

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund  
www.ergoterapeuten.no



## Universelt utformede stasjoner 6

Likeverdig tilgang til det skrevne ord **12** «Fra skolepulten til kjøkkenbenken» **26**

Professional thinking in Individual Plan processes **44** Kjerner i faget **56**

# ergoterapeuten

**Redaktør** Else Merete Thyness

**Mobil** 95 73 93 13

emt@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 / 02. mai

Nr. 3 – 4. juni / 02. juli

Nr. 4 – 1. aug / 28. aug

**Trykkeri** 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

**Design** Fete Typer

**Layout** Else Merete Thyness

## **Redaksjonskomité**

Unni Sveen / 91 88 47 68

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Tore Bonsaksen / 22 45 25 47

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Alf Inge Solbakken / 46 42 82 16

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Marena Brännare – Varamedlem

## **Norsk Ergoterapeutforbund**

**Adresse** Stortingsgt.2, 0158 Oslo

**Telefon** 22 05 99 00

**Faks** 22 05 99 01

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

## **Generalsekretær/fagsjef**

Toril Laberg

## **Forhandlingssjef**

Brit-Toril Lund

## **Advokat**

Berit Førli

## **Organisasjonssjef**

Karl-Erik Tande Bjerkaas

## **Spesialrådgiver**

Anita Engeset

## **Controller**

Mette Jacobsen

## **Controller**

Tove Olsen

## **Sentralstyremedlemmer**

Mette Kolsrud, forbundsleder

Nils Erik Ness, 1. nestleder

Synnøve O. Melseth, 2. nestleder

Solrun Hauglum

Bjørnar Rovde

Reidun Holm

Ragna Gjone

Benedicte Borge Bakstad

Hege Tollås

Tove Settem


Stine Marie Nord Slyngstad, 1.

varamedlem

Hanne Berntsen, 2. varamedlem

Camilla Syvertsen, 3. varamedlem

Blader merket  er medlem av  
Den Norske Fagpresses Forening

**fagpressen** 



6



12



36



56

---

## REPORTASJER

### **6 Universelt utformede stasjoner**

Av Else Merete Thyness

---

## NY ARENA

### **10 Ergoterapeut som klinisk veileder**

Av Else Merete Thyness

---

## KRONIKK

### **12 Likeverdig tilgang til det skrevne ord**

Av Rudolph Brynn

---

## FORBUNDET

### **14 Nye kriterier for spesialistgodkjenning**

Av Anita Engeset

### **17 innspel: Deltidsfella og likestilling**

Av Anders Folkestad

### **18 Du kan få inntil 5,3 millioner i ulykkesforsikring**

Av Roar Hagen

### **20 God medlemsvekst i 2013**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

---

### **21 Hva krever vi i år?**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

### **22 Rett til betalt spisepause**

Av Ine Hagen

### **24 Da ergoterapifaget var nytt i Norge**

Av Liv Hopen

---

## FAGLIG

### **26 «Fra skolepulten til kjøkkenbenken»**

Av Ellen Gjertsen Clark, Lene Fogtmann Jespersen, Brian Ellingham og Therese Brovold

### **36 Mødre - 14 år etter**

Av Beate Nordnes

---

## VITENSKAP

### **44 Professional thinking in individual Plan processes**

Av Grete Alve, Åshild Slettebø, Vigdis Helen Madsen, Elisabet Hellem, Kari Anette Bruusgaard og Birgitta Langhammer

---

## SMÅSTOFF

### **54 Nettbasert videreutdanning i hverdagsrehabilitering**

Av Trude Hartviksen

---

## PÅ DEN SISTE SIDEN

### **56 Kjerner i faget**

Av Kari Opsahl

---

## ANNONSER

### **62 Kurs og stilling**

### **67 Produktregister**

### **72 Agenturregister**

# Universelt utformet fagblad

På forrige landsmøte ble det besluttet at forbundets grafiske profil skal være universelt utformet. Derfor har vi i denne landsmøteperioden jobbet med å gjøre Ergoterapeuten til et spennende og leservennlig magasin i tråd med prinsippene for universell utforming. Resultatet sitter dere med i hånden.



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

---

**UNIVERSELL UTFORMING ER ET BEGREP** som opprinnelig kommer fra design, arkitektur og byplanlegging, men som gradvis har spredt seg til andre områder. Universell utforming handler om å utforme produkter og omgivelser på en slik måte at de kan brukes av alle mennesker i så stor utstrekning som mulig, uten behov for tilpasning og spesiell utforming. Nøkkelordene er «kan brukes av alle mennesker». Hensikten med universell utforming er ikke utforming for å tilpasse produkter og tjenester for spesielle grupper, men å utforme dem slik at de er tilgjengelige for oss alle, i alle situasjoner og faser av livet.

Det finnes ingen etablert standard for universell utforming av trykksaker, og ambisjonen om tilgjengelighet for alle kan i praksis være vanskelig å oppnå når ulike hensyn skal veies opp mot hverandre. Det finnes likevel noen prinsipper som gjør magasiner og andre trykksaker lettere å lese:

**Fontvalg:** Generelt bør fonten være enkel for å gi god lesbarhet.

**Fontstørrelse:** Vanlig løpende tekst bør ha en tekststørrelse på minimum 12 punkt som hovedprinsipp, men størrelsen kan varieres noe avhengig av fonten.

**Linjelengde og linjeavstand:** Generelt er kortere linjer enklere

å lese enn lange. Universelt utformet tekst har mer luft enn hva som ellers er vanlig.

**Papirvalg:** Universelt utformede trykksaker bør generelt være på et papir som ikke er for blankt, fordi gjenskinn gjør teksten vanskeligere å lese.

**Bilder:** Universell utforming krever bilder med god kontrast mellom forgrunn og bakgrunn, og de bør ikke være for komplekse eller «rotete». Bildene bør også være klart avgrenset mot teksten omkring.

**Effektbruk:** Det må være god kontrast mellom teksten og bakgrunnen, og som hovedregel bør tekst ikke trykkes over bilder eller illustrasjoner.

**Layout:** Både fontstørrelse og linjeavstand gjør at layouten krever mer plass. Mer luft på sidene og mer bruk av bokser, sitater, punktlister og andre redaksjonelle virkemidler vil også bidra til å øke innholdets omfang.

Universell utforming har vært et spennende tema å dykke ned i. Både reportasjen og kronikken handler om bedre tilgjengelighet. Universell utforming er et meget aktuelt arbeidsområde for ergoterapeuter. Jeg håper dere finner både design og innhold inspirerende.



**METTE  
KOLSRUD**  
Forbundsleder

## Tid for hverdagsmestring innen psykisk helse og rus

**EN NY REGJERING HAR SNART SITTET** et halvt år. Deres prioriterte saker er blitt tydeligere. I praktisk politikk har imidlertid regjeringen brukt mye tid på hvordan de skal håndtere legenes rettigheter til å reservere seg mot kvinnens pasientrettigheter. For mange av oss ble dette avklart og tilbakelagt for flere tiår siden. Det er ganske uvirkelig at en slik sak dukker opp på nytt og i tillegg blir en skikkelig politisk tidstyv.

En av de store viktige sakene som denne regjeringen har sagt de skal gjøre noe med, er bedre tilbud for mennesker med psykiske problemer og rusavhengighet. «Alle har en psykisk helse,» sa helse- og omsorgsminister Bent Høie i sitt styringsbudskap til helseforetakene. «Problemet er at terskelen for å få hjelp for et psykisk helseproblem er for høy. Mange blir for syke før de får hjelp, og må ha bistand fra spesialisthelsetjenesten. Derfor er det riktig å bygge ut psykiske helse-tjenester i kommunene. Det gir folk tidlig hjelp, samtidig som det frigjør plasser i spesialisthelsetjenesten til de som trenger det», sa han videre.

Her ønsker regjeringen å sette spor etter seg. Det er bra. Norsk Ergoterapeutforbund er enig med regjeringens syn på disse utfordringene. Her har vi også felles oppfatning med brukerorganisasjonene. Mental Helse er bekymret over at samfunnet mister muligheter for god rehabilitering, noe som bidrar til ytterligere arbeidsuførhet og dårlig livskvalitet hos brukere. Rådet for psykisk helse ønsker å drive prosjekter som skal bidra til en positiv endring i hverdagen både for enkeltmennesker, i lokalmiljøet og i samfunnet. De vil ha en bred satsing på barn og unge og en storkampanje rettet mot arbeidslivet i sitt program.

Et sentralt bidrag fra ergoterapeutene er hverdagsmestring og deltakelse i arbeidslivet. Utgangspunktet er hva som er viktige aktiviteter for den enkelte. Ergoterapeuter har en vitenskapelig tilnærming til hverdagen. Faggruppens teoretiske grunnlag i aktivitetsanalyse og forholdet mellom individ, aktivitet og omgivelser er sentral kompetanse for mestring av hverdagsutfordringene. Professor og ergoterapeut Marit Borg har også gitt viktige

teoretiske bidrag til kunnskap om bedringsprosesser med sin forskning på recovery. Her er brukernes erfaring og hverdagsmestring sentralt. Utprøving av hverdagsrehabilitering begynner også å bli et erfaringsgrunnlag for mange ergoterapeuter i kommunene. Erfaringene om hvordan vi kan støtte hverdagsmestring er nyttig for mennesker med psykiske problemer og rusavhengighet.

For å gi mennesker med psykiske problemer og rusavhengighet gode tjenester må vi fjerne noen menneskeskapte barrierer mellom tjenestene. Spesialisthelsetjenesten, rehabiliteringstjenesten, de psykiske helsetjenestene, pleie- og omsorgssektoren, NAV, utdanningssektoren, frivillig sektor og fastlegene må alle bidra og jobbe tettere sammen i kommunene. Ett skritt i retning av barrierenedbygging og tidlig intervensjon er regjeringens forslag om å etablere en ny finansieringsordning for tverrfaglig innsats på fastlegekontorene. Men for å skape en mer helhetlig tjeneste basert på brukernes behov, trenger vi en større debatt om hvilken kompetanse som trengs til ulike oppgaver, samarbeidsmåter og hvordan vi organiserer oss.

## UNIVERSELT UTFORMEDE STASJONER

**– Jernbaneverket har 338 stasjoner. Målet er at innen 2017 skal 117 av disse være tilgjengelige eller universelt utformet, sier May-Liss Daljord. Hun leder Stab Stasjoner, hvor også Helle Grov er ansatt. Begge er ergoterapeuter med videreutdanning i universell utforming.**

**S**tab Stasjoner har blant annet ansvar for å følge opp Jernbaneverkets arbeid med universell utforming.

– Det handler om å skape et samfunn som inkluderer alle. Det er ikke alle som fyller skoene til standardmennesket, som er en mann på 35 år med godt syn og i god fysisk god form. For eksempel vil den normale aldringsprosessen føre til nedsatt funksjon i både bevegelse og syn. Vi ønsker at alle skal kunne ferdes på stasjonene uten behov for spesialtilpasninger og assistanse, sier Helle Grov.

Vi befinner oss på Heggedal stasjon i Asker kommune cirka tre mil utenfor Oslo. Selv om flere stasjoner er godt i gang med prosessen, er Heggedal og Spikkestad foreløpig de eneste stasjonene som er godkjent universelt utformet. Nå går vi en runde i snøføyka mens May-Liss og Helle forklarer hvilket arbeid som er utført på stasjonen.

– Hovedatkomsten skal være tilgjengelig. Her har vi en gang- og sykkelbro med heis og trapp til begge plattformene. Over-



*May-Liss Daljord er ergoterapeut og leder for Stab Stasjoner, en avdeling i Jernbaneverket.*



*Helle Grov er ergoterapeut og ansatt i Stab Stasjoner.*

gangen er av glass og er godt opplyst. Det gjør det både lett og trygt å komme til togene, sier May-Liss.

Heishuset har automatiske dører og tydelige oppmerksomhetsfelt. For de som velger trappene, er disse merket med et farefelt på toppen. Trappenesene er ikledd god kontrastfarge, og rekkverket er i to høyder.

– Det er ikke bare svaksynte som kan snuble i trapper. Merking av trappen er nødvendig for noen, men bra for alle, sier Helle.

### GODE SIKTLINJER

Vel nede på plattformen forteller ergoterapeutene at plattformen er 76 cm høy, noe som stemmer overens med de nye universelt utformede togene som nå fases inn på flere strekninger. Det skal være så liten avstand mellom plattform og tog at en med rullestol eller barnevogn lett kan komme seg om bord. Forbedringene fører også til at på- og avstigningen skjer raskere. Det reduserer tidsbruken på stasjonen og gir bedre punktlighet for togene.



*Heggedal stasjon har fått et nytt heishus med automatiske dører og tydelige oppmerksomhetsfelt.*

Snøen gjør det dessverre umulig å inspisere ledelinjene. Dette er taktile merking i asfalten som hjelper svaksynte og blinde å finne billettautomater, informasjonspunkter og påstigningsted på plattformen. Men de to ergoterapeutene forsikrer meg om at de er der.

Skiltene har vi godt utsikt til.

– Her er det gode siktlinjer, hvilket betyr at ingen skilt eller monitorer skygger for andre. Størrelse på bokstaver, farger og kontraster er også bra. Det er enkelt å lese informasjonen som står her. De som ferdes på en stasjon, skal raskt finne den informasjonen de ser etter, og skiltingen skal være

tydelig og korrekt, sier May-Liss.

Noe gjenstår likevel. Foreløpig er det kun den statiske informasjonen på Heggedal stasjon som er universelt utformet. For at den dynamiske kundeinformasjonen skal bli universelt utformet kreves ny teknologi.

– Jernbaneverket har et prosjekt gående som fram mot 2017 skal utvikle en app der hørselshemmede, blinde og svaksynte får tilpasset den informasjonen som kommer på skjermene og høyttalerne. Dette gjelder på alle stasjoner, sier hun.

#### **JERNBANEVERKET**

I 1996 ble Norges Statsbaner

delt i NSB og Jernbaneverket.

NSB beholdt ansvaret for togene, mens Jernbaneverket fikk ansvar for infrastrukturen og de publikumsrettede områdene.

Både stasjonene og togene skal være utformet slik at man kan reise uavhengig av funksjonsbegrensninger. Regjeringens visjon er at Norge skal være universelt utformet innen 2025. Andre rammebetingelser for arbeidet ligger blant annet i ny Plan- og bygningslov med tilhørende teknisk forskrift. I tillegg utgjør diskriminerings- og likestillingsloven en forankring mellom planleggingen og brukermedvirkning.



*Heggedal stasjon har gode siktlinjer.*



## «Universell utforming dreier seg om alt fra internasjonale og nasjonale lover og retningslinjer til bittesmå praktiske detaljer»

May-Liss Daljord

Stasjoner er en egen enhet i Jernbaneverket med ansvar for drift og vedlikehold av stasjonene. Staben i Stasjoner har fire ansatte, hvorav to er ergoterapeuter. En av oppgavene deres er å bidra med opplæring av de andre ansatte i Jernbaneverket.

- Vi har laget en opplæringsplan slik at vi kan spre kunnskap om universell utforming internt i Jernbaneverket. Det er viktig at de som skal jobbe i de konkrete prosjektene, vet hva dette handler om. Universell utforming er et stort tema som dreier seg om alt fra internasjonale og nasjonale lover og retningslinjer til bittesmå praktiske detaljer. Derfor må vi komme inn tidlig med nødvendig informasjon. Alle må vite hva det innebærer at en stasjon er universelt utformet. Det kan bli dyrt dersom man må tilrettelegge etter at bygget eller anlegget står ferdig.

De bidrar også direkte i prosjektene når en stasjon skal universelt utformes.

- På noen av stasjonene, som Holmestrand, Voss og Råde, har vi vært med i selve prosjektet sammen med arkitekt og landskapsarkitekt. Vi er med på befaringer, deltar på møter, ser på tegninger og hjelper til slik at de beste løsningene blir valgt. På mindre prosjekter er vi tilgjengelige dersom det er behov for det. Alle i Jernbaneverket kan henvende seg til Staben og be om bistand, sier Helle.

### FREMTIDSMÅL

I henhold til Jernbaneverkets virksomhetsplan skal alle stasjoner være gjennomgått og enklere tiltak for fjerning av mindre hindringer være utført i løpet av 2017. I tillegg skal 17 stasjoner være ferdig universelt utformet og 100 tilgjengelige innenfor denne tiden. Kravet for tilgjengelighet er litt lavere enn for universell utforming, og handler hovedsakelig om at det er hinderfri adkomst til plattform og at det kan benyttes rullestolrampe inn i toget.

- Vi har en topografisk utfordring i Norge. Hvis stasjonen ligger nede i et søkk, er det vanskelig å gjøre noe med det. Da er bedre tilgjengelighet kanskje det beste vi kan få til, sier May-Liss.

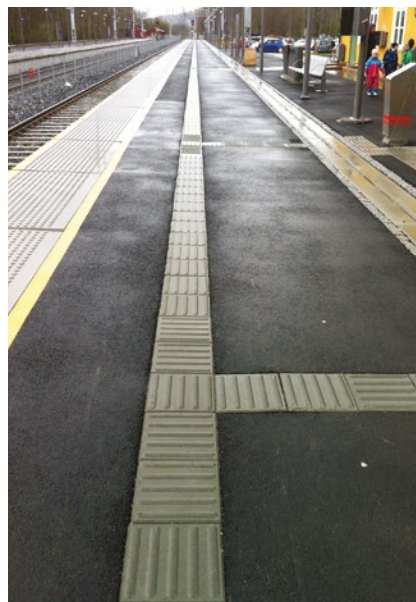
### FLERE ERGOTERAPEUTER

Begge to ønsker seg flere ergoterapeuter inn på dette fagfeltet.

- Universell utforming handler om å finne løsninger som flest mulig kan bruke. Ergoterapeuter har kompetanse på sammenhengen mellom menneskers funksjonsnivå, omgivelser, helse og aktivitet. Derfor er det behov for ergoterapeuter i tverrfaglig og tverretattlig arbeid for å gjøre de lokale omgivelsene mer universelt utformet. Vi ser tydelig at vår spesielle kompetanse utfyller den kunnskapen for eksempel ingeniørene sitter på.



Trappenesene er merket med god kontrastfarge, og rekkverket er i to høyder.



Dette bildet, som er tatt tidligere i høst, viser hvordan ledelinjer og oppmerksomhetsfelt gjør det mulig for svaksynte og blinde å navigere på stasjonsområdet.



**NAVN**

Gro S. Krefting

**STILLING**

Klinisk veileder

**HVOR**

Steinerudterapeutene

## Ergoterapeut som klinisk veileder

Av Else Merete Thyness

**- Hvor jobber du?**

- Jeg har en privat praksis i et terapifelleskap som heter Steinerudterapeutene. Vi holder til på en nydelig husmannsplass fra 1750-tallet på området til Det Norske Diakonhjem på Steinerud i Oslo.

**- Hva jobber du som?**

- Jeg er ergoterapispesialist i psykisk helse. I tillegg har jeg hovedfag i helsefag og er utdannet mindfulnessinstruktør fra både Norge og Oxford. Jobben min er som klinisk veileder. Hovedgruppen av klientene er utbrente eller sliter med stress og uro i varierende grad, angstproblematikk eller lettere depresjoner. Mange er sykmeldte over kortere

eller lengre tid, men jeg har også klienter som er i full jobb, og som primært ønsker hjelp til å sortere tanker og finne nye måter å håndtere belastninger på. I tillegg jobber jeg som instruktør i mindfulness.

**- Hvor fant du denne jobben?**

- Jeg skapte den selv på bakgrunn av mitt hovedfagsarbeid og de dataene jeg fikk som resultat av det. Steinerudterapeutene er den årelange drømmen som gikk i oppfyllelse. I flere år gikk jeg med et brennende ønske om å skape et eget, lite sted med en ramme av profesjonalitet og kompetanse. Her skulle klienter og pasienter føle seg trygge og velkomne i en varm og vennlig atmosfære. Jeg var veldig bevisst på at jeg ville jobbe sammen med psykomotorisk fysioterapeut og psykolog, og at valgene videre ikke skulle være tilfeldige. I dag er vi tre fysioterapeuter som er spesialister i psykomotorisk fysioterapi, en psykolog og meg. Vi har også en liten allergivennlig «terapihund». Det hun foreløpig mangler i formell terapihundutdanning, tar hun igjen i høy kosfaktor.

**- Hvor lenge har du hatt denne jobben?**

- Praksisen stiftet jeg i 2007, og Steinerudterapeutene i 2013.

**- Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?**

- Arbeidsoppgavene mine varierer avhengig av historien og problematikken som møter meg. Jeg jobber samtalebasert. Det vil si at nesten all min klienttid går til individuell samtale og det som oppstår i etterkant av et slikt møte, blant annet journalføring og kontakt med andre fagpersoner. Generelt kan jeg si at jeg setter forståelig informasjon og håndterlige råd i høysetet. Det

ligger mye trygghet i å forstå sin egen situasjon. Det er et godt utgangspunkt for å ta tak i ulike problemstillinger. Alle terapeutene hos oss er selvstendig næringsdrivende. Vi har ikke ansvar for hverandres drift, verken når det gjelder rekruttering eller økonomisk. Dermed blir det en håndterlig mengde administrativt arbeid som jeg skal ta meg av. Mindfulnesskursene tar en del tid å forberede, gjennomføre og følge opp. I tillegg holder jeg noen foredrag i løpet av året, og har vært benyttet som gjesteforeleser. Dette er roller jeg trives med, og som skaper variasjon i praksisen. En annen viktig arbeidsoppgave er å sørge for min egen faglige og personlige utvikling. Jeg har ingen som betaler kursene og etterutdanningene mine, så det gjelder å være målrettet og nøye i mine valg. Det må alltid være en rød tråd i det jeg gjør, selv om den ikke alltid er like synlig for andre.

**- Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?**

- Jeg synes det er interessant hvordan ergoterapikompetansen kan tilpasses nye arbeidsarenaer, bare man er kreativ og ikke lar seg stoppe av usynlige grenser. Det jeg bruker aller mest, er den kompetansen vi har på helhetlig tenkning, på aktivitet og aktivitetsanalyse. Riktignok har jeg snudd ting litt på hodet. Tidligere jobbet jeg ofte med å øke aktivitetsnivået hos pasienter. Nå består mye av jobben min i å hjelpe klienter med å stramme inn eller revurdere aktivitetsnivået. Jeg opplever at jeg blir mer og mer ydmyk overfor menneskers egenkompetanse og mestringskompetanse. Min jobb er ikke å gi dem løsninger ut fra hva jeg ser kunne være «riktig», men å bidra

til at de finner fram til det som er riktig for dem. I dette arbeidet har jeg glede av å være en praktisk tenkende ergoterapeut.

### **- Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?**

- Jeg har ofte stilt meg selv det samme spørsmålet. I helsesektoren tangerer mange av fagene og rollene hverandre. Siden jeg trækker utenfor den oppsatte «rammen» for ergoterapi, er det lett å lure på hva man holder på med. Det er viktig å kjenne faget sitt godt, være trygg på det og på egen rolle, og ikke minst kjenne faggrensene. Som ergoterapeut har jeg en annen inngang til samtalen og til klientens historie. Jeg erfarer at forståelsen av aktivitet, analysen og ikke minst den praktiske innstillingen som følger

meg som terapeut, kommer svært mange til gode. Som ergoterapeut legger jeg en helhetsvurdering til grunn innenfor en praktisk orientert ramme. Det skaper driv i terapien. Jeg har enorm glede av mine kunnskaper om det å bryte ned aktivitet i mindre enheter og samtidig øke deres betydning for den enkelte. Så svaret er ja. Jeg synes det er viktig at ergoterapeuter gir seg selv anledning til å bruke hele seg og sitt faglige repertoar til glede for seg selv og nye grupper.

### **- Er det spennende å jobbe i en utradisjonell, og sånn sett nyskapende stilling?**

- Ja, det er det. Med hånden på hjertet er jeg stolt av det jeg har fått til, og jeg gleder meg til å gå på jobben hver dag.

### **- Vil du anbefale andre ergoterapeuter på jobbe med det samme?**

- Det ville glede meg å se flere ergoterapeuter i denne type stilling. Selv har jeg hatt stor glede av årene i offentlig sektor i Norge og sykehuserfaring fra utlandet. Det har gitt meg verdifull kompetanse. Jeg er tilhenger av en bred og solid base før man starter egen praksis.

Hvis dette er drømmen din, er rådet mitt å stake ut en realistisk og langsiktig kurs. Privat praksis krever vilje til å satse, tålmodighet, mange års målrettet arbeid, og ikke minst en annen type økonomisk krav. Legg opp penger slik at du har råd til å gå med underskudd i hvert fall det første året.

# Likeverdig tilgang til det skrevne ord

**Universell utforming assosieres ofte med fysisk tilgjengelighet, for eksempel til bygninger eller offentlig transport. Men tilgang til informasjon er også sentralt i dagens samfunn. Dette omfatter både den tekniske tilgjengeligheten til informasjon, som universell utforming av IKT, og krav til utforming av informasjonen selv.**

Av Rudolph Brynn



*Rudolph Brynn er prosjektleder i Standard Norge. Han er utdannet statsviter fra Universitetet i Oslo og Europacollegiet i Brugge og har lang yrkeserfaring fra offentlig administrasjon og interesseorganisasjoner nasjonalt og internasjonalt. Brynn arbeider med prosjekter på området universell utforming innen IKT, transport og tjenester.*

Standard Norge har i 2013 utgitt en standard som stiller krav til utforming av dokumenter i elektronisk format. Standarden gir anvisninger for hvordan man best oppmerker elektroniske tekstdokumenter, som i dag presenteres på mange plattformer som web og mobilnett. «Norsk Standard NS 11021 Universell utforming – Tilgjengelige elektroniske tekstdokumenter – krav til utforming, oppmerking og filformater» har primært fokus på riktig og god bruk av tekstbehandlingsverktøy, slik at hver enkelt leser har mulighet til å velge sin egen presentasjonsform. Standarden viser hvordan man sikrer at slike dokumenter er tilgjengelige for alle. Den har saksbehandlere og andre som utformer og utgir dokumenter i elektronisk format som målgruppe. Dette omfatter krav til «synlig formatering», som at det fremgår tydelig hva som er overskrifter, hva slags skriftstil man skal bruke, at bilder (og lyd) skal følges av beskrivende tekst og så videre. Det vil si tekniske krav som gjør det lettere for eksempel for blinde å lese elektroniske dokumenter på skjermlesere.

## TEKSTLIG INNHOLD

Også når det gjelder innhold, er det viktig at man følger bestem-

te krav. Det viktigste stikkordet i formidling av tekst er enkelhet når målet er universelt utformet informasjon. Tekst skal være enkel og forståelig for alle man retter seg mot. Derfor er det viktig at man skriver enkelt og forståelig, med korte setninger og avsnitt. Andre råd er maksimalt å ha ett poeng i hver setning. Man bør unngå at tekst er understreket eller står i kursiv, fordi dette kan føre til at det for noen lesere ser ut som teksten flyter sammen. Dersom det er nødvendig å bruke fremmedord og faguttrykk, skal de forklares. Egentlig skal de brukes bare der det er nødvendig.

## NETTSIDER OG SKRIFTLIG INFORMASJON

Universell utforming av nettsteder krever innovasjon og kreativitet for å finne gode løsninger som alle har likeverdig tilgang til. For å oppnå dette, er det også nødvendig å kartlegge for eksempel hvilke behov som finnes, og hvem som normalt vil kunne benytte seg av nettstedet. Nettsider må ha oversiktlig struktur visuelt sett. For enhver leser bør det på en god nettside være forutsigbart hva som står hvor. For personer med dysleksi eller med kognitive funksjonsnedsettelse er god visuell oversikt viktig for informasjon, heriblant enkel navigering

på nettsider. Det er lurt å plassere innholdselementer som hører naturlig sammen, i nærheten av hverandre. Bruk av bilder og symboler er derfor positivt for å gjøre det skriftlige innholdet mer forståelig. Tekst skal være i tilstrekkelig stor font (skriftstørrelse) og med bokstaver uten seriffer (tverrstreker som avslutter stammene til visse skrifttyper, for eksempel i Times New Roman).

Når det gjelder skriftlig innhold på nettsider, gjelder i dag internasjonale retningslinjer for hvordan man gjør innhold på nettet tilgjengelig, WCAG 2.0 (WCAG står for Web Content Accessibility Guidelines). Disse bygger på fire hovedprinsipper:

- Mulig å oppfatte informasjon. Den skal ikke måtte oppfattes kun ved hjelp av en enkelt sans, for eksempel synet. Bilder skal derfor også presenteres med alternativ tekst.
- Mulig å betjene for eksempel navigeringsfunksjoner.
- Forståelig informasjon og bruksmåte for nettsider som formidler informasjonen (brukergrensesnitt).
- Robust – innholdet i et nettsted skal kunne tolkes av ulike former for teknologi, også ny teknologi. Derfor må den kodes riktig (se over om overskrifter og lignende).

### SKILTING

Informasjon formidles også på andre måter i samfunnet. Når det gjelder formidling av skriftlig informasjon gjennom skilting, gjelder for det første krav om plassering, og for det andre krav til formidling av innhold. All visuell informasjon skal plasseres slik at den er godt synlig, og utformes slik at det er god kontrast til bakgrunnen. Informasjon som gis



på skilter skal være entydig, kortfattet og lett å oppfatte (jmfør «Norsk Standard NS 2041 Skilting – Veiledning for plassering og detaljer»). Også her gjelder at man bør unngå bokstaver med seriffer og bruke en enkel skrift med god kontrast mellom bokstavene og mellom skrift og bakgrunn. Avstandene mellom ord skal være visuelt like og normalt ha jevn marg på venstre side. Orddeling skal unngås.

### UNIVERSELL UTFORMING OG DET SKREVNE ORD

Vi har regler for at alle skal sikres likeverdig tilgang, fra tekniske krav til for eksempel utforming av nettsteder og skilter, til regler for hvordan man utformer og oppmerker tekst slik at den kan følges av flest mulig.

Utfordringen ligger i å utarbeide selve teksten på en slik måte at så mange som mulig forstår den ut fra egne forutsetninger og muligheter, uansett hvilken måte man benytter for å tilegne seg teksten. Det er ikke alltid lett å gjøre innholdet i en tekst enkel, selv om et godt hjelpemiddel er korte setninger. En god

øvelse kan være å ta en «komplisert» tekst og søke å forenkle og forkorte den slik at den blir mest mulig lettlest, men uten å forandre innholdet. Andre kan så sammenligne de to versjonene og uttale seg om hvilken som er mest tilgjengelig.

Det er også viktig å huske at brukerne av den skriftlige teksten skal kunne ha valgfrihet for hvordan de vil tilegne seg den, for eksempel ved tekst-til-tale, gjennom skjermleser og punkt-skrift eller på papir. Jo mer man følger regler for universell utforming, desto mer valgfrihet får potensielle lesere. Innhold kan også formidles på flere måter, ved siden av tekst, grafikk, bilder og andre formidlingsformer. Et annet sentralt prinsipp er brukermedvirkning – ved å ha kontakt med representative brukere av den relevante informasjonen, får man et bedre bilde av hva som er behovene når det gjelder formidling av informasjonen.

I dagens informasjonssamfunn er likeverdig tilgang til informasjon helt nødvendig for at ikke noen skal ekskluderes fra å fungere på de ulike områdene i samfunnet!

# Nye kriterier for spesialistgodkjenning

**Sentralstyret vedtok i september 2013 nye kriterier for oppbygging av spesialistkompetanse der spesialistordningen skal bygge på en mastergrad. Den nye ergoterapispesialistordningen gjenspeiler nye og endrede kompetansebehov som følger av utviklingene i helse- og velferdstjenestene.**

Av Anita Engeset



Anita Engeset er spesialrådgiver i Norsk Ergoterapeutforbund.

**E**rgoterapeutenes spesialistordning tar utgangspunkt i brukergrupper og helse- og velferdspolitiske prioriteringer for å tydeliggjøre ergoterapeuters kompetanse og rolle i samfunnet.

## ERGOTERAPISPECIALIST

En ergoterapispesialist har avansert kunnskap om ergoterapi med en styrkning innen spesialistområdet. Ergoterapeutene godkjenner spesialister innen syv spesialistområder; Allmennhelse, Arbeidshelse, Barns helse, Eldres helse, Folkehelse, Psykisk helse og Somatisk helse. Disse områdene er nærmere beskrevet under spesialkompetanser i «Kompetansebeskrivelser i Ergoterapi (Ergoterapeutene 2012)».

## Hva er nytt?

I stedet for oppbygging av kompetanse gjennom etter- og videreutdanning basert på kurs, konferanser og videreutdanninger, kreves det nå utdanning på masternivå. Det kreves en ergoterapifaglig eller relevant, tverrfaglig master på 120 studiepoeng. Kandidaten må selv begrunne relevansen av masteren for sitt spesialistområde.

I den reviderte ordningen blir det lagt vekt på veiledet praksis.

I veiledet praksis er det læringsutbyttet for det enkelte spesialistområde og veiledning gitt av godkjent veileder som skal sikre at den enkelte spesialistkandidat har de nødvendige kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse som er nødvendig for sitt spesialistområde. I kriteriene for Ergoterapeutenes spesialistgodkjenning 2014 kreves:

- Autorisasjon som ergoterapeut og medlemskap i Norsk Ergoterapeutforbund
- Tre års arbeidserfaring hvorav to årsverk innenfor spesialistområdet og ett årsverk ergoterapirelevant arbeidserfaring
- Veiledningskompetanse som består av veiledningskurs, veiledet praksis og gitt veiledning i praksis
- Hoved- eller medansvar for fagutvikling; endrings- og innovasjonsarbeid innenfor spesialistområdet.

Kriteriene kan bli justert dersom myndighetene krever det for å innføre en offentlig godkjent spesialistordning.

## KVALIFIKASJONSBEKRIVELSE

I de nye kriteriene for Ergoterapeutenes spesialistgodkjenning 2014 beskrives kvalifikasjonene for ergoterapispesialist innen

hvert enkelt spesialistområde. Kvalifikasjonsbeskrivelsene tar utgangspunkt i Nasjonalt kvalifiseringsrammeverk for livslang læring (NKR). De nye kriteriene er på masternivå, nivå 7, i kvalifikasjonsrammeverket, og beskrives som forventet læringsutbytte i kunnskaper, ferdigheter og generell kompetanse.

Denne beskrivelsen skal være til hjelp for kandidater som søker godkjenning når de skal begrunne relevansen av opparbeidede kvalifikasjoner, og den gir et grunnlag for veiledet praksis. Beskrivelse av kvalifikasjoner for ergoterapispesialist vil også være nyttig for de som ønsker å vite mer om hvilken kompetanse en ergoterapispesialist innen de ulike områdene innehar.

### **NY LAYOUT FOR SPESIALISTORDNINGEN**

Det er utarbeidet et veiledningshefte for den reviderte spesialistordningen: «Ergoterapeutenes spesialistordning 2014». Heftet inneholder informasjon om spesialistordningen, kriteriene for å søke spesialistgodkjenning, beskrivelse av kvalifikasjoner for ergoterapispesialist for det enkelte spesialistområde, retningslinjer for veiledning og søknadsskjema. Informasjonen i heftet er rettet mot søker av spesialistgodkjenning og de som vil tilegne seg informasjon om forbundets spesialistordning.

### **REGODKJENNING**

Ergoterapispesialistgodkjenningen gjelder for syv år fra og med vedtak i spesialistråd. For å få videre godkjenning, må man søke om regodkjenning, se kriterier for regodkjenning i «Regodkjenning ergoterapispesialist 2014». Regodkjenning av ergoterapispesialister skjer innen den 15. sep-

tember hvert år. Godkjenningen går ut ved utgangen av godkjenningsperioden.

### **OVERGANGSPERIODE**

Fram til 15. september 2020 kan søknader bli behandlet både etter de gamle og de nye kriteriene. Dersom søkeren har mange kurs og lang erfaring, benytter vedkommende overgangsordningen, og dersom en nylig har gjennomført en master og/eller er relativt nyutdannet, benytter en de nye kriteriene for godkjenning som ergoterapispesialist. De gamle kriteriene er beskrevet i et eget hefte, «Ergoterapeutenes spesialistordning, Overgangsordning 2014 - 2020».

### **ERGOTERAPISPELIALIST OG SPESIALERGOTERAPEUT**

Ergoterapispesialist må ikke forveksles med spesialergoterapeut. Spesialergoterapeut er en avansementstilling som vanligvis krever cirka ett års videreutdanning. Det kan også være en stilling for å løfte opp ansatte med mange års erfaring og kompetanse ervervet gjennom kurs og praksis.

Krav om spesialergoterapeutstilling rettes til arbeidsgiver. Det er arbeidsgiver som avgjør hvilken kompetanse som kvalifiserer til spesialergoterapeut på den enkelte arbeidsplass. Ergoterapeutene mottar mange henvendelser vedrørende spesialergoterapeutstillingen. Vi har derfor lagt ut informasjon om denne stillingen og utarbeidet et søknadsskjema som medlemmene kan bruke, der arbeidsgiver selv ikke har egne skjemaer.

### **Arbeidet med nye kriterier**

På bakgrunn av vedtak i Sentralstyret ble det oppnevnt en arbeidsgruppe som skulle arbeide

med revidering av de nye spesialistkriteriene. Arbeidsgruppa har bestått av representanter fra spesialistrådet, praksisfeltet, høyskolene og forbundskontoret.

I arbeidet med revideringen av spesialistordningen er det lagt til grunn at de forbundsinterne spesialistordningene skal være likeverdige med de sammenlignbare profesjonenes ordninger. I utarbeidelsen har en derfor sett spesielt til fysioterapeutenes nye ordning for spesialistgodkjenning, Helseledningsdirektoratets Delrapport 1 og 2 vedrørende vurdering av offentlig spesialistgodkjenning for aktuelle helsepersonellgrupper, Kompetanser i Ergoterapi og Nasjonalt kvalifiseringsrammeverk for livslang læring (NKR).

Utkast til nye kriterier for Ergoterapeutenes spesialistordning har vært på høring hos:

- Spesialistrådet
- Spesialistkomiteene
- Ergoterapeutene lokalt (fylkesavdelingene)
- Ergoterapistudentene
- Ergoterapeututdanningene.

Ergoterapeutene vil takke alle som har bidratt til dette viktige arbeidet med nyttige innspill og kommentarer.

### **Ergoterapeutene vil ha flere ergoterapispesialister**

Det er mange grunner til at forbundet ønsker flere ergoterapispesialister. De er knyttet til de individuelle gevinstene som er omtalt over, og de er fagpolitisk motivert. Fagpolitisk motivasjon handler om ønske og behov for kunnskapsbaserte ergoterapitjenester av høy kvalitet. Det er gjennom tjenestene, tiltakene og prosjektene ergoterapeuter leverer at kvaliteten blir målt.

Kollegaer i andre helseprofe-

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

### Offentlig godkjenning av spesialister

Forbundet samarbeider med Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund, Norsk Radiografforbund og Norsk Bioingeniørforbund om en offentlig godkjenning av de forbundsinterne spesialistordningene. Intensjonen med samarbeidet har vært en likeverdighet i de ulike forbundsinterne godkjenningene, fordi gruppen ønsker å ha en samlet strategi overfor myndighetene for å få godkjenningene offentlige.

Helse- og omsorgsdepartementet gav Helsedirektoratet i oppgave å vurdere hvordan spesialistordningene skulle fungere i fremtiden. Helsedirektoratet tilrår i sin rapport at ordningen om offentlig spesialistgodkjenning utvides til å gjelde flere enn dagens offentlige spesialistgodkjenning, som gjelder leger, tannleger og optikere. Helsedirektoratet mener videre at det var behov for en helhetlig gjennomgang av samtlige aktuelle helsefaggrupper.

I Prop.1S (2013-2014) har departementet vurdert saken og konkluderer med at det samlet sett ikke ser det som nødvendig å utvide ordningen med offentlig godkjenning av spesialistordningen. Når departementet vurderer det som ikke nødvendig med en utvidelse av dagens offentlige godkjenning, argumenteres det

med at de frykter en større fragmentering av tjenestene, og at dette er i strid med det fremtidige tjenestebehovet skissert i Samhandlingsreformen. De ønsker en oppmykning av profesjonsgrensene, bedre arbeidsdeling og utvidede roller for mange typer helsepersonell. Departementet har altså falt på en helt annen konklusjon enn Helsedirektoratet i sin utredning i denne saken. Organisasjonene ble gjennom et brev fra direktoratet orientert om dette 15.10.2013. Organisasjonene vil likevel følge opp saken.

### Søknad

Søknad om å bli ergoterapispesialist skrives på eget skjema, som sendes Norsk Ergoterapeutforbund [post@ergoterapeutene.org](mailto:post@ergoterapeutene.org). Attester og annen attestert dokumentasjon skal være vedlagt. Søknadsfrist er 15. september hvert år. Søknadene blir behandlet i Norsk Ergoterapeutforbund. Kandidaten kan klage avgjørelsen inn for et ankeutvalg.

Norsk Ergoterapeutforbund ser frem til å motta flere søknader om å bli ergoterapispesialist, slik at flere medlemmer opplever faglige og økonomiske gevinster, og slik at ergoterapi blir et enda mer tydelig og kunnskapsbasert fag. Spesialistordningen er lønnsom for alle.

### Referanser

Helsedirektoratet 2012: Delutredning 1. Vurdering av offentlig spesialistgodkjenning for aktuelle helsepersonellgrupper. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

Helsedirektoratet 2012: Delutredning 2: Vurdering av autorisasjon som manuellterapeut. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)  
Kunnskapsdepartementet (2011). Nasjonalt kvalifikasjonsrammeverk for livslang læring (NKR). [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no)  
Ergoterapeutene (2011). Kompetanser i ergoterapi. Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig. [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org)

## ANDRE GODKJENNINGSDORDNINGER

Medlemsskap i Norsk Ergoterapeut gir også mulighet for andre godkjenninger:

**Ergoterapeutenes godkjenning av veiledere** som gir kvalifiserte ergoterapeuter rett til å kalle seg: Veileder godkjent av Norsk Ergoterapeutforbund.

**Ergoterapeutenes støtte til forskning og utvikling (FoU-midler)** som bidrar til ergoterapifaglig forskning og utvikling i form av et arbeidsstipend, dekning av prosjektkostnader eller reisestipend.

**Ergoterapeutenes kursgodkjenningsordning** der Ergoterapeutene arrangerer kurs som gir poeng til godkjenning som ergoterapispesialist.



INNSPEL

# Deltidsfella og likestilling

**For å leve eit fritt og uavhengig liv, må ein kunne forsørgje seg sjølv. Dette har i årevis vore ei rettesnor for likestillingskampen.**



**ANDERS  
FOLKESTAD**  
UNIOLEDER

**G**jennom lønna arbeid får ein utfordringar, høve til å bruke eigen kompetanse, eit sosialt liv utanfor heimen, økonomisk inntekt og, ikkje minst, rett til pensjon. Trass i ei rekkje gode likestillingstiltak dei seinare åra, har vi framleis ein kjønnsdelt arbeidsmarknad her til lands. Og likelønnsgapet er standhaftig.

Kvinner arbeider framleis deltid i langt større grad enn menn. Og tilsvarande, menn deltar i langt mindre grad i arbeidet på heimebane. Difor får kvinner svakare tilknytning til arbeidslivet, og deltida forsterkar skilnader i lønn. Ikkje minst er dette relevant for helsesektoren.

Det kom nyleg ei oversikt over den ufrivillige deltida. Den viser stort sett status quo. Lite har skjedd. Det er om lag like mange «undersyssette» som det har vore. Eller deltidsarbeidslause, om ein vil. Trass i at lov og regelverk blei endra i løpet av 2013, bit

deltida seg fast. Og stort sett er det kvinner som er råka.

Problemet finst i fleire næringar og etatar. Det fordeler seg på folk med ulike utdanningsnivå, også dei med høgere utdanning. Det gjeld til saman nesten 70 000 personar. Samfunnet går glipp av om lag 20 000 årsverk på denne måten, mange innan helse- og omsorgssektoren. Dette rammar også ergoterapeutar. Vi veit at fleire ønskjer større stillingar, utan å få det.

Kvifor er det slik? Sikkert mange og ulike grunnar. Det er mildt sagt underleg at så mange ikkje får arbeide meir når dei faktisk vil. For det høyrer vi tidt og ofte, at kvinner ikkje vil arbeide nok. Stadig høyrer vi anklagar om at kvinner arbeider for lite, at dei sjøve har innført både sekstimarsdagen og endå kortare arbeidstid. Ikkje minst skal det gjelde helsesektoren.

Kanskje er det mest retorikk? Kanskje er det greitt og fleksibelt for arbeidsgjevarar at ein

del kvinner arbeider deltid når alt kjem til alt? For sidan desse «undersyssette» trass alt er tilsette, om enn på deltid, må vi tru at dei er kvalifiserte. Ein kan gjerne kritisere kvinner for ikkje å arbeide full tid, men skal kritikken vere truverdig, må i alle fall desse arbeidsgjevarane utvide stillingane for dei som både kan og vil arbeide meir. Arbeidsgjevarar, men også kvinner, har eit ansvar for å bryte den vonde sirkelen.

Særleg må helsesektoren bryte sin eigen deltidskultur. Berre fire av ti nyutdanna sjukepleiarar fekk i 2012 tilbod om heil stilling. Dermed er meldinga klar: Du må bu deg på deltid. For mange ergoterapeutar går i same fella.

For ergoterapeutar fint eit ekstra problem: somme kommunar opprettar ikkje heile stillingar, men nøyer seg med ei eller fleire delstillinger. Både publikum og ergoterapeutar taper på dette. Difor: Heiltid, ikkje deltid, må bli det normale.

## Du kan få inntil kr 5,3 millioner i ulykkesforsikring

**Dersom du er singel, kan du kjøpe ulykkesforsikring med dekning inntil 5,3 millioner kroner gjennom medlemskapet i Ergoterapeutene. Har du samboer og barn, må du dele med dem, men du har fortsatt veldig gode dekninger til veldig lav pris.**

Av Roar Hagen



Roar Hagen er ansatt i Ergoterapeutenes forsikringsselskap.

Forbundets obligatoriske forsikring (med reservasjonsrett) er det inkludert en god ulykkesforsikring. Forsikringen dekker deg som er singel med kr 1,5 millioner ved 100 prosent medisinsk invaliditet.

Dersom du har familie, er de også dekket av den samme forsikringen, men summene er noe lavere.

### **OBLIGATORISK FORSIKRING**

Familieulykkesforsikringen i den obligatoriske forsikringen dekker hele familien ved ulykke som fører til varig medisinsk invaliditet. Forsikringssummen avhenger av familiens sammensetning på ulykkestidspunktet.

### **FRIVILLIG ULYKKESFORSIKRING**

Dersom du synes disse dekninge-

ne er for snau, kan du kjøpe vår frivillige ulykkesforsikring i tillegg. Er du aleneboende, dekker den hele 45 G - cirka 3,8 millioner - ved 100 prosent medisinsk invaliditet. Dette kommer i tillegg til dekningen på 1,5 millioner som er i den obligatoriske forsikringen.

Det er ingen samordning av disse forsikringene; du har dermed en dekning på hele 5,3 millioner. Har du ektefelle/samboer, er dekningen på den frivillige ulykkesforsikringen mer enn 1,9 millioner på deg, og det samme på ektefelle/samboer. Har du barn under 20 år, er hvert barn dekket med minst 20 G (kr 1,7 millioner)

### **GRADERT UTBETALING**

Du trenger ikke bli 100 prosent medisinsk invalid for å få ut-

<b>Forsikringssummene ved 100 prosent invaliditet er:</b>	
Enslig medlem	Kr 1 500 000
Medlem Ektefelle, samboer, registrert partner	Kr 750 000 Kr 750 000
Medlem Ektefelle, samboer, registrert partner Barn	Kr 450 000 Kr 450 000 Kr 900 000
Medlem Barn	Kr 750 000 Kr 900 000

betaling fra Ergoterapeutenes ulykkesforsikring. Dersom du for eksempel blir 20 prosent invalid, får du 20 prosent av den aktuelle forsikringssummen. For singel med full dekning gir det mer enn 1 million i erstatning.

Forsikringen dekker invaliditet helt ned til 1 prosent.

### EKSTRA DEKNING

Forsikringen gir også rett til erstatning ved bruddskader som skyldes en ulykke, noe som normalt ikke er dekket i en vanlig

ulykkesforsikring. Dessuten kan du få erstatning ved alvorlig brannskade, du har rett til dagpenger ved sykehusopphold utover fem dager, og du kan få støtte til nødvendig ombygging av bolig om en ulykkeskade gjør dette nødvendig.

### PRIS

Den frivillige ulykkesforsikringen koster kr 736 for hele 2014.

### PÅMELDING

Ergoterapeutenes obligatoriske

forsikring fikk du automatisk ved innmelding i forbundet (dersom du ikke reserverte deg). Den frivillige ulykkesforsikringen kan du bestille på forsikringskontoret på telefon 22 05 99 15, eller på e-post [forsikring@ergoterapeutene.org](mailto:forsikring@ergoterapeutene.org)

På forsikringskontoret kan du også diskutere ditt forsikringsbehov med uavhengige rådgivere, og få vite mer om alle medlemsforsikringene du kan kjøpe.

Les mer om de gode medlemsforsikringene på <http://www.ergoterapeutene.org/forsikring>

## UNIO-APP TIL VERNEOMBUD

*Unio har lansert en app (applikasjon) som skal være et praktisk og lett tilgjengelig verktøy for alle verneombud. «Verneombudshjelpen» kan lastes ned fra App Store og Google Play, og er gratis.*

Karl-Erik Tande Bjerkaas

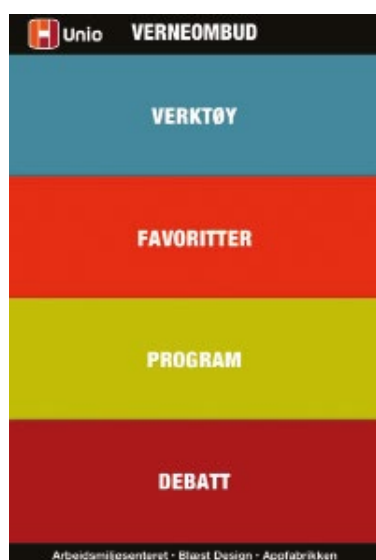
Det er lett for et verneombud å gå seg vill i jungelen av lover, regler, rollefordeling, plikter og rettigheter i arbeidet med å ivareta de ansattes interesser i arbeidsmiljø saker. Unio har derfor utviklet et egen app der det gis svar på spørsmål vedkommende måtte ha – enten det gjelder egen rolle, forhold til Arbeidstilsynet eller lover, avtaler og forskrifter. Her er også nyttige lenker til aktuelle og viktige nettsider, egne verktøykasser og idébanker.

Appen er utviklet i samarbeid med Arbeidsmiljøsenleret, og kan også være til nytte for tillitsvalgte.

Mange ergoterapeuter er verneombud på sine arbeidsplasser. Unio har i noen tilfeller spesielle kurstilbud for disse, og i noen sammenhenger sender vi også informasjon direkte

til ergoterapeutene som er verneombud. I medlemsregisteret registrerer vi hvem som er verneombud.

Ønsker du å stå registrert der, kan du sende epost til [post@ergoterapeutene.org](mailto:post@ergoterapeutene.org).



*Unio har utviklet en app for verneombud.*

## DELTA I DISKUSJONENE!

I tiden frem mot landsmøtet pågår det mange spennende diskusjoner i fylkesavdelingene. Vi oppfordrer medlemmene til å delta i disse og aktivt bidra i utforminga av fremtidens forbund. I løpet av våren skal fylkesavdelingene gi innspill til administrasjonen i forbundet, som igjen kommer med sine forslag til sentralstyret. En rekke saker vil bli behandlet som legger rammer for forbundets arbeid med samfunn og samfunnsutvikling, medlemmenes lønns- og arbeidsforhold, utvikling av faget og fagutøvelsen og drift og organisering av forbundet. Blant annet vil sentralstyret legge fram en sak for landsmøtet med forslag til en ny organisasjonsstruktur i forbundet. Saken forberedes av en arbeidsgruppe, Ergoterapeutene 2020. Du kan nå den direkte med innspill på e-post [2020@ergoterapeutene.org](mailto:2020@ergoterapeutene.org). Møt opp og sett ditt preg på forbundets arbeid! Kanskje ønsker du å stille som delegat til landsmøtet også?

## GOD MEDLEMSVEKST OGSÅ I 2013

Karl-Erik Tande Bjerkaas

**Ergoterapeutene har fått 174 nye medlemmer i 2013. Veksten blant studenter og de som ikke er yrkesaktive er størst.**

Ved årsskiftet var det totalt 3756 medlemmer i forbundet. Dette er 174 flere medlemmer enn første januar 2013. Medlemsveksten er størst blant studenter. Her økte antall medlemmer fra 420 til 548 i løpet av fjoråret. Også blant de ikke-yrkesaktive har forbundet hatt medlemsvekst.

Antallet yrkesaktive medlemmer har imidlertid gått ned for første gang på mange år. Mens det ved inngangen til 2013 var 2766 yrkesaktive medlemmer var det 2739 ved utløpet av 2013. I kommunal sektor har det imidlertid vært en økning i antall yrkesaktive medlemmer, mens antallet har gått ned i alle de andre tariffområdene.

### **Forbundet trenger ambassadører**

Forbundet håper at det økte antallet studentmedlemmer etterhvert skal gi flere yrkesaktive med-

lemmer. Her trengs det imidlertid en dugnad der mange deltar.

Den beste tiltrekningskraften på nye medlemmer er aktive medlemmer som er gode ambassadører for forbundet. Ta for deg kullbildet fra utdanninga. Er alle medlemmer?

### **Aktiverere, rekruttere og beholde medlemmer**

Forbundet har utviklet en refleksjonsmodell, «1001 nye - Hvordan aktivisere, rekruttere og beholde medlemmer», som skal sette fylkesavdelingene bedre i stand til å følge opp dette arbeidet lokalt. I 2014 skal forbundet gjennomføre to rekrutteringskampanjer, lansere nye rekrutteringspremier, etablere nettbutikk for profileringsmateriell og utarbeide ny rekrutteringsbrosjyre. Nytt og enklere innmeldingsskjema er allerede på plass.

## ERGOTERAPEUTENE TILBYR FØLGENDE KURS VÅREN 2014:

### **Kurs i oppgaveorientert trening for barn og unge.**

Kurset har fokus på oppgaveorientert trening for barn og unge med vekt på bedring av aktivitetsutføring.

### **Innovasjon i kommunehelsetjenesten - Lederkurs.**

Kurset er et tilbud til ergoterapeuter med lederansvar i kommunene.

### **Kurs i Velferdsteknologi for ergoterapeuter**

Målsettingen med kurset er å gi ergoterapeuter kompetanse om velferdsteknologi.

Se annonsebilaget side 62 og 63 for mer informasjon.

## HVA KREVER VI I ÅR?

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

*Det er fortsatt vinter, men tiden går fort mot årets lønnsoppgjør. Ergoterapeutene har involvert medlemmene i utformingen av årets krav.*

Tariffoppgjøret i 2014 er et hovedoppgjør. Det vil si at det skal forhandles om hovedtariffavtalene og overenskomstene. Ergoterapeutene fremmer sine krav til Unio i midten av mars. Ergoterapeutenes sentralstyre fatter det endelige vedtaket om hva forbundet skal prioritere i dette lønnsoppgjøret. Dette skjer etter en prosess med involvering av både medlemmer og tillitsvalgte lokalt og en konferanse med våre

tariffpolitiske utvalg. Disse utvalgene, som består av sentrale tillitsvalgte i de ulike tariffområdene, er oppnevnt av sentralstyret.

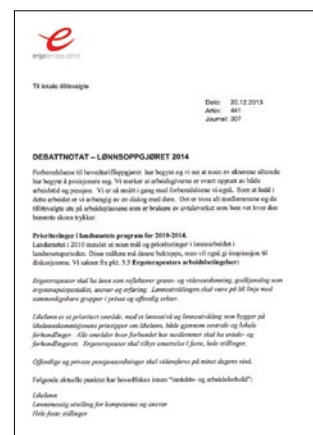
### Debattnotat

Alle tillitsvalgte mottok i januar et debattnotat som beskrev forbundets vedtatte lønnspolitikk og skisserte noen utfordringer som vi står overfor. De tillitsvalgte ble oppfordret til å involvere medlemmene og be om innspill som de kunne

bruke som grunnlag for utfyllig av et svarskjema som ble sendt inn senest første februar. Disse innspillene ble bearbeidet av forbundets tariffpolitiske utvalg før behandling i sentralstyret i midten av februar.

### Informasjon

All informasjon om tariffoppgjøret vil du finne på [www.ergoterapeutene.org/tariff2014](http://www.ergoterapeutene.org/tariff2014). Dette gjelder både generell informasjon og informasjon om det



enkelte tariffområde.

Unios hjemmeside er en annen god kilde til informasjon om tariffoppgjøret.

# Rett til betalt spisepause

**Dersom du en arbeidsdag jobber mer enn fem og en halv time har du rett på spisepause. Men har du krav på lønn i pausen?**

Av Ine Hagen



*Ine Hagen er advokatfullmektig i advokatfirmaet Storeng, Beck & Due Lund (SBDL).*

Både arbeidsmiljøloven og tariffavtaler har regler om dette, og det er det vi skal se nærmere på i det følgende.

Arbeidsmiljøloven paragraf 10-9 første ledd slår fast at arbeidstaker minst skal ha én pause dersom den daglige arbeidstiden overstiger fem og en halv time. Denne pausens lengde og plassering reguleres ikke i arbeidsmiljøloven, men skal fremgå av den enkeltes individuelle arbeidsavtale, jamfør arbeidsmiljøloven paragraf 14-6 første ledd bokstav j og k.

Hvis arbeidsdagen derimot er minst åtte timer, som den er for mange av oss, følger det av arbeidsmiljøloven at pausene til sammen minst skal utgjøre en halv time. Heller ikke her bestemmer arbeidsmiljøloven når på dagen pausen(e) skal legges, men de bør – av hensyn til arbeidstakernes behov for hvile – legges midt i arbeidsøkten.

De fleste av oss har arbeidsavtaler hvor det fremgår at vi har rett på daglige spisepauser, og dette vil sjeldent by på problemer. Spørsmålet om pausene skal være betalt eller ikke, vil derimot oftere være vanskeligere.

Arbeidsmiljøloven sier at pausen skal regnes som en del av

arbeidstiden dersom arbeidstaker «ikke fritt kan forlate arbeidsplassen under pausen» eller «der det ikke finnes tilfredsstillende pauserom». Krav på å få pausen medregnet i arbeidstiden og retten til lønn vil her normalt være sammenfallende.

Hvorvidt det finnes tilfredsstillende pauserom eller ikke er som regel nokså enkelt å avgjøre. Pauserommet må ligge i rimelig nærhet til arbeidsstedet, det må være stort nok til at det gir tilfredsstillende plass for de som skal spise, og det må være hensiktsmessig innredet.

## **ARBEIDSFRI**

Det andre alternativet – at arbeidstaker fritt må kunne forlate arbeidsstedet – er derimot mer komplisert. Kravet må ses i sammenheng med arbeidsmiljøloven paragraf 10-1 annet ledd, hvor det fremgår at «den tid arbeidstaker ikke står til disposisjon for arbeidsgiver» regnes som «arbeidsfri». Dette innebærer at dersom pausen skal kunne regnes som arbeidsfri, og dermed uten lønnsplikt for arbeidsgiver, skal arbeidstaker fritt kunne disponere denne tiden selv. Arbeidsgiver må således respektere

fritiden i pausen på lik linje med annen fritid.

### BEREDSKAPSPLIKT

Har derimot arbeidstaker en form for beredskapsplikt i pausen – som gjerne vil være tilfelle for eksempel for helse- og pleiepersonell, vil pausen ikke anses som arbeidsfri etter loven, og arbeidstaker skal kompenseres økonomisk. Hvorvidt arbeidstaker har en form for beredskapsplikt i pausen, eller på annen måte står til arbeidsgivers disposisjon må avgjøres konkret i hvert enkelt tilfelle. Utgangspunktet må tas i den enkelte arbeidstakers arbeidsoppgaver og arbeidshverdag. Dersom arbeidshverdagen forutsetter at arbeidstaker skal være tilgjengelig for arbeidsoppgaver også i pausene, skal pausen regnes som arbeidstid, med krav på lønn. Det vil ikke være avgjørende hvor ofte arbeidstaker rent faktisk blir forstyrret i pausene. Så lenge arbeidshverdagen er lagt opp til at det er faktiske muligheter for dette, vil arbeidstaker i henhold til arbeidsmiljøloven stå «til disposisjon for arbeidsgiver.»

### RETT TIL PAUSER

Som nevnt ovenfor skal individuelle arbeidsavtaler inneholde informasjon om arbeidstakers rett til pauser. Et eksempel kan være at arbeidstiden i arbeidsavtalen fastsettes til 37,5 timer per uke med tillegg av betalte spisepauser. I slike tilfeller er det klart at arbeidsgiver ikke ensidig kan endre ordningen med rett til betaling i pausene uten å gå veien om en ny arbeidsavtale eller eventuelt en saklig endringsoppsigelse hvis arbeidstaker ikke godtar endringen.

### ENDRE PAUSEORDNINGEN

Til tross for lovkravet har imidler-



tid flere arbeidstakere arbeidsavtaler som likevel ikke regulerer hvorvidt pausene skal kompenseres økonomisk eller ikke. Har arbeidsgiver i slike tilfeller rett til å endre vedkommendes pauseordning?

Her må en se hen til hvilke ordninger som har vært praktisert for vedkommende arbeidstaker. Dersom vedkommende har fått betalt for spisepausene og denne ordningen har vært praktisert over tid, må dette anses som en opparbeidet kontraktuell rettighet og slik være en del av den individuelle arbeidsavtalen. Dette kan gjelde selv om vedkommende kanskje ikke har stått til arbeidsgivers disposisjon i pausene, og dermed ikke har krav på betaling etter arbeidsmiljøloven. Arbeidsgiver må derfor også i slike tilfeller gå veien om en ny arbeidsavtale eller en endringsoppsigelse for å få ordningen endret.

Dette var tilfelle i en sak som advokat Terje G. Andersen i vårt firma SBDL nylig prosederte for Sør-Trøndelag tingrett på vegne av flere ergoterapeuter. Arbeidstakerne vant fram med kravet om at arbeidsgiver ikke var berettiget til å frata dem ordningen med betalte spisepauser. I denne saken kom retten til at arbeidstakerne hadde et lovbestemt krav etter arbeidsmiljøloven på å få pausene medregnet i arbeidstiden.

Problemstillingen kan også reise spørsmål om tolkninger av tariffavtaler. Eksempelvis vises det i Hovedtariffavtalens punkt om hvile- og spisepauser til arbeidsmiljøloven paragraf 10-9, uten at det reguleres nærmere hvordan dette skal forstås.

Dersom du, etter å ha lest dette, mener at du har krav på lønn i spisepausene dine uten at arbeidsgiver etterkommer kravet, anbefaler vi at du kontakter sekretariatet for nærmere rådgivning.

# Da ergoterapifaget var nytt i Norge

**Fireårsplanen holdt akkurat. Boka ble ferdig til fagkongressen i 2013.**

TEKST: LIV HOPEN

FOTO: KARL-ERIK TANDE BJERKAAS

I 1952 ble det første kullet med arbeidsterapeuter uteksaminert i Norge. Pionerenes pågangsmot og kreativitet var nødvendig for å skape grunnlaget for at yrkesgruppen skulle bli en viktig del av norsk helsevesen.

Ergoterapeutenes Seniorforum ønsket å lage en bok som kunne gi et levende bilde av pionertiden fram til 1975, da yrkesgruppen fikk autorisasjon samtidig som tittelen ble ergoterapeut.

## FORTELLINGER ISTEDEFOR TØRRE FAKTA

Vi valgte å legge et stort arbeid i å få tak i fortellingene som kunne gi et innblikk i hvordan det var, fortalt av dem som selv var tilstede.

Fire år brukte vi på dette arbeidet. Første utfordring var å få tak i pionerene, dernest å få dem til å skrive eller la seg intervju. For å hjelpe på hukommelsen, arrangerte vi flere fortellerdager. For de som ville skrive selv, arrangerte vi skrivdager. Telefon og mail ble brukt flittig. Alle kanaler måtte utnyttes.

Og resultatet var at cirka seksti pionerer bidro aktivt!



*Aud Raastad leser fra boken.*

## I SISTE LITEN

Tre av pionerene døde før boka ble utgitt, men etter at de med stor glede hadde gitt oss sine verdifulle bidrag.

I tillegg er fortellinger i boka hentet fra gamle fagblad som vi gjennomgikk systematisk, og fra gamle ukeblad og aviser som flere av pionerene hadde tatt vare på.

## HISTORISK VIKTIG BOK

Historiker E. H. Vifladd sier: «Boka er unik og fascinerende dokumentasjon av ergoterapiens framvekst i Norge. Fortellinger og klipp fra artikler og presseoppslag gir oss førstehånds kunnskap om hvordan ergoterapeutene ble en vesentlig og nødvendig faktor i arbeidsliv og helsevesen.»

## STUDENTENE OGSÅ INTERESSERT

Leder for Ergoterapistudentene i Norge innhentet blant annet disse kommentarene: «Det er interessant for oss studenter å lese om de som har tråkket veien for oss. Det gir oss bredere forståelse av faget og dets omfang. Interessant å lese om hvordan de kreativt jobbet seg oppover for å forme profesjonen.»





Boklanseringen foregikk i Eldorado bokhandel. Fra venstre: Liv Hopen, Annie Borg Johannessen og Aud Raastad.

## **BOKLANSERING I ELDORADO BOKHANDEL**

Kolofon forlag inviterte til boklansering i Nordens største bokhandel i november 2013.

### **«BØR LESES AV ALLE ERGOTERAPEUTER»**

Dette uttaler Toril Laberg, generalsekretær og fagsjef i Norsk Ergoterapeutforbund. «Pionerens fortellinger er fascinerende historier. Jeg ble både informert og inspirert av boka. Hverdagslivet og aktivitetene har endret seg, men ergoterapi har alltid tatt utgangspunkt i brukerens behov og ønsker.»

## **MILEPÆLSPLAN TIL HJELP FOR ANDRE?**

Seniorforums målbevisste arbeid i bokprosjektet fremgår i en Milepælsplan. Både denne og erfaringene vi har gjort oss underveis, vil vi gjerne dele med andre som ønsker å ta fatt i lignende, kanskje mindre prosjekter.

### **SENIORFORUM**

Aktiviteten i Seniorforum kan du lese om på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org) under Organisasjonen.

Boken kan bestilles hos: [www.kolofon.com](http://www.kolofon.com) eller kjøpes i bokhandel eller fra Norsk Ergoterapeutforbund.

## **PIONERENS FORTELLINGER**

I 2009 fikk styret i Seniorforummet ideen til en bok om fortellinger fra Ergoterapeutenes pionertid. Det ble satt ned en redaksjonskomité. I mars 2011 presenterte de den første av en rekke artikler i Ergoterapeuten. I 2011 gjennomførte de også skrivekurs. I 2012 arrangerte de en fortellerdag. På fagkongressen i september 2013 presenterte de boken.

# «FRA SKOLEPULTEN TIL KJØKKENBENKEN»

## KLINISK ANVENDBARHET AV ET PEDAGOGISK UTVIKLET AKTIVITETSANALYSESYSTEM

Av Ellen Gjertsen Clark, Lene Fogtmann Jespersen, Brian Ellingham og Therese Brovold



*Ellen Gjertsen Clark er ergoterapeut og enhetsleder for ergoterapeutene i Klinisk Aktivitetsavdeling ved Diakonhjemmet Sykehus.*



*Lene Fogtmann Jespersen er fagutviklingsergoterapeut/studentkoordinator ved Seksjon for klinisk service, Oslo Universitetssykehus HF.*



*Brian Ellingham er høyskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag.*



*Therese Brovold, PhD, er fag- og forskningsleder i Klinisk Aktivitetsavdeling ved Diakonhjemmet Sykehus.*

### Sammendrag

Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system (EVA) er utviklet som undervisningsmateriale ved ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus. De siste årene har enkelte ergoterapeuter og fagmiljøer prøvd ut deler av EVA-systemet som observasjons- og kartleggingsverktøy i klinisk virksomhet. Spørsmål om EVAs egnethet for klinikk ble aktualisert ettersom systemet opprinnelig var utviklet for pedagogisk formål og ikke validert for klinisk bruk. I 2011 - 2012 ble det gjennomført et samarbeidsprosjekt mellom ergoterapeututdanningen i Oslo og tre sykehus i Oslo-regionen for å vurdere deler av EVA-systemets anvendbarhet i klinisk praksis. Utvalgte skjemaer ble prøvd ut i kliniske miljøer som inkluderte somatikk, psykiatri og førstelinjetjeneste. Prosjektet viste at de utvalgte EVA-skjemaene var egnet innen utprøvde områder og med et stort mangfold av aktiviteter. De utvalgte EVA-skjemaene ble et supplement til etablerte og validerte redskaper, og kan benyttes av klinikere uavhengig av erfaring og sertifisering, samtidig som de gir god struktur og entydig begrepsbruk i dokumentasjon av aktivitetsobservasjoner. For praksisstudier har EVA-systemet vist seg meningsfullt i opplæring av metodisk bruk av aktivitet og bidratt til å skape en sammenheng mellom undervisning og praksis.

**Nøkkelord:** Kartlegging, dokumentasjon, aktivitet, observasjon, praksisundervisning

Det er ingen iinteressekonflikter knyttet til denne artikkelen.



*Ergoterapeututdanningen i Oslo er en del av Høgskolen i Oslo og Akershus.*

## Bakgrunn

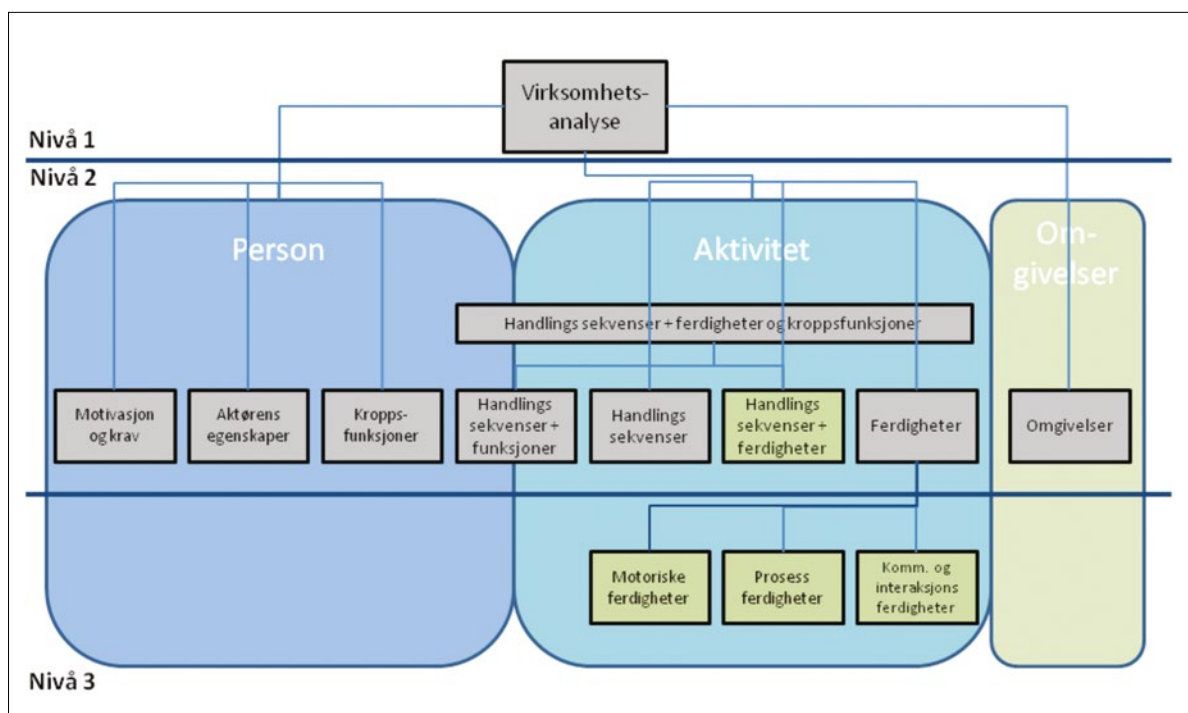
I takt med endringer i spesialisthelsetjenesten tilknyttet samhandlingsreformen har det blitt mindre rehabiliteringsfokus i spesialisthelsetjenesten (1). Det er kortere liggetid og økt poliklinisk virksomhet, og flere sykehus har ikke lenger egne rehabiliteringsenheter. Henvisninger til ergoterapeutene om kartlegging i et tidsavgrenset forløp inneholder i stor grad forespørsler om «funksjonsvurdering». Funksjonsvurderinger blir for mange opplevd som en generell betegnelse som kan inneholde flere ulike vurderinger. Det kan innebære strukturert og ustrukturert kartlegging av kroppsfunksjoner, kognisjon, ofte i form av skrivebordstester, samt aktivitetsobservasjoner (2,3). Disse henvisningene har aktualisert behovet for flere hensiktsmessige redskaper som tydeliggjør aktivitetsperspektivet (3). Samtidig må vurderingene tilpasses de logistiske utfordringene med rask og fleksibel administrasjon innenfor rammene av dagens spesialisthelsetjeneste (1,4). Ergoterapeutenes formidling av observasjoner må fokusere på kjernen i ergoterapifaget, aktivitet (5). Rapportering må utføres på en enhetlig og gjenkjennerbar måte.

Ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten opplever avstand mellom utdanningens definerte krav til

studentenes læringsmål for praksis og veiledernes kliniske hverdag (6). Studentene må gis mulighet til å praktisere metodisk bruk av aktivitet uavhengig av praksisplass (6). Veilederne i klinikk utfordres med et begrenset utvalg tilgjengelige redskaper som også studentene kan benytte. Dette kan være spesielt utfordrende for veiledere tilknyttet akutte sengeposter og poliklinikker grunnet den korte liggetiden og begrensede fysiske rammer. I fagmiljøene er det i dag et behov for felles ergoterapeutfaglig vokabular og enhetlig form i dokumentasjonen av aktivitetsobservasjoner (5).

Ergoterapeututdanningen i Oslo bruker EVA (Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system) som et pedagogisk verktøy for aktivitetsanalyse for å øke studentenes forståelse av metodisk bruk av aktivitet. Det kliniske miljøet ved akuttsykehusene i Oslo-området fattet interesse for systemet via et videreutdanningstilbud for ergoterapeuter i 2009 samt ved faglige regionale nettverksmøter (7). Etter initiativ fra dette fagmiljøet ble det dannet en prosjektgruppe med ergoterapeutene ved tre lokalsykehus i Oslo-området sammen med ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Prosjektgruppens formål var å undersøke an-



Figur 1: EVA-systemet

vendbarheten til utvalgte deler av EVA-systemet for den kliniske hverdagen, samt å etablere og utvikle en felles begrepsbruk og struktur for dokumentasjon av aktivitetsutførelse. Prosjektet ønsket også å bedre overgangen fra teori til praksis ved bruk av felles verktøy på skole og i klinikk for å kvalitetssikre metodisk bruk av aktivitet i praksisperioden. Prosjektet undersøkte deltakernes erfaring med bruk av EVA-skjema i klinisk praksis og studentveiledning.

### EVA - ERGOTERAPEUTISK VIRKSOMHETSBASERT AKTIVITETSANALYSESYSTEM

Metodisk bruk av aktivitet forutsetter at ergoterapeuten analyserer og vurderer aktiviteter og identifiserer rammefaktorer som påvirker aktivitetsutførelsen. Aktivitetsanalyse er en kjerneferdighet for ergoterapeuter og gir utgangspunkt for blant annet kartlegging av personers prestasjon, kapasitet, ferdigheter og muligheter til å utføre aktiviteter (8,9,10,11,12). Dette gir grunnlag for tilrettelegging av aktiviteter som kan fremme deltakelse (13).

Over mange år er EVA blitt utviklet for undervisning ved ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) (14). EVA brukes i ferdighetstrening, studentoppgaver, praksis og eksamen. EVA er et omfattende system og består av mange skjemaer med flere nivåer for analyse av ulike deler av systemet menneske-aktivitet-omgivelse (MAO),

som på engelsk omtales som person-environment-occupation (PEO) (15,16). Hele EVA-systemet er beskrevet mer utfyllende i prosjektets manual og på nettsidene til HiOA (14,17). Virksomhetsanalyse er en helhetlig analyse som omfatter alle deler av samspillet menneske-aktivitet-omgivelse. Figur 1 illustrerer EVA-systemets struktur, innhold og relasjoner mellom systemets skjemaer. Øverst i systemet (figur 1, nivå 1) er et forenklet skjema som brukes til å oppsummere hovedelementene av MAO-samspillet. På lavere nivåer (figur 1, nivå 2 og 3) er skjemaet brukt til dypere analyse av enkelte områder.

EVA består av skjemaer med begrepssystemer hentet fra standardiserte instrumenter, formaliserte kontrollerte ordlister, teoretiske modeller, konsensus og erfaring (14). Flere av skjemaene i EVA er basert på terminologi fra Model of Human Occupation (MOHO), Assessment of Motor and Process Skills (AMPS), Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS), American Occupational Therapy Associations (AOTA) «Uniform Terminology» samt Virksomhetsteorien (18,19,20,21,14).

EVA-skjemaene brukes i ulike kombinasjoner ut fra analysens formål. I denne artikkelen viser vi til EVA både som system i sin helhet og som et utvalg skjemaer brukt i prosjektet. Der begrepet EVA ikke er spesifisert i forhold til systemet eller på annen måte definert, henvises det videre i artikkelen til

de utvalgene og delene av systemet som prosjektet omfatter: trinnanalyse og ferdighetsanalyse av motoriske-, prosess- og kommunikasjonsferdigheter. Skjemaene kan settes sammen for å gi en helhetlig oversikt over handlinger i en aktivitet og de personlige og kontekstuelle faktorene som påvirker aktiviteten (14,17).

### EVA I PROSJEKTET

Prosjektgruppen valgte å fokusere på fire analyse-skjemaer, et fra nivå 2 (Handlingsssekvenser) og tre fra nivå 3 (Ferdigheter i underkategorier) (jæmfør figur 1). Analyseskjemaene er valgt fordi de vektlegger observasjon av aktivitetsutførelse med fokus på:

- handlingsssekvenser – analyse og beskrivelse av trinn og operasjoner i gjennomføring av aktiviteter (trinnanalyse)
- motoriske ferdigheter – analyse av observerbare bevegelser og kroppsbruk i aktiviteter
- prosessferdigheter – analyse av observerbare handlinger som strukturerer og styrer fremdrift og gjennomføring av aktiviteter
- kommunikasjons- og interaksjonsferdigheter – analyse av observerbare handlinger som fremmer samarbeid og relasjoner i gjennomføring av aktiviteter.

Disse ferdighetene viser hvordan den enkelte fungerer i en kontekstbestemt aktivitet. Dette vil kunne gi ergoterapeuten et godt grunnlag for systematisk kartlegging av pasientens funksjon i aktivitetsutførelse. Eksempler på bruken av skjemaene vil bli utfyllende presentert i et eget temanummer om kartleggingsverktøy i Ergoterapeuten, planlagt utgitt i 2014. Skjemaene og manualen med eksempler finnes også i sin helhet på <http://www.hf.hio.no/ergo/eva/downloads/eva-download-intro.htm>.

### Fremgangsmåte

Prosjektdeltakerne var ergoterapeuter tilknyttet kirurgiske, medisinske og geriatriske avdelinger ved de tre deltakende sykehusene samt avdelinger for psykisk helse ved et sykehus. I tillegg deltok studenter i praksis ved disse stedene samt deres respektive lærerkontakter. Prosjektet gikk over to åtteukers praksisperioder i andre studieår, hvor man i siste prosjektperiode også inkluderte to ergoterapeuter i førstelinjen og ergoterapeuter ved et fjerde sykehus i Osloregionen, noe som utgjorde 24 ergoterapeuter, 16 studenter og to lærerkontakter, totalt 42 personer.

Gradering	
0	1
0	1
0	1

Figur 2. Graderingsskala.

Prosjektgruppen utarbeidet en manual for å sikre forståelse for teorigrunnlaget og konsekvent fremgangsmåte i anvendelsen av de utvalgte EVA-skjemaene fra valg av aktivitet til dokumentasjon. De utvalgte skjemaene ble redigert med tanke på den kliniske anvendbarheten til aktivitetsobservasjoner av pasienter ved de aktuelle avdelingene. Manualen inneholdt:

- teorigrunnlag for EVA
- beskrivelse av bruk av de utvalgte skjemaene
- glossar (ordliste)
- forslag til mal for dokumentasjon i elektronisk journal
- samt et hjelpekort i lommeformat med ferdighetsbegrepene.

Mange kartleggingsredskaper mangler mal for dokumentasjon i elektronisk journal (EPJ), noe som har gitt ulike måter å formidle funn fra aktivitetsobservasjoner. For prosjektet var det viktig å gjøre begrepene lett tilgjengelige for å sikre kvalitet og konsekvent ordbruk, samtidig som en ønsket å få fram den ergoterapeutiske analysen og observasjonene fra kartleggingen. På bakgrunn av dette ble det utarbeidet en mal for dokumentasjon samt et hjelpekort med nøkkelord. Hjelpekortet var tenkt å kunne brukes både under observasjonen og ved dokumentasjon. Skjema for analyse av de ulike ferdighetene inkluderte en gradering etter en tilpasset skala. Skalaen besto av en todelt linje, verdien 1 på den ene enden og 0 på den andre, fra helt tilfredsstillende og selvstendig til helt uselvstendig eller helt utilfredsstillende (Figur 2). Hensikten med graderingen var å tydeliggjøre en visuell profil for identifisering av ferdigheter som hemmer eller fremmer aktivitetsutførelse (17).

### METODE FOR GJENNOMFØRING

Det ble arrangert tre halvdagsseminarer for prosjektdeltakerne i tilknytning til hver av de to praksisperiodene. Første seminardag var ved oppstart av praksis. Deltakerne ble instruert i bruken av de utvalgte EVA-skjemaene og hvordan benytte mal

for dokumentasjon i de lokale elektroniske pasientjournalene. De fikk utlevert manual og hjelpekort. Midtveis i praksisperioden var det et seminar for utveksling av erfaringer og oppklaringer av begreper. Ved endt praksisperiode fylte deltakerne ut et elektronisk spørreskjema utarbeidet på basis av prosjektets mål og problemstilling med 34 spørsmål med fempunktsskala for gradering (Enig - Litt enig - Nøytral - Litt uenig - Uenig) og kommentarfelt. Tema for spørsmålene var de utvalgte EVA-skjemaene, manualen, dokumentasjonsmalen og hjelpekortet. Det ble deretter arrangert et evalueringsseminar som innebar gruppearbeid med utdyping av kommentarer og begrunnelser fremkommet i kommentarfeltet på spørreskjemaet. Fokus for spørsmålene var anvendbarheten av EVA brukt i klinisk praksis, dokumentasjon, praksisundervisning og implementering. Gruppearbeidet ble summert skriftlig og samlet inn. Deltakernes erfaringer og refleksjoner knyttet til prosjektet i sin helhet ble også diskutert og skrevet ned av prosjektmedarbeiderne for senere tekstanalyse.

Gjennom hele praksisperioden ble de utvalgte EVA-skjemaene prøvd ut ved de deltakende sykehusene og i en bydel i Oslo. Hver deltaker skulle gjennomføre minimum tre aktivitetsobservasjoner og levere inn utfylte ferdighetsanalyseskjemaer og kopi av anonymiserte journalnotater. Studentene måtte i tillegg levere trinnanalyse til hver aktivitetsobservasjon som en del av sin faglige utvikling og forståelse for aktivitetsanalyse. Veilederne og studentene gjennomførte observasjon og analyse på minimum én pasient sammen. Klinikere som deltok i begge prosjektperiodene, hadde samme krav begge perioder.

Basert på tilbakemeldinger etter første praksisperiode høsten 2011 ble det gjort mindre justeringer i manualen for å tydeliggjøre enkelte områder og definisjoner i ordlisten før siste gjennomføringsperiode våren 2012.

## **METODE FOR EVALUERING**

Evalueringskjemaene ble anonymisert for kvantitativ analyse i SPSS versjon 17. Resultatene fra spørreskjemaene vil bli presentert i en senere artikkel og vil ikke bli videre omtalt her. For den kvalitative tekstanalysen ble HyperRESEARCH 3.0 benyttet for gjennomgåelse av kommentarer skrevet i tilknytning til de enkelte spørsmålene i spørreskjemaene samt synspunkter fra diskusjoner i de ulike evalueringsseminarene, nedskrevet av prosjektmedarbeiderne.

## **Erfaringer med bruk av EVA**

38 av de 42 deltakerne fylte ut evalueringskjema, og 36 deltok på evalueringsseminarene. I en planlagt vitenskapelig artikkel vil det samlede resultatet fra prosjektet rundt klinisk anvendelse av EVA bli presentert. Erfaringer med klinisk bruk av EVA-skjema, dokumentasjon og veiledning av studenter i praksis blir diskutert nærmere nedenfor.

### **NYTTEVERDI I KARTLEGGING AV AKTIVITETSUTFØRELSE**

Deltakerne var enige om at EVA var nyttig for observasjon av aktivitetsutførelse, og de anså det som hensiktsmessig med en felles plattform for å kunne vurdere både motoriske, prosess- og kommunikasjonsferdigheter for ulike pasientgrupper på sin arbeidsplass. Prosjektdeltakerne anså det som positivt at EVA kunne anvendes for pasienter innen psykisk og somatisk helse uavhengig av diagnose. En av deltakerne kommenterte at «EVA-systemet er veldig dynamisk og kan formes etter hver aktivitet og kontekst som presenteres». Deltakerne fremhevet nytteverdien av å ha EVA tilgjengelig som et supplement i «verktøykassen» i tillegg til andre kartleggingsmetoder, både standardiserte og ikke standardiserte.

Deltakerne fant det fordelaktig å kunne anvende et semi-strukturert analyseredskap med et utvidet valg av aktivitetssituasjoner. Det ble rapportert som spesielt positivt at observasjonene kunne gjennomføres uavhengig av omgivelser og kontekster. Flertallet av deltakerne fremhevet opplevelsen av at EVA-systemet bidro til å øke kvaliteten av deres kliniske arbeid, og at det gjorde det enklere å sette mål for videre intervensjon og behandling. De sier at grunnen til dette blant annet var: «Gir god oversikt over hva pasienten mestrer og ikke mestrer» og «Det er nyttig for å vite akkurat hvilken ferdighet det er problemer med, og hvordan pasienten utfører denne». Prosjektdeltakerne rapporterte at det å bruke et graderings-system for de enkelte ferdighetene var nyttig, men de hadde delte meninger når det gjaldt bruk av den graderte skalaen. Mange syntes det var hensiktsmessig å benytte graderingen. Noen opplevde skalaen som uklar og for åpen for subjektiv tolkning, mens andre så fleksibiliteten som en fordel. Flere deltakere trakk frem visualisering av ressursområder og hvilke ferdigheter som var problemområder som svært gunstig, da det ble lettere å oppsummere og trekke konklusjon, samt å se fokusområder for tiltak. En deltaker uttrykte: «Det kan være nyttig å se graderingen

av hvor pasienten ligger i forhold til selvstendighet og trygghet i den aktuelle ferdigheten, og på hvilket nivå pasienten er.»

Flertallet av deltakerne mente at EVA-systemet bidro til styrking av aktivitetsperspektivet i det kliniske arbeidet. Mange uttrykte behov for rammer til å beskrive den metodiske bruken av aktivitet når «de har tatt en pasient med på kjøkkenet». En terapeut uttrykte: «Det styrker aktivitetsperspektivet fordi det blir mer tydelig hva den enkelte pasient mestrer selvstendig, og hvor mye hjelp det er nødvendig å gi under aktivitet». Flere ergoterapeuter i prosjektet anga å ha hatt aktivitetsperspektivet «i seg», men har opplevd å ha blitt styrt av andres premisser og «blitt fanget av skrivebordstester».

Flertallet av deltakerne rapporterte at tidsbruken med å anvende EVA sto i forhold til utbyttet. Flere veiledere valgte å bruke EVA mellom praksisperiodene, noe som ga dem økt forståelse og erfaring med skjemaene. Dette fremkom også ved at deltakerne opplevde at det tok mindre tid å fylle ut EVA-skjemaene etter noe øving.

### **DOKUMENTASJON AV AKTIVITETSOBSERVASJONER**

Deltakerne anga at EVA var nyttig som grunnlag for dokumentasjon av aktivitetsobservasjon. EVA-malen brukt i dokumentasjon styrket deres faglige bevissthet og fagutøvelse. Flere uttrykte at aktivitetsperspektivet kom bedre og mer konsist fram ved bruk av dokumentasjonsmalen etter bruk av EVA-skjemaene. Opplevelsen av at EVA gjør det lettere å konkludere og skrive rapporter fremheves av deltakerne slik: «Dokumentasjon på ensartet måte, fokus på det vi vurderer i en aktivitetsobservasjon» og «Det er oversiktlig og holder en fast form. Derfor går det raskere å dokumentere, da man har ordene for å beskrive».

Dokumentasjonsmalen ble opplevd av deltakerne som en hjelp til konsekvent begrepsbruk i dokumentasjon, blant annet uttrykt av en deltaker slik: «Enslartet dokumentasjon hver gang, bruk av de samme begreper, alle ergoterapeuter bruker samme språk og uttrykk, som gir objektiv og presis dokumentasjon». Andre sa «Aktivitetsperspektivet kommer kanskje bedre fram gjennom dokumentasjonen, men praksisen har vært den samme».

Begrepsapparatet ble vurdert av deltakerne som relevant med kjente begreper fra ulike ergoterapiteorier, og flere rapporterte at de med dette kunne bruke et forståelig fagspråk med tydelig tilknytning til egen profesjon. En deltaker sa: «Det er nyttig

fordi vi får tilgang til en rekke begrepsapparater og termer som er hensiktsmessige for oss som observerer aktivitet, og har som arbeidsoppgave å beskrive ferdigheter og mestring i aktivitet». Enkelte deltakere anga at EVA-begrepene bidro til å gjøre det enklere å beskrive problemområder i samtale med pasientene, og ikke bare i kommunikasjon med egen faggruppe og annet helsepersonell, uttrykt slik: «Det er nyttig å få en samstemt ordbruk innenfor faggruppen som samtidig er forståelig for Ola Nordmann.»

### **STUDENTPRAKSIS**

Både studenter og veiledere oppga at EVA ga et konkret utgangspunkt i studentveiledningen. Gjennom å bruke aktivitetsanalyse i klinisk arbeid fikk studentene anledning til å øve seg i kartlegging av aktivitet med trinnanalyse, analyse av aktivitetsform, analyse av pasientens aktivitetsutførelse og påfølgende dokumentasjon av denne. Deretter gjennomførte de refleksjoner rundt egen terapeutrolle. Dette ga veilederen mulighet til å følge studentens tankeprosess og faglige utøvelse gjennom metodisk bruk av aktivitet. En veileder kommenterte: «EVA gir en god link til metodisk bruk av aktivitet, noe som gir mulighet for at studentene oppnår et av sine læringsutbytter.»

Studentene uttrykte at EVA ga dem muligheten til å bruke et kartleggingsredskap med fokus på aktivitetsutførelse. Flere av veilederne fant EVA nyttig som grunnlag for klinisk resonnering. Samtidig oppga studentene en opplevelse av økt forståelse for ergoterapi. De uttrykte en følelse av trygghet i forhold til å arbeide selvstendig i løpet av praksisperioden, siden de hadde et redskap de kjente og selv kunne administrere i sitt pasientarbeid under praksisperioden.

Seminarene tilrettela for lik undervisning til alle samt utveksling av erfaringer fra de varierte praksisene. Deltakerne opplevde det som positivt at flere fra en arbeidsplass fikk anledning til å delta på seminarene. Det ble ansett som hensiktsmessig å ha seminarer fordelt over tid for mulighet til utprøving og refleksjon mellom samlingspunktene. Deltakerne etterspurte oppfølgingsseminar og uttrykte behov for å holde fokus på bruken av de utvalgte EVA-skjemaene og det teoretiske grunnlaget over tid for å sikre implementering i praksis.

### **Diskusjon**

Kunnskapskravene til fagutøvelse øker som følge av

både utviklingen i helsevesenet og samfunnsutviklingen generelt. Ved å kombinere fagkompetanse med en bredere systemforståelse vil den enkelte fagperson kunne utnytte sin kompetanse fullt ut til det beste for brukere og pasienter (22). Historisk sett har ergoterapeutiske vurderinger bestått av mindre kvalitetssikrede redskaper, men man har nå økt fokus på bruk av validerte og standardiserte verktøy med bakgrunn i økende krav om kunnskapsbasert praksis (23,24). Samtidig kreves det et klinisk skjønn med intuitive, kreative og mindre definerte metoder som terapeutene må balansere (4). I praksis kan det være vanskelig å finne et egnet valid og reliabelt kartleggingsredskap som favner flere områder når man ofte kun har anledning til én aktivitetsobservasjon. I følge Ikiugu (2) har aktivitetsbaserte vurderinger bedre prediktiv verdi enn andre metoder som intervju og selvrappotering. Observasjon av aktivitetsutførelse er i tråd med fagets kjerne og støtter utdanningens fokus på innlæring av aktivitetsanalyse (25,26). Gjennom observasjon i aktivitet har man mulighet til å kartlegge flere funksjonsområder under ett da aktivitetsutførelse oftest stiller krav til flere ferdighetsområder som motorikk og kognisjon samtidig som en ser den gjensidige påvirkningen av de ulike funksjonene (4,27). De færreste validerte og standardiserte kartleggingsredskaper for aktivitetsvurderinger favner mer enn et eller to ferdighetsområder. Deltakerne i prosjektet fremhevet det som fordelaktig at med bruk av EVA kartlegges tre ferdighetsområder i samme aktivitetsvurdering.

Ved akuttstusykehus har ergoterapeutene fokus på kartlegging av aktivitetsutførelse som en del av den tverrfaglige utredningen. Mestring av aktivitetsutførelse og selvstendighet i ADL er viktige faktorer i forbindelse med trygg utskrivelse (28). Det er mange forhold som spiller inn på aktivitetsutførelse, slik at én vurdering ikke kan vise et fullstendig bilde av den enkeltes funksjon (4). I mange tilfeller er det derfor ønskelig å bruke en kombinasjon av redskaper for å få en helhetlig kartlegging. Dette krever bruk av flere verktøy, og må helst gjennomføres i løpet av få liggedøgn på akuttstusykehusene (29,30,31). Prosjektdeltakerne fremhevet fordelene med EVA ved at det ikke stiller avgrensede krav til aktivitetsvalg eller fysiske og temporale rammer tilknyttet aktiviteten. Dette i motsetning til enkelte standardiserte og validerte ergoterapeutiske observasjonsbaserte kartleggingsverktøy.

I en klinisk hverdag betyr ikke alltid at noe er

valid, standardisert og reliabelt det samme som at det er anvendbart (4). Klinisk anvendbarhet er av Law definert som «the overall usefulness of an assessment in a clinical situation» (32). Prosjektets bruk av EVA kan være en begynnelse på å etablere et kunnskapsbasert kartleggingsredskap for aktivitetsobservasjon som gir en systematisk tilnærming på flere ferdighetsområder samtidig som det møter kravene til anvendbarhet.

Dagens krav til journalføring gjenspeiler økende etterspørsel av kunnskapsbasert praksis der dokumentasjonen og prosedyrer knyttes til teori og metoder (4,24). I spesialisthelsetjenesten kan det være en utfordring å dokumentere observasjonsbaserte vurderinger kortfattet, strukturert og med en konsekvent form. Generelt er det mangel på retningslinjer for dokumentasjon tilknyttet ulike kartleggingsredskaper, noe som kan gi stor variasjon i formen ved formidling av funn og ergoterapeutisk arbeid (28,29). For å kunne bidra til å skape struktur, enhetlig form og konsekvente begreper i journalføring av aktivitetsvurderinger, ble utarbeiding av en dokumentasjonsmal vesentlig for prosjektet. De fremtredende kommentarene fra deltakerne under prosjektet knyttet seg i stor grad til at man fant dokumentasjonsmalen svært nyttig, og at den dekket et behov for gjenkjennbarhet i dokumentasjon av aktivitetsvurdering. Malen bidro til å skape struktur og enhetlig språk i journalføring. Erfaringer med bruk av dokumentasjonsmal i klinisk praksis tyder på at den gir muligheter for å vurdere endringer og sammenligne aktivitetsutførelse, i motsetning til ikke å anvende en fast struktur for journalføring av aktivitetsobservasjoner. Dette må imidlertid dokumenteres ytterligere, da det ikke inngikk i dette prosjektet. Prosjektdeltakerne mente at dokumentasjon etter den fastsatte EVA-malen fremmet deres faglige identitet og at ergoterapikompetanse i metodisk bruk av aktivitet kom tydeligere frem. Dette samsvarer med tidligere beskrevne behov for dokumentasjonsveileder tilknyttet kartleggingsredskaper (28,29).

I løpet av praksisperioden er et av læringsutbyttene metodisk bruk av aktivitet (33). Dette kan gi utfordringer for veileder, fordi praksisstedet anvender enten standardiserte kartleggingsverktøy med krav om sertifisering eller ustrukturerte observasjoner som vanskeliggjør teoretisk begrunnelse av aktivitetsanalysen. For å minske skillet mellom skole og praksis trenger studentene mulighet til å benytte kunnskap fra utdanningen i sin kliniske praksis og



øve seg i aktivitetsobservasjoner. Gjennom prosjektet har det kommet fram at der hvor EVA har vært benyttet i en klinisk hverdag, har dette bidratt til fokus på metodisk bruk av aktivitet i studentpraksisen. EVA viste seg å være et godt hjelpemiddel i veiledningen av studentene, da det bygger på kjente teorier og begrep fra undervisningen. Bonsaksen m.fl. skriver at utprøving i prosjekt gir erfaringer som bidrar i relasjonen mellom student og veileder, da begge parter er en del av en læringsprosess (34). Forfatterne fremhever det som positivt at temaer fra undervisningen ved utdanningen blir innlemmet i praksisperioden. Dette kan bidra til å forsterke samarbeidet mellom utdanning og praksis, noe som er i samsvar med dette prosjektets erfaringer. Samtidig fremkom det at prosjektmedarbeidernes oppfølging av de lokale deltakerne var en vesentlig faktor for å lykkes med utprøving av EVA i klinisk praksis. På denne måten var kompetanse om verktøyet tilgjengelig gjennom de lokale prosjektmedarbeiderne. De samme personene medvirket også til å skape engasjement, motivasjon og fremdrift i utprøvingen blant klinikere og studenter. Utover å avklare problemstillinger fortløpende kunne prosjektmedarbeiderne ta med seg spørsmål og innspill til prosjektgruppen. Prosjektmedarbeiderne opplevde at definerte arbeidskrav til deltakerne bidro til å sikre at EVA ble anvendt i henhold til manualen, og at deltakerne dermed fikk erfaring i anvendelsen og dokumentasjon. Gjennom samarbeidsavtalen hadde arbeidsgiverne forpliktet seg til at klinikere ble fristilt fra pasientarbeid for å kunne delta på alle seminarer, noe som var viktig for gjennomføringen av prosjektet. Det var aksept for at klinikere kunne jobbe med fagutvikling og bruke tid på å implementere mer kunnskapsbasert praksis.

Samlingene ga mulighet for å skape et kulturelt fellesskap, noe som andre prosjekter har vist betydning av (7,34). Redskapets tilgjengelighet, i dette tilfelle hjelpekort og mal for dokumentasjon, samt manualen ble også trukket frem som viktige faktorer for implementering. Noen steder har man etter endt prosjektperiode valgt å ha EVA som tema på fagmøter. Slik holdes fokus på EVA for implementering av ny praksis. Bruken og nytteverdien av nye arbeidsmetoder fordrer en grundig opplæring og lojalitet til redskapet som beskrevet i manualen (23).

## Konklusjon

Erfaringene fra prosjektet var at EVA er et anvend-

bart redskap til vurdering av aktivitetsutførelse innen ulike kliniske områder. Deltakerne rapporterte at bruk av de utvalgte EVA-skjemaene muliggjorde kunnskapsbasert praksis ved kartlegging av aktivitet. EVA ble ansett som anvendbart ved et stort mangfold aktiviteter uavhengig av pasientgruppe. Prosjektdeltakerne mente at EVA var et godt supplement til etablerte og validerte redskaper og kunne brukes av klinikere uavhengig av erfaring og sertifisering.

EVA gir grunnlag for enhetlig begrepsbruk og gjenkjennerbar, strukturert dokumentasjon samt mulighet for fokus på aktivitetsutførelse i det kliniske arbeidet. EVA bidro til tydeliggjøring av sammenhengen mellom innhold i utdanningens undervisning i aktivitetsanalyse og utøvelsen av læringsutbyttene knyttet til studentpraksis.

Prosjektet har resultert i en arbeidsmanual som nå er tilgjengelig for klinikere og studenter. Manualen inneholder blant annet eksempler på utfylling av skjemaer og dokumentasjon, basert på materiale levert av prosjektdeltakerne. Imidlertid kreves det mer forskning for å validere og kvalitetssikre EVA som kartleggingsredskap.

## TAKK TIL:

Alle deltakende studenter, veiledere og klinikere som bidro med innspill, erfaringer og positive holdninger i utprøving og EVALuering av prosjektet samt prosjektmedarbeider Liv Annerløv og prosjektets veileder Hege Bentzen. Vi takker også våre arbeidsgivere, som har gjort det mulig for oss å gjennomføre prosjektet og presentere det i ulike nasjonale og internasjonale fora.

## REFERANSER

1. Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid, Helse- og omsorgsdepartementet
2. Ikiugu, M.N. The Validity of Occupational Performance Assessments: A Validity Generalization Meta-Analysis. *Occupational Therapy In Health Care*, 2013, 27 (4): 372-391
3. Fisher, A.G., Short-DeGraff, M. Improving Functional Assessment in Occupational Therapy: Recommendations and Philosophy for Change, *The American Journal of Occupational Therapy*, 1993, 47 (3):199-201

4. Laver Fawcett, A. Principles of Assessment and Outcome Measurement for Occupational Therapists and Physiotherapists, Theory, Skills and Application. West Sussex: John Wiley & Sons, 2007
5. Fisher, A. G. Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: Same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2013, 20(3), 162-173
6. Programplan for bachelorstudiet i ergoterapi ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, 2013
7. Jespersen, L.F., Galgerud, K. & Opsahl, K. Felles arena for faglig løft – en modell for fagfordypning og etterutdanning i ergoterapi. *Ergoterapeuten*, 2010; 4:32-39
8. Thomas, H. Occupation-based activity analysis. Thorofare, NJ: Slack Inc. 2012
9. Kuhaneck, H. M., Spitzer, S. L., & Miller, E. Activity Analysis, Creativity, and Playfulness in Pediatric Occupational Therapy: Making Play Just Right. Sudbury, Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers, 2010
10. Latham, C. A. T. Occupation as Therapy: Selection, Gradation, Analysis and Adaptation. In Radomski, M. V. & Latham, C. A. T. (Eds.), *Occupational Therapy for Physical Dysfunction*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Williams, 2008: 358-381
11. Chard, G. Analysis of occupational performance. In Curtin, M., Molineux M. & Supyk-Mellson, J. (Eds.), *Occupational therapy and physical dysfunction* (6 ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone, 2010: 161-187
12. Creighton, C. The Origin and Evolution of Activity Analysis. *The American Journal of Occupational Therapy*, 1992;46 (1): 45-48
13. Crepeau, E.B. Analyzing occupation and activity: A way of thinking about occupational performance. In Crepeau, E.B., Cohn, E.S & Schell, B.A.B. (red.), *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (10. utg.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003
14. Ellingham, B. & Opsahl, K. Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system for Ergoterapi (EVA) 2006. <http://www.hf.hio.no/ergo/eva/>
15. Reed, K.L., & Sanderson, S.N. Concepts of occupational therapy. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999
16. Townsend, E.A., & Polatajko, H.J. (Eds.). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-Being, & Justice Through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE, 2007
17. Ellingham, B, Clark, E.G., Jespersen, L.F., Annerløv, L.) *Ergoterapi Virksomhetsbasert Aktivitetsanalyse-system - Manual for kartlegging og vurdering av ferdigheter i aktivitetsutførelse*; 2012. <http://www.hf.hio.no/ergo/eva/downloads/eva-download-intro.htm>
18. Kielhofner, G.A. *Model of Human Occupation, Theory and Application* (2nd ed.). Baltimore: Williams & Wilkins; 1995
19. Fisher, A.G. & Bray Jones, K. *Assessment of Motor and Process Skills. Vol. 1: Development, Standardization, and Administration Manual* (7th ed.). Fort Collins, CO: Three Star Press; 2010
20. Forsyth, K, Salamy, M, Simon, S, & Kielhofner, G. *A User's guide to the Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS)*. Version 4. Chicago: University of Illinois; 1998
21. Hopkins, H. & Smith, H. *Willard and Spackman's Occupational Therapy* (9th ed.), Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1993
22. Melding til Stortinget nr. 13 (2011-2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Kunnskapsdepartementet.
23. Engeset, A. Kvalitetssikring av praksis, *Ergoterapeuten*, 2013;1:16-17
24. Lov om helsepersonell, Kap. 2. Krav til helsepersonell §4. Faglig forsvarlighet. <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-064.html#4>
25. Smith, D.E. Assessment and evaluation: an overview. In Hopkins, H. & Smith, D.E. (Eds.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (8 ed.). Philadelphia: Lippincott, 1993: 169-191
26. Fisher, A.G. *Assessment of Motor and Process Skills. Volume 1: Development, Standardization and Administration Manual* (5 ed.). Fort Collins: Three Star Press, 2003
27. Borg, T, Runge, U, Tjørnov, J, Brandt Å, Madsen A.J. *Basisbok i ergoterapi, aktivitet og deltakelse i hverdagslivet*. 2. utgave. København: Munkgaard Danmark, 2007
28. Robertson, L, Blaga, L. Occupational Therapy assessments used in acute physical care settings. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 2013;20:127-135
29. Skøien R, Rosseland H, Vågsmyr U, Hovden, H, Kornkveen S.. *ErgUs - Vurdering av kognitiv funksjon i akuttstusykehus*. *Ergoterapeuten*, 2011;5:18-25
30. Nasjonale faglige retningslinjer. Behandling og rehabilitering ved hjerneslag. IS-1688, Helsedirektoratet 2010.
31. <http://netf.no/NETF/om-ergoterapi/verktøey-og-redskap/Undersokelser-og-vurderingsredskap> (mai 2013)
32. Law, M. Self care. In Van Deusen, J, Brunt, D. (red.), *Assessment in Occupational Therapy and Physical Therapy*. London: WB Saunders, 1997
33. Høgskolen i Oslo og Akershus. *Fagplan for bachelorstudiet i ergoterapi*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus, 2012
34. Bonsaksen, T, Myraunet, I, Celso, C, Granå, K.E, Ellingham, B. *Bedre samarbeid mellom utdanning og praksis: Erfaringer fra ACIS-prosjektet*. *Ergoterapeuten*, 2010;6:1-4



# Mødre – fjorten år etter

## DELTAKELSE I KUNST- OG UTTRYKKSTERAPIGRUPPE FOR MØDRE TIL BARN MED NEDSATT FUNKSJONSEVNE

---

Av Beate Nordnes



*Beate Nordnes er ergoterapeut og arbeider ved Sykehuset i Vestfold HF, Klinikk for psykisk helse, BUPA Nevroteam.  
E-post: beate.nordnes@siv.no*

### Abstrakt:

---

Denne artikkelen beskriver hva seks mødre til barn med nedsatt funksjonsevne sier om deltakelsen i en kunst- og uttrykksterapigruppe. Fjorten år etter deltakelsen samles de til en fokusgruppe. Hvilke tanker har de om betydningen av gruppa? Fikk deltakelsen noen innvirkning på hverdagen og kontakten med omverdenen? Det viste seg at flertallet av mødrene opplevde at deltakelsen i gruppa ga dem verdifulle erfaringer som de også nyttiggjorde seg over tid. Erfaringene var knyttet til egenutvikling og relasjoner. Felleskap med andre i samme situasjon og bevisstgjøring på hvor man henter støtte, var sentralt. Deres erfaringer er et viktig innspill når planer for habilitering står på dagsorden!

**Stikkord:** Foreldre til funksjonshemmede barn, kunst- og uttrykksterapi, fokusgruppe, evaluering.

---

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Å få et barn med nedsatt funksjonsevne kan endevende tilværelsen for en familie. Forventningene til det nye livet som skal fødes, er gjerne stort. Foreldre kan fortelle om hvordan de ble kastet inn i følelser og reaksjoner som var milevis unna det de hadde forventet: Skuffelse over tapte drømmer, sinne over at barnet ikke ble friskt, avmaktsfølelse, sorg og bitterhet over at dette rammet dem. Mange foreldre har beskrevet vekslingen mellom håp og fortvilelse, og at denne vekslingen av følelser varer ved gjennom hele oppveksten til barnet. En nedsatt funksjonsevne er ikke en tilstand som går over, det kan oppstå nye vansker, og håp knuses underveis. Tida det tar å akseptere barnets funksjonshemming, er ofte lang og krevende (Dowling, Nicoll & Thomas, 2006).

*Og to røde, lette sko  
Setter vi på maten.  
Er så slitne begge to.  
Men nå skal de stå i ro  
Hele, hele natten.  
(Inger Hagerup: «Kvelden lister seg på tå»)*

For noen barn blir ikke skoene slitte. Foreldrene venter forgjeves på at barnet skal løpe ut til lekeplassen hvinnende av latter. Noen barn ser ikke mammas ansikt eller hører ikke pappas stemme. Hverdagen brytes opp for familier som har barn ut og inn av sykehus til stadighet. Turer og reiser blir ikke like enkle å gjennomføre. Noen erfarer at familie og venner trekker seg unna, og opplever isolasjon i stedet for tilhørighet i sin nye familiesituasjon.

«Alle foreldre som får et annerledes barn, har også fått et annerledes familieliv,» sier Gjærum (1998, s 213). En ny hver-

dag har oppstått, med omfattende kontakt med hjelpeapparatet, som tidvis oppleves krevende og frustrerende. I familielivet settes parforholdet og samholdet på prøve, søsken får nye utfordringer, både på godt og vondt. Noen par vokser tettere sammen, mens andre går fra hverandre. Det er mange risikofaktorer for uhelse når familieliv, egen helse og arbeidsliv skal ivaretas i en hverdag med økte belastninger (Wendelborg & Tøssebro, 2009).

Som hjelp i tilpasningen til denne nye situasjonen har hjelpeapparatet tidvis gitt tilbud om støttegrupper eller terapeutiske grupper for foreldre. Opplevelse av tilhørighet og aksept har betydning for utvikling av selvfølelse. Solomon, Pistrang og Barker (2001) undersøkte fordelene ved støttegrupper for foreldre til funksjonshemmede barn. Basert på intervjuer i fokusgrupper fant de ut at gruppene var nyttige på tre arenaer: Den sosiopolitiske (deltakerne utviklet en følelse av kontroll og ble aktivt deltakende i beslutninger), den interpersonelle (følelse av tilhørighet i et fellesskap) og den intra-individuelle (egenutvikling). Gjennom deltakelse i støttegrupper opplevde foreldre endring fra å føle seg alene og stigmatiserte, til å kjenne seg verdsatt og anerkjent som en del av en gruppe. Deltakelsen la til rette for et mer positivt selvilde, redusert skyldfølelse og økt aksept for barnets funksjonshemming.

Foreldregrupper er ikke noen selvfølgelig del av behandlingstilbudet i dag. Det er derfor relevant å stille spørsmålet om deltakelse i slike grupper kan ha betydning for foreldre som står i krevende omsorgsroller. Vi vet noe om at stress kan redusere foreldres mestringskapasitet og at man i klinisk arbeid med foreldre

må forebygge utslitthet og helseproblemer gjennom støttetiltak (Gjærum, 1998).

Mens det finnes flere studier knyttet til hvilken rolle støttegrupper eller likemannsgrupper spiller for foreldre til funksjonshemmede barn, er det mangel på studier som ser på langtidseffekten av deltakelse i terapeutiske foreldregrupper. Denne artikkelen er basert på en langtidsoppfølging av en terapeutisk foreldregruppe. Når foreldrene har høstet mange års erfaring som foreldre til et barn med funksjonshemming, hvordan vil de da se tilbake på gruppedeltakelsen? Ivaretok gruppa et behov der og da, eller preget prosessen deltakerne også fremover i tid? Artikkelen handler om hvilke refleksjoner deltakerne gjør når de ser tilbake. Fjorten år etter avslutning av gruppa ble deltakerne invitert til en fokusgruppe med formål å undersøke hvilken betydning gruppa hadde hatt for dem.

## Metode

### BESKRIVELSE AV GRUPPA I KUNST- OG UTTRYKKSTERAPI

I forbindelse med et helgekurs som Habiliteringstjenesten i Vestfold arrangerte for foreldre til små barn med nedsatt funksjonsevne, ble det også formidlet et tilbud om å delta i en foreldregruppe. Bakgrunnen for invitasjonen var at flere foreldre hadde uttalt at de kjente seg alene i foreldrerollen og ønsket fellesskap med andre. Åtte mødre meldte seg til gruppa, og to fedre viste interesse. Begge fedrene og to mødre trakk seg av ulike grunner før oppstart.

Høsten 1997 stilte seks kvinner til første gruppemøte. I løpet av ett år ble det arrangert tolv samlinger som alle varte tre timer. Lederne for gruppa var sosionom/

kunst- og uttrykksterapeut Torill Borgersen og artikkelforfatteren, som er ergoterapeut/kunst- og uttrykksterapeut.

Mødrene var i alderen 23 - 45 år. Sivil status, utdanningsnivå og yrkesaktivitet var ulike. Fire levde i parforhold, én var alene med barnet fra starten av, og en opplevde samlivsbrudd i løpet av gruppetida. Alderen på barna var 15 måneder til elleve år. Barna hadde ulike diagnoser; fire hadde cerebral parese, en var psykisk utviklingshemmet i alvorlig grad, og én hadde uavklart diagnose.

Formålet med gruppa var å tilby et fellesskap med mulighet for å utforske egen kreativitet og bearbeide følelser i en kunst- og uttrykksterapeutisk ramme. Gjennom kreative oppgaver og felles refleksjon kunne deltakerne nærme seg problemer på nye måter.

Gruppa hadde lik ramme hver gang. Innledningsvis sa deltakerne noe om hvordan de hadde det den dagen (gruppas puls). Deretter varmet vi opp med en sekvens med avspenningsøvelser (Lowen, 1989; Sherborne, 1997). Hver samling hadde et planlagt tema som ble arbeidet med i undergrupper, parvis eller individuelt, men i samme rom. De kreative oppgavene kunne være tegning, maling, skrive, forme i leire, rollespill eller psykodrama. Resultatet ble alltid sett på i fellesskap, hvor tanker og følelser som arbeidet vekket, fikk komme fram. Deltakernes respons skulle være uten tolkning og uten bedømming. En romslig matpause, midtveis i samlingen, ga mulighet for å prate om løst og fast for deltakerne uten at vi som ledere var tilstede. Hver samling hadde en oppsummerende samtale med rom for refleksjon over dagens tema og oppgave.

## FOKUSGRUPPE

For å få svar på spørsmålene stilt innledningsvis, tok jeg initiativ til å samle kvinnene på nytt fjorten år senere. Undersøkelsen er godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste som personvernombud for forskning i Sykehuset i Vestfold. Blant ulike metoder for evaluering vurderte jeg fokusgruppe som best egnet. Fokusgruppe er en forskningsmetode hvor data produseres via gruppeinteraksjon omkring et emne som forskeren har bestemt (Morgan, 1997). Det er en form for gruppeintervju som kjennetegnes av høyere grad av interaksjon mellom intervjupersonene sammenlignet med andre gruppeintervjuer, der interaksjon snarere er mellom intervjuer og intervjupersonene. Temaer som blir valgt for intervjuet i en fokusgruppe, baserer seg på undersøkerens for-forståelse av dette (Halkier, 2002).

Til fokusgruppa utarbeidet jeg en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål. Spørsmålene ble delt inn i ulike temaer, som mestring, relasjoner, tilknytning og kreativitet. Jeg hadde med en kollega som referent. I tillegg tok jeg et lydopptak for å sikre at jeg fikk med alle verbale nyanser i svarene. Utsagnene ble kodet temamessig ut fra de forhåndsdefinerte temaene i intervjuguiden, samtidig som det også fremkom undertemaer som gruppedeltakerne brakte fram gjennom samtalen i fokusgruppa.

Presentasjonen nedenfor er organisert temamessig og er basert på en systematisering av utsagnene fra deltakerne, delvis uavhengig av når de fremkom i gruppesamtalen. Alle de seks kvinnene møtte til fokusgruppa.

## Resultater

### DELTAKELSE I GRUPPA

Flere trakk fram erfaringer som handlet om egenutvikling; om økt selvtillit og det å stole på seg selv. Videre nevnte de opplevelsen av fellesskap og tilhørighet, betydningen av å møte andre i samme situasjon og å kunne dele tanker, følelser og erfaringer:

«Jeg turde å si i fra. Jeg turde å ta opp ting»

«Det var første gang jeg pratet om barnet mitt til andre»

«Jeg kunne snakke om ting og vise sinne. Jeg lærte å si nei – nei til leger og andre i hjelpeapparatet»

«Å møte andre i samme situasjon var viktig for meg»

Flere kommenterte at gruppas betydning for dem ble klarere etter at gruppa var avsluttet, og at de kunne bruke det de lærte i ettertid. En beskrev at hun var skeptisk i starten, men at hun så betydningen etter hvert. Noen kommenterte at konkrete aktiviteter fikk mer mening i ettertid, og at de hadde tatt vare på bildematerialet fra gruppa:

«Tror ikke det betydde så mye der og da, men kunne se at man ikke er alene i verden»

«Var spent i starten, gjorde noe med meg etter hvert. Indre tanker delte man ikke med alle»

«Du brenner ut venner og familie... trenger å ha noen å si fra til»

Deltakerne i gruppa hadde, som nevnt i innledningen, ulik alder og familiesituasjon og var i ulike faser med hensyn til barna, som igjen varierte i alder og alvorlighetsgrad av funksjonshemming. En påpekte at forskjelligheten var en fordel fordi erfaringene de delte ble så varierte. Som svar på spørsmålet om hvordan det var i

deres situasjon å delta, svarte en av kvinnene spontant «Den var tøff for alle», noe som unisont ble bekreftet.

### RELASJONER OG TILKNYTNING

Relasjoner og tilknytning var et sentralt tema i gruppa den gangen. Vi arbeidet med dette fra ulike vinkler. Blant annet hadde vi en oppgave hvor de skulle tegne et sosiogram og ved hjelp av linjer, pluss og minustegn illustrere hvem som stod dem nær og hvem som var plassert lengre unna eller var fjerne; hvem som ga og hvem som tok energi.

Flere ga uttrykk for at de opplevde oppgavene og samtalene om dette temaet som nyttig og viktig. De beskrev sosiogrammet som mest betydningsfullt fordi det endret deres forståelse av relasjonene de stod i. Flere sa også at oppgaven satte i gang en prosess som ledet til en avklaring av roller og forventninger.

«Å jobbe med sosiogrammet – det gjorde noe med meg lenge etterpå. Jeg forstod hvem som jeg kunne få støtte hos og motsatt»

«Kjempenyttig. Jeg husker ennå plasseringen, hvem som stod meg nær, hvem som sugde krefter. Ble bevisst på menneskene rundt meg»

«Ja, jeg opplevde at det var kjempeviktig. Jeg husker ennå hvordan jeg plasserte dem (de fra kommunen), hvordan de sugde energi og krefter og alt. Jeg ble bevisst på menneskene rundt meg, hvem jeg egentlig syntes det var viktig å ha kontakt med»

### FORVENTNINGER TIL FAMILIE OG VENNER

Mange fortalte om skuffelser over at nærpersoner de forventet

skulle stille opp, ikke gjorde det. Flere sa at de hadde jobbet med seg selv for å akseptere at det var sånn det var. Samtidig hadde gruppeaktiviteten gjort det klare for flere hvem som ga støtte.

«Jeg husker det godt. Skrev brev til førti stykker – offentlige og private – om egen situasjon og behov. Fikk sagt ifra og gitt uttrykk for egne forventninger. Fikk ikke nødvendigvis mer hjelp, men ting ble klarere da jeg fikk sagt ifra»

«Jeg tegna de rundt meg som jeg fikk hjelp av. Dem ble det viktig for meg å ta vare på»

«Fikk et nytt syn på hvem som er rundt meg; hvem står der nærme, og hvem er ikke der i det hele tatt?»

«Kommunen var støttepersonene mine. Men det var jo ikke bare å komme inn der!»

Utsagnene vekket gjenkjenning, og deltakerne ga bifall og respons. Fravær av støtte var en erfaring som flere hadde kjent på. Det var særlig skuffede forventninger til familiens innsats som det ble tøft å stå overfor i arbeidet med sosiogrammet. En påpekte at hun oppdaget gjennom akkurat denne oppgaven at hun ikke hadde noen å lene seg til.

«Jeg fant ut at jeg ikke hadde hatt noen nære, fant ut hvem som ikke var der»

«Jeg måtte lære meg å leve med og forstå at familien min ikke var der i det hele tatt. Jeg brukte mange år på å akseptere at sånn er det»

«Jeg gjorde opp status etter den greia der. Jeg hadde folk jeg tenkte at burde kunne støtte meg... Jeg slutta å gidde å bruke energi på å informere dem så mye... Da tok jeg det heller ut på de som jeg skjønte takla det...

De som ikke takla det, sa jeg bare: Sånn er det!»

Det kom fram både skuffelse og positive reaksjoner på besteforeldres håndtering. Noe av skuffelsen dreide seg om besteforeldre som benektet tilstanden hos barnet, eller ikke stilte opp som barnevakt.

«Svigerforeldre som var positive, stilte opp... far godtok ikke funksjonshemma barn»

«Svigerfar sa hun var fysisk syk, men ikke psykisk utviklingshemma. De sa hun hadde epilepsi, men ikke PU. Det var som om det ødela statusen i familien»

«Jeg fikk til svar når jeg spurte foreldrene mine hvorfor de ikke stilte opp, at de syntes vi styrte for mye med han (barnet), og at de følte vi ikke stolte på dem»

«Han (mannen) godtok ikke at barnet var funksjonshemmet»

Opplevelsen av å få støtte av de aller nærmeste, var ulik hos kvinnene. Følelsen av å være alene i parforholdet ble nevnt av noen, mens andre nevnte den styrken partneren ga. Manglende tid til å pleie vennskap og opprettholde en omgangskrets ble nevnt som et sårt punkt av noen.

«Jeg følte at jeg hadde støtte hjemme hos min partner»

«Vi var også to. Vet ikke om jeg hadde klart det alene. Vi ble sterkere sammen»

«Har mistet venner»

«I vår alder har man etablert vennekrets, det hadde ikke vi tid til å skape»

### BEARBEIDING AV FØLELSER

Betydningen av å kunne uttrykke følelser og få muligheten til å bearbeide dem, ble trukket fram. «Vi skulle gjennom mange tøffe faser, jeg hadde behov for å tyte

ut, få ut en følelsmessig trøkk.» Samtidig beskrev flere at selv om det var mulig å uttrykke negative følelser fritt, ble ikke gruppa en klageklubb der deltakerne «psyket» hverandre ned med elendig-hetshistorier. Verdien av humor, og ikke minst galgenhumor, ble trukket fram som en viktig del av fellesskapet: «Fint at vi kunne le og ha galgenhumor også.» Én hadde derimot erfaring med å bli sliten av gruppa og de andres familieproblemer: «Jeg tok med meg de problemene hjem.»

Sorg og angst for å miste barnet, kom tidlig opp som tema i fokusgruppa, En sa at hun fikk bearbeidet vonde ting gjennom tegningene. Hun beskrev sønnen der han lå på sykehuset med store øyne, tåre på kinnet og bandasje rundt hodet. «Det blikket forfulgte meg i mange år helt til jeg fikk tegna den tegningen med blikket og tåren, da glemte jeg det.» Hun hadde gitt det vonde hun bar på et billedlig uttrykk. Først da slapp følelsene av maktesløshet, skyld og sorg taket.

En historie som vakte spesielt sterke følelser, ble trukket fram på nytt. Det var tegningen der en mor tegnet barnet sitt på fotballbanen på den ene siden av arket, og en kiste på den andre siden. Hennes barn var ganske lite og hadde ennå ikke fått noen diagnose, og usikkerheten for framtida var spesielt stor. Alle husket dette bildet, og historiene knyttet til andre bilder fulgte som perler på en snor og aktiverte både gråt og latter.

Flere brakte på bane redselen de stadig følte for å miste barnet, og at det hjalp å prate om det, også om døden. En sa: «Døden er tabu, men det kunne vi snakke om.» En annen supplerte: «Angsten for å miste kom etter hvert...

en lege sa at sønnen din kommer kanskje ikke til å bli så gammel. Det ble tøft å være mor, men nå er det bedre, han er friskere. Jeg kan kjenne på at jeg har det litt allright nå.» Her oppstod det en stillhet i gruppa og en kom med en kommentar: «Ja, det er det lov å ha.»

Bearbeiding av skyldfølelse og det å kunne gi mening til sin egen situasjon ble trukket fram som en viktig erfaring fra gruppeprosessen.

«Jeg forstod at det er ikke min skyld i hvert fall, at han ble sånn. Det lærte jeg»

«Forstod at det ikke var tilfeldig at det var jeg som fikk henne; at jeg har fått henne fordi jeg klarer det. Lærte å forstå at det. Det er ikke tilfeldig – det er en mening»

### MESTRING

Det ble stilt spørsmål om hvorvidt deltakelsen i gruppa spilte noen rolle når det gjaldt å håndtere hverdagen følelsmessig. Flere svarte at de turde å uttrykke seg mer, at de ble tryggere på seg selv og kunne vise mer følelser.

«Jeg husker at en gråt – og ikke ble flau – etter det skjønte jeg at man ikke trengte å bare sitte inne med en klump i halsen, det gikk an å gråte åpenlyst. Det var ikke så farlig – det så jeg»

«Jeg turde endelig vise sinne!»

Det kom fram at de andres følelser vakte helt ulike reaksjoner hos de enkelte. For noen ga det mot og inspirasjon å se at det var rom for alle følelser, mens for andre kunne sterke følelser som sinne eller aggresjon vekke ubehag. De fleste hadde opplevd det som hjelpsomt å dele erfaringer og måter å håndtere hverdagen på. Flere hadde erfart at de kunne veilede hverandre og dra veksler på hverandres erfaringer.

### KREATIVITET

Det ble stilt spørsmål til gruppas kunst- og uttrykkssterapeutiske tilnærming til problemene. Var denne tilnærmingen med kreative oppgaver naturlig eller fremmed for deltakerne? Hadde det noe for seg å jobbe på denne måten?

Svarene viser at deltakerne opplevde dette forskjellig. Én av dem syntes det ble lagt for liten vekt på kunstnerisk arbeid og teknikker. Hun hadde sett for seg at hun skulle lære mer om kunst og ikke gå så mye i dybden av familieproblematikk.

De andre hadde ulike meninger om de kreative teknikkene, men var samstemte om verdien av å ha noe «mellom seg» (en aktivitet) når man skal prate.

«Jeg syntes ikke drama var ok. Jeg har aldri likt det, jeg syntes ikke det var no` gøy»

«Husker at jeg tenkte HJÆLP, jeg kan jo ikke male og tegne. Men jeg kom tilbake til at det er en god situasjon å sitte og småprate mens man holder på med noe»

«Jeg har brukt det seinere med barnet mitt når vi trenger å ha oss en prat. Vi sitter og pusler eller holder på med noe når vi skal snakke om noe. Vi slipper øyekontakten; det er lettere å prate da»

Noen kom med eksempler fra de kreative oppgavene, mens andre vektla samtalen med deling og refleksjon som mest betydningsfullt i denne sammenhengen.

«Husker at vi skulle ligge og puste, være et dyr og lage en historie rundt. Det var en måte å kunne glemme litt det man stod i»

«Det var jentene rundt bordet, og det vi delte, som jeg husker best»





Livet går ut på å holde maska,  
Ikke vise at en er sliten og lei.  
Slipper en maska, tar det lang tid å komme seg.

Men samtidig godt å vise hvordan en har det.  
Livet er som musikk, det går i lyse og mørke toner  
Fra den ene dagen til den andre, ingen toner er like.

Du føler mange ganger at livet er som en labyrint.  
Du holder på med det samme dag ut og dag inn uten å bli ferdig.  
Og så begynne om igjen.

Men de fine dagene må en ta vare på.  
De er som en fjær, og blir borte i vinden,  
Før en omtrent har rukket å føle på dem.

(Mor til et barn som krever noe ekstra)

## Diskusjon

Det at alle kvinnene møtte til fokusgruppa, tolker jeg som et uttrykk for at gruppa hadde betydd noe for dem, om enn i ulik grad. De ønsket å møtes igjen, de var nysgjerrige på hvordan det hadde gått med mødrene og barna deres. Det tyder på at kvinnene hadde betydd noe for hverandre. De husket mye, og mennesker husker det som er betydningsfullt, det som gjør inntrykk på dem og det de lærer noe av. Øyeblikket da noe blir tydelig, enten det er gjennom verbal refleksjon eller et kunstnerisk arbeid, berører og setter spor. I følge Knill, Barba og Fuchs (1995) og Ødegaard (2012) kan ny innsikt komme fram gjennom å knytte assosiasjoner og språk til bildene. Ved at flere sanser tas i bruk, åpnes det opp for en videre estetisk opplevelse. I kunst- og uttrykksterapien kan bildet eller kunstuttrykket være en metafor for egen historie. De andre i gruppa kan gi tilbake hva bildet umiddelbart vekket i dem selv (en estetisk respons). Estetisk respons kan hjelpe deltakeren til å se, i stedet for å vende seg bort og ikke forholde seg til sin egen smerte (Ødegaard & DeMott, 2008).

Det ser ut til at strukturen med temaer og kreative oppgaver hadde en betydning. Fjorten år etter hadde deltakerne både klare erindringer om og sterke følelser knyttet for eksempel til sosio-grammet og bildene de laget. De kunne forholde seg til vonde følelser gjennom å uttrykke seg billedlig i stedet for å lete etter ord. Kreative teknikker kan gi følelser en form og integrere erfaringer og minner som det er vanskelig å uttrykke direkte i ord (Körlin, Nybäck & Goldberg, 2007). Det gir mulighet til å nærme seg vonde og fastlåste situasjoner med et nytt blikk.

Deltakerne beskrev sorg, skuffelse, skyldfølelse og sinneløse følelser som det ikke alltid er så stuerent å vise i vår kultur, og særlig ikke i forbindelse med det å være (nybakt) mor. De satte ord på angsten for at barnet kunne dø, og hvordan dette påvirket tilknytningen til barnet. Det å våge å kjenne på at livet ble annerledes enn forventet, og at drømmene man hadde for barnet ikke innfris, er en stor utfordring (Hunstad & Mikkelsen, 2008; Lagerheim, 1991). Utsagn fra gruppedeltakerne tydet på at det hjalp å dele

disse tankene med de andre. De møtte forståelse, og det hjalp dem å akseptere egne følelser. I en terapeutisk gruppe hvor man får oppleve gjenkjenning og forståelse, oppstår et psykologisk fellesskap hvor bearbeiding og endring er mulig (Knill, 1993; Yalom, 1975). Her skiller en terapeutisk gruppe seg fra en likemannsgruppe ved at lederne bidrar til å lage rom for en slik bearbeiding.

Oppgavene knyttet til temaene støtte, relasjoner og tilknytning var relevante for deltakerne. Særlig opplevde deltakerne sosiogramoppgaven som vesentlig for å få avklart roller med hensyn til støttepersoner. Ofte er det andre enn dem man forventer skal gi støtte, som faktisk gjør det. Betydningen av å erkjenne situasjonen slik den er, er viktig når hverdagens utfordringer skal håndteres. Det blir lettere å finne hjelp når man vet hvem man kan henvende seg til.

Verdien av venner og nettverk som helsefremmende faktor, er beskrevet av Haugen, Hedlund og Wendelborg (2012). Deltakerne i gruppa beskrev mangel på tid til venner og mulighet til å pleie en omgangskrets som et problem.

De beskrev også skuffelse over mangel på involvering og støtte fra besteforeldre. Støtte fra partner ble beskrevet ulikt, enten som svært viktig, eller som svært mangelfull.

Deltakerne formidlet at de gjennom gruppa opplevde å bli sterkere; de turde å komme fram med sine egne meninger i møte med fagpersoner. De sa også at de i større grad lærte å kjenne sine egne grenser og stole på seg selv – og at dette fikk betydning i møte med hjelpeapparatet hvor mange valg og beslutninger på barnets og familiens vegne, skulle tas.

Deltakerne opplevde det å ta i mot hverandres problemer forskjellig. Ved å lytte til de andres fortellinger om relasjonelle vanskeligheter opplevde noen at det hjalp å vite at de ikke var alene om å ha et krevende liv. Men fortellingene kunne også legge stein til byrden. Personlige forskjeller, grad av stress i livssituasjon og alvorlighetsgraden av barnas diagnoser kan ha virket inn på hvordan historiene ble mottatt.

### **ANDRE STUDIER – FINNER VI DET SAMME I VÅR GRUPPE?**

Ulik erfaring og ulik grad av beskyttende helsefaktorer vil påvirke familiers opplevelse av selvfølelse og kontroll. Deltakerne opplyste at de som følge av gruppa ble tydeligere i møtet med omverdenen. Denne erfaringen støttes av Solomon m. fl. (2001), som – som nevnt innledningsvis – trekker fram gruppedeltakernes opplevelse av økt egenkontroll og delaktighet i avgjørelser knyttet til barnets helse. Det ser dermed ut til at deltakelse i støttegrupper eller likemannsgrupper gir samme gevinst på dette området.

Opplevelse av tilhørighet i et

felleskap ved at noen som er i samme situasjon gir anerkjennelse eller råd basert på personlig erfaring, trekkes også fram som verdifullt. Beskrivelsene fra foreldre i boka «A Different Kind of Perfect» (Dowling et al, 2006) viser at flere kjente seg sterkere gjennom fellesskapet med andre i samme situasjon. En mor skriver: «Veldig ofte har man følelser som man er skamfull over å innrømme til andre. I gruppa kunne man innrømme følelser uten å være redd for fordømming» (Kunkel, 2006, s 24). I vår gruppe bekrefter flere av kvinnene denne erfaringen.

Kalek (2009) fant i sin undersøkelse at det var en sammensatt og tverrfaglig tilnærming som var mest virksom for de familiene som fulgte et tidlig intervensjonsprogram. Alle komponenter i programmet ble ansett som viktige: rådgiving, støttegrupper for foreldre, ergoterapi og ulike behandlingsgrupper for barna. Både en familiesentrert tilnærming og en relasjonsbasert tilnærming hadde effekt, og kvaliteten i kontakten med terapeuten spilte større rolle enn varigheten i tid.

Haugen og medforfattere (2012) fant i sin spørreundersøkelse at foreldre til barn med funksjonsnedsettelse mener følgende faktorer vil gjøre hverdagen lettere for dem: Fleksibel avlastning, et forenklet byråkrati og muligheter til avkobling. I det siste punktet inkluderte foreldrene faktisk muligheten til arbeid utenfor hjemmet. Å treffe andre i samme situasjon var en helsefremmende faktor i tillegg til det enkelte familiemedlems evne til å overvinne stress og belastninger.

### **Refleksjoner**

Da kvinnene møttes til fokusgruppa, var det en åpen tone

fra starten av. Tryggheten dem i mellom var på plass, noe som var bemerkelsesverdig etter så lang tid. Noe av det som kjennetegnet gruppa den gangen, var åpenhet og mye humor. Etter hvert ble de også trygge på å dele alle slags følelser. Slik ble det også i fokusgruppa. Både latter og gråt fikk sin plass da som nå.

Valget av fokusgruppe skapte en tydelig ramme for samtalen. Det finnes svakheter ved fokusgruppe: Man risikerer at individuelle meninger kan gå tapt på grunn av polarisering eller konformitet (at medlemmene tar parti, ikke tør å komme fram med sine meninger hvis det føles upassende eller mot det resten av gruppa sier). Negative ytringer kan også gå tapt hvis det ikke blir en trygg nok atmosfære i gruppa. I utgangspunktet var det derfor problematisk at jeg som ledet gruppa for fjorten år siden, også var den som nå ledet fokusgruppa. Her kunne jeg risikere at deltakerne holdt tilbake ytringer. Imidlertid opplevde jeg heller det motsatte: Det ble rom for kritiske tanker og jeg fikk en følelse av at de var ærlige både overfor hverandre og meg. De ble tydelig oppfordret til å være sannferdige og at all informasjon om deltakelsen var like viktig. Jeg hadde mulighet til å innlede temaene med eksempler der det trengtes, og ivareta overgangene. Fokusgruppa tjente formålet, og det var et godt valg for å strukturere intervjuet og samtidig gi rom for assosiasjoner slik at samtalen kunne gå fritt mellom deltakerne. Intervjuguiden ga en tidsramme slik at jeg kunne få svar på det jeg lurte på.

Arbeidsliv og karriere dukket ikke opp som tema i fokusgruppa, noe som er overraskende ut fra rapportene til Haugen et al.

(2012) og Wendelborg & Tøssebro (2009), der jobbtilknytning er et sentralt tema. Deres undersøkelser viser at foreldre strever med å kombinere omsorgsoppgaver og yrkesdeltaking, og at reduksjon av yrkesdeltaking systematisk rammer mødre mer enn fedre. Da kvinnene deltok i gruppa for fjorten år siden, var tilbudene dårligere utbygd og yrkesdeltakelsen trolig lavere enn for tilsvarende gruppe i dag. Det kan være at forventningene og problematisering av yrkesdeltakelse ville vært annerledes nå.

Foreldrenes egen helse er av stor betydning for deres omsorgskapasitet - det finnes ingen snarvei eller enkle svar på hvor de skal finne overskudd til å mestre hverdagen. De skal stå i en omsorgsrolle som varer mye lengre enn for foreldre flest, og barna er helt avhengige av dem. Erfaringen fra deltakerne viser at selv om de ikke nødvendigvis fant overskudd gjennom å delta i gruppa, opplevde flere en vekst i egen utvikling: De ble mer selvhevdende i møte med hjelpeapparatet og mer bevisste på hvilke relasjoner de hadde å støtte seg til (jfr. Salomon et al., 2001 nevnt innledningsvis).

I dag er planer for habilitering i stor grad rettet mot barnas utvikling og behov. Foreldrenes behov for emosjonell og sosial støtte, er mindre vektlagt. Å ha en gruppe som varer gjennom ulike faser av barnas utvikling, ble nevnt som et ideelt ønske av flere av mødrene i vår gruppe, sammen med blant annet tilstrekkelig avlastning, veiledning og kurs. Deres stemme er viktigst når nye planer for habilitering står på dagsorden, for det er de som vet hvor skoen trykker!

## Konklusjon

Gruppa hadde betydning for deltakernes egenutvikling. Flere beskrev at de turde å uttrykke følelser knyttet til det å ha et funksjonshemmet barn i større grad enn før. De ble mer åpne på situasjonen og mer selvhevdende i møte med hjelpeapparatet. Dette fikk betydning for deres mestring i hverdagen. Oppgavene knyttet til temaet relasjoner ga dem økt bevissthet på egen rolle og tilknytning til nære personer. Flere påpekte at de lærte å justere forventningene til andre. Fellesskapet med mennesker i samme situasjon ble trukket fram som betydningsfullt. Lignende funn finner man hos forfattere som har undersøkt effekt av likemannsgrupper eller støttegrupper.

De kreative oppgavene som ble brukt i gruppa, var med på å belyse temaene og gjøre endring mulig. Flere brakte erfaringen med disse oppgavene videre til sin hverdag, for eksempel i kommunikasjon med barna.

Til slutt: Varm takk til gruppedeltakerne som delte sine tanker og erfaringer!

## Litteratur

- Dowling, C., Nicoll, N. & Thomas, B. (Eds.), (2006). *A different kind of perfect. Writings by parents on raising a child with special needs*. Boston: Trumpeter.
- Gjærum, B. (1998). Er barnet mitt annerledes? Mestring som mulighet ved utredning av barn og familie. I B. Gjærum, B. Grøholt & H. Sommerschild, *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre* (s. 201-220). Oslo: Tano Aschehoug.
- Halkier, B. (2002). *Fokusgrupper*. Frederiksberg C: Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag.
- Haugen, G.M., Hedlund, M. & Wendelborg, C. (2012). *Det går ikke an å bruke seg sjøl både på retta og vranga*. Rapport. Mangfold og inkludering, NTNU Samfunnsforskning AS.
- Hunstad, B. & Mikkelsen, T. (2008). *Schmack – et kulturprosjekt*. Larvik: Prininfo Unique.
- Kalek, D. (2009). The effectiveness of a family-centered early intervention program for parents of children with developmental delays ages 0 through 3. Dissertation. Pepperdine University.
- Knill, P.J., Barba, H.N. & Fuchs, M.N. (1995). *Minstrels of Soul. Intermodal Expressive Therapy*. Toronto: Palmerston Press.
- Kunkel, C. (2006). Group. I C. Dowling, N. Nicoll. & B. Thomas (Eds.), *A different kind of perfect. Writings by parents on raising a child with special needs* (s. 24-29). Boston: Trumpeter.
- Körlin, D., Nybäck, H. & Goldberg, F. (2000). Creative art groups in psychiatric care: Development and evaluation of a therapeutic alternative. *Nordic Journal of Psychiatry*, 54, 333-340.
- Lagerheim, B. (1991). *Et annerledes liv*. Oslo: Grøndahl
- Lowen, A. (1989). *Bioenergetiske kroppsøvelser*. København: Borgen forlag.
- Lowen, A. (1995). *Den guddommelige krop*. København: Borgen forlag.
- Sherborne, V. (1997). Utvikling gjennom bevegelse. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Morgan, D.L. (1997). *Focus groups as qualitative research*. London: Sage
- Solomon, M., Pistrang, N. & Barker, C. (2001). The benefits of mutual support groups for parents of children with disabilities. *American Journal of Community Psychology*, 29(1), 113-132.
- Yalom, I.D. (1975). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Wendelborg, C. & Tøssebro, J. (2009). *Helsestatus til foreldre til barn med ned-satt funksjonsevne*. Helseundersøkelse i Nord-Trøndelag (HUNT 2)
- Ødegaard, A.J. (2012). Gruppeorientert kunst- og uttrykksterapi. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1, 22-32.
- Ødegaard, A.J. & M.A.M. DeMott, M.A.M. (2008). *Estetisk veiledning*. Dialog gjennom kunstuttrykk. Oslo: Universitetsforlaget.

# Professional thinking in Individual Plan processes

Av Grete Alve, Åshild Slettebø, Vigdis Helen Madsen, Elisabet Hellem, Kari Anette Bruusgaard og Birgitta Langhammer

**Grete Alve**, *Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Health Sciences*

**Åshild Slettebø**, *Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Health Sciences, University of Agder, Faculty of Health and Sport Sciences and Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Nursing Science*

**Vigdis Helen Madsen**, *Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Social Sciences*

**Elisabet Hellem**, *Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Health Sciences*

**Kari Anette Bruusgaard**, *Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Health Sciences*

**Birgitta Langhammer**, *Oslo and Akershus University College of Applied Sciences, Faculty of Health Sciences*

*This article was received 13.02.13  
It was accepted for publishing 12.11.13*

## PROFESSIONAL THINKING IN INDIVIDUAL PLAN PROCESSES

### Abstract

This article explores the kind of critical and reflective thinking that influences the social and health care professionals in the Individual Plan process. An inter-professional group of six healthcare and social researchers collected the data, which consisted of in-depth interviews with 12 service providers who were the clients' coordinators and one day centre leader. By focusing on reflective thinking in a critical perspective, it is concluded that coordinators are guided by different philosophical and theoretical perspectives in this process; a mixture of reasoning strategies, caring as a relational concept and a mixture of philosophical frameworks. To improve critical thinking in Individual Plan processes, coordinators need to be conscious about their way of thinking in action.

There are no Conflicts of Interest regarding this article.

## Introduction

The aim of this article is to understand the complexity of how coordinators think and reflect in Individual Plan processes. In Norway, any person who is in need of long term and coordinated health care and/or social services has the right to an Individual Plan. This right is established in the new Health Care Act, Chapter 7, §§ 7-1 to 7-3 (Health Department, 2011). In this act, the Norwegian Health Directorate ensures the client's right to have an Individual Plan drawn up to enhance the client's participation throughout the rehabilitation process. This right to participate makes the Individual Plan an instrument that facilitates collaboration between the client, public services, and different coordinators. To meet the client's right to collaborate in the process, the coordinator has to accept each client as a unique individual and develop a role performance that takes into account the individual's desired level of participation (Alve, et al., 2012)

A strengthening of the interaction between those who are involved in Individual Plan processes will ensure the client's right to participate throughout the rehabilitation process. For this reason, it is important for coordinators to be critical about how they think and reflect in this process.

A literature research on Individual Plans reveals that there is little international research and also sparse Norwegian research on the topic. However there are some previous research. We have found only one international study and this is on Individual Plan to persons with cognitive disabilities (Adams, Beadle-Brown, & Mansell, 2006). However, they found that the presence and qu-

ality of an Individual Plan did not improve outcomes for the clients. Recent research reveals that in order to develop the Individual Plan process as an instrument that facilitates a rehabilitation process that gives the clients right to participate as specified by the Norwegian government, coordinators have to be conscious about how they create an Individual Plan together with the clients (Alve, et al., 2012; Slettebø et al., 2011). In a Norwegian study Michaelsen et al (2007) found that the coordinators of individual plans experienced conflicting roles as being both a coordinator and a mental health nurse for the client, and that client participation was a challenge. This is in line with the findings of Langhammar et al (2013) who also found that the coordinator role created challenges for the service providers. Sægrov (2012) found that the responsibility for writing an Individual Plan is pulverized and not integrated in cancer nurses' daily work. She found that training of service providers and anchoring clients right to Individual Plans in the management seemed necessary. Regarding client participation Michaelsen et al (2007) found that to educate the clients in data handling and support them during the plan process seemed to improve their participation and involvement.

The main problem to be discussed in this article is how coordinators in health- and social services are thinking and reflecting in Individual Plan processes.

## Theoretical framework

The discussion of the coordinators' thinking and reflection is based on critical thinking (Hughes, 2008) and on Schön's

theories of reflection in action (Schön, 1983). Facione (1990) defined critical thinking as a purposeful, self-regulatory judgment that uses cognitive tools, such as interpretation, analysis, evaluation, inference, and contextual considerations on which to base judgment. With regard to Individual Plan processes, this means that coordinators have to reflect on what kind of critical reasoning would best guide their judgment and actions. Schön (1983) made a significant contribution to our understanding of the theory and practice of learning. His innovative thinking around the notion «reflection-in-action» has become part of the language of how to be conscious about ways of acting in practice. Schön's thinking is based on John Dewey's theory of inquiry (Dewey, 1938). Because of his process-oriented and sociological opinion of the world and of knowledge, his theory is considered as a pragmatic view on knowledge and experience. Cutchin and Dickie (2012) argue that the pragmatic attitude derived from Dewey is one made up of key metaphors that are helpful in addressing questions. Pragmatism, in this sense, is related to how coordinators are thinking and reflecting concerning the Individual Plan process that works for each client in his everyday life.

Mattingly and Fleming (1994) studied how occupational therapists are giving language to their practice and call this process «clinical reasoning». Clinical reasoning, is from their perspective, a way of perceiving based on Dewey's thinking (1938).

In the Individual Plan process, the coordinator's way of acting occurs within social relationships or situations involving the client,

his family, the community, and a team of health care providers. The coordinator's development of skilful critical reflection depends upon being taught what to pay attention to. The powers of noticing or perceptual grasp depend upon noticing what is salient and upon the capacity to respond to the situation.

### **PROFESSIONAL THINKING**

Several different professions, such as social work, occupational therapy, physiotherapy, medicine, nursing, and psychology form part of the Individual Plan processes.

There are a number of definitions of what characterizes a profession. Molander and Grimen (2010) describe two aspects: the organisational aspect and the performative aspect. The organisational view of profession emphasises factors such as the fact that professionals have a monopoly on their services, are autonomous, and are accepted politically. The performative view of professions emphasises that the professions are providing services to clients and are striving to solve the clients' health care and social problems. The services provided by a professional are aimed at changing the situation for the client from disability to ability. Professionals have to use evidence-based knowledge in addition to judgment, but their practice is often characterized by uncertainty (Molander & Terum, 2008).

As argued by Molander and Grimen (2010), professionals have to make their decisions on the basis of discretionary judgments, meaning that they have to be aware of how they behave in therapeutic relationships. They argue that it is important to rea-

lize that individuals who reason thoroughly and conscientiously can nevertheless arrive at different conclusions about a case.

### **Methods and design**

This study was part of a larger study of what may cause tensions in working with Individual Plan processes (Alve, et al., 2012; Slettebø et al., 2011). This article is based on in-depth interviews focusing on how the coordinators think and reflect in Individual Plan processes. The first phase covered questions on the collaboration between coordinators, relatives and clients. The reason for this was to direct the informants attention to the interaction between the actors in the Individual Plan process. The next phase focused on the informants experiences related to client participation and involvement.

To obtain insight into the breadth and diversity of the coordinator's thinking, an inter-professional group of six health care and social researchers collected the data, which consist of in-depth interviews with 12 coordinators and one day centre leader who covered the role of a coordinator at the institution. The interviewers covered professions like occupational therapy, physiotherapy, nursing and social work. They had different experiences and theoretical framework from research as well as clinical praxis. The interviews were performed at the coordinators' work place, i.e., in health care or social institutions. They lasted approximately 1.5 hours and were tape-recorded.

### **PARTICIPANTS AND PROCEDURES**

13 service providers were interviewed. The clients of the services

were asked to decide which of their service providers were to be interviewed. All except one, who was a day centre leader, were the client's coordinator in the Individual Plan process. However, the day centre leader covered the role of a coordinator at her institution. Their clients ranged in ages from 20 to 72 years, and all of them were in need of long term health- and social services. To explore the complexity of the critical and reflective thinking that guided the coordinators' work in Individual Plan processes, the informants were selected from different settings and institutions. Furthermore, their clients had a variety of problems requiring an Individual Plan, such as stroke, Parkinson's disease, cerebral palsy, tetraplegia, encephalitis, burn-out syndrome, bipolar condition, anxiety, and a rare syndrome including progressive eye disease. The clients dealt with their life situation in different ways, and for some of the clients, the adjustment process was gradual and prolonged. As a consequence of their different resources and problems, the rehabilitation program varied for each of the clients. In order to obtain insight into the breadth and diversity of the coordinators' way of thinking in Individual Plan processes, we interviewed coordinators from different settings and institutions: community health services, hospitals, and the social welfare system.

### **DATA ANALYSIS**

The analyses were conducted within a focused ethnography (Morse, 1992) because the emphasis was placed on understanding the coordinator's way of thinking in action, and to explore the kind of discursive thinking that guides

their practice in Individual Plan processes in Norway. In accordance with an ethnographical perspective the analyses was performed using a discourse analytical process (Berger & Luckmann, 1966; Burman & Parker, 1993; Burr, 1998; Campbell & Oblinger, 2007 ; Parker, 1998; Shotter, 1993) in order to gain insight into the complexity of the coordinators' reflections in Individual Plan processes. The transcripts of in-depth interviews formed the text that was analysed. In the first step of the analysis, the text was read through to grasp its meaning as a whole. Next, the text was read more thoroughly to gain insight into how the coordinators described their role performance in the process. Furthermore, we highlighted and reflected on what kind of thinking seemed to guide the coordinators in the process. Each of the six researchers reflected on different theories that seemed to be hidden in the text from the interviews. After that, all the researchers discussed what kind of theoretical reflections were discovered in the text. The discourse analytical process allowed the researchers to move beyond the intentions underlying the delivery of the health care and social services, and to reflect on theories that seemed to guide the way the coordinators acted in Individual Plan processes.

### **ETHICAL APPROVAL**

The Norwegian Social Science Data Service and the Regional Committee for Medical and Health Research Ethics approved the study. The recruitment process included an approval of the health care or social institution. Each subject determined the level of information that he/

she wanted to share with us.

### **Results**

The analysis of the coordinators' role performance in Individual Plan processes was categorized in three main themes. :

- Dealing with the clients' disability in their everyday life.
- Acting in a caring way.
- Individual Plan as a framework for action.

#### **DEALING WITH THE CLIENT'S DISABILITY IN EVERYDAY LIFE.**

Sometimes the coordinators seemed to be focusing on the clients' disability, such as when one of the coordinator said: «Well, he suffers from Parkinson and stroke .... so he is rather reduced. Mostly the treatment is related to his disability caused by stroke». At the same time, the coordinator was concerned about his life situation, such as his family relations and said: «When one spouse is disabled, it is obvious that the relationship between them will be influenced. They have been married for years and he used to be a man with a lot of resources, a great job and so on....» The coordinators seem to be concerned about how the clients were dealing with their disability in their everyday life.

Another coordinator for a young man with cerebral palsy, said: «He has an assistant who helps him with daily activities and with getting back to work. One of his resources is that he has a regular job position and he has a chance to come back in one way or another.» At the same time as the coordinator was focusing on the client's everyday life such as getting back to work and possibilities to an active life, she was concerned about the young man's psychological problems

and other problems related to his diagnosis as well as focusing on his resources.

Our data show that the coordinators were focusing on the clients' problems related to their diagnoses, but at the same time they showed that they tried to understand each client's resources and life situation. One of them emphasized this challenge with reference to a client with a bipolar condition: «She has a diagnosis which means that she feels fine in some periods and then she focuses on her possibilities .... But when she is down, she can only see her limitations.» Another coordinator working with a client who was looking for a job said: «He has the resources to manage to get a job. There is little to remark on his social functions,... I mean, he was able to contact the Association for the Blind. He goes to meetings there and he is very concerned with what is going on in the world and so on...» This coordinator seems to be more concerned with the client's resources than his problems with his blindness.

#### **ACTING IN A CARING WAY**

Our data show that consciousness about how to act in a caring way may be a challenge for the coordinators. One of them felt that her client demanded too much attention, and stated: «It is not our job to look after her, she has to.... when she says that the coordinator looks after me – when something does not work for her – she means that we have to be there at once....» Another coordinator felt that one of her clients was ashamed to ask for help and said: «This is a problem, because she used to be a person with a lot of resources. Actually, she is

ashamed to ask for help – to be in the position of needing help from another person has been a great challenge for this client.» To be caring seems, in this context, to strike a balance between stimulating the clients towards being responsible for their own life and giving them just enough support to get started.

Caring is seeing oneself as being equal, as one coordinator said: «I want to give her an experience of being an equal person.» Furthermore, she stated: «I think caring in this context means not taking over the responsibility for the client, but to help her to cope.» Our informants seem to feel that the relations with the clients are important in Individual Plan processes, but this may be a problem because they often have too little time for each client. As one of the coordinators said: «There is so much to do and the client wants all kinds of services from us all the time. I can see that my colleagues are drowning in feelings for their clients, and it ends in chaos.» According to this coordinator, the Individual Plan process demands a lot of time, and it is difficult to find time to listen to the client and deal with him in a caring way. She expressed this dilemma in the following way: «You have to meet with their vulnerable situation and at the same time you have to deal with the formalities related to Individual Plans; the clients are in need of both; it does not work!» Most of the coordinators say that their role is a challenge, as one of them said: «In sum, from the perspective of the client, I feel that I am forced to stay on the client's side in the middle of a network of coordinators.» Furthermore she said: «Still, I think that our most

important task is to represent stability for the clients in their lives, as well as predictability and confidence.»

On one hand, they have the role of being practical organisers; arranging meetings, being in contact with the Social Insurance Office, and so on. At the same time, they have to relate to the clients in a caring way.

### **INDIVIDUAL PLAN AS A FRAMEWORK FOR ACTION**

The coordinators reported that they were aware of the legislation and statutory framework for working with an Individual Plan in practice. Nevertheless, it sometimes was a dilemma to follow the ideal of the legislations. When asked if their everyday practice had been different after working with an Individual Plan process, one of the coordinators replied: «I think it is good for the clients that the Individual Plan has been implemented in our practice – this will enhance the client's participation.» Most of the coordinators stressed this idea in their way of working with the Individual Plans. As one of them said: «I am the secretary – and ask the client what he wants, what are his goals and so on, and I write them down.»

The importance of what to focus on in the rehabilitation process was important for some of the coordinators in organising the Individual Plan process. One of the coordinators said: «We have written down a lot of things; daily activities and his physical function is one thing, another thing is his house, which has been an important project for him.»

Sometimes efficiency was a challenge for the coordinators due to too many services involved, as expressed by one of

them: «It is impossible to make a network between the services – with one of my clients we have to cooperate with Child Welfare and a lot of other services.» Another challenge that made it problematic to reach the goal of efficiency was related to the coordinators' understanding of the aim of the Individual Plans. One of them claimed: «The Individual Plan is meant to be a tool for the clients' network of service providers, but this opinion is not shared by everyone in the health care and social services in the community.»

Some of our coordinators felt that a problem related to their role in Individual Plan processes was linked to the demand for efficiency, and this often contradicted the client's life situation. One coordinator told us that she had to help her client with her financial planning which took more time than was allocated.

The number of Individual Plans each health care and social service organization was working with, was an important topic, and one of our informants said: «We have to give a report on how many Individual Plans we are working on twice a year.» Furthermore, she said that living with these quantitative goals was a matter of good leadership: «We have a leader who gives us support when we do not produce enough plans. She is very calm about this and says: «Ok, we have enough plans, those we have are purposeful.» It seems like the leader of this service was concerned about the quality of each plan rather than the quantity of plans.

It seemed as if most of the coordinators interviewed in this study were continually modifying their way of thinking with respect to the organizations in practice.



For some of the subjects, Individual Plan was a new way of working, and they argued that they had to find their own way of doing this process.

## Discussion

The analysis explored the idea that three theoretical schemes seem to guide the coordinators' practice in Individual Plan processes:

- Coordinators are guided by a mixture of reasoning strategies.
- Caring as a relational concept
- Coordinators are guided by a mixture of philosophical frameworks.

### COORDINATORS ARE GUIDED BY REASONING STRATEGIES

In the Individual Plan processes, the coordinators seem to be guided by a mixture of a reasoning strategy related to the clients' everyday life, and a reasoning strategy related to the clients' disability. Mattingly and Fleming (1994) argue that therapists are integrating a procedural way of reasoning focussed on the treatment of disability and a conditional reasoning strategy, to support the client in the process of reconstructing his or her everyday life. Hughes (2008) describes this reflective thinking as a situated, practice-based form of reasoning. The analyses in this study show that coordinators act within both described reasoning strategies in a dialectic way. The dialectic between these strategies seems to be common in health care and social practice (Antonovsky, 1979), and may be described as a bio-psycho-social model (Engel, 1977; Solvang, 2012).

This study shows that the coordinators' thinking in Individual Plan processes differs because

every client requires different kinds of help in the Individual Plan process. Furthermore, each client's life situation may change over time, and this might necessitate a combination of a procedural reasoning and a conditional reasoning strategy (Mattingly and Fleming 1994). In accordance with Antonovsky's (1979) theories of how specific personal dispositions serve to make individuals more resilient to the stressors they encounter in daily life, this study shows that the health professions have to focus on how their clients deal with both challenges and resources in order to shape a healthy life situation for themselves and their families. In a performative view of professions (Molander & Terum, 2008) where the coordinators are focusing on the clients' life situations and how to help them cope with their everyday lives, this vision may be achievable.

Looking at the professions from an organisational point of view (Molander & Terum, 2008), every profession has its own professional union and is autonomous. From this perspective, it may be a challenge for different professions to fulfil the same role as coordinators in Individual Plan processes. This may cause confusion for the clients who often are not familiar with the different professions' way of thinking in action. Looking at Individual Plan processes from a critical theoretical point of view, the mixture of a reasoning strategy related to the client's everyday life and a reasoning strategy related to the client's disability may be problematic. These are two ways of thinking that are related to different discourses. As argued by Molander and Terum (2008), reasoning

strategies related to disability are often normative and regulated, and as such present a challenge for the health care and social professions because their practice is characterized by uncertainty. On the other hand, in individual plan processes, the coordinators have to be conscious about their way of acting in practice and be able to handle the dialectic between the clients' everyday life and their disability (Dewey, 1925; Schön, 1983). These reflections may enhance the consciousness of how to act in Individual Plan processes when dealing with different clients and within different practices.

Cerullo and Cruz (2010) found that reflection and critical thinking develop from scientific and professional knowledge, and both are permeated by ethical decisions. Furthermore, they argue that values and institutional strategies might improve critical thinking. Critical thinking in this perspective may be a way of becoming conscious of how to act in Individual Plan process for each client related to their individual goals for the rehabilitation process.

### CARING IS A RELATIONAL CONCEPT

The analyses revealed care as being fundamental in the relationship between coordinators and clients. As stated by Martinsen (1991) caring is a relational concept in health- and social services; one has to establish a relationship between the participants. Hence, caring is based on the understanding that we are all dependent on each other, and that the strongest should have a responsibility to take care of the weakest (Martinsen 1991). In relation to the role

of the coordinator in Individual Plan processes, this means that the coordinator is the stronger part and has to be conscious of this perspective in the relationship. An important part of being a professional in the Individual Plan processes is that the coordinators have to be aware of their way of interacting and how they deal with power and powerlessness in their relationships with clients (Alve, et al., 2012; Slettebø et al., 2011). One challenge in relation to the legislations of the Individual Plan is to establish a mutual partnership in the process as this is claimed as an ideal (Alve et al., 2012).

Another aspect of caring and care ethics is illustrated by Martinsen (1991), when she shows how intuitive thinking and acting are part of the reasoning process for professionals. In well-known situations, the professional, as an expert, will have the capacity to act intuitively, will be able to reflect on each situation, and thereby learn from it. In new situations, he/she would reflect on action in advance of acting. This seems to be relevant for our informants in the Individual Plan processes. They have a repertoire of alternatives to help the clients to solve their problems, on one hand, and on the other hand to act intuitively to meet the care receiver's needs. When more tricky problems arise, they seem to reflect and reason on them with help from theories about caring as a relational and ethical concept (Martinsen 1991), and experience-based knowledge related to a bio-psycho-social model (Solvang 2012), in order to help the clients be responsible for their own life. In a review of the literature on clinical reasoning over the past

20 years, Unsworth (2004) found that each therapist's personal worldview influenced all of his or her thinking. It seems that the personal role qualities of each therapist plays an important part in how they interact with the clients (Alve, 2006).

In the analyses of Individual Plan processes in this study, we found that coordinators were guided, more or less, by a perspective of positive psychology, in other words, they were striving most of the time to change the situation for the client, e.g. from disability to ability. This way of thinking is similar to what is formulated in the Norwegian legislation regarding Individual Plans. Hence, in this case, the intentions are to enhance the client's participation with caregivers throughout the rehabilitation process and thus, to help them cope with everyday life. As argued by Schneider (2011), positive psychology shares humanistic psychology's concern over what it means to be fully, experientially human, and how that understanding illuminates the vital or fulfilled life. However, he argues that theories of positive psychology appear to oversimplify both the experience of human flourishing and its social-adaptive value. Nevertheless, he feels that positive psychology findings are useful in limited contexts, like the attainment of pleasure, physical health, and cultural competency.

Jhangiani and Vadeboncoeur (2010) argue that the recent shift to a «positive psychological» approach emphasizes a «health model» rather than a «disability model». In mental health, discourses are intended both to reduce the stigma around mental health issues and to enable people to play a role in monitoring their

own mental health. This is in accordance with how the client's role is described relative to Individual Plan processes, even though most of the coordinators reported that their role in Individual Plan processes was a challenge because it took more time than they had available during their working day. There seems to be a conflict between the ideal of enabling the clients to play an active role in the Individual Plan process and the time that is available for the coordinators to spend on this process.

### **COORDINATORS ARE GUIDED BY PHILOSOPHICAL FRAMEWORKS**

All the coordinators interviewed in this study reported that they were working with clients who had a right to an Individual Plan. However, they sometimes felt that it was a challenge to follow the legislation regarding an Individual Plan (Health Department 2011). Some of them reported that they sometimes had problems due to efficiency in their practice. They further stated that it was a challenge to deal with the cooperation from the different services involved in the individual plan process. In the health care and social services, it is important to distribute limited resources among those clients who are in need of it. As claimed by Eriksen (2001), it sometimes seems like the coordinators have to focus on the production of flexible, result-oriented, and efficient services to the consumer instead of focusing on caring as the most important part of the services. This way of thinking seems to be in accordance with the philosophy of New Public Management (NPM), where the social progress is enhanced through economical productivity and effectiveness that are

measurable (Eriksen, 2001). The philosophy behind NPM may be problematic with respect to the legislations on Individual Plans concerning the client's right to satisfy their needs both for coordination of their rehabilitation process and their individual needs for help in their everyday life. The analyses of the coordinators' way of thinking show that the client's right to lead the direction of the Individual Plan may be a challenge with respect to the resources they are given to do this work. On the other hand, some of the coordinators argued that it may be problematic to give the clients so much power in the process. One of them even said that she felt like just a secretary of the Individual Plans.

Our data show that the coordinators are thinking of Individual Plan as a process over time. This seems to be inspired by theories put forward by Argyris and Schön (Argyris & Schön, 1978). They declare that we continually modify our maps and images of the organizations in practice. As argued by Prange (1999), organizational learning has to do with learning from experience. This means that the Individual Plan process may be seen as a picture that is always incomplete and that the clients and the coordinators are continually working to add pieces to the client's life world to get a better view of the whole.

Within the philosophy of organizational learning, people appear to think in conjunction or in partnership with others and with the help of culturally-provided tools and implements (Salomon, 1993). This means that reflection is a central part of the process.

In a bulletin of the World Health Organization, Chunharas

(2006) wrote that a learning organization is one in which the environment is structured in such a way as to facilitate learning as well as the sharing of knowledge among group members or employees. She argued that to build a «learning organization», we have to highlight various dimensions that determine the complexity of knowledge translation, using the problem-solving cycle (Chunharas 2006).

It seems like the Individual Plan process in Norway is a mixture of the philosophy of new public management's focus on economical productivity and effectiveness that is measurable (Eriksen, 2001) and the philosophy of organizational learning. Organizational learning as described by Prange (1999) may be a more open-minded attitude toward the process as a way of handling, which is related to a process-oriented and sociological opinion of the world and of knowledge (Schön, 1983). These different ways of thinking highlight the possible appearance of tensions and conflicts related to the intention of the Individual Plan process.

## **METHODOLOGICAL REFLECTIONS**

The variety of the coordinators' professional backgrounds and the fact that they work in different facilities in Norway such as community health services, hospitals, and the social welfare system, have contributed to providing insight into the breadth and diversity of their critical thinking. Due to the focused ethnographic design, this diversity has given insight into the variety of the coordinators' critical thinking in Individual Plan Processes. Nevertheless, due to the small number of cases, the results cannot be

generalized. However, in accordance with Kvale and Brinkmann (2009), they contribute to valuable conceptual knowledge.

The clients selected the professionals included in this study. This might have been subject to bias, as the clients' motives for their respective choices might have been unclear. However, because the study concerns client-centeredness, it seems obvious that the clients were in the best position to select a coordinator to be interviewed about collaboration.

Because the Individual Plan is a Norwegian concept, it is open to discussion whether these findings are applicable outside of a Norwegian context.

The diversity of the professional background of the six researchers may have affected the study's trustworthiness. However, discussions within the research group throughout the whole process strengthened the analyses. This enhanced the credibility of the study and helped to highlight different aspects of the coordinators' critical and reflective thinking.

## **Conclusion**

This article discusses the kind of discursive thinking that might guide coordinators' practice in Individual Plan processes. By focusing on reflective thinking in a critical perspective, it is discovered that the coordinators are guided by different philosophical and theoretical perspectives in this process. Firstly, their actions are guided by a dialectical relationship between procedural strategies and a conditional reasoning strategy. Secondly, they focus on how to collaborate with their clients in a caring way to help them cope during their rehabilitation

process. Thirdly, it is found that there is a challenge in operating in two different philosophical frameworks such as new public management and organizational learning.

To improve the reflective thinking in Individual Plan processes, the coordinators need to be conscious about their way of thinking in action. In this article, we propose that consciousness reflects professional knowledge as well as values and personal / institutional strategies. Evidence-based practice is seen as an important component of professional thinking in health care. Without a concurrent reflective practice, this may be a challenge in Individual Plan processes, where each client may have different needs related to their everyday life as well as their medical problems. In this process, even the professional practices are characterized by uncertainty rather than evidence.

## Literature

Adams, L., Beadle-Brown, J., & Mansell, J. (2006). Individual planning: an exploration of the link between quality of plan and quality of life. *British Journal of Learning Disabilities*, 34, 68-76.

Alve, G. (2006). Terapeutrollen i samhandling. En studie av ergoterapeuters samhandlingsmåter i møte med pasienter. (Dr.Philos), Universitetet i Oslo, Oslo.

Alve, G., Madsen, V. H., Hellem, E., Bruusgaard, K. A., Langhammer, B., & Slettebø, A. (2012). Individual plan in rehabilitation processes: a tool for flexible collaboration? *Scandinavian Journal of Disability Research*, 27, 1-14.

Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping* San Francisco: Jossey-Bass.

Argyris, C., & Schön, D. (1978). *Organizational learning: A theory of action*

perspective. Reading, Mass: Addison Wesley.

Berger, P., & Luckmann, T. (1966). *The social construction of reality*. Garden City: NY: Doubleday.

Burman, E., & Parker, I. (1993). Introduction – discourse analysis: the turn to the text. In E. Burman & I. Parker (Eds.), *Discourse analytic research*. London: Routledge.

Burr, V. (1998). Overview: realism, relativism, social constructionism and discourse. In I. Parker (Ed.), *Social constructionism, discourse and realism*. London: Sage.

Campbell, J. P., & Oblinger, D. G. (2007). *Academic Analytics [White paper]*. from [www.educause.edu/ir/library/pdf/PUB6101.pdf](http://www.educause.edu/ir/library/pdf/PUB6101.pdf).

Cerullo, J. A. S., & Cruz, A. L. M.-R. f. (2010). *Clinical reasoning and critical thinking*. Retrieved from 124-129.

Chunharas, S. (2006). An interactive integrative approach to translation knowledge and building a «learning organisation» in health services management. *Bulletin of the Health World Organization*, 84 (8), 652-657.

Cutchin, M. P., & Dickie, V. A. O. S. (2012). Transactionalism: Occupational science and the pragmatic attitude. In W. G & H. C (Eds.), *Occupational Science: Society, Inclusion, Participation*. Canada: Blackwell Publishing Ltd.

Dewey, J. (1925). *Experience and Nature*. Chicago: Open Court.

Dewey, J. (1938). *Logics: The theory of inquiry*: Henry Holt and Compant.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.

Eriksen, E. (2001). *Demokratiets sorte hull: om spenningen mellom fag og politikk i velferdsstaten*. Otta: Abstrakt forlag.

Facione, P. A. (1990). *Critical Thinking: A Statement of Expert Consensus for Purposes of Educational Assessment and Instruction*. California: The California Academic Press

Health Department. (2011). *Act of Health and Care*, from [http://www.lovdاتا.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-030.html&emne=OMSORGSTJENESTELOV\\*&](http://www.lovdاتا.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-030.html&emne=OMSORGSTJENESTELOV*&)

Hughes, R. G. (2008). Agency for Healthcare Research and Quality In M. D. Rockville. In R. M. D (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*.

Jhangiani, S. J., & Vadeboncoeur, J. A. (2010). Health Care «as Usual»: the Insertion of Positive Psychology in Canadian Mental Health Discourse *Mind, Culture, and Activity*, 17(2), 69-18.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Interviews, Learning the Craft of Qualitative Research Interviewing (Vol. 2)*. London: Sage Publication, Inc.

Langhammer, B., Madsen, V. H., Hellem, E., Bruusgaard, K. A., Alve, G., & Slettebø, Å. (2013). Working with Individual Plans: users' perspectives on the challenges and conflicts of users' needs in health and social services. *Scandinavian Journal of Disability Research*, <http://dx.doi.org>, 1-20.

Martinsen, K. (1991). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays*. Oslo: Tano.

Mattingly, C., & Fleming, M. H. (1994). *Clinical reasoning - Forms of inquiry in a therapeutic practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.

Michaelsen, R., Vatne, S., & Hollingen, A. (2007). The role of coordinators in the implementation of individual plans in community mental health services: focus on user participation and collaboration. *Norsk tidsskrift for sykepleieforskning*, 9 (4), 15-28.

Molander, A., & Grimen, H. (2010). *Understanding Professional Discretion*.

- In L. G. Svensson & J. e. Evetts (Eds.), *Sociology of professions. Continental and Anglo-Saxon Tradition*. Gøteborg: Daidalos.
- Molander, A., & Terum, L. I. (2008). Profesjonsstudier – en introduksjon. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. 13-27). Oslo: Universitetsforlaget.
- Morse, J. (Ed.). (1992). *Ethnography*. London: Sage Publications.
- Parker, I. (1998). Realism, relativism and critique in psychology. In I. Parker (Ed.), *Social Constructionism, discourse and realism*. London: Sage.
- Prange, C. (1999). Organizational learning - desperately seeking theory? In M. Araujo & J. Burgoyne (Eds.), *Organizational Learning and the Learning Organization*. London: Sage.
- Salomon, G. (1993). No distribution without individual's cognition: A dynamic interactional view. In G. Salomon (Ed.), *Distributed cognitions—Psychological and educational considerations* (pp. 111-138). Cambridge: Cambridge University Press.
- Schneider, K. (2011). Toward a Humanistic Positive Psychology: Why Can't We Just Get Along? *The Society for Existential Analysis journal*, 32.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. London: Temple Smith.
- Shotter, J. (1993). *Cultural politics of everyday life*. Buckingham: Open University Press.
- Slettebø, Å., Hellem, E., Bruusgaard, K. A., Madsen, V. H., Alve, G., & Langhammer, B. (2011). Between power and powerlessness – discourses in the individual plan process, a Norwegian dilemma. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 14/3, 270-283.
- Solvang, P. K. (2012). Et faglig kryssfelt. In P. K. Solvang & Å. slettebø (Eds.), *Rehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sæggrov, S. (2012). Implementation of individual plan (IP) for cancer patients. *Vård i Norden*, 32 (1), 26-30.
- Unsworth, C. A. (2004). Clinical reasoning: how do pragmatic reasoning, worldview and client-centredness fit? *British Journal of Occupational Therapy*, 67 (1), 10-19.

### Hverdagsrehabilitering

Hverdagsrehabilitering er en ny nettbasert tverrfaglig videreutdanning ved Universitetet i Nordland. Hverdagsrehabilitering er en strategi for å møte nye helseutfordringer i samsvar med Samhandlingsreformen og nytt lovverk. Formålet er at innbyggere med nye funksjonsbegrensninger opplever aktiv deltakelse, mestrer hverdagen, lever et mest mulig selvstendig liv og bor hjemme så lenge som mulig. For tjenesteytere fordrer dette nytenkning, utviklingsrettet kunnskap og kompetanse på et nytt fagområde. Studiet er tverrfaglig med fokus på både breddekompetanse og fagspesifikk ferdypning. Studiet foregår via nettundervisning i sann tid med praktiske øvelser på egen arbeidsplass.

**Yrkesmuligheter**  
Stadig flere norske kommuner tilbyr hverdagsrehabilitering. I januar 2014 har 39 kommuner tilbudet på plass, mens 50 til planlegger oppstart. Nye stillinger lyses ut i et nytt og spennende arbeidsområde. Studiet retter seg både mot nye søkere til disse stillingene, samt mot dem som har erfaring på området.

**Videre utdanning**  
Studiet er godkjent med 30 studiepoeng og kan inngå som en del av en universitets- eller høgskolegrad.

Studiet kan inngå med 30 studiepoeng i master i klinisk sykepleie / master i rehabilitering ved Universitet i Nordland.

**Opptakskrav**  
3-årig helse- eller sosialfaglig høgskole- eller universitetsutdanning på bachelornivå. Det er et opptakskrav at søkere er tilknyttet en arbeidsplass hvor de har anledning til å arbeide med tverrfaglig samarbeid, samhandling og forløpslenking i studieperioden. Studenter som søker fra samme eller samarbeidende fagmiljøer vil ha prioritet ved opptak.

« Tilbake


<b>Studiepoeng:</b>	30
<b>Type studium:</b>	Kortere studienkurs
<b>Startsemester:</b>	Høst
<b>Språk:</b>	Norsk
<b>Ansvarlig fakultet:</b>	Profesjonshøgskolen
<b>Studiested:</b>	Universitetet i Nordland
<b>Søknadsfrist:</b>	15. mai

Søk studiet

Studieplan

Studieveileder

**Gisle Pettersen**  
Tlf: 75517777  
e-post: gpt@uin.no



Universitetet i Nordland tilbyr ny nettbasert tverrfaglig videreutdanning i hverdagsrehabilitering.

## Nettbasert tverrfaglig videreutdanning i Hverdagsrehabilitering

Høsten 2014 starter Universitetet i Nordland ny nettbasert tverrfaglig videreutdanning i hverdagsrehabilitering.

Av Trude Hartviksen



Trude Hartviksen er Universitetslektor ved Profesjonshøgskolen, Sykepleie og helsefag Universitet i Nordland.

Hverdagsrehabilitering er en strategi for å møte nye helseutfordringer i samsvar med Samhandlingsreformen og nytt lovverk.

Formålet er at innbyggere med nye funksjonsbegrensninger opplever aktiv deltakelse, mestrer hverdagen, lever et mest mulig selvstendig liv og bor hjemme så lenge som mulig. For tjenesteytere fordrer dette nytenkning, utviklingsrettet kunnskap og kompetanse på et nytt fagområde. Hverdagsrehabilitering er et tverrfaglig studium med fokus på både breddekompetanse og fagspesifikk ferdypning gjennom prosjektoppgaven. Studiet foregår via nettundervisning i sanntid med praktiske øvelser på egen arbeidsplass. For studenten vil dette kostnadsmessig kun innebære semesteravgift (695,-) og pensumlitteratur – ingen reiseutgifter.

### STADIG FLERE KOMMUNER

Stadig flere norske kommuner tilbyr hverdagsre-

habilitering. I januar 2014 har 39 kommuner tilbudet på plass, mens 50 til planlegger oppstart. Nye stillinger lyses ut i et nytt og spennende tverrfaglig arbeidsområde. Videreutdanningen i hverdagsrehabilitering retter seg både mot nye søkere til disse stillingene og dem som allerede har opparbeidet erfaring på området.

### **OPPTAKSKRAV**

Opptakskrav er fullført og bestått treårig helsefaglig høgskole- eller universitetsutdanning innen helse- og sosialfag på bachelornivå. Det er et opptakskrav at søkere er tilknyttet en arbeidsplass hvor de har anledning til å arbeide med tverrfaglig samarbeid, samhandling og forløpstenkning i studieperioden. Studenter som søker fra samme eller samarbeidende fagmiljøer, vil ha prioritet ved opptak.

Fagansvarlig er universitetslektor Trude Hartviksen, ergoterapeut og master i rehabilitering.

Ta gjerne kontakt ved behov for mer informasjon på [trude.anita.hartviksen@uin.no](mailto:trude.anita.hartviksen@uin.no).

### **HVA ER VIKTIG FOR DEG?**

**KS og Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten inviterer til deltakelse i læringsnettverk for kommunene. De ønsker å snu tenkningen fra «Hva er i veien med deg?» til «Hva er viktig for deg?»**

Initiativet er forankret i Kvalitetsavtalen mellom Helse- og omsorgsdepartementet og KS, og er et virkemiddel for å møte hovedutfordringene i samhandlingsreformen.

Satsingen bygger på professor Anders Grimsmos arbeid med pasientforløp i Orkdalsregionen og Trondheim. Læringsnettverket tar utgangspunkt i det kommunene allerede gjør, med målsetting om forbedringer i den daglige driften.

Eldre og personer med kroniske lidelser som trenger kommunale pleie- og omsorgstjenester, er de pasient-/brukergruppene vi i utgangspunktet vil ha oppmerksomhet på. Det vil senere bli vurdert å videreføre satsingen til pasienter med rusavhengighet og psykiske lidelser.



*Kjerner symboliserer ny vekst og ny viten.*

## KJERNER I FAGET

**Med kjerner mener jeg det sentrale i ergoterapi, det faget bygger på, det solide, som i kjerneved. Men kjerner, som i eplekjerner, symboliserer også ny vekst og ny viten. Dette er temaer jeg vil formidle og problematisere ut fra ergoterapiens tradisjon og profesjon, og knytte det opp til fagets tre søyler: ergoterapi, aktivitetsvitenskap og retten til aktivitet og deltakelse. Det skal handle om tilbakeblikk, ståsted i dag og utfordringer fremover, sett fra både min og fagets historie.**

Av Kari Opsahl

Først min historie. Arbeidsterapi het det og det var nytt og spennende. Skolen i Oslo hadde opptak bare annethvert år, så jeg søkte i England. Opptaksprøvene ble arrangert på loftet på Ullevål sykehus. På veggen hang det gjenstander som gjorde det lettere for folk med fysiske funksjonsnedsettelse å skru på lyset. Jeg ble imponert. Det var ikke Ole, Dole og Doffen som var mine helter, faktisk ikke Petter Smart heller, men Petter Smarts

lyspære! Jeg var på rett vei! Det het Hjelpemidler, og pekte mot dagens velferdsteknologi, en faglig kjerne!

I England ventet tre morsomme og faglige år, med lange skoledager og fantastiske praksisperioder. Fagets gyldighet og muligheter ble bekreftet.

### **SÅ TIL KJERNEVEDEN**

Aktivitet og virksomhet defineres forskjellig i fagbøkene, men vi vet hva det dreier seg om. «Noe vi



## «Å tenkje på ein blomster er å sjå han og lukte han. Og å ete ei frukt er å smake meininga med henne»

*Fernando Pessoa, poet*

gjør, på ulike steder, til ulike tider, som knytter mennesker sammen, og som knytter mennesker til omverdenen. Det er grunnlaget i ergoterapi, det er knyttet til helse, det har en hensikt og mening.»

En av praksisene mine i studietiden fant sted på rehabiliteringssenteret Farnham Park. Jeg møtte pasienter med ulike skader, fotballspillere og politimenn, som i siste rehabiliteringsfase hadde mest ergoterapi. Mange hadde benskadere. De trente på en stor, fotdrevet dreiebenk med plass til flere og de dreiet stort sett boller. I et analytisk perspektiv, besto dette av mange og kompliserte prosesser. De trente ikke bare quadriceps, men var engasjert i en virksomhet som innebar bruk av hele kroppen. I samarbeid med ergoterapeuten ble det bestemt hvem som skulle stå foran og bak, så forhandlet de om hva som skulle dreies, hvor mye motstand de tålte, og hvor lenge de orket. De problemløste og lærte av hverandre. Dette var livsbejende, erfaringsbasert rehabilitering. «Rehabilitering som pasientenes egen virksomhet» ville Fortmeier kalt det. «Fysisk arbeid er best når det gjøres sammen med noen,» sier Per Petterson.

Det gikk ikke så mange år før vi lo av disse aktivitetssituasjonene. Trondheimskolen kastet ut alle vevene. Det gikk sjokkbølger gjennom faget. Osloskolen beholdt én, enn så lenge...

### **HVORFOR KASTET VI DEM UT?**

a fordi adaptasjonene ble opp-

fattet som rare og kunstige, og de var jo det. Men treningssentre, som har høy status, tilbyr det samme – uten virksomhet. Vi løper på tredemøller og imiterer skigåing, mens vi går glipp av frisk luft, natur og håndtering av objekter. b fordi folk flest ikke driver med dreining av tre eller veving. Spørsmålet var, og er fortsatt; skal vi bare bruke aktiviteter som folk flest bruker? En kunnskapsbase basert på statistikk?

Joda, vi skal være i tiden. Da kafelivet vokste frem, fikk vi kafeer på Gaustad og Blakstad, deretter fulgte sykkelverksteder. I dag bruker vi digitale spill som aktiviteter. Ergoterapeutene er gode til å speile samfunnet. Men er det nok å støtte seg på trender og statistikk? Hvor er begrunnelsene hentet fra epistemologien, kunnskapsgrunnlaget vårt om aktivitet og virksomhet?

### **TILBAKEBLIKK**

Ser vi langt tilbake, anbefales aktiviteter hentet fra arbeid, musikk og litteratur, både til å fremme helsen og til behandling. Vi kan støtte oss på en lang tradisjon. I 1915 startet Slagle den første skolen i USA, og profesjonen var etablert. I 1922 skrev hun om ADL og vanetrening. Det var nytt og preget faget fremover. Det er aktuelt i dag med tanke på hverdagsrehabilitering.

Så kom krav om dokumentert behandling og forskning. Vi fikk det første paradigmeskiftet. Erfa-

## **KARI OPSAHL'S CHAMPAGNESEMINAR**

Da Kari Opsahl gikk av med pensjon etter 33 år som lærer ved ergoterapeututdanningen i Oslo, ble det holdt et champagne-seminar på Høyskolen i Oslo og Akershus til hennes ære. Temaet for seminaret var «kjerner i faget». Dette essayet er basert på hennes eget avskjedsforedrag over samme tema.



*Kari Opsahl snakket om fagets kjerner og muligheter.*



*Hjernen formes av hånden. Foto: John Wollwerth*

ring var ikke nok, forskning skulle styrke kunnskapsgrunnlaget vårt. Aktivisering ble fy-ordet. Nå gjaldt målrettet bruk av aktiviteter – aktivitet som middel – med funksjon i fokus. Ergoterapeuter spesialiserte seg innen ulike fagfelt. Medisinske modeller tok plass i kunnskapsgrunnlaget. Statusen vår steg, men aktivitetsperspektivet ble svekket, og en ny krise oppsto. «Er det noe som binder oss sammen?» spurte Reilly.

### **OSLOSKOLEN**

På tampen av de radikale syttiåra startet jeg som lærer på utdanningen. Jeg ble satt på aktivitetsundervisningen. Den hadde lav status! Med Illeris i lomma forandret jeg undervisning om til aktivitetsprosjekter med aktivitetsanalyse i fokus. Ivrigestudentene tok utgangspunkt i hjem, arbeid, utdanning og fritid og analyserte selvvalgte aktiviteter! Først var det mye «opphavelege» aktiviteter. Vi spant på håndtein,

dansa folkedans og hesja høy på Ola Narr – i dag en ny trend i England! Deretter pusset vi tenner og barberte, og med ergonomien moppa vi gulv i regjeringskvartallet, utførte storkjøkkenaktiviteter og la om til vinterdekk. Fritidsaktiviteter var ikke bare sportsaktiviteter, vi sminket oss, gikk på bar og satte på kondom.

Så kom en periode hvor studentene nesten bare spilte spill og bakte boller. Det skjedde samtidig med at egne fagmodeller ble tatt i bruk. Aktivitetsundervisning sank proporsjonalt med modellenes inntog, modellene som formidlet betydningen av virksomhet og skulle løfte faget. Et paradoks.

Med modellene, som et svar på Reillys spørsmål, var et nytt paradigme på veg. Nå var fokuset nettopp aktivitet og virksomhet som mål i seg selv! Vi hentet opp forfedres og formødres tenkning. Medisinske modeller tones ned, og vi tar i bruk våre egne modeller og redskap. Aktivitet er nå på

plass i utdanningen som ferdighetstrening knyttet til ergoterapi. Etter hvert ble den evidensbasert.

I forlengelse av paradigmedebatten etablerer aktivitetsvitenskapen (Occupational Science) seg, tenkt som en basis for ergoterapi. Dette førte til forskning om folks levevis, om utvikling gjennom aktivitet, og spørsmålet om sammenhengen mellom aktivitet og helse! Ikke lenge etter slår Wilcock & Townsend fast retten til aktivitet og deltakelse (Occupational Justice). Vi har nå tre viktige søyler i faget som vi arbeider med. Ved Cotec-kongressen i Stockholm i fjor ble det diskutert hvor vanskelig det er å knytte sammen aktivitetsvitenskapen og ergoterapi. Da er vi tilbake til epistemologien.

### **EPISTEMOLOGIEN**

«...omhandler vår kunnskaps opprinnelse, mulighet, omfang og gyldighet,» sier Tranøy. Vi har sett på kunnskapens opprinnelse, nå

## «Tapt sanselighet gjør oss ignorante og passive»

Susan Sontag, filosof

skal vi se på mulighet, omfang og gyldighet. Kunnskap om mennesket og kunnskap om kultur og samfunn deler vi med mange. Vi har også kunnskap om aktivitet og virksomhet. Vi vet at deltakelse er en forutsetning for å leve et godt liv. Når vi hevder dette, må vi samtidig spørre hva det er som skjer *med* oss og *i* oss når vi handler, og når vi samarbeider: Hva er det vi vet om menneskelig virksomhet som må ligge til grunn for fagutøvelsen?

«Man, through the use of his hands, as they are energized by mind and will, can influence the state of his own health,» sa Reilly. I dag kan vi se sitatet i lys av nyere forskning. I sin bok om lekens betydning forteller Stuart Brown en historie fra Jet Propulsion Laboratory – et selskap som produserte for virksomhet i verdensrommet. Vitenskapsmennene som hadde fått menn på månen, pensjonerte seg i nittiåra. De var vanskelige å erstatte. De nye var briljante teoretikere, men klarte ikke å ta komplekse prosjekter fra teori til praksis. Dette ble utforsket. Det kom fram at de unge som hadde brukt hendene i lek og arbeid, var i stand til å «se løsninger». Spørsmål om bruk av hendene ble så en del av ansettelsesintervjuene.

Å være oppdatert på nyere forskning gir oss et godt kunnskapsgrunnlag! I dag vet vi at hjernen påvirkes av det vi gjør. Den vokser, spesielt når vi lærer, den kan reparere seg selv, den liker at vi gjør forskjellige ting, og den formes

av hånden. Hånden er det organet som krever størst plass i hjernen, bare se hvor stort området til tommelen har blitt. Hjernen er ikke et atskilt organ som styrer kroppen, slik filosofen Whitehead illustrerte da han ringte på hos en venn og sa: «Her er jeg! Og jeg tok med meg kroppen min!».

Hjernen er et organ som kontinuerlig påvirkes av berøring og bevegelse, lyd og bilde, dufter og hjertebank. Inntrykkene bearbejdes og danner grunnlag for hva og hvorledes vi forstår og handler. Det er en nær sammenheng mellom sanselighet og tilstedeværelse i verden.

Så langt hjerne - hånd og sanselighet i et forsøk på å oppdatere kunnskapsgrunnlaget for å vise til fagets mulighet, omfang og gyldighet! Nå følger nok en kjerne i faget,

### MENING

Aktiviteter skal ikke bare fylle tiden, de skal gi mening. Hvem skal bestemme hvilke aktiviteter som er meningsfulle? Vellykkede innbrudd gir selvsagt mening for kriminelle. Kanskje er de oftere i flow enn de av oss som holder på med loyldig virksomhet. Med Leontjev får vi et nyttig begrepspar: Personlig mening og objektiv betydning; det samfunnsnyttige. Dette ivaretar både individ og samfunn, og gir oss mulighet til å diskutere og finne løsninger. Som begrep har mening mange betydninger.

a den semantiske betydningen; det vi mener.



Kollegaer og venner hygget seg med foredrag og god mat.



Alle fulgte nøye med på det som ble sagt.



Kari Opsahl takker for seg. Her i en jakke, rehabilitert via broderier av Cecilie Krüger. Kreativitet – en kjerne i faget!

## «Det er med hjertet vi er koblet til livet, intellektet er kun et verktøy»

*Simone Weil, filosof*

b mening i kulturell sammenheng. Hvorfor handler folk som de gjør? Hvis vi skal forstå hverandre, må vi vite at hvert møte er et kulturmøte. Når den kvinnelige pasienten fra Iran svarer at det er vanskelig å si hva som er viktig for henne, fordi hun tenker på hva som er viktig for familien, er det en utfordring! Den innebærer oss og dem. Det er et stort mangfold der ute, hvor verdier og interesser krysses.

c mening som i meningsfulle aktiviteter – virksomheter som betyr noe spesielt for oss. De gir glede, er nyttige, fører til mestring og utvikling, og de er knyttet opp mot verdiene våre. Hovedoppgaven min omhandler sammenhengen mellom virksomhet og helse. Her definerer én informant helse som det å være sterk. For henne er en utfordrende fjelltur en meningsfull aktivitet. En annen informant legger vekt på velvære. Her er det å lage mat meningsfullt – fordi maten ernærer familien, men også fordi det er hyggelig å sitte sammen rundt et vakkert bord og nyte god mat. Meningsfulle aktiviteter kan også være knyttet til minner, som i historien til Jackson om en ung mann med aids. De baker kaker sammen. Først tror hun at han liker baking, men så kom det fram at dette var kaker han hadde bakt med bestemoren sin. Hun var den eneste i familien som anerkjente ham som homofil.

Dette er ikke enkelt. Vi kan skjele

til den norske filosofen Næss, som ba oss skille mellom meningen med livet og meningen i livet. Meningen *med* livet er ikke vårt ansvarsområde, mens meningen *i* livet er det.

I dag har vi flere gode kartleggingsredskaper for å komme fram til meningsfulle aktiviteter. I arbeid med aktivitet og virksomhet, valg og tilrettelegging, er aktivitetsanalysen avgjørende. En kjerneferdighet!

### **AKTIVITET OG VIRKSOMHETSANALYSE**

Vi kategoriserer aktiviteter i forhold til nivå (individ, gruppe, samfunn) og i forhold til områder (hjem, arbeid, utdanning og fritid). Vi analyserer aktivitetens trinn og sekvenser, ferdigheter og funksjoner, muskler og nervebaner. Når Hasselkus tar avstand fra kategorisering fordi aktivitetens hensikt og mening er avhengig av person og sted, så er det bare å si at for å hevde det, må en kategorisere.

Ved høyskolen startet vi revideringen av aktivitetsanalysen vår i 2000. Vi ville validere begrepene og støttet oss til universell terminologi, amps, MoHo og Virksomhetsteorien. Utover ferdigheter og funksjoner ville vi ha inn omgivelser, følelser og kunnskap, og vi ville ha inn mening! Det siste voldt mye besvær, som i eksemplet med den eldre kvinnen i en påkledningssituasjon. I sin analyse sier studenten at synet ikke var så viktig. Pasienten kunne nesten kle på seg i blinde. «Det er ikke så farlig da, hvorledes hun tok seg

ut,» spurte jeg. «Jo, hun er veldig opptatt at klærne skulle matche og at de er rene,» sa studenten. Det å se representerer her verdier utover det å kunne kle på seg. I boka *The Texture of Life (AOTA)*, heter det «too often, books on purposeful activity tend to limit their scope to the mechanics of activity analysis alone, ignoring the richness of activity within occupational therapy practice». Arbeidet som i dag gjøres med EVA (VirksomhetsAnalysesystem for Ergoterapi) er derfor utrolig viktig. EVA er nå tatt i bruk i praksisfeltet. Her etableres en begrepsbruk som kan gå inn i fagspråket! Nok en kjerne!

### FAGSPRÅK

For å tilegne seg faget og for å formidle det, trenger vi et godt fagspråk. «Språk former praksis,» hevder Wilding.

Begrepet *occupation* betyr aktivitet og virksomhet. Flertydigheten kan være en av grunnene til at forfedrene våre valgte nettopp *occupation*! Det var faktisk et av argumentene når vi diskuterte navneskiftet fra arbeidsterapeut til ergoterapeut også. Ingen visste hva *ergo* betød, så da kunne vi definere det selv. Men «det er vanskelig med mangetydighet og vi er ikke gode nok formidlere,» sier Curtin.

Konsensus er vanskelig, og internasjonalt er det umulig. Begrepet *Occupation* har helt ulike betydninger innen WFOT og Enothe. I Sør-Amerika er begrepet knyttet til krig, i Sør-Europa betyr det beskjefteigelse. Løsningen blir å finne sitt eget språk på nasjonalt nivå og holde diskusjonen gående!

At det er en sammenheng mellom trening og helse, forstår folk flest, det stemmer med egen

erfaring. Når vi hevder at det er sammenheng mellom virksomhet og helse, blir det for generelt. Kanskje er vi for generelle i våre begrunnelser?

Begrepene *activity* og *occupation* brukes ofte om hverandre. Pierce, som kommer fra aktivitetsvitenskapen, definerer *activity* som et teoretisk begrep. Det kan kategoriseres. *Occupation* defineres som individets erfaring, hvor bare personen selv kan si noe om mening og emosjoner, om det er produksjon, rekreasjon eller glede. Det er en nyttig avklaring. Kanskje skal vi diskutere om vi har flere begreper enn aktivitet for å forstå og formidle det vi gjør. Hva med virksomhet som handler om å være virksom, skape noe og virksomme relasjoner. Eller handling som sier noe om å ha handlekompetanse og handleferdigheter.

Wilcocks «*doing, being and becoming*» er en flott beskrivelse av faget. Nå skal «*belonging*» tilføres. Er det fordi inkludering er i tiden? Eller er det en tilnærming og anerkjennelse av Østens verdier? At inkludering tas på alvor er både nødvendig og nyttig, fordi modellene våre er så individorienterte.

### FREMTIDEN

I fremtiden kommer ergoterapeuter til å arbeide enda mer ute, og hverdagsrehabilitering kommer til å prege tjenestene våre. Det tror jeg blir bra. Vi deltar i hjem og nabolag, og brukerne bestemmer selv hvorledes hverdagslivet skal leves, med tilrettelegging i samarbeid med ergoterapeuter. Med utgangspunkt i engelskmennenes «alle skal jo spise middag, la oss møtes og spise sammen», kan vi få med det sosiale. Vi kan gå på tur og i teater og bruke eksisterende møteplasser som biblioteket. Da unngå vi å lage

flere institusjoner og inkluderer familie, naboer og frivillige. Når det gjelder arbeid, siterer jeg Jørn Walmestad: «Vi øver på aktiviteter der de hører hjemme. Vi trener ferdigheter i hoteldrift på hotellet og lærer av hverandre».

For å få dette til er fagutvikling og forskning viktige og nødvendige utfordringer. Utdanningen må forske sammen med brukere og klinikere, den må holde fast i epistemologien; mennesket i virksomhet.

### TIL SLUTT

Nylig arbeidet studentene med et aktivitetsprosjekt som omhandlet flyktningbarn. De laget historiene selv, og gruppene valgte ulike aktiviteter. Noen valgte tegning, for å bearbeide traumer. De visste at barn er glade i å tegne. Andre valgte fotball for at barnet skulle bli kjent med andre barn. På Høgskolen i Buskerud hos Marit Borg løftes nå fotballen fram – innen psykisk helse!

En gruppe valgte en hoppestrikkaktivitet, også den for at barnet skulle bli i kjent med andre barn. Når studentene skulle utføre denne leken, ble de delt inn i grupper som skulle konkurrere mot hverandre. Strikken ble holdt som et nett, så gjaldt det å få eget lag over, under eller gjennom nettet, uten å røre strikken. Deltakerne på hvert lag hjalp hverandre, løftet, dyttet og dro, med mye samarbeid og latter. Etterpå diskuterte vi ferdigheter og funksjoner. For studentene kom det å ha tillit til hverandre først. Jeg så mye problemløsning og mye sanselighet. De var så tett på hverandre. De ble kjent med hverandre på en ny måte. Her har teambuilding-firmaer noe å lære:

*Det holder med en strikk!*

**ANNONSEANSVARLIG: ERIK SIGURDSSØN**

Adresse: ADDmedia AS,  
 Boks 9178 Grønland, 0134 Oslo  
 Sentralbord +47 40 10 05 01  
 Mobil: 90 03 09 43  
 Faks: 22 17 25 08  
 E-post: erik@addmedia.no

## Kurs i oppgaveorientert trening for barn og unge

Kurset arrangeres i samarbeid mellom Ergoterapeutene og Høgskolen i Bergen, ergoterapeututdanningen. Kurset har fokus på oppgaveorientert trening for barn og unge med vekt på bedring av aktivitetsutføring. I kurset vektlegges GAS knyttet til lek, selvomsorg og håndmotoriske aktiviteter. Kurset gir introduksjon til kunnskapsbaserte oppgaveorienterte tilnærminger i ergoterapi, motorisk læring og praktiske arbeidsmetoder. Det veksles mellom forelesning og gruppearbeid.

Målgruppen er ergoterapeuter som ønsker å styrke kompetansen i aktivitetsrettede tiltak for barn og unge.

**Faglig ansvarlig:** Linda Stigen, wrgoterapeut/PHD-stipendiat Høgskolen i Gjøvik  
 Siri Rufsvoll, spesialergoterapeut St. Olavs Hospital/høgskolelærer Høgskolen i Sør-Trøndelag

**Kontaktpersoner:** Liv Jorun Espe (livespe@hotmail.com) og Irene Fjeld (irenef@hotmail.com), Fylkesavdelinga i Hordaland

**Kurssted:** Høgskolen i Bergen

**Dato:** 7. - 8. april 2014

**Pris:** Kr 1800 for medlemmer, kr 3600 for ikke-medlemmer

Kurset er meritterende med tolv timer som ergoterapispesifikt kurs og spesialistspesifikt kurs til Ergoterapispesialist i Barns helse og Allmennhelse.

## Innovasjon i kommunehelsetjenesten – Lederkurs

Dette kurset er et tilbud til ergoterapeuter med lederansvar i kommunene.

Temaet på kurset er innovasjon i kommunesektoren og ergoterapeuters bidrag til dette. Kurset skal gi deltakerne innsikt i hvordan ergoterapeuter er involvert i tjenesteutvikling i landets kommuner og rammebetingelsene for slik tjenesteutvikling i kommune-Norge.

**Faglig ansvarlig:** Forbundsleder Mette Kolsrud, Ergoterapeutene

**Kurssted:** Oslo kongressenter

**Dato:** 18. - 19. mars 2014

**Pris:** Kr 1800 for medlemmer, kr 3600 for ikke-medlemmer

Kurset er meritterende med tolv timer som ergoterapispesifikt kurs.

## Kurs i Velferdsteknologi for ergoterapeuter

Kurset arrangeres i samarbeid mellom Norsk Ergoterapeutforbund og ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Målsettingen med kurset er å gi ergoterapeuter kompetanse om velferdsteknologi. Det oppnås ved innlegg om politiske føringer og definisjoner av velferdsteknologi og med hovedtemaer knyttet til ergoterapeuters rolle og redskaper i arbeidet med innføring av velferdsteknologi i kommuner og for enkeltpersoner. Deltakerne skal lære metoder for å arbeide med undersøkelse og vurdering, samt tiltak og virkemidler knyttet til velferdsteknologi.

Målgruppen er ergoterapeuter som ønsker å styrke kompetansen om velferdsteknologi og ergoterapeuters oppgaver og roller knyttet til området. Kurset gir anledning til studiebesøk på kunnskapssenteret Almas Hus. [http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/eldre/geriatrik\\_ressurscenter/almas\\_hus/](http://www.helseetaten.oslo.kommune.no/eldre/geriatrik_ressurscenter/almas_hus/)

**Faglig ansvarlig:** Toril Laberg, generalsekretær, Anne Lund, førsteamanuensis og Else Britt Bruset, høskolelektor.  
**Kontaktpersoner:** Toril Laberg (tl@ergoterapeutene.org)  
**Kurssted:** Høgskolen i Oslo og Akershus  
**Dato:** 21. - 22. mai 2014  
**Pris:** Kr 1800 for medlemmer, kr 3600 for ikke-medlemmer og kr 900,- / 1800,- for studenter

Påmelding og program: [www.ergoterapeutene.org/kurskalender](http://www.ergoterapeutene.org/kurskalender)  
Kurset er meritterende med tolv timer som ergoterapispesifikt kurs.

**ms-forbundet**  
en bedre hverdag

# MS-konferansene 2014

**Tem: LIV OG SAMLIV MED MS – de mange utfordringene**

**Målgruppe:** Helsepersonell i spesialist- og kommunehelsestjenesten, personer med MS, pårørende og andre interesserte.

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

**Kurssteder:**

**Freitag 11. april** Radisson Blue Hotel Norge, Bergen

**Tirsdag 6. mai** Flica Hall Hotel, Værnes

**Torsdag 15. mai** Quality Hotel & Resort, Sarpsborg

**Torsdag 22. mai** Flica Sallat Hotel, Molde

**Torsdag 12. juni** Hotel Scandic, Hamar

**Torsdag 18. september** Silkestad Hotell, Verdal

**Onsdag 24. september** First Hotel Ambassadeur, Drammen

**Onsdag 15. oktober**

Quality Hotel & Resort, Kristiansand

**Onsdag 22. oktober**

Thon Hotel Nordlys, Bodø

**Onsdag 29. oktober**

Quality Hotel Grand Fanto, Larvik

For påmelding og ytterligere informasjon:

Gå inn på MS-forbundets hjemmeside [www.ms.no](http://www.ms.no) eller ta direkte kontakt med MS-forbundet på telefon: 22 47 79 90



NORSK REVMATIKERFORBUND

## NORSK REVMATIKERFORBUNDS FORSKNINGSFOND/ PAHLES LEGAT/STORTUENS LEGAT

# UTLYSNING AV FORSKNINGSMIDLER

Norsk Revmatikerforbunds Forskningsfond, Pahles legat og Stortuens legat vil i år 2014 etter søknad kunne gi økonomisk støtte til forskning vedrørende revmatiske sykdommer. Forskningsfondet kan bidra med oppstart og avslutningsmidler både til drift og forskerlønn. Det er også et ønske å stimulere til forskning på effekt av fysikalsk behandling.

I tillegg til de ovennevnte fond og legater har Forskningsfondet mottatt arvemidler som skal øremerkes forskning innen følgende områder:

Barn- og ungdomsrevmatisme.

Lupus.

Hjerteproblemer i forbindelse med Bekhterevs sykdom, på kr. 450 000.- ment til et prosjekt.

Søknadsskjema ligger på [www.revmatiker.no](http://www.revmatiker.no) eller fåes ved kontakt med NRF, tlf. nr. 22 54 76 00.

Der forskningsprosjektet omfatter lønnsmidler, vedlegges erklæring fra arbeidsgiver som skal ha arbeidsgiveransvar.

**Søknaden sendes til:**

**Norsk Revmatikerforbund, Postboks 2653 Solli, 0203 Oslo.**

**FRIST: 1. OKTOBER 2014.**





Masterstudiet ved Avdeling for helsefag passer for deg som har helsefaglig profesjonsbakgrunn og interesse for fagutvikling innenfor klinisk praksis eller forskning i helsefagene.

Studiet gir deg solid kompetanse gjennom forskningsbasert undervisning og eget forskningsarbeid i et sterkt og tverrfaglig forskningsmiljø.

Vi har utviklet arbeidsmåter for studentene som sikrer tett oppfølging, god progresjon og kvalitet. Arbeidet resulterte i kunnskapsdepartementets utdanningskvalitetspris for 2011.

**Målgruppe:** Sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere og andre med helse- og samfunnsfaglig bakgrunn.

**Karrieremuligheter:** Du kan jobbe med utdanning og opplæring innenfor helsefagene eller drive med fagutvikling og forskning. Studiet gir kvalifikasjoner for faglige lederstillinger og videre studier på doktorgradsnivå.

**Organisering:** Heltid 2 år eller deltid 3 år

[www.uio.no/studier/program/helsefagvitenskap-master/](http://www.uio.no/studier/program/helsefagvitenskap-master/)

**UiO** : Institutt for helse og samfunn  
Det medisinske fakultet



*HST - Kunnskapen du trenger*

*Tilgjengelighet og utdanningstilbud er sentrale elementer i HST. Utvikling av kunnskap er sentralt på alle nivåer i utdanningen. Vi har kompetanse innenfor helsefag, ingeniørfag, helse og helsevitenskap og helse og helsevitenskap. Vi er stolte av vår yrende praksis i samarbeid med offentlige og private arbeidsgivere. HST er knyttet med sterke bånd til, og er et spennende studie- og arbeidsmiljø.*

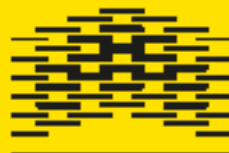
### Avdeling for helse- og sosialfag Stipendiatstilling ved Program for ergoterapeututdanning

Program for ergoterapeututdanning lyser ut ledig stilling som doktorgradstipendiat (ref AHS 5/2014). Ansettelsesperioden er fire år, hvorav ett år knyttes til undervisningsoppgaver ved ergoterapeututdanningen, eller tre år og da uten undervisningsoppgaver. Stillingen er knyttet til et forskningsprosjekt med tittelen «Aiming for activity and participation - Improving rehabilitation services for older adults with declining functioning».

Til stillingen kreves mastergrad/ hovedfag som er relevant for forskningsområdet, samt utdanning som ergoterapeut eller annen helsefaglig utdanning.

**Søknadsfrist: 15.04.2014**

Se [www.hst.no/stillinger](http://www.hst.no/stillinger) for fullstendig utlysningstekst, og for å søke på stillingen.



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

## Klar for å gjøre en store forskjell?

# Ergoterapi innenfor allmennhelse

Videreutdanningen består av to  
emner:

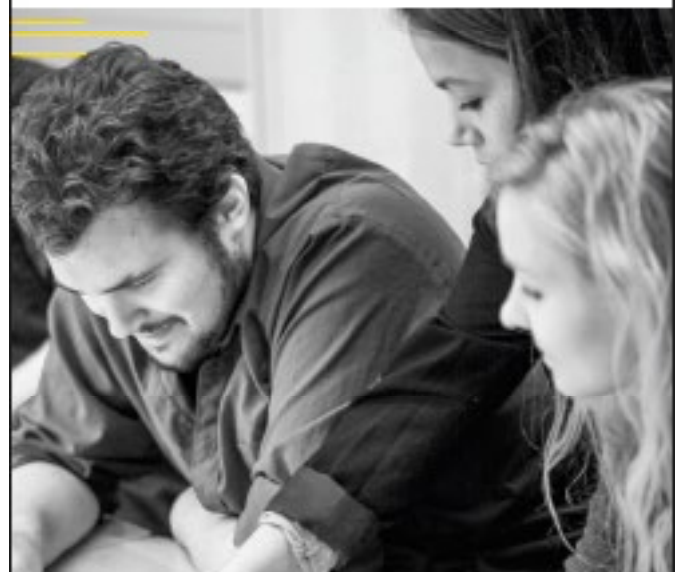
- Ergoterapeutisk intervensjon og tjenesteutvikling, 20 studiepoeng
- Prosjektoppgave, 10 studiepoeng  
Prosjektoppgaven skal knyttes til utviklings- og endringsarbeid i egen praksis

Studiet er på deltid over et år med fire ukeseamlinger, og kan inngå i søknad om Norsk Ergoterapeutforbunds spesialtildragelse. Studiestart er i uke 36, høsten 2014. Les mer på:

[www.hioa.no/ergo-allmennhelse](http://www.hioa.no/ergo-allmennhelse)

**Søknadsfristen er 1. mars**

eller så lenge det er ledige studieplasser



Helse og omsorg, enhet Helse

## ERGOTERAPEUT

100 % fast stilling

Ved behov for ytterligere informasjon -  
ta kontakt med

Ergoterapeut Mari-Ann Lauritsen

Telefon: 75 80 48 24

Enhetssjef Aud-Helene Drøglund

Telefon: 75 80 42 21/ mobil 415 72 148

Søknadsfrist: 17.03. 2014.



Søknaden sendes elektronisk.  
Søknadskjema og fullstendig  
utlysingsbrev finnes på  
[www.fauske.kommune.no](http://www.fauske.kommune.no)  
under ledige stillinger.



**FAUSKE KOMMUNE**  
Folkehelsekommunen der alle trives



LHL Helse  
Glittrelinikken

## Ergoterapi for personer med lungesykdom 27. og 28. mars 2014

Personer med lungesykdom er en brukergruppe  
ergoterapeuter oftere møter innen kommune-  
helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Vi ønsker velkommen til kurs på Glittrelinikken med  
temaene:

- Astma og KOLS
- Ergoterapi i lungerehabilitering
- Mestring av tung pust i fysisk aktivitet og ADL
- ADL trening for personer med KOLS
- Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og  
kommunehelsetjenesten

Kurset er godkjent som meritterende kurs i  
allmennhelse, Eldres helse og somatisk helse.

Pris: 2900,- kr inkl. alt kursmateriell og matservering  
på kurset. Middag og overnatting kommer i tillegg.  
Muligheter for overnatting på klinikken.

Program, påmelding og praktisk informasjon finner  
du på: [www.glittrelinikken.no](http://www.glittrelinikken.no)

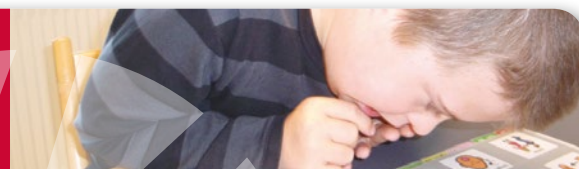
**Påmeldingsfrist: 7.mars 2013.**

ANNONSE

178 X 50

Movements for communication  
and accessing technology ”  
med Viki Newton og Fiona Beauchamp fra CPEC

Velkommen til  
4-dagers workshop 22 - 25 september eller  
1 dags introduksjonskurs 26 september  
Sted: Sykehuset Vestfold, Tønsberg



Vil du vite mer?  
Se vår hjemmeside for mer informasjon  
[www.abilia.no/kurs](http://www.abilia.no/kurs)



Sykehuset i Vestfold

ABILIA AS Tel 37 14 94 50 | Fax +47 37 14 94 70 | [info@abilia.no](mailto:info@abilia.no) | [www.abilia.no](http://www.abilia.no)



ABILIA

**KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN**

Adresse: ADDmedia AS,  
 Boks 9178 Grønland, 0134 Oslo  
 Sentralbord +47 40 10 05 01  
 Mobil: 90 03 09 43  
 Faks: 22 17 25 08  
 E-post: erik@addmedia.no

**1.BEHANDLING/TRENING****0330****HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING**AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3  
 Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
 at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler  
CYPROMED AS

Vikaveien 17, 2312 Ottestad

Tlf.: 62 57 44 33, fax: 62 57 44 34

wes@cypromed.no

www.cypromed.no

Elektriske varmhjelpemidler 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 varmhjelpemidler til barn og voksne

**0333****ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKK-****FOREBYGGENDE HJELPEMIDLER**ADL PRODUKTER AS

Bruervev. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no www.bardum.no

BERGEN MEDIKAL AS

Gyldenprisvn. 16, 5056 Bergen

Tlf.: 55 94 77 00, fax: 55 94 77 01

post@bergen-medikal.no

www.bergen-medikal.no

Meds Nodex S madrass. Dynamisk nulltrykk  
 terapisystem til forebygging i alle risikogrup-

per og behandling i alle stadier av trykksår.

Den mest optimale løsningen på markedet i

dag. Eneste nulltrykksystem godkjent av RTV.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar

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

company@mail@togemo.no

Dekker alle behov for trykkavlastning

VITAL BASE AS

Myrvegen 2, 6060 Hareid

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

firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no

Sårbehandling/trykkavlastnings-  
 produkter

**0348****BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSLUTSTYR**AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

HML HJELPEMIDDEL-LEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81

firmapost@hml.no www.hml.no

HML Ståstativ

**0606/0612/0618**

**ORTOSER**AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo

Tlf.: 23 14 26 00, fax: 23 14 26 56

info@ottobock.se www.ottobock.no

Ortoser blir bra!

**0630****PROTESER**NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad

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

nto@ortonor.no www.ortonor.no

Spesialist i armproteser.

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

6917 Batalden

Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77

post@oytex.no www.oytex.no

Uteklær for rullestolbrukere

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona tørkler, Arcona smekker

**0909****HJELPEMIDLER FOR****AV- OG PÅKLEDNING**ADL PRODUKTER AS

Bruervev. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

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

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

**0912****HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK**ADL PRODUKTER AS

Bruervev. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Svan Bidette, Svan Remote, Svan Balance,

Svan Lift, Svan Støttearmen, Chameleon

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamveien 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

AT RONDA

Fjordtunvn. 1, 4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

**912 B****HJELPEMIDLER FOR BARN VED****TOALETTBESØK**HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Svan Balance

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

AT RONDA

Fjordtunvn. 1, 4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

**0933****HJELPEMIDLER VED VASKING,****BADING OG DUSJING**ADL PRODUKTER AS

Bruervev. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ASTECC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Servantheis, badebord

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

# PRODUKTREGISTER

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler  
ERGOGRIP  
www.ergogrip.no  
tlf. 92 20 93 99 faks 56 30 66 99  
Støttebøyle for vask  
HEPRO AS  
Øvermoan 9, 8250 Rognan  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10  
firmapost@hepro.no www.hepro.no  
Kaskad dusjkabin  
ML HJELPEMIDDEL-LEVERANDØREN AS  
Branderudvn. 90, 2015 Leirsund  
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81  
firmapost@hml.no www.hml.no  
KLUBBEN AS  
Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: +47 62 95 06 10  
Fax: +47 62 95 06 11  
www.klubben.no  
Se: [http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.  
MEDEMA NORGE AS  
P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no  
www.medema.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

## 0933 B

### HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no

#### Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler ASTEK AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Hev/senk stellebenker/bord, servanter

#### HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn  
Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71  
firmapost@hm-spes.no

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no  
www.medema.no

## Y 1

### YRKESKLÆR/SKO

PRAXIS ARBEIDS- OG FRITIDSKLÆR AS  
Sjøtun Næringspark, 6899 Balestrand

Tlf.: 57 69 24 10, fax: 57 69 24 93  
firma@praxis.no www.praxis.no  
En ledende leverandør av yrkesklær, fottøy og naturhudpleie

## 4. FORFLYTNING

### 1203/1206

#### GANGHJELPEMIDLER

##### ACCESS MOBILITY 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

##### Rollatorer

##### ADL PRODUKTER AS

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

##### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

##### BARDUM AS

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

##### FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 ÅS  
Tlf: 64 94 21 65  
www.follo-futura.no

##### Gåbord

##### HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn  
Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71  
firmapost@hm-spes.no

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no  
www.medema.no

## 1212

### BILTILPASNINGER

#### HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss  
Tlf.: 32 18 16 00, fax: 32 18 16 01  
mail@handpro.no www.handpro.no  
Totallev. i biltilpasninger og utstyr

## 1218

### SYKLER

#### ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23  
4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no  
Sykler - man. og el.

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no  
www.medema.no

## 1221

### RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE ACCESS MOBILITY 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

Elektriske scootere. El. rullestoler.

#### ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23  
4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no

Rullestoler - man. og el.

#### HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss  
Tlf.: 32 18 16 00, fax: 32 18 16 01  
mail@handpro.no www.handpro.no

Balder el. rullestoler

#### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79  
firmapost@hepro.no www.hepro.no  
HJELPEMIDDELSPELISTEN AS  
PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn  
Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71  
firmapost@hm-spes.no

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no  
www.medema.no

#### PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan  
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59  
firmapost@permobil.com,  
www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

## 1221 B

### RULLESTOLER FOR BARN

#### ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon  
Tlf: 51 68 18 88, Fax: 51 68 18 89  
www.alurehab.no

#### HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss  
Tlf.: 32 18 16 00, fax: 32 18 16 01  
mail@handpro.no www.handpro.no

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no  
www.medema.no

#### PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan  
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59  
firmapost@permobil.com,

# PRODUKTREGISTER

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

## SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
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 TILLEGGSTYR 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  
[veronica@bardum.no](mailto:veronica@bardum.no) [www.bardum.no](http://www.bardum.no)  
HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn  
Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71  
[firmapost@hm-spes.no](mailto:firmapost@hm-spes.no)

#### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund  
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81  
[firmapost@hml.no](mailto:firmapost@hml.no) [www.hml.no](http://www.hml.no)

E-mobil hjelpemotor/ drivaggregat

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)  
[www.medema.no](http://www.medema.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

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)  
[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

### **1227 ØVRIGE KJØRETØYER**

#### HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund  
Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41  
[post@handinor.no](mailto:post@handinor.no) [www.handinor.no](http://www.handinor.no)  
Ispigge-/skipigge-/hockeykjelke/pulk/mo-  
noski

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)  
[www.medema.no](http://www.medema.no)

### **1227 A**

#### **ØVRIGE KJØRETØYER. SKILATOR/ RULLATOR M/SKI**

#### HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn  
Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71  
[firmapost@hm-spes.no](mailto:firmapost@hm-spes.no)

#### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund  
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81  
[firmapost@hml.no](mailto:firmapost@hml.no) [www.hml.no](http://www.hml.no)

Skilator

#### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)  
[www.medema.no](http://www.medema.no)

### **1230**

#### **OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER**

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
[salg@adl.no](mailto:salg@adl.no) [www.adl.no](http://www.adl.no)

##### EPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79  
[firmapost@hepro.no](mailto:firmapost@hepro.no) [www.hepro.no](http://www.hepro.no)  
Gripo støttegang

##### ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda  
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51  
[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)  
Overflyttingshjelpemidler, Dreilett ,  
Jøhl Stølløfter

### **1233**

#### **VENDEHJELPEMIDLER**

##### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler  
ØVREBØ REHABILITERING AS  
P.b. 604, 3412 Lierstranda  
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51  
[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no) [www.ovrebo.no](http://www.ovrebo.no)

Eliglide

### **1236**

#### **LØFTEHJELPEMIDLER**

##### HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund  
Tlf.: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17  
[post@hcn.no](mailto:post@hcn.no) [www.hcn.no](http://www.hcn.no)  
Leverer Roomer takheis - fra rom til rom uten  
gjennomgående skinne

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)  
[www.medema.no](http://www.medema.no)

##### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
[www.sunrisemedical.no](http://www.sunrisemedical.no)  
[post@sunrisemedical.no](mailto:post@sunrisemedical.no)

### **1503**

#### **HJELPEMIDLER TIL MATLAGINGEN**

##### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler  
[hovedkontor@etac.no](mailto:hovedkontor@etac.no) [www.etac.no](http://www.etac.no)

#### MEDINOR CARE

Divisjon i Medinor ASA  
Postboks 94 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 07 65 00, fax: 22 07 65 05  
[medinor@medinor.no](mailto:medinor@medinor.no) [www.medinor.no](http://www.medinor.no)  
Brannforebyggende prod. for eldre/funksj.h.

### **1509**

#### **SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER**

##### ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen  
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21  
[salg@adl.no](mailto:salg@adl.no) [www.adl.no](http://www.adl.no)

##### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

##### REHATEKNIKK AS

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

##### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
[firmapost@picomed.no](mailto:firmapost@picomed.no)  
[www.picomed.no](http://www.picomed.no)  
Dynamiske armstøtter og spise-  
hjelpemidler Omgivelseskontroll/fjernstyring.

### **1512**

#### **RENGJØRINGSHJELPEMIDLER**

##### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
[at@ronda.no](mailto:at@ronda.no) [www.ronda.no](http://www.ronda.no)  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

##### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79  
[firmapost@hepro.no](mailto:firmapost@hepro.no) [www.hepro.no](http://www.hepro.no)

### **1803**

#### **BORD**

##### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
[post@astec.no](mailto:post@astec.no) [www.astec.no](http://www.astec.no)  
Arbeidsbord/spesialbord, skolepulter

##### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79  
[firmapost@hepro.no](mailto:firmapost@hepro.no) [www.hepro.no](http://www.hepro.no)  
HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund  
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81  
[firmapost@hml.no](mailto:firmapost@hml.no) [www.hml.no](http://www.hml.no)  
Nora og Ina underarnstøttebord

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
[firmapost@medema.no](mailto:firmapost@medema.no)  
[www.medema.no](http://www.medema.no)

# PRODUKTREGISTER

1809

## SITTEMØBLER

### BARDUM AS

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

### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79  
firmapost@hepro.no www.hepro.no

### HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal  
Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01  
HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS  
PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn  
Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71  
firmapost@hm-spes.no

### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad  
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01  
fb@krabat.no www.krabat.no  
Krabat jockey, barnestol

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no  
www.medema.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

1812

## SENGER

### BARDUM AS

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

### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund  
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81  
firmapost@hml.no www.hml.no  
Reiseseng

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no www.medema.no  
SUNRISE MEDICAL AS  
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski  
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80  
www.sunrisemedical.no  
post@sunrisemedical.no

1815

## HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE

### TILSATSER TIL MØBLER

#### ADL PRODUKTER AS

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

#### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
E-post: post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad - hev/senk

### GRANBERG INTERIØR AS

P.b. 3938 Ullevål stadion, 0806 Oslo  
Tlf.: 22 69 16 90, fax: 22 69 63 10  
even.olsen@granberg-interior.no  
www.granberg-interior.no  
Kjøkken og bad - hev/senk - garderobe

1818

## STØTTEANORDNINGER

### ADL PRODUKTER AS

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

### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
firmapost@picomed.no  
www.picomed.no  
Dynamiske armstøtter og  
spisehjelpemidler.  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1821

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

### GEWA AS

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

### PICOMED AS

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

1830

## HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEISER OG RAMPER

### ACCESS TRAPPEHEISER 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  
Seteheiser. Plattformheiser.  
Løfteplattformer.  
MEDEMA NORGE AS  
P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no www.medema.no

S 1

## UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

### HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund  
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81  
firmapost@hml.no www.hml.no  
NORINA utvikling og individuell tilpasning  
ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda  
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51  
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no  
Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra

individuelle behov

1833

## SIKKERHETSUTSTYR TIL BOLIGER OG ANDRE LOKALER

### HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10  
firmapost@hepro.no www.hepro.no  
Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

1836

## OPPBEVARINGSMØBLER

### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Kjøkken og bad - hev/senk  
GRANBERG INTERIØR AS  
P.b. 3938 Ullevål stadion, 0806 Oslo  
Tlf.: 22 69 16 90, fax: 22 69 63 10  
even.olsen@granberg-interior.no  
www.granberg-interior.no

Kjøkken og bad - hev/senk

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no  
www.medema.no

K 1

## KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79  
firmapost@hepro.no www.hepro.no

---

## 7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/VARSLING

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

2103

## OPTISKE HJELPEMIDLER

### GEWA AS

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

2109

## TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVE- MASKINER OG KALKULATORER

### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no

### GEWA AS

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

2110

## KOGNITIVE HJELPEMIDLER

### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

# PRODUKTREGISTER

info@abilia.no www.abilia.no  
COGNITA AS  
Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo  
Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30  
info@cognita.no www.cognita.no  
ABILIA AS  
Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no  
MYLIFEPRODUCTS AS  
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo  
Tlf: 92631425  
post@mylifeproducts.no  
www.mylifeproducts.no

## 2127

### IKKE-OPTISKE LESEHJELPEMIDLER AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no  
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

## 2136

### TELEFONER OG TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS  
Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no  
ABILIA AS  
Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no  
GEWA AS  
PB 626, 1411 Kolbotn  
Tlf: 66 99 60 00  
Fax: 66 80 94 90  
www.gewa.no bestilling@gewa.no  
Telefon og telefoner og telefoneringshj.  
GN RESOUND AS  
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
PICOMED AS  
Brokelandsheia, 4993 Sundebu  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
firmapost@picomed.no  
www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring

## 2139

### LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GEWA AS  
PB 626, 1411 Kolbotn  
Tlf: 66 99 60 00  
Fax: 66 80 94 90  
www.gewa.no bestilling@gewa.no  
Lydoverføringssystemer  
GN RESOUND AS  
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no

## 2142

### SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS  
Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no  
COGNITA AS  
Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo  
Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30  
info@cognita.no www.cognita.no  
ABILIA AS  
Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no  
Bolig, kommunikasjon, installasjon  
GEWA AS  
PB 626, 1411 Kolbotn  
Tlf: 66 99 60 00  
Fax: 66 80 94 90  
www.gewa.no bestilling@gewa.no  
Samtalehj.midler  
GN RESOUND AS  
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no

## 2145

### HØREAPPARATER

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

## 2146

### HØRSELTEKNISKE HJELPEMIDLER

GEWA AS  
PB 626, 1411 Kolbotn  
Tlf: 66 99 60 00  
Fax: 66 80 94 90  
www.gewa.no bestilling@gewa.no  
Hørseltekniske hjelpemidler

## 2148

### VARSLINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS  
Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no  
COGNITA AS  
Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo  
Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30  
info@cognita.no www.cognita.no  
ABILIA AS  
Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no  
GEWA AS  
PB 626, 1411 Kolbotn  
Tlf: 66 99 60 00  
Fax: 66 80 94 90  
www.gewa.no bestilling@gewa.no  
Varslingshj. midler  
GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
HEPRO AS  
Øvermoan 9, 8250 Rognan  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10  
firmapost@hepro.no www.hepro.no  
Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter  
PICOMED AS  
Brokelandsheia, 4993 Sundebu  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
firmapost@picomed.no www.picomed.no  
Varslingshjelpemidler.  
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

## 2151

### ALARMSYSTEMER

ABILIA AS  
Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no  
ABILIA AS  
Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no  
GEWA AS  
PB 626, 1411 Kolbotn  
Tlf: 66 99 60 00  
Fax: 66 80 94 90  
www.gewa.no bestilling@gewa.no  
Alarmsystemer  
HEPRO AS  
Øvermoan 9, 8250 Rognan  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10  
firmapost@hepro.no www.hepro.no  
Epi-alarm, Sengealarm, Døralarm,  
Varslingsmatte, Stolalarm  
PICOMED AS  
Brokelandsheia, 4993 Sundebu  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
firmapost@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring

## 8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

## 2412

### HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS  
Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar  
Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01  
access@access-gruppen.no www.accessgrup-  
pen.no  
Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.  
GEWA AS  
PB 626, 1411 Kolbotn  
Tlf: 66 99 60 00  
Fax: 66 80 94 90  
www.gewa.no bestilling@gewa.no  
Hjelpemidler for omg  
PICOMED AS  
Brokelandsheia, 4993 Sundebu  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
firmapost@picomed.no www.picomed.no  
Omgivelseskontroll/fjernstyring

# PRODUKTREGISTER

2418

## GREPTILPASNINGER OG HJELPEMIDLER SOM STØTTER OG/ELLER ERSTATTER HÅND- OG/ELLER FINGERGREP

### ADL PRODUKTER AS

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

### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no

### PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
firmapost@picomed.no www.picomed.no  
Dynamiske armstøtter/spisehjelpemidler Omgivelseskontroll/fjernstyring.

### REHATEKNIKK AS

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

2436

## TRANSPORTHJELPEMIDLER

### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta, Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no www.medema.no

3003

## LEKER

### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no

### AMAJO AS

Hellinga 16 D 1481 Hagan  
Tlf.: 67 07 43 40, fax: 67 07 43 41  
amajo-as@nokab.no www.amajo.no

### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
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  
veronica@bardum.no  
www.bardum.no

### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11  
www.klubben.no

Se: [http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)  
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

### AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo  
Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53  
www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

3006 SPILL

### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11  
www.klubben.no

Se: [http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

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

### AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo  
Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53  
www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

3009

## MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105

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

### BARDUM AS

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

### HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund  
Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41  
post@handinor.no www.handinor.no

### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11  
www.klubben.no

Se: [http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

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

### AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo  
Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53  
www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

## 10. HJELPEMIDLER FOR BARN

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

### B.ADL

#### ADL- HJELPEMIDLER

##### ADL PRODUKTER AS

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

### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3  
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20  
at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105

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

### AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo  
Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53  
www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

### B.ERG

#### ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

##### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no

Ergonomiske produkter for stellerom/bad, kjøkken/garderobe i barnehager/skoler.

### BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105

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

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

### B.LØF

#### LØFTEHJELPEMIDLER FOR BARN

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta  
Stamvn. 6, 1481 Hagan  
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90  
firmapost@medema.no www.medema.no

### B.KOM

#### KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

##### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no

##### ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør  
Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70  
info@abilia.no www.abilia.no -

##### GEWA AS

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

Kommunikasjonshj. for barn

##### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3  
2270 FLISA – Norway  
Tlf.: 62 95 06 10 Fax:62 95 06 11  
www.klubben.no



# PRODUKTREGISTER

Se: [http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis)

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

## **B.MOS**

### **MOSJONS- OG IDRETTSTUTSTYR**

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### 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

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

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

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

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

Se: [http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

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

#### MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

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

## **B.ROL**

### **ROLLATORER**

#### MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

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

## **B.SEN**

### **SENGER FOR BARN**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

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

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

#### HJELPEMIDDELSPECIALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

[firmapost@hm-spes.no](mailto:firmapost@hm-spes.no)

#### MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

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

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Pb. 604 3412 Lierstranda

Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51

[firmapost@ovrebo.no](mailto:firmapost@ovrebo.no)

Arcona barneseng

## **B.SPO**

### **SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER**

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

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

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

#### HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41

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

#### HJELPEMIDDELSPECIALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

[firmapost@hm-spes.no](mailto:firmapost@hm-spes.no)

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

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

Se: [http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

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

#### MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

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

## **B.STI/SAN**

### **STIMULERING/SANSEMOTORIKK**

#### AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

#### 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

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

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

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10

Fax: +47 62 95 06 11

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

Se: [http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

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

#### AS RIKTIGE LEKER

Haakon VII's gate 1, 0107 Oslo

Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53

[www.riktigeleker.no](http://www.riktigeleker.no) [ordre@riktigeleker.no](mailto:ordre@riktigeleker.no)

#### ØVREBØ REHABILITERING AS

Pb. 604 3412 Lierstranda

Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51

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

Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

## **B.SYK**

### **SYKLER**

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

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

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

#### HJELPEMIDDELSPECIALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

[firmapost@hm-spes.no](mailto:firmapost@hm-spes.no)

#### KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

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

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

Se: [http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)

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

#### KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

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

Krabat trioBike, transportsykkel

#### MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

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

**ABLOY**

Picomed tlf: 37 11 99 50  
Action trykkavlastende

**ALVEMA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**ARDO MEDICAL AG**

togemo Med.Supply  
tlf: 62 52 62 72

**ARRO CONTROL**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**ATENA NORDIC AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**ATO FORM**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BALDER EL. RULLESTOLER**

Hand-Pro tlf: 32 18 16 00

**BARRY EMONS**

AMAJO tlf: 67 07 43 40

**BC-LIFT**

Access AS tlf: 62 51 85 00

**BERNAFON**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**BEKA HOSPITEC**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BERROLKA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BEST MOBILITY**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BO EDIN AB**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**BORRINGIA AS**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**BOS MEDICAL**

togemo MedSupply  
tlf: 62 52 62 72

**CABICARES**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**CAREZIA AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**CERTEC KLOKKA, TRIACON****CHESTNUT COMPANY APS**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

**CIRRUS**

Handicare tlf: 69 24 44 00

**CLEAN LINE****HYGIENEPRODUKTER****COBI REHAB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**COMFORTA AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**CONSTELLA**

Astec tlf: 22 72 23 55

**CONTUR TRYKKAVLASTNING CURA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DAYS (DMA)**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DORMA**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**DRAISIN GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DYNAMO STOL APS**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DYNAVOX**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**EASYLIFE GRIPESTANG**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**ECN SENDELØFTER**

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

**EDU-PLAY**

Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

**EDWARD SENGEN**

Eurocontact Norge

**ELICARE AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**E-MOBIL HJELPEMOTOR FOR RULLESTOLER**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**EUROFLEX**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**FAAC**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**FITFORM**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**FLIPSTICK. HØYDEREGULERBAR SITTESTOKK**

At ronda tlf: 51 58 87 81

**GRANBERG INTERIOR AB**

Astec tlf: 22 72 23 55

**G. S. SMIRTHWAITE-(PETØ)**

Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

**HABO VÅTDUKPRESSER**

At ronda tlf: 51 58 87 81

**HAMATIC SENGEUNNER**

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

**H. BOCK**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00  
Highriser

**HIRO-LIFT GMBH****HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS**

tlf: 66 81 60 70

Access AS tlf: 62 51 85 00

**HML REISESENG**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**HML STOKK- OG KRYKKEHOLDER**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**HML STASTATIV**

HML Hjelpemiddel-leverandøren  
tlf: 63 87 05 80

**HUMANTECHNIK**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**HUNTLEIGH HEALTHCARE**

Medinor care, tlf: 22 07 65 00

**HØRAT**

Oticon tlf: 23 35 59 00

**IDC LIFESTAND STARULLE - STOLER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**ILLER BELTEKJØRETØYER****IMAGETALK**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

**JAMES**

Picomed tlf: 37 11 99 50

**JAZZY EL. RULLESTOLER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**JØHL HUMAN CARE**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**KNOP**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**KOMBIKLOSSEN**

Enteron tlf: 22 64 78 70

**KOM - I - KAPP**

AMAJO tlf: 67 07 43 40

**KOMFYRVAKT**

Medinor care tlf: 22 07 65 00

**LAVASET SENGEDUSJ****HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN**

tlf: 63 87 05 80

**LIKO**

Handicare tlf: 69 24 44 00

**LOPITAL**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**LUNOLETT**

Øy-tex tlf: 57 74 55 20

**MEDICA GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MINI CROSSER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MINITECH-VARMEHJ.M. FOR BARN OG VOKSNE**

Minitech AS tlf: 62 57 78 00

**MINOS**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MOVING PEOPLE**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**MOVITA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**NILBILD AB**

Gewa tlf: 66 99 60 00

**NORDIC AID**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**NORINA PRODUKTER**

HML Hjelpemiddel-leverandøren tlf: 63 87 05 80

**NOTTINGHAM REHAB**

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

**NTD-HISS AB**

Access AS tlf: 62 51 85 00

# AGENTURREGISTER

## **NYPRO AS**

togemo Med. Supply  
tlf: 62 52 62 72

## **OTTO BOCK**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

## **PEGASUS LTD. ENGLAND**

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

## **PERMOBIL EL. RULLESTOLER**

Permobil AS, tlf: 815 30 077

## **PHRASE-IT, C-INNOVATION AB**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **PIKOTECH**

Picomed AS tlf: 37 11 99 50

## **PROTAC**

AMAJO AS, tlf: 67 07 43 40

## **QORPUS VITA AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

## **QUALIWORLD, QUALILIFE**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **REBEX TOADUSJ AB**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **REHATEC GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **REINECKER**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

## **ROBER LTD.**

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

## **RONDA.OSTEHØVEL**

### **M/KERAMBELEGG**

At ronda tlf: 51 58 87 81

## **ROOMER TAKHEIS**

Human care A/S, tlf: 63 87 78 13

## **SAFE PUTER OG MADRASSER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **SARO STØTABSORBERENDE**

### **SALER**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

## **SAVI BARNESENGER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **SCHUCHMANN GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **SCOOTER-LINE TILBEHØRS - PROGRAM**

### **SENSE-MATIC AS**

Access AS tlf: 62 51 85 00

## **SHOPRIDER**

### **STEENS INDUSTRIER**

Medinor care tlf: 22 07 65 00

## **STEMMEFORSTERKER, HEARING PROD LTD**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **STOLETEC**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **STORM EL. RULLESTOLER**

INVACARE AS, tlf: 22 57 95 00

## **STRATUS ELEKTRISKE**

### **SCOOTERE**

### **SUNGIFT SCOOTER**

Arna Medikal, tlf: 55 24 18 70

### **SYKLER FOR BARN**

Alu rehab AS, tlf: 51 68 18 89

## **SVAN CARE AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **SWERECO AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

## **TERGEO AS**

tlf: 22 35 47 07

Biodet elektronisk bidet

## **THE GRID, SENSORY SOFTWARE**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **TIMEX DATALINK**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **TOLARM AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **TOYS FOR THE HANDICAPPED AS**

Riktige Leker,  
tlf: 22 01 78 50/52

## **TRULIFE PUTER**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

Biodet elektronisk bidet

## **TT MED**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **UNIK PRODUKTER**

Hepro tlf: 75 69 47 00

## **VASTIA DUSJROM**

HML Hjelpemiddelleverandøren  
tlf: 63 87 05 80

## **VESTURE CORPORATION**

(MICROCORE)

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

## **V. GULDMANN A/B**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

## **VILFRED-PUTEN**

At ronda tlf: 51 58 87 81

## **VILGO**

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

## **WIMA-GRIPEN**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

## **WIMA -LABBEN**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

## **WIMA -UNDERLAGET**

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

## **WINSLOW PRESS OG**

### **SPEECHMARK**

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

## **WI-VIK, PRENTKE ROMIC INT**

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

## **ØVREBØ REHABILITERING**

Øvrebø rehab. AS, tlf: 32 24 42 50w

## **BESTILLING AV KURS- OG STILLINGS- ANNONSER**

For bestilling og nærmere  
opplysninger:  
Erik Sigurdssøn  
Mobil: 90 03 09 43, e-post:  
erik@addmedia.no

Priser:

1/8 side kr 4.500, - 25%

1/4 side kr 6.000, - 25%

1/2 side kr 8.500, - 25%

1/1 side kr 12.500, - 25%

Ved annonse i papirutgaven  
kan annonsen legges ut på nett  
www.ergoterapeuten.no mot et  
tillegg på kr 2.500,-  
Nettannonse ordinært kr  
3.500,-

