

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Temanummer om hverdagsmestring

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen, Sissel Horghagen og Anne-Stine Dolva

Annonser

Erik Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 2 – 1. april / 30. april

Nr. 3 – 1. juni / 30. juni

Nr. 4 – 1. aug / 31. august

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Anita Rosmæl, 2. nestleder

Arnfinn Bjørshol

Berit Regine Laiti

Ine Cecilie Ulven

Mariette Elise Gjerde

May Solveig Svendsen

Ragna Gjone

Renate Soggemoen

Tonje Hansen Guldhav

Bjørnar Rovde 1. varamedlem

Ingelin Mari Rød, 2. varamedlem

Anne-Kristin Finne, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Kristin Jess-Bakken, varamedlem

Lilly Nerenget, varamedlem

Inger Synnøve Kjos, varamedlem

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



6



14



32



48

REPORTASJER

6 Hva er viktig for deg?

Av Else Merete Thyness

10 Å mestre hverdagslivets gjøremål

Av Anne-Lise Aakervik

NY ARENA

14 Ergoterapeut i flyktningetjenesten

Av Else Merete Thyness

YTRING

16 Best hjemme

Av Jarl Steinar Fauske

KRONIKK

18 Mulighet til å mestre

Av Bent Høie

FORBUNDET

20 Nesten 4000 medlemmer og to vinnere av sykkel

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

21 Skal sikre ergoterapeuters betingelser og posisjoner

Av Brit-Toril Lundt

22 Lønnsundersøkelsen 2015

Av Brit-Toril Lundt

25 Endelig er ergoterapeuter verdsatt på poliklinikker

Av Toril Laberg

26 Norsk Ergoterapeutforbund ønsker seg flere spesialister

Av Anita Engeset

28 Vinterkurset

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

30 Heldigvis vet man ikke hva morgendagen bringer

Av Roar Hagen

FAGLIG

32 Hverdagsmestring

Av Nils Erik Ness

38 Kan teori om hverdagsliv utfordre ergoterapeuter?

Av Tove Borg

48 TRIV som profesjonsmarkører

Av Jacob Madsen

56 Brukererfaring og fagkunnskap hånd i hånd

Av Liv Hopen

65 Spre kunnskap og bygge kompetanse

Av Cecilia Sønstebo

VITENSKAP

66 Fordi det gir håp

Av Else Marit H. Gravås, Brita G. Barstad, Reidun Jahnsen, Birgit Jensen, Janne Mottlau, Helle Schiørbeck, Sissel Krabbe, Kjersti Ramstad og Stephen von Tetzchner

78 Forsker i farten: Tore Bonsaksen

Av Sissel Horghagen

AKTUELT

80 E-læringsmodul om hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering

Av Christine Næss Evensen

81 Ny nettside

Av Else Merete Thyness

PÅ DEN SISTE SIDEN

82 Hvorfor sitte inne, når alt håp er ute?

Av Lena Christina Eide

ANNONSER

84 Kurs- og stillingsannonser

91 Produktregister

98 Agenturregister

Pasient, bruker eller borger

Hva er egentlig forskjellen?



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Pasient- og brukerrettighetsloven definerer en pasient som «en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp – eller som helse- og omsorgstjenesten gir helsehjelp». Ordet kommer fra det latinske «patiens», som betyr «en som lider», og innebærer at vedkommende både har en sykdom og er i kontakt med helsevesenet. Mange kritiserer ordet «pasient» fordi det antyder et maktforhold der behandleren er allvitende og dominerende og pasienten passiv og hjelpsløs. Men – noen ganger er vi så syke at vi har behov for å være pasienter. Vi ønsker at noen tar vare på og behandler oss.

Brukerbegrepet ble lansert som et alternativ til pasientbegrepet. En bruker har en mer aktiv og friere rolle i forhold til helsetilbudet og blir sett på som en ekspert på eget liv. Brukeren er i stand til å ta egne valg i tjenestene, ut fra preferanser og behov. På den andre siden er det ikke sikkert at vi bare ved å kalle oss brukere automatisk blir mindre lidende og mer kunnskapsrike.

Etymologien til ordet «borger»

er «en som tilhørte en borg». I våre dager står det for en person som har de samme demokratiske rettighetene som andre mennesker i samfunnet, inkludert autonomi, selvbestemmelse, ytringsfrihet og deltakelse. Hvis vi bytter ut brukerbegrepet med borgerbegrepet, beskriver vi et tilnærmet likeverdig forhold mellom den som yter og den som mottar hjelpen. Det spørsmålet vi kan stille oss da, er: hvis tjenesteyter og tjenestemottaker til slutt er helt likestilte, hvem har da ansvar for behandlingen?

Jeg sitter ikke med fasiten på hva som er riktig valg av ord eller ordbruk. Men en diskusjon om bruken kan være et virkemiddel for å presisere og klargjøre mening, og det kan skape bevegelse i feltet. Kanskje er det sånn at ved å forandre ordene vi bruker om hverandre, så forandrer vi virkeligheten.

Jeg er i hvert fall sikker på at helsearbeidere må være lydhøre for hvordan de best kan fremme helse og mestring hos de menneskene de møter – enten det er gjennom ord eller handlinger – som nettopp er det dette tema-nummeret handler om.



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Vi står ved et vendepunkt!

Norge står ved et vendepunkt. Vi står overfor store demografiske endringer i årene framover. Dette øker forsørgerbyrden vår. Samtidig kommer flere flyktninger. Denne utviklingen er heller ikke forenelig med stort utenforskap i arbeidsmarkedet og mangel på helsepersonell. Samtidig erkjenner vi nå at oljen ikke vil være framtidens motor for vekst.

Disse utviklingstrekkene har vi kjent lenge, og de presiseres i den andre Produktivitetsrapporten (NOU 2016:3). Rapporten sier at det er nødvendig å stimulere til nytenkning og innovasjon i helsesektoren. Både teknologisk utvikling og ny organisering av arbeidsmetoder er da viktig (s. 222). Produktivitetsmeldinga sier at vi må ha et skifte fra en ressursøkonomi til en kunnskapøkonomi.

De tre mest opplagte løsningene, der også ergoterapeuter har nøkkelkompetanse, er univer-

sell utforming, velferdsteknologi og re/habilitering.

Sammenlignet med de fleste land kan vi si at Norge har en utmerket helsetjeneste når det gjelder sykdomsbehandling. Akuttjenester og pleie er imidlertid prioritert framfor hverdagsmestring og samfunnsdeltakelse. Regjeringas nylige «Handlingsplan for universell utforming» ble en skuffelse, der ambisjonene forsvant. Norge bygger fortsatt flere sykehjem, mens Danmark og Sverige la dem ned og satset på rehabilitering for mange år siden.

Ergoterapeuter er ved et vendepunkt. Vi er eksperter på innbyggernes mestring og deltagelse i hverdagslivet. Denne kompetansen trenger velferdssamfunnet mer enn noen gang. Innsats i hverdagslivet utløser ressurser ved å gjøre innbyggere tilfredse og selvhjulpne. Dette gir samtidig en samfunnsøkonomisk gevinst. Forbundet registrerer en enorm etterspørsel etter forelesere i

hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering som svar på framtidens utfordringer, og til og med invitasjon fra politisk ledelse i Finansdepartementet for å gi innspill på Perspektivmeldinga 2017. Det er virkelig et vendepunkt!

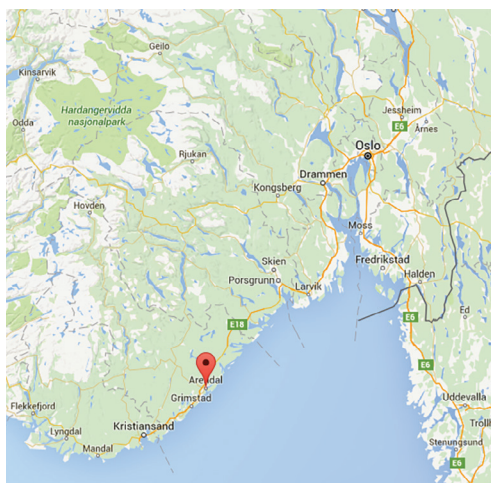
Vi vet at hverdagslivet er komplisert for mange. Samtidig må vi ikke gjøre budskapet vårt for vanskelig. Å delta i samfunnet, å mestre hverdagsaktiviteter, er ønskelig for den enkelte, og det lønner seg for samfunnet. Noen kommuner har virkelig våknet og fortjener ros - og kan kalles mestringskommuner. Andre kommuner sover mens de pøser på med mer av de samme løsningene. Den gamle pedagogiske metoden jeg engang lærte av en ergoterapeutkollega, er stadig gyldig når vi skal formidle vårt budskap: «Vi må gjenta, gjenta og gjenta – de sover alle sammen, men aldri samtidig!» Dette temanummeret viser hvordan hverdagsmestring kan utløse ressurser.

HVA ER VIKTIG FOR DEG?

Av Else Merete Thyness

MESTRINGSKOMMUNEN ARENDAL

Prosjekt hverdagsrehabilitering var så vellykket at Arendal kommune nå vil implementere hverdagsmestring i alle tjenestene. – Hovedstrategien i kommunen skal være mestring, forteller Olga Rugsland Espegren, leder for delprosjektet Like muligheter.



Arendal har cirka 43 700 innbyggere og er fylkes- hovedstaden i Aust-Agder.



– Mestringsperspektivet skal legges til grunn i all tjenesteutvikling de kommende årene, sier Olga Rugsland Espegren. Foto: Jarle Kvam

Jeg er i Arendal for å få en smakebit av det mest- ringskommunen har å by på. Den første jeg griper fatt i, er byens ordfører, Robert Cornels Nordli. Han forteller at satsingen på hverdagsmestring har sitt ut- spring i kommunens utfordringer.

– Det kommer til å bli en dra- matisk vekst i eldrebefolkningen. Vi får flere innbyggere over 80 år og flere som vil trenge hel- se- og omsorgstjenester. Sam- tidig blir det relativt sett færre yrkesaktive som kan finansiere velferdsstaten.

Han peker også på leve- kårsrapporten 2014.

– Den viser at flere av Aren- dals bydeler har dårlige skår på forhold som berører levekår og folkehelse.

En tredje utfordring er dårlig kommuneøkonomi.

– Vi er en skattesvak kommu- ne, så vi må drive seks prosent billigere enn andre kommuner i Norge, forteller han.

Disse utfordringene har fått kommuneledelsen til å tenke i nye baner.

– Vi skal møte utfordringene med å fremme innbyggernes mestringsevne – først og fremst der de lever sine liv. Blant annet vil vi styrke folkehelsen, bli bedre

på forebygging og sette bruker- nes behov, ressurser og egne mål i fokus. Med dette håper vi å bidra til at de etablerer mest- ringsevne så tidlig som mulig i livet, og siden beholder den. Hvis mestringsevnen blir redu- sert på grunn av helsemessige eller andre forhold, vil oppgaven bestå i å gjenvinne den. Dette er blant annet forankret i kommu- nedelplan *Tidlig innsats for bedre levekår 2023*, som følges opp gjennom prosjektet «Mestrings- kommunen Arendal».

HVA ER VIKTIG FOR DEG?

Arendal kommune var tidlig ute med hverdagsrehabilitering i Nor- ge. Det ga dem god erfaring med å jobbe intensivt og målrettet for å styrke brukernes egne ressurser og mestring. I 2012 besluttet de å overføre den tverrfaglige innsat- sen til andre brukergrupper og etablerte blant annet «Mestrings- prosjektet psykisk helse». Her skulle et innsatsteam fokusere på en gruppe pasienter med angst og depresjoner.

– Oppfølgingsperioden ble satt til ti uker, og det ble lagt vekt på brukerinvolvering og samspill med pårørende og nettverk, pluss tett samarbeid med fastlegen og an- dre instanser, forteller Liv Skjæve-



Utenfor Arendals rådhus, fra venstre: ordfører Robert Cornels Nordli, ergoterapeut Thomas Tellefsen og rådgiver Olga Rugsland Espegren. – Vi sier at vi skal bygge en mestringskatedral, sier Espegren. Foto: Jarle Kvam

land. Hun var leder for prosjektets arbeidsgruppe.

Intervensjonen startet med en bred kartlegging av blant annet boligforhold, ressurser og interesser. Viktige spørsmål som ble stilt, var: «Hva vil du bruke disse ti ukene til?» og «Hva er viktig for deg nå?» Deretter fulgte innsatsteamet opp med minst én strukturert samtale i uken. De knyttet også brukerne opp mot andre ressurser i kommunen, som Frisklivs-sentralen, NAV, treningssentre, Røde Kors og Aktiv på Dagtid.

Prosjektet var så vellykket at det i 2015 ble videreført som et fast tilbud i Tverrfaglig innsatsteam psykisk helse og rus. Ergoterapeut Thomas Tellefsen, som hadde erfaring fra Innsatsteam

hverdagsrehabilitering, jobber nå i innsatsteamet psykisk helse

– Dette er et veldig bra opplegg som handler om å støtte folk i å mestre hverdagsaktiviteter og finne tilhørighet i samfunnet. Vi tar utgangspunkt i der brukeren befinner seg, og de definerer selv målene, sier Tellefsen.

For å sikre brukermedvirkning benytter de blant annet KOR (Klient- og resultatstyrt praksis), et samtaleinstrument som sikrer en systematisk tilbakemelding fra klienten om den terapeutiske prosessen og nytten av behandlingen.

– KOR gir brukerne mulighet til å evaluere behandlingstilbudet. Det gjør det også lettere for fagperson og bruker å se hvilke justeringer som eventuelt må foretas.



Liv Skjæveland er avdelingsleder og Thomas Tellefsen er ergoterapeut i Tverrfaglig Innsatsteam psykisk helse og rus. – Vi støtter folk i å mestre hverdagsaktiviteter og finne tilhørighet i samfunnet, sier Tellefsen. Foto: E.M Thyness



En stor folkemengde markerte at Arendals fjerde frivillighetssentral ble åpnet. Thyholmen seniorsenter gleder seg til å åpne opp for helt nye «medlemmer». Foto: Lisbeth Iversen.



Den nye frivillighetssentralen ligger på bryggekannten, midt i Arendal. Foto: Jarle Kvam



Ordfører Robert Cornels Nordli gratulerte Thyholmen seniorsenter med at de nå var blitt frivillighetssentral. Foto: Lisbeth Iversen.



Kjell Sjursen, initiativtaker til Arendalskonferansen, fikk ideen om skiftet fra seniorsenter til frivillighetssentral.

LÆRINGSNETTVERK

KS og Kunnskapssenteret har etablert læringsnettverk for å utvikle gode pasientforløp. Visjonen er å snu tenkningen fra «Hva er i veien med deg?» til «Hva er viktig for deg?» Nettverkene har tverrfaglig representasjon og inkluderer mennesker med egenerfaring. De bygger på en satsing på helsefremmende arbeid og har hverdagsrehabilitering og COPM som noen av driverne. Fokus på hva som er viktig for innbyggerne er et skritt i riktig retning mot hvordan fremtidens Arendal ønsker å samskape med innbyggerne i arbeidet med å bli en mestringskommune.

MESTRINGSKOMMUNEN

Arendal kommune jobber aktivt med å være en mestringskommune og kaller dette prosjektet for mestringskatedralen.

– Alle fagfolk og innbyggere skal være med og bygge på katedralen, sier Espegren.

Da de skulle definere hverdagsmestring, la de blant annet Per Fugellis tre mestringsfaktorer til grunn. De handler om å oppleve personlig verdighet, respekt og selvrespekt, om handlingsrom i eget liv og om tilhørighet til fellesskapet.

– Disse tre faktorene bør være tilstede hvis en person skal

oppleve mestring. Som helsearbeidere kommer vi langt med å spørre «Hva er viktig for deg», sier Espegren.

Mestringsprosjektet er delt i fem delprosjekter: Like muligheter, Livslang læring, Gode bomiljø, Tilhørighet og Medborgerskap.

– Alle delprosjektene er tverrfaglige med målsetting om en mestringskjede i alle ledd og på alle nivåer.

Olga Espegren er prosjektleder for Like muligheter. Her skal de arbeide tverrfaglig og systematisk med å gi barn bedre oppvekst og likere muligheter for gode levekår.

– Mandatet innebærer kort for-

«Til syvende og sist handler det om å forløse ressurser hos alle og virkelig ha tro på den enkelte»

Olga Rugsland Espegren

talt å riste i grunnvollene til Arendal kommune og tenke enkelt for å endre levekårsindikatorne til barn og unge mellom null og 24 år, sier hun.

I prosjektet tar de med seg gode erfaringer fra hverdagsrehabilitering hos eldre, mennesker med psykisk utviklingshemming og med angst og depresjon.

- Vi skal samarbeide med innbyggere, pårørende og frivillige organisasjoner slik at vi sammen kan forløse ressursene hos innbyggerne i Arendal.

- Dette er på en måte en intern samhandlingsreform for Arendal kommune. Det blir lagt føringer for hvordan vi kan jobbe på tvers og på en enklere måte, slik at vi får bedre resultater på levekårsindikatorer uten økte budsjetttrammene.

MED HJERTE FOR ARENDAL

«Med hjerte for Arendal - et godt sted å bo for alle» er et fireårig prosjektsamarbeid mellom kommunen, KS Agder, næringsliv, kulturliv og frivillige organisasjoner som Frelsesarmeen, Røde Kors, Kirkens Bymisjon og Nasjonalforeningen for folkehelsen.

- «Med hjerte for Arendal» har blant annet som mål å styrke samhandlingen mellom det offentlige og de frivillige organisasjonene, og bidra til at flere kan være med og gjøre Arendal til en god by å bo i for alle, sier Lisbeth

Iversen, arbeidende styreleder i prosjektet.

Hun er en av dem jeg møter da jeg på slutten av dagen blir med på åpningen av ny frivillighetssentral i Arendal. De engasjerte eldre i Thyholmen seniorsenter ønsket å skape en møteplass for mennesker i alle aldre, og oppgraderte derfor fra eldresenter til frivillighetssentral.

Etter høytidelig avduking av nytt skilt byr frivillighetssentralen på underholdning og servering i feststuen. Her får jeg med meg den siste biten av av det bildet jeg forsøker å tegne av mest-ringskommunen Arendal.

Hilde Mjøs fra Voksenopplæringen i Arendal og Lisbeth Iversen forteller om et vellykket prosjekt som de to organisasjonene gjennomførte i samarbeid med biblioteket.

- Ideen var å koble ti mennesker med innvandringsbakgrunn med ti mennesker med makt og nettverk fra Arendal. Alle møttes på biblioteket, og etter en introduksjonsrunde satte to og to seg sammen for en halvtimes samtale, forteller Hilde Mjøs.

Ideen fikk hun fra et bibliotek i Sverige som reklamerte med «Lån en svenske».

- Vi valgte å kalle prosjektet «Folk møter folk». Det skapte en fin anledning for arendalitter og nyinnflyttede i kommunen til å bli bedre kjent.



Til stede på åpningen av den nye frivillighetssentralen var blant annet fra venstre: Hilde Mjøs fra Voksenopplæringen i Arendal, Lisbeth Iversen, koordinator i Med hjerte for Arendal, og Olga Rugsland Espegren. Foto: EM. Thyness

OPPSKRIFT «FOLK MØTER FOLK»

IINGREDIENSER

20 folk som liker å snakke
1 langbord
1 stor kake
2 kanner kaffe/te
Servietter og kopper
60 minutter

SLIK GJØR DU:

Plasser de 20 menneskene rundt et langbord og rør godt rundt. Be alle si navnet sitt og en setning som forteller noe om dem. Hell kaffe eller te i koppene. Snakk litt om hva som skal skje. Deltakerne settes sammen to og to for å snakke sammen i 30 minutter. De kan selv velge tema og hvor de vil sitte i lokalet. Etter 30 minutter møtes alle ved langbordet igjen. Vi anbefaler en avkjøling i plenum, hvor de som vil, forteller fra samtalen. Send rundt kake, kaffe og te. Hva skjer? Jo, folk snakker sammen!

Å MESTRE HVERDAGSLIVETS GJØREMÅL

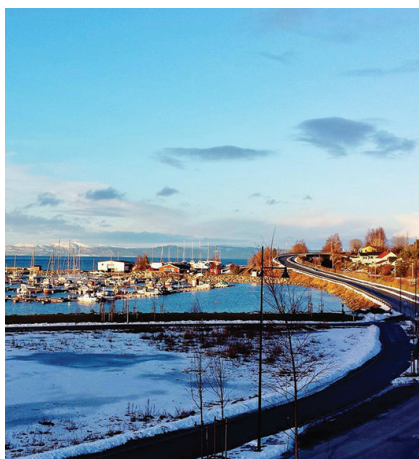
Med mål om å bidra til at hjemmeboende eldre og utviklingshemmede skal mestre hverdagen så godt som mulig, har Malvik blitt en foregangskommune på hverdagsmestring.

Av Anne-Lise Aakervik

Et tverrfaglig team bestående av fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og hjelpepleier samarbeider med brukerne slik at de kan trene på det de ønsker å bli bedre på, for at hverdagen skal bli enklere. Effekten er stor og resultatene gode. Hvordan har de jobbet for å komme seg dit?

– Vi har i lengre tid arbeidet med å innføre hverdagsmestring som begrep, tankesett og metode i alle virksomheter innen helse og velferd i kommunen, sier kommunalsjef for helse og velferd, Tone Østvang, som også er utdannet ergoterapeut. Vi har dermed sluttet å bruke hverdagsrehabilitering som begrep.

For å utvikle en robust metode og skape forankring og entusiasme har de brukt god tid. Arbeidet med revidering av kommunens styringsdokumenter ble gjennomført i 2009 - 2010, og i den forbindelse ble det lagt vekt på samhandling og tett dialog mellom politisk og administrativ ledelse, samt involvering av innbyggere, brukere, tillitsvalgte og ansatte. Dette resulterte i nye styringsdokumenter som i stor grad har vektlagt helsefremming, folkehelse og mestring. I denne



Malvik kommune ligger i Sør-Trøndelag, ved Trondheimsfjorden og har 13 498 innbyggere. De har god tilgang på fri-luftsområder, natur og kulturopplevelser. Foto: Jan Erik Slind



– Samtlige virksomheter innen helse og velferd skal innføre hverdagsmestring som en del av den daglige driften, sier Eli Trøan.

sammenheng kan også nevnes boligsosialt arbeid og folkehelsesatsningen LEV VEL.

ENDRING AV DRIFT

– Vi gikk i gang for fullt med hverdagsmestring i 2012. En tverrfaglig prosjektgruppe utredet hvordan vi kunne implementere det hos oss. Etter drøftinger og rapporter ble det besluttet at samtlige virksomheter innen helse og velferd skulle innføre dette, og det skulle inngå som en del av den daglige driften, sier Eli Trøan, som er rådgiver i koordinerende enhet i kommunen, samtidig som hun også er overordnet koordinator for hverdagsmestring. Hun er bindeleddet mellom virksomhet og administrasjon og er blant annet pådriver i arbeidet med forankring, nettverksbygging og kompetanseheving.

– Våren 2013 jobbet vi videre med forberedelser og planlegging. Vi jobbet blant annet med forankring, både på politisk, administrativt og faglig nivå, fortsetter Østvang.

– Dette ville påvirke mange folks arbeidshverdag, fordi man må tenke annerledes og jobbe mer tverrfaglig. Vi har arbeidet med kompetanseheving og opp-



Fra venstre: Kommunsjef for helse og velferd Tone Østvang, faglig leder i hverdagsmestringsteamet i Malvik kommune Martin Tjugen, og Eli Trøan, som er rådgiver i koordinerende enhet i kommunen samt overordnet koordinator for hverdagsmestring. Alle tre er utdannet ergoterapeut.

læring, holdningsendring, verdigrunnlag og et felles tankesett. Vi gikk gjennom system og organisering og knyttet oss til relevante fag- og forskningsmiljø og andre samarbeidskommuner.

ARBEIDSMETODE, VERDIGRUNNLAG OG TANKESETT

– For den ansatte handler hverdagsmestring om å være en lagspiller. Det tverrfaglige teamet jobber sammen med brukeren. Hva er viktig for vedkommende? Hvordan kan vi hjelpe han å nå sitt mål eller få gjennomført ønsket? Vi ser på mulighetene og ressursene fremfor problemene. Så enkelt i utgangspunktet, men det har vært lite fokus på dette i kommunale tjenester fram til nå, sier Martin

Tjugen. Han er ergoterapeut og faglig leder i hverdagsmestringsteamet i Malvik kommune.

– Vi ønsker å etablere et tankesett i kommunen som innebærer at man først tenker på hvordan man kan hjelpe brukeren til å mestre eget liv. I utgangspunktet er ikke dette vanskelig, men det betyr at vi må skreddersy tilbudene i større grad til brukerne. Ikke alle har behov for den samme type tilrettelegging, trening eller hjelp for å nå sine mål, sier Eli Trøan.

– Derfor må vi også jobbe mer på tvers og omstille oss i forhold til de svarene vi får fra brukerne, sier Martin Tjugen.

BRUKER MER RESSURSER TIDLIG
Hverdagsmestringsteamet kom-

mer tidlig inn, for eksempel når en bruker søker om trygghetsalarm eller kommer hjem fra sykehus eller rehabiliteringsopphold. De prater med vedkommende for å finne ut hva brukeren har som mål eller har lyst til å klare selv som han ikke får til i dag. Teamet får mange forskjellige svar på hvilke mål brukeren har. Det kan være alt fra å stille seg selv, besøke naboen, eller lage mat selv.

– Ut fra ønsket mål kartlegger vi hva som må til, og lager et trenings- og mestringssopplegg som vanligvis går over ti uker. For noen kan det å reise seg opp fra stolen uten hjelp være første trinn. Da starter vi der, og bygger videre på det. Vi evaluerer etter seks og tolv måneder for å se



- Hjemmehjelpen tipset om at hverdagsmestringsteamet kanskje kunne hjelpe meg, og så kom Hege Bolland (til høyre) inn i bildet, sier Landsem Haugen.

hvordan det går. Vi opplever at de fleste avslutter på et mye høyere nivå enn da vi startet med hverdagsmestring. Dette betyr også at brukerne mest sannsynlig vil bo lengre hjemme, sier Tjugen.

Gjennom hverdagsmestring settes det inn ressurser tidlig slik at de kan klare seg bedre senere. Dette gjelder både hjemmeboende og utviklingshemmede. Tradisjonelt har dette skjedd i motsatt rekkefølge.

STØ KURS OG MÅLRETTET ARBEID

Malvik er blitt en foregangskommune i dette arbeidet. De innfører felles kultur og tankegang omkring hverdagsmestring innen helse og velferd og oppnår gode resultater. Dette er et tverrfaglig og systematisk arbeid, sier kommunalsjef Tone Østvang.

Kommunen har vært våken når muligheten kom i form av tilskuddsmidler fra Helsedirektoratet.

- Føringsene lå jo allerede nedfelt i alle lover som kom fra sentralt hold om koordinert bistand, med fokus på folkehelse og helsefremmende tiltak. Disse føringsene har blitt ytterligere forsterket de senere årene, sier Østvang.

- Den største utfordringen vi har hatt, er å være fleksibel nok. Slike tilbud må skreddersys, og da setter vi sammen folk fra flere virksomheter. For mange har det vært en utfordring ikke å tenke «mitt område», men bidra inn i et fellesskap.

- I arbeidet med å få ansatte inn i tankesettet har vi hatt fagdager og temadager, samt kursing og ulike opplegg for kompetanseheving. Det er veldig viktig å bli kjent med hverandre på tvers og vite hvilken kompetanse som finnes i organisasjonen. Da vet du hvem du kan kontakte, og du har et nettverk. I tillegg er det selvsagt viktig at denne tankemåten er forankret hos ledelsen, sier Trøan.

Å SYNLIGGJØRE RESULTATER ER VIKTIG

- Vi har faglige diskusjoner, og vi jobber politisk og har møter og orienteringer om dette for helse- og velferdsutvalget. Vi utarbeider informasjonsmaterieell og tipser media jevnlig om saker i forbindelse med arbeidet vårt, sier koordinator Eli Trøan.

- For oss er det viktig å vise til konkrete resultater. Det er ikke vanskelig å selge inn metoden. Vi er som mange andre kommuner i en pressa økonomisk situasjon. Vi vil derfor bruke de knappe ressursene slik at brukerne får det bedre og kan klare seg mer selv. Hverdagsmestring er en god investering som gir langvarig gevinst. Fem-seks uker med trening har så langt gitt god uttelling. Målet med innsatsen er først og fremst at den enkelte innbygger får mobilisert egne ressurser, og at vi arbeider på en slik måte at vi kan redusere den kommunale innsatsen. Samarbeid

«Målet med innsatsen er først og fremst at den enkelte innbygger får mobilisert egne ressurser»

Tone Østvang

og tverrfaglig innsats er nøkkelen. Alle fagprofesjoner er like viktige, sier Tone Østvang.

KJERSTI RYDDER HJEMME

– Kom inn! Døra går opp og ut stikker et smilende fjes. Kjersti Landsem Haugen inviterer raust inn i den koselige leiligheten.

– Velkommen, sier hun og tilbyr en plass i sofaen.

Kjersti har utfordringer med læring, men har bodd i egen leilighet ved Hommelvik Helsetun i fire år og jobber på helsetunet som aktivitetsmedarbeider.

– Jeg stortrives på jobben min, og jeg trives hjemme, sier hun og griper etter strikketøyet under bordet. Esker med perler vitner om at Kjersti liker å holde på med hendene sine.

– Det var hjemmehjelpen som tipset om at hverdagsmestringsteamet kanskje kunne hjelpe meg, og så kom Hege Bolland inn i bildet. Vernepleieren fra boveiledningstjenesten ble kontaktet da hverdagsmestringsteamet skulle inn og støtte Kjersti. De to målene hun selv ønsket å bli bedre på, var å holde leiligheten ryddig gjennom uka og å kunne ta drosje selv til sykehuset slik at moren ikke behøvde å bli med.

BESTEMME SELV

– Jeg trenger å få struktur på ryddinga mi, smiler Kjersti og setter seg god til rette i godstolen. Så sammen med Hege har hun satt opp en ukeplan på rydding.

– Det sliter jeg altså litt med, innrømmer hun. Men det er mye

bedre enn da jeg hadde hjemme-sykepleien her. De var her en time og da tok de over jobben min, og jeg ble passiv, mens nå er det jeg som bestemmer hva vi skal gjøre.

– Du er flink Kjersti, men du er lett å distrahere, og da glemmer du gjerne hva du holdt på med og begynner med noe annet, sier Hege. Noe Kjersti nikker bekref-tende til.

Når det gjelder det andre må-let - å ta drosje alene - har Kjersti allerede gjort det et par ganger og synes at det går bra.

– Jeg skal som regel til steder jeg har vært før, og da er det ikke noe problem, sier hun.

Men det var ryddingen, da. Heldigvis går det fremover. Kjersti og Hege er sammen halvannen time hver fredag der Kjersti ryd-der og vasker. Samtidig er praten en veldig viktig del av samværet, og så ler de sammen. Humor er bra!

FILMSTJERNE

Kjersti var også en viktig person da et filmteam fra Gyldenlag Forlag laget film om Malvik kommu-ne og hverdagsmestring. Filmen om Kjersti skulle være med og heve fagkompetansen til norske helsearbeidere. Den brukes i et e-læringskurs om nettopp hverdagsmestring. Målgruppa var helse- og omsorgsarbeidere i landets kommuner.

– Det var veldig fint å kunne bidra, sier Kjersti om sin egen rol-le i filmen. Selv er hun veldig godt fornøyd med hjelpen hun får til å mestre hverdagen bedre.



– Jeg trengte å få struktur på ryddinga mi, smiler Kjersti Landsem Haugen.



NAVN

Even Elias Edvardsen

STILLING

Ergoterapeut i flyktningetjenesten og kommunehelsetjenesten

HVOR

Smøla kommune

Ergoterapeut i flyktningetjenesten og kommunehelsetjenesten

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber for tiden i Smøla kommune, Møre og Romsdals nordligste kommune med rundt 2150 innbyggere, en kommune som i 2015 bosatte sine første flyktninger siden andre verdenskrig.

– Hva jobber du som?

– Jeg er ansatt som ergoterapeut i flyktningetjenesten og kommunehelsetjenesten. En kombistilling, altså.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg har vært ansatt siden sommeren 2015.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Det er å styrke integreringsprosessen for våre nybosatte flyktninger fra blant annet Syria. Etter at de har fått innvilget opphold, planlegger vi og bosetter dem i samarbeid med IMDi og asylmottak. I min jobb går mye tid til å veilede, undervise, organisere gruppeaktiviteter, koordinere tjenester og samarbeide tett med flyktningekonsulent, frivillige og andre deler av offentligheten. Jeg er tilstede i hverdagslivet til flyktningene og driver med mye miljøterapeutisk virksomhet. Sammen med Voksenopplæringen arbeider vi sammen for å skape et best mulig introduksjonsprogram og integrering med de forutsetningene og ressursene vi har. Jeg vil også føye til at jeg har faglig ansvar for ergoterapitjenesten i kommunen og er synskontakt i tillegg.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– Jeg støtter meg til de dynamiske systemteoriene i ergoterapi, som MOHO og CMOP-E, for hvordan jeg tenker, vurderer og forstår menneskene jeg møter. Da mye av arbeidet er av psykososial art, er kommunikasjons- og relasjonskompetanse viktig. Det samme med deltakelses-, myndiggjørings-, mestrings- og meningsbegrepet. Vi vil jo at de skal få oppleve livet her som noe meningsfylt og trygt og samtidig oppleve valgmuligheter, verdighet og kontroll over eget liv. Kunnskap om migrasjonshelse, kultur og psykisk helse er også verd å nevne i denne sammenheng. Jeg ønsker også å trekke

fram rammeverket Occupational Justice, som er retningsgivende for hva som er å anse som en rettighet. Eksempelvis har vi hatt et fokus på at alle kvinnene skal få ha muligheten til å delta på svømming hver mandag. Noen sa nei starten, men etter hvert ble det en svært populær og samlende aktivitet. Hver torsdag har vi fysisk aktivitet sammen i gruppe, og gleden er stor når én blir helt på laget i et spill kanonball. Mange IADL-aktiviteter krever mye repetering og veiledning fra vår side, så mye av min tid går til dette. Da er det svært nyttig å ha kunnskap om aktivitetsanalyse og veiledningskompetanse.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Denne jobben passer nok flere faggrupper innen helse- og sosialfag, tenker jeg. Livet i eksil er ofte svært stressende for den som har flyktet fra sitt hjem og hverdagsliv, noe som kan påvirke selvforståelsen, helsen og mestringskompetansen som følge av tap av nettverk, roller og rutiner. Til dette har ergoterapeuter et veldig fint og helhetlig fokus på hverdagslivet som gjør dem godt egnet. Vi er gode å snakke med, kan tilrettelegge aktivitet og er «programmert» til å utløse ressurser hos dem vi jobber med. Tanken har streift meg at kanskje integreringsarbeid bør få en større rolle i samfunnsoppdraget vårt.

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

– Absolutt! Her har ergoterapeuter mye de kan bidra med. Integrering handler i bunn og grunn om å bygge et velfungerende hverdagsliv i eksil, med alt det som hører til. Alt fra å



Hver fredag arrangeres Språkkafé, et samarbeid mellom biblioteket, flyktningetjenesten og frivillige. Da møtes frivillige og mennesker med innvandrerbakgrunn som ønsker å prate norsk. På bildet forsøker de å finne ord som passer til et bilde av nordlys. Fotograf: Wenche Farstad

mestre instrumentell ADL som å betjene en nettbank, til å få oppleve meningsfulle roller og relasjoner som kan være med på å fremme livskvalitet og deltakelse i samfunnet. Av den grunn er det kanskje ikke så utradisjonelt, det er jo midt i ergoterapiens arbeidsområde. For meg har nok min tid som utvekslingsstudent i WayaWay i Zambia, vært en stor inspirasjon til å tenke innovativt og jobbe på tvers av språk- og kulturbarrierer.

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

– Ja, hvorfor ikke? Det er spennende, aktuelt og givende å jobbe i dette feltet. Har vi som faggruppe mye å bidra med i det? I stor grad. Jeg håper virkelig at flere ergoterapeuter ser mulighetsvinduet og satser innenfor arbeid med flyktninger og asylsøkere. Jeg opplever jobben min som

svært meningsfylt og givende og har fått et mer nyansert verdensbilde og kulturell forståelse. Jeg

vil gjerne komme i kontakt med andre ergoterapeuter som har interesse for feltet.

FAKTA

- › **Menneske med innvandringsbakgrunn** – En person som er født i utlandet, og bosatt i Norge.
- › **IMDi** – Integrerings- og mangfoldsdirektoratet
- › **EMA** – Enslig mindreårig asylsøker. Han eller hun er i Norge uten foreldre eller med foreldreansvar.
- › **Asylsøker** – Betegnelsen på en person som søker asyl (beskyttelse).
- › **Bosetting** – Når en asylsøker har fått innvilget asyl, fremstilles de for bosetting i kommunene i samarbeid med IMDi.
- › **Migrasjon** – Et begrep for forflytning av mennesker eller grupper. Det skilles ofte mellom frivillig migrasjon (som arbeid) og tvangsmigrasjon eller fordrivelse (krig).
- › **Flyktning** – En person som fyller kravene til å få beskyttelse i Norge.
- › **Overføringsflyktning** – også kalt kvoteflyktning eller FN-flyktning, er en flyktning registrert hos FNs høykommissær for flyktninger (UNHCR).
- › **Introduksjonsprogram** – Et kommunalt, lovfestet kvalifiseringsprogram som skal sikre grunnleggende ferdigheter i norsk og annen kunnskap som er relevant for å sikre nyankomne innvandreres mulighet for deltakelse i yrkes- og samfunnsnivå og deres økonomiske selvstendighet.

Best hjemme

– VEIEN TILBAKE TIL SAMFUNNET MED BISTAND FRA HJEMMEREHABILITERINGSTEAM I SANDEFJORD

Jeg hadde vært en nedkjørt, alkoholisert narkoman i mer enn femti år og sto helt på kanten av livet. Ingenting i hverdagen fungerte. Vendingen kom da mitt liv nådde sin ultimate bunn og hel-seplagene ble så store at jeg trengte hjelp fra hjemmesykepleien og der igjennom hjemmerehabiliteringsteamet «Best hjemme».

Av Jarl Steinar Fauske

Min erfaring med rus, psykiatri, kriminalitet og uteliggertilværelse førte til at jeg ble møtt med stigmatisering og stengte dører overalt. Det var ingen åpenbar vei tilbake til samfunnet, på tross av gjentatte forsøk gjennom årene. Hjelpen var basert på at jeg skulle komme *til* fagpersonene. Utfordringen var at jeg hadde behov for å komme vekk fra andre i min situasjon. På den måten ble bistanden aldri tilstrekkelig sammensatt og gitt på en slik måte at jeg kom noe videre.

Men så kom jeg i kontakt med hjemmerehabiliteringsteamet «Best hjemme». Bistanden ble nå flyttet til mitt eget hjemmemiljø, til min hverdag. Fagpersonene fra teamet møtte en mann med et kaotisk liv. Helsen og de primære daglige aktivitetene hadde sviktet, og jeg falt nesten daglig. Jeg dusjet med klærne på og satte meg ut i sola for å tørke. Den sosiale kontakten var lik null, og jeg hadde minimal kontakt med min familie. Jeg var rett og slett isolert i min mørke og lite tilrettelagte sokkelleilighet. Livet hadde lite innhold og mening og var langt fra det jeg ønsket å leve. Oppgaven foran meg var formidabel.

Det tverrfaglige rehabiliteringsteamet fokuserte på mine kvaliteter og ressurser, fremfor det ekstreme livet jeg har levd. De så, hørte og aksepterte meg. Det var helt nytt for meg å bli møtt på denne måten. Sammen med meg ble det laget en rehabiliteringsplan der mine mål og ønsker styrte prosessen. Fagpersonene kom med råd og veiledning, men aldri den pekefingeren jeg var vant til å få. De stilte likevel tydelige krav til min gjennomføringsevne. Vi bygde opp en gjensidig tillitt der vi alle var delaktige i mitt prosjekt om å leve et normalt liv. Det var nemlig viktig for meg:

- å ha et solid og stimulerende sted å bo
- å mestre toalettbesøk
- å mestre matlaging
- å mestre bruk av datamaskin
- å stimulere mitt samfunnsengasjement.

Det ble nå fokusert på hva jeg ønsket, og på hvordan jeg skulle komme videre. Ikke på alle mine elendigheter. Hjelpen jeg fikk de foregående femti årene, dreide seg stort sett om mat og tak over hodet. Det var vel og bra, men ingen hørte på mitt ønske om å komme meg videre derfra. Om å leve et normalt liv. Ingen så og aksepterte personen bak all kaoset. Nå hadde jeg plutselig støttespillere med fagkunnskap, og ikke bare motstandere med fagkunnskap. Vi jobbet systematisk sammen om å nå ett og ett mål. Teamet besto av fysioterapeut, hjelpepleier og ergoterapeut. Både teamet og resten av hjemmesykepleien visste hva som var viktig for meg, og var samkjørte i sin støtte. Den ene visste alltid hva den andre hadde gjort. Med støtte kom jeg meg også gjennom en lang fase der faren og frykten for tilbakefall til rus eller alkohol var stor.

Etter omtrent et halvt års rehabiliteringsprosess kan jeg med god følelse si at jeg lever et normalt liv. Jeg har vært rusfri i nesten tre år, og hverdagen gjennomfører jeg ut fra hva som er viktig for meg. For min del betyr det at jeg bor i tilrettelagte og sosiale omgivelser på et eldresenter. Alle primære daglige aktiviteter mestrer jeg nå selv. Kostholdet er sunt, og den siste sigaretten ble stumpet for et halvt år tilbake. Innkjøp og rengjøring ordner jeg selv. Med den elektriske rullestolen kjører jeg dit jeg vil, når jeg vil. Økonomisk er jeg fri for gammel gjeld, og jeg sparer 3-4000 kroner i måneden. Jeg

har kjøpt pc og bruker den som et verktøy for å søke informasjon og holde meg oppdatert. På Skype har jeg god kontakt med min familie, særlig min sønn med sin familie i Danmark. For første gang har jeg nå muligheten til å praktisere farsrollen overfor min sønn på en måte jeg er stolt av. Jeg har oppnådd kontroll over livet mitt på alle områder. Nå fungerer alt.

Det er likevel viktig for meg å opprettholde månedlige støttesamtaler med en fagperson fra rusteamet og at hjemmesykepleien administrerer medisinen mine. Denne oppfølgingen utgjør mitt sikkerhetsnett. Dette fordi jeg vet at mitt ekstreme liv har satt spor som jeg må bære med meg videre. Uten bistanden jeg fikk i rehabiliteringen, hadde jeg hatt liten mulighet til å komme meg opp fra det livet jeg levde. Fagkunnskapen og metodikken jeg ble møtt med, tyder på god ledelse og dyktige medarbeidere som ikke gjorde jobben for meg. De utfordret meg til selv å ta ansvar for eget liv. Basert på mitt sterke ønske og min sterke vilje klarte vi sammen å styre rehabiliteringsprosessen i mål – mot alle odds.



Jarl Steinar Fauske har kjøpt pc og bruker den som et verktøy for å søke informasjon og holde seg oppdatert. Foto: Uno Hauuglie.



*Sammen med
sengevibratoren gir Lynx
Tactum maksimal sikkerhet
24 timer i døgnet. Det er
her tryggheten skapes.*

Lynx er markedets mest diskrete varslingssystem



Lynx Tactum er klokken som er med på å gjøre Lynx til et komplett varslingsystem som tar hånd om de fleste varslingsbehov.

Lynx Tactum er et av de mest avanserte hjelpemidlene du kan skaffe deg, og er dessuten svært enkel å betjene. Det gir personer med nedsatt hørsel en betydelig friere tilværelse.

Lynx Tactum varsler med ulike signaler alt etter hvilken alarm som aktiveres. Enkelt, diskret og sikkert.

Lynx markedsføres av GN ReSound Norge og er på kontrakt med NAV. Kontakt oss eller hjelpemiddelsentral for å lære mer om Lynx.

GN ReSound Norge AS
Postboks 132 Sentrum
0102 Oslo
Tlf 22 47 75 30
E-post: post@gnresound.no
www.resound.no

ReSound

Mulighet til å mestre

Da jeg var liten, viste vi omsorg for eldre og syke ved å gjøre ting for dem. De skulle hvile seg fordi de var gamle og trøtte eller syke og skrøpelige, tenkte vi.

Av Bent Høie



Bent Høie er helse- og omsorgsminister i Norge.

Foto: Bjørn Stuedal

Derfor løp vi på butikken for henne som var redd for å falle fordi hun var svimmel. Derfor hentet vi kaffe for ham som var redd for å søle fordi han skalv på hendene. Derfor kneppet vi jakken for henne som var redd for at det skulle bli skakt og skjevt hvis hun gjorde det selv.

Vi tok det for gitt at de som var eldre eller syke, verken hadde interesse eller behov for stort annet enn å hvile, drikke kaffe og høre værmeldingen for Haltenbanken. Vi trodde vi ga dem omsorg ved å hjelpe. Men det vi gjorde var å ta fra dem muligheten til å mestre sin egen hverdag.

De færreste av oss vil ønske å være avhengige av andre på denne måten.

- Jeg har lyst til å klare meg selv. Det betyr alt, sa pensjonisten Marta Lote til NRK. Statskringkastingen laget for litt siden en reportasje fra Gloppen, en av kommunene som begynte først med hverdagsrehabilitering. Der traff de Marta Lote, som fikk opptrening av hjelpepleier og fysioterapeut etter flere hofteoperasjoner. Det førte til at hun etter hvert gikk opp trappene fra

vaskekjelleren og kjørte til butikken uten problemer.

Det er ikke rart at vi blir redde når kroppen svikter som følge av sykdom eller skade. Men da trenger vi ikke først og fremst noen som går på butikken, henter kaffe og knepper knapper for oss. Da trenger vi noen som hjelper oss til å overvinne redselen og ta i bruk egne ressurser for å mestre hverdagen igjen.

Dette er noe ergoterapeutene har vært opptatt av hele tiden. Ergoterapeutene har alltid tatt utgangspunkt i brukernes egne ressurser. Ikke alle profesjoner har vært like flinke til det.

Takket være ergoterapeuter og fysioterapeuter har mange kommuner lært opp hjemmehjelpere og andre til å gi pasienter trening i dagligdagse gjøremål i egne hjem.

Det er glidende overganger mellom habilitering, rehabilitering, læring og mestring. Stadig flere kommuner har tatt i bruk hverdagsrehabilitering med gode resultater. Vi vil fortsette arbeidet med å dokumentere effektene og utvikle og implementere hverdagsrehabilitering som metode i kommunene. Vi ønsker å tydelig-

gjøre kommunenes ansvar for å gi innbyggerne et lærings- og mestringstilbud. En opptrappingsplan for rehabiliteringsfeltet er også på trappene.

Vi lærer fra vi er ganske små at vi ikke skal behandle folk forskjellig. Det er en god regel på mange av livets områder. Men ikke på alle. Vi får stadig mer kunnskap som viser at både sykdom og medisiner gir ulike utslag på ulike mennesker. Innen kreftbehandling forsøkes det mye på dette. Der kalles det person-tilpasset medisin. Det gir bedre behandling og færre bivirkninger. Vi må rett og slett bli flinkere til å gjøre forskjell i helsetjenesten. Ikke bare når det gjelder behandling, men også når det gjelder hjelp til å mestre sykdom og funksjonsnedsettelse.

Vi må slutte å spørre pasienten: Hva er i veien med deg? Vi må begynne å spørre: Hva er viktig for deg?

Det er akkurat dette de gjør, kommunene som deltar i læringsnettverket «Hva er viktig for deg?» Målet deres er å utforme tjenestene etter hva den enkelte pasient opplever som viktig. Slik blir ikke bare tjenestene bedre. Slik får også pasienten tatt i bruk egne ressurser.

Commonwealths internasjonale undersøkelse av helsesystemer viser at Norge ligger bak andre land når det gjelder brukerinvolvering, brukerorientering og utnyttelse av brukernes egne ressurser. Seniorforsker Ingeborg Strømseng Sjetne ved Kunnskapssenteret har sagt det slik: «Det kan virke som om systemet er dårlig på å legge til rette for at folk skal mestre helseproblemene selv. Dette er betenkelig både ut ifra pasient- og samfunnsperspektivet.»



Vi vil bygge en helsetjeneste der målet ikke bare er å gjøre mennesker friske, men også hjelpe dem til å mestre livet med sykdommer som ikke går over.

Jeg er helt enig med henne. Derfor vil vi bygge en helsetjeneste der målet ikke bare er å gjøre mennesker friske, men også hjelpe dem til å mestre livet med sykdommer som ikke går over.

Når vi snakker om hjelp til å mestre hverdagen, tenker nok mange på eldre som trenger opptrening etter lårhalsbrudd og slag. Men mennesker i alle aldre kan trenge hjelp og støtte til å mestre hverdagen med funksjonsnedsettelse og sykdom.

Vi blir flere og vi blir eldre. Behovet for helsetjenester og helsepersonell kommer til å øke kraftig de neste tiårene. Det er ingen løsning å bruke mesteparten av pengene våre på helsetjenesten. Det er ingen løsning at flesteparten av oss skal jobbe

der, heller. Derfor er vi nødt til å møte utfordringene ved å bruke fagfolkene klokere og organisere tjenestene bedre. Vi må bruke ressursene bedre. Ikke minst pasientenes ressurser.

Vi må fortsatt vise omsorg. Men på en annen måte enn da jeg var liten. I stedet for å løpe på butikken for henne som er redd for å gå, kan vi spasere dit sammen med henne.

I stedet for å hente kaffe til ham som er redd for å søle, kan vi oppmuntre ham til å hente kaffe som vi kan drikke sammen.

Slik gir vi mennesker mulighet til å mestre sin egen hverdag.

Det kan være de går glipp av værmeldingen fra Haltenbanken.

Men det tror jeg de mestrer, det også.

Vi er nesten 4000 medlemmer og to vinnere av sykkel

Vi nådde nesten målet om 4000 medlemmer ved årsskiftet, og har trukket to vinnere av flott sykkel.

Av Karl Erik Bjerkaas

Ved årsskiftet var vi 3985 medlemmer, og nådde dermed nesten målet om 4000. Medlemstallet ved inngangen til dette året var nøyaktig 100 høyere enn ved inngangen til 2015. Du finner en detaljert oversikt over medlemsutviklingen på våre hjemmesider.

Av de 100 var 54 yrkesaktive og 19 studenter. Kommunal sektor er både det tariffområdet med flest medlemmer og det med størst medlemsvekst i 2015. 36 av de 54 yrkesaktive som kom til i 2015, var i denne sektoren.

TO SYKLER TRUKKET

Høsten 2015 har vi gjennomført en rekrutteringskampanje der vi lovet en sykkel til et av medlemmene som meldte seg inn mellom 1. august og 31. desember. Vinneren er nå trukket, og det er Hanne Lindahl, som er førsteårsstudent på Høgskolen i Oslo og Akershus. Vi ønsker henne velkommen som medlem og gratulerer med sykkelen. Vi har også trukket årets rekrutterer. Det ble Sigrid Sandum fra Trondheim kommune. Hun mottar også en sykkel fra oss.

VÆR EN GOD AMBASSADØR FOR FAG, YRKE OG FORBUND!

Vi er et forbund og en yrkesgruppe med utfordringer knyttet til å spre kunnskap om vårt bidrag i å møte samfunnets utfor-



Hanne Lindahl, førsteårsstudent på HiOA, Oslo ble trukket ut som vinner blant de nyinnmeldte høsten 2015. Hun fikk sykkelen overrakt av organisasjonssjef Karl-Erik Tande Bjerkaas i Ergoterapeutene.

dringer. Vi er derfor avhengige av at det enkelte medlem aktivt framsnakker sitt eget fag, yrke og samfunn. Du finner materiell

til bruk i dette arbeidet til nedlasting på hjemmesida vår eller bestilling i ergoterapeutene.org/netthandel.

Vi skal sikre ergoterapeuters betingelser og posisjoner

Vi skal sikre ergoterapeuters betingelser og posisjoner i arbeidslivet, uten kjønnsbaserte lønnsforskjeller. Dette er grunnlaget vi bygger på når vi går inn i årets lønnsoppgjør.

Av Brit-Toril Lundt

Medlemmenes lønns- og arbeidsforhold skal reflektere at de har nødvendig kompetanse til å bidra til å løse samfunnets utfordringer innen helse og velferd, utdanning og forskning. Ergoterapeuter skal ha faglige og karrieremessige utviklingsmuligheter.

LEGGER OPP TIL BRED INVOLVERING

– Jeg håper at medlemmer og tillitsvalgte setter seg inn i debattnotatet, diskuterer lønns- og arbeidsforhold og krav til lønnsoppgjøret og gir uttrykk for dem i

undersøkelsen. Dette sa forhandlingssjef Brit-Toril Lundt i november, da alle yrkesaktive medlemmer fikk tilsendt et debattnotat og spørreskjema som en start på arbeidet med kravene til vårens hovedtariffoppgjør.

For å ha et godt og bredt grunnlag for utvikling av kravene våre ved vårens hovedoppgjør legger vi til rette for en bred involvering fra både medlemmer og tillitsvalgte i utformingen av kravene til vårens lønnsoppgjør.

En fjerdedel av alle medlemmer og halvparten av de tillitsvalgte deltok i undersøkelsen.

Det er forbundet godt fornøyd med.

REGIONSSTYRER, TARIFFKONFERANSE OG FORBUNDSSTYRET

Undersøkelsen er nå oppsummert, og det er utformet rapporter til det enkelte regionsstyre. Regionsstyrene har siden diskutert rammene for og kravene i lønnsoppgjøret på Vinterkurset i Asker 10. og 11. februar.

Forbundsstyret skal vedta våre krav 1. mars. Kravene oversendes Unio, hvor de behandles og vedtas i forhandlingsutvalgene for de ulike tariffområdene.



Brit-Toril Lundt er forhandlingssjef i Norsk Ergoterapeutforbund.

DETTE MENER VI OM TURNUSARBEID

Til nytte for medlemmer og tillitsvalgte har vi utformet forbundets standpunkt til turnusarbeid. Norsk Ergoterapeutforbund vil bidra til gode løsninger for ansatte i et arbeidsliv i endring. Ergoterapeuter som jobber i turnus, skal gjøre det fordi brukerne har behov for ergoterapi utenfor ordinær arbeidstid. Vi er også opptatt av at tillitsvalgte skal

være involvert ved omgjøring av stillinger, herunder endringer i arbeidstid.

Ergoterapeutene har utarbeidet dokumentet «Ergoterapeuter og turnusarbeid», som er tilgjengelig på våre nettsider. Vi håper at dokumentet blir et nyttig hjelpemiddel for tillitsvalgte og medlemmer som står i problemstillinger om turnusarbeid.



Lønnsundersøkelsen 2015

Ergoterapeutene gjennomfører årlige lønnsundersøkelser til direkte nytte for deg som medlem og våre tillitsvalgte, samt forbundet for øvrig.

Av Brit-Toril Lundt

Ved en årlig undersøkelse kan vi systematisk følge medlemmenes lønnsutvikling over tid.

LØNNSSTATISTIKKEN

Selve lønnsstatistikken inneholder en presentasjon av alle kategorier resultater per desember 2015. Forkortelsen «ml» refererer til minstelønnsattsene. I KS-området er dette endret til garantilønn og forkortes «gl».

Det er viktig å være oppmerksom på at for noen enkeltkategorier er det ganske få respondenter, og dermed kan de oppgitte verdiene gi et noe skjevt bilde av gjennomsnittslønnen. Gjennomsnittet for hele stillingskategorier gir følgelig det beste bildet på lønnsnivået blant Ergoterapeutenes yrkesaktive medlemmer.

Noen rader mangler tall utenfor ansiennitetsnivået. Det samme gjelder enkelte stillingskategorier. Feltet er tomt fordi vi ikke har fått svar fra noen som befinner seg i den aktuelle kategorien. Dette viser hvor viktig det er at alle svarer på undersøkelsen. Det er naturlig å forvente at gjennomsnittslønnen stiger i takt med ansiennitetsnivå. Men det er ikke alltid tilfelle i statistikken. Dette har sammenheng med at antallet respondenter varierer veldig mellom nivåene.

LØNN ERGOTERAPEUTER I KS

Tabell 1 viser gjennomsnittslønn for ergoterapeut og spesialergoterapeut i Kommunal sektor un-

tatt Oslo Kommune (KS). Kolonnen Ansiennitet/Stilling bygger på systematikken i ansiennitetsnivåene i KS-områdets garantilønnsystem opp til ti år. Vi har bygget videre på ansiennitetsnivåene i statistikken for å kunne se medlemmenes lønnsutvikling gjennom hele yrkeslivet. Neste kolonne viser gjennomsnittlig årslønn for ergoterapeut, hvoretter vi har tatt inn aktuell garantilønn og regnet ut hvor mye høyere gjennomsnittslønna er i prosenter. Samme systematikk fremkommer for spesialergoterapeut. (Forkortelsen gl = garantilønn.)

Den samme systematikken fortsetter her for mastergrad. Dessverre viser tabellen at medlemmer som har utdanning på masternivå også kan ha lønn under minstelønnsnivået for master. Årsakene er blandet. For en del stillinger er ikke utdanningsnivået krevet eller masteren er ikke relevant. Dessuten er det få respondenter i denne statistikken.

Kolonnen uten garantilønn gjelder andre grupper som ikke er knyttet til garantilønnsystemet. Videre er det en kolonne for alle som viser gjennomsnittslønnen for alle ansatte (eksklusiv ledere). Stillingskoden rådgiver i kolonnen er ikke knyttet til ansiennitet. Det er årsaken til at alle er samlet i én gruppe. Tabell 2 viser gjennomsnittslønn for medlemmer med mastergrad og rådgivere samt medlemmer som er direkte lønsplasser. Kolonnen lengst til

høyre viser gjennomsnitt for alle medlemmene i tariffområdet.

LØNN ERGOTERAPEUTER I SPEKTER (SYKEHUSENE)

Kolonnen Ansiennitet/stilling bygger på systematikken i ansiennitetsnivåene i Spekters minstelønnsystem opp til ti år. Vi har også her bygget videre på ansiennitetsnivåene i statistikken for å kunne se medlemmenes lønnsutvikling gjennom hele yrkeslivet. Neste kolonne viser gjennomsnittlig årslønn for ergoterapeut, hvoretter vi har tatt inn aktuell minstelønn og regnet ut hvor mye høyere gjennomsnittslønna er i prosenter. Samme systematikk fremkommer for spesialergoterapeut. (Forkortelsen ml = minstelønn.) Tabell 3 viser gjennomsnittslønn for ergoterapeuter og spesialergoterapeuter i sykehusene

Selv om vi ikke har minstelønnsnivå for master i helseforetakene, er det likevel av interesse å se hvor høy gjennomsnittlig lønn medlemmer med utdanning på masternivå har. Kolonnen uten ml gjelder andre grupper som ikke er knyttet til minstelønnsystemet. Videre er det en kolonne for alle som viser gjennomsnittslønnen for alle ansatte (eksklusiv ledere).

Tabell 4 viser gjennomsnittslønn for medlemmer som har mastergrad eller er direkteplassert. Kolonnen lengst til høyre viser gjennomsnitt for alle medlemmene i tariffområdet.

LØNN ERGOTERAPEUTER I VIRKE

Merk at vi i statistikken nedenfor har slått sammen overenskomstene i Virke. Slik får vi med nok respondenter til at det blir statistikk ut av det. Det er imidlertid marginale forskjeller i minstelønn/garantilønn i de ulike overenskomstene.

Kolonnen Ansiennitet/Stilling bygger på systematikken i ansiennitetsnivåene i Virkes minstelønssystem opp til ti år. Vi har bygget videre på ansiennitetsnivåene i statistikken for å kunne se medlemmenes lønnsutvikling gjennom hele yrkeslivet. Neste kolonne viser gjennomsnittlig årslønn for ergoterapeut. Samme systematikk fremkommer for spesialergoterapeut. (Forkortelsen ml = minstelønn.)

Noen vil sikkert stusse over at det er lavere lønninger på høyere ansiennitetsnivåer. Dette har sammenheng med få respondenter som kan være helt nede i ett svar. Kolonnen uten ml gjelder andre grupper som ikke er knyttet til minstelønssystemet. Videre er det én kolonne som viser gjennomsnittslønnen for alle ansatte (eksklusiv ledere). Tabell 5 viser gjennomsnittslønn for ergoterapeut, spesialergoterapeut og direkte plasserte. Kolonnen lengst til høyre viser gjennomsnitt for alle medlemmene i tariffområdet Virke.

ØVRIGE INTERESSANTE FUNN

39 prosent oppgir at de har skiftet jobb i løpet av de siste fire årene. 42 prosent har svart positivt på at de forhandlet lønn da de skiftet jobb. Av disse fikk 2/3 av dem høyere lønn. Andelen som fikk høyere lønn enn de først ble tilbudt, er stabil.

UTDANNINGSNIVÅ

Nær 60 prosent av medlemmene

Ergoterapeut				Spesialergoterapeut		
Ansiennitet/stilling	Årslønn	Garantilønn	% over gl.	Årslønn	Garantilønn	% over gl.
0-3 år	402 247	367 500	9,5 %	372 000	385 600	-3,5 %
4-7 år	405 884	378 900	7,1 %	431 800	397 200	8,7 %
8-9 år	426 667	402 100	6,1 %	450 009	415 000	8,4 %
10-15 år	456 984	426 400	7,2 %	471 522	460 000	2,5 %
16-19 år	459 188	426 400	7,7 %	481 027	460 000	4,6 %
20-29 år	471 640	426 400	10,6 %	475 109	460 000	3,3 %
30 + år	492 340	426 400	15,5 %	483 150	460 000	5,0 %
Alle i utvalget	446 698			473 268		

Tabell 1 viser gjennomsnittslønn for ergoterapeut og spesialergoterapeut i KS.

Master (ikke leder)				Rådgiver	Uten gl.	Alle
Ansiennitet/stilling	Årslønn	Garantilønn	% over gl.	Årslønn	Årslønn	Årslønn
0-3 år		416 300				401 676
4-7 år	427 438	428 800	0,3 %			407 224
8-9 år	414 996	470 500				429 924
10-15 år	519 758	500 200	3,9 %		496 435	459 856
16-19 år	537 741	500 200	7,5 %		488 958	469 376
20-29 år		500 200			575 598	475 777
30 + år	507 896	500 200	1,5 %		554 498	489 341
Alle i utvalget	501 457			529 673	526 147	453 607

Tabell 2 viser gjennomsnittslønn for medlemmer med mastergrad og rådgivere samt medlemmer som er direkte lønns plasser. Kolonnen lengst til høyre viser gjennomsnitt for alle medlemmene i tariffområdet.

Ergoterapeut				Spesialergoterapeut		
Ansiennitet/stilling	Årslønn	Minstelønn	% over ml.	Årslønn	Minstelønn	% over ml.
0-3 år	394 700	371 000	6,4 %	396 000	400 000	-1,0 %
4-7 år	396 907	378 000	5,0 %	432 000	410 000	5,4 %
8-9 år	420 583	390 000	7,8 %	440 398	427 000	3,1 %
10-15 år	445 797	427 000	4,4 %	473 065	469 000	0,9 %
16-19 år	463 081	427 000	8,4 %	482 588	469 000	2,9 %
20-29 år	498 846	427 000	16,8 %	483 340	469 000	3,1 %
30 + år	524 400	427 000	22,8 %	483 576	469 000	3,1 %
Alle i utvalget	449 792			476 260		

Tabell 3 viser gjennomsnittslønn for ergoterapeuter og spesialergoterapeuter i sykehusene.

oppgir at de har relevant videre-
utdanning.

ARBEIDSTID

78 prosent av medlemmene arbeider fulltid. 22 prosent arbeider deltid. Cirka 30 prosent av dem som arbeider deltid, ønsker å utvide stillingsprosenten. Dette er på omtrent samme nivå som i 2014. 11 prosent arbeider skift eller turnus.

SVARPROSENTEN

Undersøkelsen ble sendt ut til alle yrkesaktive medlemmer. Vi hadde en liten nedgang år.

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

	Master	Uten ml	Alle
Ansiennitet/ stilling	Årslønn	Årslønn	Årslønn
0-3 år	390 000	440 220	394 819
4-7 år	418 668	394 728	401 119
8-9 år	449 664		430 862
10-15 år	480 083	483 761	464 022
16-19 år	490 998	496 500	472 608
20-29 år	499 998	489 277	490 672
30 + år	517 396	488 517	493 277
Alle i utvalget	481 907	480 399	465 877

Tabell 4 viser gjennomsnittslønn for medlemmer som har mastergrad eller er direkteplassert. Kolonnen lengst til høyre viser gjennomsnitt for alle medlemmene i tariffområdet.

	Ergoterapeut	Spesialergoterapeut	Uten ml	Alle
Ansiennitet/ stilling	Årslønn	Årslønn	Årslønn	Årslønn
0-3 år	394 700	396 000	440 220	394 819
4-7 år	396 907	432 000	394 728	401 119
8-9 år	420 583	440 398		430 862
10-15 år	445 797	473 065	483 761	464 022
16-19 år	463 081	482 588	496 600	472 608
20-29 år	498 846	483 340	489 277	490 672
30 + år	498 846	483 576	388 517	493 277
Alle i utvalget	449 792	476 260	480 399	465 877

Tabell 5 viser gjennomsnittslønn for ergoterapeut, spesialergoterapeut og direkte plasserte. Kolonnen lengst til høyre viser gjennomsnitt for alle medlemmene i tariffområdet Virke.

Lønn diverse stillinger i privat sektor (ikke Virke)	
Alle unntatt ledere Type virksomhet	Årslønn
Bedriftshelsetjeneste	506 352
Arbeidsmarkedsbedrift	457 852
Annen type virksomhet	449 302
Alle	464 800

Lønn ergoterapeuter i lederstillinger	
Type virksomhet	Årslønn
Leder i KS-området	532 699
Leder i Oslo kommune	459 792
Leder i Spekter	573 938
Leder i Staten	
Leder i privat virksomhet	552 000

Lønn ergoterapeuter i Oslo kommune	
Alle unntatt ledere Arbeidssted	Årslønn
Bydel Alna	524 291
Bydel Bjerke	469 400
Bydel Frogner	506 473
Bydel Gamle Oslo	520 938
Bydel Grorud	512 462
Bydel Grünerløkka	493 971
Bydel Nordre Aker	471 122
Bydel Nordstrand	487 560
Bydel Sagene	529 596
Bydel St Hanshaugen	552 000
Bydel Stovner	457 548
Bydel Søndre Nordstrand	473 612
Bydel Ullern	481 080
Bydel Vestre Aker	492 817
Bydel Østensjø	491 419
Sykehjemsetaten	451 734
Annet	518 353
Alle	488 993

Lønn ergoterapeuter i Staten	
Stilling	Årslønn
Stipendiat	458 032
Høgskolelektor	534 084
Høgskolelærer	415 698
Universitetslektor	545 496
Førstelektor	536 732
Førsteamanuensis	657 127
Amanuensis	
Professor	
Spesialrådgiver	529 800
Seniorrådgiver	535 693
Rådgiver	469 886
Seniorinspektør	522 873
Inspektør	
Førstekonsulent	417 733
Ergoterapeut	434 464
Avdelingsergoterapeut	
Miljøterapeut	415 650
Alle	515 090

Endelig er ergoterapi verdsatt på poliklinikker

Norsk Ergoterapeutforbund har over flere år argumentert for verdsetting av ergoterapeuters innsats på poliklinikker i spesialisthelsetjenesten. Nå har ergoterapeuter endelig blitt en del av kode- og egenandels-systemet.



Toril Laberg er generalsekretær i Norsk Ergoterapeutforbund.

Av Toril Laberg

I første omgang gjelder dette innenfor de to områdene nevrologi samt muskel- og skjelett og bindevevssykdommer.

Fra 1. januar 2016 er ergoterapeuter inkludert i ordningen med innsatsstyrt finansiering (ISF) ved poliklinikker i spesialisthelsetjenesten. Dette er beskrevet i ISF-regelverket for Innsatsstyrt finansiering 2016 (IS-2417), utgitt av Helsedirektoratet. Se lenke her: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/innsatsstyrt-finansiering-regelverk>. Kort fortalt er ISF et aktivitetsbasert tilskudd som bevilges til de regionale helseforetakene. ISF utgjør sammen med basistilskudd til helseforetakene og egenandeler hovedgrunnlaget for finansieringen av den somatiske spesialisthelsetjenesten.

EGENANDEL FOR PASIENTER

Endringen medfører at ergoterapeuter kan ta egenandel for pasienter innen de to områdene. Dette er beskrevet i *Forskrift om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak*. I kapittel 2, «Egenandeler og pasientbetaling», beskriver takstnummer 201b undersøkelse, behandling eller kontroll utført av relevant legespesialist, psykologspesialist eller tannlegespesialist, eller som utføres av leger, psykologer og tannleger uten eller under spesialisering, spesialist i allmennmedisin, sykepleiere, jordmødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer og audiografer, og personell i

godkjent fagstilling i voksenpsykiatrisk poliklinikk og ruspoliklinikk. Egenandelen er på 320 kroner.

GOD NYHET

Endringen er en god nyhet for ergoterapeuter i spesialisthelsetjenesten, for pasienter som er henvist til spesialisthelsetjenesten og får tilbud om poliklinisk ergoterapi, og for alle som er opptatt av hva som er til beste for pasientene og ressursbruken i spesialisthelsetjenesten. Norsk Ergoterapeutforbund ser på dette som en god start og vil argumentere videre for at ergoterapeuter blir ISF-finansiert på flere områder.

DELTA I COTEC'S BILDEKONKURRANSE

Det europeiske forbundet for ergoterapeuter, COTEC, inviterer til bildekonkurranse i forbindelse med 30-årsjubileet. Vi oppfordrer medlemmene til å sende oss sitt bidrag.

«COTEC Connecting OTs for 30 years – what will our future look like?» er temaet for konkurransen. Bidraget ditt kan være en tekst, en tegning eller et foto.

Fristen for å komme med ditt bidrag er 15. mars. Ta kontakt med forbundskontoret for fullstendige konkurranseregler.

Norsk Ergoterapeutforbund vil ha flere ergoterapispesialister

Fra første januar 2014 trådte en ny spesialistordning i kraft. De nye kriteriene for oppbygging av spesialistkompetanse bygger på en mastergrad. Høsten 2014 ble de første ergoterapispesialistene etter den nye ordningen godkjent. Vi forventer at det fremover vil bli stadig flere som godkjennes etter ny ordning.

Av Anita Engeset

I mellomtiden er det fram til høsten 2020 mulig å søke om en overgangsordning basert på de gamle kriteriene.

SØKNADSRIST HVERT ÅR ER 15. SEPTEMBER

Søknader om godkjenning og regodkjenning av ergoterapispesialister behandles av syv spesialistkomiteer før endelig godkjenning vedtas i spesialistrådet.

Spesialistrådet består av lederne av spesialistkomiteene, med fagavdelingen i Ergoterapeutene som sekretærer. Fullstendige kriterier for godkjenninger, samt søknadsskjemaer, finnes på www.ergoterapeutene.org - velg menyelementet Om ergoterapi/ Fakta om ergoterapi. Spørsmål kan rettes til seniorrådgiver Anita Engeset via e-post ae@ergoterapeutene.org eller mobil 92408247.

EGET SKJEMA

Søknad om å bli ergoterapispesialist skrives på eget skjema som sendes Norsk Ergoterapeutforbund, Stortingsgata 2, 0158 Oslo, eller via e-post til post@ergoterapeutene.org.

Kopi av attester og annen attestert dokumentasjon skal være vedlagt. Søknadspapirer returneres ikke.

NORSK ERGOTERAPEUTFORBUNDS STØTTE TIL FORSKNING OG UTVIKLING

Norsk Ergoterapeutforbunds støtte til forskning og utvikling er opprettet for å bidra til ergoterapifaglig forskning og utvikling som utføres av ergoterapeuter.

Støtten kan gis i form av arbeidsstipend, dekning av prosjektkostnader eller reisestipend. Sentralstyret vedtar de årlige prioriteringene for tildeling av midler.

For 2016 prioriteres forsknings- og fagutviklingsprosjekter innen hverdagsmestring, arbeidsliv, psykisk helse og rus.

Søknadsfrist: 1. september 2016

Les mer på www.ergoterapeutene.org



Ikke medlem ennå?
Meld deg inn!

ergoterapeutene.org/innmelding


ergoterapeutene

Ny generasjon ergoterapeuter



Landsstyret i Ergoterapistudentene hadde sitt oppstartsseminar i Oslo 6. og 7. februar. Et knippe kompetente og engasjerte tillitsvalgte og fremtidige ergoterapeuter samlet seg for å skape et samarbeid der målsettingen er økt studiekvalitet og kjennskap til faget! Bak fra venstre: David Wefring Osen, Malin Alvestad Seland, Simen Jutte Sjølie og Carina Charlotte Jensen. Foran fra venstre: Marte Walberg Røed, Stefania Katrín Danielsdóttir og Ingrid Kvinge Tande.

**“Det er følelsen av å være selvstendig.
Være mer delaktig og å holde rundt
sin kjære”**

Å stå gir mange fordeler. Lifestand tilbyr manuelle rullestoler med ståfunksjon til både barn og voksne.

 **permobil**

For mer informasjon gå inn på
www.permobil.no

Vinterkurset

Femti av forbundets mest sentrale tillitsvalgte var samlet til Vinterkurs i Asker i midten av februar. Regionstyrene og forbundsstyret bidro til å avklare de seks regionenes rolle – og forventningene til regionstyrene.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas



Karl-Erik Tande Bjerkaas er organisasjons-sjef i Norsk Ergoterapeutforbund.

Regionene er forbundets viktigste ledd for å skape engasjement og en levende, inkluderende organisasjon. Det var en svært fornøyd forbundsleder som ønsket velkommen med å peke på den posisjon fag, yrke og forbund har inntatt i løpet av de ti månedene regionene har vært i funksjon.

De seks regionene kunne på sin side vise til en imponerende merittliste i den samme perioden.

ROLLER OG OPPGAVER

Vårkurset i år hadde ambisjoner om å avklare regionenes rolle og oppgaver og gi regionsstyrene nødvendige verktøy for det videre arbeidet.

Regionen skal fremme Norsk Ergoterapeutforbunds formål innen sin region ved å ta ansvar for forbundets samfunnspolitiske

og fagpolitiske arbeid, samt drive nettverksbygging mellom tillitsvalgte og mellom medlemmer innenfor eget område.

Regionsstyret har ansvaret for å legge til rette for aktivitet i regionen, og har ansvar for at årsmøtets vedtak gjennomføres. Regionsstyret er også bindeledet mellom medlemmene og tillitsvalgte i regionen og forbundsstyret.

STØTTE FOR TILLITSVALGTE

Målet er at Ergoterapeutene skal oppleves som en naturlig arena for ergoterapeuter som ønsker å utvikle faget og rammebetingelsene for fagutøvelsen. Organisasjonen skal samtidig gjennom opplæring og støtte legge til rette for at den tillitsvalgte får gjort en best mulig jobb i møtet med medlemmer og arbeidsgiver.



Synnøve Kjos, leder i Ergoterapeutene Nord, fortalte om virksomheten i regionens første ti måneder..



Unios sjefsøkonom Erik Orskaug orienterte Vinterkurset om aktuelle pensjonsspørsmål.



Forhandlingssjef Brit-Toril Lundt dro i gang diskusjonen om forbundets krav til vårens tariffoppgjør.

Heldigvis vet man ikke hva morgendagen bringer...

Alvorlig sykdom rammer hvert år cirka 60 000 av oss her i Norge. Det kan føre til langvarig sykemelding og reduserte inntektsmuligheter. Den negative økonomiske effekten det får, kan du bøte på med å kjøpe forsikringsdekningen Kritisk sykdom.

Av Roar Hagen

Ergoterapeutenes forsikringskontor tilbyr Kritisk sykdomsforsikring for våre medlemmer. Det er en forsikring hvor forsikringssummen utbetales raskt dersom den forsikrede får stilt diagnose for en av de alvorlige sykdommene som er omfattet av forsikringen.

FORSIKRINGEN DEKKER BLANT ANNET:

Hjerteinfarkt, hjerneslag, hjernesvulst, multipel sklerose, alvorlig kreftsykdom, blindhet, døvhhet, tap



av armer/ben, brannskader, nyresvikt, tap av taleevne og motornevrnsyndrom.

Forsikringen kan også gi erstatning dersom forsikrede har fått utført operasjon, inkludert angioplastikk for å korrigere innsnevring eller blokkering av hjertes koronararterier, eller åpen hjerteoperasjon for å sette inn en ny hjerteklaff.

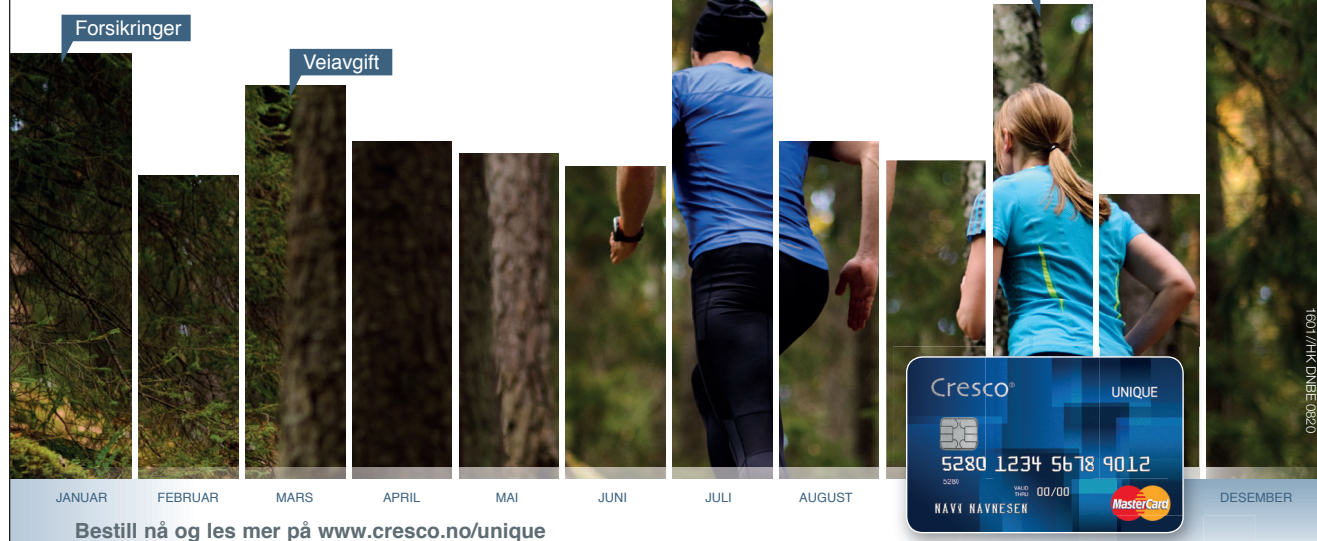
På www.ergoterapeutene.org/forsikring finner du fullstendige vilkår for forsikringen.

Fordi det går litt opp og ned

Du vet selv hvor fort det kan svinge – fra perioder med romslig økonomi til trange regningsmåneder hvor du må strekke lommeboka i alle retninger. Med Cresco Unique kan du jevne ut svingningene med lån og sparing på samme smarte konto – til svært gode vilkår.

Smarte fordeler for medlemmer i Norsk Ergoterapeutforbund:

- 1,25 % sparerente fra første krone
- Ingen begrensninger i antall uttak
- Gebyrfrie varekjøp i hele verden
- Gebyrfri betaling av regninger i nettbanken
- Inntil 75 000 kroner i kreditt
- «Halv» kredittrente sammenlignet med ordinære kredittkort
- Fleksibel tilbakebetaling



Bestill nå og les mer på www.cresco.no/unique

Norm. kredittrente: 9,35 %. Eff. rente: 17,8 % 15.000,- o/12 mnd. totalt 16.370. Cresco Unique – et produkt fra DNB Bank ASA. Kundeservice tlf. 815 22 040

Alltid. Fleksibilitet.

BEHOV HVIS DU RAMMES AV SYKDOM?

- trappe ned eller skifte til mindre stressende arbeid
- ta forlenget permisjon for å komme deg etter sykdommen
- gi dine nærmeste anledning til å ta seg fri for å gi ekstra omsorg
- nedbetale gjeld eller dekke andre løpende utgifter dersom sykdomsperioden blir for lang
- betale for behandling som det offentlige ikke dekker

KJØP FØR 60

Du kan kjøpe forsikringen inntil du fyller 60 år, og du kan beholde den ut det året du fyller 67. Det kreves godkjent helseerklæring for å bli med på forsikringen. Påmeldingsskjema finner du på nettsiden vår - bruk lenkehenvissningen ovenfor.

RASK UTBETALING

Forsikringen dekker ikke sykdommer som har vist symptomer de første tre månedene etter at du søkte om forsikringen. Det er en forutsetning for utbetaling av erstatning at du er i live 30 dager etter at

diagnosen er endelig stilt, operasjonen er gjennomført, eller du er oppført på venteliste. Vi anbefaler forsikringen Kritisk sykdom som et supplement til uføreforsikring.

MEDLEMSPRIS

Prisen er avhengig av din alder og hvor stor forsikringssum du ønsker, og det er samme pris for både medlem og ektefelle eller samboer. Du kan kjøpe dekning i klosser à kr 200 000 inntil 1 million for både deg selv og ektefelle eller samboer.

Alder	Pris per kloss på kr 200 000/år
T.o.m. 30 år	Kr 373
31 - 35 år	Kr 498
36 - 40 år	Kr 686
41 - 45 år	Kr 986
46 - 50 år	Kr 1 471
51 - 55 år	Kr 2 219
56 - 60 år	Kr 3 407
61 - 67 år	Kr 5 750



**OPP OG STÅ
FRA A-Å!**

FOR MER INFORMASJON
GÅ INN PÅ

www.permobil.no



Hverdagsmestring

Et enkelt søk på nettet viser at ordet «hverdagsmestring» de siste årene brukes hyppig på kommuners nettsider og brosjyrer, i politiske dokumenter og i offentlige meldinger. Hvordan kan vi forstå begrepet hverdagsmestring? Hvorfor er hverdagsmestring relevant for rehabiliterende og forebyggende innsats – og spesielt hvorfor er dette aktuelt for ergoterapeuter?

Av Nils Erik Ness



*Nils Erik Ness er
forbundsleder i Norsk
Ergoterapeutforbund.
E-post: nils.erik.ness@
ergoterapeutene.org*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet
til denne artikkelen.*

Begrepet «hverdagsmestring» finner jeg første gang benyttet i 2007 som navn på prosjektet «Hverdagsmestring i hjemmet» i Trondheim kommune. Dette var et tverrfaglig samarbeid mellom Hjemmetjenesten i Lerkendal bydel, enhetene for fysioterapi og ergoterapi, innsatsteam samt helse- og velferdskontor (bestillerkontor). Målsettinga var å øke ansattes bevissthet og fagkompetanse i brukernes muligheter og evne til mestring og mening i hverdagen, at brukere skal få bo hjemme så lenge de ønsker, samt å redusere antall reinnleggelser i sykehus. Prosjektet danner grunnlag for flere tiltak i Trondheim kommune.

Etter dette har begrepet «hverdagsmestring» særlig blitt kjent gjennom rapporten «Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering» (Ness m.fl 2012) fra prosjektsamarbeidet mellom KS, Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Ergoterapeutforbund. Denne rapporten er også inspirert av erfaringene fra Trondheim og definerer hverdagsmestring som «et forebyggende og rehabiliterende tankesett som vektlegger den enkeltes mestring i hverdagen uansett funksjonsnivå. Brukerstyring og vektlegging av den enkeltes ressurser og deltakelse står sentralt». Rapporten presiserer at tankesettet ikke er unikt for hverdagsrehabilitering



Hverdagsmestring knyttes til gjøremål og hverdagsaktiviteter, og er dermed også handlingsorientert.

og derfor er aktuell tenkning innen en rekke andre arbeidsområder og relevant for andre brukergrupper enn sårbare eldre.

Begrepet brukes tverrfaglig og kan sikkert ha ulike tolkninger. Særlig har hverdagsmestring blitt godt mottatt av ergoterapeuter. Ettersom ergoterapeuter har aktivitet og deltakelse i hverdagslivet som sitt kjerneområde (Norsk Ergoterapeutforbund 2011, Borg 2002), faller dette naturlig. Jeg vil her reflektere rundt begrepet med utgangspunkt i spørsmålene innledningsvis.

MESTRING

Begrepet mestring har forskjellige definisjoner og forståelser, og kan utdypes med ulike teoretiske og faglige perspektiv uten at dette greies ut her. Begrepet er særlig relevant ettersom det inkluderes i formålsparagrafen i Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (paragraf 1-1): «Lovens formål er å forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne.» Mestring er sentralt i loven, men ikke entydlig definert.

Vifladdt og Hopens (2004) definisjon er ofte referert (se egen artikkel av Liv Hopen i dette nummeret): «Mestring dreier seg i stor grad om opplevelse

av å ha krefter til å møte utfordringer, og følelse av å ha kontroll over eget liv. Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på det du må leve med, og det du selv kan være med å endre på».

Definisjonen er god, men det kan være nyttig med en utdypende refleksjon. Vi kan skille mellom følelsesorientert mestring og handlingsorientert mestring (Vik, 2015). Følelsesorientert mestring handler om bearbeiding av hendelser, å akseptere situasjoner og egne forventninger til livet. Handlingsorientert mestring er forbundet med gjøremål, å ha kontroll og å være aktør i eget liv, selvbestemmelse. Det dreier seg om å bestemme hva som skal gjøres, når og av hvem.

Hverdagsmestring knyttes gjerne til det som er betydningsfullt og viktig for den enkelte, og er dermed følelsesmessig orientert. Hverdagsmestring knyttes til gjøremål og hverdagsaktiviteter, og er dermed også handlingsorientert.

HVERDAG OG HVERDAGSLIV

Hverdagslivet dreier seg om den enkeltes livsverden, det livet vi lever hver dag sammen med andre mennesker. Hverdagslivet utspilles i hjemmet og i nærmiljøet, og kan inkludere skole, arbeid og



fritidsarenaer. Hverdagslivet representerer også de dagligdagse, ordinære og gjentakende hverdagsaktivitetene (Tuntland og Ness, 2014). Hverdagsliv høres tilforlatelig enkelt ut, men er komplekst, med mange faktorer og relasjoner, noe Tove Borg utdyper i sin artikkel i dette nummeret. Hverdagslivet er innbyggerens eller borgerens livsarena, og dermed forskjellig fra institusjonen eller sykehuset som er profesjonsutøvernes arena.

Når mestring knyttes til hverdagsliv, kommer en ny dimensjon inn. Mestringen knyttes til noe utenfor en selv, noe mer enn personens kroppsfunksjoner, handlinger og følelser. Begrepet hverdagsmestring er dermed dualistisk og knyttes både til personen og til omgivelsene i personens eget hverdagsliv. I og med at mestring knyttes til personers egen livsarena, forplikter dette de profesjonelles innsats. Jeg kommer tilbake til dette.

HVERDAGSMESTRING

Hverdagsmestring handler om å ta innbyggernes ønsker og valg på alvor og å legge til rette for at den enkelte kan bestemme over sitt eget liv. Det handler om selvbestemmelse. Selvbestemmelse dreier seg ikke bare om store og krevende valg som å gifte seg eller velge utdanning eller bosted. Slike valg gjør vi ikke så mange ganger i løpet av livet. Det er flest hverdager, og det er flest enkle og viktige hverdagsvalg vi må ta. Selvbestemmelse er for eksempel at du bestemmer når du vil stå opp om morgenen, hva du vil ha på deg, hvordan du vil ordne håret, og om du vil spise frokost eller ikke. Et sentralt poeng er at borgeren selv definerer hva som er betydningsfullt og viktig for den enkelte.

HVORFOR ER HVERDAGSMESTRING RELEVANT I REHABILITERING OG FOREBYGGING?

For det første dreier hverdagsmestring seg ofte om de repeterende gjøremålene i hverdagsaktivitetene. Hverdagsaktiviteter utføres ofte og regelmessig, i motsetning til aktiviteter som er knyttet til feiringer eller spesielle høytider. Dette er et viktig poeng. Fordi hverdagsaktiviteter utføres ofte, har de stor betydning for å bevare helsen og opprettholde funksjonsnivået. Det er også gjennom hverdagens aktiviteter at vi knyttes til vårt sosiale nettverk, til familie, venner og kollegaer. I tillegg er det opplevelsen av mening i hverdagsaktivitetene som motiverer til fortsatt å utføre disse, også etter at helsearbeiderne har avsluttet sin innsats.

For det andre flytter hverdagsmestring kontek-

sten for samhandling fra profesjonenes arena i institusjon, treningssal og sykehus til personlige arena, *den enkelte borgers hverdagsliv*. Konteksten kan like gjerne være personens utdanningssted, arbeidsplass og fritidsarena som eget hjem. Dette krever at yrkesutøverne samarbeider om å knytte innsatsen til personens eget liv og hverdag. Dette er en viktig påminning fordi det er denne konkrete hverdagen borgeren skal fungere i framover. Det er i hverdagslivet at personen særlig ser utfordringene i å fungere – ofte de små detaljene som hindrer deltakelse. Det er her trening eller tilrettelegging skal skje. Tove Borg har flere eksempler på dette i sin artikkel.

For det tredje er denne måten å forstå hverdagsmestring på relevant i hverdagslivet for *de fleste diagnosegrupper og alle aldersgrupper*. Hverdagsmestring er derfor et begrep som ikke nødvendigvis knyttes kun til hverdagsrehabilitering for eldre eller kun til hjemmearena. Dette gjelder like godt personer med psykisk utviklingshemming, psykisk uhelse og rusproblem, eller barn og ungdom som møter utfordringer i livet. Flere kommuner er nå i gang med å utvide innsatsen for eldres hverdagsmestring til også å gjelde andre brukergrupper. De kan med rette kalle seg «mestringskommuner», for eksempel Arendal, Malvik og Sandefjord.

For det fjerde er vektlegging av hverdagsmestring *ressursutløsende*. Mange kan fungere og delta i hverdagslivet tross funksjonsnedsettelse og funksjonshindringer. Her kan den enkelte vise sine talenter, funksjon og deltakelse tross sykdom eller helseplager. Dette muliggjøres like gjerne av å tilrettelegge forhold i omgivelsene som å endre innstilling eller funksjon hos personen. Et sentralt grep her er at innbyggerne selv aktiveres for egen innsats som eksperter på eget liv gjennom for eksempel likemannsarbeid og frivillighet. Et godt eksempel er brukeren som henvendte seg til kommunen for hverdagsrehabilitering, og til slutt endte som sjåfør for kommunens matombringning. Denne ressursutløsingen vil også kunne vise seg å støtte en bærekraftig helsetjeneste framover. Hverdagsmestring lønner seg.

KONSEKVENSER FOR KOMMUNEHELSETJENESTEN

Når innsatsen vektlegger hverdagsmestring, er det ikke diagnosen eller kroppen som er i fokus, men hvordan personen deltar i sitt hverdagsliv. Dette betyr at det er andre momenter som er viktig i helsepersonellens innsats enn en spesialisert kroppslig opptrening eller behandling. Perspektivet flyttes fra

Aktivitet	Spesialisthelsetjenesten	Primærhelsetjenesten
Planlegging	Kort perspektiv – store endringer på kort tid	Langt perspektiv – små endringer over tid
Kartlegging	Diagnostisering med avansert teknologi	Funksjonsvurdering, brukerpreferanser og brukerstyring
Sykdom	Oppmerksomhet på en sykdom om gangen	Mange sykdommer samtidig
Kliniske retningslinjer	Etterfølges strengt	Finnes knapt
Pasientrolle	Passiv, helsepersonell tar avgjørelser	Hjemme bestemmer pasienten, vektlegger å gjenoppta hverdagsaktiviteter
Beslutninger	Ofte i team Mange involverte i hierarkisk struktur	Ofte med én eller få involverte

Tabell 1: Kulturelle forskjeller mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten, oversatt etter Røssdal m.fl 2013.

diagnosen i sentrum for helsepersonell, til borgeren i sentrum i sitt eget hverdagsliv. Det må tilføyes at det samtidig selvsagt må gjennomføres overvåking og gis oppfølging på sykdomsaspekter.

Dette samsvarer med forskningen om pasientforløp av Grimsmo og kollegaer, som synliggjør at (den somatiske) spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har ulike kulturer, ulike oppgaver og dermed ulike arbeidsmåter (Røstad m.fl., 2013). Se tabell 1.

En konsekvens for praksis blir derfor å ha en bredere tilnærming enn kropp og diagnose med utgangspunkt i den enkelte persons preferanser i hverdagslivet. Dette utfordrer nye arbeids- og innsatsformer som er annerledes enn i spesialisthelsetjenesten.

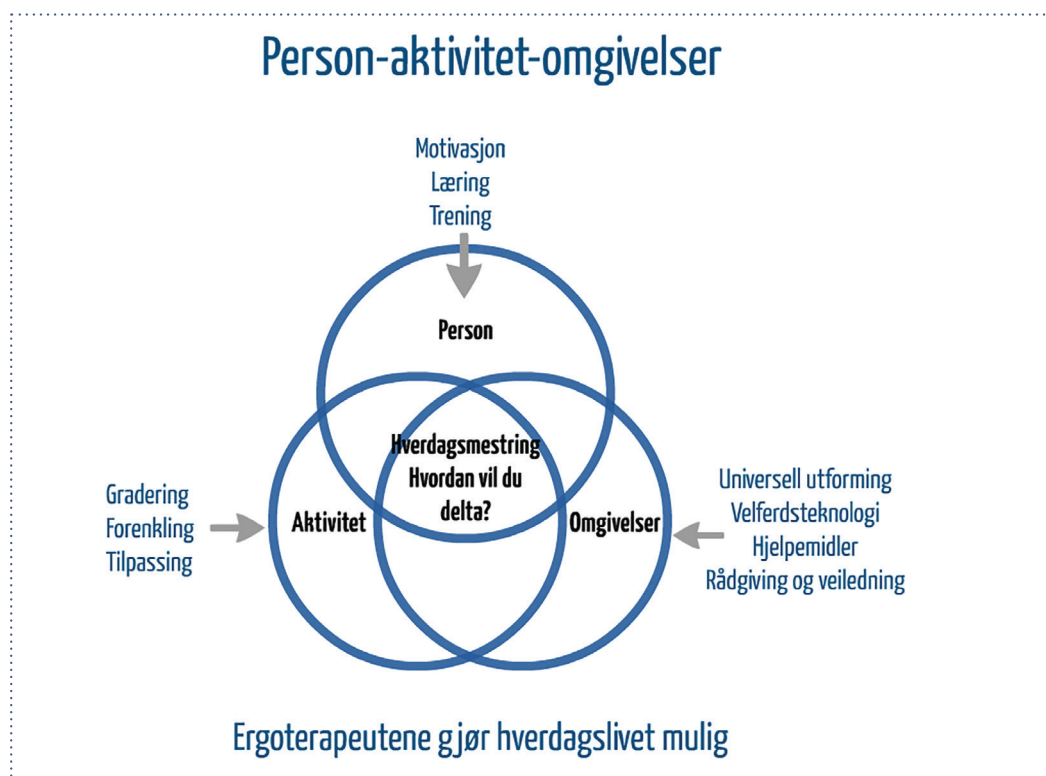
KONSEKVENSER FOR ERGOTERAPI

Innføring av hverdagsrehabilitering har i stor grad medvirket til å implementere en tydeligere person-sentrert tilnærming. Ved å starte innsatsen med COPM må borgeren selv identifisere hva det er viktig å delta i av aktiviteter. Det er grunn til å anta at COPM, samt tverrfaglig innsats, er en av grunnene til at hverdagsrehabilitering også har lyktes i norske

kommuner (jamfør Tuntland m.fl., 2015). Erfaringene fra hverdagsrehabilitering kan tas videre for å støtte hverdagsmestring hos en rekke andre brukergrupper. Spesielt er det påfallende at ergoterapeuter i altfor liten grad benytter COPM innen psykisk helse, rusfeltet og med barn og ungdom.

Dansk ergoterapi tar også utgangspunkt i borgernes hverdagsliv når Ergoterapeutforeningen i særlig grad beskriver innsats knyttet til akronymet TRIV: Tilgjengelighet, relasjoner og roller, interesser samt vaner og vilje. Se Jacob Madsens utdyping i egen artikkel. Med TRIV-faktorene er kroppens anatomi erstattet med hverdagslivets begreper og struktur. Dette er helt i samsvar med de generelle ergoterapimodellene som beskriver samspillet i hverdagslivet mellom person, aktivitet og omgivelser (for eksempel Model of Human Occupation, Canadian Model of Occupational Performance og Person-Environment-Occupation Model). Se figur 1.

Norsk Ergoterapeutforbund erfarer en voldsom etterspørsel etter undervisning i hverdagsmestring. Begrepet hverdagsmestring gir god mening for folk flest - de fleste får kanskje en umiddelbar tanke om hvordan hverdagsmestring angår deres eget liv. Hverdagsmestring knytter oss til det daglige



Figur 1 beskriver ergoterapeuters innsats med personer, aktivitet og omgivelser for å sikre hverdagsmestring og deltakelse.

og nære i kjente omgivelser, til dem vi liker å være sammen med, og til det vi synes er viktig i livet. Det er lett å forstå koblingen mellom hverdagsmestring og helse. Ergoterapeuter sitter på gull med sin kunnskap om aktivitet og deltakelse i hverdagslivet og dermed kunnskap om hverdagsmestring. Dette er i tiden - ergoterapeutene har teoriene, vi har tilgang på internasjonal forskning, og vi har de gode eksemplene fra praksis.

KONKLUSJON

Hverdagsmestring kan knyttes til viktige daglige gjøremål i den enkeltes hverdagsliv. Dette utfordrer helseprofesjonene til å ta utgangspunkt i personens egne preferanser og ønsker, og til at tiltak knyttes til hverdagslivet på den enkeltes premisser. Spesielt utfordrer dette ergoterapeuter til å dele kunnskap og synliggjøre sitt samfunnsmandat, som nettopp er å støtte aktivitet og deltakelse i hverdagslivet for alle.

Litteratur:

- Borg, T. (2002). *Livsførelse i hverdagen under rehabilitering*, Doktorgrad. Aalborg Universitet.
- Ness, N.E., Laberg, T., Haneborg, M., Granbo, R., Færevaa, L., Butli, H. (2012). *Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering*, Rapport fra prosjekt «Hverdagsrehabilitering i Norge», et samarbeid mellom KS, og Norsk Sykepleierforbund, Norsk Fysioterapeutforbund og Norsk Ergoterapeutforbund.
- Norsk Ergoterapeutforbund (2013). *Kompetanser i Ergoterapi*. Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund.
- Røstad, T, Garåsen, H, Steinsbekk, A, Sletvold, O, Grimsø, A (2013) Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Services Research* 13:121 Open access.
- Trondheim kommune (2015). Hverdagsmestring i hjemmet. Omtale på nettsider: <https://www.trondheim.kommune.no/content/1117745934/Hverdagsmestring-i-hjemmet>.
- Trondheim kommune (udatert). Rapport: *Evaluering av prosjekt «Hverdagsmestring i hjemmet.»* Et prosjekt i hjemmetjenesten i Lerkendal bydel i samarbeid med helse- og velferdskontoret (forvaltning) og enheter for fysioterapitjeneste, ergoterapitjeneste og innsatsteam.
- Tuntland, H., Aaslund, M.K., Espehaug, E., Førland, O., Kjeklen, I. (2015). Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial, *BMC Geriatrics* 15:145 Open access.
- Tuntland, H. & Ness, N.E. (2014.) *Hverdagsrehabilitering*. Gylendend Akademiske.
- Vifladt, E.H. & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk; samhandling om læring og mestring*. Utgitt av Nasjonalt Kompetansesenter for læring i mestring ved kronisk sykdom, Oslo.

Kan teori om hverdagsliv udfordre ergoterapeuter?

«Hverdagslivets aktivitet og deltagelse» har været ergoterapiens kærne siden 1970'erne. Hverdagsmestring (som I kalder det i Norge) og hverdagstræning (som det ofte kaldes i Danmark) er et nyt initiativ indenfor sundhedsvæsenet og på det sociale område. Det er ikke ergoterapeuter, der alene varetager disse tilbud, men ergoterapeuter spiller en rolle for deres etablering og gennemførelse. Initiativer af denne type skærper - endnu engang - nødvendigheden af, at vi ergoterapeuter er præcise om de indsatser, vi stiller til rådighed for borgerne og samfundet og de grundsyn vi sætter bag.

Av Tove Borg



Tove Borg er ergoterapeut, ph.d. og seniorforsker. Hun er tilknyttet forskningscentret Sundhed, Menneske og Kultur ved Århus Universitet og har i 10 år været forsker på Hammel Neurocenter. Hun har arbejdet med ergoterapeuters uddannelse på alle niveauer og har herudover en stor skriftlig produktion. E-post: tove.borg@mail.tele.dk

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Denne artikel har ikke direkte det formål at argumentere for «hverdagsmestring» til brug for diverse forhandlinger eller at give kritik af de oplæg, der aktuelt formuleres hertil. Hensigten er at bidrage til ergoterapeuters professionsudvikling ved at udfolde en forståelse af borgeres og ergoterapi-brugeres hverdagsliv undervejs i rehabilitering baseret på teori om sådanne hverdagsliv. Ergoterapeuters professionsparadigme er blandt andet et svar på, hvordan vi varetager vores engagement og forpligtelse i forhold til de borgere, vi kommer i kontakt med. Måske kan sådanne teoretiske forståelser udfordre vores måde at varetage dette ansvar på i udviklingen af vores professionsparadigme.

ERGOTERAPIPROFESSIONENS DOBBELTE ANSVAR

Som professionelle sundhedsarbejdere har vi ergoterapeuter et dobbelt ansvar. Når vi udvikler vores professionelle paradigme, vores teorier, metoder og redskaber, påtager vi os på en gang et

samfundsmæssigt ansvar og et ansvar i forhold til borgerne. Med det samfundsmæssige ansvar skal vi tjene samfundets interesser og gøre vores professionelle bidrag gældende i et samfundsmæssigt perspektiv. Gennem vores engagement og forpligtelse overfor borgerne skal vi tjene borgernes interesser og forstå vores indsatser i borgernes perspektiv.

Der finder store forandringer sted i verden, borgernes livsvilkår ændres, prioriteringer og magtforhold i staternes sundhedstjenester ændres. Derfor bliver vores professionelle paradigmeudvikling også stadig udfordret og vi må til enhver tid reflektere og efterprøve, om vi er på rette vej.

Den sundhedspolitiske udvikling har ifølge den amerikanske professionssociolog Eliot Freidson to tydelige udviklingsretninger. På den ene side har managementstrategier stor indflydelse på udviklingen i samspil med den biomedicinske forsknings evidensforståelse. På den anden side spiller en professionsforståelse en vigtig rolle (1). Tabell 1 opregner

de kendetegn som de to retninger fremviser i praksis.

Nogle forandringer sker direkte på foranledning af ministerielle direktiver, fx er der i Danmark på Sundhedsministeriets påbud indført «frit sygehusvalg» og «behandlingsgaranti». Men udviklingen af sundhedssektorens strategier og praksis sker typisk i *spændingsfeltet* mellem de to nævnte udviklingsretninger.

Udviklingen af det ergoterapeutiske paradigme bliver til i det samfundsmæssige handlerum, som vores faggruppe kan skabe mellem disse kræfter. Kampen for det finder sted i organisatoriske sammenhænge, men bestemt også i ergoterapeuters daglige praksis. Vi er optagede af hvilke ergoterapeutiske muligheder og indsatser vi kan skabe plads til og forfølge i den aktuelle samfunds- og sundhedspolitiske situation. Handlerummet skabes i konflikt mellem de dominerende kræfter, i dilemmaer undervejs og under pres. Udviklingen af den faglige interesse skal formuleres klart og må her stå sin prøve.

Den udviklingsretning som New Public Management repræsenterer er - allieret med den biomedicinske evidens-tænkning - blevet stadig mere dominerende. Professionernes kamp for en selvstændig stillingtagen til borgerne behov og til indsatser art og varighed, til værdier og videnskablighed bliver stadig vanskeligere, den professionelle dømmekraft har svære vilkår - det gælder ikke alene for ergoterapeuter. Vi ser, at en «top down»-styring med standardisering og dertil knyttet specialisering får stadig mere vind i sejlene, ligesom indsatser, der kan dokumenteres øverst på den biomedicinske evidens' rangliste, har de bedste muligheder for at

New Public Management Kendetegn	Professionsforståelse Kendetegn
<ul style="list-style-type: none"> • Central styring (top down) • Standardisering • Opdeling i kontrollerbare mindre indsatser • Indsatser der kan bestilles, udføres og prissættes <p>Sameksisterer godt med: Biomedicinsk evidens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indsatser der hviler på 'teknisk rationalitet' • Instrumentel tænkning og handling 	<ul style="list-style-type: none"> • Decentral styring (bottom up) • Borgerorientering • Tilpasning af indsatser til den enkelte • Professionelle skøn • «Best practice» <p>Mere end en instrumentel indsats En indsats der hviler på professionel dømmekraft</p>

Tabell 1 viser de kendetegn som New Public Management og Professionsforståelse fremviser i praksis.

vinde indpas. Det er krav, som ergoterapeuter ikke blot kan føle sig pressede af, men også er lydhøre overfor. Vi ser blandt andet hvordan mange unge forskere meget forståeligt vælger disse veje. Det er krav, der måske allerede er ved at ændre det faglige paradigme og vores syn på en række centrale forhold, på vores sundhedsbegreb og på de visioner vi har, om hvad ergoterapeuter kan bidrage med og hvad faget skal udvikle sig til.

Vi må stille spørgsmål som følgende: Vi har brug for den biomedicinsk forskning, men er det rimeligt, at den dominerer i det omfang vi ser i dag? Er det rimeligt at de sider af vores professionsparadigme, der kun kan underbygges gennem kvalitativ forskning, udsultes? Tilpasser vi i for høj grad vores profession til den aktuelle sundhedssektor- og biomedicinske styring, og bliver det på bekostning af vores engagement og ansvar i forhold til borgerne?

Det er ikke første gang i vores professionshistorie at sådanne spørgsmål er blevet formuleret. Tidligt i 1970'erne drejede diskussionen sig om «et bredere sygdomsbegreb» - det er næsten

et «deja vu» i forhold til i dag. Vi mente ikke, at patienterne var tjent med et snævert medicinsk sygdomsbegreb. Det blev til professionens indtil nu vigtigste paradigmeskift (1). Som et led heri diskuterede vi «helhedssyn», og vores faggruppe har taget konsekvenser heraf i alle de professionsteorier og modeller, der kom frem fra det tidspunkt (1). Fra sidst i 1990'erne husker vi initiativer til «Occupational Science» (2) der efterfølgende inspirerede til lignende initiativer blandt andet aktivitetsvidenskab i et nordisk perspektiv (3). «Disability Studies» trak i 1970'erne - og gør det fortsat - på tilsvarende, måske endnu tydeligere synspunkter (4). som Karen Whalley Hammell i 2006 tog op igen i sin bog *Perspectives on Disability & Rehabilitation* (5). Alle disse initiativer har forsøgt at fastholde den humanistiske sundhedsforsknings perspektiver, herunder sådanne menneskesyn og sundhedsbegreber, etiske og både kvantitative og kvalitative indsigter, der formuleres som hørende hertil.

Det følgende er et oplæg til læseren af denne artikel, hvor brugen af teori om hverdagsliv

præsenteres i relation til rehabilitering og ergoterapi. Det bliver læserens refleksion herom, der kan besvare de spørgsmål, der blev stillet ovenfor. Teksten omfatter følgende afsnit:

1. Hvad skal vi forstå ved hverdagsliv?
2. Teori om hverdagsliv sat i spil i forhold til menneskers oplevelser af egne hverdagsliv med sygdom og traumer.
3. Nogle ansatser til en borger – og hverdagslivsorienteret tilgang til rehabilitering og ergoterapi.
4. Overvejelser om hvorvidt dette bidrag er en utopi forstået som virkelighedsflugt eller en udfordring i forhold til rehabilitering og ergoterapi.

Men allerførst: Hvad er hverdagslivsteori?

HVERDAGSLIVSTEORI

Hverdagslivsteori bliver til gennem forskning. Teorierne omfatter forbundne begreber, der fanger centrale sider af menneskers hverdagsliv. Bag teoriudviklingen ligger både kvalitativ forskning med kendte metoder: interviews, deltagerobservationer, fortællinger, dagbøger m.v. og kvantitativ forskning. Teorierne er for manges vedkommende under stadig udvikling. Det er formålet med teorierne, at de kan bruges til at forstå og forandre fænomener og processer i menneskers hverdagsliv.

Forskning i hverdagsliv drejer sig om menneskers perspektiver på eget hverdagsliv, de sammenhænge de tilbringer det i, hvem de deltager sammen med, hvilke aktiviteter eller opgaver de giver sig af med, hvad der betyder noget for dem, de grunde de har til at handle og hvordan de binder hverdagslivet sammen. Herudover

handler teori om hverdagsliv i høj grad også om forskelle i hverdagsliv og om forandring heraf (6).

De forskellige teoretiske tilgange er fra dette og sidste århundrede. Det ligger i hensigten med udformningen af dem, at de tager højde for at samfund forandrer sig. De anses derfor stadig at være aktuelle. Udvalget er foretaget under hensyn til at de videnskabsteoretisk kan fungere sammen og bidrage til den analyse, der følger i teksten. De udvalgte forskere er: den tyske fænomenolog Alfred Schutz (7), den norske socialantropolog Marianne Gullestad (8), den danske kultursociolog Birthe Bech-Jørgensen (9), den tyske kritiske psykolog Klaus Holzkamp (10) og den danske kritiske psykolog Ole Dreier (11,12).

I. HVAD SKAL VI FORSTÅ VED HVERDAGSLIVET?

Hverdagslivet er den virkelighed, man oplever med sin sunde fornuft. Det er det man tager for givet og selvfølgeligt. Det er organiseret omkring ens egen krop. Hverdagslivet er genstand for vores handlinger og vores interaktion med andre. Det leves i og på tværs af en række sammenhænge: hjem, diverse institutioner, arbejde og fritid. Vi italesætter hver vores hverdagsliv ved hjælp af sprog.

Vi deler hverdagsliv med andre. Det forbinder os med andre. Dagsrytmer og tid i hverdagslivet strukturerer vores fælles og adskilte liv med hinanden.

For at opretholde et hverdagsliv må man kunne genskabe det og forandre det. Det sker i og på tværs af de forskellige sammenhænge vi er en del af og det sker sammen med andre mennesker.

Vi varetager en lang række

aktiviteter, alene og sammen med andre. Vi former dem som rutiner eller de bliver til som særlig betydende aktiviteter, der kan være lystbetonede eller udfordrende og vanskelige, og som bliver udtænkt i den konkrete situation og sammenhæng – bevidst eller måske spontant. Tidsmæssigt koordinerer vi vores aktiviteter og tænker dem ind i forskellige samfundsmæssige strukturer.

Det har en særlig betydning, at mennesker ofte stræber efter at skabe sammenhænge i egne hverdagsliv. Det sker *i og på tværs* af de forskellige kontekster, som de er en del af, men også *på langs* mellem fortid, nutid og fremtid. For mange er det vigtigt at binde deres deltagelse time for time, dag for dag, måned for måned sammen til én livshistorie og én identitet. Der er forskellige begreber, der indfanger bestræbelser på at skabe sammenhæng i eget hverdagsliv. Bech-Jørgensen skriver om: *at håndtere hverdagslivets betingelser* (9), Antonovsky bruger begrebet *mestring* (13), Bateson taler om: *at orkestrere sit liv* (14), Holzkamp og Dreier om: *Livsførelse i og på tværs af forskellige sammenhænge* (10, 11,12). Det er måske også det som WHO's funktionsevnebegreb står for (15)?

2. MENNESKERS OPLEVELSER AF EGNE HVERDAGSLIV MED SYGDOM OG TRAUMER

Hverdagsliv med sygdom og traumer

Hvordan ser hverdagslivet ud når mennesker bliver syge eller får et traume? Hverdagens kontinuitet bliver afbrudt, for nogen slås det i stykker. Den enkelte forsøger spontant at integrere det der nu er problematisk, i det som i forvejen er uproblematisk. Men er

symptomer og skade omfattende, kan det vise sig ikke at være muligt. Situationen peger da frem på andre virkeligheder, der er usikre, ukendte, uafklarede og måske truende.

Ved en eventuell indlæggelse bliver borgeren patient og kommer ind i nye sammenhænge, der er fremmede. Der skal erfares og læres meget nyt, og det er kun i begrænset omfang, man selv er medskabers af betingelserne. Man får nye relationer, både professionelle og medpatienter, der er nye praktisk forhold, nye regler og nye normer, man må indrette sig på og efterleve. Strækker dette sig over en periode, kan man godt sige, at der også her bliver tale om et hverdagsliv - om end det er et særligt hverdagsliv. I de andre sammenhænge man plejer at være en del af, i familien, på arbejdspladsen og andre steder går livet videre - uden ens medvirken og uden man rigtigt har mulighed for aktivt at påvirke det, der sker.

I løbet af indlæggelsen og den efterfølgende tid må det afklares i hvilket omfang det kendte hverdagsliv kan genskabes, eller hvordan det kan skabes på ny og på hvilke vilkår. De forandringer der er sket, kan have flere af følgende konsekvenser: forandringer i kroppen og af kroppens brug, forandringer i sanserne, forandringer af relationerne til andre, forandrede muligheder for deltagelse i tidligere kendte sammenhænge og dermed også forandret selvforståelse. Hverdagslivets sammenhænge skal skabes på ny. For mange personer ramt af sygdom eller traume er det en kompleks og langvarig proces, med konsekvenser i mange forskellige sammenhænge og på mange forskellige niveauer. Det er det også for de berørte

familier, voksne og børn og andre relationer. Det er en proces, det derfor også ofte er nødvendigt at give professionel støtte.

Tre eksempler på utilstrækkelig professionel indsigt i borgerens og de pårørendes hverdagsliv

Der er mange eksempler på at rehabilitering lykkes. Alle sundhedsprofessionelle kender og husker levende situationer med borgere og familier, der kommer vel igennem vanskelighederne. Men mange vil også huske indsatser, der fejler, borgere der opgiver og tilfælde, hvor der ikke er offentlige ressourcer til stede og på de rette tidspunkter, til at følge hele processen op til der er skabt en rimelig ny situation. Her skal nævnes nogle eksempler på skævvredne processer, der - i al fald for en tid - ikke lykkes. Eksemplerne er fra min egen forskning (16).

A. Når det overses at borgeren er en del af en familie: Henrik, direktør for mindre firma, indlægges som 51-årig med højresidig hemiplegi. Han er hurtigt i gang med sin fysiske genoptræning i samarbejde med en fysioterapeut. Han ønsker selv at håndtere situationen omkring genoptagelse af sit hverdagsliv hjemme. Hans kone, Karen, der netop holder pause fra arbejde og vil i gang med noget nyt, støtter ham i det. Familien vil klare situationen selv.

Senere besøger jeg dem hjemme. Det går godt for Henrik. Meget lykkes. For Henrik er det heldigt, at Karen har tid. Hun står parat med al den hjælp, han har brug for. Hjælper ham det tøj på, som stadig er svært for ham, kører ham til og fra arbejde, så han forsøgsvist kan begynde sit arbejde igen og meget mere. Men

situationen er ikke holdbar for Karen. Hun havde ikke regnet med at blive Henriks hjælper i stort og småt og at deres hverdagsliv skulle fyldes ud med hans hverdagsliv. Hun er blevet bundet i en situation, hvor hun selv satsede på et mere spændende liv. Nu kan hun ikke se sin vej frem og vover ikke at tage spørgsmålene op med Henrik. Problemløsningerne omkring Henriks situation har påført hende problemer - uden at nogen har bemærket, hvad der er sket.

B. Når betydningsaspekter overses: Helene, hjemmearbejdende husmor på 54 år, har pådraget sig en hjerneskade og er indlagt på rehabiliteringshospital. Hun samarbejder med de professionelle om sin fysiske genoptræning, hendes gangfunktion er dårlig. Også køkkentræning er på dagsordenen. Det fremgår af status ved udskrivelsen, at køkkentræning ikke lykkedes på grund af Helenes kognitive problemer, hun har apraksi - og må have megen hjælp.

Da jeg besøger hende hjemme, fortæller hendes mand, at de blandt andet hygger sig med at lave mad sammen. Flemming gør meget for, at de har fælles aktiviteter. Ved at gøre noget sammen, kan de have et godt hverdagsliv. Ved madlavning støtter han hende i det hun kan gøre, finder ting frem m.v., og så kompenserer han for det, hun ikke kan. Jeg kan høre, at det der tæller, er deres egne perspektiver på dette hverdagsliv. Her findes fælles livskvalitet, og hvad den enkelte så ikke magter er ind imellem mindre afgørende. Denne indsigt i det hjemlige hverdagsliv gik de professionelle glip af.

C. Når den institutionelle kontekst



for rehabilitering ikke er afstemt med den hjemlige: Karla indlægges på rehabiliteringshospital med højresidig hemiplegi. Hun er en kontant og aktiv kvinde, 49 år, tidligere sjakkbajs i malerfirma. Genoptræningen går strygende. I samarbejde med de professionelle og hjemme på besøg i weekender, afprøver hun genvundne færdigheder og finder nye opgaver, hun vil klare. Hun har et livligt forhold til sine medpatienter, fejrer sine «sejre» sammen med dem og føler stor opbakning i miljøet.

Familien glæder sig til at få hende hjem igen og hun ser frem til alt det, hun skal i gang med igen.

Men hjemme oplever hun situationen anderledes. Der er kun positive forventninger til hende, hun fortsætter også med den planlagte genoptræning, men pludselig er hun ikke centrum for alles bestræbelser. Nu drejer det sig om familiens hverdagsliv, om alles forskellige aktiviteter, ude og hjemme – bekymringer og glæder. Hendes problemer, der før var så centrale for alle, er nu bare noget, hun selv må løse. Men det er vanskeligt at genfinde motivationen, der ellers var så klar. Ingen dårlige stemninger, bare en anden situation. Den kontekst som Karla skal fungere i er ændret fra en rehabiliteringskontekst med stærkt fokus på mål og målrealisering til den gammelkendte hjemlige kontekst, som Karla plejer at elske, men som mangler noget vigtigt i denne bestemte situation. Det kunne måske være tænkt ind i planen?

Eksempler på utilstrækkeligt organisation

På den organisatoriske side ses også ofte problemer. Rehabiliteringsprocesser kan afbrydes med problematiske konsekvenser til følge. Det er ikke ualmindeligt at overgange mellem indlæggelse

på forskellige institutioner eller mellem institution og hjem bliver afbrudte. Al viden peger på, at forløb bør være uafbrudte kæder. Brud kan skyldes, at relevante tilbud ikke er til rådighed, at tilbud fungerer mindre godt eller at tilbud ikke er til stede rettidigt. Det kan tage sig ud som mindre «fejl», men sådanne brud i rehabiliteringsprocessen vil ofte have store konsekvenser. Gennemførelse af et hverdagsliv med genoptræning og rehabilitering kræver stor motivation, og det kræver planlægning, der involverer flere. Brud kan på dette tidspunkt virke ind i disse dynamikker med nedbrydende kraft, fordi borgeren og familien netop i sådanne perioder skal opbyde særlig energi og netop her ofte er særlig sårbar og uden professionel støtte. De står i overgangen mellem flere situationer – ofte mellem indlæggelse og hjem. Brud kan forlænge processen uhensigtsmæssigt og kan skabe nye genoptræningsproblematikker og nye problemer i relationerne mellem de mennesker, der skal få det hele til at fungere.

Fælles for de nævnte eksempler er, at problematiske sider af de situationer, som disse mennesker befinder sig i, først for alvor ses og bliver tydelige i de involveredes konkrete hverdagsliv, når de bliver en del af den daglige livsførelse og livssituation.

Reorientering, restituering, reorganisering og reidentifikation

Den mangefacetterede og komplicerede rehabiliteringsproces kan beskrives ved hjælp af forskellige begreber, der kendetegner de bestræbelser personen slås med: resorientering, restituering, reorganisering og reidentifikation. Bestræbelserne omfatter kroppen, det mentale, det sociale og de bestemte kontekster personen

er en del af – på alle niveauer. De finder sted i personens håndtering af sit hverdagslivs betingelser. Betingelserne er relationelle, institutionelle og samfundsmæssige og altså også kulturelle.

Det er således på en gang en proces med praktiske dimensioner og en mental og emotionel refleksionsproces. Igen: det er ikke en proces der kan klares på kort tid, den er langvarig. Dens omdrejningspunkt er *læring i praksis*. Retningen for læreprocessen er at nå frem til – igen – at blive og *at være et menneske blandt andre mennesker – ens nærmeste relationer og alle andre – med muligheder for at deltage i aktiviteter i forskellige sammenhænge til fælles bedste – såvel i et snævrere som i et bredere perspektiv* (17). Dette mål, og alle de nødvendige konkrete mellemliggende mål, fører ikke nødvendigvis til det samme hverdagsliv som tidligere, men ofte til et hverdagsliv, der på en anden måde – alligevel og måske lige så godt – tilfredsstiller samme menneskelige søgen.

Når målet er vellykkede rehabiliteringsindsatser er der altså afgørende grunde til at inddrage borgerens og de pårørendes konkrete hverdagsliv i det professionelle arbejde. I det fornyede hverdagsliv skal borgeren igen kunne håndtere sit hverdagslivs betingelser. Det er kun borgeren og de pårørende, der kender dette hverdagsliv, dets problemer og ressourcer og derfor må det ske i deres perspektiv.

Tager vi den forskning, der her er præsenteret til indtægt, peger den frem mod en ny tilgang til rehabilitering og ergoterapi. En tilgang, der på en mere direkte og kompromisløs måde end den vi kender, sætter borgernes hverdagsliv og deres egne perspektiver herpå i centrum for undersø-

gelser, prioriteringer, beslutninger om mono- og tværfaglige indsatser, samt for evalueringer i og af processen.

III. ANSATSER TIL BORGER- OG HVERDAGSLIVSORIENTERET REHABILITERING OG ERGOTERAPI

Med udgangspunkt i de teoretiske præciseringer fremstilles her nogle ansatser til en teoretisk tilgang til rehabilitering og ergoterapi, der har borgerens hverdagsliv og hans eller hendes perspektiver på eget hverdagsliv med sygdom, traumer og rehabilitering i centrum (17).

Et perspektivskifte

Denne tilgang repræsenterer et perspektivskifte fra fokus på de institutionaliserede rehabiliteringstilbud til fokus på borgerens og de pårørendes perspektiver på eget hverdagsliv. Udgangspunktet for alle initiativer bliver borgerens (og de pårørendes) daglige handlinger og refleksioner. De professionelle indsatser gøres til en del heraf. De store variationer der er i menneskers

hverdagsliv betyder, at der kun kan fastlægges få standarder – eller at de standarder, der formuleres netop påbyder variation. Normen for vellykkede indsatser bliver: at skabe *samme muligheder* fremfor at give samme tilbud.

Den videns- og videnskabsforståelse og det menneskesyn, der anerkendes i denne tænkning, tager afsæt i borgernes og de pårørendes *sociale praksis*. De professionelles sociale praksis spiller sammen hermed og bygger til enhver tid på alle aktørers subjektperspektiver. Humanistisk sundhedsforskning er det overordnede perspektiv, forståelse af den biomedicinske videns- og videnskabsforståelse indgår heri.

Det fornyede fokus

Denne tilgang drejer sig om de relationer og sammenhænge, der forbinder mennesker og enkelt-situationer, den drejer sig om menneskers deltagelse, læring og rehabilitering, om deres livsførelse over tid og om igen at kunne

indgå i et samfundsmæssigt liv i interaktion med andre.

På den måde drejer denne tilgang sig ikke alene om funktioner, den drejer sig heller ikke kun om bestemte isolerede situationer – men *om at leve et liv*.

Rehabiliteringens professionelle praksisformer – et professionelt perspektiv

Rehabilitering inddrager et væld af forskellige sundhedsprofessionelle og andre indsatser, der bidrager med fagligt arbejde i en tværfaglig rehabilitering. Hver af professionernes indsatser omfatter forskellige praksisformer med hver deres mål og indsatser ligesom de bygger på en række forskellige videnskabelige forståelser.

De kendte professioner omfatter mangfoldige eksempler på flere af følgende tre praksisformer: *en sygdomsorienteret praksis*, hvis formål det er at forlænge liv og som er baseret på biomedicinsk forskning, *en situationsorienteret praksis*, hvis formål er livskvalitet og hvis videnskabelige basis er

Grunde til at vi skal interessere os for borgernes og de pårørendes perspektiver på eget hverdagsliv

- Når borgerne får brug for professionelle rehabiliteringstilbud er de på vej i deres liv med deres forskellige relationer, i de sammenhænge de er en del af.
- Sygdomme og traumer skaber brud i dette hverdagsliv.
- De professionelle og deres indsatser bliver således i perioder en del af borgernes liv.
- Indsatserne kan anvendes på mange forskellige måder, de skal kunne bruges af borgerne i det liv de lever – ikke bare som en standard udtænkt ved de professionelles skriveborde eller på de institutioner, hvor det professionelle arbejde ofte finder sted, men der, hvor borgerens liv skal udfolde sig.
- Det er kun borgeren og de pårørende, der kender det hverdagsliv de lever og som kan redegøre for den betydning de forskellige dele og sammenhænge i hverdagslivet har for dem – praktisk og mentalt.

Grunde til at forstå hverdagslivet som forudsætning for professionelt arbejde

- Menneskers livsførelse i hverdagslivet er mangfoldigt og forskelligt.
- De sammenhænge mennesker lever i er mangfoldige og forskellige, deres relationer, deres hjem, deres aktiviteter og arbejde, deres interesser og vaner, deres materielle og økonomiske vilkår, m.m.
- Den betydning de tillægger begrænsninger i funktions-evne varierer – når den ses i forhold til livsførelsen i eget hverdagsliv.

humanistisk sundhedsforskning, og *en samfundsorienteret praksis*, der har sunde livsbetingelser som sit formål og hvis videnskabelige grundlag er epidemiologi. I forhold hertil har hver af professionerne forskellige metoder og redskaber de råder over (18).

Alle disse former for praksis forstås af de professionelle i «*et udefra-perspektiv*». Det vil sige de professionelle kender indsatserne, de har lært dem under uddannelse og efterfølgende har de fået erfaringer med dem i praksis med mange forskellige borgere. Praksisformerne - i deres forskellige professionelle ikklædninger - står på denne måde til rådighed for den ansattes professionsudøvelse i et «*udefra-perspektiv*». Når den ansatte står overfor samarbejde med den enkelte borger kan han eller hun tage de forskellige praksisformer i anvendelse. Her undersøger den professionelle hvilke indsatser, der kan være relevante og hvordan i samarbejde med denne særlige borgers eget «*indefra-perspektiv*». Forskellige professionelle har deres måder at varetage *denne borgerorienterede praksis* på. Her skal den beskrives på baggrund af den teoretiske hverdagslivsforståelse, som denne artikel redegør for.

Den borger- og hverdagslivsorienterede praksis

Denne tilgang rettes imod støtte af borgeren (og de pårørendes) livsførelse i og på tværs af de forskellige handlesammenhænge, som de er en del af - i borgerens (og de pårørendes) perspektiv.

Mål på kort og langt sigt og det overordnede formål

Den borger og hverdagslivsorienterede praksis i samarbejdet skal

endvidere sikre:

- at der formuleres mål på kort sigt og dannes billeder af 'mulige fremtider'
- at de forskellige praksisformer prioriteres, sammensættes og koordineres
- at praksisformernes tværfaglige samspil indgår i og virker sammen med borgerens hverdagsliv.

Formålet er: Udvikling af personlige forudsætninger og samfundsmæssige vilkår for en - i borgernes perspektiv - meningsfuld deltagelse i et hverdagsliv i fællesskab med andre. Det indebærer oftest både forandring af borgerens egne forudsætninger og forandring af den kontekst livet leves i.

Et handlings-, refleksions- og eksperimenterings-rum

Den sammenhæng, som den borger- og hverdagslivsorienterede praksis finder sted i, skal kunne rumme handling, eksperimentering og refleksion. Det skal være et rum, hvori muligheder kan afprøves. Store forandringer kræver tid, der vil altid være mange muligheder for formning af et hverdagsliv på ny - efter sygdom eller traume. Det afgørende er ikke altid at vælge den første den bedste løsning, flere muligheder kan fremme valget af de veje, det er bedst at gå.

Relevans, betydning og effekt

Hvordan vurderes da indsatsernes relevans, betydning og effekt? De professionelle har en mangfoldighed af psykometriske, kvalitetssikrings- og evidensbaserede procedurer til at afprøve disse forhold. For borgeren og de pårørende drejer det sig primært om den indsigt de kan få i de mu-

Tilgangen skal muliggøre:

- at borgerens hverdagsliv bliver udgangspunktet
- at borgerens egne perspektiver sættes i centrum
- at borgeren deltager, ikke bare medvirker
- at borgeren deltager i både udformning og gennemførelse af indsatser - ikke kun i standardiserede professionelle initiativer
- at også de pårørende deltager
- at de relationer, sammenhænge og betingelser, som borgeren og de pårørende skal håndtere, inddrages.

Det vigtigste ved hverdagslivsorienteringen er inddragelse af:

- de sammenhænge som borgeren er en del af (hjem, arbejde, fritid, institutioner), herunder de praktiske forhold, betydningen, værdier og kultur
- de personer som borgeren deler sit hverdagsliv med
- aktiviteter og deltagelse, der har betydning for borgeren, evt. også de pårørende
- den tidsmæssige koordinering

Og her skal det centrale være det borgeren og de pårørende finder vigtigst - med både dets problemer og ressourcer.

ligheder, som indsatserne byder på i forhold til de perspektiver, de har på eget hverdagsliv, på det de ønsker, tror og håber på.

Rehabiliteringskæder

De inter-professionelle indsatser skal koordineres for at blive sammenhængende rehabiliterings-tilbud og rehabiliteringskæder. Borgerens og de pårørendes egne perspektiver på eget hverdagsliv i forandring er et egnet fokus for koordinering og sammenhæng. Det gælder også for de koordinationsfunktioner, der evt. etableres.

Sammenhænge på tværs og på langs

I samarbejde om processen og i beslutninger om fremtiden er der nogle situationer, hvor det særligt brænder på. Det er undervejs i rehabiliteringen, når der skal skabes sammenhænge på tværs mellem de kontekster borgeren er en del af (hjem, arbejde, fritid, institution). Det gælder ikke mindst i overgangen mellem forskellige opholdssteder. Andre vigtige situationer hvor sammenhænge har betydning, er sammenhænge på langs mellem det tidligere, det nuværende og det fremtidige liv.

Opsummering

Disse fragmenter til en ny tilgang til rehabilitering og ergoterapi fremhæver - til forskel fra andre kendte - ikke alene hverdagslivet som ét indsatsområde blandt flere. Perspektivskiftet består i, at de professionelle som det første - og hele vejen igennem - fokuserer på *borgerens og de pårørendes perspektiver på eget konkrete hverdagsliv i og på tværs af forskellige sammenhænge* - og på hvordan dette konkrete hverdagsliv igen kan blive tilfredsstillende for vedkommende. Det er

det afgørende, det som det hele drejer sig om. Det er i princippet udgangspunktet for alle indsatser, her for ergoterapi, men også for rehabiliteringens øvrige professioner. Indsatserne gøres til en del af det hverdagsliv som borgerens og de pårørendes selv ser det - hverdagslivet under forandring. Herved bidrager de professionelle til en tværfaglig rehabiliteringsindsats, der er relevant, som får betydning og som bliver effektiv - for borgeren og de pårørende.

IV. UTOPI - VIRKELIGHEDS-FLUGT ELLER KONSTRUKTIV UDFORDRING

Nu kan vi så stille spørgsmålet: Lad os antage at ansatsen til en borger- og hverdagslivsorienteret tilgang repræsenterer borgeres og pårørendes perspektiver og interesser, lever de kendte rehabiliteringsinitiativer og ergoterapeutiske indsatser da op til det? Ergoterapeuter er nået et godt stykke vej m.h.t. at inddrage borgerne, men tager vi skridtet fuldt ud og bruger denne inddragelse til at forstå borgerens perspektiv på eget hverdagsliv? Vi inddrager også allerede borgerne og de pårørendes hverdagsliv i det professionelle arbejde, men gør vi det som selve udgangspunktet for den professionelle indsats? Den forskning, der her er redegjort for, siger: måske kan vi gøre det bedre - og måske kan vi slippe nogle af de standarder, vi ofte møder frem med?

Kan vi blive dygtigere til at vurdere hvilke konsekvenser, det har for den hele familiens hverdagsliv, hvis et af medlemmerne får bestemte funktionsevne-nedsættelser og rehabiliterings-tilbud? Sker det at vi, gennem bestemte indsatser til et familied medlem, øger belastningen på andre familiemedlemmer? Over-

ser vi, at den borger vi står overfor, måske fungerer på én måde sammen med familiemedlemmer eller andre, som han eller hun og de selv er tilfredse med - men ikke alene og ikke i andre sammenhænge? Husker vi på, at det at være selvhjulpne i hverdagslivet, kan være et helt mangelfuldt parameter i forhold til at muliggøre livskvalitet, der forudsætter menneskelige fællesskaber? Kan afhængighed ikke være en side af det at være gensidigt forbundet med et andet menneske og derfor ikke behøver at være belastende? Den slags eksempler har at gøre med betydningen af at være en del af menneskelige sammenhænge og viser hvor mangfoldigt og varieret menneskers hverdagsliv er. Får vi integreret de professionelle indsatser, så de bliver hensigtsmæssige dele af dette hverdagsliv, både fagligt og kulturelt? Gør vi vores arbejde godt nok, når borgerne skal klare overgangen mellem institution og hjem? Kan forståelse af hverdagsliv hjælpe os til at vi blive bedre til at skabe sammenhænge i sådanne situationer og organisering af dem?

I forhold til den biomedicinske tænkning kan den borger- og hverdagslivsorienterede tilgang hurtigt blive kaldt en utopi, forstået som virkelighedsflugt og drømmeri? Den biomedicinske tilgang vi kender og som så fint sameksisterer med management tænkningen placerer borgeres og pårørendes viden nederst i evidenshierarkiet, ligesom den i forskningen opdeler menneskelig aktivitet i små afgrænsede dele og oftest udelukker menneskelige sammenhænge og fællesskaber som forskningsområde. Borgeres og pårørendes viden betragtes ofte som mindre værdifulde eller ligefrem som fejlkilde.

Men ergoterapeuter, der er optaget af professionsudvikling, vil også engagere sig i de anderledes værdier, der underbygger professionsudviklingen. Her er den videnskabelige forudsætning humanistisk sundhedsforskning, der anerkender og forsker i borgerne og de professionelle subjektive perspektiver på praksis. Den biomedicinske forskning er også uundværlig indenfor denne ramme. Den humanistiske tilgang stræber efter at bygge bro mellem de forskellige tilgange (19). Her står vi med en utopi og nogle visioner i en helt anden betydning, nemlig: en udviklingsretning, det er værd at overveje – som en udfordring og en berigelse. I ergoterapeuter, der er optaget af udviklingen af vores professionen og af nye samfundsmæssige ergoterapiinitiativer, vil finde svaret i den praksis, I står midt i. Svaret er jeres.

Referencer:

1. Borg T. & Winding K. Ergoterapifagets professionalisering. Kapitel 27. I: Borg T, Runge U, Tjørnov J. Red. Basisbog i Ergoterapi. 1. og 2. udg. København: Munksgaard Danmark; 2003 og 2007. Heri refereres til Eliot Freidson. Professionalism, The Third Logic. 2001.
2. Zemke R, Clark F. Eds. Occupational Science. The Evolving Discipline: Philadelphia: FA Davis Compagny; 1996.
3. Bendixen HJ, Borg T, Pedersen EF, Altenborg U. Red. Aktivitetsvidenskab i et nordisk perspektiv. København: FADL's Forlag; 2005.
4. The Disability Archive, Centre for Disability Studies. Leeds. UK. (hjemmeside på internettet).
5. Hammel KW. Perspectives on Disability & Rehabilitation – contesting assumptions; challenging practice. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevir; 2006.
6. Borg T. Begreber om hverdagsliv. Kapitel 3 I: Borg T, Runge U og Tjørnov J. Red. Basisbog i Ergoterapi (1. og 2. udg.). København: Munksgaard Danmark; 2003 og 2007.
7. Schutz A. Hverdagslivets sociologi. København: Hans Reitzels Forlag; 2005.
8. Gullestad M. Kultur og hverdagsliv. På sporet af det moderne Norge. Oslo: Universitetsforlaget; 1989.
9. Bech-Jørgensen B. Når hver dag bliver til hverdag. København: Akademisk Forlag; 1994.
10. Holzkamp K. Daglig livsførelse som subjektivt videnskabeligt koncept. Nordiske Udkast 1998: 2. Dansk.
11. Dreier O. The person and her conduct of everyday life. Nordiske Udkast 2013: 2. Dansk.
12. Dreier O. Psychotherapy in Everyday Life. Cambridge: Cambridge University Press; 2008. En del af artiklens pointer er inspireret af Dreiers forskning.
13. Antonovsky A. Helbredets mysterium. København: Hans Reitzels Forlag; 2000.
14. Bateson MA. Enfolded Activity and the Concept of Occupation. In: Zemke R, Clark F. Occupational Science. The Evolving Discipline: Philadelphia: FA Davis Compagny; 1996.
15. WHO. International Classification of Functioning. www.who.int/classifications/icf/en/
16. Borg T. Livsførelse i hverdagen under rehabilitering. Århus: Forskningscentret Sundhed, Menneske og Kulturs tidsskriftsserie; 2002, nr 2. Pdf-fil fås evt. hos forfatteren.
17. Borg T. En teori om et praksisområde. Kapitel 15. I: 16. Artiklen bygger primært på dette forskningsprojekt.
18. Borg T og Juul Jensen U. Paradigmer og praksisformer i rehabilitering – en analytisk tilgang. 2004-2005. Ikke-publikkeret artikel. Fås evt. hos forfatteren.
19. Schwandt T. Evaluating Holistic Rehabilitation Praxis. Oslo: Kommuneforlaget AS; 2004.

FIBERDYNEN

– en myk vekt dyne som gir trygghet

Picomeds komfortable **Fiberdyne** med luftige polyesterfibre er en ny, unik løsning til alle som ikke bare trenger hvile og varme, men også ekstra trygghet. Selv om Fiberdynen hovedsakelig fungerer som vekt dyne er den også konstruert slik at den oppleves som en "klassisk" god og varm dyne.

Den luftige og pustende **Fiberdynen** fra Picomed beroliger og gir bedre søvnkvalitet.



Kan bl.a. hjelpe personer

med rastløshet, ADHD, søvnforstyrrelser, psykoser, autisme spektrum forstyrrelse, agitasjon/angst og demens.

Flere veker

Voksne: 150 x 200 cm (vekt 4-14 kg).
Barn: 100 x 125 cm (fra 2,3 til 5 kg i vekt.)

Sikre materialer

Laget av brannhemmende Trevira CS, inneholder polyesterfibre.

Enkelt vedlikehold

Vaskes i normal vaskemaskin. Dynen kan deles i to med lynlås for å vaskes i to omganger. Kan tørkes i trommel på lav varme.

PRØV DEN!

– Kontakt oss for avtale om gratis testperiode.
Tlf. 920 18 007 eller teis@picomed.no



PICOMED

Les mere på

www.picomed.no/produkter/fiberdynen/

TRIV som mulig professionsmarkør

«Vi opfatter mennesket som en organisme, der bevarer sig selv og opretholder balancen i en verden af virkelighed og aktualitet ved at være i aktivitet, vigør og aktivt brug (...)». Sådan udtrykte Meyer i 1922 i «Archives of Occupational Therapy», og understregede dermed som en af de første, vigtigheden af menneskets deltagelse i aktivitet i hverdagslivet.

Av Jacob Madsen



Jacob Madsen er lektor på ergoterapeutuddannelsen på University College Nordjylland og PhD-student ved Aalborg Universitet, forbundet til Karolinska Institutet i Stockholm.
E-post: jam@ucn.dk

Dette er en revideret udgave av en artikkel som den danske ergoterapeutforeningen publiserte på internett i september 2015. Den originale utgaven inneholder en litteraturgjennomgang med fokus på de enkelte begrepene i TRIV, som utgjør grunnlaget for artikkelen. http://www.etf.dk/sites/default/files/uploads/public/documents/Sundhedsfagligt/triv_som_mulig_professionsmarkoer_17-09-2015.pdf

Meyer betragtede mennesket som et aktivtetsvæsen, der skaber krop og sind gennem de aktiviteter det udfører og mente, at aktivitet bestod af en veksling mellem menneskets måde at tænke, eksistere og handle ud fra (1). Denne betragtning danner på flere måder stadig grundlag for ergoterapiens ideologi i dag; at møde mennesket gennem dets aktivitet og deltagelse, der hvor det er - der hvor mennesket har ressourcer og lever sit liv! Kun således sikres det optimale samarbejde, fremdriften og muligheden for en succesfuld rehabilitering. Kunsten bliver at bevare denne ideologi uanset kontekst. For når det samfund der omkredser vores profession ændrer sig, må ergoterapi nødvendigvis også udvikle sin måde at markere sin ideologi på.

INTRODUKTION

Professioner, som ergoterapi, er historiske og dynamiske størrelser, der hele tiden må analyseres, vurderes og tages op til diskussion, som en del af den samfundsmæssige kontekst, de indgår i. Hvad en profession er, og hvornår en profession følger «den rette vej» er spørgsmål, der er vanskelige at besvare præcist. Såvel spørgsmål som svar giver forskellig mening på forskellige tidspunkter, og i de forskellige kontekster spørgsmålet stilles og svaret gives. Derfor bør ergoterapi ses i lyset af den medvind,

de konflikter, og eventuelle interessenmodsatninger, professionen til enhver tid befinder sig i. Uanset tilstand er det dog vigtigt at ergoterapi konstant formår at markere sig, tilpasset den samfundsmæssige udvikling professionen måtte være berørt af. Et særligt grundlag for markering er den viden og erfaring som professionen har opbygget gennem årene og som er speciel for ergoterapi.

Den danske ergoterapeutforeningen lancerede i foråret 2015 TRIV-konceptet, med fokus på at borgerens ressourcer skal fastholdes og forstærkes i indsatsen for rehabilitering og velfærd. TRIV står som en sammentrækning af faktorer, som Ergoterapeutforeningen over en årrække har identificeret som værende afgørende for borgernes oplevelse af, at ens liv har værdi og mening. Jeg vil i denne artikel udforske det mulige potentiale for TRIV-konceptet som professionsmarkør. Det er mit mål at skabe et diskussionsmateriale for konceptet, så ergoterapeuter oplever det som faglig relevant at forholde sig til konceptet og gøre sig overvejelser omkring ergoterapeuters rolle i fremtidens samfund. Dette med udgangspunkt i de samfundsmæssige krav og forventninger tiden synes at vise. Jeg tager udgangspunkt i tiltaget fra Ergoterapeutforeningens side, som eksempel på at ergoterapi som profession, og som minimum, må turde markere sig ved, og til stadighed udforske de rammer, som ergoterapi udfoldes indenfor.

EN HISTORISK FUNDERING

TRIV er en forkortelse af faktorerne *tilgængelighed, relationer og roller, interesser samt vaner og vilje*. Ergoterapeuter vil hurtigt se, at de faktorer der udgør TRIV-konceptet er almindelig kendte begreber indenfor professionen. Således er alle faktorer begreber og områder, som ergoterapeuter igennem tiden har arbejdet med og dygtiggjort sig indenfor. Begreberne har derfor en historisk fundering – både teoretisk og praktisk.

Ved en bred litteratursøgning i relevante databaser, på de begreber, og deraf relaterede begreber, der udgør konceptet, viser det sig dog også hurtigt at mængden af bøger, artikler og rapporter er omfattende. TRIV-konceptet indeholder begreber fra allerede kendte ergoterapeutiske teorier og arbejdsprocesmodeller, som er blevet udviklet og erfaret fra 1970'erne og frem til i dag. Inden for ergoterapeutisk forskning og i ergoterapilitteratur generelt, ses således mange eksempler på begrebsudredning af, hvad menneskets aktivitet er og betyder i relation

til tilgængelighed, roller, relationer, vaner og vilje. Grunden til dette skyldes at begrebsafklaring har været et nødvendigt led i udviklingen af modeller og teoretiske referencerammer for ergoterapi. Ikke mindst i Canada, USA, England og Australien har der været en lang tradition for ergoterapeutisk forskning, og indenfor de sidste 20 år har ergoterapeutisk forskning i de skandinaviske lande ligeledes gennemgået en positiv udvikling.

(I den originale artiklen præsenteres en tabel med anvendt litteratur i sammenhæng med de enkelte faktorer i TRIV-konceptet.)

HVERDAGSLIVET SOM ARENA

Fælles for den litteratur der ligger til grund for gennemgangen af de begreber der udgør TRIV-konceptet, er en henvisning til hverdagslivet som arena for personers aktivitet og deltagelse. Hverdagsliv som begreb er dog også hyppigt anvendt indenfor ergoterapi og ergoterapeutisk forskning, som overordnet referenceramme for eksempelvis den vellykkede rehabilitering (2). Ved gennemgang af litteraturen viser aktivitet sig typisk anvendt som begreb i litteraturen, til at udtrykke og rumme de mange forskellige forhold i hverdagslivet, af enten menneskelig eller fysisk karakter, hvor afgørende komponenter skal samles, spille sammen og give mening i kraft af den sammenhæng de indgår i. Man kan således antage, at de faktorer der udgør TRIV-konceptet fungerer som afgørende for, at mennesker har mulighed for at have en aktiv hverdag, trods deres situation, og som fundament for aktivitet og deltagelse. Dette viser sig blandt andet også i de mange ergoterapeutiske undersøgelsesredskaber som er udviklet igennem tiden, hvor udførelsen af aktivitet bliver indikator for borgerens mulighed for aktivitet og deltagelse i hverdagslivet.

DET AKTIVE VALG

Med udgangspunkt i litteraturen, kan man nøjternt og overordnet anlægge det perspektiv, at alle ergoterapeuter arbejder med de faktorer der er repræsenteret i TRIV-konceptet, med borgerens formåen for, mulighed for og struktur af aktivitet og deltagelse i hverdagslivet som indikator. Komponenterne som tilgængelighed, roller, relationer, interesser, vilje og vaner er således alle brikker der skal sættes i spil, i det re-design af hverdagslivet som ergoterapeuten udfører i et samarbejde med borgeren (3). Generelt tegner der sig ved gennemgang af litteraturen et billede af hverdagen som en kompliceret

TRIV-FAKTORER

TRIV er fire faktorer, der er vigtige for, at mennesker med for eksempel sygdom, funktionsbegrænsninger eller handicap kan have en aktiv hverdag og for at motivere mennesker til aktivitet og deltagelse.

Tilgængelighed handler om adgang til og muligheder for at deltage i samfundets tilbud, uanset om det er sociale, kulturelle, politiske eller uddannelse og beskæftigelse. Eksempelvis dækker begrebet over borgerens tilgængelighed til eget hjem, for borgeren selv samt familie og venner. Det dækker også borgerens mulighed for at komme ud i samfundet og for omverdenens muligheder for at komme til borgeren hvor end denne befinder sig.

Relationer & Roller: Alle har brug for at indgå i relationer med andre mennesker, og det er vigtigt, at mennesker med funktionsbegrænsninger kan opretholde sine roller. Det kan være faglige, professionelle, familiemæssige eller andre sociale relationer og roller som for eksempel forælder, debattør, iværksætter eller skolelærer.

Interesser: Det er svært at motivere eller aktivere mennesker til at gøre noget, som de ikke interesserer sig for. Interesser som faglige, politiske, praktiske eller særlige færdigheder, bør være retningsgivende og meningsgivende for rehabilitering.

Vaner & Vilje: Livstilsændringer kræver ofte ændring af vaner. Er de hensigtsmæssige, og har man viljen til at ændre dem? Vaner skal ofte udfordres for at bevare et aktivt liv. Ingen kan dog ændre usunde eller uhensigtsmæssige vaner uden motivation. Motivation skabes gennem blandt andet interesser, roller og relationer. Menneskers vilje er en afgørende faktor for evnen til at udvikle og fastholde et aktiv og deltagende liv. Menneskers vilje til at handle skal respekteres og kan styrkes gennem motivation og interesse.

sammensætning af krav, omfattende sædvanlige rytmer og mønstre, grundlæggende opgaver, samt abstrakt organisering af livet i et samspil med fysiske og sociale elementer. Således er et grundlæggende præmis for menneskers udfoldelse af hverdagslivet evnen til at vælge. Det er igennem det aktive valg i hverdagen, at vi lever hovedparten af vores liv, og sætter scenen for hvad vi primært bruger vores tid og energi på. Det aktive valg i hverdagen afspejler samtidig vores orientering mellem krav og behov. Indfra har vi vores individuelle behov. Behov for at være det menneske, man er. Behov for at udleve følelsesmæssige værdier, opnå bestemte materielle goder, have en mening om tingene osv. Udefra mødes vi af forskellige krav til, hvordan man er borger i samfundet. Man skal uddanne sig, arbejde, tage ansvar, overskue og koordinere i et højt tempo. Det aktive valg definerer på denne måde hverdagen og rummer det hele – arbejdsliv, kærlighedsliv, socialt liv, praktiske gøremål, økonomi, bolig, livsstil med mere (4).

FREMTIDENS VELFÆRD SKABES IGENNEM DEN AKTIVE BORGER

Det er i dag nærmest blevet et mantra at fremtidens velfærdssamfund skal levere bedre service for borgerne og mere kvalitet for pengene (5,6). Heraf oplever ergoterapi, ligesom andre professioner, et stigende pres både fra arbejdsgivere og brugere (7). Uddannelsesniveaue for de professioner der skal levere denne bedre service og kvalitet er tilsvarende generelt blevet højere, med blandt andet den konsekvens, at professionsudøverens særlige viden ofte ikke længere anses for at være noget særligt - informationer om alt, og viden og emner som tidligere var forbeholdt nogle få, ligger nu åbne for alle i et kompleks og stadigt udviklende hyperkomplekst informationssamfund (8). Dertil kommer, at tidligere traditionsbundne omgangsformer og sociale konventioner om for eksempel offentlige myndigheds-personer forandres og nærmest mindskes, mens borgerens egen fortolkning af omverdenen dominerer over det tidligere udgangspunkt; At nogle kan og



Det kræver viden, strategier og konkrete modeller at indløse potentialet i de aktive borgere, for herigennem at opstille bud på hvordan borgere kan spille en mere aktiv rolle med engagement i egen sundhed som mål.

ved mere om særlige emner, end man selv kan og gør (5,9). Disse forskydninger har tjent som afgørende elementer til, at der efterhånden har udviklet sig en forståelse af at borgeren som den alt overskyggende kilde til velfærd i et samfund. Flere eksperter påpeger, at *den aktive borger* er en ressource, som ikke udnyttes godt nok og at aktive borgere er nøglen til at skabe et godt og bæredygtigt fundament i velfærdssamfundet. Ved en aktivering og involvering af borgerne i udviklingen af velfærdssamfundet, inddrages de eneste, der legitimt og på bedste demokratiske vis, kan forandre det, ud fra hvad *der giver mening* (5,6,9-12). Men borgerne bliver ikke aktive af sig selv. Det kræver, at tiltag ændres og tilpasses, så borgeren bliver inviteret til at spille en mere aktiv rolle. Det kræver *viden, strategier og konkrete modeller* at indløse potentialet i de aktive borgere, for herigennem at opstille bud på hvordan borgere kan spille en mere aktiv rolle med engagement i egen sundhed som mål. Dette perspektiv synes at blive stadig mere påtrængende for politikere,

ledere, medarbejdere og borgere. Derfor er der også i disse år behov for særlige faglige perspektiver og bud på konkretiseringer af velfærdssamarbejder mellem borgere, frivillige, fagfolk og politikere. Der er brug for fælles forståelsesrammer og konkrete helhedsopfattelser (10,11).

INGEN OVERRASKELSE

For ergoterapeuter kommer det ikke som en overraskelse, at der kan være et stort potentiale i at få borgerne til at tage større ansvar for deres eget og andres liv. Det skaber bedre livskvalitet, når man kan klare sig selv fremfor at være afhængig af det offentlige, og det kan være med til at skabe løsninger, der ligeledes er fordelagtige på samfundsniveau. Der har været frembragt forskellige bud på ergoterapeuters særlige samfundsmæssige mission igennem tiden, oftest foranlediget af forandringer i samfundsstrukturen og dermed i vurderingen af professionens betydning. Alligevel synes kravet (og behovet) for at kunne markere sig i et stadigt



og hastigt udviklende samfund stadig at stå som en særlig nødvendighed, hvis ergoterapi fortsat vil spille en betydningsfuld rolle i samfundet – der er behov for at fokusere på next practice med udgangspunkt i best practice (7). Det er en rolle vi potentielt kan udfylde igennem det fokus der netop nu er på borgerens mulighed for at være en aktiv borger! Med udgangspunkt i en minimal definering af, hvad professioner er for en størrelse: «... *professioner er en type erhverv, som udfører tjenester baseret på teoretisk viden, erhvervet gennem specialiseret uddannelse.*» (13), synes det da også oplagt, og ikke overraskende, at ergoterapeuters tjenester kan findes og udvikles der hvor vores teoretiske og praktiske viden skaber et godt og solid fundament for at markere os tidssvarende og i overensstemmelse med samfundets nuværende fokus.

REHABILITERING I ET BREDERE SPOR

Når der i Danmark ses en voksende interesse for at gøre borgeren til en aktiv medspiller, i den fortsatte udvikling af velfærdssamfundet, medfører det behovet for at spotte borgernes og samfundets ressourcer, så flere mennesker kan opretholde et godt hverdagsliv. Det kalder på ergoterapeuters viden om hverdagslivet! Et kald der kan forklares ved, at evnen til at forvalte og håndtere de komponenter der tilsammen udgør forudsætningen for et godt hverdagsliv, i mange år har været ergoterapeuters fokus indenfor rehabilitering. En af de fremtidige værdier i samfundet bliver uomtvisteligt at forstå at *leve det gode liv*, fordi der er et bæredygtigt sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende aspekt i dette, og et værdifuldt samfunds- og økonomisk sigte i at borgere lever et godt og sygdomsfrit hverdagsliv. Men hvis ikke der er nogle professioner, der gør sig kloge på både at kunne rehabilitere eller re-designe folks hverdagsliv, og samtidig opøver ekspertise i hvordan livet i den almindelige hverdag kan leves og give trivsel, så mangler netop disse to kombinerede perspektiver i samfundets søgen efter den aktive borger. For ergoterapeuter giver det muligheden for, grundet vores særlige viden om hverdagslivets strukturer og betingelser, at være den velfærdsprofession, som ikke kun har fokus på sygdom og rehabilitering tilbage til livet, men som også har fokus på et godt liv generelt (eller det aktive valg i hverdagen). TRIV kan som professionsmarkør måske rumme muligheden for, at ergoterapeuter udadtil kan vise deres særlige abstraktions- og konkretiseringsgrundlag, når det gælder arbejdet målrettet

det gode liv for borgere i fremtidens velfærdssamfund. Og måske kan konceptet samtidig åbne for en mulig nytænkende retning på rehabiliterings dagsorden, hvor god outcome på rehabilitering antager andre vinkler og værdier end tidligere anvendte, som en tilføjelse til det ergoterapeuter allerede kan – ikke en erstatning! Det er rehabilitering i et bredere spor, men samtidig en potentiel værdifuld tilgang på samfundsniveau. Skal vi arbejde med sådanne potentielle innovations scenarier, med mulighed for mer-værdi for vores profession, kræver det dog at vi tør anvende en «hvad nu hvis tankegang» (7).

HVAD NU HVIS....

Der er dog så mange aspekter i spil i hverdagslivet, at selv doktor i sociologi Birte Bech-Jørgensen (1994) konkluderer: «*Hverdagslivet er det liv, vi lever, opretholder og fornyer, genskaber og omskaber hver dag. Dette liv kan ikke defineres, – i det mindste ikke med sociologiske begreber. Det, der kan defineres, er dels hverdagslivets betingelser, dels de måder disse betingelser håndteres på.*» (14). Denne vinkel på hverdagslivet vidner netop om, at det er hverdagens struktur der definerer borgerens samlede og potentielt gode liv, målt og defineret ud fra hvordan borgeren håndterer sit hverdagsliv. Men hvad nu hvis vi arbejdede ud fra det credo, at det gode liv i sig selv er konstant rehabiliterende? Kunne ergoterapeuter så eksempelvis være professionen der om nogen anvendte «visitationsbriller» på det gode sammenhængende liv? Fordi det gode sammenhængende liv har en betydelig økonomisk værdi på samfundsniveau? Og kan faktorerne i TRIV-konceptet måske fungere som potentiel grundlag for visitationsredskaber der giver mulighed for at stille spørgsmålene: Hvordan bidrager de enkelte faktorer hver for sig og samlet til borgerens aktuelle situation? Hvor opstår eventuelle problemer? Og hvilke af komponenterne er reelle ressourcer for borgeren? Herefter kan fokus rettes mod hvad borgeren ønsker at opnå i hverdagen: Hvilken forandring vil være tilfredsstillende? Man kan tage udgangspunkt i betingelser: Er man single med frit handlerum? Eller i et forhold? Måske også med børn? Hvor travlt har man? Dikterer økonomien særlige rammer? Man bør også se på håndtering: Hvordan har man hidtil gjort? Og hvilken baggrund har man for at handle i hverdagslivet? En væsentlig del består således i at få indsigt i de ressourcer, hvorved borgeren håndterer sin hverdag, sine betingelser, og træffer aktive valg.

Sådanne overvejelser til samtidig anledning til at

antage, at TRIV som koncept, rummer en mulighed for at formidle rehabiliteringsbegrebet til ikke kun at omhandle det at rehabilitere en borger tilbage til en meningsfuld og aktiv hverdagsliv, men også at sikre et udgangspunkt for at kunne være en værdifuld bidragsyder til det samfund borgeren er en del af. Man kan eksempelvis arbejde med ideen om at TRIV kan gøres målbar, både ved anvendelsen af eksisterende dokumentations redskaber indenfor ergoterapi, der beskæftiger sig med de faktorer der er repræsenteret i TRIV. Men også ved udviklingen af nye redskaber, der indfanger alle elementer på samme tid. Måske er der også ligefrem en mulighed for udvidelse af det ergoterapeutiske arbejds- og ansvarsområde, hvis vi retter større fokus mod at måle borgerens ressourcer og aktive valg, fremfor aktivitetsproblematikker. Fokus kan i den ergoterapeutiske intervention blive *hverdagsmestring*, hvor formålet bliver at borgeren får bevidsthed om egne ressourcer som redskaber til at kunne leve det gode liv, fordi dette bærer en betydningsfuld samfundsmæssig værdi.

TRÆFSIKKERHED SOM INDIKATOR

Der skal ikke herske nogen tvivl om at en professionens grundlæggende udvikling skal findes og forankres i teoretiske og praksisforankrede forsknings- og udviklingsprojekter. Men i en tid hvor sociologi, teknologi og medier mere end nogensinde er i centrum, er det samtidig essentielt for ergoterapi også at følge denne udvikling for at skabe træfsikkerhed og markering af den viden der skaber os som velfærdsprofession. Selvom vi som ergoterapeuter er enige om at vi arbejder med aktivitet og deltagelse, så kan der næppe være uenighed om at der også foregår diskussioner om hvilke veje ergoterapi skal følge, og hvilke vi ikke skal følge. Grunden til dette skal muligvis findes i manglen på en fælles konceptuel ramme for hvordan vi forklarer os udadtil – til borgeren, politikerne, til lederen men også, og måske vigtigst, til os selv indbyrdes! Hvor mange af os har ikke prøvet at stå i en situation, hvor det var grundlæggende svært at forklare andre professioner end os selv, hvad der ligger til grund for ergoterapeutens måde at agere på overfor borgere? Og hvorfor vi som faggruppe har en særlig berettigelse i samfundet? Koncepter forstås som bredtfaavnende begreber, der samlet har til formål at styrke eksempelvis en professions brand, at øge kendskabet til og forstærke professionens goodwill. Et koncept er oftest baseret på en bærende idé, der ved kombi-

nationen mellem produkt, ydelse og oplevelse kan skabe træfsikkerhed, som bærer muligheden for at række ud over selve de produkter og ydelser som eksempelvis en profession yder. Et koncept er på denne måde ikke blot et enkelt produkt eller en enkeltstående kampagne. Det er en sammentømret helhed af flere synergibetingede elementer, der tilsammen udgør konceptets indhold og af den vej identiteten for den profession som skal markeres. Formålet med et koncept er at give målgruppen en merværdi, i form af muligheden for at flytte grænser gennem anvendelse af konceptet i betydningsfulde sammenhænge. Det skal så at sige skabe en *meningsfuld* oplevelse hos den eller de slutbrugere for hvem konceptet er tiltænkt som målgruppe (12,15). Det er denne træfsikkerhed der får afgørende betydning for om TRIV-konceptet, og ergoterapi som professionen der har lanceret begrebet, efterfølgende kan spore en merværdi og deraf succes.

SÆT TRIV I SPIL

Jeg har på de forgående sider, med udgangspunkt i ergoterapeutisk litteratur, beskrevet en mulig historisk, teoretisk og forskningsbaseret forankring af elementerne i TRIV-konceptet. Og jeg har eksperimentet med mulige scenarier for anvendelsen af TRIV som koncept. Men der kan ikke holdes liv i et koncept som TRIV, hvis ikke det testes i den virkelighed det er tiltænkt. TRIV kan kun fremtidssikres ved en søgen efter relevansen og berettigelsen for borgeren, ergoterapi og den kontekst det skal udspille sig i. Derfor er det vigtigt at prioritere at konceptudviklingen omkring TRIV er foregået på fagforeningsniveau, og således har brug for ”ben at gå på” for at kunne leve videre i praksis. Hvis TRIV skal spille en værdifuld rolle som koncept, på samfundsniveau og for ergoterapi, skal det kunne begejstre, involvere og aktivere de interessenter der måtte være. Eksempelvis borgere, politikere eller andre vigtige beslutningstagere, men ikke mindst ergoterapeuter. Et muligt perspektiv på TRIV-konceptet kan være at betragte det som et talerør, med potentiale for en formidlingsramme af professionens særegne. Eksponeeres konceptet på den rigtige måde, og i de rette omgivelser, kan det give ergoterapeuter og andre mulighed for at formulere og formidle de grundlæggende ræsoneringer, der ligger bag ergoterapiens rolle i velfærdssamfundet. TRIV-konceptet indeholder som tidligere belyst ikke alle relevante og anvendte begreber indenfor ergoterapi. Men der kan, som påvist ved gennemgangen af relevant litte-

ratur, trækkes tråde fra de enkelte faktorer, til andre og lige så betydningsfulde begreber omhandlende menneskets aktivitet og deltagelse.

Med udgangspunkt i spørgsmålet om TRIV-konceptet kan gøre en forskel der skaber en forskel, er det vigtigt fremadrettet at evaluere, vurdere og præcisere hvor og hvordan TRIV som koncept kan skabe en værdi for ergoterapi som profession. Min opfordring er derfor sæt TRIV-konceptet i spil, og brug det som mulighed for at skabe dialog omkring betydningen af ergoterapi til borgeren som en aktiv samfundsborger! Overvej derfor at diskutere konceptet med dine kolleger, ledere og politikere. Måske med udgangspunkt i følgende spørgsmål: *Hvad er budskabet i TRIV? Hvem er den mulige slutbruger af konceptet? Hvem er det TRIV kan skabe bevidsthed hos? Hvem er målgruppen? Hvilke brugere kan påvirkes direkte og indirekte af konceptet? Hvilken oplevelse skal konceptet skabe hos brugerne? Skal konceptet skabe tryghed, overblik, effektivitet eller andet? Hvem skal inddrages for, at konceptet kan gøre en forskel? Hvordan adskiller konceptet sig fra tidligere tiltag? Er der noget særlig ved netop dette koncept?*

AFSLUTNING

På den politiske arena må det være ergoterapeuters opgave at formidle, at hvis ikke borgeren lever «et godt hverdagsliv baseret på det aktive valg» kan denne ikke bidrage aktivt til samfundet. Vi bør som faggruppen, der særligt har kendskab til hverdagslivets kompleksitet, slå på tromme for og fremhæve muligheder for, at borgere, uanset aktivitetsformåen, har mulighed for at bidrage til samfundet. Dette med udgangspunkt i de ressourcer den enkelte borger måtte besidde. Ergoterapi i kan solidt bidrage til samfundsdebatten om, at borgere *kan* tage større ansvar for deres eget og andres liv. Vi ved nemlig at dette kræver:

- o Positivt genereret samspil af faktorer, der indgår i, skaber og bestemmer aktive valg i hverdagslivet;
- o Facilitering og forankring af forhold mellem mennesker og deres omverden via aktivitet og deltagelse i hverdagslivet;
- o En forståelse af aktivitet og deltagelse i hverdagslivet på den ene side og sundhed, livskvalitet og udvikling på den anden side.

Den verden af *virkelighed og aktualitet* hvor mennesket *bevarer sig selv og opretholder balancen* som Meyer beskrev i 1922 (1), er derfor på flere

måder stadig den verden, hvori ergoterapeuter har sin berettigelse som profession. I dag har vi dog et bredere og bedre sprog til at formidle vores særlige viden om denne verden. Mest af alt med hverdagslivet som arena og indikator for borgeres gode liv, skabt og vedligeholdt gennem deres valg af aktivitet og deltagelse.

Referencer

- (1) Kielhofner G. Ergoterapi i praksis: Det begrebsmæssige grundlag. 3rd ed. København, Danmark: Munksgaard; 2010.
- (2) Milbourn BT, McNamara BA, Buchanan AJ. Understanding the episodic everyday of disrupted lives: Scoping the occupational therapy literature Comprendre le quotidien épisodique des personnes dont la vie est perturbée: Recension et analyse des écrits en ergothérapie. Canadian Journal of Occupational Therapy 2014;0008417414533315.
- (3) Madsen J. Ergoterapeuter som kreativ medaktør i klientens design af nye hverdage og nyt liv. In: Gamborg G, Madsen J, Winther Hansen B, editors. Kreativitet i ergoterapi. 1st ed. København: Munksgaard; 2013. p. 133.
- (4) Wilcock AA. An occupational perspective of health. : Slack Incorporated; 2006.
- (5) Digmann A, Jensen KE, Jensen JP, Bendix HW. Principper for offentlig innovation: Fra best practice til next practice [Principles of Public Sector Innovation: From Best Practice to Next Practice]. 2008.
- (6) Bason C. Velfærdsinnovation: ledelse af nytænkning i den offentlige sektor. : Børsen; 2007.
- (7) Jacob Madsen HS. Kreativitet og innovation i social- og sundhedsvæsenet. In: Gunner Gamborg, Jacob Madsen, Bodil Winther Hansen, editor. Kreativitet i ergoterapi. 1st ed. København: Munksgaard; 2013. p. 155.
- (8) Qvortrup L. Det hyperkomplekse samfund. : Gyldendal Copenhagen,, Denmark; 2000.
- (9) Digmann A, Jensen JP, Jensen KE. Vi er på vej: Offentlig innovation 2.0. : Gyldendal A/S; 2012.
- (10) Mik-Meyer N, Järvinen M. At skabe en professionel-ansvar og autonomi i velfærdsstaten. : København: Hans Reitzels Forlag Mik-Meyer, N., Villadsen, K.(2007). Magtens formersociologiske perspektiver på statens møde med brugeren. København: Hans Reitzels Forlag; 2012.
- (11) Agger A, Hoffmann B. Borgerne på banen. : Velfærdsministeriet; 2008.
- (12) Bason C, Toft S, Knudsen S. Sæt borgeren i spil: sådan involverer du borgere og virksomheder i offentlig innovation. : Gyldendal; 2009.
- (13) Rønnestad M, Molander A, Terum L. Profesjonell utvikling. Molander & LI Tærum (red.).Profesjonsstudier.Oslo, Universitetsforlaget 2008:279-294.
- (14) Bech-Jørgensen B. Når hver dag bliver hverdag. : Akademisk forlag; 1994.
- (15) Merit S, Nielsen T. Vinderkoncepter: brugerdrevet innovation og forretningsudvikling. : Gyldendal A/S; 2015.

Brukererfaring og fagkunnskap hånd i hånd

LÆRINGS- OG MESTRINGSSENTRENE VIRKSOMHET HAR EN IDEOLOGI SOM ER VEL VERD Å BYGGE VIDERE PÅ

Av Liv Hopen



*Liv Hopen er ergoterapeut og fagbokforfatter. Hun var den første lederen ved Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom, og en aktiv pådriver i oppstarten av de 36 første lærings- og mestringssentrene i Norge. Hun er nå leder for Ergoterapeutenes Seniorforum.
E-post: livhopen@hotmail.com*

Det er ingen interessekonflikter knyttet til manuskriptet.

Sammendrag

Opplæringskonferansen «Læring for livet – fra lydighet til selvstendighet» høsten 1996 ble startskuddet for lærings- og mestringssentrene i Norge. Hovedbudskapet i konferansen var at personer med kronisk sykdom og/eller funksjonsnedsettelse og deres pårørende har behov for kunnskaper om hvordan de skal leve med sykdommen i hverdagen. For å planlegge og gjennomføre gode læringstilbud må fagfolk samarbeide med brukere som har opplevd hvordan det er å ha sykdommen.

Standard metode for pasientopplæring ble utviklet gjennom «Prosjekt Lærings- og mestringssentre ved Aker sykehus» i 1997-1998, og metoden har siden stort sett vært uforandret.

Arbeidsmåten er basert på dialog og forankret i verdiene om brukarmedvirkning og sidestilling av brukererfaring og fagkunnskap.

Oppveksten av lærings- og mestringssentre ble enorm. Etterhvert var det etablert lærings- og mestringssentre ved alle helseforetak i landet. Også i Sverige ble det etablert flere lignende sentre etter modell fra Norge. I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er lærings- og mestringstjenester i en oppbyggingsfase.

Nøkkelord: Pasientopplæring, gruppetilbud, læring, mestring, brukerfortellinger, brukererfaringer, brukarmedvirkning

LÆRING FOR LIVET - FRA LYDIGHET TIL SELVSTENDIGHET

I 1996-97 var fem brukerorganisasjoner aktive i idé-utviklingen av Lærings- og mestringssentrene (LMS) i Norge. De var opptatt av tre forhold:

1. Ved langvarig sykdom og/eller funksjonsnedsettelse har pasient og pårørende stort behov for kunnskaper om hvordan de skal leve med sykdommen i hverdagen. Det er like viktig å få kunnskaper som å få behandling og medisin.
2. Helsepersonell må bli bedre til å formidle kunnskaper til personer med kronisk sykdom.
3. Den kunnskap pasienter og pårørende trenger, kan ikke fagpersoner alene formidle. For å lage gode læringstilbud må fagfolk samarbeide med brukere som har opplevd hvordan det er å ha sykdommen.

Brugerorganisasjonene Norges Diabetesforbund, Norsk Epilepsiforbund, Norges Astma- og Allergiforbund, Landsforeningen for Hjerter- og lungesyke og Norsk Revmatikerforbund, arrangerte høsten 1996 i samarbeid med Legeforeningen og Sykepleieforbundet opplæringskonferansen «Læring for livet – fra lydighet til selvstendighet». Dette ble en viktig milepæl for lærings- og mestringsvirkomheten i Norge. Helseminister Gudmund Hernes, som var tilstede i konferansen, ble pådriver for å få igangsatt en modell med samarbeid mellom fagfolk og erfarne brukere.

ÅPNINGEN AV LANDETS FØRSTE LÆRINGS- OG MESTRINGSSENTER (LMS) SKJEDDE RASKT

På bakgrunn av at Aker sykehus allerede hadde startet noen «pasientskoler», rettet Sosial- og helsedepartementet i mars 1997 en forespørsel til Oslo kommune om å være vertskap og ha et administrativt ansvar for et prosjektsamarbeid mellom departementet, fem brukerorganisasjoner og Aker sykehus. Departementet valgte med andre ord å starte et sted der det var rimelig god sjanse for å lykkes. Det ble en bevisst taktikk i hele prosjektperioden å starte opp der det var best mulighet for å lykkes, for så å dra nytte av ringvirkningene dette førte med seg.

Ergoterapeut Liv Hopen ble plukket ut til å lede Prosjekt Lærings- og mestringssenter. Dette skyldtes hovedsakelig hennes brede erfaring med å lede flere store prosjekter med tverrfaglige kvalitetssirkler både på tvers av avdelinger og klinikker i sykehuset og i samarbeid mellom sykehus og primærhelsetjeneste.

Det måtte handles raskt for å oppfylle helsemi-



Informasjonsplakat om lærings- og mestringssenteret.

nister Gudmund Hernes' ønske om å åpne senteret før stortingsvalget samme høst. I løpet av tre måneder, midt i ferietiden, skulle alt på plass - skrive prosjektsøknad, finne egnede lokaler og ombygge disse så de ble tilgjengelige for rullestol.

12. september 1997 var det offisiell åpning av landets første Lærings- og mestringssenter ved Aker sykehus.

LÆRINGS- OG MESTRINGSSENTERETS OPPGAVER

Lærings- og mestringssenterets fire hovedoppgaver skulle være:

1. å være en tilgjengelig *møteplass* og et samarbeidsverksted for fagpersoner, erfarne brukere, pasienter og deres pårørende.
2. å være et senter for *kursvirksomhet* der mennesker med ulike langvarige helseutfordringer inviteres til å delta på kurs av kortere eller lengre varighet.
3. å bidra til at helsepersonell kan bli bedre til å *formidle kunnskaper* til pasienter og pårørende.
4. å være et aktivt *informasjonssenter* med informasjonsmateriell og tilgang til internett.

Det hadde betydning at møteplassen var et nøytralt og hyggelig sted som egnet seg for dialog og likeverdig samarbeid. Likeverdighet er ikke like lett å få til i lokaler med sterkt sykehuspreg, der pasient og pårørende er vant til å møte eksperter som forvalter alle svarene, og der pasienten oftest går inn i en passiv pasientrolle. Når brukere og fagfolk møtes på andre arenaer, kan det bidra til at rollene og maktforholdet endres.

DE FØRSTE SKRITT

Synliggjøring var helt vesentlig i oppstarten. Både pasienter, pårørende og fagfolk måtte bli oppmerksom på Lærings- og mestringssenteret (LMS) og få lyst til å stikke innom.

Systematisk oppsøkte prosjektleder samtlige yrkesgrupper og miljøer på sykehuset, skrev i sykehusavisen, fikk lagt ut informasjon på internett og sørget for besøk av lokalavisen i distriktet og ulike fagblad. Mange av brukerorganisasjonene bidro til at det kom artikler i deres medlemsblader. Artiklene førte med seg at det kom besøkende til senteret, eller at folk tok kontakt for å bidra eller få hjelp. Det ble viktig å si ja til alle forespørsler om foredrag.

SAMARBEIDET MED BRUKERORGANISASJONENE

Allerede for å skrive prosjektsøknaden og planlegge den offisielle åpningen hadde prosjektleder etablert et nært samarbeid med de fem brukerorganisasjonene som var initiativtakere. Dessuten var de alle fem representert i blant annet styringsgruppe og prosjektgruppe. Men hvordan skulle prosjektet få til et konstruktivt og godt samarbeid med alle de andre brukerorganisasjonene?

Prosjektleder vurderte å innkalle alle brukerorganisasjonene til et fellesmøte ved senteret, men valgte heller i første omgang å invitere én og én organisasjon, med særlig vekt på lokalforeningene.

Det viste seg at organisasjonene hadde ganske ulike behov og muligheter, både fordi hver sykdomsgruppe hadde sine spesielle behov, og fordi lokalforeningenes situasjoner var så ulike. Møtene førte i stor grad til konkrete samarbeidstiltak og planer.

Brukerorganisasjonene bidro mer enn gjerne med brosjyrer og annet informasjonsmaterieil til lærings- og mestringssenteret. Dermed utviklet senteret seg raskt til å bli det informasjonssenteret det skulle være, hvor pasienter og pårørende kunne finne informasjon i forhold til egen sykdom og få vite nøyaktig hvem de kunne ta kontakt med om de trengte dette. Etter hvert som de fleste bruker-

organisasjonene var blitt godt kjent med senteret, ble det naturlig å innkalle til felles idémøter, som ikke bare bidro til godt samarbeid med senteret og brukerorganisasjonene, men også bidro til samarbeid organisasjonene imellom slik at de kunne lære av hverandre.

BRUKERNES ROLLE

Det finnes flere former for brukermedvirkning i helsetjenesten:

- brukermedvirkning på *individnivå* handler om den enkelte pasients samarbeid med for eksempel sin behandlende lege
- brukermedvirkning på systemnivå. *Brukerutvalg* eller brukerråd i helseforetakene er rådgivende organer særlig rettet mot styringsorganer med besluttende myndighet
- brukermedvirkningen i *lærings- og mestringssentre* er annerledes. Her er brukerne medarbeidere og bidragsyttere i tilbudet til pasienter og pårørende.

I prosjektet ble det utarbeidet *standardkriterier for erfarne brukere* som skulle bidra for å lage lærings-tilbud:

1. Brukerne skal selv ha hatt den aktuelle sykdommen, eller være nære pårørende.
2. De skal ikke alltid synes det har vært lett, men bør ha bearbeidet erfaringene og taklet utfordringene relativt bra.
3. Brukerne skal kjenne andre i samme situasjon, slik at de er klar over at ikke alle har det akkurat som dem.

Mange brukerorganisasjoner har bygget opp en likemannsordning. I den grad det er mulig, er det likemenn som stiller opp som erfarne brukere ved LMS.

Det er vesentlig at erfarne brukerne representerer brukererfaringer upåvirket av fagfolk. Det innebærer at det iblant kan være klokt at samme bruker ikke bidrar for lenge.

BRUKERFOTELLINGENES STYRKE

Anita Strøm har i sin doktoravhandling «Samarbeid i Lærings- og mestringssenteret – brukermedvirkning og makt» (2010) brukt begrepet «insiderkunnskap» for å beskrive betydningen av brukererfaring:

«Insidere stoler mer på andre insidere enn på fagfolk. De har gjennomslagskraft når de formidler sine kunnskaper og erfaringer. Deres fortellinger

har tanker, nerver og følelser. De er derfor troverdige for andre og verdifulle for andre.»

Vi kan belyse dette med historien om Oddvar som hadde amputert det ene beinet, og som deltok på et kurs for benamputerte ved et Lærings- og mestringssenter. I tillegg til de ulike fagfolkene som bidro i kurset var det også med en erfaren bruker, Birger, som hadde amputert begge beina på låret noen år tidligere. Oddvar forteller:

«Det irriterte meg litt at fysioterapeuten absolutt skulle ha oss til å trene hver dag. Hun kunne umulig klare å sette seg inn i vår situasjon. Vi satt der, de fleste i rullestol, den ene med verre smerter enn den andre. Og jeg for min del har alltid hatet å trene. Jeg orket ikke tenke tanken en gang, det ville jo være umulig for meg så mye vondt som jeg har... Jeg satt og tenkte på at fysioterapeuten både var ung og sporty. Det ville være lett for henne, jeg var sikker på at hun elsket å jogge og trene og sånt...!

Da reiste Birger seg opp og henvendte seg til oss kursdeltakere. Han understreket hvorfor det fysioterapeuten sa var viktig. Han fortalte hvor mye det hadde betydd for ham at han hadde vært i aktivitet hver eneste dag på tross av sterke smerter med amputasjon på begge lår. Han ga oss flere eksempler på hva han hadde gjort for å få det til og han beskrev hvordan han hadde brukt mulighetene i vanlige, daglige aktiviteter hjemme. Han la ikke skjul på at mye hadde vært vanskelig.

Jeg fikk lyst til å prøve dette selv. Jeg så jo hvor bra Birger gikk omkring på to proteser. Når Birger hadde klart det med to amputerte bein, så kunne jeg i det minste forsøke!»

Brakerfortellingenes styrke ligger i å fortelle hvordan livet arter seg, i stedet for å snakke om hvordan det burde være. Fortellingen har personer som mottakeren kan identifisere seg med, mens teorier refererer til en abstrakt virkelighet. Den særegne formen på en fortelling gjør at det er lettere å kjenne seg igjen og relatere andres lærdom til egen virkelighet.

I tråd med LMS-arbeidets hensikt om å fremme mestring er det i kursene ofte hensiktsmessig å sette oppmerksomhet på de lure knepene. Særlig er dette aktuelt når det åpnes for at deltakerne skal komme med egne erfaringer. Samtidig som dette dreier oppmerksomheten over på mestring, bidrar det til at kursdeltakerne slipper å bruke tid på å høre andres

«lidelseshistorier», som de færreste orker å høre på. At en på denne måten «bare skal snakke om det positive», betyr ikke at alle problemene feies under teppet. Tvert imot. Utfordringer er utgangspunktet for de lure knepene.

Opplevelsen av at andre er i samme situasjon bidrar til fellesskapsfølelse og samhørighet og alminneliggjør eventuelle tanker, følelser og utfordringer. Når andre i liknende situasjon snakker om hvordan de har det, så blir det lettere å sette egne ord på det!

SAMARBEIDET MED FAGPERSONENE

Prosjektet skulle utvikle og prøve ut hvordan brukerorganisasjonene og helsepersonell fra ulike faggrupper kunne lære av hverandre slik at de gjensidig kunne utvikle og påvirke hverandre for å oppnå synergieffekt utover summen av det som enkeltpersoner alene kan prestere.

Men hvordan skulle prosjektet få til et konstruktivt og godt samarbeid mellom LMS og fagfolkene?

Prosjektleder gikk raskt ut med et tilbud til de ulike fagmiljøene om å bistå med å lage foldere med «ofte stilte spørsmål» i forhold til de sykdomsgruppene de behandlet. Folderne ble utarbeidet av fagpersoner tverrfaglig, erfarne brukere og LMS i samarbeid og ble en fin øvelse som viste at samarbeid med brukerne førte til gode resultater. Folderne som ble laget, om blant annet stomi, osteoporose, hjerneslag, afasi, astma, hjertesvikt, hjerteinfarkt, benamputasjon og diabetes, fungerte dessuten som påminnere om LMS når de ble liggende rundt omkring på postene.

Flere fagmiljøer som ikke tidligere hadde drevet pasientopplæring, meldte seg på banen. Andre ganger kom initiativet fra brukerorganisasjoner. LMS tok rollen som tilrettelegger, arrangør og vertskap. Her er et eksempel på utsagn fra fagfolk som ble med i læringstilbud:

«Det har vært enklere å lage tilbudet på denne måten. Nå vet vi mer om hva brukerne har behov for, samtidig som LMS tar seg av det praktiske».

En travel hverdag gjør at mange som arbeider i helsetjenesten har lite rom for å ta initiativ til og/eller gjennomføre læringstilbud for grupper av pasienter. Men de har fagkunnskapene. Erfaring viser at de gjerne stiller opp i samarbeid med brukere når de får hjelp fra lærings- og mestringssenteret til igangsetting og koordinering av læringstilbud, praktisk tilrettelegging og gjennomføring av evalueringstiltak.

Fagpersonene fikk tilbud om å utnytte felles lokaler og utstyr ved LMS, noe de fleste takket ja til. De så fordelene av at pasient og pårørende møtte et sosialt miljø med mulighet for å finne informasjon. Ved LMS var det noen tilstede som kunne ønske velkommen og vise brukerne til rette i god tid, mens kurslederne ofte ikke hadde mulighet til å komme før kurset startet.

Etter hvert kom lærings- og mestringssenteret i gang med heldagskurs i helsepedagogikk, det vil si kurs i bruk av pedagogiske virkemidler for å fremme læring og mestring og helse. Erfarne brukere deltok alltid i disse kursene og bidro med sine erfaringer. Tilbakemeldingene på dette var særdeles positive. Kursene, som var lagt opp som dialog med erfaringsdeling, ble etter hvert utvidet til fire dager. Senteret laget et kompendium med lærestoffet på kursene, og i 2004 ble boken «Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring» utgitt. (Vifladd & Hopen, 2004). På initiativ fra Sverige ble boken oversatt til svensk i 2010 (Vifladd, Hopen & Landt-blom, 2010).

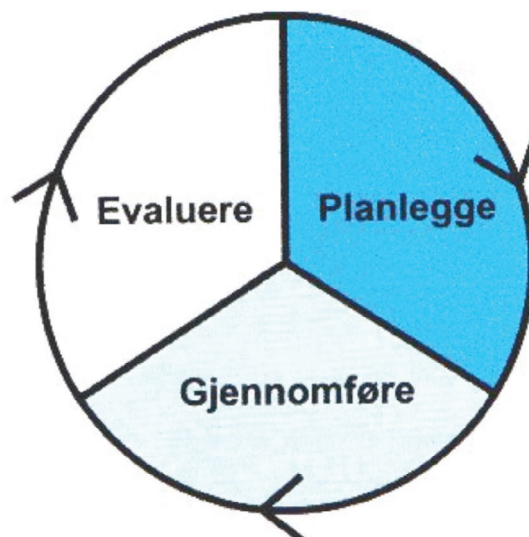
Pedagogisk kunnskap skal ikke være noe ved siden av fagkunnskapene, men integrert i den enkelte fagutøvers praksis. Det er i kraft av sitt yrke den enkelte helsearbeider utøver helsepedagogisk virksomhet. Kunnskapene en har i yrket, utgjør innholdet i de pedagogiske aktivitetene. Den pedagogiske holdningen er vesentlig, og det handler om å legge til rette for og lede menneskers utvikling i forhold til læring og mestring. I stor grad dreier det seg om å legge til rette for gruppebasert undervisning, dialog og erfaringsdeling.

STANDARD METODE VED LMS

Arbeidsmåten, som kalles «Standard metode» ble utviklet gjennom Prosjekt Lærings- og mestringssenter ved Aker sykehus i 1997-1998, og den har siden stort sett vært uforandret (LMS, 2011). Arbeidsmåten er basert på dialog og forankret i verdier om brukermedvirkning og sidestilling av brukererfaring og fagkunnskap.

I Lerdal/Fagermoens bok «Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning» (2011) peker Kari Hvinden på at arbeidsmåten ved LMS er dialogbasert og inspirert av Demings sirkel for kvalitetsutvikling. Hun skriver:

Kvalitetsutvikling beskrives gjerne som en sirkulær prosess, der en først planlegger og setter seg mål, deretter gjennomfører det en har besluttet, kontrollerer resultatet og til slutt eventuelt korri-



LMS-standardene går ut på at fagpersoner (tverrfaglig og erfarne brukere i samarbeid skal planlegge, gjennomføre og evaluere læringsoppleggene, og deretter planlegge videre...

ger og forbedrer praksis. Dette er en kontinuerlig prosess som bidrar til at en hele tiden skaper forbedringer.

Helt fra starten av planleggingsmøtet gis det stor oppmerksomhet og plass til de erfarne brukerne:

- Hvilke kunnskaper har brukerne hatt særlig nytte av?
- Hva mener brukerne det kan være viktig å snakke om i kurset?
- Hva opplever brukerne som mindre viktig?

Det er avgjørende å ha en åpen idédugnad der både fagfolkene og brukerne sammen oppmuntres til å komme med innspill. Hva kan være hensiktsmessig for at opplegget skal møte de behov brukerne har beskrevet? Det oppfordres til å tenke utradisjonelt og nytt! Det er altfor lett å ty til gamle undervisningsformer, selv om disse tidligere har hatt begrenset effekt.

Fagfolk som til daglig jobber med den aktuelle sykdomsgruppen som tilbudet er beregnet på, bidrar tverrfaglig. Tverrfagligheten innebærer at ulike perspektiver kan berike hverandre, samtidig som ulike sider ved sykdommen kan bli ivarettatt.

Anita Strøm skriver i sin doktoravhandling «Samarbeid i Lærings- og mestringssenteret – brukermedvirkning og makt» (2010) om LMS-samarbeidet:

Det gjensidige samarbeidet som ble lagt til grunn for LMS-virksomheten fra starten av har i stor

grad virket etter sin hensikt. Brukerne har vært i stand til å påvirke, og fagfolkene har lyttet og tatt brukernes erfaringer på alvor. Teamene har fulgt prinsippene om å SE sammen og TENKE sammen. Når de har samarbeidet etter LMS-standarden, har de levert gode resultater for pasienter og pårørende, og ny innsikt for helsepersonell.

Steihaug/Hatling skriver i sin SINTEF-rapport «Evaluering av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom» (2006):

Reell brukermedvirkning fordrer en endring i fagutøverrollen. Fagfolkene må være villige til å oppgi sin suverene posisjon og se på brukeren som en helt nødvendig medspiller i arbeidet. Fagpersonen må gå fra å være «ekspert» til å bli en samarbeidspartner, der fagkompetansen tilrettelegges og formes ut fra brukernes behov. Dette er nye tanker i helsevesenet. LMS' samarbeidsmodell er velegnet til å fremme slike holdningsendringer gjennom strukturert samarbeid mellom brukere og fagfolk.

LMS-standarden gir rom for lokale variasjoner. Fordi oppleggene skapes av lokale fagfolk og erfarne brukere i samarbeid, kan de tilpasses til de mulighetene og ressursene som finnes i lokalmiljøet. Det dreier seg altså ikke om å fastspikre detaljerte læringsopplegg i en storby og tro at de skal egne seg ute i distriktene. Kursholderne henter erfaringer, idéer og gode eksempler fra hverandre, men kursopplegget utarbeides på stedet. Ferdigtygde, standard undervisningsopplegg som «alle skal bruke» ville ikke gitt det rommet som trengs for utvikling og refleksjon.

At evaluering inngår i metoden, innebærer at læringstilbudet kan forbedres underveis. LMS-metoden innebærer at det er få bestemte krav til hvordan læringstilbudene skal utvikles. Det har vært et bevisst valg å vektlegge verdigrunnlaget framfor ulike pedagogiske teorier

GRUPPETILBUD

Ved lærings- og mestringssenteret dreier det seg hovedsakelig om *gruppetilbud* i form av kurs.

Følgende regnestykke sier noe om den tidsmessige besparingen for helsepersonell ved gruppeopplæring:

- På et kurs for foreldre til barn med ADHD deltok tolv foreldrepar. De var fornøyde med at legen var tilgjengelig for spørsmål så lenge som i to timer.

MESTRING dreier seg i stor grad om:

- opplevelse av å ha krefter til å møte utfordringer og
- følelse av å ha kontroll over eget liv.

Aktiv og god mestring hjelper deg til å tilpasse deg den nye virkeligheten, og setter deg i stand til å se forskjellen på:

- det du må leve med og
- det du selv kan endre på.

(Vifladd/Hopen 2004)

- Hvis legen skulle ha brukt de samme to timene til å snakke med hvert av de tolv foreldreparene, ville foreldrene fått bare ti minutter hver (i realiteten ville de fått mye mindre, fordi det tar tid når tolv foreldrepar skal komme hver sin gang).

På anonyme spørsmål til gruppedeltakerne om hva de hadde hatt mest nytte av, svarte mange:

- Det var viktig å høre de *andres spørsmål* til legen.
- Det var nyttig å høre *andres erfaringer*.

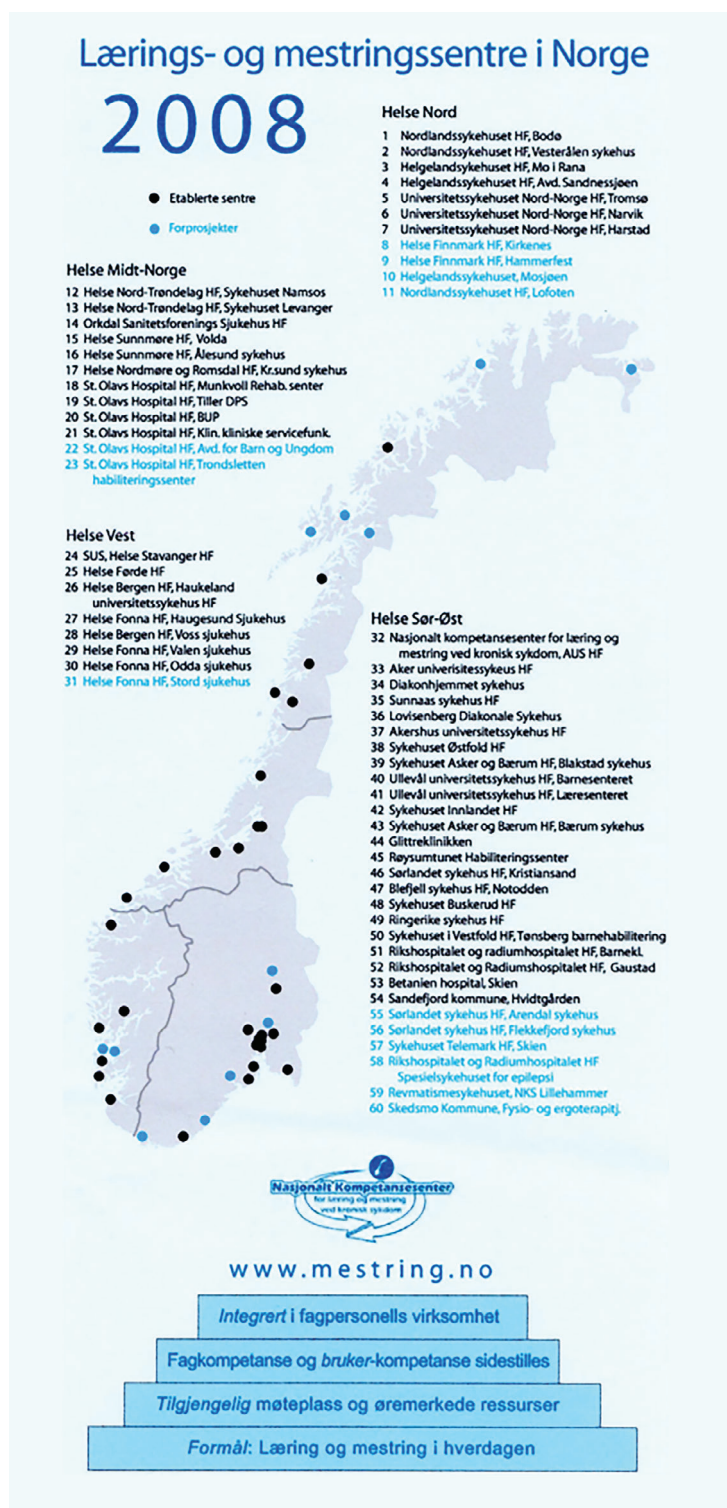
Dette understreker flere fordeler ved opplæring i grupper.

Pasienter og pårørende som deltar i ulike læringstilbud der brukere bidrar med sine erfaringer, sier:

- *Når andre i samme situasjon snakker om hvordan de har det, så blir det lettere for meg å sette ord på hvordan jeg har det, og det blir lettere å komme på hva jeg skal spørre om.*
- *Bare den som selv har kjent det på kroppen, kan forstå hvordan jeg har det.*

I det nordiske tidsskriftet «Vård i Norden» ble følgende studie presentert høsten 2011: «Experiences of group education – A qualitative study from the viewpoint of patients and peers, next of kin and healthcare professionals» (Ivarsson, Klefsgård & Nilsson, 2011). De hadde valgt å bruke den norske LMS-standarden med læringstilbud i gruppe og hvor erfarne brukere og fagpersoner samarbeidet om opplegget.

Studien, som inkluderte 311 deltakere med langvarig sykdom, konkluderte blant annet med at læringstiltak i gruppe var hensiktsmessig fordi del-



Lærings- og mestringssentre i Norge, 2008.

takerne dro nytte av å lytte til og lære av hverandre. De fant muligheter til å finne nye strategier for å mestre livet med sykdom. Studien viste også betydningen av å planlegge og gjennomføre læringstiltakene i samarbeid mellom helsepersonell og erfarne brukere.

MESTRING

Følelsen av kontroll står helt sentralt i mestringsprosessen. Pasienten skal ikke først og fremst mestre en sykdom, men en tilstand, en situasjon eller utfordring i en hverdag som for de fleste leveres utenfor behandlingssituasjonen.

Ingen kan fortelle noen om de mestrer hverdagen eller ikke, det er noe enhver må vurdere selv. Noen vil løpe maraton etter en hofteoperasjon, for andre er det nok å kunne hente posten selv.

Erfarne brukere har med sine fortellinger og lure knep mye å lære til kursdeltakerne om hvor viktig det er å bruke kreftene på det du kan klare, og ikke bruke tid på det som er for vanskelig å gjøre noe med. Mye handler om hvor du retter oppmerksomheten.

LÆRING

Det at helsepersonell underviser, gir ingen sikkerhet for at pasienten lærer.

- Læring handler om relativt varige endringer av kunnskaper, ferdigheter og holdninger. Læring er en prosess i den enkelte.
- Undervisning gis av andre og kan ikke bli annet enn ett av mange bidrag i læringsprosessen.

Fagpersonene må *treffe* med informasjonen som gis. Mange fagpersoner er opptatt av at de skal rekke å formidle mest mulig kunnskap om emnet innen de gitte tidsrammer. Men det som er viktig er at deltakerne får informasjon om det som er relevant for dem. Og her kan erfarne brukere komme med nyttige innspill når kursene planlegges.

Å være fagperson i et kurs som i stor grad styres av brukernes innspill, er utfordrende. Dette stiller en del krav til måten fagpersoner lærer fra seg på. Noen ganger er det viktigere å kunne stille de riktige spørsmålene til deltakerne, framfor å gi de rette svarene.

NASJONALT KOMPETANSESENTER

Fra 1999 og utover har både lover, meldinger til Stortinget og offentlige utredninger, veiledere og rapporter gitt føringer for, og forankring av, lærings- og mestringstjenester både i spesialisthelsetjenesten og den kommunale helse- og omsorgstjenesten. I lov om spesialisthelsetjenesten (1999) slås det for eksempel fast at opplæring av pasienter og pårørende er *én av fire hovedoppgaver* i sykehus. Lærings- og mestringstjenestene er også forankret i de årlige oppdrags- og bestiller-

dokumentene mellom Helse- og omsorgsdepartementet, regionale helseforetak og helseforetak, og det årlige rundskrivet fra Helsedirektoratet til fylkesmenn, kommuner, regionale helseforetak og fylkeskommuner.

Etter initiativ fra Sosial- og helsedepartementet åpnet Norges andre Lærings- og mestringssenter våren 1999 ved Nordlandssykehuset i Bodø. Også her var det en ergoterapeut i prosjektledelsen, Heidi Elsbak Fjelldal. Da det høsten 2000 åpnet et lærings- og mestringssenter i Mo i Rana, fikk de også der en ergoterapeut som leder, Tove Lill Røreng Falstad.

I desember 2000 ble *Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring* etablert, og lokalisert ved Aker Universitetssykehus HF, med ergoterapeut Liv Hopen som leder. (Se www.mestring.no.)

Kompetansesenteret skulle bidra i oppbyggingen av LMS nasjonalt, og hadde hovedfokus på å forankre læring og mestring som nasjonal aktivitet.

Fra 2001 huset Nasjonalt kompetansesenter også et toårig utviklingsprosjekt rettet mot familier som har barn med funksjonshemming, med prosjektmidler fra Arbeids- og sosialdepartementet som ønsket LMS-ideologien forankret i prosjektet.

Med Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012) ble kompetansesenterets mandat utvidet til å omfatte både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og i 2014 ble navnet endret til Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse.

BALLEN RULLER

Kompetansesenteret disponerte hvert år noen øremerkete stimuleringsmidler fra Sosial- og helsedepartementet, og disse ble nå en viktig drivkraft for å starte opp med nye prosjekter rundt om i landet. Det ble kun innvilget midler til prosjekter der erfarne brukere og fagfolk samarbeidet om pasientopplæringen. Ved å stimulere på denne måten, fikk departementet kvalitetssikret at ideologien ble fulgt også ved nye lærings- og mestringssentre.

Et viktig kriterium for å kunne kalle seg Lærings- og mestringssenter (LMS) var altså at erfarne brukere og fagfolk samarbeidet tett om pasientopplæringen. Verdien og holdningene har vært det viktige i LMS-standard, og ufravikelige.

LMS-lederne er entusiastiske personer som representerer ulike yrkesgrupper. Felles for lederne er at de er opptatt av å legge til rette for et godt samarbeid mellom erfarne brukere og fagfolk. Den

fremste oppgaven for LMS er å ha oppmerksomheten på samarbeidet. Det kreves ydmykhet overfor det som brukere og fagfolk sammen har mulighet for å skape!

I LMS-nettverket har det også hele tiden vært stor raushet med å dele kunnskaper.

Oppveksten av lærings- og mestringssentre har vært enorm. I 2004, sju år etter oppstart, var det 27 lærings- og mestringssentre, og i 2009 var det etablert 62 slike sentre rundt om i Norge. Etterhvert ble det etablert lærings- og mestringssentre ved alle helseforetak i landet. Også i Sverige ble det etablert flere lignende sentre etter modell fra Norge («Aker-modellen»).

KOMMUNALE SENTRE

I den kommunale helse- og omsorgstjenesten er lærings- og mestringstjenester i en oppbyggingsfase som følge av samhandlingsreformen. Organiseringen av kommunale lærings- og mestringstjenester varierer. De kan for eksempel være knyttet til egne lærings- og mestringssentre eller frisklivssentraler, frisklivs- og mestringssentre, lokalmedisinske sentre eller helsehus. Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering i helseforetak og kommuner bør i følge Helsedirektoratet (2015) ha en sentral rolle i arbeidet.

Mange helseforetak og kommuner samarbeider om lærings- og mestringstjenester som et ledd i å bidra til gode og helhetlige pasientforløp. Mens spesialisthelsetjenesten i stor grad har diagnosespesifikke lærings- og mestringstilbud, skal den kommunale virksomheten i større grad være rettet mot store diagnosegrupper og diagnoseuavhengige tilbud med fokus på å leve med langvarige helseutfordringer.

ERGOTERAPEUTER MED PÅ VEIEN VIDERE

Kronisk eller langvarig sykdom øker i omfang i befolkningen. Folk lever lenger med kroniske sykdommer og befolkningen blir eldre. En strategi for helsevesenet for å møte disse utfordringene er at mer oppmerksomhet rettes mot læring og mestring, slik at pasient/bruker og pårørende tilegner seg tilstrekkelig kunnskap til å mestre hverdagen.

For å nå målet om deltakelse og inkludering i hverdagslivet arbeider ergoterapeuter med utvikling av menneskets mestring som et sentralt kompetanseområde. Trolig vil mange ergoterapeuter finne det spennende og utfordrende å forholde seg aktivt til opplæring av pasienter/brukere og pårørende, og se

verdien av brukernes erfaringer i denne sammenheng.

Ergoterapeuter er mer opptatt av løsninger enn av problemer, og i hverdagsrehabilitering starter ergoterapeuten samarbeidet med pasient/bruker med å spørre: «Hva er viktige aktiviteter i ditt liv som du ønsker å mestre?» Når læringstilbud planlegges, får erfarne brukere spørsmål om hva de har erfart at det er viktig å snakke om i kurstillbudet. Det handler om å tørre og tåle å la pasienten/brukeren vise vei, og i større grad lytte til erfaringer fra dem som mottar tjenester.

Ergoterapeuter har erfaring med å jobbe i tverrfaglige team. Ved LMS innlemmes erfarne brukere i det tverrfaglige planleggingsteamet. Likeverd og sidestilling mellom brukerkunnskap og fagkunnskap er den sentrale verdien i LMS.

Det trenges mange typer forskning på lærings- og mestringsfeltet, fra ulike perspektiver. Flere hovedoppgaver og forskningsprosjekt er nå i gang blant ergoterapeuter. Forhåpentligvis vil lærings- og mestringsfeltet fange interessen for oppgaveskriving, prosjekter og forskning i tiden framover.

Referanser

- Ivarsson, B., Klefsgård, R., & Nilsson, G. (2011). Experiences of group education. A qualitative study from the viewpoint of patients and peers, next of kin and healthcare professionals. *Vård i Norden*, 31, 35-39.
- Helsedirektoratet (2015). *Veileder i rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinatorrollen*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
- Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2011). *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (LMS). *Arbeidsmåten i lærings og mestringsentrene. Standard metode 2011-versjon*. Lastet ned fra: http://mestring.no/wp-content/uploads/2012/12/Standard_metode_2011.pdf
- Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (LMS). Lastet ned fra: <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laerings-og-mestringstjenester-organisering-og-samhandling/>
- Steihaug, S., & Hatling, T. (2006). *Evaluerings av Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom*. SINTEF Helse. www.mestring.no
- Strøm, A. (2010). *Samarbeid i Lærings- og mestringsenteret – brukervedvirkning og makt*. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultet.
- Vifladd, E. H., & Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring*. www.mestring.no
- Vifladd, E. H., Hopen, L., & Landt-blom, A-M. (2010). *Hälsopedagogik – för vårdare och brukare i samarbete. En introduktion till bemästrande*. ABF, Stockholm.
-
- ## Anbefalt litteratur
- Andreassen, T. A. (2006). *Brukermedvirkning i helsetjenesten*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ayub, S., & Hopen, L. (2008). *Minoritetsbakgrunn og pasientopplæring – Erfaringer – Samarbeid – Muligheter – Eksempler*. Temahefte. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring. www.mestring.no
- Bredland, E. L. (1998). *Når mennesker møtes. Individuell brukervedvirkning i helsesektoren*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Eide, H., & Eide, T. (1999). *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: ad Notam Gyldendal.
- Kunnskapssenteret (2014). *Samvalg – shared decision making. Pasient vil ha et ord med i laget*. www.kunnskapssenteret.no
- Fjerstad, E. (2011). *Frisk og kronisk syk – et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hopen, L., & Falstad, T. L. (2007). Lærings- og mestringsentrene: Brukererfaring og fagkunnskap hånd i hånd. I: S. Høghagen m.fl. (red.), *Beste praksis i ergoterapi* (s. 217-229). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Hopen, L., & Haugen, M. G. (2007). *Individuell plan (IP) = brukers plan. Kjapp innføring for fagfolk og brukere*. Temahefte. Afasiforbundet i Norge. www.mestring.no el. www.afasi.no (også som e-lærings-CD).
- Hopen, L. (1995). *Kvalitetssirkler – metoden trinn for trinn: Sammen om kvalitetssikring*. Temahefte I. Norsk Ergoterapeutforbund.
- Olsen, B. C. R., & Grefberg, M. O. (2001). *Å være i samme båt. Likemannsarbeid i funksjonshemmedes organisasjoner. En veileder*. Sosial- og helsedepartementet.
- Gjærum, B., Grøholt, B., & Sommerschild, H. (1999). *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Schei, E. (2014). *Lytt. Legerollen og kommunikasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Spurkeland, J. (2011). *Prestasjonshjelp – hvordan gjøre andre gode?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Tuntland, H., & Ness, N. E. (red.) (2014). *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Vifladd, E. H., & Hopen, L. (2013). *Pasientopplæring. Kompetanse – Veivalg – Lederskap*. Kolofon Forlag. www.helsepedagogikk.no

Spre kunnskap og bygge kompetanse

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) er i dag lokalisert på Aker sykehus, et steinkast unna landets første lokale lærings- og mestringssenter. Kompetansetjenestens formål er å gi faglig støtte til landets lærings- og mestringstjenester som legger til rette for styrket mestring i hverdagen og bedre livskvalitet for personer med langvarige helseutfordringer.

Av Cecilia Sønstebo

For personer som lever med langvarige utfordringer knyttet til kronisk sykdom, vedvarende psykisk eller fysisk belastning eller nedsatt funksjonsevne, er læring og mestring like viktig som medisinsk behandling. NK LMH arbeider kontinuerlig med å spre kunnskap og bygge nødvendig kompetanse innen dette fagfeltet på alle nivåer i helsetjenesten. Dette gjøres blant annet gjennom å utvikle og formidle verktøy, modeller og anbefalinger med hensyn til både kompetanseheving og etablering og drift av lærings- og mestringstjenester. Det meste av arbeidet ved NK LMH er prosjektbasert og forutsetter et nært samarbeid med praksisfeltet og bruker-, frivillige og interesseorganisasjoner.

Kunnskapsbasert praksis er en overordnet målsetting for NK LMH. Forsknings- og utviklingsarbeid er derfor en prioritert aktivitet. Kompetansetjenesten har flere forskningsprosjekter gående, blant annet en studie som undersøker effekt og nytteverdi av lærings- og mestringstilbud. Denne våren startes det også opp et arbeid som skal kartlegge og velge ut egnede evalueringsverktøy for tilbudene.

LÆRING OG MESTRING SENTRALT I EN PASIENTORIENTERT HELSETJENESTE

Helsemyndighetene definerer i dag læring og mestring bredt. Ifølge veilederen om rehabilitering og habilitering fra 2015 omfatter begrepet læring og mestring alt fra individuell pasient- og pårøndeopplæring til gruppetilbud og likemannsarbeid. Fagpersoners rolle er å bidra til å fremme motivasjon og ressurser. Det er et mål at lærings- og mestringstilbud skal inngå i helhetlige forløp for



Nettsiden *mestring.no* er Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helses (NK LMH) viktigste formidlingskanal. Den inneholder blant annet en verktøykasse til hjelp i etablering og drift av lærings- og mestringstjenester. Her finner du alt fra maler og brosjyremateriell til praktisk bruk i planlegging og gjennomføring av tilbud til beskrivelser av Standard metode og sentrale begreper innen læring og mestring.

brukere, pasienter og deres pårørende. Tilbudene kan betraktes som en lærings- og mestringsskjede der personens behov er styrende for hvilke tilbud som er aktuelle.

Læring og mestring handler om å fremme helse og livskvalitet. For å lykkes med en helhetlig lærings- og mestringsskjede må det jobbes tverrfaglig og i tett samarbeid med brukere. NK LMHs fremste oppgave er å bidra til en forståelse av at møtet mellom helsepersonell og bruker, pasient eller pårørende er en læringssituasjon for begge parter.

Fordi det gir håp

EN SAMMENLIGNING AV TILTAK ETTER DOMAN-PROGRAMMENE OG DET ORDINÆRE HABILITERINGSTILBUDET I NORGE OG DANMARK

Av Else M. H. Gravås, Brita G. Barstad, Reidun Jahnsen, Birgit Jensen, Janne Mottlau, Helle Schjørbeck, Sissel Krabbe, Kjersti Ramstad og Stephen von Tetzchner

*Else Marit Holen Gravås er ergoterapi-
spesialist ved Oslo Universitetssykehus.*

*Brita Gilhuus Barstad er spesialist i
barnefysioterapi ved Oslo Universitets-
sykehus.*

*Reidun Jahnsen er forsker og fysiotera-
peut ved Oslo Universitetssykehus.*

*Birgit Jensen er fysioterapeut ved Bør-
naftelingen ved Amtsygehuset i Glostrup
i Danmark.*

*Janne Mottlau er ergoterapeut ved Bør-
naftelingen ved Universitetshospitalet i
Odense i Danmark.*

*Helle Schjørbeck er psykologspesialist
ved Oslo Universitetssykehus.*

*Sissel Krabbe er klinisk psykolog ved
Oslo Universitetssykehus.*

*Kjersti Ramstad er forsker og lege ved
Oslo Universitetssykehus.*

*Stephen von Tetzchner er professor og
psykolog ved Universitetet i Oslo.*

*Det er ingen uenigheter om rettighetene
til manuskriptet.*

Abstract

In spite of lack of documented effect, families choose the high-intensive intervention programs of The Institutes for the Achievement of Human Potential (IAHP) and Family Hope Centre (FHC), in this article called the Doman programs, with a strong focus on motor training for their disabled child.

The main purpose of our research has been to investigate whether children who follow the IAHP and FHC show significantly better motor development than children who follow community-based programs in Norway and Denmark.

A two-year prospective two-group was designed with children aged 2–15 years who follow IAHP and FHC (N=18) or community-based programs (N=17). We assessed motor function with standardized instruments at study start and after 12 and 24 months. The study also included parent interviews.

The main result of our study is that the children who followed the high-intensive intervention programs of IAHP and FHC did not show significantly better motor development than the children who followed the community-based programs.

Therefore, from our study there is no basis for a recommendation to follow the specific IAHP and FHC programs. However, based on parent views we believe there is a need for more differentiated interventions for children with disabilities.

Hence, we recommend more studies to observe the effect of high-intensive intervention programs over long periods, combined with a family-centred service.

Keywords: Disabled children, habilitation, high-intensive training, family-centred service.

Innledning

Intensiv trening av barn med funksjonsnedsettelse har lenge vært et sentralt diskusjonstema i habiliteringsfeltet (Myrhaug, et al., 2008). Flere studier tyder på at barn med bevegelseshemming kan profittere på trening med målrettede, intensive motoriske aktiviteter (Christiansen & Lange, 2008; Novak, et al., 2013; Myrhaug, Østensjø, Larun, Odgaard-Jensen, & Jahnsen, 2014). Intensiteten i den ordinære treningen varierer og en del familier som ønsker større intensitet i treningen velger å la barnet følge de ukonvensjonelle og svært intensive intervensjonsprogrammene til The Institutes for the Achievement of Human Potential (IAHP) og Family Hope Center (FHC). Disse institusjonene har en lang historie og på sine hjemmesider forteller de om betydelig bedre utvikling hos barn som følger deres programmer, enn hos barn som følger andre programmer (The Family Hope Center, 2014; IAHP org., 2015). I Norge og Danmark har det gjennom en årrekke vært en del familier som velger å følge disse programmene (Lofterød et al., 2000; Skjeldal et al., 2004; Madsen, Lorentzen, & Svarre, 2005), og myndigheter har gitt økonomisk støtte til det. Programmene mangler imidlertid forskningsmessig dokumentasjon på at de gir et bedre resultat enn andre typer tiltak (Stephenson, 2004; Tetzchner, 2008). Det betyr at det er behov for evaluering av disse programmene.

DOMAN-PROGRAMMENE

IAHP ble startet i Philadelphia i USA i 1955 av fysioterapeuten Glenn Doman og psykologen Carl Delacato. Programmene bygger på teorien til Fay (1948) om at

hjernens utvikling (ontogenesen) avspeiler menneskehetens utvikling (fylogenesen). Ifølge Fay og Doman kan en fylogenetisk eldre del av hjernen være skadet og hemme utviklingen av yngre deler av hjernen som ikke er skadet. De antar at treningen de gir, vil stimulere den delen av hjernen som hemmer utvikling av andre hjerneområder og på den måten normalisere barnets motoriske, sansemessige, kognitive og språklige utvikling (Doman, 2005). På hjemmesiden til IAHP blir målsetningen presentert slik: «*The objective of The Institutes is to take brain-injured children, however severely hurt, and help them to achieve normality physically, intellectually, physiologically, and socially*» (IAHP org., 2015).

Treningen skal ifølge IAHP kunne hjelpe barn med et bredt spekter av diagnoser. Et individuelt utformet og intensivt treningsprogram blir sett som avgjørende for resultatet, og programmet omfatter de fleste av barnets våkne timer. Barnehage og skole gir programmet ikke tid til. Familiene som følger programmet, har faste opphold på IAHP en uke to ganger i året. Ved disse oppholdene blir barna evaluert, og foreldrene får detaljert opplæring i treningsopplegget for perioden fram til neste opphold (IAHP, 1991).

FHC bygger på IAHP, men er noe mindre intensivt, og har mer fokus på aktiviteter i dagliglivet. FHC aksepterer også i større grad at barna bruker noe tid på skolen eller andre tiltak i tillegg til det individuelle treningsprogrammet til FHC.

For hvert barn blir det laget en utviklingsprofil ut fra en vurderingsskala – The Developmental Profile – som er utformet av IAHP. Den omfatter seks områ-

der: syn, hørsel, taktil sans, språk og finmotorisk og grovmotorisk funksjon. Ut fra observasjoner av barnets prestasjoner får barnet en nevrologisk alder for hvert område. Disse nevrologiske aldersangivelsene danner grunnlaget for treningsopplegget til barnet og evalueringen av barnets framgang. Barnet blir trent hjemme av foreldre og hjelpere. Treningsprogrammet er svært omfattende og består av en fysiologisk del (respirasjonsfremmende øvelser og ernæring), en fysisk del (gjentakende passive bevegelser og aktiv motorisk trening), og en intellektuell del (lesetrening, stimuleringskort) for å utvikle barnets kognitive og språklige ferdigheter (Doman, LeWinn, Pelligra, Dimancescu, & Wilkinson, 2000; Doman, 2005).

Programmene til IAHP og FHC (heretter kalt Doman-programmene) er svært ressurskrevende på mange måter. Det er derfor viktig å få kunnskap om sterke og svake sider ved denne treningen sammenlignet med andre typer tiltak.

HENSIKTEN MED STUDIEN

Hensikten med denne studien var å sammenligne utviklingen i motorisk funksjon hos barn med funksjonsnedsettelse som fulgte trening basert på Doman-programmene, og barn som fulgte motorisk trening som inngår i det ordinære habiliteringstilbudet i Norge og Danmark. Videre var hensikten å utforske foreldrenes erfaring med barnas treningstilbud og utvikling.

Denne studien er del av en mer omfattende studie (Tetzchner, et al., 2013), og er ledd i det generelle arbeidet med å bygge opp evidens for valg og prioritering av tiltak for barn med ulike funksjonsnedsettelse.

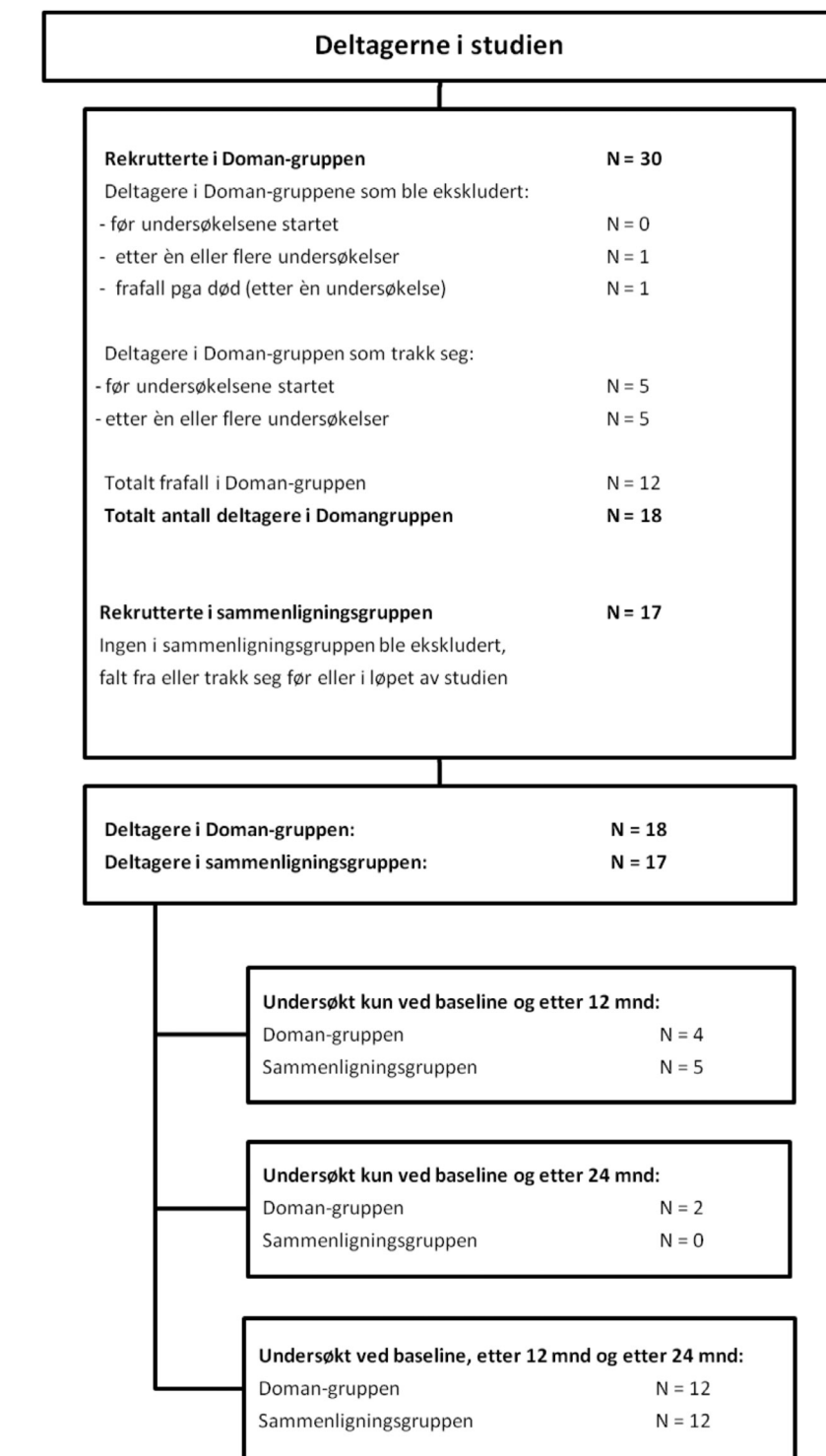
Metode

Studien har prospektivt togruppedesign, der barn i alderen 2–15 år ble fulgt over to år: Doman-gruppen (N=18) og en sammenligningsgruppe som fulgte det ordinære habiliteringstilbudet i Norge og Danmark (N=17).

DELTAGERE

Doman-gruppen var familier med barn, 18 år eller yngre, som allerede fulgte Doman-programmene eller hadde planlagt å følge dem. Sykehus, habiliteringstjenester og helseforetak som godkjenner finansiering av trening etter Doman-programmene, ble spurt om å formidle informasjonsbrev og samtykkeerklæring til aktuelle familier. Familiene som ønsket å delta, sendte samtykkeerklæringen direkte til forskningsgruppen i en ferdig frankert konvolutt. Informasjon om studien ble i tillegg sendt til organisasjoner for barn med funksjonsnedsettelser. Hovedkontoret til IAHP i Philadelphia, USA og de lokale brukerorganisasjonene i Norge og Danmark ble også orientert om studien.

Totalt 30 familier som fulgte eller hadde planlagt å følge Doman-programmene, ga samtykke til å være med i studien. Ett barn døde dessverre i løpet av prosjektperioden, og ett barn ble ekskludert på grunn av en progredierende tilstand. Ti familier trakk seg fra studien etter å ha gitt samtykke til deltagelse. Doman-gruppen bestod derfor av 18 barn. Etter at deltagere var rekruttert til Doman-gruppen og undersøkt av prosjektgruppen, ble habiliteringsavdelinger og spesialavdelinger i barnehager og skoler gitt en spesifikk beskrivelse, og forespurt om de hadde barn med lignende funksjonshemninger og kjennetegn, som



Figur 1: Oversikt over deltagelse og frafall i studien.

fikk et ordinært habiliteringstilbud. Dersom fagfolkene mente de hadde ett eller flere barn som kunne være aktuelle som sammenligningsbarn, fikk de informasjonsbrev om studien som de formidlet til de aktuelle familiene.

Familiene som ønsket å delta, sendte samtykkeerklæring direkte til forskningsgruppen. Sytten familier gav samtykke til å delta og ingen i sammenligningsgruppen trakk seg fra studien. Figur 1 viser deltagerne og frafallet i studien.

INSTRUMENTER FOR KARTLEG- GING AV MOTORISK FUNKSJON

De motoriske undersøkelsene ble gjort med Gross Motor Function Measure 66 (GMFM) (Russell, Rosenbaum, Avery, & Lane, 2002) og The Quality of Upper Extremity Skills Test (QUEST) (DeMatteo, et al., 1992), som er standardiserte, kriterierefererte, kliniske observasjonsinstrumenter.

GMFM 66 kartlegger grovmotorisk funksjon, er oversatt til norsk og har høy inter-rater reliabilitet (Sørsdahl, 1994). Teoretisk bygger GMFM på normal motorisk utvikling og omfatter fem områder: 1. Ligge og rulle, 2. Sitte, 3. Krype, 4. Stå og 5. Gå, løpe og hoppe. Hvert ledd blir skåret etter en ordinalskala fra 0 (manglende utførelse) til 3 (selvstendig utførelse).

QUEST er et velprøvd instrument for å undersøke funksjonen i overekstremitetene (Sakzewski, Ziviani, & Eldik, 2002; Thorley, Lanin, Cusick, Novak, & Roslyn, 2012). Manualen er ikke oversatt til norsk og den originale engelske versjonen ble brukt. QUEST kartlegger kvaliteten på bevegelsene i armen og hånden. De omfatter: 1. Dissociated movements (medbevegelser), 2. Grasp (grepsfunksjon), 3. Weight bearing (vektbæring) og 4. Protective extension (støttereaksjoner). Deloppgavene blir skåret som 'kan gjennomføre' eller 'kan ikke gjennomføre'. Det er prosentskåring for deloppgavene og for totalskåren, fra 0 til 100 prosent.

I de motoriske undersøkelsene inngikk også et standardisert, strukturert foreldreintervju: Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) (Haley, Coster, Ludlow, Haltiwanger, & Andrellos, 1992). PEDI er oversatt til norsk (Berg, Jahnsen, Holm, & Hussain, 2003) og funnet anvendbart og

valid for norske forhold og med høy inter-rater- og intra-rater reliabilitet (Berg, Jahnsen, Frøslie, & Hussain, 2004; Berg, Aamodt, Stanghelle, Krumlinde-Sundholm, & Hussain, 2008). PEDI er utviklet for å kartlegge barns funksjonelle ferdigheter og behov for hjelp og tilrettelegging i dagligaktiviteter på tre områder: 1. Egenomsorg, 2. Forflytning og 3. Sosial fungering. Denne studien bruker områdene egenomsorg og forflytning. Resultatene fra PEDI er angitt som skalerte skårer fra 0 til 100 for hvert av områdene. Hvert område skal anvendes for seg, og det finnes ingen total sumskåre.

De motoriske undersøkelsene ble gjort ved studiestart, etter 12 måneder og etter 24 måneder.

HALVSTRUKTURERT FORELDREINTERVJU

Ved oppstart av prosjektet og ved hver oppfølging ble det gjort et halvstrukturert foreldreintervju. Intervjuguiden var bygd opp rundt hovedtemaer, med hovedoverskrifter og underspørsmål som underbygget tematikken i hovedtemaet. Foreldrene ble spurt om barnets tiltakshistorie for å få fram deres syn på de tiltakene de var blitt tilbudt, hvilke tiltak de hadde valgt, og hvilke tiltak de så for seg fremover for barnet sitt. De ble spurt om hvordan barnets tiltak forløp gjennom prosjektperioden, og om beskrivelser av barnets utvikling og ferdigheter innenfor de grunnleggende utviklingsområdene motorikk, kognisjon, språk og sosial fungering, og om de opplevde endringer i barnets utvikling innenfor disse områdene i løpet av prosjektperioden. Videre ble foreldrene spurt om overveielsene og prosessen som lå til grunn for deres valg av treningsintervensjon

for barnet, og i hvilken grad de opplevde støtte fra habiliteringsmiljøene de hadde kontakt med.

UNDERSØKELSESPROSEDYRER

Undersøkelsene ble i størst mulig grad lagt til steder og tider som passet best for hver enkelt familie. Noen familier valgte å reise til et sykehus, andre å gjennomføre undersøkelsene i barnehagen, på skolen eller hjemme. Det ble også forsøkt å legge til rette slik at undersøkelsene forstyrret barnas daglige trening minst mulig. På grunn av kompleksiteten rundt undersøkelsessteder og -tider, store reiseavstander for både familier og forskningsgruppen, og sykdom og komplikasjoner hos barna, ble det vanskelig å følge tidsplanen med faste intervaller mellom undersøkelsene. Tiden mellom undersøkelsene varierte derfor noe. Noen av barna ble ikke undersøkt på alle oppfølgingsstidspunktene, og noen barn ble sett en stund etter de planlagte 12 og 24 månedene. Det betyr også at det er noe forskjellig antall barn i gruppene ved de ulike observasjonene.

Undersøkelsene av motorisk funksjon ble gjennomført av fysioterapeuter og ergoterapeuter i forskningsgruppen. Det ble gjennomført så mange oppgaver som mulig ut fra barnas funksjonsnivå. Når det var mulig, var det to terapeuter til stede ved undersøkelsene. Den ene gjorde undersøkelsen, mens den andre tok notater og gjorde videoopptak dersom foreldrene hadde samtykket til det. Videoopptak gjorde det mulig å etterprøve skåringen i ettertid. Med to terapeuter til stede under undersøkelsen var det også mulig å etterprøve undersøkelsene der og da.

De halvstrukturerte foreldrein-

tervjuene ble gjennomført av psykologene i forskningsgruppen. Det var som regel to intervjuere tilstede. Den ene gjennomførte intervjuet, mens den andre gjorde støttenotater. Det ble gjort lyd-opptak av alle intervjuene.

STATISTISKE ANALYSER AV DE KVANTITATIVE DATAENE

For å gjøre resultatene så sammenlignbare som mulig er skårene tidskorrigert ut fra en antagelse om at endringene i funksjon fordeler seg likt i hele tidsperioden mellom to observasjoner. For eksempel, hvis et barn fikk en økning i aldersskåre tilsvarende åtte måneder i løpet av 16 måneder, ble det antatt at økningen i de første 12 månedene av denne perioden var en aldersskåre tilsvarende seks måneder. Tilsvarende, hvis barnet ble sett etter 10 og 24 måneder, og fikk en økning i aldersskåre på fire måneder i perioden fra 0 til 10 måneder, og en aldersskåre på sju måneder i de 14 månedene fra 10 til 24 måneder, ble det antatt at det var en økning på én måned i perioden fra 10 til 12 måneder. Det gir en økning på fem måneder i aldersskåre i den første perioden fra 0 til 12 måneder, og en økning i aldersskåre på seks måneder i perioden fra 12 til 24 måneder. Det er vanskelig å kontrollere for om barnets forandring foregår jevnt over tid, eller om den går i rykk og napp. Vi har derfor i denne studien valgt tidskorrigerings som den beste måten å skape sammenlignbarhet mellom observasjonene på. Analysene omfatter beskrivende statistikk, korrelasjonsanalyser og t-tester for gruppesammenligninger. All statistikk ble utført med PASW 18.

ANALYSE AV DE KVALITATIVE DATAENE

Alle de halvstrukturerte forel-

	Doman-gruppen	Sammenligningsgruppen
	(N = 18)	(N = 17)
Gjennomsnittlig alder i år; måneder:	6;4	7;6
(standardavvik, spredning)	(6;2, 1;5-14;6)	(6;3, 2;4-14;1)
Kjønn:		
Gutter	10	9
Jenter	8	8
Diagnoser:		
Cerebral parese	7	8
Genetisk syndrom	5	5
Forsinket utvikling	5	4
Ervervet hjerneskade	1	
Barn med epilepsi:	6	9

Tabell 1. Beskrivelse av barna i prosjektet. N= antall.

dreintervjuene ble transkribert. De ble så videre analysert i henhold til tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse blir sett på som en generell og praktisk tilnærming for analyse av kvalitative data (Flick, 2014). Deler av analyserapporten er presentert i resultatkapittelet i artikkelen. De direkte sitatene som er brukt i kapittelet er representative utsagn ut fra en strukturert og systematisk gjennomgang av foreldrenes svar på intervju spørsmålene.

ETIKK

Prosjektet er godkjent av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk i Norge og Videnskabsetisk komité i Danmark. Valg av tiltaksprogram var uavhengig av deltagelse i prosjektet og uten noen form for påvirkning fra prosjektgruppen. I samsvar med kravene til de etiske komiteene i Danmark og Norge, ble det i informasjonsbrevet til foreldrene gjort klart at de kunne trekke seg fra prosjektet når som helst i prosjektperioden uten begrunnelse, og at barnet ikke var forpliktet til å forbli i det tiltaks-

programmet som familiene hadde valgt.

Resultater

Det var ti gutter og åtte jenter som fulgte programmene til IAHP og FHC, og ni gutter og åtte jenter i sammenligningsgruppen (se tabell 1). Den gjennomsnittlige alderen ved prosjektstart var 6;4 år i Doman-gruppen og 7;6 år i sammenligningsgruppen ($t=-0,772$, $p=0,45$). Alle barna i prosjektet hadde nevrologiske utviklingsforstyrrelser.

MOTORISK FUNKSJON

Tabell 2 viser skårene på GMFM, QUEST og PEDI ved prosjektstart, og endringsskårer fra prosjektstart til 12 måneder og 24 måneder. Det var ingen signifikante forskjeller mellom gruppenes skårer på GMFM på noen av tidspunktene. Det var stor spredning i skårer. Et av Doman-barna oppnådde høyest mulige skåre, 100 poeng, ved prosjektstart og ved 24 måneder, og hadde ingen mulighet for positiv endring. Et annet barn fikk en skåre på null ved prosjektstart.

Det var ingen signifikante

Doman-gruppen				Sammenligningsgruppen				
	N	Gjennom- snitt	Standard- avvik	N	Gjennom- snitt	Standard- avvik	t-test	p-verdi
GMFM 66								
Prosjektstart	17	42,5	27,5	16	41,8	22,6	0,075	0,94
Endring etter 12 mnd	14	3,6	4,9	16	3,3	3,1	0,232	0,82
Endring etter 24 mnd	13	4,5	6,5	10	6,3	3,9	-0,790	0,44
QUEST								
Prosjektstart	12	60,7	38,4	15	47,6	42,8	0,832	0,41
Endring etter 12 mnd	11	7,3	9,8	14	-1,2	5,5	2,557	0,02*
Endring etter 24 mnd	9	0,8	11,3	8	0,7	9,4	0,027	0,98
PEDI: Funksjonelle ferdigheter								
Egenomsorg:								
Prosjektstart	17	44,0	23,4	17	39,3	19,7	0,632	0,53
Endring etter 12 mnd	15	2,9	3,2	14	5,2	6,9	-1,159	0,26
Endring etter 24 mnd	13	5,0	4,3	0	3,7	7,2	0,537	0,60
PEDI: Funksjonelle ferdigheter								
Forflytning:								
Prosjektstart	17	47,6	30,7	17	44,3	29,4	0,513	0,61
Endring etter 12 mnd	15	2,3	8,3	14	5,3	13,9	-0,730	0,47
Endring etter 24 mnd	13	4,4	7,4	10	3,9	4,8	0,187	0,85
PEDI: Hjelpebehov Egenomsorg:								
Prosjektstart	17	31,9	32,0	17	27,0	27,5	0,476	0,64
Endring etter 12 mnd	15	2,8	8,0	15	3,3	5,7	-0,205	0,84
Endring etter 24 mnd	13	7,0	11,8	10	4,5	5,2	0,688	0,50
PEDI: Hjelpebehov								
Forflytning:								
Prosjektstart	17	47,2	36,0	16	39,6	33,9	0,628	0,54
Endring etter 12 mnd	15	3,0	5,6	14	10,0	19,6	-1,296	0,22
Endring etter 24 mnd	13	5,3	7,5	10	6,2	6,9	-0,283	0,78

Tabell 2. Motorisk fungering målt med GMFM66, QUEST og PEDI ved prosjektstart, etter 12 måneder og etter 24 måneder. N = antall; p-verdi = sannsynlighet; *p < 0,05.

forskjeller mellom gruppene på QUEST-skårene ved prosjektstart. Ved 12 måneder viste Doman-gruppen signifikant høyere endringsskåre enn sammenligningsgruppen, men det ved 24 måneder ikke var signifikant forskjell.

PEDI-skårene viste ingen signifikante gruppeforskjeller ved prosjektstart. Doman-gruppen hadde størst endring av funksjonelle ferdigheter og grad av hjelpebehov innenfor egenom-

sorg etter 24 måneder, mens sammenligningsgruppen hadde størst endring i grad av hjelpebehov ved forflytning etter 12 måneder og 24 måneder. Forskjellene mellom gruppene var ikke signifikante. Korrelasjonene mellom skårene på GMFM, QUEST og PEDI ved prosjektstart varierte fra 0,75 til 0,94 (p<0,001).

Figur 2 (side 74 og 75) viser de individuelle skårene på GMFM, QUEST og PEDI i prosjektperioden. Den viser en større variasjon på

QUEST-skårene i Doman-gruppen enn i sammenligningsgruppen. To barn som viste høy endringsskåre ved 12 måneder, viste tilbakegang ned mot sitt opprinnelige nivå ved to år. De samme barna viste en svak nedgang på samme tidspunkt på «PEDI funksjonelle forflytningsferdigheter» og «PEDI hjelpebehov for egenomsorg». Et annet barn viste liten endring på QUEST fra prosjektstart til 12 måneder, men en stor nedgang i skåre fra 12 til 24 måneder og ingen nedgang

i skårene på GMFM eller PEDI. I sammenligningsgruppen hadde to barn en svak nedgang i QUEST-skårene i løpet av prosjektperioden. Disse barna viste ingen nedgang i skårene på GMFM og PEDI.

FORELDREINTERVJUENE

I intervjuene kom det tydelig fram at foreldrene i Doman-gruppen var generelt misfornøyd med kvaliteten på tilbudet i regi av habiliteringstjenesten og kommunen, og syntes treningstilbudet ikke var tilstrekkelig intensivt.

«Vi var svært misfornøyd med det tilbudet vi hadde. Det norske tilbudet var dårlig koordinert. Alt for mange tilfeldigheter i tilbudet.»

«Intensiv trening i timevis er bedre enn halvhjertede forsøk. Ville vært fint hvis andre forsto dette! Viktig å få fram at vi har tro på barnet.»

Foreldrene i Doman-gruppen vurderte oppfølging, informasjon, veiledning og opplæring i den ordinære habiliteringstjenesten som lite tilfredsstillende. Tilbudet fra fagfolkene i IAHP og FHC opplevde de som bedre på disse områdene. En familie beskrev møtet med Doman-programmene på denne måten:

«Det var en milepæl å komme til FHC. Møtet med FHC var grundig og informativt. Ting gikk seint her hjemme, men FHC var effektive og brukte mye tid på barnet.»

«Vi er mest fornøyd med å komme en plass hvor vi blir tatt på alvor. Hvor vi får oppskrifter.»

Strukturen i Doman-treningen ble framhevet av flere.

«Før hadde vi tilbud om fysioterapi én time i uken, en vente og se-holdning. Vil ikke kaste bort tiden på denne måten. Trening

er satt i system. Integrert tilbud med diett. Folk i ryggen hele tiden, tett oppfølging og forpliktene oppfølging. Får nye mål og delmål.»

På tross av at Doman-programmene er svært tid- og ressurskrevende, og foreldrene selv måtte ha en svært aktiv rolle for at tiltakene skulle kunne gjennomføres, fortalte foreldrene i liten grad om ulemper ved å gå inn i de intensive tiltakene. De ulempene som ble nevnt, var av mer praktisk art. Noen trakk fram tidsbruken, at det ble lite fritid og tid for barnet til å være sammen med andre barn. Andre syntes den høyintensive treningen var slitsom for barnet.

Foreldrene i Doman-gruppen framhevet betydningen av håp og livskvalitet for seg selv og barnet når de begrunnet sitt valg av den høyintensive treningsmetoden.

«Fordi det gir håp, og fordi det bedrer barnets liv.»

«Trening og stimulering øker livskvaliteten.»

I sammenligningsgruppen ga de fleste foreldrene uttrykk for at de var fornøyd med tiltakene til barna sine, og sa at de ikke ønsket å eksperimentere med trening.

«Vi vil ikke at datteren vår skal være et prosjekt. Trening skal ikke overskygge livet vårt. Vi vil utnytte de ressursene hun har naturlig. Vi har akseptert diagnosen hennes.»

«Vi har bevisst valgt å ikke trene Doman eller lignende. Normalisering er ikke noe mål for oss. Håper prosjektet kan bidra til at foreldre og samfunnet aksepterer at barna våre er gode nok.»

Mange av foreldrene i sammenligningsgruppen kjente til IAHP og FHC, og framhevet at de ikke

så den type trening som en del av familielivet eller noe de ville bruke tid på. De så det som viktigere å bruke tiden på samspill, lek og samvær med andre, enn å trene. De ønsket et mest mulig vanlig familieliv.

«Vi er en aktiv familie, og Doman ville ikke passet for oss. Vi prioriterer et normalt familieliv.»

«Nei, vi trener ikke med ham.»

Vi er aktive i fritiden og han er med oss ut sammen med andre barn på vanlige aktiviteter.»

Noen av foreldrene i sammenligningsgruppen uttalte seg imidlertid også kritisk om det ordinære habiliteringstilbudet.

«Har vært en kamp å få alt tilbud utenfor skolen, og få en individuell plan på plass. Savner langsiktig planlegging! Oppfølging av familien har vært dårlig!»

«Ønsker mer struktur, kontinuitet, mer samordnet, og med færre aktører.»

Diskusjon

MOTORIKK

I denne studien viste barna i begge gruppene en større endring i skårene på GMFM-66 fra prosjektstart til 12 måneder, enn fra 12 måneder til 24 måneder. I de siste 12 månedene hadde Doman-gruppen en endring på 0,9, mens sammenligningsgruppen hadde en endring på 3,0. Andre studier av effekten av intensiv motorisk trening har vist endringsskårer på 1,85–4,5 (Tsorlakis, Evaggelinou, Grouios, & Tsorbatzoudis, 2004; Sorsdahl, Moe-Nilssen, Kaale, Rieber, & Strand, 2010). Imidlertid har ingen av de andre studiene like lange perioder med intensiv trening, noe som svekker sammenlignbarheten. Dessuten var

mange av barna i denne studien over den alderen da det vanligvis forventes bedring i motorisk funksjon hos barn med CP. Tvert imot forventes det en viss reduksjon i grovmotorisk funksjon hos ikke-gående barn fra 6–7-årsalderen (Hanna, et al., 2009; Öhrval, Krumlinde-Sundholm, & Eliasson, 2014).

Resultatene på QUEST viste en gjennomsnittlig endringsskåre for håndfunksjon på under ett poeng i løpet av 24 måneder. Standardiseringsutvalget i QUEST besto av barn med CP i alderen 1–8 år (DeMatteo, et al., 1992). Disse barna hadde en gjennomsnittlig endring i QUEST-skåre på 5,13 etter seks måneder (0,65 hos 1 ½–4-åring og 7,57 hos 4–8-åring). Den svake framgangen i arm- og håndfunksjon hos begge gruppene i vår studie kan tyde på at potensialet for motorisk utvikling var mer begrenset enn i standardiseringsutvalget til QUEST. Dessuten er sammenlignbarheten mellom barna i vår studie og standardiseringsutvalget til QUEST noe svak fordi det er bare 18 barn, sammenlignet med 71 barn i standardiseringsutvalget.

Skårene på QUEST viste dessuten betydelig variasjon fra gang til gang. Det kan ha sammenheng med variasjon i barnas dagsform. Det er mulig at QUEST ikke er sensitiv nok til å måle endringer i arm- og håndfunksjon hos barn med så sammensatte funksjonsnedsettelse og store begrensninger i aktiv håndfunksjon som i vår studie. DeMatteo og medarbeidere (1993) fant høyt samsvar mellom QUEST og Peabody Fine Motor Scale (PDMS-FM) (Folio & Fewel, 1983). Det er mulig at en kombinasjon av QUEST og PDMF-FM kan sikre mer valide og sensitive resultater i undersø-

kelser av finmotorikk i framtidige studier.

Aktiv motorisk trening er begrenset i oppstarten av Doman-programmene, da mye tid blir brukt til passiv motorisk stimulering. Det finnes ikke tall for hvor mye og hvor intensiv trening i arm- og håndfunksjon barna i sammenligningsgruppen fikk i det ordinære habiliteringstilbudet. Mange av barna i studien hadde store og sammensatte funksjonshemninger, og habiliteringstiltakene var tilsvarende komplekse. Alle fikk motorisk trening, men det er usikkert hvor mye tid og ressurser som har vært brukt på arm- og håndfunksjoner.

Begge gruppene viste beskjedne endringer målt med PEDI, og forskjellene mellom gruppene var ikke signifikante. Variasjonen i skårer kan skyldes ulik praksis i måten å intervjuer på, men PEDI har vist høy inter-rater reliabilitet (Berg, Jahnsen, Frøslie, & Hussain, 2004). Resultatene som viser likheten i PEDI-skårene for de to gruppene ved prosjektstart og senere, kan tyde på at foreldrene både i Doman-gruppen og i sammenligningsgruppen vurderte sine barns motoriske ferdigheter på omtrent den samme måten. Sammenfallet mellom testmålene og PEDI-skårene, som er basert på intervjuer med foreldrene, gir støtte til testresultatene.

Trening av motorikk er en viktig del av Doman-programmene. Det kunne derfor være grunn til å forvente at barna som fulgte denne høyintensive treningen, ville oppnå bedre motorisk funksjon enn barna i sammenligningsgruppen. Det er en utfordring å finne studier som er sammenlignbare i intensitet og treningsperiode med denne studien, men studier av intensiv motorisk trening tyder på

at barn med bevegelsehemning kan profittere på å tilbringe mer tid i målrettede motoriske aktiviteter (Christiansen & Lange, 2008; Novak, et al., 2013; Myrhaug, Østensjø, Larun, Odgaard-Jensen, & Jahnsen, 2014). Barna som trente etter Doman-programmene, viste imidlertid ikke signifikant bedre motorisk funksjon enn barna i sammenligningsgruppen, som fikk tiltak gjennom det ordinære habiliteringstilbudet. Flertallet av barna fungerte på et lavt motorisk nivå ved prosjektstart, og det forventes vanligvis ingen stor endring i motorisk funksjon hos barn i den aldersgruppen (Hanna, et al., 2009; Eliasson, et al., 2014). Programmene til IAHP og FHC var ikke i stand til å endre dette, slik de påstår på sine hjemmesider.

FORELDRESYNSPUNKTER

I intervjuene kom det fram at misnøye med barnets trening og utvikling mens det fulgte det ordinære habiliteringstilbudet var en viktig årsak til at foreldre valgte de høyintensive Doman-programmene. Det kan være løftene om stor utvikling og fremgang for barnet som fikk familiene til å gjøre dette valget. Disse løftene kommer klart fram i informasjonen om programmene på hjemmesidene til IAHP og FHC. Den norske hjemmesiden presenter IAHP slik: *«IAHP har et klart mål for oss, nemlig at barnet skal bli helt frisk. Ingen har satt et slikt mål for barnet vårt før. Dette er viktig for oss, fordi håpet holder oss oppe»* (FISH, 2013).

I intervjuene ga foreldrene i Doman-gruppen uttrykk for stor tilfredshet med sitt valg av intervensjon, selv om fremgangen til barnet var mer eller mindre den samme som før de begynte med dette programmet. De fortalte at

de følte at fagfolkene i IAHP og FHC hadde møtt dem med håp og positive forventninger til barnet deres. De fikk tilbakemeldinger fra IAHP og FHC som bekreftet en god framgang hos barna deres, til tross for at det ikke kom fram i denne studien. Strukturen i programmet og den intensive treningen synes å ha gitt foreldrene en sterk følelse av at de gjorde noe for barna sine. Dette er lignende funn gjort av MacKay, Gollogly og McDonald (1986), som fant at de fleste av foreldrene de intervjuet var glade for at de hadde prøvd programmet til IAHP, selv om barnet deres viste liten eller ingen framgang. De følte at de hadde gitt barnet en sjanse til å utvikle seg videre.

I intervjuene kom det også fram at noen av foreldrene i sammenligningsgruppen var kritiske til tiltakene de hadde fått gjennom det ordinære habiliterings tilbudet, og at de ønsket mer struktur, oppfølging og langsiktig planlegging. De hadde likevel bevisst valgt ikke å følge den høyintensive Doman-treningen. De ville heller ha et mest mulig normalt familieliv for barnet og familien.

Studier viser dessuten at foreldre foretrekker familiesentrert praksis, det vil si en målrettet og strukturert habiliteringsprosess som tar utgangspunkt i hele familiens behov og ønsker. Innenfor denne tilnærmingen blir foreldrene sett som eksperter på sitt barn og de aktivitetene barnet skal gjøre. Foreldrene og barnet selv tar så aktiv del som de selv ønsker i utarbeiding av mål og utforming og implementering av nødvendige tiltak (Law, et al., 2005; Perrin, et al., 2007; Palisano, et al., 2012). Studier viser også at aktiv involvering av foreldrene gjennom habiliteringsprosessen øker foreldre-

nes følelse av partnerskap med fagfolkene og deres tilfredshet med tiltakene for barnet. Spesifikke mål er effektive virkemidler for å fremme forståelse av tiltak og motivasjon, og gjennom det økte funksjonelle ferdigheter (King, Teplicky, King, & Rosenbaum, 2004; Raghavendra, Murchland, Bentley, Wake-Dyster, & Lyons, 2007; Østensjø, Øien, & Fallang, 2008; Øien, Fallang, & Østensjø, 2010; Myrhaug & Østensjø, 2013). Resultatene i denne studien tyder på at fagfolkene i den ordinære habiliteringstjenesten kan ha noe å lære av fagfolkene i IAHP og FHC om hvordan de kan møte og samarbeide med foreldre til barn med omfattende funksjonsnedsettelse, og også etablere habiliteringstiltak som er forankret i familiesentrert praksis. Imøtekommenhet og samarbeid om målrettede tiltak kan bidra til et positivt samarbeidsklima som genererer tiltro og lojalitet til de tiltakene som man er blitt enige om å gjennomføre.

STUDIENS BEGRENSINGER

Resultatene i studien hadde vært styrket ved flere deltagere, men det er ikke mulig å vite hvorfor ti familier i Doman-gruppen trakk seg fra studien før undersøkelsen var startet.

Det var også en stor utfordring å finne sammenligningsbarn som matchet barna i Doman-gruppen fullstendig, og det ble derfor gjort et valg av sammenligningsbarn som lignet mest mulig i forhold til sammenligningskriteriene. På grunn av utfordringen med å finne matchende enkeltbarn ble det i studien ikke gjort parvise sammenligninger, men sammenligninger på gruppebasis. Utfordringen med matchingen kan sees på som en svakhet i studien.

Konklusjon

Målsetningen for studien var å undersøke om barn som fulgte intensiv trening basert på Doman-programmene ville vise bedre motorisk utvikling enn barn som fulgte de ordinære habiliteringsprogrammene i Norge og Danmark. Resultatene viser svært få forskjeller i motorisk utvikling mellom barna som trente etter Doman-programmene, og de som hadde et ordinært habiliteringstilbud. I betraktning av den betydelige tidsmessige og menneskelige innsatsen Doman-programmene innebærer, gir resultatene av denne studien ikke grunnlag for å anbefale at barn følger disse programmene. Foreldre er imidlertid ulike og har svært forskjellige preferanser og ressurser i ulike faser av et habiliteringsforløp. Det er det viktig å ta hensyn til i utviklingen av tiltaksprogram for det enkelte barn. Mer forskning er nødvendig for å se på effekten av intensive intervensjonsprogrammer over lengre tidsperioder, kombinert med målrettet familiesentrert praksis.

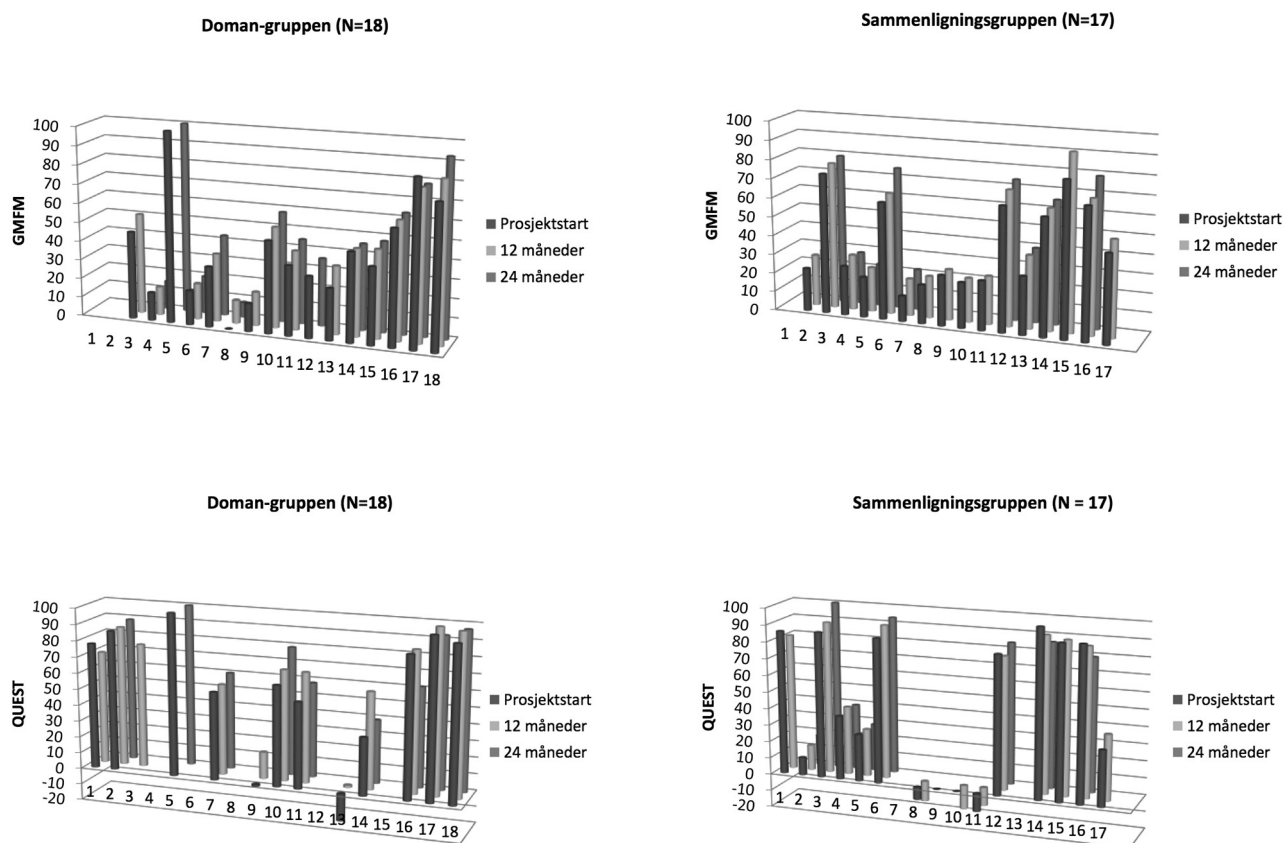
Referanser

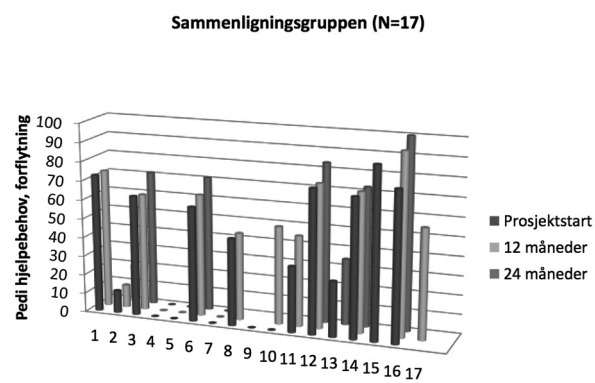
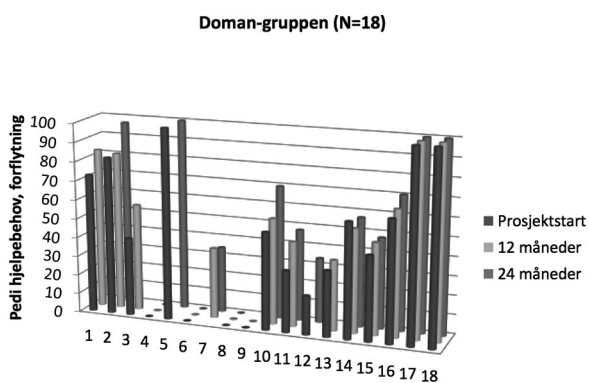
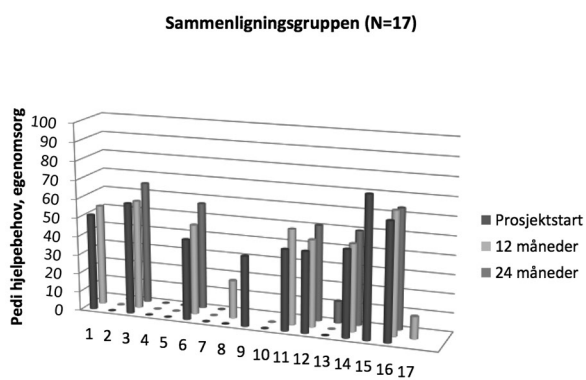
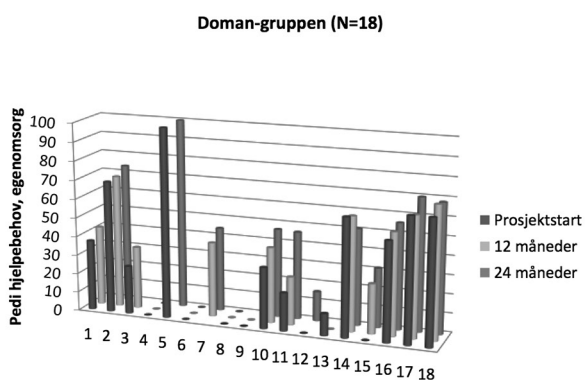
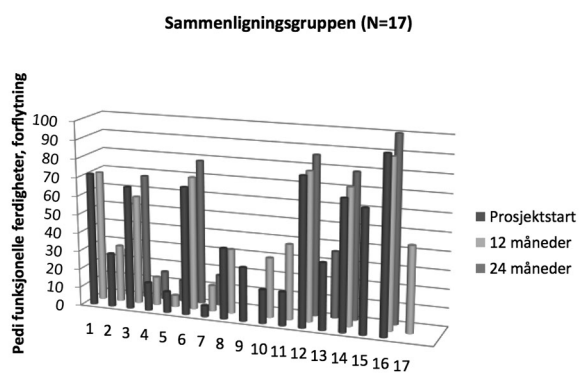
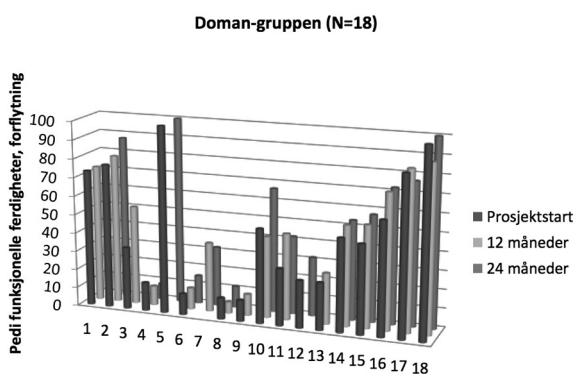
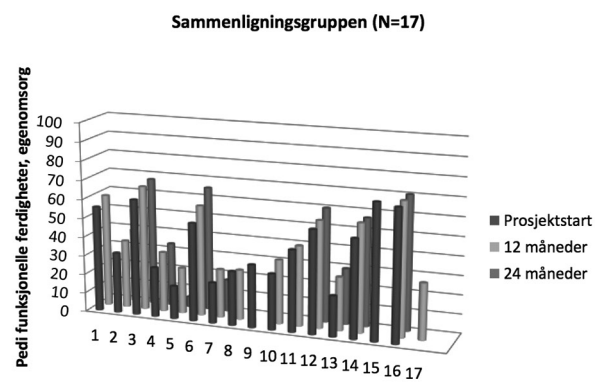
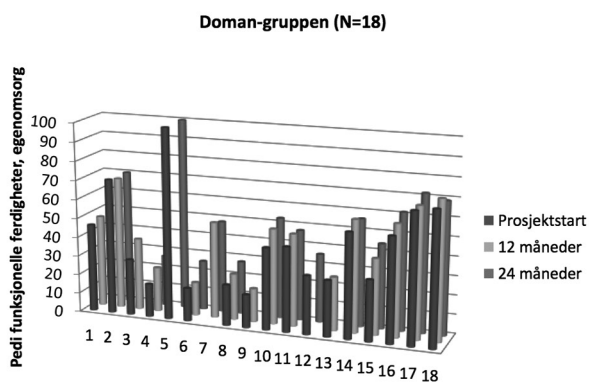
- Berg, M., Aamodt, G., Stanghelle, J. K., Krumlinde-Sundholm, L., & Hussain, A. (2008). Cross-cultural validation of Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) norms in a randomized Norwegian population. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, ss. 143-152.
- Berg, M., Jahnsen, R., Frøslie, K. F., & Hussain, A. (2004). Reliability of Pediatric Evaluation of Disability Inventory. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, ss. 61-77.
- Berg, M., Jahnsen, R., Holm, I., & Hussain, A. (2003). Translation of a multi-disciplinary assessment - Procedures to achieve functional equivalence. *Advances in Physiotherapy*, ss. 55-66.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using

- thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, ss. 77-101.
- Christiansen, A. S., & Lange, C. (2008). Intermittent versus continuous physiotherapy in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, ss. 290-293.
- DeMatteo, C., Law, M., Russel, D., Pollock, N., Rosenbaum, P., & Walter, S. (1992). QUEST: *Quality of Upper Extremity Skills Test*. Hamilton, Ontario: McMaster University, Neurodevelopmental Clinical Research Unit.
- DeMatteo, C., Law, M., Russel, D., Pollock, N., Rosenbaum, P., & Walter, S. (1993). The reliability and validity of the Quality of Upper Extremity Skills Test. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, ss. 1-18.
- Doman, G. (2005). *What to do about your brain-injured child, Revised and updated edition*. New York: Square One Publishers.
- Doman, G., LeWinn, E., Pelligra, R., Dimancescu, M., & Wilkinson, R. (2000). The Developmental Profile: A qualitative measure and neurologic development in brain-injured and normal children. *Clinical Practice of Alternative Medicine*, ss. 39-46.
- Eliasson, A. C., Krumlinde-Sundholm, L., Gordon, A. M., Feys, H., Klingels, K., Aarts, P. B., Rameckers, E., Autti-Rämö, I. & Hoare, B. (2014). European network for Health Technology Assessment (EUnetHTA). Guidelines for future research in constraint induced movement therapy for children with unilateral cerebral palsy; an expert consensus. *Developmental Medicine and Child Neurology*, ss. 125-137.
- Fay, T. (1948). Neurological aspects of therapy in cerebral palsy. *Archives of Physical Medicine*, ss. 327-334.
- FISH (2013). *FISH, Forening for Intensiv Stimulering av Hjerneskade*. Hentet fra <http://www.domansiden.no>
- Flick, U. (2014). *Thematic coding and Content Analysis. I U. Flick (Red), An introduction to Qualitative Research* (ss. 420-438). London: Sage.
- Folio, M. R., & Fewel, R. R. (1983). *Peabody Developmental Motor Scales and Activity Cards*. Austin, TX: DLM Teaching Resources.
- Haley, S. M., Coster, W. J., Ludlow, L. H., Haltiwanger, J. T., & Andrellos, P. J. (1992). *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). Version 1.0*. Boston: New England Medical Centre Hospitals.
- Hanna, E. S., Rosenbaum, P. L., Bartlett, D. J., Palisano, R. J., Walter, S. D., Avery, L., & Russel, D. J. (2009). Stability and decline in gross motor function among children and youth with cerebral palsy aged 2 to 21 years. *Developmental Medicine and Child Neurology*, ss. 295-302.
- IAHP (1991). *The programs of the Institutes for the Achievement of Human Potential*. Philadelphia: Institutes for the Achievement of Human Potential.
- IAHP org. (2015). *Institutes for the Achievement of Human Potential (IAHP)*. Hentet fra <http://www.iahp.org>.
- King, S., Teplicky, R., King, G., & Rosenbaum, P. (2004). Family-centred service for children with cerebral palsy and their families: A review of the literature. *Seminars in Pediatric Neurology*, ss. 78-86.
- Law, M., Teplicky, R., King, S., King, G., Kertoy, M., Moning, T., Rosenbaum, P. & Burke Gaffney, J. (2005). Family-centred service: moving ideas into practice. *Child: Care, Health and Development*, ss. 633-642. doi:10.1111/j.1365-2005.00568.x.
- Lofterød, B. og arbeidsgruppen i Helse- og sosialdepartementet. (2000). *Faglig vurdering av alternative treningsopplegg som Doman-metoden og lignende for barn med hjerneskader*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- MacKay, D. N., Gollogly, J., & McDonald, G. (1986). The Doman-Delacato treatment methods. *British Journal of Mental Subnormality*, ss. 3-19.
- Madsen, T. C., Lorentzen, K. H., & Svarre, M. (2005). *Hjemmetraining af børn med hjerneskade*. Århus: Marselisborg Center.
- Myrhaug, H. T., & Østensjø, S. (2013). Motor training and physical activity among preschoolers with cerebral palsy: A survey of parents' experiences. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics, Early Online*, ss. 1-15. doi:10.3109/01942638.2013.810185.
- Myrhaug, H. T., Leite, R. S., Jahnsen, R., Ludvigsen, S., Tornås, S., & Mjøen, T. (2008). *Intensiv trening/habilitering til barn med medfødt og ervervet hjerneskade. Rapport fra Kunnskaps-senteret*, Nr. 27. Oslo: HelseDirektoratet.
- Myrhaug, H. T., Østensjø, S., Larun, L., Odgaard-Jensen, J., & Jahnsen, R. (2014). Intensive training of motor function and functional skills among young children with cerebral palsy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatrics*, 14: 292. doi:10.1186/s12887-014-0292-5.
- Novak, I., McIntyre, S., Morgan, C., Campbell, L., Dark, L., Morton, N., Sumbles, E., Wilson, S. & Goldsmith, S. (2013). A systematic review of interventions for children with cerebral palsy: State of the evidence. *Developmental Medicine & Child Neurology*, ss. 885-910.
- Palisano, R. J., Chiarello, L. A., King, G. A., Novak, I., Stoner, T., & Fiss, A. (2012). Participation-based therapy for children with physical disabilities. *Disability and Rehabilitation*, ss. 1041-1052. doi:10.3109/09638288.2011.628740.
- Perrin, J. M., Romm, D., Bloom, R. S., Homer, C. J., Kuhltau, K. A., Cooley, C., Duncan, P., Roberts, R., Sloyer, P., Wells, N. & Newacheck, P. (2007). A family-centred, community-based system of services for children and youth with special health care needs. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, ss. 993-936.
- Raghavendra, P., Murchland, M., Bentley, M., Wake-Dyster, W., & Lyons, T. (2007). Parent's and service provider's perceptions of family-centred practice in community-based, paediatric disability service in Australia. *Child: Care, Health and Development*, ss. 586-592.
- Russell, D. J., Rosenbaum, P. L., Avery, L. M., & Lane, M. (2002). *Gross Motor Function Measure (GMFM-66 and GMFM-88)*. User's manual. London: Mac Keith Press.
- Oversatt i 2011 av Myklebust, G. & Jahnsen, R., Oslo Universitetssykehus HF og Sørstahl, A.B. Høgskolen i Bergen, basert på oversettelsen av GMFM- 88 (Sørstahl, A.B. 1994).
- Sakzewski, L., Ziviani, J., & Eldik, N. van. (2002). Test/retest reliability and inter-rater agreement of the Quality of Upper Extremities Skills Test (QU-

- EST) for older children with acquired brain injuries. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*. 21, ss 59-67.
- Skjeldal, O. & arbeidsgruppen i Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Habilitering av barn: En faglig vurdering og tilråding*. Oslo: Statens helsetilsyn.
- Sorsdahl, A. B., Moe-Nilssen, R., Kaale, H. K., Rieber, J., & Strand, L. (2010). Change in basic motor abilities, quality of movement and everyday activities following intensive, goal-directed, activity-focused physiotherapy in a group setting for children with cerebral palsy. *BMC Pediatrics*, ss. 26. doi:10.1186/1471-2431-10-26.
- Stephenson, J. (2004). Controversial practices in the education of students with high support needs. *Journal of Research in Special Educational Needs*, ss. 58-64.
- Sørsdahl, A. B. (1994). *Vurdering av en norsk versjon av «Gross Motor Function Measure»*. Hovedoppgave i fysioterapi, Høgskolen i Bergen.
- Tetzchner, (2008). Ukonvensjonelle behandlingsprogrammer. I S. von Tetzchner, F. Hesselberg, & H. Schiørbeck (Red.), *Habilitering: Tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger* (ss. 347-373). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tetzchner, S. von, Verdel, M., Barstad, B. G., Gravås, E. M., Jahnsen, R., Krabbe, S., Ramstad, K., Schiørbeck, H., Skjeldal, O. H., Tranheim, R. S., Bang, B., Jensen, B., Jensen, H., Kildemoes, L., Motlau, J., Rasmussen, K. V. & Ytting, H. (2013). The effect of interventions based on the programs of The Institutes for the Achievement of Human Potential and Family Hope Center. *Developmental Neurorehabilitation*, ss. 217-229.
- The Family Hope Center. (2014). *The Family Hope Center*. Hentet fra <http://www.familyhopecenter.com>
- Thorley, M., Lannin, N., Cusick, A., Novak, I., & Roslyn, B. (2012). Reliability of the Quality of Upper Extremity Skills Test for children with cerebral palsy aged 2 to 12 years. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, ss. 4-21.
- Tsoralakis, N., Evaggelidou, C., Grouios, G., & Tsorbatzoudis, C. (2004). Effect of intensive neurodevelopmental treatment in gross motor function of children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, ss. 740-745.
- Öhrval, I. A., Krumlinde-Sundholm, L., & Eliasson, A. C. (2014). The stability of the Manual Ability Classification System over time. *Developmental Medicine and Child Neurology*, ss. 185-189.
- Øien, I., Fallang, B., & Østensjø, S. (2010). Goal-setting in paediatric rehabilitation: perceptions of parents and professional. *Child: Care, Health and Development*, ss. 558-565.
- Østensjø, S., Øien, I., & Fallang, B. (2008). Goal-oriented rehabilitation of preschoolers with cerebral palsy – a multi-case study of combined use of the Canadian Occupational Performance Measure (COPM) and the Goal Attainment Scaling (GAS). *Developmental Neurorehabilitation*, ss. 252-259.

Figur 2. Individuelle skårer på GMFM, QUEST og PEDI ved prosjektstart, ved 12 måneder og ved 24 måneder:





Forsker på utdanning og psykisk helse

Tore Bonsaksen er førstelektor og ansatt ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus. Hans forskningsinteresse er blant annet psykisk helse og utdanning. Bonsaksens engasjement er internasjonalt.

Av Sissel Horghagen

– Hva forsker du på?

– Som så mange forsker jeg på mangt og mye – og det er veldig moro. Jeg deltar blant annet i en studie av personer med KOLS og personer med sykkelig overvekt som har gått på LMS-kurs eller annen type pasientopplæring, hvor vi undersøker hvordan det går med dem fram til et år etter kurset. Ellers driver jeg en del med validering av ulike typer av vurderingsredskaper til bruk i klinisk arbeid og i forskning. Jeg er også opptatt av fremtiden i ergoterapifaget, som er ergoterapistudentene: Hva kjenner de, og hvordan utvikler de seg over tid?

– Hva er dine hovedfunn?

– I denne sammenhengen blir det fristende å snakke om studentene våre. I en studie fant jeg at selvfølelse og tro på egen mestring var høyere hos mannlige studenter, hos studenter som var mer tilfredse med å gå på ergoterapiutdanningen, og hos studenter som brukte mer tid på egenstudier (Bonsaksen, 2015). Studentene som presterer godt på studiet i form av gode eksamensresultater, har gjerne erfaring fra høyere utdanning fra før de startet på ergoterapistudiet, og studenter som bruker mer tid på egenstudier, er også mest tilfredse (Bonsaksen, 2016). Folk som er tilfredse med studiet sitt, studerer nok mer og bedre enn folk som ikke er så tilfredse, men kanskje kan også mer innsats i studiet gi mer læring, bedre resultater – og mer tilfredshet? Og i tillegg: De studentene som egentlig hadde ønske om å studere noe annet enn ergoterapi, viser seg å være de som er mest tilfredse med studiet sitt. Er ikke det litt pussig? Å kunne fundere over slike overraskelser gjør hverdagen interessant. Helt sant!

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

– Den var vrien. Jeg leser mye, og mye (men slett ikke alt) av det jeg leser, er bra. For at jeg skal synes noe er skikkelig bra, skal det være «to the point» (vidløftig utenomsnakk er irriterende), argumenterende (løse påstander er minst like irriterende), og jeg skal kunne følge resonnementet fra begynnelse til slutt. Det siste krever også, iallfall når det gjelder temaer som er helt nye for meg, en pedagogisk fremstillingsform. Jeg husker jeg hadde følelsen av å lese en slik «to the point», argumenterende og pedagogisk anlagt artikkel da jeg leste Linda Stigen og Julie Page om bruk av intraklassekoeffisient (ICC) som mål for interrater-reliabilitet ved bruk av instrumentet Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis (PRPP; Stigen & Page, 2012). Innholdet i PRPP er jeg fortsatt helt ukjent med, men jeg lærte noe viktig om en bestemt analysemetode som jeg selv så smått har begynt å bruke. Derfor går jeg stadig tilbake til denne artikkelen.

– Hva trenger ergoterapeuter mer forskning om?

– Ergoterapeuter trenger kunnskap om alle forhold som har betydning for folks aktivitet og deltakelse i hverdagslivet. Ergoterapi som praksisform har en historie og en tradisjon, men som forskningsfelt er ergoterapi fortsatt i barnevogna. Spesielt er det behov for mer forskning på ergoterapeuters aktivitetsrettede intervensjoner – om de virker, hva de virker på, men også hva som gjør at de virker. Her slår jeg et slag for å tydeliggjøre prosessen i intervensjonene. I mye forskning legges det vekt på å fastslå effektstørrelser, mens det ofte blir tilsvarende liten plass til å redegjøre for hvilke elemen-



TORE BONSAKSEN

Førstelektor

ter ved behandlingen som forskerne tror har vært virksomme. Påstanden om at ergoterapi har effekt er i seg selv en tom frase. Den blir først meningsfull når vi kan si mer om hvilke mekanismer vi tror er virksomme, og når vi kan si noe om hvilke spesifikke effekter behandlingen har. Ergoterapifaglig forskning er viktig, men presisjonsnivået i måten vi snakker om forskning på, bør heves. Selv forholder jeg meg mye til forskning knyttet til ergoterapi og psykisk helse. Det er nedslående å se litteraturnomganger som konkluderer med at forskningen på det aktuelle området er mangelfull eller av lav kvalitet. På den annen side er det greit å vite at det er nok av fornuftige ting å drive med fremover.

På hvilken måte er din forskning anvendbar?

– En oppfølgingsstudie av personer med KOLS viste at måten deltakerne tenkte på og oppfattet sin egen sykdom på ved kursstart, hadde betydning for livskvaliteten deres et år etter avsluttet kurs eller pasientopplæring (Bonsaksen, Haukeland-Parker, Lerdal, & Fagermoen, 2014). Mer spesifikt: de som opplevde mer plager relatert til sykdommen, som opplevde flere negative konsekvenser av sykdommen, og som var mer emosjonelt påvirket av den, hadde lavere livskvalitet et år etter kurset, sammenliknet med de som opplevde sykdommen som mindre truende på disse områdene. Disse funnene kan brukes til å merke seg noen faktorer som relevante for prognosen for fremtidig livskvalitet. Objektive sykdomstegn er viktige, men det er også pasientens egenopplevde sykdom. Pasienter bør derfor spørres om hvordan de selv oppfatter sin sykdom, og de bør få hjelp til å endre disse oppfatningene der hvor de er uriktige, unyanserte eller uhensiktsmessige.

Forskningsresultatene knyttet til ergoterapistudentene er så langt basert på studier med såkalte tverrsnittsdesign; det vil si at dataene som er brukt, forholder seg til samme tidspunkt. Med slike design kan vi si noe om hvordan ulike faktorer henger sammen, men må være mer forsiktige med å antyde retningen på sammenhengene – hva som er årsak, og hva som er virkning. For eksempel vil dette gjelde forholdet mellom selvfølelse, tid brukt på egenstudier og opplevelsen av trivsel på studiet (Bonsaksen, 2015, 2016). Med passende forbehold kommer jeg iallfall selv til å bruke dette for alt det er verdt i kontakt med studentene: **Ergoterapistudenter som bruker mer tid på egenstudier, har det bedre med seg selv og trives bedre på studiet!**

Referanser

- Bonsaksen, T. (2015). Predictors of General Self-Efficacy and Self-Esteem in Occupational Therapy Students: A Cross-sectional Study (in press). *Occupational Therapy in Mental Health*, 31(3), 1-13. doi: 10.1080/0164212X.2015.1055536.
- Bonsaksen, T. (2016). Predictors of academic performance and education programme satisfaction in occupational therapy students (in press). *British Journal of Occupational Therapy*.
- Bonsaksen, T., Haukeland-Parker, S., Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2014). A 1-year follow-up study exploring the associations between perception of illness and health-related quality of life in persons with chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 9, 41-50. doi: <http://dx.doi.org/10.2147/COPD.S52700>.
- Stigen, L., & Page, J. (2012). Inter-rater reliability of the Norwegian version of the Perceive, Recall, Plan and Perform System of Task Analysis. *Ergoterapeuten*, 55(4), 40-47.

E-læringsmodul om hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering

Nils Erik Ness har i samarbeid med Gyldendal Akademisk utarbeidet en e-læringsmodul om hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Modulen har som hensikt å spre kunnskap om temaene til ansatte og ledere i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Av Christine Næss Evensen

TANKESETT OG ARBEIDSFORM

Hverdagsmestring handler om å mestre aktiviteter og gjøremål i hverdagen. Dette tankesettet og overordnede målet passer for alle brukergrupper, uansett alder og funksjonssvikt. Hverdagsrehabilitering er en arbeidsform (en måte å jobbe på) for å oppnå hverdagsmestring. Hverdagsrehabilitering passer for hjemmeboende brukere som ikke lenger mestrer hverdagen som før. Erfaringer viser at det er utfordrende å endre tankesett og arbeidsform. Det krever diskusjoner og kompetanseutvikling i personalgruppa og tett oppfølging av leder og veiledning fra eksperter innenfor rehabilitering, som ergoterapeuter og fysioterapeuter.

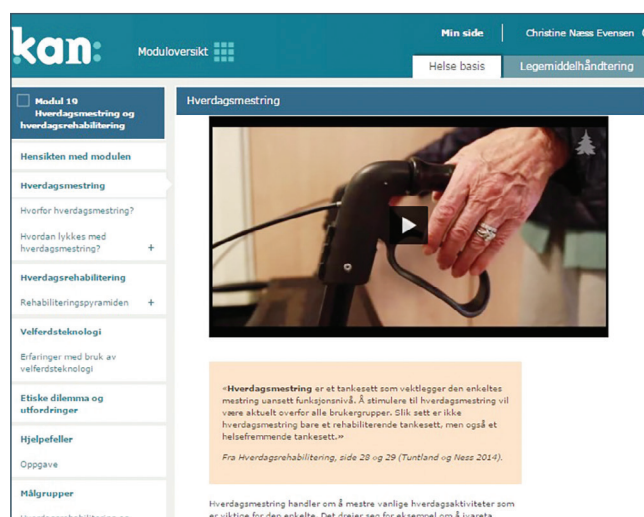
ET HJELPEMIDDEL I ENDRINGSARBEID

Modulen om hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering kan brukes som et hjelpemiddel i arbeidet med å endre måten vi tenker og jobber på i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Å oppdatere seg innen ny kunnskap og forskning, lære av andres erfaringer og erfare selv gjennom praksis er helt sentralt i dette arbeidet. Modulen gir kommunene en innføring i temaet samt tips om hvor de kan skaffe seg mer kunnskap gjennom litteratur, forskning, rapporter, verktøy, veiledere og andres erfaringer.

KVALITETSSIKRING, TETT SAMARBEID OG BRUKERTESTING

Bydel St.Hanshaugen i Oslo kommune og Malvik kommune har bidratt som fagkonsulenter i utarbeidelsen av innholdet i modulen. De har bidratt med faglige innspill, tilrettelagt for innspillinger av videoer samt kvalitetssikret innholdet.

Drammen kommune har testet ut det faglige innholdet blant ufaglærte, helsefagarbeidere, syke-



E-læringsmodulen har som hensikt å spre kunnskap om hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering.

pleiere, ergo- og fysioterapeuter og ledere. De har kommet med viktige innspill og tilbakemeldinger.

Samarbeidet med bydel St.Hanshaugen og Malvik kommune samt brukertesting i Drammen kommune har vært sentrale ledd i kvalitetssikringen av modulen.

DET DIGITALE KOMPETANSEVERKTØYET KAN HELSE

Modulen om hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering er en del av det digitale kompetanseverktøyet Kan Helse og inngår i kurset Helse Basis. Innholdet består av tekst, videoer, bilder, case og refleksjonsoppgaver. Fordi modulen er digital oppdateres innholdet fortløpende når aktuell informasjon eller ny kunnskap kommer til.

Les mer om modulen om hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering på Kan Helses nettsider: www.kan.gyldendal.no.

Ergoterapeuten lanserer ny nettside

15. mars lanserer fagbladet en splitter ny nettside. Du går fremdeles inn på www.ergoterapeuten.no, men der stopper likheten.

Behovet for nye og forbedrede nettløsninger for fagbladet vårt har vært tilstede i lang tid. Nå er jeg stolt over å kunne si at vi 15. mars vil lansere nye nettsider, som er utviklet i samarbeid med 07 Media. En stor takk til Bjørn Ove Width, som har ledet prosjektet, og Thomas Wiken, som har designet sidene. En stor takk til redaksjonskomiteen også, og forbundet, som var villig til å satse.

De nye sidene vil inneholde en enkel nyhetsoppdatering. Send gjerne inn tips hvis du vet om noe spennende som skjer i faget, og som egner seg for umiddelbar publisering. Vi vil også legge ut hele bladet som et e-blad.

Else Merete Thyness



Den nye nettsidene vil blant annet innholde nyheter i tillegg til en elektronisk utgave av fagbladet.



**personlig
GPS
trygghetsalarm**

Er du i kontakt med personer som liker å bevege seg ute, men har begynt å miste stedsansen?

Eller kanskje en som liker å gå tur alene, mens den som er hjemme er urolig for om alt er bra?

Personlig GPS har blitt et veldig nyttig hjelpemiddel. For noen også et alternativ for de som ikke får tradisjonell trygghetsalarm i kommunen.

Henvis gjerne til oss hvis noen er aktuelle. Vi har personlig service på telefon. Hvis du ønsker å få tilsendt et knippe informasjonsfoldere som kan gis ut til interessenter så sender du mail til: post@careto.no

Fra 1.995 i vår nettbutikk www.tryggereliv.no

Kan også bestilles på telefon 33 11 40 50, eller via e-post: post@careto.no



**Utlysning av
Forskningsmidler 2016**



**Norsk Revmatikerforbunds
Forskningsfond, Pahles legat og
Stortuens legat vil i år 2016 etter
søknad kunne gi økonomisk støtte
til forskning vedrørende
revmatiske sykdommer.**

FRIST 1. OKTOBER

Nærmere informasjon se:

www.revmatiker.no



- HVORFOR SITTE INNE NÅR ALT HÅP ER UTE?

«Hvorfor sitte inne når alt håp er ute?» er mottoet til brukerne på den recovery-baserte Kulturaktiviteten på Hinna. De vil oppdage Europas storbyer eller lage skumle skrekkfilmer.

Av Lena Christina Eide

Marianne Olsson (til venstre) synes Kulturaktiviteten er verdens beste sted å være. Her sammen med daglig leder Kjartan Mølstrevold og Brit Marie Andreassen Erdogan.



På allmøtene bestemmer brukerne hva som skal satses på og hvordan ting skal gjøres.

Avdelingsleder Kjartan Mønstrevold er brennende opptatt av at brukerne selv skal definere hva som gir dem mestring og glede i hverdagen.

– Alle har ressurser, uansett hvor syke de er. Vår innstilling er at «You can do it, we can help». Det er et sitat av Larry Davidson som sammenfatter essensen i Recovery, sier han.

RELASJONSBLEKKSPRUTEN

Kulturaktiviteten er et aktivitets-

senter innen psykisk helse på Hinna, en bydel sør i Stavanger. Senteret tilbyr et bredt utvalg aktiviteter og arbeidstrening.

Sammen med miljøterapeut Brit Marie Andreassen Erdogan, har Kjartan en velutviklet teft for å finne fram til ressursene og erfaringene til både ansatte og brukere.

– Brit er relasjonsblekkspruten på huset. Hun har en tentakkel med i alt som skjer, ler Kjartan.

Det er bruker Marianne Olsson enig i. Hun er en av de mange

«You can do it, we can help»

Larry Davidson

heldige som nyter godt av Brits omsorgsfulle varme og løsslupne humor. Daglig står de to side om side og lager mat på kjøkkenet. Det er lett å se at de er blitt ekte venninner.

– Dette er verdens beste sted å være, jubler hun.

Da Marianne kom til senteret for et halvt år siden, var hun langt nede. Nå er situasjonen en ganske annen. Skolestart står for trappene, og hun regner med å gå rett ut i jobb etterpå. Hver dag bidrar hun med sitt til Kulturaktiviteten. Da talentspeideren Kjartan fikk snusen i at hun hadde vært aktiv svømmer i fem år, sendte han henne rett på livredningskurs. Det er grunnen til at de nå får ha en ukentlig svømmegruppe med Marianne som vakt.

– Kravet fra svømmehallen er at vi stiller med egen livredder. Men det er ingen krav om at en ansatt skal ha den rollen, poengterer Kjartan.

TILLIT OG EIERSKAP

Kjartan og Brit kan ikke berømme brukerne nok for alt det de gjør på Kulturaktiviteten.

– Brukerne våre legger ned utallige arbeidstimer i året. De har faste timeplaner og klare stillingsinstruksjoner. De jobber i kafeen, leder aktivitetsgrupper og holder åpent alene to helger i måneden. Det er ingen tvil om at de er på jobb.

Ansvarliggjøring fører til vekst. Derfor sender Kjartan brukerne ut på handletur med blan-

ke rekvisisjoner når de trenger nytt utstyr til gruppene. De får låne bilen og har nøkkel til både aktivitetssenteret og pengekasen. På allmøtene er det brukerne som bestemmer hva som skal satses på, og hvordan ting skal gjøres.

– Den beste til å kjøpe ny drill er brukeren med snekkererfaring som skal bygge hyller, konkluderer Kjartan.

BREDT AKTIVITETSTILBUD

Kulturaktiviteten driver med et bredt utvalg av aktiviteter. Daglig er det rundt 25 - 30 stykker som spiser middag på den brukerdrevne kafeen Imente. I tillegg kommer de som bare stikker innom for en kaffe.

Dynamitt filmteam møtes hver uke og har laget mange kortfilmer. Kulturaktiviteten har også en betonggruppe som lager kreative blomsterpotter og statuer, og en reisegruppe. De har i tillegg engelskkurs, lager konfekt, snekrer, har strikkegruppe og mye mer. Ikke minst har de en filmklubb med egen kinosal som har stor skjerm og gode dype stoler. Trening og bevegelse er også representert i tilbudet.

– Det er vitenskapelig bevist at fysisk aktivitet fremmer psykisk helse, så vi har en treningsterapeut her som holder i trådene på treningstilbudet. Vi har en fysisk aktivitet hver dag. Og det er alt fra yoga til styrketrening og spinning, forteller Kjartan.

En gang i året deltar de på Gladmatfestivalen. Her stiller de

med egen stand og selger oste-kaker og pølse fra eget ysteri og pølsemakeri. Festivalen er en av Stavangers største, og trekker 250 000 mennesker.

– Når vi står der, er det ikke noen forskjell på min arbeidsuniform og brukernes uniform. Eller på Brit sine oppgaver eller deres. Vi jobber for å viske ut rollene, forteller Kjartan.

De har også laget sin egen fotballcup: No Way cup

– Ingen trodde vi skulle få det til når vi ville lage fotballcup. Derfor kalte vi den No Way cup. Men det ble en kjempesuksess. Sist var det med 16 lag. Vi har flest lag fra Rogaland. Men vi har hatt med brukerlag fra Bergen, og et kom helt fra Danmark for å spille i turneringen. Nå ligger de i trening rundt omkring i regionen for å spille bra på neste cup. På forrige No Way cup dro Bernt Høie på seg fotballsko og spilte showkampen og holdt åpningstalen. I år stiller Norges idrettsprezident Tom Tvedt på turneringen 10. juni, forteller Kjartan og Brit.

HØY FAGLIG STANDARD

Kjartan reiser gjerne på fagdager og holder innlegg om recovery og hvordan han jobber. Ofte treffer han på ergoterapeut og professor Marit Borg, som han har stor respekt for. Marit har mye å komme med. Hun er en man bør høre etter når snakker, sier Kjartan, som deler Marits syn på recovery.

– Alt vi gjør, har som mål å skape arenaer for likeverd, sier han.

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

A-one-kurs

A-one er et valid og standardisert redskap som kartlegger nevro-adferdsmessige funksjoner som påvirker personers mulighet for aktivitetsutførelse. Det er særlig aktuelt for voksne med skade eller sykdom i sentralnervesystemet.

A-one bidrar til å gjøre ergoterapeuters observasjoner strukturerte og øker ergoterapeutens evne til å gradere og beskrive personens hjelpebehov. Det øker kunnskap omkring hjernens oppbygning og struktur samt øker forståelsen for kognitive dysfunksjoner. De fleste kognitive utfall gjennomgås og beskrives grundig - både utfallet i seg selv og hvordan dette observeres i praksis.

Målgruppen er ergoterapeuter som arbeider i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, herunder i hverdagsrehabilitering, innsatsteam og demensteam. Kurset krever lesing på forhånd og jobbing underveis. Undervisning og litteratur er på engelsk. Kurset avsluttes med en åpen-bok-eksamen, som gir sertifisering til å benytte A-one.

Kursledere: Ergoterapeutene Gudrun Arnadottir, som har utviklet A-one, og Valerie Harris

Faglig arrangør: Ergoterapeutavdelingen ved Akershus Universitetssykehus.

For informasjon: Ergoterapeut Solveig Hermann, solveig.elisabeth.hermann@ahus.no, tlf: 47 90 37 57

Praktisk arrangør: Norsk Ergoterapeutforbund.

Sted: Under avklaring. Det blir i området Oslo/Lillestrøm/Gardermoen.

Tid: 6. juni – 10. juni 2016

Påmelding: Kurskalender på www.ergoterapeutene.org

Målgruppe: Ergoterapeuter

Pris: kr 7 000,- for medlemmer i Ergoterapeutene.

Kr 3500,- for tillitsvalgte.

Kr 14 000,- for ikke-medlemmer i Ergoterapeutene.

Kurset er meritterende som 40 timer ergoterapispesifikt kurs.

Ergoterapi og psykisk helse



RECOVERY: BEGREPER, PERSPEKTIVER OG PRAKSISER

25. og 26. august 2016

Kurset har fokus på recovery (bedringsprosesser), hverdagsliv, mestring og samarbeidende praksiser innen psykisk helsearbeid. Recovery handler om de ulike måtene som personer med psykiske helseutfordringer aktivt arbeider på med å håndtere situasjonen og skape seg et meningsfullt liv i lokalmiljøet. Videre er ulike sosiale og kontekstuelle forhold knyttet til bedringsprosesser sentrale og recovery er like mye en sosial som en personlig prosess. På kurset vil også utvikling av recovery-orienterte tjenester bli belyst og diskutert.

Målgruppen er ergoterapeuter som ønsker å utvide sine perspektiver innen psykisk helse, og henvender seg til ergoterapeuter som arbeider innen psykisk helse/rus/miljøterapi.

Arrangør: Norsk Ergoterapeutforbund

Kurssted: Oslo

Faglig ansvarlig: Marit Borg, ergoterapeut og professor i psykisk helsearbeid, Senter for psykisk helse og rus (SFPR) ved Høgskolen i Buskerud. En erfaringskonsulent vil også forelese på kurset. Kurset er meritterende med 12 timer som ergoterapispesifikt kurs og spesialistspesifikt kurs til ergoterapispesialist i Psykisk helse og Allmennhelse.

Kursledere i hverdagsmestring



KURS FOR ENDRINGSAGENTER I HVERDAGSMESTRING

4. april 2016

Oppfølgingsdag på Skype 18. april

Vil du bidra til hverdagsmestring og økt bærekraft i de kommunale helsetjenestene? Vil du bli en av Ergoterapeutenes endringsagenter i hverdagsmestring?

Helse- og kommune-Norge skriker etter kompetanse knyttet til innføring av hverdagsrehabilitering og tilrettelegging for hverdagsmestring. Ergoterapeutene klarer dessverre ikke å følge opp alle forespørsler. Det er behov for flere endringsagenter som kan ta på seg slike oppgaver.

Med kompetente undervisere og kursledere vil flere få kunnskap om hverdagsrehabilitering, og flere kommuner komme i gang.

Kursleder: Forbundsleder Nils Erik Ness
Tid: 4. april 2016 + oppfølgingsdag på Skype 18. april
Sted: Hell/Stjørdal

Målgruppa for kurset er medlemmer i Ergoterapeutene som har erfaring fra å jobbe med hverdagsrehabilitering i praksis, men det viktigste er et glødende engasjement for faget, god formidlingsevne og evne til å vekke begeistring.

Kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og COPM

14. og 15. april 2016 kl. 09.00 – 16.00
Oppfølgingsdag 27. mai 2016

Norsk Ergoterapeutforbund arrangerer i samarbeid med Ergoterapeututdanningen i Oslo og Akershus kurs i den kanadiske modell CMOP-E og bruk av instrumentet COPM. Formålet med COPM er å avdekke aktivitetsproblemer, få informasjon om betydning av ulike aktiviteter, og få brukerens vurdering av utførelse og tilfredshet med aktivitetsutførelse. Dette kan danne grunnlag for videre rehabilitering eller å evaluere effekt av tiltak. Dette er et klientsentrert standardisert undersøkelsesredskap, der det er utført en rekke studier i forhold til validitet, reliabilitet, sensitivitet og anvendelighet. COPM er særlig aktualisert i forbindelse med hverdagsrehabilitering, der en starter rehabiliteringsforløpet med COPM.

Faglig ansvarlig:

Ergoterapeut/ph.d. Anne Lund, Høgskolen i Oslo og Akershus, Ergoterapeututdanningen

Kurssted:

Høgskolen i Oslo og Akershus

Pris

Kurset er åpnet for ikke-medlemmer og andre faggrupper. Pris for medlemmer kr. 3 000,-, ikke-medlemmer kr. 6 000,- og studentmedlemmer kr. 1 500,-

Kurset er meritterende for spesialistgodkjenning med 37,5 timer som ergoterapispesifikt kurs.



Norsk Ergoterapeutforbunds støtte til forskning og utvikling

Norsk Ergoterapeutforbunds støtte til forskning og utvikling er opprettet for å bidra til ergoterapifaglig forskning og utvikling som utføres av ergoterapeuter.

Støtten kan gis i form av arbeidsstipend, dekning av prosjektkostnader eller reisestipend. Forbundsstyret vedtar de årlige prioriteringene for tildeling av midler. For 2016 prioriteres forsknings- og fagutviklingsprosjekter som gir økt kunnskap om hverdagsmestring, arbeidsliv, psykisk helse og rus.

Søknadsfrist: 1. september 2016

Les mer på www.ergoterapeutene.org

UiT
NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Master i helsefag

Flerfaglig studieretning

120 studiepoeng

Ønsker du å gå dypere inn i erfaringer fra eget praksisfelt? Masterstudiets flerfaglige studieretning henvender seg til ergoterapeuter, fysioterapeuter, sykepleiere, radiografer, vernepleiere og tannpleiere som ønsker å fordype seg i eget fag, forstå dilemmaer i helsevesenet og få kompetanse i systematisk arbeid i eget fagfelt.

Søknadsfrist: 15. april 2016

Oppstart: August 2016

Nærmere opplysninger om opptakskrav, oppbygging og innhold finner du på <https://uit.no/utdanning> eller ved å henvende deg til Institutt for helse- og omsorgsfag - tlf. 77 64 52 66 eller til Infotorget ved Det helsevitenskapelige fakultet - tlf. 77 64 46 10.

Din søknad registrerer du her: <http://uit.no/sokweb>. Søknadskoden er 3012.

Oppstart av studieretningen forutsetter tilstrekkelig antall studenter.

UiT Norges arktiske universitet
9037 TROMSØ



Interdisiplinær helseforskning (master - 2 eller 3 år)

Har du interesse for tverrfaglig helseforskning og fagutvikling? Studiet gir ergoterapeuter solid kompetanse gjennom forskningsbasert undervisning og eget forskningsarbeid i et sterkt tverrfaglig helseforskningsmiljø.

Masterstudiet het tidligere helsefagvitenskap. Studiet fikk NOKUTs utdanningskvalitetspris i 2011.

Søk innen 15. april (1. mars for tidlig svar)
www.uio.no/helseforskning-master



UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet

STRESSMESTRING lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til **Stressmestringskurset Arbeid og avspenning** 14.-16. april 2016 på Halvorsbøle.

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder. Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om. Kurset er godkjent av **Norsk Ergoterapeutforbund** med 16 timer som spesialistspesifikt kurs meritterende til ergoterapispesialist innen Arbeidshelse, Allmennhelse og Psykisk helse.

Pris; kr 4.950,- inkl overnatting på enkeltrom, fullpensjon og kursavgift.

**For mer info: www.fagakademiet.no eller www.acem.no
Ring 41 78 64 00 eller 23 11 87 00 for info/påmelding**



LHL-klinikkene
Glittre

Ergoterapi for personer med lungesykdom 7.- 8.april 2016

Personer med KOLS eller annen lungesykdom er en voksende brukergruppe. Vi ønsker velkommen til kurs på LHL-klinikkene Glittre 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.lhl.no/klinikkene/kurs-og-konferanser

Påmeldingsfrist: 18. mars 2015.

Vurderer du en master?

Studentopptak høst 2016



Fakultet for helse-
og sosialvitenskap

Master i aktivitet og bevegelse

Er du interessert i å lære mer om hverdagsaktivitet, arbeid- og helse, fysisk aktivitet og bevegelse i et helsefremmende perspektiv? Da er Master i aktivitet og bevegelse et tidsaktuelt studium for deg. Master i aktivitet og bevegelse (120 sp) er et studium med tverrfaglig profil. Studiet gir mulighet for faglig fordypning for egen yrkesutøvelse og kvalifiserer til videre forskning og utdanning på PhD nivå.

Målgruppe: Ergoterapeuter og fysioterapeuter, samt søkere fra andre helsefaglige og relaterte fagområder.

Opptakskrav: Bachelor i ergoterapi, fysioterapi, sykepleie, vernepleie, idrettsvitenskap, psykologi eller bevegelsesvitenskap. Søkere med annen utdanningsbakgrunn vurderes særskilt. Minstekrav for opptak er gjennomsnittskarakteren C eller 2,5.

Organisering: Studiet er et samlingsbasert 2 års heltidsstudium. Etter opptak kan det søkes om individuell utdanningsplan slik at studiet kan tas over lengre tid.

Studiestart: 31. august 2016 – **Søknadsfrist:** 15. april 2016

Mer informasjon finner du på siden: <http://www.ntnu.no/studier/hsmab>

Faglig ansvarlig: ann-katrin.stensdotter@ntnu. Fagadministrativ ansvarlig: jan.h.storksen@ntnu.no

Masteremnene

Aktivitetsvitenskap (høst 2016), Bevegelsesvitenskap (høst 2016) Skriving av vitenskapelig artikkel (høst 2016) Arbeid- og helse (vår 2017) og Fysisk aktivitet (vår 2017) tilbys også som videreutdanninger.

<https://www.ntnu.no/videre/videreutdanning-fra-bachelor-helse-og-omsorg>



MS-konferansene 2016

Tema: MESTRING AV USYNLIGE SYMPTOMER

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

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

Konferansesteder:

Onsdag 20. april Quality Hotel Grand, Kristiansund
Fredag 22. april Scandic Sunnfjord Hotel & Spa, Førde
Onsdag 8. juni Quality Hotel & Resort, Sarpsborg
Tirsdag 6. september Quality Hotel Grand Farris, Larvik
Onsdag 7. september Hotell Scandic, Hamar

Tirsdag 20. september First Hotel Ambassadeur, Drammen
Onsdag 12. oktober Hotell Scandic Lerkendal, Trondheim
Mandag 17. oktober Quality Hotel & Resort, Kristiansand
Torsdag 27. oktober Hotell Scandic Havet, Bodø

For påmelding og ytterligere informasjon:

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

Ergoterapeuter bringer noe helt nytt til førerkortvurderingen

PRAKTISK KJØREVURDERING, P-DRIVE

3. – 5. OKTOBER 2016

Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund
Fagligansvarlig: Helena Selander, fil.dr. og leg. arbetsterapeut ved Mobilitetscenter, og Ann-Heleen Patomella, ph.d. ved Sektionen för Arbetsterapi, Karolinska Institutet, som har henholdsvis forsket på og utviklet instrumentet.
Kurssted: Oslo Kongressenter

P-Drive er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse.

Kurset sertifiserer ergoterapeuter til å benytte P-drive ved førerkortvurderinger og er meritterende med 22 timer ergoterapispesifikt kurs.



1.BEHANDLING/TRENING

0330

HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING

CYPROMED AS

Vikaveien 17, 2312 Ottestad

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

wes@cypromed.no

www.cypromed.no

Elektriske varmemhjelpemidler 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 varmemhjelpemidler til barn og voksne

0333

ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKK-FOREBYGGENDE HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@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 risikogrupper og behandling i alle stadier av trykksår.

Den mest optimale løsningen på markedet i dag. Eneste nulltrykkssystem 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/trykkavlastningsprodukter

0348

BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0606/0612/0618

ORTOSER

OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo

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

info@ottobock.se www.ottobock.no

Ortoser blir bra!

0630

PROTESER

NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad

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

nto@ortonor.no www.ortonor.no

Spesialist i armproteser.

3. PERSONLIG STELL OG KLÆR

0903 KLÆR OG SKO

ØYTEX AS

6917 Batalden

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

post@oytex.no www.oytex.no

Uteklær for rullestolbrukere

ØVREBØ REHABILITERING AS

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

Bruervn. 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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0912 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED

TOALETTBESØK

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

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

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

post@astec.no www.astec.no

Servantheis, badebord

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

– PRODUKTREGISTER –

ERGOGRIIP

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

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
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
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
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

ASTEC 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

BARDUM AS

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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

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

BARDUM AS

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

FOLLO FUTURA AS,

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

Gåbord

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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.

BARDUM AS

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

1221

RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS

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

Rullestoler - man. og el.

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
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,
www.permobil.com

PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo
post@picomedmobility.no
www.picomedmobility.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

– PRODUKTREGISTER –

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

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@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

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 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

1227

ØVRIGE KJØRETØYER

HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41

post@handinor.no 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 www.medema.no

1227 A

ØVRIGE KJØRETØYER. SKILATOR/

RULLATOR M/SKI

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

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

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

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Gripo støttestang

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Overflyttingshjelpemidler, Dreilett ,

Jøhl Stolløfter

1233 VENDEHJELPEMIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no 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 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

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

1503 HJELPEMIDLER TIL MATLAGINGEN

MEDINOR CARE

Divisjon i Medinor ASA

Postboks 94 Bryn, 0611 Oslo

Tlf.: 22 07 65 00, fax: 22 07 65 05

medinor@medinor.no www.medinor.no

Brannforebyggende prod. for eldre/funksj.h.

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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 www.adl.no

REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu

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

post@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79

firmapost@hepro.no www.hepro.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

1803

BORD

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79

firmapost@hepro.no www.hepro.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

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@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

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

– PRODUKTREGISTER –

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
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
post@bardum.no
www.bardum.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
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

Bruern. 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

1818

STØTTEANORDNINGER

ADL PRODUKTER AS

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

1821

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

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 Sundebu
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEI- SER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

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

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
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
RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@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

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

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
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

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
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
MYLIFEPRODUCTS AS
Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo
Tlf: 92631425
post@mylifeproducts.no
www.mylifeproducts.no
VESTFOLD AUDIO AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2127

IKKE-OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

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 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2139

LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

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

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2142

SAMTALEHJELPEMIDLER VED

NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

BARDUM AS

Tlf: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo

Tlf: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30

info@cognita.no www.cognita.no

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

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2144

GYNGETERAPI

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

Tlf: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51

teis@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

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

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2147

SOVEHJELPEMIDLER

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

Tlf: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51

teis@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

2148

VARSLINGSHJELPEMIDLER

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

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

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 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Varsling

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2151

ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

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 Sundebru

Tlf: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51

teis@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.accessgruppen.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

– PRODUKTREGISTER –

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51
teis@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

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

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70
info@abilia.no www.abilia.no

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no

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

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

BARDUM AS

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

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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

3009

MOSJONS- OG IDRETTSTUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
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
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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
BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no
Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel, Krabatskjerf, sikleskjerf

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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
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

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
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
Se: 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.
VESTFOLD AUDIO AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

– PRODUKTREGISTER –

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@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/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 www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

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 www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.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 www.medema.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Pb. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@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/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 www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og

store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

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/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

Tlf.: 92 01 80 07, fax: 37 11 99 51

teis@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

ØVREBØ REHABILITERING AS

Pb. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@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/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 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 www.medema.no

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no 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 SENGELØFTER

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

FIBERDYNEN

Picomed AS tlf. 92018007

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 SENGEBUNNER

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

NEATECH RULLESTOLER

Picomed Mobility AS tlf. 90615377

NILBILD AB

Gewa tlf: 66 99 60 00

NORDIC AID

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NORINA PRODUKTER

HML Hjelpemiddelleverandøren 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

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

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

Bidet 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

Bidet 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

WELLNESS NORDIC GYNGESTOLEN

Picomed AS tlf: 92018007

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 50

BESTILLING AV KURS- OG STILLINGS- ANNONSER

For bestilling og nærmere
opplysninger:

Erik Sigurdsson

Mobil: 90 03 09 43,

e-post: erik@addmedia.no

Priser:

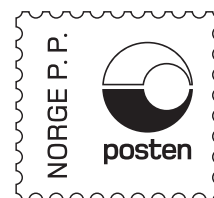
1/8 side kr 4 500, - 25%

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,-



Returadresse:
Norsk Ergoterapeutforbund
Stortingsgt. 2
0158 Oslo



Skaper mestringsfølelse



Meywalk 4



Gir barn og voksne større selvstendighet

Meywalk 4

Gåstol med fjæring som hjelper å utvikle og støtte gangmønsteret. Dynamisk sete følger hoftenes bevegelser, og den unike heve- og senkefunksjonen av setet forenkler innstigningen.

Mollii

Elektrodress som bruker kroppens ressurser til å redusere spastisitet og muskelspenninger. Denne unike dressen hjelper med avslapning, økt funksjon og aktivitet - ved bruk én time 2 til 3 ganger i uken.

+ Enkel i bruk

+ Økt bevegelse

+ Høy kvalitet



Mollii Elektrodress

Produktene kan brukes sammen, og tilbys i størrelser for barn og voksne.

Ta kontakt for mer info:

www.bardum.no • post@bardum.no • tlf. 64 91 80 60

Bardum
- din hjelpemiddelleverandør