

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



## Temanummer om demens

# ergoterapeuten

**Redaktør** Else Merete Thyness

**Mobil** 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

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

## Annonser

Erik Sigurdssøn

**Mobil** 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

## Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 2 – 1. april / 30. april

Nr. 3 – 1. juni / 30. juni

Nr. 4 – 3. aug / 31. august

**Trykkeri** 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

**Design** Fete Typer

**Layout** Else Merete Thyness

## Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

## Norsk Ergoterapeutforbund

**Adresse** Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

**Telefon** 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

## Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

## Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

## 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



18



23



66

---

#### REPORTASJER

##### **6 Asker demensteam**

Av Else Merete Thyness

---

#### NY ARENA

##### **10 Avdelingsleder ved poliklinikk for personer med demens og alderspsykiatri**

Av Else Merete Thyness

---

#### ARBEIDSPLASSEN MIN

##### **12 Demenskoordinator**

Av Silje Gillund

---

#### YTRING

##### **16 Vil det finnes ergoterapeuter på skjermet enhet når jeg trenger det?**

Av Marit Nåvik

---

#### KRONIKK

##### **18 Tilrettelagt aktivitet, tilpasset hver enkelt – i tide**

Av Lisbet Rugtvedt

---

#### FORBUNDET

##### **20 Delta i de elektroniske valgene**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

##### **23 Ti gode grunner til å bli medlem**

##### **24 Mange møtte det nye forbundsstyret**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

##### **26 Innspel: Likelønn – berre en draum?**

Av Anders Folkestad

##### **27 Forfulgt av uhell?**

Av Roar Hagen

##### **28 Du kan ha rett til større stillingsprosent ved deltidsarbeid**

Av Ine Hagen

---

#### FAGLIG

##### **30 Occupational therapy and people with dementia in the UK**

Av Richard Ledgerd

---

##### **36 Utredning og oppfølging av hjemmeboende personer med demens**

Av Margit Gausdal, Mona Michelet og Thea Skarpengland

##### **42 GPS til personer med demens i regi av kommunal demensomsorg – hva må til?**

Av Torhild Holthe, Tone Øderud og Bjørg Landmark

---

#### AKTUELT

##### **50 Almas hus**

Av Sigrid Aketun, Ida Wulf Jacobsen og Ingrid Meaas

##### **54 Møte med minner**

Av Ellen Wasserfall

##### **56 Møteplass for mestring**

Av Bodil Skaar Olsen og Hilde Risvoll

##### **60 Marte Meo-metoden i demensomsorgen**

Av Laila Helland

##### **64 Livsarket**

Av Liv Hopen

---

#### PÅ DEN SISTE SIDEN

##### **66 Ergoterapi er viktig for personer med demens**

Av Else Merete Thyness

---

#### ANNONSER

##### **68 Kurs- og stillingsannonser**

##### **75 Produktregister**

##### **82 Agenturregister**



# Alle piler peker i én retning

**Uansett hvordan kortene stokkes når det handler om demens, blir svaret det samme. De største behovene, men også de beste virkemidlene, er tidlig diagnose, tilrettelegging av omgivelsene og aktivitet.**



**ELSE MERETE  
THYNESS**  
Redaktør

**Dette temanummeret startet** med at jeg fikk tips om at Asker kommune hadde ansatt ergoterapeut i demensteamet. Jeg bestemte meg for å følge opp saken, men først ville jeg ha litt mer kunnskap om fagfeltet. Derfor deltok jeg på Ergoterapeutenes kurs «Ergoterapi ved kognitiv svikt og demens». Det åpnet øynene mine for hvilket viktig arbeidsområde dette er for ergoterapeuter.

Demens er i ferd med å bli en av våre nye store folkesykdommer. I Norge har over 70 000 mennesker demens, en sykdom som kjennetegnes av redusert hukommelse, personlighetssendringer og det å miste evnen til å utføre hverdagslige gjøremål.

For meg ser det ut som tre områder skiller seg ut for denne pasientgruppen.

Det første er behovet for tidlig diagnostisering. Selv om et menneske kan ha symptomer på demens, er ikke det ensbetydende med at det virkelig har en irreversibel hjernesykdom. Men hvis det viser seg at det er demens, vil man med tidlig diagnose kunne sette inn rett behandling i tide.

Det andre er gode aktivitets-

tilbud, noe som også viser seg å være den beste behandlingen for denne pasientgruppen. Halvparten av alle som har demens bor hjemme. Tilrettelagte aktiviteter gir struktur til hverdagen, øker selvtilliten, fremmer sosiale relasjoner og utsetter sykdomsutviklingen.

Det tredje området er god omsorg på institusjonene. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, vil personer med demens ha behov for kontinuerlig pleie og omsorg. De vil også ha behov for at omgivelsene er tilrettelagt for deres situasjon, og at de kan fortsette å utføre aktiviteter som betyr noe for dem. Flere undersøkelser viser at beboere på sykehjem savner meningsfulle dager med sosial kontakt og aktivitet.

Mange mennesker har bidratt til dette temanummeret. Tusen takk til alle dere som sammen tegner et allsidig bilde av hvordan ergoterapeuter kan bidra på dette fagfeltet. Hvis aktivitet og deltakelse fører til økt livskvalitet og at personen med demens kan bo lenger hjemme, da vil det ikke bare gi flere gode år for menneskene det gjelder - det vil også være god samfunnsøkonomi. Alle piler peker i vår retning.



**NILS ERIK  
NESS**  
Forbundsleder

# Fullt trykk

**Vi er tidlig i året, men det er fullt trykk i forbundet. Om noen dager blir du invitert til å velge styret, som skal koordinere arbeidet i din region. Det skjer elektronisk. I juni er det oppstartskonferanse i din region. Du kan være med å forme framtida for Ergoterapeutene.**

## **Ergoterapeutene skal i år**

særlig legge trykk på habilitering og rehabilitering. Allerede har vi hatt omfattende dialog med helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Det gjelder å komme med innspill mens stortingsmeldinger og planer er i en tidlig fase. Her gjelder også gjentakelsens kunst, slik at budskapet til slutt når inn.

I tillegg er det godt å ha allianser – blant annet gir vi felles innspill til HOD sammen med Norges Handikapforbund, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon og Fysioterapeutforbundet. Samtidig kommer vi med egne innspill til blant annet Stortingsmelding om primærhelsetjenesten, Opptrappingsplan

for rehabilitering og Demensplan 2020.

Budskapet vi gjentar er at ergoterapi styrker innbyggernes hverdagsmestring og er samfunnsøkonomisk bærekraftig. For ytterligere å bidra til dette er det viktig å styrke disse to områdene:

- Flere ergoterapeuter i kommunene! I norske kommuner har vi færre enn tre ergoterapeuter per 10 000 innbyggere, mens tallet i Danmark er 9,9. Vi må ha en finansieringsordning som bidrar til ansettelser av ergoterapeuter i kommunehelsetjenesten.
- Styrking av ergoterapi i spesialisthelsetjenesten. Bedre finansiering av ergoterapi i polikli-

niske og ambulante tjenester, blant annet ISF-finansiering.

Dette temanummeret handler om demens. Demens vil framover medføre samfunnsutgifter som overgår de fleste andre diagnoser, også kreft. Innen demensrehabilitering bidrar ergoterapeuter til å støtte hverdagsmestring med veiledning, trening, velferdsteknologi og aldersvennlige omgivelser. Dette gir deltakelse og mestring for den det gjelder, og lønner seg for samfunnet, siden omfattende pleiebehov kan utsettes.

Dette nummeret gjør meg stolt over å vise ergoterapeuters rehabiliteringsinnsats og forskning til det beste for en sårbar gruppe innbyggere.

# ASKER DEMENSTEAM

**– Politikerne har fått øynene opp for ergoterapi. Det virker som ballen har begynt å rulle. Temaer som hverdagsmestring, hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi er satt på den politiske agendaen, også innen demensomsorg, sier Elisabeth Fretland. Hun har jobbet i Asker demensteam siden oktober 2013.**

## DEMENSPLAN 2015

Demensplan 2015 «Den gode dagen» er regjeringens handlingsplan for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens og deres pårørende. Ansvar for å gjennomføre handlingsplanen ligger hos kommunene, som også skal utarbeide lokale demensplaner. Asker kommune vedtok sin demensplan i fjor.



Asker demensteam startet opp for tre år siden med Anne-Karin Frisk som faglig leder og Anne Kristiansen som fagkonsulent. Begge er sykepleiere med fordypning i demens og psykiatri. Da teamet skulle utvides, ønsket de å ansette en ergoterapeut.

– Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har utarbeidet en veileder for demensutredning i kommunehelsetjenesten. Den anbefaler demensteam i alle kommuner, og ergoterapeuter som en naturlig del av teamet. Vi er opptatt av tidlig innsats og jobber ofte i brukerens eget hjem. Vi så tydelig hvor nyttig det ville være med ergoterapeuters kompetanse på funksjonsnivå og hverdagsmestring. Dessuten har vi stor tro på tverrfaglig samarbeid, sier Anne-Karin Frisk.

Demensteamets hovedoppgaver er kartlegging ved mistanke om demens, oppfølging av brukere og pårørende under sykdomsforløpet, vurdering av hjelpemidler og Pårørendeskolen. Henvisningene kommer vanligvis

fra fastlegen, pårørende, eller hjemmesykepleien.

– Det er viktig å komme inn så tidlig som mulig. Da har brukerne større nytte av tiltakene. Erfaring viser at sosial stimulering og fysisk aktivitet utsetter sykdomsutviklingen og gir flere år med høyere livskvalitet. Pasientene har også bedre nytte av hjelpemidler som støtter hverdagsmestring i tidlig fase, sier Elisabeth Fretland.

Tidlig diagnostisering gir også muligheter for å ta viktige valg mens vedkommende fremdeles har samtykkekompetanse.

– Dette er en sykdom som gradvis fratar deg muligheten til å foreta egne valg. Når vi kommer inn tidlig, får pasienten en mulighet til å vurdere sin egen helsesituasjon og samtykke i egen behandling, sier Anne-Karin Frisk.

## KOORDINERER TILBUDENE

I Asker kommune bor det cirka 800 personer med demens. De aller fleste demenssykdommer er progredierende, med et sykdomsforløp som går over mange år.

– Det er demensteamets opp-



*Asker demensteam er foreløpig organisert under hjemmesykepleien og har kontor på Borgen sykehjem. Fra venstre: Anne Kristiansen, Elisabeth Fretland og Anne-Karin Frisk.*

gave å følge opp pasienten og de pårørende for å vurdere nye hjelpe- og omsorgstiltak etter hvert som sykdommen utvikler seg, sier Anne Kristiansen.

Demensteamet har også et koordineringsansvar og samarbeider med andre kommunale instanser om å sette sammen det beste tilbudet for hver enkelt pasient. Mange personer med demens har glede av et aktivitetstilbud på dagtid, i tillegg til at det avlastar de pårørende.

– Tidlig i forløpet kan personer med demens nyttiggjøre seg et ordinært eldresenter. Etter hvert som sykdommen utvikler seg, har de behov for mer spesialiserte tilbud, sier Elisabeth.

Av lavterskeltilbud trekker teamet frem NaKuHel, som har ukentlige turgrupper for personer med demens. Et annet populært tilbud er «Inn på Tunet» på Aastad gård.

– Etter hvert vil brukeren ha behov for tilbud der personalet har mer kompetanse. Da er det godt å ha dagsenteret på Solgården sykehjem, som er Askers

kompetansesenter for demens, sier Anne-Karin.

På Solgården sykehjem disponerer demensteamet fem subakutte plasser. Her kan de ta inn pasienter og pårørende og vurdere funksjonsnivå og omsorgsbehov på døgnbasis. Den ene plassen er akutt.

– Hvis en pårørende blir syk, eller det oppstår en annen krise i hjemmet, kan personen med demens tilbys et ukesopphold uten at det må fattes vedtak.

En viktig målgruppe i demensarbeidet er de pårørende. De blir blant annet ivaretatt gjennom Pårørendeskolen, som Asker demensteam arrangerer i samarbeid med den nyetablerte demensforeningen i Asker.

– Vi jobber mye med pårørende. De trenger støtte i en krevende situasjon, sier Elisabeth.

### **ERGOTERAPEUTENS OPPGAVER**

Elisabeth og de to kollegenes viktigste oppgave er utredning ved mistanke om kognitiv svikt og demens. I tillegg har Elisabeth et ekstra fokus

### **HVA ER DEMENS?**

Demens er en fellesbetegnelse for flere hjernesykdommer som medfører kognitiv svikt, endringer i følelser og personlighet samt redusert evne til å fungere i dagliglivet. Det viktigste kognitive kjennetegnet er redusert hukommelse.



*– Vi har tro på tverrfaglighet og bruker mye tid på å reflektere og planlegge, sier faglig leder Anne-Karin Frisk. Fra høyre Elisabeth Fretland, Anne Kristiansen og Anne-Karin Frisk.*





*Elisabeth Fretland på vei til et hjemmebesøk. – Jeg er opptatt av hvordan vi kan styrke hverdagsmestringen, sier hun.*

på hverdagsmestring, aktivitet, deltakelse og velferdsteknologi.

– Vi kartlegger ofte pasienten hjemme hos seg selv. Det gir en unik mulighet til å observere funksjonsnivået. Jeg er også opptatt av hvordan de fungerer utendørs i nærmiljøet, for eksempel hvordan de orienterer seg. Når vi vet at en person har utfordringer med nærhukommelsen, er det viktig å observere vedkommende i praktiske aktiviteter. Dette er noe av kjernekompetansen til ergoterapeuter. Jeg bruker observasjonsmetoder som aktivitets- og funksjonsanalyse, for eksempel et EVA-skjema.

Så utføres selve testingen med Mini Mental Status Evaluering og Klokketest. Hun har også en samtale med pårørende.

– Sammen med pårørende går jeg blant annet gjennom ADL-vurdering og Cornell Skala i forhold til depresjon. Til slutt foretar jeg

en belastningsmålingsskala for å se hvordan pårørende takler sykdommen, sier hun.

Hun vurderer også dagtilbud og tiltak som kan støtte hverdagsmestring. Noen ganger handler det om ren praktisk tilrettelegging.

– Et hjem kan etter hvert kreve mye av en som har demens. Tiltakene kan dreie seg om å fjerne klær i klesskapet som ikke brukes, ha kun én såpe i dusjen og merke toalettdøren hvis vedkommende ikke finner fram til den.

Velferdsteknologi kan også understøtte og forsterke sikkerhet, daglige gjøremål og mobilitet i nærområdet.

– I tidlig fase kan kompensende hjelpemidler, som gir påminnelser og struktur på dagen, være en god støtte for én som lett mister oversikten. I tillegg vurderer jeg sikkerhetstiltak som varsling på dører, GPS og komfyrvakt. Slike tiltak kan oppleves

som en trygghet og avlastning for pårørende.

### **PÅ HJEMMEBESØK**

Alf har diagnosen Alzheimers sykdom. Han og kona Torill har sagt ja til at ergoterapeuten tar med seg en journalist på hjemmebesøk. De vil gjerne være anonyme, men samtidig vil de også dele av sine erfaringer. Vi blir tatt imot av Alf, som viser oss hvor vi kan henge av oss ytterklærne. I stuen venter Torill med kaffe.

– Vi har mye positivt å fortelle. Asker kommune har vært fantastiske fra dag én, sier hun.

Ekteparet tok kontakt med fastlegen for cirka et og et halvt år siden. Da hadde Alf begynt å få problemer med hukommelsen og orienteringsevnen.

– Jeg kjenner meg godt igjen her vi bor, men en gang jeg parkerte bilen på Hovseter, måtte vi lete en hel dag før vi



## Et hjem kan etter hvert kreve mye av en som har demens.

*Elisabeth Fretland*

fant den igjen, forteller Alf.

En annen episode som fikk varsellampene til å blinke, var da han tok familiebåten ut og ikke husket hvordan han skulle komme seg til Vollen, et helt vanlig utfartssted for båtfolk.

Alf fikk henvisning til hukommelsesklinikken på Blakstad sykehus. Der ble det foretatt diverse tester, før han fikk diagnosen.

- Vi var forberedt, men likevel var det et sjokk å se det svart på hvitt, forteller Torill.

Heldigvis har det gode støtteapparatet i kommunen vært med på å lette hverdagen deres. De blir fremdeles fulgt opp av hukommelsesklinikken på Blakstad. De fikk også tidlig besøk av demensteamet, som blant annet fortalte dem om hvilke tilbud som finnes i kommunen.

- En gang i uken er vi med i en turgruppe i regi av NaKuHel her i Asker, forteller Torill.

- Hvordan fungerer hverdagen? spør Elisabeth.

- Dette er selvfølgelig en stor omveltning for oss, men vi har gode rutiner som vi lener oss på. Alf går for eksempel fremdeles i butikken, med liste, selv om det hender han glemmer at han har med seg handlelapp, sier Torill.

Sammen med Elisabeth bestemmer ekteparet at de kan ha nytte av noe som kan hjelpe Alf å organisere hverdagen bedre. Han går lett surr i hvilken dag det er.

Elisabeth foreslår en stor aktivitetskalender. Det forslaget blir stemt ned av Alf. Da blir de enige om å prøve ut «Forglemmegei», en elektronisk kalender som viser

riktig dag og dato automatisk.

- Det er fint å ikke ta imot mer hjelp enn man trenger, forsikrer Elisabeth.

Deretter vender hun oppmerksomheten mot Torill og spør hvordan hun har det i situasjonen.

- Det er en forandring, jeg merker godt at flere oppgaver faller på meg. Og det blir mange spørsmål om igjen og om igjen.

Elisabeth spør Torill om hun har fått tilbud om pårørendeskole?

- Ja, både foredragene og gruppene etterpå var veldig bra.

Torill har et forslag til forbedring.

- Når vi fordeles i grupper, foreslår jeg at vi deles etter hvilken rolle vi har som pårørende. Hvis for eksempel alle som var ektefelle kom i samme gruppe, tror jeg det ville bli lettere å knytte kontakter og lage nettverk.

Den beskjeden lover Elisabeth å ta med seg videre.

### EN TAKKNEMLIG JOBB

Elisabeth trives godt i jobben.

- Jeg liker å jobbe med personer med demens. Man må bruke den kreative siden av seg selv. Det er aldri den samme løypa du går opp fra gang til gang, sier hun.

Hun har god nytte av ergoterapikompetansen sin.

Ergoterapeuter har ulike observasjons- og kartleggingsmetoder som går helt konkret på kognitiv funksjon og hukommelse. I tillegg har vi aktivitetsfokus, som er avgjørende i en utredningsprosess av personer med demens. Demens er et viktig fagområde for ergoterapeuter.



*NaKuHels turgruppe tar en pust i bakken ved Smia kafé.*

*Foto: NaKuHel*



*Solgården sykehjem er Asker kommunes kompetansesenter i demens.*

*Foto: Solgården*



# **NAVN**

Bodil S. Olsen

# **STILLING**

Avdelingsleder ved alderspsykiatrisk poliklinikk og hukommelsespoliklinikk

# **HVOR**

N.K.S. Kløveråsen AS i Bodø

## **Avdelingsleder ved poliklinikk for personer med demens og alderspsykiatri**

Av Else Merete Thyness

### **– Hvor jobber du?**

– Jeg jobber ved N.K.S. Kløveråsen AS i Bodø. Kløveråsen er en institusjon som skal bistå kommunene i Nordland fylke med spesialisthelsetjenester innenfor demensomsorgen. Kløveråsen gir tilbud til utredning og behandling til mennesker med alderspsykiatriske lidelser og demenssyk-

dommer. Kløveråsen består av poliklinikk, utredningsavdeling og undervisningsavdeling. Vi har avtale med Helse Nord RHF.

### **– Hva jobber du som?**

– Jeg er utdannet spesialergoterapeut og jobber som avdelingsleder ved poliklinikken. Den består av en alderspsykiatrisk poliklinikk og en hukommelsespoliklinikk. Jeg er også utdannet testtekniker. I samarbeid med vår nevropsykolog utfører jeg nevropsykologiske undersøkelser på pasienter som kommer til hukommelsesutredning hos oss. Fagsammensetningen på poliklinikken er psykiater, nevrolog, nevropsykolog, spesialisertepleier, ergoterapeut og spesialergoterapeut.

– I tillegg reiser jeg ut og vurderer pasienter der de bor. Dette gjelder spesielt personer med psykisk utviklingshemning.

– Videre har jeg også ansvar for forespørsler knyttet til ombygging og nybygging av sykehjem. Her gir vi råd og veiledning slik at sykehjemmene blir tilpasset personer med demens og de utfordringene de har i hverdagen. På denne måten kan både pasientene og personalet ha det så bra som mulig. Det fysiske miljøet er viktig for gode samhandlingsarenaer.

### **– Hvor lenge har du hatt jobben?**

– Jeg har jobbet som ergoterapeut ved Kløveråsen i 16 år. Jeg begynte som avdelingsleder ved poliklinikken i 2008.

### **– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?**

– Det er mange viktige arbeidsoppgaver. Jeg trives veldig godt med vekslingen mellom administrativt og klinisk arbeid. Det å få møte pasienter og pårørende og bistå dem i det daglige opplever jeg som det aller viktigste.

### **– Hvordan får du brukt ergoterapeutkompetansen din?**

– Jeg synes jeg får brukt den hele tiden. Når vi kartlegger og snakker med pasient og pårørende, har vi fokus på meningsfulle aktiviteter og mestring i hverdagen. Vi kartlegger den enkeltes behov for bistand og hjelp i det daglige.

– Jeg veileder både pasient, pårørende og helsepersonell i forhold til de utfordringene en demenssykdom kan gi. Vi gir råd om hvordan man kan tilrettelegge hverdagen for aktiv deltakelse i meningsfulle aktiviteter der man kan oppleve både mestring og glede. Her opplever jeg at mine kunnskaper om aktivitetsanalyse kommer tydelig fram, noe som igjen bidrar til at man kan tilrettelegge best mulig for at pasienten skal få oppleve både mestring og deltakelse.

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

– Jeg mener at en ergoterapeut godt kan ha en slik type arbeid. Selv om jeg er leder av avdelingen, er utredningsarbeidet basert på tverrfaglig samarbeid. Vi arbeider sammen for å utrede og bistå pasientene slik at vi kan hjelpe dem videre i den situasjonen de er kommet i. Nå er vi to ergoterapeuter ved vår institusjon.

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

– Ja, det er det. Jeg trives svært godt i mitt arbeid. Selv om rammebetingelsene er fastlagt, har jeg likevel fått lov til både å forme egen avdeling og delta i ulike prosjekter knyttet til utviklingsarbeid. Dette er både spennende og utviklende.

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

Ja, det vil jeg absolutt!

# HEPRO ELEKTRISKE RULLESTOLER

Foto/design: mpDesign



## HEPRO S 17

– Kort modell (132 cm) gir enkel og god manøvrering. Har gode markeringslys og tidsriktig design. Eneste tilbyder i post 3, og er med i post 5 i el-anbudet.



## HEPRO BREEZE S4

– Scooteren med best kjørekomfort. Er med i post 1 og 2 i el-anbudet.

## HEPRO BREEZE S4 KABIN

– Romslig kabin og god kjørekomfort. Er med i post 4 i el-anbudet.



  
**HEPRO**  
-easy life

For mer informasjon, se:  
**hepro.no**

Tlf: 75 69 47 00

# Demenskoordinator

**Jeg har jobbet som ergoterapeut i Stange kommune i cirka 15 år. Første august 2014 gikk jeg over i stillingen som demenskoordinator. Målgruppen er innbyggere i Stange kommune som er rammet av demens, og deres pårørende. Formålet med stillingen er å utvikle et helhetlig tilbud til disse.**

Av Silje Gillund



*Silje Gillund er demenskoordinator ved Tjenesteenheten for Helse og omsorg i Stange kommune.*

**S**tange kommune ligger i Hedmark fylke og har cirka 20 000 innbyggere. Kommunen ligger på solsiden av Mjøsa, med Hamar som nærmeste by og 45 minutters kjøretid til Gardermoen.

Kommunen har to helse- og omsorgssentre med 41 plasser i skjermet enhet. Vi har også tilbud om åtte plasser i Bofellesskap for personer med demens og Helse-tjenester i hjemmet.

## AKTIV PÅ DAGTID

Et viktig tilbud for personer med demens er dagaktivitetstilbud. Dagaktivitetstilbud kan være med å gi mening i hverdagen for personen med demens og et pusterom for pårørende. Stange kommune har tilbud til seks brukere, fem dager i uka. Brukerne har tilbud fra en til tre dager i uka. Tilholdsstedet er på et av helse- og omsorgssentrene. Felles måltider er en viktig aktivitet. Grup-pene møtes til ulike dager, og kriteriene for sammensetningen av gruppen er geografisk bosted

og fysisk funksjon. Det er viktig at kjøreruten per dag ikke blir for lang for brukerne. De som har god fysisk funksjon, er samlet en dag i uka. En ser også på samspillet i gruppen slik at de trives godt sammen. Dagaktivitetstilbudet bruker både nærmiljøet og reiser på turer, og bruker årstidene til å velge aktiviteter. Demenskoordinator har ansvar for å veilede aktivitetene i forhold til adferd og demensspesifikke utfordringer.

I tillegg til kommunalt dagaktivitetstilbud deltar Stange kommune i 2014 og 2015 i et prosjekt sammen med Løten og Hamar i forhold til et interkommunalt dagaktivitetstilbud for yngre personer med demens. «Inn på Tunet» gir tilbud til tre personer to dager i uka.

## BYGGET OPP DEMENSTEAM

I den tiden jeg jobbet som ergoterapeut, var jeg med på å bygge opp demensteamet i Stange kommune. Vi har hatt et team i funksjon siden 2000. Jeg hadde en 50 prosent fagstilling i forhold til de-





Stange kommune ligger på solsiden av Mjøsa i Hedmark fylke og har cirka 20 000 innbyggere.

Foto: Colourbox

mens, og jobbet i resten av stillingen med personer med kognitiv svikt og saker fra felles venteliste. Min etterfølger i ergoterapeutstillingen har også en 50 prosent fagstilling i forhold til demens, og arbeider i demensteamet sammen med en sykepleier. Dette teamet har ansvaret for utredninger og kartlegginger i forhold til demens i kommunen. Det er formalisert en prosedyre for demensteamet og en prosedyre for samarbeidet med fastlegene i kommunen. Demenskoordinator har det faglige ansvaret for demensteamet.

### OVERSIKT OVER TJENESTENE

Demenskoordinator er en nyopprettet stilling i 2014. Som demenskoordinator skal jeg ha oversikt over de tjenestene som er aktuelle for personen med

demens og deres pårørende, og jeg skal styrke koordineringen av tilbudene. Stillingen skal også bidra til å styrke kommunens samlede kompetanse på demens på alle nivåer og sikre en god utnyttelse av ressursene. Som demenskoordinator skal jeg ivareta veiledning, råd og samordning av tiltak og tjenester i alle faser av pasientforløpet. Koordinator skal være lett tilgjengelig, gi brukere og pårørende rask hjelp og bidra til å styrke samarbeidet på tvers slik at pasient og pårørende opplever at det totale tjenestetilbudet er helhetlig og samkjørt gjennom hele pasientforløpet.

### TJENESTEENHETEN

Demenskoordinatorstillingen er organisert i Tjenesteenheten. Tjenesteenheten består av saks-

behandlere som behandler søknader i forhold til plass i helse- og omsorgssentrene, omsorgsboliger og tjenestene som faller inn under Helsetjenester i hjemmet. Det å være organisert i Tjenesteenheten gir meg mulighet til å samarbeide med saksbehandlerne for å gi brukerne best mulig tilbud, samt ha en oversikt over de brukerne med demens som har søkt ulike tilbud.

Det kan være en utfordring ikke å sitte i et fagmiljø som jobber med demens.

### NY HELSE- OG OMSORGSPLAN

Det jobbes for tiden med ny helse- og omsorgsplan i kommunen. Som demenskoordinator jeg gruppeleder for temaet demens og kognitiv svikt. Gruppen består av fagpersoner fra de ulike



Dagaktivitetstilbudet bruker nærmiljøet, reiser på turer og bruker årstidene til å velge aktiviteter.

Foto: Colourbox

skjermede enhetene, bofellesskapet og helsetjenester i hjemmet. Gruppen møtes cirka én gang i måneden og har beskrevet statusen for demensomsorgen i Stange kommune og de utfordringene det er viktig å jobbe videre med. Denne gruppen vil fortsette som demensnettverk i kommunen etter at planen er ferdig skrevet. Her vil en kunne diskutere faget og etiske refleksjoner rundt utfordrende situasjoner.

### VÆRE ET BINDELEDD

Demenskoordinator skal være bindeleddet mellom spesialisthelsetjenesten og Stange kommune. Jeg har sendt informasjon om stillingen til Hukommelsesklinikken på Sanderud HF og Geriatriisk Poliklinikk. Vi har telefonkontakt om personer som må følges opp. Det er enklere å ta en telefon når

en kjenner de som tar telefonen. Det er også enklere for spesialisthelsetjenesten å forholde seg til én person.

### ANDRE ARBEIDSOPPGAVER

Demenskoordinatoren skal være synlig i helsetjenestene i Stange kommune. Det skal være enkelt å ta kontakt, og terskelen for å søke råd skal være lav. Stillingen er derfor synliggjort i media, på kommunens hjemmeside og overfor samarbeidspartnere, som Nasjonalforeningen for folkehelsen og Røde Kors.

Helsetjenester i hjemmet skal omorganiseres i løpet av våren 2015 til ulike arbeidslag hvorav to skal jobbe med personer med demens. Min jobb som demenskoordinator blir å veilede de ansatte og arbeidslagslederne. Dette skal gjøres ved faste møter.

### PÅRØRENDESKOLE

Jeg har også god kontakt med demenskoordinatorene i nabo-kommunene. Vi gjennomfører Pårørendeskole sammen med Nasjonalforeningen for folkehelse årlig. Pårørendeskolen er et tilbud til pårørende til personer med demens. Det er en kursrekke på seks ganger av tre timer hvor det undervises i ulike temaer som for eksempel sykdomslære og kommunikasjon og mestring. Kvelden avsluttes med samtalegruppe hvor fagpersoner er gruppeledere. Pårørende som har gjennomført kursrekken, ser på dette som et nyttig tilbud.

### GI RÅD TIL PÅRØRENDE

En viktig del av jobben er å veilede og rådgi pårørende. Det å bo sammen med en person med demens kan være utfordrende.



Forskning viser at pårørende kan få egne helseplager. Det er derfor viktig å støtte de pårørende.

Pårørende og brukere har en åpen linje inn til demenskoordinator og kan ringe og be om et møte når de selv har behov for det. Det å ha en samtale med en fagperson i en utfordrende hverdag kan gjøre situasjonen lettere. Demens utvikler seg i forskjellige faser, og det er viktig å møte pårørende og brukere i den situasjonen de er i nå. Ulike sykdomsutfall kommer i ulike faser av sykdommen, og pårørende og brukere har behov for veiledning om dette. Det kan handle om adferdsutfordringer og hvordan en kan mestre og tilrettelegge slik at hverdagen blir best mulig for personen med

demens og pårørende. De får også informasjon om ulike tilbud som finnes i kommunen, både ved et førstegangsbesøk og når behovet begynner å melde seg.

#### **YNGRE PERSONER MED DEMENS**

Demenskoordinator er også kontaktperson for yngre personer med demens og deres pårørende. Dette er ofte familier som ikke har behov for andre kommunale tjenester i en tidlig fase, men det er viktig for dem å ha en kontaktperson som kjenner til situasjonen og kan veilede dem i forhold til rett tilbud til rett tid.

#### **ERGOTERAPEUTENS BIDRAG INNENFOR DEMENSFELTET**

Personer med demens har ned-

satt kognitiv funksjon. En ergoterapeut har god kompetanse på hvordan kognitiv funksjon påvirker dagliglivet. Vi er gode til å observere hvordan en person fungerer i sitt eget hjem, samt gi råd om hvordan aktiviteten kan tilpasses den enkelte slik at de føler mestring. Det er vesentlig å ha brukeren i fokus når ulike tiltak blir foreslått.

Råd om ulike velferdsteknologiske løsninger krever også god kartlegging og oppfølging for at det skal være et godt supplement i hverdagen. På bakgrunn av de arbeidsoppgavene som er nevnt i artikkelen, mener jeg at Demenskoordinator er en stilling som ergoterapeuter er godt kvalifisert til.

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

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



**permobil**

For mer informasjon gå inn på  
**[www.permobil.no](http://www.permobil.no)**

# Vil det finnes ergoterapeuter på skjermet enhet når jeg trenger det?

**Vil jeg, når jeg får plass på skjermet enhet, møte ergoterapeuter som en del av det tverrfaglige teamet som skal hjelpe meg å få en bra hverdag? Jeg håper det.**

Av Marit Nåvik



*Marit Nåvik er ergoterapeut. Hun har lang erfaring fra Sykehuset Telemark, seksjon for alderspsykiatri. Hun jobber nå som leder av Alderspsykiatrisk forskningsnettverk Telemark-Vestfold og som prosjektleder for Norsk demensregister.*

Jeg regner med at når jeg i et demensforløp trenger å bli ivaretatt på døgnbasis, vil mange av de aktivitetene som har vært viktige for meg være vanskelig å mestre. Hva kan ergoterapeuter bidra med i denne fasen av et demensforløp?

Kartlegging av min livshistorie og aktivitetshistorie vil være viktig for at de som skal hjelpe meg, kan forstå, tilrettelegge, samarbeide og kommunisere med meg. Hva har jeg likt å gjøre, hva har det vært meningsfullt for meg å bruke tid på, hva har mine interesser vært?

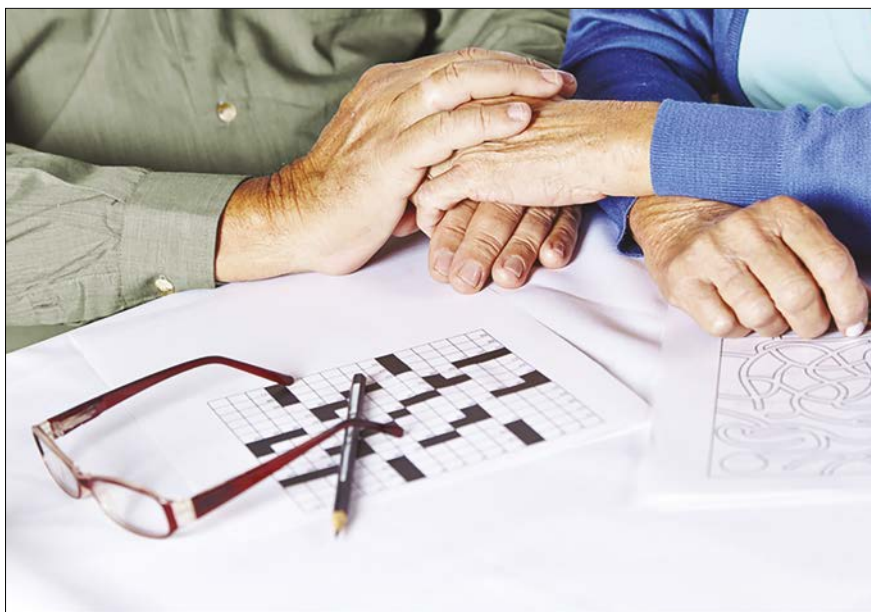
Denne kartleggingen må være veldig detaljert. Jeg, som alle, har min helt spesielle preferanseliste når det gjelder hva slags musikk jeg hører på når jeg skal roe meg ned eller muntre meg opp, hvilke farger jeg liker å kle meg i og omgi meg med, hvilken sjokolade jeg har som favoritt og hvilken jeg aldri rører, i hvilket tempo og i hvilke omgivelser jeg trives uten-dørs og hvilken sjanger litteratur jeg liker.

Her vil det være nødvendig med et tett samarbeid med mine pårørende, siden det ikke er sikkert at jeg selv greier å formidle hva som har vært viktig for meg. Jeg håper også et det er rom for at mine nærmeste kan delta i hverdagen min på og utenfor sykehjemmet.

Jeg vil ønske at det gjøres systematiske observasjoner i hverdagen i forhold til hva jeg kan mestre nå. Hvilke aktiviteter kan jeg helt eller delvis utføre? Hva slags støtte trenger jeg: instruksjon, demonstrasjon, igangsetting, håndledning, eller må noen overta og gjøre aktiviteten for meg? Her kan Assessment of Motor and Process Skills – AMPS, Dementia Care Mapping – DCM, Marthe Meo-metoden, ulike ADL-kartleggingsskjemaer eller observasjoner i hverdagen være nyttige hjelpemidler.

Jeg ønsker at de som skal hjelpe meg, kan utarbeide en plan som omfatter en gradering av mengden stimuli jeg tåler, hva jeg oppfatter av informasjon, og





*Jeg håper at det finnes en ergoterapeut i teamet når jeg kommer på sykehjem med alvorlig demens, som kan prøve ut tiltak, tilrettelegge omgivelsene og sørge for gode stunder. Foto: Dreamstime*

hva som er passe dose aktivitet og hvile. Jeg håper at hjelperne på en taktfull måte kompenserer for det jeg ikke lenger greier selv, og lar meg gjøre det jeg fortsatt kan. Jeg håper at de vil ha fokus på de ressursene jeg fortsatt har, og ikke kun ser at jeg roter, går meg bort på mitt eget rom, fyller håndvesken med andres gjenstander og kommer med upassende kommentarer.

Jeg ønsker at de som skal hjelpe meg har fokus på hvilke opplevelser jeg fortsatt kan nyte, selv om jeg ikke husker eller mestrer hverdagens krav lenger. Kanskje kan jeg fortsatt se på en fin utsikt eller ett vakkert bilde, høre fuglesang, lukte fersk gjærbakst, kjenne på en myk tekstil, klappe takten til musikk, nynne med til en kjent melodi.

Jeg ønsker at omgivelsene på sykehjemmet skal være hyggelige og ikke for krevende for meg. Jeg håper også at det er rom for å forenkle, pynte og justere omgivelsene slik at jeg ikke «går meg bort» i for mange gjenstander og stimuli.

Jeg håper det vil være rom for gode øyeblikk i hverdagen, hyggelige opplevelser og mye latter, og at de som hjelper meg gjør det med romslighet, kreativitet og humor.

Jeg ønsker at de som jobber på sykehjemmet skal ha kunnskap om demens, om kommunikasjon og samhandling. Jeg ønsker at det finnes et tverrfaglig team, som kan ha ulike innfallsvinkler i forhold til hvordan dagen min kan bli best mulig. Jeg ønsker at de drøfter og justerer planen etter hvert som sykdommen min utvikler seg.

Ergoterapeuter har spesiell kompetanse i å utrede, kartlegge, observere og tilrettelegge omgivelsene med tanke på aktivitet, trivsel og mestring. Ved alvorlig demens stiller dette store krav til systematikk og tverrfaglig innsats.

Er ergoterapeuters kompetanse kjent og ønskelig for ledere og sykepleiere på sykehjem? Ønsker ergoterapeuter å jobbe med personer med alvorlig demens i sykehjem? Synes ergoterapeuter

oppgavene er faglig utfordrende? Finnes det stillinger for ergoterapeuter i sykehjem? Er ergoterapeuter villige til å endre arbeidstid for å jobbe i sykehjemsturnus? Ender ergoterapeuter i sykehjem opp med å tilpasse hjelpemidler? Ser ergoterapeuter de spennende og faglige utfordringene knyttet til denne delen av helsetjenesten? Er det frivillige som skal ivareta aktivitet og trivsel på sykehjem? Er det teknologiske installasjoner som skal sørge for underholdning og trivsel?

Jeg håper at det finnes en ergoterapeut i teamet når jeg kommer på sykehjem med alvorlig demens, som kan delta i faglige drøftinger, gjøre systematiske kartlegginger, prøve ut tiltak og tilrettelegge omgivelsene, sørge for gode stunder og øyeblikk hvor jeg kan få Troika, lytte til nordiske viser, bli med på en konsert, kle meg i burgunder og turkis. I denne fasen av livet mener jeg ergoterapeuters kompetanse kan gjøre en forskjell for min livskvalitet.

# Tilrettelagt aktivitet, tilpasset hver enkelt – i tide

**Personer med demens blir av mange årsaker unødig passivisert, og mange får dårligere helse og livskvalitet enn de kunne hatt. Med god, tilrettelagt bistand vil mange flere kunne ha aktive liv med bedre helse.**

Av Lisbet Rugtvedt



*Lisbet Rugtvedt er generalsekretær i Nasjonalforeningen for folkehelsen.*

Personlighetsendringer og kognitiv svikt som følge av demenssykdom kan svekke livskvaliteten og gi store belastninger både for personer med demens og pårørende. Dette er det imidlertid mulig å gjøre noe med. Det er behov for en rekke tiltak, på flere ulike områder, for å legge bedre til rette for økt aktivitet og livskvalitet for personer med demens. Det er viktig å ta vare på og stimulere det friske hos dem som får Alzheimer eller andre demenssykdommer. Både mental og fysisk aktivitet kan bidra til at de kan bo hjemme lenger, og det kan forebygge annen sykdom.

I dag har vi bare omtrentlige beregninger på hvor mange som har demens i Norge, men anslagene tilsier at det er minst 70 000. Drøyt halvparten bor i sine hjem, og litt under halvparten bor i institusjoner med heldøgns pleie og omsorg. Begge gruppene har behov for bedre tilrettelagt bistand for økt aktivitet.

Gode dagaktivitetstilbud, omsorgsteknologi og egnede hjelpemidler har vist seg å gi mange økt trygghet og bevegelsesfrihet. Det vil sette flere i stand til å bo

hjemme og være mest mulig selvhjulpne, lengst mulig. Etter hvert vil de fleste som har en demenssykdom, få behov for heldøgns pleie og omsorg. Også på sykehjemmene er det behov for økt oppmerksomhet rundt verdien av stimulerende aktiviteter.

## DIAGNOSE OG HJELPEMIDLER

En av de store utfordringene mange møter, er mangel på diagnose. Selv på skjermede avdelinger på sykehjem er det mange som ikke har fått stilt en demensdiagnose. Tidlig diagnose er ikke bare en sak mellom lege og pasient. Det er en forutsetning for at den enkelte kan planlegge framtida, og få bedre tilgang på tilpassede helse- og omsorgstjenester til rett tid.

Mange kan ha god nytte av ulike hjelpemidler, men det er ofte en forutsetning at de blir introdusert tidlig i sykdomsforløpet, ettersom sykdommen i seg selv vanskeliggjør ny læring etterhvert som sykdommen utvikler seg. Det er også viktig med tilpasset opplæring og at de ulike tiltakene tilpasses den enkelte.

Nasjonalforeningen for folkehelsen er positiv til bruken av

GPS som lokaliseringsverktøy for personer med demens. Det kan gi økt verdighet, mulighet til å bevege seg friere, og flere kan bo hjemme lenger. For å sikre at alle som kan ha god nytte av det, får mulighet til å ta GPS i bruk, er vi opptatt av det blir lagt til rette for at GPS blir et offentlig godkjent hjelpemiddel, og at det blir tilgjengelig på alle hjelpemiddelsentraler. I dag avhenger bruk av GPS av egen eller pårørendes økonomiske situasjon og kunnskap.

Pårørende kan ha behov for råd om hvordan det kan være hensiktsmessig å forholde seg til praktiske problemer. Det krever kunnskap å gi hjelp på en måte som ivaretar verdigheten til personen med demens og samtidig passe på at man selv ikke blir utslitt. Det kan være utfordrende, både for personene selv og for pårørende, hele tiden å justere forventningene etter hva personen med demens har mulighet for å klare. Kompetent helsepersonell med erfaring for hvilke tiltak som nytter, kan utgjøre en stor forskjell. De beste tiltakene utformes i tett dialog mellom de nærmeste berørte og helsepersonell.

### DAGAKTIVITETSTILBUD

Personer med demens og deres pårørende har behov for individuelt tilpassede og differensierte dagaktivitetstilbud. Til tross for en statlig tilskuddsordning går utbyggingen i kommunene i sneglefart. Regjeringens mål er 9 200 plasser i løpet av 2015, men hvis utbyggingen fortsetter som nå, vil vi ikke nå målet før tidligst i 2020. Regjeringen har hittil heller ikke villet lovfeste noen plikt til å tilby dagaktiviteter før tilbudet i kommunene er tilstrekkelig bygget ut. Under 10

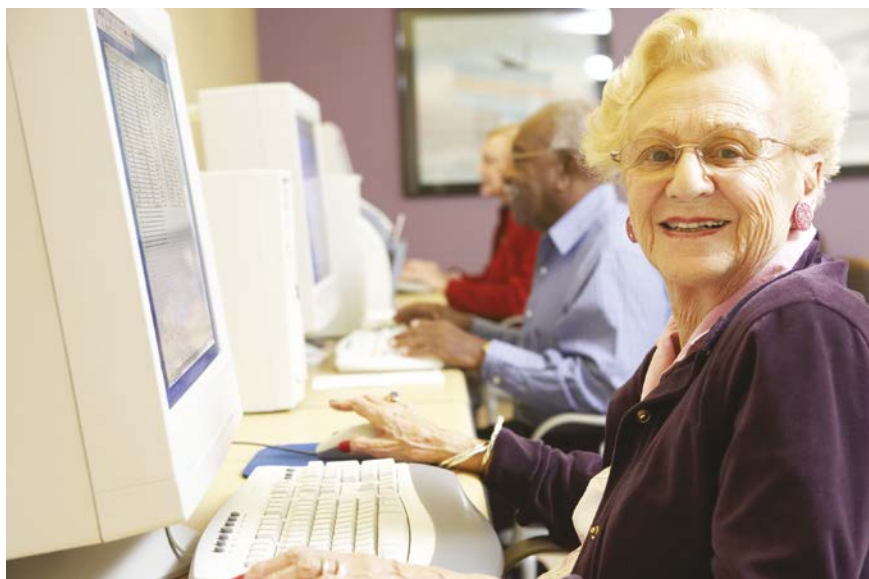


Foto: Colourbox

000 av de 70 000 i Norge som har demens, har et tilrettelagt dagaktivitetstilbud.

Sommeren 2014 tok Nasjonalforeningen for folkehelsens landsmøte til orde for at det må sterkere virkemidler til for å nå målene om god demensomsorg. Landsmøtet oppfordret derfor dem som fatter beslutninger på lokalt og nasjonalt nivå, til å bedre demensomsorgen ved å:

- legge til rette for økt antall dagaktivitetstilbud i kommunene, og opprette flere plasser til dem som trenger det
- innføre en individuell lovfestet rettighet til dagaktivitetstilbud
- bruke ordningen med brukerstyrt personlig assistanse (BPA) aktivt for hjemmeboende personer med demenssykdom

Samtidig som dagaktivitetstilbud bidrar til å bevare det friske hos personer med demens, gir det dem også muligheten til å bo hjemme lenger. Fleksible dagaktivitetstilbud kan bidra til at yrkesaktive pårørende kan stå lenger i arbeid. På den måten øker livskvaliteten til personer med demens, i tillegg til at samfunnet sparer betydelige kostnader.

### STORT BEHOV FOR AKTIVITET PÅ SYKEHJEMMENE

Over 80 prosent av dem som bor på sykehjem, har demens. Pårørende i Nasjonalforeningen for folkehelsens demensforeninger er opptatt av at lite skjer ved sykehjemmene. Dagene blir stille og monotone, og beboerne blir sløvet og passivisert. Livskvalitet og verdighet blir en helt annen når helsepersonell har tid til å legge til rette for personorientert omsorg. Vi må ha høyere ambisjoner for innhold i sykehjem og dagtilbud, bedre kartlegging av den enkeltes behov og mer helsepersonell med kunnskap om demens. Nasjonalforeningen for folkehelsen mener at personer med demens i heldøgns pleie og omsorg må få tilbud om tilrettelagte aktiviteter, som fysisk aktivitet, naturopplevelser og sosiale og kulturelle aktiviteter.

### NASJONALFORENINGEN FOR FOLKEHELSEN

Nasjonalforeningen for folkehelsen er en interesseorganisasjon for personer med demens og deres pårørende.

# Delta i de elektroniske valgene!

**I mars skal det gjennomføres elektroniske valg av nye regionstyrer. Vi oppfordrer alle medlemmer til å delta.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

I januar og februar har seks regionale valgkomiteer arbeidet for å fremskaffe gode kandidater til styrene i de seks regionene. Nå er det medlemmenes tur til å velge det styret som skal lede arbeidet i regionen i denne landsmøteperioden. Forbundsleder Nils Erik Ness oppfordrer alle medlemmer til å delta i det elektroniske valget.

– Ergoterapeutene står overfor en viktig og spennende tid framover. Landsmøtet skapte begeistring og kamp om plassene i forbundsstyret, utvalg og komiteer. Nå kommer engasjementet i regionene, fastslår han entusiastisk, og oppfordrer alle til å delta i valgene.

## ELEKTRONISKE VALG

En av de første dagene i mars vil alle medlemmer i hver region få tilsendt en epost med en lenke til den elektroniske stemmeseddelen sin. For å få denne tilsendt er det viktig at du har en gyldig epostadresse registrert i medlemsregisteret.

Stemmeseddelen vil gi en oversikt over de kandidatene du kan velge mellom. Du finner også en nærmere presentasjon av kandidatene og valgkomiteens begrunnelse på hjemmesida vår.

## DE SEKS REGIONENE

Landsmøtet vårt vedtok i november at det skal opp-

rettes seks regioner, og styret i disse regionene skal velges ved elektroniske valg i mars. Det er adressen til arbeidsstedet ditt som avgjør hvilken region du tilhører.

- Ergoterapeutene Nord består av fylkene Nordland, Troms og Finnmark.
- Ergoterapeutene Midt består av fylkene Møre og Romsdal, Sør- og Nord-Trøndelag.
- Ergoterapeutene Vest består av fylkene Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland.
- Ergoterapeutene Sør består av fylkene Aust-Agder, Vest-Agder, Telemark og Vestfold.
- Ergoterapeutene Øst består av fylkene Buskerud, Hedmark og Oppland.
- Ergoterapeutene Sørøst består av fylkene Oslo, Akershus og Østfold.

## REGIONSTYRETS OPPGAVER

Regionstyret har ansvaret for å legge til rette for aktivitet i regionen og for at årsmøtets vedtak gjennomføres. Regionstyret er også bindeleddet mellom medlemmene og tillitsvalgte i regionen og forbundsstyret.

De viktigste ressursene i regionens arbeid er kompetansen og engasjementet blant de tillitsvalgte og medlemmene. For å nyttiggjøre seg dette skal regionene stimulere til nettverksbygging mellom tillitsvalgte.







Aktivitet og  
deltakelse for alle.

Bli medlem!

# 10 gode grunner til å bli medlem

1. Du blir del av et landsomfattende nettverk av ergoterapeuter
2. Du bidrar til å utvikle og styrke ergoterapi som fag
3. Du får halv pris på ergoterapifaglige kurs
4. Du får fagbladet Ergoterapeuten hjem i postkassa
5. Du kan bli ergoterapispesialist og få støtte til faglig utvikling
6. Du blir medlem i World Federation of Occupational Therapist (WFOT)
7. Du forbedrer dine lønns- og arbeidsvilkår
8. Du er sikret medbestemmelse på din arbeidsplass
9. Du får tilgang til materiell for å profilere fag, yrke og forbund
10. Du får tilbud om en lang rekke attraktive medlemsfordeler og rabatter

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



ergoterapeutene



## 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.**

**B**rosjyren er tilgjengelig på hjemmesiden for nedlasting. Den kan også bestilles fra forbundskontoret og i vår netthandel.

Brosjyren lister opp 10 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.

## REDUSERT PRIS FOR TILLITSVALGTE PÅ FAGKURS

**For å bidra til at tillitsvalgte er så faglig oppdaterte som mulig, også på ergoterapi-faglige spørsmål, vedtok landsmøtet i november at tillitsvalgte skal få redusert pris på forbundets fagkurs.**

**Som en forsøksordning fram til sommeren vil deltakeravgiften for tillitsvalgte være halv medlemspris. Det vil si 75 prosent reduksjon av kursavgiften.**

## BETYDELIG MEDLEMSVEKST I 2014

**Ved årsskiftet kunne Ergoterapeutene notere seg for 3 885 medlemmer.**

I løpet av 2015 runder vi 4 000! Veksten på 129 medlemmer i løpet av året er, gledelig nok, blant yrkesaktive medlemmer.

### VEKST I KOMMUNAL OG PRIVAT SEKTOR

Antall medlemmer i kommunal sektor har økt med nøyaktig 100 i løpet av fjoråret. Nå er nærmere 1 500 medlemmer ansatt i kommunene.

Den største relative medlemsveksten har imidlertid skjedd i privat sektor, der medlemstallet har økt med 28 prosent i 2014. Nyttårsaften var 154 medlemmer ansatt i privat sektor. I tillegg kommer 141 medlemmer i det private tariffområdet Virke.

Til tross for betydelig medlemsvekst er det fortsatt noen hundre potensielle medlemmer i landet. Er det noen uorganiserte i ditt kull? Vi oppfordrer alle medlemmer til å være gode ambassadører for fag, yrke og forbund.



**Store muligheter i lite format**

**Memoplanner** er en digital kalender for deg som trenger hjelp til å huske avtalte tider, og strukturere din dag.

**Memoplanner Mini** er en forenklet utgave av Memoplanner, basert på et 8" nettbrett. Den er lett å ta med for den som er på farten.

Les mer på vår nye hjemmeside  
[www.abilia.no](http://www.abilia.no)

ABILIA AS Tel 23 28 94 00 | [info@abilia.no](mailto:info@abilia.no) | [www.abilia.no](http://www.abilia.no)



# Mange møtte det nye forbundsstyret

**I desember 2014, kun én uke etter landsmøtet, dro det nyvalgte forbundsstyret ut på tur langs norskekysten. Ombord på hurtigruta MS Trollfjord kombinerte de nødvendig opplæring med muligheten til å møte medlemmer i Norges landstrakte land.**

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

**F**orbundsstyreseminaret startet allerede i Bergen. Victor Jensen, fra Styreakademiet Hordaland, ga det nyvalgte forbundsstyret en innføring i hva som er styrets ansvar og oppgaver. Deretter bordet de hurtigruta og fortsatte arbeidet med å gjøre seg kjent med det viktige arbeidet de nå har foran seg. Blant annet ble styret gitt en gjennomgang av arbeidet som ble gjennomført i forbundet i forrige landsmøteperiode, og utfordringer vi står foran. Dagene ga også rom for behandling av viktige saker, som hvilke saker forbundet skal prioritere å arbeide med i 2015. Dette skal nedfelles i en handlingsplan. Samtidig hadde selvfølgelig etableringen av den nye organisasjonsstrukturen med seks regioner stort fokus.



*Victor Jensen ga det nyvalgte forbundsstyret en innføring i hva som er styrets ansvar og oppgaver.*

## MØTE MED MEDLEMMENE

Møtene med medlemmene var en vellykket bonus for dette første møtet i det nye forbundsstyret.

Både i Bergen, Ålesund,

Trondheim, Bodø, Lofoten, Harstad og Tromsø møtte medlemmer tallrikt opp. Denne interessen fra medlemmene satte forbundsstyret stor pris på.



*Besøk ombord av medlemmer fra Bodø, hverdagsrehabiliteringsbyen i nord.*





Mannskapet om bord: Nils Erik Ness, Ine Ulven, Arnfinn Bjørshol, Tove Holst Skyer, Tonje Hansen Guldhav, Marie Kirstine Jäntti, Geir-Helge Nygård, Renate Soggemoen, Trude Hartviksen, Berit Regine Laiti, Mariette E. Gjerde, Anita Therese Rosmæl, Toril Laberg, May Solveig Svendsen og Karl-Erik Tande Bjerkaas.



Renate Soggemoen jublet da MS Trollfjord besøkte hjemkommunen hennes, Eigersund.



I Bodø, før kryssing av Vestfjorden, styrket nestleder Tove Holst Skyer og de andre deltakerne seg på tran og tørrfisk.



Ine Ulven i en av lufteturene på dekk.

## ALLE PENSJONISTMEDLEMMER BLIR MED I SENIORFORUM

**Fra nyttår 2015 blir alle pensjonistmedlemmer i forbundet automatisk medlem i Ergoterapeutenes Seniorforum.**

Gjennom dette får alle pensjonistmedlemmer tilbud om å delta i Seniorforums aktiviteter, og de får tilsendt all informasjon som gjelder Seniorforumet. Det innebærer at alle pensjonistmedlemmer er velkomne på Seniorforums medlemsmøter og arrangementer. Kanskje vil det etableres seniorforum i flere regioner etter hvert?

Kontingenten for pensjonistmedlemmer er nå 57 kroner måneden. Dette er på årsbasis litt høyere enn et abonnement på fagbladet.

Pensjonistmedlemmer har, som øvrige medlemmer, tilgang til forbundets kurs og aktiviteter, forsikringer og andre medlemsfordeler og mottar som tidligere Ergoterapeuten i postkassen.



Seniorforumet den gangen de var i etableringsfasen.

INNSPEL

# Likelønn – berre ein draum?

**Likelønnsgapet held seg nokså konstant. Kvinner tener mindre enn menn. Storparten av dei tilsette i offentleg sektor er kvinner. Storparten av dei tilsette i industrien er menn.**



**ANDERS  
FOLKESTAD**  
UNIOLEDER

**Ergoterapeutane er ei kvin-**  
**nedominert** yrkesgruppe. Lønns-  
nivået ligg om lag 20 prosent  
under mannsdominerte grupper  
i privat sektor med tilsvarande  
utdanning og ansvar. Er dette  
«naturgitt»? Neppe.

Det er fleire årsaker til dette  
misforholdet. Det handlar dels  
om kultur og tradisjonar, men  
det handlar også om politikk.  
Industrien «bestemmer» lønns-  
utviklinga her til lands. Først  
og fremst fordi deira produkt  
blir selde på ein internasjonal  
marknad. Det handlar om busi-  
ness og inntekter.

Verdiskapinga i det offentlege  
har ikkje denne rolla. Her handlar  
det «berre» om folk og tenester.  
Arbeidet blir stort sett utført av  
velkvalifiserte kvinner. Det har  
vore liten eller ingen politisk vilje  
til å tette likelønnsgapet.

Ikkje nok med det. Økonomis-  
ke verdiar er svært ulikt fordelt  
mellom kvinner og menn. Ser vi på  
formuefordelinga, finn vi at kvin-  
ner har ei bruttoformue på om lag

60 prosent av menn si formue.

Men det er også ei kjens-  
gjerning at kvinner har hatt, og  
framleis har, svakare tilknytning til  
arbeidslivet enn menn. Over tid  
slår dette også ut på lønnsutvik-  
linga og lønnsnivået.

Likelønn vil nok vere ein  
draum også når årets mellom-  
oppgjer er gjennomført.

Likevel, målet om likelønn må stå  
fast. Gapet er så stort at det vil ta  
tid. Og skal det skje, trengst politisk  
vilje og tiltak som verkar. Arbeids-  
takarorganisasjonane må spele  
ei aktiv rolle. Og både kvinner og  
menn må gjere sitt – kvar enkelt.

Likestilling og likelønn er  
tvillingar. Difor må regjeringa  
reversere kuttet i den pliktige  
pappapermisjonen. Menn må  
krevje større plass når det gjeld  
barn og familie, kvinner må krevje  
større plass i arbeidslivet. Eit meir  
likestilt familieliv er viktig for eit  
meir likestilt arbeidsliv.

Arbeidsgjevarar må legge  
betre til rette for heiltid. Framleis  
ser vi at kommunar lyser ut små

deltidsstillingar. Men alt ansvar  
ligg ikkje hos politikarar og hos  
arbeidsgjevarar.

Kvinner må i større grad velje  
heiltid, i alle fall i større delar av  
yrkeslivet. Kvinner må ta ansvar  
for eiga inntekt og satsa på å vere  
økonomisk uavhengige. Det er  
likestilling i praksis.

I Noreg er arbeidslivet svært  
kjønnsdelt, meir kjønnsdelt enn i  
dei fleste europeiske landa. Menn  
er endå meir tradisjonsbundne  
enn kvinner. Det låge lønnsnivået  
i offentleg sektor og i dei kvin-  
nedominerte yrka sementerer  
dette. Menn held seg i stor grad  
unna lågtlønnsyrka. Sjølv sagt  
finst det unntak. Sjølv sagt finst  
det mannlege ergoterapeutar.  
Heldigvis. Likevel synest det opp-  
lagt at skal yrka i offentleg sektor  
bli meir attraktive – både for kvin-  
ner og menn – må lønna opp.

Dessutan: Eit lønnsløft for desse  
gruppene ville vere eit botemiddel  
både for å få betre kjønnsbalanse i  
arbeidslivet og for å kome nærare  
målet om likelønn.

# Forfulgt av uhell?

**Føler du deg som en av dem som stadig utsettes for uhell? Da er dette forsikringen for deg. Du kan kjøpe ulykkesforsikring med dekning på inntil 5,47 millioner gjennom medlemskapet i Ergoterapeutene.**

Av Roar Hagen

**H**ar du ektefelle og/eller barn, deler du forsikringssum med dem, men du har fortsatt god dekning til lav pris. Les her hvordan du skaffer deg en slik forsikring:

Alle ordinære medlemmer er med på vår obligatoriske forsikring, forutsatt at man ikke har valgt å reservere seg mot å være med. Forsikringen består av livsforsikring og uføreforsikring for deg som medlem, samt en ulykkesforsikring som også dekker familien.

## FAMILIEULYKKESFORSIKRINGEN

Familieulykkesforsikringen dekker hele familien ved ulykke som fører til varig medisinsk invaliditet, og forsikringssummen avhenger av familiens sammensetning på ulykkestidspunktet. Er du singel, har du 1,5 millioner i dekning; har du familie, må du dele. Se oversikten i rammen.

Forsikringssummene ved 100 prosent invaliditet er:

Enslig medlem	Kr 1 500 000
Medlem Ektefelle, samboer	Kr 750 000 Kr 750 000
Medlem Ektefelle, samboer Barn	Kr 450 000 Kr 450 000 Kr 900 000
Medlem Barn	Kr 750 000 Kr 900 000

(Barn er omfattet av forsikringen ut det året barnet fyller 21 år.)

## FRIVILLIG ULYKKESFORSIKRING

Uansett om du er forfulgt av uhell eller ikke, og synes du summene i tabellen ovenfor er for sneue for deg og din familie, kan du kjøpe vår frivillige ulykkesforsikring i tillegg. Er du singel, dekker den hele 45 G – sneue 4 millioner – ved 100 prosent medisinsk invaliditet. Dette kommer i tillegg til dekningen på 1,5 millioner som ligger i den obligatoriske forsikringen. Det er altså ingen samordning



av disse forsikringene. Du får en dekning på hele 5,47 millioner.

## PRISER

Den frivillige ulykkesforsikringen koster 796 kroner per år for hele familien.

## PÅMELDING

Den frivillige ulykkesforsikringen kan du bestille på forsikringskontoret på telefon 22 05 99 15, eller på e-post [forsikring@ergoterapeutene.org](mailto:forsikring@ergoterapeutene.org).

Les mer om alle de gode medlemsforsikringene på [www.ergoterapeutene.org/forsikring](http://www.ergoterapeutene.org/forsikring). For fullstendig dekningsbeskrivelse henvises det til forsikringsvilkårene. Det tas forbehold om trykkfeil.

# Du kan ha rett til større stillingsprosent ved deltidsarbeid

**Første januar i fjor ble arbeidsmiljøloven endret slik at deltidsansatte som jevnlig arbeider utover avtalt arbeidstid, i utgangspunktet har rett til stilling tilsvarende faktisk arbeidstid. For at regelen skal komme til anvendelse, må imidlertid merarbeidet ha vært utført jevnlig de siste tolv månedene. Nå – ett år etter at bestemmelsen trådte i kraft – kan regelen få praktiske konsekvenser.**

Av Ine Hagen



*Ine Hagen er advokat i advokatfirmaet Storing, Beck & Due Lund (SBDL).*

## **RETT TIL STILLING TILSVARENDE FAKTISK ARBEIDSTID**

Deltidsansatte som de siste tolv månedene jevnlig har arbeidet utover avtalt arbeidstid, har i utgangspunktet rett til stilling tilsvarende faktisk arbeidstid i denne perioden. Arbeid utover avtalt arbeidstid vil si alle arbeidstimer som er jobbet i tillegg til de arbeidstimene som fremkommer av den enkeltes arbeidsavtale. Dersom det heter i arbeidsavtalen at arbeidstakeren skal arbeide 50 prosent, mens realiteten har vært at vedkommende faktisk har arbeidet 60 prosent, innebærer det at arbeidstakeren har rett til utvidet stilling, med totalt 60 prosent arbeidstid.

## **ARBEIDET MÅ HA VÆRT UTFØRT JEVNLIK DE SISTE TOLV MÅNEDENE**

Et av vilkårene for rett til utvidet stilling er at merarbeidet må ha vært utført «jevnlig» i de siste 12 månedene. I og med at regelen trådte i kraft for litt over ett år siden, er det først nå vi vil se de praktiske virkningene av bestemmelsen. På denne bakgrunn er det heller ikke lett å angi nøyaktig hva som ligger i begrepet «jevnlig». Vi må derfor forholde oss til hva departementet tidligere har uttalt om kriteriet.

I bestemmelsens forarbeider sier departementet at vilkåret må vurderes skjønnsmessig ut fra en konkret vurdering. Både hyppighet og stabilitet i bruken



av merarbeidet vil være sentrale momenter. Dersom det aktuelle merarbeidet bare har blitt utøvet rent sporadisk, vil vilkåret derfor ikke være oppfylt. Heller ikke, uttaler departementet, vil det være tilstrekkelig at den deltidsansatte har utført merarbeid i forbindelse med ferieavvikling, ved sesongtopper eller lignende. I forarbeidene nevnes som et typisk eksempel på at vilkåret vil være oppfylt at en deltidsansatt med arbeidsavtale om å arbeide fire dager i uken, i tillegg har arbeidet en fast dag ekstra i uken. Konsekvensen blir da at vedkommende har rett til full stilling.

Merarbeidet må som nevnt ha vært utført jevnlig i de siste tolv månedene. Referanseperioden på tolv måneder regnes tilbake i tid fra det tidspunktet arbeidstaker selv fremmer krav om rett til utvidet stilling til arbeidsgiver. Se nedenfor om hvordan man kan rette et slikt krav til sin arbeidsgiver.

### UNNTAK – VIRKSOMHETEN HAR IKKE Lenger BEHOV FOR MERARBEIDET

Regelen om rett til utvidet stilling kommer likevel ikke til anvendelse dersom arbeidsgiver kan dokumentere at behovet for merarbeidet ikke lenger foreligger. Unntaket er ment som en sikkerhetsventil for virksomheter som i fremtiden likevel ikke har behov for den deltidsansattes merarbeid. For eksempel kan dette være dersom virksomheten har, eller i nær fremtid vil ha, behov for nedbemanning eller permitteringer. Det er arbeidsgiver som i så fall må dokumentere og sannsynliggjøre dette.

### HAR DU RETT TIL UTVIDET STILLING?

Dersom du mener at du kan ha rett til utvidet stilling, må du fremsette krav om dette til din arbeidsgiver. I en slik melding eller søknad bør du også oppgi grunnlaget for kravet. Det stilles ikke formkrav til en slik melding, men det kan være lurt å vedlegge relevant dokumentasjon, som for eksempel lønns slipper og arbeidsplaner som dokumenterer det merarbeidet du faktisk har utført det siste året.

Dersom saken ikke løses med arbeidsgiver, kan du bringe saken inn for tvisteløsningsnemnda. Først etter at nemnda har prøvet saken, er det adgang til å bringe saken inn for domstolene. Domstolene kan avsi dom for rett til stilling tilsvarende faktisk arbeidstid i tillegg til å tilkjenne arbeidstaker erstatning.

### HVA INNEBÆRER RETT TIL UTVIDET STILLING?

Deltidsansatte som har rett til utvidet stilling i hen-

hold til ovennevnte, har rett til en stilling i virksomheten med samme omfang, altså stillingsprosent, som vedkommende faktisk har arbeidet det siste året. Ofte vil det her være naturlig å ta utgangspunkt i en gjennomsnittsberegning.

Også merarbeidets arbeidssted og vakter skal reflekteres i den utvidede stillingen. Det er altså ikke slik at arbeidstaker selv kan velge hvilken avdeling den utvidede stillingen skal høre til. Der merarbeidet har vært utført i ulike avdelinger enn der vedkommende har sitt hovedarbeidssted, må arbeidstaker derfor akseptere at arbeidsgiver fortsatt velger å benytte arbeidstaker i de ulike avdelingene videre.

Arbeidstaker som gjør krav gjeldende etter bestemmelsen, må også akseptere å ta ut hele den stillingsutvidelsen som tilsvarer det arbeidet som reelt sett er utført det siste året. Arbeidstaker har altså ikke adgang til å selv velge hvor stor stillingsprosent vedkommende ønsker å utvide stillingen med, selv ikke der preferert stillingsprosent ligger innenfor rammen av det faktiske merarbeidet som har vært utført.

## STRESSMESTRING

### lærer du av Acem på Halvorsbøle

Fagakademiet i samarbeid med Acem og Norsk Yogaskole inviterer til **Stressmestringskurset Arbeid og avspenning** 16.-18. april 2015 på Halvorsbøle.

Du blir kjent med de siste forskningsresultater på stress og avspenning, instrueres i både yoga og meditasjon og lærer om ulike avspenningsmetoder. Du lærer teknikker du kan praktisere selv, instruere i eller gi råd til andre om.

Kurset er godkjent av **Norsk Ergoterapeutforbund** med 16 timer som spesialistspesifikt kurs meritterende til ergoterapispesialist innen Arbeidshelse, Allmennhelse og Psykisk helse.

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

For mer info: [www.fagakademiet.no](http://www.fagakademiet.no) eller [www.acem.no](http://www.acem.no)  
Ring 41 78 64 00 eller 23 11 87 00 for info/påmelding

# Occupational therapy and people with dementia in the UK

**There are approximately 33 000 occupational therapists in the United Kingdom (UK), working in a variety of health and social care services. They work in inpatient units in hospitals, community settings such as people's homes, day care facilities as well as residential and nursing homes. Occupational therapists work with people who have physical problems, mental health problems and learning disabilities across all age groups - and approximately 70 percent work in Government funded posts (1).**

Av Richard Ledgerd



*Richard Ledgerd er forsker ved National Health Service Foundation Trust i London. På «fritiden» er han blant annet generalsekretær i WFOT.*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.*

Occupational therapists are educated at Universities, and the minimum qualification for practice is a Bachelor of Science degree. There are more than 30 universities offering more than 60 education programmes throughout the UK. Students are expected to complete one thousand hours of fieldwork or clinical practice, and all the education programmes have been approved by the World Federation of Occupational Therapists (WFOT).

The UK has an ageing population, which means that there are more people living longer into old age in comparison to a smaller number in younger generations (2). Dementia is a condition that leads to a loss of cognitive ability. Consequently, during the initial stages of this condition, a person may experience difficulty remembering recent events and learning new information. As the condition progresses, new symptoms may appear, including language distur-

bances and difficulties completing complex activities of daily life, such as managing finances and transportation. Later, the person may lose the ability to manage basic daily skills such as feeding and toileting, in addition to experiencing behavioural problems including agitation, psychosis, wandering, aggression, depression, and anxiety.

Dementia is sometimes considered part of the ageing process, which is not correct. It can affect any age group, however it is more prevalent in older than in younger people; and so, as the population is ageing, the number of people with dementia is rising.

The most prevalent types of dementia in the UK are Alzheimer's disease, accounting for 62 percent of those diagnosed, followed by Vascular Dementia (17 percent) and Mixed Dementia (10 percent). The less common types of dementia include Lewy Body Dementia (4 percent) and front temporal dementia (2 percent) (3).

The number of people in the UK with dementia is approximately 820 000, which equates to 1,3 percent of the total population and is expected to grow, with estimates that the number will increase to 940 110 by 2021, and will further rise to 1 735 087 persons by 2051 (3).

More than 50 percent of older persons in the UK live alone and rely on family carers, friends, and relatives to provide informal support. This is often called unpaid care and is estimated to be in excess of 1,5 billion hours, equating to a cost of £ 12 billion a year (4).

Already, the costs of health and social care services spent on dementia overtake the amount spent on other diseases, and this is only expected to grow. To illustrate this, in 2008 the costs for supporting people with dementia were £ 10,3 billion, in comparison to £ 4,5 billion for cancer, £ 2,7 billion for stroke, and £ 2,3 billion for coronary heart disease (5).

It is estimated that a quarter of inpatient beds in acute physical/trauma hospitals are occupied by people with dementia (6). In many instances these hospital admissions could have been avoided, and people with dementia end up staying too long and ultimately dying there.

The UK Government have published a range of policy and strategy documents and quality standards aimed at addressing the future needs of the population living with dementia; including:

- National Dementia Strategy (Department of Health, 2009)
- Quality Standards in Dementia (National Institute for Clinical Excellence, 2010)
- Improving Dementia Services in England (National Audit Office, 2010)

- Dementia Commissioning Pack (Department of Health, 2011)
- The Prime Minister's challenge on dementia (Department of Health, 2012)

These examples are some of many policies and strategies aimed at developing the provision of quality care for people with dementia and their families. They include raising awareness of the disease, earlier diagnosis and support, and also strategies to ensure people are able to live well with dementia.

A primary focus has been on the delivery of services to people in their own homes and avoiding the need to use inpatient hospital services.

The use of medication to manage symptoms in dementia is no longer seen as the primary intervention to support people. The use of psycho-social interventions that promote wellbeing, independent living and quality of life and support are seen to have equal benefits. These, combined with the delivery of services in a person's home, have elevated the need and platform for occupational therapists to provide their specialist input.

The configuration of services for people with dementia has changed over the past few years, with greater focus on community based services, choice, and easier access. A description of these services, and examples of how occupational therapists provide their unique contribution, are provided below.

### **MEMORY CLINICS**

A Memory Clinic is a community based health service aimed at providing assessment and diagnostic services for people with memory problems, including

those who may have dementia. The Memory Clinic provides an easier way for health care providers (particularly General Practitioners) to refer patients that they suspect may be experiencing memory problems. Rather than asking doctors to complete lots of complex referral procedures or waiting until someone's cognitive impairment deteriorates, doctors are asked to refer anyone they suspect of having memory problems, as soon as possible.

Memory clinics are staffed by doctors, nurses, psychologists and occupational therapists and usually open from Monday to Friday from 9 am to 5 pm.

The role of the occupational therapist is to provide home based assessments and interventions to identify any problems the person with dementia may be experiencing, and provide solutions to enable independent living. An occupational therapy assessment involves observing a person's routine – which is a very important aspect of living with dementia, as many retained skills are based on routine and long term memory.

Examples of such routines are getting washed and dressed in the morning, preparing meals and using appliances, going out of the house, shopping and managing household chores. Sometimes a person's memory can affect these routines and increase the risk of inadvertent harm to him- or herself or others. They might for example forget to light a gas appliance, or leave food to burn and catch fire. Identifying and managing risk is of particular importance, and wherever possible the occupational therapist will look at strategies to help the person overcome these pro-



*Occupational therapists focus, among other things, on minimising safety risks.*

blems. This could include memory prompts, assistive technology – such as specialist sensors and detectors, reminders and working with care services to provide specialist support – such as prompting with meal preparation and compliance with medication. Not only do occupational therapists assess how a person's memory is affecting what they do, they also look to see if there are any physical challenges that are impeding their independence for example how people move around their home, get on and off their bed and chairs, and use the toilet and shower. They can provide equipment such as rails or other adaptations to provide a safer environment. People who are referred to the memory clinic are sometimes in the early stages of dementia and still have the capacity to learn and retain new information, skills and techniques in addition to accepting and accessing more long term support

services. Occupational therapists also work with family carers to provide advice and support about how to manage potential situations and care for their own mental and physical well being.

The Royal College of Psychiatrists in the UK established a Memory Service National Accreditation Programme (MSNAP) (7) to publish a range of quality standards. Individual memory services apply for accreditation, demonstrating how they meet these standards. The standards include the provision of occupational therapy (MSNAP 2015). MSNAP accreditation assures staff, service users and carers, commissioners and regulators of the quality of the service being provided.

The reduction of hospital based services has also led to an increase and extension of other community based services. As mentioned, memory clinics provide an early intervention service; however there is still a need to provide more

intensive home support services, particularly at a time of crisis.

### **COMMUNITY MENTAL HEALTH TEAMS**

Community Mental Health Teams include occupational therapists, and support people with more complex or enduring mental health needs. This includes providing specific occupational therapy assessments as previously described, or more generic work, such as managing and coordinating a person's care and providing general mental health assessments.

### **CRISIS TEAMS**

Crisis teams provide services seven days a week, offering extended hours, and are in some instances available 24 hours a day. They have additional resources that enable visits to be made several times a day for prolonged periods of time. The main aim of these teams is to avoid admission



to hospital and serve almost as a «community based ward».

Occupational therapists work in these teams alongside other members of the multidisciplinary team. Their role is to provide support to people and identify short term solutions at periods of crisis or sudden onset of different behaviours and needs. For example, a person with dementia may develop an infection which can dramatically change their cognitive abilities and increase levels of confusion. During these periods, individuals may display challenging behaviour and agitation, or no longer be able to cook for themselves. The occupational therapist can work with people to assess their immediate level of functioning, which may be drastically different to how they were managing previously. For example, a person may become agitated and want to leave the house. The occupational therapist may consider ways of making the outdoor environment safer, advise family carers on how to manage behaviours, or engage people in activities that they enjoy, in order to decrease their impulse to leave the house. People may not be able to care for themselves, and may be leaving the gas cooker on, burning food. Occupational therapists will recommend assistive technology to reduce this risk, or fit a temporary cut-off switch to prevent the gas from being used. They will work with the person to make alternative types of meals, or suggest short term solutions of meals being provided. Much of the occupational therapist's work will focus on minimising major safety risks, but also preventive measures that can be beneficial when the crisis has passed. The ultimate goal is to ensure people

can remain in their own home, and avoid hospital or care home admission.

### **DRIVING ASSESSMENT**

In many community services, occupational therapists are also involved in assessing the cognitive skills and driving skills of people with dementia. There are a number of protocols that have been developed to look at how these skills can be managed safely and with consideration. These involve examining the skills that are required for safe driving, and highlight those functional deficits that are most likely to impair a driver's ability.

### **COMMUNITY GROUPS**

Historically, Day Hospital services were provided for people living in the community to attend specialist day care facilities that provided assessments and interventions from members of the multidisciplinary team. In the UK many of these services have been disbanded and replaced by Memory Clinics who undertake assessments in people's own homes. These changes have also led to the emergence of community groups, in which occupational therapists have a key role. Community groups are located in cafés, community halls, and residential buildings. They provide a range of activity- and therapy-led groups such as hobby and leisure interest groups, meal preparation, personal care, cognitive stimulation therapy, and reminiscence. The funding for these groups can include health and social services, in addition to charities and the voluntary sector. An increasing number of community groups are available at weekends and evenings, not just during daytime hours.

### **INPATIENT UNITS**

The number of available inpatient hospital beds has been dramatically reduced, and only those who have severe challenging behaviours with significant risk of harm to self and others are admitted to hospital. Occupational therapists play an important role in these units, providing individual and group work-based activities, activities of daily living assessments, and recommendations for future living arrangements and services.

### **RESIDENTIAL AND NURSING HOMES**

Individuals are often admitted to residential care facilities because they are unable to manage independently at home. Occupational therapists provide services to these facilities in a number of ways. For example, they can develop routines based on individual preferences and levels of functioning, and provide equipment to assist with communication and activities of daily living. Occupational therapists can also advise home care staff on how to promote independence, use of space, seating, and how to prevent falls and manage risk, which in turn has an impact on the number of avoidable hospital admissions.

### **RESEARCH- AND EVIDENCE-BASED**

Occupational therapists provide evidence-based interventions in the field of dementia that include maintenance and development of functional skills, improving quality of life, person-centred care, and cost effectiveness. They use a range of outcome measures to demonstrate that what they do is effective. Research findings are usually published in high quality academic journals and clinical

practice newsletters. National occupational therapy associations play an important part in developing practice initiatives, sharing best practice and publishing standards. In the UK there is a specialist association of occupational therapists that work in the field of older people and dementia.

Historically the funding for dementia research has been particularly poor in comparison to other diseases, however the government has recently committed significantly more spending - approximately £ 66 million - to develop dementia research. Already the results of many high profile occupational therapy studies are reaching the government and commissioners, demonstrating the efficacy of occupational therapy. For example, Dr Maud Graff in the Netherlands found that providing ten sessions of occupational therapy to those with mild to moderate dementia over five weeks, improves functioning and reduces burden on the care giver. The effects remained significant after three months.

The author is employed in the Dementia Research Centre that was established by, and is led by, Professor Martin Orrell, an eminent old age psychiatrist at the University College London (UCL), with a strong professional and research interest in the use of psycho-social interventions and people with dementia. Professor Orrell has successfully bid and received millions of pounds worth of funding to undertake large, national, randomised controlled trials aimed at demonstrating the efficacy of a variety of psycho-social intervention for people with dementia and their carers. Examples include:

*Cognitive Stimulation Therapy*, known as CST, involves 14 ses-

sions of themed activity groups run twice or once a week. This large-scale randomised controlled trial showed the effects of CST to be of comparable size to those reported for the currently available anti-dementia drugs. It is a recommended intervention for people with dementia as cited by the National Institute for Health and Care Clinical Excellence (NICE). Occupational therapists routinely use CST in their practice, and their publications are available worldwide.

*Maintenance Cognitive Stimulation Therapy* – a randomised controlled trial looking at whether additional and continued sessions of group work CST have a more prolonged effect on cognition and quality of life.

*Individual Cognitive Stimulation Therapy* – a randomised controlled trial exploring whether training carers to deliver CST on a 1:1 basis in a person's home has effects on cognition and quality of life.

*Reminiscence* – exploring the impact of reminiscence therapy - as in remembering the past- on memory, cognition, and quality of life for the person with dementia and their family carer.

*Home Treatment Programme* – this research involved developing a practice framework that could be used by community mental health teams to assess and manage risk and consider particular evidence-based interventions to assist in managing particular causes of crisis.

*Cognitive Behavioural Therapy for Anxiety in Dementia* – a study that involves providing ten sessions of Cognitive Behavioural Therapy to people with dementia and their carers to help them manage their feelings of anxiety.

Another major study currently

underway is *Valuing Active Life in Dementia* (VALID), this large-scale study is being led by Dr Jennifer Wenborn, a leading dementia specialist and occupational therapist in the UK. VALID aims to build on the study undertaken by Dr Maud Graff in the Netherlands. This national randomised controlled trial aims to see if ten sessions of community based occupational therapy has similar outcomes as that of the Dutch trial. This five year study involves translating and adapting the original intervention to make it relevant for the UK practice and service context. This has involved piloting the intervention and generating feedback from occupational therapists that used it to see how it needs to be adapted for a full-scale trial. The intervention is known as Community Occupational Therapy in Dementia – UK (COTID-UK), and the randomised controlled trial will start shortly. If the outcomes prove effective, this could have a significant impact on the practice of occupational therapy.

## CONCLUSION

Occupational therapy in the UK is an established health and social care profession, and is recognised for its unique contribution in meeting the needs of people with dementia and their carers. The number of people with dementia is expected to rise considerably in coming years. The role of the occupational therapist in delivering evidence-based interventions to maintain and increase occupational performance and quality of life, and decrease carer burden, is paramount. Government strategy and policy documents in the UK have recognised the important contribution of occupational therapy, and have been embed-

ded in best practice standards and guidelines. This achievement is based on a number of factors, including occupational therapists' being able to demonstrate their outcomes and effectiveness through the use of standardised assessments and evidence-based interventions. The role of the national occupational therapy association has been imperative in articulating these outcomes, with representation, lobbying and support offered at the highest levels. This report focuses on occupational therapy service provision from a UK perspective, and outlines some of the research that the author is involved in. The purpose of sharing this information is to offer insight into developments within occupational the-

rapy and dementia services from another international perspective, which may in turn resonate with dementia education, practice, and research in Norway.

## References

- 1 World Federation of Occupational Therapists. 2014. [Online] Human Resources Project 2014. Available at [www.wfot.org](http://www.wfot.org) [accessed 27.1.2015]
- 2 Department of Work and Pensions, 2013. Ageing society: improving opportunities for older people [Online]. Available at: <http://www.dwp.gov.uk/policy/ageing-society/> [Accessed 27.1.2015].
- 3 Knapp, M., Prince, M., Albanese, E. et al. (2007) Dementia UK. The full report. Alzheimer's Society. London.
- 4 Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Pickard, L. and Knapp, M., 2007.
- 5 Luengo-Fernandez, R., Leal, J. and Gray, A., 2010. Dementia 2010: The economic burden of dementia and associated research funding in the United Kingdom. Cambridge: Alzheimer's Research Trust.
- 6 Sampson, E., Blanchard, M., Jones, L., Tookman, A. and King, M., 2009. Dementia in the acute hospital: prospective cohort study of prevalence and mortality, *The British Journal of Psychiatry*, 195(1), 61-66.
- 7 Royal College of Psychiatrists. 2014. [Online] Memory Services National Accreditation Programme (MSNAP) Standards for Memory Services. Available at <http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/MSNAP%20Standards%20Fourth%20Edition%202014r.pdf> [accessed 27.1.2015]

## Spesialist på lese- og skrivehjelpemidler

**Daisy AS** har mange års erfaring i å levere forskjellige hjelpemidler innen databetjening til NAV Hjelpemiddelsentral. Vi har god oversikt over, og et stort utvalg av alternative styringsenheter, tastatur og mus. Med vår kompetanse på tilrettelegging av arbeidsplasser kan vi også bidra til å skape et godt inkluderende arbeidsliv.

Finner du ikke  
det du leter etter på  
**[www.daisy.no](http://www.daisy.no)**?  
Kontakt oss gjerne  
direkte!



futura.no

**Daisy.no**

Daisy AS  
Hadelandsveien 750  
3520 Jevnaker  
Tlf: 417 84 500  
[post@daisy.no](mailto:post@daisy.no)

# Utredning og oppfølging av hjemmeboende personer med demens

## - EN OPPGAVE FOR DEMENSTEAMENE OG EN ARENA FOR ERGOTERAPEUTER

---

Av Margit Gausdal, Mona Michelet og Thea Skarpengland

### Sammendrag

---

*Margit Gausdal Strandenæs er ergoterapeut med master i folkehelsevitenskap. Hun er ansatt på Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.*

*Mona Michelet er spesialergoterapeut med master i helsefagvitenskap. Hun er ansatt på Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.*

*Thea Skarpengland er spesialergoterapeut. Hun er ansatt på Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.*

**Som en følge av økende levealder**, blir det stadig flere personer med demens. I Norge har en gitt ansvaret for utredning og diagnostisering av alle pasientgrupper, også med demens, til kommunehelse-tjenesten. Det er fastlegene som har dette ansvaret. Helsedirektoratet anbefaler at kommunene oppretter et demensteam som skal bistå fastlegene med utredningen. Etter diagnosen bør demensteamet følge personene med demens og deres pårørende videre, og sikre et godt og riktig tjenestetilbud som tar utgangspunkt i personens gjenværende ressurser og interesser. Demens påvirker evnen til å utføre daglige aktiviteter. Ergoterapeuter, med sin kompetanse på vurdering av funksjon og tilrettelegging av aktivitet, har derfor en viktig rolle i demensteamenes arbeid, både i utredning og oppfølging av personer med demens.

---

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.*



## INTRODUKSJON

Som en innledning til denne artikkelen vil vi starte med en kasuistikk som illustrerer hva symptomer på demens kan være, og hva et demensteam i samarbeid med fastlegen kan gjøre, både når det gjelder utredning, oppfølging og å sette i gang tiltak.

Dagny Olsen er 78 år, gift og bor sammen med ektefelle. Hun er aktiv på eldresenteret og bruker en del tid sammen med barn og barnebarn. De siste to årene har hun flere ganger glemt avtaler på eldresenteret. Hun strever også med innkjøp – blant annet handler hun mye av ting de allerede har, og glemmer ting hun skulle kjøpt, samt at hun har vansker med å bruke bankkort. Barna opplever at hun virker mindre interessert i hva de og barnebarna driver med, for eksempel spør hun ikke lenger hvordan det gikk på siste fotballkamp, og hun husker ikke hvilken klasse barnebarna går i. Nylig har hun begynt å streve med å fullføre aktiviteter hun har satt i gang. Noen ganger glemmer hun å servere kaffen etter at den er ferdig, selv om hun selv satte den på. Det har derfor blitt mye kald kaffe på familien Olsen. Dagny merker selv at noe er forandret, men hun syns ikke at det går ut over hennes daglige aktiviteter, annet enn at det kjedelig at hun ofte glemmer kaffen.

Fastlegen har ikke merket noen forskjell hos Dagny det kvarteret hun er hos ham en gang i året. Datteren ber om å få være med på neste legetime og at det settes av en dobbelt-time. Legen gjør da somatiske undersøkelser, tar blodprøver og henviser til CT-bilde av hjernen. I tillegg henviser han til demensteamet i kommunen. Han ber demensteamet om en kartlegging av kognisjon og hjemmesi-

tuasjon. Ektemannen og datteren synes det er en god ide og ser fram til at demensteamet kommer på besøk. Dagny selv er skeptisk. Hun synes ikke dette er noe å lage noe styr rundt, men aksepterer det.

Demensteamet, bestående av en sykepleier og en ergoterapeut, kommer på besøk. De starter med en samtale med alle sammen til stede om hvorfor de er der, og hva de skal gjøre. Etter dette deler de seg: ergoterapeuten og Dagny setter seg på kjøkkenet, mens sykepleieren snakker med ektemannen og datteren i stua. Demensteamet bruker verktøyet som Helsedirektoratet og Aldring og helse har utarbeidet for utredning av demens i kommunehelsetjenesten. Ergoterapeuten observerer i tillegg at Dagny trakter kaffe. Etter dette samles de igjen og oppsummerer. Demensteamet forteller litt om muligheter for velferdsteknologi og tilbud kommunen har som kan være aktuelle.

Sykepleieren har av de pårørende fått vite at de kognitive endringene er såpass store at det kan tyde på en kognitiv svikt. ADL-skalaen viser at Dagny har flere problemer enn pårørende først rapporterte i disse aktivitetene, mens hun fortsatt er helt selvhjulpent i PADL. Pårørende rapporterer ikke noen store depressive symptomer hos Dagny, og heller ikke stor pårørendebelastning for egen del.

På MMSE-NR2, som ergoterapeuten utførte, skårer Dagny 23 poeng. Hun har vansker med tidsorientering, utsatt gjenkalling og hoderegning. På klokketesten får hun tre av fem poeng. Etter kartleggingen sender demensteamet rapport til fastlegen.

Når fastlegen har fått resultatene av alle undersøkelsene, inn-

kaller han Dagny med pårørende samt demensteamet til en samtale på sitt kontor. Han konkluderer med at Dagny sannsynligvis har Alzheimers sykdom og foreskriver en medisin som kan dempe utviklingen av sykdommen noe. Dagny og familien synes det er trist å få denne diagnosen, men det er godt å få vite hva som er årsaken til den svikten de har sett. De får god informasjon om sykdommen og det blir diskutert hvilke hjelpetiltak som bør settes i gang.

Demensteamet kommer med flere forslag som kan være med på å gjøre hverdagen til Dagny og ektemannen litt enklere. I hovedsak dreier det som at Dagny skal få opprettholdt sine vante aktiviteter på egenhånd, men at hun vil trenge mer oversikt og påminning. En elektronisk dagplanlegger blir anbefalt, og det legges inn varsling på kaffetrakter som sier fra når kaffen er klar. Avtalene på eldresenteret legges inn i elektronisk kalender, slik at hun får beskjed om når hun skal på eldresenteret. Når hun ikke lenger kan bruke eldresenteret, kan hun introduseres for dagaktivitetstilbud for personer med demens.

Ektefelle føler det befriende at de får noen hjelpemidler som gjør at Dagny kan mestre de vante aktivitetene på egenhånd. Etter noen måneder starter kommunens pårørendeskole, der ektemannen deltar og får mer kunnskap om demens og nyttig informasjon om hvordan han kan forholde seg i hverdagen med Dagny. Han får en del praktisk informasjon og forstår også at det etter hvert vil bli en større svikt, og at flere hjelpetiltak må settes inn. Han kan ringe direkte til demensteamet om han har spørsmål, eller om han merker endring, slik at de kan evaluere situasjonen på nytt og anbefale nye

*tilbud. Uansett tar demensteamet kontakt hver sjette måned.*

## DEMENS

Det er om lag 70 000 personer med en demenssykdom i Norge, og det forventes en dobling av antallet personer med demens i løpet av de neste 30 til 40 årene (1, 2). Mer enn halvparten av disse bor i eget hjem. I en norsk undersøkelse (3) viste det seg at bare halvparten av hjemmeboende personer med demens som mottar hjemmesykepleie, har fått stilt en demensdiagnose, uavhengig av grad av demens. En nyere undersøkelse viser at mer enn 40 prosent av de som mottar hjemmesykepleie har demens, men at kun 20 prosent har fått diagnosen (4).

I Norge har en valgt å legge ansvaret for utredning og diagnostikk av alle pasientgrupper til primærhelsetjenesten. Dette gjelder også utredning av demenssykdommene. I Lov om helsetjenester i kommunene paragraf 1-3 nr. 2 står det at «kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver: diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte». «Når utredningen blir for vanskelig, eller når den kommunale helsetjenesten ikke har nødvendig kompetanse og ressurser, skal det henvises til spesialisthelsetjenesten. I tilfeller hvor det er tvil om de behandlings- og omsorgstiltak som er satt i gang i primærhelsetjenesten er effektive og riktige, må spesialisthelsetjenesten ha en rolle som rådgiver og veileder overfor primærhelsetjenesten.» (1, 2, 5)

For kommunehelsetjenesten betyr dette at det skal foretas demensutredning av pasienter med klare symptomer på kognitiv svikt. Pasienter med spesielle atferdsproblemer eller annen kom-

pliserende sykdom bør utredes i spesialisthelsetjenesten. I tillegg skal personer under 65 år utredes av spesialisthelsetjenesten.

Demens er en diagnose som stilles på bakgrunn av kliniske undersøkelser og observasjoner. For at en demensdiagnose kan stilles, må den kognitive svikten ha vedvart i minst seks måneder og være av en slik grad at den påvirker evnen til å utføre daglige aktiviteter. I tillegg må det kunne påvises endring av atferd og utelukke akutt konfusjon (6). Ergoterapeutenes kunnskap om aktivitet og erfaring med å kartlegge funksjon gjennom observasjon er derfor en viktig kompetanse i denne sammenhengen.

Etter at en demensdiagnose er stilt, må en sørge for at personen med demens og hans eller hennes familie får en god oppfølging. Det å opprettholde aktiviteter som betyr noe for individet, er viktig (7, 8), og den som har en demenssykdom, kan trenge hjelp til dette. Hvilke tilbud og hva som trengs av tilrettelegging må vurderes ut fra personens gjenværende ressurser og interesser og tilpasses individuelt. Ergoterapeuter vil her ha god kunnskap om tilrettelegging av aktivitet i forhold til funksjonsnivå.

## UTREDNING AV DEMENS – ORGANISERING I KOMMUNENE

Helsedirektoratet anbefaler at norske kommuner etablerer demensteam som skal bistå fastlegen i utredning og oppfølging av personer med demens og deres pårørende. På denne måten sikrer man en grundig utredning og godt grunnlag for oppfølging. Demensteam defineres som *en tverrfaglig gruppe av helsepersonell i kommunehelsetjenesten som sammen med fastlegen har*

*ansvaret for utredning av personer med mistanke om demens og oppfølging av personer med demens og deres pårørende* (9). Ulik organisering av demensteam finnes, alt etter kommunestruktur og ressurser som er tilgjengelig (9, 10) (Se figur 1).

Noen kommuner velger andre navn på sitt team, for eksempel Hukommelsesteam. Oppgavene med kartlegging og utredning kan også være lagt inn i andre roller og funksjoner i kommunene. Noen kommuner har en demenskoordinator som skal ivareta oppgavene. Disse etablerer ofte et nettverk av samarbeidspartnere rundt seg. Variasjonene er mange. Demensteam er den offisielle betegnelsen, og hver enkelt kommune må tilpasse navn og oppgaver ut over utredning og oppfølging etter hva som passer best i kommunen.

Selv om demensteamet alltid gjør utredninger i samarbeid med fastlegene, anbefales det at en lege med god kompetanse på demens er tilknyttet teamet. En slik tilknytning er en faglig styrke for teamet og det er nyttig for kommunens fastleger å ha en erfaren lege til å veilede når det for eksempel gjelder diagnosesetting og medisinsk behandling. Team med lege tilknyttet er også flinkere til å stille diagnoser (11) etter utredning.

I dag har omtrent halvparten av norske kommuner demensteam, koordinator eller begge deler. Nylig besvarte demensteam i 190 kommuner en undersøkelse om organisering og oppgaver. Det varierer hvordan teamene og arbeidet deres er organisert. To tredjedeler av teamene har fast avsatt tid til sitt arbeid. I små kommuner er det avsatt i gjennomsnitt 20 prosent, mens det i mellomstore og store kommuner er satt av henholdsvis 40 - 50 prosent og

80 - 90 prosent. I de største kommunene utreder demensteamene flere enn 100 personer i løpet av et år, mens det i de små kommunene utredes i gjennomsnitt syv personer i året. De fleste teamene har faste rutiner for utredningene, og en utredning tar omtrent ett dagsverk, inkludert for- og etterarbeid.

Teamene samarbeider med fastlegene om utredning og noen også om oppfølgingen. Rundt en tredjedel har en egen lege tilknyttet teamet. To tredjedeler av teamene samarbeider også med spesialisthelsetjenesten. De får veiledning derfra, og de samarbeider om konkrete pasienter.

Over 80 prosent av teamene følger opp personene som de har utredet, eller som de har fått henvist fra spesialisthelsetjenesten. Drøyt halvparten har faste rutiner for slik oppfølging.

Uansett hvordan man organiserer arbeidet, er hensikten å kunne gi den enkelte som rammes av demens en god utredning samt hensiktsmessig behandling, omsorg og tiltak som bidrar til å vedlikeholde funksjoner og bidra til hverdagsmestring (9). En diagnose gir både personer med en demenssykdom, deres pårørende og hjelpeapparatet en realistisk mulighet for planlegging og iverksetting av nødvendige og riktige tiltak (1, 2). Dette vil være nyttig ut fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, da man lettere kan tilrettelegge for at hver enkelt kan bo hjemme så lenge som mulig, sykehusinnleggelse for håpentligvis kan reduseres, og flytting til heldøgns omsorg kan utsettes (6). Tiltak etter diagnose bør være individuelt tilpasset og ta utgangspunkt i personens egne ressurser og ønsker. Ofte kan evnen til å opprettholde egne



Figur 1: Definisjon på demensteam og ulike varianter av organisering (9).

aktiviteter være påvirket, uten at ønsket om å være i aktivitet er blitt mindre. Et fleksibelt og variert dagaktivitetstilbud er sentralt i denne sammenhengen.

### UTREDNING AV DEMENS – VERKTØY

For å utrede demens i kommunehelsetjenesten har Helsedirektoratet og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse utarbeidet et verktøy som anses som et minimum i en demensutredning (Se tabell 1). En viktig hensikt ved demensutredningen er å skille demens fra kognitiv endring grunnet normal aldring, legemiddelbivirkning, somatisk sykdom (delirium) og psykiatrisk sykdom (angst, depresjon og psykose) (5). Ved å bruke verktøyet kan en fange opp en mulig demens, kognitiv fungering, depresjon, fungering i dagliglivet og pårørendes belastning. Verktøyet består av en del for fastlege og en del for helsepersonell eller demensteam. Utgangspunktet for en utredning er at en intervjuer og undersøker personen som mistenkes å ha demens, samt en eller flere pårørende hjemme hos personen (9). Verktøyet ligger fritt tilgjengelig på Aldring og helses

hjemmesider: [www.aldringoghelse.no](http://www.aldringoghelse.no) (Se tabell 1 neste side).

### DEMENTEAM – EN ARENA FOR ERGOTERAPEUTER?

Det er en fordel at demensteamet er tverrfaglig sammensatt. Tverrfaglige demensteam bidrar til at en ved utredning og oppfølging har breddekunnskap. Ulike yrkesgrupper vil kunne se og tolke atferd og funksjon forskjellig. Dette er nyttig i diagnostiseringen og i vurdering av hjelpetiltak etter at diagnose er stilt.

I en nylig undersøkelse (upublisert) blant demensteam i Norge ble det oppgitt at nesten alle teamene har sykepleier, mens omtrent halvparten har ergoterapeut. Leger er representert i rundt en tredel av teamene. Totalt 86 prosent av teamene har tverrfaglig sammensetning. De vanligste kombinasjonene er:

- 1) sykepleier og ergoterapeut,
- 2) sykepleier og hjelpepleier/omsorgsarbeider/helsefagarbeider og
- 3) sykepleier og vernepleier.

Der det ikke er tverrfaglig sammensetning, er det kun sykepleiere i teamet.

Fokus og måten demensteamene arbeider på, gjør at ergotera-

<b>Helsepersonell</b>	<b>I samtale med pasient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Mini Mental Status Evaluering</i> (13) (MMSE-NR2) (14) er en kognitiv evaluering som vurderer hukommelse, orienteringsevne, språk, forståelse og visuokonstruksjon.</li> <li>• <i>Klokketest</i> (15)(KT-NR2) fanger først og fremst opp pasientens evne til å orientere seg og handle i rom, eksekutiv funksjon og setter samtidig krav til oppmerksomhet og tallforståelse.</li> <li>• <i>Observasjoner</i> kan være systematiske og/eller det som observeres under et hjemmebesøk. Observasjonene er viktig for å vurdere hjelpetiltak og vurdere omsorgsnivå.</li> <li>• <i>Sikkerhet i hjemmet</i> gjennomgås ved hjelp av en sjekkliste. Pasienten er delaktig når det gjennomgås.</li> </ul>
	<b>I samtale med pårørende</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Spørreskjema til pårørende</i> (16) er et anamneseskjema som fanger opp hvordan pasientens kognitive funksjoner har forandret seg over tid.</li> <li>• <i>Lawton &amp; Brody ADL-skjemaer</i> (17) er to skjemaer som tar for seg personnære aktiviteter i dagliglivet (p-adl) og instrumentelle aktiviteter i dagliglivet (i-adl). Skjemaene kartlegger fungering i dagliglivet, samt hjelpebehov i hverdagen.</li> <li>• <i>Cornell skala</i> (18) for depresjon brukes for å vurdere om depressive symptomer foreligger og i hvilken grad de foreligger.</li> <li>• <i>Belastningskala for pårørende</i> (Relative's stress scale -RSS) (19) brukes for å undersøke grad av belastning den nærmeste pårørende opplever.</li> </ul>
<b>Fastlege</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anamnese</li> <li>• Somatisk undersøkelse</li> <li>• Blodprøver</li> <li>• CT/MR av hjernen</li> <li>• Kognitive undersøkelse (MMSE-NR2 og KT-NR2)</li> <li>• Vurdering av delirium</li> <li>• Vurdering av psykiatriske symptomer</li> <li>• Bilkjøring og våpen.</li> </ul>

Tabell 1. Redskapene i Utredningsverktøy til bruk for helsepersonell og leger i kommunehelsetjenesten

peuter burde være representert i en større andel av demensteamene. Ergoterapeuter anses å være gode på kartlegging og utredning av kognitiv fungering, både ved bruk av skrivebordstester og gjennom observasjon i aktivitet. Tidlige tegn på kognitiv svikt kan være vansker med å betale regninger, holde styr på medisiner eller planlegge innkjøp. Først langt senere i demensforløpet påvirkes PADL. Ergoterapeuters kompetanse på å oppdage tegn til kognitiv svikt i aktivitet, blant annet gjennom å utnytte naturlige muligheter for observasjoner i hjemmet, er derfor sentral i utredningen.

Etter at utredningen er gjen-

nomført og diagnosen stilt, har ergoterapeuter også en viktig rolle blant annet i tilrettelegging og bistand for at personer med demens kan fortsette å leve et aktivt liv. Personer med demens har mange gjenværende ressurser, og det å utnytte disse vil gi mulighet til leve selvstendig og på egne premisser i lengre tid etter at diagnose er satt. Etter hvert som den kognitive svikten blir større og påvirker flere av dagliglivets aktiviteter, vil en måtte tilpasse tilbudet etter dette. Kunnskap om tilrettelegging av aktivitet er da sentralt, samtidig som en har tett oppfølging og god dialog med personen selv og med pårørende.

Når en i kommunen skal arbeide for å få ergoterapeut i demensteamet, er det viktig at kompetansen blir synliggjort i en tidlig fase i etableringen av teamet. Dersom kommunen har en egen demensplan, bør ergoterapitjenesten komme med innspill om at de har viktig kompetanse og bør være en del av demensteamet. Dermed er de med på å sikre at teamet blir tverrfaglig, slik det er anbefalt fra Helsedirektoratet. Eksempelvis er det i flere kommuner et «spleiselag» mellom hjemmebaserte tjenester og helse-, rehabiliterings- og ergoterapitjenestene for å få etablert et tverrfaglig demensteam. I disse tilfellene er det lederne for ergoterapeutene som i samarbeid med de andre lederne i kommunen kommer fram til løsninger som fungerer i kommunen.

Der det allerede er et etablert demensteam, vil det sannsynligvis være et samarbeid mellom teamet og ergoterapitjenesten i enkeltsaker der teamet ser at brukeren har behov for ergoterapitjenester. Ofte gjelder slike henvendelser kognitive hjelpemidler eller hjelpemidler i forhold til sikkerhet. Ergoterapeuten kan i slike saker gi mer enn de blir bedt om, og slik synliggjøre sin kompetanse. Der det er et godt samarbeid mellom demensteamet og ergoterapitjenesten, kan de sammen synliggjøre behov for å ha ergoterapikompetansen som en fast del av teamet. Man kan poengtere at brukergruppen personer med demens har et behov for tverrfaglig bistand som vedvarer over tid, og som sjelden løses med ett til to hjemmebesøk. Dersom det ikke er et formelt samarbeid mellom demensteamet og ergoterapitjenesten, vil en måtte bruke samme strategi som ved etablering av



demensteamet. Lederne må få kunnskap om at ergoterapeuter er en viktig ressurs i demensteamet, og ergoterapeutene selv må synliggjøre sin kompetanse slik at de kan bli en del av teamet.

En forutsetning for at en ergoterapeut skal kunne være en ressurs og en del av demensteamet, er at de selv har et ønske om å arbeide på demensfeltet, og at de tilegner seg kompetanse om demens, utredning og oppfølging gjennom kurs og eventuelt etter- og videreutdanning. Dette er også gjeldende for andre yrkesgrupper som skal være en del av demensteamet. Interesse for å arbeide med demens og kompetanse er avgjørende for å ha et godt demensteam som skal kunne bistå personen med demens og deres familier gjennom hele demensforløpet.

## OPPSUMMERING

- Antall personer med demens vil øke de nærmeste årene, og kostnader knyttet til demensomsorg kommer til å stige. Det er derfor viktig at norske kommuner står rustet til å møte personer med demens og deres pårørende i tiden som kommer.
- Å ha demensteam gjør at personer blir sikret utredning (jamfør Demensplan 2015) og bidrar til at personen med demens og deres familie får de tiltakene som er nødvendige.
- Verktøy for utredning av demens er utarbeidet av Helsedirektoratet og Aldring og helse og ansees som et minimum i en demensutredning.
- Det er viktig at det er et samarbeid mellom demensteam og fastlege når det gjelder utredning og oppfølging av personer med demens og deres pårørende.
- Ergoterapeuter har viktig

kompetanse å bidra med til et demensteam, både når det gjelder utredning, funksjonsvurdering og vurdering av tiltak.

- Det bør jobbes for flere tverrfaglige demensteam, der ergoterapeut er en naturlig deltaker.

## MER INFORMASJON

Se fagnett for demensteam ([www.fagnett-demens.no/demensteam](http://www.fagnett-demens.no/demensteam)). Her ligger det informasjon om etablering og drift av demensteam, eksempler på prosedyrer og brosjyrer samt forum for å ta opp spørsmål som angår demensteam. Det er laget en håndbok for etablering og drift av demensteam (9). Det er også skrevet flere rapporter med erfaringer fra demensteamsatsningen (10, 12).

## Referanser

1. Engedal K, Haugen PK. Demens, fakta og utfordringer 2004 6/1/2004.
2. Helsedirektoratet. Glemsk, men ikke glemt! om dagens situasjon og framtidens utfordringer for å styrke tjenestetilbudet til personer med demens. Elektronisk ressurs. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. Avdeling omsorg og tannhelse; 2007. 122 s. p.
3. Lystrup L, Lillesveen B. Omsorgstilbud til hjemmeboende personer med demens. Tidsskrift for norske lægeforening. 2006;15:4.
4. Wergeland JN, Selbaek G, Hogset LD, Soderhamn U, Kirkevold O. Dementia, neuropsychiatric symptoms, and the use of psychotropic drugs among older people who receive domiciliary care: a cross-sectional study. International psychogeriatrics / IPA. 2014;26(3):383-91.
5. helsedirektoratet Aoho. Veileder - Demensutredning i kommunehelsetjenesten. Forlaget Aldring og helse; 2011.
6. Engedal K, Haugen PK. Demens: fakta og utfordringer: en lærebok. 5. utg. ed. Tønsberg: Forl. Aldring og

helse; 2009. 424 s.

7. Christiansen H C TEA. Introduction to Occupation - the art and science of living. New Jersey, USA: Pearson; 2011.
8. Borg T RU, Tjørnov J. Basisbog i ergoterapi - aktivitet og deltagelse i hverdagslivet. København: Munksgaard Danmark; 2003.
9. Helsedirektoratet. Etablering og drift av demensteam. Demensutredning i primærhelsetjenesten. Tønsberg: Aldring og helse; 2011.
10. Gjora L, Gausdal M. Ny kunnskap, bedre omsorg. Utredning og diagnostisering av demens i primærhelsetjenesten. 2011.
11. Engedal K, Gausdal M, Gjora L, Haugen PK. Assessment of dementia by a primary health care dementia team cooperating with the family doctor - the Norwegian model. Dement Geriatr Cogn Disord. 2012;34(5-6):263-70.
12. Gausdal M, Michelet M. Demensteam - oppgaver og utfordringer. 2012. Report No.
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. JPsychiatr Res. 1975;12(3):189-98.
14. Strobel C EK. MMSE-NR. Norsk revidert Mini Mental Status evaluering. Revidert og utvidet manual. Tønsberg/ Oslo: Forlaget Aldring og helse; 2008.
15. Shulman KI. Clock-drawing: is it the ideal cognitive screening test? Int J Geriatr Psychiatry. 2000;15(6):548-61.
16. Jorm AF. The Informant Questionnaire on cognitive decline in the elderly (IQCODE): a review. Int Psychogeriatr. 2004;16(3):275-93.
17. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9(3):179-86.
18. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, Shamoian CA. Cornell Scale for Depression in Dementia. Biological psychiatry. 1988;23(3):271-84.
19. Greene JG, Smith R, Gardiner M, Timbury GC. Measuring behavioural disturbance of elderly demented patients in the community and its effects on relatives: a factor analytic study. Age Ageing. 1982;11(2):121-6.

# GPS til personer med demens i regi av kommunal demensomsorg – hva må til?

---

Av Torhild Holthe, Tone Øderud og Bjørg Th. Landmark

*Torhild Holthe er ergoterapeutspecialist i eldres helse og forsker ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.*

*Tone Øderud er seniorforsker ved SINTEF Teknologi og samfunn, avdeling helse.*

*Bjørg Th. Landmark er utdannet sykepleier med flere videreutdanninger. Hun er ansatt som rådgiver knyttet FoU aktivitet i Drammen kommune og førstelektor ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold.*

*Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.*

---

## Abstrakt

**Det er rundt 70 000 personer** med demens i Norge i dag, og antallet dobles fram mot 2040. Flere personer med demens kommer til å bo i eget hjem med støtte av pårørende og kommunale hjemmetjenester. Redningssentralene melder om flere leteaksjoner etter eldre med demens som har gått seg bort. Dette er en stor belastning for alle parter. GPS kan benyttes til å lokalisere personer som har gått seg bort. Flere kommuner har erfaringer med GPS-bruk, og denne studien beskriver noen av disse.

**Mål:** Dersom GPS blir en kommunal tjeneste, og et av tiltakene i demensomsorgen - hvordan skal vi ivareta rådgiving og implementering på best måte? Hva er kunnskapsbehovet hos helsepersonell i kommunen?

**Metode:** Kvalitativ metode. Fokusgruppeintervju er benyttet for innsamling av data. Det deltok 15 informanter fra forebyggende tjenester og sykehjem i elleve kommuner våren 2014.

**Resultater:** Informantene mottok sjelden eller aldri spørsmål om GPS fra pårørende. De inviterte heller ikke til å snakke om temaet, da de mente at de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap. Informantene var enige om at GPS bør være et tiltak på lik linje med trygghetsalarm, men dersom GPS skal bli en kommunal tjeneste, må retningslinjer og samarbeid etableres på tvers av etater.

---

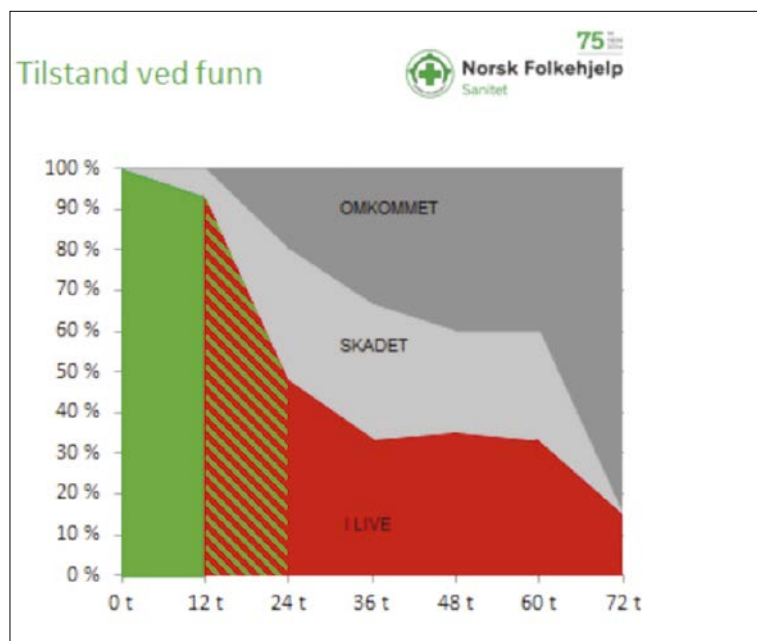
## Introduksjon

I Melding til Stortinget 29 heter det at velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester kan gi muligheter for å bo lenger og tryggere i eget hjem (2). Om innføring av velferdsteknologi i kommunale helse- og omsorgstjenester sies det «at kun 20 prosent av utfordringene ved bruk av velferdsteknologi er knyttet til teknologien, de resterende 80 prosent omhandler mennesker og organisering av tjenesten» (3). Etter lov om helsetjenester i kommunene (4) er kommunene pålagt å etablere tjenester for å gi nødvendig helsehjelp til innbyggerne. Mange kommuner har organisert tjenester som vektlegger tidlig intervensjon og forebygging som innsatsteam, forebyggende team, demensteam eller rådgiver på innovasjon eller velferdsteknologi.

Kunnskaper og erfaringer med GPS til personer med demens i Trygge spor-prosjektet (1) og andre småskalautprøvinger viser positive tendenser. Prosjektdeltakere har uttalt at selv om teknologien ikke er «helt perfekt», så vil de ikke være den foruten. Pårørende følte seg tryggere dersom et familie-medlem med demens kunne ha med seg en GPS på sin daglige gåtur. Da kunne de lokalisere personen dersom vedkommende ikke var hjemme til avtalt tid (1). Trygge spor-prosjektet viste at implementering av GPS krever gjennomtenkte beslutninger om skreddersøm av løsningen til bruker og situasjonen til dennes pårørende. Det er også behov for å sikre prosedyrer for oppfølging med lading, batteribytte, avtale om hvem som skal lokalisere, når dette eventuelt skal skje, og hvem som skal rykke ut for å hente personen. Dette handler om å etablere et «sikkerhetsnett» der rutiner og minst én støtteperson er på plass.

## HVOR STORT ER PROBLEMET?

Tall fra Oslo Politidistrikt viser at det mottok om lag 150 meldinger om savnede personer med demens i 2012. Hvis vi legger beregninger fra USA til grunn, som viser at omkring halvparten av de som blir savnet, er institusjonsbeboere (5), kan det estimeres til 1,5 forsvinninger per institusjon i Oslo-området årlig. Dersom tallene legges til grunn for landets 800 sykehjem, kan det bety opp mot 1000 hendelser eller forsvinninger i Norge hvert år. Ikke alle forsvinninger fører til store leteaksjoner. De fleste blir funnet av politiet eller andre (publikum, drosjer, etc.) relativt raskt, det vil si i løpet av noen få timer. Det er viktig å finne folk fort, da tiden er en kritisk faktor, og nedkjøling er den hyppigste dødsårsaken (6-8). Ofte vil organiserte leteaksjoner iverksettes først etter



Figur 1. Tilstand ved funn. Jo raskere en finner personer som har gått seg bort, desto større sjanse for å finne dem i live.

noe tid, og jo lenger en person er borte, desto større risiko er det for ikke å bli funnet i live (Figur 1). En gjennomgang av data fra 2009 - 2011 fra Hovedredningssentralen i Sør-Norge indikerte at det er flest leteaksjoner i sommerhalvåret (5, 9). Dette samsvarer med data fra USA (5).

Det er grunn til å tro at personer med GPS-enhet blir funnet fort, dersom teknologien fungerer og det er mobildekning der personen befinner seg.

## HVA ER GPS, OG HVORDAN BRUKE GPS?

Erfaringer fra blant annet Trygge spor-prosjektet (3) viser at kunnskap om GPS er nødvendig for at hjelpemidlet skal fungere i praksis og ikke gi falsk trygghet. Endring i Pasient- og brukerrettighetsloven åpner for å anvende GPS til personer med demens som ikke har samtykkekompetanse, forutsatt at de ikke motsetter seg. Dersom personen ikke vil ta med seg GPS-en, må det treffes vedtak om nødvendig helsehjelp etter kapittel 4 i Lov om pasient- og brukerrettigheter (10). Argumenter for lovendringen er at lokaliseringsteknologi anerkjennes som et hjelpemiddel i tjenesten til personer med demens (11). Det betyr at rutiner må etableres dersom GPS skal inkluderes som en ny tjeneste i kommunen. Spørsmålet er hvordan disse oppgavene kan organiseres. Hensikten med denne studien var å få kunnskap om dagens praksis med GPS. Derfor var det aktuelt å undersøke kommunenes erfaringer og holdninger til å bruke GPS til personer med demens. Spørsmålene

vi ønsket å få svar på, var: Hvilke erfaringer har kommunene med å implementere lokaliseringsteknologi for personer med demens og deres pårørende per 2014? Og hva trenger ansatte av kunnskap for å kunne gi råd og bistand ved valg, implementering og daglig bruk av GPS?

## Metode

Studien har et kvalitativt design, og fokusgruppeintervju er anvendt som metode for å innhente data. Hensikten var å få en forståelse av de ansattes kunnskapsnivå og holdninger til GPS til hjemmeboende personer med demens. Videre var vi opptatt av hva de trenger for å være ressurspersoner for GPS-tildeling og oppfølging. Dersom noen hadde praktiske erfaringer, ville dette være positivt og nyttig for gruppedeltakernes erfaringsutveksling (12). Det var ingen forutsetning at deltakerne skulle ha egne erfaringer med bruk av GPS.

## UTVALG

Tre fokusgruppeintervjuer ble gjennomført i perioden 30. april til 19. mai 2014. Rammen for intervjuene var to timer. Til sammen deltok 15 informanter fra ulike nivåer i kommunale helse- og omsorgstjenester fra fire fylker og elleve kommuner på Sørøstlandet. Alle intervjuene ble moderert av Bjørg Th. Landmark og Torhild Holthe. Studien ble meldt til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, og samtykket er datert 26. mars 2014.

## ANALYSE

Lydropptak ble gjort av alle intervjuene, og de ble deretter transkribert. Vi gjorde en kvalitativ innholdsanalyse inspirert av Malterud (12). Hver forsker leste intervjuene flere ganger og identifiserte meningsbærende enheter hver for seg. Deretter møttes forskerne og sammenlignet meningsbærende enheter og tolkninger av disse, samt drøftet likheter og forskjeller (12). De meningsbærende enhetene vi ble enige om, ble skrevet ned, og deretter ble enhetene kategorisert. Denne prosessen ble gjentatt inntil det var enighet om kategoriseringen. I tillegg reflekterte vi over funnene for å få en dybdeforståelse av temaene. Analysen viste at funnene kunne oppsummeres i tre temaer: Dagens praksis med GPS, Behov for kunnskap og kompetanse, Utfordringer i dag og behov for innovasjon.

## Resultater

Funnene presenteres ved å beskrive informantenes

## HVA ER GPS?

- › Lokaliseringsteknologi er utstyr som kan beregne og opplyse om geografisk posisjon. Lokalisering eller bestemmelse av grafisk posisjon kan gjøres ved bruk av for eksempel Global Positioning System (GPS) eller Global System for Mobile Communication (GSM). GPS er satellittbasert posisjoneringsteknologi som benyttes utendørs. Kommunikasjon mellom GPS-enheten og støttesystemet foregår som regel via mobilnettet, og det er derfor en forutsetning at GPS-enheten befinner seg innenfor et område med mobildekning og sterke nok GPS-signaler. I denne artikkelen brukes GPS eller lokaliseringsteknologi som synonyme begreper.
- › I dag finnes GPS-løsninger som kan bæres på kroppen, legges i jakkelommen eller i vesken eller festes på en rullator, rullestol eller liknende (1). Fra et brukerperspektiv består et GPS-system i hovedsak av to deler: GPS-enheten som bruker bærer med seg, og et GPS-støttesystem som muliggjør lokalisering av bæreren av GPS-enheten ved SMS, innlogging på nettsted eller ulike brukerapplikasjoner på nettbrett eller smarttelefon (1).

erfaringer knyttet til dagens praksis med bruk av GPS, behov for kunnskap og kompetanse, og hva som skal til for implementere GPS i tjenesten. Innenfor disse tre områdene presenteres undertemaer.

## DAGENS PRAKSIS MED GPS

*Å «gå seg vill» - en påkjenning for alle*

Informantene hadde stor forståelse for at dette med å gå seg vill og ikke finne veien hjem var en stor belastning, både for den det gjaldt, og for familien. Uttrykk som «Grøss og gru – stakkars menneske!», «Stakkars familie», «Tenk om han hadde hatt en GPS – da hadde dette kanskje ikke skjedd!» og «Hvem er det – er det en av mine?» ble løftet fram i gruppene.

I første rekke tenkte deltakerne på pårørende og familien, og hvor ille det måtte være for dem at et familiemedlem ble borte. De var innforstått med at når et familiemedlem utvikler demens, vil det bety økt ansvar for pårørende, og at man lett kan kjenne seg (med)skyldig dersom et familiemedlem forsvinner. Deltakerne uttrykte også stor medfølelse for brukeren, som sikkert måtte ha det vondt når han



	Yrkestittel/profesjon	Alder	Jobber i Dementsteam (ja = x)	Antall år i yrkespraksis	Praktisk erfaring m/ GPS
1	Ergoterapeut	32	X	6,5	Nei
2	Ergoterapeut	32	X	8	Nei
3	-	46	X	5,5	Nei
4	Sykepleier	65	-	30	Nei
5	Vernepleier	32	X	16	Nei
6	Ergoterapeut	40	X	18	Nei
7	-	52	X	25	Nei
8	Sykepleier	53	-	10	Ja
9	Sykepleier	51	-	19	Ja
10	Vernepleier	-	-	7	Ja
11	Sykepleier	61	(x)	38	Ja
12	Sykepleier	44	-	18	Nei
13	Sykepleier	51	-	28	-
14	Sykepleier	51	-	26	-
15	Sykepleier	47	X	10	Nei

Tabell 2. Deltakere i fokusgruppeintervjuene (- betyr ikke oppgitt)

eller hun ikke mestret situasjonen og ikke fant veien hjem igjen.

Alle hadde hørt om GPS, og alle hadde positive tanker om slik teknologi og mente den kunne være nyttig. Samtidig var de usikre på hvordan GPS virket, og hvilken rolle de selv skulle eller burde ha i forhold til å gi råd og anbefalinger til brukere og pårørende og eventuelt anskaffe slikt utstyr.

#### Usikkerhet om GPS

Det viste seg at bare fire av de 15 informantene hadde konkrete erfaringer med å bruke GPS (2014). Alle hevdet at de sjelden fikk spørsmål om GPS fra pårørende. Enkelte antydte ett til to spørsmål per år. Informantene som hadde erfaringer med å anskaffe og implementere GPS, var i hovedsak knyttet til GPS-prosjekter.

Informantene var ikke sikre på hvem som burde ha ansvaret for GPS i sin kommune, og de var usikre på egen rolle. De savnet et system for å håndtere GPS i kommunale helse- og omsorgstjenester, noe

de mente var en forutsetning for å sikre forsvarlig bruk. Alle ønsket seg en «oppskrift» på hvordan de skulle gå fram dersom de fikk spørsmål om GPS, og både kurs og nettsider ble nevnt som mulige opplæringsmetoder.

Flere av gruppedeltakerne savnet at man snakket om GPS på arbeidsplassen og at de drøftet rutiner for bruk av slik teknologi på sykehjemmet eller i hjemmetjenesten.

#### BEHOV FOR KUNNSKAP OG KOMPETANSE

Hovedfunnet i fokusintervjuene var behovet for kunnskap på flere plan: Fokusgruppedeltakerne mente at de hadde behov for mer kunnskap om GPS, både om selve produktet og hvordan GPS-teknologi fungerer. Økt kunnskap om ulike produkter kunne gjøre dem bedre i stand til å velge en løsning som passet brukeren. Videre mente informantene at det var behov for faktakunnskap om demens. Dette gjaldt både sykdomsutvikling og symptomer, og spesielt den aktuelle personens historie og situasjon,

rammebetingelser og de involvertes preferanser. Kjennskap til, og erfaringer med, bruk av ulike skjemaer og rutiner for behovskartlegging, tilpasning av løsninger og dokumentasjon ble også trukket fram. Videre så informantene stor verdi i å lære av andres praktiske erfaringer med GPS.

Informantene etterspør kunnskap for å kunne tilby GPS som en forsvarlig kommunal tjeneste. De mener at kommunen må sette fokus på opplæring om vurdering og implementering av GPS til brukere med demens og sette av tid til dette.

#### *Kunnskap gir frihet*

Informantene trakk fram behovet for vurderingskompetanse, og understreket viktigheten av dette før tildeling av GPS. Vurdering av personens funksjonsnivå er viktig for å identifisere rett hjelpemiddel og hvordan dette skal skreddersys til den enkeltes ressurser og situasjon. I denne prosessen er det en forutsetning å kjenne produktet. Det koster tid og ressurser. «Jo bedre trent man er, jo enklere går prosessen», ble det hevdet. «Dersom en formidler GPS annethvert år, vil det ta lenger tid og oppleves mer omstendelig, kanskje?» Frekvens på slike oppdrag vil trolig variere i felten, og man må regne med litt ekstra tid hvis det er lenge siden forrige gang man formidlet GPS.

#### *Roller og ansvar*

Fokusgruppeintervjuene avdekket generell usikkerhet om hvem som egentlig skal ha ansvaret for å formidle informasjon, anskaffe, implementere og følge opp bruken av GPS. Det kom fram at mange var avventende til hva Helsedirektoratet og KS ville bestemme seg for av standarder for trygghetsalarm, da de mente at denne avgjørelsen ville kunne innvirke på valg av GPS også.

Usikkerhet om ansvar, roller og funksjon handlet også om en har forstått lovverket korrekt, og om hvilke prosedyrer og rutiner kommunen burde ha. De savnet en felles forståelse hos alle medarbeiderne. Det viste seg å være stor forskjell på kommuner som ikke hadde erfaringer med GPS, og kommuner som hadde prøvd ut GPS på brukere. I prosjektkommunene fikk ofte den som hadde vært knyttet til GPS-prosjektet en helt spesiell rolle, og ble ansett som ressursperson, som kunne bistå med råd og hjelp. I kommuner som ikke hadde slike ressurspersoner, var informantene mer nølende til hvordan de burde gå fram. En fortalte at en bruker de vurderte GPS for, ble såpass raskt verre at de «slapp trøbbe-

let med å anskaffe GPS-en». Dette ble betegnet som en lettelse, siden prosessen rundt anskaffelse og implementering ble oppfattet som usikker, omfattende og vanskelig.

#### *Holdninger og etisk refleksjon*

I fokusgruppene ble det drøftet hvorvidt GPS var overvåkning eller hjelpemiddel. De fleste syntes å anerkjenne GPS som et hjelpemiddel. Enkelte så potensialet i GPS til å overvåke en person, dersom det blir brukt på en slik måte. Deltakerne var opptatt av å gjøre en god jobb, og å finne fram til den løsningen som var best for brukeren. Hovedhensikten med GPS ville være å støtte opp om mestring og aktivitet hos en bruker og legge til rette for at dette kan bli en realitet.

Behov for kunnskap om hvordan de kunne vurdere etiske spørsmål og identifisere hva slags verdier som står på spill, ble trukket fram. Mange var vant til og ønsket å drøfte etiske dilemmaer på jobben og så dette som både spennende og en måte å utvikle egen vurderingskompetanse på. De savnet etiske refleksjoner knyttet til hvordan GPS kan brukes for personer med demens. Informantene var enige om at personalgruppen måtte ha felles forståelse av GPS og praktisk bruk av denne. Ellers kunne det lett føre til problemer, slik en situasjon eksemplifiser-te: En avdelingssykepleier skaffet en beboer GPS. Andre i personalgruppen stilte seg tvilende til om dette var et riktig tiltak, siden sykehjemmet lå nær en motorvei. Fordi ikke alle i personalgruppen ble informert om vurderingene som lå til grunn for tiltaket, fikk de heller ingen felles forståelse. Dette ble en trussel mot samarbeid og enhetlig tilnærming til den aktuelle beboeren.

#### **HVA SKAL TIL FOR AT GPS BLIR EN DEL AV TJENESTEN?**

Informantene poengterte at det er viktig å komme tidlig inn med GPS mens brukeren ennå forstår hva GPS handler om, og kan akseptere at han eller hun har behov for den. En tidlig intervensjon vil kunne støtte opp om gode vaner og rutiner og avlaste pårørende. Samtidig kan tidlig introduksjon av GPS bety at brukeren blir forespeilet en mulig dyster framtid der denne en dag ikke vil være i stand til å finne veien hjem. Mange kvier seg for å introdusere GPS på grunn av dette.

Informantene anså fastlegen som en nøkkelperson. Fastlegen bør vite om at GPS kan støtte mestring hos brukeren og avhjelpe stress og frykt

hos pårørende. Informantene mente at det ville bli enklere for dem å introdusere GPS dersom de kunne følge opp legens råd.

Usikkerheten i dag gjaldt hvem som egentlig har ansvaret for å inkludere og drifte GPS som et tiltak i kommunale helse- og omsorgstjenester. Denne usikkerheten synes å kunne ut i en viss vegring i tjenesten i dag.

Informantene så det som viktig å avklare etablering av praktiske rutiner omkring GPS. Det kan gjelde hvem som skal ha ansvar for å lade GPS-en og sikre at brukeren får med seg enheten når han eller hun går ut av huset. Det må gjøres avtaler om hvem som skal definere akseptabel utetid, for å følge med på om personen kommer hjem til avtalt tid, og hvem som eventuelt skal ha tilgang til å lokalisere vedkommende. Vurdering av hva som var akseptabel utetid skulle baseres på kjennskap til personens vaner og rutiner, kapasitet og funksjon, samt etter hvilken årstid og når på døgnet det er. Dette ble foreslått å skje i tett samarbeid med pårørende.

Det ble ansett som viktig at fagfolk samtalte med pårørende om problemer og behov, før GPS anskaffes. Deltakerne ønsket seg sjekklister og veiledere for å kunne gjennomføre dette arbeidet på en god måte. Noen ønsket at de hadde en ressursperson i kommunen som de kunne ringe eller henvise til, og som tok ansvaret for alt omkring GPS.

#### *GPS - en kommunal tjeneste?*

Informantene var enige om at GPS er et tiltak som vil være aktuelt i fremtiden, og at GPS burde bli en kommunal tjeneste. De sammenlignet GPS med trygghetsalarm og anså det som fornuftig og rasjonelt at kommunen kjøpte inn enheter som kunne lånes ut til brukere ved behov. Prosedyrer som skulle følges, burde ligge klare, slik de gjør ved utlån av trygghetsalarmer. Da ville rutiner og prosedyrer for implementering være spikret, og alle ville vite hva de skulle gjøre.

Informantene fra større kommuner så for seg at de trengte en dedikert person som de kunne henvise bruker og pårørende til, og som kunne sørge for alt fra implementering til oppfølging og brukerstøtte. I mindre kommuner, derimot, ville de ikke ha ressurser til å «øremerke» en person til disse oppgavene. Informantene mente at det måtte etableres et alarmmottak i kommunene, eventuelt interkommunalt. De antydte at organiseringen kunne være ulik i en stor og en liten kommune.

## Diskusjon

Informantene var enige om at GPS er et godt hjelpemiddel for alle som trenger det. Flere hadde erfaringer med brukere som hadde gått seg bort, og viste medfølelse for bruker og familiens fortvilelse. Informantene uttrykte ønske om å finne løsninger hvor personer med demens kan få friheten tilbake. Ved å legge til rette for at personen kan fortsette å gå sine daglige turer, kan han leve et fritt og aktivt liv og oppleve selvstendighet og mestring. Likevel kan det oppstå dilemmaer om hva som er best for brukeren. En oppfatning er at «demente må passes på» og GPS-tagging kan være en rasjonell måte å gjøre dette på (13). Informantene mente at GPS bidro til å trygge pårørende. Hvis deres nærmeste ikke var tilbake til avtalt tid, kunne de lokalisere vedkommende. Dette understøttes av Pot m.fl. (2012), som mente at GPS i første rekke burde være et gode for personen med demens (14). Funn fra Trygge spor understøtter også at GPS kan være nyttig for personer med demens, og i tillegg opplever pårørende trygghet og avlastning (1). Å ha oppmerksomhet mot pårørende er viktig. Landau m.fl. (2010) hevder at pårørende bør ha en sentral rolle i beslutningsprosessen, fordi de kjenner brukeren best og vet hvor skoen trykker (15). I den nye pasientrettighetsloven er pårørende pålagt å være med i vurderings- og beslutningsprosessen når tiltak skal vurderes til personer med demens uten samtykkekompetanse. Pårørende eller verge, eventuelt personalet ved institusjonen, skal gjøre denne vurderingen (10). Å samarbeide med pårørende eller verge kan bety nye arbeidsoppgaver for ansatte, men er nødvendig for å ivareta brukerens behov og integritet. Pårørendes kapasitet og innsats må vurderes. Kan pårørende være støttepersoner i den daglige bruken av GPS, og hva trenger de for å kunne det? Pårørende får ofte en sentral rolle som støttepersoner i livet til personer med demens, og opplevelsen av kontroll i situasjonen, såkalt «locus of control», kan være avgjørende for mestringsgrad (16) og motivasjon. For at GPS skal være trygt for alle må det etableres klare ansvarsforhold rundt drift og rutiner for lokalisering.

Informantene oppfattet GPS som et hjelpemiddel og ikke som overvåkning. Holdninger til GPS har utviklet seg generelt i samfunnet de siste to - tre årene. Lovendringen fra 2013 medfører større grad av individualitet, vektlegger fleksibilitet og tar hensyn til den enkelte bruker (10, 17). Problemet er altså ikke hvorvidt GPS skal brukes, men snarere hvordan. Hva må være på plass for at GPS skal fungere som

et faglig forsvarlig hjelpemiddel? En viktig forutsetning er kompetanse i å kartlegge brukerbehov, vaner, rutiner og hva som er personens preferanser for hverdagslivet. Dunk m.fl. (2010) hevder at individuell kartlegging og rådgivning er nødvendig for å finne fram til den beste løsningen. Det må settes av tilstrekkelig tid slik at den som formidler GPS-en får et godt bilde av personens rutiner, samt hvilke hendelser som har skjedd, og med hvilken grad av risiko (18). Dette understøttes av Faucounau m.fl. (2009), som fremhever personsentrert tilnærming og hensyn til brukerens ønsker når teknologien skal skreddersys (19). Plastow (2006) hevder at terapeuter som skal vurdere brukerbehov for GPS i den hensikt å oppnå sikkerhet, må ivareta personvern og integritet hos den enkelte (20). Behovskartlegging har vært en sentral del av Trygge spor-prosjektet (1). Det er utarbeidet et kartleggingsverktøy som er tilgjengelig på nettet (21). «Det midtnorske teknologiprojektet» fant at kartlegging av brukerbehov var én ting, men å identifisere tiltak kunne være vanskelig (22). Prosjektet utviklet derfor et verktøy for kartlegging og som hjelp til å identifisere og planlegge tiltak (23).

Kunnskap om GPS-teknologi er en forutsetning for at personer med demens og pårørende kan nyttiggjøre seg tiltaket. GPS-teknologi leveres med ulikt utseende og funksjonalitet, og formidleren må vurdere hvilke produkt som best møter de individuelle behovene (24). Hvorvidt den skal ha nød-knapp, batteriets levetid, om det skal konfigureres et elektronisk gjerde, hvem som skal motta alarm og så videre, må vurderes. For at helsepersonell skal få tilstrekkelig kunnskap om hvordan teknologien fungerer, bør de prøve utstyret selv. I tillegg er det nødvendig å teste enheten i det området der personen pleier å gå, for å sjekke at det er dekning på mobilnettet. Uten slik kunnskap blir det vanskelig for helsepersonell å motivere tjenestemottakere og pårørende til å bruke GPS. Helsepersonell må derfor tilegne seg kunnskap om lokaliseringshjelpemidler og hvordan disse kan tilpasses den enkelte bruker og pårørende.

Det hersker i dag usikkerhet omkring hvem som har ansvar for hva, dersom GPS skal tildeles som en kommunal tjeneste. Funnene viser at kommuner som har deltatt i prøveprosjekter har fått unik kjennskap til produkt og løsning. Praktiske brukertesting har vist hvor det er svakheter i systemet, og man kan påpeke og utbedre disse. Imens vegrer andre kommuner seg for å ta i bruk ny teknologi og venter på en håndbok eller oppskrift på hvordan de skal

håndtere GPS. Å tildele GPS til en bruker er ingen lettvinnet løsning. Det kreves systematisk kunnskap-sinnhenting. Erfaringene tilsier at kommunene har liten tradisjon for det. Hvis kommunen skal få til innovative løsninger, må problemstillinger identifiseres og vurderes. Løsninger må utprøves og evalueres før man skalerer opp.

I fokusintervjuene kom det fram at helsepersonell gjerne kunne vurdere brukerbehov og gi innspill til hvordan teknologien burde tilpasses den enkeltes ressurser og situasjon. Imidlertid vegret de seg for å være den som installerte teknologien i hjemmene. De ønsket ikke å være den instansen som mottok alarmer, eller som måtte gi teknisk support. De ønsket å henvise til en ressursperson med slik kompetanse. Hvorfor er det slik? Kan det handle om ansvarsfraskrivelse, eller tilskrives manglende kompetanse? IKT-kompetansen synes å være for lav hos helsepersonell i dag. Dette er problematisk fordi inkompetanse og negative holdninger til velferdsteknologi fort fører til at teknologi faller i miskreditt. Innføring av teknologi i helse- og omsorgstjenestene stiller krav til kompetanse hos de ansatte slik at helsetjenesten er både likeverdig og faglig forsvarlig for mottakerne (1, 3).

GPS er en ny tjeneste i demensomsorgen. Hvis den og andre typer velferdsteknologi skal bidra til forsvarlig og trygg helsehjelp, må produktet og tjenesten fungere (1, 3). Nye tverrfaglige samarbeidsarenaer må etableres. IKT-kompetanse og kunnskap om produktet er viktige forutsetninger for å lykkes. Personens pårørende og fastlegen er naturlige samarbeidspartnere.

Informantene var usikre på hvem som hadde ansvar for å tildele og følge opp en person som hadde fått GPS. Å bli tildelt en GPS betyr ikke at man er 100 prosent trygg. Det vil alltid være risikoer, som at personen går ut uten å ta med GPS-enheten, at den ikke er ladet, eller at personen beveger seg et sted uten mobildekning. Det kan også være at tjenesten omkring tiltaket ikke er tilstrekkelig kvalitetssikret - at retningslinjer for lokalisering og henting mangler. Da vil ikke GPS gi den tryggheten man ønsker. I NOU 11 reises spørsmålet om hvorfor teknologien ikke tas i bruk når den finnes (25). Må det en holdnings- og kulturendring til i helsetjenesten? Dokumentasjon så langt tyder på at GPS bør bli et kommunalt tilbud til personer med demens, men det er mange uavklarte spørsmål knyttet til tjenesteutviklingen (1). Det er viktig at ledelsen i kommunen, politikere og beslutningstakere engasjerer seg. Kanskje kan det pågåen-



de «velferdsteknologiprogrammet» (26) gi oss svar på hva som skal til for at teknologi kan bli en integrert del av kommunal helse- og omsorgstjeneste?

## Konklusjon

Prosjekterfaringer viser at nøye brukerkartlegging med behovsanalyse er nødvendig før valg av produkt og konfigurering av løsningen. Det må foreligge prosedyrer for lokalisering og henting av personer som ikke finner tilbake til utgangsstedet. Behovet for opplæring av pårørende og ansatte er en forutsetning for å lykkes med teknologien. Ansatte må ha høy faglig og etisk bevissthet og anvende kunnskapen i vurderingen av GPS-bruken.

## Takk

Takk til deltakerne i fokusgruppeintervjuene som har bidratt med sine erfaringer og meninger. Takk til E. Aarsæther for figur 1 og innspill til tekst. Det er ingen uenigheter mellom forfatterne. Torhild Holthe har ledet studien og vært førsteforfatter. Bjørg Th. Landmark har vært moderator på fokusgruppene sammen med Torhild Holthe, og har deltatt i analysearbeidet og produsert tekst. Tone Øderud har deltatt i analysearbeidet og i utforming av tekst. Forfatterne har likeverdige rettigheter til artikkelen, da de samarbeider i Trygge spor-prosjektet. Korresponderende forfatter: Torhild Holthe, torhild.holthe@aldringoghelse.no.

## Referanser

- Ausen D, Svagård I, Øderud T, Holbø K, Bøthun S. Trygge spor - GPS-løsning og tilhørende støttesystemer for personer med demens. Innovasjonsprosjekt i offentlig sektor: SINTEF2013.
- Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 29 (2012-2013), Morgendagens omsorg. 2013.
- Helsedirektoratet. Fagrapport om implementering av velferdsteknologi i de kommunale helse- og omsorgstjenestene 2013 - 2030. 2012.
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven), (2011).
- Koester R. The Lost Alzheimer's and Related Disorders Search Subject: New Research & Perspectives. National Association of Search and Rescue, Chantilly, Virginia, 1998. p. 165-81.
- Rowe M, Bennett V. A looking at deaths occurring in persons with dementia lost in the community. Am J Alzheimer Dis Other Dement. 2003;18(343).
- Koester R, Stooksbury D. Behavioral profile of possible Alzheimer's disease patients in Virginia search and rescue incidents. Wilderness and Environmental Medicine. 1995;6:34-43.
- Koester R. Lost Person Behavior – A Search and Rescue Guide on Where to Look – for Land, Air and Water. dbS Productions, 2008.
- Aarsæther E. Redningstjeneste og personer med demens: Norsk Folkehjelp, 2014.
- Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven), LOV-1999-07-02-63, sist endret LOV-2013-06-21-79 fra 01.01.2014 (1999).
- Helse- og omsorgsdepartementet. Prop. 90 L (2012-2013) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi). 2013. Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2012-2013/prop-90-l-20122013/3.html?id=719109>.
- Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
- Astell A. Technology and personhood in dementia care. Quality in Ageing - Policy, practice and research. 2006;7(1).
- Pot A, Willemse B, Horjus S. A pilot study on the use of tracking technology: Feasibility, acceptability, and benefits for people in early stages of dementia and their informal caregivers. Aging & Mental Health. 2012;16(1):127-34.
- Landau R, Auslander G, Werner S, Shoval N, Heinik J. Who should make the decision on the use of GPS for people with dementia? Aging & Mental Health. 2010;1(7).
- Bruvik F. Persons with dementia and their family carers. Quality of life, burden of care, depression and the effect of psychosocial support: University of Oslo; 2014.
- Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak) Endringer i pasient- og brukerrettighetsloven mv. (bruk av varslings- og lokaliseringsteknologi), (2012-2013).
- Dunk B, Longman B, Newton L. GPS technologies in managing the risks associated with safer walking in people with dementia - a practical perspective. J of Assistive Technologies. 2010;4(3).
- Faucounau V, Riguier M, Orvoen G, Lacombe A, Rialle V, Extra J, et al. Electronic Tracking system and wandering in Alzheimer's disease: a case study. Annals of Physical & Rehabilitation Medicine. 2009;52:579-87.
- Plastow N. Is Big Brother watching you? Responding to tagging and tracking in dementia care. British Journal of Occupational Therapy, 2006;69:525-7.
- Øderud T. Kartlegging av brukerbehov - velferdsteknologi. [www.sintef.no/kartlegging2014](http://www.sintef.no/kartlegging2014).
- KS. Det Midtnorske velferdsteknologiprojektet2014.
- Velferdsteknologinettverket DM. Kartleggingsverktøy. <https://ogbedreskalvibli.files.wordpress.com/2014/07/kartleggings-verktc3b8y-med-veileder.pdf>. 2014
- Williams G, King P, Doughty K. Practical issues in the selection and use of GPS tracking and location technologies to support vulnerable people at risk of becoming lost or threatened. J of Assistive Technologies. 2011;5(3):146-51.
- NOU 11. Innovasjon i omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet; 2011.
- Helsedirektoratet. Nasjonalt Velferdsteknologiprogram. 2014. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/helse-og-omsorgstjenester/omsorgstjenester/velferdsteknologi/nasjonalt-velferdsteknologiprogram-nvp/Sider/default.aspx>.

# Almas hus

**Almas hus er en kunnskapstjeneste som bidrar i demensomsorgen i Oslo kommune.**

Av Sigrid Aketun, Ida Wulf Jacobsen og Ingrid Meaas

*Sigrid Aketun er ergoterapeut og jobber i Alma-teamet i Geriatrisk ressurscenter.*

*Ida Wulf Jacobsen er ergoterapeut og jobber i Alma-teamet i Geriatrisk ressurscenter.*

*Ingrid Meaas er fysioterapeut og jobber i Alma-teamet i Geriatrisk ressurscenter.*

**A**lmas hus er en lærings- og demonstrasjonsarena og en del av Geriatrisk ressurscenter i Helseetaten, Oslo kommune. Almas hus ble åpnet i 2012 og er etablert som svar på behovet for informasjon om hjelpemidler, velferdsteknologi og tilrettelegginger som kan være til nytte for personer med kognitiv svikt og demens i deres hverdag. Geriatrisk ressurscenter har organisert sin virksomhet i team i satsningsområdene geriatri, gerontologi, demens, psykisk helse og eldre og velferdsteknologi (Alma-teamet). Fram til nå har arbeidet i Almas hus hatt fokus på brukergrupper med kognitiv svikt eller demens og deres behov. Alma-teamet består av en tverrfaglig helsefaggruppe av ergoterapeuter, sykepleier, fysioterapeut og lege samt en ressursperson fra Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse.

## BAKGRUNN OG FØRINGER I DEMENSOMSORGEN

Det vanligste anslaget for forekomsten av demens i Norge i

dag er rundt 70 000 mennesker (Strand et al, 2014). Sjansen for å få en demenssykdom øker med alderen (Strand et al, 2014). Befolkningsframskrivninger tyder på en kraftig befolkningsvekst i de eldre aldersgruppene, og det forventes at andelen over 70 år er dobbelt så stor i 2040 sammenliknet med i dag (Tønnesen, Syse, Aase 2014). Ettersom andelen eldre i befolkningen øker, vil også andelen personer med en demensdiagnose øke dersom andre faktorer holder seg stabile.

Med dette følger utfordringer med hensyn til hvordan helse-sektoren kan løse fremtidens utfordringer for å opprettholde velferdsstaten og gi et godt helsetilbud til den eldre delen av befolkningen. En demensdiagnose skyldes sykdom i hjernen, og er uensartet, der blant annet vansker med hukommelse, orientering, forståelse, språk og atferdsendringer er noen av symptomene som kan gjøre seg gjeldende (World Health Organisation, 2012).

Nye teknologiske løsninger

inntar samfunnet i høy fart, og den yngre delen av befolkningen er godt bevandret i mulighetene dette gir til for eksempel sosial kontakt og forenkling av oppgaver. Velferdsteknologi kan høres uhåndgripelig ut, men er i bunn og grunn teknologiske løsninger benyttet innen helsesektoren som skal bidra til å skape trygghet, sikkerhet, selvstendighet, velvære, aktivitet og samfunnsdeltakelse både for brukeren og for pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011; rapport VT). Velferdsteknologi kan være medvirkende til at eldre mennesker kan opprettholde sosial kontakt med familie eller kontakt med hjemmesykepleie på en arena der de tidligere ikke har hatt anledning til dette. Velferdsteknologi kan videre fungere som en støtte til å huske medisiner og å spise og gi trygghet til brukeren selv og/eller pårørende gjennom for eksempel bruk av trygghetsalarm eller muligheter for sporing via GPS. Dette kan altså fungere som en støtte til et behov som er fremkommet av en demensdiagnose. Velferdsteknologi kan på denne måten være en del av en større helhet til hvordan vi kan møte fremtidens utfordringer i eldreomsorgen. Velferdsteknologi kan gi mulighet til at eldre personer med en demensdiagnose kan opprettholde sitt funksjonsnivå samt mestre å bo lenger i eget hjem (Helse- og omsorgsdepartementet 2011:99; Helse- og omsorgsdepartementet, 2012-2013).

Individuell tilpasning til den enkeltes brukers behov er nødvendig for at velferdsteknologiske løsninger skal fungere optimalt. Løsninger må revurderes og tilpasses, da funksjon og behov kan endres underveis. Videre er

det vesentlig å informere både pårørende og brukere om hvilke hjelpemidler som finnes, og hvordan de kan hjelpe i en spesifikk situasjon (Holthe, 2013). I denne forbindelse er Almas hus en relevant arena for kunnskapsformidling der det finnes tverrfaglig kompetanse innen velferdsteknologiske løsninger.

### DEMONSTRASJONSLEILIGHETEN ALMAS HUS

I Almas hus vises hvordan tilrettelegging av de fysiske omgivelsene, hjelpemidler og velferdsteknologi samlet kan gjøre hverdagen enklere og tryggere for eldre som bor i eget hjem eller på institusjon. Hjelpemidler og teknologi er satt inn i et gjenkjennelig og hjemlig miljø, og leiligheten er møblert og utstyrt som en vanlig leilighet.

Farger, kontraster og skilting benyttes som eksempler på tilrettelegging for en mer demensvennlig omgivelse. Smarthusteknologi, både trådbasert og trådløs, er også installert i Almas hus, og sensorer og varslingsteknologi kan prøves ut. En lysdesigner har valgt lamper og utformet en aldersvennlig lyssetting, og ulike lysscenerier kan demonstreres.

Alma-teamet og en faggruppe med representanter fra spesialist- og kommunehelsetjenesten valgte ut hjelpemidler og produkter som skulle vises i Almas hus. Det finnes produkter og løsninger fra om lag 30 leverandører. Utvalget er utvidet og omfatter alt fra avansert vanntåkeanlegg og sensorer til forskjellig bruk til produkter som kan kjøpes i ordinære butikker. Alt skal være i handel, og i Almas hus finnes derfor ikke produkter under utvikling. Hjelpemiddelsentralen i Oslo og

Geriatrisk ressurscenter tilbyr åpne visninger i Almas hus for publikum: personer med kognitiv svikt, eldre, pårørende, foreninger, helsepersonell og studenter; samt beslutningstakere: planleggere, politikere, arkitekter, rådgivere, helsepersonell og beslutningstakere. Visningen foretas av helsefaglig personell fra Alma-teamet. I 2014 har cirka 120 personer månedlig besøkt Almas hus, inkludert besøk fra utland.



*Geriatrisk ressurscenter utarbeidet veiledere for demensvennlige omgivelser.*



*I Almas hus er hjelpemidler og teknologi satt inn i et gjenkjennelig og hjemlig miljø.*



Akershus har et demonstrasjons-lager med kognitive hjelpemidler i Almas hus.

### **VEILEDER FOR DEMENSVENNLIGE OMGIVELSER**

Tilpasning av fysiske omgivelser kan bidra til at de kliniske symptomene ved demens blir mindre fremtredende, fordi et gjennomtenkt fysisk miljø kan gjøre det enklere for personer med demens å fungere i sine omgivelser (Bergland og Kirkevold, 2011). Personer med demens har ulike behov og trenger individuell tilpasning av omgivelsene (Holthe, 2013, van Hoof, Kort, van Waarde, & Blom, 2010). Med dette som bakgrunn har geriatrik ressursenter utarbeidet veiledere for demensvennlige omgivelser. Veilederne

beskriver fysiske miljøfaktorer og anbefaler løsninger rettet mot spesifikke områder og rom i boligen ([www.geria.no](http://www.geria.no)). Tilhørende veilederne er en sjekkliste for å vurdere i hvilken grad de fysiske omgivelsene er demensvennlige.

### **ALMA-KONTAKTTJENESTEN**

For å kunne prøve ut velferds-teknologiske løsninger ønsket ergoterapeuter å besøke Almas hus sammen med sine brukere. Erfaring tilsier at det kan være lettere å ta imot hjelpemidler etter å ha prøvd dem i gjenkjennelige og hjemlige omgivelser. For å imøtekomme dette behovet ble det utviklet et kurs for å utdanne Alma-kontakter som ble startet opp høsten 2013. Målsetningen er å dyktiggjøre helsepersonell som



ergoterapeuter, sykepleiere, fysioterapeuter og demenskoordinator eller -team til å bli Alma-kontakter, noe som innebærer å kunne invitere med seg egne brukere til Almas hus for å kunne utføre individuell funksjonsvurdering, kartlegge konsekvenser av kognitiv svikt og prøve ut produkter og løsninger i et demensvennlig miljø.

Det er hittil arrangert tre Alma-kontaktkurs med til sammen 23 deltakere. 13 av 15 bydeler i Oslo kommune har nå Alma-kontakter. Alma-kontakttjenesten er under oppbygging, og det er gjennomført 33 brukerbesøk i Almas hus. Flere av besøkene har ført til søknad om hjelpemidler eller innkjøp av hjelpemidler fra daglighandel.

Det tilbys jevnlig faglig oppdatering med hensyn til produkter og løsninger, og det arrangeres fagdager med temaer som Alma-kontaktene etterspør.

### KOMPETANSEHEVING

Almas hus benyttes i en rekke kompetansehevingsprogram som tilbys ved Geriatrikksressurssenter.

Fordypningskurset «Demensvennlige fysiske omgivelser» gjennomføres i samarbeid med Høyskolen i Buskerud og Vestfold, der det gis mulighet for å ta studiepoenggivende eksamen. Som en del av undervisningen benyttes Almas hus som arena for læring og utprøving av velferdsteknologiske løsninger.

I kompetansehevingsprogrammet «Demensomsorgens ABC» og fordypningskursene «Å leve med demens i hverdagen» og «Miljøbehandling/tillitsskapende tiltak» gis en generell omvisning i Almas hus.

I Almas hus holdes det jevnlig temakurs omhandlende velferdsteknologi som benyttes i forbindelse med temaområdene fall,

brann, ernæringssvikt og forvirring. Dette er områder der det er aktuelt å jobbe forebyggende innen demensomsorgen.

### FRA BEHOV TIL LØSNING OG TJENESTE

Geriatrikksressurssenter skal bidra til en god hverdag for eldre i Oslo, og Almas hus benyttes i dette arbeidet.

I forbindelse med utvikling av boligløsninger i bydelene i Oslo kommune har Alma-teamet blitt konsultert, og Almas hus benyttes i prosessen med å finne gode boligløsninger for personer med demens.

Nye digitale løsninger for trygghetsalarm der det er mulighet for mobil- og lokaliseringsløsninger vil fra våren 2015 implementeres i Oslo kommune. Dette er en ny digital trygghetsalarm som vil bli tilbudt eldre personer tilhørende bydelenes hjemmetjeneste. Alma-teamet har i denne forbindelse vært involvert i utprøving av GPS til personer med kognitiv svikt, demens eller stedsorienteringsvansker siden april 2014. Kartlegging og vurdering av brukers egnethet for å kunne benytte en GPS-løsning er gjennomført av helsepersonell i bydelene. Almas hus er møteplassen for samhandling mellom bruker og pårørende, helsepersonell fra bydel, leverandør av trygghetssentraltjenesten og forskningsinstitusjon.

### OPPSUMMERING

Kunnskapstjenesten Almas hus er en viktig bidragsyter til kompetanseheving og utvikling av demensomsorgen i Oslo. Alma-kontakttjenesten bidrar i formidlingen av velferdsteknologi, konkretisering av løsningene skjer gjennom visning av demensvenn-

lige omgivelser i Almas hus, og helsepersonell gis mulighet for økt kunnskap gjennom kompetansehevingsprogrammene. Dette gjør Almas hus til en attraktiv lærings- og demonstrasjonsarena i Oslo kommune.

### Referanser

- Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013). *Morgendagens omsorg* 2012-2013. Oslo: Fagbokforlaget (Meld.st. 29)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Innovasjon i omsorg*. Oslo: Fagbokforlaget (NOU 2011:1)
- Holthe, T., (2013) *Kunsten å skynde seg sakte... Formidling av kognitive hjelpemidler til personer med demens*, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse. Tønsberg: Forlaget aldring og helse
- Strand, B.H., Tambs, K., Engedal, K., Bjertness, E., Selbæk, G., Rosness T.A. (2014), Hvor mange har demens i Norge? Nr. 3 – 11. februar 2014, *Tidsskrift for den Norske Legeforening*, 3(134), 276 – 7 (doi: 10.4045/tidsskr.13.1601 (<http://tidsskriftet.no/article/3134370>))
- Tønnesen, M., Syse, A., Aase, K.N. (2014) Befolkningsframskrivninger 2014-2100. Hovedresultater. *Økonomiske analyser* 4/2014, 30-36
- World Health Organisation (2012) *WHO ICD-10: psykiske lidelser og adferdsmessige forstyrrelser: klassifisering og diagnostiske kriterier*. 1, utg, 17.rev. opl. København: Munksgaard
- Bergland, Å. & Kirkevold, M. (2011). Hvilke faktorer i de fysiske omgivelserne hemmer og fremmer funksjon, trivsel og velvære hos personer med demens. *Sykepleien forskning*, 6(1), 14-25.
- Van Hoof, J., Kort, H.S.M., van Waarde, H., & Blom, M. M. (2010). Environmental Intervention and the Design for Homes for Older Adults With Dementia: An Overview. *American Journal Of Alzheimer's Disease And Other Dementias*, 25(3), 202-232. Doi:10.1177/1533317509358885

# Møte Med Minner

**Demensrammede trenger kulturelle aktiviteter, og museene er en godt egnet arena for erindringsopplevelser. Møte Med Minner er et besøkstilbud for personer med demens som nå finnes på en rekke museer.**

Av Ellen Wasserfall



*Ellen Wasserfall er spesialkonsulent ved Geriatrisk ressursenter i Oslo kommune.*

**E**n person med demens trenger positive øyeblikk som gjør livet godt her og nå. Livet med en demenssykdom er ofte uoversiktlig og usikkert, og den demensrammede kjenner kanskje ikke lenger igjen verken seg selv, menneskene rundt eller omgivelsene. I tillegg svekkes gradvis evnen til å uttrykke seg og forstå andre. En demensrammet kan derfor bli trist og lei seg, kanskje også deprimert. Personer med demens har likevel behov for å uttrykke seg, bli forstått, sett og akseptert. Da kan en positiv opplevelse, for eksempel et møte med et kjent og kjært minne, gjøre tilværelsen tryggere og mer gjenkjennelig.

## ERINDRINGSARENA

Et museumsbesøk kan være en slik positiv opplevelse som kan bidra til at demensrammede får et bedre «her og nå». Erfaring viser også at meningsfylte og

positive aktiviteter, særlig om de er tilrettelagte, kan bidra til at demensrammede i større grad kan uttrykke seg og bruke gjenværende evner og ressurser. I tillegg til å være en hyggelig sosial og kulturell opplevelse, kan museet legge til rette for erindringsopplevelser som betyr noe for den enkelte person med demens. Her er gjenstandene og miljøene fra vår felleskulturelle arv. Et gjensyn med en Kurér-radio, en sykkel, en telefonkiosk eller et syskrin kan vekke personlige minner fra tidligere år, da man var frisk og aktiv. Det kan gi økt mestringsfølelse, som styrker selvtillit og egen identitet.

## DEMENSVENNLIGE MUSEER

For å utløse erindringsopplevelsene er det en stor fordel når rammen om, og innholdet i, museumsbesøket er «demensvennlig», det vil si tilrettelagt for målgruppen. Det handler blant

annet om hvordan gruppene tas imot, om skjerming, og om å begrense og tilpasse varigheten til hver enkelt gruppe. Formidlingen bør åpne for bruk av sansene og vektlegge erindringsdialog mer enn tradisjonell kunnskapsformidling. Mens evnen til å hente opp minnene er redusert, er minnene i seg selv som oftest intakte. De må bare hentes fram på en annen måte, nemlig via sansene. Og det er der museene kan spille på syn, hørsel, lukt, berøring og smak, slik at minnene kommer fram og gjenkjennes.

### FAGMILJØENE SAMARBEIDER

I Møte Med Minner-arbeidet bidrar de to fagmiljøene med sin kunnskap og kompetanse. Museene forvalter den felleskulturelle arven med bygningene, miljøene, gjenstandene og kunsten. De har den kulturhistoriske kunnskapen og dessuten erfaring i å formidle til grupper med ulike behov. Helsepersonell eller andre demensfaglige ressurser, for eksempel pårørende og frivillige, har sykdomskunnskapen og kjennskap til demensrammedes særskilte behov. De kjenner gjerne også livshistorien til den enkelte i gruppen. Med den kjennskapen kan de bidra til å forsterke formidlingen slik at den enkelte deltaker får en personlig erindringsopplevelse.

### ERFARINGER

Museene forteller om umiddelbare positive reaksjoner fra demensrammede selv. Det er tydelig at de opplever gode øyeblikk. Ledsagerne, for eksempel ansatte på sykehjem og dagsenter eller frivillige, fremhever at besøkene fungerer godt nettopp fordi de er tilrettelagte. Omviserne synes det er givende å jobbe med denne

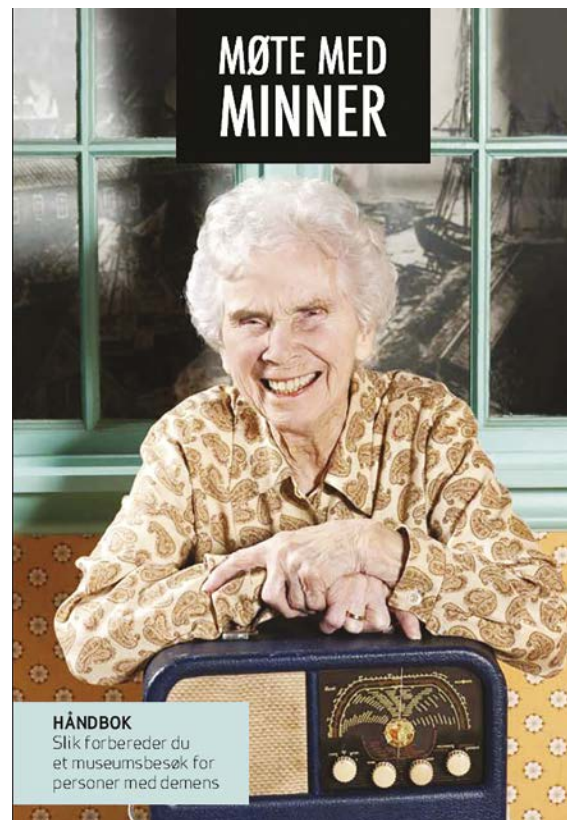
nye besøksgruppen, og forteller at de også lærer mye av dem.

### BEHOV FOR KULTURELLE AKTIVITETER

Bakgrunnen for Møte Med Minner-prosjektet er, foruten demensrammedes behov for kulturelle aktiviteter, også at antallet demensrammede forventes å dobles til omkring 140 000 i 2040. I Demensplan 2015 står det at man vil gjennom «... tilrettelegging av kultur og aktivitetstilbud, stimulere til økt livskvalitet», mens stortingsmeldingen «Kultur, inkludering og deltaking» nr 10 2010-2011 sier at «kultursektoren i større grad enn tidligere skal gå aktivt ut for å trekkje med nye deltakere og nå personer og grupper som står utanfor kulturlivet». Møte Med Minner-prosjektet er et bidrag i arbeidet med å nå disse målene.

### MØTE MED MINNER-PROSJEKTET

Møte Med Minner er et samarbeidsprosjekt (2011 - 2013) mellom Oslo Museum, Teknisk Museum og Geriatrik ressurssenter i Oslo kommune. Med midler fra Extrastiftelsen via Nasjonalforeningen, Kulturrådet og Helse- og sosialdepartementet skulle prosjektet stimulere til liknende tilbud på andre museer. Det er derfor etablert samarbeid med Ringve museum, Maihaugen, Skogmuseet, Kvinnemuseet, Ullensaker museum, Ibsenmuseet, Norsk Folkemuseum, Nasjonalmuseet for kunst, arkitektur og design og Botanisk hage i Oslo. I tillegg ble lokale demensfaglige ressurser, for eksempel frivillige i demensforeningene, demenskoordinator og andre ansatte i kommunehelsetjenesten invitert med i arbeidet på det enkelte sted.



«Møte Med Minner Håndbok - Slik forbereder du museumsbesøk for personer med demens» lastes gratis ned fra [www.geria.no](http://www.geria.no).



Møte Med Minner informasjons- og inspirasjonsfilm. Se [www.geria.no](http://www.geria.no).

# Møteplass for mestring

---

Av Bodil Skaar Olsen og Hilde Risvoll



*Bodil Skaar Olsen er spesialergoterapeut. Hun har arbeidet på N.K.S. Kløveråsen AS siden 1999. Fra 2008 har hun vært avdelingsleder ved poliklinikken.*



*Hilde Risvoll er lege. Hun ble spesialist i nevrologi i 2005. Hun har jobbet ved N.K.S. Kløveråsen kompetansesenter siden 2008.*

## Sammendrag

---

**Artikkelen belyser** Møteplass for mestring, som er et tilbud for yngre personer med demens og deres pårørende. Vi presenterer vår erfaring som medarrangører av Møteplass for mestring i Nord-Norge i 2013 og 2014, deriblant også erfaringer fra samtalegrupper for personer med demenssykdom. Vi gjengir noen av deltakernes synspunkter om samlingen, slik de framsto i fokusintervjuet tre - fire uker etter samlingen.

---





*Flere av deltakerne var gode fotografer. Dette bildet er tatt i Saltstraumen i 2013.*

## Bakgrunn for samlingen

Møteplass for mestring er kurs-samlinger for personer under 65 år som har en demenssykdom. Ti personer med demens kan delta på hver samling sammen med en av sine pårørende, vanligvis ektefellen, men barn og andre pårørende kan også være aktuelle. Samlingene er et ledd i Demensplan 2015 og finansieres av Helsedepartementet. Utarbeidelsen av konseptet er et samarbeid mellom Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. Målsetningen er å bidra til at yngre personer med demens og deres pårørende får informasjon, kunnskap og veiledning til å håndtere hverdagen med demenssykdom. Møteplass for mestring arrangeres sju steder i landet i regi av lokale arbeidsgrupper. Samlingene består av tradisjonell

undervisning, gruppesamtaler og sosialt samvær. I gruppesamtalene deler man deltakerne i en gruppe for personer med demens og en gruppe for pårørende. Det sosiale samværet er viktig for at deltakerne skal kunne knytte kontakter seg i mellom.

## MØTEPlass FOR MESTRING NORD-NORGE

Undertegnede har erfaring fra samlingene i Nord-Norge i 2013 og 2014. Vi skal også være med på å arrangere samling i 2015. Øvrige deltakere i den lokale arbeidsgruppa har vært demenskoordinator i Tromsø kommune Hilde Fryberg Eilertsen, psykologspesialist ved Alderspsykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge Fredrik Pedersen og frivillig fra Nasjonalforeningen Tromsø demensforening Roy Samuelson.

## N.K.S. KLØVERÅSEN AS

Kløveråsen er en institusjon som skal bistå kommunene i Nordland fylke med spesialisthelsetjenester innenfor demensomsorgen. Kløveråsen gir tilbud til utredning og behandling til mennesker med alderspsykiatriske lidelser og demenssykdommer. Kløveråsen består av poliklinikk, utredningsavdeling og undersyningsavdeling. Vi har avtale med Helse Nord RHF.

## **Erfaringer fra samlingene LITT OM DELTAKERNE MED DEMENS SYKDOM**

Vi rekrutterer deltakere fra de tre nordligste fylkene Nordland, Troms og Finnmark, og alle disse fylkene har vært representert. Alle deltakerne var hjemmeboende. De fleste var gifte eller samboere. To av deltakerne var enslige og kom sammen med sine barn. Yngste deltaker var 54 år. 58 prosent av deltakerne var kvinner, og 42 prosent var menn. De fleste deltakerne hadde diagnosen Alzheimer demens. Det var stor forskjell i hvor lenge deltakerne hadde hatt demenssykdom og hvilket funksjonsnivå de hadde. Noen hadde ganske store språkvansker, og noen av deltakerne hadde bevegelsesvansker. Ingen av deltakerne var avhengig av rullestol.

## **SAMTALEGRUPPEN FOR PERSONER MED DEMENS**

Deltakerne hadde mye på hjertet. Særlig ville de snakke om følelsesmessige reaksjoner på sykdommen og hvordan det er å skulle håndtere de økte utfordringene som sykdommen gir. Alle bidro, om noen mindre enn andre. De delte strategier, ga råd og trøstet hverandre. Deltakerne kom tydeligere og sterkere fram som personer i denne gruppen enn ellers. De viste engasjement og humor. Hovedtemaer til diskusjon i gruppen var åpenhet, førerkort og aktivitet.

## **SAMLINGEN SOM HELHET**

Gruppen fungerte godt sosialt fra første dag av samlingen. Vårt inntrykk er at det særlig var fellesaktivitetene og det sosiale programmet som bidro til dette. Under aktivitet ble skillelinjene mellom deltakere med demens, pårørende og fagpersoner visket ut. Her

kom ressursene og styrkene til personene med demens særlig godt fram, blant annet var flere av deltakerne meget gode fotografer og hadde gode kunnskaper om flere ulike felt, noe som blant annet kom fram under besøk til museum, smådyrpark og husflidsutsalg. I tillegg var de aller fleste av deltakerne i god fysisk form, noe vi så på fellesturene. Samlingene er lagt til kurssteder som ligger noe tilbaketrukket i naturskjønne omgivelser for å kunne legge til rette for hensiktsmessige aktiviteter også utendørs. Vi har spesielt god erfaring med fotoutstilling av bilder tatt under samlingen, primært av personer med demens. I ettertid ble fotografiene et minne om samlingen. Vi hadde aktiviteter inne med sanghefte og quiz, utformet på en slik måte at både personer med og uten nedsett kortidshukommelse skulle ha forutsetninger for å delta. Dette fenget og ga stort engasjement.

Ut fra egen erfaring og i følge deltakernes tilbakemeldinger var det en fin fordeling mellom undervisning, gruppesamtaler og aktiviteter/sosialt samvær. Det viste seg at de fleste deltakerne var godt informert om demens. Likevel var undervisning og informasjon om demens en viktig del av samling, som basis for videre diskusjon i samtalegruppene. Flere av deltakerne, både personer med demens og pårørende, fremhevet at det var lærerikt å se andre med demens i ulike stadier av sykdommen. Likemannsarbeid var sterkt i fokus. Det å snakke med andre i samme situasjon ble trukket fram som svært nyttig.

Flere av de pårørende hadde vært redde for at personen med demens skulle oppleve samlingen som for følelsesmessig belastende. Alle sa i ettertid at dette

ikke hadde vært et problem, men at det tvert imot hadde vært en trygg arena.

## **HVA HAR SAMLINGEN HATT Å SI FOR DELTAKERNE I ETTERKANT?**

Alle vi har vært i kontakt med, har opplevd positive endringer etter samlingen, selv om mye var som før. Noen ble mer bevisste på viktigheten av å ta vare på eget nettverk og begynte å ta mer direkte kontakt selv. Flere har meldt seg inn i Demensforeningen og deltatt på pårørendekurs. Noen skaffet seg mer hjelp fra kommunen, som for eksempel støttekontakt og dagsenterplass. Noen av deltakerne har holdt kontakt med hverandre i ettertid.

Flere syntes det var blitt lettere å snakke om sykdommen, både innad i familien og med andre. Selv om mange av deltakerne hadde vært åpne om sykdommen også før samlingen, sa de fleste at det var enda lettere etter samlingen. Vi kjenner til tre par som har stått fram i lokalavisen etter samlingen.

## **KLIPP FRA FOKUSINTERVJU MED DELTAKERNE MED DEMENS**

*«Jeg har lært å være mer åpen og har blitt sterkere som menneske. Tidligere begynte jeg bare å gråte når jeg skulle snakke om sykdommen. Trenger ikke skjule sykdommen. Som en stein har sluppet taket. Har fått lettere for å snakke om følelsene rundt sykdommen, var mer innesluttet og lukket før. Jeg hadde tidligere et mer overflatisk syn på sykdommen. Merket det kun med stress. Å se mennesker med demenssykdom i ulike faser fikk meg til å tenke. Noe av det vi gjennomgikk på kurset, var tøft. Gråt litt. Men vi har ikke vondt av å se det slik det er. Veldig bra,*

*veldig trist! Har jo opplevd dette før med min egen mor, vet jo hva det er».*

### KLIPP FRA FOKUSINTERVJU MED PÅRØRENDE

*«Eneste sted jeg har kunnet snakke om de følelsesmessige sidene med min ektefelles demenssykdom. Vil skåne barna, de har egne omsorgsroller i forhold til sine barn. De har nok med sitt. Folk sier «ta vare på deg selv». Det er lett å si, men vanskelig å gjennomføre i praksis. Jeg har følt meg alene. Jeg følte meg styrket etter samlingen. Jeg har ikke blitt sett som pårørende tidligere. Har mer forståelse for hva ektefellen går gjennom, og at ektefellens oppførsel er normal relatert til den sykdommen vedkommende har. Nåtiden er lett å snakke om, fremtiden er vanskelig. Vil skyve det unna, vil leve dag for dag, som en overlevelsesstrategi.»*

### HVA HAR SAMLINGEN HATT Å SI FOR OSS SOM FAGPERSONER

Samlingene har først og fremst lært oss enda mer om ressursene til personer med demens. Dette gjelder både sosialt, evnen til å delta i aktiviteter og å kunne snakke om følelsesmessig vanskelige temaer. Vi lærte mye av å være sammen med personene med demenssykdom over så lang tid (torsdag til søndag) og i en setting som ikke bar preg av institusjonsmiljø på noen måte. Det var positivt å bli utfordret på egne grenser mellom å være privatperson og fagperson. Vi er ydmyke og takknemlige for å ha fått lov å delta. Vi mener vi har utviklet oss som fagpersoner, selv om vi har mange år bak oss innen fagfeltet.

### Konklusjon

Vi synes konseptet Møteplass



Bilde tatt på Sommarøy i 2014.

for mestring er et meget godt tilbud til yngre personer med demens, særlig i et tidlig stadium av sykdommen. Vi har lært at gruppesamtaler er godt egnet for personer med lett til moderat grad av demens. Både personer med demens og deres pårørende har stort behov for å møte andre i lignende situasjon, særlig andre i samme aldersgruppe, for å utveksle erfaringer. Ingen av deltakerne hadde hatt mulighet til dette før samlingen, selv om alle deltakerne kom fra kommuner med by- eller storbystatus. Særlig de følelsesmessige sidene ved sykdommen var det stort behov for å få snakke om.

Vi observerte at deltakerne med demens hadde stort utbytte av aktiviteter som var relativt utfordrende. De viste stort engasjement og utholdenhet, langt ut over hva vi hadde forventet. Vårt inntrykk, bekreftet av uttalelser fra deltakerne selv, er at alle deltakerne kom styrket ut av samlingen.

Vi opplevde at deltakerne fikk økt mot, bedre selvtillitt og mer kraft til aktivt å forbedre sin livssituasjon. Blant annet etterspurte deltakerne med demens undervisning i hva de selv kunne gjøre

for å vedlikeholde sitt funksjonsnivå.

Vi vil takke alle deltakere og medarrangører for fine og lærerike samlinger! I tillegg vil vi takke Helsedepartementet, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse for å ha planlagt, utarbeidet konseptet og finansiert samlingene. Vi vil også takke følgende lokale sponsorer: Bodø Sanitetsforening, Fauske Sanitetsforening, Mo Sanitetsforening, Nasjonalforeningen Troms fylkeslag, Rønvik Sanitetsforening, N.K.S. Kløveråsen AS, Svolvær Sanitetsforening og Tromsø Sanitetsforening.

Takk til Marit Forsberg, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse og May Hilde Gaarden, Nasjonalforeningen for folkehelsen for gjennomlesing av manuskript! Vi har fått tillatelse fra deltakerne som vi har gjort fokusintervju med til å publisere utdrag fra intervjuene.

### Referanser

<http://helsekompetanse.no/fagnett-pa-rorende/26318>

<http://helsekompetanse.no/fagnett-pa-rorende/15937>

# Marte Meo-metoden i demensomsorgen

**Marte Meo er en kommunikasjons- og relasjonsorientert veiledningsmetode utviklet på 1970-tallet av Maria Aarts fra Nederland. Marte Meo kommer av det latinske uttrykket mars maris og betyr «av egen kraft».**

Av Laila Helland



*Laila Helland er ergoterapeut og fagkonsulent ved N.K.S. Olaviken alderspsykiatriske sykehus. Hun har tatt videreutdanning i Helse- og sosialadministrasjon og er utdannet Marte Meo-veileder. Hun er i sitt arbeid tilknyttet sykehusets FoU-avdeling og poliklinikk.*

Metoden er spredt internasjonalt til over 40 land. I Norge har metoden vært benyttet innen områder som barnevern, skole, barnehager, helsestasjoner og psykiatritjeneste. Fra år 2000 har den vært benyttet overfor personer med demens. Filmsekvenser av dagligdagse samhandlingssituasjoner benyttes i veiledning av omsorgspersonale for å finne nye løsninger når samspillet blir vanskelig. Målet er å fremme aktiv deltakelse i eget liv; at en ved hjelp av funksjonsstøttende kommunikasjon kan bidra til at personen med demens får benytte ressursene sine og bevare identiteten så lenge som mulig. De funksjonsstøttende elementene bygger på grunnleggende prinsipper for mellommenneskelig samhandling, der behovet for å bli sett og bekreftet står sentralt.

## **FUNKSJONSSTØTTENDE KOMMUNIKASJON**

I samhandling med personer med demens er det viktig å tilrettelegge forhold i omgivelsene slik at personen kan få best mulig forståelse av situasjonen. Personen vil ofte ha behov for å bli vennlig og tydelig ledet gjennom de ulike handlingssekvensene. God samhandling innebærer at personen og hjelper har felles oppmerksomhetsfokus, og at det er god rytme mellom personens egne initiativ og responsen på disse. Ved å tilrettelegge ut fra den enkeltes forutsetning, kan en bidra til større grad av trygghet og mestring og unngå at personen blir desorientert, forvirret og opplever angst.

## **GRUNNELEMENTENE**

Grunnelementer for funksjonsstøttende kommunikasjon brukt i Marte Meo er at:

- *kontaktetablering mellom hjelper og personen med demens skjer på en trygghetsskapende og tillits-*



*vekkende måte.* Ved å bli møtt med et smil og et engasjert kroppsspråk kan pasientens utrygghet og angst for å mislykkes dempes, og forventninger om å lykkes styrkes.

- *personens oppmerksomhet og initiativ blir fulgt og satt ord på.* Omsorgspersonen er oppmerksom på pasientens behov og initiativ og benevner og bekrefter dette med ord, lyder eller mimikk.
- personen får:
  - *trinnvis informasjon om det som skjer og skal skje.* Informasjonen må være tilpasset den enkelte, være konkret og forankret i situasjonen «her og nå».
  - *anerkjennelse underveis i handlingsforløpet.* Omsorgspersonen bekrefter pasienten og gir anerkjennelse verbalt i form av utsagn som «fint» eller «bra», eller nonverbalt i form av smil, nikk og andre positive signaler.
  - *støtte til å starte og avslutte handling.* Pasienten veiledes ved hjelp av stemmebruk og/eller bevisst berøring.
  - *individuell tilpasset fysisk berøring.* Omsorgspersonen håndleder om nødvendig pasienten til for eksempel å starte handling, eller gir om nødvendig fysisk nærhet ved angst.
  - *støtte til å tåle ubehag.* Omsorgspersonen gir støtte til pasienten ved følelsesmessig inntoning i stemmen, og ved å anerkjenne personens uttrykk for smerter og ubehag.
  - *støtte til å presentere seg selv og reagere på andre.* Omsorgspersonen støtter pasienten til å opptre sosialt, ved å benevne pasientens og andres reaksjoner, og ved å presentere personene for hverandre.

## MARTE MEO I PRAKSIS

Jeg ble sertifisert Marte Meo-veileder i 2007. De siste par årene har en del av stillingen min vært knyttet opp mot vår alderspsykiatriske poliklinikk. I den sammenheng praktiserer jeg metoden overfor pasienter på sykehjem i tilfeller der det er gjort polikliniske vurderinger og der Marte Meo-oppfølging blir anbefalt og tilbudt som tiltak ved utfordringer i samhandling mellom hjelper og pasient. Ved å starte Marte Meo-veiledning poliklinisk kan innleggelser unngås.

Før det filmes, får pasient, pårørende og personale informasjon om metoden. Har pasienten samtykkekompetanse, gir han eller hun tillatelse til filming. Forstår ikke pasienten konsekvensen av å bli filmet, journalføres det. Da signerer pårørende



*Slik kan en veiledning foregå på en avdeling som bruker Marte Meo-metoden.*

et informasjonsskjema med orientering om hensikt, fremgangsmåte og prosedyre for sletting av filmer. Pasientens egne ønsker blir vurdert fortløpende, og filming blir avbrutt og filmen slettet dersom pasienten verbalt eller nonverbalt gir uttrykk for å være utilpass i situasjonen eller ikke ønsker å bli filmet.

En filmer pasienten og én, eventuelt flere, hjelpere en eller flere ganger i hverdagssituasjoner som morgenstell, forflytning, måltider, aktiviteter og lignende. Filmen kan være på noen minutter. Filmen analyseres før deltakende personale får veiledning. Fokuset er på de sekvensene der kommunikasjonen fungerer bra. Under veiledningen reflekterer en rundt pasientens perspektiv i situasjonen, hvilke behov og opplevelser pasienten formidler gjennom sin atferd, og pasientens reaksjoner på hjelpers tilnærming. Dette gjøres ved å vise små sekvenser av filmen som gjerne spoles frem og tilbake flere ganger. En blir enige om konkrete tiltak for videre utprøving, tiltak som går på rammebetingelser, og funksjonsstøttende kommunikasjon. En rammebetingelse kan være å øke temperaturen i rommet før morgenstellet. Funksjonsstøtte kan være at en påkaller

pasientens oppmerksomhet ved å gå tett inntil, sier navnet, tilstreber øyekontakt og smiler vennlig. Tiltakene blir beskrevet i pasientens tiltaksplan. Filmer en flere ganger, skjer det på samme måte. Når vi er kommet fram til tilfredsstillende løsninger, avtales en fellesveiledning der flest mulig av de som arbeider med pasienten deltar. Dette skjer oftest i et vaktskifte. I samarbeid med primærkontakt og avdelingsleder blir det satt opp en tiltaksplan alle skal følge. Etter fellesveiledningen blir filmene slettet. Hver filming og veiledning blir dokumentert i poliklinikens journalsystem. Etter endt oppdrag sendes en oppsummering til innsøkende lege.

Marte Meo er en god metode for å fremme hverdagsaktiviteter for personer med demens. Riktig tilnærming til den enkelte vil stimulere til bedre funksjon både fysisk, psykisk og sosialt. Metoden er også nyttig som ledd i funksjonsvurderinger for lettere å tilpasse verbal og praktisk hjelp på riktig nivå. Metoden er personorientert ved at en går inn i detaljer på hva som er viktig i samhandling for

akkurat denne personen. Personer med demens har ikke alltid forståelse for egne behov og kan motsette seg nødvendig helsehjelp. Det kan da bli nødvendig med tvangsvedtak etter Lov om pasient- og brukerrettigheter kap. 4 A. Vi har erfaring for at Marte Meo som tillitsskapende tiltak kan forhindre slike vedtak, eller en kan oppheve eksisterende vedtak. Marte Meo-metoden har i mange år vært benyttet overfor pasienter som har vært innlagt ved vårt sykehus. Filmer blir vist ved tilbakeføring av enkelte pasienter.

#### Litteratur:

Munch, M. *Marte Meo som veiledningsmetode*. I KL. Smedbye & AM Rokstad (red) *Personer med demens: Møte og samhandling* (s 312-339), Oslo: Akribe forlag, 2008.

Munch, M. og Skram, M. *Marte Meo – en konkret personsentrert kommunikasjonsmetode*. Demensomsorgens ABC Miljøbehandling, hefte 4. Forlaget Aldring og helse, 2012.

Hafstad, R. *Funksjonsstøttende kommunikasjon med eldre som har svake og vanskelig tolkbare signaler*. Os: Institutt for familie og relasjonsutvikling. 2002.



**WWW.TERRENGEN.NO** - fortsetter der veien slutter

Terrengen er et norsk firehjulsdrevet terrenggående hjelpemiddel som fortsetter der veien slutter.

Godt utstyrt, og har blant annet trinnløs regulering av hastighet. Terrengen tilpasses brukere med spesielle behov.

Terrengen er konstruert for ferdsel i et krevende og typisk norsk terreng, med marktrykk lavere enn en person som går på beina! Terrengen er bensindrevet og har en meget lang rekkevidde.

**Utsvingbart sete med tilt**

**Terrengen AS**  
Stamnan, 7392 Rennebu  
Telefon 72 42 65 60 - Telefax 72 42 54 20  
E-post: info@terrengen.no - Web: www.terrengen.no  
Org.nr: NO 979 949 979 MVA



# Temanummer om hverdagsmestring

Hverdagsmestring handler om mestring av hverdagsaktiviteter.

**D**et er et forebyggende og rehabiliterende tanke-sett som styrer blant annet hverdagsrehabilitering.

## SKRIVE ARTIKKEL?

Vi planlegger et temanummer om hverdagsmestring i desember 2015. Hvis du har lyst til å skrive en artikkel selv, eller har en idé om stoff som passer inn i dette temanummeret, ta kontakt med Else Merete Thyness på epost: [emt@ergoterapeutene.org](mailto:emt@ergoterapeutene.org)

*Frist for innsending av artikler er 15. august.*



*Active*<sup>®</sup>  
by **ACCESS  
VITAL**

*Med Active rullatoren kommer du deg enkelt og trygt ut og fram!*



Store hjul for trygghet og komfort holder rullatoren stabil. Moderne, prisbelønnet design.



Ekstraustyr som ski, hjelper deg gjennom sludd og snø. Hjulene stikker ut under slik at du kan gå inn på butikken uten å ta skiene av.



Bremsekablene er skjult inne i rammen, for å unngå at de skal hekte seg fast i gjenstander når du går.



Ekstraustyr som seteputer i syv forskjellige farger, ryggstøtte og mye annet er også tilgjengelig.

Access Vital AS, Postboks 430, 2303 Hamar T: 95 76 10 00  
E-post: [rolator@accessvital.no](mailto:rolator@accessvital.no) [www.active-walker.com/norsk](http://www.active-walker.com/norsk)  
Active er på bestillingslisten hos NAV

# Livsarket mitt

## TRIVSEL OG VERDIGHET I FOKUS NÅR JEG TRENGER HJELP I HVERDAGEN

Forbundet Sveriges Arbetsterapeuter utarbeidet i 2011 «Livsboken. Var dig själv – hela livet ut!» ([www.fsa.se](http://www.fsa.se)). Med dette som utgangspunkt lagde Ergoterapeutforeningen i Danmark et hefte tilpasset danske forhold «Der er noget, du skal vide om mig...». Begge heftene er på over 20 sider.

Av Liv Hopen

For å legge til rette for at travle fagfolk skal rekke å lese det som står, valgte Ergoterapeutenes Seniorforum å lage en kortere versjon: «Livsarket».

### HENSIKTEN MED LIVSARKET

For personer som på grunn av alder eller sykdom ikke lenger kan snakke, huske eller klare hverda-

Livsarket egner seg særlig hvis jeg p  
lenger kan snakke, huske eller klare h  
er ment som **stikkord for tanker og**  
som bør skrives opp.

- Venner og kontaktpersoner
- Min familie
- Husdyr
- Min yrkesbakgrunn
- Mine interesser
- Personligheten min
- Viktige hendelser
- Samliv, kroppskontakt
- Håndtrekninger jeg gjerne vil ha
- Tradisjoner
- Samfunnsengasjement
- Forhold til livssyn og verdier
- Forhold til friluft og natur
- Søvn, hvile og kveldsrutiner
- Aktiviteter i hverdagen

  
ergoterape

gen selv, skal Livsarket fortelle andre om livet de har levd, om hvilke vaner de gjerne vil holde på, og om det er noe de helst vil unngå.

Ved å samle tanker og opplysninger som er viktige for den det gjelder, kan omgivelsene lettere vite hvordan den hjelpetrenende skal få en bedre hverdag.



på grunn av alder eller sykdom ikke  
hverdagen selv. Punktene nedenfor  
**samtaler** som kan få fram forhold

- Situasjoner der jeg helst vil  
være alene
- Mat, drikke og matvaner
- Noe jeg ikke fordrar
- Kjerringråd jeg bruker
- Forhold til fysisk aktivitet
- Klær jeg trives i
- Ønsker ved personlig stell
- Selv om jeg strever, er det noe  
jeg helst vil klare uten hjelp
- Musikkvalg
- Lyd
- Lys eller mørke
- Varme eller kulde
- Noe jeg er redd for
- Hva jeg liker å omgi meg med

utene

# LIVSARKET MITT

- til deg som møter meg i hverdagslivet

LIVSARKET er en fortelling om meg og mitt liv.  
Jeg vil at du skal vite hva som får meg til å trives.

Elektronisk utgave, se [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org)

Utarbeidet av Ergoterapeutenes Seniorforum januar 2015  
etter idé fra den svenske «Livsboken» ([www.fsa.se](http://www.fsa.se))

Livsarket avsluttes med dato for  
oppdatering og med setningen:  
– Takk for at du hjelper meg  
akkurat passe!

## TILBAKEMELDINGER

Fra ansatt ved sykehjem:

– Et slikt ark skulle jeg ønske vi  
hadde hatt på flere beboere! Her  
er så ofte vaktskifte med nye folk.

Fra kommuneergoterapeut:  
– Raskt og oversiktlig – det  
liker vi!

Fra pårørende:

– Jeg skal ramme inn Livsarket  
og sette det på veggen i rommet  
til moren min på sykehjemmet.

Elektronisk utgave av Livsarket  
finner du på [www.ergoterapeutene.org](http://www.ergoterapeutene.org).



## ERGOTERAPI ER VIKTIG FOR MENNESKER MED DEMENS

**– De nasjonale retningslinjene for demens i Storbritannia anbefaler ergoterapeuter. Det gjør noe med selvtilliten til ergoterapeutene som jobber på dette området. Nyslått generalsekretær i WFOT og forsker på demens Richard Ledgerd var en av hovedinn lederne på Ergoterapeutenes kurs i Ergoterapi og demens i høst.**

Av Else Merete Thyness

**R**ichard Ledgerd var ferdig utdannet ergoterapeut ved Universitetet i Liverpool i 1993. Med unntak av en kort periode hvor han var ansatt i «The British Association of Occupational Therapists», har han hovedsakelig jobbet med mennesker med kognitiv svikt og demens. I de første årene var han ute i klinisk praksis. Nå jobber han som forsker ved National Health Service Foundation Trust.

– Jeg elsker dette arbeidsfeltet. I England har ergoterapeuter en veldig «high standing» innenfor demensomsorgen. Vi er for

*Richard Ledgerd er forsker ved National Health Service Foundation Trust i London. På «fritiden» er han blant annet generalsekretær i WFOT.*

eksempel en selvskreven del av det tverrfaglige helseteamet som jobber med en bruker i hans eller hennes eget hjem.

### LEV GODT MED DEMENS

Omlag 800 000 mennesker lever med demens i England. Av disse bor to tredjedeler hjemme. I 2009 publiserte Helsedepartementet i England en nasjonal strategi for demens: Lev godt med demens.

– Denne strategien har hatt stort betydning for ergoterapeuter. Blant annet ble det opprettet 600 hukommelsesklinikker hvor ergoterapeuten fikk en sentral

## We love memory clinics, since they love occupational therapists

Richard Ledgerd

rolle både ved kartlegging og behandling, forteller Richard.

I Storbritannia er det etablert et «Memory Service National Accreditation Programme» som blant annet arbeider med godkjenningsordninger for helsetilbud innen demensomsorgen. De har satt opp et sett kriterier for hva som kjennetegner en god hukommelsesklinikk. Et av disse kriteriene er at personer med demens skal ha tilgang til ergoterapi.

– Derfor er ergoterapeutene selvskrevne ved hukommelsesklinikken. «We love memory clinics, since they love occupational therapists», sier Richard.

### STRATEGISVAR 2018

I 2004 ble han valgt til generalsekretær i World Federation of Occupational Therapists (WFOT). Før det hadde han sittet seks år i styret.

– Mine ansvarsområder var utvikling og promotering. Jeg jobber blant annet med Verdens Ergoterapidag, Facebook og WFOT-bulletin, forteller han.

Han kom i kontakt med styret i WFOT da han sendte dem en e-post med spørsmålet: «Hvor mange ergoterapeuter er det i verden?» Svaret han fikk var: «Det vet vi ikke, men det ville vært flott om noen kunne finne det ut.»

– Da designet jeg «Occupational Therapy Human Resources Project». Denne undersøkelsen kjører vi annethvert år. Vi undersøker blant annet hvor mange ergoterapeuter det er i de forskjellige landene, hvor mange utdanningsplasser de har, og på hvilke områder ergoterapeuter jobber. Svarene blir presentert i lettfattelige grafer.

– I hvilken retning vil du lede verdens ergoterapeuter?

– Vi har laget en strategiplan fram mot 2018. Her fokuserer vi på utdanning, utvikling av praksis og promotering av ergoterapifaget.

Richard er også opptatt av hvordan Verdensforbundet kan nyttiggjøre seg teknologi og på den måten fremme kommunikasjonen mellom landene.

– Som en internasjonal organisasjon er det viktig å kunne gjøre seg erfaringer nasjonalt og så kunne dele dem internasjonalt.

En annen viktig prioritering for WFOT er å være på arenaer hvor de kan ha innflytelse.

– Vi har for eksempel et utmerket samarbeid med Verdens Helseorganisasjon, og det skal vi fortsette med.

### LIKER ALT VED DETTE LANDET

Richard har bare vært i Norge én gang før. Det er femten år siden nå, så det var på tide han kom tilbake.

– Jeg liker alt ved dette landet: menneskene, maten, naturen, arkitekturen og historien.

– Lærte du noe av deltakerne på seminaret?

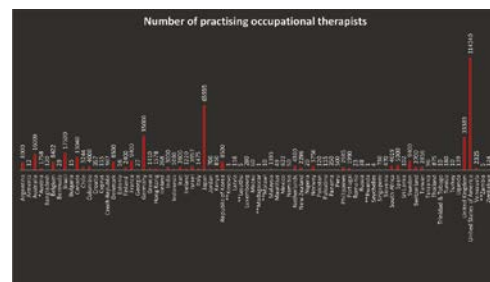
– Jeg lærte veldig mye. Noen innlegg handlet om ergoterapeuter i praksisfeltet, mens andre fokuserte på forskning på ergoterapi og demens. Jeg har fylt en hel blokk med informasjon om temaer jeg har lyst til å jobbe videre med.

– Hva håper du at de lærte av deg?

– Jeg håper de fikk med seg hvilken viktig rolle ergoterapeuter spiller i å møte behovene til personer med demens.



Torhild Holthe, Nils Erik Ness, Richard Ledgerd, Kjersti Vik, Linda Stigen og Anne Lund ledet kurset «Ergoterapi ved kognitiv svikt og demens».



Denne grafen er hentet fra WFOT Human Resources Project 2014 og viser antallet ergoterapeuter på verdensbasis. <http://www.wfot.org/resourcecentre.aspx>

**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



## Ergoterapeuter og førerkortvurdering

**17. – 18. SEPTEMBER 2015**

Bilkjøring er ofte en forutsetning for å kunne leve et aktivt liv. Av hensyn til trafikk sikkerheten 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.



### 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

**N**orsk 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.



## Ergoterapi for barn og unge

### BETYDNINGEN AV ERGOTERAPEUTENS HOLDNINGER OG KOMMUNIKASJON FOR Å FREMME AKTIVITET OG DELTAKELSE.

12. og 13. oktober med en oppfølgingsdag 4.november 2015

**Arrangør:** Norsk Ergoterapeutforbund i samarbeid med Region Midt, Ergoterapiavdelingen, Klinikk for klinisk servicefunksjon ved St.Olavs Hospital og Trondheim kommune.

**Faglig ansvarlig:** Ann-Christin Eliasson, ergoterapeut og professor ved Astrid Lindgren hospital and Habilitering & hälsa og Ann-Kristin G. Elvrum PhD student og Ergoterapispesialist i barns helse Klinikk for kliniske servicefunksjoner St. Olavs Hospital.

**Kurssted:** Trondheim

Barn og unge utvikler seg og lærer gjennom lek og aktivitet i samspill med sine fysiske og menneskelige omgivelser. Ergoterapeutene er en faglig ressurs som fremmer barn og unges utvikling og livsmestring gjennom å muliggjøre og tilrettelegge for aktivitet og deltagelse. Barn og unge kan ikke forstås og behandles uavhengig av familien.

Dette kurset har som mål å se nærmere på ergoterapeutens bidrag som faglig ressurs for å støtte barnet og familien for å fremme utvikling og læring. Det er derfor viktig at ergoterapeuter reflekterer over sine egne holdninger og terapeutiske tilnærming. Kurset representerer en løsningsfokustert tilnærming.

Deltakerne skal i forbindelse med kurset ta utgangspunkt i et barn/familie de selv arbeider med. De skal gjøre opptak av og diskutere egen intervensjon. Deltakerne må også sette seg inn i noe litteratur.





Aktivitet og deltakelse for alle.  
Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem



**ms-forbundet**  
en bedre hverdag

## MS-konferansene 2015

**Tema:** PROGRESSIV MS – Fokus på mestring

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

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

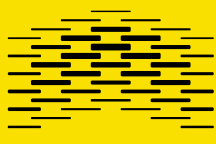
**Konferansesteder:**

Fredag 20. mars Clarion Hotel, Stavanger  
Torsdag 28. mai Quality Hotel & Resort, Sarpsborg  
Fredag 29. mai Rica Parken Hotel, Ålesund  
Tirsdag 9. juni Hotell Scandic, Hamar

Fredag 11. september Scandic Nidelven Hotel, Trondheim  
Tirsdag 22. september First Hotel Ambassadeur, Drammen  
Onsdag 14. oktober Quality Hotel & Resort, Kristiansand  
Torsdag 22. oktober Clarion Hotel The Edge, Tromsø  
Onsdag 28. oktober Quality Hotel Grand Farris, Larvik

**For påmelding og ytterligere informasjon:**

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



HØGSKOLEN I OSLO  
OG AKERSHUS

**Klar for å gjøre en  
større forskjell?**

Videreutdanning i

## **Ergoterapi innenfor allmennhelse**

Utdanningen består av to emner:

- Ergoterapeutisk intervensjon og tjenesteutvikling, 20 studiepoeng
- Prosjektoppgave, 10 studiepoeng  
Oppgaven knyttes til utviklings- og endringsarbeid på egen arbeidsplass

Deltid over et år med fire ukessamlinger, studiestart høsten 2015, i uke 36.

**Søknadsfrist 1. mars**

- eller så lenge det er ledige studieplasser

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

Kontaktperson: [dorte.norenberg@hioa.no](mailto:dorte.norenberg@hioa.no)

*Studiet kan innpasses i det nye master-programmet i ergoterapi, som etter planen starter i 2016. Studiet kan inngå i søknad om Norsk Ergoterapeutforbunds spesialistgodkjenning.*



**LHL-klinikkene**  
Glittre

### **Ergoterapi for personer med lungesykdom 16. og 17. april 2015**

Personer med KOLS eller annen lungesykdom er en voksende brukergruppe.

Vi ønsker velkommen til kurs på LHL-klinikkene Glittre med temaene:

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

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

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

**Program, påmelding og praktisk informasjon** finner du på: [www.lhl.no/klinikkene/kurs-og-konferanser](http://www.lhl.no/klinikkene/kurs-og-konferanser)

**Påmeldingsfrist: 27.mars 2015.**





UNIVERSITETET I BERGEN  
Det psykologiske fakultet

## Master i helsefremmende arbeid og helsepsykologi

Har du bachelorgrad i sykepleie, helsefag, eller samfunnsvitenskap e.l. og har lyst å jobbe med folkehelse og helsefremming? Da kan en master i helsefremmende arbeid være noe for deg!

Sentrale undervisningstema er:

- Helsefremmende arbeid og Helsepolitikk
- Implementering og evaluering av helsefremmende tiltak i ulike settinger
- Metodekunnskap, vitenskapsteori og etikk
- Masteroppgave

2 års fulltidsstudium

**Søknadsfrist: 15.april** – studiestart august 2015

For nærmere informasjon:

[www.uib.no/studieprogram/MAPS-HEFR](http://www.uib.no/studieprogram/MAPS-HEFR)

Eller ta kontakt med Informasjonssenteret på  
tlf. 55 58 27 10

e-post: [studieveileder.psyfa@uib.no](mailto:studieveileder.psyfa@uib.no)



## Master i helsefagvitenskap

**Søknadsfrist 15. april**

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

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

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

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

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

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

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

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



**Høgskolen i Sør-Trøndelag**  
Avdeling helse- og sosialfag

## Vurderer du en master? Studentopptak høst 2015

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

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

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

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

**Studiestart:** 31. august 2015

**Søknadsfrist:** 15. mai 2015

**Mer informasjon finner du på siden:** <http://hist.no/master/aktivitet-bevegelse/>

Faglig ansvarlig: [ann-katrin.stensdotter@hist.no](mailto:ann-katrin.stensdotter@hist.no). Fagadministrativ ansvarlig: [gunn.fornes@hist.no](mailto:gunn.fornes@hist.no)

Masteremnene **Aktivitetsvitenskap (høst 2015)**, **Bevegelsesvitenskap (høst 2015)** **Arbeid- og helse (vår 2016)** og **Fysisk aktivitet (vår 2015)** tilbys også som videreutdanninger.

# “OPP OG STÅ FRA A-Å”

## Invitasjon til ståseminar - en inspirasjonsdag

Vi ønsker å invitere deg som fysio- og ergoterapeut til en dag med faglig påfyll og inspirasjon til å få brukere opp og stå, oftere og enklere.

I tillegg til å belyse de **fysiske**, **psykiske** og **sosiale** fordelene ved å stå, kommer sykepleier Sølvi Bryn for å snakke om **hverdagsmestring**.

Den franske toppidrettsutøveren Yohann Taberlet vil fortelle om sin hverdag som rullestolbruker.

**Kristiansand** mandag 13. april

**Oslo** tirsdag 14. april

**Trondheim** torsdag 16. april

Velkommen til en spennende og lærerik dag, hvor du får mulighet til å prøve ulike aktiviteter fra stårullestol!

For mer informasjon og påmelding:  
**[www.permobil.no/seminar](http://www.permobil.no/seminar)**



**permobil**

## 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 nulltrykkssystem godkjent av RTV.

##### MEDEMA NORGE AS

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

##### TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

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

#### VITAL BASE AS

Myrvegen 2, 6060 Hareid  
Tlf.: 71 51 42 84, fax: 71 51 40 73  
firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no  
Sårbehandling/trykkavlastningsprodukter

#### 0348

#### BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR

##### 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

#### 0912 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



# PRODUKTREGISTER

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

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske  
produkter: Katalog med 250 sider med pro-  
dukter 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

## 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**

##### 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

##### 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 ALU REHAB AS**

Bedriftsveien 23

4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

Rullestoler - man. og el.

##### HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

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

mail@handpro.no www.handpro.no

Balder el. rullestoler

##### HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

##### PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

##### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

## **1221 B**

### **RULLESTOLER FOR BARN**

##### ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

##### HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

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

mail@handpro.no www.handpro.no

##### MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

##### PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

##### SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no



# PRODUKTREGISTER

## 1224

### **TILLEGGSTYR FOR RULLESTOLER**

#### ALU REHAB AS

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

#### BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060  
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  
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**

#### 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

## 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  
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

# PRODUKTREGISTER

## 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 SENER**

### 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**

## **HØYDEINNSTALLBARE/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

## **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 VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar  
Tlf : 95 76 10 00  
Faks: 62 51 85 01  
www.accesstrappeheiser.no  
eva@accessvital.no

Heiser: Løfteplattformer,  
Trappeheiser og Ramper

#### MEDEMA NORGE AS

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

## **S 1**

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

### 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

#### 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

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

# PRODUKTREGISTER

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

## 2145

### HØREAPPARATER

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

## 2146

### HØRSELTEKNISKE HJELPEMIDLER

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

## 2148

### VARSLINGSHJELPEMIDLER

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

Varslingshj. midler  
GN RESOUND AS  
PB 132, Sentrum, 0102 Oslo  
Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50  
info@gnresound.no www.gnresound.no  
HEPRO AS  
Øvermoan 9, 8250 Rognan  
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10  
firmapost@hepro.no www.hepro.no  
Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter  
PICOMED AS  
Brokelandsheia, 4993 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  
Omgivelseskontroll/fjernstyring

## 2418

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

ADL PRODUKTER AS  
Bruernv. 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 Sundebru  
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51  
firmapost@picomed.no www.picomed.no  
Dynamiske armstøtter/spiseshjelpemidler Omgiv-  
elseskontroll/fjernstyring.  
REHATEKNIKK AS  
PB 10, 2312 Ottestad  
Tlf.: 62 57 44 46, fax: 62 57 44 45

## 2436

### TRANSPORTHJELPEMIDLER

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

## 3003

### LEKER

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

# PRODUKTREGISTER

## 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.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)  
Romp – 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.aspx?info\\_id=11&txt=Gratis+katalog](http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog)  
Romp – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

## AS RIKTIGE LEKER

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

## **3009**

### **MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR**

#### AT RONDA

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

## BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105

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

## BARDUM AS

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

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

## KLUBBEN AS

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

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

Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

##### KRABAT AS

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

## AS RIKTIGE LEKER

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

## **B.ERG**

### **ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE**

#### ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo  
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19  
post@astec.no www.astec.no  
Ergonomiske produkter for stellerom/bad, kjøkken/garderobe i barnehager/skoler.

## BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad  
Tlf.: 69300105

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

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

### **B.LØF**

#### **LØFTEHJELPEMIDLER FOR BARN**

##### MEDEMA NORGE AS

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

Posisjonering og trening for små og store barn.



# PRODUKTREGISTER

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

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

## MEDEMA NORGE AS

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.ROL**

### **ROLLATORER**

## MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

## **B.SEN**

### **SENGER FOR BARN**

## BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

veronica@bardum.no

www.bardum.no

## MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

## ØVREBØ REHABILITERING AS

Pb. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng

## **B.SPO**

### **SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER**

## 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

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

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

## MEDEMA NORGE AS

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

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

## AS RIKTIGE LEKER

Haakon Vils gate 1, 0107 Oslo

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

www.riktigeleker.no ordre@riktigeleker.no

## ØVREBØ REHABILITERING AS

Pb. 604 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

## **B.SYK**

### **SYKLER**

## BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

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

Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med

produkter for sansestimulering.

## KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

## MEDEMA NORGE AS

Pb. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

## **SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER**

## BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no

**ABLOY**

Picomed tlf: 37 11 99 50  
Action trykkavlastende

**ALVEMA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**ARDO MEDICAL AG**

togemo Med.Supply  
tlf: 62 52 62 72

**ARRO CONTROL**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**ATENA NORDIC AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**ATO FORM**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BALDER EL. RULLESTOLER**

Hand-Pro tlf: 32 18 16 00

**BARRY EMONS**

AMAJO tlf: 67 07 43 40

**BC-LIFT**

Access AS tlf: 62 51 85 00

**BERNAFON**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**BEKA HOSPITEC**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BERROLKA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BEST MOBILITY**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**BO EDIN AB**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**BORRINGIA AS**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**BOS MEDICAL**

togemo MedSupply  
tlf: 62 52 62 72

**CABICARES**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**CAREZIA AB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**CERTEC KLOKKA,TRIACON**
**CHESTNUT COMPANY APS**

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

**CIRRUS**

Handicare tlf: 69 24 44 00

**CLEAN LINE**
**HYGIENEPRODUKTER**
**COBI REHAB**

Hepro tlf: 75 69 47 00

**COMFORTA AB**

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

**CONSTELLA**

Astec tlf: 22 72 23 55

**CONTUR TRYKKAVLASTNING CURA**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DAYS (DMA)**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DORMA**

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

**DRAISIN GMBH**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**DYNAMO STOL APS**

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

**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**

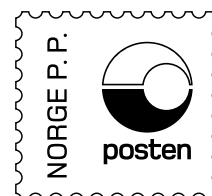
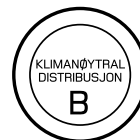
Øvrebø rehab. AS, tlf: 32 24 42 50

## BESTILLING AV KURS- OG STILLING- SANNONSER

For bestilling og nærmere  
opplysninger:  
Erik Sigurdsson  
Mobil: 90 03 09 43, e-post:  
erik@addmedia.no

Priser:  
1/8 side kr 4.500, - 25%  
1/4 side kr 6.000, - 25%  
1/2 side kr 8.500, - 25%  
1/1 side kr 12.500, - 25%

Ved annonse i papirutgaven  
kan annonsen legges ut på nett  
[www.ergoterapeuten.no](http://www.ergoterapeuten.no) mot et  
tillegg på kr 2.500,-  
Nettannonse ordinært  
kr 3.500,-



Returadresse:  
Norsk Ergoterapeutforbund  
Stortingsgt. 2  
0158 Oslo

# Kognitiv trening og mestrings- følelse



Økt blodsirkulasjon  
Økt mobilitet  
Økt styrke  
Økt koordinasjon



**Trygghet og trivsel øker  
motivasjonen til mer aktivitet.**

## **THERA-trainer**

Brukervennlige sykler med håndpedaler og/eller fotpedaler som gir målorientert aktivitet - gjerne ved bruk av spill eller oppgaver. Komplikasjoner på grunn av redusert bevegelighet kan forhindres.

## **MK3**

Unik innstigning i gåstativet med hev- og senkfunksjon av setet. Fjærer stimulerer gangmønsteret. Den øvre delen av stativet følger personens bevegelser og gir optimal støtte og ergonomisk riktig kroppsstilling når vedkommende er i bevegelse.

Enkle individuelle tilpasninger for både  
THERA-trainer og mk3.



post@bardum.no | tlf.nr: 64 91 80 60  
www.bardum.no

**Bardum**  
- din hjelpemiddelleverandør