

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Overveldende positivt landsmøte 6

Mette – du er en elefant **10** Ny regjering, ny profil **18**

Samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen **30**

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører: Unni Sveen, Sissel Horghagen og Anne-Stine Dolva

Annonser

Erik Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 1 – 2. feb / 27. feb

Nr. 2 – 1. april / 30. april

Nr. 3 – 1. juni / 30. juni

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Unni Sveen / 91 88 47 68

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Tore Bonsaksen / 22 45 25 47

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Advokat

Berit Førli

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Mette Kolsrud

Controller

Mette Jacobsen

Controller

Tove Olsen

Sekretær

Kristin Pedersen

Sentralstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Anita Rosmæl, 2. nestleder

Arnfinn Bjørshol

Berit Regine Laiti

Ine Cecilie Ulven

Mariette Elise Gjerde

May Solveig Svendsen

Ragna Gjone

Renate Soggemoen

Tonje Hansen Guldhav

Bjørnar Rovde 1. varamedlem

Ingelin Mari Rød, 2. varamedlem

Anne-Kristin Finne, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem


Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Kristin Jess-Bakken, varamedlem

Lilly Nereng, varamedlem

Inger Synnøve Kjos, varamedlem

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



6



10



23



58

REPORTASJER

6 Overveldende positivt landsmøte

Av Else Merete Thyness

10 Mette – du er en elefant

Av Else Merete Thyness

14 8 på landsmøtet

Av Lena Christina Eide

NY ARENA

16 Ergoterapeut som spesialrådgiver innen kommunikasjon og politikk

Av Else Merete Thyness

KRONIKK

18 Ny regjering, ny profil

Av Erik Orskaug

FORBUNDET

20 Landsmøtet vedtok ny organisasjon

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

21 Mitt yrke ergoterapeut - film rett rundt hjørnet

22 Kunnskapsbaserte retningslinjer for førerkortvurdering

23 10 gode grunner til å bli medlem

25 Innspel: Skatten vår

Av Anders Folkestad

26 Studentene markerer Ergoterapiens dag

Av Sofie Enebakk

28 Bruk av medhjelpere – helsepersonelloven

Av Iuliana Pedersen

30 Arrangementer 2015

31 Det er røyken som dreper

Av Roar Hagen

FAGLIG

32 Samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen

Av Rigmor Leknes, Unni Bysheim, Karin Bente Ness og Sissel Horghagen

40 Kommentarartikkel til «Samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen»

Av Cathrine Hagby og Alf Inge Solbakken

42 På vei mot felles forståelse?

Av Ruth-Ellen Slåtsveen, Monika Lunde og Linda Stigen

AKTUELT

50 Kombistilling i klinisk praksis for ergoterapeutlærer

Av Astrid Vekve Nymo og Kari Langhaug

55 Professor Lillefjell

Av Else Merete Thyness

56 Helbredelse gjennom håndverksaktiviteter

Av Sissel Horghagen

60 Bli med å forme morgendagens ergoterapi

Av Ingvild Kjekken

61 AMPS

Av Jorunn Ellingsen, Bjørg Rene og John Wrigglesworth

PÅ DEN SISTE SIDEN

62 En kopp kaffe med Lena Haglund

Av Lena Christina Eide

ANNONSER

64 Kurs- og stillingsannonser

67 Produktregister

74 Agenturregister

Foto forsiden: Fredrik Imislund

Med blanke ark og fargestifter tel

De siste ukenes hektiske aktivitet er stilnet, julestjernen lyser, og freden har senket seg. Det gamle året ligger snart bak oss, og med det nye året kommer sjansen til å sette seg nye mål. Finnes det noe mer forhåpningsfullt enn blinkende nye nyttårsforsetter?



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Jeg har alltid hatt nyttårsforsetter, og jeg bruker tid på å formulere dem. Hva er det jeg ønsker å oppnå i året som kommer, og hvordan skal jeg klare det? Vil jeg bli tynn, sprek, kulturell eller kanskje litt snillere? Mulighetene er uendelige, men uansett vil det starte en prosess. De som mener at nyttårsforsetter bare er noe tull, har ikke skjönt at dette er alvorlige greier. Du planter et frø i bevisstheten, frøet vil spire og gro, og hvem vet om det ikke blir en ekstra grunn til å feire neste nyttårsaften?

For min del håper jeg at det nye året vil bringe fagbladet ut på flere plattformer. Papirutgaven kjennes god i hånden. Med det nye universelt utformede designet har vi tråkket opp en løype for andre fagblader. Det er lett å fylle det med bra stoff, siden ergoterapeuter stadig skriver interessante artikler eller gjør noe givende som det er verdt å rapportere om.

Men – det er ingen grunn til å hvile på sine laurbær. Fagbladet er så å si fraværende på digitale plattformer. Det må vi gjøre noe med i 2015.

Papirutgaven skal fremdeles være den viktigste informasjonskanalen, men det bør være mulig

å lese bladet på nettbrett eller PC for de som ønsker det. For det første vil dette gjøre stoffet mye mer tilgjengelig – det vil så å si alltid være for hånden. For det andre vil det bli lettere å dele interessant stoff med andre, og sist, men ikke minst, vil det blant annet gi oss en mulighet til å legge hyperlenker, lyd og filmsnutter til stoffet.

Dette er det siste bladet i 2014, så det er helt på sin plass å takke for året som har gått. Det ble avsluttet med et pang, med et landsmøte som overgikk alles forventninger. Vi har dekket det så å si fra minutt til minutt. Jeg håper det vil vekke gode minner for dem som var til stede, og gi resten et inntrykk av hva som foregikk. Og en stor takk til alle dere som har gjort dette året så fint.

Dette har ikke bare vært ergoterapeutenes år, det er også det året Alf Prøysen ville ha fylt 100 år. Jeg var så heldig å få med meg NRKs festforestilling og et gjenhør av mange av de kjente, kjære sangene hans, ikke minst «Du ska få en dag i måra». Våre tegninger fra 2014 er stort sett glade, men jeg tenker at nye blyanter gir nye muligheter - og dem skal vi gripe. **Godt nyttår!**



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Ergoterapi er bærekraftig og utløser ressurser

En utfordring framover er å tydeliggjøre Ergoterapeutenes mulighetsrom – der vi utgjør en forskjell i samfunnet. Dette satsningsområdet skal vedtas i sentralstyret i januar. Erfaringene fra hverdagsrehabilitering viser at vår innsats oppfattes som innovasjon. To tema fra Ergoterapeutenes nye landsmøteprogram vil jeg særlig trekke fram:

Det første og viktigste temaet er vår visjon aktivitet og deltakelse for alle. Dette innebærer en tydeliggjøring av ergoterapeuters rolle – der utgangsspørsmålet alltid er Hva er viktige aktiviteter for deg nå? Ergoterapeuter er eksperter på aktivitet og deltakelse der hoveddelen av praksis, forskning og teoriutvikling ligger. Meg bekjent er vi den eneste profesjonen som har vitenskapsbasert hverdagsaktiviteter. Vi har redskaper for kartlegging av brukernes aktivitetsønsker og

muligheter, vår innsats forutsetter brukerdeltakelse.

Vi må framover tydeligere vise vår kompetanse på disse områdene, for eksempel innen arbeidsrehabilitering, velferdsteknologi, barns lek og læring, og hverdagsmestring for ulike brukergrupper.

Det andre temaet henger sammen med det første. Vi utløser ressurser og bidrar til bærekraftige helse- og velferdstjenester. På grunn av demografiske forhold står Norge overfor en formidabel utfordring de neste 20-30 år, med manglende arbeidskraft innen helse- og velferdstjenestene. Dersom vi ikke tenker nytt må andel unge som utdanner seg innen disse områdene økes fra 1/6 til 1/3, noe som ikke er mulig eller ønskelig. Ergoterapeutene vil vise at vår kompetanse er samfunnsnyttig. Vår innsats bygger alltid på ressursutløsning hos person og omgivel-

ser. Vi bidrar dermed til at barn mestrer lek og skoledeltakelse, at flest mulig mestrer hverdagslivet og trives i arbeid, samt bevarer en aktiv alderdom i et sosialt samspill. Dette er nødvendig for å utvikle et bærekraftig samfunn.

Jeg er inspirert over engasjementet og diskusjonene på landsmøtet, stolt av det vedtatte programmet og et meget kompetent forbundsstyre. For å nå visjonene skal vi jobbe i samarbeid med medlemmer og tillitsvalgte, vi skal jobbe smartere med ny teknologi og vi skal dele klokt og generøst av vår kompetanse som samfunnet mer enn noen gang trenger. Jeg håper begeistringen fra landsmøtet smitter ut over landet, slik at mange vil stille på valg til regionene, være tillitsvalgte eller delta i regionale arrangement framover. Her er det rom for aktivitet og deltakelse for alle!

OVERVELDENDE POSITIVT LANDSMØTE

Ergoterapeutenes 24. landsmøte var preget av innovasjon, iver og innsatsvilje. Et samlet landsmøte gikk inn for ny organisasjonsmodell. Det ble kampvotering om vervet som andre nestleder, og vi har fått ny forbundsleder.

Mette Kolsrud, som har vært forbundsleder siden 2008, åpnet landsmøtet.

– Et landsmøte er en stor begivenhet i enhver organisasjon. Her møtes organisasjonens fremste tillitsvalgte, som skal stake ut forbundets kurs for de neste årene.

Hun viste til den store debatten som skulle finne sted senere på dagen: Hvordan skal forbundet organisere seg for å være best rustet til å nå sine mål? Hun snakket også om det nye politiske landskapet vi har fått siden siste landsmøte.

– Vi har fått en ny regjering. Den nye helseministeren har som sitt prosjekt å flytte makt til pasientene og skape «pasientens helsetjenester». Han vil at helsetjenestene skal ta utgangspunkt i pasientens behov og spørre: «Hva er viktig for deg». Akkurat de samme ordene som vi har brukt som inngang til Hverdagsrehabilitering.

Hun trakk også fram at det er varslet ny stortingsmelding om primærhelsetjenesten, en opptrappingsplan for rehabilitering og en ny folkehelsemelding, der psykisk helse skal likestilles med fysisk helse.



Landsmøtet ble holdt på Scandic Oslo Airport på Gardermoen.



Mette Kolsrud åpnet landsmøtet. – Vi skal ta noen viktige beslutninger, sa hun.



– Det er en glede å hilse dette viktige landsmøtet på vegne av Unio-fellesskapet, sa Anders Folkestad.

– Her vil Norsk Ergoterapeutforbund være med på å forme landets helse- og velferdstjenester framover.

OFFENSIVT FORBUND

Unio-leder Anders Folkestad var nestemann på talerstolen.

– Det er en glede å hilse dette viktige landsmøtet på vegne av et fellesskap som setter stor pris på dere. Vi ser et offensivt forbund i fremgang som fronter sakene sine på en imponerende måte.

Folkestad trakk fram at hverdagsrehabilitering har blitt et kjennetegn for forbundet.

– Hverdagsrehabilitering er et tema som tenner mange. Jeg tror det blant annet skyldes at det er konkret, tett på folk, og at det hjelper her og nå.

Han minnet også landsmøtet på at kampen om likelønn så langt fra er vunnet.

– Samfunnet verdsetter ikke kvinners arbeid like høyt som menns, og det er ikke politisk flertall i Norge til å ta tak i like lønnsgapet. Tvert imot ser vi en tendens i kommunesektoren til å redusere kravet til kompetanse i stedet for å bruke lønn som virkemiddel. Det er hemmende både for lønnsdannelse og likelønn.



Et enstemming landsmøte sa ja til ny organisasjonsmodell.

Avslutningsvis rettet han noen ord direkte til Mette Kolsrud, som nå går av som forbundsleder.

– Du har ikke bare vært en frontkjemper for faget og for medlemmene dine. Du har også markert deg i Unio-fellesskapet. Du er en strateg som ser flere trekk fremover, som kobler velferd og verdier, og som ser at samfunnet er et samspill, sa han.

GODT SAMARBEID

Tone Marie Solheim, direktør for helse og velferd i KS, hadde også noen ord på hjertet.

– Helse-Norge må, og skal, være i endring. Vi får en aldrende befolkning, og vi vil ha begrensede økonomiske rammer. Den nye helsetjenesten bør ta utgangspunkt i hvor folk lever livene sine – og det gjør dere.

Hun viste til at Ergoterapeutene og KS har samarbeidet mye om hverdagsrehabilitering.

– Nå er 89 kommuner i gang. Det er sjelden vi ser et så stort engasjement. Denne måten å tenke på skal vi overføre til andre arbeidsområder, som et demensvennlig samfunn, rus og psykisk helse.

Hun trakk fram innovasjon og velferdsteknologi som andre viktige verktøy for å møte de store utfordringene i kommunesektoren.

– Vi står foran en spennende framtid med mange nye nasjonale strategier. Ny innsikt gir ny utsikt. Vi løser ikke problemer med å jobbe på samme måte som før.

GODE INNSPILL

Statssekretær Lisbeth Normann var den siste av de inviterte gjestene på talerstolen.

– Det var lett å si ja til å komme hit i dag. Vi har blant annet samarbeidet veldig godt om innspill til stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten.



Tone Marie Solheim er direktør for helse og velferd i KS.



*Lisbeth Normann er statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet.
Foto: Bjørn Stuedal*



Tove Settem og Synnøve Opsahl innledet saken om ny organisasjonsmodell.



Anita Dimmen Johansen la fram valgkomiteens kandidater til styre og verv.



Pausegymnastikk for travle landsmøtedeltakere.

Hun fortalte at regjeringen har mange tanker om fremtiden, og særlig i kommunene hvor mange av Ergoterapeutenes medlemmer begynner seg.

– Statsråd Bent Høie ønsker å sette brukerne i sentrum. Dette er vanskelig hvis det står andre der. Vi må ta med pasientene på beslutningene som fattes.

Hun kom også inn på at regjeringen ønsker å reversere den nøytrale profesjonskompetansen i kommunene.

– Vi vil for eksempel lovfeste psykologer i kommunene, men vi er også opptatt av ergoterapeuter, fysioterapeuter og sykepleiere. Dette vil vi kommentere i Primærhelsetjenestemeldingen, sa Normann.

NY ORGANISASJONSMODELL

Resten av landsmøtets første dag var satt av til en grundig behandling av sak nummer ni, «Ny organisasjon».

– Jeg oppfordrer til en grundig debatt, ikke minst for å ta med oss videre det som har fungert bra, sa forbundsleder Mette Kolsrud.

Saken ble innledet av sentralstyrets Synnøve Opsahl og Tove Settem, som begge har sittet i prosjektgruppa 2020. De presenterte grunnlaget og prinsippet for den nye organiseringen.

– Medlemsundersøkelsen i 2012 viste at medlemmene er godt fornøyde med forbundet sitt, men vi kan bli enda bedre. Vi har ingen formelle forbindelser mellom fylkeslagene inn i sentralstyret. Vi ser også et behov for å utnytte ressursene våre bedre. Det tror vi at vi vil gjøre med seks regioner fremfor nitten fylkesavdelinger, sa Opsahl.

Debatten som fulgte, viste at

mange medlemmer har etterspurt en tettere forbindelse mellom de forskjellige nivåene i organisasjonen. Flere hadde også savnet en mer systematisk opplæring av de tillitsvalgte. Noen var bekymret for at det ville bli mer arbeid på de tillitsvalgte, og noen uttrykte at større avstander ville føre til at færre fikk anledning til å komme på møter og arrangementer. Samtidig var det bred enighet om at landsmøtet ønsket å satse på en organisasjon som er optimalt organisert for fremtidens utfordringer, og som satser på opplæring og engasjement rundt om i landet.

Det viste også prøvevoteringen over spørsmålet: «Er vi enige om at vi gjennomfører en organisasjonsendring?» Det ble enstemmig tilslutning til dette forslaget.

LANDSMØTETS ANDRE DAG

Landsmøtets andre dag var hovedsakelig viet programmet for neste landsmøteperiode.

Nils Erik Ness innledet, og han oppfordret alle til å ha én fot på bakken og en finger iluften.

– Vi skal stå støtt, men ikke på to føtter, for da står vi stille. Og så skal vi stikke en finger i været og kjenne etter hvilken vei det blåser. Når vi diskuterer hva vi vil fremover, skal vi både å tenke på det politiske landskapet, hvilke visjoner vi har for fremtidens helse- og velferdssystem, og hvilket mulighetsrom som er ledig. Vi skal også ta med oss gode erfaringer fra arbeidet med implementering av hverdagsrehabilitering. Ergoterapeuter har nå et godt omdømme både i KS og blant politikere. Vi står for innovasjon og kvalitet, sa han.

Diskusjonen som fulgte var preget av både bredde og engasjement. Av områder som dele-



Nils Erik Ness flankert av deler av det nye forbundsstyret. Bak fra venstre: Renate Soggemoen, May Solveig Svendsen, Mariette Elise Gjerde, Bjørnar Rovde (varamedlem), Ragna Gjone, Ine Ulven og Arnfinn Bjørshol. Foran fra venstre: Anita Rosmæl og Tove Holst Skyer.

gatene ønsket å bruke mer tid på fremover, pekte barn og unges helse, psykisk helse og arbeids-helse seg tydelig ut.

- Vi er ikke ferdige med å markere oss ennå. Vi har kompetanse om og kan favne så mange av de gruppene som nå havner utenfor, sa Benedicte Blakstad.

NY FORBUNDSLEDER

Den tredje dagen fortsatte landsmøteforhandlingene, og det ble vedtatt nytt program, budsjett og vedtekter. Blant annet ble det be-

sluttet at sentralstyret bytter navn til forbundsstyret.

Deretter kom det som mange hadde ventet på: Valg av ny ledelse og representanter til forbundsstyret, komiteer og utvalg.

Nils Erik Ness ble valgt som forbundsleder ved akklamasjon. Tove Holst Skyer ble deretter enstemmig valgt som nestleder. Valg av andre nestleder ble det derimot mer dramatisk rundt. Både Ragna Gjone og Anita Therese Rosmæl stilte som kandidater til dette vervet. Etter to

avstemninger som begge endte med 37 stemmer til hver, ble det foretatt en loddtrekning. Den vant Anita Rosmæl.

TO RESOLUSJONER

På tampen av landsmøtet vedtok landsmøtet to resolusjoner. Den ene er et ønske om at kommunene gir tilskudd for ansettelse av ergoterapeuter. I den andre resolusjonen henstilles det til økonomisk videreføring av «Den kulturelle spaserstokken» som kulturelt tiltak for eldres helse og trivsel.

FESTMIDDAG MED PRISUTDELINGER

Mette - du er en elefant

Landsmøtet danset seg inn i de sene nattetimer etter festmiddagen. Før det hadde det spist og drukket godt, og ikke minst overvært overrekkelser av både tillitsvalgtprisen og æresmedlemskap.

Sentralstyrets Bjørnar Rovde ledet festdeltakerne gjennom middagen med stø hånd.

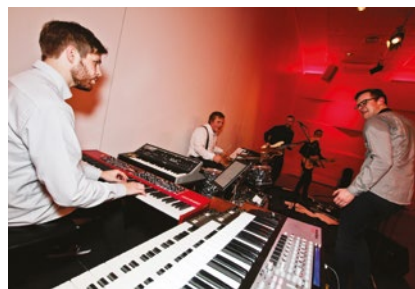
– Velkommen til Norsk Ergoterapeutforbunds festmiddag. Nå skal vi sette oss ned, bli kjent og kose oss i lag, og til slutt blir det dans, sa han.

Æresmedlemskap til Kjersti Vik og Mette Kolsrud ble vedtatt på landsmøtets første dag. Rett etter forretten fikk de overrakt diplomer, blomster og fat med inskripsjonen «Æresmedlem». Ragna Gjone, fra sentralstyret, hadde først noen ord til Kjersti Vik.

– Kjære Kjersti, du tildeles æresmedlemskap for ditt utrettelige arbeid innenfor eldres helse, hverdagsliv og samfunnsdeltakelse. Du har fokus på involvering, verdighet og ressurser og har laget mye av grunnlagstenkningen i hverdagsrehabilitering. Du står støtt med forskning i praksisfeltet. Det gjør forskningen din relevant og direkte anvendbar for klinikere – som igjen er viktig for



Bjørnar Rovde var toastmaster under festmiddagen.



Yang-Breakers spilte opp til dans.

brukerne, sa Jone.

– Det er utrolig stort å bli hedret av sin egen yrkesgruppe. Dette setter jeg veldig pris på, svarte en tydelig rørt Kjersti Vik.

Benedicte Blakstad delte ut prisen til Mette Kolsrud. Hun la vekt på Mettes politiske engasjement, de mange rollene hun har spilt både i nasjonale og internasjonale organisasjoner, og hvordan Mette er som person.

– Denne prisen er deg vel fortjent. Du er en motivator, inspirator, veileder, god strateg, inkluderende, ryddig, uredd, kunnskapsrik, kreativ og en leder med hjerte for oss alle. Du er en forbilledlig ergoterapeut tvers gjennom, sa hun.

– Tusen takk, dette er en stor ære, svarte Mette Kolsrud, og fortsatte:

– Da jeg ble valgt som leder, var min visjon å få ergoterapi-kompetansen fram i et samfunnsperspektiv. Det er et langsiktig politisk arbeid, men sammen med mitt «Dreamteam» i sekretaria-



Kjersti Vik og Mette Kolsrud ble tildelt æresmedlemskap i forbundet.

tet, Sentralstyret og denne flotte organisasjonen, har vi fått til utrolig mye i disse årene. Det å bli æresmedlem er et bevis på at vi har nådd noen mål.

VESENTLIG INNSATS

Tillitsvalgtprisen 2014 ble også utdelt under middagen.

– Denne prisen deles ut til et medlem av Norsk Ergoterapeutforbund som har gjort en vesentlig innsats som tillitsvalgt. Det var fem flotte kandidater i år, så sentralstyret har hatt en vanskelig jobb, sa Mette Kolsrud. Hun delte ut prisen.

Årets tillitsvalgt ble Ania Viken Jørgensen, som er tillitsvalgt i en

kommune der alle ergoterapeuter er organisert.

– Dine medlemmer vil særlig hedre deg for den innsatsen du har gjort i å rekruttere og beholde medlemmer i Eidsvoll kommune over lang tid. Du har vært aktivt involvert i omorganiseringsprosesser, og har gitt viktige bidrag til ny organisering av virksomheten. Du ser ting i en større sammenheng over tid, du tør å stille kritiske spørsmål, og du er en vaktbikkje for dine medlemmer. Kollegaene dine beskriver deg også som en varm, omgjengelig og humoristisk person, sa Kolsrud.

Prisen besto av et diplom og

FEM KANDIDATER

Kandidatene til årets tillitsvalgtpris var:

- › Ine Ulven
- › Nina Kollberg
- › Aina Viken Jørgensen
- › Lise Helene Engmo
- › Benedicte B. Blakstad



Årets tillitsvalgt ble Aina Viken Jørgensen. – Tusen takk til fylkesavdelingen i Akershus som nominerte meg, sa hun.



Festdeltakerne ble traktet med både god mat og underholdende taler.

et glassfat, og det var en takknemlig prisvinner som takket for tildelingen.

– Og jeg som er glad bare for at det er noen som vet at jeg er tillitsvalgt. Tusen takk til fylkesavdelingen i Akershus som nominerte meg. Jeg håper at denne prisen kan være med å reklamere for hvor viktig jobben som tillitsvalgt er. Vi kan være med på å påvirke arbeidsplassene våre.

FIRE DYR

Mellom hovedretten og desserten ble Mette Kolsrud takket av som forbundsleder. Nils Erik Ness sto først i rekken av gratulantene. Til stor glede for salen sammenlignet han Mette med fire dyr.

– Mette du er en elefant, en

modig elefant, og vi er ergoflokkens din. Du står på for det beste for oss alle. Elefanter har også god hukommelse, og du er forbundets minnebok. Derfor er jeg glad for at du fortsetter. Historien er viktig når vi skal gjøre kloke beslutninger.

– Du er også en kanin, på 60-årsdagen din ble du kalt for en Duracell-kanin. Du har en voldsom energi og er utålmodig og pågående, og det er nyttig når man har en handlingsplan. Vi trenger pådrivere som drar oss videre.

Han mente videre at Mette var en rev – en ringrev.

– Det uttrykket kommer fra bokseringen og betegner de mest erfarne bokserne. Rever er noen luringer, som vet hvordan de skal



Mette Kolsrud fikk en skulptur av kunstneren Ole Martin Skaug i gave fra forbundet. – Det er fint med et feste i bakken, sa hun.

Forbundet trenger politiske sluggere

Nils Erik Ness

sno seg for å få det sånn som man vil. Det er lurt å ha ringrever i organisasjoner. Jeg vil også si at du er en politisk slugger, og det er sagt med kjærlighet. Vi har for få politiske sluggere i forbundet.

Til slutt sammenlignet han Mette med en trofast, real og tålmodig hund.

– Akkurat som en hund tåler du uenighet. Vi kan godt være uenige i en sak, men når neste sak skal behandles er du like blid. Det gir trygghet at vi kan være uenige, og du er en god samarbeidspartner. Vi har fått til mye i de fire

årene jeg har vært nestleder.

Som gave fra forbundet overrakte han Mette en skulptur av kunstneren Ole Martin Skaug.

– Jeg vet ikke om dette er en mann eller dame, men det er i hvert fall en person som har klart å oppheve tyngdekraften. Vi har jo denne drømmen om aktivitet og deltakelse, og Mette, du er aktivitet og deltakelse. Denne figuren symboliserer deg.

– Det er fint jeg har et feste i bakken, sa Mette, med henblikk på den solide steinen figuren tross alt var festet i.



Etter en lang middag var det på tide å bevege seg.

8 på landsmøtet

– Hva er det viktigste du tar med deg hjem fra landsmøtet?



Navn: Bjørnar Rovde
Arbeid: Spesialiergoterapeut i Møre og Romsdal

Medlem i Sentralstyret

– Det viktigste jeg tar med hjem, er at jeg har en god tro på at det nye forbundsstyret kommer til å gjøre en god jobb, og at Norsk Ergoterapeutforbund er i de tryggeste hender. Jeg er også glad for at vi er kommet i gang med en ny organisering. Jeg er sikker på at dette blir veldig bra.



Navn: Vanessa Øvstetun
Arbeid: Stavanger bedriftshelsetjeneste

Delegat fra Rogaland

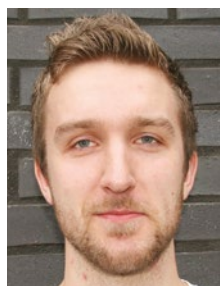
– Det blir veldig interessant å følge det nye forbundsstyret og den nye organisasjonsmodellen. Jeg synes det er positivt med seks regioner fremfor 19 fylkesavdelinger. Det vil selvsagt bli litt større avstander, men hvis det blir satset på gode IKT-løsninger, så tror jeg det vil bli bra.



Navn: Ingunn Myraunet
Arbeid: Diakonhjemmet sykehus

Medlem av Valgkomiteen

– Jeg tar med meg mange fine faglige diskusjoner, og forhåpentligvis et spennende valg. Synes det er utrolig flott at landsmøtet ønsker å satse mer på arbeid og psykisk helse. Det er det jeg jobber med. Dette er jo veldig i vinden, og noe det er politiske føringer på generelt i landet nå. Da er det jo viktig at vi satser samme veien og ikke går for noe helt annet.



Navn: Tor Ivar Bertheussen
Arbeid: Klinikk for fysisk medisin og rehabilitering, avdeling for ervervet hjerneskade, Lian
Delegat fra Trondheim

– Den viktigste diskusjonen fra mitt ståsted var den om utbedring av takstsystem for ergoterapeuter i poliklinikker. Slik finansieringen er i dag utløser ikke ergoterapeuter alene noen takst, og dermed blir det vanskelig å drive med ambulant virksomhet eller poliklinisk arbeid. Det er ikke alltid slik at det er hensiktsmessig å involvere andre faggrupper slik at vi kan få betalt for vårt arbeid.

- REPORTASJE -



Ingunn Myraunet på talerstolen foran et tettpakket landsmøte.



*Navn: Irene Fjeld
Arbeid: Ergo- og fysioterapitjenesten i Bergenhus/Årstad*

Delegat fra Hordaland

– Dette har vært en ny erfaring for meg, jeg har aldri vært på landsmøte før. Tre intense dager med fullt program. Jeg syns det er kjekt å kunne være med å påvirke hva vi skal jobbe med de neste tre årene. I tillegg er det veldig spennende med omgjøringen fra fylkesavdelinger til regioner.



*Navn: Toril Småberg
Arbeid: Kvalitetsrådgiver/specialergoterapeut for Sykehuset Innlandet, Sanderud
Delegat fra Hedmark*

– Den nye organisasjonsmodellen er kjempebra. Programmet er også bra. Det å kunne være med å bygge en ny organisasjon syns jeg er kjempespennende. Jeg sitter som fylkesleder i den gamle fylkesavdelingen, så det vil ha store praktiske konsekvenser å nedlegge den, men det synes jeg blir ok.



*Navn: Anne Lund
Arbeid: Høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus*

Leder for yrkesetisk utvalg

– Det var et veldig positivt landsmøte, med mye engasjement og flotte folk. Det var også interessant at det ble løftet fram i hvilken retning faget skal gå fremover. Jeg sitter igjen med at det som blir viktig, er ergoterapeuters bidrag inn i arbeidshelse, folkehelse, psykisk helse og velferdsteknologi. Det var også en veldig god avrundning for Mette og det imponerende arbeidet hun har ledet de siste årene. Jeg er glad jeg er ergoterapeut.



*Navn: Arnfinn Bjørshol
Arbeid: Avdelingsleder for NAV arbeidslivssenter*

Delegat fra Oslo

– Jeg har med meg et stort engasjement for å jobbe mer med arbeidshelseområdet i perioden som kommer. Jeg er opptatt av at vi må jobbe for å få flere unge med nedsatt funksjonsevne i arbeid. Det var både entusiasme og gode diskusjoner om dette temaet. Utover dette gleder jeg meg til å etablere regionsstyrer i ny organisasjonsmodell.



NAVN

Mona Johansen

STILLING

Spesialrådgiver i Avdeling for kommunikasjon og politikk

HVOR

Deltas hovedkontor i Oslo

Ergoterapeut som spesialrådgiver i kommunikasjon og politikk

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg er ansatt i Delta, den største arbeidstakerorganisasjonen i Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund, YS. Det er den organisasjonen som tidligere het Kommunalansattes Fellesorganisasjon, KFO, og som Norsk Ergoterapeutforbund var en del av helt fram til begynnelsen av 90-tallet. Utmeldingen skjedde faktisk rett før jeg ble valgt som nestleder i ergoterapeutforbundet i 1991.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg begynte i Delta i april 2011. Da kom jeg fra en stilling som kommunikasjonssjef i Norske Kvinners Sanitetsforening. Før det var jeg kommunikasjonsjef og leder for politisk avdeling i Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL). Det var forresten en stilling som lignet veldig på den stillingen jeg forlot i NETF etter 15 år i 2007.

– Hva jobber du som?

– Jeg er spesialrådgiver i en avdeling som heter Kommunikasjon og politikk ved Deltas hovedkontor i Oslo. Vi holder til akkurat der NETF hadde sitt sekretariat i Lakkegata på Grønland, men i en helt ny bygning.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene i Delta?

– Jeg har en utrolig variert arbeidsdag. Oppgavene påvirkes av hva som til enhver tid står på dagsordenen i samfunnet, Delta og våre yrkesorganisasjoner. Delta rommer nemlig 19 selvstendige yrkesorganisasjoner som ivaretar sine medlemmers yrkesfaglige interesser. Blant disse er Aktivi-

tørenes Landsforbund (ALF), Helsefagarbeidere i Delta og Audiografforbundet.

– Jobben min går i korte trekk ut på å bistå de tillitsvalgte på alle nivåer i Delta, og i yrkesorganisasjonene i å utforme politikk og drive politisk påvirkningsarbeid.

– Hvilket forhold har Delta til de politiske partiene?

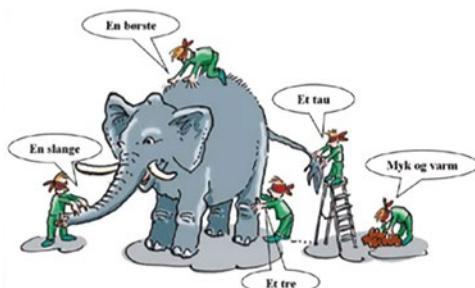
– Delta er, i likhet med ergoterapeutforbundet, partipolitisk uavhengig. Det betyr absolutt ikke at vi er upolitiske. Det innebærer at vi tar de politiske standpunktene våre med utgangspunkt i medlemmenes behov og interesser som arbeidstakere og yrkesutøvere, uten å skjele til hvilke partier som mener hva. Vi samarbeider med politiske partier fra sak til sak og ønsker å påvirke alle partier til beste for medlemmene.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– La meg først si at jeg aldri har angret på at jeg tok ergoterapeututdanning selv om jeg kun har jobbet klinisk i tre og et halvt år. En utdanning som

HVORDAN – metoder

Velg riktig kommunikasjonsmåter



«Den kunst å samtale
består av to ting:
av kunsten å kunne tale
og kunsten å kunne
tie og høre.»

Georg Brandes

illustrasjonen er hentet fra Mona Johansens kurs i målrettet påvirkning.

dreier seg om mennesker og menneskelig aktivitet kan rett og slett ikke bli bortkastet. Jeg har ikke bare hatt stor nytte av kompetansen på jobben, men også når jeg har tatt videreutdanningen i ledelse, webdesign, informasjon og samfunnskontakt. Til syvende og sist handlet alle disse utdanningene om å kommunisere for påvirke menneskelig aktivitet. Det slo meg som en aha-opplevelse hver gang, for jeg var så innstilt på at jeg skulle lære helt andre fag.

– Jeg kan ha nytte av den kompetansen jeg fikk gjennom ergoterapeututdanningen på mange måter:

- Jeg har direkte bruk for kunnskapen min når jeg jobber med helse- og velferdspolitik og yrkesfaglige spørsmål. Blant annet har jeg nettopp bistått aktivtørene i arbeidet med en helt ny og fremtidsrettet yrkesprofil. Nå står audiografene for tur. Begge er viktige og kan spille en langt viktigere rolle i forebygging og rehabilitering. Det er det lett å se når man er ergoterapeut.
- Jeg har enorm nytte av å ha lært å arbeide etter en syste-

matisk problemløsningsmodell. Jeg har faktisk utviklet en enkel modell for planlegging av målrettet påvirkning, som har flere likhetstrekk med ergoterapeutenes arbeidsmodell.

- Jeg føler at «gap-modellen» nærmest har blitt en integrert del av meg. Den benytter jeg både bevisst og ubevisst stadig vekk. Mye av det jeg arbeider med, handler om å finne fram til de smarte måtene å tette gapet mellom forutsetninger og forventninger på.
- Jeg har fått prentet inn at det er viktigere å kunne stille de riktige spørsmålene enn å kunne gi de rette svarene. Det er ofte den andre som sitter med nøkkelen til framgang, og ikke du. Det er viktig for ergoterapeut i møte med bruker, og det er minst like viktig når jeg skal bistå tillitsvalgte i å få oversikt over utfordringene og valgmulighetene sine.
- Jeg har en «hjelp til selvhjelp»-kompetanse, eller kanskje handler det mer om en holdning, som passer godt med den «empowerment»-tankegangen som skal ligge til grunn når jeg som ansatt bistår

tillitsvalgte. Det er de som er de egentlige subjektene og som skal nå sine mål. Min oppgave som ansatt er å gi råd, veiledning og bistand.

- Jeg har lært mye om å påvirke menneskers aktivitet. I bunn og grunn er det essensen i alt målrettet endrings- og påvirkningsarbeid. Det er svært sjeldent det er aktuelt å tvinge ledere, politikere eller andre til å handle slik som vi ønsker. De må ville det selv. Således blir det viktig å legge til rette for samarbeid og dialog, kartlegge og sette seg inn i andres ønsker og behov, og finne fram til vinn-vinn-løsninger. Du må ha respekt for andres ståsted og tiltro dem gode intensjoner, ellers vil dialogen gå i stå og du har tapt i utgangspunktet.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Nei, det er det selvfølgelig ikke, men det er ingen tvil om at ergoterapikompetansen er nyttig å ha med seg når man skal jobbe med kommunikasjon og politisk påvirkning.

– Er det spennende å jobbe på en utradisjonell måte?

– Jeg trives utrolig godt med arbeidsoppgavene mine, så svaret på det må bli ja.

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

– Ja, jeg mener flere ergoterapeuter enn meg vil kunne finne det interessant å jobbe med kommunikasjon og politikk i en organisasjon. Dessuten tror jeg det vil styrke oss som yrkesgruppe om flere tar i bruk kompetansen sin på systemnivå.

Ny regjering, ny profil

Regjeringen Solberg har levert sitt første budsjett med eget stempel på. Og vi ser en helt ny kurs. Spørsmålet er om vi liker det vi ser...

Av Erik Orskaug



Erik Orskaug er sjef-økonom i Unio..

Det første man legger merke til i regjeringen Solbergs forslag til statsbudsjett, er at de holder det de lover – til arbeidsgiversida. Som for eksempel hundretusener i formueskattelette til de rikeste, kutt i ledighetstrygd, kutt i sykelønn, kutt i uføretrygd, kutt i overgangsstønad og kutt i foreldrepenger og pleiepenger. Dette er en profil der de som har det tøft, får det tøffere, og de som har mye, får mer. Unio mener dette er en veldig uheldig utvikling.

ØKTE FORSKJELLER

Den norske regjeringen går imot OECDs (Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling) råd på det økonomiske området. Økonomisk ulikhet er en sentral sak for OECD. Ikke nødvendigvis på grunn av at det er sosialt uakseptabelt, men en ser at økonomisk ulikhet fører til lavere vekst og sosial uro. I OECD-landene ser en at lønn som andel

av verdiskapningen har falt de siste tiårene. Mange land opplever reallønnsnedgang, og i USA har lønningene stått på stedet hvil i lang tid. Dette på tross av at produktiviteten har økt. Det at eiere får en stadig større andel av verdiskapningen, har skapt økte forskjeller. Det at lønnsinntakene ikke får sin del av den økte verdiskapningen, fører til lavere etterspørsel i samfunnet. Prognosene for verdensøkonomien har falt de to siste årene, og spesielt Europa sliter med å komme seg etter finanskrisen. Økt etterspørsel er et viktig virkemiddel for å få til økonomisk vekst og lavere ledighet.

Med dette som bakteppe, er det uforståelig at Solberg-regjeringen ser ut til å tro at skattelette til de rike fører til økte investeringer som igjen kommer alle til gode. Selv regjeringens eget nasjonalbudsjett tror ikke på dette. Her vises det til at de såkalte «dynamiske effektene» av redusert formuesskatt er langt mer

usikre enn for eksempel redusert skatt på arbeid, særlig for de med de laveste inntektene.

SKLI PÅ OLJEBRUKEN

Regjeringen Solberg har hatt det romslig når budsjettet skulle snekres. I tillegg til at den økonomiske veksten er dobbelt så høy som i eurolandene, kan de spe på med penger fra oljefondet. Regjeringen vil bruke 164 milliarder oljekroner i 2015, det er reelt sett 17 milliarder mer enn i år. Regjeringen har sånn sett begynt å skli på oljepengebruken. Det er uheldig med tanke på at skattelettelsene, særlig lettelsene i formuesskatten, i tillegg til de uheldige fordelingsmessige sidene, også har en alvorlig virkning på sikt. Det fremtidige finansieringsgrunnlaget for velferden svekkes betydelig i forkant av eldrebølgen.

MER TIL KOMMUNENE

Når man også ser at regjeringa ikke har latt det dryppe noe nedover på kommunene, kan vi ane at det blir tøffere for dem som skal levere velferdstjenestene framover. Kommuneøkonomien neste år vil bli svakere enn det regjeringen prøver å gi inntrykk av. I regjeringens forslag til statsbudsjett har kommunene fått 4,4 milliarder mer i frie inntekter. I utgangspunktet kan dette se bra ut. Realiteten er at den potten som skal finansiere skole, helse og omsorg blir en halv milliard kroner mindre. Årsaken til det ligger i at regjeringen gjennomfører reformer som påfører kommunene økte utgifter, som blant annet aktivitetsplikt for sosialhjelpsmottakere og brukerstyrt personlig assistent. Dette er oppgaver som kommunene får, uten at det følger med nok penger. Dette fører



Regjeringen Solberg på Slottsplassen etter statsråd. Fra venstre Børge Brende, Siv Jensen, Erna Solberg og Jan Tore Sanner. Foto: Erlend Aas, NTB scanpix.

til at kommunene med de to siste budsjettene har fått 2,5 milliarder kroner mindre å rutte med. Vi vil dermed se ordførere og rådmenn som leter etter poster å kutte, framfor å kunne bevilge mer til skole, barnehage, helse og omsorg.

Etter Unios syn ville det være langt bedre for folk flest om regjeringen hadde gitt penger til kommunene som hadde brukt dem på skole, barnehage, helse og omsorg, fremfor å gi de rikeste privatpersonene hundretusener i skattelette.

KONKURRANSEUTSETTING

Regjeringen forventer at stat og kommune skal effektivisere, som om dette ikke har vært et krav i lang tid. Statlig sektor får sågar et osthøvelkutt på 0,5 prosent uten føringer. Tilsvarende kutt er ikke pålagt kommunesektoren, der er bare bevilgningene lavere.

Mer politisk spenning og krutt er det derimot knyttet til

regjeringens tanker om konkurranseutsetting. Det er ikke den offentlige tjeneste som i prinsippet ikke kan leveres av private virksomheter i følge regjeringspartnerne. Dette åpner for mer markedstenkning og «lønnsomhetstankegang», mer bruk av anbud, mer byråkrati for å kjøpe anbud og følge private driftere av offentlige tjenester og mer konkurranse om pris. I offentlig sektor koker det ofte ned til konkurranse om å tilby de laveste lønningene og de dårligste pensjonsordningene. Regjeringen må akseptere at offentlig ansattes lønninger og pensjonsbetingelser skal følge betingelsene i hovedtariffavtalene i offentlig sektor, og at dette også må gjelde dem som jobber for private tilbydere av sentrale offentlige velferdstjenester. Konkurranse skal foregå på kvalitet og organisatorisk effektivitet, ikke på de ansattes lønns- og pensjonsbetingelser.

Landsmøtet vedtok ny organisasjon

Landsmøtet vedtok endringer i dagens organisasjon for å skape større aktivitet, trygge og kompetente tillitsvalgte og en sammenhengende organisasjon fra det enkelte medlem og til de styrende organene.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Det er imidlertid ikke bare å skru på en bryter for å oppnå dette, selv om arbeidet med å sette landsmøtets vedtak ut i livet er kommet godt i gang. Her beskrives noen av de første konsekvensene vedtakene gir.

NEDLEGGING AV FYLKESAVDELINGENE OG ETABLERING AV REGIONER

Fylkesavdelingene blir lagt ned med virkning fra årsskiftet, og etableres i andre kvartal 2015.

Dette betyr at den bistand du som medlem og tillitsvalgt tidligere har fått fra fylkesavdelingen, må løses på annet vis, på kort og lang sikt. Først og fremst må medlemmene bruke de store ressursene som ligger i tillitsvalgtapparatet vårt. De tillitsvalgte oppfordres til fortsatt å bruke det store nettverket av tillitsvalgte i organisasjonen. Forbundskontoret er selvfølgelig også tilgjengelig.

SEKS VITALE OG HANDLEKRAFTIGE REGIONER

Landsmøtet vedtok å etablere seks regioner som i størrelse og medlemssammensetning vil være likere hverandre enn fylkesavdelingene har vært. Dette er de seks regionene med medlemsantallet uten studenter første januar 2014:

- Region Nord: medlemmene fra Nordland, Troms og Finnmark. I alt 358 medlemmer.
- Region Midt: medlemmene fra Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag. I alt 612 medlemmer.
- Region Vest: medlemmene fra Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland. I alt 608 medlemmer.
- Region Sør: medlemmene fra Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark og Vestfold. I alt 335 medlemmer.
- Region Øst: medlemmene fra Buskerud, Hedmark

og Oppland. I alt 345 medlemmer.

- Region Sørøst: medlemmene fra Oslo, Akershus og Østfold. 952 medlemmer i alt.

ELEKTRONISKE VALG – SJEKK DIN EPOST-ADRESSE

I perioden første til 15. mars 2015 vil det for første gang i forbundets historie bli gjennomført elektroniske valg til de nye regionstyrene. For å delta i valget må du bruke epostadressen som du har registrert i medlemsregisteret. Sjekk at du får logget deg inn på Min side. Ønsker du å endre epostadressen vi har registrert, sender du en epost til post@ergoterapeutene.org.

SETT DITT PREG PÅ DEN NYE ORGANISASJONEN

Vi håper at riktig mange medlemmer og tillitsvalgte vil være med på å sette preg på den nye organisasjonen og de nye regionstyrene. Regionstyrene vil bestå av både tillitsvalgte og medlemmer som ikke er tillitsvalgte.

Nåværende fylkesavdelinger kal foreslå kandidater til regionale valgkomiteer. Disse komiteene oppnevnes av forbundsstyret i januar 2015 og skal deretter komme med forslag til kandidater til regionstyrene. Det er kandidatene til regionstyrene som skal velges elektronisk. De nye regionstyrene velges for perioden fram til landsmøtet i 2017. Forbundet har nå gått tilbake til treårige landsmøteperioder.

NYTT PROGRAM FOR TILLITSVALGTE

Landsmøtet vedtok også at det skal etableres et nytt program for introduksjon, opplæring og utvikling av tillitsvalgte. Tillitsvalgte skal også få redusert kursavgift på fagkurs.

MITT YRKE ERGOTERAPEUT – FILM RETT RUNDT HJØRNET

I midten av november ble det spilt inn en film om yrket ergoterapeut. Filmen skal vises på NRK.

Fylkesleder i Ergoterapeutene Rogaland, Fanny Jacobsen, har denne uka stått foran kamera under innspilling av en informasjonsfilm om yrket ergoterapeut.

– Det har vært veldig spennende, lærerikt og utfordrende, forteller Fanny Jacobsen.

– Det var krevende å billedgjøre hva vi gjør som ergoterapeuter.

Til sammen brukte hun og teamet tre dager på filmingen.

– Jeg håper virkelig at filmen blir god og gir et godt bilde av yrket vårt, sier fylkeslederen.

Fanny ble filmet i to ulike



Fanny Jacobsen har spilt inn en informasjonsfilm om ergoterapi.

brukersituasjoner. Den ene var en COPM-kartlegging, mens den andre var med en pasient som har trent på hverdagsaktiviteter sammen med ergoterapeut i en måned.

«Mitt yrke ergoterapeut» inngår i en NRK-serie som skal gi utdanningssøkende og andre innsikt i ulike yrker. Filmen vil bli vist på NRK og vil i tillegg være tilgjengelig på nett.

NOVASOL – 9 PROSENT PÅ LEIE AV FERIEHUS I HELE EUROPA

Som medlem i Ergoterapeutene får du ekstra gode rabatter på leie av feriehus gjennom NOVASOL.

Her kan du velge mellom 40 000 feriehus i hele Europa og få 9 prosent rabatt på leiebeløpet ved bestilling. Hos NOVASOL finner du feriehus til alle anledninger: rorbu i Lofoten, fiskehus i de vestlandske fjorder, fjellhytte i de østerrikske alpene, herregårder og slott i deilige Danmark, bassenghus i Kroatia og mye mer. Ta med deg din kjære, storfamilien eller vennegjengen på drømmeferie med NOVASOL. Opplysninger om hvordan du nyttiggjør deg rabatten finnes på ergoterapeutene.org/ medlemsfordeler.



ERGOTERAPEUTER OG FØRERKORTVURDERINGER

Ny, kunnskapsbasert retningslinje er ferdigstilt

Hva er viktig i livet ditt? Mange ville svare at å kjøre bil mellom ulike steder for daglivet er viktig. Samtidig er vi alle opptatt av at det skal være trygt å ferdes i trafikken.

Norsk Ergoterapeutforbund har laget *Ergoterapeuter og førerkortvurdering* for å kvalitetssikre ergoterapeuters vurderinger av egnethet for bilkjøring.

Retningslinjene omhandler ergoterapeuters bidrag til tverrfaglige vurderinger og anbefaler funksjonsvurderinger og analyser som skal støtte ergoterapeuters beslutninger. Anbefalingene er basert på den beste kunnskapen vi har tilgjengelig på utgivelsestidspunktet.

I Norge er funksjonsvurderinger i forhold til førerkort et område i utvikling for ergoterapeuter, både i kommune- og spesialist-

helsetjenesten. Retningslinjene er rettet mot personer som skal vurderes for egnethet for bilkjøring, uavhengig av alder og diagnose. Det er likevel rettet ekstra oppmerksomhet mot eldre bilførere, fordi det er økende etterspørsel etter førerkortvurderinger for denne gruppen.

Ergoterapeuter og førerkortvurdering er utviklet i samarbeid med en bredt sammensatt arbeidsgruppe av ergoterapeuter, der også brukerorganisasjoner, samarbeidspartnere og myndigheter ble invitert til å bidra. Last ned retningslinjene og vedleggene fra Ergoterapeutenes nettsider: www.ergoterapeutene.org/forerkort



Det er økende etterspørsel etter førerkortvurderinger for gruppen eldre bilførere.

19 NYE SPESIALISTER GODKJENT ELLER REGODKJENT

Ergoterapeutene har godkjent eller regodkjent nitten spesialister i høst.

Ti nye ergoterapeuter kan nå kalle seg ergoterapispesialist, mens ni har blitt regodkjent.

Vi gratulerer og oppfordrer alle medlemmer til å starte arbeidet med sin spesialistsøknad. Ny søknad om spesialistgodkjenning må være levert før

15. september 2015.

Mer informasjon og oversikt over ergoterapispesialistene våre finner du på våre hjemmesider. Det samme gjelder nødvendig informasjon for å kunne søke spesialistgodkjenning. Se ergoterapeutene.org/spesialist.



30 PROSENT MEDLEMSRABATT PÅ STORMBERG-PRODUKTER

GJENNOM UNIO-SAMARBEIDET KAN VI NÅ TILBY 30 PROSENT RABATT PÅ EN LANG REKKE STORMBERG-PRODUKTER. SJEKK UT DENNE OG ANDRE MEDLEMSFORDELER PÅ VÅR HJEMMESIDE.

10 GODE GRUNNER TIL Å BLI MEDLEM

Sammen med dette fagbladet får du brosjyren «10 gode grunner til å bli medlem». Kanskje kjenner du noen ergoterapeuter som ennå ikke er medlemmer. Da kan de få denne brosjyren av deg.

Brosjyren er også tilgjengelig på hjemmesiden for nedlastning og kan bestilles fra forbundskontoret og i vår netthandel.

Brosjyren lister opp ti gode grunner til å bli medlem, men det er mange flere. Kanskje har du ikke tenkt på alle selv heller. Ta en kikk!

Vi håper at denne brosjyren gjør det lettere for deg å være ambassadør for fag, yrke og forbund. Visjonen vår er klar: Aktivitet og deltakelse for alle. Husk at du også får et gavekort på 500 kroner når du rekrutterer et medlem. Gavekortet kan du bruke som delbetaling på et av våre fagkurs.



Denne brosjyren får du sammen med dette fagbladet. Kanskje kjenner du noen som ennå ikke er medlem?

BESØK VÅR NETTHANDEL

Besøk vår netthandel på ergoterapeutene.org/netthandel. Her vil du få tilgang til Ergoterapeutenes profileringsmateriell – noe av det gratis, og det øvrige til en grei pris. Du vil også finne hefter og ergoterapifaglig litteratur. Nytt nå før jul er også et utvalg flotte tekstiler.



Besøk Ergoterapeutenes netthandel før jul. Den har nå et flott utvalg av tekstiler.

LANDSMØTET VEDTOK LAVERE KONTINGENT

Landsmøtet vedtok å sette ned kontingenten til 1,7 prosent av brutto lønn. Makskontingenten knyttes nå til lønnstrinn 46 i statens lønnsregulativ, og økes med kun én krone fra dagens 570 kroner.

Kontingentendringa vil gi deltidsansatte, nyutdannede og andre med inntekt under lønnstrinn 46 i statens lønnsregulativ (per i dag kr. 403 300,-) lavere kontingent. De fleste medlemmer som i dag betaler maksimal kontingent, vil ikke berøres av endringene. Kontingenten for selvstendig næringsdrivende, faglig medlemskap, pensjonister og andre ikke-yrkesaktive har

stått urørt i mange år. Fra januar 2015 blir det en liten endring i disse satsene:

- Kontingent for ikke-yrkesaktive blir 10 prosent av makskontingenten.
- Kontingent for selvstendig næringsdrivende blir 30 prosent av makskontingenten.
- Kontingent for faglig medlemskap er uendret, det vil si 50 prosent av makskontingenten.

SJEKK DINE MEDLEMSOPPLYSNINGER!

Vi får mye post i retur enten vi sender den elektronisk eller per post. For at du skal få post raskt og greit, og forbundet spare tid og penger, er det fint at du oppdaterer dine medlemsopplysninger på ergoterapeutene.org/minside.

I forbindelse med de lokale forhandlingene opplever vi at det ikke er samsvar mellom medlemsregisteret vårt og de som oppfattes som medlemmer både av seg selv og av deg som tillitsvalgt.

Det er viktig at du registrerer endring i arbeidsforholdene dine på Min side, slik at vi får oppdatert medlemslistene og satt i gang trekk av

kontingenten hos din arbeidsgiver. Er du ikke trukket kontingent av arbeidsgiver er det naturlig å ta en sjekk.

Be også medlemmene om å sjekke at adresser og telefonnummer er riktige. For å motta informasjon og delta i forbundets aktiviteter må opplysningene våre være riktige.

DANSOMMER – 10 PROSENT PÅ LEIE AV FERIEHUS I DANMARK

Som medlem i Ergoterapeutene får du ekstra gode rabatter på leie av feriehus gjennom Dansommer. Her kan du velge mellom 4500 feriehus i Danmark, nordmenns absolutte favorittdestinasjon.

Danmark innbyr til en rekke attraksjoner og aktiviteter, god mat og hygge hele året. Majoriteten av Dansommers feriehus finner du langs Danmarks vakre kyst med kort vei til både strender, storbyer

og attraksjoner. Du behøver ikke å reise langt for å finne din ferieperle i Danmark! Opplysninger om hvordan du nyttiggjør deg rabatten på ergoterapeutene.org/ medlemsfordeler.



30-40 PROSENT RABATT PÅ TEKNISK TRENINGSTØY FRA UNDER ARMOUR

Gjennom Unio-samarbeidet kan vi også tilby 30 prosent rabatt på dette amerikanske sportstøyet. Et godt tilbud til aktive medlemmer.

Skatten vår

Det har vore ein heftig skattedebatt denne hausten. Vi visste at regjeringspartia hadde lovd skattelette. Og det kom, i framlegget til statsbudsjett for 2015. Mest til dei aller rikaste. Då reagerte også støttepartia, KRF og Venstre. Det blei lange forhandlingar før eit budsjettforlik kom på plass.



**ANDERS
FOLKESTAD**
UNIOLEDER

Regjeringa fekk seg ein kraftig lærepenge. Dei lange forhandlingane har vore ei form for straffelekse. Ikkje den beste pedagogikken, men det måtte tydelegvis til. Å gi formidable skattekutt til dei rikaste, og samstundes stramme til for dei fattige, måtte bli trøbbel.

No er skattekuttet noko moderert, men det viktigaste var at barnetillegget for uføre blei ført tilbake til eit anstendig nivå, og det blei ei betre løysing.

Argumentet for å kutte i formueskatten er at det styrker grunnlaget for at bedriftseigarane investerer og skaper nye arbeidsplassar. Det er sjølv sagt fornuftig å stimulere til nyskaping og arbeidsplassar. Det blir endå viktigare i framtida. Om det verkar slik, er meir usikkert. Men det hjelper tydelegvis lite å støtte slike som Stein Erik Hagen, som etter budsjettforliket sutra og truga med å flytte meir av pengane sine ut av landet. Den reaksjo-

nen bør også vere ein lærepenge, i alle fall for statsministeren og finansministeren.

Sjølv sagt er skatt og skattepolitikk viktig for ergoterapeutar. Dei er ein viktig del av velferdssystemet, og hjelper folk til å meistre liva sine kvar einaste dag. Finansieringsgrunnlaget for velferdstilbodet ligg først og fremst i skattesystemet og viljen til å finansiere fellesskapen. Det trengst fleir ergoterapeutar. Til det trengst sikre inntekter til det offentlege, ikkje minst til kommunesektoren.

Det finst fleire undersøkingar som viser at folk har stor vilje til å betale skatt, i alle fall på dagens nivå. Og særleg stor er støtta når det blir lagt til grunn at det er helse og utdanning som skal prioriterast.

Unio vil at vi her til lands skal ha eit breitt skattegrunnlag, der dei som er rikast betaler mest. Samstundes skal vi ha reglar som gjer det vanskeleg å «lure unna skatt», og trekke pengar

vekk frå felleskassa. Men i ein global økonomi kan det vere krevjande. Det har vakse fram ein industri av skatterådgjevarar som sel tenester til bedrifter, slik at dei kan finne lovlege metodar for å betale minst mogeleg skatt. Enkelte land legg godt til rette for plassering av slike pengar. Denne «grå økonomien» gjer at somme tener ekstra, medan fellesskapen taper.

Eit offentleg utval (Scheel-utvalet) har nyleg lagt fram nye skatteforslag. Her blir det også foreslått skattereduksjonar, både for bedrifter og for lønnstakarar. Men desse kutta skal i all hovudsak dekkast inn gjennom andre endringar i skattesystemet. Som noen vil vinne, andre vil tape.

Den politiske dragkampen er i full gang. Unio oppmodar partia til å arbeide fram til eit skattekompromiss som står seg, som sikrar både verdiskaping og velferd. Og med det eit betre grunnlag for at folk kan få endå betre ergoterapi.

Studentene markerer Ergoterapiens dag

Studentene fra Gjøvik, Oslo, Sandnes, Bergen, Trondheim og Tromsø feiret den 27. oktober Ergoterapiens dag. Over alle utdanningsstedene hadde studentene satt opp stander for å markere dagen.

Av Sofie Enebakk

Ergoterapistudentene i Sandnes hadde stand på Kvadrat kjøpesenter i Sandnes. Her formidlet de informasjon om universell utforming, delte ut brosjyrer, førte samtaler med forbigående og arrangerte quiz med fine premier. De hadde også en film som gikk kontinuerlig på standen, og noen aktiviteter hvor man kunne prøve enkelte hjelpemidler.

HVA ER VIKTIG FOR DEG

Ergoterapistudentene i Gjøvik hadde stand på CC kjøpesenter. Temaet var: «Hva er viktig for deg?» På standen var det satt opp et «Hva er viktig for deg-tre». De som klistret på en lapp der det sto hva som var viktig for dem, fikk en gratis vaffel. Det ble også informert til alle om hva en ergoterapeut gjør.

KONKURRANSE OG QUIZ

Ergoterapiens dag i Trondheim ble holdt over to dager. Første dagen hadde de stand langs Ladestien. Dette er et turområde i Trondheim hvor mange legger søndagsturen sin. Uheldigvis var det litt dårlig vær, så det var ikke like mange mennesker som gikk søndagstur som det ville ha vært på en godværsdag. Grunnet det dårlige været valgte studentene konkurranse og quiz som aktiviteter.

Mandagen hadde de en stand i byen, ved Merkursenteret i Trondheim. Denne dagen kom flere mennesker bort til standen. Neste år vil de arrangere dagen på et senter, med tanke på været og kulden.

PRØVE ULIKE HJELPEMIDLER

Ergoterapistudentene i Tromsø markerte dagen med stand både 25. og 27. september. Den første dagen sto de på Jekta storsenter og Nerstranda kjøpesenter. Den andre dagen hadde de stand på universitetet, i medisins- og helsebygget. De delte ut flyers og hadde et «hva er viktig for deg-tre» hvor folk skrev hva som var viktig for dem på en lapp, som de så klistret på treet. På standen var det også muligheter for å prøve ulike hjelpemidler. I år hadde de stort fokus på hva en ergoterapeut er.

DELTE UT VAFLER

Ergoterapistudentene i Bergen hadde i år stand på den nye høyskolen på Kronstad. Andreklassingene var arrangør denne dagen. Det ble en vellykket dag med ulike aktiviteter. De hadde et tre hvor folk hengte opp det meningsfulle i hverdagen, og de delte ut vafler til alle som var innom standen. Det var mange som var innom, og folk virket interesserte i ergoterapifaget.

TAKTILSANSBØTTE OG HELIUMBALLONGER

Ergoterapistudentene i Oslo hadde stand ved Egerstorget på Karl Johan. De delte ut gratis vafler mot at folk gjorde en aktivitet. De hadde et tre hvor man kunne henge meningsfulle lapper, bord med hjelpemidler, taktilsansbøtte hvor man skulle gjette hva som var i bøtten, og de delte ut gratis heliumballonger til de små.



Ergoterapistudentene i Sandnes: Kurdeestan Salahii, Torunn Schultz Skår, Marie Sorthe, Karoline Gundersen, Carina Hegreberg, Thea Kristin Aarsheim og Gina Rosland.



Ergoterapistudentene i Gjøvik: Marthe Hvindenbråten og Sofie Enebakk.



Ergoterapistudentene i Trondheim: Vegar bueng, Mette Nygård, Ine Jessica, Maja Svinsås Buan og Andrea Harjo.



Ergoterapistudentene i Oslo: Kristina Corneliusen, Ida Sofie Teigen, Marte Baklund Størseth, Linn Schei, Jakob Eidal, Trine Fløtterud og Lisa Haga.

Bruk av medhjelpere - helsepersonelloven

Fra tid til annen kan helsepersonell ha behov for å bruke «annet personell» som medhjelper ved utførelse av arbeidsoppgavene. Medhjelpere er vanligvis personell som ikke er helsepersonell, eller helsepersonell som ikke innehar de nødvendige formelle kvalifikasjoner til å utføre bestemte oppgaver. I denne artikkelen skal vi se nærmere på adgangen til å benytte seg av medhjelpere, samt vilkårene for å gjøre dette.

Av Ine Hagen



Iuliana Pedersen er advokatfullmektig i advokatfirmaet Storeng, Beck & Due Lund (SBDL).

HELSEPERSONELLOVEN § 5

Helsepersonelloven paragraf 5 angir rammene for adgangen til å bruke medhjelpere. Utgangspunktet er at helsepersonell under visse vilkår kan benytte medhjelpere til å utføre oppgaver på vegne av en selv.

HVEM ANSES FOR Å VÆRE MEDHJELPERE?

Som medhjelper får en mulighet til å utføre tilleggsoppgaver som ligger utenfor den enkeltes ordinære stillings- og funksjonsforhold, under helsepersonellens kontroll og tilsyn.

Medhjelper er som nevnt først og fremst personell som ikke er utdannet helsepersonell, samt helsepersonell som ikke har den nødvendige formelle kompetansen til å utføre den aktuelle oppgaven på selvstendig grunnlag.

Helsepersonelloven gir også adgang til å benytte elever og studenter som medhjelpere. Elever og studenter skal som regel tildeles oppgaver i læringsøyemed. Det er imidlertid mulighet for at også disse deltar i rutinepregede aktiviteter. Elever og studenter bør gis ekstra oppfølging.

HVILKE BESTEMTE OPPGAVER DELEGERES TIL ANNET PERSONELL?

Helsepersonelloven angir ikke konkret hvilke «bestemte oppgaver» som kan delegeres til annet personell. Før helsepersonell overlater oppgaver til andre er det et krav at en sikrer seg at det er faglig «forsvarlig» å delegere oppgaven. I dette ligger at helsepersonell må foreta en forhåndskontroll for å forvisse seg om at den som overlates utførelsen av oppgavene har nødvendige kvalifikasjoner for å utføre disse på en faglig forsvarlig og adekvat måte, samt at eventuell nødvendig opplæring blir gitt.

Forsvarlighetskravet er knyttet til oppgavens

art, personellets kvalifikasjoner og oppfølgingen som gis. Den som skal delegere, må derfor stille seg følgende spørsmål:

- Er det forsvarlig å delegere oppgaven til denne medhjelperen?
- Er det forsvarlig å delegere denne oppgaven?
- Er det gitt tilstrekkelig opplæring og veiledning?

For å kunne bruke medhjelpere er det en forutsetning at helsepersonellet har nødvendige faglige kvalifikasjoner i forhold til oppgavens art. Man kan ikke overlate til andre å utføre oppgaver når man selv ikke har nødvendige faglige og formelle kvalifikasjoner innen det aktuelle området.

Helsepersonellet kan altså bruke medhjelpere kun i de tilfeller der de på bakgrunn av utdanning, stilling eller lovbestemte forhold selv har kvalifikasjoner til å utføre oppgaven, og kan bare delegere oppgaver som ligger innenfor eget ansvars og kompetanseområde.

Selv om oppgaven delegeres til andre, betyr ikke det at en helt gir ansvaret fra seg. Den som delegerer, må påse at medhjelperen får adekvat oppfølging og nødvendige instruksjoner ved tildeling av oppgaver, samt føre et visst tilsyn med vedkommende (løpende kontroll). Dette innebærer at helsepersonell skal være tilgjengelig for å gi råd, veiledning og instruksjon underveis. Den som får oppgaven delegert, må også ta stilling til om det er faglig forsvarlig å påta seg oppgaven, herunder om en har mulighet til å påta seg oppgaven, om en har den nødvendige kompetansen, eventuelt om det gis anledning til tilstrekkelig veiledning og rådslagning.

Adgangen til å benytte medhjelpere innebærer imidlertid ikke en plikt til å organisere og instruere alt helsepersonell rundt seg. Det hører under arbeidsgiveransvaret å organisere arbeidsplassen, herunder å sørge for ansettelse av personell med nødvendige kvalifikasjoner til å utføre oppgaver på selvstendig grunnlag og som medhjelpere.

ADGANG TIL VIDERETILDELING - SUBDELEGA-SJON

Den som har fått tildelt en oppgave som ligger utenfor vedkommendes formelle fagområde, kan ikke delegere denne oppgaven videre. Grunnen er at det skal foretas en forsvarlighetsvurdering og forhåndskontroll og gis veiledning, som beskrevet over.

ANSVAR

Å benytte seg av medhjelpere innebærer et ansvar både for den som bruker medhjelpere, og for med-

hjelperen selv. Som vi har sett ovenfor, er helsepersonell som benytter medhjelpere ansvarlige for å oppfylle kravene til forsvarlighet, forhåndskontroll, tilsyn og oppfølging. Dette innebærer at dersom medhjelperen utøver arbeidet på en uforsvarlig måte eller i strid med lovbestemte plikter, vil både den som benytter medhjelperen og medhjelperen selv risikere rettslig ansvar.

Medhjelperen er forpliktet å følge instruksjoner. I tillegg har medhjelperen et selvstendig ansvar på lik linje med alle som utfører helsetjenester. Medhjelperen kan bli ansvarsfri dersom det viser seg at instruksjonen man fulgte var mangelfull eller feil, dersom en ikke kunne forvente at medhjelper hadde kompetanse til å kunne vurdere dette. Det samme gjelder forhold som ligger utenfor det som medhjelperen har kompetanse til å ta stilling til.

Det er derfor viktig at man påser at medhjelperen har tilstrekkelig kompetanse til å utføre oppgaven på en forsvarlig måte, får riktige instruksjoner og adekvat oppfølging.

ARRANGEMENTER 2015				
Type	Start	Slutt	Hva	Hvor
Organisasjon	13.jan	14.jan	Forbundsstyremøte	Oslo
Organisasjon	04.feb	04.feb	Forbundsstyremøte	Oslo
Tariff	09.feb	10.feb	Kurs i turnusplanlegging for tillitsvalgte	Oslo
Tariff	10.feb	12.feb	Tillitsvalgtekurs, påbygning Virke	Oslo
Tariff	25.feb	27.feb	Kommune	Oslo
Fag	2.mars	4.mars	COPM kurslederkurs	Oslo
Organisasjon	06.mars	06.mars	Forbundsstyremøte	Oslo
Fag	09.mars	11.mars	Praktisk kjøretest, P-drive	Oslo
Tariff	17.mars	19.mars	Grunnkurs for tillitsvalgte	Oslo
Organisasjon	24.mars	26.mars	Vårmøte	Østlandet
Fag	23.apr	24.apr	COPM-kurs	Oslo
Organisasjon	05.mai	06.mai	Forbundsstyremøte	Oslo
Organisasjon	27.mai	28.mai	Oppstartskonferanse Region Vest	Bergen
Organisasjon	01.juni	02.juni	Oppstartskonferanse Region Midt	Trondheim
Organisasjon	03.juni	04.juni	Oppstartskonferanse Region Nord	Tromsø
Organisasjon	09.juni	10.juni	Oppstartskonferanse Region Sør	Kristiansand
Organisasjon	11.juni	12.juni	Oppstartskonferanse Region Øst	Jevnaker
Organisasjon	15.juni	16.juni	Oppstartskonferanse Region Sørøst	Son
Organisasjon	25.juni	25.juni	Forbundsstyremøte	Oslo
Organisasjon	02.sep	03.sep	Forbundsstyremøte	Oslo
Fag	17.sep	18.sep	Ergoterapeuter og førerkortvurdering	Oslo
Organisasjon	15.okt	15.okt	Forbundsstyremøte	Oslo
Organisasjon	10.des	10.des	Forbundsstyremøte	Oslo

Det er røyken som dreper

De fleste som mister livet i brann, dør av røykforgiftning. Før flammene når deg, har røyken satt deg fullstendig ut av spill. Det enkleste og rimeligste du kan gjøre for å forhindre at dette skjer med deg eller dine, er å montere røykvarslere.

Av Roar Hagen

Røykvarslere redder hvert år cirka 15 liv i Norge. Har du en stor bolig, bør du montere flere røykvarslere. De bør monteres nær soverom, på høyeste punkt i taket og minst 50 cm fra vegg. Varslerne skal kunne høres fra alle soverom med dørene lukket, og de bør være seriekoblet, slik at de varsler samtidig.

VEDLIKEHOLD AV VARSLERNE

Røykvarslere er lovpålagt i bolighus, og de fleste har installert en eller flere varslere. Men mange glemmer at disse må testes jevnlig, og at batteriene bør byttes en gang i året. Husk også at alle boliger skal ha husbrannslange eller pulverapparat. Utstyret skal være lett tilgjengelig og vedlikeholdt. Er det lenge siden du sjekket dette utstyret?

ETTERSYN

Du bør med jevne mellomrom rengjøre kjøkkenviften for fett. Ta ut filteret og kjør det i oppvaskmaskinen på høy temperatur. Da forsvinner fett.

Ifølge Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap starter omtrent hver tiende boligbrann på komfyren; i fettgryter eller ved tørrkoking.

Oppstår brann i en fettgryte, må du ikke prøve å slukke med vann. Legg et lokk over, slik at flammen kveles.

EL-SJEKK

Det anbefales også å undersøke om det er varmgang i sikringsskap og se etter svimerker på ledninger, støpsler, kontakter og lamper i huset. Aller helst bør du ta en el-sjekk av boligen av en autorisert installatør. Det gir større trygghet for at det ikke oppstår brann i det elektriske anlegget.

PASS PÅ LEVENDE LYS

Levende lys skaper hygge i den lange og mørke vinteren vi har. Samtidig er det en stor brannrisiko. Levende lys skal alltid holdes under oppsikt. Slukk



alltid lys før du forlater rommet.

- Bruk aldri brennbare lysestaker
- Hold hånden bak flammen når du blåser ut lyset
- Husk å slokke lyset etter en fest – før du selv slokner
- Barn og kjæledyrs lek kan lett få stearinlys til å velte
- Plasser aldri levende lys i nærheten av trekk

SNAKK OM BRANN

Det er viktig å involvere familien. Snakk med barna om hva man skal gjøre for å forhindre brann, og hva man skal gjøre dersom det begynner å brenne. La barna peke ut hvilke rømningsveier de ser – da husker de dem best. Selv helt enkle rutiner kan redde liv i kritiske situasjoner.

Ergoterapeutenes forsikringskontor ønsker alle medlemmer en riktig fin og trygg jul.

Samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen

Av Rigmor Leknes, U Bysheim, K.N. Ness og Sissel Horghagen

Innledning

Rigmor Leknes er ergoterapeut og høgskolelektor ved Program for ergoterapeututdanning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Unni Bysheim er ergoterapeut 1 og arbeider ved Øya helsehus i Trondheim kommune.

Karin Bente Ness er ergoterapeut 1 og arbeider ved Østbyen helsehus, avdeling Dagrehabiliteringen i Trondheim kommune.

Sissel Horghagen er ergoterapeut og førstelektor ved Program for ergoterapeututdanning ved Høgskolen i Sør-Trøndelag.

Enhver reform innebærer endringer. I denne artikkelen vil vi se på Samhandlingsreformens (St. meld. nr. 47) konsekvenser og endringer i forhold til den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen. Første fase av Samhandlingsreformen ble iverksatt 1. januar 2012 og beskriver målsettinger om mer samarbeid, helhetlige og sømløse overganger mellom nivåene i helsesektoren. Dette innebærer bedre overganger for brukerne, fra spesialisthelsetjenesten via eventuelt helsehus og til hjemmet. Samhandlingsreformen beskriver at helsehusene skal utføre mer spesialiserte tjenester enn tidligere.

Denne artikkelen er et resultat av en studie gjennomført av Høgskolen i Sør-Trøndelag i samarbeid med ergoterapeuter ved Øya Helsehus i Trondheim i perioden 2012 - 2013. Intensjonen med studien var å kartlegge samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen på et helsehus med et særlig fokus på slagpasienter og geriatriske pasienter med kognitive funksjonsnedsettelse. Ergoterapeutenes innsatser på et helsehus handler om vurdering, stimulering og trening med mål om at pasientene skal være i stand til å klare seg i eget hjem (Leknes, Horghagen, Bysheim & Ness, 2013).

Målet med artikkelen er å beskrive den ergoterapeutiske yrkesutøvelse ved et helsehus og diskutere om den er i tråd med Samhandlingsreformens intensjoner, og belyse hvilke dilemmaer som eventuelt viser seg for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen.

Nøkkelord: rehabilitering, kartlegging, tiltak, kognitiv funksjonsnedsettelse

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsreformen har som intensjon å iverksette tre store endringer: 1) Mer koordinerte tjenester mellom profesjoner og tjenestenivå. 2) Initiere tiltak for å begrense og forebygge sykdom framfor å reparere. 3) Forme helse- og sosialtjenestene i samsvar med samtidens demografiske utvikling og endringer i sykdomsbildet.

Personer med sammensatte funksjonsutfordringer har behov for koordinerte tjenester, fra både spesialist- og kommunehelsetjenesten. For at helsetjenestene skal oppleves helhetlig, bør samhandlingen og kommunikasjonen mellom aktørene styrkes. Samhandlingsreformen skal kvalitetssikre at helse- og omsorgstjenestene er tilpasset pasientenes behov for koordinerte tjenester. Lik tilgang til gode og likeverdige helse- og omsorgstjenester uavhengig av personlig økonomi og bosted skal fortsatt være en viktig del av den norske velferdsstaten.

MESTRING AV HVERDAGSAKTIVITETER

Gjennom Samhandlingsreformen skal personer med behov for sammensatte tjenester få effektive og hensiktsmessige tjenester gitt til rett tid, rett sted og med riktig innsats. Rehabilitering i helsehus skal bidra til mestring og livskvalitet for pasientene (Trondheim kommune, 2008).

De langsiktige målene er at pasientene skal være i stand til å klare seg i eget hjem. Pasienter som utskrives fra helsehusene, skal ved behov ha hverdagsrehabilitering i eget hjem. Hverdagsrehabilitering defineres som en innsats som utføres i personens hjem eller nærmiljø for å gjenvinne, utvikle, beholde eller fore-

bygge en forverring av personens funksjoner (Kurstain, Kjellberg, Ibsen & Christiansen, 2012). For å oppnå dette tar man utgangspunkt i personens ønsker for aktivitet i egen hverdag allerede når personen er på helsehuset. Tidsavgrenset, målstyrt og tverrfaglig rehabilitering skal sikre at personen oppnår økt funksjon og deltakelse, bor i hjemmet med verdighet og mestrer ulike hverdagsaktiviteter (Ness & Laberg, 2012). De daglige aktivitetene er viktige i personers hverdagsliv og i forhold til hver enkelts livskvalitet (Fortmeier, 2007). Ergoterapeuter har en kompetanse innen tilrettelegging av personers deltakelse i hverdagslige aktiviteter. Det vil være hensiktsmessig å tilrettelegge for aktivitet både på helsehus og i overgangen mellom helsehus og hjem, slik at personen på best mulig måte kan delta i hverdagslige aktiviteter og oppleve livskvalitet.

DEN ERGOTERAPEUTISKE YRKESUTØVELSEN

Ergoterapeuters faglige innsats bør være i overensstemmelse med den norske helsepolitikken. Samtidig vil hver enkelt ergoterapeuts kompetanse være personbundet og situasjonsbestemt (Hove, 2003). Kunnskapsbasert yrkesutøvelse er et mål for den ergoterapeutiske praksis (Jamtvedt & Nordtvedt, 2008).

Det handler om at ergoterapeuten tar faglige avgjørelser som er basert på systematisk innhenting av kunnskap. Det er i tråd med fagområdets tradisjoner at ergoterapeuters faglige og tverrfaglige innsats gjennomføres som en klientsentrert praksis (Hove, 2003). Det innebærer at ergoterapeuter ikke bare følger prosedyrer og validerte undersø-

kelsesmetoder etter manualen, men tilpasser innsatsen til hver enkelt person og dennes måte å betrakte hverdagen og fremtiden på, for å understøtte, vedlikeholde og utvikle hvert enkelt persons kapasitet og aktivitet (Kielhofner, 1997). Det kan være en utfordring å arbeide ut fra standardiserte prosedyrer og samtidig skreddersy intervensjoner for den enkelte. Ergoterapeuter, så vel som andre helse- og sosialarbeidere, har også en utfordring med hvordan de skal utøve sitt yrke med god kvalitet innenfor økonomiske rammer som ofte oppleves som stramme. Det kan derfor erfares som utfordrende å utøve yrket etter de faglige anbefalingene (Horghagen et al., 2007).

Metode

BESKRIVELSE AV KONTEKST

Det studerte helsehuset har en målsetting om å utforme en helhetlig behandlingskjede, samt skape en faglig samhandlingsarena mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, i tråd med Samhandlingsreformen. Liggetiden på sykehus er stadig kortere (St. meld. nr. 47). Rehabilitering skal primært skje i kommunen og ved hjelp av helsehusenes tjenester. Fem leger, fem fysioterapeuter, fem ergoterapeuter og én logoped er ansatt ved helsehuset, som også har sykepleiere på vakt til enhver tid. Flere av de som er innskrevet ved helsehuset, har sammensatte diagnoser.

Ergoterapeutene arbeider i tverrfaglige team, og skal ivareta områder som vurdering, stimulering og trening. Ergoterapeutene vurderer behovet for hjemmebezoek og tilrettelegging for daglige aktiviteter i hjemmet. I tillegg deltar ergoterapeutene ved

vurdering og tilrettelegging for aktivitet på helsehuset. Tverrfaglig team vil sammen med pasienten utarbeide mål og tiltak under oppholdet, og vurderer behov for videre tjenester i samarbeid med pasient, pårørende og helse- og velferdskontoret.

INFORMANTER

Informantene i studien var fire ergoterapeuter som var ansatt ved helsehuset ved prosjektstart.

ETIKK

Studien ble utformet i henhold til Helsinki-deklarasjonen (Førde, 2013). Den ble meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) og godkjent (31226 Samhandlingsreformen i praksis).

DATAINNSAMLING OG ANALYSE

Tre ulike former for datainnsamling har vært brukt: Intervju med hver enkelt informant (n=4), fokusgruppeintervju, samt beskrivelser av rutiner i arbeidet. Metodene ble valgt for å få fram informantenes beskrivelser, opplevelser, handlinger og interaksjoner innenfor ulike kontekster i deres profesjonelle virke (Jacobsen, 2005). I tillegg initierte vi et studentprosjekt der fire ergoterapeutstudenter deltok i arbeidet med overganger mellom helsehuset og hjemmet for pasientene. De kvalitative intervjuene handlet om ergoterapeutenes erfaringer knyttet til rehabilitering og utskrivning. Intervjuguiden inneholdt temaer som: opplysninger om terapeuten, rutinene fra inntaksmøte fram til pasienten er kommet hjem, samarbeidspartnere i pasientforløpet, sammenheng mellom pasientens behov og lengde på opphold, kvalitet på tjenestene, samt spesielle utfordringer knyttet til pasienter med

kognitive funksjonsnedsettelse.

Den transkriberte teksten ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse (Kvale & Brinkman, 2009; Malterud, 2012). Analyseprosessen ble delt inn i to faser: Først ble intervjuene analysert. Fra dette materialet var det to hovedtemaer som trådte fram. Det var dilemmaer i forhold til samhandling og den ergoterapeutiske praksis.

Basert på intervjuene og beskrivelsene ble det planlagt og gjennomført et fokusgruppeintervju med de fire informantene. Fokusgruppeintervju ble valgt fordi metoden er hensiktsmessig for å undersøke erfaringer, meninger, ønsker og forslag til endringer (Krueger, 1998; Malterud, 2012). De fire ergoterapeutene som deltok på fokusgruppeintervjuet, fikk informasjon om at vi ønsket en diskusjon om følgende temaer: hjelpemidler, informasjon og samhandling, nye pasientgrupper, faglig oppdatering, behandlingsprosedyrer, kartlegging og tiltak.

Det har skjedd flere organisatoriske endringer ved helsehuset etter at informasjonsinnhenting var utført. Resultat og diskusjon er basert på den informasjonen.

Resultat

Analysen frembrakte syv temaer som videre vil bli presentert og diskutert.

BEHOV FOR KUNNSKAPSBASERT KARTLEGGING

Ergoterapeutene foretar kartleggingssamtale med pasienten så snart som mulig, ofte dagen etter innkomst. Her ser man på pasientens ønsker og mål for oppholdet samt hva det er viktig å kartlegge av funksjon, aktivitet og omgivelser.

Utfordringer som trekkes

fram, er lite bruk av formelle kartleggingsverktøy ved ADL-observasjon. Når det gjelder kartlegging av aktiviteter i dagliglivet (ADL), så skjer det gjerne ved observasjon av morgen-ADL eller kjøkkenobservasjon. Ergoterapeutene forteller at de ikke nødvendigvis bruker standardiserte undersøkelser her. I beskrivelsene av rutinene er det nevnt at det er utarbeidet egne skjema for observasjon i morgen-ADL og kjøkkenaktiviteter for bruk i helsehusene, men bare én av ergoterapeutene opplyser at hun bruker disse. Noen nevner at de gjerne bruker ferdighetsverbene for observasjon av motoriske og prosessferdigheter basert på Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) (Fisher & Kielhofner, 1995; Kielhofner & al, 2002) i en slik observasjon. En av ergoterapeutene har AMPS-sertifisering (Fisher, 1995), men hun forteller at det som oftest tar for lang tid å gjennomføre observasjoner basert på dette kartleggingsverktøyet. Hun erfarer også at i startfasen av rehabiliteringen er AMPS ikke så godt egnet for pasienter med omfattende hjelpebehov.

En av ergoterapeutenes oppgaver ved helsehuset er kartlegging av kognitive funksjoner. De forteller at de som oftest bruker Norsk Revidert Mini Mental Status Evaluering (MMSE-NR) (Strobel & Engdal, 2008) i kombinasjon med klokketest (Shulman, 2000). Tran-dex (Gundlev, Krog & Tøger, 1999) og LOTCA (Elazar & Itzkovich, 1996; Itzkovich, Elazar & Averbuch, 2000) brukes også, men flere nevner at disse kartleggingsredskapene krever ressurser, kunnskap og erfaring. På bakgrunn av ergoterapeutene og det tverrfaglige teamets kartlegging kan noen pasienter bli sendt til geriatrik

avdeling ved sykehuset for å få avklart en demensdiagnose.

UTFORDRINGER VED ORGANISERING AV OPPTRENING TIL SELVSTENDIGHET

Opptrening av funksjon skjer gjerne ved trening i kjøkkenaktiviteter og morgenstell. En av ergoterapeutene fortalte at hun laget beskrivelser over hvordan pleiepersonalet skal gjennomføre morgenstell på samme måte hver gang slik at pasienten kan få drillet inn handlingene og gjøre mest mulig selv. Hun erfarte at på grunn av travelhet, og at alle ikke har den samme forståelsen av viktigheten av å utføre morgenstellet på en bestemt måte, ble dette ofte ikke gjennomført som planlagt, og at de hjalp pasienten isteden.

Det er sjelden at ergoterapeut har tid til eller prioriterer kjøkken trening i brukernes hjem. Kjøkken trening skjer gjerne på treningskjøkkenet på helsehuset. Noen ergoterapeuter beskriver at de ikke får gjennomført ergoterapi slik de ønsker. Det blir for liten tid til opptrening av funksjoner, da mye tid går med til søknader om hjelpemidler, hjemmebesøk og tilrettelegging før hjemreise. De forteller også at en del pasienter synes at de får for lite opptrening. Det er særlig ved rehabiliteringsavdelingen at ergoterapeutene forteller at de grunnet tidspress ikke får gitt pasientene så mye opptrening i hverdagsaktiviteter som de burde. Ergoterapeutene mener at for å bedre kvaliteten på rehabiliteringstjenestene bør det tilsettes flere ergoterapeuter. Helsehuset har fått økte ergoterapiressurser i løpet av prosjektperioden, men det har ikke kommet rehabiliteringsavdelingene til gode.

Fire ergoterapeutstudenter deltok i et studentprosjekt ved helsehuset. Det innebar at fire pasienter fikk ekstra oppfølging. Studentene var på hjemmebesøk, fulgte disse pasientene ved hjemreise, og fulgte opp pasientene etter at de var kommet hjem. Studentene samarbeidet med innsatsteam og ergoterapeuter ved helsehuset. Følgende aktiviteter ble brukt: sykkeltraining, gangtrening, kakebaking, kjøkkentrening, hekling og skrivetrening på PC. Brukerne var fornøyde med å få ekstra oppfølging både på helsehuset og i hjemmet.

Innsatsteamet består av ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleier og aktivitør, og de arbeider med overganger fra helsehus til hjemmet.

Behov for hjelpemidler og boligendringer kartlegges så tidlig som mulig i forløpet, da både boligendringer og innvilgningen av hjelpemidler tar noe tid. Ergoterapeutene er på hjemmebesøk sammen med pasienten og gjerne også pårørende. Boligen kartlegges i forhold til fallfare og tilgjengelighet. Her bruker ergoterapeutene et egenutviklet hjemmebesøksskjema for helsehus (Hjemmebesøksskjema for helsehus, 2009).

TIDSKREVENDE SØKNADER OM HJELPEMIDLER

Uprøving av og søknader om hjelpemidler fullføres av ergoterapeuten mens pasienten er innskrevet. Ved hjelpemidler som krever oppfølging over tid, som trappeheis og elektriske døråpner, må ergoterapeut i kommunen ha ansvaret. Her krever hjelpemiddelsentralen å få navnet på den ergoterapeuten som skal følge opp hjelpemidlet videre, og noen ganger tar det tid å få avklart

dette. Ergoterapeutene opplyste at det ofte tok rundt to uker fra søknadstidspunktet til hjelpemidlet kom i hjemmet til brukeren. En av ergoterapeutene beskriver at de også må kontrollere og dobbeltsjekke at alt går som det skal i fasen der hjelpemidlene blir levert og montert i hjemmet. Mange pasienter er avhengige av at hjelpemidlene er på plass før hjemreisen. Dersom det er akutt behov for hjelpemidler, noe som kan være tilfelle ved avdelingen for lindrende behandling for kreft, så kan hjelpemidler fås i løpet av et par dager. Dette er imidlertid ikke vanlig prosedyre ved et vanlig rehabiliteringsopphold. Norservice har korttidslån av hjelpemidler med varighet på 3 måneder, som kan forlenges ved behov. Det kan noen ganger være vanskelig å vite hvor langvarig et hjelpemiddelbehov er på det tidspunktet man må søke om hjelpemidler.

KOMPETANSEHEVING OG NYE PASIENTGRUPPER

I den senere tiden har helsehuset fått flere pasienter med kombinasjoner av rus- og psykiske problemer. De kan i tillegg ha kognitiv svikt. Noen har vist utagerende atferd, og noen har selvmordstanker. Det å gi disse pasientene den oppfølgingen de trenger, er ressurskrevende. Ergoterapeutene mener at det er behov for mer kunnskap om denne gruppen. Videre skulle de gjerne hatt helsepersonell med spesialutdanning innen psykisk helse på avdelingen. Det er til dels krevende å ha disse pasientgruppene sammen med eldre pasienter, da det blir mer uro i avdelingen. Ergoterapeutene erfarer at de må ha fagkunnskap om svært mange grupper av pasienter. Det er internundervisning ved helsehuset, men ergoterapeutene

nevner samtidig at mye av undervisningen handler om pleie. Dette fører til at de ikke deltar så ofte på denne. I stedet foreslår ergoterapeutene å ha flere nettverksmøter med andre ergoterapeuter ved de andre helsehusene.

BEDRINGER OG UTFORDRINGER I INFORMASJONSFLYT

Siden Samhandlingsreformen ble innført, har noen av saksbehandlerne fra helse- og velferdskontorene fått kontor plass ved helsehuset for å bedre servicen. Dette har forbedret flyten i samarbeidet mellom de ulike instansene, og er med på å forkorte pasientenes opphold ved helsehuset.

Ergoterapeutene erfarer at det er utfordringer knyttet til informasjonen de får fra sykehuset. Det kan handle om at ergoterapijournalen ikke er lagt ved. Noen ganger opplever de at pasientenes funksjon beskrives som bedre enn det den egentlig er. Dersom pasienten har vært innlagt ved flere avdelinger, kommer bare journal fra den siste avdelingen pasienten var på. Det kan medføre at ergoterapeutene ved helsehuset utreder noe som er utredet fra før. Noen avdelinger gir grundig og god informasjon. Ved gjennomføring av pasientforløp som Fast-track hoftebrudd (St. Olavs Hospital, 2013) ved sykehuset får ergoterapeuten god informasjon om hva som er gjort og anbefaling om videre behandling. Tendensen er at meldingsutvekslinger og informasjonsflyt har blitt forbedret etter Samhandlingsreformen.

Informantene beskriver hvordan det tverrfaglige teamet utnytter hverandres kompetanse positivt. En ergoterapeut nevner at hun kan se apraktiske utfordringer for enkelte pasienter som

har problemer med å reise seg, mens fysioterapeuten har mer kunnskap og større fokus på motoriske funksjoner.

Før utreise innkalles det til samarbeidsmøte med saksbehandler fra helse- og velferdskontor, pasient og pårørende, samt sykepleier. På dette møtet gjennomgås pasientens funksjon, hva han eller hun klarer selv, og hva han eller hun må ha hjelp til i dagliglivet. Videre blir det klarlagt om eventuelle hjelpemidler er på plass, når pasienten kan reise hjem, eller om det er behov for heldøgns omsorg i sykehjem. Saksbehandler gjør vedtak på de kommunale tjenester pasienten har behov for. Ved studentprosjektet erfarte ergoterapeutstudentene at det var noen utfordringer knyttet til hjemreisen, da ikke alle hadde fått med seg medisiner og ikke alle hjelpemidlene var montert.

Samarbeidet med innsatsteamene beskrives generelt som positivt. Innsatsteamene kontaktes i forkant av planlagt hjemreise. Ofte kommer representanter fra innsatsteamet til helsehuset for å bli kjent med pasienten før hjemreise. Det kan gi pasientene trygghet å få vite at bestemte fagpersoner kommer hjem til dem etter hjemreise, hvem de er, og hva de skal trene på sammen i hjemmet. Innsatsteamene kan delta på samarbeidsmøter og samarbeide med ergoterapeutene om hjelpemidler som må følges opp.

FLERE PASIENTER MÅ HA MER OPPFØLGING ENN TIDLIGERE

Ergoterapeutene beskriver at pasientene er dårligere ved innkomst enn før Samhandlingsreformen trådte i kraft, og at noen kan ha et dårligere funksjonsnivå

enn det rapportene fra sykehuset tilsier. Mange pasienter er ikke klare for rehabilitering i den første perioden. Noen kan være i delirium, noen er postoperative, og de trenger mer pleie og medisinsk behandling. På helsehuset har man opplevd dødsfall innen et døgn etter innkomst. Dårligere pasienter krever mer oppfølging og mer kunnskap av personalet. Helsehuset får flere pasienter i løpet av et år enn tidligere. Det betyr at oppholdene i gjennomsnitt må bli kortere. Dette er krevende for personalet når pasientene er dårligere enn tidligere ved innleggelse.

En del pasienter kan ikke flytte tilbake til egen bolig på grunn av stort fall i funksjonsnivå. De må kjøpe omsorgsbolig eller annen egnet bolig på det åpne markedet, og denne prosessen kan ta tid. For noen er sykehjem alternativet. Disse pasientene får langtidsopphold ved helsehuset i påvente av ledig plass. Noen kan bli nesten et helt år i påvente av bolig eller sykehjemsplass. Dette fører selvfølgelig til at det totalt blir færre korttidsplasser og enda mer tidspress. Noen pasienter legges inn fra sykehuset til vurderingsopphold, men i realiteten er alle klar over at det blir et langtidsopphold i påvente av sykehjemsplass. Det er imidlertid ikke lov å legge noen direkte inn på langtidsopphold, og ergoterapeutene erfarer at slike vurderinger tar ekstra tid.

NÅR ER PASIENTER UTSKRIVNINGSKLARE

Ergoterapeutene erfarer at ikke alle i personalgruppen forstår hva kognitiv svikt kan bety av utfordringer i hverdagslivet for den enkelte pasient. For disse pasientene er det viktig at alle følger de

samme prosedyrene for eksempel ved trening i morgenstell. En av ergoterapeutene hevder at fokus på de kognitive funksjonene ikke får nok oppmerksomhet ved utskriving til hjemmet. Man kan ikke bare vektlegge at pasienten har fått bedre fysisk funksjon i armer og bein og kan gå med rullator før utskriving til hjemmet.

Kognitiv svikt kan medføre at pasienten ikke har full innsikt i sin egen situasjon og er mindre selvkritisk enn før. Dette er særlig utfordrende dersom vedkommentene som skal flytte hjem ikke har nære pårørende, og ikke ønsker å ta imot nok hjelp fra hjemmetjenesten. I noen tilfeller ønsker pårørende at pasienten skal på sykehjem, mens ergoterapeuten ser at pasienten kan bo hjemme dersom de får hverdagsrehabilitering, oppfølging og tar imot hjelp.

Informasjonsoverføringen til hjemmetjenesten kan være mangelfull. Det handler både om å forstå og forholde seg til sårbarheten når pasienten skal hjem. Innsatsteamene er gode til å følge opp aktivitet. Noen ganger utfører hjemmetjenesten pasientens ADL-aktiviteter, særlig på grunn av tidspress, mens ergoterapeutene oppfordrer hjemmetjenesten til å veilede pasientene til å gjøre aktivitetene selv.

Ergoterapeutene beskriver samarbeidet med pårørende som viktig. De gir pårørende informasjon underveis om fremgang og hvordan de vurderer situasjonen. Slik informasjon er særlig viktig ved hjerneslag som medfører større kognitive og motoriske funksjonsfall. Det hender at pasienter ikke vil at pårørende skal informeres i det hele tatt, selv om sykdomsbildet er komplekst og pårørende av den grunn gjerne skulle hatt den informasjonen. For

geriatripasienter med kognitiv svikt erfarer noen av ergoterapeutene at pårørende kan bekrefte deres vurdering av situasjonen. Dersom pasienten har afasi kan pårørende gjerne være til stede ved kartleggingen. Både ved hjemmebesøk og utprøving og installering av hjelpemidler er samarbeid med pårørende viktig.

Diskusjon

Studien viser hvordan ergoterapeutene tilpasser sin yrkesutøvelse i henhold til Samhandlingsreformen. Ergoterapeutene observerer ADL i praktiske situasjoner, men anvender i liten grad standardiserte ADL-instrumenter. AMPS brukes, men erfaringen er at det ikke er like egnet for pasienter med omfattende hjelpebehov og tar for lang tid i en travel hverdag. Selv om ergoterapeutene har et egenutviklet skjema for observasjon av ADL-aktiviteter, er det lite i bruk. Hva er gode kartleggingsinstrumenter for disse pasientgruppene? Bør ADL-skjemaene være ganske detaljerte for å fange opp små fremganger? Finnes det andre kartleggingsinstrumenter som dekker behovet? Bør alle bruke samme kartleggingsverktøy for kartlegging av ADL? Hva er erfaringer med dette på andre helsehus? Har noen gode løsninger på dilemmaet mellom standardiserte instrumenter, tidsklemme og det å tilpasse kartleggingsmetoder for den enkelte?

Ergoterapeutene bruker MMSE-NR og klokketest for kartlegging av kognitive funksjoner. Disse verktøyene er utviklet og anbefalt for kartlegging av demens. Helsedirektoratet (2010) anbefaler også disse ved hjerneslag, men gjerne i kombinasjon med Trailmaking-test (Spren &

Strauss, 1998). Bruken av MMSE-NR ved hjerneslag er omdiskutert. Ifølge Strobel og Engedal (2008) er MMSE-NR en grov kognitiv screening der flere kognitive funksjoner enten ikke blir kartlagt eller bare kartlagt i begrenset omfang. Bruk av LOTCA vil kunne gi ytterligere informasjon, men det kan også være andre kartleggingsverktøy som er egnet. The Rivermead behavioral memory test (Wilson, Cockburn & Baddeley, 1991) er anbefalt av Helsedirektoratet (2010) for kartlegging av hukommelse ved hjerneslag. Ergoterapeutene ved helsehusene må kartlegge kognitiv funksjon, da det skjer store endringer i kognitiv funksjon etter akuttfasen. Trandex er en dansk undersøkelse for kartlegging av demens (Tøger & al, 1999). Denne gir noe mer informasjon enn MMSE-NR. Dette reiser spørsmål om hvilke kartleggingsinstrumenter for kognisjon ergoterapeuter ved et helsehus bør kunne. Hva skal utredes ved spesialisthelsetjenesten, og hva skal kartlegges ved helsehusene? Hvilke kartleggingsverktøy bør ergoterapeutene anvende for kartlegging av kognisjon? Ergoterapeutene uttrykte at de kunne hatt en grundig diskusjon om hvilke kartleggingsverktøy de skal bruke. Diskusjonen bør samkjøres både med geriatrik avdeling ved sykehuset og med ergoterapeuter i kommunen. Både LOTCA, Trandex, Trailmaking-test, Rivermead og ADL-instrumenter er kartleggingsverktøy som det er aktuelt å vurdere grundigere.

Ergoterapeutene uttrykker behov for faglig oppdatering innen flere felt. Dette kan løses på ulike måter. Noe kan skje ved at internundervisningen inneholder emner som er mer relevante for ergoterapeutene. Det kan være

aktuelt både med faglige diskusjoner mellom de ulike helsehusene og kurs i rehabilitering. Kanskje kunne spesialisthelsetjenesten og høgskoleutdanningene ha et samarbeid om opplæring og fagutvikling for ansatte i kommunehelsetjenesten?

Ved gjenopptrening av ADL-funksjoner har en del pasienter med kognitive utfordringer behov for mange repetisjoner av den ferdigheten de skal gjenlære (Gammeltoft, 2008). For å få et godt resultat i gjenopptrening er det derfor viktig at alle ansatte prioriterer og følger opp det anbefalte behandlingsopplegget for ADL-trening. Dette kan kreve at ergoterapeutene gir internundervisning til de gruppene som har mest behov for det. Når det gjelder kjøkkentrening i hjemmet har helsehuset et godt samarbeid med innsatsteamet. Likevel kan man stille spørsmål om det hensiktsmessig at det nesten alltid er innsatsteam som gjennomfører kjøkkentrening i hjemmet. Er det i noen tilfeller praktisk og faglig nyttig at ergoterapeuten ved helsehuset gjennomfører slik trening i hjemmet, kanskje særlig der pasienten ikke skal ha videre oppfølging av innsatsteam? Det å få utprøvd hvordan det er å bruke kjøkkenet mens man fremdeles er innlagt, vil mange ganger kunne føre til en økt innsikt hos pasienten om hva som er utfordringene. Ergoterapeuten vil få mer eksakt kunnskap og kan lettere motivere for trening og legge til rette for kjøkkentrening på institusjonen. Ergoterapeutstudentene i prosjektet nevnt tidligere, fikk positive tilbakemeldinger fra pasientene om at de var tilfredse med kombinasjonen av trening både i hjemmet og på institusjonen. Utvelgelsen av mange ulike hverdagsaktivi-

teter var basert på pasientens ønsker og behov. Ergoterapeutene ved helsehuset bør vurdere om de kan gi mer trening på hverdagslivsaktiviteter på institusjonen. Dette kan det være krevende å få til med den nåværende ressurstuasjonen.

Proessen med søknad om hjelpemidler kan av og til oppleves stressende for pasienter, pårørende og ergoterapeutene. Pasienten kan være klar for hjemreise, men venter på hjelpemidler som må være på plass før hjemreise. Det er en utfordring at hjelpemiddelprosessen tar så lang tid, og at søknadsprosedyrene må starte før man vet hvordan funksjonen til pasienten vil bli etter rehabiliteringen. Et større korttidslager ved helsehuset kunne ha bedret denne situasjonen. (Flere forbedringer i formidlingen av hjelpemidler har blitt iverksatt etter at prosjektet var ferdig.)

Det ser ut til at ansettelsen av saksbehandlere ved helsehuset har ført til bedre koordinering mellom de ulike instansene i helsevesenet. Informasjonsflyten mellom helsehuset og sykehuset beskrives som bedre enn tidligere, men fortsatt er det en del utfordringer knyttet til overføring av journalopplysninger. Det at pasientens funksjon noen ganger beskrives som bedre enn det den egentlig er, kan skape problemer i planleggingen av rehabiliteringsoppholdet for pasienten. En av intensjonene med Samhandlingsreformen er at kommunene og helsehusene skal gi mer spesialiserte tjenester enn før. Samtidig er det en balanse her. Hvis det innebærer at enkelte av pasientene er så dårlige ved innskriving til helsehusene at de krever både ny kompetanse og ekstra tid fra pleiepersonalet, samtidig som re-

habiliteringsperioden blir kortere, er det ikke sikkert rehabiliteringsprosessen til den enkelte pasient blir bedre. Da får man ikke oppfylt målet "Rett behandling - på rett sted - til rett tid". Samarbeidsrutinene ved utreise er gode, men også krevende å gjennomføre, da det er svært mange elementer som må være på plass.

Det som her er beskrevet, er konkrete utfordringer ved det studerte helsehuset, men det reiser dilemmaer som kan være gjeldende ved andre helsehus. Det reiser også spørsmål om hvordan vi hele tiden kan forbedre den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen.

Konklusjon

Studien viser at det har skjedd store endringer i ergoterapeutenes yrkesutøvelse etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft. Ergoterapeutene har tilpasset yrkesutøvelsen til Samhandlingsreformens intensjoner, til tross for økt press med flere pasienter, dårligere pasienter og kortere liggetid. Økt tidspress hindrer at ergoterapeutenes ønsker om mer fagutvikling for å bedre kvaliteten på yrkesutøvelsen kan oppfylles. Dette gjelder særlig muligheten til å kunne gi noen pasienter ytterligere rehabilitering og trening. For slagpasienter og geriatriske pasienter med kognitive utfordringer er det noen situasjoner som krever ekstra oppfølging. Det handler blant annet om opptrening av ADL-funksjoner både i og utenfor institusjon, overføring av informasjon, spesielt dersom hjemmetjenesten skal la brukeren gjennomføre ADL-aktiviteter med tilsyn. På den positive siden nevnes at samarbeidet med innsatsteam hele tiden har vært godt. Ergoterapeutene understreker samarbeidet med pårørende som

en stor ressurs.

Meldingsutveksling kan bli bedre mellom sykehus og helsehus. Ergoterapeuter ved helsehus kan erfare at helsetilstanden til pasientene noen ganger er beskrevet som bedre enn det den i realiteten er. Samhandlingen erfares å ha blitt bedre og mer effektiv etter at saksbehandler fra helse- og velferd fikk kontor ved helsehuset. Vi oppfordrer til videre diskusjoner om Samhandlingsreformen og den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen.

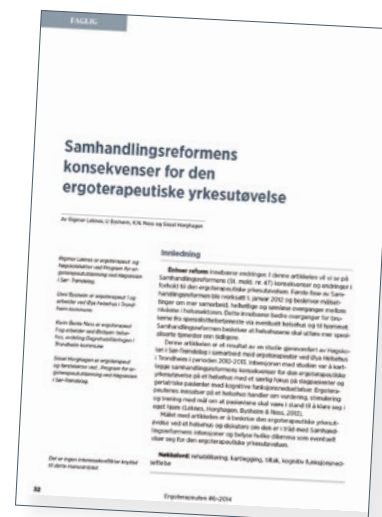
Referanser

- Elazar, B. & Itzkovich, M. (1996). LOT-CA-G Loewenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment for Geriatric Population. Pequannock: Maddac Inc.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2009). Demens: Fakta og utfordringer: En lærebok. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Fisher, A. G. (1995). Assessment of Motor and Process Skills/Bedömning av motoriska färdigheter och pricess-färdigheter (oversatt av Birgitta Bernspång). Fort Collins, Colorado: Three Star Press.
- Fisher, A. G. & Kielhofner, G. (1995). Skill in Occupational Performance. I G. Kielhofner (Red.), A Model of Human Occupation. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins, s. 113-137
- Fortmeier, S. (2007). Etik, verdier og grundlæggende antagelser i ergoterapi. I G. Mathiasson & I. Schrøder (Red.), Basisbok i ergoterapi. Aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. s. 161-189. København: Munksgaard.
- Førde, Reidun: «Helsinkideklarasjonen» (Sist oppdatert: 02. desember 2013). De nasjonale forskningsetiske komite-
- ene. [Online]. Tilgjengelig på <http://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/>. [Lastet 01.februar 2014].
- Gammeltoft, B. C. (2008). Skjulte Handicaps. Haslev: Forlaget fa. Gammeltoft.
- Gundlev, M. & Krog, A. A. & Thøger, B. (1999). Trandex Manual. Danmark: Tranehaven, Gentofte kommune.
- Helsedirektoratet (2010). Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hjemmebesøksskjema for helsehus (2009). Trondheim kommune.
- Horghagen, S., Sveen, U., Holm, J., Hagby, C., Hammervold, B., Reinsberg, S., Thyness, E. (2007). Hvorfor beste praksis? I S. Horghagen, U. Sveen, J. Holm, C. Hagby, B. Hammervold, S. Reinsberg, E. Thyness (Red.), Beste praksis i ergoterapi. Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- Hove, A. (2003). Ergoterapeuters fag- og kompetanseprofiler, I T. Borg, U. Runge, J. Tjørnov (Red.), Basisbok i ergoterapi. Danmark: Munksgaard.
- Itzkovich, M., Elazar, B. & Averbuch, S. (2000). LOTCA Lowenstein Occupational Therapy Cognitive Assessment, Second Edition. Pequannock: Maddac Inc..
- Jacobsen, D. I. (2005). Forståelse, beskrivelse og forklaring. Kristiansand: Høgskoleforlaget.
- Jamtvedt, G., Nordtvedt, M.W. (2008). Kunnskapsbasert ergoterapi – et bidrag til bedre praksis. Ergoterapeuten, nr. 1, s. 10-18.
- Kielhofner, G., Forsyth, K., Federico, J., Henry, A., Keponen, R., Oakley, F. & Ay Woan, P. (2002). Self-Report Assessment I G. Kielhofner (Red.), A Model of Human Occupation. Philadelphia: Lipincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G. (1997). Conceptual foundations of occupational Therapy. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Kielhofner, G. (2006). Research in Occupational therapy – Methods of Inquiry for Enhancing Practice. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Krueger, R.A. (1998). Moderating Focus Groups. London: Sage Publications.
- Kurstein, K., Kjellberg, J., Ibsen, R. Christensen, L.T. (2012). Hverdagsrehabilitering. Ergoterapeuten, nr. 12, s. 5-9.
- Kvale, S. & Brinckman, S. (2009). Den kvalitative forskningsintervju. Lund: Studentlitteratur
- Laberg, T. & Ness, N. E. (2012). Innføring av hverdagsrehabilitering i norske kommuner. Ergoterapeuten nr. 1, s. 20-23.
- Leknes, R., Horghagen, S., Bysheim, U., Ness, K.B. (2013). Samhandlingsreformen og den ergoterapeutiske praksis på kommunenivå. Rapport ISBN-nummer 978-82-7877-233-1. Høgskolen i Sør-Trøndelag.
- Malterud, K. (2012). Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Otta: Universitetsforlaget.
- Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid.; St.meld. nr.47 (2008-2009). Oslo: Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- Shulman, K. L. (2000). Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? International Journal of Geriatric Psychiatry 15, 548-561.
- Spreen, O. & Strauss, E. (1998). A Compendium of Neuropsychological Tests. Administration, Norms and Commentary. New York: Oxford University Press
- St. Olavs Hospital (2013). Pasientguide Fast-Track Hoftebrudd. Trondheim: St. Olavs Hospital
- Strobel & Engedal (2008). MMSE-NR Norsk revidert Mini Mental Status Evaluering. www.psykologforeningen.no
- Trondheim kommune (2008). Årsrapport, www.trondheim.kommune.no/arsrapport_2008
- Wilson, B., Cockburn J. & Baddeley A. (1991/oversatt 1997). The Rivermead behavioral memory test – Norsk utgave – Namsos: Pedagogisk psykologisk forlag

KOMMENTARARTIKKEL

Samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen

Artikkelen «Samhandlingsreformens konsekvenser for den ergoterapeutiske yrkesutøvelsen» er skrevet av Rigmor Leknes, Unni Bysheim, Karin Bente Ness og Sissel Horg-hagen. Den står på trykk på side 30 i denne utgaven av Ergoterapeuten.



Av Cathrine Haby og Alf-Inge Solbakken



Cathrine Hagby er ergoterapeut og ansatt i NAV, Hjel-pemiddelsentralen i Buskerud.



Alf Inge Solbakken er ergoterapeut og ansatt i NAV, Hjel-pemiddelsentralen i Oslo og Akershus.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

Artikkelen omhandler arbeidssituasjonen til ergoterapeutene på Øya Helsehus etter innføringen av Samhandlingsreformen i 2012. Artikkelen tar for seg en stadig mer utfordrende arbeidshverdag, hvor pasientene som legges inn har sammensatte funksjonsutfordringer, og det er krav om kortere behandlingsforløp på avdelingene grunnet pågang av nye pasienter. Forfatterne nevner begrepet tverrfaglig rehabilitering som arbeidsmåte for å lykkes med tjenestetilbudet pasientene får, men tidsbegrensninger hindrer utførelsen av ergoterapitjenesten slik de ønsker det. Eksempelvis mener forfatterne at det ikke er anledning til å legge trening til brukers hjem i så stor grad som det ønskes.

Det påpekes også at andre yrkesgrupper ikke forstår viktigheten av ulike tiltak, for eksempel utførelsen av morgen-ADL. Det fremgår tydelig av artikkelen at de ønsker ytterligere ergoterapiressurser for å kunne møte de utfordringene de står overfor, og på den måten kunne gi et tilbud slik de ønsker.

Til tross for dette dokumenteres

det ingen økning av funksjonsnivå til pasientene i perioden med økte ressurser i form av studenter.

Erfaringene som er gjort på Øya Helsetun, er nok sammenfallende med hva flere rehabiliteringsinstitusjoner i kommunen Norge erfarer etter innføringen av Samhandlingsreformen. Likevel kan det synes som om de har utelatt vesentlige punkter som kan påvirke ressursbruken på institusjonen. Vi ønsker med dette å fremheve noen punkter vi mener man burde sett på i denne sammenheng.

PRIORITERINGER

Som i alle andre situasjoner der man møter økt arbeidspress, medfører det et behov for å prioritere arbeidsinnsatsen. Ser vi på definisjonen av rehabilitering, gir den mulighet for å prioritere pasientene:

«Habilitering og rehabilitering er tidsavgrensede, planlagte prosesser med klare mål og virkemidler, hvor flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til pasientens og brukerens egeninnsats for å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet

og deltakelse sosialt og i samfunnet». (Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator, Lovdata.no)

Vi har valgt å utheve brukerens egeninnsats, ettersom denne vil være avgjørende når det kommer til ergoterapitjenesten som gis. Dersom pasienten har et sykdomsbilde som hindrer den egeninnsatsen som kreves, kan man prioritere denne pasienten ned for en periode. Dette kan være fordi pasienten har behov for økt pleie for å stabilisere sykdomsbildet eller avklare situasjonen. Dermed vil man kunne frigjøre tid og ressurser til fordel for pasienter som selv kan bidra, og som har et rehabiliteringspotensial.

Slik mener vi man også kan tenke rundt pasienter som venter på en langtidsplass. Disse pasientene vil kunne prioriteres ned, ettersom pasienten ikke selv kan bidra til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse sosialt og i samfunnet, slik definisjonen beskriver. Av erfaring vet man at det stilles strenge krav i de fleste kommuner for å få en langtidsplass, og for å få en slik plass må man i praksis være så hjelpetriggende at man har behov for heldøgns pleie. Sannsynligheten er også stor for at rehabiliteringspotensialet er lite med tanke på at pasienten i utgangspunktet er vurdert til en langtidsplass.

Gjennom å prioritere vil man frigjøre ressurser som kan benyttes til trening av de pasientene som er motivert for og har kapasitet til å rehabiliteres. Vi som yrkesgruppe bør bli flinkere til å prioritere, begrunne og dokumentere våre tiltak, både overfor egen yrkesgruppe og våre samarbeidspartnere. En aktiv bruk av kartleggings- og vurde-

ringsredskaper vil også være med på å bekrefte våre faglige vurderinger som bør ligge til grunn for all prioritering. Prioriteringene bør også diskuteres i det tverrfaglige teamet, slik at alle er klar over hva som gjøres og hvorfor.

SAMARBEIDSFORMER

Et annet aspekt som nevnes i artikkelen er måten man fordeler arbeidsoppgavene på dersom man jobber tverrfaglig slik Bredland, Linge og Vik (2011) definerer tverrfaglig samarbeid, «*som en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå felles mål*». De sier også at dette best kan skje ved en «*fleksibel samordning av ulike typer kompetanse. Resultatet forventes å bli bedre enn om hver og én løste sin del av oppgaven alene. Felles mål og oppgavens art kan føre til at man går på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansegrenser ved fordeling av oppgaver*».

Her velger vi å utheve «på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansegrenser». Dette fordi man på en institusjon hvor det jobbes tverrfaglig bør ha muligheten for at flere bidrar til at samme oppgave blir løst. Med bidrar mener vi at flere yrkesgrupper sammen gjør oppgaven side om side, slik at man etter hvert vil kunne fordele oppgavene på flere. Dermed kan sykepleieren, pleiemedhjelpere eller fysioterapeuten gjennomføre tiltakene som kan anses som ergoterapi-tiltak, og omvendt i forhold til de andre yrkesgruppene i teamet. ADL-trening i hjemmet med en sykepleier bør i høyeste grad være en mulig konsekvens av slikt samarbeid. Dermed vil man kunne fordele arbeidsoppgavene på flere, noe som også kan bidra til å frigjøre flere ressurser internt

på institusjonen. Dette vil også være med på å øke forståelsen for hverandres fagfelt internt i de tverrfaglige teamene.

AVSLUTNING

Mange i spesialisthelsetjenesten og i kommunehelsetjenesten vil ha godt av å diskutere faglige prioriteringer og utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Faglige argumenter må ligge til grunn, og det må være dokumentert hvilken effekt det har at våre nåværende ressurser ikke strekker til, eller hva konsekvensen av at prioriteringene er som de er i dag. Prioriteringer gjøres hele tiden ut fra de ressursene vi har, og ut fra hvilke pasienter som best kan nyttiggjøre seg våre tjenester. Dokumentasjon er viktig for å vise hva vi gjør og hvorfor, også i forhold til ikke å gi noen ergoterapi. Hvis vi klarer å vise oss fram på en god måte, kan vi få andre til å se nytteverdien av å ha flere ergoterapeuter, og slik få tilført flere ressurser.

Til slutt vil vi minne om at det vil være en fordel at alle de ansatte på institusjonen har samme oppfatning av hva rehabilitering er, og dermed anser kurs for samtlige ansatte, med fokus på det tilbudet institusjonen skal gi, som nødvendig. Det å dele sin kunnskap og erfaring vil komme alle de involverte til gode og gi motiverte fagmiljøer.

Kilder

Bredland, E., Linge, O.A. og Vik (2011)
Det handler om verdighet og deltakelse. Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid. 3.utgave, Gyldendal Akademisk
Lovdata.no, Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256#KAPITTEL_3

På vei mot felles forståelse?

HVORDAN ERFARER OG BIDRAR ERGOTERAPEUTER OG ANSATTE I HJEMMETJENESTEN TIL AT ELDRE MESTRER HVERDAGSLIVET?

Av Ruth-Ellen Slåtsveen, Monika Lunde og Linda Stigen

Sammendrag

Ruth-Ellen Slåtsveen er ergoterapeut i Ski kommune. Epost: ruth-ellen.slatsveen@ski.kommune.no

Monika Lunde er ergoterapeut i Ski kommune

Linda Stigen er ergoterapeut med European Master of Science in Occupational Therapy fra Høgskolen i Amsterdam. Hun er i dag stipendiat ved Høgskolen i Gjøvik.

Mål for prosjektet: Offentlige føringer - som Innovasjon i Omsorg og Samhandlingsreformen - har ført til nytenkning og endringer i arbeidsprosesser og samarbeid på tvers av virksomheter i kommunehelsetjenesten. Målet med dette prosjektet var å kartlegge forståelsen av sentrale begreper og holdninger knyttet til hverdagsmestring hos eldre og blant ergoterapeuter og ansatte i hjemmetjenesten.

Metode: Det ble gjennomført to separate fokusgruppeintervjuer med fire deltakere fra ergoterapitjenesten og seks deltakere fra hjemmetjenesten; tre sykepleiere og tre hjelpepleiere. Data ble analysert med Malteruds metode for systematisk tekstkondensering, med fokus på tematisering og kategorisering i forhold til likheter og ulikheter mellom faggruppene.

Resultatene presenteres gjennom kategoriene hverdagsmestring, brukervedvirkning og paradigmeskifte.

Konklusjon: Funnene tydet på en god faglig kunnskapsplattform som kan utvikles videre for å endre samarbeidskultur og arbeidsmetoder. Felles var et ønske om samarbeidsform og arbeidsmetode som fremmer mestring og selvstendighet blant eldre hjemmeboende. Man så ulik forståelse av begrepet hverdagsliv og det komplekse, dynamiske samspillet mellom menneske, aktivitet og omgivelser som påvirker aktivitetsutførelse. Brukervedvirkning stod sentralt hos begge faggruppene, men utøvelsen av brukervedvirkning så ut til å være ulik. Dette prosjektet er med på å belyse likheter og ulikheter blant faggrupper som er sentrale i arbeidet med hjemmeboende brukere.

Holdningsendringer og begrepsavklaring er en forutsetning for å ha en felles plattform når man skal jobbe med eldre hjemmeboende i kommunehelsetjenesten.

Nøkkelord: paradigmeskifte, hverdagsmestring, brukervedvirkning, ergoterapi, hjemmetjenester

Det bekreftes at det er enighet mellom forfatterne om rettighetene til manuskriptet.

BAKGRUNN

Samhandlingsreformen er en av flere offentlige føringer som utfordrer helse- og omsorgstjenestene i å sette inn rett tjeneste til rett tid og på rett sted (St.meld. nr.47(2008-2009), 2009). Dette krever at kommunene må bli bedre til tverrfaglig samarbeid. Overordnet mål for tjenesteutvikling i Ski kommune er at kommunen skal gi innbyggerne et omsorgstilbud som gir trygghet i tilværelsen. Det skal foregå tverrfaglig samhandling til innbyggers og brukers beste. Innbyggerne skal kunne bo i egen bolig så lenge som mulig, uavhengig av helsetilstand (Ski kommune, 2011).

Stortingsmelding 29, «Morgendagens omsorg», påpeker at det er behov for et faglig omsstillingsarbeid som både foredrer omsorgstjenestenes pleiefaglige arbeid og tar i bruk bredere tverrfaglig kompetanse innen rehabilitering og sosialt nettverksarbeid. Regjeringen ønsker å videreutvikle satsning på rehabilitering, forebygging, aktivisering, mestring og personlige mål. Det innebærer nye arbeids- og samhandlingsformer, nytt tjenesteinnhold og nye måter å løse oppgavene på. Tjenestene utfordres til å ta i bruk ny teknologi og nye arbeidsmetoder, og kommunene stimuleres til å forsøke ulike modeller for tidlig innsats og hverdagsrehabilitering (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013). I den forbindelse er hverdagsrehabilitering blitt en svært aktuell arbeidsform som nå innføres i mange norske kommuner. Et mål med hverdagsrehabilitering er at eldre som bor hjemme, får fremme egne ønsker og i større grad gis muligheter til å kunne være aktive i eget liv og til å bo hjemme så langt det lar seg gjøre (Kjellberg, Ibsen, Kjell-

berg, 2011).

Bakgrunnen for prosjektet var utfordringer knyttet til eldres ønsker om å bo hjemme og mestre hverdagslivet. Det er utfordringer knyttet til ressurs- og tidsmangel i hjemmebaserte tjenester, og vi opplevde et grunnlag som ikke fremmet samarbeidet rundt brukernes behov og ønsker.

Flere politiske føringer legger press på et nytenkende samarbeid og nye arbeidsmetoder (St. meld. nr.47 (2008-2009), 2009, Meld. St. 29 (2012-2013), 2013 & NOU 2011:11, 2011). For å få et tydeligere bilde av hva som skal til for å skape felles forståelse blant ergoterapeutene og hjemmetjenesten, så vi behovet for å kartlegge det faglige ståstedet. I tillegg ønsket vi å få kartlagt holdningene faggruppene har til hverdagsmestring. Vår antakelse var at bruken av et felles språk er en forutsetning for en effektiv og hensiktsmessig kommunikasjon og samarbeid mellom hjemmetjenesten og ergoterapeutene.

METODE

Vi benyttet kvalitativ metode for å få innsikt i forståelsen av sentrale begreper og holdninger blant ergoterapeuter og ansatte i hjemmetjenesten, knyttet til hverdagsmestring. I tillegg var det ønskelig å få innsikt i hvordan gruppene så på brukertilnærming og brukerperspektiv i det daglige arbeidet. Fokusgruppeintervju ble valgt som metode for datainnsamlingen, og vi tok opp intervjuene på bånd. Tilnærmingen sies å være godt egnet hvis man vil lære om erfaringer, holdninger eller synspunkter i et miljø der mange mennesker samhandler (Malterud, 2003). Vi valgte et semi-strukturert intervju og hadde noen åpne spørsmål med sentrale temaer

som vi ønsket at informantene skulle reflektere rundt. Utover de aktuelle temaene ville vi at informantene skulle fortelle om det de syntes var viktig.

Det er ulike oppfatninger om hva som er det ideelle antallet deltakere i en fokusgruppe, samt positive og negative erfaringer knyttet til både få og mange informanter (Halkier, 2010). Sett i forhold til prosjektets tidsramme la vi vekt på at utvalget verken skulle være for lite eller for stort. Vi intervjuet fire ergoterapeuter i et fokusgruppeintervju og seks representanter fra hjemmetjenesten fra kommunens tre soner i et annet intervju. Fra hjemmetjenesten deltok en sykepleier og en hjelpepleier fra hver sone. På grunn av ulike utfordringer knyttet til sonene, ønsket vi at alle sonene skulle være representert, og at begge helsefagutdanningene var tilstede.

I en fokusgruppe skal samspillet skje mellom intervjupersonene (Halkier, 2010). Vi valgte å etablere mest mulig homogene grupper og intervjuet derfor ergoterapeutene og de ansatte i hjemmetjenesten hver for seg, da vi ønsket å skape et trygt gruppemiljø og åpenhet under intervjuene. Vi mente at dette kunne være vesentlig for å skape en fri diskusjon mellom informantene.

Vi valgte en fenomenologisk tilnærming i dataanalysen for å få fram beskrivelser som besvarer problemstillingen. Vi benyttet Malteruds metode for systematisk tekstkondensering (Malterud, 2003).

METODEKRITIKK

Som intervjuere skal man etterstrebe å være best mulig i stand til å lytte forutsetningsløst. Samtidig med at intervjuet skal foregå

med åpent sinn, skal vi holde fast på problemstillingen, slik at samtalene blir fokuserte og rikest mulig på informasjon som kan belyse problemstillingen (Malterud, 2003). Vi kan ikke se bort fra at våre subjektive blikk har filtrert bort informasjon som andre ville vektlagt. Til en viss grad vil man alltid tolke og være påvirket av egen for forståelse. Det er også mulig at nyanser forsvant ved å følge analysemetoden systematisk på den måten vi gjorde, men på den annen side var det nødvendig for å gjøre materialet tilgjengelig og håndterbart for analyse.

For å styrke validiteten av analysematerialet kunne vi sjekke ut med våre informanter på flere måter underveis. Dette for å unngå tap av deres erfaringer, meninger eller tanker; å sørge for et bindeledd mellom utgangspunktet og resultatene (Malterud, 2003). Ved å vise til direkte sitater fra informantene og presentere resultatene så nært som mulig opp til det de sa, har vi forsøkt å overholde påliteligheten.

Bruk av kvalitativ metode innebærer en fordypning der den enkelte informant bidrar med mye informasjon. Vi oppnådde et rikt beskrivende datamateriale ved bruk av få informanter, men vi så at det er vanskelig å generalisere resultatene våre ut fra et så lite utvalg. Dette innebærer at resultatene ikke nødvendigvis er representative for alle ergoterapeuter eller ansatte i hjemmetjenesten.

RESULTATER OG DISKUSJON

Etter systematisk gjennomgang av datamaterialet i analysefasen kom vi fram til tre kategorier som besvarte vår problemstilling: hverdagsmestring, brukermedvirkning og paradigmeskifte. Fokus for

drøftingen er faggruppens forståelse av sentrale begreper og holdninger knyttet til hverdagsmestring hos eldre hjemmeboende.

HVERDAGSMESTRING

Funnene viste at både ergoterapeutene og de ansatte i hjemmetjenesten anså mestring som en viktig faktor for brukerne.

«I mestring ligger det tilpassning til de begrensninger en ny livssituasjon kan sette. Tilpasser du deg det nye livet og finner mening i det, så ville jeg kalt det mestring. For da er det mestring i forhold til de begrensningene livet har satt for deg av forskjellige grunner» (ergoterapeut).

Det var enighet blant informantene i begge fokusgruppene om at mestring gir bedret selvbylde og en følelse av egenverd, og at det blant annet av den grunn er viktig. *«Mestring gir jo et økt selvbylde og er utrolig viktig. Det er viktig for alle ... Det gir liksom følelsen av egenverd. Det å kunne mestre. Om det så er bare småting, så tror jeg det er viktig»* (uttalt av hjemmetjenesten).

Ergoterapeutene snakket om å finne mening i «det nye livet» etter sykdom eller skade og å tilpasse seg ny livssituasjon. Dette støttes opp av teorien som beskriver mestring i å takle kriser, slik at en kommer seg videre på en god måte og bruker de ressursene en faktisk har for å bedre situasjonen (Ekeland & Heggen, 2007). Vi så at dette er i overensstemmelse med Ski kommunes tverrfaglige strategier, hvor et mål er at innbyggerne skal mestre sin livssituasjon ut fra egne forutsetninger og livsfaser (Ski kommune, 2011). En ergoterapeut løftet fram at hverdagsmestring blant annet om-

handler det å akseptere situasjonen, «tørre» å ta del i det nye livet og å erfare mestringskompetanse. Mestringsopplevelse handler om å finne noe som det er verdifullt å fylle livet med, og ergoterapien handler om å hjelpe brukeren til å utføre hverdagslivets gjøremål på tross av funksjonsfall (Alve, 2007).

Livskvalitet ble nevnt som noe som ga innhold i hverdagen; de små forventningene og gledene i livet som sammen dannet et innholdsrikt og godt liv for brukerne. En fra hjemmetjenesten beskrev det på følgende måte:

«Det er vel det at de klarer å gjøre de oppgavene som man må gjøre for ha et fullverdig liv for seg sjøl i hvert fall ... At man klarer å vaske seg og stelle seg sånn som man selv ønsker, og lage den maten man selv ønsker, og ha huset så rent som man har lyst til å ha det».

En ergoterapeut beskrev at livskvalitet handler om det som gir innhold i hverdagen:

«De små forventningene i livet da, som kanskje det å ha forventninger, glede seg til noe, glede seg over avisa i hverdagen, alle de der små tingene som gir innhold i hverdagen».

Dette var et fokus representantene fra hjemmetjenesten også hadde. En sykepleier uttalte:

«Det er jo det at man får dekket de behovene, og de er veldig individuelle, hva slags behov du har for å ha en god livskvalitet. Jeg tror det er veldig mange av dem jeg kommer hjem til, når jeg ser hvordan de har det, hvordan de har det rundt seg og sånn, så vet jeg at dette kunne ikke jeg ha levd med. Men for dem så er dette her kjempebra.»

Hjemmetjenestens fokus var å få dekket de elementære behovene, men med individet i fokus. Eksempler som at brukerne fikk vasket seg som de ønsker, lage den maten de har lyst på, og ha huset som de selv ønsker, selv om man som helsepersonell ikke nødvendigvis tenker at det er det mest hensiktsmessige. Slik vi tolket disse funnene, er det tydelig at ergoterapeutenes kompetanse skiller seg fra hjemmetjenestens kompetanse, som har pleie og omsorg i fokus. Forskning viser at behovene som ivaretas i dag av hjemmetjenesten, ofte kun handler om å opprettholde basale livsfunksjoner (Tønnesen & Nortvedt, 2012), og at det er begrensede muligheter for en helhetlig tilnærming. De psykososiale og åndelige behovene vurderes ikke som en del av deres tjenester (Townsend & Polatajko, 2007). Vi opplevde ut i fra funnene våre at ergoterapiens hovedfokus på menneskets mulighet til å mestre hverdagen, og hvordan man kan stimulere brukerne til å utvikle egen kompetanse og et meningsfullt liv, tydelig skilte seg ut. Ergoterapeutene så på aktivitetsutførelse som et dynamisk samspill mellom menneske, aktivitet og omgivelser, og individet er i fokus. Kjernekompetansen er å muliggjøre meningsfull aktivitet (Townsend & Polatajko, 2007). Hjemmetjenesten illustrerte aktivitetsutførelse i relasjon til hva som er meningsfullt for den enkelte og omgivelsene rundt, men resultatene tyder ikke på en dypere forståelse av det dynamiske spillet.

En grunnleggende forståelse hos både ergoterapeutene og de ansatte i hjemmetjenesten var at deltakelse i meningsfulle aktiviteter kan fremme fysisk og mental

helse samt forebygge sykdom. Forskning viser at eldre mennesker ønsker å være deltakende i samfunnet (Vik et al., 2008). En ergoterapeut nevnte viktigheten av å opprettholde vaner, å få gjøre det de selv føler de har lyst til, og på den måten ha kontroll over eget liv og egen hverdag med utgangspunkt i egen vilje. Dette var noe hjemmetjenesten også anså som viktig. Én nevnte at det for noen eldre var greit å delta ved å være tilstede og observere, og på den måten være en deltaker på egne premisser. Dette viser en felles forståelse for viktigheten av deltakelse og behovet for å kartlegge brukers ønsker når det gjelder meningsfulle aktiviteter. Allikevel tyder forskning på at eldre, som mottar hjemmebaserte tjenester, opplever færre muligheter til å opprettholde et aktivt og deltakende liv i samfunnet (Vik & Eide, 2012). Manglende systematikk eller helhetstenkning i utformingen av bistandstilbud er blant hovedutfordringene som nevnes. Organiseringen av tjenestene fremmer ikke et helhetlig, koordinert og individuelt tjenestebehov (Thommessen, 2010). Dette kan sies å være i strid med lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, Samhandlingsreformen, «Morgendagens omsorg», «Innovasjon i omsorg» og ikke minst målsetningen for Ski kommune (Ski kommune, 2011, St.meld. 47 (2008-2009), 2009, Meld. St. 29 (2012-2013), 2013 & 2011, NOU 2011:11, 2011).

Fokusgruppene påpekte viktigheten av å ha tid til å få utnyttet brukernes egne ressurser. Hjemmetjenesten trakk spesielt inn tidspress som et stort problem for deres tjenesteyting.

«Det er jo selvfølgelig stort fokus på det å utnytte de

ressursene de selv har, men jeg må innrømme at jeg ikke er den som er flinkest til det. Jeg har veldig lett for å overta, og det har noe med tiden å gjøre. Det er veldig tidkrevende noen ganger å si at du skal gjøre det du selv klarer».

En oppfølgingskommentar fra en kollega var at brukerne også i noen tilfelle føler at hjemmetjenesten har dårlig tid, og derfor overlater gjennomføringen til tjenesteyterne for å unngå å være til bry. Ergoterapeutene nevnte ikke tidsaspektet som et problem. De viste tydelig i intervjuene at de tar seg tid til en god kartleggingssamtale med brukerne. Dette for å kunne bidra til å finne fram til måter å utføre hverdagslivets gjøremål på, til tross for sykdom, skade og symptomer (Alve, 2007). Vi undrer oss over om enkeltvedtakene begrenser hjemmetjenestens muligheter til å imøtekomme behovene, ved at de legger sterke føringer på arbeidet som skal utføres hos og med brukeren, i tillegg til å stadfeste antall minutter hver ytelse skal vare.

Det er ofte i forhold til hverdagsliv, opplevelser og felleskap man erfarer at omsorgstjenestene kommer til kort (NOU 2011:11, 2011). Dette understøttes av studier som indikerer at hjemmetjenestens organisering ikke fremmer deltakelse, forstått som mulighet for å kunne være med på små og store gjøremål i dagliglivet (Vik, 2011). Resultatene våre tyder på en ulik forståelse av hverdagsliv. Hjemmetjenesten spør hva brukerne ønsker, men sier også at de tidvis ikke gir dem mulighet for deltakelse i aktiviteten. De muliggjør deltakelse i form av medbestemmelse og brukermedvirkning, men ikke

i like stor grad samfunnsdeltakelse. Kommer dette av en mangelfull kunnskap om kompleksiteten hverdagslivet omfatter, og hvordan man bør analysere de daglige gjøremål? Ergoterapeutene trekker fram nødvendigheten av å kunne gradere og tilpasse aktiviteter for å mulig gjøre mestring. Det handler om å stimulere til utvikling av egen kompetanse og på den måten et meningsfullt liv for brukerne (Alve, 2007).

BRUKERMEDVIRKNING

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet nedfelt i Pasient- og brukerrettighetsloven kap.3 § 3-1 (Norge, 1999). Den gir rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Med det stilles også krav til brukere om å bestemme sin deltakelse og påvirke innholdet i eget liv. Noen av informantene våre påpekte at forventningsavklaring er et viktig aspekt. Ergoterapeutene og de ansatte i hjemmetjenesten formidlet i intervjuene at de mener brukermedvirkning er viktig. I den forbindelse hadde de fokus på samhandlingen. Her utfylte de hverandre ved at de synes det er viktig å få fram brukers vilje, ønsker og behov. Det pekes på at samspillet med bruker i denne sammenheng er av betydning; det å skape trygghet og tillit.

Resultatene viste at det er ulike måter å samhandle på. Ergoterapeutene fortalte at de ofte ber brukerne selv sette ord på hvordan de mestrer hverdagen og hvordan de ønsker at den skal være. Dette kan ses i sammenheng med at en av de dominerende, personlige måtene å samhandle på blant ergoterapeuter, er hverdagslige samtaler

(Alve, 2007). Det kan medvirke til at brukere opplever å ha innflytelse, som igjen påvirker trivsel og livskvalitet hos den enkelte (Alve, 2007). Samtalen om det hverdagslige gir viktig kunnskap om bruker, noe som bidrar til bedre forutsetninger for å møte de individuelle behov. Resultatene indikerer at hjemmetjenesten har lite fokus på samtale om hverdagslivet. En sykepleier sa blant annet:

«... så må vi jo prøve å bli kjent med brukeren for å se hva han faktisk selv ønsker ut ifra det. Og da prøver vi så langt det lar seg gjøre å lage et opplegg for ham som tilfredsstiller det han vil, da... Så det er jo i samråd med brukerne».

Både ergoterapeutene og de ansatte i hjemmetjenesten hadde samtalen med brukerne i fokus når de snakket om brukermedvirkning. Det kan være mange faktorer som virker inn på samhandlingen. Hvordan skaper man en yrkesrolle som er med på å utvikle brukeres livskvalitet og deltakelse i eget hverdagsliv? For å etablere en god relasjon ved samhandling må man være oppmerksom på egne grenser når det gjelder å være profesjonell og personlig (Alve, 2007). Balanseringen ved personlig og yrkesfaglig opptreden kan være utfordrende ved brukermedvirkning. Empati kan bidra til å utvikle en personlig yrkesrolle uten å komme i konflikt med vår yrkesfaglige identitet (Alve, 2007). Samtidig er det viktig å gi støtte til brukere ved å vise engasjement. Holdninger og tilnærming i kommunikasjonen er viktig, men uten at vi er det bevisst, kan det være at våre holdninger og tilnærminger som

fagpersoner virker hemmende på de eldres medbestemmelse. En av hjelpepleierne uttalte:

«.. det er jo det at jo mer hjelpetrevende de er, som vi oppfatter det iallfall da, så vil vi ha det sånn som vi, eller det vi ser at de trenger. De løsningene vi ser. Så vi begynner å endre deres måte å leve på. Og da dytter jo vi deres liv, vårt liv på dem».

Å rette fokus mot dette vil være med på å løfte det opp på et bevisst plan, slik at vi blir klar over hvordan vi påvirker brukerne.

PARADIGMESKIFTE.

De tidligere nevnte politiske føringene formidler en antakelse om at å samhandle, samordne og samarbeide i og mellom instanser i velferdsstaten burde gi grunnlag for suksess. Slik vi forstår det, handler suksessen om at systemet skal bli mer brukervennlig, helhetlig og effektivt. Utgangspunktet er at tjenestene er for fragmenterte og uoversiktlige, at det samarbeides for lite mellom etater, nivåer og fag, og at tjenestene er for lite samordnet og brukerrettet. Behov for andre arbeidsmåter og innovative løsninger vil i den sammenheng være viktige momenter. Det var også noe våre informanter nevnte. En løsning som informantene fra hjemmetjenesten pekte på, er å sette inn ekstra ressurser ved for eksempel utskrivning fra sykehus. Dette for å skape trygghet for brukere til å kunne mestre å bo i eget hjem. I den forbindelse uttrykte en sykepleier:

«... så er det jo kjempeviktig at man er flere arbeidsgrupper som går inn, sånn at man faktisk kan utfylle hverandre og se behovene fra forskjellige vinkler».

Ergoterapeutene uttrykte at det

bør foreligge en felles forståelse, og at holdningsendringer er viktig for å oppnå dette. Hjemmetjenesten på sin side anga behov for tettere samarbeid, men sa ingenting om felles forståelse og kunnskap om hverandre. Vi mener at disse faktorene er en forutsetning for godt samarbeid.

Dette tyder på en manglende god samarbeidskultur i Ski kommune, som igjen viser behovet for å arbeide annerledes enn det gjøres i dag. Hvordan oppnår man en god samhandlingskultur? Organisatoriske forhold kan ha betydning. Samlokalisering blir nevnt som et eksempel blant hjemmetjenesten i vår studie. Det støttes av politiske føringer med tanke på å kunne tilby et helhetlig tjenestetilbud, og for å sikre kompetanseutveksling og ressursutnyttelse (Meld. St. 29 (2012-2013), 2013). Det kan ha en positiv effekt, men er alene ikke nok. Det bør være en ledelsesoppmerksomhet mot samhandling, samtidig som man må utvikle kompetanse som understøtter samhandling. En faglig omstilling og endret arbeidsmetodikk ses som hensiktsmessig, noe som påpekes i NOU 2011:11. Det vil være en utfordring hvis det ikke baseres på helhetstenkning, felles holdninger og felles mål for å oppnå en god brukerrettet og koordinert tjeneste (NOU 2011:11, 2011). Andre organisatoriske forhold, som gitte økonomiske og personalmessige rammer og for eksempel ressursmangel, kan ha en innvirkning.

Funnene viser at informantene kjenner til at det legges opp til en større ansvarliggjøring av brukere gjennom Samhandlingsreformen. De må ta mer ansvar for eget liv. En av ergoterapeutene nevnte at: *«Et samarbeid mellom det offentlige, altså kommunen, da,*

og nettverket rundt... hver enkelt må i fremtiden se at vi har ikke ubegrenset med ressurser å sette inn, og at det i økende grad vil være et privat ansvar ... et større samarbeid, hva kan pårørende bidra med, hva kan brukeren selv bidra med».

Funnene indikerer at hjemmetjenesten syntes at samarbeidet med pårørende kan være utfordrende. Pårørende kan bidra til å «presse» den eldre inn i passivitet ved blant annet å ønske at tjenesteyterne utfører de daglige aktivitetene, samtidig som de selv frasier seg ansvar. En slik erfaring kan ha innvirkning på hvordan den eldre mestrer hverdagslivet.

KONKLUSJON

Formålet med prosjektet vårt var å kartlegge begrepsforståelsen og holdninger knyttet til hverdagsmestring hos eldre, blant kommunale ergoterapeuter og ansatte i hjemmetjenesten.

Vi opplevde at ergoterapeutene hadde tydeligere fokus på hverdagsmestring og betydningen av aktiviteter i dagliglivet. Kartlegging og analysing av hverdagslivet, forståelsen av livskvalitet og metodisk bruk av aktiviteter er særegent for ergoterapeuter. Ergoterapeutene og de ansatte i hjemmetjenesten viste ulik forståelse for begrepet hverdagsliv og det komplekse samspillet mellom menneske, aktivitet og omgivelser. Brukermedvirkning stod sentralt, men våre funn tydet på at utøvelsen er ulik.

Funnene viste en grunnleggende god kunnskapsplattform, men et behov for å utvikle helse- og omsorgstjenestene. Ergoterapeutene har med sin

faglige bakgrunn kompetanse til å kunne undervise, veilede og ha en rådgivende funksjon overfor hjemmetjenesten, slik at de skal kunne endre fokus på tjenestene som gis. Ergoterapikompetansen er hensiktsmessig i kartlegging og analysing av brukers behov og ønsker, og bør derfor være en motor i utvikling av hverdagsmestring. Hjemmetjenesten har en unik erfaring og kunnskap når det gjelder å være hjemme hos brukerne over tid, samt å yte pleie og omsorg når det trengs. Sammen kan man skape nye samhandlingsmetoder som gagnar brukerne, ansatte og kommunen som helhet. Ergoterapeutene og hjemmetjenesten i Ski kommune er på vei mot en felles forståelse, og det var blant våre informanter et engasjement for å endre arbeidsmetoder.

Litteraturliste.

- Alve, G. (2007). En klientsentrert terapeutrolle. I Horgan, S. (Red.), *Beste praksis i ergoterapi*. Trondheim: Tapir.
- Ekeland, T. J. & Hegggen, K. (2007). *Meistring og myndiggjøring. Reform eller retorikk?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper* (s. 9-136). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kjellberg, P. K., Ibsen, R. & Kjellberg, J. (2011). *Fra pleie og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger*. Notat/Prosjekt 3333. September, Dansk Sundhedsinstitut. Anbefalinger fra Kommunernes Landsforening (KL), Fag og Arbejde (FOA), Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen, Dansk Sundhedsinstitut, Fredericia Kommune. Hentet 6. mars 2013 fra

- <http://www.netf.no/Ergoterapeutene/vi-mener/Paavirkningsarbeid/Hverdagsrehabilitering/Litteratur-om-hverdagsrehabilitering>
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (s. 31-187). Oslo: Universitetsforlaget.
- Meld. St. 29 (2012-2013). (2013) *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- NOU 2011:11. (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Norge. (1999). *Pasient- og brukerrettighetsloven: lov om pasient- og brukerrettigheter*, vedtatt 2.juli 1999 nr.63. Oslo MEDLEX norsk helseinformasjon.
- Ski kommune. (2011). *Ski kommuneplan 2011-2022*. Ski: Ski kommunes hustrykkeri.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen: rett behandling – på rett sted - til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Thommesen, H. (2010). *Rehabilitering som politikk, virksomhet og studiefelt*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Townsend, E. & Polatajko, H. J. (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy vision for health, well-being & justice through occupation*. Ottawa: CAOT Publications ACE.
- Tønnesen, S. & Nortvedt, P. (2012). Hva er faglig forsvarlig hjemmesykepleie? *Sykepleien* 2012, 7 (3), 280-285. doi: 10.4220/sykepleienf.2012.0134.
- Vik, K. (2011) Aktiv omsorg og mulighet for deltakelse når eldre får hjemmetjenester- muligheter og begrensninger i organisering av tjenesten.
- I M. Stene & E. Marnburg (Red.), *Forskning Trøndelag* (s. 43-60). Trondheim: Tapir Akademisk forlag.
- Vik, K. & Eide, A. H. (2012). The exhausting dilemmas faced by home-care service providers when enhancing participation among older adults receiving home care. *Scandinavian J. of Caring Sciences* 2012, 26, 528-536. doi: 10.1111/j.1471-6712.2011.00960.x.
- Vik, K., Nygård, L., Borell, L. & Josephson, S. (2008). Agency and engagement: Older adults' experiences of participation in occupation during home-based rehabilitation. *Canadian Journal of Occupational Therapy* 75 (5), 262-271.

Kombistilling i klinisk praksis for ergoterapeutlærere

Av Astrid Vekve Nymo og Kati Langhaug



Astrid Vekve Nymo er ergoterapeut og universitetslektor ved UiT Norges Arktiske Universitet.



Kati Langhaug er ergoterapispesialist i barns helse og ansatt ved Universitetssykehuset Nord-Norge.

Sammendrag

Kombistillinger for helsefaggruppene ble opprettet i Tromsø i 2011 i et samarbeid mellom Universitetet i Tromsø Norges Arktiske Universitet og Universitetssykehuset Nord-Norge. I snart et år har en lærer fra ergoterapeututdanningen jobbet i kombistilling på terapeutavdelingen på sykehuset med arbeidsområde barneergoterapi. Denne artikkelen presenterer bakgrunn og organisering for stillingen. Videre presenteres erfaringer og utbytte for både den ansatte læreren og samarbeidspartneren i sykehuset.

Det er ingen interessekonflikt eller uenighet om rettigheter til manuskriptet mellom forfatterne.

BAKGRUNN

Praksis er en betydelig andel av ergoterapeututdanning som for andre helsefagutdanninger. Praksis skjer under veiledning av ergoterapeut som er ansatt i helseforetak, kommuner og andre virksomheter. Veiledning er en viktig del av praksis, og tidligere var ordningen slik at veiledning i ergoterapipraksis ble lønnet en time per uke, direkte til praksisveileder eller hans eller hennes arbeidsgiver. Samme ordning gjaldt for alle ergoterapeututdanninger. En viss andel av høgskolenes budsjetter var avsatt til slike praksisveiledningsmidler. Helse- og omsorgsdepartementet vedtok i 2006 at praksisveiledningsmidlene skulle omgjøres til samarbeidsmidler avsatt til *utvikling og samarbeid* mellom utdanning og praksisfelt. Begrunnelsen for vedtaket var at kommunene og helseforetakene allerede fikk midler i sine rammer til utdanning av studenter, herunder praksisveiledning. Andre virksomheter får fortsatt praksisveiledningsmidler for veiledning av studenter i praksis.

Ved Norges Arktiske Universitet (UiT) vedtok man at samarbeidsmidlene forvaltes av samarbeidsrådene (et organ som styrer samarbeid rundt praksis mellom utdanning og praksisfelt), i dette tilfellet samarbeidsrådet for Universitetssykehuset Nord-Norge (UNN) og UiT. I 2011/2012 ble det besluttet at praksisveiledningsmidlene i stor grad skulle brukes til å finansiere kombistillinger. Kombistillinger er stillinger hvor arbeidstaker har funksjoner innen andre områder enn hovedarbeidsområdet, eller bistilling hos annen arbeidsgiver enn hovedarbeidsgiver (1,2). Dette er ofte regulert i en avtale som er inngått

med hovedarbeidsgiver i tillegg til biarbeidsgiver. I slike stillinger innen utdanning og helse har for eksempel leger kombinert klinisk jobb på et sykehus med utdanning og/eller forskning ved et universitet, og omvendt. Hensikten med kombistillingene er å styrke praksisnær undervisning, utvikle samarbeidet mellom utdanning og praksisfelt, samt å styrke og utvikle nye samarbeidsformer og samarbeidsarenaer.

De senere år har også andre faggrupper ved UiT og UNN hatt tilgang på slike ordninger. Både UiT og UNN bevilget ytterligere samarbeidsmidler for å muliggjøre opprettelse av kombistillinger innen flere fagfelt. Samarbeidsrådet for UiT og UNN utlyste i 2011/2012 en rekke stillinger for helsefaggruppene. Fagmiljøene på begge institusjonene måtte samarbeide med hverandre i å søke stillinger. Bachelorprogram i Ergoterapi UiT (ergoterapeututdanningen) og Terapeutavdelingen UNN ved Ergoterapitjenesten søkte og fikk innvilget to kombistillinger: én fra UiT og én fra UNN, i to år fra juni 2012. Senere er ytterligere to tilsvarende kombistillinger for ergoterapeuter opprettet. Størrelsen på bistillingene er 20 prosent, eller 10 prosent pluss 10 prosent.

BARNEERGOTERAPI

Den ene kombistillingen på ergoterapeututdanningen UiT med bistilling i UNN ble prioritert til kompetansebygging innen barneergoterapi. Begrunnelsen for en slik prioritering var at ergoterapeututdanningen en tid hadde vært uten faste ansatte med arbeidserfaring i barneergoterapi. Man var helt avhengig av eksterne timelærere og vikarer for å sikre kompetanse og klinisk erfaring

i undervisningen. Man så derfor behov for å styrke klinisk kompetanse i barneergoterapi i lærerkollegiet. På grunn av bemanningssituasjonen på utdanningen, ble det først mulig å frigjøre en ansatt til kombistillingen i juni 2013.

Universitetslektor Astrid Vekve Nymo, som er emneansvarlig for eksamensemnet «Helse, aktivitet og deltakelse hos barn», har innehatt kombistillingen i perioden juni 2013 til august 2014. Hun har jobbet i 20 prosent stilling på Terapeutavdelingen UNN, med arbeidsområdet barneergoterapi (barn og unge 0 - 18 år). Formålet med bistillingen har vært å bygge kompetanse innen barneergoterapi, styrke et praksisnært samarbeid og eventuelt finne mulige framtidige utviklingsprosjekter mellom ergoterapeututdanningen og barneergoterapeutene på UNN.

Ergoterapeututdanningen innførte ny fagplan i 2012 (3). I førstestegangs planlegging av det nye emnet om barn ble det diskutert hvilken kompetanse det var viktig å fokusere på. Det var enighet om at man i bistillingen skulle fokusere på oppgaver som kunne bidra til å bygge kompetanse innen områder som også gjenfinnes i undervisningen til studentene.

Da dette var første gang en ansatt fra ergoterapeututdanningen har hatt bistilling i UNN, ble det raskt klart at mer detaljert innhold i stillingen må klargjøres underveis, en slags «veien blir til mens man går»-tilnærming.

For å optimalisere kompetansebyggingen i stillingen ble det besluttet at Astrid følger Kati Langhaug, ergoterapispesialist i barns helse, i daglig arbeid tilknyttet Barneavdelingen og Barnepoliklinikken. Etter hvert har også de andre ergoterapeutene

tilknyttet Barneavdelingen, Mari Hepo-oja og Charlotte Gabrielsen, vært involvert i oppfølgingen.

Det første halvåret jobbet Astrid en dag i uken på UNN. Det var også en viss fleksibilitet for å kunne delta på relevante aktiviteter og møter utenom. I andre halvår har arbeidet i hovedsak vært organisert i bolker på to til fire påfølgende dager for å få mer sammenhengende tid og kontinuitet i pasientbehandling.

I løpet av året har Astrid deltatt i både polikliniske konsultasjoner, behandling av innlagte pasienter, planlegging og gjennomføring av mestringskurs, tverrfaglige møter og andre samarbeidsmøter. Arbeidet har bestått av både enkeltkonsultasjoner og langvarige rehabiliteringstiltak. Oppgavene har dekket hele arbeidsprosessen i ergoterapi. Familiens livssituasjon, barnets fungering i daglige aktiviteter i hjem, skole eller barnehage og i lek er blitt vurdert. Behov for boligtilpasning og tekniske hjelpemidler har vært en del av dette. Kartlegging og vurdering av kognitive, psykososiale og sensoriske ferdigheter er gjort ved hjelp av observasjon, intervju samt ulike tester og kartleggingsverktøy. Eksempler på diagnoser hos barna har blant annet vært reumatiske sykdommer, beinskjørhet, hofteleddsdysplasi, kreft, epilepsi og ervervet hjerneskade.

EN DAG I UKEN

Erfaringene etter det første halvåret med en dag i uken var blandede. Fordeler med en dag i uken var forutsigbarheten. Alle visste hvilken dag Astrid var på UNN og ikke på UiT. En dag i uken gikk fint å administrere i forhold til andre arbeidsoppgaver i hovedstilling. Hvilken dag som ble valgt, ble

styrt av faste aktiviteter (møter, avtaler, undervisning, poliklinikk, osv.) på begge steder.

Ulempene med en fast dag var at det ble vanskeligere å være fleksibel i planlegging av undervisning, møter og andre arbeidsoppgaver som oppstod underveis. Én dag i uken ble også opplevd som fragmentert. Det tok tid å bli kjent med og sette seg inn i oppgaver og rutiner i bistillingen. Det man lærte den ene uken, var delvis glemt uken etter, fordi det ikke ble tid eller gjentakelser nok til innøving av hver enkelt oppgave. Dette medførte en lengre læreprosess og en mer langsom progresjon i utviklingen av selvstendighet i noen oppgaver. For eksempel gjaldt dette bruk av elektronisk pasientjournal. Det ble vanskelig å fullføre dokumentasjon av polikliniske konsultasjoner innen rimelig tid. Skrivning av notater og annet skjer ofte på slutten av dagen, eventuelt påfølgende dager hvis det er veldig travelt. Med bare én dag per uke til rådighet var det vanskelig å ferdigstille dokumentasjonen slik. Å vente en uke med å skrive et notat eller en søknad, gjør det vanskeligere å huske detaljer, selv om man har skrevet gode stikkord under en konsultasjon. Ble rapportene like gode som dersom de ble skrevet samme eller påfølgende dag? I tillegg mener vi det svekket pasientoppfølgingen siden det gikk lang tid før dokumentasjon og henvisninger ble ferdigstilt og sendt ut.

Det var lite mulig å følge opp og gjennomføre langsgående oppgaver for innlagte barn som fikk daglig oppfølging av ergoterapeut. Å kun få med bruddstykker av behandlingsforløpet gjorde det vanskeligere å bli kjent med barnet og familien, og å oppnå

tilstrekkelig erfaring og læringsutbytte. Fra et pasientperspektiv mener vi at det kan innvirke negativt for barnets progresjon i behandlingen at en av terapeutene kommer og går slik at det blir en svekket kontinuitet i den terapeutiske kontakten.

TETT SAMARBEID FLERE DAGER

Etter en evaluering hvor blant annet disse forholdene ble diskutert, ble det i samråd med ledelse på Terapeutavdelingen og ergoterapeututdanningen bestemt å endre strukturen fra en fast dag i uken til flere sammenhengende dager i bolker spredt utover vårsemesteret tilpasset undervisningstilbudet på ergoterapeututdanningen. Erfaringene fra denne perioden var at flere sammenhengende dager i bistilling gav en bedre kontinuitet. Vi kunne for eksempel fullføre en poliklinisk pasientkonsultasjon med tilhørende etterarbeid. Etterarbeidet kunne innebære kontakt med ergoterapeut, barnehage eller skole i barnets hjemkommune, å kontakte NAV Hjelpemiddelsentral, søke om tekniske hjelpemidler, samt skrive og ferdigstille rapporter. Inneliggende barn med daglig tilbud fra ergoterapeut kunne følges tettere opp. Man fikk mulighet til å delta på andre aktiviteter, som internundervisning og møter som foregikk på ulike ukedager. Flere dager i sammenheng bidro også til et enda tettere samarbeid mellom ergoterapeut i bistilling og barneergoterapeuten, noe som gav mer ro og mer tid til dialog og faglige diskusjoner underveis.

Gjennom hele perioden har Astrid og Kati jobbet tett sammen. Vi avklarte ikke i starten i hvilken grad Astrid skulle ha selvstendige oppgaver. I stedet for økt selvstendighet i færre arbeids-

oppgaver, valgte vi deltagelse i konsultasjoner som krevde ulike kompetanse. Vi vurderte det slik at læringsutbyttet ble størst med et fortsatt tett samarbeid i mange ulike oppgaver for å gi et bredere erfaringsgrunnlag. Slik kan vi si at det er utviklet en mer generell barneergoterapikompetanse framfor spisskompetanse på et mer avgrenset felt.

NY OG GAMMEL KUNNSKAP

Da Astrid tiltrådte bistillingen på UNN var det nesten 15 år siden sist hun hadde jobbet klinisk med pasienter. Selv om det forventes at man som lærer på en ergoterapeututdanning skal være faglig oppdatert, vil det i realiteten være kompetanse av mer teoretisk og forskningsmessig karakter som oppdateres, med mindre man også opprettholder noe klinisk arbeid. Den erfaringsbaserte kliniske kompetansen blir mer «rusten» etter som tiden går. Noen sider av kompetansen sitter mer «i ryggmargen» og vedlikeholdes fordi de praktiseres også på UiT. Dette kan for eksempel være kommunikasjonsferdigheter og intervjuteknikk. Andre gamle ferdigheter, som håndlag i gjenombeveging av en spastisk arm eller organisering av ADL-trening er mer rustne, men kan oppfris-kes relativt raskt. Det kliniske skjønn; hva som vektlegges i en samtale om barnets hverdagsaktiviteter, hvilke utfordringer som kan løses, og på hvilke måter vi vil løse dem, er en kontinuerlig prosess som stadig pågår i klinisk praksis. Dette skjønn har Astrid fått anledning til å utvikle i en ny retning i denne perioden. Å starte i en kombistilling innen et fagområde som hun ikke hadde særlig mye erfaring fra tidligere, har vært utfordrende, spennen-

de og veldig lærerikt. Astrid har undervist og veiledet studenter i vel 15 år, også om barn. Hennes kompetanse i undervisningen har vært preget av teoretisk kunnskap og praktisk erfaring med normalutvikling hos egne barn. Det har derfor vært svært lærerikt og nyttig å tilegne seg erfaring som bidrar til utvikling av klinisk og terapeutisk kompetanse i forhold til barn med ulike diagnoser og aktivitetsutfordringer. Dette har medført en mer balansert kunnskap til bruk i framtidig undervisning. Sammen med bruk av oppdaterte kliniske eksempler kan dette bidra til å synliggjøre sammenhengen mellom teori og praksis for studentene.

Videre er generell kompetanse i for eksempel dokumentasjon gjenoppfrisket. Dette er allerede innarbeidet i undervisningen ved at Astrid underviser om temaet dokumentasjon og kan veilede studenter i oppgaver på en mer praksisnær måte. Dette avlaster bruken av eksterne timelærere.

Å være ny i et praksisfelt har medført en slags «studentrolle» for Astrid, med Kati som veileder. Kati har naturlig nok ikke hatt student i praksis i dette året. Slik kan man tenke at bistillingen har opptatt en studentplass. Samtidig ser vi at nettopp å inneha en slik studentrolle har gitt Astrid, som også er praksiskoordinator og jobber med utvikling av praksisstudiene, en bedre forståelse for studentenes situasjon i praksis. Denne innsikten er tatt med i praksisforberedelser på UiT, og tas med videre i arbeid med utvikling av ny praksisprotokoll.

OPPFØLGING OG VEILEDNING

Å knytte bistillingen opp mot en erfaren barneergoterapeut mener vi har økt læringsutbyttet.

Å skulle bygge kompetanse på et område som er nytt for den som innehar bistillingen, krever tilrettelegging i form av å planlegge aktuelle pasienter (i den grad det er mulig) samt veiledning før, under og etter pasientkontakt. Sammen har vi diskutert hvilken kompetanse vi har ønsket å øke gjennom bistillingen. Kati er ergoterapispesialist i barns helse, har lang erfaring som praksisveileder og underviser på ergoterapeututdanningen. Hun har god innsikt i fagfeltet og utdanningen, noe som har vært viktig for å få til en mer målrettet kompetansebygging.

Det har vært både tid- og energikrevende for Kati å tilrettelegge for Astrids læring. At bistillingen også skulle kreve noe av Kati, så man ikke i planleggingen, slik at det ikke ble avsatt ekstra tid eller ressurser for å gjøre denne jobben. Det å ha en følge av en ny ergoterapeut tar tid og ressurser fra ordinære arbeidsoppgaver. Spesielt i starten var det behov for mye veiledning og dermed ofte mindre tid til pasientarbeid. Samtidig opplever Kati at det har vært stimulerende å ha en erfaren ergoterapilærer som diskusjonspartner. Selv om Astrid er ny innen barneergoterapi, har hun annen erfaring som har bidratt til gode samtaler underveis.

Vi har kjent hverandre lenge i rollene som ergoterapeut i praksisfeltet og lærer på utdanningen. Nå måtte vi innta nye roller som novise og ekspert og stå i en langt tettere relasjon til hverandre enn hva vi har vært vant til. Det var litt skummelt å gå inn i slike roller og vise nye sider av seg selv for hverandre. En felles åpenhet om dette har stimulert til ytterligere erfaringsutveksling og kompetansebygging for begge to.

NYTTEVERDI FOR MANGE

Et spennende, utviklende og krevende år ligger bak oss. Nytteverdien har vært stor for begge. Kati har hatt en kompetent diskusjonspartner og har opplevd å få tydeliggjort sitt ergoterapeutiske ståsted gjennom felles erfaringsutveksling. Astrid har tilegnet seg kunnskap i barneergoterapi og har dratt stor nytte av Katis ekspertise på feltet. Å tilegne seg en mer praksisnær forståelse av barneergoterapi og en økt forståelse for realiteter i den kliniske hverdagen, vil være nyttig både i undervisning og for å kjenne praksisfeltets utfordringer og muligheter.

Samlet sett mener vi det er nyttig og viktig å prioritere samarbeidsmidlene til slike kombistil-

linger. Disse stillingene har vært anvendt på ulikt vis på UNN og UiT. Stillingen har vært anvendt for å bygge kompetanse på et fagfelt som stillingsinnehaveren underviser i, og hvor målet var å utvikle en mer praksisnær kompetanse til bruk i undervisning. Læringsutbyttet avgrenses ikke til bare oss to, men vil også komme nåværende studenter og framtidige ergoterapeuter til gode. Vi anser dette som en kostnadseffektiv måte å formidle kompetanse om barneergoterapi på. Vi vil absolutt anbefale andre lærere på ergoterapeututdanninger å gjøre slike opphold i praksisfeltet. For ergoterapeuter i klinisk praksis anbefaler vi å søke kombistillinger på ergoterapeututdanningene. En kombistilling kan gi et kompetanseløft, både gjennom å

vedlikeholde inneværende kompetanse og ved å gi ny kunnskap og forståelse for utdanning og praksis.

Referanser

- Bratlid, D. Stramme sykehusbudsjetter truer kombinerte stillinger. Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 11, 2008; 128
- St.meld. nr. 11. Om forholdet mellom embetsverket, departementenes politiske ledelse og andre samfunnsaktører. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet, 2000-2001
- Gramstad, A. og Klaudiussen, M-B. Ny fagplan ved ergoterapeututdanninga i Tromsø følger eit Livsløpsperspektiv. Ergoterapeuten nr. 06, 2013; 88-89.

Professor Lillefjell

Monica Lillefjell er den første som har oppnådd professor-kompetanse ved Program for ergoterapeututdanning, og den første kvinnelige professoren ved Avdeling for helse- og sosialfag.

Av Else Merete Thyness



Monika Lillefjell er professor ved Avdeling for helse- og sosialfag ved Høgskolen i Sør-Trøndelag. (Bildet ble tatt under den norske fagkongressen i ergoterapi i fjor, hvor hun blant annet presenterte LEV VEL-prosjektet).

Monica Lillefjell er ergoterapeut og professor i helsevitenskap. Hun har hovedarbeidene sine innen folkehelse og arbeidshelse og har frontet behovet for kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

LEV VEL MALVIK KOMMUNE

Lillefjell satt i prosjektgruppen for undersøkelsen «LEV VEL-

Malvik kommune». Dette er første gang en kommune gjennomfører en befolkningsundersøkelse som fokuserer på det som gjør folk friske, fremfor det som gjør folk syke. Undersøkelsen var en del av kommunens folkehelse-satsing.

KOMMISJONENS VURDERING

I sin oppsummering skriver kom-

misjonen blant annet at Monica fyller alle formelle vitenskapelige og pedagogiske krav til en professor, ikke bare i kvantitet (hun har publikasjoner langt over det som kreves for å bli professor), men spesielt i forhold til kvalitet, bredde, samarbeid med andre nasjonalt og internasjonalt, selvstendighet, synlighet og faglig aktualitet.

Helbredelse gjennom håndverksaktiviteter

**Femti år... mer enn femti år.
For meg oppleves det ikke som lenge siden,
men for dere er det historie...**

Av Sissel Horghagen



*Sissel Horghagen er
høgskolelektor ved
Høgskolen i Sør-Trøndelag.
E-post: Sissel.Horghagen@hist.no*

INNLEDNING

Jeg vil fortelle dere om mitt møte med seks ulike pionerer, det vil si arbeidsterapeuter som ble utdannet på 1950-tallet. Jeg snakket med dem for å finne ut mer om arbeidsterapiens bruk av kunst og håndverksaktiviteter da faget ble etablert i Norge. Historiene deres gjorde inntrykk på meg. Et utvalg av deres fortellinger og mine tanker om de ut fra min forståelsesramme, blir presentert i denne artikkelen. De pionerene som jeg snakket med, arbeidet innen fagområder som tuberkulose, polio, epilepsi og psykiatri. De anvendte ulike tilnærminger og brukte ulike aktiviteter i sin yrkesutøvelse, men min innfallsvinkel var å finne ut mer om bruken av håndverksaktiviteter.

Kunst og håndverksaktiviteter har vært anvendt og diskutert i ergoterapi siden faget ble etablert i USA i 1917. Da jeg startet min utdanning som ergoterapeut i 1983, var diskusjonene om dette intense. Man ville ta et oppgjør med at faget ble assosiert med strikkedamer og peddik-kurver. Lærerne mine erklærte høylytt lykke over at de hadde kastet ut alle vevene, keramikkvavnene og det hele. Nå skulle fokuset være

på funksjon i hverdagslivet. Vi lærte oss å montere stikkontakter! Senere så jeg betydningen av å få mer kunnskap om ergoterapeuters faglige forankring og anvendelse av kunst og håndverksaktiviteter i fagets begynnelse som et grunnlag for diskusjoner om framtidens ergoterapi. Denne artikkelen er basert på en vitenskapelig studie som jeg har publisert i et internasjonalt tidsskrift, *Occupational Therapy International*, men her har jeg mer gjort om dette stoffet i studien til en fortelling uten referanser. Utdrag av dette stoffet er også presentert i boka *Pionerenes fortellinger – da ergoterapeutfaget var nytt i Norge*, av Raastad med flere.

DEN POLITISKE OG KULTURELLE KONTEKSTEN

Pionerene jeg møtte, var opptatt av å fortelle hva som var typisk for arbeidsterapi på 1950-tallet. Dette var vel for å få meg til å forstå hendelsene ut fra tiden som var da. Det var en annen tid. Det var tiden etter den andre verdenskrig, der landet skulle bygges opp etter store skader. Det var også en tid der ny teknologi og kunnskap gjorde nye ting mulig.

Sykdomspanoramaet var annerledes på femtitallet enn det er nå. Det var for eksempel mange som hadde tuberkulose og polio. Videre hadde mange fysiske og psykiske skader som en følge av den andre verdenskrig. På slutten av femtiårene ble det utviklet vaksiner mot tuberkulose og polio. Som en konsekvens av dette ble det færre pasienter med disse sykdommene, og flere av disse sanatoriene ble omgjort til psykiatriske sykehus. Det fikk meg til å tenke på at når det var et annerledes sykdomspanorama for femti år siden, hvordan vil det da være femti år fram i tid? Ut fra dette ser en at vi som fag må forholde oss til slike endringer og være forberedt på de som kan komme.

Bruken av håndverksaktivitetene hadde utspring i en sosialdemokratisk forståelse av at alle skulle inkluderes og delta i samfunnet. Slike ideer fantes også i *Moral Treatment* samt *Arts and Crafts*-bevegelsen, som var innflettet i den norske husflidsbevegelsen. Husflidsbevegelsen var opptatt av å bevare tradisjonelle fremgangsmåter av kunsthåndverk. De så også hvordan håndverksproduksjon kunne være en økonomisk hjelp til mange familier som slet med å få endene til å møtes. Folkelivsforskeren Eilert Sundt har blant annet skrevet mye om dette.

I etterkrigstida var det ikke mye å få kjøpt, og gjennomsnittsmennesket hadde ikke flust med penger. En av pionerene fortalte: *«Det var ei anna tid. Ei tid da det var viktig å lage ting selv, for vi hadde ikke mye, og det var ikke mye å få kjøpt. For eksempel var min brudekjole min andre ferdigkjøpte kjole. Ellers vevde vi, strikket, sydde - ja lagde mye selv.»*



Håndverksproduksjon kunne være en økonomisk hjelp til familier som slet med å få endene til å møtes.

Dette gir en forståelse for hvorfor det var så viktig å lage ulike håndverksprodukter, som for eksempel det å flette peddik-kurver. Flettede kurver var populære produkter som det ikke var mulig å få kjøpt i butikkene. I dag ser vi igjen en renessanse når det gjelder håndverksprodukter. Folk kjøper dem villig eller er glade for å få dem i presanger. Vi setter pris på at noen har brukt tiden sin på å lage noe til andre. Man ser også kvaliteten på slike produkter som noe unikt i motsetning til masseproduserte varer; vi kan la oss fascinere av nye design som kombinerer tradisjon og nye ideer.

På den politiske agendaen i Norge etter krigen sto behovet for mer arbeidskraft. Tiltaket var å mobilisere arbeidskraftreserver til arbeidsdeltakelse. Arbeidskraftreservene var hjemmевærende kvinner og handikappede kvinner og menn. Den sosialdemokratiske regjeringen vedtok oppstart av en arbeidsterapeututdanning blant annet for å trene opp handikappede kvinner og menn til arbeidsdeltakelse.

EN KVINNELIG PROFESJON I ET AUTORITÆRT HELSESYSTEM

Noen av pionerene fortalte at det var et sjokk å begynne å arbeide som arbeidsterapeut. Kravene fra arbeidsgiveren var ikke alltid i overensstemmelse med det de hadde lært på skolen. En fortalte:

«Etter en måneds svangerskapspermisjon begynte jeg å arbeide på en psykiatrisk institusjon. Det var hardt for meg å arbeide der. Jeg deltok ikke på møter, hadde ikke tid eller kraft til det. Jeg var så sliten av å aktivisere pasientene at jeg ikke orket å protestere. Kravene jeg møtte, var ikke i overensstemmelse med det jeg hadde lært på skolen.

Noe av det viktigste de hadde lært, var å finne aktiviteter som pasientene likte å utføre, for da kunne pasientene finne sin egen motivasjon. Den ville være drivakselen i deres rehabiliteringsprosess. Noen av pionerene fortalte at det var slettes ikke slik der de arbeidet:

Det var et stort oppholdsrom

med 17 vever som ble brukt til å produsere gardiner, duker, tepper, kopphåndduker og lintøy til ulike formål. Hun som hadde jobben før meg, var en 74 år gammel sykepleier. Jeg var nyutdannet arbeidsterapeut på 25 år. Oversykesøster sa at til jul skulle vi produsere 300 meter gardinstoff. Det var en ordre. Jeg sa at jeg ikke kunne presse pasientene, men at jeg skulle gjøre så godt jeg kunne. Jeg foreslo et nytt mønster for å gi litt variasjon. En av pasientene vevde syv meter hver dag - vevde det samme mønsteret i tynn tråd, dag ut og dag inn. Jeg kan fortelle at vi ble ferdige til jul, og gardinene ble fine. Ja, de sa at aldri hadde de hatt finere gardiner! Men jeg søkte en annen stilling etter jul.

Ut fra denne og andre fortellinger ser vi at mange av institusjonene hadde en tradisjon med økonomisk selvberging, og at selvberging og aktivisering hadde større fokus enn pasientenes behandlingsmål. Dette var ikke i tråd med for eksempel Den Norske Sinnsykeloven av 1848 som allerede da slo fast at selvbergingen ikke skulle være overordnet behandlingen. Vi ser også av disse historiene at arbeidsterapeutene hadde lært noe om viktigheten av å sette individuelle mål for hver enkelt pasient, og at det regimet denne arbeidsterapeuten møtte, var helt i motsetning til hennes lærdom. Fra dette oppsto det mange diskusjoner blant arbeidsterapeutene om hva som var aktivisering, hva som var sysselsetting, og hva som var behandling. Én fortalte at hun tenkte mye på hvordan hun kunne bruke sin kunnskap for å være en arbeidsterapeut, og ikke en håndarbeidslærerinne.

GLEDE OG ENGASJEMENT I KULTURELLE AKTIVITETER

Noen fortalte at de gjorde mange aktiviteter sammen med pasientene for at de skulle føle seg som hjemme på institusjonene. Mange pasienter tilbrakte år av sine liv på store institusjoner. Dersom man hadde alvorlig grad av epilepsi, var det bare ett sted i landet man kunne reise for å få behandling, så enkelte var langt hjemmefra. Det var utfordrende for de som var voksne, og enda verre for de som var barn. Pioneren fortalte at det ikke var økonomiske stønader til hjemreiser eller besøksreiser, så derfor var det mange som tilbrakte høytider i disse institusjonene. Som arbeidsterapeuter følte de ansvar for at pasientene skulle føle seg inkluderte og få ha feiring som alle andre. Derfor bidro de til å ha arrangementer på 17. mai, julaften og andre høytider.

Én fortalte at hun ofte tok med gitaren sin. Hun sang og spilte sammen med pasientene. Hun kunne også sitte sammen med pasientene og lage smykker og julegaver utover kveldene. Hun reflekterte over om det var selve arbeidet med håndverksaktivitetene som hadde effekt, eller om det var gleden med å gjøre ting sammen som var det viktige.

Materialene de brukte til å lage ting var også noe tidstypiske. Det kunne være tinn, nysølv, bein fra hvalross, kuhorn, kobber, lær, stein, rav, elfenben og palisander.

Gjennom fortellingene fortalte pionerene om hvor mye de brydde seg om pasientene. Ord som brukermedvirkning var ikke oppfunnet på den tiden, men gjennom sitt engasjement og tro på det helbredende med aktiviteter, viste de innlevelse og medmenneskelighet. Noen hadde tanker om at det ikke lenger er

plass til så mye medmenneskelighet som ergoterapeut i dag, da man har så kort tid til hver enkelt pasient.

Det som gjorde inntrykk på meg, var at mens pionerene fortalte sine historier til meg, hentet de fram gjenstander som pasientene hadde laget på den tiden, og som de hadde gjemt som gode minner. Den ene hadde en liten vakker treboks, og inni den var det et vakkert tinnsmykke innpakket i rød fløyel. Hun hadde fått det i gave fra en av pasientene. Jeg tolket dette som at den profesjonelle relasjonen hun hadde til pasientene, var lite autoritær og var preget av medmenneskelighet. Det var menneskelige møter som også hadde gjort inntrykk på dem. Det er lett å forstå at det måtte være godt for pasientene å møte arbeidsterapeuter som hadde en slik hengivenhet.

KUNST OG HÅNDVERKSAKTIVITETER SOM TERAPI

Noen av fortellingene deres handlet om hvordan arbeidet med håndverksaktiviteter hadde en terapeutisk funksjon:

En dag kom de med en ung kvinne på 28 år. Hun var diagnostisert som schizofren og hun hadde vært på institusjonene i over fire år. Jeg prata litt med henne, og hun så interessert ut. Jeg lurte på om hun kunne veve litt lerret, det er så enkelt, men så tenkte jeg at jeg måtte finne på noe som var mer spennende, så jeg spurte oversøster om jeg kunne få sette opp en putevev. Nei, sa hun. Det har vi ikke lov til, og hun tok i veven og ristet den litt sint. Men så kom legen bort til meg: Gjør akkurat som du vil, sa han. Hun (pasienten) ble så interessert i vevingen. Hun sa: Når jeg legger meg om

kvelden, ligger jeg og tenker over hva slags farger jeg skal sette sammen neste dag. Og for første gang på mange år gleder jeg meg til neste dag. Dette var i desember, og i april ble hun utskrevet. Ingen forsto hva som hadde skjedd med henne, men det forsto jeg.

De hadde argumenter for å bruke håndverksaktiviteter for å gjøre pasientene i stand til å komme hjem og gjenoppta sitt dagligliv. Samtidig vitner historien ovenfor om at det ikke var lett for dem å argumentere for sine terapeutiske begrunnelser for bruk av håndverksaktiviteter og hvorfor det nyttet. Det var så selvfølgelig at det var vanskelig å sette ord på det.

Det var gjerne de medisinske begrunnelsene som ble hørt på. For eksempel fortalte én om sin første arbeidsdag:

Jeg ble ført opp til arbeidsstuen, som lå på loftet. Jeg ble forbauset over at alle pasientene satt med samme aktivitet. Jeg hadde forventet meg at det skulle være forskjellige aktiviteter. Jeg så ikke det terapeutiske aspektet i dette. Etter en tid omorganiserte jeg vevstuen for å få mer avvekslende og individuelt tilpassede aktiviteter. Så en dag kom overlegen på besøk. Uten noen forklaring beordret han meg med streng stemme til å sette alt tilbake slik det hadde vært. Pasientene protesterte, men jeg våget ikke å si ham imot. Over-sykepleier sa etterpå at alle skulle veve på bordvever for å trene opp muskulaturen rundt lungene ettersom de hadde tuberkulose. Men, sa jeg, - det trenger da ikke være en motsetning mellom det å fremme pasientenes livslyst og det å styrke muskulaturen!

BETRAKTNINGER OM BRUKEN AV HÅNDVERKSAKTIVITETER

Innholdet i disse fortellingene viser at pionerene jeg snakket med, hadde en genuin forståelse av hvordan bruk av håndverksaktiviteter vitaliserte pasientens motivasjon for rehabilitering. Dette var noe de hadde lært på skolen, og som de senere hadde erfart. En kan se at slike tanker er i overensstemmelse med humanismen. Den har antakelser om at mennesket må få gjøre meningsfulle aktiviteter om det skal leve et liv som er sunt for både kropp og sjel. Slike forståelser finner en også i *moral treatment*, som var den terapiformen som arbeidsterapien hentet mange av ideene sine fra.

Samtidig fikk jeg høre om deres dilemma. De hadde stor tro på hvordan de kunne bruke aktivitet som middel og mål i behandlingen, men de var få av sitt slag og de var unge kvinner. Pionerene jeg snakket med, hadde ulike erfaringer med hvor mye de ble hørt på av leger og sykepleiere. Noen ble lyttet til, mens andre kom til institusjoner med autoritære kulturer. Det var en utfordring for mange å bli hørt på, en utfordring å få komme til orde og argumentere for kjernen i profesjonen som var terapeutisk bruk av aktivitet.

Gjennom disse fortellingene kan man se noe av velferdsstatens paradoks. Velferdsstaten har en solid etisk forankring, men er plassert i spenningsfeltet mellom det individualistiske og det solidariske perspektivet. Dette ser vi er et dilemma i pionerenes fortellinger; de ønsker å tilrettelegge for den enkelte slik at hun eller han er motivert for aktiviteten, men samtidig er det på mange av institusjonene tradisjoner med selvberging, eller at pasient-

grupper med felles karakteristika kunne behandles på samme måte gjennom samme slags aktiviteter.

På slutten av 1950-tallet og videre inn i 60-tallet ble det et økende press på å framstille ergoterapi som mer vitenskapelig. Dette har nok påvirket ergoterapeuters anvendelse av kunst og håndverksaktiviteter. I dag har vi mye forskning som viser mediets helsefremmende og terapeutiske kraft, men det er en annen fortelling.

Jeg ser på det som viktig å ivareta pionerenes historier som kommer fram i denne boka. Pionerene er nå pensjonerte, og vi hører ikke lenger om deres erfaringer i det daglige virket. Deres historier forteller om hvordan faget vårt ble etablert, og hvordan det utviklet seg. Jeg ser at disse pionerene må ha vært tøffe, modige og svært så innovative for sin tid, når de våget å være de første som utdannet seg til arbeidsterapeuter. Pionerenes personlige og profesjonelle tro på viktigheten av å være aktiv, og på helbredelse gjennom aktivitet, var humanistiske ideer som ga framtidige ergoterapeuter et solid grunnlag for videre praksis. Tusen takk til dere alle sammen og for boka *Pionerenes fortellinger*!

Referanser

- Horghagen, S., Josephsson, S., & Alsaker, S. (2007). The use of craft activities as an occupational therapy treatment modality in Norway during 1952–1960. *Occupational Therapy International*, 14(1), 42–56.
- Raastad, A., Westborg, T., Hopen, L., Gaustad Styrmø, G. og Borg Johannessen A. (2013). *Pionerenes fortellinger – da ergoterapifaget var nytt i Norge*. Oslo: Kolofon Forlag AS.

Bli med å forme morgendagens ergoterapi!

Nå kan ergoterapeuter endelig ta mastergrad i ergoterapi i Norge. Høsten 2016 tas de første studentene opp ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Av Ingvild Kjekken

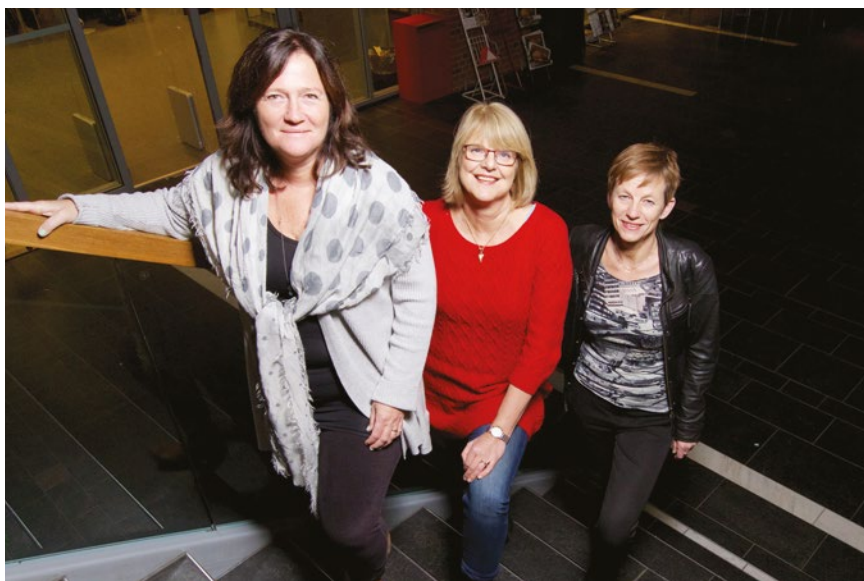
På spørsmål om hvorfor det er viktig å etablere et eget masterstudium i ergoterapi svarer Unni Sveen, nyslått professor ved Høgskolen, at det er viktig å sikre et solid fundament for ergoterapi-intervensjoner.

– Selv om ergoterapeuters kompetanse i økende grad er etterspurt, stilles det stadig større krav til at utvikling av intervensjoner følger internasjonale rammeverk, og at effekten evalueres gjennom vitenskapelige studier. Ergoterapeuter har mange gode teorier, modeller og vurderingsredskaper. Ved å kombinere disse med klinisk erfaring og forskningsbasert kunnskap vil kvaliteten i ergoterapi videreutvikles, og profesjonens posisjon i fremtidens helse- og velferdstjenester styrkes.

ERGOTERAPISPESIFIKT EMNE

Det planlagte masterstudiet omfatter tre teori- og metodeemner som er felles med studenter fra andre helsefagmastere, et nettbasert emne i kunnskapstranslasjon og et ergoterapispesifikt emne om arbeids- og hverdagsliv. Det nettbaserte emnet kan studenter som ønsker det, starte med allerede våren 2016.

I emnet arbeids- og hverdagsliv gjennomgås teorier om aktivitet og aktivitetsvitenskap for å forstå hva som kan hemme og fremme deltakelse gjennom livsløpet. Fokus er på utvikling av intervensjoner for å fremme helse, aktivitet og



– Vi ønsker særlig å løfte fram tiltak som ergoterapeuter jobber med, sier Randi Wågå Aas, som sammen med Unni Sveen og Ingvild Kjekken er ansvarlige for utviklingen av Master i Ergoterapi. Foto: Fredrik Imislund.

samfunnsdeltakelse. Temaer som empowerment, bedringsprosesser, motivasjon og klientsentrert praksis står sentralt. Fokus er også på hvilke utfordringer som inngår i utviklingen av et mer inkluderende arbeidsliv og samfunn. Det andre året av studiet er konsentrert om arbeidet med masteroppgaven, som skal omhandle et tema relatert til intervensjoner i hverdags- og arbeidsliv. Masterstudiet imøtekommer samfunnets behov for ergoterapeuter som har spesialisert kompetanse i analyse, utvikling og tilpasning av intervensjoner. Mastergraden er et fulltidsstudium over to år, og starter ved Høgskolen i Oslo og Akershus høsten 2016 med foreløpig 25 studieplasser.

– Det første året består av inntil elleve ukessamlinger med arbeid i mellomperioder. I løpet av det andre året, da masteroppgaven skrives, vil det i tillegg til individuell veiledning bli samlinger med seminarer for å støtte prosessen med å ferdigstille masteroppgaven, sier Sveen.

Studiet vil bidra til å styrke profesjonsutøvelsen i alle typer stillinger, og kvalifiserer til leder-, utdannings- og fagutviklingsstillinger, og til opptak i doktorgradstudium.

Søkere må ha bachelorgrad i ergoterapi eller tilsvarende. Søknadsfristen er 1. mars 2015. For mer informasjon, se <http://www.hioa.no/Studier-og-kurs/HF/Master/Ergoterapi>.

AMPS

The Assessment of Motor and Process Skills (AMPS) er en observasjons- og undersøkelsesmetode for ergoterapeuter som gjør det mulig å vurdere en persons motoriske- og prosessferdigheter og deres innvirkning på en persons evne til å utføre daglige gjøremål (ADL).

Av Jorunn Ellingsen, Bjørg Rene og John Wrigglesworth

Kvaliteten på ADL-utførelsen bedømmes i forhold til anstrengelse, effektivitet, sikkerhet og selvstendighet i 16 motoriske ferdighetsmomenter og 20 prosessferdighetsmomenter. AMPS er standardisert med hensyn til validitet og reliabilitet etter Rasch-Analysis-metoden (Fisher 2010, Volum 1).

FIRE SENTRALE SPØRSMÅL

Resultatet av en AMPS-test kan brukes til å besvare fire sentrale spørsmål:

- Hvorfor opplever denne personen problemer?
- Hvor vanskelige aktiviteter eller oppgaver kan denne personen klare?
- Hvilken type intervensjon har denne personen bruk for?
- Er denne personens aktivitetsutførelse forbedret som resultat av vår intervensjon?

30 - 60 MINUTTER

En AMPS-test tar til sammen 30 - 60 minutter. I tillegg kommer tid til forberedende intervju, skåring av testen og gjennomgang av resultatene med pasienten. Dette vil normalt inngå i den tiden ergoterapeuten setter av til pasientene, uavhengig av om man tar test

eller ikke. Tid til skåring kommer imidlertid i tillegg.

KARTLEGGER AKTIVITETSUTFØRING

AMPS er funnet å være det beste redskapet som både reflekterer ergoterapiens begrepsgrunnlag og kartlegger pasientens aktivitetsutføring for mange diagnosegrupper (Klein et al 2008). Ved å implementere AMPS i klinisk praksis og bruke det systematisk, kan ergoterapeuter dokumentere resultat og eventuell fremgang relatert til ADL-ferdigheter.

Resultater blir brukt til å beskrive pasientens problemer, si noe om mulighet for bedring, og evaluere effekten av den ergoterapeutiske intervensjonen (Josman og Birnboim 2001).

DETALJERT BILDE

AMPS gir terapeuten et detaljert bilde av pasientens ferdigheter og gjør terapeuten i stand til å identifisere hvilke motoriske- og prosessferdigheter som støtter eller begrenser utførelsen av kjente daglige aktiviteter. Josman og Birnboim (2001) konkluderer med at for ergoterapeuter er AMPS det mest hensiktsmessige redskapet for å vurdere aktivitetsutførelse.

Ergoterapiavdelingen ved

Haukeland Universitetssjukehus har prioritert å gi ergoterapeuter i faste stillinger kurs og sertifisering i bruk av AMPS. Man har jobbet for å implementere systematisk bruk, særlig i ReHabiliteringsklinikken, hvor man nå tester alle slagpasienter som kommer, både ved innleggelse og før utreise. På bakgrunn av dette er det utarbeidet en fagprosedyre for AMPS i kartlegging av hjerneslag.

Link til fagprosedyre: <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/fagprosedyrer/fagprosedyrer/assessment-of-motor-and-process-skills-amps-ergoterapi>.

Kilder

- Fisher AG, Jones KB. Assessment of Motor and Process Skills. Volum 1: Development, Standardization, and Administration Manual Seventh Edition. Fort Collins, Colorado, USA. Three Star Press, Inc; 2010: s.16.14 .
- Josman N, Birnboim S. Measuring kitchen performance: what assessment should we choose? Scandinavian Journal of Occupational therapy. 2001. nr 8: 193-202.
- Klein S, Barlow I, Hollis V. Evaluating ADL measures form an occupational therapy perspective. Canadian Journal of Occupational Therapy. 2008 April. Volum 75 (2): 69-81.



EN KOPP KAFFE MED LENA HAGLUND

– Aldri før har den arbeidsterapeutiske kunnskapen vært mer nyttig for samfunnet enn den er nå, jubler Lena Haglund. Det siste nye fra arbeidsterapeutene i Sverige er at de er med som sentral aktør i det store, nasjonale helseregisteret Senior Alert, med hovedansvar for rehabilitering.

Forbundslederen i det svenske arbeidsterapeutforbundet, Lena Haglund, har doktorgrad og holder en deltidsstilling som forsker. Etter en lang yrkeskarriere som dosent ved Lindkjøpings Universitet sa hun ja til å være forbundsleder i Arbeidsterapeutenes Forbund, men bare i en overgangsperiode. Neste år har hun sittet i syv år, og det synes hun holder, sett i lys av at den foregående forbundslederen regjerte forbundet i hele 30 år.

Som leder har hun alltid full kalender. Derfor kjører hun og mannen rundt om i Sverige med

bobilen på fritiden, uten å planlegge for mye. Det hender også at de tar turen over Svinesundbrua og titter innom Norge, men ikke for å handle.

– Et av våre barnebarn arbeidet en tid i Oslo, da reiste vi ofte på besøk. Nå er det mange unge svensker som tar seg jobb i Norge. Det er selvsagt en fordel for oss at de får arbeidstrening i Oslo og kommer hjem når de er klare til innsats, erter Lena.

REHABILITERING I EGET HJEM

– Hverdagsrehabilitering startet i Sverige. Hvor kom ideen fra?

– Vel, sier Lena, og tenker seg

– Rehabilitering bør være fundamentet for all omsorg som gis ute i kommunehelsetjenesten, sier Lena Haglund.

litt om. – Det startet i 1992 med at ansvaret for de eldre ble flyttet fra Landstingene og over til kommunene. Arbeidsterapeutene fulgte med, og ute i kommunene så de behovet for at folk kunne få rehabilitering i eget hjem, og begynte å snakke om det. Begrepet hverdagsrehabilitering ble derfor brukt en del på 90-tallet og begynnelsen av 2000-tallet, men så ble det stille. Som arbeidsterapeuter så vi at det å rehabilitere folk hjemme kunne innebære store innsparinger, men det er mulig at økonomien var såpass god på den tiden at motivasjonen til å ta tak i dette ikke var stor nok. Situ-

Det vi virkelig har lykkes med, er at vi har kommet med i Senior Alert.

Lena Haglund

Av Lena Christina Eide

asjonen er en ganske annen i dag, med eldrebølgen. Nå er det enda viktigere enn før å være personsentrert, fastslår hun.

Da begrepet dukket opp igjen i Danmark og Norge for to år siden, konkretiserte de svenske arbeidsterapeutene de erfaringene de hadde gjort seg tidligere. I mars i år skrev de en uttalelse om hvordan de så at begrepene kvalifisert rehabilitering og hverdagsrehabilitering best kan defineres.

– Vi anser rehabilitering for å være et verdibasert tiltak der individet får lov til å fortsette et aktivt liv basert på egne valg og ønsker, heller enn å bli passivisert på et sykehjem. Kriterier for at tjenesten skal fungere er blant annet at rehabilitering skal finnes i alle kommuner, og at det er en medisinsk ansvarlig for rehabiliteringen i hver kommune. Rehabilitering bør være fundamentet for all omsorg som gis ute i kommunehelsetjenesten.

Lena tar noen slurker med kaffe. Så tar hun sats og lener seg engasjert over bordet.

– Det er viktig å skille mellom kvalifisert rehabilitering og hverdagsrehabilitering. Rehabiliteringen i kommunen skal omfatte begge deler. Kvalifisert rehabilitering er en planlagt, målrettet og tidsavgrenset innsats som ledes av profesjoner som har kompetanse på området, som arbeidsterapeuter. Dette innebærer en endringsprosess der brukeren får kvalifisert bistand for å utvikle tiltak som gir dem kontroll over sin situasjon. Hverdagsrehabilitering må inngå som en del av pleie-

personalets daglige arbeid, og skal følges opp av for eksempel arbeidsterapeuten, forklarer hun.

ARBEIDSTERAPEUTER I VINDEN

Hun mener det de virkelig har lykkes med i Sverige, er at de har kommet med i Senior Alert, som er et stort kvalitetsregister som brukes av kommunene.

– Registeret tok for seg fall, trykksår, ernæring, munnhelse og inkontinens, men de manglet rehabilitering, sier hun.

Hun forklarer at ergoterapeutene begynte å stå fram på møter og fortelle om rehabilitering og personsentrering, og at de blant annet henviste til bruken av COPM.

– Det som så skjedde, er egentlig helt fantastisk, fordi vi ble hentet inn som den aktøren som har spesialkompetanse på dette. Aldri før har vår kunnskap vært så viktig for samfunnet som nå. COPM blir en del av Senior Alert og skal brukes ved identifisering av hva brukeren ønsker, beskrivelse av tiltak og ved oppfølging. På denne måten kan all kommunal rehabilitering kontinuerlig følges opp og kvalitetsgranskes, forteller Lena.

– I Norge er hverdagsrehabilitering nå etablert i 81 kommuner. Hvordan er utviklingen i Sverige?

– Vi kan ikke regne det slik, fordi hver kommune tar det valget selv, men vi har jo arbeidsterapeuter i alle kommunene, og alle kommer til å bruke Senior Alert.

– Får dere god dekning i media?

– Ja, og først og fremst er det våre forskere som viser seg i

media og legger fram interessante forskningsresultater og deltar i debatter. Det blir også trykket en del artikler, svarer Haglund.

– Hvilke muligheter ser du for samarbeid mellom norske og svenske ergoterapeuter?

– Vi samarbeider mye allerede, og spesielt i året som har gått på grunn av fokuset på hverdagsrehabilitering. Vi treffes på forbundsnivå og utveksler erfaringer. I tillegg sender vi bladene mellom oss, og noen ganger oversetter vi reportasjer fra andres fagblad og trykker i eget blad. Den nye boken som kom ut i Norge nå om hverdagsrehabilitering, har vi også markedsført i Sverige. I tillegg tilbyr vi hverandres medlemmer kurs til samme pris som våre egne får. Jeg tror vi får mye igjen for å støtte hverandre.

– Under stortingsvalget i Norge i høsten 2013 hadde alle de norske partiene hverdagsrehabilitering i partiprogrammet. Hvordan har dette blitt mottatt av svenske politikere?

Lena smiler og forklarer at heldigvis er alle partiene i Sverige enige om behovet for rehabilitering av eldre, og for høy personaltetthet.

– Har du noen gode råd til norske ergoterapeuter

– Ja det må være å jobbe mot å etablere et oppfølgingssystem lik Senior Alert. Da kan man se hvilke tiltak som er effektive, og utradere det som ikke fungerer. Alt kan jo ikke forskes på, så da gjelder det å bygge beste praksis på erfaring, avslutter Lena Haglund

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks 9178

Grønland, 0134 Oslo

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

Kurs i P-Drive – Praktisk kjøretest



9. – 11. MARS 2015

Norsk Ergoterapeutforbund arrangerer kurset i samarbeid med Helena Selander og Ann-Helen Patomella, som har utviklet P-Drive sammen.

Kurset sertifiserer ergoterapeuter til å benytte undersøkelses- og vurderingsredskapet P-drive ved fører-kortvurderinger. Kurset er godkjent av Norsk Ergoterapeutforbund med 22 timer ergoterapispesifikt kurs, og er dermed gjeldende for alle spesialistområdene.

Sted: Oslo Kongressenter

Kursansvarlig: Toril Laberg

Antall plasser: 22

Målgruppe: Ergoterapeuter i Norden. Medlemmer i Norsk Ergoterapeutforbund prioriteres.

Deltakeravgift: kr 2700,- for medlemmer. Kr 5400,- for ikke-medlemmer i et nordisk ergoterapeutforbund.

Ergoterapeuter og førerkortvurdering

17. – 18. SEPTEMBER 2015

Bilkjøring er ofte en forutsetning for å kunne leve et aktivt liv. Av hensyn til trafikksikkerheten er det viktig å identifisere sjåførere med økt risiko, uten å unødig begrense andre. Dette er et introduksjonskurs for ergoterapeuter som ønsker å bidra i forbindelse med førerkortvurdering.

Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund

Faglig ansvarlig: Hilde Fleitscher, Ergoterapeutspesialist i Eldres helse og Master i Folkehelse, Alderspsykiatrisk enhet ved Sørlandet sykehus.

Kurssted: Oslo

Påmeldingsfrist: 21. august

Kurset er åpent alle ergoterapeuter, også ikkemedlemmer. **Medlemmer prioriteres.** Kurset er meritterende for ergoterapispesialister.

COPM KURSLEDERKURS

– MELD DIN INTERESSE!

Ergoterapeutene arrangerer kurs for ergoterapeuter som ønsker å bli kursledere i COPM. COPM er et svært aktuelt undersøkelses- og vurderingsredskap, og Ergoterapeutene klarer ikke å imøtekomme etterspørselen for kurs. Med flere, kompetente kursledere vil flere gå på kurs, som kan arrangeres av Ergoterapeutene, på flere steder i Norge. Kurset er også åpent for ergoterapeuter i Norden. Kurslederkurset vil arrangeres i Oslo 2.-4. mars 2015, og koster kr 2700,-. Det ledes av Sue Baptiste fra Canada. Hun er professor ved School of Rehabilitation Science på McMaster University, og har deltatt i utviklingen av COPM.

Deltakerne på kurset må ha brukt COPM i praksis, med et større utvalg klienter. Vi ønsker også at deltakerne har en Master, men vi er villige til å vurdere dette kravet mot bred praksis.

Er du interessert?

Send informasjon med kort informasjon om dine kompetanser og erfaringer med COPM til generalsekretær/fagsjef Toril Laberg, toril.laberg@ergoterapeutene.org.

Kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og COPM

23. OG 24. APRIL 2015 KL. 09.00 – 16.00

OPPFØLGINGSDAG 18. JUNI 2015 KL. 09.00 – 12.00

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

Faglig ansvarlig: Ergoterapeut/PhD Anne Lund, Høgskolen i Oslo og Akershus, Ergoterapeututdanningen

Kurssted: Høgskolen i Oslo og Akershus

Kurset er åpnet for ikkemedlemmer og andre faggrupper. Pris for medlemspris kr. 2700,-, ikkemedlemmer kr. 5400,- og studentmedlemmer kr. 1350,-

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



AMPS-grunnkurs

Norsk Ergoterapeutforbund, avdeling Hordaland arrangerer AMPS-grunnkurs! Ergoterapeutar frå heile landet er velkomne. Ved stor pågang vil medlemmer i Norsk Ergoterapeutforbund bli prioritert.

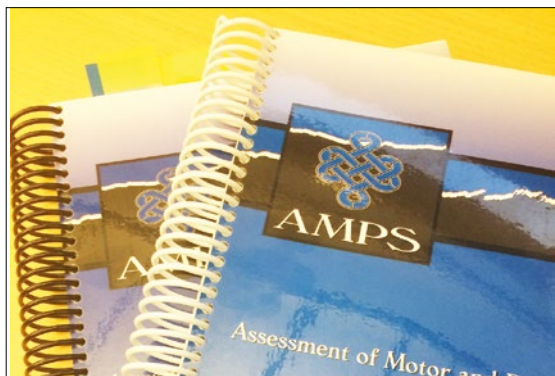
Stad: Bergen

Tid: 16. – 20. mars 2015

Kurshaldarar: Mette Søndergaard og Eva Wæhrens frå AMPS-Danmark.

Undervisninga vert halden på dansk. Sjå kurskalendaren på www.ergoterapeutene.org for informasjon om kurset og påmelding.

88 x 133 Jobb Norge



Nav hjelpemidler 1/3 side: 178 x 90

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

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

1. BEHANDLING/TRENING

0330

HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
CYPROMED AS
Vikaveien 17, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 44 33, fax: 62 57 44 34
wes@cypromed.no
www.cypromed.no
Elektriske varmhjelpemidler for alle.
MINITECH AS
Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 78 00, fax: 62 57 77 51
mail@minitech.no www.minitech.no
Elektriske varmhjelpemidler til barn og voksne

0333

ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKK-FOREBYGGENDE HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
veronica@bardum.no www.bardum.no

BERGEN MEDIKAL AS

Gyldenprisvn. 16, 5056 Bergen
Tlf.: 55 94 77 00, fax: 55 94 77 01
post@bergen-medikal.no
www.bergen-medikal.no
Meds Nodex S madrass. Dynamisk nulltrykk
terapisystem til forebygging i alle risikogrupper og behandling i alle stadier av trykksår.
Den mest optimale løsningen på markedet i dag. Eneste nulltrykksystem godkjent av RTV.

MEDEMA NORGE AS

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

TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11
company@mail@togemo.no
Dekker alle behov for trykkavlastning

VITAL BASE AS

Myrvegen 2, 6060 Hareid
Tlf.: 71 51 42 84, fax: 71 51 40 73

firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no
Sårbehandling/trykkavlastningsprodukter

0348

BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR

AT RONDA

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

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
veronica@bardum.no
www.bardum.no
HML HJELPEMIDDEL-LEVERANDØREN AS
Branderudvn. 90, 2015 Leirsund
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81
firmapost@hml.no www.hml.no
HML Ståstativ

0606/0612/0618

ORTOSER

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
OTTO BOCH AS
P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo
Tlf.: 23 14 26 00, fax: 23 14 26 56
info@ottobock.se www.ottobock.no
Ortoser blir bra!

0630

PROTESER

NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

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

3. PERSONLIG STELL OG KLÆR

0903

KLÆR OG SKO

ØYTEX AS

6917 Batalden
Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77
post@oytex.no www.oytex.no
Uteklær for rullestolbrukere
ØVREBØ REHABILITERING AS
P.b. 604, 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona tørkler, Arcona smekker

0909

HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
REHATEKNIKK AS
PB 10, 2312 Ottestad
Tlf.: 62 57 44 46, fax: 62 57 44 45

AT RONDA

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

0912

HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK

ADL PRODUKTER AS

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

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Svan Bidette, Svan Remote, Svan Balance,
Svan Lift, Svan Støttearmen, Chameleon
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamveien 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90

firmapost@medema.no

www.medema.no

AT RONDA

Fjordtunvn. 1, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

912 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Svan Balance
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no

AT RONDA

Fjordtunvn. 1, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0933

HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

ADL PRODUKTER AS

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

ASTEC AS

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

AT RONDA

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

PRODUKTREGISTER

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
ERGOGRIIP

www.ergogrip.no

Tlf. 92 20 93 99 faks 56 30 66 99

Støttebøyle for vask

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Kaskad dusjkabin

ML HJELPEMIDDEL-LEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no www.hml.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10

Fax: +47 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: http://www.klubben.no/aspx/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

0933 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING,

BADING

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Hev/senk stellebenker/bord, servanter

HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

Y 1

YRKESKLÆR/SKO

PRAXIS ARBEIDS- OG FRITIDSKLÆR AS

Sjøtun Næringspark, 6899 Balestrand

Tlf.: 57 69 24 10, fax: 57 69 24 93

firma@praxis.no www.praxis.no

En ledende leverandør av yrkesklær, fottøy

og naturhudpleie

4. FORFLYTNING

1203/1206

GANGHJELPEMIDLER

ACCESS MOBILITY AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

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

access@access-gruppen.no

www.accessgruppen.no

Rollatorer

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 Ås

Tlf: 64 94 21 65

www.follo-futura.no

Gåbord

HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

1212

BILTILPASNINGER

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

Tlf.: 32 18 16 00, fax: 32 18 16 01

mail@handpro.no www.handpro.no

Totallev. i biltilpasninger og utstyr

1218

SYKLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23

4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

Sykler - man. og el.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

1221

RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE
ACCESS MOBILITY AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

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

access@access-gruppen.no www.accessgruppen.no

Elektriske scootere. El. rullestoler.

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23

4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

Rullestoler - man. og el.

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

Tlf.: 32 18 16 00, fax: 32 18 16 01

mail@handpro.no www.handpro.no

Balder el. rullestoler

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1221 B

RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

Tlf.: 32 18 16 00, fax: 32 18 16 01

mail@handpro.no www.handpro.no

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com,

PRODUKTREGISTER

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1224 TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no www.bardum.no

HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no www.hml.no

E-mobil hjelpemotor/ drivaggregat

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1227 ØVRIGE KJØRETØYER

HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

post@handinor.no www.handinor.no

Ispigge-/skipigge-/hockeykjelke/pulk/mo-noski

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

1227 A

ØVRIGE KJØRETØYER. SKILATOR/ RULLATOR M/SKI

HJELPEMIDDELSPELISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no www.hml.no

Skilator

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

EPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Gripo støttestang

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Overflyttingshjelpemidler, Dreilett ,

Jøhl Stolløfter

1233

VENDEHJELPEMIDLER

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Eliglide

1236

LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

post@hcn.no www.hcn.no

Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten gjennomgående skinne

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGINGEN

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

hovedkontor@etac.no www.etac.no

MEDINOR CARE

Divisjon i Medinor ASA

Postboks 94 Bryn, 0611 Oslo

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

medinor@medinor.no www.medinor.no

Brannforebyggende prod. for eldre/funksj.h.

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

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

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Dynamiske armstøtter og spise-

hjelpemidler

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

1803

BORD

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no www.hml.no

Nora og Ina underarnstøttebord

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

PRODUKTREGISTER

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no www.bardum.no

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal

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

HJELPEMIDDELSPESIALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat jockey, barnestol

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1812

SENGER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no www.hml.no

Reiseseng

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE

TILSATSER TIL MØBLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

E-post: post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad – hev/senk

GRANBERG INTERIØR AS

P.b. 3938 Ullevål stadion, 0806 Oslo

Tlf.: 22 69 16 90, fax: 22 69 63 10

even.olsen@granberg-interior.no

www.granberg-interior.no

Kjøkken og bad – hev/senk – garderobe

1818

STØTTEANORDNINGER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Dynamiske armstøtter og

spisehjelpemidler.

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1821

DØR-, VINDUS- OG GARDIN-

ÅPNERE/-STENGERE

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebru

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

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER, TRAPPEHEISER OG RAMPER

ACCESS TRAPPEHEISER AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar

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

access@access-gruppen.no

www.accessgruppen.no

Seteheiser. Plattformheiser.

Løfteplattformer.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund

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

firmapost@hml.no www.hml.no

NORINA utvikling og individuell tilpasning

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Utv. og spes.tilpasn. av hjelpemidler ut fra individuelle behov

1833

SIKKERHETSUTSTYR TIL BOLIGER OG ANDRE LOKALER

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Kjøkken og bad – hev/senk

GRANBERG INTERIØR AS

P.b. 3938 Ullevål stadion, 0806 Oslo

Tlf.: 22 69 16 90, fax: 22 69 63 10

even.olsen@granberg-interior.no

www.granberg-interior.no

Kjøkken og bad – hev/senk

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/VARSLING

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

2103

OPTISKE HJELPEMIDLER

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Optiske hj.midler

2109

TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00

Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Tilbehør til datamaskiner.

2110

KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

PRODUKTREGISTER

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

COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo
Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30
info@cognita.no www.cognita.no

ABILIA AS

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

MYLIFEPRODUCTS AS

Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo
Tlf: 92631425
post@mylifeproducts.no
www.mylifeproducts.no

2127

IKKE-OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

AT RONDA

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

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

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

ABILIA AS

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

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn
Tlf: 66 99 60 00
Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no
Telefon og telefoner og telefoneringshj.

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no

PICOMED AS

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

Omgivelseskontroll/fjernstyring

2139

LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GEWA AS

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

Lydoverføringssystemer

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no

2142

SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS

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

COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo
Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30
info@cognita.no www.cognita.no

ABILIA AS

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

Bolig, kommunikasjon, installasjon

GEWA AS

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

Samtalehj.midler

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no

2145

HØREAPPARATER

GEWA AS

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

Høreapparater

HØRESELTEKNISKE HJLPEDMIDLER

2146

HØRESELTEKNISKE HJLPEDMIDLER

GEWA AS

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

Hørseltekniske hjelpemidler

2148

VARSLINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

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

COGNITA AS

Sjølyst Plass 4, 0278 Oslo
Tlf.: 22 43 05 00, fax: 22 43 74 30
info@cognita.no www.cognita.no

ABILIA AS

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

GEWA AS

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

Varslingshj. midler

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50
info@gnresound.no www.gnresound.no

HEPRO AS

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

Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

PICOMED AS

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

Varslingshjelpemidler.

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2151

ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

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

ABILIA AS

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

GEWA AS

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

Alarmsystemer

HEPRO AS

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

Epi-alarm, Sengealarm, Døralarm,

Varslingsmatte, Stolalarm

PICOMED AS

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

Omgivelseskontroll/fjernstyring

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

Aluvn. 95 P.B.430, 2301 Hamar
Tlf.: 62 51 85 00, fax: 62 51 85 01
access@access-gruppen.no www.accessgrup-
pen.no

Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

GEWA AS

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

Hjelpemidler for omg

PICOMED AS

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

PRODUKTREGISTER

Omgivelseskontroll/fjernstyring

2418

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

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu

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

firmapost@picomed.no www.picomed.no

Dynamiske armstøtter/spisehjelpemidler Omgivelseskontroll/fjernstyring.

REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

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

2436

TRANSPORTHJELPEMIDLER

MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta, Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

3003

LEKER

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

AMAJO AS

Hellinga 16 D 1481 Hagan

Tlf.: 67 07 43 40, fax: 67 07 43 41

amajo-as@nokab.no www.amajo.no

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: <http://www.klubben.no/asp/info>.

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

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

AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo

Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53

www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

3006 SPILL

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: <http://www.klubben.no/asp/info>.

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

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

AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo

Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53

www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

3009

MOSJONS- OG IDRETTSTUTSTYR

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no www.bardum.no

HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fettsund

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

post@handinor.no www.handinor.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: <http://www.klubben.no/asp/info>.

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

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

AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo

Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53

www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

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

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,

Krabatskjerf, sikleskjerf

AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo

Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53

www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

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

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

B.LØF

LØFTEHJELPEMIDLER FOR BARN

MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no

ABILIA AS

Buvikveien 22, 4950 Risør

Tlf.: 37 14 94 50, fax: 37 14 94 70

info@abilia.no www.abilia.no -

GEWA AS

PB 626, 1411 Kolbotn

Tlf: 66 99 60 00 Fax: 66 80 94 90

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Kommunikasjonshj. for barn

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

PRODUKTREGISTER

www.klubben.no

Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis

+katalog, Rompa – Snoezelen og

sansemotoriske produkter: Katalog med 250

sider med produkter for sansestimulering.

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

produkter for sansestimulering.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

B.ROL

ROLLATORER

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

HANDINOR AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund

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

post@handinor.no www.handinor.no

HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

produkter for sansestimulering.

MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AT RONDA

Avd. i Nitec Stavanger, Sjøhagen 3

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og

store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: +47 62 95 06 10

Fax: +47 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vlls gate 1, 0107 Oslo

Tlf.: 22 01 78 50/52, fax: 22 01 78 53

www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/Sansemotorikk, Kastanjedynen

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

PB 628, Trollåsvn. 8, 1411 Kolbotn

Tlf.: 66 81 60 70, fax: 66 81 60 71

firmapost@hm-spes.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3

2270 FLISA – Norway

Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11

www.klubben.no

Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no

ABLOY

Picomed tlf: 37 11 99 50
Action trykkavlastende

ALVEMA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ARDO MEDICAL AG

togemo Med.Supply
tlf: 62 52 62 72

ARRO CONTROL

Hepro tlf: 75 69 47 00

ATENA NORDIC AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

ATO FORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BALDER EL. RULLESTOLER

Hand-Pro tlf: 32 18 16 00

BARRY EMONS

AMAJO tlf: 67 07 43 40

BC-LIFT

Access AS tlf: 62 51 85 00

BERNAFON

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

BEKA HOSPITEC

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BERROLKA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BEST MOBILITY

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

BO EDIN AB

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

BORRINGIA AS

Hepro tlf: 75 69 47 00

BOS MEDICAL

togemo MedSupply
tlf: 62 52 62 72

CABICARES

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

CAREZIA AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

CERTEC KLOKKA,TRIACON
CHESTNUT COMPANY APS

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50
COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

CIRRUS

Handicare tlf: 69 24 44 00

CLEAN LINE
HYGIENEPRODUKTER
COBI REHAB

Hepro tlf: 75 69 47 00

COMFORTA AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

CONSTELLA

Astec tlf: 22 72 23 55

CONTUR TRYKKAVLASTNING CURA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DAYS (DMA)

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DORMA

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

DRAISIN GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DYNAMO STOL APS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

DYNAVOK

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

EASYLIFE GRIPESTANG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

ECN SENGELØFTER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

EDU-PLAY

Riktige Leker,tlf: 22 01 78 50/52

EDWARD SENGEN

Eurocontact Norge

ELICARE AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

E-MOBIL HJELPEMOTOR FOR
RULLESTOLER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

EUROFLEX

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FAAC

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

FITFORM

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

FLIPSTICK. HØYDEREGULERBAR
SITTESTOKK

At ronda tlf: 51 58 87 81

GRANBERG INTERIOR AB

Astec tlf: 22 72 23 55

G. S. SMIRTHWAITE-(PETØ)

Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

HABO VÅTDUKPRESSER

At ronda tlf: 51 58 87 81

HAMATIC SENGEUNNER

Eurocontact Norge tlf: 22 64 47 70

H. BOCK

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00
Highriser

HIRO-LIFT GMBH
HJELPEMIDDELSPELALISTEN AS

tlf: 66 81 60 70
Access AS tlf: 62 51 85 00

HML REISESENG

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STOKK- OG KRYKKEHOLDER

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HML STASTATIV

HML Hjelpemiddel-leverandøren
tlf: 63 87 05 80

HUMANTECHNIK

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

HUNTLEIGH HEALTHCARE

Medinor care, tlf: 22 07 65 00

HØRAT

Oticon tlf: 23 35 59 00

IDC LIFESTAND STARULLE -
STOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

ILLER BELTEKJØRETØYER
IMAGETALK

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

JAMES

Picomed tlf: 37 11 99 50

JAZZY EL. RULLESTOLER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

JØHL HUMAN CARE

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

KNOP

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

KOMBIKLOSSEN

Enteron tlf: 22 64 78 70

KOM - I - KAPP

AMAJO tlf: 67 07 43 40

KOMFYRVAKT

Medinor care tlf: 22 07 65 00

LAVASET SENGEDUSJ
HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN

tlf: 63 87 05 80

LIKO

Handicare tlf: 69 24 44 00

LOPITAL

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

LUNOLETT

Øy-tex tlf: 57 74 55 20

MEDICA GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINI CROSSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MINITECH-VARMEHJ.M. FOR
BARN OG VOKSNE

Minitex AS tlf: 62 57 78 00

MINOS

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVING PEOPLE

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

MOVITA

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NILBILD AB

Gewa tlf: 66 99 60 00

NORDIC AID

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

NORINA PRODUKTER

HML Hjelpemiddel-leverandøren tlf:
63 87 05 80

NOTTINGHAM REHAB

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

NTD-HISS AB

Access AS tlf: 62 51 85 00

AGENTURREGISTER

NYPRO AS

togemo Med. Supply
tlf: 62 52 62 72

OTTO BOCK

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

PEGASUS LTD. ENGLAND

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

PERMOBIL EL. RULLESTOLER

Permobil AS, tlf: 815 30 077

PHRASE-IT, C-INNOVATION AB

cOGNiTA AS tlf: 22 43 05 00

PIKOTECH

Picomed AS tlf: 37 11 99 50

PROTAC

AMAJO AS, tlf: 67 07 43 40

QORPUS VITA AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

QUALIWORLD, QUALILIFE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

REBEX TOADUSJ AB

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REHATEC GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REINECKER

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

ROBER LTD.

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

RONDA.OSTEHØVEL

M/KERAMBELEGG

At ronda tlf: 51 58 87 81

ROOMER TAKHEIS

Human care A/S, tlf: 63 87 78 13

SAFE PUTER OG MADRASSER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SARO STØTABSORBERENDE SALER

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

SAVI BARNESENGER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SCHUCHMANN GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

SCOOTER-LINE TILBEHØRS - PROGRAM

SENSE-MATIC AS

Access AS tlf: 62 51 85 00

SHOPRIDER

STEENS INDUSTRIER

Medinor care tlf: 22 07 65 00

STEMMEFORSTERKER, HEARING PROD LTD

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

STOLETEC

Hepro tlf: 75 69 47 00

STORM EL. RULLESTOLER

INVACARE AS, tlf: 22 57 95 00

STRATUS ELEKTRISKE

SCOOTERE

SUNGIFT SCOOTER

Arna Medikal, tlf: 55 24 18 70

SYKLER FOR BARN

Alu rehab AS, tlf: 51 68 18 89

SVAN CARE AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

SWERECO AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

TERGEO AS

tlf: 22 35 47 07

Bidet elektronisk bidet

THE GRID, SENSORY SOFTWARE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

TIMEX DATALINK

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

TOLARM AB

Hepro tlf: 75 69 47 00

TOYS FOR THE HANDICAPPED AS

Riktige Leker,
tlf: 22 01 78 50/52

TRULIFE PUTER

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

Bidet elektronisk bidet

TT MED

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

UNIK PRODUKTER

Hepro tlf: 75 69 47 00

VASTIA DUSJROM

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

VESTURE CORPORATION

(MICROCORE)

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

V. GULDMANN A/B

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

VILFRED-PUTEN

At ronda tlf: 51 58 87 81

VILGO

Fredly produkter tlf: 22 65 39 70

WIMA-GRIPEN

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WIMA -LABBEN

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WIMA -UNDERLAGET

Wima Produkter tlf: 70 09 59 50

WINSLOW PRESS OG

SPEECHMARK

AS Riktige Leker, tlf: 22 01 78 50/52

WI-VIK, PRENTKE ROMIC INT

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

ØVREBØ REHABILITERING

Øvrebø rehab. AS, tlf: 32 24 42 50w

BESTILLING AV KURS- OG STILLINGS- ANNONSER

- ›
- › For bestilling og nær-
mere opplysninger:
- › Erik Sigurdsson
- › Mobil: 90 03 09 43,
e-post: erik@addmedia.no
- ›
- › Priser:
- › 1/8 side kr 4 500, - 25%
- › 1/4 side kr 6 000, - 25%
- › 1/2 side kr 8 500, - 25%
- › 1/1 side kr 12 500, - 25%
- ›
- › Ved annonse i papirut-
gaven kan annonsen legges ut
på nett www.ergoterapeuten.no
no mot et tillegg på kr 2 500,-
- › Nettannonse ordinært
kr 3 500,-

