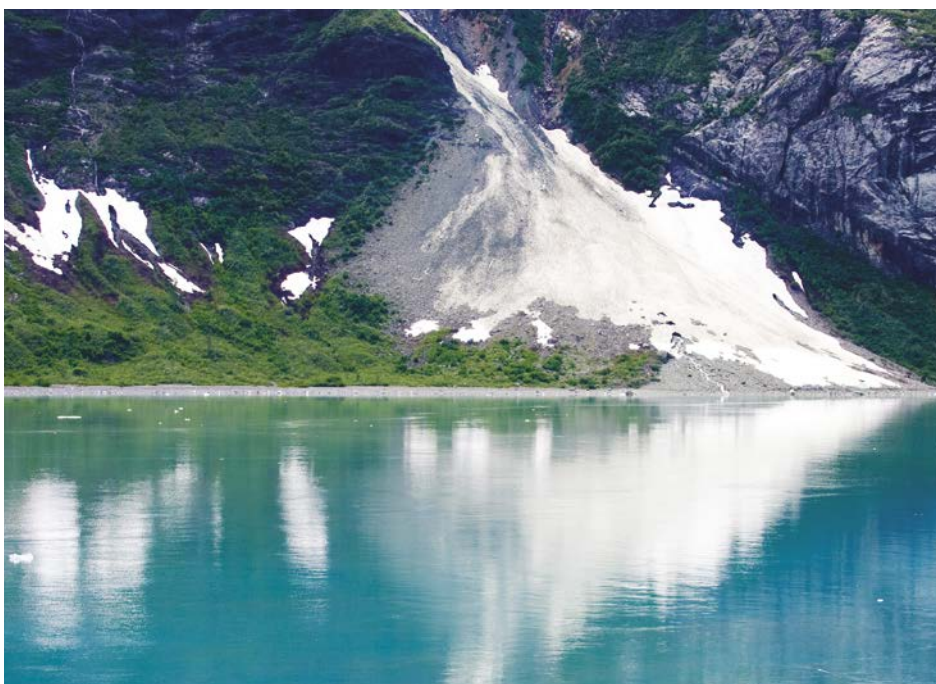


Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Ergoterapi i USAs siste utpost 6

Heltar vi kjeftar på **12** Ta bølgen i din kommune **16** Fontenehusmodellen **22**

Partiene svarer **58**

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. 5 – 1. okt / 30. okt

Nr. 6 – 1. des / 24. des

Nr. 1 – 3. feb / 29. februar

Trykkeri 07-Gruppen AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Anne-Stine Dolva / 40 40 87 78

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Cathrine Arntzen / 92 61 68 52

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Mette Kolsrud

Advokat

Berit Førli

Controller

Mette Jacobsen

Controller

Tove Olsen

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Anita Rosmæl, 2. nestleder

Arnfinn Bjørshol

Berit Regine Laiti

Ine Cecilie Ulven

Mariette Elise Gjerde

May Solveig Svendsen

Ragna Gjone

Renate Soggemoen

Tonje Hansen Guldhav

Bjørnar Rovde 1. varamedlem

Ingelin Mari Rød, 2. varamedlem

Anne-Kristin Finne, varamedlem

Irene Fjeld, varamedlem


Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Kristin Jess-Bakken, varamedlem

Lilly Nereng, varamedlem

Inger Synnøve Kjos, varamedlem

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



6



10



22



58

REPORTASJE

6 Ergoterapi i USAs siste utpost

Av Else Merete Thyness

NY ARENA

10 Ergoterapeut i flyktningeleir

Av Else Merete Thyness

KRONIKK

12 Heltar vi kjeftar på

Av Anders Folkestad

FORBUNDET

14 Alder som oppsigelsesgrunn

Av Elisabeth Dolva Sandøy

16 Ta bølgen i din kommune

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

18 Vi runder 4000 medlemmer – vann sykkel

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

21 Ung + ufør = økonomisk trøbbel

Av Roar Hagen

FAGLIG

22 Fontenehusmodellen i Norge

Av Torhild Stimo, Grethe Berntsen Jarål, Anne-Kari Ellestad, Brian Ellingham, Lisebet S. Skarpaas og Tore Bonsaksen

32 Studenter som forsknings-assistenter i ergoterapi

Av Hildegunn Kvarsnes, Mona Dahl og Tore Bonsaksen

38 Terapeutisk hagebruk

Av Grete Patil

44 Rehabilitering og terapeutisk hagebruk

Av Nina Levin

AKTUELT

52 Advancing occupational therapy

Av Tore Bonsaksen og Hildegunn Kvarsnes

56 Til minne om Geva Skard

Av Cecilie Krüger, Mona Asbjørnslett, Kari Opsahl og Anita Bundy

PÅ DEN SISTE SIDEN

58 Partiene svarer

Av Else Merete Thyness

ANNONSER

62 Kurs- og stillingsannonser

66 Produktregister

74 Agenturregister

Forsidebilder:

William Seward: Georgios Kollidas, Dreamstime.com

Ørn, Forglemmegei og Alaska: Colourbox.com

Nordamerikanske ergoterapeuter: Else Merete Thyness

Et slag for WFOT

I sommer reiste jeg til USA. Der møtte jeg ikke bare en venninne fra studietiden, jeg hadde også gleden av å treffe andre nordamerikanske ergoterapeuter. Det var både morsomt og interessant å diskutere og sammenligne hvordan ergoterapi arter seg i to forskjellige kulturer.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Mye er selvsagt likt, som fagets kjerneverdier og tankesett, men noe er forskjellig. Det er tankevekkende hvordan ulike lands regler, normer og verdier påvirker utøvelsen av en helseprofesjon som ergoterapi. Jeg skriver mer om dette inne i bladet.

Etter å ha tenkt litt på nytten og gleden av å dele erfaringer på tvers av landegrensene, bestemte jeg meg for å slå et slag for World Federation of Occupational Therapists (WFOT) - det verdensomspennende nettverket for ergoterapeuter.

Pionerene i faget grunnla verdensforbundet for 60 år siden, samme år som Norsk Ergoterapeutforbund ble etablert. Disse pionerens visjoner om samarbeid og høye faglige standard har utviklet en delingskultur vi høster frukter av i dag. Ergoterapeutene er den eneste helseprofesjonen med internasjonale minimumsstandards som krever regelmessige godkjenninger av utdanningene. Dette gir en utrolig god hjelp ved etablering av nye utdanninger rundt i hele verden

og sikrer en fellesidentitet som er ganske unik, og som muliggjør mobilitet innen både utdanning og arbeid.

Som medlem av Norsk Ergoterapeutforbund er du automatisk medlem av WFOT. Du har fri tilgang til nettsiden deres, hvor du blant annet finner WFOTS eget fagtidsskrift WFOT Bulletin. Her kan du virkelig se hva ergoterapeuter rundt omkring i verden foretar seg. WFOT representerer over 420 000 ergoterapeuter på verdensbasis, og gjennom WFOT Bulletin deles forskning, fagutvikling, ideer og erfaringer. Dette gir mange spennende muligheter for samarbeid og utveksling av kunnskap.

Norske ergoterapeuter har for eksempel delt sitt arbeid med implementering av hverdagsrehabilitering med andre medlemsland gjennom WFOTs nettverk.

I tillegg samarbeider WFOT med andre organisasjoner, som Verdens helseorganisasjon.

Gå inn på www.wfot.org. Enklere blir det ikke.



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Har din kommune råd til å la være?

I sommer hørte jeg helseminister Bent Høie si at god helse er «å mestre eget liv og føle man har god helse, også når en må leve med skader eller svekket funksjon». Kommunene og innbyggerne må ha ergoterapeuter for å oppnå dette, nett-opp fordi ergoterapeuter er pådrivere for å utløse ressurser og mestring hos den enkelte og i samfunnet.

Det er et faktum at mange funksjonsnedsettelse og skrøpeligheter ikke kan forebygges eller behandles. Kommunehelsetjenesten må tilby tjenester utover det problemløsende og kurative. Kommunene må ha ergoterapeuter med kompetanse på tilrettelegging som mestringsstrategier, tekniske hjelpemidler, velferdsteknologi og boligendringer.

Helseministeren kaller stortingsmeldingene om kommunene og primærhelsetjenesten for siamesiske tvillinger. Meldingene foreslår økt kommunalt ansvar for formidling av tekniske hjelpemidler, (re)habilitering og boligtilpassing. Ministeren sier også at det skal komme en opptrappingsplan for rehabilitering. Da er det mildt sagt forunderlig at ergoterapeuter ikke står på lista over foreslåtte lovpålagte kommunale

helsetjenester. I sum kan dette få katastrofale konsekvenser for innbyggerne.

Brukerne er minst like bekymret som oss. På Arendalsuka hadde Norsk Handikapforbund flere arrangementer som belyste deres bekymring for medlemmenes mulighet for aktivitet og deltakelse i framtiden.

Ergoterapeutene deltok med to arrangementer på Arendalsuka: egen stand og åpen diskusjonskafé med temaet «Hvordan ta bølgen i kommunene?» Vi var også synlige med T-skjorter, materiell og diskusjon med politikere og nettverk. Hovedbudskapet er at satsning på hverdagsmestring utløser ressurser. Vi snakker ikke om den tragiske eldrebølgen, men om en tsunami av eldrebølgekraft. Ergoterapeutenes styrke ligger i å støtte hverdagsmestring

tross helseutfordringer. Suksessen med hverdagsrehabilitering kan tas videre til andre brukergrupper.

Det nærmer seg kommunevalg, og i ukene framover vil du møte politikerne i din kommune – på stand, i døra di eller i media. Still da spørsmålene:

- Hvilke tiltak vil partiene sette i verk for å omforme eldrebølgen til eldrebølgekraft?
- Hvordan vil partiene sikre at innbyggerne tilbys tverrfaglig rehabilitering, og ikke kun behandling, pleie og omsorg?
- Hvordan skal økt bærekraft i velferdstjenestene sikres?
- Hvem satser på ergoterapi?

Bruk brosjyren «Hvordan ta bølgen i kommunene?» Bestill gjerne flere i nettbutikken. Godt valg!

ERGOTERAPEUT I USAs SISTE UTPOST

For tretti år siden studerte Mary Hopkins og jeg ergoterapi ved universitetet i Kansas i USA. Da vi var ferdige, flyttet jeg tilbake til Norge, og hun slo seg ned i Alaska. Etter alle disse årene besøkte jeg henne og familien hennes i sommer. Da grep jeg samtidig sjansen til å finne ut litt om hvordan arbeidsdagen til en ergoterapeut arter seg i Nord-Amerika.

Av Else Merete Thyness

USA kjøpte Alaska av Russland i 1867, men først i 1959 ble området opptatt som egen delstat. Det er ikke uten grunn at Alaska kalles USAs siste utpost, der den ligger langt mot nord, adskilt fra resten av Amerika, med grense bare til Canada. Det er fremdeles områder i villmarken som aldri har blitt nøyaktig kartlagt, og deler av den spredte bebyggelsen er uten vei-forbindelse, men kun tilgjengelig med båt eller fly.

– Alaska er en stor, vennlig stat, med en veldig liten befolkning. Mange mennesker kommer hit fordi de er eventyrlystne, men staten gir også mulighet til å engasjere seg i aktiviteter og organisasjoner på et mye høyere nivå enn i den nedre delen av USA. Hvis du ønsker deg inn i et styre, er sjansene dine for å klare det her, store, sier Mary. Noe annet som karakteriserer Alaska er den svært mangfoldige kulturen.

– Vi har en stor militærbase her. Den bringer hit folk ikke bare fra hele USA, men fra hele verden. Vi har også en stor og pulserende innfødt befolkning, og selvfølgelig mange av russisk avstamning, siden Alaska en gang var en del av Russland.



Alaska er USAs største delstat i areal, og den som har lavest befolkningstetthet.



Vi koser oss i Alaskas sol på Marys veranda.

FAIRBANKS MEMORIAL HOSPITAL

Mary bor i Fairbanks, den største byen i den sentrale delen av Alaska. Her jobber hun som ergoterapeut ved Fairbanks Memorial Hospital. Det er et offentlig eid og ikke-kommersielt sykehus som tilbyr alt fra akutte til palliative tjenester. Av Fairbanks' cirka 20 ergoterapeuter er elleve ansatt ved sykehuset. Mary jobber ved rehabiliteringsavdelingens poliklinikk.

– Jeg tar imot mange pasienter med problemer med ledd og muskulatur, særlig knyttet til håndskader, men jeg har også en del pasienter med rehabiliteringsbehov etter brystkreft. Som sertifisert lymfødemterapeut kan jeg hjelpe dem med lymfedrenasje, men jeg tilbyr også andre typer behandling, som bløtvevsmobilisering og terapeutiske øvelser for å gjenopprette muskelstyrke og bevegelighet, forklarer hun.

I USA er alle ergoterapeuter pålagt å følge standardiserte behandlingsprosedyrer.

– Det er forventet at vi bruker kunnskapsbaserte kartleggingsredskaper, at vi utvikler en behandlingsplan, at vi evaluerer fremgang i løpet av tiltaksprosessen og foretar en reevaluering ved endt behandling. Vi er



Mary jobber i rehabiliteringsavdelingens poliklinikk ved Fairbanks Memorial Hospital. Her er hun sammen med kollega og ergoterapeut Kendra Deutsch.

opptatt av å overføre kunnskap til pasienten og gir ofte råd og veiledning om hvordan de kan fortsette å trene hjemme når terapien er avsluttet.

De løpende vurderingene og den skriftlige dokumentasjonen og journalføringen er ikke bare for å sikre behandlingstilbudet til pasienten

– En god dokumentasjon er grunnlaget for dekning av tjenestene, tjener som støttende bevis hvis pasienten skulle fremme en klagesak, og sikrer at vi har nødvendig informasjon hvis pasientens skal følges opp senere.

MASTER ELLER DOKTOR

Ergoterapi oppsto som en profesjon i USA i 1919 med grunnleggelsen av The American Occupational Therapy Association (AOTA). Ifølge The Bureau

of Labour Statistics, som er den amerikanske regjeringens fremste organ for markedsøkonomi, er det forventet at ansettelser av ergoterapeuter vil øke med 29 prosent fra 2015 til 2022, noe som er mye mer enn gjennomsnittet for alle yrker.

– Vi er en populær yrkesgruppe, sier Mary.

Inntil 2007 måtte du ha en bachelorgrad i ergoterapi for å kunne jobbe som autorisert ergoterapeut. Men etter 2007 må alle nordamerikanske ergoterapeuter ha mastergrad for å kunne praktisere. I disse dager foregår det også en diskusjon om hvorvidt ergoterapeuter bør ha en doktorgrad før de blir godkjent. Mary er ikke sikker på om dette er det beste for yrket.

– Selv om jeg forstår behovet for høyt kvalifiserte ergoterapeu-

SEWARDS DUMSKAP

Utenriksminister William Seward sørget for kjøpet av Alaska i 1867. Til tross for at prisen kun var 7,2 millioner amerikanske dollar, ble kjøpet latterliggjort og kalt for «Seward's Folly». Siden gullrushet i 1898 har Alaska bidratt med milliarder til USAs økonomi. I 1968 fant de store olje- og gassforekomster på den arktiske kysten helt nord i Alaska. Staten har også en stor fiskeindustri i tillegg til turisme.





Navnet Alaska stammer sannsynligvis fra det eskimoisk-aleutiske språket og ordet Alyeska, som betyr «stort land som sjøen slår imot».



Rehabiliteringsavdelingen er tverrfaglig og tilbyr tjenester for barn og voksne som er innlagt ved sykehuset, i tillegg til at de har en poliklinikk.

ter og kunnskapsbasert praksis, mener jeg at kravet om en doktorgrad vil skremme mange unge mennesker fra å søke en karriere som ergoterapeut. Det vil både koste mye penger og være meget tidskrevende. Jeg mener at universitetene bør integrere forskning både på bachelor- og masternivå, og at det å begynne på en forskerkarriere må være et frivillig valg fra studentens side. Etter min mening er det aller best når ergoterapeuten har erfaring fra praksis før hun eller han velger å forske.

I USA har de ergoterapiassistent-ter. For å få den tittelen må assistenten ha en toårig helseutdanningse godkjent av AOTA, som også organiserer profesjonen.

– Vi har to ergoterapiassistenter ved sykehuset. De arbeider under ledelse av en ergoterapeut og assisterer denne med pasientens behandlingsplan. Jeg mener at assistenter er en verdifull ressurs for vår profesjon.

AVDELINGSLEDER

Amy Weaver var bare 22 år da hun var ferdig utdannet ergoterapeut ved universitetet i Minnesota. Da ønsket hun å oppleve noe «annerledes».

– Jeg søkte om jobb ved Fairbanks Memorial Hospital i 2011 og har vært her siden.

Nå er hun leder for den tverrfaglige rehabiliteringsavdelingen, som tilbyr tjenester for barn og voksne som er innlagt ved syke-

I fremtiden må vi tenke forebygging før intervensjon.

Amy Weaver

huset, i tillegg til at de har en poliklinikk.

– Mitt mål er å utvikle en tjeneste som kan tilby den beste pasientbehandlingen som er mulig. For å gjøre dette må jeg sørge for at vi er oppdatert på klinisk ekspertise, kunnskapsbasert forskning og pasientverdier. Vi legger stor vekt på brukermidvirkning. Dagens pasienter er vanligvis godt informerte og ønsker at terapeuten arbeider *med* dem, ikke *for* dem.

Amy Weaver er også visepresident i Alaskan Occupational Therapy Association. Eksempler på saker de arbeider med er medlemsvekst, å sikre at ergoterapi forblir en viktig del av helse-tjenestene, og at ergoterapeuter fortsetter å levere tjenester av høy kvalitet på ulike arenaer, til et lavt kostnadsnivå.

– Organisasjonen er en sterk stemme for ergoterapeuter i Alaska og gjør den profesjonelle kommunikasjonen lettere i denne store staten.

SAMFUNNSENDRINGER

Som i Europa har USAs befolkning blitt eldre, noe som påvirker helsetjenestene. «Medicare» er den offentlige helseforsikringsordningen for eldre og noen grupper yngre mennesker med handikap i USA. Mange ser på den som «gullstandarden» for forsikringsutbetaling. Men det finnes også private helseforsikringer, og med flere mennesker som inngår i de forskjellige ordningene, forandres kravene for refusjoner.

– Enkelt sagt må vi gjøre mer,

for mindre penger, sier Mary.

Både Amy and Mary tror at det vil bli mer hjemmebaserte tjenester, og at det vil bli lagt mer vekt på forebyggende strategier.

– I fremtiden må vi tenke forebygging før intervensjon, sier Amy.

De mener også at det etter hvert som folk blir eldre og lever lenger vil bli større behov for ergoterapi.

– Ergoterapi øker pasientens uavhengighet og reduserer innleggelser og helseutgifter. Det er spennende å se hvordan yrket utvikler seg her. I fremtiden tror jeg vi vil spille en enda større rolle i å bistå folk til å leve sine liv på egne premisser gjennom å hjelpe dem å utvikle, gjenopprette og forbedre de ferdighetene de har behov for både i dagliglivet og arbeidslivet, sier Mary.

ET KORT GLIMT

Mitt besøk på Fairbanks Memorial Hospital har gitt meg et kort glimt av den nordamerikanske ergoterapeutens arbeidsdag. Noen ting er forskjellige fra i Norge, som diskusjonen om det skal være behov for å ha en doktorgrad for å praktisere som ergoterapeut, og ergoterapiassistentene. Noe er likt, som den demografiske endringen og det å legge vekt på forebygging og hjemmebaserte tjenester. Det virker også som jobbmulighetene er mange og varierte begge steder. Alt i alt konkluderer jeg med at ergoterapeuter blomstrer både i Alaska og i Norge, og at vi bokstavelig talt befinner oss på toppen av verden.



Amy Weaver leder rehabiliteringstjenesten ved Fairbanks Memorial Hospital.



Halvparten av verdens hvithodede havørner, som er USAs nasjonalfugl, bor i Alaska.



Alaska valgte den ville alpeblomsten forglemmegei som sin nasjonalblomst i 1917.



NAVN

Grete Ulvesli

STILLING

Ergoterapeut ved Enhet for legetjenester og smittevernarbeid

HVOR

Trondheim kommune

Ergoterapeut i flyktningeleir

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du til daglig?

– Jeg jobber til daglig som ergoterapeut i Enhet for leger og smittevernarbeid i Trondheim kommune. Mine arbeidsoppgaver her er først og fremst helsefremmende og forebyggende arbeid med bosatte flyktninger. Jeg bruker meningsfulle aktiviteter med en målsetting om integrering i det norske samfunnet.

– I hvilken forbindelse reiste du til en flyktningeleir i Irak?

– I fjor sommer kom krigen tilbake til det kurdiske området i Nord-Irak og Syria. Store grupper ble truet, forfulgt og drept av IS. Kvinner og barn ble kidnappet og holdt som sexslaver, og mange barn mistet foreldrene sine. Både

kurdere, kristne minoriteter og yezidier ble angrepet. Yezidier er en lite kjent religiøs gruppe av kurdere i Irak, med elementer av både kristendom, islam og folke-religion, som bor i Shingal-fjellene nordvest i Kurdistan. Etter angrepene fra IS i sommer flyktet store grupper fra sine landsbyer og dro til rolige byer i kurdiske områder. Her ble det etablert store leirer. Jeg fulgte tett med på utviklingen og jobbet med en gruppe for å skaffe klær og sko til barn i flyktningeleirene. Men jeg ønsket å gjøre noe mer. Jeg hadde en drøm om å gjøre en innsats som ergoterapeut i forhold til flyktningene. Derfor fant jeg fram til en klinikk med helseutdannete folk, som jobbet i Bajed Kandal, en flyktningeleir i Nord-Irak. Jeg kontaktet klinikken, og etter en telefonsamtale med lederen reiste jeg ned.

– Fortell litt om denne leiren?

– Det er etablert to flyktningeleirer i samme område som tilsammen huser cirka 12 000 mennesker ute i en ødemark som består av kun jord og sand. Jeg besøkte en av disse leirene.

De hadde etablert en helseklinikk med to leger fra Sverige og Hawler, et laboratorium med ansatte og et apotek med ansatte. De er avhengige av givere for å drifte klinikken.

Leiren har også et eget skoletilbud og en barnehage. Alle beboerne bor i telt. I naboleiren hadde de et eget marked der beboere selv solgte mat, klær, frukt og tobakk, og det var mulig å få en frisørtime.

– Hvor lenge var du der?

– Jeg var der i to uker, og jeg skal trolig tilbake.

– Hva var hensikten med besøket?

– Jeg ønsket å bidra med noe

konkret i klinikken både som nødhjulsarbeider og som ergoterapeut.

– Hovedoppgaven min ble å sette i gang aktiviteter med barna, noen ganger sammen med en ung student og noen ganger alene. Som regel organiserte vi aktivitetene ute, blant annet brukte vi ofte en fotballbane. Vi sang, danset og spilte fotball. Jeg hadde kjøpt inn en fallskjerm, som vi brukte mye sammen med barna. Det var også dager barna fikk tegne inne. Dette kunne de holde på med veldig lenge.

– Aktivitetene handlet om å ha det gøy, være sammen med andre barn, bryte med det triste og monotone og få et innhold i dagen. Barn på flukt og barn i krig trenger gode opplevelser. Leken gir mening, og aktivitet fremmer helse og forebygger traumer. Det å ha en gruppe å gå til gir dem noe å glede seg til og noe å snakke om, og det er en pause fra krigen, terroren, flukten og ondskapen. Barna føler at de blir sett, og at de får lov til å være små for en stund.

– Alderen på barna varierte fra tre til seksten år, så noen ganger delte vi dem inn i grupper etter alder. Jeg hadde også noen individuelle treningstimer, som for eksempel gåtrening med ei ung jente som var skadet etter flukten fra IS. Hun hadde store problemer både med balansen og styrken i foten.

– Jeg jobbet frivillig i campen, i likhet med mange andre. Bagdad har stoppet pengestøtten til Nord-Irak, og mange offentlige ansatte jobber nå uten lønn i hele den kurdiske regionen. Flere av de ansatte i klinikken er selv flyktninger som er rammet av krigen, og de jobbet også som frivillige.

10

Ergoterapeuten #4–2015



Aktivitetene ble ofte organisert ute, blant annet på en fotballbane. Det hendte også at barna ble delt i grupper etter alder.



Liten gutt foran stor fallskjerm. Det å ha en gruppe å gå til gir barna noe å glede seg til og blir en pause fra krigen og terroren.



Noen dager fikk barna tegne inne. Det ble god stemning når barna satt bøyd over tegningene sine i dyp konsentrasjon.

– Hvordan fikk du brukt ergoterapikompetansen din?

– Jeg fikk bruk for min kompetanse som ergoterapeut hver dag, i møte med beboerne, med mennesker med funksjonshemming, i aktivitetene og i lek med barna. Jeg har jobbet med mennesker som har vært på flukt i mange år hjemme i Norge, så det var en god erfaring å ha med seg. Jeg har for eksempel jobbet på asylmottak, og arbeidet der og det jeg gjorde i leiren har mye til felles, selv om alt var mange tusen ganger større her.

– Verdien av aktivitet ble veldig tydelig for meg. For eksempel merket jeg meg den gode stemningen som kom når de satt bøyd over tegningene sine, tegnene på velvære, og det at de ikke ville slutte. De var hundre prosent tilstede i aktiviteten. Det samme

skjedde når de spilte fotball eller lekte med fallskjermen. Barna lyste av iver og yrende glede. De opplevde mestring, samhandling, mening, og at de var gode i noe. Jeg tror også at aktivitet kan forebygge traumer, derfor er det viktig for barna å holde seg i aktivitet.

– Hvordan opplevde du å «jobbe» i et område med en såpass fremmed kultur og krevende omgivelser?

– Området jeg reiste til, er et stabilt område hvor millioner har søkt tilflukt. Jeg har vært i området tidligere og er godt kjent. Kulturen oppleves ikke fremmed for meg, og jeg har litt nybegynnerkunnskap om språket deres. Dessuten er jeg vant til å jobbe og kommunisere med folk som ikke kan norsk, men som kun har sitt

eget morsmål. Alt i alt var det helt ok å møte beboere. Barna spurte flere ganger om jeg var gutt eller jente, fordi jeg har kort hår, men det gikk over.

– Jeg har fulgt med i media på hvordan krigen har utviklet seg. Jeg kjenner også folk både i Norge og i området som kunne gi meg informasjon om hva som foregikk. Derfor hadde jeg god kunnskap om hvor det var urolig, hvor det kunne forekomme angrep, og hvor det var stabilt.

– Vil du anbefale andre ergoterapeuter å gjøre noe lignende?

– Ja, jeg vil anbefale andre ergoterapeuter å gjøre det samme. Du får en opplevelse for livet, lærer mye, livet snus opp ned, og gir erkjennelsen over hva som egentlig er viktig i livet. Å leve på flukt fra krig er et hardt liv.

Heltar vi kjeftar på

-Valkampen annan kvart år er det eg mislikar mest med å vere politiskar, sa avdøde Jon Lilletun til meg ein gong. Eg tok opp ei sak med han ved inngangen til eit val. Det er noko kunstig med heile greia, sa han, når vi skal hamre på at «Vi har rett – dei andre har feil». Røyndomen er jo ikkje så enkel, la han til. Og hadde sjølv sagt rett. Før han avslutta med: Her er det berre å stålsette seg og stå på!

Av Anders Folkestad



Anders Folkestad er leder for hovedorganisasjonen Unio.

No er valkampen i full gang. Vi merkar det i alle media. Utspela kjem på rekke og rad. Avisene presenterer karakterbøker og prognosar. Partistrategane er nattevakne og jaktar på nye tal i SSB-statistikken som kan brukast for sitt eige parti, eller aller helst mot hovudmotstandaren. Og hovudmotstandarane er Erna og Jonas, eller Siv og Trygve. Sjølv om ingen av dei er på val.

Partia og partitoppene får mest merksemd, men det er no eingong personar som skal vere tillitsvalde for oss i kommunestyre og fylkesting som er på val. Og vi bør heie på alle saman. Ikkje fordi vi er einige med dei, men nettopp fordi dei tar på seg oppgåva som tillitsvalde for borgarane. Ei rolle der ein veit at kritikken vil hagle når politikk og prioriteringar skal praktiserast i kvardagen. Men utan desse lokale heltane ville vi ikkje hatt lokaldemokratiet.

Ved årets val er det nesten 3000 lister til saman som blir lagde fram i vallokala i 428 kommunar. Nesten 60 000 personar har sagt ja til å stille på lister, og dermed vere kandidatar til kommunestyra. Om lag femten prosent, knappe 10 000 av desse, blir valde. Fleirtalet er menn.

Dei fleste partia har fleire menn enn kvinner blant dei som har størst sjanse til å kome inn. Dette skjer i år også. Trass i at det har vore både kampanjar for og krav om fleire kvinner.

Formannskapslovene frå 1837 er rekna som sjølv grunnsteinen for lokaldemokratiet. Kommunane skal, i alle fall på somme område, ha ein viss råderett over korleis politikken skal utformast lokalt – kva som skal vektleggast og prioriterast på vegne av innbyggjarane i den enkelte kommune. Samstundes veit vi at det er store skilnader mellom det reelle handlingsrommet i kommunane. Det handlar både om storleik og



*Valkampopning til kommunestyre- og fylkestingsvalet 2011 i Spikersuppa i Oslo.
Foto: Christoffer Biong.*

økonomi. Den minste kommunen har cirka 200 innbyggjarar (Ut-sira) medan den største, Oslo, har godt over ein halv million innbyggjarar. Klart det blir skilnader.

Gjennom historia har det alltid vore spenning i maktbalansen mellom lokale og sentrale styresmakter, mellom kommunane og staten. Skal kommunane først og fremst vere iverksetjarar av vedtak gjort av regjering og storting, eller skal kommunane vere stifinnarar som finn sine eigne løysingar, til beste for innbyggjarane? Spenninga mellom desse ulike syna har variert gjennom tida, og finst i større eller mindre grad også internt i dei ulike partia.

Etter endringane i kommunelova gjennom 1980 og -90-åra gjekk det meir og meir i retning av større lokalvalfridom. Pengane frå staten blei overførte i «ein sekk» og det blei i prinsippet opp til kommune-styra å forvalte pengane.

Trudde dei. For sjølvsaft passa sentrale politikarar på ikkje å gi frå

seg for mykje makt. Eit komplisert system for pengeoverføringar frå staten til kommunane sytte mellom anna for at kommunane som regel kranqlar seg imellom om pengefordelinga. Men dei er stort sett samde om tre saker:

1. Dei får for lite pengar.
2. Dei vil bestemme meir.
3. Dei vil ha fleire oppgåver.

Det første, at dei får for lite pengar, er rett. I alle fall målt opp mot dei lovnader som kjem frå sentrale politikarar, frå dei fleste partia. Stortinget og regjeringar lover stadig reformer og forbe-tringar, ikkje minst på velferds-område som helse, barnehage og skule, som er kjerneoppgåver for kommunane. «Problemet» er at på desse områda forventar folk flest tilnærma like reglar og like vilkår, sama kva for kommune dei bur i. Vi forventar nasjonal styring av viktige oppgåver og rettar. Som til dømes tilgang til og kvalitet på tenester innan ergoterapi.

Kanskje må vi leve med at demokrati også er pingpongspel. Om ansvar, oppgåver og pengar. Sentrale politikarar og forvaltinga avviser kritikk med at «dette» er kommunane sitt ansvar. Og kommunane forsvarar seg med at dei ikkje har pengar nok. «Vi blir skvisa mellom å bestemme kva for lover vi skal halde, og kva for lover vi må bryte», som ein ordførar sa det. Dermed endar lokalpolitikken ofte opp som ein arena for avmakt. Politikarane blir skyteskiver for innbyggjarane, men også for oss som representerer organisasjonane.

Dette skjer same kven som har regjeringsmakta. Blir så dette betre med kommunereform og færre kommunar? Neppe. Det kan like godt bli meir avmakt. I alle fall når det gjeld tenestekvalitet.

Men no er det valkamp. Dei som stiller, fortener at vi heiar. Men vi røyster sjølvsaft berre på nokre få.

Godt val!

Alder som oppsigelsesgrunn

– NYE REGLER FRA FØRSTE JULI

Fra første juli trådte det i kraft en rekke endringer i arbeidsmiljøloven. Blant flere omdiskuterte endringer har nye regler om økte aldersgrenser som oppsigelsesgrunn fått mye oppmerksomhet.



Elisabeth Dolva Sandøy er advokatfullmektig i advokatfirmaet Storeng, Beck & Due Lund.

Av Elisabeth Dolva Sandøy

Aldersgrensene for opphør av arbeidsforhold innebærer at arbeidsgiver kan kreve at arbeidstakere innenfor disse grensene fratrer på grunn av alder. Aldersgrensen i arbeidsmiljøloven på 70 år er nå økt til 72 år.

Den utbredte bedriftsinterne aldersgrensen på 67 år økes samtidig til 70 år. Det er viktig å merke seg at endringene ikke får virkning for statlig ansatte. For disse er aldersgrensen fremdeles 70 år, jamfør lov om aldersgrenser for offentlige tjenestemenn. I tillegg berører ikke endringene de særlige aldersgrenser som er fastsatt i forskrifter der det er nødvendig av hensyn til helse eller sikkerhet for yrker der det stilles større krav til fysiske eller psykiske egenskaper.

BAKGRUNNEN FOR ENDRINGENE

Opphør av arbeidsforholdet på grunn av alder er et unntak fra lovens utgangspunkt om at oppsigelse krever saklig grunn, og at det ikke er adgang til å diskriminere på grunn av alder. Reglene innebærer nettopp en direkte forskjellsbehandling på grunn av alder. Når arbeidstaker har nådd lovens aldersgrense, vil arbeidsgiver kunne si opp vedkommende uten annen begrunnelse enn alder. Lovgiver har vurdert det slik at blant annet hensynet til en verdig avgang nødvendiggjør en slik adgang. Høy alder kan svekke kognitive og fysiske egenskaper, og det

kan derfor være et behov for at arbeidsgiver har en mulighet til å avslutte arbeidsforholdet for de eldste arbeidstakerne uten å måtte begrunne det med at vedkommende ikke lenger fungerer tilfredsstillende i sitt arbeid. Også viktigheten av å ha et regelverk som er robust for konjunkturedringer, og hensynet til å slippe til unge i arbeidslivet taler til inntekt for en slik aldersgrense.

Arbeidsmiljøloven har siden arbeidervernloven av 1972 hatt en 70 års aldersgrense for opphør av arbeidsforhold. Siden den gang har gjennomsnittlig levealder økt, og det er slått fast at denne vil fortsette å øke i fremtiden. Dette er noe av bakgrunnen for at man har ønsket å øke aldersgrensen for opphør. Et hovedformål er å gi en signaleffekt om at eldre arbeidstakere er ønsket i arbeidslivet. På sikt kan dette bidra til å øke yrkesdeltakelsen blant seniorer. Dessuten er det fremhevet at det vil kunne bedre arbeidstakers mulighet til å opptjene pensjon, og da særlig for kvinner som har arbeidet deltid.

FOR HVEM GJELDER HVA?

For ergoterapeuter i *privat sektor* er det som utgangspunkt aldersgrensene i arbeidsmiljøloven som gjelder. Fra første juli er denne 72 år uten overgangsregler

Mange virksomheter praktiserer imidlertid en

«bedriftsintern» aldersgrense, som typisk settes lavere enn hva loven tillater. Det har vært svært utbredt å ha en slik bedriftsintern aldersgrense på 67 år. Med lovendringene vil det ikke lengre være tillatt å ha en lavere bedriftsintern aldersgrense enn 70 år. Bedriftsintern aldersgrense kan være fastsatt gjennom arbeidsgivers styringsrett eller i tariffavtale. I tillegg til at bedriftsaldersgrensen må være saklig, er det krav om at den må være praktisert konsekvent av arbeidsgiver og være kjent blant de ansatte, og at bedriften må inneha en tilfredsstillende pensjonsordning som arbeidstakeren omfattes av. I motsetning til den lovbestemte aldersgrensen er det for slike bedriftsinterne aldersgrenser bestemte overgangsregler av hensyn til eventuelle praktiske ulemper overgangen til et nytt regelverk vil kunne medføre. Ulike overgangsregler gjelder avhengig av om aldersgrensen har grunnlag i *tariffavtale* eller i *beslutning fra arbeidsgiver*.

Hva gjelder bedriftsinterne aldersgrenser med grunnlag i arbeidsgivers beslutning (styringsrett), vil denne kunne beholdes inntil ett år etter at loven trer i kraft, dersom den er etablert før lovens ikrafttredelse.

De fleste medlemmene av Ergoterapeutene er imidlertid ansatt i kommune eller fylkeskommune og vil følgelig være omfattet av en tariffrettslig regulering hva gjelder aldersgrenser. Når aldersgrensen er fastsatt i tariffavtale, vil slike eksisterende avtaler fortsatt bestå inntil det tidspunktet gjeldende tariffavtale utløper, jamfør lov om arbeidertvister. Dette gjelder for alle typer tariffavtaler, herunder også lokale avtaler. I praksis innebærer dette at bedriftsinterne aldersgrenser kan bestå inntil tre år etter lovens ikrafttredelse. Det er ikke anledning til å inngå nye bestemmelser i tariffavtaler og avtaleklausuler som fastsetter lavere aldersgrense enn 70 år. For de som er bundet av hovedtariffavtalen for kommunene, er det adgang til å sette aldersgrenser på agendaen og gjøre spørsmålet til gjenstand for forhandlinger i tariffoppgjør.

For ergoterapeuter i statlig sektor er det viktig å merke seg at de ovennevnte endringene ikke berører den øvrige aldersgrensen i statlig sektor, som er og forblir 70 år, jamfør lov om aldersgrenser for offentlige tjenestemenn med flere (aldersgrenseloven). Denne grensen er absolutt og innebærer at den ansatte plikter å fratre sin stilling ved fylte 70 år. Det kan søkes om forlengelse av fristen til 75 år dersom arbeidstaker fortsatt fyller de krav som

forutsettes for stillingen. Dette er imidlertid en snøver unntaksregel og vurderes konkret fra sak til sak. Det er grunn til å tro at lovgiver vil se nærmere på aldersgrenseloven også som følge av endringene i arbeidsmiljøloven.

VARSLINGSPLIKT

Uavhengig av hvorvidt man omfattes av den lovbestemte aldersgrensen, eller om virksomheten praktiserer en bedriftsintern aldersgrense, vil arbeidsgiver ha en plikt til å varsle arbeidstaker om at arbeidsforholdet vil opphøre ved oppnådd aldersgrense seks måneder før fratreden. Dersom slik melding ikke gis innen seks månedersfristen, vil perioden forskyves tilsvarende lengden på forsinkelsen, slik at arbeidstaker vil kunne arbeide etter at aldersgrensen er nådd. For statsansatte gjelder derimot ingen varslingsplikt. Her vil ansatte følgelig være pliktige til å fratre ved fylte 70 år uavhengig av om arbeidsgiver har varslet, med mindre tilsettingsmyndigheten beslutter noe annet.



**personlig
GPS
trygghetsalarm**

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

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

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

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

Fra 1.995 i vår nettbutikk www.tryggereliv.no

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



Ta bølgen i din kommune!

Kommunevalget står for døren. Vi inviterer medlemmer og tillitsvalgte i kommunene til dugnad for å vise hvordan ergoterapeuter kan bidra til å utløse ressurser hos befolkningen og bygge mer bærekraftige helsetjenester. - Jeg oppfordrer alle til å ta bølgen i sin kommune, sier forbundsleder Nils Erik Ness.

Av Karl-Erik Tande Bjeraas

Ergoterapeutene arbeider hardt for at primærhelsemeldingens manglende forslag om lovfesting av ergoterapi ikke skal bli gjeldende politikk. Lovfesting eller ikke, det vil uansett være den enkelte kommunen som avgjør i hvilken grad ergoterapeuters kompetanse skal benyttes for å utløse ressurser i befolkninga og utvikle mer bærekraftige helsetjenester.

ELDREBØLGEN

En tsunami av eldrebølgekraft er på vei. Hvordan kan hverdagsmestring utløse ressurser og støtte opp om en bærekraftig utvikling? Kan vi ta suksessen med hverdagsrehabilitering videre til nye brukergrupper? spør Nils Erik Ness.

Han svarer selv på dette spørsmålet med å peke på at medlemmers og tillitsvalgtes aktivitet og engasjement er viktig. Han trekker fram de mulighetene som kommunevalg, budsjettbe-



- Aktivitet og deltagelse gir et bedre liv for den det gjelder - og lønner seg for kommunen, sier Nils Erik Ness.

handling og Ergoterapiens dag byr på.

- Ta kontakt med de politiske partiene og ledelsen i din kommune, og beskriv hvordan ergoterapeuter kan bidra med innovative løsninger i din kommune. Aktivitet og deltagelse gir et bedre liv for den det gjelder - og det lønner seg for kommunen, minner forbundslederen om.

BROSJYRE OG MATERIELL

- I en nytrykket brosjyre, som vi er veldig stolte av, beskriver vi hvordan ergoterapi kan bidra til aktive liv i bolig, skole, arbeid og nærmiljø, forteller Nils Erik Ness. Brosjyren kan bestilles fra forbundskontoret eller i ergoterapeutene.org/netthandel.

De positive erfaringene med hverdagsrehabilitering dokumenteres og deles, slik at stadig flere kommuner setter i gang. Hverdagsrehabilitering passer for personer i alle aldre, med psykis-

ke og fysiske helseutfordringer. Metoden gir fornøyde brukere, pårørende og ansatte.

Ergoterapeuter støtter mestring av daglige gjøremål på ulike måter. Innsats fra ergoterapeuter er i mange kommuner knyttet til velferdsteknologi, demensteam, boligtilpasning, universell utforming, ambulante team, forebyggende hjemmebesøk samt tiltak for barn og unge.

– La deg inspirere av de gode eksemplene i din region, lær av

andre ergoterapeuter, og sett, sammen med de andre ergoterapeutene i kommunen, et mål for hva dere vil oppnå i deres kommune.

ARENDALSUKA

Under Arendalsuka i august inviterte forbundet til et arrangement som nettopp hadde som mål å vise hvordan det er mulig å ta bølgen i kommunene. Arendalsuka er en årlig arena hvor nasjonale aktører innenfor politikk,

samfunns- og næringsliv møter hverandre og folk.

I tillegg til representanter fra forbundet deltok kommunalsjef Torill Skår fra Arendal kommune. Hun har vært med på en omfattende endring av helse- og omsorgstjenesten med vekt på hverdagsrehabilitering og mestring. Professor Kjersti Vik fra Høgskolen i Sør-Trøndelag og Diakonhøgskolen i Sandnes viste til sin forskning på deltakelse og hverdagsmestring hos eldre.



Under Arendalsuka i august inviterte forbundet til et arrangement som nettopp hadde som mål å vise hvordan det er mulig å ta bølgen i kommunene.

Vi runder 4000 medlemmer – vinn sykkel!

I løpet av året runder vi 4000 medlemmer. For å feire denne milepælen lodder vi ut en sykkel blant de som melder seg inn i perioden 1. august – 31. desember i år. I tillegg ønsker vi å premiere medlemmer og tillitsvalgte som engasjerer seg i rekrutteringsarbeidet, og lodder også ut en sykkel blant de som rekrutterer medlemmer i 2015.

Av Karl-Erik Tande Bjerkaas

Dersom du rekrutterer et medlem, må du bare passe på at du blir ført opp som rekrutterer på innmeldingsskjemaet. Rekrutterer du flere, øker vinnerchansene dine. Du får i tillegg et gavekort på 500 kroner som du kan benytte på et av våre fagkurs.

10 GODE GRUNNER OG ÉN TIL

Forbundet ønsker at medlemmer og tillitsvalgte skal være gode ambassadører for fag, yrke og forbund. Fortell andre om hvorfor du mener det er viktig å være medlem, og om det vi sammen oppnår av resultater.

For å bistå i rekrutteringsarbeidet har vi utformet en løpeseddel som presenterer rekrutteringskampanjen og loddtrekingen av sykkel blant de nye medlemmene. La oss si at dette er den ellevte gode grunnen til å bli medlem. Løpeseddelen kan du laste ned på vår hjemmeside eller få tilsendt fra forbundskontoret.

Fra før av har vi nemlig utformet brosjyren «10 gode grunner til å bli medlem». Denne kan du også laste ned på hjemmesida eller bestille fra forbundskontoret.

GOD MEDLEMSUTVIKLING

Første juli var det 3851 medlemmer i forbundet. Dette er 112 flere enn for et år siden. Som vi er vant med fra tidligere år, har det vært en liten medlemsnedgang i løpet av vinteren fra de 3885 som var medlemmer ved årsskiftet.

Av de 3851 medlemmene er 2869 yrkesaktive. Dette er en fler enn ved nyttår og 64 flere enn for ett år siden. Verken det totale antall medlemmer eller yrkesaktive medlemmer har noen gang vært høyere enn det er i år.

Likevel er det slik at antallet ergoterapeuter i arbeidsstyrken har økt mer enn antallet medlemmer i forbundet. Ut fra tall fra SSB ved årsskiftet 2014/2015 utgjorde de yrkesaktive medlemmene i forbundet 64 prosent av ergoterapeutene i arbeidsstyrken. Denne andelen har vært synkende i løpet av de siste ti årene.

Det er altså fortsatt mange potensielle medlemmer der ute. Dersom alle ergoterapeuter i arbeidsstyrken var medlemmer, ville vi ved siste årsskifte hatt 1130 flere medlemmer. Lykke til med rekrutteringsarbeidet. Lykke til som gode ambassadører for fag, yrke og forbund.

Aktivitet og deltakelse for alle.
Bli medlem!

10 gode grunner til å bli medlem


ergoterapeutene

Foto: Fredrik Imislund

BLI MEDLEM OG VINN SYKKEL!

I løpet av året runder vi 4000 medlemmer. For å feire denne milepælen, lodder vi ut en sykkel blant de som melder seg inn i perioden 1. august – 31. desember.

Se:

- www.ergoterapeutene.org/medlem
- www.ergoterapeutene.org/innmelding



Fuji Nevada 1.7 27.5" / 29"

Nevada 1.7 er en tøff terrengsykkel til skole, tur og trening. Kommer med Shimano Acera 24 gir, Tektro Auriga hydrauliske skivebrems, låsbar SR Suntour SF15-XCT-HLO w/ hydraulic lockout, 100mm travel dempegaffel og komplett utstyrspakke med baggasjebrett, støtte og skjermer. Vekt: 15.01kg

Ergoterapeutene lodder ut en sykkel blant de som melder seg inn i perioden 1. august – 31. desember i år.

**"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

Ung + ufør = økonomisk trøbbel

Rammes du av sykdom eller ulykke som fører til at du faller utenfor arbeidslivet før du har startet yrkeskarrieren, havner du i et økonomisk uføre. Manglende opptjening av pensjonspoeng gir lav uførepensjon, og store basisinvesteringer som bolig og bil må gjøres med et spinkelt budsjettgrunnlag.

Av Roar Hagen

Du kan ikke forsikre dine barn mot ulykker og sykdom. Men du kan forsikre dem mot den vanskelige økonomiske situasjonen som kan oppstå i slike tilfeller.

MEDISINSK INVALIDITET

Vår barne- og ungdomsforsikring dekker medisinsk invaliditet som følge av sykdom eller ulykke, opptil to millioner i de alvorligste tilfellene av medisinsk invaliditet. Da har du en bra buffer til å håndtere etableringskostnader som voksen, selv om du kan ha begrenset yrkesvalg eller ingen muligheter til å komme i arbeid.

ALVORLIGE TILSTANDER

Ergoterapeutenes barne- og ungdomsforsikring har dekning for flere alvorlige sykdommer. Barnet kan få erstatning på 300 000 kroner dersom det konstateres for eksempel MS, kreft, leddgikt eller cystisk fibrose. Totalt omfattes ti alvorlige sykdommer av forsikringen. Se vilkårene til barne- og ungdomsforsikringen på våre nettsider, så får du alle detaljene om dekningen.

ERSTATNING VED ARBEIDSUFØRHET

Forsikringen dekker også kroner 500 000 hvis forsikrede rammes av sykdom eller ulykkesskade som medfører arbeidsuførhet på minst 50 prosent. Retten til uføreerstat-



ning inntreffer når uførheten har vart i minst to år og er vurdert til å være varig. Erstatning for arbeidsuførhet kan først komme til utbetaling etter fylte 18 år.

DAGPENGER

Foreldrene har rett til dagpenger ved langvarig sykehusopphold for barnet. Fra tiende dag på sykehus gir forsikringen en erstatning på

400 kroner per dag i inntil 365 dager. Det gir dere som foreldre muligheter til å følge opp et barn som må være på sykehus i lang tid.

Forsikringen koster kroner 1728 per år. Påmeldingsskjema finner du på www.ergoterapeuten.no/org/forsikring.

Her ser du noen av de viktigste dekningene på barne- og ungdomsforsikringen:

Barnets alder ved start:	3 md. - 18 år
Forsikringens varighet:	3 md. - 26 år
Medisinsk invaliditet ved ulykke:	Inntil kr 2 000 000
Medisinsk invaliditet ved sykdom:	Inntil kr 2 000 000
Behandlingsutgifter ved ulykke:	Inntil kr 100 000
Erstatning ved dødsfall:	Kr 80 000
Dagpenger ved sykehusopphold:	Kr 400 per dag i inntil 365 dager
Merutgifter til nødvendig pleie og tilsyn:	Inntil kr 130 000 per år i 5 år
Ombyggingsstønad:	Inntil kr 160 000
Økonomisk trygghet ved alvorlige tilstander:	Kr 300 000
Erstatning ved arbeidsuførhet:	Kr 500 000

DELTA I DEBATTENE!

I vårt debattforum kan du poste de spørsmålene du måtte ha om fag og tariff. En lang rekke medlemmer står klare til å gi sine tilbakemeldinger. Du må være pålogget for å få tilgang til diskusjonene, og du bør merke av at du ønsker å bli oppdatert om nye innlegg i forumene. Er det mer enn to år siden du registrerte en slik varsling, må du registrere deg på nytt.

Ta ordet på ergoterapeutene.org/debattforum.



KURS FOR TILLITSVALGTE

Ergoterapeutene ruller ut sitt nye opplærings- og utviklingsprogram for tillitsvalgte denne høsten. I september vil alle tillitsvalgte få en elektronisk introduksjonspakke for tillitsvalgte.

Videre vil det i oktober og november bli gjennomført et Grunnkurs 1 for tillitsvalgte fra alle regioner og tariffområder. Kurset vil bli arrangert i Ergoterapeutene Sør. I løpet av det samme tidsrommet vil det bli gjennomført et Grunnkurs 2 for tillitsvalgte fra KS-området. Det er en forutsetning at man har gjennomført Grunnkurs 1 eller tilsvarende før man kan delta på Grunnkurs 2.

Tid, sted og påmelding vil bli annonsert i nyhetsbrevene til de tillitsvalgte og på ergoterapeutene.org/kurskalender.



OPP OG STÅ FRA A-Å!

FOR MER INFORMASJON
GÅ INN PÅ

www.permobil.no



Fontenehusmodellen i Norge

EN METODE I HARMONI MED TENKNING I ERGOTERAPIFAGET?

Av Torhild Stimo, Grethe Berntsen Jarål, Anne-Kari Ellestad, Brian Ellingham, Lisebet S. Skarpaas og Tore Bonsaksen

*Torhild Stimo er ergoterapeut og rådgiver ved Fontenehus Norge.
E-post: torhild.stimo@fontenehus.no*

Grethe Berntsen Jarål er ergoterapeut og tilrettelegger i Arbeid med Bistand ved Fontenehuset i Oslo.

Anne-Kari Ellestad er pedagog og medlem av Fontenehuset i Oslo.

Brian Ellingham er ergoterapeut og høgskolelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Lisebet S. Skarpaas er ergoterapeut og stipendiat ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Tore Bonsaksen er ergoterapeut og førstelektor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til denne artikkelen.

Abstrakt

Fontenehusene i Norge er del av en internasjonal klubbhus-bevegelse. Fontenehusene tilbyr livsvarig medlemskap og sikter gjennom sitt tilbud å bidra med arbeid og arbeidstrening for personer som har eller har hatt psykiske helseproblemer. Denne artikkelen beskriver og eksemplifiserer de sentrale prinsippene for fontenehusenes virksomhet, og diskuterer hvordan disse står i forhold til tenkning i ergoterapifaget. Vi argumenterer for at det er stor grad av sammenfall mellom fontenehusenes metode og tenkning i ergoterapifaget.

Nøkkelord: Fontenehus, klubbhusmodell, ergoterapi, Model of Human Occupation, arbeidsrettet rehabilitering

INNLEDNING

Fontenehusmodellen er arbeidsrettet rehabilitering for mennesker med psykiske helseproblemer. Klubbhuset er en arbeidsplass, et arbeidsfellesskap og et sted for læring, utvikling og trening på egne premisser. Hovedmålsettingen er rehabilitering til sosialt liv og arbeidsliv (Garbo & Jackbo, 2012). Klubbhusmodellens opprinnelse stammer fra 1948, da en gruppe pasienter, utskrevet fra psykiatrisk institusjon i New York, bestemte seg for å etablere en gruppe med målsetting om å hindre reinnleggelser. Utover på 1950-tallet meldte behovet for ansatte seg. Arbeid som metode ble innført; både organisering av arbeid på klubbhuset, utvikling av overgangsarbeid og et mål om ordinært arbeid. Det første klubbhuset som ble opprettet, hadde en fontene i bakgården og fikk derfor navnet «Fountainhouse» (Doyle, Lanoil, & Dudek, 2013). I Norge ble det første fontenehuset etablert i Stavanger i 1996. Det andre og etter hvert største ble etablert i Oslo i januar 2000. I dag er det åtte fontenehus i Norge (Garbo & Jackbo, 2012). Fontenehusene og Fontenehus Norge, en paraplyorganisasjon for de norske fontenehusene, har jobbet for politisk gjennomslag. I Helse- og omsorgskomiteens samlede merknader til statsbudsjettet 2015 heter det blant annet: *«Komiteen mener at Fontenehusene er et viktig lavterskeltilbud og en utviklingsarena som utfyller det offentlige tilbudet»* (Innst. 11 S - 2014-2015, s.96).

I den internasjonale forskningslitteraturen viser studier at fontenehusene tilbyr et miljø som gir en følelse av fellesskap og tilhørighet. Sosial støtte og sosial interaksjon er viktige elementer i

bedringsprosessen (Carolan, Onaga, Pernice-Duca, & Jimenez, 2011; Pernice-Duca & Onaga, 2009). Selv om medlemmer og ansatte beskriver mange aspekter ved miljøet likt, så er ansattes oppfattelse i større grad preget av den opplæringen de har fått i fontenehusets prinsipper (Herman, Onaga, Pernice-Duca, Oh, & Ferguson, 2005; Pernice-Duca, 2010). Effektstudier av det å skaffe og beholde arbeid i det ordinære arbeidslivet konkluderer med at klubbhusmodellen bidrar til at mange mennesker med alvorlige psykiske utfordringer kommer i arbeid (Schonebaum & Boyd, 2012; Schonebaum, Boyd, & Dudek, 2006).

I nordisk faglitteratur finner vi beskrivelser av fontenehusmodellen fra Norge, Sverige og Danmark (Hauger, 2014; Hoejbjerg, 1986; Madsen & Horst, 1994). Svenske studier viser at det gis omfattende hjelp gjennom fontenehusene som kan karakteriseres som rehabilitering (Karlsson, 2004b), og muligheten til overgangsarbeid er på teoretisk grunnlag vurdert som positivt (Karlsson, 2004a). Medlemmer beskriver at meningsfulle relasjoner, men også meningsfulle arbeidsoppgaver og støttende miljø, er viktige virksomme faktorer i fontenehusmodellen (Norman, 2006). Fontenehusets mulighet for overgangsarbeid (midlertidige stillinger med oppfølging i ordinært arbeid) ble i en finsk studie vurdert av både medlemmer og ledere som positivt for å evaluere medlemmets arbeidsevne. Overgangsarbeidet førte imidlertid ikke til stabilt arbeid i det ordinære arbeidsmarkedet (Pirttimaa & Saloviita, 2009). En norsk masteroppgave hvor medlemmer og ansatte ble intervjuet, konkluderte med at fontenehusets rehabilite-

ringspraksis oppleves positivt av både medlemmene og medarbeiderne (Vidme, 2010).

Ergoterapi har sine tidligste røtter i rehabilitering gjennom arbeid, såkalt moral treatment («moralisk behandling»), slik det foregikk i de psykiatriske anstaltene på 1800-tallet (Laws, 2011). Her så man på psykiske problemer som livsvansker (Gordon, 2009; Meyer, 1922), og man bygget på prinsippet om at mennesket påvirker sin egen helse gjennom deltakelse i aktivitet (Gordon, 2009; Meyer, 1922; Ness, 2002; Reilly, 1962). Arbeid var sett på som grunnleggende for menneskets utvikling. Følgelig ble deltakelse i arbeid ansett som et sentralt menneskelig behov (Gordon, 2009; Mattingly & Fleming, 1994), og arbeidsaktivitet har videre gjennom historien vært en del av rehabilitering og ergoterapi (Laws, 2011). Deltakelse i arbeid ble ansett for å bidra til å gi en struktur for meningsfull bruk av tid og en balanse i hverdagen (Meyer, 1922). Arbeid har de siste årene fått en større plass i rehabilitering, særlig innen psykisk helse (Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet, 2007-2012). Man har gjenvunnet tanken om at arbeid kan være en del av rehabiliteringen, og ikke bare et mål når man har kommet seg fra sykdom. Det arbeides mot større grad av inkludering i det ordinære arbeidslivet (Bull, 2011). En av de tidlige artiklene som beskriver fontenehusmodellen i Danmark, gir en kort begrunnelse for at ergoterapifagets fokus på meningsfulle og målrettede aktiviteter, ressursfokus og aktivitetsanalyse stemmer godt overens med fontenehusmodellen (Hoejbjerg, 1986).

Mange med psykiske helseut-



fordringer står uten tilknytning til arbeidslivet, med de sosiale og økonomiske utfordringene det innebærer (Bull, 2011). Å utforske muligheter for ergoterapeuter til å bidra med sin kompetanse inn mot et mer inkluderende arbeidsliv er derfor interessant og nødvendig. Omkring ti ergoterapeuter arbeider ved fire fontenehus i Norge i dag. Fontenehusmodellen kan være en aktuell modell for ergoterapeuters arbeid for å fremme arbeidsdeltakelse hos personer med psykiske helseutfordringer. Prinsippene i fontenehusmodellen har sitt utgangspunkt i erfaring. Disse erfaringene ønsker vi å sette inn i en teoretisk ramme gjennom påstanden om at ergoterapifaglig teori kan understøtte fontenehusenes erfaringsbaserte metode.

HENSIKT

Denne artikkelen har til hensikt å beskrive sentrale sider ved virksomheten ved fontenehusene i Norge, og å vise og diskutere hvordan disse står i forhold til ergoterapifaglig teori.

Fontenehusenes metode

Fontenehusmodellen bygger på 36 prinsipper som er gitt i retningslinjen «International Standards for Clubhouse Programs» (Clubhouse International, 2015). Retningslinjen gjenspeiler erfaringer som fontenehus over hele verden har gjort seg gjennom 60 år. Støtten fontenehus tilbyr, sikter mot å bedre psykisk helse, å bidra til at personen når sosiale, økonomiske, utdanningsrettede og yrkesrettede mål - og å unngå sykehusinnleggelser. Retningslinjen tjener også som en rettighetserklæring for medlemmer, og som en etisk veiledning for medarbeidere, styre og ledelse. Retningslinjen har åtte hovedinndelinger

(Fontenehus Norge, 2015).

Medlemskap er frivillig. Det betyr at man aktivt velger å bli medlem. Medlemskapet gir tilgang til alle klubbhusets muligheter. Fontenehuset er åpent for alle som har hatt eller har psykiske helseproblemer. Henvisning er ikke nødvendig, verken fra NAV eller helsevesenet. Nye medlemmer tar selv kontakt og avtaler omvisning, eller blir anbefalt og ofte fulgt av helsepersonell eller pårørende til det første møtet. Medlemmer velger selv hvordan de benytter seg av fontenehusets tilbud, hvor mye de vil arbeide, og hva de vil arbeide med. Noen medlemmer bruker fontenehuset hver dag, andre sjeldnere. Bruken varierer ofte over tid. Dersom medlemmer uteblir, isolerer seg eller blir innlagt, sørger fontenehuset for en aktiv medlemskontakt – for eksempel ved å ringe eller sende en tekstmelding for å høre hvordan det går. Både medlemmer og medarbeidere benyttes til dette. Hvor ofte, hvor raskt og hvordan man tar kontakt, er ofte avtalt på forhånd. Fontenehuset kan også benyttes av medlemmer som er innlagt på sykehus, og av medlemmer som er i arbeid. Fontenehuset er organisert i en eller flere arbeidsenheter, og medlemmene velger selv hvilken arbeidsenhet de ønsker å jobbe på – for eksempel kjøkken eller på kontor. Valget kan være begrunnet i oppgavene eller i menneskene som jobber der.

Relasjonene og det kollegiale forholdet mellom klubbhusets medlemmer og medarbeidere er fontenehusets styrke og en helt sentral del av arbeidsmetodikken. Medlemmer og medarbeidere er kolleger som jobber sammen, side om side, i et arbeidsfelleskap. Medlemmenes arbeid er helt nødvendig for driften av fontenehuset.

Behovet for deres arbeidskraft er med på å etablere likeverdet mellom medlemmer og medarbeidere. «Underbemanningen» – at driften av huset er avhengig av medlemmenes egeninnsats – er også sentralt for at medlemmene skal få reelt ansvar, være og føle seg nyttig og behøvd. Det bygger opp under eierskapet til eget rehabiliteringstilbud.

Lokalene på fontenehuset skal være innbydende og tilrettelagt for samarbeid om oppgavene på huset. Det er viktig at lokalene ligger sentralt og er lett tilgjengelige. Fontenehuset er ikke et behandlingssted. Det er derfor spesielt viktig at fontenehus ikke samlokaliseres med behandlingstilbud.

Den arbeidsorienterte dagen beskriver strukturen i alt arbeid som utføres på et fontenehus. Strukturen på arbeidsdagen er organisert for å være med på å skape trygge rammer som støtter medlemmene til å utvikle selvtilit, selvfølelse og vennskap - og dette danner igjen grunnlaget for rehabiliteringsprosessen.

Arbeidsdagen på et fontenehus er fra 08.00 til 16.00, mandag til fredag, tilsvarende en normal arbeidsuke. Arbeidet på fontenehuset er strukturert i enheter, og alle enhetene har separate arbeidsmøter på to faste tidspunkter daglig. Antall arbeidsenheter på klubbhusene varierer. Det kan for eksempel være kontor, kjøkken, service og arbeid, avhengig av virksomhetens størrelse.

Et viktig verktøy på enhetene er tavler. På arbeidsmøtene skrives alle arbeidsoppgaver på en tavle for å synliggjøre og systematisere alt arbeidet enheten har ansvar for. Medlemmene har tilbud om å delta i alt arbeidet, fra matlaging, renhold, budsjettarbeid, anset-

telser til politisk lobbyarbeid. Alle arbeidsoppgaver er like viktige og nødvendige for driften av fontenehuset. På de ulike enhetene skal medlemmer kunne velge alt fra små og konkrete arbeidsoppgaver til større prosjektarbeid som går over lengre tid. Variasjonen og presentasjonen av arbeidsoppgavene er viktig for å kunne tilby arbeidsoppgaver tilpasset medlemmenes dagsform, kompetanse og arbeidskapasitet. Arbeidsoppgavene skal utfordre, samtidig som de skal gi mestringserfaring. På et fontenehus skal en først og fremst være opptatt av medlemmers ressurser – ikke deres begrensninger.

Arbeid er helt sentralt, og fontenehuset skal tilby medlemmene organiserte, effektive strategier for å skaffe og beholde ordinært lønnet arbeid. Medlemmene skal også ha tilgang på *overgangsarbeid*, som er fontenehusenes egen modell hvor medlemmer får prøve seg ut i lønnet arbeid. Overgangsarbeid er tidsbegrensete tarifflønnede deltidstillinger opp til 50 prosent i det ordinære arbeidsliv. Medlemmet har stillingen i seks til ni måneder, før jobben deretter går videre til et nytt medlem som ønsker å prøve seg i arbeidslivet. Fontenehuset har ansvar for utvelgelse, opplæring og oppfølging av både arbeidstaker og arbeidsgiver. I tillegg garanterer fontenehuset vikar ved fravær.

Tilbudet om *arbeid med støtte* innebærer at fontenehuset ikke bare skal hjelpe medlemmer med å skaffe seg ordinære jobber. Fontenehuset skal også bistå medlemmer som ønsker støtte til å beholde et arbeid. Man samarbeider om hvordan denne støtten skal være. Medlemmer i ordinært arbeid har alltid tilgang til klubbhuset. De som arbeider deltid eller turnus, kan bruke fontenehu-

set på dagtid. De som har samme arbeidstid som fontenehusets åpningstid, kan bruke fritidsprogrammet, som består av arbeidsmøter etter arbeidstid, samlinger med middag, felles kulturopplevelser eller ferieturer. Medlemmer som har ordinære jobber, kan be andre medlemmer eller medarbeidere om støtte til å mestre personlige utfordringer.

Utdanning forbereder til arbeid, og fontenehusene skal tilby medlemmene støtte til å nå sine utdanningsmål. Mange fontenehusmedlemmer får avbrutt skole og utdanning på grunn av psykiske helseproblemer. For mange er det viktig å fullføre utdanning, både for å øke sjansene i arbeidslivet og for å realisere personlige mål. Fontenehuset bistår medlemmer i å benytte ulike utdanningstilbud for voksne.

Klubbhusets funksjoner er i tillegg å tilby medlemmene bistand i forbindelse med offentlige støtteordninger. Dette omfatter hjelp til kontakt med NAV, økonomi, boforhold, mat og helse og behandling. I retningslinjen står det at fontenehuset skal tilby boligprogram som sikrer medlemmene trygge og gode boliger. Det offentlige støtteapparatet i Norge skal tilby alle et sted å bo. Derfor har bistand i boligspørsmål i hovedsak bestått i å støtte medlemmene i å beholde og eventuelt finne ny bolig når det trengs.

Prinsippene som omhandler *økonomi, ledelse og administrasjon* beskriver organisering av fontenehuset og overordnet driftsstruktur, økonomisk og administrativt. Ifølge den internasjonale retningslinjen skal et fontenehus ha et uavhengig styre (Clubhouse International, 2015). Fontenehus kan også etablere råd og utvalg som kan støtte styret,

daglig leder og hele fontenehuset med å løse alle de oppgavene som må løses. Fontenehus må ellers samarbeide med personer og organisasjoner som kan fremme klubbhusets virksomhet i samfunnet. Det presiseres i retningslinjen at fontenehuset skal organiseres på en måte som inkluderer medlemmer og medarbeidere i alle beslutningsprosesser, og at man skal søke å komme til enighet ved konsensus.

Clubhouse International (www.iccd.org) er svært opptatt av kvalitet og kontinuerlig evaluering og utvikling av retningslinjen. Denne internasjonale overbygningen for fontenehusene rundt om i verden har utarbeidet egne kvalitetssikringssystemer som alle fontenehus må forplikte seg til å gjennomføre. Akkrediteringsprosessen bygger på en omfattende selvevalueringsprosess, og avsluttes med evalueringsbesøk av kvalifiserte medarbeidere og medlemmer fra andre fontenehus.

Aktivitet, deltakelse og engasjement

Med utgangspunkt i tanken om at deltakelse i meningsfull aktivitet fremmer helse og utvikling, blir personers egne handlinger drivkraften i ergoterapi (Kielhofner & Forsyth, 2008a). Dermed er kjernekompetansen i ergoterapi å tilrettelegge for at personer kan engasjere seg i aktiviteter som fremmer helse og mestring av hverdagen (Kielhofner, 2008; Townsend & Polatajko, 2007). Terapeutisk bruk av aktivitet får sin kraft ved at personen engasjerer seg kognitivt og emosjonelt i tillegg til å gjennomføre handlinger. En klientsentrert tilnærming anvendes for å sikre behandlingens relevans og klientens motivasjon for den (Kiel-

hofner, 2008; Meyer, 1922; Pierce, 2003; Townsend & Polatajko, 2007). Som den viktigste aktøren i ergoterapi bestemmer klienten graden av engasjement i aktiviteter og har dermed stor påvirkning på utfallet av terapi. Videre vil vi vise og diskutere hvordan prinsippene i fontenehusmodellen harmonerer med nyere ergoterapifaglig teori, og vi vil i denne sammenhengen avgrense oss til å presentere prinsipper fra Model of Human Occupation (MOHO; Kielhofner, 2008), som er en av de aller mest brukte teoretiske modellene i faget. Kielhofner og Forsyth omtaler ulike dimensjoner ved personers engasjement i aktiviteter som har betydning for at personen skal kunne oppnå endring og utvikling (Kielhofner & Forsyth, 2008a).

ERGOTERAPI – PERSONENS ENGASJEMENT I AKTIVITET

Muligheten for å *velge* aktiviteter fremmer personens engasjement (Kielhofner & Forsyth, 2008a). Slike valg er ofte inngangen til en endringsprosess. Ved å ta valg kan personen forme sin egen rehabilitering og ta kontroll over egen situasjon. Denne dimensjonen gjenkjennes i fontenehusenes prinsipper om medlemskap. Personen velger å bli medlem, og velger når og hvor ofte han skal komme på klubbhuset. Han velger også hvilke av arbeidsoppgavene han skal være med på – og i hvilket omfang. For å oppnå endring i sin egen situasjon må en person *forplikte* seg til å gjennomføre et opplegg (Kielhofner & Forsyth, 2008a). Prinsippet om frivillig medlemskap ved fontenehusene støtter forpliktelse på flere måter. Å velge å møte opp på fontenehuset og påta seg arbeidsoppgaver øker følelsen av eierskap til

klubbhuset. Når personen føler eierskap og mulighet til å kunne påvirke, vil det kunne styrke følelsen av ansvar og forpliktelse slik at oppgaver blir gjennomført.

Muligheter til å *utforske* innebærer at personen gis anledning til å erfare egne ressurser og utfordringer, samt muligheter for aktivitetsdeltakelse, gjennom egen prøving og feiling (Kielhofner & Forsyth, 2008a). Arbeidsoppgaver og arbeidsområder på fontenehusene gjør det også mulig å gjenoppdage og utvikle nye sider ved seg selv. Dette kan igjen gi grunnlag for nye og større utfordringer, både når det gjelder konkrete oppgaver, og knyttet til personlig utvikling. Fontenehusets prinsipper for medlemskap og den arbeidsorienterte dagen ivaretar muligheter for valg og sikrer en trygg og forutsigbar struktur som lar en prøve seg i ulike oppgaver. I tillegg er strukturen på fontenehusene slik at medlemmene kan arbeide mot personlige mål om for eksempel arbeid, skolegang eller å få utført praktiske gjøremål. Gjennom slik utforskning kan personen selv *identifisere* sine behov for endring og hvilke mål han eller hun synes er relevante å arbeide mot.

Engasjement i et behandlingsopplegg krever et godt samarbeid mellom ergoterapeut og klient. Makt deles mellom to parter som *forhandler* om mål og tiltak gjennom hele prosessen (Kielhofner & Forsyth, 2008a). I prinsippene om relasjoner i fontenehusmodellen er medlemmer og medarbeidere likestilte arbeidskolleger som forhandler seg imellom om fordelingen av arbeid og oppgaver. Fontenehusets drift er avhengig av alle parter bidrag. Engasjement styrkes ved at personen deltar i *planlegging* av aktiviteter

(Kielhofner & Forsyth, 2008a). I den arbeidsorienterte dagen ved fontenehuset deltar alle i planlegging og fordeling av oppgavene på huset, men også i å forme innholdet i sin egen arbeidsdag. Arbeidsdagen skal også gi rom for de individuelle behovene, som for eksempel å få kontakt med NAV eller å få skrevet en jobbsøknad. Disse behovene skal ivaretas parallelt med de kollektive.

Å oppnå utvikling og endring gjennom aktivitet forutsetter at personen *øver* og *opprettholder* sin deltakelse i aktiviteter over tid (Kielhofner & Forsyth, 2008a). Fontenehusmodellen støtter dette gjennom fokuset på arbeid og den arbeidsorienterte dagen. At alle må delta i arbeidsoppgaver for at huset kan driftes gir et press mot, og en struktur for, deltakelse. Noen arbeidsområder strekker seg over tid; som for eksempel å holde regnskap og gjennomføre ansettelsesprosesser. I tillegg vil det være prosjektbaserte arbeidsoppgaver, slik som å lage et arrangement eller skrive en bok – dette krever kontinuitet i arbeidet. Etter en tid vil man *revurdere* hva som er oppnådd, *opprettholde* aktivitet som har bidratt til ønsket endring og *utforske* nye strategier der hvor aktiviteter ikke har vært vellykket. Det livsvarige medlemskapet ved fontenehuset gir god mulighet til nettopp å opprettholde aktivitet over tid, og til å utforske nye strategier i et støttende miljø.

Å STØTTE PERSONENS ENGASJEMENT I AKTIVITET

Kielhofner og Forsyth gir også eksempler på terapeutiske strategier som fremmer endring (Kielhofner & Forsyth, 2008b). Disse strategiene kan gjenkjennes i måten medarbeiderne forholder

Fontenehus	MOHO	Eksempler fra praksis
Medlemskap	Velge, planlegge, strukturere, oppmuntre, støtte	Medlemmer velger å bli medlem, hvilken arbeidsenhet og hvilke oppgaver de vil starte på
Relasjoner	Forhandle, støtte, veilede, gi råd, tilbakemelding, identifisere, validere, oppmuntre	Medlemmer og medarbeidere utvikler likeverdige og tillitsfulle relasjoner ved å arbeide sammen
Arbeidsorientert dag	Identifisere, strukturere, øve, opprettholde, forplikte, utforske, forhandle, planlegge, revurdere, tilbakemelding, oppmuntre, støtte, veilede	Medlemmer er del av et inkluderende arbeidsfellesskap, hvor arbeidsoppgavene bidrar til dagsstruktur og mestring
Arbeid	Velge, utforske, identifisere, forhandle, planlegge, øve, opprettholde, revurdere, strukturere, oppmuntre, støtte	Medlemmer kan benytte seg av overgangsarbeid som forberedelse til ordinært arbeid
Utdanning	Velge, utforske, oppmuntre, støtte	Medlemmer kan gjenoppta avbrutt utdanning med støtte i fontenehuset
Klubbhusets funksjoner	Støtte, veilede, gi råd, planlegge, revurdere	Medlemmer kan få støtte i forbindelse med møter med NAV og andre
Økonomi, ledelse og administrasjon	Velge, planlegge	Medlemmer kan delta i styrearbeid

Tabell 1. Sammenhenger mellom fontenehusenes prinsipper, prinsipper utledet fra MOHO, og praktiske eksempler.

seg til medlemmer i fontenehuset. *Validering* innebærer å uttrykke respekt og ta på alvor personens erfaring og perspektiv. Terapeuten må kunne bistå personen med å *identifisere* ressurser så vel som problemområder, og hun må kunne *forhandle* og *gi råd* i prosessen fram mot en felles forståelse av relevante mål og tiltak (Kielhofner & Forsyth, 2008b). Samarbeid om arbeidsoppgaver, og en vektlegging av likeverdige relasjoner mellom medlemmer og medarbeidere, bidrar til et godt grunnlag og klima for forhandling og rådgivning. Fontenehusets demokratiske struktur sikrer medlemmenes påvirkning i alle beslutninger på det personlige og det felles plan, og deres rettigheter og deltakelse er formalisert i prinsippene om medlemskap, økonomi, ledelse og administrasjon.

Ergoterapeuter gir *tilbakemeldinger* til personen om hans ressurser og informerer om kontekster som kan fremme eller begrense aktivitetsdeltakelse

(Kielhofner & Forsyth, 2008b). Tilbakemeldinger til medlemmene er lettere å få til når man har en god og trygg relasjon, og denne er på fontenehusene utviklet over tid gjennom samarbeid rundt konkrete oppgaver og prosjekter. Ergoterapeuter *strukturere* og graderer aktiviteter. Strukturen på oppgavene på fontenehusene fremstilles på en tavle, og oppgavene er av forskjellig art og omfang. Alle medlemmer, uavhengig av dagsform, skal kunne finne oppgaver på tavla som bidrar til en meningsfull hverdag. Ergoterapeuter kan delta i aktiviteten for å *oppmuntre* til aktivitet og *støtte* mestring. Fontenehusets arbeidsorienterte dag, lokalene og det øvrige miljøet gir en struktur og kontekst som støtter opp om aktivitetsdeltakelse. Medlemmene og medarbeiderne samarbeider om oppgaver, og dette gir en naturlig sammenheng for tett oppfølging med strukturering, gradering, støtte og *veiledning*.

Sammenhenger mellom

prinsipper i fontenehusmodellen, prinsipper fra MOHO, og eksempler fra praksis er vist i Tabell 1.

Diskusjon

Vi har i denne artikkelen redegjort for metoden som brukes ved fontenehusene (Fontenehus Norge, 2015), og sammenholdt dette med prinsipper for ergoterapipraksis utledet fra MOHO (Kielhofner, 2008). Vi har vist at det er en stor grad av samstemthet mellom prinsippene i de to modellene, og at praksis ved fontenehusene derfor kan formes med et samlet utgangspunkt i begge (se Tabell 1). Ergoterapeuter som er medarbeidere på Fontenehuset, opplever at fokuset på arbeid og den arbeidsorienterte strukturen på dagen gir en naturlig arena som er mindre preget av maktforholdene og de formelle og praktiske begrensingene som ofte er tydelige i rehabilitering innenfor institusjoner.

Ergoterapi er mest effektiv når personen engasjeres i aktiviteter

som oppleves som relevante og utviklende (Kielhofner, 2008). På fontenehuset er alle arbeidsoppgaver generert av driften av huset. Et formål med dette er at oppgavene blir meningsfulle ved at de inngår i en større, kollektiv sammenheng. Medlemmene kan ha større eller mindre individuell motivasjon for oppgavene, men følelsen av å ha bidratt og vært til nytte er viktig for den enkelte. Ved å bli inkludert i et arbeidsfellesskap og ta del i nødvendige og verdsatte arbeidsoppgaver blir personen en deltaker i samfunnet – ikke overlatt til isolasjon og uvirksomhet.

En klientsentrert tilnærming er avgjørende. Ergoterapeutens oppgave er ikke å foreskrive terapeutiske aktiviteter, men å skape muligheter for aktivitet og deltakelse. Ergoterapeuter ved fontenehuset opplever at modellen danner en ramme for integrering av ergoterapiintervensjon i en naturlig hverdagskontekst. Med arbeid og aktivitet i et støttende miljø som bærebjelker i virksheten formes ergoterapi som et bidrag til individers vekst innenfor en fellesskapsorientert kultur. Dette står ikke i motsetning til at mange medlemmer, i kortere eller lengre perioder, får ulike typer behandling og hjelp andre steder.

På det relasjonelle nivået gir prinsippene i fontenehusmodellen noen utfordringer til både medlemmer og medarbeidere. Medarbeidere som har bakgrunn i hierarkisk strukturerte miljøer, for eksempel i tradisjonelle behandlingsmiljøer, vil være vant med en tydelig rollefordeling mellom den som søker hjelp og den som gir hjelp. Ved fontenehuset vil medarbeidere med slik bakgrunn kunne oppleve sin rolle som radikalt endret. De ansatte ved



Det oppmuntrer til aktivitet og støtter mestring når en medarbeider deltar i aktiviteten..

fontenehuset er ikke terapeuter – siden fontenehuset ikke driver behandling – de er medarbeidere. På samme måte utfordres rolleforståelsen til medlemmer ved et fontenehus – han er ikke pasient eller klient, men likeverdig medlem med ansvar og plikter for fellesskapet på lik linje med de andre på huset. Samtidig har man valgt ikke alene å basere seg på medlemmenes frivillige innsats, men man har ansatt medarbeidere med begrunnelse i behovet for å opprettholde stabilitet og struktur. Medarbeiderne mottar, i motsetning til medlemmene, lønn for sin innsats. Dette er et valg som viser en pragmatisk holdning til prinsipper og at grenseopp-gangene mellom ulike roller ved fontenehusene kan være uklare.

På det politiske nivået jobber fontenehusene for å få innpass og økonomisk uttelling hos helse- og sosialmyndighetene. Dette til tross for at fontenehusene i Norge, og i de fleste andre land,

har blitt plassert som et tilbud som er helsefremmende og/eller rehabiliterende. Arbeid er fontenehuset metode, og ordinært arbeid det ultimate målet (Garbo & Jackbo, 2012; Schonebaum et al., 2006). I Norge arbeider fontenehusene nå med å etablere et tettere forhold til NAV – som har ansvar for arbeidsrettede tiltak også for mennesker med nedsatt arbeidsevne. Fontenehusene må ellers samarbeide med personer og organisasjoner som kan fremme klubbhusenes virkshet i samfunnet.

KONKLUSJON

Så langt vi har kjennskap til det, så er dette et første bidrag i den norske ergoterapilitteraturen til å beskrive prinsipper og praktisk virkshet ved fontenehusene i lys av ergoterapifaglig teori. Vi har vist at fontenehusmodellen og ergoterapiteori harmonerer godt med hverandre. I tiden fremover er det behov for å vise

mer direkte hvordan praksis ved fontenehusene kan arte seg. De ulike aspektene av slik praksis kan ha betydning for medlemmer, for medarbeidere, for fellesskapene på fontenehusene, og for samfunnet. Fremtidige studier vil kunne sikte mot å tydeliggjøre hva slags betydning fontenehusene kan ha på alle disse nivåene.

Referanser

- Arbeids- og inkluderingsdepartementet & Helse- og omsorgsdepartementet. (2007-2012). *Nasjonal strategiplan for arbeid og psykisk helse*. Oslo: Regjeringen.
- Bull, H. (2011). Betydningen av arbeid for personer med schizofreni. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(8), 733-738.
- Carolan, M., Onaga, E., Pernice-Duca, F., & Jimenez, T. (2011). A Place to Be: The Role of Clubhouses in Facilitating Social Support. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(2), 125-132.
- Clubhouse International (2015). Creating Community: Changing the World of Mental Health. Nedlastet 4. mars 2015, fra <http://www.iccd.org/>
- Doyle, A., Lanoil, J., & Dudek, K.J. (2013). *Fountain House. Creating Community in Mental Health Practice*. New York: Columbia University Press.
- Fontenehus Norge (2015). Internasjonale retningslinjer for klubbhusprogram. Nedlastet 4. mars 2015, fra <http://www.fontenehus.no/retningslinjene>
- Garbo, G.L., & Jackbo, A. (2012). *En kilde til vekst. Fontenehuset - et arbeidsfellesskap for mennesker med psykiske utfordringer*. Oslo: Fontenehuset i Oslo.
- Gordon, D.M. (2009). The History of Occupational Therapy. I E.B. Crepeau og B.A. Boyd Schell (Ed.), *Willard & Spackman's Occupational Therapy* (11 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hauger, E.C. (2014). Fontehuset - for godt til å være sant? *Sykepleien*, 25(3), 30-36.
- Herman, S.E., Onaga, E., Pernice-Duca, F., Oh, S., & Ferguson, C. (2005). Sense of community in clubhouse programs: member and staff concepts. *American Journal Of Community Psychology*, 36(3-4), 343-356.
- Hoejbjerg, A.L. (1986). Fountain House - en alternativ rehabiliteringsmulighet for psykiatriske pasienter. *Ergoterapeuten* [dansk], 47(4), 116-118.
- Innst. 11 S (2014-2015). Merknader til Statsbudsjettet for 2015. Nedlastet 4. mars, fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2014-2015/inns-201415-011/4/>.
- Karlsson, M. (2004a). Klubbhus - övergångsanställning vid ett klubbhus, möjligrehabiliterande insats för personer med psykisk sjukdom? *Svensk rehabilitering*(4), 370-379.
- Karlsson, M. (2004b). Rehabiliterings- och självhjälpsinsatser för och av personer med psykisk sjukdom. *Soci-almedisinsk tidsskrift*, 4, 370-379.
- Kielhofner, G. (2008). *A Model of Human Occupation. Theory and Application*. (4 ed.). Baltimore, MD: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., & Forsyth, K. (2008a). Occupational Engagement: How Clients Achieve Change. I G. Kielhofner (Ed.), *Model of Human Occupation* (4 ed., pp. 171-184). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kielhofner, G., & Forsyth, K. (2008b). Therapeutic Strategies for Enabling Change. In G. Kielhofner (Ed.), *Model of Human Occupation* (4.ed., pp. 185-203). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Laws, J. (2011). Crackpots and basket-cases: a history of therapeutic work and occupation. *History of the Human Sciences*, 24(2), 65-81. doi: 10.1177/0952695111399677
- Madsen, A., & Horst, C. (1994). Fountain House in Copenhagen: A Presentation of a Social Rehabilitation Programme for Persons with Long-Term Mental Disorders. *Nordic Journal of Psychiatry*, 48(4), 287-291. doi: 10.3109/08039489409078151
- Mattingly, C., & Fleming, M.H. (1994). *Clinical Reasoning. Forms of Inquiry in a Therapeutic Practice*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Meyer, A. (1922). The Philosophy of Occupational Therapy. *Archives of Occupational Therapy*, 1, 1-10.
- Ness, N.E. (2002). Ergoterapifagets aktivitetsperspektiv - et historisk blikk på ideer som påvirker faget. *Ergoterapeuten*, 45(10), 1-24.
- Norman, C. (2006). The Fountain House movement, an alternative rehabilitation model for people with mental health problems, members' descriptions of what works. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(2), 184-192.
- Pernice-Duca, F., & Onaga, E. (2009). Examining the contribution of social network support to the recovery process among clubhouse members. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 12(1), 1-30.
- Pernice-Duca, F.M. (2010). Staff and Member Perceptions of the Clubhouse Environment. *Administration & Policy in Mental Health*, 37(4), 345-356. doi: 10.1007/s10488-009-0242-y
- Pierce, D.E. (2003). *Occupation by design. Building therapeutic power*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Pirttimaa, R., & Saloviita, T. (2009). Transitional employment and its effects in Finland. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 32(3), 231-234. doi: 10.2975/32.3.2009.231.234
- Reilly, M. (1962). Occupational therapy can be one of the great ideas of 20th century medicine. *American Journal of Occupational Therapy*, 16, 1-9.
- Schonebaum, A., & Boyd, J. (2012). Work-Ordered Day as a Catalyst of Competitive Employment Success. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(5), 391-395. doi: 10.1037/h0094499
- Schonebaum, A.D., Boyd, J.K., & Dudek, K.J. (2006). A Comparison of Competitive Employment Outcomes for the Clubhouse and PACT Models. *Psychiatric Services*, 57(10), 1416-1420.
- Townsend, E.A., & Polatajko, H.J. (2007). *Enabling occupation II: advancing an occupational therapy vision for health, well-being, & justice through occupation*. Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Vidme, K. (2010). *Fontenehuset i Bergen: en rehabiliteringstilnærming for mennesker med psykiske lidelser*. Bergen: Høgskolen i Bergen.

HEPRO ELEKTRISKE RULLESTOLER

Foto/design: mpDesign



HEPRO S17

– 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 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

Studenter som forskningsassistenter i ergoterapi:

HVORFOR OG HVORDAN?

Av Hildegunn Kvarsnes, Mona Dahl og Tore Bonsaksen

*Hildegunn Kvarsnes er ergoterapeut og arbeider ved Lønnås Bo- og Rehabiliteringssenter.
E-post: hildegunn.kvarsnes@icloud.com.*

Mona Dahl er ergoterapeut og instituttleder ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Tore Bonsaksen er ergoterapeut og førstelektor ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Abstrakt

Nyere policy for høyere utdanning vektlegger at studenter gjennom sin utdanning ikke bare skal få innblikk i forsknings- og utviklingsarbeid, men også involveres i det. Dette gjelder selv på lavere grads nivå (bachelornivået), som er det nivået som de norske ergoterapeututdanningene er lagt på. På hvilke måter slik involvering skal skje, er imidlertid åpent, og det samme gjelder hva som skal til for at dette skal kunne skje på en god måte – hva er suksesskriteriene? Ved ergoterapiutdanningen i Oslo fylte førsteforfatteren en 20 prosent stilling som forskningsassistent, fra september 2014 til juni 2015, under hennes tredje studieår. I løpet av undervisningsåret 2014/2015 deltok hun i forsknings- og utviklingsprosjekter av ulike typer og omfang. I denne artikkelen beskriver vi ulike typer motivasjon for å inkludere studenter i forsknings- og utviklingsarbeid og hvordan vi har utformet rollen som forskningsassistent ved vårt institutt. Vi vil beskrive nærmere det vi oppfatter som suksesskriterier, og noen aktuelle utfordringer knyttet til en slik ordning.

Nøkkelord: Forskning, utvikling, forskningsassistent, utdanning, student

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

INNLEDNING

Det er mange grunner til å drive forsknings- og utviklingsarbeid (FoU) innen ergoterapi. Ønsket om å utvikle og evaluere intervensjoner som kan bidra til ønsket aktivitetsdeltakelse, som igjen fremmer god helse og forebygger sykdom, skade og menneskelig lidelse, er kanskje den viktigste grunnen. Ergoterapifaget og -profesjonen vil også fremmes ved at det drives forskning og utviklingsarbeid blant ergoterapeuter. Slikt arbeid vil utvide det empiriske evidensgrunnlaget knyttet til ergoterapeutisk tenkning og praksis, og på sikt vil det kunne bidra til høynet faglig troverdighet og anerkjennelse. I følge det norske ergoterapeutforbundets yrkesetiske retningslinjer har ergoterapeuter også et etisk ansvar for å bidra til å utvikle faget videre gjennom å drive forskning på folks helse, aktivitet og deltakelse (Norsk Ergoterapeutforbund, 2006).

Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA) har sitt samfunnsmandat i å utdanne kompetente, ansvarlige og profesjonelle ergoterapeuter. Høy kvalitet på utdanningen sikres på flere ulike vis. Rekruttering til lærerstaben av høyt kvalifiserte fagpersoner, gjerne personer med kompetanse på doktorgradsnivå, er ett bidrag (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2012). Dette skal sikre høy kvalitet også på forskningen som utføres ved høgskolen. Som en mulig kontrast til denne ambisjonen står politiske og institusjonelle strategidokumenter som uttrykker målsettinger om også å inkludere studenter i FoU-arbeid (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2012; Universitets- og høgskolerådet, 2010).

I denne artikkelen vil vi beskrive noe av motivasjonen for å inkludere studenter i FoU-arbeid. Vi

vil også beskrive ordningen med å ha forskningsassistent ved ergoterapeututdanningen – en ordning som nettopp inkluderer studenten i FoU-arbeidet til ansatte ved utdanningen. Vi oppsummerer artikkelen med å beskrive det vi oppfatter som suksesskriterier og utfordringer i forbindelse med å bruke studenter som forskningsassistenter.

HVORFOR INKLUDERE STUDENTER I FOU-ARBEID?

Dagens kunnskaps- og utdanningssamfunn stiller økende krav om innovasjon, entreprenørskap, og kompetanse på endringsprosesser. Utdanningene har et ansvar for å utdanne fagpersoner til samfunnet som kan ta dette endringsansvaret videre ut i yrkeslivet. Målsettinger om FoU-basert utdanning og inklusjon av studenter i FoU-arbeid kan sies å avspeile det samfunnet vi lever i, og slike målsettinger finnes på ulike nivåer. På det øverste, det *samfunnsmessige og politiske* nivået, finner vi det norske lovverket, og i universitets- og høgskolelovens paragraf 1-3 står det blant annet at «universiteter og høgskoler skal [...] tilby høyere utdanning som er basert på det fremste innen forskning, faglig og kunstnerisk utviklingsarbeid og erfaringskunnskap» (Kunnskapsdepartementet, 2005). I Universitets- og høgskolerådets (UHR) rapport «Utdanning + FoU = Sant» står det at FoU-basert utdanning er en forutsetning for høy kvalitet i utdanningen, og dette er igjen nødvendig for at norske universiteter og høgskoler skal kunne konkurrere om studenter internasjonalt (Universitets- og høgskolerådet, 2010). Fra politisk hold kan imidlertid begrepet «FoU-basert utdanning» anses

som lite kontroversielt, siden det kan tolkes smalt: I betydningen at forskerne og lærerne ved lærestedene har et ansvar for at kunnskapsformidlingen skal være basert på forskning, uten at dette nødvendigvis inkluderer studenter i kunnskapsproduksjonen (Kyvik & Vågan, 2014).

I UHRs rapport (2010) fremkommer imidlertid også argumenter for å inkludere studenter i roller hvor de gjøres delaktige i selve forskningsprosessen, og ikke bare gjøres til konsumenter av andres forskning. Argumentene er mye knyttet til at studentdeltakelse i FoU-arbeid er god pedagogikk: Det kan fremme studentenes engasjement, ferdigheter og dybdeforståelse på en annen måte enn hva forelesninger om andres forskning kan gjøre (Bonsaksen, 2014; Healey & Jenkins, 2009). På *institusjonsnivået* ser vi at HiOA har fulgt opp dette i sine egne strategier. Strategidokumentet «Ny viten – Ny praksis: Strategi 2020 for Høgskolen i Oslo og Akershus» har nedfelt som et eksplisitt mål å utvikle sterk sammenheng mellom utdanning, forskning og utviklingsarbeid, og å styrke studentinvolveringen i FOU-arbeidet (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2012). Implementering av disse målene skal blant annet styrke utdanningenes kvalitet og relevans og studentenes læringsutbytte. Vi ser dermed at strategien, i tillegg til å vektlegge studentenes læring, også tar utgangspunkt i samfunnets behov for kunnskap og kompetanse, og i at HiOA spiller en rolle ved å bidra til verdiskapningen i samfunnet.

Høgskolens strategi vektlegger også en tredje type motivasjon for å inkludere studenter i FoU-arbeidet til de ansatte: Det er ønskelig at studenter deltakelse

Forskningsassistent – 20 prosent engasjementsstilling høsten 2014

Ved ergoterapeututdanningen ved Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag er det ledig engasjement som forskningsassistent for perioden 1. september – 31. desember 2014. Ordningen er nystartet og vil bli evaluert ved periodens utløp, men engasjementet kan bli forlenget frem til 31. juni 2015, eller det kan bli utlyst på nytt.

Hvem kan søke: Stillingen kan søkes av studenter som skal gå 3. studieår ved HiOAs ergoterapeututdanning mens engasjementet pågår.

Arbeidsomfang: 20 % engasjementstilling

Arbeidsoppgaver: Deltakelse i forsknings- og utviklingsarbeid i samarbeid med førstelektor Tore Bonsaksen, som vil være forskningsassistentens veileder, og eventuelt andre av utdanningens ansatte. Arbeidet kan innebære ulike oppgaver av både faglig og administrativ art og vil være tilknyttet ulike prosjekter. For høsten 2014 vil arbeidet blant annet innebære deltakelse i prosjekter knyttet til Intentional Relationship Model, til validering av Role Checklist, og til planlegging av kurs i bruk av Assessment of Communication and Interaction Skills (ACIS).

Arbeidstid: En dag hver uke, med mulighet for fleksibel organisering dersom dette samsvarer med veilederens behov. Den som ansettes vil benytte kontor ved instituttet. Arbeidstid kl. 8-16.

Stillingen krever: God studieprogresjon, stor arbeidskapasitet og arbeidsinnsats, god evne til selvorganisering, faglig innsikt og gode analytiske evner, gode samarbeidsevner, og god muntlig og skriftlig formidlingsevne på norsk og på engelsk.

Stillingen gir muligheter for: Faglig fordypning i tett samarbeid med veileder; utvikling av kunnskaper og ferdigheter i forsknings- og utviklingsarbeid, undervisnings- og veiledningserfaring, formidling og publisering i samarbeid med veileder og eventuelt andre i utdanningens stab. Forskningsassistentens arbeid i stillingen kan gjerne knyttes til hans eller hennes avsluttende eksamen ved studiet (bacheloroppgaven). Den som ansettes vil få attest med arbeidsbeskrivelse og vurdering etter at engasjementet er utløpt.

Lønn: Forskningsassistenten vil avlønnes i henhold til gjeldende satser for studentassistenter ved HiOA.

Søknaden skal inneholde beskrivelse av hva som motiverer studenten for arbeidsoppgavene og studentens egenvurdering av sine sterke og svake sider sett i sammenheng med de skisserte arbeidsoppgavene og stillingens krav. CV og kopier av relevante vitnemål, attester og karakterutskrifter vedlegges søknaden. Spørsmål angående stillingen kan rettes til Tore Bonsaksen eller instituttleder Mona Dahl. Aktuelle søkere vil bli innkalt til intervju i uke 33.

En kortfattet søknad (helst ca. én A4-side) med vedlegg leveres eller sendes innen 1. juli 2014 til: Tore Bonsaksen, Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, Postboks 4 St. Olavs Plass, 0130 Oslo.

Tabell 1. Stillingsutlysning for forskningsassistent.

i FoU-arbeid skal øke den vitenskapelige publiseringen og styrke mulighetene for ekstern finansiering av prosjekter (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2012). Vi oppfatter det som helt legitimt at høgskolen gjør grep som fremmer

dens egne interesser, spesielt når motivasjonen legges fram i full åpenhet. Et spørsmål er imidlertid om antakelsen som ligger til grunn, stemmer (Kyvik & Vågan, 2014): Får man mer forskning og utvikling ved å inkludere stu-

denter i FoU-arbeid, eller vil da ressursene heller kanaliseres inn mot en nødvendig opplæring av studentene, slik at man snarere får mindre?

Implementering av strategien må skje på lokalt nivå, og ved HIOA betyr dette på instituttnivå. Videre vil vi beskrive hvordan ordningen med forskningsassistent har kommet i stand og blitt utviklet ved vårt institutt.

HVORDAN INKLUDERE STUDENTER I FOU-ARBEID?

I en diskusjon om hvordan studenter kan inkluderes i forskning og utviklingsarbeid må man først presisere hva slags rolle og hvilke oppgaver det er snakk om. Kyvik og Vågan (2014) skisserer tre hovedtyper av studentdeltakelse i FoU-arbeid. På det mest basale nivået kan studenter delta som informanter i forskning, for eksempel ved å la seg bli intervjuet eller ved å besvare spørreskjemaer (nivå 1). Vi ser ikke bort fra at deltakelse på dette nivået også kan bidra til læring og til en opplevelse av å bidra til høgskolens og de ansattes FoU-virksomhet, selv om deltakelsen har preg av å være en der-og-da-opplevelse. Deltakelse i FoU-arbeid på det neste nivået innebærer å gjøre relativt enkle og avgrensede oppgaver i et prosjekt (nivå 2). Eksempelvis kan dette dreie seg om utsending av spørreskjema, innlegging av data i databaser, eller å referere fra et møte. Dette er en mer varig og aktiv form for deltakelse, men også her dreier det seg om å delta i vesentlig praktiske oppgaver hvor det ikke tillegges ansvar for analyse, tolkning eller presentasjon av resultater. Et mer avansert nivå av studentdeltakelse i FoU vil handle om å integrere nettopp slike elementer i studentenes ar-

beidsoppgaver. Opprettingen av en deltidsstilling som forskningsassistent ved vårt institutt hadde ambisjon om å omfatte dette nivået (nivå 3) av studentdeltakelse i FoU.

Stillingen som forskningsassistent ble opprettet fra september 2014 som en prøveordning, i første omgang som en 20 prosent stilling i engasjement fram til nyttår, men med mulighet for forlengelse. Ved årsskiftet ble stillingen forlenget til å gjelde i seks nye måneder. De praktiske rammene for stillingen ble i utgangspunktet skissert i stillingsutlysningen, og utlysningen ble gjort kjent for alle studentene i det aktuelle kullet på utdanningens digitale læringsplattform. Den opprinnelige stillingsutlysningen er gjengitt i Tabell 1. Utover dette har oppgaver i stillingen og organisering av arbeidet i stor grad blitt fastsatt i overenskomst mellom forskningsassistenten (HK) og forskeren som stillingen var tilknyttet (TB).

Innholdet i stillingen ble nærmere presisert ved jobbintervjuet, hvor søkerens interesser, ferdigheter og motivasjon ble sett i sammenheng med stillingskravene. Forskerens og assistentens ønsker og behov vedrørende formen på det fremtidige samarbeidet ble også diskutert under intervjuet. Arbeidsoppgavene har variert fra prosjekt til prosjekt, men har i stor grad bestått av registrering, klassifisering og analyse av datamateriale i samarbeid med lokale, nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere. I tillegg har oppgavene inkludert oversettelsesarbeid, intervjuer og korrespondanse med andre prosjektdeltakere. Senere i perioden har oppgavene også omfattet formidling i form av deltakelse



Bilde 1. Forskningsassistent og veileder deltar i FoU-arbeid på nivå 3.

på konferanse med posterbidrag (Kvarsnes & Bonsaksen, 2015), og i form av artikkelskriving (Bonsaksen & Kvarsnes, 2016; Bonsaksen et al., 2015). Oppgavene har slik omfattet både nivå 2 og 3, som skissert tidligere (Kyvik & Vågan, 2014) – og det har vært en gradvis progresjon med tanke på hvordan ulike typer oppgaver har vært vektet. Bilde 1 viser forfatterne i det de presenterte en poster under en ergoterapikonferanse i Plymouth tidligere i år, som et eksempel på

forskningsassistentens FoU-deltakelse på nivå 3.

SUKSESSKRITERIER – OG NOEN UTFORDRINGER

Suksess kan være så mangt. I denne sammenhengen vil vi beskrive tre hovedkriterier for suksess som vi vil legge vekt på i vår forståelse av at ordningen har vært vellykket – slik vi har opplevd den å være. Noen forhold har å gjøre med selve *organiseringen* av arbeidet. Opprettelsen av en 20 prosent lønnet stilling

for en forskningsassistent er en viktig faktor. Mange studenter er avhengige av å jobbe ved siden av studiene for å klare seg økonomisk. Det å studere full tid, ha ekstrajobb og samtidig engasjere seg som forskningsassistent på fritiden kunne ha gitt en uholdbar arbeidsbelastning hvor ubetalt arbeid raskt kunne ende nederst på prioriteringslisten i travle perioder. Ved å lønne stillingen kan studenten vie sitt fulle engasjement til FOU-arbeidet, samtidig som behovet for inntektsgivende arbeid blir ivaretatt.

Det definerte utgangspunktet var bruk av en ukentlig studiedag til å utføre arbeidet som forskningsassistent, og et delt kontor med nødvendige ressurser ble gjort tilgjengelig som arbeidssted på høyskolen. Både forskeren og forskningsassistenten har imidlertid i perioder hatt andre oppgaver som har krevd oppmerksomhet, og det å ha en fleksibilitet rundt arbeidstid og arbeidssted har gjort at begge har kunnet møte disse kravene på en god måte. Tydelige rammer for samarbeidet, og tydelige forventninger til hverandre, gir en trygg plattform å jobbe videre fra. En åpenhet rundt hvilke utfordringer og oppgaver studenten ønsker, og hvilke konkrete oppgaver og behov forskeren har i sitt arbeid, gir en forutsigbarhet for begge parter.

Samarbeid er et annet forhold med betydning for suksess. Et konstruktivt samarbeidsforhold anerkjenner det eksisterende maktforholdet mellom partene, men vektlegger en god og åpen kommunikasjon, hvor vennlighet, respekt og ærlighet er viktige elementer. At studenten gis tillit, ansvar og frihet er viktig og handler mye om å skape rom for

spørsmål, idéer og tolkninger. Forskning er fri og kreativ virksomhet, og sosialisering inn mot rollen som forsker må dermed inkludere frihet og kreativitet under ansvar. Vi oppfatter det slik at studentdeltakelse i FoU på nivå 3 forutsetter at studentens bidrag blir lyttet til, verdsatt og fulgt opp. Denne måten å jobbe på bidrar til å hente ut ressurser i studenten, gir mestringsfølelse og gir videre motivasjon for arbeid og engasjement.

Samarbeid preges av de personlige egenskapene hos de som deltar i det. Stor arbeidskapasitet, gode analytiske evner og god formidlingsevne ble presentert som krav til assistenten i stillingsutlysningen. Registrering av store mengder datamateriale har krevd en effektiv arbeidsmetodikk, stor tålmodighet og god utholdenhet til å jobbe konsentrert over lange perioder. I arbeid med kategorisering, analyse og tolkning av data har assistenten fått anvendt sine analytiske evner både selvstendig og i samarbeid med veilederen. Også i arbeid med artikkelskriving har evne til analytisk tenkning stått sentralt. Eksempler på dette er arbeid med å formulere argumenter, arbeid med å skape sammenheng mellom ulike deler av teksten, og arbeid med å gi innspill og kommentarer til tekstmateriale forfattet av veilederen. Personlige egenskaper hos veilederen som er av betydning for samarbeidet, er evnen til å være tydelig, vise tillit, gi passende utfordringer og gi konstruktive tilbakemeldinger.

Gjensidig læring er en av de mest verdifulle gevinstene ved samarbeidet. Ett av HIOAs mål med å skape en tettere forbindelse mellom studenter og ansattes FOU-arbeid er at studentenes

læringsutbytte skal styrkes (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2012). Veilederens tilpasning av oppgavens krav har gitt assistenten mulighet for å strekke seg videre. Gjennom veiledning i arbeidet har assistenten fått mulighet til å lære mye nytt, oppleve mestring og utvikle seg faglig og personlig under trygge forhold. Samsvaret mellom oppgavens krav og assistentens ferdigheter og forståelse har sikret gode forhold for læring. Fra forskerens ståsted har assistentens kritiske refleksjoner og ideer til løsninger på ulike problemer også gitt mulighet for læring. Tett samarbeid med en forskningsassistent gir i tillegg forskeren en ny arena for pedagogisk utvikling i rollen som veileder.

Etablering av en rolle som forskningsassistent ved instituttet har også medført noen utfordringer knyttet til det relasjonelle og til rollene som skapes gjennom dette samarbeidet. Vi opplever at vi har kunnet håndtere disse, uten dermed å si at vi har funnet noen universelle løsninger på dem som vil passe for alle. I rollene som assistent og veileder må man utvikle noen nye forventninger til hverandre og noen nye måter å samarbeide på som strekker seg utover den tradisjonelle lærer-student-relasjonen. Samtidig må man evne å omstille seg og gå tilbake til de vanlige rolleforventningene når man møtes i andre situasjoner, som for eksempel i klasseromsundervisning eller ved eksamen. Rollen som forskningsassistent medfører også at posisjonen i forhold til de andre studentene endres noe – forskningsassistenten kan bli oppfattet som en privilegert student som får særbehandling. Assistentens forhold til de an-

dre ansatte på instituttet kan bli preget av ambivalens: I hvilke situasjoner er hun student, og i hvilke er hun ansatt? Hvilken type status medfører rollen som forskningsassistent; er hun mest student eller mest ansatt? Hvilken betydning har dette for daglig praksis – skal hun for eksempel ha ansatt-tilgang til kopirommet (som studenter ikke har), og skal hun kunne delta under personalets lunsjpause? Rollene som forskningsassistent og student går parallelt og de utspiller seg i det samme sosiale miljøet. Å inneha en slik dobbeltrolle fordrer en evne til å vurdere ulike situasjoner og raskt veksle mellom rollene når det kreves. Utfordringene på dette feltet er reelle, og det kan være en fordel om de viktigste er diskutert i personalgruppen som del av forberedelsene til å opprette en slik stilling, samt med den aktuelle forskningsassistenten ved ansettelse.

KONKLUSJON

Vi har i denne artikkelen beskrevet ulike grunner for å involvere studenter mer i FoU-arbeid, og vi har beskrevet hvordan dette har blitt gjort i form av å opprette en stilling for forskningsassistent ved HIOA. Vi legger vekt på organisering, samarbeid og læring som tre sentrale suksesskriterier for en slik ordning, mens utfordringene vesentlig har vært knyttet til å kunne håndtere endrede og mer komplekse rolleforventninger. Vi oppfatter at ordningen er fruktbar og verdt å beholde og videreutvikle, samtidig som vi fremover ønsker å øke studentenes deltakelse i FoU-arbeid på en mye bredere basis. Flere kan bli trukket inn i ulike FoU-relaterte oppgaver, og det kan være aktuelt å bruke studenters erfaringer

med FoU-arbeid mer aktivt inn i undervisningen. En slik mobilerings i bredden vil kreve andre typer av organisering enn det vi her har vist et eksempel på.

Referanser

- Bonsaksen, T. (2014). Engaging students in research and inquiry: Issues to consider. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 21(3), 108-109.
- Bonsaksen, T., & Kvarsnes, H. (2016). Role performance and role valuation among occupational therapy students in Norway, (in press). *Open Journal of Occupational Therapy*.
- Bonsaksen, T., Meidert, U., Schuman, D., Kvarsnes, H., Haglund, L., Prior, S., . . . Scott, P. J. (2015). Does the Role Checklist Measure Occupational Participation? (in press). *Open Journal of Occupational Therapy*.
- Healey, M., & Jenkins, A. (2009). *Developing undergraduate research and inquiry*. The Higher Education Academy.
- Høgskolen i Oslo og Akershus. (2012). *Strategi 2020 for Høgskolen i Oslo og Akershus*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Lov om universiteter og høyskoler, LOV-2005-04-01-15 (2005).
- Kvarsnes, H., & Bonsaksen, T. (2015). *Research assistants In Occupational Therapy (RIOT): An opportunity for the advancement of occupational therapy?* Poster presentert på konferansen «Advancing Occupational Therapy», Plymouth, England, 12.-13. mars, 2015.
- Kyvik, S., & Vågan, A. (2014). *Forskningsbasert utdanning? Forholdet mellom forskning, utdanning og yrkesutøvelse i de korte profesjonsutdanningene*. Oslo: Abstrakt.
- Norsk Ergoterapeutforbund (2006). Yrkesetiske retningslinjer. <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/om-ergoterapi/Ergoterapeuters-kompetanse/Yrkesetiske-retningslinjer#sthash.7bdujqx.dpuf>
- Universitets- og høyskolerådet (2010). *Utdanning + FoU = Sant*.



Redusert eller ingen armstyrke? Vi kan hjelpe.

- ROBOTARM
- DYNAMISKE ARMSTØTTER
- SPISEHJELPEMIDLER

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



Spesialister også innen:

- OMGIVELSESKONTROLL
- VARSLING

Vi skaper forandring som sprer glede!



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

Terapeutisk hagebruk

– BEGREPER OG FORSKNING

Av Grete Patil



Grete Patil er førsteamanuensis ved Seksjon for folkehelsevitenskap, Institutt for landskapsplanlegging ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.

E-post: grete.patil@nmbu.no

Sammendrag

Plante- og hageaktiviteter blir ofte intuitivt tatt i bruk i helsefremmende arbeid og rehabilitering. I Norge brukes gjerne begrepet terapeutisk hagebruk om dette tilbudet. En kartlegging blant svenske ergoterapeuter fra 2012 (Müllersdorf & Ivarsson 2012) avdekket at 30 prosent av de som benyttet kreative aktiviteter i sitt arbeid, valgte hagearbeid. Vi finner også at når intervensjoner innen ergoterapi skal beskrives, så introduseres også terapeutisk hagebruk (Wiseman og Sadlo 2015). Hensikten med denne artikkelen er å beskrive hva terapeutisk hagebruk er, peke på hvilken rolle kontakt med natur kan ha for helse, og gi eksempler på forskning fra feltet. Som et bakteppe til artikkelen fra hagegruppa ved Sunnaas sykehus vil det til slutt bli gitt en kort oversikt over forskning relatert til terapeutisk hagebruk som aktivitet for personer med hjerneslag.

Nøkkelord: meningsfulle aktiviteter, rehabilitering, restorasjon, slagpasienter

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

TERAPEUTISK HAGEBRUK SOM BEGREP

Gjennom historien ser vi at hager, gårder og kulturlandskap er benyttet av helsetjenesten i tilbud til ulike grupper av mennesker. Best beskrevet er dette innen psykiatrien hvor hage- og jordbruk ble brukt til både matauk og aktivitet for pasienter (Gerlach-Spriggs et al. 1998). Gjennom utviklingen av ergoterapi som fag og profesjon fra begynnelsen av 1900-tallet ser vi også at aktiviteter med planter, både ute og innendørs, ble tatt i bruk i rehabilitering. I tiårene etter andre verdenskrig finner vi en mer systematisk bruk av hage- og planteaktiviteter i forhold til både miljøterapi og rehabilitering i USA, men også i England. Det mest brukte navnet på aktiviteten internasjonalt er «horticultural therapy» eller «therapeutic horticulture» som vi på norsk velger å samle i betegnelsen «terapeutisk hagebruk» (Gonzalez 2011). Fra 50-tallet og utover etableres organisasjoner for å fremme bruk av terapeutisk hagebruk, det lages utdanningstilbud, og i USA lages sertifiseringsordninger for å dokumentere fagkompetanse. Tidligst ute var American Horticulture Therapy Association i USA (www.ahtha.org) og Thrive i Storbritannia (www.thrive.org.uk). I dag finnes organisasjoner for fremme av terapeutisk hagebruk i en rekke land med Canada, Tyskland, Østerrike, Japan og Sør-Korea som eksempler.

Terapeutisk hagebruk kan defineres som «en prosess som innebærer at deltakerne enten aktivt eller passivt anvender plante- og hagerelaterte aktiviteter for å bedre eget velvære» (Growth Point 1999, oversatt av Gonzalez 2011). I England er en opptatt av at aktiviteten ofte skjer i grupper og av den sosiale dimensjonen, og betegnelsen «sosial and therapeutic horticulture» brukes gjerne (Sempik et al. 2003). «Horticulture therapy» eller «hagebruksterapi» er betegnelser som bør forbeholdes de tilfeller der aktiviteten tas i bruk av helsepersonell for å nå behandlingsmål for deltakeren. Det anbefales å bruke «terapeutisk hagebruk» på norsk som et felles begrep (Gonzalez et al. 2011) for plante- og hageaktiviteter som finner sted både i en klinisk setting og når den brukes til tilrettelagt arbeidstrening, fritidsaktiviteter eller andre helsefremmende aktiviteter. Begrepet hagebruk kan også oppfattes som fremmed, og til tider ser vi at ordet hagerapi brukes. Opplevelse og deltakelse står sentralt i terapeutisk hagebruk. Hagebruk som begrep rommer den prosessen det er å produsere en hagevekst ved hjelp av kunnskap om hva som får planten til å vokse og utvikle seg, og teknikker for å få til dette (ISHS,

udatert). Hagebruk indikerer dermed en interaksjon med det en hage tilbyr, og da i hele spennet fra det å være i hagerommet til det aktivt å bidra til vekst og utvikling av en plante. I terapeutisk hagebruk benyttes også kreative aktiviteter der produkter fra hagen eller annet naturmateriale brukes til å lage for eksempel mat, dekorasjoner eller håndverk.

FYSISKE OMGIVELSER OG PRAKTISK TILRETTELLEGGING

Terapeutisk hagebruk gjennomføres i mange ulike lokaliteter og med ulik grad av tilrettelegging. Hva som passer i hvert enkelt tilfelle er avhengig av målgruppe, ambisjonsnivå og hva som er tilgjengelig. Spennet i lokaliteter er fra et innendørs arbeidsrom, en vinterhage, veranda eller balkong, til et uteareal som er mer eller mindre tilrettelagt for formålet. Ved mange norske botilbud for personer med demens finnes det sansehager tilrettelagt for beboerne (Gonzalez & Kirkevold 2015), og det er utarbeidet formgivningsprinsipper for uteareal for denne målgruppen (Berentsen et al. 2007). Det overordnede målet er å tilby et uteareal som en del av boligen for å lette det å komme ut i frisk luft og tilrettelegge for sanse- og naturopplevelser, og gjennom det bidra til økt livskvalitet. Formgivningsprinsippene vektlegger derfor å tilby et visuelt og fysisk avgrenset grønt areal med en stiføring som bringer en tilbake til utgangspunktet for turen, med sitteplasser for hvile og sosialt samvær og med valg av planter og objekter som bidrar til sanseopplevelser, gjenkjenning og enkle ting en kan gjøre sammen. Med erfaringer fra Oldemors hage i Botanisk hage i Oslo er det også beskrevet aktuelle planter til bruk i sansehager for personer med demens (Borgen & Guldahl 2011).

Begrepet sansehager kan også brukes om uteareal for andre grupper fordi sanseopplevelsen i kontakt med natur er viktig, men samtidig oppleves ikke alltid begrepet dekkende for formålet med bruken av dette. Bærende prinsipper er at et design av et uteareale er gjennomtenkt i forhold til den målgruppen og det formålet det skal benyttes til, og at det bidrar til å fremme brukernes daglige livskvalitet ved å stimulere sansene, muliggjøre variert aktivitet og gi frihet til å komme ut i frisk luft og være i naturomgivelser. Internasjonalt brukes ulike begreper om hager tilrettelagt for ulike andre målgrupper og formål. Ytterpunkter kan være en restorativ hage beregnet på stillhet og refleksjon, eller en rehabiliteringshage for utføring av spesifikke oppgaver. Boken til Cooper Marcus og Sachs (2014) om «Th-



Det kan være fascinerende for deltakerne å følge prosessene i hagearbeid.
Foto: Colourbox

erapeutic landscapes» omtaler nettopp designprinsipper for hager for ulike målgrupper. Bengtsson and Grahns (2014) har også nylig trukket opp en del generelle anbefalinger ved utforming av utearealer ved helseinstitusjoner som også gir et nyttig utgangspunkt. Bengtsson og Grahns prinsipper legger til grunn en modell for hvordan mennesker med ulike grader av helsebelastninger opplever å ha ulikt behov for støtte fra de fysiske naturomgivelsene. Ytterpunktene er personer med stort behov for hvile og å trekke seg tilbake, og mennesker som søker sosial kontakt og deltakelse i gjøremål. Utgangspunktet for både Cooper Marcus og Sachs (2014) og Bengtsson og Grahns (2014) er begrepet evidensbasert design. Med det forstår en at det ved design av utearealer skal benyttes tilgjengelig forskning på feltet sammen med erfaringsbasert kunnskap og brukernes perspektiver og aktuell kontekst.

Det er viktig for meg å understreke at et designet uterom ikke behøver å være avgjørende for å ta i bruk terapeutisk hagebruk. Det er viktig å se potensialet i det som er tilgjengelig. Ønsker en å være innendørs, må en ta hensyn til dette i valg av aktivitet. Planter er avhengige av lys for å vokse, og ønsker en å dyrke planter innendørs, kreves gode vindusflater, og det er aktuelt å vurdere bruk av ekstra belysning. En vinterhage eller et drivhus vil kunne utvide sesongen og bidra til aktivitet hele året. Samtidig representerer dette rom som kan gi gode rammer for en aktivitet. Kontakten med uteområdene i vinterhalvåret eller når en ellers er innendørs, er også viktig. Mulighet for vindusutsikt til hage eller andre grøntarealer gir en mulighet for fascina-

sjon over natur og dyreliv eller å følge aktiviteten i disse. Ved planlegging av nybygg er det lettere å ta hensyn til en god utforming av arealer - både inne- og utearealer - og sørge for en god kommunikasjon mellom disse, gjennom både visuell kontakt og muligheten til lett å bevege seg ut og inn.

Det er også viktig å være klar over at hvis en har ambisjoner om å dyrke planter gjennom en sesong, kan det kreve både tid, praktisk tilrettelegging og hagebruksfaglig kompetanse. Utbytte for deltakeren vil da være at en kan følge en plantes vekst og utvikling, og gjennom det oppleve fascinasjon over å følge en prosess. For å forenkle behov for tilrettelegging er det også mulig å velge naturopplevelser og oppgaver som ikke bygger på hverandre fra en dag til en annen eller krever samme grad av oppfølging.

NATUR OG HELSE

Bruk av natur eller elementer fra natur er en bærende komponent i terapeutisk hagebruk. Fagfeltet miljøpsykologi er opptatt av relasjonen mellom mennesker og fysiske omgivelser. Natur er viktig for mange mennesker på flere måter; naturmiljø kan fremme fysisk aktivitet, hvile og mental restitusjon, og sosial interaksjon (Hartig et al. 2014). Forskning viser at vi har en preferanse for omgivelser med natur over omgivelser uten eller med mindre natur til stede. Det har spesielt vært arbeidet mye med hvordan naturmiljø kan bidra til gjenhenting av mentale ressurser og derfor blir det trukket fram spesielt her. Det er to teorier eller skoler i dette feltet som kan kaste lys over på hvilken måte naturen påvirker dette. Den ene er tar utgangspunkt i at oppmerksomheten vår slites gjennom daglig konsentrasjonskrevende oppgaver eller ved at vi må holde forstyrrelser mentalt på avstand. Når vi har behov for å restituere en slik mental trøtthet er de fysiske omgivelsene av betydning. Naturomgivelser er funnet å støtte en slik restitusjon eller gjenhenting av mental tretthet raskere enn omgivelser uten innslag av natur eller naturelementer. Under en slik gjenhenting hviler den konsentrasjonskrevende oppmerksomheten, samtidig som omgivelsene tillater bruk av oppmerksomheten på en ikke krevende måte. Denne teorien kalles på engelsk for «attention restoration theory», ART (Kaplan og Kaplan 1989). Et miljø som innbyr til en slik gjenhørende prosess er karakterisert ved noen restorative kvaliteter. Miljøet og det som er i det skal gi opplevelse av fascinasjon og av å komme seg vekk (psykologisk og ikke bare fysisk). Videre må miljøet ha et omfang og et innhold som kan ut-

forskes, og det må heller ikke være i konflikt med en persons ønsker og intensjoner for hvor en vil være eller hva en vil gjøre.

Det andre teoretiske perspektivet beskriver betydningen av natur for stressreduksjon. Hendelser som er ubehagelige og krevende kan gi en aktivering som gir seg utslag både fysiologisk og psykologisk. Også i dette tilfellet er omgivelsene av betydning når vi skal hente oss igjen etter en slik opplevelse. Ulrich et al. (1991) peker på at omgivelser som vi opplever som estetisk gode, bidrar til raskere stressreduksjon enn omgivelser som ikke oppleves som like bra. Naturomgivelser representerer et miljø som vi både har en preferanse for, og som forskning har vist gir en raskere reduksjon av stress enn omgivelser uten innslag av natur. Denne teorien er for eksempel benyttet i forhold til det at pasienter og beboere ved helseinstitusjoner benytter seg av en tilstøtende hage. Ulrich (1999) argumenterer for at både fysisk aktivitet, mulighet for å møte andre, det å komme seg bort fra opplevelsen av å være fratatt kontroll over egen hverdag og en økt tilgang på naturopplevelser tilbys i en slik hage og er av direkte betydning for å redusere et stressnivå. Mindre stress, sier han, gir mer ressurser til å håndtere helseutfordringer.

Jeg velger her å gi to eksempler på forskning som benytter seg av det første teoretiske perspektivet, ART (Kaplan og Kaplan 1989). I den første studien tar Cimprich and Ronis (2003) utgangspunkt i at en helsebelastning kan gi mental trøtthet og svikt i evne til oppmerksomhet om daglige gjøremål. De har studert dette blant amerikanske hjemmeboende kvinner som nylig var diagnostisert med brystkreft. Betydningen av å utføre selvvalgte aktiviteter i hage- og naturomgivelser i 120 minutter i uken ble undersøkt ved hjelp av kognitivt krevende tester. Deltakerne ble testet før behandlingen startet og etter gjennomført kirurgisk behandling. Sammenliknet med en kontrollgruppe fant forfatterne at hage/naturgruppen skåret bedre på de mentale testene enn en kontrollgruppe som fortsatte sine daglige gjøremål som før. Forfatterne konkluderer med at naturbasert aktivitet kan bidra til økt gi mer mentalt overskudd og dermed mer å gå på ved en helsebelastning.

Det andre eksemplet er et norsk arbeid som har undersøkt betydningen av hageaktiviteter på gård for hjemmeboende personer med moderat til midtels symptomer på depresjon (Gonzalez et al. 2009, 2010). Det ble gjennomført et enkeltgruppedesign der deltakerne besvarte spørreskjema før, under og

etter en periode på tolv uker med aktivitet to ganger i uken, hver gang over tre timer. Hage- og plan-teaktiviteten var gruppebasert, tilpasset dagsformen til deltakerne og ledet av gårdbrukeren. Resultatene viste en rask nedgang i depresjonsskår etter start av intervensjonen, og også en økning i evne til oppmerksomhet om daglige gjøremål (Gonzalez et al. 2009, 2010). Videre analyser viste at opplevelsen av mentalt restorative kvaliteter ved omgivelsene og aktivitetene var viktig for endringen i disse målene (Gonzalez et al. 2010). Det ble også observert en nedgang i mål på grubling, stress og angst (Gonzalez et al. 2011b). Deltakerne rapporterte å ha knyttet sterke bånd til andre i gruppene og opplevde aktiviteten som meningsfull (Gonzalez 2011, Gonzalez et al. 2011a, 2011b).

AKTIVITETSPERSPEKTIVET I TERAPEUTISK HAGEBRUK

I et aktivitetsvitenskaplig perspektiv er det blant annet av interesse å se hvordan deltakelse i en aktivitet kan gi opplevelse av mening og gjennom det bedre helse. Jeg trekker fram to studier som ser på betydningen av terapeutisk hagebruk som meningsfull aktivitet. Det første er arbeidene til Eriksson et al. (2010, 2011), hvor personer med stressrelaterte lidelser som deltok i terapeutisk hagebruk som en del av sin rehabilitering, ble intervjuet. Forskningsspørsmålene var knyttet til hvordan rehabiliteringen hadde påvirket deres daglige liv etter rehabiliteringen. Deltakerne beskrev at det å være i et trygt miljø bidro til engasjement og glede over aktivitetene (Eriksson et al. 2011). Aktiviteten inspirerte til å finne fram til hyggelige og motiverende aktiviteter i sin hverdag, noe som bidro til opplevelsen av aktivitetsbalanse. Dette til tross for en frykt for ikke å kunne utføre aktiviteten i fremtiden. Den bidro også til endringer i selvbildet og i å gi inspirasjon til å ta i bruk nye mestringstrategier (Eriksson et al. 2010).

Det andre eksempelet er fra Pálsdóttir et al. (2013), som har sett på hvordan deltakelse i naturbasert arbeidstrening for mennesker med stressrelaterte lidelser påvirker deltakernes opplevelser av aktiviteter i egen hverdag. Arbeidstreningen fant sted i Rehabiliteringsträdgården ved Sveriges Landbruksuniversitet og besto av et tolv ukers program med et tverrfaglig helsefaglig tilbud med hagen som omgivelser og utgangspunkt for aktivitet. Tilbudet varte tre og en halv time daglig, fire dager i uken. Studien benyttet et enkeltgruppedesign, og deltakerne rapporterte sin opplevelse av daglige aktiviteter. Tre

måneder etter avsluttet intervensjon rapporterte deltakerne at deres opplevelse av daglige aktiviteter den siste måneden var av mer konkret, symbolsk og selvbelønnende verdi enn før de startet i intervensjonen. Ved avslutning av intervensjonen rapporterte de også blant annet et lavere nivå av stress.

TERAPEUTISK HAGEBRUK FOR PERSONER MED HJERNESLAG

Levin og kolleger beskriver i dette nummeret hvordan de har benyttet terapeutisk hagebruk i ergoterapitilbudet til slagpasienter under rehabilitering ved Sunnaas sykehus. Begrenses litteratursøk på betydningen av terapeutisk hagebruk ned til pasientgrupper innen rehabilitering og fysikalsk medisin, er dokumentasjonen begrenset. Artikkelen til Söderback et al. (2004) fra Danderyd rehabiliteringssykehus i Stockholm er sentral når det gjelder erfaringer med terapeutisk hagebruk for personer med hjerneslag. I sin artikkel har de beskrevet sin hage og intervensjonen for personer med hjerneskade. Aktiviteten inngår som en del av pasientenes ergoterapibehandling. De pekte videre på følgende åtte områder der de så at det å delta i terapeutisk hagebruk fremmet rehabiliteringsprosessen: mental hvile, rekreasjon og fritidsaktiviteter, sosial interaksjon, sensorisk stimulering, kognitiv reorganisering, sensomotorisk trening, evaluering av restarbeidsevne og for å lære ergonomiske gode kroppsposisjoner. Dette understreker at de både benyttet hagen og aktivitetene til målrettet trening og til hvile og rekreasjon.

Ytterligere to studier har undersøkt betydningen av terapeutisk hagebruk for personer med hjerneskade. Jonasson et al. (2007) har på bakgrunn av kvalitative intervju av 14 hjemmeboende pasienter (hvorav ti med hjerneslag) beskrevet fire kategorier for deres opplevelse av å delta i en strukturert aktivitet i en rehabiliteringshage. Deltakerne beskrev aktiviteten som «nyttig» ved at utendørsmiljøet var stimulerende, ga glede og var positivt for både fysisk og psykisk helse. Aktiviteten var også nyttig på den måten at det ga en god følelse og motiverte til å mestre kjente gjøremål. Videre opplevde deltakerne det viktig å være «produktive» i den forstand at de utførte nødvendige arbeidsoppgaver og bidro til at omgivelsene så pene ut. Den tredje kategorien er «frivillighet» som beskriver at deltakerne opplevde å kunne regulere sin deltakelse i tid og omfang selv. Dette ble uttrykt som viktig for å oppleve kontroll over egen trening. Siste kategori var at aktiviteten i hagen kunne oppleves «komplisert» og at den

utfordret deltakerne til grensen av deres funksjon og kapasitet. Den andre studien er fra Sør-Korea (Kim et al. 2010) og har undersøkt effekten for slagpasienter med ensidig lammelse av å delta i hagebruksrelaterte oppgaver i tillegg til ordinær ergoterapi, og sammenliknet dette med en gruppe pasienter som kun fikk ordinær behandling. Tester for motorisk funksjon og for depresjon viste en mer positiv endring enn for kontrollgruppa. Den samme effekten ble funnet for selvstendighet og funksjon relatert til daglige aktiviteter som egenomsorg, kommunikasjon og sosial kognisjon.

OPPSUMMERENDE KOMMENTARER

Terapeutisk hagebruk er en fleksibel aktivitet som benyttes innen både rehabilitering og helsefremmende arbeid. Aktiviteten gjør bruk av at naturopplevelser i seg selv kan være av psykologisk nytte for brukerne, samtidig som aktuelle aktiviteter kan tilpasses målgruppe og spesifikke formål. Tar vi personer som har opplevd et akutt hjerneslag som eksempel, beskriver Kirkevold et al. (2012) en rehabiliteringsprosess helt fram til reetablering av psykologisk velvære som utfordrende og tidkrevende. De beskriver en prosess som går via arbeid med å gjenvinne fysiske og kognitive funksjoner, egen identitet, og opplevelse av mening og sammenheng. Terapeutisk hagebruk kan være en komplementerende intervensjon i denne prosessen ved at det gir mulighet og motivasjon for trening av spesifikke funksjoner, men også deltakelse i meningsfulle og gledebringende aktiviteter.

Det er behov for mer forskning for å dokumentere en behandlingseffekt av terapeutisk hagebruk. Forskningen på dette feltet mangler blant annet kvantitative studier med sterke forskningsdesign. Annerstedt and Wahrborg (2011) har i en oversiktsartikkel beskrevet 38 studier hvor betydningen av tilrettelagte naturbaserte intervensjoner for kliniske populasjoner eller for grupper med funksjonsnedsettelse er studert. De rapporterer at kvaliteten på studiene er varierende, men deres budskap er at studiene dokumenterer at bruk av naturintervensjoner generelt ser ut til å ha et potensial. De understreker også at det er krevende å gjøre denne typen studier fordi intervensjonene gjerne er komplekse og pasientgruppen heterogen. For praksisfeltet er det viktig at det parallelt med dokumentasjon av en potensiell betydning av terapeutisk hagebruk gjennomføres utviklingsprosjekter for å framskaffe erfaringer med tilbudet, slik at det kan systematiseres for bruk i tilrettelagt aktivitet

i helsetjenesten. Prosjektet ved ergoterapiavdelingen ved Sunnaas sykehus som omtales i dette nummeret av Ergoterapeuten, er derfor et viktig bidrag for en slik kompetanseutvikling for bruk av terapeutisk hagebruk i rehabilitering.

Referanser

- Annerstedt, M., & Wahrborg, P. (2011). Nature-assisted therapy: Systematic review of controlled and observational studies. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39(4), 371-388. doi: 10.1177/1403494810396400
- Bengtsson, A., & Grahn, P. (2014). Outdoor environments in healthcare settings: A quality evaluation tool for use in designing healthcare gardens. *Urban Forestry & Urban Greening*, 13(4), 878-891.
- Berentsen, V. Ek, A., Grefsrød, E. E. 2007. Sansehager for personer med demens: Utforming og bruk. Aldring og helse.
- Borgen, L., & Guldahl, A. S. (2011). Great-granny's Garden: a living archive and a sensory garden. *Biodiversity and conservation*, 20(2), 441-449.
- Cimprich, B., & Ronis, D. L. (2003). An environmental intervention to restore attention in women with newly diagnosed breast cancer. *Cancer nursing*, 26(4), 284-292.
- Cooper Marcus, C. og Sachs, N. (2014). *Therapeutic Landscapes: An Evidence-Based Approach to Designing Healing Gardens and Restorative Outdoor Spaces*. Wiley.
- Eriksson, T., Karlström, E., Jonsson, H., & Tham, K. (2010). An exploratory study of the rehabilitation process of people with stress-related disorders. *Scandinavian journal of occupational therapy*, 17(1), 29-39.
- Eriksson, T., Westerberg, Y., & Jonsson, H. (2011). Experiences of women with stress-related ill health in a therapeutic gardening program. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(5), 273-281.
- Gerlach-Spriggs, N., Kaufman, R., & Warner, Jr., S. (1998). *Restorative Gardens: The Healing Landscape*. Yale University Press.
- Gonzalez, M. T. (2011). *Terapeutisk hagebruk ved depresjon*. I Borge, L., Moe, T. Martinsen, E. (red.): Psykisk helsearbeid: Mer enn samtalerapi og medisiner. Fagbokforlaget.
- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W., & Kirkevold, M. (2009). Therapeutic horticulture in clinical depression: A prospective study. *Research and theory for nursing practice*, 23(4), 312-328.
- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W., & Kirkevold, M. (2010). Therapeutic horticulture in clinical depression: a prospective study of active components. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2002-2013.
- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W., & Kirkevold, M. (2011a). A prospective study of existential issues in therapeutic horticulture for clinical depression. *Issues in mental health nursing*, 32(1), 73-81.
- Gonzalez, M. T., Hartig, T., Patil, G. G., Martinsen, E. W., & Kirkevold, M. (2011b). A prospective study of group cohesiveness in therapeutic horticulture for clinical depression. *International journal of mental health nursing*, 20(2), 119-129.
- Gonzalez, M. T., & Kirkevold, M. (2015). Clinical Use of Sensory Gardens and Outdoor Environments in Norwegian Nursing Homes: A Cross-Sectional E-mail Survey. *Issues in mental health nursing*, 36(1), 35-43.
- Growth Point (1999). Your future starts here: practitioners determine the way ahead. *Growth Point*, 79, 4-5.
- Hartig, T., Mitchell, R., De Vries, S., & Frumkin, H. (2014). Nature and health. *Annual review of public health*, 35, 207-228.
- ISHS, udatert. Defining horticulture. International Society of Horticultural Science. Downloaded from <http://www.ishs.org/defining-horticulture> (03.02.2014).
- Jonasson, I., Marklund, B., & Hildingh, C. (2007). Working in a training garden: Experiences of patients with neurological damage. *Australian Occupational Therapy Journal*, 54(4), 266-272.
- Kaplan, R. & Kaplan, S. (1989). *The Experience of Nature: A Psychological Perspective*. Cambridge University Press.
- Kim, M. Y., Kim, G. S., Mattson, N. S., & Kim, W. S. (2010). Effects of horticultural occupational therapy on the physical and psychological rehabilitation of patients with hemiplegia after stroke. *Korean Journal of Horticultural Science Technology*, 28(5), 884-890.
- Kirkevold, M., Bronken, B. A., Martinsen, R., & Kvigne, K. (2012). Promoting psychosocial well-being following a stroke: developing a theoretically and empirically sound complex intervention. *International journal of nursing studies*, 49(4), 386-397.
- Müllersdorf, M., & Ivarsson, A. B. (2012). Use of creative activities in occupational therapy practice in Sweden. *Occupational therapy international*, 19(3), 127-134.
- Pálsdóttir, A. M., Grahn, P., & Persson, D. (2013). Changes in experienced value of everyday occupations after nature-based vocational rehabilitation. *Scandinavian journal of occupational therapy*(0), 1-11.
- Sempik, J., Aldridge, J. and Becker, S. (2003) Social and therapeutic horticulture: Evidence and messages from research. Reading: Thrive and Loughborough: CCFR.
- Söderback, I., Söderström, M., & Schäländer, E. (2004). Horticultural Therapy: the «healing garden» and gardening in rehabilitation measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, *Sweden Pediatric rehabilitation*, 7(4), 245-260.
- Ulrich, R.S. (1999). Effects of gardens on health outcomes: Theory and research. Marcus, C. C. & Barnes, M. (red): *Healing Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations*. New York: John Wiley.
- Ulrich, R. S., Simons, R. F., Losito, B. D., Fiorito, E., Miles, M. A., & Zelson, M. (1991). Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *Journal of Environmental Psychology*, 11(3), 201-230. doi: 10.1016/s0272-4944(05)80184-7
- Wiseman, T. & Sadlo, G. (2015). Gardening: An Occupation for Recovery and Wellness. I Söderback, I. (red): *International Handbook of Occupational Therapy Interventions*. Springer.

Rehabilitering og terapeutisk hagebruk

– ERFARINGER FRA PRAKSIS

Av Nina Levin



Nina Levin er ergoterapispesialist i allmennhelse med Master i helsefagvitenskap og diplomutdanning i Social and Therapeutic Horticulture. Hun jobber ved Sunnaas sykehus HF, delvis ved Seksjon for vurdering og oppfølging og delvis som prosjektleder for rehabilitering og terapeutisk hagebruk. E-post: Nina.Levin@sunnaas.no.

Sammendrag

Uteområdene ved Sunnaas sykehus har fungert som et sted for rekreasjon, hvile og opplevelse siden starten i 1954. Ergoterapeuter ved sykehuset har brukt natur- og hageaktiviteter som et ledd i rehabiliteringstilbudet til blant annet pasienter med hodeskader. Prosjektet «Rehabilitering og terapeutisk hagebruk» har i to år gitt ergoterapeutene mulighet for å utvikle bruken av hageaktiviteter som metode. Gjennom refleksjon og diskusjon har ergoterapeutene dannet seg erfaringer med å bruke terapeutisk hagebruk overfor pasienter som har hatt hjerneslag. Artikkelen belyser erfaringer med terapeutisk hagebruk gjennom å bruke sykehusets uteområder og ved fysisk og sosial tilrettelegging i bruk av hageaktiviteter i gruppe. Ergoterapeutens rolle knyttet til dette arbeidet blir beskrevet.

Det er ingen interessekonflikter knyttet til dette manuskriptet.

BAKGRUNN

Naturskjønne omgivelser omgir Sunnaas sykehus, og beliggenheten var viktig da Birgit og Rolf Sunnaas bygde et pleiehjem i 1954. Deler av driften ble basert på naturalhusholdning med stort drivhus, grisehus, fiskedam, frukthage og bærbusker. Pasientene skulle ha sunn og næringsrik mat, og i 1958 høstet de inn åtte kilo tomater daglig fra eget drivhus (Houg, 2004). En del av terapitilbudet bestod i å gå eller bli trillet rundt i hagen for å oppleve eksotiske frukter som druer og fersken, og samtidig besøke undulater i bur under skyggen av trærne (Carlson, 2014). Vi kan gå ut ifra at trivsel, velvære og opplevelse var hovedfokus på turene.

I denne tradisjonen har hageaktiviteter blitt benyttet blant ergoterapeuter ved Sunnaas sykehus i flere år, samtidig som aktivitetene har vært rettet mot opptrening av motoriske og kognitive funksjoner. Prosjektet «Rehabilitering og terapeutisk hagebruk» har gjort det mulig å utvikle bruk av hageaktiviteter som metode. Ergoterapeutene har gjennom refleksjon og diskusjon dannet seg erfaringer med å bruke terapeutisk hagebruk overfor pasienter med hjerneslag under primærrehabilitering ved Sunnaas sykehus. Det har også vært satt fokus på uteområder og universell utforming av aktuelle aktivitetsarenaer i hagen. Prosjektet er finansiert av ExtraStiftelsen Helse og Rehabilitering for perioden 2013 - 2015 med søkerorganisasjon Nasjonalforeningen for folkehelsen. Prosjektet gjennomføres i samarbeid med Grete Patil ved Norges miljø- og biovitenskapelige universitet (NMBU). Utvikling av terapeutisk hagebruk er ett av fire satsningsområder i Strategisk plan 2013 - 2016 for ergoterapiavdelingen ved sykehuset.

I definisjonen på terapeutisk hagebruk inngår en aktiv eller mer passiv deltakelse i natur- eller hagebruksaktiviteter basert på klientens definerte mål for egen helse. Les mer om definisjon, begreper og forskning innen temaet i artikkelen av Grete Patil i dette nummeret.

FYSISKE OMGIVELSER, PRAKTISK OG SOSIAL TILRETTELEGGING

Sunnaas sykehus ligger i et kupert terreng, og uteområdene er ikke særlig godt tilrettelagt når det gjelder fysisk tilgjengelighet eller orientering til inngangsparti, parkeringplasser og annet. I følge Ulrich (1999) kan et uteområde ved en helseinstitusjon bidra til å redusere stress og være helsefremmende gjennom å tilby mulighet for fysisk aktivitet, sosiale møteplasser, tilgang til natur og å kunne trekke seg tilbake

for å være i en privat sfære. En rehabiliteringshage må inneholde prinsipper for universell utforming, som betyr at området er utformet slik at det kan brukes av alle. Det gjelder blant annet rullestolbrukere og personer med orienterings- eller synsvansker (www.husbanken.no/universell-utforming/veileder). Fire ulike uteområder på sykehustomten er i prosjektet beskrevet med potensial for terapeutisk hagebruk: Takterrassen, Urtehagen, Nyttehagen og Eplehagen/Parken. De to sistnevnte områdene består av gressplen, frukttrær, bærbusker og noen gangstier, og lange avstander slik at plukking av frukt og bær er krevende. Hvis man bruker rullestol eller har redusert gangfunksjon, så er disse aktivitetene mindre anvendelige. Derfor har vi primært hatt fokus på Takterrassen og til dels Urtehagen. Takterrassen er designet av Darren Saines og ble gjenåpnet høsten 2012 etter oppgradering. Den er tilgjengelig for rullestolbrukere med direkte tilgang innenfra. Det er utsyn fra kantinen mot Takterrassen, og man får en følelse av at utemiljøet blir trukket innendørs. Der er elleve opphøydde bed i forskjellige høyder fra 57 til 113 centimeter, og de gir muligheter som utprøvningsarena for hensiktsmessige arbeidshøyder med tanke på arbeidsliv, tilpasning av bolig med mer. Her er det benker, bord og sofagrupper, som gir gode sosiale møteplasser som benyttes av pasienter, pårørende og ansatte. Deler av takterrassen er overbygd og gir beskyttelse for sol, regn og vind, og det er tilgang til natur som utsikt til fjord og åser i det fjerne, og furutrær og planter i det nære. Dette uteområdet har flere elementer som Ulrich (1999) beskriver som et helsefremmende område. Hagegruppen bruker fem av de elleve bedene til hageaktiviteter.

Ergoterapiavdelingens verksted har blitt prosjektets hagegruppes inneområde. Det settes sammen et høyderegulerbart bord og et ordinært bord til langbord som gir plass til syv til ni personer. Høyderegulerbare arbeidsstoler og enkle sittekrakker settes inntil bordet, og det er åpne plasser for rullestolbrukere som ønsker å sitte i denne. Verkstedet er også en arena for å dyrke blomstene fram fra frø til planter, selv om rommet har lite dagslys og ingen mulighet for regulering av romtemperatur. Småplantene blir herdet ute i Urtehagen, som er rett utenfor verkstedet. Vi har kalt dette området for Urtehagen da det er plantet urter her som kan brukes i matlagingen på ergoterapiavdelingens treningskjøkken. Området er lite, og det er kun plass til tre personer i rullestol. Det er i tillegg smalt, og krakker er plassert langs veggene med utsikt til sjøen, så flere kan ta en



Småplantene blir herdet i urtehagen.

Foto Hilde Eriksrud.

hviltpause her fra arbeidet på kjøkken, verksted eller hagegruppe. Stedet ligger godt skjermet for annen aktivitet ved sykehuset. Urtehagen er et område som vi ønsker å utvide og utvikle etter prinsipper om universell utforming.

Å arbeide rundt et langbord legger til rette for økt kommunikasjon, samarbeid, erfaringsutveksling og fellesskap. Deltakerne samarbeider ofte spontant over bordet eller ved siden av hverandre. Det kan være å gi hverandre fysisk hjelp ved å holde fast en frøpose mens en annen klipper over for å åpne, eller rekke hverandre gjenstander som ligger på bordet. Deltakere med afasi blir ofte trukket inn i gruppearbeidet ved samtale, og ofte ved bruk av godlynt humor da deltakerne kjenner hverandre fra avdelingen eller gjennom deltakelse i hagegruppen. Det sosiale rundt bordet gjør at man blir oppmerksom på hverandre og legger merke til hverandres fremgang, som kan være så konkret som å løfte opp en vannkanne. Å se andre mestre oppgaver kan gi håp og mot til å oppdage egne rehabiliteringsmuligheter.

TERAPEUTISK HAGEBRUK FOR PERSONER MED HJERNESLAG

I følge Patil (2015) er det begrenset forskning om betydningen av terapeutisk hagebruk for pasienter

innen rehabilitering og fysikalsk medisin. Det vises til erfaringer fra Danderyd rehabiliteringssykehus i Stockholm, hvor pasienter med hodeskade eller hjerneslag har hatt terapeutisk hagebruk i gruppe som en del av ergoterapitilbudet (Söderback, Söderström & Schäländer, 2004). For gruppebasert tilnærming i terapeutisk hagebruk nevnes åtte områder hvor denne kan føre til helseutbytte: mental hvile, rekreasjon og fritidsaktiviteter, sosial interaksjon, sensorisk stimulering, kognitiv reorganisering, sensomotorisk trening, evaluering av restarbeidsevne og å lære ergonomisk gode kroppsposisjoner (ibid.).

I England benyttes «Social and Therapeutic Horticulture» som betegnelse fordi terapeutisk hagebruk gjerne foregår i gruppe. Å utføre hagebruksaktiviteter sammen i gruppe fører til teamarbeid, som ofte gir en større grad av glede enn å jobbe individuelt. Sempik, Aldridge & Becker (2005) trekker fram dette i sin studie hvor personer med ulike diagnoser har deltatt, og at det også gir bedring av helse og velvære ved økt selvtillit, sosial inkludering og deking av åndelige behov.

Hjerneslagrehabilitering ved Sunnaas sykehus foregår direkte etter opphold på akuttsykehus. De fleste pasientene ved Sunnaas sykehus er derfor i en tidlig fase av rehabiliteringen, og i denne fasen har

man i følge Kirkevold (2002) stor oppmerksomhet på å gjenvinne funksjon. Samtidig er det viktig å bearbeide det de har vært gjennom og tanker om fremtiden. Fordi det er store forskjeller i pasientenes fysiske funksjonsnivå, kreves en stor grad av variasjon i hageaktiviteter. Terapeutisk hagebruk har klinisk definerte mål for klienten, slik som det er i ergoterapi (Sempik & Adevi, 2013). Erfaringer med vår pasientgruppe er at deres mål er å komme opp på stå, gå og bruke affisert arm/hånd i daglige aktiviteter som for eksempel påkledning.

Den som er rammet av hjerneslag, er ofte svært var for stress og uroligheter, blant annet på grunn av kognitiv svikt, og er ofte plaget med fatigue (Christensen et al. 2008). Post-stroke-depression (PSD) er et velkjent fenomen beskrevet i flere studier og anslagsvis mellom 20 og 40 prosent av pasientgruppen har denne lidelsen flere måneder etter hjerneslaget (Kouwenhoven, 2012). Patil (2015) viser til at det er utført flere undersøkelser med bruk av terapeutisk hagebruk blant mennesker med psykiske helseplager, og med en positiv effekt av dette i forhold til økt helse og velvære. Man kan derfor anta at deltakelse i hagegruppen kan stimulere psykiske såvel som motoriske prosesser i rehabiliteringen etter hjerneslag.

DELTAKERE I HAGEGRUPPA

Deltakere i hagegruppa er fra hjerneslagavdelingen som har 23 senger for primærrehabilitering. I 2013 ble 170 pasienter innskrevet i avdelingen, og de lå i gjennomsnitt 36 døgn på sykehuset.

Rekruttering til hagegruppa utføres av behandlende ergoterapeut, som spør pasienten om han/hun vil delta i hagegruppe. Deltakelse erstatter ordinært ergoterapitilbud de dagene de deltar. Ofte kan to til tre faste ergoterapeuter i gruppa ha med «egne» pasienter som deltakere. Noen pasienter forteller at de ikke er vant til hage og derfor tvilende til om de kan utføre noen oppgaver. De får da være med som observatører for å vurdere tilbudet. Andre blir stimulert og oppfordret til å delta av deltakere i gruppa, som opplever aktivitetene som meningsfulle fra starten av.

Hagegruppa består av fire til seks deltakere og har et gruppetilbud på én time, to ganger per uke. I 2013 ble det fra juni til desember registrert 43 deltakere fordelt på 28 menn og 15 kvinner. I 2014 fra januar til august ble det registrert 51 deltakere fordelt på 32 menn og 19 kvinner. Antall ganger den enkelte deltok, varierte fra én til 17 ganger, med et gjennomsnitt på fire gangers deltakelse per person.

To til tre ergoterapeuter deltok som veiledere, og med seks deltakere kunne det ofte være mellom syv og ni personer rundt langbordet. Det var ingen fastsatte inklusjons- eller eksklusjonskriterier for deltakelse, men vi har erfart at stor forskjell i funksjonsnivå gjør det vanskeligere å kunne gi utfordrende oppgaver for alle. Utendørs er dette tydelig, der noen kan gå på gressplen til bærbusker og plukke rips og solbær, mens andre er avhengige av rullestol og ikke kan delta på lik linje. Det er vurdert å ha to grupper som skiller på funksjonsnivå mellom gående og rullestolbrukere, men det er ikke gjennomført. Flere pasienter bruker rullestol kun en kort periode og kommer seg gradvis opp i stående eller gående. I perioder er de da vekselbrukere med rullestol eller ganghjelpemiddel, og dagsformen vil være avgjørende for om man bruker rullestol i hagegruppa. Før prosjektet startet, var det allerede en eksisterende hagegruppe ved avdeling for pasienter med traumatisk hodeskade. Pasientgruppen har imidlertid ofte en ustabil kognitiv funksjon og trenger mer individuell oppfølging. De var derfor ikke like egnet for prosjektet, som ønsket å utvikle erfaringer gjennom gruppedeltakelse.

METODE

Som metode er det lagt vekt på utførelse av meningsfylte aktiviteter i gruppe, som er et kjernebegrep i ergoterapifaget. Begrepet «doing» er beskrevet av Wilcock & Townsend (2009) som «occupational justice». Det bygger på to sterke biologiske behov: Det å gjøre og det å tilhøre en sosial gruppe. Wilcock (2007) skriver også at det er helsefremmende i seg selv å gjøre ting sammen. Utbytte av å jobbe sammen i gruppe understrekes av Sempik et al. (2005), som i tillegg viser i sin studie at meningsfylte aktiviteter er oppgaver som både har en hensikt og en sammenheng som er synlig, som eksempelvis lusing, såing av frø, utplantning og innhøsting. I følge Hagtorn (2000) er hagebruksaktiviteter en prosessorientert aktivitet som vektlegger fokus på produkt så vel som på prosess. Videre understreker Hagtorn at det å se planter gi frukt (for eksempel tomater) kan gi klienten mening og motivasjon.

Et viktig steg innen metodisk bruk av aktivitet er aktivitetsanalyse og hvilke ferdigheter som kreves for utførelse av en planlagt aktivitet. Dette krever at ergoterapeuten har noe kunnskap og ferdigheter om utvikling og stell av planter. Ergoterapeutens rolle beskrives som veileder, lærer og samhandlende

Uke	Aktiviteter
Uke 16	Så tomatfrø i rekker i såbrett, inne, så tomatfrø i rekker i såbrett, inne, vanne såbrettene, skrive merkepinner.
Uke 17	Så tagetes i rekker i såbrett, inne, så tagetes i rekker i såbrett, inne, vanne bakkene, skrive merkepinner, vaske små pletter/lage nye i papir, fjerne visent avfall fra opphøyde bed ute.
Uke 18	Vanne såbrettene, prikle om tomatplanter, sette ut alle planter til herding, fjerne visent avfall fra opphøyde bed.
Uke 19	Vanne såbrettene, sette ut alle planter til herding, snu tomatplantene så de vokser rett, gjødsle tomatplantene, fjerne «villskudd» på tomatplantene (ikke busktomater), fjerne rusk og rask fra opphøyde bed.
Uke 20,	Ha kompostjord i bedene og blande godt, ha knuste eggeskall (kalsium) i bedene, sette ut alle planter til herding
Uke 21	Plante ut tomatplanter i midten av bedene, merke plantene med type/sort, ha avisapir rundt stilkene til tomatplanter (hindrer sykdom fra jord til plante), ha nyslått gress over avisapir, plante ut tagetes ved tomatplantene.

Figur 1: Et eksempel på en seks ukers aktivitetsplan.

gartner (Wiseman & Sadlo, 2015).

Wiseman & Sadlo (2015) fremhever fire nøkkel-punkter i gruppetimen: instruksjon i oppgaven, tilpasning av omgivelser og redskap, bestemmelse av plantevalg samt videre stell av planter. Instruksjonen til oppgaven for gruppetimen er viktig. Mange av deltakerne har afasi eller kognitive vansker som manglende oppmerksomhet og struktur, og instruksjonen bør være enkel og tydelig. Tilpasning av omgivelser og redskap i vår praksis består ofte av å justere høyderegulerbart bord eller stoler, bruk av opphøyde bed og tilpasning av hageredskap, som bruk av forstørrede grep. Justering av aktiviteten underveis i utførelsen er ikke nevnt som et nøkkel-punkt av Wiseman & Sadlo (2015), men vi erfarer at dette er en stor del av prosessen med å utføre aktiviteter for å nå eget oppsatt mål. Crepeau & Schell (2009) uttaler at intervensjonsstrategier for utførelse av aktivitet vil kunne være gradering av

vanskelighetsgrad, som å få delvis hjelp til utførelse, få hjelp til hele utførelsen eller veiledning gjennom muntlig instruksjon.

Plantevalget i vår virksomhet er basert på å kunne bruke innhøstede planter på ergoterapiavdelings treningskjøkken. Det er urter til te og pizzakrydder, epler til kake, solbær til smoothier, syltetøy med mer. Grønnsaksproduksjonen med to-mater, purre, reddik, salat, squash og sukkererter har blitt mindre enn forventet, fordi det er utfordrende å sørge for nok vann og stell i løpet av sommermåne-den juli. Eksempler på aktiviteter for høst og vinter er å høste frøkapsler, lage meiseboller og kranser, rense lavendel og lage lavendelposer.

Figur 1 er et eksempel på en aktivitetsplan for seks uker med oppstart i uke 16. Planen er å dyrke fram to ulike tomat-sorter og to ulike typer tagetes (fløyelsblomst). Dyrkingsmetodene er delvis hentet fra Hageselskapets faktabok (2010) under kapittel om økologisk hagebruk.

Forventet helseutbytte gjennom disse aktivite-tene er sensomotorisk stimulering/trening (både grov- og finmotorikk), sansestimulering, kognitiv stimulering/trening, sosial interaksjon – kommunika-sjon - gruppetilhørighet og opplevelse av rekreasjon og hvile.

ERFARINGER MED TERAPEUTISK HAGEBRUK I GRUPPE

Hensikten med dette prosjektet har vært å utvikle bruken av natur- og hageaktiviteter som et ledd i ergoterapeutenes rehabiliteringstilbud. Etter hver gruppetime i seks måneder har ergoterapeutene reflektert og diskutert erfaringer gjennom timen og skrevet dette ned i form av refleksjonsnotater. Notatene er basert på evaluering av timen generelt og erfaringer og observasjoner av gruppedynamikk og aktivitetsutførelse. De er ikke bearbeidet eller analysert ennå. Pasienters erfaringer med å delta har vi ikke systematisk innhentet, men det pågår en liten undersøkelse blant tidligere deltakere som kommer til kontrollopphold ved sykehuset. Erfaringer beskrevet videre er derfor basert på artikkelforfatterens opplevelse gjennom gruppetimene og erfaringer gjennom refleksjonene blant ergoterapeutene. De vil berøre flere av områdene som Söderback et al. (2004) omtaler som helseutbytte: mental hvile, rekreasjon og fritidsaktiviteter, sosial interaksjon, sensorisk stimulering, kognitiv reorganisering, sensomotorisk trening, evaluering av restarbeidsev-ne og for å lære gode kroppsposisjoner.

Rammer: Selv om vi stod fritt til å organisere prosjektet, var mange av rammene lagt på forhånd, slik som lokaler, lagerplass, uteområder og timeplanen til pasientene. Vi har ikke et eget arbeidssted tilpasset hagegruppen som kan brukes uansett vær og årstid, og erfarte at for- og etterarbeid til gruppevirksomheten på verksted eller takterrassen krevde mye tid. Det samme gjaldt innkjøp av utstyr som skulle brukes. Det skulle settes sammen bord og stoler, aktuelt utstyr skulle finnes fram, og så videre. Vanning og stell av planter på dager det ikke var hagegruppe, i helger og i ferier ble også en utfordring, og dette førte til at vi valgte oppgaver som kunne avsluttes innen en kortere tidsperiode.

Varighet: Terapeutisk hagebruk i gruppe erstatter ofte ordinær ergoterapitime samme dag. Utgangspunktet var derfor én klokke time i gruppe som ville passe inn i ordinær timeplan eller ukesplan for pasienten i forhold til tverrfaglige tilbud på avdelingen. Varighet på et gruppetilbud innenfor terapeutisk hagebruk er i litteraturen beskrevet med to til tre timer, en formiddag eller en ettermiddag og to til tre ganger ukentlig avhengig av målgruppe (Wiseman og Sadlo 2015, Söderback et al. 2004, Sempik et al. 2005, Gonzales et al. 2011). En klokke time viser seg ofte å være kort tid, og det kan oppleves som hektisk for terapeutene. Man planlegger oppgaver for den enkelte deltaker i forkant av timen, og man bruker tid på å hente deltakerne fra andre aktiviteter til hagegruppa. Lange avstander på sykehuset gjør at alle ergoterapeuter må beregne seg ekstra tid til henting og bringing av pasienter eller avtale med pasientene at de kommer på egen hånd. Blir man forsinket, fører det til omrokering av deltakere ved plassene rundt bordet, og av framhenting av oppgaver og redskap med mer. Dette kan av og til ha ført til at vi ikke har oppnådd den roen og harmoniske atmosfæren vi har ønsket i hagegruppa.

Deltakelse: Noen ganger var oppmøtet uforutsigbart selv om det var godt planlagt og avtalt på forhånd. Fravær kunne være av forskjellige årsaker, og noen kunne også bli trillet ned til hagegruppa av en vikar på avdelingen som ikke visste om rutiner for påmelding. Oppmøtet viser også at deltakelsen varierte fra én gang til 17 ganger for den enkelte deltaker i hagegruppa, gjennomsnittlig fire ganger per person. Da det ble en kontinuitet på deltakelsen blant flere, så vi også at kvaliteten på sosial interaksjon, gruppesamarbeid og fellesskap ble utviklet.

Utbytte av gruppen: Variasjon i deltakelse skyldtes også at noen ikke fant nok utfordringer i forhold til deres funksjonsnivå. Det har vært lite grovmotoriske aktiviteter som å spa, rake og koste, men under innhøsting av epler og bær har det vært flere muligheter for grovmotoriske oppgaver. Vi har i hovedsak finmotoriske oppgaver som å så, prikle, luke og vanne blomster med kanner i forskjellige størrelser.

Å være med i terapeutisk hagegruppe gir mange former for sensorisk stimulering, slik som lukt av våt jord, lavendel og andre urter. Det taktile ved å kjenne på våt eller tørr jord, plukke kongler eller bær og samtidig nyte synet av røde rips, for deretter å smake rips dekket med vaniljesaus. Det auditive som tromming av regn på verkstedets to takluker eller fugler som synger, som flere har kommentert. En deltaker fra Nordland fikk en ny og positiv opplevelse av å plukke plommer. Han hadde aldri gjort dette tidligere i livet og opplevde å kunne stå og plukke ned plommer høyt fra treet og smake sødmen av solfylte frukter. Kognitiv reorganisering, som ved plassering av gjenstander på bord, få oversikt, lage struktur for såing og lusing i bed og lignende, kan være med på å stimulere oppmerksomhet til affisert side og lage struktur for å øke eller skjerpe oppmerksomhet og konsentrasjon.

Tomatfrø som utviklet seg til planter var en spennende prosess, og flere av deltakerne dro først bort til vinduet for å se hvor mye plantene hadde vokst siden sist. Det førte til ivrige samtaler om dette. Det samme engasjementet så vi da sitrusteiner og avokadostein ble satt i jorda i januar, og spenningen om hvorvidt dyrkingsmetoden angitt i hagebruksboka fungerte i praksis. Vi samtalte om bestøvning av sitrusbusker for - om mulig - fruktdannelse, og hvorvidt det kunne bli trær av det, var noe som ble undersøkt. Bilder av sitronplantene ble senere lagt ut på Facebook, slik at tidligere deltakere kunne følge prosessen hjemmefra. Hele historien fra frukt som ble kjøpt på butikken, tillaging av juice eller guacamole og prosessen fram til planter som plasseres på Takterrassen har vist seg å være interessant. Denne «prosjektbaserte tilnærmingen» med bruk av hagebruksboka har også vist seg spennende og interessant for terapeutene.

Verdien av prosess- og produktutvikling er beskrevet av både Sempik et al. (2005) og Hagetorn (2000), og vi erfarer at produktutvikling ofte er noe deltakerne snakker om - hva man har laget tidligere i gruppa, eller om urter som har blitt samlet inn til te. Og om smaksprøver av hjemmelaget te med



*Hensikten med terapeutisk hagebruk i gruppe var å utvide ergoterapeutenes rehabiliteringstilbud. Utbytte av terapeutisk hagebruk kan for eksempel være mental hvile, rekreasjon, sosial interaksjon, sensorisk stimulering, kognitiv reorganisering og sensomotorisk trening.
Foto: Hilde Eriksrud*

brennesle og mynte er bedre enn den ferdigkjøpte med samme urter. Ferdige planter eller tørket lavendel er produkter som deltakere ofte har fått med seg. Noen har tatt med seg en plante på pasientrommet og stelt den videre der, og andre har fått med seg lavendelpose til å legge under hodeputa eller i klesskapet. Det har ført til gode samtaler og diskusjoner om å forsøke å plante urter på balkongen hjemme eller å sette noen frø selv i balkongkassen eller i en melkekartong. Andre har forsøkt å forbedre søvnen under oppholdet ved å legge lavendelpose under hodeputen, eller tatt med fersk salvie fra bedet og trukket seg en kopp te til kvelden.

Planlegging: Planlegging av gruppetime med aktiviteter og tilrettelegging i forkant av timen er en viktig del av ergoterapeutens arbeidsoppgaver. Det krever mye tid til planlegging, innkjøp med mer, og vi reflekterte mye rundt hvordan vi kan tilpasse tilbudet slik at det kan passe inn i rammebetingelser som er på sykehuset og de uteområdene vi har til rådighet. Vi er også oppmerksomme på at vi har oppholdt oss mer innendørs enn vi i utgangspunktet hadde tenkt. Dette skyldes både det praktiske forarbeidet som er

nødvendig, været og mangel på vindtette jakker eller utesko hos deltakere. Hensikten med å oppholde seg i naturgitte omgivelser er ifølge Kaplan & Kaplan (1989) at disse krever mindre mental oppmerksomhet enn i menneskeskapte omgivelser fordi naturen kan gi restitusjon og innhenting av mental tretthet. Mange deltakere understreker hvor godt det er å komme ut og være ute i frisk luft. Vinden eller brisen som er på Takterrassen kan oppleves stimulerende.

UTEOMRÅDER OG TILRETTELEGGING FOR UNIVERSELL DESIGN

Sunnaas sykehus åpner nytt bygg i august 2015, og en del av gammel bygning blir revet i juli samme år. Nytt uteområde vil oppstå der det gamle bygget blir revet, og her har Roy Anders Hersjedal designet et forslag i sin masteroppgave ved landskapsarkitektur (NMBU) med plass til drivhus, redskapsbod og komposteringsanlegg. I tillegg er det tegnet inn egnet område for dyrking av grønnsaker og blomster. Ergoterapeutene ønsker seg et slikt anlegg for å kunne oppholde seg og drifte hagegruppen. I forhold til området Nyttehagen har artikkelforfatteren og ergoterapeut Hilde Eriksrud som et ledd i studiet

Social and Therapeutic Horticulture ved Coventry University i England designet området med universell utforming. Det er tegnet inn med ulike hageaktiviteter og forskjellige sansestimuli med farger, lukter, ulike teksturer på planter og gangsti med ujevnt underlag for gangtrening. Kostnadsoverslaget fra anleggsgartner i 2014 på denne utformingen ble for høyt i forhold til sykehusets økonomi, og ble derfor ikke prioritert.

OPPSUMMERENDE KOMMENTARER

Sunnaas sykehus har et uteområde som kan være med på å fremme helse og velvære hos pasientene. Ledelsen ved sykehuset har en positiv holdning til arbeidet med terapeutisk hagebruk som tilnærming, og det har derfor mulighet for videre utvikling. Egnede lokaliteter er en forutsetning for at man skal kunne lykkes. Et drivhus med redskapsbod er et godt eksempel på et fast tilholdssted for en hagegruppe. Her kan det legges til rette for aktiviteter eller et sted hvor man kan søke hvile eller restitusjon gjennom sanseinntrykk. Uteområdene kan bli mer implementert i det tverrfaglige behandlingsopplegget med eksempelvis gangtrening med fysioterapeuten til drivhuset, logopeden eller sykepleier kan ha samtaler i uteområdene, hvor det kan være oppslag om planter som tidligere ble inntatt for medisinsk bruk.

Vår erfaring er at uteområder burde fått en større oppmerksomhet som rehabiliteringsarena og et sted å finne hvile og rekreasjon. Naturen ligger der som en arena som bare krever at vi mennesker får en bevissthet rundt hvordan vi kan bruke den, og ikke bare hvordan sykdom skal behandles i et terapilokale eller laboratorium. Vi erfarer at terapi i gruppe gir sosiale fordeler med støtte og oppmuntring som deltakere gir hverandre i hver enkelts prosess med å gjenvinne funksjon og komme tilbake til hverdagslivet.

En stor takk til kollegene Kristin Aurlen, Benedicte Bjordal og Hilde Eriksrud, som har bidratt til gode refleksjoner og erfaringsutveksling gjennom å delta som faste ergoterapeuter i prosjektets hagegruppe. En stor takk også til Hilde van Berge, Synnøve Vik Gabrielsen og Line Digerud Waagsaas, som bidrar til å utvikle erfaring med å bruke hagegruppe overfor pasienter som er til rehabilitering etter traumatisk hodeskade.

Litteraturliste:

- Carlson, K. (2014). Historie om Sunnaas sykehus sine uteområder (muntlig) til Levin, N. (januar 2014)
- Christensen, D., Johnsen, S.P., Watt, T., Harder, I., Kirkevold, M., Andersen, G. (2008). Dimension of Post – Stroke Fatigue: A two-year Follow-up study *Cerebrovasc Dis.* 2008; 26: 134-141.
- Christiansen, C.H. & Townsend, E.A. (2010). The Occupational nature of Social Groups. I Christiansen (red): *Introduction to Occupation The Art and Science of Living* New Jersey: Pearson Education, Inc.
- Crepeau, E. B & Schell, B.B. (2009). *Analyzing Occupation and Activity*. I Crepeau, E. (red): *Williard & Spackman`s Occupational Therapy*, (11th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Williams
- Hageselskapets faktabok (2010). Den nyttigste hageboka. Hageselskapet Livonia Print.
- Hagtorn, R. (2000). *Tools for Practice in Occupational Therapy* London: Churchill Livingstone
- Houg, E. (2004). *Mitt Soria Moria: Historien om Sunnaas sykehus*
- Husbanken: Universell utforming av gangstier (www.husbanken.no/universell-utforming/veileder)
- Kaplan, R. & Kaplan, S. (1989). *The experience of nature: A Psychological Perspective*. Cambridge University Press.
- Kirkevold, M. (2002). The unfolding illness trajectory of stroke. *Disability & Rehabilitation.* 2002; 24 (17): 887-98
- Kouwenhoven, S.E. (2012). *Experiencing post-stroke depression. The nature and impact in a longitudinal perspective.* Doktoravhandling. Oslo: AIT Oslo AS.
- Sempik, J., Aldridge, J. and Becker, S. (2005). *Growing together A practical guide to promotion social inclusion through gardening and horticulture.* Bristol: The Policy Press.
- Sempik, J. & Adevi, A.A. (2013). *Explaining Green Care: Theories and Constructs*. I Gallis C. (red): *Green Care*. Nova Science Publishers, Inc
- Sunnaas sykehus HF: statistikk over innleggelser ved hjerne-slagavdelingen (www.sunnaas.no)
- Söderback, I., Söderström, M., & Schälander, E. (2004). Horticultural therapy: the «healing garden» and gardening in rehabilitation measures at Danderyd Hospital Rehabilitation Clinic, Sweden. *Pediatric Rehabilitation*, 2004, 7 (4), 245-260
- Ulrich, R.S. (1999). *Effects of Gardens on health outcomes: Theory and Research*. I Marcus, C.C.& Barnes,M.(red): *Healing Gardens: Therapeutic Benefits and Design Recommendations*. New York: John Wiley & Sons
- Wilcock, A.A. (2007). *Occupation and Health: Are They One and the Same?* *Journal of Occupation Science*, 2007, 14 (1), 3-8
- Wilcock, A.A. & Townsend, E.(2009). *Occupational Justice*. I Crepeau, E. (red): *Williard & Spackman`s Occupational Therapy* (11th ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Williams
- Wiseman, T. & Sadlo, G. (2015). *Gardening: An Occupation for Recovery and Wellness*. I Söderback, I. (red): *International Handbook of Occupational Therapy interventions*. Springer

KONFERANSE I PLYMOUTH:

ADVANCING OCCUPATIONAL THERAPY

12 og 13. mars arrangerte University of Plymouth konferansen «Advancing Occupational Therapy». Konferansen fokuserte særlig på ergoterapiprofesjonens forhold til verden omkring seg. Denne reportasjen gir et kort riss over noen sentrale innspill til dette temaet.

Av Tore Bonsaksen og Hildegunn Kvarsnes

Universiteter og høyskoler har tre kjerneområder for sitt virke: undervisning, forskning og formidling. Den relative vekten av de tre varierer mellom institusjoner og mellom ansatte. For mange ansatte i universiteter og høyskoler er det ofte slik at området undervisning veier tyngst, mens området formidling veier minst av de tre. Ikke desto mindre viser policydokumenter at et nært samspill mellom de tre kjerneområdene er viktig og ønskelig (Høgskolen i Oslo og Akershus, 2012). Målformuleringer retter seg blant annet mot å styrke sammenhengen mellom utdanning, forskning og formidling for å styrke utdanningenes kvalitet, og økt studentinvolvering i forsknings- og utviklingsarbeid oppgis som mål i seg selv. Med dette som bakgrunn fikk vi anledning til å reise og delta på konferansen «Advancing Occupational Therapy» ved University of Plymouth i den sørlige delen av England.

PROAKTIV UTVIKLING AV YRKESIDENTITET

Julia Scott (Scott, 2015) og Karen Jacobs (Jacobs, 2015)



The Union Garden ved universitet i Plymouth. Foto: Jisc infoNet.



Suzanne Rastrick, Annie Turner, og Karen Jacobs.

hadde begge plenumsforedrag som oppfordret – og utfordret – alle deltakerne til å promotere ergoterapi, og å gjøre det med entusiasme og overbevisning. Scott er leder for den britiske ergoterapiorganisasjonen College of Occupational Therapists (COT), mens Jacobs er tidligere leder for den amerikanske ergoterapiorganisasjonen (American Occupational Therapy Association, AOTA), nå Clinical Professor ved Boston University og kjent som forfatter og redaktør for flere lærebøker (for eksempel Sladyk, Jacobs, & MacRae, 2010).

Bakgrunnen for begge innledende foredrag var det økende behovet for at ergoterapeuter gjør seg selv viktige, i samfunnet generelt, og overfor de som trenger vår bistand spesielt. De var samstemte om at måten dette best kan ivaretas på er at ergoterapeuter gjør det de er best på, og videreutvikler det som ingen andre profesjoner har som spesialområde, nemlig meningsfull aktivitet (occupation). Om vi mister dette kjernefokuset, og heller forsøker å tilpasse ergoterapeutrollen til skiftende trender og behov hos arbeidsgi-



Julia Scotts oppfordring.

vere og kolleger, kan vi bli godt likt i øyeblikket. På sikt risikerer vi imidlertid å tømme profesjonen for sitt spesifikke bidrag til folks helse og til deres mulighet til å leve et godt og innholdsrikt liv. Den generiske rollen som helsearbeider tjener over tid verken klienten, ergoterapiprofesjonen eller samfunnet, ifølge Scott og Jacobs.

Annie Turners innledningsforedrag viste hvordan ergoterapeuters yrkesidentitet har vært formet og utfordret gjennom fagets historie. Turner er professor emerita og kjent for sitt mangeårige bidrag til boken *Occupational Therapy for Physical Dysfunction* (Turner, Foster, & Johnson, 1992). Hennes hovedpoeng var i tråd med Scott og Jacobs: Ergoterapeuter bør ikke forsøke å utøve generisk praksis, men bør i stedet gjøre det de er best på. Samtidig viste hun noe av bakgrunnen for at utviklingen av en sterk og tydelig profesjonsidentitet kan være en lang prosess for ergoterapeuter.

Turner trakk opp et analytisk skille mellom fagets offentlige profil på den ene siden, vist og demonstrert gjennom ergotera-

peuters praksis, og på den andre siden hvordan ergoterapeuter tenker om sin praksis i lys av mål om meningsfull aktivitet. Ferdigheter som ergoterapeuter demonstrerer i sin praksis, er oftest ikke fagspesifikke – andre velferdsyrker vil på en tilsvarende måte vektlegge eksempelvis både vurderingsprosedyrer, systematiske arbeidsprosesser og brukermedvirkning. Ergoterapeuters spesifikke bidrag er derfor ikke først og fremst på det praktiske nivået og basert på ferdigheter, de er snarere på det begrepsmessige nivået. Derfor, ifølge Turner, er det vesentlig vår filosofi og vårt resonnement knyttet til meningsfull aktivitet som gjør oss til ergoterapeuter, og i mindre grad våre praktiske handlinger. De praktiske handlingene har vi i stor utstrekning til felles med mange andre profesjonsutøvere.

Alison Bullock, ergoterapileder ved en av regionene i den nasjonale helsetjenesten i England (NHS), er kjent som medforfatter av *Creek's Occupational Therapy in Mental Health* (Bryant, Fieldhouse, & Bannigan, 2014). Hun viste til hvordan ergoterapiforskning ofte ikke har nådd opp til de høy-



Fra venstre: Karen Jacobs, Lyn Westcott (leder av konferansen), Julia Scott, og Katrina Bannigan.



Alison Bullock.

este kvalitetskravene som stilles til intervensjonsforskning – ofte i form av systematiske litteraturstudier eller randomiserte kontrollerte studier (Bullock, 2015). Hennes hovedpoeng var imidlertid at ergoterapeuter ikke må tillate seg å bli handlingslammet av den grunn. Det kan være mye evidens (i form av utøverkunnskap) for aktivitetsrettede intervensjoner å hente gjennom egen og kollegers daglige ergoterapipraksis. Robertson og medarbeidere gir støtte til en slik holdning idet de påpeker at "where there is limited research evidence, the focus should be on the generation and dissemination of information from critical reflections on practice" (Robertson, Graham, & Anderson, 2013, s. 317).

Bullock bidro med nettopp slike kritiske refleksjoner over egen praksis og viste eksempler på hvordan hun og kollegene hennes kontinuerlig søker etter måter å forbedre sin bruk av evidens (i bredeste forstand) som grunnlag og rettesnor for praksis. De gjennomfører blant annet læringsnettverk for ergoterapeuter, som i stor grad har erstattet tradisjonelle ergoterapimøter hvor alle bringer sine gleder og sorger i arbeidet til torgs. I læringsnettverkene står i stedet læring, erfaringsutveksling og praksisutvikling i sentrum. Et annet eksempel er grupper av ergoterapeuter som arbeider med å utarbeide oversikter over avgrensede tematiske områder, såkalte Critically Appraised Topics (CATs). Arbeidet med CATs skal bygge på flere og vesentlige bidrag til det aktuelle feltet, men skal ikke gi urimelig arbeidsmengde – ofte legges fire eller fem artikler til grunn. Presentasjoner av CATs i læringsnettverkene øker kunnskapsnivået i hele nettverket, og kan ofte ha en direkte innvirkning

på utformingen av praksis blant deltakerne.

GOD OG EFFEKTIV MARKEDSFØRING AV ERGOTERAPI

Deborah Harrison (Harrison, 2015) og Katrina Bannigan (Bannigan, 2015) presenterte innlegg om hvordan sosiale medier er viktige for promotering av ergoterapi i vår tid, men også hvordan slike medier kan utnyttes til å bli enda viktigere. Harrison underviser i ergoterapi ved University of East Anglia. Bakgrunnen for hennes foredrag var nettopp at tanken om at sosiale medier handler om informasjonsformidling innebærer vesentlige avgrensninger med tanke på hvilke funksjoner slike medier kan tjene for oss (Harrison, 2015). Hennes oppfatning er at sosiale medier snarere er redskaper for interaksjon mellom mennesker. Med en slik forståelse av sosiale medier vil vi ikke lenger fra tid til annen fortelle fragmenter av hva vi gjør (på Facebook, på Twitter, og i andre medier), og hvilken rolle vi mener at ergoterapeuter kan spille i samfunnet. I kraft av daglig og rutinemessig bruk av sosiale medier vil vi i stedet kunne vise fram eksempler på de endringene vi forsøker å skape – et samfunn hvor alle har mulighet til å delta. Ergoterapeuter bør vise hva de gjør, i stedet for å forklare det i abstrakte termer. «Show, not tell» er et kjent uttrykk fra film- og litteraturteori. «Tell» skaper avstand og abstrakt refleksjon, mens «show» mobiliserer følelser og personlig engasjement og kan derfor være et viktig bidrag til å skape samfunnsendring.

Bannigan (2015), som underviser og forsker ved University of Plymouth, tok utgangspunkt i sin personlige historie som en «digital immigrant». Som en person født før internettets tidsalder fortalte

hun om hvordan hun selv gradvis (og kun delvis) har overvunnet sin motstand mot sosiale medier. Hennes argumentasjon for sosiale medier i dag er først og fremst knyttet til hvordan forskere ikke lenger utelukkende måles og vurderes med henblikk på kvaliteten på de artiklene og bøkene de skriver. I stadig økende grad vurderes forskere også med henblikk på hvor sterk innflytelse arbeidet deres har på omgivelsene. Dette omfatter innflytelsen på de «akademiske omgivelsene», med sin vekt på vitenskapelige siteringer, men også den påvirkningskraften som forskningen får for andre deler av samfunnet. En slik endring av måten forskere vurderes på genererer et behov for innovative metoder for forskningsformidling, og sosiale medier er definitivt tatt i bruk på denne måten. Gjennom sosiale medier kan ergoterapeuter ha direkte tilgang til en rekke nøkkelpersoner, som kan inkludere brukerrepresentanter, helseledere, og politikere, i tillegg til et enormt, internasjonalt nettverk av kolleger og potensielle samarbeidspartnere. Bannigan advarte samtidig mot de høyaktuelle farene: Ved ukritisk bruk kan svært mye tid og energi raskt kanaliseres inn i de sosiale mediene, uten at nytteverdien på noen måte øker proporsjonalt.

ENTREPRENØRSKAP OG INNOVASJON

Suzanne Rastrick, Chief Allied Health Professions Officer for NHS, pekte i sitt innledningsforedrag på hvordan entreprenørskapet i ergoterapifaget blir stadig mer aktualisert i en tid hvor markedstenkning og økonomisk motivasjon får en mer fremtredende plass (Rastrick, 2015). I en slik situasjon blir det viktig å vite noe om hvem som

må vite at ergoterapeuter finnes, og hvorfor de finnes. Hennes hovedpoeng ble tydelig idet hun ba deltakerne tenke høyt om hvilke parter det er viktig å markedsføre ergoterapi overfor. Mange gode forslag ble nevnt: brukerne, ledere, samfunnet, media, andre profesjoner, men oppdragsgiverne (commissioners) ble dessverre glemt. Rastrick minnet om at de som betaler for tjenestene liker å vite 1) hva de betaler for, 2) om tjenesten er verdt pengene, og 3) om det er andre som kan utføre tjenesten billigere. Samtidig berører disse aspektene både tjenestens effektivitet, brukernes erfaring med tjenestene, og hvordan tjenestene ivaretar brukernes sikkerhet. Gitt at politisk definerte samfunnsoppgaver etterspørres på et åpent arbeidsmarked, så bør ergoterapeuter (som profesjon betraktet) kunne dokumentere hva deres spesielle bidrag er, at dette bidraget er verdt pengene, og helst at vi gjør det rimeligere enn andre kan gjøre.

Carolyn Hagues foredrag ga et praktisk eksempel på hvordan de i en av NHS-regionene hadde gått fram for å vise kost-nytte-effektivitet av ergoterapiintervensjon (Hague, Cambridge, & Charlton, 2015). I sin analyse av kostnader og innsparinger knyttet til 147 tjenestemottakere i Devon-regionen av NHS inkluderte de forhold som innsparte faktiske kostnader til omsorgsoppgaver, innsparing i kostnader til økte omsorgsoppgaver, samt innsparinger knyttet til innkjøp av utstyr og hjelpemidler. Sluttresultatet viste at bruk av ergoterapeuter i denne tjenesten reduserte de totale utgiftene med mer enn 400 000 britiske pund over en ni måneder lang periode. Dette var godt nytt for oppdragsgiverne i

regionen, og det er godt nytt for ergoterapeuter som nå erfarer at denne type analyser kan la seg gjennomføre med positive tall resultat.

OPPSUMMERING

Ergoterapeuter har et unikt bidrag til forståelsen av folks helse og livskvalitet, men befinner seg i en presset arbeidsmarkedssituasjon og må derfor ha et aktivt forhold til verden omkring seg. Det innebærer å kunne identifisere hva og hvem som påvirker ens egne rammer for arbeidet som ergoterapeut, og samtidig vite hvordan man selv kan øve innflytelse på viktige aktører. I tillegg til de aktørene vi av idealistiske grunner er vant til å inkludere (brukere, pårørende, og kolleger med annen fagbakgrunn) påviste konferansen et behov for å forholde seg tydeligere til de som betaler for tjenestene – det er de som bestemmer. En proaktiv markedsføring av ergoterapi bør formidles interaktivt i og gjennom sosiale medier, hvor fagets kjernekompetanse, meningsfull aktivitet, står i forgrunnen.

Takk for reisestøtte fra Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag ved Høgskolen i Oslo og Akershus, og fra tidsskriftet Ergoterapeuten.

Referanser

- Bannigan, K. (2015, March 12-13). Building a social media profile to market and promote occupational therapy research. Paper presented at the Advancing Occupational Therapy, Plymouth, England.
- Bryant, W., Fieldhouse, J., & Bannigan, K. (Eds.). (2014). *Creek's Occupational Therapy and Mental Health* (5th ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.

- Bullock, A. (2015, March 12-13). Using occupational therapy evidence and theory - examples from practice. Paper presented at the Advancing Occupational Therapy, Plymouth, England.
- Hague, C., Cambridge, S., & Charlton, F. (2015, March 12-13). Are occupational therapists up for a challenge? (Of course they are!). Paper presented at the Advancing Occupational Therapy, Plymouth, England.
- Harrison, D. (2015, March 12-13). Using digital media for positive social impact: inform and inspire. Paper presented at the Advancing Occupational Therapy, Plymouth, England.
- Høgskolen i Oslo og Akershus. (2012). *Strategi 2020 for Høgskolen i Oslo og Akershus*. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Jacobs, K. (2015, March 12-13). Keynote Address: PromOTing Occupational Therapy: Words, Images and Actions. Paper presented at the Advancing Occupational Therapy, Plymouth, England.
- Rastrick, S. (2015, March 12-13). Keynote Address: The entrepreneurial occupational therapist in a climate of commissioning. Paper presented at the Advancing Occupational Therapy, Plymouth, England.
- Robertson, L., Graham, F., & Anderson, J. (2013). What Actually Informs Practice: Occupational Therapists' Views of Evidence. *British Journal of Occupational Therapy*, 76(7), 317-324. doi: 10.4276/030802213x13729279114979
- Scott, J. (2015, March 12-13). Keynote Address: Proudly Promoting Occupational Therapy. Paper presented at the Advancing Occupational Therapy, Plymouth, England.
- Sladyk, K., Jacobs, K., & MacRae, N. (2010). *Occupational Therapy Essentials for Clinical Competence*. Thorofare, NJ: SLACK.
- Turner, A. (2015, March 12-13). Keynote Address: Who Do You Think You Are? Paper presented at the Advancing Occupational Therapy, Plymouth, England.
- Turner, A., Foster, M., & Johnson, S. E. (1992). *Occupational Therapy and Physical Dysfunction* (3rd ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone.

Til minne om Geva Skard

I sommer kom den triste beskjeden om at Geva Skard var gått bort. Allerede som student på ergoterapeututdanningen i Oslo gjorde Geva seg bemerket. Hun var debattglad, opptatt av faget, sosial og interessert i å få til et godt sosialt miljø på skolen.

Av Cecilie Krüger, Mona Asbjørnslett, Kari Opsahl og Anita Bundy

Geva spesialiserte seg som barneergoterapeut. På Oslo-skolen foreleste hun gjennom mange år. Her delte hun erfaring fra klinikk og veiledning i barnehager, innsikt i unges livsverden. Hennes engasjement og begeistring påvirket studentene. De kom ut fra Gevas forelesninger med stjerner i øynene. Mange ble påvirket til arbeid med barn.

Anita Bundy, som er ergoterapeut og professor ved universitetet i Sydney, beskriver Geva som en som trodde på lekens makt, og som hadde en sterk innflytelse på forståelsen av konseptet lekenhet. I Gevas fantastiske hage satt de to i timevis og diskutere hvordan barns lek kan kartlegges og forstås på en best mulig måte. Lek og lekenhet var kroppsliggjort hos Geva, og Anita gir et eksempel der Geva ser et bilde av en diger iskrem henge i butikken og kommenterer: «Oh good, we can have a BIG taste before we buy!» Kapitlet Test of Playfulness, som hun skrev sammen med Anita Bundy, er pensum hos oss.

Etter at hun tok hovedfag, var Geva sensor på bacheloroppgaver. De studentene som var så heldige å få tilbakemeldinger fra Geva, lærte mye. Ikke bare fra drøftinger over det faglige i oppgaven, men like mye om hvorledes studentene hadde formidlet stoffet til sine lesere - hvordan «ta leseren i hånden» og vise vei inn i det vitenskapelige grunnlaget for undersøkelsen, de etiske betraktningene og diskusjonen rundt resultatet.

Geva vil bli husket som en stor barneergoterapeut og formidler av faget. Vi vil savne Geva og hennes



faglige raushet når det gjaldt å dele sin kunnskap, dype engasjement og begeistring.

Våre tanker går til Gevas nærmeste familie, Ludvig, Sigurd og Ingvild.

Bamse Produkter AS



www.bamseprodukter.no



Bamse Produkter AS
Titangaten 13
1630 Gml. Fredrikstad
Tlf: 69300105
info@bamseprodukter.no
www.bamseprodukter.no

Forsikret



Ikke forsikret



Forsikret



Ikke forsikret



Forsikret



Ikke forsikret



1 av 2 barn i Norge har barneforsikring.

Er dine barn forsikret?

Ergoterapeutenes barne- og ungdomsforsikring er en av de mest omfattende du kan få. Den dekker små og store skader, både ved sykdom, ulykke og uførhet. Det er viktig den dagen noe skjer!

Medlemspris **kun kr 1 728** per år.

Forsikringen leveres av Tryg.

Bestill i dag!



ergoterapeutene



KOMMUNESTYRE- OG FYLKESTINGSVALGET

Av Else Merete Thyness

PARTIENE SVARER

Mandag 14. september 2015 er det lokalvalg i Norge. Ergoterapeuten har stilt de forskjellige politiske partiene tre spørsmål som er relevante for vår yrkesgruppe:

- 1 Hvordan vil partiet bidra til helsetjenester som støtter kommunenes innbyggere i å klare seg lengst mulig selv?
- 2 Hvordan vil partiet bidra til at alle kommunens innbyggere får mulighet til å delta på samfunnsarenaer som nærmiljø, skole og arbeidsplass?
- 3 Hvordan vil partiet bidra til trygge og gode arbeidsplasser i helse- og omsorgssektoren som verdsetter de ansattes kompetanse?



SOSIALISTISK VENSTREPARTI

1. På mange måter kan man si at innbyggere, og kanskje særlig eldre, nærmest gis opp når skade eller sykdom rammer. Da handler det om pleie heller enn støtte og styrke til å mestre liv og hverdag. Innbyggerne opplever også store forskjeller på hjelpen de får fra region til region. Derfor mener SV det er nødvendig med sterkere nasjonal styring av både innhold og organisering av helse- og omsorgstjenestene. Vi begynner med en bemanningsnorm som skal sikre bedre eldreomsorg.
2. Alle innbyggere skal kunne delta på den måten de ønsker i samfunnet. Derfor har vi i SV gått i bresjen for omfattende inkluderingspolitikk og universell utforming. SV vil gjøre skolene tilgjengelige for alle. Alle våre tillitsvalgte og folkevalgte skal ta en sterk ombudsrolle for folk som møter et vanskelig system.
3. SV mener at svekkingen av arbeidsmiljøloven som regjeringen har vedtatt, ikke må brukes i kommunene – det gir dårligere tjenester. Vår politikk bygger på trygge arbeidsplasser, med hele, faste stillinger, økt grunnbemanning og sterkere sentrale krav til tjenestene. I tillegg vil vi bruke våre posisjoner i kommunene til å få på plass en tillitsreform som gir mer frihet til både brukerne ved å stole på de ansattes faglige skjønn.



MILJØPARTIET DE GRØNNE

1. De Grønne vil:

- legge større vekt på målrettet forebygging
- fokusere på en mer helhetlig pasienttilnærming i helsevesenet, hvor kropp, sinn og sosial situasjon ses i sammenheng
- bruke eldresentrene aktivt som et ledd i forebygging og mestring av sykdom
- at rehabilitering og habilitering skal settes i gang tidligere og i større omfang enn i dag
- støtte opp om pårørendes innsats innen omsorg, rehabilitering og habilitering
- øke bruken av «grønn resept»

2. De Grønne vil:

- tilby gode tekniske hjelpemidler og opplæring for personer under og etter rehabilitering og habilitering
- skrive pasienter direkte ut til institusjoner som har spesialisert seg på rehabilitering, og som har høy faglig kvalitet og gode resultater
- at arbeidsgivere som ansetter funksjonsnedsatte, uten videre skal få økonomiske og tekniske ressurser for tilpasning av arbeidsplassen
- satse mer på grønn terapi i omsorgsarbeid, med mer tid ute i naturen og mulighet til samvær med dyr og barn
- at ordningen med BPA (brukerstyrt personlig assistanse) skal rettighetsfestes og finansieres av staten

3. De Grønne vil:

- fremme et offentlig helsevesen supplert av ikke-kommersielle private helsetilbud
- sikre stabile rammevilkår og kreve høy faglig kvalitet av private, ikke-kommersielle rehabiliteringsinstitusjoner
- øke tillitsvalgte og verneombuds innsyns- og klagerett
- videreføre arbeidsmiljølovens bestemmelser om vikarbruk, midlertidige ansettelser og deltidskontrakter – vi gikk mot regjeringens forslag til endringer
- arbeide for like vilkår for turnusarbeid i helse- og sosialsektoren som for skiftarbeid i industrien



RØDT

1. Rødt jobber for fullfinansierte offentlige helsetjenester av høy kvalitet til hele befolkninga. Rødt krever at de lokale kommunale helsetjenestene skal bygges ut, både i volum og kvalitet. Bedre helse for alle krever mer forebygging, med blant annet styrking og utbygging av lokale helsesøs-

tertjenester og kommunale jordmortjenester. Det kan ikke skje uten større budsjetter og en mer robust kommuneøkonomi.

2. Rødts folkevalgte jobber for lovfestede krav om generell tilgjengelighet og universell utforming i alle offentlige bygg, i alle nye boligprosjekter, på all kollektivtransport og tilhørende informasjonskanaler, i utdanningsbygg og i arbeidslivet.
3. Mange deltidsarbeidende i helse- og omsorgssektoren jobber langt utover den avtalte stillingsprosenten, men uten samme rettigheter og goder som heltidsansatte har. Rødt krever en lovfesta rett til heltidsarbeid. Rødt mener deltidsproblemet ved turnus ikke lar seg løse ved å ha mer fleksible arbeidstidsordninger eller ved å jobbe flere helger. Problemet er en arbeidsbelastning som en ikke kan leve med til pensjonsalder. Både økning av grunnbemanning og lavere arbeidstid er nødvendig for at de ansatte skal få tid og rom til å bruke sin profesjonelle kompetanse – uten å slite seg ut på stoppeklokkeomsorg.



VENSTRE

1. Venstre vil tilrettelegge for at de som ønsker det, kan bo hjemme så lenge som mulig, og for en god pårørende- og frivillighetspolitikk som spiller på lag med det offentlige. Vi vil også satse offensivt på velferdsteknologi kombinert med flere ansatte i omsorgssektoren. Venstre vil styrke innsatsen når det gjelder hverdagsrehabilitering, og vil lovfeste retten til å bli fulgt opp på avstand dersom man har to eller flere kroniske lidelser. Vi vil ha en forpliktende opptappingsplan for rehabilitering og habilitering.
2. Like muligheter for alle handler om holdninger og om å fjerne fysiske hindre for deltakelse. Venstre vil arbeide for et universelt utformet samfunn som sikrer tilgjengelighet for alle. Vi vil innarbeide krav om universell utforming i offentlige anbud og sørge for at alle undervisningsbygg er universelt utformet innen ti år. Vi vil sikre tilrettelagt transport som gir mulighet til et aktivt liv, og arbeide for at BPA-ordningene i kommunen utformes i tråd med brukerens behov og ønsker. Venstre vil også sikre flere tilrettelagte arbeidsplasser.
3. Venstre vil arbeide for likere lønn og status mellom typiske kvinne- og mannsyrker og at kvinnedominerte yrker sikres rettferdig lønn i lønnsforhandlinger der det offentlige er part. Vi vil innføre en kompetansepott for høyt utdanne-

de arbeidstakere i lavstatusyrker i offentlig sektor, og tilrettelegge for at de som ønsker å arbeide heltid, får det. Vi vil innføre mer fleksible løsnin-ger når det gjelder arbeidstid for seniorer for å beholde verdifull kompetanse.



ARBEIDERPARTIET

- 1 For Arbeiderpartiet er det viktig at folk lever de livene de selv ønsker, i trygghet om at fellesskapet gradvis stiller opp med hjelp når behovet oppstår. For å kunne klare seg lengst mulig selv er det nødvendig med ulike hjelpemidler som gir den nødvendige tryggheten. Gode habiliterings- og rehabiliteringstjenester er for mange en forutsetning for mestring og for deltakelse i samfunnet. Her spiller ergoterapeutene en viktig rolle. Gjennom sitt fag og sin yrkesutøvelse kan de sørge for hverdagsrehabilitering som blant annet bidrar til at eldre mennesker kan bo og fungere bra i eget hjem.
2. En viktig del av vår politikk handler om å bidra til at personer mestrer livet sitt best mulig og er inkludert i samfunnet. Derfor mener vi at tidlig innsats er avgjørende. Ved å gjøre folk mest mulig selvhjulpne øker livskvaliteten. For å bidra til at alle kan delta på ulike samfunnsarenaer må vi derfor bygge ned de ulike barrierene. Produkter, bygg og uteområder bør så langt det er mulig utformes slik at de kan brukes av alle, uten spesielle tilpasninger eller hjelpemidler.
3. Tilstrekkelig mange og kompetente ansatte er en forutsetning for gode helsetjenester. Arbeiderpartiet vil heve det formelle utdanningsnivået innen helse og omsorg og kvalifisere ansatte uten formell helsefaglig utdanning. Vi vil sikre god ledelse i de kommunale helse- og omsorgstjenestene, og basere dem på faste ansettelse og hele stillinger.



FREMSKRITTPARTIET

- 1 Fremskrittspartiets mål er at kommunens innbyggere skal være herre i eget liv og dermed klare seg lengst mulig selv. Vi vil skape pasientenes og brukerens helse- og omsorgstjeneste, styrke rehabiliteringskapasiteten og ta i bruk ledig kapasitet og kompetanse på området. Opplæring for egenmestring i et rehabiliteringsløp er svært viktig - dette kommer i primærhelsemeldingen. Rehabilitering må

gjennomsyre alle ledd i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

2. Vi har rettighetsfestet brukerstyrt personlig assistent (BPA). Gjennom BPA vil flere funksjonshemmede kunne delta i aktiviteter de ellers ville stått utenfor. Psykisk helse skal bli like viktig som fysisk helse i folkehelsearbeidet. Fremskrittspartiet vil mobilisere for å forebygge ensomhet og senke terskelen for fysisk aktivitet i befolkningen generelt. For at flere foreldre skal ha mulighet til å sende barn i barnehage uavhengig av lommeboken de siste par årene før skolestart, la vi første juli i år til rette for rett til 20 timers gratis barnehage per uke. Vi har også sørget for flere aktivitetsmidler for personer over 26 år og skaffet elever med lese- og skrivevansker en støtteordning til pc gjennom folketrygden. Ordningen med funksjonsassistanse i arbeidslivet har vi også styrket i løpet av perioden.
- 3 De ansattes kompetanse, kunnskap og engasjement er bærebjelken i norsk omsorgssektor. For å styrke kunnskap og kvalitet i de kommunale tjenestene har vi vedtatt midler til etablering av et kommunalt helse- og omsorgsregister. Videre satser vi aktivt på å styrke ledere og ledelse gjennom etablering av en kommunal lederutdanning. Vi tror gode ledere skaper gode arbeidsplasser. Det er behov for flere yrkesgrupper innenfor sektoren. Omsorg 2020 er en plan for økt kompetanse og rekruttering her.



KRISTELIG FOLKEPARTI

- 1 Utgangspunktet for helsetjenestene må være at hvert enkelt menneske blir sett og får den hjelpen det har behov for. KrF mener rehabilitering og rehabilitering må bli et satsingsområde i helsesektoren. Systematisk trening, for eksempel for eldre, forebygger sykdom og skade og øker deltakelse i hverdagslivet. Hverdagsrehabilitering mens brukeren bor i eget hjem bør benyttes i langt større grad enn i dag, og dette må inkludere både tiltak for individuell trening og tilpasning av omgivelsene for å mestre hverdagslivet.
- 2 KrF ønsker å sikre rehabilitering til alle som trenger det. Kommunene må gjennomføre samhandlingsreformen på en måte som sikrer likeverdige helsetilbud i hele landet og sterkere prioritering av forebyggende arbeid. KrF vil også ha mer universell utforming slik at flest mulig offentlige bygninger og utendørsarealer er tilgjengelige for

alle. De som trenger ulike typer hjelpemidler, må få tilgang til dette.

- 3 God bemanning med solid kompetanse er avgjørende. KrF ønsker en nasjonal opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering. I en slik opptrappingsplan vil det være naturlig både å gjennomgå bemanningsbehovet for ulike yrkesgrupper, se på tiltak for å styrke rekrutteringen der det trengs, og gi ansatte muligheter for faglig utvikling og oppdateringer de kan bruke for å gi et enda bedre tilbud til brukerne.



SENTERPARTIET

- 1 Senterpartiet ønsker en helsesektor basert på nærhet og kvalitet i tilbudet. Vi vil prioritere folkehelsearbeidet og rehabiliteringstjenestene. Samhandlingsreformen har gode intensjoner på disse områdene, men kommunene er ikke gitt økonomisk grunnlag for oppfølging. Senterpartiet mener at lokalsykehusene har en viktig plass i et desentralisert helsetilbud. Helseministerens lansering av nærsykehus som alternativ til lokalsykehus, er en tildekking av intensjonene om å fjerne akuttberedskap og sentralisere sykehusstilbudet.
- 2 Forutsetningene for et levende folkestyre er nærhet, likeverd og korte avstander mellom de som fattet beslutninger og de som berøres av dem. Regjeringens kommunereform er en trussel mot levende, lokaldemokratiske arenaer. Lokalpolitikere må kjenne innbyggerne, og lag, foreninger og kommunale arbeidstakere må kjenne sine lokalpolitikere og ha åpen tilgang til dem.
- 3 Senterpartiet mener trepartssamarbeidet i kommunene må styrkes. Utvikling av gode lokale løsninger skjer best om ansattes kompetanse brukes aktivt i utvikling av tjenestetilbudet. Under Senterpartiets ledelse av Kommunaldepartementet ble et slikt trepartssamarbeid mellom stat, KS og faglige organisasjoner etablert under navnet «Saman om ein betre kommune».



HØYRE

- 1 God helse er en av våre viktigste ressurser og handler ikke bare om fravær av sykdom, men også om å mestre livets utfordringer. Høyre ønsker derfor å legge til rette for at folk kan leve

gode liv også om de er syke eller har en form for funksjonsnedsettelse. Dette innebærer et mål om at flest mulig skal kunne klare seg lengst mulig på egen hånd, selv om de har behov for helse- eller omsorgstjenester for en kortere eller lengre periode. Hverdagsrehabilitering har i mange kommuner vært en suksess. Høyre vil utvide bruken av hverdagsrehabilitering for førstegangssøkere til hjemmetjenester. Det vil si en omdreining fra kompenserende tiltak til aktivisering og egenmestring i hverdagen. Regjeringen har uttalt at de vil videreføre arbeidet med å dokumentere effektene og utvikle og implementere hverdagsrehabilitering som metode i kommunene. I tillegg er det varslet i primærhelsemeldingen at regjeringen vil bidra til spredning av forebyggende hjemmebesøk for eldre. Det skal utarbeides en veileder og et rundskriv for forebyggende hjemmebesøk.

- 2 Høyre vil bygge god folkehelse gjennom bedre forebygging og tidlig helsehjelp som tar vare på hele mennesket. God folkehelse er en forutsetning for at kommunens innbyggere har mulighet til å delta på arenaer som nærmiljø, skole og arbeidsplass. Psykiske helseproblemer er blant de største helseutfordringene i dag. Vi vil fortsette arbeidet for at psykisk helse skal bli en likeverdig del av folkehelsearbeidet. Høyre er videre i gang med flere tiltak for å sikre at flere barn og unge fullfører sin utdanning. Satsing på folkehelse innebærer også at eldre får mulighet til å stå lenger i arbeid og delta aktivt i samfunnet. Av andre tiltak er endringene om midlertidige ansettelser i arbeidsmiljøloven, som gir mulighet for unge og andre til lettere å komme inn i arbeidslivet.
- 3 Høyre ønsker et kompetanseløft i kommunene, for gode tjenester er avhengig av god kompetanse. Kompetanseløft 2020 er regjeringens handlingsplan for rekruttering, kompetanse og fagutvikling i kommunale helse- og omsorgstjenester. Målet er å bidra til en faglig sterk tjeneste og sikre at sektoren har tilstrekkelig med kompetent bemanning. Av kompetansehevende tiltak som regjeringen la fram i primærhelsemeldingen i vår, er blant annet å lovfeste krav til kompetanse i kommunene, det skal vurderes å utvide rettighetene til flere yrkesgrupper for å utnytte kompetansen bedre, og det skal utredes hvordan vi kan sikre at tilgjengelig kompetanse i større grad deles både mellom kolleger, innad i kommunen og mellom tjenestenivåer.

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

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 og Habilitering & helse, 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 deltakelse. 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 løsningsfokuset tilnærming.

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



Kurs i den kanadiske modellen CMOP-E og COPM

22. og 23. oktober 2015 kl. 09.00 – 16.00

Oppfølgingsdag 11. desember 2015 kl. 09.00 – 12.00

Norsk Ergoterapeutforbund arrangerer i samarbeid med Ergoterapeututdanningen i Oslo og Akershus kurs i den kanadiske modellen 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 Ingvild Kjekken, Nasjonalt revmatologisk rehabiliterings- og kompetansesenter (NRRK), revmatologisk avdeling, Diakonhjemmet sykehus og professor ved Høgskolen i Oslo og Akershus.

Kurssted: Høgskolen i Oslo og Akershus

Kurset er åpnet for ikke-medlemmer og andre faggrupper. Pris for medlemmer kr. 3000, ikke-medlemmer kr. 6000, og studentmedlemmer kr. 1500.

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



Skrivedanskurs November 2015



Nybegynnere: mandag 2. November

Vidregående: tirsdag 3. November

Målgruppe: ergoterapeuter, fysioterapeuter, pedagoger, mm

Mer info på: www.ergoterapiforbarn.no

Påmelding til: sylvia@ergoterapiforbarn.no

(obs. ved påmelding gjelder " første mann til mølla")

Kurs i dysfagi og F.O.T.T.

Norsk Ergoterapeutforbund region Vest arrangerer, i samarbeid med ergoterapeuter i Karmøy, kurs i dysfagi og behandlingsmetoden Facio-Oral-Tract Terapi (F.O.T.T.). Kurset vil både teoretisk og praktisk gi kunnskap om anatomi og fysiologi knyttet til munn/svelg, screening av svelgfunksjon, analyse av spisesituasjon og terapeutiske tiltak, både i forhold til barn og voksne.

Faglig ansvarlig: Katje Bjerrum, ergoterapeut i Dysfagiambulatoriet og Jim Jensen, utviklingsergoterapeut med master i rehabilitering og F.O.T.T.-instruktør. Begge fra Regionshospitalet Hammel Neurocenter.

Kurssted: Veia sykehjem, Karmøy

Tid: 22.-23. oktober 2015 kl 08.30-15.00

Påmelding: Innen 15.september
(www.ergoterapeutene.org – kurskalender)

Pris: 4000 kr per person.

Kurset er meritterende for spesialistgodkjenning med 17 timer innen barn, eldre og somatisk helse.





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



ergoterapeutene

1.BEHANDLING/TRENING
0330
HJELPEMIDLER FOR VARME ELLER KULDEBEHANDLING
CYPROMED AS

Vikaveien 17, 2312 Ottestad

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

wes@cypromed.no

www.cypromed.no

Elektriske varmemidler 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 varmemidler til barn og voksne

0333
ANTITRYKKSÅRHJELPEMIDLER/TRYKK-FOREBYGGENDE HJELPEMIDLER
ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

BERGEN MEDIKAL AS

Gyldenprisvn. 16, 5056 Bergen

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

post@bergen-medikal.no

www.bergen-medikal.no

Meds Nodex S madrass. Dynamisk nulltrykk terapisystem til forebygging i alle risikogrupper og behandling i alle stadier av trykksår.

Den mest optimale løsningen på markedet i dag. Eneste nulltrykkssystem godkjent av RTV.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

TOGEMOMEDICALSUPPLY AS

P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar

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

companymail@togemo.no

Dekker alle behov for trykkavlastning

VITAL BASE AS

Myrvegen 2, 6060 Hareid

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

firmapost@vitalbase.no www.vitalbase.no

Sårbehandling/trykkavlastningsprodukter

0348
BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTSTYR
BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0606/0612/0618
ORTOSER
OTTO BOCH AS

P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo

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

info@ottobock.se www.ottobock.no

Ortoser blir bra!

0630
PROTESER
NORSK TEKNISK ORTOPEDI AS

Vikavn. 17, PB 10, 2312 Ottestad

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

nto@ortonor.no www.ortonor.no

Spesialist i armproteser.

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

6917 Batalden

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

post@oytex.no www.oytex.no

Uteklær for rullestolbrukere

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda

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

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona tørkler, Arcona smekker

0909
HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING
ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

REHATEKNIKK AS

PB 10, 2312 Ottestad

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0912 HJELPEMIDLER VED TOALETTBESØK
ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Svan Bidette, Svan Remote, Svan Balance,

Svan Lift, Svan Støttearmen, Chameleon

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamveien 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0912 B
HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK
BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

Svan Balance

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

0933
HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING
ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Servantheis, badebord

– PRODUKTREGISTER –

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

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/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog

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

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

0933 B

HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo

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

post@astec.no www.astec.no

Hev/senk stellebenker/bord, servanter

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

Y 1

YRKESKLÆR/SKO

PRAXIS ARBEIDS- OG FRITIDSKLÆR AS

Sjøtun Næringspark, 6899 Balestrand

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

firma@praxis.no www.praxis.no

En ledende leverandør av yrkesklær, fottøy og naturhudpleie

4. FORFLYTNING

1203/1206

GANGHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 Ås

Tlf: 64 94 21 65

www.follo-futura.no

Gåbord

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308

4070 Randaberg

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

at@ronda.no www.ronda.no

Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

1212

BILTILPASNINGER

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

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

mail@handpro.no www.handpro.no

Totallev. i biltilpasninger og utstyr

1218

SYKLER

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23

4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

Sykler - man. og el.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no www.medema.no

1221

RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23

4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

Rullestoler - man. og el.

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

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

mail@handpro.no www.handpro.no

Balder el. rullestoler

HEPRO

Industrivn 23, 2050 JESSHEIM

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

firmapost@hepro.no www.hepro.no

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta

Stamvn. 6, 1481 Hagan

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

firmapost@medema.no

www.medema.no

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan

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

firmapost@permobil.com,

www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Dynamittveien 14 B, 1400 Ski

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1221 B

RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS

Bedriftsveien 23, 4353 Klepp Stasjon

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

www.alurehab.no

HAND-PRO AS

Servicebox 3, 3504 Hønefoss

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

mail@handpro.no www.handpro.no

– 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
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

1224

TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

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

BARDUM AS

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

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

Branderudvn. 90, 2015 Leirsund
Tlf.: 63 87 05 80, fax: 63 87 05 81
firmapost@hml.no www.hml.no
E-mobil hjelpemotor/ drivaggregat
MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no
www.medema.no
PERMOBIL AS
Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf.: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com,
www.permobil.com
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf.: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1227

ØVRIGE KJØRETØYER

HANDINOR AS

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

MEDEMA NORGE AS

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

1227 A

ØVRIGE KJØRETØYER. SKILATOR/ RULLATOR M/SKI

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

HEPRO

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

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Overflyttingshjelpemidler, Dreilett ,
Jøhl Stolløfter

1233

VENDEHJELPEMIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

P.b. 604, 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Eliglide

1236

LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

Heiasvingen 65, 1900 Fetsund
Tlf.: 63 87 78 13, fax: 63 87 78 17
post@hcn.no www.hcn.no
Leverer Roomer takheis – fra rom til rom uten
gjennomgående skinne

MEDEMA NORGE AS

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

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGINGEN MEDINOR CARE

Divisjon i Medinor ASA
Postboks 94 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 07 65 00, fax: 22 07 65 05
medinor@medinor.no www.medinor.no
Brannforebyggende prod. for eldre/funksj.h.
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

REHATEKNIKK AS

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

RONDA HJELPEMIDLER

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

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

Dynamiske armstøtter og spise-
hjelpemidler Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

HEPRO

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

RONDA HJELPEMIDLER

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

1803

BORD

ASTEC AS

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

Arbeidsbord/spesialbord, skolepult

HEPRO

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

– PRODUKTREGISTER –

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
post@bardum.no www.bardum.no
HEPRO

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

HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal
Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01
KRABAT AS
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no

MEDEMA NORGE AS

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

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
SUNRISE MEDICAL AS
Dynamittveien 14 B, 1400 Ski
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1812

SENGER

BARDUM AS

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

HML HJELPEMIDDELLEVERANDØREN AS

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

MEDEMA NORGE AS

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

SUNRISE MEDICAL AS

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

1815 HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE TILSATSER TIL MØBLER

ADL PRODUKTER AS

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

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf.: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
E-post: post@astec.no www.astec.no
Kjøkken og bad – hev/senk

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, TRAPPEHEI- SER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar
Tlf : 95 76 10 00
Faks: 62 51 85 01
www.accesstrappeheiser.no
eva@accessvital.no
Heiser: Løfteplattformer,
Trappeheiser og Ramper
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV TEKN. HJ.MIDLER

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

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
HEPRO
Industrivn 23, 2050 JESSHEIM
Tlf.: 75 69 47 00, fax: 63 93 64 79
firmapost@hepro.no www.hepro.no

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/VARSLING

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

2103 OPTISKE HJELPEMIDLER

GEWA AS

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

– PRODUKTREGISTER –

2109

TILBEHØR TIL DATAMASKINER, SKRIVE- MASKINER OG KALKULATORER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
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

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
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

MYLIFEPRODUCTS AS

Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo
Tlf: 92631425

post@mylifeproducts.no

www.mylifeproducts.no

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2127

IKKE-OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

RONDA HJELPEMIDLER

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

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

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

GEWA AS

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

GN RESOUND AS

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

PICOMED AS

Brokelandsheia, 4993 Sundebu
Tlf: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51

firmapost@picomed.no

www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2139

LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GEWA AS

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

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Lydoverføringssystemer

GN RESOUND AS

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

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2142

SAMTALEHJELPEMIDLER VED NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS

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

BARDUM AS

Tlf: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

COGNITA AS

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

GEWA AS

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

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Samtalehj.midler

GN RESOUND AS

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

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2145

HØREAPPARATER

GEWA AS

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

2146

HØRSELTEKNISKE HJELPEMIDLER

GEWA AS

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

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Hørseltekniske hjelpemidler

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2148

VARSLINGSHJELPEMIDLER

COGNITA AS

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

ABILIA AS

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

GEWA AS

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

www.gewa.no bestilling@gewa.no

Varslingshj. midler

GN RESOUND AS

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

HEPRO AS

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

Dacapo komfyrbryter, Spisec komfyrbryter

PICOMED AS

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

Varslingshjelpemidler.

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

VESTFOLD AUDIO AS

Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

– PRODUKTREGISTER –

2151 ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

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

GEWA AS

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

Alarmsystemer

HEPRO AS

Øvermoan 9, 8250 Rognan
Tlf: 75 69 47 00, fax: 75 69 47 10
firmapost@hepro.no www.hepro.no
Epi-alarm, Sengealarm, Døralarm,
Varslingsmatte, Stolalarm

PICOMED AS

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

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJELPEMIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

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

Dørautomatikk. Omgivelseskontroll.

GEWA AS

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

Hjelpemidler for omg

PICOMED AS

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

2418

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

ADL PRODUKTER AS

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

ABILIA AS

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

PICOMED AS

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

REHATEKNIKK AS

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

2436 TRANSPORTHJELPEMIDLER

MEDEMA NORGE AS

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

3003

LEKER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
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

post@bardum.no

www.bardum.no

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske

produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

RONDA HJELPEMIDLER

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

3006 SPILL

KLUBBEN AS

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

Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

3009

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

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

HANDINOR AS

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

KLUBBEN AS

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

Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske
produkter: Katalog med 250 sider med
produkter for sansestimulering.

RONDA HJELPEMIDLER

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

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

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

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Hjelpemidler for posisjonering av barnet i
hverdagen.

KRABAT AS

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

Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,
Krabatskjerf, sikleskjerf

RONDA HJELPEMIDLER

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

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

ASTEC AS

Boks 12 Bryn, 0611 Oslo
Tlf: 22 72 23 55, fax: 22 72 38 19
post@astec.no www.astec.no
Ergonomiske produkter for stellerom/bad,
kjøkken/garderobe i barnehager/skoler.
BAMSE PRODUKTER AS
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no
Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

– PRODUKTREGISTER –

B.LØF

LØFTEHJELPEMIDLER FOR BARN

MEDEMA NORGE AS

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

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS

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

BARDUM AS

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

GEWA AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
+katalog, Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
VESTFOLD AUDIO AS
Nordre Fokserød 12
3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Posisjonering og trening for små og store barn.

BARDUM AS

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

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

B.ROL

ROLLATORER

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no
MEDEMA NORGE AS
P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no
ØVREBØ REHABILITERING AS
P.b. 604 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona barneseng

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no
HANDINOR AS
Heiasvingen 65, 1900 Fetsund
Tlf.: 63 88 72 40, fax: 63 88 72 41
post@handinor.no www.handinor.no
KLUBBEN AS
Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

MEDEMA NORGE AS

P.b. 133, 1483 Skytta
Stamvn. 6, 1481 Hagan
Tlf.: 67 06 49 00, fax: 67 06 49 90
firmapost@medema.no www.medema.no
RONDA HJELPEMIDLER
c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes
Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68
www.hana-holmens.no
Leire for modellering, formingsartikler.
BAMSE PRODUKTER AS
Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no
Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no
www.bardum.no
KLUBBEN AS
Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA – Norway
Tlf.: +47 62 95 06 10
Fax: +47 62 95 06 11
www.klubben.no

Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa – Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.

RONDA HJELPEMIDLER

c/o Ranso, Randabergveien 308
4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81, fax: 51 58 80 20
at@ronda.no www.ronda.no
Stort utvalg i ADL-småhjelpemidler
ØVREBØ REHABILITERING AS
P.b. 604 3412 Lierstranda
Tlf.: 32 24 42 50, fax: 32 24 42 51
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

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

- PRODUKTREGISTER -

KLUBBEN AS

Pb 53 // Negardsveien 3
2270 FLISA - Norway
Tlf.: 62 95 06 10 Fax: 62 95 06 11
www.klubben.no
Se: http://www.klubben.no/asp/info.aspx?info_id=11&txt=Gratis+katalog
Rompa - Snoezelen og sansemotoriske produkter: Katalog med 250 sider med produkter for sansestimulering.
KRABAT AS
Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat trioBike, transportsykkel

MEDEMA NORGE AS

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

SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS
Akersbakken 12, N-0172 OSLO
Tlf +47 23 32 75 32
www.bojo.no post@bojo.no

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



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

Lynx er markedets mest diskrete varslingsystem



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

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

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

Lynx markedsføres av GN ReSound Norge. Kontakt oss, din nærmeste audiograf/hørselsklinikk eller hjelpemiddelsentral for å lære mer om Lynx.

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

ReSound

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

NYPRO AS

togemo Med. Supply
tlf: 62 52 62 72

OTTO BOCK

HML Hjelpemiddelleverandøren
tlf: 63 87 05 80

PEGASUS LTD. ENGLAND

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

PERMOBIL EL. RULLESTOLER

Permobil AS, tlf: 815 30 077

PHRASE-IT, C-INNOVATION AB

cOGNiTA AS tlf: 22 43 05 00

PIKOTECH

Picomed AS tlf: 37 11 99 50

QORPUS VITA AB

Øvrebø rehab. tlf: 32 24 42 50

QUALIWORLD, QUALILIFE

COGNITA AS tlf: 22 43 05 00

REBEX TOADUSJ AB

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REHATEC GMBH

Medema-Gruppen tlf: 67 06 49 00

REINECKER

Gewa AS, tlf: 66 99 60 00

ROBER LTD.

Bergen Medikal, tlf: 55 34 00 80

RONDA.OSTEHØVEL

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 STILLINGS- ANNONSER

For bestilling og nærmere
opplysninger:

Erik Sigurdsson

Mobil: 90 03 09 43,

e-post: erik@addmedia.no

Priser:

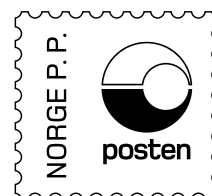
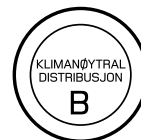
1/8 side kr 4 500, - 25%

1/4 side kr 6 000, - 25%

1/2 side kr 8 500, - 25%

1/1 side kr 12 500, - 25%

Ved annonse i papirutgaven
kan annonsen legges ut på nett
www.ergoterapeuten.no mot et
tillegg på kr 2 500,-
Nettannonse ordinært
kr 3 500,-



Returadresse:
Norsk Ergoterapeutforbund
Stortingsgt. 2
0158 Oslo

Smarte og befriende løsninger

– Mer energi og livsglede for barn og voksne

Tilstrekkelig støtte er en nødvendighet – og en grunnstein for funksjonell og optimal sittende og liggende stilling.

Posisjonering bør være behagelig og enkelt – og samtidig gi det aller viktigste; muligheten til å korrigere og forebygge feilstillinger.

Ta i bruk kroppens egne ressurser med...

**Bambach Bambino
sadelstol**

Aktive, naturlige
og funksjonelle
sittestillinger

Special Tomato Sitter



SimpleStuffWorks
et enkelt og lydløst
posisjoneringssystem som gir bedre
søvn med stabil og
komfortabel posisjon

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

Bardum
- din hjelpemiddelleverandør