformen og påfølgende endringer i kommunehelsetjenesten. Ergoterapeuter møter utfordringer om hvordan de skal posisjonere sin praksis i spennet mellom å være en spesialist eller en generalist. Materialet viser at enhver opplever posisjoneringen nærmest som en personlig markedsføringskamp de selv fører, men at dette i større grad skulle ha vært løftet til et strukturelt og politisk nivå. Dette er også utfordringer som er gjenkjennbare hos andre profesjoner. Studien viser at generalistrollen er i endring, og for enkelte ergoterapeuter er det et behov for å være en mer spesialisert generalist. Dette kan man for eksempel oppnå ved å bli spesialist i allmennhelse gjennom Ergoterapeutenes spesialistordning. Studien drøfter fallgruvene til den generiske posisjonen og henviser til Fossey (2001), som hevder at for å være god i tverrfaglig samarbeid må man ikke være lik de andre. Tvert imot



fremmer det kvalitet i tjenestene at enhver teamarbeider er tydelig på sin profesjons styrker og kompetanser og bruker disse. Det fører til god kvalitet på tjenestene for brukeren/pasienten. Utfordringene med den generiske posisjonen kan løses ved å legge større vekt på kjernekompetansen og kjernekompetansen knyttet til aktivitet, deltakelse og inkludering både i utdanning og i den livslange læringen.

### HER KAN DU FINNE ORIGINALARTIKKELEN

<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJOT-03-2020-0006/full/html>

### ANDRE RESSURSER

Prosjektgruppens arbeider er

samlet på nettstedet <https://www.researchgate.net/project/Occupational-therapy-in-community-healthcare-contexts-in-Norway>

### FINANSIERING

Prosjektet er støttet av Ergoterapeutenes FoU-midler.

### REFERANSER

- Bonsaksen, T., Sveen, U., Dolva, A.-S., Horghagen, S., Thyness, E.-M., Hagby, C. and Arntzen, C. (2018). Perceived influence on service goals among community-working occupational therapists in Norway, *Journal of Primary Care and Community Health*, (9).
- Cook, S. and Cook, S. (2003). Generic and specialist interventions for people with severe mental health

problems: can interventions be categorised?, *British Journal of Occupational Therapy*, (66) 1, 17-24.

Donnelly, C., Brenchley, C., Crawford, C. and Letts, L. (2014), The emerging role of occupational therapy in primary care *Canadian Journal of Occupational Therapy*, (8) 1, 51-61.

Fossey, E. (2001). Effective interdisciplinary teamwork: an occupational therapy perspective, *Australasian Psychiatry*, (9), 3, 232-235.

Horghagen, S., Bonsaksen, T., Sveen, U., Dolva, A. S., & Arntzen, C. (2020). Generalist, specialist and generic positions experienced by occupational therapists in Norwegian municipalities. *Irish Journal of Occupational Therapy*. Published online 26 November.

Statistisk sentralbyrå (2018). *Health-care and social workers (helse og sosialpersonell)*, available at: [www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesopers](http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesopers)



**Kunsten**  
er samspillet mellom  
bruken av riktig tilbehør  
og individuell tilpasning  
for å oppnå best mulig  
funksjonalitet.

  
medemagruppen

MC 1124 Low Rider - Godkjent for bruk i bil og på kontrakt med Nav.  
For mer informasjon gå til [www.medema.no](http://www.medema.no) eller ring oss på 67 06 49 00.



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](http://www.ergoterapeutene.org/innmelding)



ergoterapeutene



## NORSK FAGKONGRESS I STAVANGER 2022

## Oppdatert abstraktinvitasjon

**Ny dato for fagkongressen i Stavanger er 14.–16. februar 2022. Det nærmer seg fristen for å sende inn abstrakt, og vi har oppdatert abstraktinvitasjonen med nye frister og viktige datoer.**

Av Gry Mørk & Inger Hellem



Gry Mørk er førstelektor ved ergoterapeututdanningen, fakultet for helsefag – Sandnes, VID vitenskapelige høyskole.



Inger Hellem er høgskolelektor ved ergoterapeututdanningen, fakultet for helsefag – Sandnes, VID vitenskapelige høyskole.

Det skjer mye spennende innen ergoterapi, når det gjelder både 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 februar 2022. Alle ergoterapeuter inviteres til å sende inn abstrakt for muntlig presentasjon, workshop, poster eller rundebordskonferanse.

Tema for kongressen er «*Mangfold, muligheter og mestring – i samfunn, fag og forskning*». Programkomiteen håper på mange interessante abstrakter fra hele vårt langstrakte land som gjenspeiler bredden i ergoterapifaget og feltet.

#### 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 for øvrig?

**Nøkkelord:** Skriv tre til fem nøkkelord som beskriver sentrale temaer eller metoder brukt i prosjektet.

#### HVA SKAL FORMIDLES?

Kryss av for hvilken type kunnskap som skal formidles:

- ☐ Forsningskunnskap
- ☐ 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.

### INNSENDING AV ABSTRAKT

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

### VIKTIGE DATOER

- Innsending av abstrakt åpnet 20. mars 2020.



- Siste frist for innsending er 15. april 2021.
- Svar på aksept av abstrakt blir gitt innen 15. september 2021.
- Kongressens program

- publiseres 25. november 2021.
- Early bird-frist for å melde seg på kongressen er 10. desember 2021.

**Velkommen!**

MUNTIG PRESENTASJON	WORKSHOP	POSTER	RUNDEBORDSKONFERANSE
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.



# ParkinsonNet



## – EN GOD MODELL FOR ØKT SAMARBEID OG KUNNSKAP

**Ved å samle fagpersoner med kompetanse på Parkinsons sykdom i nettverk, vil brukerne av helsetjenester selv finne hjelpen de har behov for, der de bor. De kan også være trygge på at fagpersonene som er med i dette nettverket her har oppdatert kunnskap om Parkinsons sykdom.**

Av Cecilie Gjersum



*Cecilie Gjersum er  
fagveileder ergoterapi  
ParkinsonNet Oslo.*

ParkinsonNet er en modell fra Nederland som ble gjennomført som et pilotprosjekt fra 2017 til 2019 i Rogaland og i Oslo. I tiden framover skal det dannes flere nettverk andre steder i landet. I den forbindelse kommer det mulighet for å delta på grunnkurs og bli en del av dette nettverket. Her er det plass til enda flere ergoterapeuter. Du vil lære mer om kartlegging og intervensjoner for ergoterapeuter i møte med personer med Parkinsons sykdom, og bli kjent med andre som jobber med og er interessert i det samme.

Grunnelementene i ParkinsonNet er opplæring, nettverk og samhandling. Det overordnede målet er å utvikle en helsetjeneste som skal bidra til at personer med Parkinsons sykdom / parkinsonisme får optimal behandling og anledning til best mulig livskvalitet der de bor.

Personer med Parkinson og deres pårørende kan selv nå aktivt søke etter aktuelle fagpersoner med kompetanse på Parkinsons sykdom. Dette bidrar til at brukerne blir mer aktivt deltakende i det

å finne hjelp til sine utfordringer. Det er opprettet et fagpersonregister som nå ligger på [www.parkinson.no](http://www.parkinson.no). Her kan du søke på profesjon, geografi og kompetanse.

Modellen er tverrfaglig, og foreløpig er faggruppene ergoterapi, fysioterapi, logopedi og sykepleie inkludert. I tillegg til økt kompetanse innenfor ditt eget fag vil du få mer kunnskap om hva de andre faggruppene har kompetanse på. Dette fører til flere bekjensheter, og at man lettere kan ha nytte av hverandres ressurser.

I løpet av 2020 har det blitt gjennomført fagsamlinger digitalt for eksisterende nettverk. Fagveilederne i ParkinsonNet har erfart at mye kan deles digitalt i en annerledes hverdag.

Vi gleder oss til året som kommer, og håper at flere melder seg interessert i delta på grunnkurs i ParkinsonNet.

*Fagveileder ergoterapi ParkinsonNet Rogaland: Lisa Apeland.*

*Fagveiledere ergoterapi ParkinsonNet Oslo: Nina Dahl Bondkall og Cecilie Gjersum [pn.cecilie@parkinson.no](mailto:pn.cecilie@parkinson.no)*

# En stor takk til praksisveiledere der ute

**I kommunene og på sykehusene jobber det sykepleiere, radiografer og ergoterapeuter som er trygge, tydelige fagpersoner.**

Av Siv Sønsteby Nordhagen

**T**ross den underlige tiden vi lever i, klarer praksisveilederne å gi studenter fra NTNU i Gjøvik viktig og god veiledning når de er i praksis. Dere er gode rollemodeller!

Til enhver tid blir over 400 helsefagstudenter fra NTNU i Gjøvik veiledet av erfarne sykepleiere, ergoterapeuter og radiografer når de er ute i praksisstudier. For å lære yrket og skaffe seg erfaringer bruker studentene viktige uker hvert år på private og offentlige sykehus, på røntgeninstitutt, i kommunale tjenester, på sykehjem, i hjemmetjenesten eller på rehabiliteringssentre.

Hvis en helsefagstudent skal bli rustet til å utøve yrket, er det nødvendig å ha erfaring fra møtet med brukere, pasienter og pårørende. Klinisk blikk og håndlag må øves.

## **GODT SAMARBEID**

NTNU i Gjøvik har et godt samarbeid om praksisplasser med alle kommunene i tidligere Oppland, flere kommuner i tidligere Hedmark og avdelinger ved Sykehuset Innlandet og private institusjoner i regionen. Vi er heldige som kan tilby studentene gode praksisplasser. De vet at de vil få

god oppfølging og veiledning, og erfaringen gjør dem til ettertraktete arbeidstakere. Studenter med erfaring fra praksis blir handlekraftige når de skal ut i arbeid.

## **PRAKSIS ER SENTRALT**

På praksisstedet møter studentene en kompetent veileder som følger, veileder og vurderer handlingene deres. Siden praksis står så sentralt i helsefagutdanningene, skal den kvalitetsikres på lik linje med resten av utdanningen. Ved å stille krav til kvalitet i utdanning og i praksis sikres også en velfungerende helsetjeneste.

Studentenes veiledere i praksis er viktige rollemodeller. Tilfredshetsundersøkelser på helsefagutdanningene våre viser at studentene er svært fornøyde med læringsutbyttet i praksisstudiene. Får studentene tett og god oppfølging, trives de – ja, da vil de også komme tilbake. Gjennom samarbeidet mellom utdanning og praksis bidrar vi i fellesskap til å utdanne, forme og utvikle fremtidige profesjonsutøvere.

## **LEGG OM RUTINER**

Mange studenter og ansatte sier det var utfordrende å gå fra undervisning i klasserom til digitale fore-



*Siv Sønsteby Nordhagen er praksiskoordinator og førstelektor ved Institutt for helsevitenskap, NTNU i Gjøvik.*

lesninger. Omstillingen har krevd mye av både dem og våre ansatte. Møteplasser på campus ble borte, og en del studenter har slitt med ensomhet. Da har det vært ekstra viktig å ha praksisopphold der studentene kan møte ansatte, brukere og pårørende. Det har stor betydning både for studentene og ikke minst for morgendagens helsevesen at veilederne har tatt godt imot våre studenter.

## **KLAR FORVENTNING**

Kunnskapsdepartementet har hatt en klar forventning om at praksisstudiene skal gjennomføres for landets helse- og sosialfagsstudenter under pandemien, tross smittevernsregler og strenge tiltak for å unngå oppblomstring av smitte. Snart skal vi evaluere erfaringene fra pandemien og vårt utdanningsopplegg. Allerede nå vil jeg slå fast at uten trygge, dyktige praksisveiledere så hadde NTNU alene ikke klart å opprettholde utdanningstilbudene i helsefag. **En stor takk** til ledere og daglige veiledere på hvert praksissted som makter å opprettholde utdanningstilbudet i våre helsefag.

*Innlegget er først publisert i Oppland Arbeiderblad 26.01.2021*



## BOKOMTALE

# Powerful practice

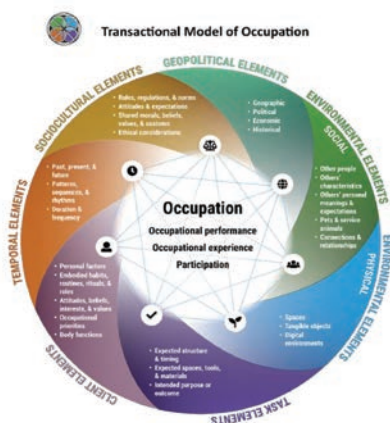
**Powerful practice – A model for authentic occupational therapy av Anne G. Fisher og Abbey Marterella er en bok for klinikere, lærere og studenter.**

Av Else Merete Thyness

**F**orfatterne Anne G. Fisher og Abbey Marterella har lang erfaring fra praksis, utdanning og forskning. I boken utfordrer de leserne til å implementere presise og evidensbaserte evalueringer og intervensjoner i sine ergoterapipraksiser.

### OTIPM

Boken presenterer Occupational Therapy Intervention Process Model (OTIPM), en prosessmodell som sier noe om hvordan ergoterapeuter kan utøve yrket sitt. OTIPM bygger på Transaksjonell Modell for Aktivitet.



I OTIPM-modellen tar ergoterapeuten utgangspunkt i personen. Hva er viktig for han eller henne, og hva er deres selvopplevde problemer med aktivitetsutførelse? Observasjon er også et viktig trinn i OTIPM for å samle inn informasjon og kunne vurdere

kvaliteten av klientens aktivitetsutførelse selv.

Deretter fortolkes årsaken til vansker med aktivitetsutførelse, basert på både egne observasjoner og det klienten selv har sagt om sine problemer. Til slutt, og dersom det er nødvendig, kartlegges kroppsfunksjoner og omgivelser.

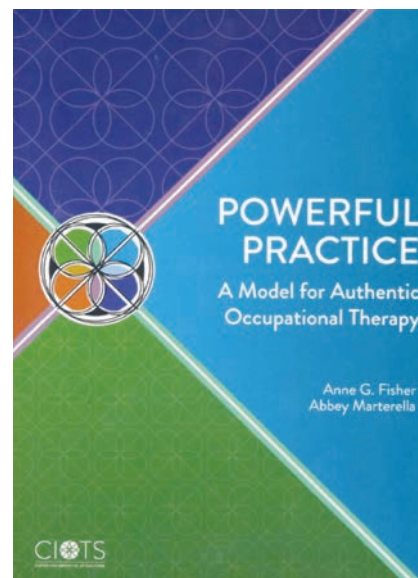
Modellen er aktivitetssentrert (ergoterapeutens faglige blikk), aktivitetsbasert (ergoterapeutens metoder) og aktivitetsfokuser (ergoterapeutens fokus og hensikt). Tanken er å få ergoterapeuter til å reflektere over egen praksis og bli bevisste på om de bruker aktivitet som et middel i terapien.

### AKTIVITETSBASERT

Modellen skal sikre at ergoterapeuten jobber klientsentrert, tar utgangspunkt i virkelige eller overførbare omgivelser og trener på aktivitet. Dette utelukker ikke tiltak som boligendring, men da skal terapeuten være bevisst på at dette i seg selv ikke er aktivitetsbasert, og forankre terapien i hva personen skal gjøre i de endrede omgivelsene.

### KLIENTKONSTELLASJONER

Arbeidsprosessen egner seg ikke bare for arbeid med en klient; den sier også noe om hvordan



ISBN 13 9780998634517

**Publisert** 2019

**Utgiver** Ciots

**Språk** Engelsk

**Format** Heftet

Kan kjøpes på akademika.no.

ergoterapeuter kan jobbe med klientkonstellasjoner som pårørende, assistenter eller lærere (hvis klienten er et barn). Den egner seg også i arbeid med grupper som har lignende problemer, eller lokalsamfunnet.

### ARBEIDSPROSESSEN.

Det er tre faser i arbeidsprosessen: kartlegging og målsetting, intervensjon og evaluering. I alle tre fasene skal man være bevisst på om dette er en ergoterapeutisk oppgave, eller om en annen yrkesgruppe ville vært bedre egnet. Det er også viktig å utvikle og opprettholde terapeutisk kontakt og samarbeide med klienten gjennom hele prosessen.

*Kilde: Forelesning om Occupational Therapy Intervention Process Model – OTIPM av Malin Erola som en del av nettkurset «Alle skal kunne delta». Modul 2. Aktivitetsperspektivet, teorier og modeller.*

## DEMENS DAGENE 2020:

# Med et blick mot framtiden

Av Bente Wallander

**A**ldring og helses største kompetanse-givende arrangement, Demensdagene, har siden 1997 gått av stabelen i Oslo over den første uka i desember. Konferansen har de siste årene samlet mer enn tusen deltakere fra hele landet for faglig påfyll og inspirasjon. Det gjorde også konferansen i 2020, med temaet «Vi ser framover». Behovet for kunnskap og erfaringsdeling om omsorgs- og helsetjenester til personer med demens og deres pårørende er under en

pandemi minst like stort som før. Erfaringer fra pandemien var et naturlig tema.

Til høydepunktene hørte ellers helse- og omsorgsminister Bent Høies lansering av Demensplan 2025 og Aldring og helses publisering av Demenskartet.no, der forekomst av demens med bakgrunn i fersk forskning for første gang framskrives for norske fylker og kommuner inntil 30 år fram i tid. *Finn informasjon om Demensdagene 2021: [www.aldringoghelse.no/demensdagene](http://www.aldringoghelse.no/demensdagene)*



**Aldring og helse**

Nasjonal kompetansetjeneste

## Bamse Produkter AS

Du har kunnskapen, vi har produktene.



- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling



For mer informasjon se:  
[www.bamseprodukter.no](http://www.bamseprodukter.no)  
[www.hjelpemiddeldatabasen.no](http://www.hjelpemiddeldatabasen.no)  
Varekataloger og brosjyrer.

**minitech**  
VARMEHJELPEMIDLER



Birgit Skarstein bruker varmhjelpemidler fra Minitech AS.

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

[www.minitech.no](http://www.minitech.no) | +47 625 77 800 | [mail@minitech.no](mailto:mail@minitech.no)



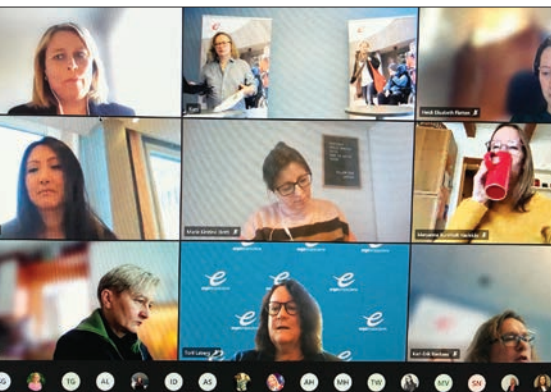


Forbundsleder Tove Holst Skyer innledet Vinterkurset 2021.

## VINTERKURSET – 2021

**Tredje februar logget forbundsstyret, regionstyrene og ansatte i forbundet seg på Ergoterapeutenes Vinterkurs.**

Av Else Merete Thyness



Vinterkurset 2021 ble holdt på Teams.

Vinterkurset er en årlig samling for forbundsstyret og regionstyrene. Kurset har som mål å gi deltakerne en felles forståelse av regionenes funksjon og hvilken rolle de spiller i å sette Ergoterapeutenes program og handlingsplaner ut i livet. På grunn av koronapandemien ble det holdt på Teams.

### HVA SKAL VI OPPNÅ?

– Vinterkurset er et av årets store høydepunkt. Nå skal vi kna oss sammen og motiveres. At vi er en viktig tjeneste, viser overskrifter som «Ergoterapeutene ga meg livet tilbake». Den synliggjøringen får vi best til med lagspill, sa forbundsleder Tove Holst Skyer.

Hun viste til den røde tråden som går mellom medlemmene, tillitsvalgte, regionstyrene og forbundsstyret.

– Regionstyrene er viktige tilretteleggere i organisasjonen, og

dere skaper aktivitet og deltakelse for tillitsvalgte og medlemmer. I de siste årene har det vært en økning av ergoterapeuter i kommunene. Dette skyldes selvsagt lovpålagt ergoterapi, men også den gode jobben ergoterapeuter gjør der ute.

Ergoterapeutens kjernekompetanse er kunnskapen om hvordan samspillet mellom person, aktivitet og omgivelser danner grunnlaget for deltakelse og inkludering.

– Denne kompetansen er helt avgjørende for å møte samfunnets utfordringer. Ved hjelp av den skal vi dreie helse- og velferdstjenestene fra pleie og omsorg til tjenester som utløser ressurser og fremmer selvstendige innbyggere, sa hun.

### ERGOTERAPEUTENE OG MEG

– Jeg har også vært ny i Ergoterapeutene og i begynnelsen var jeg



## - PÅ DE SISTE SIDENE -

usikker på min rolle og hvordan ting fungerte. Det er normalt å kjenne på kaosfølelsen når man er nyvalgt, så vi håper å dempe på denne følelsen i løpet av disse dagene, sa nestleder Tonje Hansen Guldhav.

- Vi er her fordi vi har en felles visjon: aktivitet og deltakelse for alle, sa organisasjonssjef Karl-Erik Tande Bjerkaas.

De pekte på at Ergoterapeutene ikke ønsker å snakke om et hierarki der noen er viktigere enn andre, men at i organisasjonenes bilde av seg selv er landsmøtet plassert i midten, omkranset av regionene og deretter medlemmer og tillitsvalgte.

- Vi må prøve å være som ringer i vann. En liten bevegelse i forbundsstyret fører til konsekvenser i hele organisasjonen, og innspill fra medlemmene påvirker styret. Her er dere i regionene et viktig bindeledd. Regionen er det viktigste knutepunktet i den røde tråden. Dere kommuniserer med medlemmer og tillitsvalgte og har en representant i styret. På denne måten får vi en levende organisasjon, sa Karl-Erik.

Regionenes oppdrag er å utvikle og utøve forbundets politikk og stimulere medlemmene til å

delta og bidra. Dette arbeidet er det rammer for.

- Vedtektene viser hvordan forbundet er bygget opp og hvilken funksjon det skal ha. Landsmøteprogrammet viser hva forbundet skal jobbe med den neste landsmøteperioden, handlingsplanen hva som skjer i det neste året, og budsjettet hva det er økonomiske rammer for å gjøre, sa Tonje.

De oppmuntret regionstyrene å stille spørsmålet «Hva er viktig for regionen?» og deretter kartlegge ressurser og eventuelle barrierer, sette delmål og lage en arbeidsplan.

- Ved å bruke ergo-verktøyene og spille hverandre gode kan vi sammen skape endringer i organisasjonen vår og i samfunnet, for å komme litt nærmere «Aktivitet og deltakelse for alle».

### REGIONENES FEM MINUTTER

Etter dette gikk regionstyrene i egne Teamsgrupper der de forberedte en presentasjon av regionen, seg selv og sine forventninger. Deretter delte de resultatet med alle som deltok på Vinterkurset.

Marie Kristine Jäntti presenterte Region Nord. Stikkord for regi-

onens arbeid var å fortsette det gode samarbeidet med studentene, være fysisk tilgjengelige for hverandre ved å holde møter på forskjellige steder i den vidstrakte regionen, knytte aktivitetene opp mot programmet og engasjere og være synlige for medlemmene.

Siv Iren Gjermstad presenterte Region Oslo. Hun fortalte at de hadde et strategisk ordtak: «Vi er sammen om bærekraftige løsninger». Videre sa hun at de framover skal jobbe for økt medlemsoppslutning, å synliggjøre faget og skape aktiviteter for medlemmene. De ville også gjerne samarbeide med andre regionene, fordi: «Sammen er vi supergode».

Lene Borgen Clausen presenterte Region Vest. Regionen kan blant annet skilte med to utdanninger og at den neste norske fagkongressen finner sted i Stavanger februar 2022. Framover er planene deres å engasjere medlemmene, få til et godt samarbeid i regionen, skape nettverk, arrangere kurs, holde medlemsmøter og lage handlingsplaner og årshjul.

Region Innlandet ble presentert av Jane Helen Sveen. Hun fortalte at i denne regionen vil de





Øyvind Kvalnes fra BI snakket blant annet om kritiske kvalitetsøyeblikk.

jobbe for å gi sine medlemmer en tydelig mulighet for deltakelse, bygge grunnmuren i styret, lage handlingsplan og årshjul og bli kjent med skyen. De vil også satse på kompetanseheving og fagutvikling.

Region Midt ble presentert av Toril Hemmingby Almaas. Her var de godt i gang med handlingsplan og årshjul og hadde blitt kjent med skyen. Framover skal de jobbe med sosiale medier, få flere avisoppslag, følge opp kommuner som ennå ikke har fått ansatt ergoterapeut, og kompetanseutvikling.

Region Sør ble presentert av Yvonne Daus Børslid. Hun fortalte at regionen framover skal jobbe med fagpolitisk konferanse og å engasjere medlemmer og de til-litsvalgte til å komme med innspill til regionstyret.

Monica In Frovik presenter-te Region Viken. Hun sa at de allerede hadde laget et årshjul og framover planlegger å holde fagpolitisk konferanse og årsmøte, vise at Viken hører sammen, og ha det gøy.

### YTRINGSKLIMA PÅ SITT BESTE

Den første dagen ble avsluttet med at førsteamanuensis Øyvind Kvalnes fra BI snakket om hvordan ytringsklimaet i en organisasjon er avgjørende for hvordan ledere og medarbeidere utveksler kunnskap og ideer, og hvordan de gir hverandre støtte og motstand på jobb.

Han viste til to viktige elementer i et godt ytringsklima. Det ene var skapende motstand, som handler om å kunne bryne egne ideer mot konstruktiv kritikk og motforestillinger. Det andre var å trykke på

plussknapper, som er å fortelle folk når de har gjort en god innsats, gjerne mens andre hører det.

– Et godt ytringsklima er en forutsetning for å lykkes med felles prosjekter på jobb, sa han.

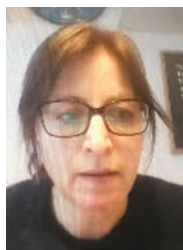
Han trakk også fram temaet kritiske kvalitetsøyeblikk, som er øyeblikk hvor ting kan vippe den ene eller den andre veien. Da er det helt nødvendig at noen sier fra for å hindre at noe går galt. Som eksempel fortalte han historien om dirigenten som rett før en stor konsert skulle gi koret den tonen de skulle starte opp fra. Men tonen var feil. Den var for dyp, og det bredde seg en uro i koret. Sangerne og dirigenten befant seg i et kritisk kvalitetsøyeblikk. Hvis konserten skulle bli vellykket, måtte noen i koret ta initiativ til å korrigere tonen.

### ERGOTERAPI OG BÆREKRAFT

Dag to begynte med gruppearbeid, der regionene blant annet utformet sine egne kjøreregler. Deretter snakket Tove Holst Skyer om ergoterapi og bærekraft.

– Med den økningen vi har i antall eldre, er det helt nødvendig å dreie tjenestene slik at de blir mer bærekraftige. Da må det satses på forebygging, helsefremming og rehabilitering.

Hun fortalte at Indre Østfold kommune har gjennomført prosjektet innovativ rehabilitering, med gode resultater som holder seg over tid. Prosjektet viser at



Marie Kristine Jäntti



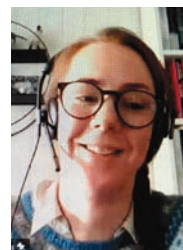
Siv Iren Gjermstad



Lene Borgen Clausen



Jane Helen Sveen



Toril Hemmingby Almaas



Yvonne Daus Børslid



Monica In Frovig



mer rehabilitering kan skje i hjemmet, at behov for korttidsplasser på sykehjem reduseres, og at behovet for langtidsplasser utsettes. Det fører også til økt livskvalitet og deltakelse.

Hun viste også til et prosjekt i Oppdal kommune der hensikten var å vise hvordan en økning i ergoterapiressurser kan bidra til besparelser av andre kommunale tjenester.

– Resultatet viste at én ergoterapeut i 60 prosent prosjektstilling i ett år sparte 1 570 192 kroner i pleiekostnader, sa hun. Det bekrefter det vi opplever i praksis, nemlig at ergoterapi lønner seg og bidrar til mer bærekraftige tjenester.

Unio har også satt bærekraft på dagsordenen. I 2019 ble bærekraft tatt inn som en del av partssamarbeidet og forankret i hovedavtalen mellom Unio og KS.

### LØNNSOPPGJØRET

Dag to ble avsluttet av forhandlingssjef Hege Munthe, som ga kursdeltakerne en grunnleggende innføring i lønns- og arbeidsforhold og tariffoppgjøret.

– Hovedavtalen er de tillitsvalgtes bibel. Den omhandler de grunnleggende spillereglene i arbeidslivet og bestemmelser om medbestemmelse, rettigheter, plikter og samhandling mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte, sa hun.

Hun tok også Vinterkurset raskt gjennom gangen i lønnsoppgjøret: Etter at medlemmene har kommet med innspill, vedtar forbundsstyret Ergoterapeutenes krav. Deretter blir disse sendt til Unio. Her vedtar Unios styre overordnede krav for sine medlemsforbund og overleverer disse til arbeidsgiverne. Deretter møter forhandlingsutvalgene motparten, og nå er to scenarier mulige:

Enten blir det enighet og en ny tariffavtale – eller brudd. Dersom det blir brudd i forhandlingene, vil riksmekleren etter en viss tid kalle inn partene til mekling. Dersom partene ikke blir enige, blir det streik.

– Arbeidstvistloven er noe man må forholde seg til under forhandlingene. Her finner man bestemmelser om blant annet forhandlingsretten, fredsplikt, mekling og streik, sa hun.

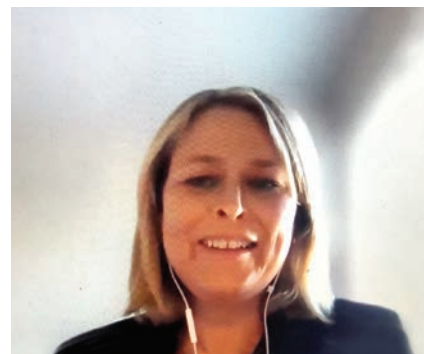
### HANDLINGSPLAN OG MULIGHETSROM

Den siste dagen startet med en evaluering av gårsdagen. Deretter fikk forbundslederen ordet. Hun tok blant annet opp hvordan handlingsplaner henger sammen, og hvordan organisasjonen jobber strategisk for å avdekke mulighetsrom.

– Når vi skal lage handlingsplaner, kan vi ta utgangspunkt i våre fem strategiske spørsmål: Hva er de store helse- og velferdsutfordringene? Hva er politikernes prioriteringer? Hva er andre helseprofesjoner best på? Hvordan kan løse det med vårt mulighetsrom? Hvem kan vi alliere oss med?

Hun forklarte nærmere hva som menes med politiske prioriteringer.

– Vi må vite hva regjeringsspartiene fokuserer på, og hvilken plan politikerne jobber etter. Dette er spørsmål som kan stilles regionalt også. Hva står det i kommune-



– Hovedavtalen er de tillitsvalgtes bibel, sa Hege Munthe.

planen, og hva er lokale politikere opptatt av? Deretter gjelder det å synliggjøre hvorfor ergoterapi er en løsning på deres problemer.

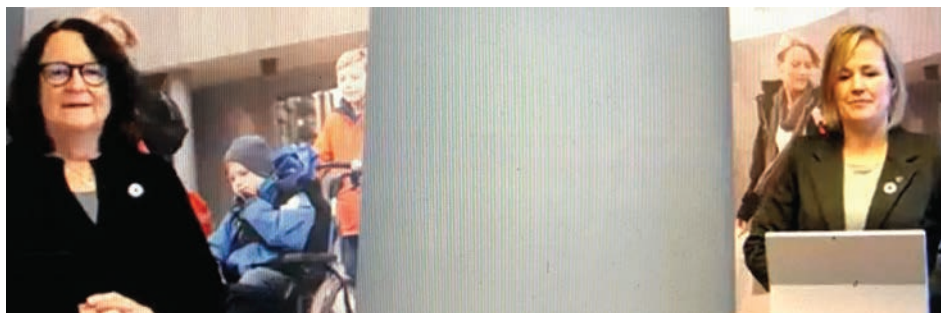
### AVSLUTNING

Etter at kursdeltakerne gruppevis diskuterte ulike problemstillinger, som medlemsaktivitet, tillitsvalgte og økonomihåndtering, var tiden kommet for en oppsummering. Generalsekretær Toril Laberg og Tonje Hansen Guldhav spurte kursdeltakerne om de opplevde at kaos var transformert til mestring, noe de fleste kunne bekrefte.

– Engasjementet og bidragene fra regionene har gitt meg en god følelse, sa Toril.

Avslutningsvis sa Tove at møteplasser som Vinterkurset er viktig for fellesskapsfølelsen.

– Forbundsstyret og regionstyrene er de viktigste tilretteleggerne i forbundet. Sammen skal vi styrke den røde tråden og jobbe for vårt felles prosjekt: Aktivitet og deltakelse for alle.





**KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN**

Adresse: ADDmedia AS, Boks

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

## Digitalt kurs i ADL-Taxonomien

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

ADL-Taxonomien er et valid og reliabelt redskap for å undersøke og vurdere aktivitetsevne. ADL-Taxonomien er oversatt til norsk, og deltakerne får tilsendt et eksemplar av manualen før kurset starter, sammen med tilgang til litteratur til forberedelse og videoforelesninger på Teams. Kurset er meritterende med 20 timer til ergoterapispesialist. Les mer om kurset på <https://ergoterapeutene.org/digitalt-kurs-i-adl-taxonomien/>

**Målgruppe:** Ergoterapeuter

**Arrangører:** Ergoterapeutene

**Sted:** Teams

**Påmelding:** Kurskalenderen på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org) innen 1. mars 2021

**Tid:** Oppstart 15. mars 2021

Livearrangement på Teams 25. mars 2021, kl. 08.00–12.00

Livearrangement på Teams 26. april 2021, kl. 12.00–16.00

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



## ERGOTERAPEUTERS BIDRAG TIL BÆREKRAFTIGE HELSETJENESTER

### Alle skal kunne delta!

**Modulbasert nettkurs for ergoterapeuter som tar utgangspunkt i ergoterapeuters kjernekompetanse.**

**Målgruppe:** Ergoterapeuter

**Arrangør:** Ergoterapeutene

**Tid:** To moduler høsten 2020, tre moduler våren 2021

**Sted:** Der det passer deg og din nettverksgruppe.

**Kursavgift:** Gratis

**Påmelding:** [Ergoterapeutene.org/kurskalenderen](http://Ergoterapeutene.org/kurskalenderen)

**Mål:** Målsettingen med kurset er at deltakeren

skal bli inspirert til å ta i bruk hele vår faglige «verktøykasse» for økt aktivitet, inkludering og deltakelse, for derved også å bidra til bærekraftige helsetjenester.

**For mer informasjon om kurset** se [www.ergoterapeutene.org/nettkurs-alle-skal-kunne-delta-ergoterapeuters-bidrag-til-baerekraftige-helsetjenester](http://www.ergoterapeutene.org/nettkurs-alle-skal-kunne-delta-ergoterapeuters-bidrag-til-baerekraftige-helsetjenester)  
**Velkommen til kortreist, smittesikker fagutvikling!**

# Nytt digitalt kurs i Ergoterapeuter og førerkortvurdering



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

Alt undervisningsmaterieill vil bli tilgjengelig i Teams: videoforelesninger, litteratur til forberedelse og øvingsoppgaver individuelt og i grupper. I tillegg vil det bli arrangert livearrangement med utgangspunkt i øvingsoppgaver.

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

## MODUL 1. ERGOTERAPEUTER OG FØRERKORTVURDERING.

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

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

**Oppstart er september 2021.** Deltakerne får lenke og tilgang til kurset.

**I slutten av september 2021** vil det bli arrangert et «Livearrangement», der forelesere og kursdeltakerne møtes på Teams.

Pris for medlemmer kr. 2 000,-, tillitsvalgte kr. 1 000,-, ikke-medlemmer kr. 4 000,-

*Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.*

## MODUL 2. PRAKTISK KJØREVURDERING OG P-DRIVE

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

P-Drive er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse. Deltakerne må ha gjennomført modul 1 eller deltatt på det tidligere kurset «Ergoterapeuter og førerkortvurdering». Modulen er meritterende for spesialistordningen med 30 timer som ergoterapifaglig kurs.

**Oppstart 15. mars 2022.** Deltakerne får lenke og tilgang til kurset i Teams.

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

Pris for medlemmer kroner 3000,

tillitsvalgte kroner 1500

og ikke-medlemmer kroner 6000.

P-Drive-manualen er inkludert i kursavgiften.

*Deltakerne får kursbevis for gjennomført kursmodul.*

## Kalibrering

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

Følg med i kurskalenderen.



## Deltakelse og mestring for eldre

**Målgruppe:** Ergoterapeuter

**Arrangør:** Ergoterapeutene

**Tid:** Når det passer deg/dere

**Sted:** Der det passer for deg og din nettverksgruppe

**Kursavgift:** Gratis

**Påmelding:** [Ergoterapeutene.org/kurs-kalender](http://Ergoterapeutene.org/kurs-kalender)

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

Kurset deles opp i 5 moduler.

For mer informasjon om kurset se

[www.ergoterapeutene.org/nettkurseldre](http://www.ergoterapeutene.org/nettkurseldre)

**Velkommen som deltaker!**

OSLOMET

## Master i helsevitenskap

**Velg blant flere spesialiseringer:**

- Empowerment og helsefremmende arbeid
- Ergoterapi
- Rehabilitering og habilitering

## Videreutdanning

- Ergoterapi innenfor allmennhelse

**Søknadsfrist 15. april**  
**[www.oslomet.no](http://www.oslomet.no)**

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY  
STORBYUNIVERSITETET

**Inspirasjonskonferansen 2021, 28.-29. oktober**

## HOVEDTEMA: søvn og søvnbehandling

**UNDERTEMA:**  
Acceptance and Commitment Therapy (ACT)



NORSK FORENING FOR  
KOGNITIV TERAPI®

**Se [kognitiv.no](http://kognitiv.no) for mer informasjon**



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

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

**0333**

Antitrykksårhjelpe midler/  
trykkløstbyggende hjelpe midler  
**BARDUM AS**  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
**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 tørklær, Arcona smekker

**0909**
**HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING**

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

**0912**

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

**0912 B**
**HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK**

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

**0933**
**HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING**

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

**ERGOGRIIP AS**

Skeistøa 199, 5217 Hagavik  
Tlf.: 92209399  
aase.rokne@ergogrip.no www.ergogrip.no  
Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer servanter  
**Ronda Hjelpemidler**  
Randabergveien 308, 4070Randaberg  
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20  
post@ronda.no www.ronda.no  
**SUNRISE MEDICAL AS**  
Delitoppen 3, 1540 Vestby  
Tlf.: 66 96 38 00 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**
**4. FORFLYTNING**
**1203/1206**
**GANGHJELPEMIDLER**

**BARDUM AS**  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
**EASYWALK**  
Tlf. 64808062  
post@easywalk.no  
www.easywalk.no  
**FOLLO FUTURA AS**  
Brekkeveien 43, 1430 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

**OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET**

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

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

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

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

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

## - PRODUKTREGISTER -

**1218**

### **SYKLER**

#### ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

[www.alurehab.no](http://www.alurehab.no)

Sykler - man. og el.

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto: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](http://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](mailto:firmapost@permobil.com)

[www.permobil.com](http://www.permobil.com)

#### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://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](http://www.alurehab.no)

#### PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

[firmapost@permobil.com](mailto:firmapost@permobil.com), [www.permobil.com](http://www.permobil.com)

#### PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo

[post@picomedmobility.no](mailto:post@picomedmobility.no)

[www.picomedmobility.no](http://www.picomedmobility.no)

#### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto: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](http://www.alurehab.no)

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

[firmapost@permobil.com](mailto:firmapost@permobil.com), [www.permobil.com](http://www.permobil.com)

#### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

**1230**

### **OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER**

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Arcona benløfter og Arcona løftestropp

**1236**

### **LØFTEHJELPEMIDLER**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

[post@hcn.no](mailto:post@hcn.no) [www.hcn.no](http://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](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Arcona benløfter

**1503**

### **HJELPEMIDLER TIL MATLAGING**

#### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070 Randaberg

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

[post@ronda.no](mailto:post@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

**1509**

### **SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER**

#### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

[post@picomed.no](mailto:post@picomed.no) [www.picomed.no](http://www.picomed.no)

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

#### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070 Randaberg

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

[post@ronda.no](mailto:post@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT

armstøtte

**1512**

### **RENGJØRINGSHJELPEMIDLER**

#### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070 Randaberg

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

[post@ronda.no](mailto:post@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

**1803**

### **BORD**

**1809**

### **SITTEMØBLER**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal

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

#### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

[fb@krabat.no](mailto:fb@krabat.no) [www.krabat.no](http://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](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

**1812**

### **SENGER**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

#### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

**1815**

### **HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE**

### **TILSATSER TIL MØBLER**

**1818**

### **STØTTEANORDNINGER**

#### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

[post@picomed.no](mailto:post@picomed.no) [www.picomed.no](http://www.picomed.no)

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1821

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

PICOMED AS

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

1830

**HEISER, LØFTEPLATTFORMER,  
TRAPPEHEISER OG RAMPER**

ACCESS VITAL AS

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

S 1

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

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

1836

**OPPBEVARINGSMØBLER**

K 1

**KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER**

BARDUM AS

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

**7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/**

**VARSLING**

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

2103

**OPTISKE HJELPEMIDLER**

2109

**TILBEHØR TIL DATAMASKINER,  
SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER**

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
tobii dynavox  
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen  
Tlf.: 55 55 10 60  
E-post:sales.no@tobiidynavox.com  
www.tobiidynavox.no

2110 KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64 91 80 60  
post@bardum.no www.bardum.no  
COGNITA AS  
Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450  
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no  
MYLIFEPRODUCTS AS  
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo  
Tlf: 92631425  
post@mylifeproducts.no  
www.mylifeproducts.no  
Vestfold Audio AS  
Nordre Fokserød 12  
3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

1527

**IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER**

Ronda Hjelpemidler

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

2136

**TELEFONER OG**

**TELEFONERINGSHJELPEMIDLER**

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
GN RESOUND AS  
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
PICOMED AS  
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
post@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.  
Vestfold Audio AS  
Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no

2139

**LYDOVERFØRINGSSYSTEMER**

GN RESOUND AS

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

2142

**SAMTALEHJELPEMIDLER VED  
NÆRKOMMUNIKASJON**

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,  
Tlf: 23 28 94 00  
info@abilia.no www.abilia.no  
BARDUM AS  
Tlf.: +47 64918060  
post@bardum.no www.bardum.no  
COGNITA AS  
Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru  
Tlf.: 22121450  
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no  
GN RESOUND AS  
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
Vestfold Audio AS  
Nordre Fokserød 12  
3241 Sandefjord  
Tel: 33473347, Fax: 33473345  
Mail: post@vestfoldaudio.no  
www.vestfoldaudio.no  
tobii dynavox  
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen  
Tlf.: 55 55 10 60  
E-post:sales.no@tobiidynavox.com  
www.tobiidynavox.no

2144

**GYNGETERAPI**

PICOMED AS

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



## - PRODUKTREGISTER -

**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**

### **POSISJONERINGSPUTER**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60

post@bardum.no www.bardum.no

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona posisjoneringsputer,

Asklø posisjoneringsputer

**2151**

### **ALARMSYSTEMER**

#### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

#### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

**2221**

### **BETJENINGSHJELPEMIDLER IKT**

#### COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

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

#### tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

## **8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)**

**2412**

### **HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL**

#### ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01

access@access-gruppen.no

www.accessgruppen.no

Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

#### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

**2418**

### **GREPTILPASNINGER OG HJELPEMIDLER**

#### **SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER**

#### **HÅND- OG/ELLER FINGERGREP**

#### 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, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

**3006**

### **SPILL**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64 91 80 60

post@bardum.no www.bardum.no

**3009**

### **MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR**

#### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

#### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no post@sunrisemedical.no

## **10. HJELPEMIDLER FOR BARN**

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

### **B.ADL**

#### **ADL- HJELPEMIDLER**

#### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

#### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,

Krabatskjerf, sikleskjerf

#### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

post@ronda.no www.ronda.no

### **B.ERG**

#### **ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE**

#### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

### **B.KOM**

#### **KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER**

#### **FOR BARN**

#### ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

#### tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

#### Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

## – PRODUKTREGISTER –

### **B.MOS**

#### **MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR**

##### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: [info@bamseprodukter.no](mailto:info@bamseprodukter.no)

Posisjonering og trening for små og store barn.

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

##### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

[post@ronda.no](mailto:post@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

### **B.ROL**

#### **ROLLATORER**

##### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

[post@ronda.no](mailto:post@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

##### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

### **B.SEN**

#### **SENGER FOR BARN**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50,

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://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](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

### **B.SPO**

#### **SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

##### Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

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

[post@ronda.no](mailto:post@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

##### SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

### **B.STI/SAN**

#### **STIMULERING/SANSE MOTORIKK**

##### AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

[www.hana-holmens.no](http://www.hana-holmens.no)

Leire for modellering, formingsartikler.

##### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: [info@bamseprodukter.no](mailto:info@bamseprodukter.no)

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)

##### PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

[post@picomed.no](mailto:post@picomed.no) [www.picomed.no](http://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](mailto:post@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)

##### tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,  
5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post: [sales.no@tobiidynavox.com](mailto:sales.no@tobiidynavox.com)

[www.tobiidynavox.no](http://www.tobiidynavox.no)

### ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Stimulering/Sansemotorikk, Kastanjedynen,  
Inmutouch

### **B.SYK**

#### **SYKLER**

##### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

[post@bardum.no](mailto:post@bardum.no)

[www.bardum.no](http://www.bardum.no)

##### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

[fb@krabat.no](mailto:fb@krabat.no) [www.krabat.no](http://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](http://www.sunrisemedical.no)

[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

### **SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER**

##### BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

[www.bojo.no](http://www.bojo.no) [post@bojo.no](mailto:post@bojo.no)



+ Walk by assistant

+ Innebygd krengeing

+ Lys foran og bak

+ Kontroll på bredden

+ Lav innstegshøyde

+ Avtagbart batteri

★ Se bardum.no eller Hjelpemiddeldatabasen for flere prisforhandlede sykler.

## 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 skiller seg fra en tradisjonell trehjulssykkel ved at den oppfører seg som en vanlig tohjulssykkel og «legger» seg i svingene. To hjul foran gir full kontroll på bredden. Viktoria Power leveres med «Walk by assisnant»; ett trykk

på knappen og sykkeltriller for deg mens du går ved siden av og holder på styret. Brukere har ulike behov, ønsker og mål. Derfor tilbyr vi et stort modellutvalg med mange ulike typer tilbehør og funksjoner til brukere i alle aldre ☺

# Bardum

☺ Vi har gode smittevernrutiner som sikrer trygge utprøvinger. Vi tilbyr også digitale visninger om ønskelig.