

ergoterapeuten

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund

www.ergoterapeuten.no

Nr. 04 • 2013/56

– Dette er veien å gå

Liv Signe Navarsete lærer mer om hverdagsrehabilitering i bydel St. Hanshaugen.



Andre reportasjer:

Politisk møteplass

Innovasjon i kommunesektoren

Hva mener partiene?

Fag:

Forventning om mestring



Synlige i politikken

Vi nærmer oss Stortingsvalget og valgskuruset er i gang. Det setter dagsorden også for Ergoterapeutene. Vi skal leve med valgresultatet i fire år fremover. Derfor er, ikke overraskende, en stor del av stoffet denne gangen viet politikk.

For over et år siden spådde den danske forbundslederen Gunner Gamborg, i et intervju i Ergoterapeuten, at vi ville oppleve en stor politisk interesse for å styrke brukernes aktive og deltakende hverdagsliv. «Tro på at kunnskapen deres vil bli etterspurt. Vi har et produkt som folk nå er meget interesserte i», sa Gamborg. Han har på mange måter fått rett. Rett før sommeren ble vi blant annet oppringt av Liv Signe Navarsete, som ønsket å lære mer om hverdagsrehabilitering. Derfor inviterte vi henne til et møte med en fornøyd bruker og de flinke ergoterapeutene i bydel St. Hanshaugen i Oslo. En reportasje fra dette møtet åpner bladet denne gangen.

Ergoterapeuten har også besøkt Arendalsuka, det norske svaret på den svenske Almdalsveckan. Dette er en møteplass mellom næringsliv, organisasjoner og politikere, som er åpent for alle. Unio hadde en egen stand i «den politiske gaten» hvor de forskjellige medlemsforbundene fikk tildelt noen timer hver, slik at de kunne markere egne saker og interesser. Fredag mellom ett og tre var det Ergoterapeutenes tur. «Det er viktig at Ergoterapeutene er til stede under Arendalsuka, slik at våre tjenester blir synlige i det politiske bildet», sier forbundsleder Mette Kolsrud.

Og sist, men ikke mindre viktig – har Ergoterapeuten stilt de forskjellige partiene tre spørsmål som er relevante for vår yrkesgruppe. Alle partiene takket ja til forespørselen, og svarene er gjengitt i sin helhet her i bladet.

Politikk kalles for det muligens kunst. Hva som skal bli mulig de neste fire årene, avgjøres i september - av deg og meg.

Else Merete Thyness

redaktør

REPORTASJER

- 4 – DETTE ER VEIEN Å GÅ
Av Else Merete Thyness
- 7 POLITISK MØTEPÅSS
Av Else Merete Thyness
- 8 INNOVASJON I KOMMUNSEKTOREN
Av Else Merete Thyness
- 12 HVA MENER PARTIENE?
Av Else Merete Thyness
- 16 ENQUÊTE: FAGKONGRESSEN I ERGOTERAPI
Av Madeleine Sæthereng Strøm

NY ARENA

- 17 ERGOTERAPEUT I VEGVESENET
Av Else Merete Thyness

FORBUNDET

- 18 ETIKK OG VELFERDSTEKNOLOGI
Av Anne Lund, Annette Eidesen, Kjersti Helene Haarr, Kirsti Hellesøy, Inger Birgitte Dæhli og Elisabeth Strand
- 20 NEDBEMANNET - HVA ER DINE RETTIGHETER?
Av Terje Gerhard Andersen
- 22 HVA SLAGS FORSIKRING TRENGER DU?
Av Roar Hagen
- 24 ERGOTERAPEUTENE 2020 – FREMTIDENS FAGORGANISASJON
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 26 REKRUTTERTE MEDLEMMER OG VANT
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 27 KANDIDATER TIL TILLITSVALGTPRISEN 2013
Av Karl-Erik Tande Bjerkaas
- 29 INNSPEL: MEIR ENN FESTTALAR, TAKK
Av Anders Folkestad

FAG

- 30 FORVENTNING OM MESTRING
Av Marita Mostad, Mariken Røsnes Skjelbred, Velsemy Bråten og Tore Bonsaksen

SMÅSTOFF

- 36 ALPAKKA I DYREASSISTERT INTERVENSJON
Av Birgit Støverud Johnsrud
- 38 SAKSET FRA MEDIA

VITENSKAP

- 42 «PÅ VENT, MEN FORTSATT HÅP»
Av Monica Risvik Buseth
- 51 FORSKER I FARTEN: TINA TAULE
Av Else Merete Thyness

Fotograf forsidebildet: Kjetil Hegge

Adresse: Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Faks: 22 05 99 01

Redaktør: Else Merete Thyness

Layout: Else Merete Thyness

Mobil: 95 73 93 13

E-post: emt@ergoterapeutene.org

Annonser:

Erik Sigurdsson

Mobil: 90 03 09 43

E-post: erik@addmedia.no

Privatpraktiserende ergoterapeuter kan annonsere for sin virksomhet til 30 % avslag hvis de tar direkte kontakt med redaksjonen.

Annonsefrister: Utgivelse:

Nr. 05 1. okt 31. okt


Nr. 06 2. des 20. des

Trykkeri: 07 Gruppen AS
Trykt på miljøvennlig papir

Redaksjonskomité:

- Unni Sveen Mobil 91 88 47 68
- Cathrine Hagby Tlf. arb. 67 50 60 75
- Tore Bonsaksen Tlf. arb. 22 45 25 47
- Anne-Stine Dolva Mobil 40 40 87 78
- Alf Inge Solbakken Mobil 46 42 82 16
- Marena Brännare Varamedlem
- Sissel Horghagen I permisjon

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



Et valg

Stortingsvalget står foran oss. Folket skal velge sitt lovgi-
Svende og premissgivende storting og den regjeringen
som skal gjennomføre politikken. Politikken som velges,
påvirker vår hverdag på mange områder. Forbundet har i
forkant av dette stortingsvalget arbeidet for at hverdagsre-
habilitering skal være et aktuelt tema i den neste stortings-
perioden. Nå har alle partiene som i dag er på Stortinget
hverdagsrehabilitering i sitt politiske program for perio-
den. Hverdagsrehabilitering møter utfordringene i helse-
og velferdstjenestene. Den bygger på et tankesett hvor
mestring av hverdagen er kjernen. Mennesker med aktivi-
tetsbegrensninger skal få tidlig hjelp til å mestre hverdags-
aktivitetene, få mer kontroll over eget liv og bli mindre
hjelpeavhengige. Dette er også grunnelementer i all ergo-
terapi og målet for all rehabilitering. Når politikere nå har
grepet fatt i hverdagsrehabiliteringen og ser nytten av
rehabiliteringstenkning på dette feltet, vil også ergoterapi
og rehabiliteringsgevinsten på andre aktuelle områder i
helsepolitikken bli mer tydelige. Ergoterapeutenes oppgave
i neste periode er å følge opp det politikerne lover og å
være vaktbikkjer. Vi skal minne politikere om hva de har
skrevet i sine egne program, og vi skal fortsette å synliggjøre
at hjelp til hverdagsmestring gir et liv på egne premisser
for mange ulike brukergrupper. Det er til glede og nytte
for den enkelte og besparelser for samfunnet.

Valget handler om mange ulike politikkområder, men
helsepolitikken og arbeidslivspolitikken er viktige for ergo-
terapeuter som yrkesutøvere, arbeidstakere og brukere av
helsetjenester. Derfor er de også viktige for forbundet.
Helsepolitikken har mange utfordringer. Ergoterapeut-
forbundet er bekymret for en utvikling der deler av spesia-
listhelsetjenesten som vi mener må være spesialisert, blir
overlatt til kommunehelsetjenesten. Kommunene vil aldri
ha mulighet til å ha spesialisert kunnskap og erfaring på
alle nødvendige områder. Verdifull spesialisert kompetan-

se kan gå tapt for mange brukergrupper, og ulikhetene
etter hvor man bor, blir større. Framfor alt har de aller
fleste kommunene i dag for liten kapasitet til å gjennomføre
gode habiliterings- og rehabiliteringsopplegg med tren-
ing i hjemmesituasjonen. Ergoterapeuten har spurt de
ulike partiene om hvordan de vil styrke rehabiliteringsfel-
tet og ergoterapi. Svarene presenteres i dette nummeret.

I helsepolitikken er debatten om hvem som skal drive
helsetjenester viktig. Kommersielle aktører er interesserte i
å yte helsetjenester for å tjene penger. Siden utgiftene til
drift av helsetjenester i hovedsak er lønn til helsearbeidere,
er det der muligheten til fortjeneste også ligger. De kom-
mersielle aktørene, som i hovedsak er store internasjonale
firmaer, har som regel dårligere arbeidsbetingelser for sine
ansatte. De sparer mest på å gi de ansatte dårligere pen-
sjonsordninger enn i det offentlige, men de kan også spare
ved å ha færre ansatte eller dårligere avtaler. Å arbeide i en
virksomhet som med jevne mellomrom skal ut på anbud
eller blir kjøpt opp av andre arbeidsgivere med nye avtaler
og rutiner, skaper usikkerhet og uforutsigbarhet for
arbeidstakere. Hverken fra et faglig eller et fagforenings-
perspektiv er dette ønskelig.

Hvilken regjering vi får, har innvirkning på lover og ret-
ningslinjer knyttet til arbeidsmiljø og rammebetingelser i
arbeidslivet. Et viktig tema er for eksempel arbeidstid og
krav til fleksibilitet. Sist vi skiftet regjering, stoppet de rød-
grønne en foreslått lovendring i arbeidsmiljøloven som
fagforeningene hadde vært mot. Endringer kan fort skje
igjen. De ulike regjeringsalternativene har ulike sympatier
i et arbeidstaker- og arbeidsgiverperspektiv.

Ta med disse aspektene når du vurderer din stemme
ved valget. Men, uansett hva som er viktigst for ditt valg –
vær med og bestem, og bruk din stemmeseddel. Godt valg!

Mette Kolsrud

forbundsleder

Norsk Ergoterapeutforbund
Tlf. 22 05 99 00, faks 22 05 99 01
E-post: post@ergoterapeutene.org
Nettsider: www.ergoterapeutene.org
Generalsekretær/fagsjef: Toril Laberg
Forhandlingssjef: Brit-Toril Lundt
Advokat: Berit Førli
Organisasjonssjef: Karl-Erik Tande Bjerkaas
Spesialrådgiver: Anita Engeset
Sekretær: Mette Henriksen
Controller: Mette Jacobsen
Controller: Tove Olsen

Sentralstyremedlemmer:
Mette Kolsrud, forbundsleder
Nils Erik Ness, 1. nestleder
Synnøve O. Melseth, 2. nestleder
Solrun Hauglum
Bjørnar Rovde
Reidun Holm
Ragna Gjone
Benedicte Borge Bakstad
Hege Tollås
Tove Settem
Stine Marie Nord Slyngstad, 1. varamedlem
Hanne Berntsen, 2. varamedlem
Camilla Syvertsen, 3. varamedlem

Politisk interesse for hverdagsrehabilitering

– Dette er veien å gå



Liv Signe Navarsete fikk høre historien om Anne Helene Gundersens hverdagsrehabilitering.

Foto: Kjetil Hegge

– Jeg ønsker at alle bydeler og alle kommuner i landet skal kunne tilby hverdagsrehabilitering til dem som har nytte av det, sier kommunal- og regionalminister Liv Signe Navarsete. Hun er på besøk hos Anne Helene Gundersen for å lære mer om Bydel St. Hanshaugens arbeidsform hverdagsrehabilitering.

AV ELSE MERETE THYNESS

Vi er mange som sitter i den lille, men koselige stuen til Anne Helene Gundersen. Hun har åpnet hjemmet sitt for en minister, en rådgiver fra departementet, to ergoterapeuter, en forbundsleder, et filmteam fra NRK Østlandssendingen og Ergoterapeutens redaktør med fotograf. Der det er hjerterom, er det husrom.

– Tusen takk for at vi fikk komme. Det er i møte med de virkelige menneskene i og bak prosjekter som dette, at jeg virkelig lærer noe, sier den blide ministeren.

Så lener hun seg fram for å lytte til historien om Anne Helene Gundersen og hverdagsrehabilitering.

Helt vanlige aktiviteter

Først forteller Gundersen at da hun fikk slag i lillehjernen, måtte hun gjennom både sykehusopphold og omsorgsbolig. Det passet den før så aktive damen dårlig. Så fort trygghetsalarmen var på plass, ba hun om å få reise hjem igjen. Det fikk hun lov til. Dagen etter stilte hverdagsrehabiliteringsteamet opp.

– Vi møtte en bruker som var svimmel, slet med kvalme, hadde problemer med balansen og var satt veldig tilbake i funksjon, forteller ergoterapeut Brita C. Aaslie-Fjell.

Med utgangspunkt i Anne Helene Gundersens ønsker satte de opp fem mål. Et av dem var å gå med rullator til kantinen på Lovisenberg sykehus. Her har hun daglig spist lunsj med en venninnegjeng i mange år. Et annet mål var å komme seg til butikken for å handle.

– Det er helt utrolig, sier Gundersen. Jeg merker nesten ikke at jeg trener, en gang. Vi tar utgangspunkt i helt vanlige aktiviteter, og så har jeg lært meg hvordan jeg skal spare på kreftene. Noen ganger tenker jeg at det nesten er for ille at en terapeut skal ta seg tid til dette, men jeg merker jo hvor godt det hjelper, sier hun.



Ergoterapeutene Brita C. Aaslie-Fjell og Kristin Skrede fra bydel St. Hanshaugen forteller ministeren og hennes rådgiver om hverdagsrehabilitering.
Foto: Kjetil Hegge

– Det er nettopp dette som er det geniale med hverdagsrehabilitering, skyter Liv Signe Navarsete inn.

– Fokuset er ikke på selve treningen, men på å mestre helt dagligdagse aktiviteter. Dette er kanskje kjernen i hverdagsrehabilitering. Det handler om å gi brukeren tilbake kontrollen over eget liv.

Anne Helene Gundersen kunne ikke vært mer enig.

– Det er nok av folk som kan hjelpe meg, men det føles mye, mye bedre å gjøre det selv.

Bydel St. Hanshaugen

Bydel St. Hanshaugen startet prosjektet Hverdagsrehabilitering i 2012. Det viste seg raskt å være meget vellykket, så kun ett år senere er de over i vanlig drift.

– Vi har et hverdagsrehabiliteringsteam som består av ergoterapeuter, fysioterapeut og hjemmetrenere. Når vi får henvisninger, besøker vi brukerne og kartlegger om de er aktuelle for hverdagsrehabilitering. Deretter hjel-

per vi dem å sette sine egne mål ved å stille spørsmål som: «hva er viktig for deg i livet ditt nå?» eller «hvilke hverdagsaktiviteter vil du helst klare?» forteller ergoterapeut Kristin Skrede.

Forbundsleder Mette Kolsrud nikker ivrig.

– Det er flott at St. Hanshaugen bydel satte i gang dette prosjektet og har fått så gode resultater. Brukerne får sjansen til å sette seg realistiske mål, og unngår å bli hjelpeavhengige når det ikke er nødvendig. Hverdagsrehabilitering setter mennesker i stand til å styre sitt eget liv.

Navarsete supplerer henne.

– Jeg har et godt eksempel på dette selv.

Hun forteller at for to år siden besøkte hun Fredericia kommune. Her møtte hun blant annet en bruker som var helt lammet. Etter en tøff runde med rehabilitering kom han hjem. Her fikk han hverdagsrehabilitering

– Han satte seg ett mål: å kunne kjøre bilen til kroen og møte kompisene sine. Det målet klarte han. Han



Det var mange mennesker på besøk hos Anne Helene Gundersen. Fra venstre Brita C. Aaslie-Fjell, Kristin Skrede, Liv Signe Navarsete, Anne Helene Gundersen og Mette Kolsrud.

Foto: Kjetil Hegge

ble sjef i eget liv, og jo lenger mennesker kan være sjef i eget liv, desto bedre er det, sier ministeren.

Hverdagsrehabilitering til hele landet

Nå ønsker Navarsete seg hverdagsrehabilitering til alle landets kommuner.

– Jeg er helt overbevist om at dette er veien å gå. Det er flere enn Anne Helene Gundersen som skal få god hjelp til å mestre sitt eget liv.

Hun mener at ergoterapeuter over det ganske land allerede bidrar positivt til folks hverdagsliv.

– Ved å være en aktiv og positiv faggruppe som villig sprer kunnskap om sin profesjon og deler erfaringer, styrkes dette arbeidet.

Hun berømmer også forbundet for å ha vært aktive i forbindelse med omsorgsmeldingen og folkehelsemeldingen som kom før sommeren.

– Det skaper oppmerksomhet på politisk nivå at en faggruppe beskriver viktigheten av hverdagsrehabilitering ifra sitt ståsted, sier Navarsete.

Mette Kolsrud er selvfølgelig nysgjerrig på hvordan dette skal finansieres. Hun får raskt svar.



NRK Østlandssendingen var også til stede, og viste sin reportasje på TV samme ettermiddag.

Foto: Kjetil Hegge

– Senterpartiet vil fullfinansiere alle kommuners nye oppgaver knyttet til samhandlingsformen. Vi har gjennom åtte år i regjering styrket kommuneøkonomien betydelig, og det har vi tenkt å fortsette med.

Hun ønsker også å styrke ergoterapiressursene i kommunene.

– Den nylig vedtatte omsorgsmeldingen legger stor vekt på hverdagsre-

habilitering som supplement til den spesialiserte rehabiliteringen. Skal kommunehelsetjenesten kunne imøtekomme målsettingene i både samhandlingsreformen og omsorgsmeldingen, må det flere fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre yrkesgrupper som arbeider med rehabilitering inn i kommunehelsetjenesten. Vi går til valg på hverdagsrehabilitering, lover hun. □

Arendalsuka

Politisk møteplass

– Det er viktig at Ergoterapeutene er til stede under Arendalsuka, slik at våre tjenester blir synlige i det politiske bildet, sa forbundsleder Mette Kolsrud.

AV ELSE MERETE THYNESS

Arendalsuka, som fant sted mellom 8. og 13. august, skal bidra til at organisasjoner og enkeltpersoner kommer i direkte kontakt med sentrale nasjonale aktører innenfor politikk og organisasjons- og næringsliv. Arendalsuka er allerede i sitt andre år blitt en viktig arena for politisk debatt og dialog. Den markerte også oppstarten av valgkampen for 2013.

Egen stand

For anledningen var det laget en politisk gate i Arendal sentrum. Her hadde Unio en egen stand hvor medlemsforbundene fikk tildelt noen timer hver, slik at de kunne markere sine saker og interesser. Fredag var det Ergoterapeutenes tur. Forbundet og fylkesavdelingen i Aust-Agder samarbeidet om arrangementet som hadde hovedoverskriften hverdagsmestring.

– Vi lånte briller fra hjelpemiddel-sentralen som ga forskjellige typer synsutfall som tåkesyn, tunnelsyn og nærsynthet, fortalte Lise Tranung. Hun jobber til daglig som ergoterapeut i Birkenes og Grimstad kommune.

Med brillene på nesen kunne de besøkende prøve å steke vafler og skjenke vann.

– Hensikten var både å vise hvor vanskelig det kan være å utføre dagligdagse aktiviteter med synsvansker, og å fortelle om hva ergoterapeuter kan bidra med slik at folk kan fungere bedre i hverdagen, sa Tranung.

Ergoterapeutene hadde en jevn strøm av besøkende på standen.

– Det var kjempegøy å treffe folk på denne måten og prate om faget. Vi fikk besøk av interesserte mennesker i alle aldre.

Tett program

Arendalsuka har som målsetting å sti-



Mette Kolsrud, Karl-Erik Tande Bjerkaas og Lise Tranung var blant dem som befolket Ergoterapeutenes stand i Arendal. På standen fikk de besøkende prøve briller som ga ulike typer synsutfall.

Foto: Helle Ruhaven

mulere til aktiv deltakelse i samfunnet, og å bidra til å øke interessen for politikk, verdiskapning, fordeling og likestilling. Det tettepakkeprogrammet gir politikere og andre besøkende anledning til å bryne seg på hverandre over en hel uke. Forbundsleder Mette Kolsrud mente at det er viktig at Ergoterapeutene er til stede på denne type samlinger.

– Det gjør oss synlige i det politiske bildet, sa hun.

Men hun presiserte at det er vel så viktig å benytte anledningen til å gå på politikernes stand og snakke med dem.

– Det gir oss et innblikk i hvordan de formulerer seg om de sakene som har betydning for oss.

Lederen på plass

Også Unio-lederen Anders Folkestad var på plass under Arendalsuka.

– Unio skal sette sitt preg på

Arendalsuka. Sammen med medlemsforbunda skal vi utfordre politikere, stille krav og foreslå løsninger, sa Folkestad. □



Unio-lederen Anders Folkestad var på plass i Arendal.

Glimt fra Arendalskonferansen i juni

Innovasjon i kommunesektoren

Fem hundre deltakere fra landets kommuner samlet seg til konferansen i Arendal i juni. Ergoterapeutene arrangerte et eget delseminar. – Vi ønsket å fokusere på hverdagsrehabilitering som et eksempel på kommunal innovasjon, sa Ergoterapeutenes nestleder Nils Erik Ness.

AV ELSE MERETE THYNESS

Arendalskonferansen er inne i sitt trettende år. Den har utviklet seg til å bli en viktig nasjonal arena for innovasjon og nytenkning innen kommune-Norge.

– Vi må slutte å tenke sektorvis når vi tenker innovasjon. De beste løsningene finnes ofte mellom fagene og mellom sektorene, sa utviklingsdirektør i Kommunesektorens organisasjon KS, Trude Andresen. Hun var en av konferansierene på årets konferanse.

I år som tidligere var det en god blanding av norske og internasjonale foredragsholdere på menyen. Denne fordelingen var Andresen godt fornøyd med.

– Vi har mye å lære av verden rundt oss. Her får vi sett oss selv i per-

spektiv, og det er nyttig, sa utviklingsdirektøren.

Fire store overganger

Første mann ut var helseminister Jonas Gahr Støre. Han snakket under overskriften «Norge i endring – et bærekraftig samfunn».

– For å se framover, må vi se bakover. Vårt folkehelsearbeid begynte på 1500 - 1600-tallet. Dette var en tid hvor de første tankene om at det var mulig å bekjempe pesten, meldte seg. Etter dette bygget vi sakte ut våre helsetjenester, blant annet gjennom Sunnhetsloven 1860, som tydelig legger ansvaret for innbyggernes helse til kommunene, sa Støre.

Han la deretter fram funn fra en

stor internasjonal undersøkelse, «The global burden of disease», som har tatt for seg verdens helse i 1990 og 2010.

– Analysen herfra peker på at vi lever i en tid med fire store overganger knyttet til helse: Vi blir stadig eldre, vi rammes oftere av ikke-smittsomme sykdommer enn av smittsomme, den største risikofaktoren er ikke lenger fattigdom, men livsstil, og flere av våre siste leveår vil bli preget av nedsatt yteevne og uførhet.

Støre presenterte to refleksjoner rundt dette. Den første var at samfunnet må mobilisere for folkehelse.

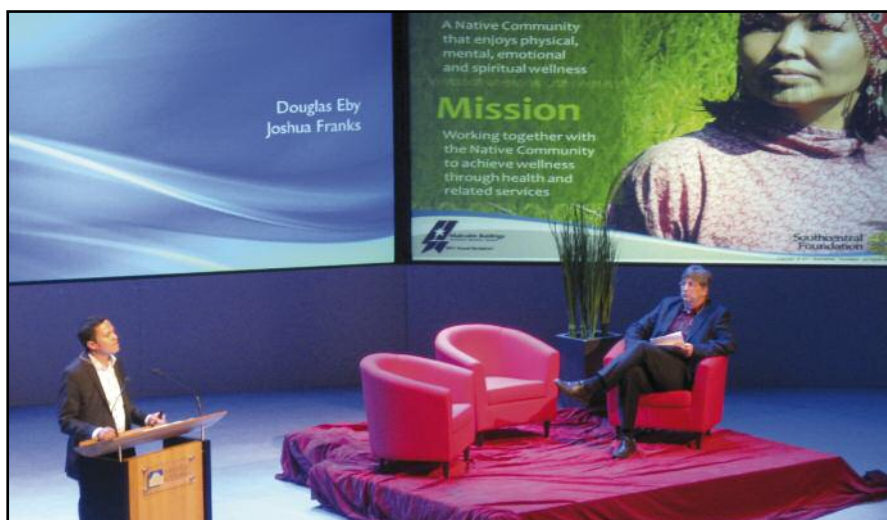
– Helsevesenet må bringes nærmere der folk lever livene sine. Derfor har kommunene nå fått ansvaret for folkehelseområdet.



Trude Andresen og Anders Vege ledet konferansen.



Helseminister Jonas Gahr Støre snakket om «Norge i endring – et bærekraftig samfunn».



Joshua Franks og Douglas Eby fra South Central Foundation i Alaska fortalte om den spennende retningen de har valgt for en annerledes helsetjeneste.



Underholdning ved representanter for Alaskas urbefolkning på en av South Central Foundations mange samlinger.
Foto: Northern Exposures Photography.

Den andre refleksjonen handlet om hvordan samfunnet skal møte de mange eldre som vil prege morgendagens omsorg. Her brukte han både velferdsteknologi og hverdagsrehabilitering som eksempler på tiltak som vil hjelpe folk å leve aktive liv lengst mulig.

– Morgendagens omsorgstjeneste må handle om å legge til rette for at folk kan bo hjemme og mestre sin egen hverdag. Vi vil derfor stimulere kommunene til å satse på hverdagsrehabilitering og rehabilitering.

Brukerstyrt helsetjeneste

En presentasjon som gjorde inntrykk på mange, handlet om hvordan urbefolkningen i Alaska nå eier og styrer sin egen helsetjeneste. Douglas Eby og Joshua Franks fra South Central Foundation (SCF) fortalte om den spennende retningen de har valgt for en annerledes helsetjeneste.

Joshua Franks, som selv er indianer, ble tilknyttet organisasjonen allerede som femtenåring gjennom SCFs raseprogram.

– Her er målsettingen å engasjere og utdanne ungdom slik at de kan få en bærekraftig fremtid. I dag jobber jeg selv i organisasjonen som spesialassistent, fortalte han.

Franks har vært med på overgangen fra et gammeldags helsevesen styrt av myndighetene til et nytt som eies og styres av urbefolkningen selv.

– Alle som sitter i styret og om lag halvparten av de 1600 ansatte er ame-

rikanske indianere. Visjonen vår er en urbefolkning som opplever følelsesmessig, fysisk, mental og åndelig velvære. Alle som tilhører ulike urbefolkningsgrupper, er definert som brukere, enten de er friske eller syke, og alt vi gjør, blir veid opp mot befolkningens kjerneverdier.

Douglas Eby er visepresident for primærhelsetjenesten i SCF. Han har hatt en lederrolle i utviklingen av organisasjonen.

– Den norske helseministeren har rett i at verden står overfor fire store overganger – den virkeligheten opplever vi også. Støre har også rett i at vi må endre vår forståelse av hva som bringer helse. Det stemmer ikke at hvis vi bare fikser det som er sykt, så får vi en frisk befolkning.

Eby pekte på at mesteparten av det som handler om helse, skjer utenfor sykehuset og doktorens kontor.

– Legen snakker med pasienten, skriver ut en resept, og deretter går pasienten hjem. Hvorvidt han eller hun tar medisinen, gir dem bort, eller i det hel tatt henter dem på apoteket, vet legen ingenting om. Han har heller ikke kontroll over om pasienten spiser, sover, røyker, drikker eller mosjonerer, eller hvilken sosial, religiøs, og familiær kontekst vedkommende lever i. Dette er viktige faktorer for helse. Derfor må vi bli kjent med folk, slik at vi vet hva som motiverer dem til å forbedre sin egen helse.

– Derfor bestemte vi at det var best med en brukerstyrt helsetjeneste for

urbefolkningen, fortsatte Franks.

Han fortalte at de ser på SCF som en serviceindustri, der pasienten kalles «kunde-eier».

– Vi lytter til alles stemmer for å få de forandringene vi ønsker. For eksempel er tradisjonelle indianske healere representert i de mange rådene våre, sa Franks.

I SCFs primærhelsetjeneste satser de på et tverrfaglig team som samarbeider med brukerne – helst hjemme hos dem selv.

– Vi ønsker å tilpasse oss pasienten, ikke omvendt, at pasienten skal tilpasse seg oss, sa Franks.

Dersom en «kunde-eier» besøker et legekantor, møter vedkommende som regel andre yrkesgrupper enn legen.

– Legen er dirigenten, men mesteparten av arbeidet blir utført av andre yrkesgrupper, som farmasøyter, psykologer, dietetikere og terapeuter. Helse handler mye om informasjon, kommunikasjon og oppmuntring. De fleste gjør dette bedre enn legen – og koster mye mindre.

For å illustrere dette la Eby fram historien om Frank, en 79 år gammel enkemann. Frank led av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS), hjerteproblemer og diabetes, i tillegg til at han var engstelig og klarte seg dårlig alene. Frank har hatt mange sykehusinnleggelser det siste året

– I en vanlig medisinsk modell ville Franks primære diagnose være KOLS, hjertesykdom og diabetes. Behand-

lingstilbudet hans ville bestått av hjer-telege, lungelege, en spesialist på dia-betes, en dietetiker, en fysioterapeut og hjemmetjeneste. I tur og orden vil-le de så enten medisinerer eller instru-ert Frank, sa Eby.

I SCF prøvde de en annen frem-gangsmåte. De ga ham først og fremst diagnosene angst, ensomhet, forvir-ring og mangel på selvillit. Så satset de på å legge til rette og oppmuntre ham, slik at han best mulig kan for-holde seg til de sekundære diagnosene KOLS, hjerteproblemer og lungepro-blemer.

– Sammen med Frank ble vi enige om hvilke tiltak som ga mening i livet hans. Selv sier Frank: *Jeg får det jeg og mitt team har bestemt at jeg har behov for. Tilbudene jeg mottar, koordineres, og det er mine verdier og mål som er motoren i min helseplan.*

– Dette er det vi tilbyr alle våre 65 tusen «bruker-eiere», avsluttet Franks.

Delseminar om hverdagsrehabilitering

For andre år på rad var Ergoterapeu-tene samarbeidspartner med Aren-dalskonferansen. Og for tredje gang arrangerte forbundet et delseminar om hverdagsrehabilitering. De over hundre deltakerne ble først traktert filmen «Hjelp til selvhjelp – hverdags-rehabilitering Bydel St. Hanshaugen». Filmen viser hvordan Tordis, som har hatt et lårhalsbrudd, gjenvinner både verdighet og selvstendighet gjennom et målrettet treningsopplegg.

– Hverdagsrehabilitering er en endring av tankesett og arbeidsform.

Vi går fra å spørre «hva trenger du av hjelp» til «hva er viktige aktiviteter i livet ditt». For mange handler det om å mestre hverdagsaktiviteter som å smøre brødskiva, stelle seg selv, gå på jobben, møte venner, og leke med barnebarn, sa nestleder Nils Erik Ness, da applausen etter filmen hadde lagt seg.

Han kunne fortelle at 19 kommu-ner nå er i ferd med å gjøre seg prak-tiske erfaringer, mens 34 kommuner planlegger oppstart.

– Det har foregått en stille revolu-sjon, sa nestlederen.

Foregangskommunene

Mens Ergoterapeutene tidligere har hentet inn forelesere fra Sverige og Danmark for å lære av deres praksiser, handlet årets seminar om hvilke erfa-ringer som høstes i Norge. Represen-tanter fra fire norske kommuner opp-summerte det arbeidet som har blitt gjort hittil. Felles for alle presentasjo-nene var at brukerne i all hovedsak var eldre, søkte om nye eller mer tje-nester, og var motiverte.

Første kvinne ut var rådmann Marit Elisabeth Larssen fra Gloppen kommune. Hun fortalte om et hver-dagsrehabiliteringsprosjekt som skal gå fra 2012 til 2014.

– I Gloppen-modellen har vi opp-rettet et eget hverdagsrehabiliterings-team organisert under hjemmetjenes-ten. Det tverrfaglige teamet, som består av sykepleier, ergoterapeut, fysioterapeut og hjemmetrenere, har to hovedoppgaver. Den ene er å jobbe

med pasienter i en rehabiliteringspro-cess i hjemmet. Den andre er å jobbe med kompetansemobilisering blant de tilsatte i kommunen og med hold-ningsendring ute blant innbyggerne i kommunen, sa Larssen.

Hun kunne fortelle at kommunen hittil har gjort seg mange positive erfaringer.

– Vi har brukt mye tid på å legge til rette for gode rutiner. Det har vi tjent på. Når prosjektperioden er over, er det et mål at hverdagsrehabi-litering implementeres i hjemmetje-nesten som en tjeneste som ytes på lik linje med de andre, sa Larssen.

Erfaringene med hverdagsrehabili-tering i Bodø kommune ble presen-tert av vernepleier og prosjektleder Åse Bente Mikkelsen.

– I Bodø har vi skilt ut hverdagsre-habilitering som en egen base med et tverrfaglig team bestående av ergote-raapeut, fysioterapeut, sykepleier og hjemmetrenere, sa Mikkelsen.

Pilotprosjektet hadde oppstart i 2012, og Fondsregionen Nord-Norge har nå bevilget 2,5 millioner til følge-forskning til prosjektet.

– Universitetet i Nordland har ansatt en stipendiat fra første septem-ber i år som skal forske på resultatene våre.

Foreløpig er hun meget godt for-nøyd med det de kan vise til.

– Ett år etter at prosjektet startet opp, har 20 personer avsluttet sin rehabilitering. Dette er en samlet reduksjon på 67,2 vedtaksbaserte timer i uken, sa Mikkelsen.



Marit Elisabeth Larssen fortalte om hverdagsrehabilitering i Gloppen kommune.



Åse Bente Mikkelsen presenterte erfaringene med hverdagsrehabilitering i Bodø kommune.



Ergoterapeut og prosjektleder Solrun Hauglum la fram Vossaprojektet.

Vossaprosjektet ble presentert av ergoterapeut og prosjektleder Solrun Hauglum.

– Vi startet med hverdagsrehabilitering i to soner i mai 2012, og utvidet til hele kommunen i februar 2013. Hele hjemmetjenesten er involvert, med ergoterapeuter og fysioterapeuter som veiledere.

Hverdagsrehabiliteringsprosjektet på Voss består av en praktisk del og en forskningsdel.

– Det foregår nå en randomisert kontrollert studie av effekt, en økonomisk analyse av kommunal ressursbruk, en kvalitativ analyse av brukernes og de pårørendes erfaringer, og en kvalitativ analyse av endringer i jobbtilfredshet hos involvert personell.

Erfaringene hittil har for det meste vært positive.

– Det har vært svært viktig med en forankring «over det hele» og å holde stø kurs på tross av utfordringer. Men hverdagsrehabilitering er et billig, effektivt og godt alternativ til pleie og omsorg for denne brukergruppen.

Avdelingsleder for Innsatsteam Hverdagsrehabilitering og Fysio/-Ergoterapitjenesten i Arendal, Janne Gundersen presenterte erfaringene fra Arendal kommune.

– Arendal kommunes prosjekt med hjemmebasert rehabilitering var meget vellykket. Prosjektet viste tydelig at den enkelte brukeren fikk økt livskvalitet. I tillegg til dette fikk kommunen en økonomisk gevinst. Arendal kommune har derfor opprettet en egen tjeneste for hverdagsreha-



I filmen «Hjelp til selvhjelp – hverdagsrehabilitering i bydel St. Hanshaugen» følger vi Tordis på hennes vei mot selvstendighet. Filmen er laget etter idé og manus av ergoterapeutene Kristin Skrede og Brita C. Aaslie-Fjell og filmet av Ingrid Styrkestad.

bilitering. Innsatsteam for hverdagsrehabilitering inngår nå i den nye Koordinerende enhet for mestring, rehabilitering og omsorg, fortalte hun.

Dagen etter delseminaret ble Nils

Erik Ness invitert opp på plenums scenen for å dele perspektiver på kommunenes satsning på hverdagsrehabilitering.

– Det er en glede å kunne fortelle om så gode resultater, sa han. □



Janne Gundersen fortalte at Arendal kommune har opprettet en egen tjeneste for hverdagsrehabilitering.



Dagen etter delseminaret ble Nils Erik Ness invitert opp på plenums scenen for å dele perspektiver på kommunenes satsing på hverdagsrehabilitering.

Hva mener partiene?

Til høsten er det stortingsvalg. Derfor har Ergoterapeuten stilt de forskjellige politiske partiene tre spørsmål som er relevante for vår yrkesgruppe:

- 1. Hvordan vil ditt parti støtte et løft og en ekstra satsning på rehabilitering i neste valgperiode?*
- 2. Hvordan ønsker ditt parti å støtte innbyggernes mestring av hverdagslivets gjøremål?*
- 3. Hva vil ditt parti gjøre for øke antallet ergoterapeutstillinger, noe som vil gi oss en mer bærekraftig helsetjeneste?*

AV ELSE MERETE THYNESS



Fremskrittspartiet

1. Fremskrittspartiet vil styrke rehabiliteringstjenestene og ta i bruk den kapasiteten som er tilgjengelig på feltet. Det økonomiske ansvaret for rehabiliteringstjenestene skal ligge hos staten, mens pasienten selv, i samråd med sin lege, skal kunne velge mellom ulike institusjoner som kan gi det nødvendige tilbudet. Statlig finansiering skal gjelde uavhengig om tilbudet er offentlig eller privat. Fremskrittspartiet viser til en gjennomgående svikt i tilbudet om habilitering og rehabilitering, som til syvende og sist fører til at pasienter ikke får tilstrekkelig opptrening ved sykdom, skade eller funksjonshemming. Fokuset i Samhandlingsreformen var på dette feltet, men vi har påpekt at dette ikke er nådd. Vi er bekymret fordi rehabiliteringstjenesten i mange helseforetak trues av nedbygging. Derfor har vi foreslått for regjeringen at man skal «igangsette arbeidet med en opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering». Dette ble dessverre nedstemt, men er like viktig for oss i valgperioden som vi har vist i mellomperiodene. Vi vil også i neste periode kjempe for en opptrappingsplan.

2. Fremskrittspartiet mener en god rehabiliteringstjeneste er avgjørende for å få mennesker raskt tilbake til arbeidslivet etter sykdom eller skade. Vi mener at rehabilitering kan sikre livskvalitet og muligheter for et aktivt og likestilt liv for den som rammes av enten sykdom eller ulykke.

Når det gjelder for eksempel hørselsrehabilitering, mener vi at alle som har behov for dette, skal ha rett til et tilpasset offentlig finansiert tilbud, uten ventetid.

Fremskrittspartiet har foreslått å fjerne aldersgrensen for stønad til hjelpemidler for trening, stimulering og aktivisering av personer med nedsatt funksjonsevne fra og med føste juli i år. I våre alternative budsjetter har vi styrket bevilgningene for utgifter til hjelpemidler. Dette ble nedstemt, men er fremdeles like aktuelt for oss. Vi ser hvor viktig det er for enkeltmennesker å få lagt til rette slik at de kan leve best mulige liv, under ulike forutsetninger.

3. Fremskrittspartiet merker seg at det offentlige har lange ventelister, og at disse særlig har økt siden helseforetakene overtok ansvaret for dette i 2006. Vi har derfor innført en eget post til dette formålet i våre alternative statsbudsjett. Gjennom en årlig bevilgning vil derfor FrP kjempe for en opptrapping av tilbudet.



Sosialistisk Venstreparti

1. SV mener rehabilitering i størst mulig omfang skal gjennomføres der folk bor. Vi vil bygge ut tilbud om hverdagsrehabilitering og jobbe for at kommunene får ansvar for en større del av rehabiliteringen. Det skal fortsatt være tilbud om spesialisert rehabilitering for de tilstandene der dette gir best behandling og resultat. For å sikre god rehabilitering, må kompetansen i kommunene økes.

Ansvarsoverføringen til kommunene skal derfor følges av kompetansekrav og finansiering. God habilitering og rehabilitering er forskjellen på om folk blir helt friske eller ikke. Målet er at rehabilitering skal være en naturlig del av behandlingen, både for mennesker som er rammet av kroniske tilstander, og for andre som trenger rehabilitering etter sykdom.

2. SV vil overføre mer av ansvaret for rehabilitering til kommunene fordi mye av den viktigste rehabiliteringen handler om å komme inn i hverdagen igjen med en ny sykdom eller funksjonsnedsettelse. Vi vil satse på hjemmehabilitering, blant annet for mennesker som har hatt alvorlige sykdommer eller har funksjonssvikt, eldre og tidligere rusavhengige. Rusavhengige skal blant annet få tilbud om hjemmehabilitering med vekt på boevne og trening på hverdagsoppgaver. Eldre skal få tilbud om hjemmehabilitering og tilrettelegging for å kunne leve selvstendige liv i egne hjem så lenge som mulig. Folk må få muligheten til å komme tilbake til selvstendige liv raskest mulig.

3. SV vil øke antallet ergoterapeutstillinger gjennom å føre mer av ansvaret for rehabilitering over til kommunene, stille kompetansekrav til kommunene og la oppgaveoverføringen følges av finansiering. Slik kan kommunene ha midler til å ansette flere, blant andre ergoterapeuter. Samtidig vil SV satse på hjemmehabilitering og hjemmeomsorg for eldre. De fleste ønsker å bo hjemme så lenge som mulig når de blir gamle, men funksjonssvikt fører til at mange ønsker seg sykehjems plass tidlig. Bedre forebygging, tidlig tilrettelegging i hjemmet og hjemmehabilitering kan utsette behovet for sykehjems plass. Ergoterapeutenes kompetanse er sentral for å lykkes med dette.



Åpningen av det 157. storting i oktober i fjor.



Kristelig folkeparti

1. KrF er ikke fornøyd med utviklingen på rehabiliteringsfeltet, og mener habilitering og rehabilitering må bli et satsningsområde i helsesektoren. Målet må være å sikre rehabilitering til alle som trenger det. Gjennom målrettede tiltak og en generell styrking av funksjons- og helsefremmende og arbeidsrettet rehabilitering, må det gjennomføres et løft for rehabilitering. Det er behov for å tydeliggjøre ansvaret for rehabilitering i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. KrF vil ha en egen lov for habilitering og rehabilitering, samt en nasjonal opptrappingsplan.

2. KrF ønsker å sikre rehabilitering til alle som trenger det. Videre er det viktig at kommunene får tilstrekkelig økonomisk handlingsrom og tid til å gjennomføre samhandlingsreformen på en måte som sikrer likeverdige helsetilbud i hele landet og sterkere prioritering av forebyggende arbeid. En av gruppene som kan ha god nytte av slik forebygging, er eldre mennesker som fortsatt bor hjemme. Systematisk trening for eldre forebygger sykdom og skade og øker deltakelse i hverdagslivet. Trening i vante omgivelser er mest effektivt, og derfor bør hverdagsrehabilitering mens brukeren bor i eget hjem benyttes i langt større grad enn i dag. Dette er bra for hver enkelt av de eldre og kan gjøre det lettere å bo hjemme lengre. Hverdagsrehabilitering må inkludere både tiltak for individuell trening og endringer av omgivelsene for at hverdagslivet skal mestres.

3. KrF ønsker en nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. I en slik opptrappingsplan vil det være naturlig å gjennomgå bemanningsbehovet for ulike yrkesgrupper i ulike sektorer og se nærmere på tiltak for å styrke rekrutteringen der det er behov for økninger.



Venstre

1. Venstre mener ergoterapeuter har et svært viktig oppdrag i kommunenes primærhelsetjeneste for forebygging og rehabilitering. Derfor vil Venstre ha en forpliktende opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering. Dette skal være en integrert del av blant annet pasientforløpet. En økt satsing på rehabilitering blir svært viktig om vi skal lykkes med samhandlingsreformens intensjon om å forebygge mer for å reparere mindre.

2. Venstre ønsker blant annet å fjerne den øvre aldersgrensen på 26 år for hjelpemidler til fysisk aktivitet. Vi ønsker også særlig å sikre behandling og rehabilitering for barn med medfødte diagnoser. Digitale løsninger kan også bidra til å lette hverdagen for mange med kronisk sykdom eller nedsett funksjon. Venstre vil derfor gi innbyggerne mulighet til å velge digitale løsninger for hjemmepleie, rehabilitering og kontakt med helsevesenet gjennom en digitaliseringsreform. Venstre vil også øke innsatsen på forskning og innovasjon som kan bidra til at man kan bo lengre i egen bolig.

3. Venstre mener det er kommunenes ansvar å legge til rette for at innbyggere som trenger opptrening og hverdagsrehabilitering, får det. Vi mener dette vil bli oppnådd gjennom vår plan for å styrke kommunehelsetjenesten. Venstre ønsker en kommunereform med større og sterkere kommuner med flere frie ressurser som setter hver enkelt kommune i stand til å foreta selvstendige vurderinger på hvor det er behov for styrket innsats. En vurdering av behovet for økt antall ergoterapeutstillinger vil være et ledd i en forpliktende opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering.



1.

En av bærebjelkene i en god helsetjeneste er habilitering og rehabilitering. Vi vil ha en sterkere prioritering av rehabilitering i sykehus og i kommunene. Arbeiderpartiet vil:

- Sikre tidligst mulig rehabiliteringsinnsats
- Ha en rehabiliteringstjeneste som sikrer større tverrfaglighet, bedre ledelsesforankring og større fokus på hjemmerehabilitering
- Videreutvikle feltet i et samarbeid med ideelle organisasjoner som jobber innen feltet
- Utvide retten til fritt sykehusvalg til også å omfatte private opptrenings- og rehabiliteringsinstitusjoner som har avtale med regionale helseforetak
- Styrke utdanning av helsepersonell i rehabilitering

2.

Arbeiderpartiet har programfestet at eldre med behov for det skal få tilbud om veiledning i hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Hele Stortingsmelding «Morgendagens Omsorg» bygger på prinsippet om tidlig intervensjon, hverdagsrehabilitering og et individuelt tilpasset tilbud der tverrfaglighet, brukermedvirkning og det å mestre og bidra i eget liv står sentralt.

3.

Arbeiderpartiet vil øke antallet ergoterapeuter i helse- og omsorgssektoren. Det beste virkemidlet til å få gode ergoterapitjenester og å ansette flere ergoterapeuter, er å sikre gode økonomiske rammer for kommunene og sykehusene. Det har Arbeiderpartiet vist at vi prioriterer, og det vil vi også prioritere i neste periode.



1.

Ved hjelp av god akuttmedisin og bedre behandlingsmetoder kan stadig flere liv reddes. Det er imidlertid store mangler i tilbudet innen habilitering og rehabilitering, noe som fører til tapte muligheter for mange mennesker. Det er ikke tilstrekkelig bare å gi akutt helsehjelp. Helsevesenet må også bidra så godt som mulig til å få mennesker tilbake til aktive liv, der den enkelte får delta både i samfunnet og i arbeidslivet.

I Høyres alternative budsjett fra 2007 - 2013 har vi satt av 400 - 500 millioner kroner til rehabiliteringsfeltet hvert år, til flere behandlingstilbud, kvalitetsutvikling, forskning og kjøp av private tjenester. Dette er en satsning som partiet ønsker å videreføre. Høyre mener den neste store helsepolitiske reformen må komme innen rehabilitering.

Tilbud om rehabilitering skal være tilgjengelig når man trenger det, og der man ønsker det. Derfor vil Høyre innføre fritt rehabiliteringsvalg, der alle som har rett til behandling skal ha rett til å velge hvor tilbudet skal gis, blant forhåndsgodkjente institusjoner. Høyre ønsker ambulerende rehabiliteringsteam i helseforetakene som kan bistå kommunene i deres arbeid.

2.

For Høyre er det viktig at arbeidet med å skape et mer helsefremmende samfunn innebærer å gi hvert enkelt menneske en større mulighet til å mestre de fysiske og psykiske utfordringer som kropp og sjel utsettes for. Hver enkelt tar et personlig ansvar for eget liv, men det er også viktig at samfunnet legger godt til rette for gode valg. Høyre mener

derfor det er viktig å tilrettelegge for gode natur- og friluftsopplevelser, og at frivillighetens viktige innsats for den generelle folkehelsen må verdsettes høyere.

Bruk av velferdsteknologi i helse- og omsorgssektoren kan bidra til økt trygghet og økt sosial og fysisk aktivitet og forebygge behov for tjenester eller innleggelse i institusjon. Høyre mener det er viktig å satse på teknologi og innovasjon for å sikre valgfrihet og verdighet i omsorgen.

Mange eldre pasienter har behov for rehabilitering etter skade eller som følge av sykdom. Det er avgjørende at rehabiliteringen starter så raskt som mulig for å oppnå best mulig resultat, og det er viktig at det er en sømløs overgang mellom rehabilitering i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Riksrevisjonen har i 2012 dokumentert at det ikke har vært noen dokumenterbar styrking av rehabiliteringstilbudet i spesialisthelsetjenesten siden 2005. Høyre mener den neste store helsepolitiske reformen må komme innen rehabilitering, og at det må innføres fritt rehabiliteringsvalg.

3.

God samhandling mellom alle helseprofesjonene og helseaktørene i kommunehelsetjenesten bidrar til at den enkelte enklere mestrer hverdagslivets utfordringer. Høyres ønske om en opptrappingsplan for å styrke rehabiliteringstilbudet innebærer en satsning på fysioterapi, ergoterapi og god samhandling mellom alle helseprofesjonene i kommunene. Høyre er opptatt av en kompetanseheving i den kommunale omsorgen og vil innføre kompetansekrav i den kommunale helse- og omsorgsloven.



Senterpartiet

1.

Senterpartiet vil arbeide for en opptrappingsplan for rehabilitering som etterfølges av konkrete tiltak og reell kapasitetsøkning. Økt kvalitet i tilbudet, styrking av fagmiljøet og rekruttering av fagpersoner er sentrale utfordringer.

2.

Den nylig vedtatte omsorgsmeldingen legger stor vekt på hverdagsrehabilitering som supplement til den spesialiserte rehabiliteringen. Skal kommunehelsetjenesten kunne imøtekomme målsetningene både i samhandlingsreformen og i omsorgsmeldingen, må flere fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre yrkesgrupper som arbeider med rehabilitering inn i kommunehelsetjenesten. Det er flere ergoterapeuter og fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten nå enn tilfellet var tidligere, men opptrappingen må fortsette. Det er bra at mer av rehabiliteringen foregår nær pasientenes hjemmemiljø. Det er samtidig viktig at gode sentraliserte og spesialiserte rehabiliteringstilbud opprettholdes og videreutvikles. En god balanse må tilstrebes, ellers kan man ende opp med å svekke det totale tilbudet.

3.

Senterpartiet vil sørge for at kommuneøkonomien er god og gjør kommunene i stand til å prioritere opprusting av kommunehelsetjenesten i tråd med målene i samhandlingsreformen. Dette krever faglig omlegging og at staten fortløpende vurderer om det trengs egne stimuleringsordninger.

1.

Miljøpartiet De Grønne er opptatt av god habilitering og tidlig rehabilitering. Tilbudet om rehabilitering og habilitering er i dag mangelfullt. Flere som kanskje kunne ha blitt selvhjulpne, tvinges til et liv med store hjelpebehov. Ved ulykker er god akuttbehandling viktig, men det er ikke nok å redde liv. Både av hensyn til pasienten og for å redusere fremtidige utgifter må arbeidet med rehabilitering settes i gang så tidlig som mulig. Aktuelle handlingspunkter er:

- Styrke tilbudet om tidligst mulig rehabilitering etter sykdom og ulykker, også i akuttfasen på sykehus
- Skrive pasienter direkte ut til institusjoner som har spesialisert seg på rehabilitering, og som har høy faglig kvalitet og gode resultater
- Sikre stabile rammevilkår og kreve høy faglig kvalitet av private, ikke-kommersielle rehabiliteringsinstitusjoner
- Tilby barn og unge med funksjonsnedsettelse og kroniske sykdommer god habilitering
- Styrke forskning og kompetanseutvikling innen rehabilitering og habilitering
- Tilby gode tekniske hjelpemidler og opplæring for personer under og etter rehabilitering og habilitering
- Bruke pårørende som en ressurs i arbeidet med rehabilitering og habilitering

2.

Omsorgsbegrepet er i dag i stor grad knyttet til omsorg for eldre. De Grønne mener det er behov for å utvide begrepet til å gjelde alle personer med omsorgsbehov, enten de bor på institusjon, i omsorgsbolig eller i eget hjem. Vi vil arbeide for

at pleietrengende unngår isolasjon og inaktivitet.

Samhandlingsreformen har gitt kommunen plikt til å motta pasienter som skrives ut fra sykehus og ikke kan bo hjemme. Det er viktig at kommunene oppretter egne tilbud til pasienter med sykdommer knyttet til rus og psykiatri, og ikke overfører disse til sykehjem. Aktuelle handlingspunkter er:

- At beboerne på institusjon får et bredt tilbud av kulturinnslag, musikkterapi og fysisk aktivitet
- Satse mer på grønn terapi i omsorgsarbeid, med mer tid ute i naturen og mulighet til samvær med dyr og barn
- At frivillige deltar med forskjellige aktivitetstilbud, og at den offentlige støtten til frivillige økes
- Legge til rette for at eldre skal kunne bo hjemme så lenge som mulig, også ved å støtte opp om de pårørendes innsats
- Sikre andre botilbud enn sykehjem for yngre mennesker med omfattende pleiebehov
- Styrke den helsefaglige kompetansen i hjemmesykepleien
- Bruke eldresentrene aktivt som et ledd i forebygging og mestring av sykdom

3.

De Grønne vil sette pasienter og brukere av helsetjenester i sentrum, sikre dem god medisinsk behandling, habilitering og rehabilitering, samt øke deres kunnskaper om mestring av egen sykdom. Etterutdanningen av helsepersonell må forbedres. Når det gjelder ergoterapeuter, mener vi denne gruppen helsearbeidere er viktige for å bidra til bedre habilitering og rehabilitering. Vi er enige i at disse kan bidra til en bærekraftig helsetjeneste med mindre bruk av legemidler og mer bruk av fysisk aktivitet, hvor man fremmer pasientenes egenmestring. Vi vil derfor støtte forslag om å øke antallet ergoterapeutstillinger der det er nødvendig for å oppnå bedre resultater. □

Er du på Facebook?

Permobil er også på Facebook og vi ønsker å høre fra deg! Send inn bilder, del dine historier, få support eller delta i diskusjoner. Bruk oss! Vi er her for deg.



www.facebook.com/PermobilNorge

permobil

Enquête: Fagkongressen i Ergoterapi

Spørsmål:

1. Hvorfor har du meldt deg på fagkongressen?
2. Hva gleder du deg mest til?

AV MADELEINE SÆTHERENG STRØM



Anne Berit Vestmoen Nilsen, NAV Hjelpemiddelsentral Oslo/Akershus

- 1 Jeg har meldt meg på kongressen for å få inspirasjon, tilegne meg ny kunnskap og treffe dyktige ergoterapeuter. Det er viktig å holde seg oppdatert på faget, hva som «rører seg der ute» innen forskning, i prosjekter og praksis. I tillegg er det interessant å bli orientert på hvilke utfordringer ergoterapeuter møter i tiden fremover.
- 2 Jeg gleder meg til å møte ergoterapeuter som jobber på ulik praksis. Det blir gøy å dele erfaringer innen faget vårt og høre mange spennende foredrag i tre innholdsrike dager!



Tiril Christine Bjerkås, nyutdannet ergoterapeut, Ahus

- 1 Jeg har meldt meg på for å få faglige innspill, lære, bli inspirert og møte andre engasjerte kollegaer! Også skal jeg være med å presentere et par prosjekter innenfor barns helse og frivillighet.
- 2 Jeg gleder meg til å høre på mange spennende og varierte presentasjoner, mingle og snakke ergoterapi med kjente og ukjente ergoterapeuter.



Marte Lindstad, Fysio-ergoterapitjenesten i Østre Toten kommune

- 1 Jeg har i flere år ønsket å delta på kongressen, men av ulike årsaker har jeg ikke fått det til før nå. Jeg ønsker å få med meg i hvilken retning vi går, og holde meg generelt oppdatert, få nyttige tips og derigjennom trygghet i eget arbeid.
- 2 Det er mange foredrag og sekvenser jeg ser fram til, men jeg gleder meg likevel aller mest til å møte mange kjente fra studiet og tidligere kollegaer.



Trude Røykenes, ergoterapeut i Fyllingsdalen/Laksevåg bydel, Bergen kommune

1. Jeg synes at det er et veldig spennende og variert program i år, og jeg synes det er kjekt å få mulighet til å «dykke» ekstra ned i ergoterapifaget i en ellers travel arbeidshverdag. Dette er en unik mulighet til å holde meg faglig oppdatert på hva som rører seg i faget. Jeg ser fram til å hente inspirasjon og tilegne meg ny kunnskap som jeg kan ta med meg videre i min arbeidshverdag.
- 2 Jeg gleder meg spesielt til sesjonene som omhandler barns helse, siden dette er et av feltene jeg jobber med i dag, og som jeg er spesielt interessert i. I tillegg gleder jeg meg til å dele erfaringer og hente inspirasjon hos andre ergoterapeuter.



Heidi Skeie, ergoterapeut i Årdal i Sogn og Fjordane

- 1 Eg skal selvfølgelig på fagkongressen. Både for å få mykje faglig påfyll, samt møte gamle kollegaer og kullinger.
- 2 Eg gleder meg mest til å oppleve det store fellesskapet og sjå så mange ergoterapeuter samla på ein gong. Det er inspirerende. Vi er tre kusiner som alle er ergoterapeuter som treffes på kongressen.



Ergoterapeut i Statens vegvesen

AV ELSE MERETE THYNESS

Ingrid Øvsteng er ergoterapeut og ansatt i Statens vegvesen.

Foto: Henriette E. Busterud/Statens vegvesen

– *Hva jobber du som?*

– Jeg jobber som fagansvarlig for universell utforming i Vegdirektoratet, Statens vegvesen.

– *Hvor fant du utlysningen til stillingen?*

– Det var to stillinger som var lyst ut samtidig, denne og en stilling som nasjonal sykkelkoordinator. Jeg jobbet da som prosjektleder for universell utforming i sykkelbyen Jessheim i Ullensaker kommune. Jeg tror jeg derfor først fant stillingsutlysningen via nettstedet www.sykkelby.no. Stillingen var lyst ut både i aviser og på ulike relevante fagsider på nettet.

– *Hvor lenge har du hatt jobben?*

– I august har jeg vært ansatt i Statens vegvesen i tre år.

– *Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?*

– Arbeidshverdagen min er veldig variert. Jeg deltar i ulike fora og prosjekter og får samarbeide med mange flinke fagfolk, både internt i egen organisasjon, i andre etater og på tvers av forvaltningsnivå. På seksjon for transportplanlegging, hvor jeg jobber, er en av hovedoppgavene miljøvennlig transport – sykling, gåing og kollektivtransport. Målet er at flere skal benytte seg av de miljøvennlige transportformene – og da må dette være mulig for flere. Universell utforming er da ett av flere virkemidler. Jeg jobber også mye med formidling og kompetanseheving og deltar i prosesser rundt oppfølgingen av blant annet Nasjonal Transportplan og årlige Statsbudsjetter. Statens vegvesen forvalter og drifter riksvegene og bygger mange nye anlegg hvert år. Dette er

for eksempel bussholdeplasser, gang- og sykkelanlegg (veger), rasteplasser og gangfelt. Dimensjoneringskrav og konkretisering av hvordan universell utforming skal ivaretas i disse anleggene, er en sentral oppgave. Dette krever videre at vi har tilstrekkelig kunnskap om hva som skal til for å sikre en universelt utformet hovedløsning. Vi gjennomfører derfor også forsknings- og utviklingsprosjekter. Nå arbeider vi blant annet med vei-finning og orientering for blinde og svaksynte. Her ser vi på hvordan dette kan løses med mest mulig bruk av naturlige ledelinjer. Statens vegvesen har en egen håndbok om universell utforming, «Hb278 Universell utforming av veger og gater». Jeg er kontaktperson for denne og samarbeider også mye med andre aktører, slik som Deltasenteret og Direktoratet for Byggkvalitet.

– *Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?*

– Statens vegvesen arbeider for at vi skal ha et transportsystem som er sikkert, tilgjengelig, forutsigbart og effektivt. Gjennom dette bidrar vi til at mennesker skal kunne delta aktivt på ulike samfunnsarenaer, uavhengig av hvilke forutsetninger de har. Slik blir aktivitet og deltakelse målet, og universell utforming et av virkemidlene. Ergoterapiens grunnsyn og kompetansen om menneskelige forutsetninger bruker jeg derfor aktivt i jobben min. Samtidig bruker jeg kompetansen som jeg har fått blant annet gjennom videreutdanning i folkehelsearbeid og samfunnsplanlegging – og selvsagt det jeg har lært av

dem jeg har jobbet sammen med siden jeg startet å jobbe med dette temaet i 2006.

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

– Noe av det som er spennende med temaet universell utforming, er at det er en tverrfaglig arena. For å få til de gode løsningene, kreves det tverrfaglig samarbeid og kompetanse. Slik sett kunne mange yrkesgrupper hatt min jobb, og det har de også, men jeg mener at vi ergoterapeuter har en faglig innfallsvinkel som er viktig å ha med seg inn i arbeidet. For å få til et universelt utformet transportsystem, trenger vi kunnskap om menneskene som skal bruke anleggene. Så vidt jeg vet, er vi nå tre personer med ergoterapeututdanning her i Statens vegvesen.

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

– Jobben er definitivt spennende! Det er mange utfordringer, og jeg får være med på å utvikle et nytt fagområde. Jeg lærer noe nytt hver eneste dag!

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

– Ja! Jeg mener vi ergoterapeuter i større grad må våge å søke oss ut av de «tradisjonelle» områdene. Vi har noe å bidra med i et tverrfaglig miljø – også utenfor helsesektoren. Med dagens satsninger på blant annet folkehelse og universell utforming, er det flere stillinger som er aktuelle for ergoterapeuter. Men vi må bli bedre på å markedsføre oss selv som faggruppe! □

Etikk og velferdsteknologi

Yrkesetisk utvalg har fått i oppdrag av Norsk Ergoterapeut Forbund å reflektere over etikk og velferdsteknologi. På YUs møte i mai 2013 ble temaet diskutert med utgangspunkt i «Fagrappport om velferdsteknologi 2013-2030» (Helsedirektoratet, 2013), Stortingsmelding 29 «Morgendagens omsorg» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) og rapporten «Trygge spor» (SINTEF, 2013).

AV ANNE LUND, ANNETTE EIDSEN, KJERSTI HELENE HAARR, KIRSTI HELLESØY, INGER BIRGITTE DÆHLI OG ELISABETH STRAND

Nasjonale helse- og velferdsordninger vektlegger velferdsteknologi som et viktig satsningsområde for å møte fremtidens demografiske utfordringer med et økende antall eldre og nye brukergrupper. Velferdsteknologi er et vidt felt. Det sees på som et mulighetsrom i helsefremmende arbeid og handler om teknologiske løsninger på individnivå for å fremme selvstendighet, aktivitet og samfunnsdeltakelse på egne premisser. Teknologiske løsninger kan ikke erstatte menneskelig omsorg, men bidra til at det blir lettere å mestre hverdagen.

Ergoterapeuter arbeider ut fra at det er en sammenheng mellom aktiviteter vi gjør i hverdagen, og hvordan vi opplever trivsel og helse (Christiansen & Townsend, 2011). Følgelig blir ergoterapeuters bidrag å kunne bruke teknologi som middel for å muliggjøre aktiviteter i hverdagen som den enkelte opplever har betydning. Aktivitet og deltakelse bør være i fokus, og teknologi kan være en av flere løsninger/tiltak for at den enkelte skal mestre sin hverdag ut fra egne valg og forutsetninger. Yrkesetisk utvalg mener at velferdsteknologi kan sees som en forlengelse og videreutvikling av tekniske hjelpemidler. Mange ergoterapeuter har kunnskap og erfaring innen dette feltet.

Bruk av teknologi kan reise ulike etiske dilemmaer. Studier som reiser etiske refleksjoner om velferdsteknologi konkluderer med at det er *hensikten med bruken* som er gjenstand for en etisk refleksjon, og ikke teknologien i seg selv (Welsh, Hassiotis, O'Mahoney, & Deahl, 2003). Etiske dilemmaer kan handle om å finne en balanse mellom behovet for trygghet/sikkerhet og den enkeltes

krav til individuell frihet og rett til informert samtykke, hvor personvern også kommer sterkt inn.

Hofman trekker frem at *intensjoner* med velferdsteknologi isolert sett er gode og rettes mot: bedre og mer målrettet omsorg, økt sikkerhet og trygghet, økt grad av selvstendighet og mestring, mulighet til å bo lengre i hjemmet, å unngå skade som fall, brann, innbrudd, overfall; økt livskvalitet, effektiv ressursutnyttelse i omsorgstjenesten og teknologiutvikling (Hofman, 2010). Velferdsteknologi kan også rettes mot ulike *målgrupper*, som kan være de som skal bruke teknologien, de som produserer, de som skal bidra til velferd, eller de som finansierer. Dette kan bidra til interessekonflikter, og etiske dilemmaer kan oppstå (Hofman, 2010). Velferdsteknologi kan også inndeles i ulike *teknologityper*, som smarthus, robot-teknologi, sensorteknologi, sporingssystemer (for eksempel GPS) og internettløsninger, som kan reise etiske utfordringer (Hofman, 2010).

Etiske utfordringer ved bruk av teknologi vil henge sammen med intensjon, målgruppe og type teknologi.

Tilrettelegging av tekniske løsninger for personer med nedsatt funksjon er en sammensatt oppgave, der det ofte er behov for både helsefaglig, teknologisk og pedagogisk *grunnkompetanse* i et tverrfaglig samarbeid med den aktuelle brukeren. Dette fordrer *samarbeid* mellom brukere, helsearbeidere, produktutviklere/designere og forvaltere.

Generelle uttalelser om etikk og velferdsteknologi er vanskelig. Yrkesetisk utvalg ønsker derfor å presentere noen aktuelle spørsmål til videre refleksjon om etikk og velferdsteknologi.

Yrkesetisk utvalg

Yrkesetisk utvalg skal være en pådriver for høy yrkesetisk bevissthet hos ergoterapeuter. Utvalget arbeider for at yrkesutøvelsen er i tråd med forbundets yrkesetiske retningslinjer. Utvalgets arbeid skal baseres på forbundets program vedtatt av landsmøtet, og årlige handlingsplaner vedtatt av representantskapsmøtet.

Yrkesetisk utvalg består av Anne Lund (leder), Kjersti Helene Haarr, Anette Eidsen, Elisabeth Strand, Kirsti Nordstokkå Hellesøy (vara) og Inger Birgitte Dæhli (vara).

- Hvilke verdier styrer ergoterapeuters arbeid med å muliggjøre aktivitet og deltakelse?
- Hvordan kan teknologiske løsninger være en trussel mot menneskelig kontakt, deltakelse og aktivitet?
- Hvordan kan ergoterapeuter komme inn i tidlig intervensjon, særlig ved kognitiv svikt?
- Hvilken kompetanse bør ergoterapeuter ha om bruk av teknologi?
- Hvordan kan ergoterapeuter jobbe for å være med aktivt i utvikling av produkter som møter brukeres behov/ønsker?

- Hvordan kan ergoterapeuter bidra til at teknologiske tiltak jevner ut helseulikheter (sosiale, økonomiske, geografiske)?
- Hvordan kan velferdsteknologi «avmystifiseres» som noe nytt, skummelt og vanskelig?
- Hva tenker ergoterapeuter om innkjøps- og driftskostnader?
- Ved bruk av varsling, hva tenker ergoterapeuter om hvem som skal varsles (eventuelt en varslingssentral og kompetanse hos de som varsles) ?
- Hvilken rolle skal ergoterapeuter ha innen området velferdsteknologi?

Evensen og Hesselberg hevder at etiske vurderinger er nødvendige i jakten på nye løsninger på fremtidens omsorgsutfordringer, og reiser aktuelle spørsmål som: Hva er hensikten med å ta teknologi i bruk? Hva ønsker brukeren? Hvem er involvert? Hvordan blir de berørt? Hva sier lovverk/retningslinjer? Hvilke verdier kommer i klemme, og hvilke verdier skal vi ta hensyn til? Og hvilke konsekvenser kan dette få, og for hvem? (Evensen & Hesselberg, 2013).

Siden det er vanskelig å gi råd eller veilede på generelt grunnlag, tar Yrkesetisk utvalg gjerne imot henvendelser fra medlemmer eller andre angående konkrete etiske dilemmaer som oppstår som følge av ny teknologi, for på den måten å få innblikk i, og eventuelt bistå ved, aktuelle problemstillinger/dilemmaer. □

Referanser

- Christiansen, C. H., & Townsend, E. A. (2011). An introduction to Occupation. In CH. Christiansen & Townsend EA (Eds.), *Introduction to Occupation. The art and science of living* (Second ed., pp. 1-35). New Jersey: Pearson Education, Inc., Upper Saddle River.
- Evensen, C. N., & Hesselberg, K. (2013). Systematisk etikkarbeid – viktig når det må tenkes nytt. *Ergoterapeuten (Norwegian)*, 56(2), 10-11. Retrieved from Norsk Ergoterapeutforbund.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg* (Meld.St.29). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helsedirektoratet. (2013). *Velferdsteknologi. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013-2030* (06/2012). Oslo: Trykksakekspedisjonen.
- Hofman, B. (2010). *Etiske utfordringer med velferdsteknologi. Notat fra kunnskapssenteret 2010*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- SINTEF. (2013). *Trygge spor. GPS-løsning og tilhørende støtte-systemer for personer med demens. Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor* (A23878). Drammen: SINTEF.
- Welsh, S., Hassiotis, A., O'Mahoney, G., & Deahl, M. (2003). Big brother is watching you – the ethical implications of electronic surveillance measures in the elderly with dementia and in adults with learning difficulties. *Aging & Mental Health*, 7(5), 372-375.

- våren er tid for aktivitet!



Vi mener alle fortjener å blomstre til våren! Med Active rullatoren er det enkelt å komme seg ut og nyte denne fantastiske årstiden!



Store hjul for trygghet og komfort..



Active er perfekt til utendørs bruk. De store hjulene holder rullatoren stabil og trygg, også på ujevnt terreng.

Justerbart setehøyde..



Fordi vi alle er forskjellige, har vi designet et justerbart sete, for å gi deg komfort og en ergonomisk korrekt stilling. Setet er selvfølgelig lett å justere, som alt annet på Active rullatoren.

Skjult bremsesystem..



For din sikkerhet er bremseka-blene skjult inne i rammen, for å unngå at de skal hekte seg fast i gjenstander når du går.

Access Active er selvfølgelig tilgjengelig på din lokale hjelpemiddelsentral!

Access Vital as, Aluveien 95, 2319 Hamar
www.Active-walker.com/norsk, Tlf. +47 957 78 000

Nedbemannet – hva er dine rettigheter?

Artikkelen handler om hvilke rettigheter en arbeidstaker har i en nedbemanningssituasjon.

AV TERJE GERHARD ANDERSEN

Utgangspunktet: Arbeidsgiver har rett til å nedbemanne

Dersom arbeidsgiver har behov for å kutte kostnader eller endre organisasjonen, så vil dette etter omstendighetene kunne gi saklig grunn til oppsigelse av berørte arbeidstakere. En anstrengt kommuneøkonomi vil for eksempel kunne føre til oppsigelser. I privat sektor kan oppsigelser bli aktuelle ikke bare der hvor økonomien er anstrengt, men også når for eksempel selskapets eiere ønsker ytterligere avkastning på sine investeringer.

Står man da som arbeidstaker helt rettsløs? Svaret på det er nei. Selv om arbeidsgiver på generelt grunnlag kan tenkes å ha saklig grunn til å beslutte å redusere arbeidsstokken, så er det flere regler som gir arbeidstaker vern mot urimelige og usaklige oppsigelser. I det følgende skal vi se nærmere på hvilke rettigheter en arbeidstaker har i en nedbemanningssituasjon.

Krav til saklig utvelgelse

Arbeidsgiver står altså forholdsvis fritt til å beslutte at det skal nedbemannes. Det vil normalt sett ikke være tilrådelig for arbeidstaker å bestride dette. Stridens eple knytter seg imidlertid ofte til hvem som må

gå, altså utvelgelsen av hvem som skal sies opp. Tradisjonelt har ansiennitet vært hyppig brukt, altså «sist inn, først ut». Dette prinsippet anses fremdeles som saklig, men arbeidsgiver er ikke forpliktet til å følge et ansiennitetsprinsipp med mindre dette følger av tariffavtale. Vel så vanlig er det at utvelgelsen gjøres etter en vurdering av de ansattes kompetanse. Den mest kompetente arbeidstakeren får beholde jobben. Det er da viktig at det foretas en saklig og dokumenterbar kompetansekartlegging, og at de berørte arbeidstakerne blir hørt og kan komme med innspill til kartleggingen. Dersom arbeidstakerne kompetansemessig står likt, vil ansiennitet kunne bli avgjørende. I tillegg plikter arbeidsgiver å ta hensyn til sosiale forhold, slik som forsørgerbyrde.

Rett til annet ledig passende arbeid

Dersom arbeidsgiver har annet ledig passende arbeid å tilby, så skal arbeidstaker tilbys dette. Hvis for eksempel salgsavdelingen nedbemannes, vil de ansatte der ha rett til ledig arbeid i for eksempel lageravdelingen. Dette forutsetter imidlertid at arbeidstakeren er kvalifisert for dette

arbeidet, eller kan bli det innen forholdsvis kort tid.

Oppsigelsestid

Dersom man blir sagt opp, har man rett og plikt til å arbeide ut oppsigelsestiden. Lovens utgangspunkt er at oppsigelsestiden er en måned løpende fra den første i den påfølgende måneden. Ansatte i prøvetid har normalt sett en kortere oppsigelsestid. Lengre oppsigelsestid kan følge av arbeidsavtalen (ikke sjeldent er det avtalt tre måneders oppsigelsestid), eller tariffavtalen. Ved lang ansiennitet vil også lengre oppsigelsestid følge av arbeidsmiljøloven.

Fortrinnsrett

Dersom arbeidsgiver oppbemannen innen ett år etter utløpet av den oppsagtes oppsigelsestid, har vedkommende rett til den nye stillingen dersom den oppsagte er kvalifisert for stillingen.

Saksbehandling og prosess

Det stilles strenge krav til arbeidsgivers saksbehandling i en nedbemanningssituasjon. Saksbehandlingen skal være saklig og etterprøvbart, slik at domstolene ved en eventuell rettssak kan etterprøve arbeidsgivers vurderinger.

Før arbeidsgiver fattet beslutning om oppsigelse, så skal det gjennomføres

Dersom du har spørsmål om temaet som er berørt i denne artikkelen, kan du rette disse til din tillitsvalgte eller til Ergoterapeutenes forbundskontor.



Terje Gerhard Andersen er advokat og partner i Advokatfirmaet Storeng, Beck & Due Lund DA.

ADVOKATFIRMAET
**STORENG,
BECK &
DUE LUND**

Spesialistfirmaet innen arbeidsrett og HR
www.sbd.no Tlf 22 01 70 50
Det er også vi som har skrevet
«Arbeidslivets spilleregler»



Hvilke rettigheter har en arbeidstaker i en nedbemanningssituasjon?

res et såkalt drøftelsesmøte med arbeidstaker. Formålet med drøftelsesmøtet er at arbeidstaker skal få anledning til å presentere sitt syn på saken, herunder sosiale forhold som kan få innvirkning på oppsigelsevurderingen, for eksempel forsørgelsesbyrde eller sykdom i familien. Selv om det ikke følger direkte av loven, bør arbeidsgiver avholde møter også på et tidligere tidspunkt. I disse møtene skal arbeidsgiver kartlegge de ansatte i henhold til utvelgelseskriteriene, for eksempel kompetanse.

I offentlig sektor skal arbeidsgiver også gi forhåndsvarsel etter forvaltningsloven.

Dersom oppsigelse besluttet, skal denne gis skriftlig og overrekkes arbeidstaker enten personlig eller per rekommandert sending. Oppsigelsen skal inneholde nærmere bestemte opplysninger slik som søksmålsfrister, rett til å kreve forhandlinger med videre. Dersom oppsigelsen ikke oppfyller strenge formkrav, er utgangspunktet at den skal kjennes ugyldig; det vil si at den ikke får noen virkning, og arbeidsforholdet består fram til arbeidsgiver eventuelt gir ny form-riktig oppsigelse.

Attest

Alle som blir sagt opp, har krav på attest. Attesten skal som et minstekrav inneholde arbeidstakers navn, fødselsdato, hva arbeidet har bestått i og arbeidsforholdets varighet. Det er selvsagt ikke noe i veien for at attesten gjøres mer utførlig.

Etterfølgende forhandlinger

Hvis arbeidstaker mener oppsigelsen

ikke er saklig begrunnet, kan hun kreve forhandlinger. Krav om forhandlingsmøte må fremsettes innen fjorten dager etter at oppsigelsen ble mottatt. Det kan være aktuelt å kreve forhandlinger for eksempel når man mener at arbeidsgiver ikke har fulgt utvelgelseskriteriene på riktig måte: A har blitt sagt opp, selv om hun er atskillig bedre kvalifisert enn B.

Formålet med et forhandlingsmøte er å se om partene kan komme til enighet. Ikke sjeldent blir man enig om en minnelig løsning, for eksempel at arbeidstaker fritas arbeidsplikten i oppsigelsestiden og deretter får tre måneders etterlønn. Det finnes ikke noen «fasit» på hva som er en god pakke, eller hvor mye man kan oppnå. Dette varierer fra sak til sak.

Søksmål

Dersom man ikke oppnår enighet gjennom forhandlinger, kan arbeidstaker ta ut søksmål for domstolene med påstand om å få jobben tilbake og/eller erstatning. Dersom man ønsker jobben tilbake, må søksmål tas ut innen åtte uker fra forhandlingenes avslutning. Hvis man derimot kun ønsker erstatning, må søksmål tas ut innen seks måneder. Arbeidstakere som tar ut søksmål for å få jobben tilbake, vil i utgangspunktet ha rett til å bli stående i stillingen utover oppsigelsestiden og frem til rettskraftig dom foreligger.

Søk bistand

Dersom du står i fare for å bli nedbemannet, vil vi oppfordre deg til å søke bistand og rådgivning hos din lokale tillitsvalgte. Denne vil igjen vurdere hvorvidt fagforeningen sentralt skal kobles inn. Ovenfor har vi kun gitt en kort oversikt over hovedprinsippene. Det er mange detaljer å holde styr på, så det kan være vel anvendt tid å søke hjelp – i tide. Lykke til!

NB: I denne artikkelen har vi kun behandlet oppsigelser i privat og kommunal sektor, samt helseforetakene - ikke statlig sektor. I staten er stillingsvernet regulert av tjenestemannsloven, som har noen avvikende ordninger, men hovedprinsippene er stort sett de samme.



Redusert eller ingen armstyrke? Vi kan hjelpe.

- ROBOTARM
- DYNAMISKE ARMSTØTTER
- SPISEHJELPEMIDLER

Hjelpemidler utviklet for å hjelpe personer med begrenset eller ingen armstyrke til å kunne mestre daglige gjøremål som å spise, drikke, betjene PC, pusse tenner, klø seg på nesa m.m.



foto: Kim Törnänen

Omgivelseskontroll

Hjelpemidler som gir bevegelsehemmede muligheter til å styre deler av sine omgivelser som dører og vinduer, lys og gardiner, seng, tv og stereoanlegg, telefon og dørtelefon m.m.



telefon 37 11 99 50
 telefaks 37 11 99 51
 e-post: firmapost@picomed.no
www.picomed.no

Hva slags forsikring trenger du?

Flere enn seksti tusen nordmenn rammes av alvorlig sykdom hvert år. Mange tusen blir utsatt for ulykke. Noen dør, noen blir helt eller delvis arbeidsuføre, noen blir helt friske igjen. Du kan kjøpe forsikring som lindrer de økonomiske virkningene av sykdom, ulykke og dødsfall.

AV ROAR HAGEN

Det vanskelige spørsmålet er: Hva slags forsikring skal du kjøpe?

Ergoterapeutenes forsikringskontor gir deg her en oversikt over de mulighetene du har til å dekke dine personforsikringsbehov til gunstig pris og med gode vilkår gjennom våre avtaler.

Disse personforsikringene har vi:

- Kritisk sykdom
- Uføreforsikring
- Livsforsikring
- Ulykkesforsikring

Du kan kjøpe de tre førstnevnte forsikringene både for deg selv og for ektefelle/samboer/registrert partner. Dere kan velge dekning uavhengig av hverandre, og begge må levere helseerklæring for å bli med i forsikringene.

Kritisk sykdom

Denne forsikringen gir engangserstatning om du blir rammet av en alvorlig sykdom som er dekket av vilkårene. Se hvilke sykdommer som er dekket i faktaboksen.

Rask utbetaling

Fordelen med denne forsikringen er at forsikringssummen blir utbetalt veldig raskt og er et godt supplement til uføreforsikringen. Etter at diagnosen er endelig stilt, operasjon er gjennomført, eller du er oppført på venteliste for operasjon, er utbetalingen på konto i løpet av kort tid.

Inntil 1 million

Kritisk sykdom kan du kjøpe med forsikringssum fra kr 200 000 (en kloss) til kr 1 million (fem klosser).

Kjøp før du blir seksti

Du kan kjøpe kritisk sykdom til utgangen av det år du fyller 60 år, og du kan ha den til utgangen av det året du fyller 67 år.

Prisen er avhengig av din alder og hvor stor dekning du ønsker. Det er samme pris for medlem og ektefelle/samboer/registrert partner.

Pris

Her er noen priseksempler for ulike aldersintervaller:

T.o.m.	
30 år	kr 358
36 - 40 år	kr 658
46 - 50 år	kr 1410
56 - 60 år	kr 3265

Dette er prisen per år per kloss på kr 200 000.

Uføreforsikring

Uføreforsikringen utbetales ikke så raskt som kritisk sykdom. Hovedregelen er at uføerstatning utbetales som en engangserstatning, dersom du blir minst femti prosent varig arbeidsufør. Retten til uføerstatning inntreffer på det tidspunkt folketrygden gjør vedtak om å innvilge minst femti prosent uførepensjon. Det er en prosess som kan ta flere år.

Retten til uføerstatning inntreffer imidlertid også dersom du har mottatt minst femti prosent arbeidsavklaringspenger i henhold til Lov om folketrygd i minst 36 måneder sammenhengende, og er tilstått minst femti prosent arbeidsavklaringspenger for ytterligere 12 måneder, direkte etter 36-månedersperioden.

Uføreforsikringen kan kjøpes med dekning for 12 G (kr 1 022 940 per 01.05.2013) eller 24 G (2 045 880 per 01.05.2013). Du må levere egenerklæring om helse for å bli med på forsikringen.

Nedtrapping

Har du dekning på 12 G, nedtrappes forsikringssummen med 0,4 G hvert år fra det året du fyller 51 år og fram til forsikringen opphører ved utgangen av det året forsikrede fyller 60 år.

Dersom du har dekning på 24 G, nedtrappes erstatningen med 0,8 G per år mellom 51 og 60.

Pris

Her er noen priseksempler for ulike aldersintervaller:

Alder	Pris medlem	Medforsikret
T.o.m. 30 år	kr 323	kr 323
36 - 40	kr 1523	kr 1523
46 - 50	kr 3511	kr 3511

Prisen gjelder per år for 12 G. For 24 G dobles prisen.

Livsforsikring

Livsforsikring gir engangserstatning til de etterlatte dersom den forsikrede faller fra, uansett årsak til dødsfallet. Du kan forsikre deg med 12 G (kr 1 022 940) eller 24 G (2 045 880), og din ektefelle/samboer/registrert partner har samme mulighet til å kjøpe forsikringen.

Nedtrapping

Erstatningen trappes ned med henholdsvis 0,4 G (12 G) og 0,8 G (24 G) fra og med det året du fyller 51 år, og opphører fra og med det året du fyller 70 år.



Ulykkesforsikring gir en engangserstatning dersom du blir varig medisinsk invalid etter en ulykke.

Pris

Her er noen priseksempler for ulike aldersintervaller:

Alder	Pris medlem	Medforsikret
T.o.m. 30 år	kr 236	kr 236
36 - 40	kr 337	kr 337
46 - 50	kr 872	kr 872

Prisen gjelder *per år for 12 G*. For 24 G doubles prisen.

Ulykkesforsikring

Ulykkesforsikring gir en engangserstatning dersom du blir varig medisinsk invalid etter en ulykke. I forsikringsverdenen er medisinsk invaliditet definert slik:

«Legemlig funksjonstap uten hensyn til om en er i stand til å forsørge seg selv gjennom inntektsbringende arbeid.»

For å få erstatning fra uføreforsikringen, er det nedsatt arbeidsevne som gjelder; for ulykkesforsikringen er arbeidsevnen uten betydning. Da er det omfanget av den

fysiske skaden som teller. Man kan altså få en varig medisinsk invaliditetsgrad som følge av en ulykke, men være 100 prosent arbeidsfør.

Dekning

Dekningen på ulykkesforsikringen er inntil 45 G (kr 3 836 025 per 01.05.2013) og dekker medlem, ektefelle/samboer/registrert partner og barn under 21 år. Forsikringssummen er avhengig av familiesammensetning på skadetidspunktet.

Erstatningen følger invaliditetsgraden. Blir du for eksempel 20 prosent invalid, får du 20 prosent av forsikringssummen utbetalt.

Du kan også få erstatning etter benbrudd og brannskader, og dagpenger ved sykehusopphold utover fem døgn.

Ulykkesforsikringen er frivillig og kommer i tillegg til den obligatoriske ulykkesforsikringen. Det er ingen samordning eller avkortning av erstatningene selv om du har begge dekningene. ☐

Kritisk sykdom

Disse sykdommene kan dekkes under kritisk sykdom:

- | | |
|------------------------|------------------------|
| • Hjerteinfarkt | • Nyresvikt |
| • Hjerneslag | • Store brannskader |
| • Hjernesvulst | • Tap av armer/ben |
| • Multippel sklerose | • Hjerteroperasjon |
| • Alvorlig kreftsykdom | • Angioplastikk |
| • Motornevronsyndrom | • Organtransplantasjon |
| • Permanent lammelse | |
| • Blindhet | |
| • Døvhets | |
| • Tap av taleevnen | |

Noen forskjeller mellom kritisk sykdom og uføreforsikring

Kritisk sykdom

Til 67 år

Rask utbetaling

Maks kr 1 million

Dekker ikke ulykke, bortsett fra alvorlig brannskade

Uføreforsikring

Til 60 år

Kan ta noe lengre tid før utbetaling

Maks kr 2 045 880
(24 G per 2013)

Dekker uførhet også etter ulykke

Ergoterapeutene 2020 – fremtidens fagorganisasjon

Ergoterapeutene ønsker å være en tydelig og fremtidsrettet fagorganisasjon. Derfor har forbundet satt i gang et utviklingsarbeid for å sikre at forbundet er optimalt organisert. Sentralt i dette utviklingsarbeidet er en prosjektgruppe og de tilbakemeldingene som denne får fra forbundets medlemmer.

AV KARL-ERIK TANDE BJERKAAS

Landsmøtet i 2014 vil legge grunnlaget for forbundets arbeid i perioden frem mot 2018. Med jevne mellomrom må organisasjonen stikke fingeren i jorda og vurdere hvorvidt vi er hensiktsmessig organisert i forhold til det formål vi har som organisasjon og de rammebetingelsene vi opererer under.

Som en del av Ergoterapeutenes handlingsplan for 2013 settes det derfor i gang et arbeid som skal gi landsmøtet i 2014 et best mulig grunnlag for å fatte kloke og velbegrunnede vedtak om fremtidens organisering av Norsk Ergoterapeutforbund.

Bred og kompetent arbeidsgruppe

Sentralt i arbeidet med å skissere fremtidens organisasjon er en bredt sammensatt arbeidsgruppe: Den ledes av organisasjonssjef Karl-Erik Tande Bjerkaas ved forbundskontoret. For øvrig består arbeidsgruppen av:

- Synnøve Opsahl Melseth, sentralstyret
- Tove Settem, sentralstyret
- Anita Therese Rosmæl, fylkesavdelingen i Sør-Trøndelag
- Tove Holst Skyer, fylkesavdelingen i Telemark
- Rune Trætli Storvik, Friskgården Stjørdal AS
- Torunn Fagerli, Tromsø kommune
- Margrethe Øyslebø, Oslo universitetssykehus/Søgne kommune
- Anita Engeset, forbundskontoret

Innspill fra medlemmene

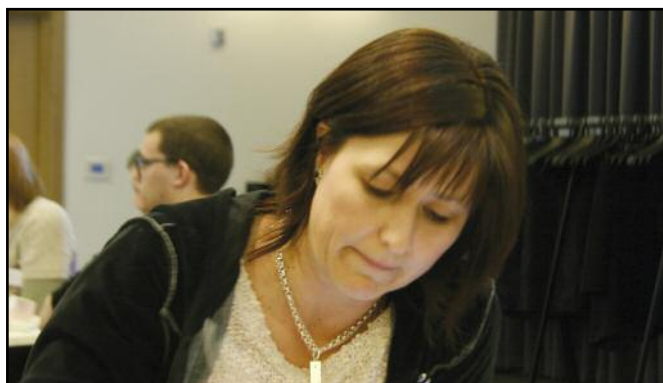
Målet med utviklingsarbeidet er å utvikle en organisasjon som rekrutterer enda bedre blant ergoterapeuter og samtidig bidrar til økt engasjement og aktivitet blant medlemmene. Organisasjonen må også styrke skoleringen og oppfølgingen av de tillitsvalgte.

Hvordan skal vi organisere oss for å få dette til? Dette er et av de spørsmålene som vi vil at våre medlemmer skal bidra til å besvare.

I løpet av høsten vil medlemmene bli oppfordret til å gi sine tilbakemeldinger om hvordan vi i fremtiden skal tiltrekke oss flere medlemmer, skape større aktivitet og forvalte våre ressurser på en så effektiv måte som mulig. □



Anita Engeset og Hanne Mosseby.



Ergoterapeutenes nestleder Synnøve Melseth.



Tove Holst Skyer.

Lederkurs

Innovasjon i kommunehelsetjenesten – 16. - 17.oktober 2013

Arrangør: Norsk Ergoterapeutforbund
Kurssted: Oslo Kongressenter, Folkets Hus
Målgruppe: Ergoterapeuter med ulikt lederansvar i kommunene

Program onsdag 16. oktober

10.00	Velkommen og introduksjon til kurset, Metter Kolsrud, forbundsleder
10.15	St. meld 26: «Morgendagens omsorg» og St. meld. 34: «Folkehelsemeldingen», Kjell Erik Øie, statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet
11.15	Fremmer Samhandlingsreformen vilkårene for innovasjon? Reidun Holm, ergoterapeut/leder for fysio- og ergoterapitjenesten i Tromsø kommune
12.00	Lunsj
13.00	Samhandling folkehelse og frivillighet; Kjersti Helene Haarr, ergoterapeut/høgskolelektor, Diakonhjemmets Høgskole, Sandnes
13.45	Frisklivssentralene og Kommunale Lærings- og mestringssentre, Cathrine Kristoffersen, ergoterapeut/prosjektleder, Tromsø kommune
14.30	Folkehelsekoordinatoren – rollen og mulighetene, Ann-Kristin Berge, ergoterapeut/folkehelsekoordinator i Tysvær kommune.
15.00	Folkehelse og forebyggende tjenester i kommunene – debatt
16.00	Slutt for dagen

Program torsdag 17. oktober

09.00	Innovasjon i kommunene, Tone Marie Nybøe Solheim, direktør for Helse og velferd, KS
10.00	Kommuneplan og påvirkningsmuligheter, Tone Østvang, kommunalsjef/ergoterapeut Malvik kommune
11.00	Innovasjonsledelse – bruker- og medarbeiderdrevet innovasjon; InnoMed/SINTEF
12.00	Lunsj
13.00	Hva vil de eldre?
13.30	Hverdagsrehabilitering – erfaring fra innføring: Ida Wolff Jacobsen ergoterapeut/prosjektleder Vestre Aker bydel, Oslo kommune
14.00	Velferdsteknologi – den nye løsningen på det meste, Toril Laberg, fagsjef/generalsekretær Norsk Ergoterapeutforbund
14.30	Utviklingsmuligheter og kompetansebehov – debatt
15.30	Slutt for dagen

Nærmere informasjon om kurset og program finner du i kurskalenderen på hjemmesiden.

Påmelding: i Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org

Påmeldingsfrist: 20.9.2013

Rekrutterte medlemmer – og vant

Tillitsvalgt i Sarpsborg kommune, Camilla Nøkleby Syvertsen, rekrutterte nye medlemmer til Ergoterapeutene og vant gratis deltakeravgift til Fagkongressen i september. En tilsvarende premie ble tildelt et av de nye medlemmene.

AV KARL-ERIK TANDE BJERKAAS

I perioden mellom første februar og første juni avviklet Ergoterapeutene en rekrutteringskampanje. Denne ga 107 nye medlemmer.

Blant disse er det trukket ut en gratis deltakeravgift på Fagkongressen i september. Den heldige vinneren av denne loddtrekningen er Siv Rabben som arbeider i Ringerike kommune. Vi gratulerer henne, og ønsker henne og de 106 andre velkomne som medlemmer.

Det var en tilsvarende loddtrekning blant de medlemmene som rekrutterte nye medlemmer. I denne loddtrekningen ble Camilla N. Syvertsen trukket ut.

Fortsett å verve

Kampanjen er over, men det er fortsatt gode grunner til å verve flere medlemmer. De fleste ergoterapeuter er medlemmer hos oss, men det er plass til flere. Rekrutterer du nye medlemmer, får du et gavekort som gir fem hundre kroner i rabatt på et av våre kurs.

Uten gode ambassadører – ingen vekst.



Camilla Nøkleby Syvertsen rekrutterte nye medlemmer til Ergoterapeutene og vant gratis deltakeravgift til Fagkongressen i september.

Ergoterapeutene tilbyr avtalegiro

Medlemmer som i dag får tilsendt faktura for å betale sin kontingent, vil i høst få tilbud om å benytte avtalegiro. Dette gjelder først og fremst medlemmer som ikke er yrkesaktive.

Tilhører du denne gruppen, vil du i høst få tilsendt faktura på vanlig måte. Når du betaler denne i nettbanken, vil du få tilbud om å ta i

bruk avtalegiro. Takker du ja, går du fra årsskiftet over på avtalegiro. Dersom du ikke tar i bruk avtalegiro ved betaling av fakturaen, kan du likevel inngå avtale om avtalegiro i nettbanken senere.

Avtalegiro er en enklere og sikrere ordning for den enkelte og enklere å administrere for forbundet. Ved avtalegiro vil det skje et

månedlig trekk fra kontoen i stedet for en større faktura to ganger i året.

Medlemmer som fortsatt ønsker papirfaktura tilsendt, vil fra årsskiftet bli belastet med et fakturagebyr på 35 kroner. Ergoterapeutene har også innført et purregebyr når vi må purre på en faktura.

Kandidater til Tillitsvalgtprisen 2013

Ergoterapeutenes representantskap skal dele ut utmerkelsen Årets tillitsvalgt i november. Har du forslag til kandidater, må du sende dem til forbundskontoret før første september.

AV KARL-ERIK TANDE BJERKAAS

Utmerkelsen deles ut til et medlem av forbundet som har gjort en vesentlig innsats som tillitsvalgt. Den kan tildeles plassstillitsvalgte, hovedtillitsvalgte og organisasjonstillitsvalgte.

Årets tillitsvalgt kan ha utmerket seg gjennom for eksempel:

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

Forslag til kandidater kan sendes til forbundet på post@ergoterapeutene.org.

Master Turner vendelaken



Vendesystem for tunge og immobile brukere.

Smertefri og skånsom vending og håndtering av tunge og immobile brukere. Kammen yttes sammen med heis for å unngå tunge løfter for personalet.

Se mer informasjon og video på www.arcus-vita.no

**Arcus
Vita**

Pb 2113, 5591 Etne
post@arcus-vita.no

Tlf 53 75 77 50
Fax 53 75 77 51

www.arcus-vita.no

permobil

C500
vs

**NÅR DU
VIL OPP Å STÅ**

ENKLERE HVERDAG
En stol med alle muligheter.

www.permobil.no

Ergoterapeuters undersøkelses- og vurderingsredskaper

24. og 25. oktober 2013 kl. 09.00 - 16.00

Arrangør: Norsk Ergoterapeutforbund i samarbeid med
Ergoterapeutene Hordaland og
Ergoterapeututdanningen i Bergen

Kurssted: Møllendalsveien 6, 5009 Bergen - AMF



Bryggen i Bergen.

Program torsdag 24. oktober

09.00 – 09.15	Velkommen
09.15 – 10.00	Helse- og velferdstjenestenes utvikling og utfordringer og ergoterapeuters praksis. Ved Anita Engeset, spesialrådgiver Norsk Ergoterapeutforbund.
10.00 – 10.15	Pause
10.15 – 11.00	Betydningen av å arbeide strukturert og benytte kvalitetssikrede undersøkelses- og vurderingsredskaper. Ved førstelektor Hanne Tuntland, Høgskolen i Bergen.
11.00 – 11.45	Funksjonsvurderinger og aktivitetsanalyser. Ved førstelektor Hanne Tuntland, Høgskolen i Bergen.
11.45 – 12.30	Lunsj
12.30 – 13.15	MoHO, og CMOP-E samt introduksjon til Canadian Occupational Performance Measure (COPM) et klient-sentrert redskap for vurdering av videre rehabilitering eller evaluering av effekt av tiltak: Hva, hvorfor og hvordan anvende? Ved Sidsel Kaland, høgskolelektor, og Helle Strømsnes, høgskolelektor, Høgskolen i Bergen
13.15 – 14.00	Fortsetter... Sidsel Kaland og Helle Strømsnes
14.00 – 14.15	Pause
14.15 – 15.00	Fortsetter... Sidsel Kaland og Helle Strømsnes
15.00 – 16.00	Diskusjon

Program fredag 25. oktober

09.00 – 09.15	Kort oppsummering fra dag 1
09.15 – 10.00	Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) og bruk av AMPS i en praktisk hverdag. Ved Irmelin Smith Eide, spesialergoterapeut i rehabilitering ved Haraldsplass Diakonale Sykehus.
10.00 – 10.15	Pause
10.15 – 11.00	Presentasjon av tester for arm/håndfunksjon og kognitiv vurdering. Ved ergoterapeuter ved Haraldsplass Diakonale Sykehus og Haukeland Universitetssykehus.
11.00 – 11.45	Undersøkelses- og vurderingsredskaper knyttet til arbeidslivet (WEIS, WRI, AWP og AWC). Ved Anita Engeset, spesialrådgiver i Norsk Ergoterapeutforbund.
11.45 – 12.30	Lunsj
12.30 – 13.15	Housing Enabler. Metodikk for kartlegging og analyse av tilgjengelighet i boliger. Ved Tina Helle, PhD-student fra Aalborg i Danmark.
13.15 – 14.00	Hva gjør ergoterapeuter i kommunen i forhold til barn, SPOT (Screening Prewriting skills Occupational Therapy)? Ved Pia Turøy, ergoterapeut i Bergen kommune.
14.00 – 14.15	Pause
14.15 – 15.00	ICF brukt i journalføring. Ved Susanne G. Johnson, høgskolelærer ved høgskolen i Bergen.
15.00 – 16.00	Diskusjon

Med forbehold om mindre endringer i programmet

Arbeidsdeltakelse

40 timers kurs i Arbeidshelse for ergoterapeuter
30. september - 4. oktober 2013

Kurset gir deltakerne innsikt i helsefremmende og forebyggende strategier med fokus på ergonomiske forhold ved arbeidsmiljøet. Kurset tilfredsstiller NAVs krav til kompetanse for å foreta arbeidsplassvurdering, og er godkjent med 40 timer meritterende for Norsk Ergoterapeutforbunds spesialistordning. I tillegg til en ukes samling med forelesninger, gruppearbeid og en praktisk gjennomføring av en arbeidsplassvurdering, omfatter kurset forberedelse og etterarbeid.

Arrangør: Norsk Ergoterapeutforbund i samarbeid med ergoterapeututdanningen ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Kurssted: Høgskolen i Oslo og Akershus, Pilestredet 48, Eva Balkes hus, Oslo



Nærmere informasjon om kurset, program og påmelding i Kurskalenderen på www.ergoterapeutene.org
Påmeldingsfrist: 31.08.2013



INNSPEL

AV ANDERS FOLKESTAD

Meir enn festtalar, takk!

Ergoterapi er etterspurt. Mange ser behovet. Brukarar erfarer at det nyttar. Ergoterapeutar gjer kvardagen betre for mange. Politikarar ser det også – til tider. Kvardagsrehabilitering er blitt eit nytt slagord, ja, ein strategi. Ein strategi for betre helse, og betre meistring. Politikarar, ikkje minst i kommunane, ser nok også at det lønner seg. Rehabilitering er nyttig også for økonomien.

Kommunane har eit hovudansvar for å gi tilbod om ergoterapi og rehabilitering. Innsatsen er mildt sagt ujamn. Somme kommunar sviktar når det manglar både plassar for rehabilitering og fagfolk. Seinast gjennom medieoppslag i sommar såg vi at plassar i Oslo står ubrukte. Det mangla pengar! Rehabilitering blei nedprioritert, til protestar frå pårørende og til stor frustrasjon for fagfolk.

Ergoterapeutar er godt vane med å høyre festtalar om kor viktig kompetansen deira er. Det er i og for seg bra. Dei er i godt selskap. Mange av medlemsgruppene i Unio kjenner seg att i festtalane.

Yrkesgrupper som arbeider med og for folk, veit dei gjer ein viktig jobb. Dei er i dialog med «jobben» sin og får direkte tilbakemelding. Dette kan vere krevjande, men medverkar også til trivsel.

Likevel blir dei dårlegare betalte enn kompetansen tilseier. Det lønner seg dårleg økonomisk å bli ergoterapeut. I statistikken kjem ergoterapeutar og førskulelærarar ut

med lågare livslønn enn ein som går rett ut i arbeidslivet etter vidaregåande. Høgre utdanning blir dårleg betalt her til lands, særleg når jobben er i offentleg sektor. Politisk blir dette ofte hevda å vere ein konkurransefordel for Noreg. Og, merkeleg nok – dette er politisk gangbart til og med i valkamptider.

For dei politiske partia er det enklare å slå om seg med den eine rekrutteringskampanjen etter den andre. Velferdsyrka må bli attraktive, heiter det på glansa papir. Og på fargerike filmsnuttar. Vel og bra. Men «alle» veit det: Dette held ikkje!

Skal viktige yrke, som ergoterapeutyrket, bli verkeleg attraktive, må lønns- og arbeidsvilkåra betrast. Det må vere studieplassar nok, ikkje for alle som søker, men for å dekke behovet for tenester. Sterk konkurranse om å bli tatt opp til relevante studiar er eit godt teikn.

Politikarane verken kan eller skal vedta lønna. Men inga regjering kan vri seg unna det overordna ansvaret. Det kan leggst til rette, det kan stimulerast. Attraktive yrke må ha gode lønns- og arbeidsvilkår, fagleg autonomi og ansvar og tid til å gjere jobben.

For dei såkalla velferdsyrka handlar det også om likestilling. I dag er kvinner i fleirtal i høgre utdanning. Premien dei får er låg lønn – lågare lønn enn menn. Framleis er det slik at kvinner flest arbeider i det offentlege, og menn i den private sektoren. Den offentlege sektoren, der politikarane er arbeidsgjevarar, betaler altså dårlegare. Lønnsgapet mellom kvinner og menn har blitt litt mindre dei siste åra. Men kvinner med høgre utdanning tener framleis om lag 80 prosent av lønna til menn med tilsvarende utdanning og kompetanse.

Det er valkamp. Vi kan bu oss på festtalar. Men forventar meir.

Forventning om mestring

– et perspektiv på aktivitetsmotivasjon blant klienter med depresjon

AV MARITA MOSTAD, MARIKEN RØSNES SKJELBRED, VELSEMØY BRÅTEN OG TORE BONSAKSEN

Abstrakt

Bakgrunn: Depresjon er en av de vanligste psykiske lidelsene. For mange personer med depressive lidelser vil mangel på motivasjon gjøre det vanskelig å komme i gang med eller opprettholde aktivitet. Lav forventning om mestring kan forklare noe av mangelen på motivasjon. Mangel på deltakelse i aktivitet vil i sin tur kunne bidra til å opprettholde depresjon.

Formål: Formålet med denne artikkelen er å belyse begrepet mestringsforventning og vise hvordan dette har relevans for ergoterapeuters arbeid med aktivitetsmotivasjon blant personer med depresjon. Eksemplene vil i hovedsak dreie seg om motivasjonsarbeid rettet mot å komme i gang med og opprettholde fysisk aktivitet, som kan være ett av mange tiltak med betydning for klienter med depresjon.

Implikasjoner for praksis: Ved å være gode rollemodeller og ved å gi mulighet for mestringserfaring i lavterskelaktivitet kan man bidra til å redusere barrierer og gi motivasjon til deltakelse i fysisk aktivitet. Høy faglig kompetanse om fysisk aktivitet bidrar til at ergoterapeuten gjennom informasjon og undervisning kan trygge klienten i utforskning av aktivitet. For ergoterapeuter som jobber ved en institusjon, er det viktig å kartlegge og planlegge overgangen til hjemmet, slik at klienten skal klare å opprettholde ønskede aktiviteter.

Nøkkelord: mestringsforventning, self-efficacy, motivasjon, depresjon, Model of Human Occupation, ergoterapi, fysisk aktivitet



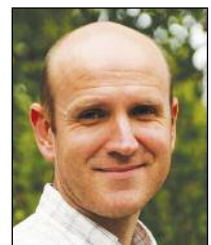
Marita Mostad arbeider som ergoterapeut på Hovseterhjemmet. E-post: marita.mostad@attendo.no



Mariken Røsnes Skjelbred arbeider som miljøterapeut i Kirkegårdsveien Bofellesskap, Bærum kommune.



Velsemy Bråten arbeider som helsesportspedagog ved Modum Bad, Vikersund.



Tore Bonsaksen er høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for helsefag, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, Oslo.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen

Depresjon – forekomst og kjennetegn

I følge rapporten «Psykiske lidelser i Norge: et folkehelseperspektiv» er de tre vanligste typene psykiske lidelser i den norske befolkningen i dag angstlidelser, depressive lidelser og rusrelaterte lidelser (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Depressive lidelser blir stadig vanligere. Det er viktig å påpeke at psykiske lidelser er sammensatte og ikke nødvendigvis opptrer hver for seg. Det er estimert at halvparten av den norske befolkningen vil få en psykisk lidelse i løpet av livet, mens rundt en av fem vil bli rammet av depresjon (Mykletun et al., 2009). Depresjon kan ramme alle, uavhengig av sosioøkonomisk status og alder, og er dominerende årsak til sykemelding. Utbetaling av sykepenges ved psykisk sykdom gir store samfunnskostnader (Kjellman, Martinsen, Taube, & Andersson, 2009).

Depresjon tilhører den gruppen psykiske lidelser som betegnes som affektive lidelser eller stemningslidelser. Sykdommen kjennetegnes ved symptomer som nedstemthet, nedsatt lyst samt nedsatt interesse, energi og selvtillit (Nyboe & Hvalsøe, 2009). Videre kan andre kroppslige forstyrrelser opptre, som søvn- og appetittforstyrrelser. Ved depresjon kan det derfor være vanskelig å ta initiativ og være sammen med andre. For mange mennesker med depressive lidelser vil mangel på motivasjon gjøre det vanskelig å komme i gang med eller opprettholde aktivitet – man kan bli mer passiv og miste interessen for aktiviteter som en tidligere pleide å gjøre (Borge, Martinsen, & Moe, 2011). Dette kan også gjelde for aktiviteter som er viktige for personen, og for aktiviteter som kan antas å være virksomme i behandling av depresjon eller for å forebygge nye depressive episoder. Et eksempel kan være fysisk aktivitet. Borge et al. (2011) beskriver at interessen for og gleden ved å delta i fysisk aktivitet ofte begrenses, da mange som sliter psykisk også er plaget av å være trette og utladet.

Aktivitetsmotivasjon

Model of Human Occupation (MoHO) er en ergoterapeutisk teori og praksismodell som forklarer hvordan menneskelig aktivitet er motivert (*viljesystemet*), organisert i hverdagsrutiner (*vanesystemet*) og basert på personens samlede kapasitet (*utførelsessystemet*) i samspill med konteksten (*omgivelsene*) (Kielhofner, 2008). Sentralt for denne systemteoretiske tenkningen er at menneskelig atferd oppstår, utvikles, opprettholdes og endres i samspillet mellom disse tre systemene og omgivelsene.

Menneskets viljesystem er spesielt interessant for ergoterapeuter som arbeider med personer som lider av depresjon, da de ofte opplever lav aktivitetsmotivasjon. Viljesystemet i MoHO består av tre komponenter: verdier, interesser og mestringsforventning. Verdier refererer til individets tanker og følelser om hva som er viktig, mens interesser refererer til det individet finner fornøylig å gjøre (Kielhofner, 2008). Den siste komponenten i viljesystemet, mestringsforventning (self-efficacy), kan defineres som troen mennesket har på sin evne til å organisere og utføre den handlingen som kreves for å oppnå et mål eller ønsket resultat (Bandura, 1997; Kielhofner, 2008). Det dynamiske forholdet mellom disse aspektene ved viljesystemet skaper, vedlikeholder og endrer personens aktivi-

tetsmotivasjon. Det er for eksempel ikke tilstrekkelig å oppfatte at en aktivitet er viktig eller morsom for å gjøre den – vi må også oppfatte oss i stand til å utføre handlingene som aktiviteten består av, før vi starter opp. Tilsvarende vil mestringsforventning være utilstrekkelig som motivasjon i seg selv. Vi gjør ikke aktiviteter bare fordi vi kan det, men fordi vi også knytter mening til aktivitetene.

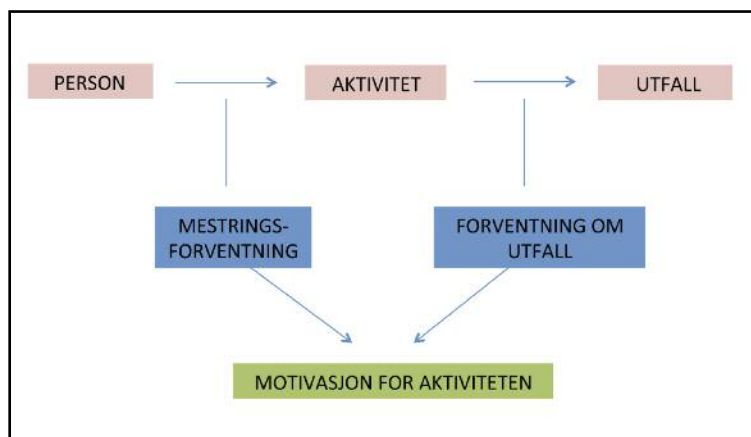
Formålet med denne artikkelen er å belyse begrepet mestringsforventning og vise hvordan dette har relevans for ergoterapeuters arbeid med aktivitetsmotivasjon hos klienter med depresjon. Eksempelene vil i hovedsak dreie seg om motivasjonsarbeid rettet mot å komme i gang med og opprettholde fysisk aktivitet, som kan være ett av mange tiltak med betydning for klienter med depresjon.

Mestringsforventning som aktivitetsmotivasjon

Depresjon er beskrevet ovenfor som en lidelse som forekommer med stor hyppighet, og som kan ha mange negative konsekvenser både for den enkelte som er rammet og for omgivelsene. Viktige konsekvenser av depresjon er knyttet til tap av motivasjon for aktiviteter, ofte også for aktiviteter som har et allment akseptert helsefremmende potensial. Kielhofners forståelse av samvirkende faktorer med betydning for aktivitetsmotivasjon er kort sammenfattet ovenfor (Kielhofner, 2008).

Teorier om motivasjon relatert til helseatferd har ofte hatt personens oppfatninger om resultatet av handlingen (Ajzen, 1988) og kontroll over dette resultatet (Rotter, 1966) som det sentrale temaet. Dette gjelder eksempelvis en mye anvendt teori som Ajzens *Theory of Planned Behavior* (1988) om planlagt atferd, hvor holdninger, normer og oppfatninger om personlig kontroll influerer på intensjonen om å gjøre noe – som igjen influerer på om personen faktisk gjør det. Banduras begrep *mestringsforventning* retter seg mot personens opplevde handlingskompetanse snarere enn mot forventninger om hva resultatet av handlingen vil være (Bandura, 1997). I tråd med Banduras teori kan en spesiell vekt legges på dette begrepet, også når det gjelder forståelsen av depresjon (Bandura, 1997). Dersom det oppstår et misforhold mellom forventninger som personen stiller til seg selv, og personens opplevde evne til å leve opp til forventningene, kan det lede til depressive reaksjoner i form av selvbebreidelser og mis-mot. I særlig grad kan dette gjelde aktiviteter som for personen har en sterk verdiladning. Å følge opp barna i deres aktiviteter kan være en spesielt sterk forventning som en far har til seg selv, og nederlaget kan oppleves sterkt om han ikke kjenner seg i stand til å mestre dette. Dersom slike nederlag i sin tur attribueres til varige mangler ved en selv, kan dette forsterke en depressiv tilstand – «jeg får det ikke til, derfor er jeg udugelig, og det er min egen skyld». Med Kielhofners (2008) terminologi vil den samme situasjonen kunne beskrives som konflikt innad i viljesystemet hos personen: Verdiane trekker ham mot aktiviteten, mens forventningen om manglende mestring trekker ham vekk fra den.

Mestringsforventning handler om spesifikke aktiviteter under spesifikke omstendigheter, og i hvilken grad personen opplever at han eller hun kan utføre disse. Slike forvent-



Figur 1. Forholdet mellom mestringsforventning og forventning om utfall. Bearbeidet etter Bandura (1997) og Takahashi (2007).

ninger beskrives gjerne med spesifikke utsagn som begynner med «jeg kan» – eksempelvis «jeg er helt sikker på at jeg kan gjennomføre en times sykkelstur med familien i helgen selv om jeg er sliten etter ukas arbeid». Det forventede resultatet av denne aktiviteten, eksempelvis at barna blir glade og fornøyde, er naturligvis viktig for om personen vil gjennomføre den. Vi utfører helst aktiviteter som vi tror kan medføre noe positivt for oss selv eller for andre. I ergoterapilitteraturen er denne dimensjonen rettet mot konsekvens ofte gitt navn som viser til det meningsbærende eller målrettede ved aktiviteter (Gage & Polatajko, 1994; Takahashi, 2007). Forventning om et positivt resultat er likevel utilstrekkelig som motivasjon, siden personen også må oppfatte seg som i stand til å utføre aktiviteten under gitte betingelser. Det er dette siste som fokuseres med begrepet mestringsforventning. Figur 1 illustrerer forholdet mellom mestringsforventninger og forventninger om resultatet av handlingen.

Eksempelutsagnet ovenfor: «Jeg er helt sikker på at jeg kan gjennomføre en times sykkelstur med familien i helgen selv om jeg er sliten etter ukas arbeid» illustrerer ulike dimensjoner ved forventninger om mestring. Det forteller noe om kravnivået i den aktuelle aktiviteten (en times tur), samtidig som det forteller hvor sterkt personen tror på egen mestring (jeg er helt sikker). Sammen med nivået av krav som stilles i aktiviteten og styrken på forventningen er generaliserbarhet et sentralt aspekt ved mestringsforventninger (Bandura, 1997). Det er imidlertid usikkert i hvilken grad et slikt utsagn lar seg generalisere, slik at det har gyldighet i flere situasjoner enn den aktuelle. Det er likevel en slik antakelse som ligger til grunn for mye klinisk praksis og vitenskapelig forskning i ergoterapi – at utføring av aktiviteter leder til mestringsopplevelser som igjen lar seg omsette i forventning om mestring av nye aktiviteter, eller om mestring i nye omgivelser (Dickerson & Fisher, 1997; Ferguson & Trombly, 1997; Takahashi, 2007).

Likevel viser klinisk erfaring at det ikke alltid er slik. Forskningsstudier har også pekt på hvordan mestring av aktiviteter mens behandlingen pågår i noen tilfeller ikke får positive ringvirkninger etter behandling. Manglende forventning om mestring av disse aktivitetene i det nye miljøet har vært pekt på som en viktig forklaringsfaktor (Gage &

Polatajko, 1994; Gage, Noh, Polatajko, & Kaspar, 1994). Erfaring med fysisk aktivitet i klinisk praksis med klienter med depresjon har vist at om personen har innarbeidet en rutine med fysisk aktivitet i behandlingen, så bør mulighetene og utfordringene i hjemmemiljøet kartlegges, dersom målet er å opprettholde aktivitet. Slik vil barrierer reduseres og utfordringer bekjempes lettere. Samhandling mellom ulike nivåer i helsetjenesten og ettervern som oppmuntrer til og legger til rette for fysisk aktivitet er viktige tiltak videre i rehabiliteringsprosessen for personer som trenger hjelp til å opprettholde tro på egen mestring og øke sin deltakelse i aktiviteter i sitt lokalmiljø. Betydningen av støtte fra andre personer kan være stor. Støtte kan øke personens forventning om mestring både i form av *verbal overtalelse* fra andre, og ved at personen lærer ved å se andre utføre og mestre aktiviteten (*modellering*) (Bandura, 1997). Spesielt i faser preget av stor forandring, slik som i situasjonen beskrevet ovenfor, kan det synes som om støttende bidrag fra andre er viktige for å øke mestringsforventninger. Faktorer som i ulik grad bidrar til personens forventning om mestring, er illustrert i Figur 2.

Mestringforventning og resultatforventning

Kombinasjonen av ulike forventninger om mestring og resultat av aktivitet gir grunnlag for ulike typer av responser. Lav mestringsforventning i kombinasjon med negative forventninger om resultat vil ofte gi seg utslag i resignasjon og apati, mens kombinasjonen av lav mestringsforventning og positiv forventning om resultatet av aktiviteten kan lede mot selvforakt og håpløshetsfølelse. I tråd med Bandura er dette å betrakte som en kombinasjon av oppfatninger som er nært forbundet med en depressiv innstilling. Høy mestringsforventning i sammenheng med negativ forventning om resultat kan vise seg ved personens protest eller ulike former for aktivisme, mens kombinasjonen av høy mestringsforventning og positiv forventning om resultat av aktiviteten gir optimal motivasjon for aktiviteten: Personen deltar med et produktivt engasjement, viser ambisjoner og oppfatter aktiviteten som meningsfull og tilfredsstillende (Bandura, 1997). Figur 3 illustrerer de ulike kombinasjonene av mestringsforventning og forventning om resultat.

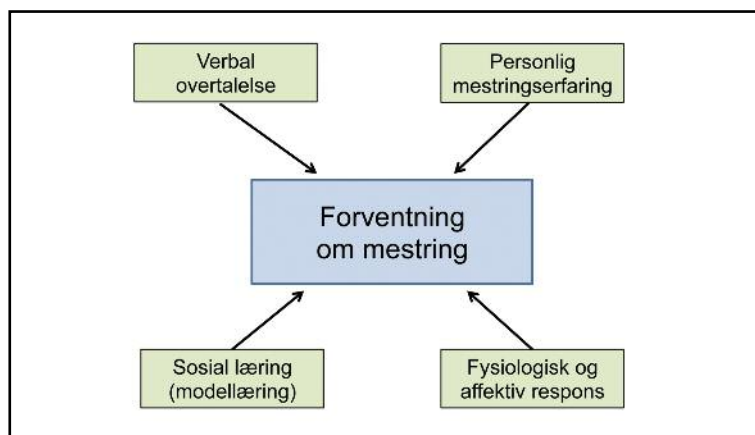
I Banduras fremstilling er altså depresjon forbundet med kombinasjonen av lav mestringsforventning og positiv forventning om resultat – personen har en forståelse av at noe vil være bra å gjøre, men oppfatter seg ikke i stand til å gjøre det. Teoretisk kan det utledes at det i en slik situasjon vil være hensiktsmessig å rette en innsats mot å øke personens mestringsforventning. Dette vil kunne bidra til produktivt engasjement og større grad av tilfredsstillende – i ergoterapifagets terminologi vil påstanden om «glede og tilfredshet gjennom aktivitet og deltakelse» relatere til samme fenomen. En forutsetning for at høyere mestringsforventning skal gi seg slike utslag, er imidlertid at aktiviteten faktisk leder til mestring og måloppnåelse (suksess), og at personen relaterer sin mestring til seg selv og sin egen innsats, og ikke utenforliggende faktorer (Bonsaksen, Lerdal, & Fagermoen, 2012; Henry & Coster, 1997).

Det er belegg for en påstand om sammenheng mellom aktivitet, mestringstro og psykisk helse, også med utgangspunkt i ergoterapeutisk forskning. En bredt anlagt studie av australske ungdommer fant at deltakelse i krevende, utfordrende fritidsaktiviteter og i sosiale fritidsaktiviteter var direkte forbundet med bedre selvfølelse og bedre psykisk helse. Forbindelsene mellom aktivitetsdeltakelse og psykisk helse var delvis også formidlet gjennom bedre mestringstro og større kompetanse på ulike livsområder (Passmore, 2003). Studiedesign uten kontrollgrupper og oppfølging over tid gir likevel ikke mulighet for å si noe konkluderende om årsakssammenhenger. Derfor er det mulig at de som har høyere selvfølelse og bedre psykisk helse er de som velger seg til både krevende og sosiale former for fritidsaktivitet. En forståelse som vektlegger et dynamisk og selvforsterkende samspill mellom mestringstro, aktivitetskompetanse, selvfølelse og psykisk helse, synes også nærliggende (Bandura, 1997; Henry & Coster, 1997; Kielhofner, 2008).

Eksempler fra klinisk praksis

Over nitti prosent av den voksne befolkningen vet om de norske anbefalingene om tretti minutters fysisk aktivitet hver dag (Ommundsen & Aadland, 2010). Anbefalingene om fysisk aktivitet er et toegget sverd som kan gi dårlig samvittighet og inaktivitet eller økt motivasjon og aktivitet. Det vil si, de fleste vet at tretti minutter med aktivitet hver dag er bra for helsen, men hvordan kan man gå fram for å finne og forme en aktivitet som vil være med på å gi mestring og måloppnåelse? Videre følger eksempler fra klinisk praksis som viser noen måter å gjøre det på.

På Modum Bad er det god erfaring med å bruke pulsklokker under enkelte treningsøkter. Pasientene blir ofte overrasket over at trening ikke nødvendigvis er blodsmak i munnen, hjertet i halsen og ben fulle av melkesyre. De ser hva som er riktig trening for seg selv, noe som kan være med på å senke barrierer for å gå i gang med fysisk aktivitet og øke opplevelsen av mestring. Et eksempel fra virkeligheten: en pasient med depresjon slet nettopp med denne dårlige samvittigheten og hadde derfor gjennomført trening i ny og ne «for samvittighetens skyld», uten å oppleve verken glede eller mestring. Etter en treningsøkt med veiledning og bruk av pulsklokke, oppdaget pasienten at hun kunne holde et lavere tempo enn antatt, og meddelte at hun for første gang på lenge opplevde glede og mestring under treningen! Disse erfaringene kan vi knytte til Banduras begrep *personlige mestringserfaringer* (Figur 2). I følge Bandura (1997) er dette den viktigste kilden til informasjon om hva en person kan få til, og dermed til tro på egen mestring. I eksemplet ovenfor ser vi at tidligere negative erfaringer kan lede til lav mestringstro og lav motivasjon for fysisk aktivitet, mens nye positive erfaringer med mestring i fysisk aktivitet kan lede til sterkere motivasjon for videre deltakelse. En annen viktig kilde til tro på egen mestring er *verbal overtalelse*; dette innebærer oppmuntring fra andre om at man innehar den nødvendige kapasiteten for å mestre den aktuelle aktiviteten. Derfor kan undervisning og individuell veiledning om trening og fysisk aktivitet være viktig for å gi personer riktig kun-



Figur 2. Kilder til mestringstro. Mestringstro dannes med utgangspunkt i fire ulike kilder: Personlig mestringserfaring, verbal overtalelse, sosial læring og personens egen fysiologiske og affektive tilstand. Figuren er bearbeidet etter Bandura (1997).

		FORVENTNINGER OM UTFALL	
		-	+
MESTRINGSTRO	+	Protest Sorg Aktivisme Miljøendring	Produktivt engasjement Aspirasjon Tilfredsstillelse
	-	Resignasjon Apati	Selv-devaluering Motløshet

Figur 3. Holdninger forbundet med kombinasjoner av ulike mestringstro og forventninger om utfall. Bearbeidet etter Bandura (1997) og Takahashi (2007).

skap og inspirasjon. Samtaler med pasienter gir også mulighet for å utforske hva fysisk aktivitet betyr for den enkelte, og i mange tilfeller har fysisk aktivitet stor verdi (Helsedirektoratet, 2010; Reynolds, 2001). Erfaringsmessig gir lystbetont fysisk aktivitet gjennom lek, styrke, koordinasjon og utholdenhet personer med depresjon en opplevelse av at de ofte klarer mer enn de forventet.

For mange personer i dagens samfunn kan presset om å være veltrent og å bruke «riktige» klær være en barriere mot å gjennomføre fysisk aktivitet innenfor en sosial sammenheng. Det impliserer at det som skal mestres, ikke er aktiviteten alene, men kanskje like mye den sosiale og den kulturelle konteksten som aktiviteten skjer i. Personen skal mestre en aktivitet, men skal også ta vare på sitt selvbylde i møte med en kultur som stiller krav om sosial vellykkethet. Alternativer til fysisk aktivitet på treningsstudio – som kan representere en arena hvor nettopp denne typen krav kommer til uttrykk – kan være å bruke naturen som arena med for eksempel hinderløyper, styrketrening på stubber, steiner og med strikk, eller å gå en tur i skogen. Når det gjelder bekledning, er det viktig at man som helsepersonell er klar



Sosial støtte, undervisning og informasjonsarbeid, gode rollemodeller, utforskning av barrierer for aktivitet og mulighet for mestringserfaringer i lavterskelaktivitet er tiltak som kan redusere barrierer og gi motivasjon til å drive fysisk aktivitet. (Illustrasjonsfoto)

over at man blir en rollemodell. To aspekter ved bekledning synes viktige å understreke: Aktivitetslederen vil gjennom veiledning og gjennom sin egen bekledning kunne gi hjelp til å velge hensiktsmessige klær for personer som er uvante med å kle seg riktig for fysisk aktivitet. Samtidig vil han eller hun ha mulighet til å korrigere det som kan oppleves som et kulturelt press mot å ha «riktige» klær, slik dette kan være definert gjennom mote og reklame. Vanlige, bevegelige klær fungerer fint – helt uten fordyrende merkevaersymboler.

Implikasjoner for praksis

Sosial støtte, undervisning og informasjonsarbeid, gode rollemodeller, utforskning av barrierer for aktivitet og mulighet for mestringserfaringer i lavterskelaktivitet er tiltak som kan redusere barrierer og gi motivasjon til å drive fysisk aktivitet (Ommundsen & Aadland, 2010; Reynolds, 2001). Trivsel i kroppøvingstimene på skolen har vist seg å påvirke aktivitetsnivået i senere år, der de som trivdes dårlig i kroppøvingstimene i større grad er inaktive som voksne. Derfor anbefales det at personell som leder aktivitet bør ha en høy faglig kompetanse for å kunne legge til rette for fysisk aktivitet blant personer som har negative erfaringer med dette fra tidligere. I over 150 kommuner er det nå opprettet Frisklivssentraler, som har fokus på oppfølging, lavterskelaktivitet og sosial tilhørighet. Den psykiatriske helsetjenesten i kommunen kan også ha tilbud om fysisk aktivitet både som gruppetilbud (eksempelvis gågrupper og turgrupper) og individuelle tilbud (treningskontakt). Dette er lokalt baserte tiltak som kan være spesielt godt egnet til å bidra til aktivitet blant personer med psykiske helseproblemer som depresjon, ved at de bygger

på kunnskap om aktivitet, om ofte erfarte barrierer mot deltakelse i aktivitet, og om hvordan barrierer knyttet til forventninger om ikke å mestre, kan endres. Når en plan for fysisk aktivitet utarbeides, bør den bygges rundt individets viljesystem og mestringsforventning. □

Reference List

- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Bonsaksen, T., Lerdal, A., & Fagermoen, M. S. (2012). Factors Associated with Self-Efficacy in Persons with Chronic Illness. *Scandinavian Journal of Psychology*, 53(4), 333-339. doi:10.1111/j.1467-9450.2012.00959.x.
- Borge, L., Martinsen, E. W., & Moe, T. (2011). *Psykisk helsearbeid: Mer enn medisiner og samtalerapi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Dickerson, A. E., & Fisher, A. G. (1997). Effects of familiarity of task and choice on the functional performance of younger and older adults. *Psychology and Aging*, 12, 247-254.
- Ferguson, J. M., & Trombly, C. A. (1997). The effect of added purpose and meaningful occupation on motor learning. *American Journal of Occupational Therapy*, 51, 508-515.
- Gage, M., Noh, S., Polatajko, H., & Kaspar, V. (1994). Measuring perceived self-efficacy in occupational therapy. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(9), 783-790.
- Gage, M., & Polatajko, H. (1994). Enhancing occupational performance through an understanding of perceived self-efficacy. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(5), 452-461.
- Helsedirektoratet. (2010). *Fysisk aktivitet og psykisk helse – et tipshefte for helsepersonell om tilrettelegging og planlegging av fysisk aktivitet for mennesker med psykiske lidelser og problemer*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Henry, A. D., & Coster, W. J. (1997). Competency beliefs and occupational role behavior among adolescents: Explication of the personal causation construct. *American Journal of Occupational Therapy*, 51(4), 267-276.
- Kielhofner, G. (2008). *A Model of Human Occupation. Theory and application*. (4 ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kjellman, B., Martinsen, E. W., Taube, J., & Andersson, E. (2009). *Aktivitetshåndboken - Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). *Psyriske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv* (Nasjonalt folkehelseinstitutt-rapport nr. 8). <http://www.fhi.no/dokumenter/68675aa178.pdf>.
- Nyboe, L., & Hvalsøe, B. (Eds.). (2009). *Lærebog i psykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter*. København: Munksgaard.
- Ommundsen, Y., & Aadland, A. A. (2010). *Fysisk inaktive voksne i Norge*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Passmore, A. (2003). The occupation of leisure: Three typologies and their influence in mental health in adolescence. *Occupational Therapy Journal of Research*, 23(2), 76-83.
- Reynolds, F. (2001). Strategies for facilitating physical activity and wellbeing: A health promotion perspective. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(7), 330-336.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-20.
- Takahashi, K. (2007). Self-efficacy and outcome expectancy: Analysis of theory and measurement in occupational therapy. *Asian Journal of Occupational Therapy*, 6, 23-34.



Varmehjelpemidler

Norges største utvalg av standard og spesialtilpassede varmhjelpemidler.

Minittech leverer det meste fra hansker, votter til sokker, sko, såler og strøper med innsyddde varmekabler som drives av små, oppladbare batterier. Vår nye teknologi gjør våre hjelpemidler til de sikreste på markedet.



minitech

Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad
Tlf. 62 57 78 00 - www.minitech.no





X850

NÅR DU

VIL KJØRE LITT LENGRE



STERKERE OG RASKERE

For tøff kjøring ute.

www.permobil.no

Alpakka i dyreassistert intervensjon

Sommeren 2011 ble jeg med i et pilotprosjekt hvor alpakkaer ble brukt i intervensjon for barn og voksne med psykiske lidelser og utviklingshemninger.

TEKST BIRGIT STØVERUD JOHNSRUD

Jeg har vokst opp på gård og har alltid hatt en drøm om å kombinere arbeid med mennesker og dyr. Da jeg i 2006 flyttet på gård i Eidsvoll, var jeg et skritt nærmere drømmen.

I 2011 hadde jeg femti prosent stilling som barneergoterapeut i Eidsvoll kommune. I tillegg jobbet jeg med eldre og andre oppgaver det var naturlig å bruke mine ressurser på. Den sommeren ble jeg kontaktet av Heike Köhler-Aanesen med forespørsel om deltakelse i et pilotprosjekt med bruk av alpakka i dyreassistert intervensjon.

Köhler-Aanesen driver Norvetia Alpakka. Hun er utdannet veterinær og har spesialisert seg på alpakkaer. Nå ønsket hun å se nærmere på hvordan man kunne benytte alpakkaer i intervensjon for barn og voksne med ulike former for psykiske lidelser og utviklingshemninger.

Det skulle være tre deltakere i studiet med hvert sitt prosjekt. Hver deltaker skulle delta på kurs i alpakkahold samt kurs i dyreassistert intervensjon. For meg innebar dette prosjektet en mulighet til å realisere den lenge etterlengtede drømmen. På gården hadde vi allerede kuer, katte og en hund. Etter å ha søkt kunnskap om hva alpakkahold innebar, bestemte jeg meg for å satse på å få virkelig gjort drømmen min. Jeg søkte permisjon fra min stilling som ergoterapeut i Eidsvoll kommune og etablerte Johnsrud Gård – Inn på tunet.

Høsten 2011 ankom alpakkaene, og arbeidet med pilotprosjektet og etablering av «Inn på tunet» ble igangsatt. Hovedmålet med tilbudet var å gi brukerne gode opplevelser som fremmer helse og følelsen av å være til nytte. Det skulle skje gjennom å tilrettelegge for sosial deltakelse, samvær med dyr samt en følelse av mestring gjennom praktisk arbeid på gård.

Godt egnet

Dyreassistert Intervensjon er et samlebegrep for dyreassistert terapi og dyreassistert aktivitet. Dyreassistert tera-

pi innebærer at personell innen helsevesenet bruker et trent dyr som en del av jobben. Dyret blir en integrert del av en målrettet intervensjon eller et behandlingsopplegg. Dyreassistert aktivitet innebærer at dyr som fyller visse kriterier bringes til ulike institusjoner. I motsetning til dyreassistert terapi, hvor opplegget gjennomføres av terapeut, kan dyreassistert aktivitet utføres av alt fra spesielt utdannede fagfolk til frivillige lekfolk.

Etter min mening gjør alpakkaens størrelse, utseende og væremåte den godt egnet til dyreassistert intervensjon. Alpakkaene er intelligente og kan, i likhet med andre dyr, trenes opp til å leies på tur i grime eller ledes gjennom hinderløype. De har et rolig gemytt og beskrives som sjarmende og litt tilbakeholdne. Lydene de kommuniserer med, er stille og behagelige. Alpakkaen er et flokkdyr og responderer på ulik atferd. For å oppnå kontakt med dem, kreves det at man tar seg tid. På den måten «tvinger» alpakkaen brukeren til å senke skuldrene og til å puste. Alpakkaene er også svært nysgjerrige og vil derfor alltid forsøke å ta kontakt, men de oppleves sjelden som påtrengende.

Klare rammer

Brukerne som ble inkludert i min del av prosjektet, hadde ulike diagnoser som angst, autisme, ADHD og andre former for personlighetsforstyrrelse.

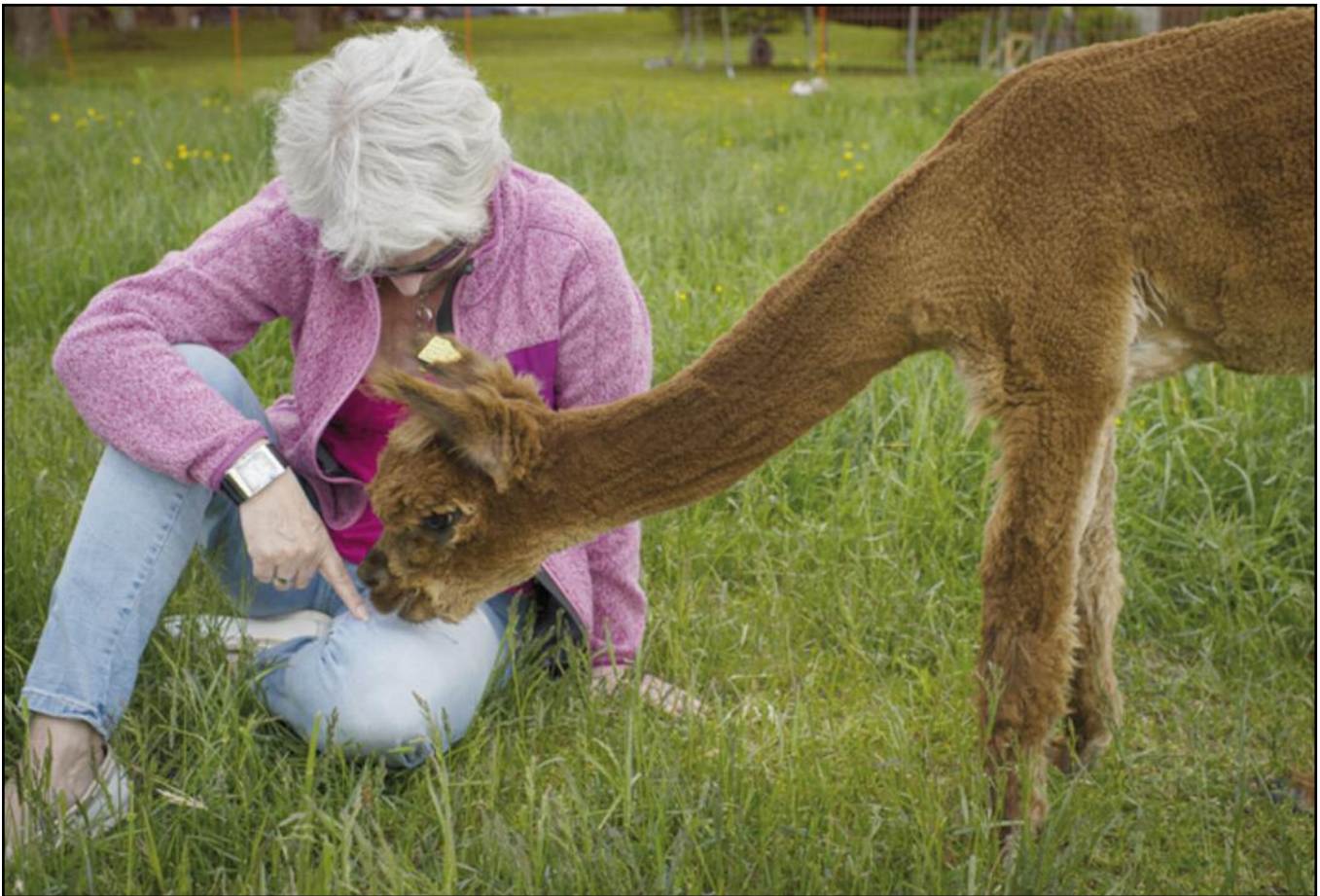
Prosjektet hadde klare rammer. Brukerne skulle være sammen med alpakkaene i opptil en time. Köhler-Aanesen hadde utarbeidet et spørreskjema med spørsmål som skulle besvares etter oppholdet. Eksempler på spørsmål jeg skulle besvare i samarbeid med bruker og eventuelt ledsager, var: «Hvordan tror du brukeren har opplevd samspillet med alpakkaen i dag?» eller «har du hatt inntrykk av at brukeren har opplevd noen positiv effekt eller mestring i forbindelse med dyreassistert intervensjon?». Spørsmål til brukeren var: «Hva liker du å gjøre sammen med alpakkaene?» og «Tror du alpakkaene liker deg?». Spørsmål til foresatte kunne være: «Hvordan har du opplevd alpakkaaktiviteten for denne brukeren?»

Skjemaet avslutter med noen spørsmål til den ansvarlige for dyreassistert intervensjon: «Hvordan opplevde du dyreassistert intervensjon med alpakkaene generelt?», «har du selv fått et positivt forhold til alpakkaene?» og «tror du deltakerne hadde utbytte av dette tilbudet?»

Basert på svarene fra spørreskjemaene var konklusjonen at det var et spennende første møte mellom brukerne



Birgit Støverud Johnsrud var utdannet ergoterapeut i 1998, og har blant annet erfaring med arbeid med barn og unge. I dag driver hun firmaet Johnsrud Gård – Inn på tunet.



Alpakkaen er forsiktig i sin tilnærming til oss – når roen senker seg, tar den gjerne kontakt.

Foto: Stine - Mari Falstad

og alpakkaene. Brukerne deltok i aktiviteter med alpakkaene. De startet med å observere dem, mate dem, klappe og berøre dem og ta dem med på tur. Dette var aktiviteter som alle deltakerne gjennomførte. Slik jeg ser det i etterkant, er jeg ikke i tvil om at samvær med alpakkaene kan ha en beroligende og positiv effekt for mange brukergrupper.

Allerede etter å ha møtt alpakkaene første gang, ga alle brukerne uttrykk for at de ønsket kontakt med dem. De fleste likte godt at alpakkaen kom bort til dem og snuste, og det å berøre dem og håndmate dem var også positivt. Etterpå gav flere av brukerne uttrykk for at de følte seg akseptert og likt av alpakkaene. Etter noen gangers besøk var det tydelig at samværet med dyrene førte til at brukerne tok tilbakemeldinger fra dyrene. Interessen for å oppnå kontakt med alpakkaene førte til en bevissthet blant brukerne som førte til at de lærte noe om samspillet med dem.

I etterkant kan jeg si at prosjektet dyreassistert intervensjon med alpakka må anses som vellykket. Det er oppnådd økt kunnskap på dette feltet også her i Norge. Deltakerne hadde gjennomgående positivt utbytte av samværet med dyrene via opplevelse av mestring, sosial kontakt og aktivisering. Det ble samlet erfaringer som kan videreformidles til andre som vil arbeide med dyreassistert intervensjon med alpakka. For egen regning kan jeg si at prosjektet har gitt mersmak og ført til at jeg stadig utvider tilbudet til å omfatte flere brukere. □



Skogstur med alpakkaene.

Foto: Stine - Mari Falstad



Sakset fra media

Mer hverdagsrehabilitering

Stadig flere kommuner satser på hverdagsrehabilitering. 4. juli skrev Farsunds Avis at Farsund kommune har fått 500 000 kroner fra Helsedirektoratet til et prosjekt for å innføre hverdagsrehabilitering. – En gladsak, kommenterer kommunalsjef for helse og omsorg i Farsund, Anne-Margrethe Tjøtta Johnsen.

Jenteseilerne til EM i helga

18. juli skriver Næravisen Øyene om skipper og ergoterapeut Siri Kamfjord (30) som med sitt mannskap skal seile «Team Drømmen» inn i EM i København. Båten er den eneste rene jentebåten i Norge og den eneste jentebåten som stilte i klassen for store kjølbåter. Kaptein Kamfjord arbeider til daglig i Nesodden kommune som ergoterapeut for barn og unge - og seiler på kveldene.

Et av landets letteste studier å komme inn på

20. juli skriver Stavanger Aftenblad om resultatet av hovedopptaket for høyere utdanning. Avisen kunne også medele at Ergoterapi er et av landets ti enkleste studier å komme inn på. Ergoterapeututdanningene er i

godt selskap med blant annet reiselivsledelse, pedagogikk og medieproduksjon.

Trenger et bedre rehabiliteringstilbud

I Haugesunds Avis kan vi onsdag 7. august lese om Rehabiliteringskonferansen. Her var et av temaene hvordan brukere skal følges opp og tilbakeføres til et velfungerende liv. – Vi ser at livsstilssykdommer blir vanligere. Folk lever lengre og sliter ut kroppen sin. Vi redder flere for tidlig fødte barn, og vi overlever flere livstruende, akutte skader, sa Jonas Gahr Støre. Han ønsket både å trappe opp rehabiliteringstilbudet og løfte hverdagsrehabilitering.

Margit ga Erna råd

I Avisa Nordland kan vi 9. august lese at Margit Larsen på 91 år gir Erna Solberg gode råd om hverdagsrehabilitering. – Å få ta del i dette prosjektet er noe av det fineste som har skjedd meg. Det har vært et eventyr, og jeg er svært takknemlig for at jeg fortsatt bor hjemme, sier Larsen. Erna Solberg mener at hverdagsrehabilitering er et godt eksempel på fremtidsrettet eldreomsorg.

Hvilke rettigheter har du?

Husk Compendia – Oppslagsverk om lønns- og arbeidsforhold.

På vegne av tillitsvalgte og medlemmer abonnerer Norsk Ergoterapeutforbund på Compendia. Compendia er en juridisk kunnskapsbase innen HMS og arbeids- og trygderett for privat sektor.

Compendia er organisert etter emner og skrevet i et presist, men lett forståelig språk. I tillegg finnes alle nødvendige lover og forskrifter som benyttes i arbeidslivet.

Sjekk ut www.ergoterapeutene.org/compendia.



Mange mennesker, uansett alder, har behov for støtte i det daglige for å klare seg mest mulig selvstendig hjemme.

Homebasic er en trygghetspakke for den som har et sammensatt behov innen tids- og hukommelsesstøtte, omgivelseskontroll og varsling.



Les mer på vår hjemmeside
www.abilia.no

ABILIA AS Tel 37 14 94 50 | info@abilia.no | www.abilia.no



BESØK OSS PÅ
FAGKONGRESSEN

Netti® | Dynamic System

RULLESTOLEN TILPASSER SEG BRUKERENS BEVEGELSER

Med en standard rullestol kan det være vanskelig å tilby brukere med et ufrivillig bevegelsesmønster (spastisitet) en god sittestilling over tid. Med Netti Dynamic System blir brukeren ført tilbake til den opprinnelige sittestilling, etter ekstensjonen. Det som sikrer den gode sittestillingen er synergien mellom benstøttene, rygg, setet og hodestøtte.

Rullestolen er dynamisk og følger hele kroppens bevegelse.



Netti®
BY ALU REHAB™



Bokomtale

Pasientopplæring – Kompetanse – Veivalg – Lederskap

Læring og mestring ved langvarig sykdom og funksjonssvikt har stått på «helsekartet» fra slutten av nittitallet. Denne boken tar for seg hvordan opplæring av pasienter og foresatte kan gi et godt læringsutbytte.

AV ELSE MERETE THYNESS

Når sykdom rammer, trenger pasienter og pårørende kunnskap for å mestre livssituasjonen. Opplæring er en av helseforetakenes lovpålagte oppgaver, og betydningen av opplæring og kunnskap side-stilles med medisinsk behandling. For å legge et grunnlag for leseren, tar boken for seg flere sentrale begreper, særlig kunnskap og mestringskompetanse. Den vektlegger hva som sikrer læring, og hvordan læringstilbud utvikles, gjennomføres

og evalueres. Dette krever at en er villig til å løfte hverdagerfaringer som helt nødvendig kunnskap.

Boken er skrevet av Egon H. Vifladd og Liv Hopen. Hopen er fagbokforfatter og har praksis som ergoterapileder i sykehus. Hun var den første lederen for Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom. Hun var også en aktiv pådriver i oppstarten av de 36 første Lærings- og mestringssentrene i Norge.



Forfattere: Egon H. Vifladd og Liv Hopen

Illustratør: Knut A. Berg

Forlag: Kolofon

Utgitt: 2013

Antall sider: 280

Opplag: 1 (2013)

ISBN10:8230010161

ISBN13:9788230010167

Raskere tilbake

«Raskere tilbake» er en av de mest betydningsfulle satsningene på å få sykemeldte tilbake i arbeid i Norge. Evalueringen av denne satsningen er derfor viktig for alle som jobber innenfor dette fagfeltet.

AV ELSE MERETE THYNESS

Dette er den andre delrapporten fra forskningsprosjektet «Evalueringen av Raskere tilbake».

Evalueringen ble organisert gjennom PreSenter-samarbeidet og utføres av International Research Institute of Stavanger (IRIS) i samarbeid med Høgskolen i Oslo og Akershus (HIOA) og Universitetet i Stavanger (UiS) på oppdrag fra Arbeidsdepartementet.

Rapporten er skrevet av Lisebet Skeie Skarpaas, Randi Wågø Aas og John Erik Berg og beskriver hvilke erfaringer og oppfatninger ulike typer eksperter og aktører har på oppfølging av sykemeldte etter fem år

med ordningen «Raskere tilbake».

Rapporten har fokus på erkjente problemstillinger og endringsforslag. Den gjennomgår aktørenes vurdering av «Raskere tilbake»-ordningen og er basert på svarene fra 609 deltakere som ble bedt om å ta stilling til 93 påstander.

Det var enighet blant aktørene om at satsningen på tilbud til sykemeldte har bidratt positivt og bør videreføres. Studiens hovedfunn viser at de største utfordringene fremover er å finne modeller for samhandling mellom de tre hovedaktørene arbeidsplassen, NAV og helsetjenesten, styrke kravene til tilbudene, samt utvikle og iverksette strategier



Rapport: Eksperter erfaringer og synspunkter om oppfølging av sykemeldte og Raskere tilbake-ordningen. En Delphi-studie i to runder. Rapport 2013 nr 9. Oslo og Akershus.

for bruken av kunnskap innen fagområdet.

A large, dark blue silhouette of a tree stands against a light blue background. The trunk and its three main branches are filled with numerous small, white icons. These icons represent a wide array of subjects: science (telescope, microscope, atom, planet Saturn, skull and crossbones), technology (computer monitor, laptop, smartphone, keyboard, mouse, server rack, satellite dish), education (graduation cap, open book, diploma), medicine (heart with pulse line, DNA helix, biohazard symbol, syringe, pills), biology (globe, magnifying glass over a cell, heart), and general knowledge (radioactive symbol, recycling symbol, gears). The overall composition suggests a holistic view of modern education or research encompassing multiple disciplines.

41

«På vent, men fortsatt håp»

En kvalitativ studie av hverdagslivet etter hjerneslag

AV MONICA RISVIK BUSETH.

«Waiting, but Still Hoping» A Qualitative Study of Every Day Life after a Stroke.

Abstract

Purpose: The aim of this study is to examine how people suffering from a stroke experience and manage every day life activities after rehabilitation in a hospital.

Introduction: Stroke is one of the main causes of death and disabilities in Europe. Research shows that it causes cognitive and physical disabilities, and has a substantial effect on social participation, quality of life and return to work. The rehabilitation process often takes time, and everyday life is an important arena in this process to perform activities and enhance self-development.

Method: The study was conducted based on qualitative interviews with six informants. Four men and two women between the age of 30 and 62 participated in the study 5 to 12 months after their homecoming from hospital rehabilitation. The informants had different degrees of cognitive and physical disabilities after their injury. Further, they all live at home, either alone or with family.

Results: The study shows that life after a stroke changes dramatically and the complexity of everyday life and difficulties associated with it are emphasized. Some of the most significant changes are shown in loss of activity, mostly concerning leisure activities. Further, their ability and capacity to perform activities are diminished and priorities restructured. Some of them report that their life is on hold, and that planning the future is more difficult than before. At the time of the interview the patients are at the beginning of the rehabilitation process. Despite its demanding and long nature, the informants still express hopes for the future. They describe a life with good times and moments, progress, coping experiences, social relationships and feelings of being useful to their families and loved ones. They are solution-oriented and emphasize a focus on making the best of their current life situation. This finding is contrary to previous studies on the topic, which primarily focus on the negative aspects related to a stroke. Hence, the significant and negative consequences previously described in the literature are somewhat refuted.

Conclusion: The study concludes that a stroke and its aftermath provide challenges to the individual's experience of coping, dignity, self-esteem and everyday life. On the contrary, they also experience feelings of optimism and expectations of a normal life and return to work. The process is characterized as fluctuating between positive and negative feelings, with a reconciliation of their situation and a desire to get back to normal and their lives as they were before the stroke. Although satisfied with their treatment, it is recommended that the rehabilitation institutions to a larger extent adjust their services to individual needs. Especially, meeting the needs for younger stroke patients to regain an active lifestyle and social participation and include leisure activities in the rehabilitation. Further investigation on strokes and the impact they have on daily lives is recommended, particularly the transition process between institutional rehabilitation and rehabilitation at home.

Key Words: stroke, activities of daily lives, rehabilitation, coping, qualitative method



Monica Risvik Buseth er ergoterapispesialist i somatisk helse. Hun er ansatt som spesialergoterapeut ved St. Olavs hospital, klinikk for fysikalsk medisin og rehabilitering, avdeling for ervervet hjerneslag. E-post: monica.buseth@stolav.no

Denne artikkelen ble mottatt 29. august 2012. Den ble akseptert for publisering 14. juni 2013. Oppgitte interessekonflikter: Ingen.

Introduksjon

Hjerneslag rammer cirka femten tusen personer i Norge hvert år (1). Funksjonstap i form av ulike motoriske, kognitive og emosjonelle vansker er vanlig (2,3,4). Depresjon forekommer hyppig (5,6). Fatigue, overveldende tretthet, er en annen vanlig følgetilstand (7-10). Mange studier viser at følgevirkningene etter hjerneslag har stor innflytelse på retur til arbeid, sosial deltakelse, mestring av hverdagsaktiviteter, deltakelse i fritidsaktiviteter, samt for livskvalitet (7-17).

Etter hjerneslag kan det være en stor omveltning å tilpasse seg en ny tilværelse med endret funksjonsevne. Nyere studier av yngre slagpasienter viser at den vesentlige bedringen finner sted de første tre til seks måneder, men at bedring kan oppnås i flere år (1). Fleksible og ulike rehabiliteringstilbud vil være viktig for å bedre funksjon og etablere et meningsfylt liv (4). Langvarig, tilpasset og profesjonell oppfølging anbefales fordi bedringsprosesser tar tid, og nye problemstillinger oppstår etter hvert som funksjon gjenvinnes og den slagrammede møtes med større krav og utfordringer fra omgivelsene (2-6,7,9,11,14). I følge Wolf et al. (16) er dagens rehabiliteringstilbud i stor grad tilpasset eldres behov. IADL, fritidsaktiviteter og samfunnsdeltakelse bør vies større fokus og oppmerksomhet i rehabiliteringstilbudet til yngre, for å sikre en mest mulig selvstendig tilværelse.

Rehabiliteringsprosessen medfører endringer i hverdagsrutiner, identitet, selvtilit, roller og utførelse av aktiviteter (17). En svensk studie av livssituasjonen etter hjerneslag beskriver en opplevelse av tapt kontroll, kaos og et liv som er snudd opp-ned (2). Wallenbert og Jonsson (8) hevder at frustrasjon, dilemmaer og anstrengelse ved å utføre daglige aktiviteter skaper en venteposisjon hvor man venter på å bli bedre og på at behandling skal ha effekt. Dette fører til en hverdag som ikke tilpasses hjerneslaget. Yngre slagpasienter opplever å være utenfor og usynlige. De har et redusert sosialt liv og strever med å engasjere seg i hverdagen, og det er vanskelig å leve opp til egne og andres forventninger (7). Andre studier viser sosiale savn, tap av selvverd, opplevelse av tomhet, utilstrekkelighet, avmakt og manglende innhold i tilværelsen etter endt behandling og opptrening. Nedsatt initiativ og vansker med planlegging beskrives spesielt som et hinder i forhold til aktivitetsutførelse (3-4).

I følge Turner (18) er den første tiden etter hjemkomst fra sykehus preget av glede og spenning. Etter hvert oppdager man hindringer i forhold til deltakelse i aktiviteter og i samfunnet. I en annen studie beskriver Turner et al. (19) overgangen fra sykehus til eget hjem som en vanskelig og stresset tid i rehabiliteringsforløpet, både for den skadede og for pårørende. Mange med hjerneslag er usikre på egne ferdigheter, og den første tiden er det å prøve ut egne ferdigheter vesentlig. Videre oppfølging fra hjelpeapparatet etter hjemkomst trekkes fram som viktig.

Et dansk prosjekt med fokus på livskvalitet og erfaringer med hjelpesystemet hos personer med ervervet hjerneskade og deres pårørende, viser at flere opplever å være uten nytte for andre og tap av sosial status. Likevel

gir mange uttrykk for å ha god livskvalitet, spesielt de som har hatt et rehabiliteringstilbud. De har mer tid til seg selv, har fått større livserfaring, og lever ikke lenger et liv hvor de må prestere noe i et krevende arbeidsmarked (15). Lynch et al. (13) viser at opprettholdelse av sosiale relasjoner er den viktigste faktoren for livskvalitet hos personer med hjerneslag og deres pårørende. En av årsakene til dette er behovet den slagrammede har for oppfølging og hjelp i hverdagen. Et godt sosialt nettverk avlaster og støtter.

I et rehabiliteringsforløp er det flere store overganger. Overgangen fra frisk til syk, fra sykehus til rehabiliteringsinstitusjon, fra institusjon til eget hjem og deretter utprøving av skole og arbeid. Hovedfokus tidlig i rehabiliteringsforløpet er i stor grad behandling, kartlegging og trening av motoriske og kognitive funksjoner, samt grunnleggende aktiviteter som å spise, stelle seg selv og forflytning. Når man skrives ut til eget hjem etter institusjonsbasert rehabilitering, er det i stor grad hjemkommunen som følger opp videre rehabilitering. Denne fasen vil ofte ha fokus på deltakelse i arbeid og samfunnsliv.

Ulike funksjonsvansker og utfordringer etter hjerneslag er, som vist, grundig beskrevet i litteraturen. Hvordan den enkelte selv erfarer og mestrer rehabiliteringsprosessen og sitt hverdagsliv det første året etter institusjonsrehabilitering, er derimot lite beskrevet. Dette er kunnskap som vil være nyttig for rehabiliteringsfeltet når tilbud skal utarbeides og evalueres.

Denne artikkelen bygger på en masteroppgave i Helsevitenskap og tar sikte på å belyse den subjektive opplevelsen av å leve med hjerneslag med utgangspunkt i problemstillingen: *«Hvordan erfarer og håndterer personer med hjerneslag hverdagslivet etter institusjonsbasert rehabilitering?»*

Hva er et hverdagsliv?

Et hjerneslag kan føre til endringer i hverdagslivet. I følge Marianne Gullestad (20) er hverdagslivet det livet vi lever hver dag, sammen med andre mennesker. Hverdagslivet foregår med utgangspunkt i hjemmet og nærmiljøet, men innbefatter også arbeid og fritid. Det er komplekst, dynamisk, endres gjennom livsløpet, kjennetegnes av en viss regelmessighet og forutsigbarhet, og oppfattes ofte som en selvfølgelighet. Gullestad har identifisert hverdagslivet i to likestilte dimensjoner: Den daglige organiseringen av oppgaver og virksomheter, samt hverdagslivet som erfaring og livsverden.

Hasselkus (21) beskriver hverdagsaktivitetene som levde erfaringer av dagligliv og en del av den daglige rytmen. Disse aktivitetene er synlige, men verdsettes i liten grad. Hverdagsaktivitetene er omkranset av familiens historie, individuelle preferanser, minner og familierutiner, og har betydning for kvaliteten på våre liv. Hverdagsaktiviteter er noe vi alle gjør, og inneholder mange fellestrekk mellom ulike mennesker, land og kulturer. Det er gjennom hverdagslivet vi former dagliglivet, organiserer verden, skaper oss mening og samhandler. For å forstå den enkeltes hverdagsliv, må man prøve å forstå de meningene den enkelte tillegger konkrete aktiviteter, handlinger, og opp-

levelser i hverdagen, samt hvordan man møter og håndterer hverdagslivet når endringer oppstår.

Metode

Studiedesign

Hensikten med studien har vært å utforske personlige erfaringer og refleksjoner med hverdagslivet etter hjerneslag. Et kvalitativt forskningsdesign med en hermeneutisk og fenomenologisk forståelsesramme ble valgt for å kunne gå i dybden på temaet (22).

Innsamling av data

Datamaterialet ble samlet gjennom retrospektive strukturerte dybdeintervju hvor det ble benyttet intervjuguide for å strukturere og kvalitetssikre informasjonsinnhentingen. Utdypningsspørsmål ble benyttet for å utdype interessante refleksjoner og erfaringer hos informantene. Intervjuene ble gjennomført fem til tolv måneder etter hjemkomst fra institusjonsrehabilitering. I tråd med informantenes ønsker ble to intervjuer gjennomført på rehabiliteringsavdelingen, resten i informantenes hjem. Intervjuene er tatt opp på lydbånd og varte fra en til to og en halv time. Ett intervju ble avsluttet før alle spørsmål var besvart, fordi informanten ble sliten. Flere av informantene ønsket å snakke om oppholdet på rehabiliteringsavdelingen, selv om de ikke ble spurt om dette. Dette var viktig og relevant informasjon som er tatt med når funnene presenteres.

Utvalg og rekruttering

Informantene ble rekruttert fra en norsk rehabiliteringsavdeling for voksne med ervervet hjerneskade i alderen 16 til 67 år. Inklusjonskriterier var tilstrekkelig kognitiv funksjon til å gi et frivillig og informert samtykke, god språklig forståelse og evne til å uttrykke seg verbalt i en samtale. Dette ble vurdert av terapeuter som kjente informanten fra deres rehabiliteringsopphold og avdelingens overlege. I tillegg skulle informantene ha en Functional Independence Measure (FIM) skår på minimum 4 fra områdene kognitive og sosiale ferdigheter. FIM-skår viste seg å være et unødvendig kriterium. Utvalget er strategisk (23), bestående av fire menn og to kvinner fra 30 til 62 år. Samtlige har hatt et døgnbasert rehabiliteringstilbud i spesialisthelsetjenesten i tre til fire måneder. To har i tillegg hatt et dagtilbud i spesialisthelsetjenesten. Alle bor på intervjutidspunktet i eget hjem, og har hatt, eller har et kommunalt rehabiliteringstilbud etter hjemkomst. Utvalget har ulike former for motoriske og kognitive vansker, derav en med ekspressiv afasi. Tre av informantene er på intervjutidspunktet sykmeldt, to har startet arbeidsutprøving, og en informant er innvilget uførepensjon. Tabell 1 viser demografisk informasjon og bakgrunn til informantene.

Analysen

Analysen er temasentrert og basert på meningsinnholdet i teksten, inspirert av Kvale (23) og Thagaard (24). Analysen er gjennomført i flere trinn. Intervjuene er transkribert mest mulig ordrett, deretter lest gjennom flere ganger

for å få oversikt over materialet. For å studere sammenhenger og ulikheter mellom ulike kategorier, ble det etter anbefaling fra Thagaard (24) laget arbeidsmatriser, hvor utsnitt av teksten ble sortert og kodet i ulike kategorier basert på temaer. Først ble det laget matriser for hver informant, hvor svarene ble systematisert ut i fra spørsmålene i intervjuguiden. Deretter ble det laget matrise med utgangspunkt i bakgrunnsinformasjon som alder, kjønn, diagnose og funksjonsnivå. Det ble videre utarbeidet temabaserte matriser. Temaer som kom fram, var håp, erfaringer med rehabiliteringsprosessen, omgivelsenes betydning, institusjonalisering og overgang fra institusjon til eget hjem. Temaene ble deretter sammenlignet og kategorisert for å se på likheter og ulikheter. Overordnede kategorier som kom frem i materialet, var rehabiliteringsprosessen, hverdagslivet og verdighet. Resultatene er delvis presentert gjennom sitater for å tydeliggjøre informantenes stemme mest mulig objektivt og skille dem fra mine vurderinger (24). Feltnotater fra intervjuene ble brukt som supplerende materiale under analysen.

Etiske betraktninger

Vanlige forskningsetiske retningslinjer er fulgt. Studien er godkjent av Regional etisk komité (REK) og tilrådet av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Informantene er informert om formål, metode og rett til å trekke seg fra studien gjennom brev og samtaler. De har underskrevet samtykkeerklæring. Fremstilling av informantene er anonymisert. Alle navn, dialekt og gjenkjennbar bakgrunnsinformasjon er endret og utelatt, også i sitater. Lydbåndopptak er slettet i etterkant. Forskeren har møtt tre av informantene tidligere, men har ikke hatt terapeutisk ansvar for disse i forkant av studien, noe som var en forutsetning for deltakelse. Dersom studien avdekket behov for ytterligere rehabilitering eller oppfølging hos informantene, ville dette blitt formidlet til relevante instanser.

Metodiske refleksjoner

Dette er en kvalitativ intervjustudie med et lite og strategisk utvalg av informanter. Hensikten har ikke vært å finne svar som er generaliserbare, men gjennom dybdeintervjuer og kvalitativ analyse utforske subjektive erfaringer og opplevelser. Studien er utført av en person i en gitt tidsramme, og alle informantene har vært pasienter ved samme rehabiliteringsavdeling. Dette har påvirket hvilke informanter som har vært tilgjengelige, og hvilke erfaringer de har gjort seg. Utvalget er variert både med tanke på kjønn, alder og erfaringsbakgrunn. Antall informanter ansees til å være tilstrekkelig for å besvare problemstillingen.

Intervju som metode har gitt tilgang på et rikholdig datamateriale basert på personlige erfaringer, følelser og refleksjoner. Metoden har i tillegg gitt rom for dialog og fleksibilitet underveis i intervjuet. Informantene har fortalt om hendelser og erfaringer de ikke ble spurt om, men som viste seg å være viktige funn. Dette var det mulig å fange opp gjennom den kvalitative innfallsvinkelen. Gjennom analysen er det gjort valg og prioritering av

Informant	Alder	Sivilstatus/ Familie	Årsak til hjerneskada	Intervjutidspunkt etter hjemkomst	Yrke	Arbeid/ rehabilite- ringstilbud på intervjutidspunkt
Trude	52	Gift, voksne barn, barnebarn	Hjerneslag	1 år	Servicenæringen	Arbeidsutprøving, hjemmesykepleie, fysioterapi
Kåre	51	Samboer	Hjerneinfarkt	10 mnd	Offentlig ansatt	Sykemeldt, ergote- rapi, fysioterapi
Andreas	62	Gift, voksne barn	Aneurisme	1 år	Offentlig ansatt	Uførepensjon, fysio- terapi, voksenopp- læring
Rune	30	Gift, barn	Hjerneslag	8 mnd	Servicenæringen	Arbeidsutprøving ergoterapi, fysio- terapi, psykolog, hjemmesykepleie
Kaja	59	Gift, barn, barnebarn	Hjerneslag	5 mnd	Offentlig ansatt	Sykemeldt, fysioterapi
Morten	40	Enslig, barn	Hjerneinfarkt	9 mnd	Servicenæringen	Sykemeldt, logoped

Tabell 1. Demografisk informasjon og bakgrunn til informantene.

hvilke funn i materialet som blir belyst. Disse valgene er påvirket av min for forståelse, hvor min bakgrunn som ergoterapeut med interesse for hverdagslivet og aktivitetsutførelse har spilt en rolle i forhold til hva som fanger interesse og ansees som betydningsfullt.

Troverdighet er søkt ivarett ved å tilstrebe nøyaktighet i alle trinn i forskningsprosessen, ved å benytte samme intervjuguide under alle intervjuene, gjennom grundig transkribering og ved jevnlig veiledning underveis for å sikre at de metodiske valgene og analysen skal være i samsvar med god forskningspraksis. Det at samme person har gjennomført alle trinn i analyseprosessen, har bidratt til god oversikt over materialet.

Det er både etiske og praktiske utfordringer ved å intervju personer med kognitiv svikt. Det var nødvendig å tilrettelegge intervjuene med pauser, det krevde grundige forberedelser å gjøre spørsmålene så konkrete og forståelige som mulig, og det var viktig å ha forståelse og kunnskap om de kognitive og fysiske utfordringene informantene kunne ha i intervjusituasjonen. Her har mange års erfaring som ergoterapeut innen rehabilitering av ervervede hjerneskader vært en fordel. Redusert konsentrasjon, utholdenhet og oppmerksomhet påvirker evnen til å holde fokus over tid og førte til at enkelte informanter ble slitne, slik at svarene ble mindre utfyllende etter hvert. Redusert hukommelse kan påvirke hvordan hendelser huskes. Det kan derfor være vesentlige erfaringer som ikke kommer frem under intervjuene, noe som kan være en svakhet ved

materialet. Ingen av informantene har trukket seg fra studien.

Resultat

Sentrale funn i studien er hvordan informantenes erfaringer med rehabiliteringsprosessen og utførelse av daglige aktiviteter etter hjemkomst har påvirket hverdagslivet etter hjerneslaget. De beskriver et nytt, annerledes og mer avgrenset liv enn tidligere. Funksjonsnedsettelsen påvirker deres selvstendighet og verdighet, og de har ulike strategier for å mestre den nye hverdagen. De er på intervjutidspunktet på terskelen til en mer etablert hverdag.

Ikke ta fra oss håpet

Flere av informantene fortalte at overgangen fra å være frisk til å bli syk kom brått og medførte store endringer i hverdagslivet. Rune, en yngre familiefar, var tidligere i rehabiliteringsforløpet avhengig av mye hjelp til personlig stell og hygiene. På intervjutidspunktet lager han mat og utfører husarbeid, men trenger fortsatt hjelp i hverdagen. Han valgte å beskrive sine erfaringer med å få en funksjonsnedsettelse på denne måten; «... husk at det er en spesiell måte å bli syk på. Fra å være aktiv den ene dagen til å være pleiepasient... ikke sant?».

Han forteller at rehabiliteringsprosessen var tøffere og mer langvarig enn forventet: «... jeg hadde ikke peiling på at det var en så langvarig prosess som det var. Heldigvis at jeg ikke visste det,... for da hadde jeg antageligvis ikke giddet å

starte opp på det, for å si det sann...». Runes erfaringer er i samsvar med det flere av informantene formidler. Det å trene seg opp igjen er en utfordrende prosess som krever tålmodighet og innsatsvilje. Informantene forteller at det er viktig å få beholde håpet om bedring for å opprettholde motivasjon til trening. De trenger å bruke tid på å erkjenne skaden og bearbeide sorgen over det som har skjedd, og dette er ikke en prosess vi som fagpersoner skal skyve på. Informantene er på ulike ståsteder i forhold til å forstå og erkjenne at de har fått en permanent skade. Erkjennelsen ser ut til å henge sammen med hvor godt de mestrer aktiviteter.

Endelig hjemme

Analysen viser at informantene er fornøyde med kontinuiteten i rehabiliteringstilbudet, og at de føler seg godt ivaretatt av de ulike rehabiliteringstjenestene. Med unntak av én mener de at tidspunktet for utskrivelsen fra rehabiliteringsavdelingen var riktig.

«... da jeg kom hjem, var jeg forberedt på det. Den første tiden gikk veldig mye av hverdagen med til å ordne mat og gjøre ting hjemme» (Morten).

For noen var overgangen til eget hjem krevende. Det var utfordrende å ta ansvar, og mye av tiden gikk med til trening og til å utføre oppgaver i hjemmet. Informantene forteller at de har «tunge» stunder. Flere bruker ord som angst, depresjon eller deprimentert for å beskrive sine følelser. De følelsesmessige endringene er en ekstra belastning og utfordring som påvirker hvordan de har det i hverdagen. Dette er i samsvar med funn i andre studier (5,6).

Morten bor alene, og han forteller hvor kaotisk hverdagen kan være etter hjerneslag, og hvordan overgangen til eget hjem oppleves tidlig i forløpet. «... Første gangen jeg kom hjem på permisjon, var jeg i godt humør og så frem til å komme hjem, ... og når man kommer hjem og skal begynne å lage seg mat... med alle de problemene det medfører... Jeg fikk ikke til noen verdens ting, jeg. ... Bare det å skjære seg brød var et ork av en annen verden. Man ønsker seg så inderlig tilbake til institusjonen, for der hadde man det så godt. Der var det andre som ordnet opp for deg hele tiden. Det var dekket bord, bekymringsfritt.»

I hjemmet skjer mye av den sosiale og praktiske deltakelsen. Det å få være en del av dagliglivet i familien betyr mye, og hjemmet beskrives som et viktig felles prosjekt i familien. Hverdagsaktivitetene, spesielt de som utføres i hjemmet, gjøres for familien, og til dels i samarbeid med andre familiemedlemmer. Evnen til å utføre hverdagsaktiviteter er berørt hos alle informantene. Aktivitetsmønsteret og rutinene i hverdagen er endret. Dagene inneholder færre og tildels andre aktiviteter enn før. Informantene bruker tid på trening, egenomsorg og oppgaver i hjemmet som husarbeid eller oppussing. Det tar lengre tid å utføre aktiviteter, og det tar tid å vente på hjelp. Rune forteller at det han bruker mest tid på i løpet av dagen, er å vente: «Jeg går og venter på andre folk hele dagen, så jeg bruker mest tid på å vente. Det er frustrerende, men sann er det, må bare avfinne meg med det.» «... Føler at jeg er mer avhengig av andre, den største utfordringen er at en føler at en ikke styrer sin egen tid, og det er jeg vant til» (Rune).

De beskriver redusert initiativ og selvtillit. Det ikke å mestre hverdagsaktiviteter som å dusje selvstendig og spise med kniv og gaffel, trekkes fram som eksempler på at deres verdighet utfordres. Trude forteller om en diskusjon hun hadde med hjemmesykepleien:

«Jeg forlangte dusjing tre dager i uken, så vidt jeg fikk det. Det er ille nok å være handikappet om en ikke skal få være ren også, sa jeg.»

Det har gått forholdsvis kort tid siden skaden, slik at mange aktiviteter fortsatt er uprøvd. Det tar tid å tilegne seg erfaringer og bli kjent med sin nye funksjon. Hverdagen bærer preg av både mestring og situasjoner med nederlag. «... Det er veldig sårt når du ikke får det til sann som du vet det skulle, og det kunne, ha vært» (Morten).

Informantene forteller at de er blitt mer usikre på egne ferdigheter, og at de i større grad må spørre andre om hjelp. Flere forteller om manglende forståelse for deres vansker i omgivelsene. De opplever å bli både over- og undervurdert i ulike sammenhenger, noe også Röding et al. (7) beskriver i sin studie av yngre slagpasienter i Sverige.

Morten bruker mye tid på vedlikehold av eiendom og utstyr. Han opplever at evnen til å se løsninger og løse praktiske oppgaver er redusert. «... sann som det er nå, er det faktisk ting som jeg kunne før, som jeg er usikker på om jeg gjør rett.» «... Er redusert... egentlig på alle plan.»

Andreas forteller hvordan hans kognitive vansker påvirker utførelsen av aktiviteter han tidligere har mestret. «... vet ikke hvor mye som er blitt visket ut, da vet du... Det hender det blir litt tull, synes jeg. Jeg er kanskje litt mer usikker, vet ikke hvor mye jeg har glemt. Før kunne jeg gå på en bil og plukke ut motoren... det tror jeg ikke jeg kunne gjort i dag... for jeg vet ikke hvor mye jeg får med meg ... Jeg vet jo ikke åssen det vil virke hvis jeg plukker fra hverandre en ting, og så skal begynne å sette den sammen... vet ikke hvordan jeg skal gjøre det, vet ikke hvor stor skade det har blitt i øvre etasjen.» Andreas kompenserer for de kognitive vanskene ved å kontrollere seg selv hele tiden. Videre forteller han at «startmotoren har sviktet». Dette er en illustrativ måte å beskrive redusert initiativ på. I hverdagen betyr dette at det er vanskelig for ham å komme i gang med gjøremål på egen hånd.

Det er ulikheter mellom kjønnene angående innhold i hverdagen og hvilke oppgaver de prioriterer både før og etter skaden. Kvinnenes hverdag handler om husarbeid, matlaging og omsorgsoppgaver overfor familien. De forteller med stolthet at de lager samme mat som før, og at det er viktig for dem å ha et velstelt hjem. Selv om husarbeidet tar tid og energi, prioriterer kvinnene dette. Husarbeidet oppleves som meningsfylt. For Kaja innebærer det at hun velger bort, eller reduserer, sosiale sammenkomster. Mennene snakker i større grad om oppussingsprosjekter, sitt arbeid og sine fritidsaktiviteter.

Det er viktig hvordan hjemmet ser ut. Både Rune og Trude forteller at de ikke ønsker for mye tilrettelegging eller hjelpemidler i hjemmet. Trudes inngangsparti er lite tilrettelagt for henne. Hun har leker og utstyr stående på trappen, noe som medfører at hun må ha hjelp for å komme inn og ut av boligen. Selv om hun vet det ville vært

fornuftig, ønsker hun ikke å endre inngangspartiet. Hun vil at lekene til barnebarna skal stå der, slik at de føler seg velkomne. Ved å tilrettelegge inngangspartiet med rullestolrampe og fjerne utstyr og leker ville hun økt egen selvstendighet, men samtidig signalisert sine funksjonsvansker til omgivelsene og endret den velkomsten hun ønsker at barnebarna skal oppleve.

Informantene er bevisste på sine aktivitetsvalg. Når de opplever aktivitetstap, forsøker de å erstatte dette med nye aktiviteter eller endre måten de utfører aktiviteten på. Et eksempel er Trude og mannen når de er på tur i sitt nærområde. Det viktige for henne er ikke å gå tur, men å være ute og gjøre noe sammen med ektefellen. Ved å ta med en stol, så hun kan sitte og sole seg mens han går tur, har de tilpasset en tidligere aktivitet, slik at de fortsatt kan utføre dette sammen og ha glede av det.

De største aktivitetsendringene for informantene er i forhold til arbeid og fritidsaktiviteter. Det ikke å jobbe innebærer mer tid til rådighet. Det kan være en utfordring å fylle denne tiden med aktiviteter som gir glede og trivsel. Fire av informantene har opplevd tap i forhold til tidligere fritidsinteresser. Nye interesser har ikke erstattet de gamle, men flere har endret vaner og bruker mer tid på aktiviteter de tidligere ikke prioriterte, som å lese. Interesser som ikke stiller store krav til fysisk funksjon, som å gå i teater og på konserter, er opprettholdt, men utføres i mindre omfang. Kåre og Rune fremhever det å lese aviser og bruke data for å holde seg oppdatert som positive aktiviteter. For Kåre er dette tidsfordriv, for Rune er nyheter og det å være samfunnsorientert viktig fordi: «... det betyr mye i forhold til vanlig liv å kunne være med i samtalen.»

På intervjudtidspunktene har flere erfart at de ikke opplever samme overskudd i hverdagen som tidligere. «Det er det der med at en blir sliten. En er egentlig ikke vant til å bli sliten, vet du, i hodet og sånn... Det hender jeg setter meg ned. Det er uvant, det har jeg ikke brukt å gjøre før. Gjorde det i full fart før, nå må jeg gjøre det i etapper...» (Kaja). Dette påvirker sosial kontakt med andre og fører til en aktivitetsendring som innebærer at hun ikke lenger passer barnebarna. Redusert utholdenhet og fatigue gjør det nødvendig å hvile i løpet av dagen og påvirker hvor aktive de kan være, noe som også rapporteres i andre studier (7-9).

Gode opplevelser i hverdagen er å være sammen med familie og venner, å være ute i naturen og å få til aktiviteter. Kaja forteller sprudlende om en aktivitet hun fikk til: «... Første gangen jeg tok trikken alene syntes jeg var helt stort. Da var jeg stolt da jeg kom tilbake. Jeg var det, altså.» Det å mestre små ting i hverdagen har stor betydning. Å tilegne seg ferdigheter på nytt er motiverende og oppleves som viktig. De gode opplevelsene bidrar til å balansere livet og trekkes fram som et bevis på fremgang eller på stunder hvor de har funnet ro og opplevd velvære.

Informantene håper på et hverdagsliv med samme innhold som før. Samtidig reflekterer flere rundt muligheten for at de ikke oppnår sitt tidligere funksjonsnivå, og at en del aktiviteter ikke vil være mulige å ta opp igjen.

Strategier i hverdagen

Informantene håndterer hverdagslivet ulikt, og de har

gjort ulike aktivitetstilpasninger. Kåre unngår krevende aktiviteter. Noen gjøremål utfører samboeren for ham, og vedlikehold av bolig bruker han håndverkere til. Trude velger å bruke rullestolen innendørs i stedet for krykker, fordi det gjør det mulig for henne å bære med seg gjenstander og øker selvstendigheten i oppgaver som husarbeid, innkjøp og egenomsorg. Kaja tar mange pauser. Morten har språkvansker og redusert hukommelse. Han beskriver sin strategi for å huske avtaler slik: «Hvis noen ringer til meg, må jeg helst skrive ned med en eneste gang før jeg glemmer det. Jeg får i hvert fall til å huske så lenge jeg har telefon, papir og penn. Jeg har fått ganske bra orden på det å skrive.»

Analysen viser at tap av aktiviteter gjør det viktig å opprettholde rutiner og vaner, som å «stå opp til rett tid» om morgenen. Rutinene bidrar til å holde oversikt og kontroll over det som skjer. Middag lages til faste tider. «Jeg prøver å spise frokost, og så spiser jeg vel litt midt på dagen, og så er det middag... når kona kommer hjem. Prøver å holde de rutinene i orden, i hvert fall» (Andreas).

Betydningen av sosiale relasjoner

Familie, venner og naboer beskrives som viktige for trivsel og for at informantene mestrer hverdagen som de gjør. Familien er det stabile i tilværelsen og bidrar med trening, tilsyn, hjelp og oppmuntring. Informantene ser at den nye situasjonen er belastende for familien. Andreas forteller at kona er engstelig, og flere beskriver hvordan familien fører tilsyn, passer på og hjelper til i hverdagen. At det å få en slagrammet ektefelle, påvirker hverdagen til partneren, samsvarer med funn i andre studier (27-29). Erikson (27) bruker betegnelsen «burden of burden» for å beskrive den ekstra byrden den slagrammede får ved å se belastningen hjerneslaget fører til på partneren.

Flere av informantene ønsker mer sosial kontakt på dagtid. Fysikalske institutt og voksenopplæring beskrives som sosiale arenaer hvor de kommer seg ut fra hjemmet, treffer andre, kan prate, og få innblikk i det som skjer i bygda. Flere foretrekker å dra på fysikalsk institutt i stedet for å få fysioterapi hjemme. Trude uttrykker dette på følgende måte: «... Jeg fikk tilbud om at kommunen kunne komme hjem til meg med fysioterapeut, men det takket jeg nei til, for jeg ville ha noe å stå opp for, og noe å ordne meg til... ville komme meg ut.» Andreas oppsøker butikker for en prat. Samtidig er han bevisst på ikke å «bruke opp» det nettverket han har: «... jeg kan besøke svigerforeldrene mine, men jeg kan ikke gjøre det hele tiden, heller, da vet du.» Det å opprettholde sosial kontakt med arbeidsplassen er viktig for flere av informantene. De har på intervjudtidspunktet ikke opplevd store negative endringer i sosialt nettverk, men én forteller at vennekretsen har endret seg.

Oppsummering av resultat

Analysen viser kompleksiteten og utfordringene i hverdagslivet etter hjerneslag. Rehabilitering er en prosess som tar tid, og som erfares individuelt. Den nye situasjonen har medført aktivitetstap, redusert aktivitetskompetanse, nye prioriteringer og endret aktivitetsmønster. Hverdagslivet er viktig fordi det gir mening, struktur og innhold i

tilværelsen. Det er i hverdagen de skaffer seg erfaringer, og det er her samspillet med andre skjer. På tross av sine funksjonsnedsettelse er informantene aktive. De har mange gode stunder, beskriver håp for fremtiden, er løsningsorienterte og fokuserer på å gjøre det beste ut av situasjonen.

Diskusjon

I den videre diskusjonen vil jeg forsøke å drøfte problemstillingen og belyse funnene opp mot teori om hverdagslivsforståelse.

Å vente, og å håpe

På intervjudispunktet er informantene fortsatt i en rehabiliteringsprosess hvor mye er uavklart i forhold til fremtiden. De er optimistiske, og venter og håper at funksjonsnivået skal bli bedre, og at hverdagen skal bli som før. Samtidig begynner de å erkjenne at det kanskje ikke blir slik. Flere forteller om redusert aktivitetskompetanse og selvfølelse. De forteller at det er viktig å få lov til å beholde håpet om å bli som før. Håp er en viktig mestringsstrategi som bidrar til å gi mening i livet (26). Robinson et al. (17) mener det er viktig at fagfolk i sitt kliniske arbeid finner balansen mellom å hjelpe folk til å beholde håp, og samtidig støtte prosessen med å endre identitet og erkjenne endringer. Dette kan være en utfordring i en klinisk hverdag hvor man aner at det blir varige funksjonsvansker. I tråd med Lynch (13) og Erikson et al. (27) beskriver informantene betydningen de sosiale relasjonene har for livskvalitet og opplevelsen av tilhørighet. Venner og familie bidrar til at de engasjerer seg i aktiviteter. Det sosiale livet er påvirket, men ikke i den grad andre studier viser (3,4,13). Dette kan ha flere årsaker, som at denne studien er foretatt tidlig i rehabiliteringsprosessen, samtidig som disse informantene er bevisste, og bruker strategier for å unngå sosial isolasjon.

Informantene fremstår som aktive, løsningsorienterte og medvirkende i forhold til å håndtere utfordringene de møter og yte en egeninnsats for å bli bedre og etablere et godt liv. De er ikke i en passiv venteposisjon med en opplevelse av manglende delaktighet i rehabiliteringsprosessen, som beskrives av Röding et al. (7). De beskriver heller ikke en opplevelse av maktesløshet og mindreverd etter hjemkomst fra sykehus og opptrening, som Nielsens (3) studie viser,

Hverdagen, hjemmet og familien

Gullestad (20) beskriver hverdagslivet som dynamisk, det livet vi lever og skaper. Etter hjerneslaget er informantenes hverdagsliv endret. Dagene er tildels fylt med andre aktiviteter enn før, og tidligere rutiner og vaner er endret. Gjøre mål og aktiviteter må planlegges og organiseres i større grad enn før, fordi de er mindre selvhjulpne, har redusert mobilitet, og er avhengige av hjelp til daglige gjøremål. Dette gjør det vanskelig å være impulsiv og påvirker hva de kan delta på.

Informantene verdsetter de hverdagslige aktivitetene, og hjemmet har en stor plass i deres hverdagsliv. Her tilbringer de mye av tiden, her har de oppgaver og ansvar, og det

er her mye av aktivitetsutførelsen foregår. Gullestad (20) mener hjemmet har stor egenverdi og er en ramme for hverdagslivet. Det er knyttet både til enkeltmennesket og familien og er et viktig sosialt møtested i vår kultur. Hjemmet er for mange et livsprosjekt og et symbol for mye av det som er viktig i livet. Dette beskriver også informantene. Det er i hjemmet de skaper mye av sin livsverden, identitet og mening med livet, og det er her de utfører oppgaver som bidrar til å bekrefte deres kompetanse.

I følge Unruh (25) er deltakelse i meningsfulle aktiviteter viktig for å skape et meningsfylt liv og identitet. Dette har informantene gjort ved å etterstrebe en hverdag slik den var før hjerneslaget, og prioritere aktiviteter som gir dem mening. Betydningen aktivitetene i hjemmet har, kan skyldes endringene og tapene informantene opplever på andre områder, som arbeid og fritid. Tradisjonelt fokuserer man i rehabilitering etter hjerneslag på selvstendighet i egenomsorg og hverdagsaktiviteter. Dette kan bidra til at man hovedsaklig opplever mestring på den hjemlige arena. Det er her de har skaffet seg erfaringer med sin funksjonsnedsettelse, og her de har trent på å utføre disse aktivitetene. Informantene ønsker å beskytte familiene mot konsekvensene etter hjerneslaget. Bevisst eller ubevisst ser det ut til at de aktivitetene som prioriteres, er de som bidrar til å lette hverdagen for familien. Det å velge slike gjøremål gir positive roller og bekrefter dem som aktive familiemedlemmer som fortsatt samhandler og utfører noe av betydning. På ulikt vis forteller de om viktigheten av å være til nytte, noe de også viser gjennom sine prioriteringer av aktiviteter. Lignende funn er også beskrevet av Sveen et al. (12). Andre studier viser at de slagrammede strever med å føle seg verdsatte og nyttige (7).

Å gjøre «normale» ting

I følge Hasselkuss (21) er det gjennom hverdagsaktivitetene vi former dagliglivet, skaper oss mening og samhandler. Informantene beskriver et hverdagsliv som er tilpasset den nye funksjonen og livssituasjonen de er i. De har tatt valg og prioritert oppgaver og områder i livet de mener er viktige, og det betyr mye å holde fast ved hverdagen som den var før hjerneslaget. En av informantene har valgt å være mer hjemme og utføre hverdagslige gjøremål, i stedet for å være på kommunalt rehabiliteringssenter. På den måten fjerner han seg fra pasientrollen for i større grad å ivareta sin rolle som familiefar.

Hverdagen håndteres ved å trene, innarbeide rutiner, ta pauser, opprettholde vaner, ved å være positiv og optimistisk og ved å bruke humor. Å være selvstendig i daglige aktiviteter fremheves som viktig for selvfølelsen og opplevelsen av uavhengighet. Mestring av enkle, selvfolgelige gjøremål som å kneppe igjen buksen eller åpne en flaske brus har stor betydning.

Informantene har opplevd endringer i eller tap av fritidsaktiviteter, og kan på grunn av sine funksjonsvansker ikke velge aktiviteter fritt. De aktivitetene de fortsatt utfører, er dem de har mulighet til å gjøre, som å lese, gå på konserter og følge med på nyheter, ikke nødvendigvis de mest lystbetonte eller sentrale aktivitetene. Fritidsaktiviteter bidrar til å gi hverdagen et innhold og skaper positive følelser og

overskudd (30). Fritidsaktiviteter har betydning for å tilpasse seg negative hendelser i livet fordi de er morsomme, genererer håp og tilbyr en kontekst for personlig forvandling (25,31). Det ikke lenger å kunne utføre fritidsaktiviteter innebærer tap av et viktig virkemiddel til å bearbeide sorg og krise, og reduserte muligheter til personlig vekst og forvandling (25-30,31). Fritidsaktivitetene og deltakelse i arbeidslivet forteller mer enn mange andre aktiviteter om hvem vi er, hva vi interesser oss for, og hvem vi ønsker å være. Tap av fritidsaktiviteter kan derfor ha stor betydning for hvordan man opplever den nye tilværelsen etter et hjerneslag. Sveen et al. (12) beskriver deltakelse i fritidsaktiviteter som viktig for velvære og tilfredshet med tilværelsen, og mener fokuset på fritidsaktiviteter burde vært større innen rehabilitering etter hjerneslag. Dette beskrives også i Nasjonale retningslinjer for slagrehabilitering (6).

Konklusjon

Studien viser at rehabilitering er en prosess som tar tid, og som inneholder både opp- og nedturer. Det å få et hjerneslag fører til endret aktivitetsutførelse og mange ulike utfordringer i hverdagen. Til tross for dette har informantere mange lyspunkter i sin tilværelse. De har håp for fremtiden, opplever mange gode stunder med venner og familie, er løsningsorienterte og fokuserer på å ta seg av familien og gjøre det beste ut av situasjonen. De er i stor grad fornøyd med det rehabiliteringstilbudet de har mottatt, men ønsker å leve et aktivt liv som før hjerneslaget. Fritidsaktiviteter er et område som har stor betydning for å mestre livskriser, samtidig er det et område hvor informantere opplever aktivitetstap og savn. Dette innebærer at rehabiliteringstjenestene i større grad bør tilpasse tilbudene individuelle behov, og ikke minst møte de yngre slagrammedes behov for samfunnsdeltakelse og en aktiv fritid. Det er viktig at dette området får større oppmerksomhet innen rehabilitering, både i spesialisthelsetjenesten og innen kommunal rehabilitering. I tillegg er det behov for videre forskning på overgangsfasen fra institusjonsbasert rehabilitering til eget hjem, slik at vi kan sikre gode tjenester i denne delen av rehabiliteringsprosessen. □

Referanseliste

1. Fjærtøft H, Indredavik B. Rehabilitering av pasienter med hjerneslag. Tidsskr No Laegeforen. 2007;(4):127:442-445.
2. Carlsson GE, Möller A, Blomstrand C. A qualitative study of the consequences of «hidden dysfunctions» one year after a mild stroke in persons < 77 years. Disabil Rehabil. 2004;26 (23):1373-1380.
3. Nielsen DK. Arbejde og fritid – for mennesker med ervervet hjerneskade. Danmark: Videncenter for hjerneskade; 2004.
4. Jensen IN. Resten af livet, Hjerneskade, rehabilitering, hverdagsliv. Hovedrapport: Danmark: Videncenter for hjerneskade; 2006.
5. Fure B. Depresjon, angst og andre emosjonelle symptomer ved hjerneslag. Tidsskr No Laegeforen. 2007;127:1387-9.
6. Helsedirektoratet. Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo, Helsedirektoratet; 2010.
7. Röding J, Lindström B, Malm J, Öhman A. Frustrated and invisible – younger stroke patients' experiences of the rehabilitation process. Disabil Rehabil. 2003;25 (15):867-874.
8. Wallenbert I, Jonsson H. Waiting To Get Better. A Dilemma Regarding Habits in Daily Occupation After Stroke. Am J Occup Ther. 2005;59(2):218-224.
9. Carlsson GE, Möller A, Blomstrand C. Managing an everyday life of uncertainty – A qualitative study of coping in persons with mild stroke. Disabil Rehabil. 2009;31:773-782.
10. Glader EL, Stegmayr B, Asplund K. Poststroke Fatigue: A 2-Year Follow-Up Study of Stroke Patients in Sweden. Stroke. 2002;33:1327-1333.
11. Johansson U, Högberg H, Bernspång B. Participation in everyday occupations in a late phase of recovery after brain injury. Scan J Occup Ther. 2007; 14:116-125.
12. Sveen U, Thommesen B, Bautz-Holter E, Bruun Wyller T, Laake K. Well-being and instrumental activities of daily living after stroke. Clin Rehabil. 2004;18:267-274.
13. Lynch EB, Butt Z, Heinemann A, Victorson D, Nowinski CJ, Perez L, et al. Qualitative study of quality of life after stroke: The importance of social relationships. J Rehabil Med. 2008;40:518-523.
14. Rittmann M, Faircloth C, Boystein C, Gibrium J, Williams C, Van Puymbroeck, et al. The experience of time in the transition from hospital to home following stroke. J Rehabil Res Dev. 2004 May/June; 41(3a):259-268.
15. Bjørn R, Duch L. Klog av skade. Resultater fra en intervjuundersøkelse blandt hjerneskaderamte og deres pårørende. Århus kommune: Familieavdelingen. Projekt Senhjerneskade; 2005.
16. Wolf TJ, Brey JK, Baum C, Connor LT. Activity Participation Differences Between Younger and older Individuals with Stroke. Brain Impair. 2012 July;13(1):16-23.
17. Robison J, Wiles R, Ellis-Hill C, McPherson K, Hyndman D, Ashburn A. Resuming previously valued activities post-stroke: who or what helps?. Disabil Rehabil. 2009; 31(19):1555-1556.
18. Turner BJ, Fleming JM, Ownsworth TL, Cornwell PL: The transition from hospital to home for individuals with acquired brain injury: A literature review and research recommendations. Disabil Rehabil. 2008;30(16):1153-1176.
19. Turner B, Fleming J, Ownsworth T, Cornwell P. Perceptions of recovery during the early transition phase from hospital to home following acquired brain Injury: A journey of discovery. Neuropsychol Rehabil. 2011;21(1):64-91.

20. Gullestad M. Kultur og hverdagsliv. På sporet av det moderne Norge. Oslo: Universitetsforlaget AS; 1989.
21. Hasselkus BR. The world of Everyday Occupation; Real People, Real Lives. Am J Occup Ther. 2006;60(6):627-640.
22. Malterud K. Kvalitative metoder i medisinsk forskning. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
23. Kvale S. Det kvalitative forskningsintervju. 8.utgave. Oslo: Gyldendal akademisk; 2006.
24. Thagaard T. Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder. 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget; 2003.
25. Unruh AM. Reflections on «So what do you do?» Occupation and the construction of identity. Can J Occup Ther. 2004;71(5):290-295.
26. Carlson G, Möller A, Blomstrand C. Managing an everyday life of uncertainty- a qualitative study of coping in persons with mild stroke. Disabil Rehabil. 2009;31(10):773-782.
27. Erikson A, Park M, Tham K. Belonging: A Qualitative longitudinal study of what matters for persons after stroke during one year of rehabilitation. J Rehab Med. 2010;42:831-838.
28. Forsberg- Wäreby G, Möller A, Blomstrand C. Life satisfaction in spouses of patients with stroke during the first year after stroke. J Rehabil Med. 2004;36:4-1.
29. Forsberg- Wäreby G, Möller A, Blomstrand C. Psychological well-being of spouses of stroke patients during the first year after stroke. Clin Rehabil. 2004;18:430-437.
30. Kielhofner G. MOHO- Modellen for menneskelig aktivitet. Ergoterapi til uddannelse og praksis. København: FADL' s Forlag Aktieselskap; 2006.
31. Kleiber DA, Reel HA, Hutchinson SL. When distress gives way to possibility: the relevance of leisure in adjustment to disability. NeuroRehabilitation. 2008;23(4):321-8.

BO LENGRE HJEMME - med hjelpemidler fra Hepro!



ARCTIC



GRIPO ALU



AKTIV

HEPRO
-easy life

Besøk vår nettbutikk:

www.hepro.no

HEPRO AS
Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf: 75 69 47 00 Epost: marked@hepro.no

Forsker i farten: Tina Taule

Tina Taule er spesialergoterapeut ved Haukeland Universitetssykehus og stipendiat i forskningsgruppe i fysioterapi tilknyttet Institutt for global helse og samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen.

AV ELSE MERETE THYNESS

– *Hva forsker du på?*
 – Hovedtemaet for doktorgraden er aktivitet og deltakelse etter hjerneslag. Studien gjennomføres innen konteksten av tidlig utskriving fra slagenhet og fortsatt rehabilitering i eget hjem. Den første artikkelen i avhandlingen fokuserer på deltakernes erfaringer etter et lettere hjerneslag.
 – *Hva er dine hovedfunn?*
 – Deltakerne i studien gir uttrykk for at livet har endret seg eksistensielt. Spesielt gir de uttrykk for endringer relatert til hvordan de oppfatter sin egen

helse, identitet og kropp. Endringene beskrives som vanskelige å forstå, gjør dem usikre og ser ut til å komplisere både nære relasjoner og utførelsen av daglige aktiviteter. Seks til åtte måneder etter hjerneslaget har de fortsatt udekkede rehabiliteringsbehov. Funnene tyder på at mestring av aktivitet og deltakelse etter lettere hjerneslag er basert på i hvilken grad pasienten oppfatter situasjonen som begripelig eller ikke. Også pasienter med lettere hjerneslag ser ut til å trenge langtidsoppfølging.

– *Hvilken forskningsartikkel er den beste du har lest, og hvorfor?*
 – Jeg ønsker å fremheve kapittel 8 i doktorgradsavhandlingen til Torben Risør, «The process of analysis. How do you make something out of it?» Risør reflekterer åpent og ærlig rundt utfordringer knyttet til de ulike stegene i analyseprosessen, og argumenterer godt for en pragmatisk holdning til forskningsidealene. Kanskje kan teksten inspirere også andre som arbeider med kvalitativ forskning.



Tina Taule.

– *Hva trenger ergoterapeuter mer forskning på?*
 – For å bli enda bedre ergoterapeuter trenger vi mer kunnskap om hvordan brukerne erfarer de tiltakene vi iverksetter. I tillegg opplever jeg at det å kunne dokumentere effekt av tiltak har stor gjennomslagskraft overfor både pasienter, andre samarbeidspartnere og beslutningstakere. En viktig utfordring ligger i å dokumentere det vi gjør i hverdagen så systematisk at vi tilfredsstiller forskningens kvalitetskrav.

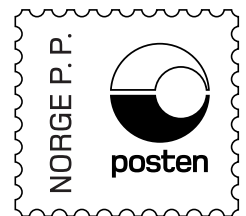


ERGOTERAPEUTER FOR NYE SAMFUNNSUTFORDRINGER

FAGKONGRESS I ERGOTERAPI
 I OSLO
 18.-20. SEPTEMBER
 2013

DU HAR FORTSATT MULIGHET TIL Å MELDE DEG PÅ FAGKONGRESSEN!

Lik Facebooksiden vår og følg med på web, så holder du deg oppdatert fram mot september!



Returadresse:
Norsk Ergoterapeutforbund
Stortingsgt. 2
0158 Oslo



Copilot

Trehjulstandem der bruker sitter foran. Fronten kan med enkelt håndgrep taes av. Sykkelen har da en lengde på kun 165 cm som gjør det enklere for transport i bil.



ThevoVital

Demensmadrassen som gir lengre søvnperioder, redusert bruk av medikamenter og mer ro på dagtid.



Meywalk mk3

Gåstol med fjæring som stimulerer gangmønsteret. Setet kan senkes for enkel innstilling.



KFN 4Wheeler

Terrengvogn i 2 størrelser for personer opptil 80 kg. Kan leveres med elektrisk hjelpemotor.



EASys Modular

EASys barnevogn med Modular sete (2 str). Her har du antagelig de beste hodestøttene som finnes til barnevogner.

Ønsker du ytterligere informasjon om våre produkter er det bare å besøke vår hjemmeside
www.bardum.no

Bardum
- din hjelpemiddelleverandør