

Rehabilitering

UTGITT AV STIFTELSEN SOFIENLUND OG SOFIENLUNDS VENNER

NR. 2 2015 19. ÅRGANG

SOFIENLUND

FOR REHABILITERING OG VITALISERING AV MENNESKER

Stiftelsen Sofienlund er en humanitær, ideell organisasjon med formål å bidra aktivt for å bedre rehabiliteringstilbudet for kronisk syke, skadde og eldre i Norge.

Allerede i 1986 fikk Bente og Thor Bjørn Lie idéen om å bygge et rehabiliteringssenter og registrerte i 1991 Stiftelsen Sofienlund.

Stiftelsen Sofienlund planla og bygget CatoSenteret med Thor Bjørn Lie som byggherre.

CatoSenteret ble bygget med midler fra stiftelsens eget lotteri, innsamlede gaver, samt et Husbanklån gitt med pant i eiendommen Sofienlund. CatoSenteret åpnet juni 1998.

Stiftelsen Sofienlund er stolte over at senteret vi har bygget, regnes som et av Norges beste rehabiliteringssentre, og at senteret kan vise til usedvanlig gode resultater.

Ved Husbankens frigivelse av pantet i Sofienlund, er stiftelsen nå i gang med planleggings- og reguleringsarbeid for et nytt aktivitets-, behandlings og treningssenter med selveierleiligheter og omsorgsboliger for seniorer på Sofienlund, Fjellstrand, Nesodden.

Stiftelsen Sofienlunds styre:
Erling Lauritzsen
styreleder

Truls Thv. Falkenberg,
daglig leder

Thor Bjørn Lie
styremedlem



Stiftelsen Norsk Luftambulans vil ta slagbehandlingen ut til pasientene. Den spesialbygde ambulansen inneholder en CT-maskin og skal vise om det er mulig å stille sikker diagnose på hjerneslag utenfor sykehus.

Vil gi slagpasienter raskere hjelp

Norges første ambulans for slagpasienter er på veiene i Østfold. Den skal gi tidlig diagnose og etter hvert, livgivende hjelp. Målet er å få slagbehandlingen ut til pasientene.

Hver dag får 40 personer her i landet hjerneslag. Riktig hjelp tidnok er avgjørende for pasientene. Den spesialbygde slagambulansen, som nå er i drift i Østfold, er utstyrt med CT-

kin som gjør det mulig å stille diagnose allerede i ambulansen og starte behandling umiddelbart når pasienten er framme på sykehuset.

– Dette er et rullende røntgenlaboratorium med mer utstyr. Det er helt nytt i Norge, forteller generalsekretær Erik Kreyberg Normann i Stiftelsen Norsk Luftambulans.

Slagambulansen drives som en del av et banebrytende forskningssamarbeid mellom Sykehuset Østfold HF, Oslo Universitetssykehus Rikshospitalet, og Stiftelsen Norsk Luftambulans. Målet er å finne ut om det er mulig å flytte diagnostisering og etter hvert, behandling av hjerneslag ut av sykehuset og til pasientene, for å spare livsviktig tid.

Hvert minutt teller
Hjerneslag er en alvorlig folkesykdom som årlig rammer

15.000 nordmenn. Det er den vanligste årsaken til varig uføret og den tredje vanligste årsaken til død. For hvert minutt som går etter at slaget rammer, dør opptil to millioner hjerneceller. For hjerneslagpasienter er rask behandling derfor avgjørende, og den har best effekt hvis den gis innen 90 minutter. Hvert minutt teller.

– Vi vil flytte kompetansen på sykehuset ut til der den har mest effekt, nærmest mulig pasienten, sier Hans Morten Lossius, som er leder for Forsknings- og utviklingsavdelingen i Stiftelsen Norsk Luftambulans.

I tillegg til CT-maskinen, er slagambulansen innvendig utstyrt som et legeheliokopter. Om bord er en erfaren sykepleier og en parmedic, sammen med legen, som i likhet med luftambulanselagene i Norge er spesialist i anestesi.

De fleste hjerneslag, omkring 90 prosent, skyldes blodpropp i hjernen, resten skyldes hjerneblødning. Symptomene er de samme, uansett hva slaget skyldes, men behandlingen er ulik. Fordi behandling mot blodpropp er farlig for en pasient med hjerneblødning, må pasientene i dag undersøkes med CT- eller MR-maskin på sykehus før behandlingen starter.

Er en spesialtrent anestesilege i en ambulansbil med CT-

maskin i stand til å stille en like sikker diagnose på hjerneslag allerede ute hos pasienten, som nevrologene normalt gjør inne på et sykehus? Hjerneslagprosjektet har som mål å finne ut av dette.

Slagbehandling i luftambulansen

Studiene vil danne grunnlag for å avgjøre om diagnostikk og etter hvert behandling av det store flertallet hjerneslag som skyldes blodpropp bør innføres i luftambulansetjenesten.

– For mange slagpasienter vil det kunne gi den raskeste og beste hjelpen, sier lederen for forskning og utvikling i Stiftelsen Norsk Luftambulans, Hans Morten Lossius. – Målet med Hjerneslagprosjektet er å spare tid, dermed liv og helse for slagpasienter over hele landet. Det er medlemmene i Stiftelsen Norsk Luftambulans som finansierer forskningsprosjektet. Slagambulansen kostet fem millioner kroner å anskaffe. I tillegg koster den årlig 12 millioner kroner å drifte.

Slagambulansen er ikke innført som en fast del av det ordinære helsetilbudet i Østfold, men er en del av et pågående forskningsprosjekt.

Er det et slikt samfunn vi vil ha?

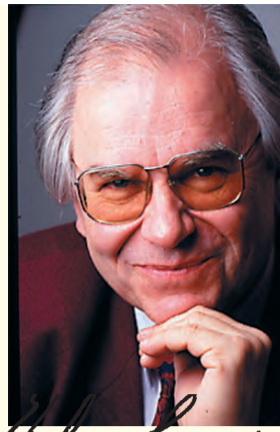
Retningslinjene i regjeringens prioriteringsutvalg er at såkalt Helsegevinst og Helsetap skal være utslagsgivende. Disse begrepene skal være med å forme vårt fremtidige helsevesen.

Helsegevinst er angivelig en abstrakt verdi som har med hvor mange gode leveår vi får igjen ved behandling. Det betyr at behandling av en ung person med en kreftsykdom, som vil leve i mange år, skal bli prioritert foran en eldre person med en kreftsykdom, fordi han da vil leve i færre år. Helsetap er hvor mange gode år du vil tape ved ikke å få behandling, og her gjelder det samme, ungdommen vil ha et større helsetap uten behandling enn en som er gammel, og ungdommen vil derfor prioriteres for behandling.

Helseminister Høie sa da rapporten kom, at legene prioriterer hele tiden. Derfor er viktig å få et verktøy til å prioritere.

Dette er helt nye takter. Hittil har det vært et prinsipp i Norge at vi betaler for våre helsetjenester gjennom skatteseddelen, og alle skal ha lik tilgang til helsetjenester av høy kvalitet.

Merkelig nok, dess rikere Norge har blitt, dess mer har Staten gått på akkord med disse prinsippene. Det at noen behandlinger skulle klassifiseres som «for dyre» og at det ikke blir «rettferdig» at noen får «dyr» behandling, kom ved innføringen av Margaret Thatchers NPM, New Public Management, som skulle



Erling Lauritzen

«effektivisere. Sykehusene skulle bli billigere for staten å drive, man skulle bli kvitt alle køer og alt skulle bli så mye bedre.

I dag, 13 år etter, har vi aldri hatt et dyrere helsevesen, køene bare øker og mer og mer av tjenestene blir overlatt til private aktører, men betalt av staten. I

tillegg har vi fått Helseforetakspyramiden, der de som behandler pasientene, nemlig leger og sykepleiere sies opp, mens nye administratorer ansettes og - ofte stiger i gradene med høye lønninger.

Ille er det også at den forrige regjering opprettet et «Beslutningsforum». Det består av fire direktører, toppsjefene i Helseforetakene. I lukkede rom bestemmer de om dyre medisiner skal benyttes i Norge, uten å ha kompetanse på disse medisinene og sykdommene, og uten å høre på spesialistenes mening. Disse fire tar nå avgjørelser på liv og død uten kompetanse på disse medisinene og sykdommene.

Det virker som om politikerne mener at sykdommer og pasienter er en byrde for samfunnet og at vi må prioritere bort kreftmedisiner for at det skal gå rundt.

Våre politikere prioriterer ved å sette pasientgrupper opp mot hverandre. Da har vi begynt å miste vår menneskelighet.

Er det et slikt samfunn vi vil ha?

SOFIENLUND
FOR REHABILITERING OG VITALISERING AV MENNESKER

Utgiver:
Stiftelsen Sofienlund,
Ommenveien 18
1458 Fjellstrand

Redaktør:
Erling Lauritzen
tlf. 66 78 92 37
mobil 920 26 355
e-post: erling@sofienlund.no

Design:
Knut T. Frøyhaug,

Annonser:
Faktureringservice sør as,
tlf. 32 24 44 33
fax 32 24 44 34

Trykk:
Orkla Trykk AS
Opplag: 9.000

Redaksjonen avsluttet
30. mai 2015

Stiftelsen Sofienlund
Ommenveien 18,
1458 Fjellstrand
www.sofienlund.no
post@sofienlund.no
Foretaksnummer:
961340195
Bankgiro: 8380 08 53462

Stiftelsen Sofienlunds styre:
Arbeidende styreformann
Erling Lauritzen
Daglig leder
Truls Thv. Falkenberg
Styremedlem
Thor Bjørn Lie

Sofienlunds Venner:
Tlf: 66 78 92 37
mobil 920 02 6355
E-post:
erling@sofienlund.no
Foretaksnr.: 976805518
Bankgiro: 8380 0865509

Gavekonto
Bankgiro:
8380 40 09941
Lars Henrik Lauritzsens
Minnfond
Bankgiro: 8380 40 09941

Hvorfor skal vi rasjonere helse-tjenester mer, når vi bruker færre ressurser?

Dagbladets kommentator Aksel Braanen Sterri uttrykker bekymring for om vi vil ta oss bryet «med å gå inn i dette moralske minefeltet» som prioriteringsutvalget trekker opp. For «prioritering er vondt», skriver Sterri. Han synes å være særlig betatt av utvalgets forslag om et helsetapskriterium.

Forslaget om å prioritere basert på helsetap- og helsegevinstkriterier er imidlertid ganske virkelighetsfjernt. Utregning av helsetap og gevinst forutsetter

kunnskap om forventet livskvalitet og livslengde både med og uten behandling. For de fleste behandling- eller omsorgstiltak har vi ikke kunnskap om dette på gruppenivå, og sletts ikke på individnivå.

Å skulle legge flere meget usikre faktorer inn i en formel som så skal lede til en konklusjon om den enkelte pasient skal få behandling er ikke en farbar vei. Helsetapsformelen er forførelserisk ved at den illuderer at vi har eksakt kunnskap om faktorene som inngår.

Utvalget foreslår at resultatet av disse oftest meget usikre utregningene skal munne ut i avgjørelse om behandling for den enkelte pasient. Dette ville vel da sortere som et enkeltvedtak med klageadgang. De fleste ser

at dette blir helt håpløst, ikke bare å håndtere for dem som skal treffe avgjørelsene, men også for pasientene.

Vi må anta at de færreste har fulgt Sterris eksempel og lest filosofen Rawls arbeider. Og selv Sterri har ikke helt forstått utvalgets forslag, og blander sammen gevinst og tap i sin kommentar. For pasienter flest vil disse vurderingene framstå uforståelige. Verre er det at det vil være uavklart om de vil få behandling når sykdom rammer dem eller deres nærmeste. For dette kan man altså ikke vite før behandleren har gjort sin kalkulerings av den enkeltes helsetap.

En slik praksis ville trolig umiddelbart føre til et todelt helsevesen, også for de alvorlige tilstandene. Alle med mulighet og innsikt vil forstå at de trenger en forsikringsordning. For vi kan ikke lenger forutse hvordan det offentlige stiller seg når vi blir syke og trenger hjelp. Risiko for å få en alvorlig tilstand er selvfølgelig mye høyere enn risiko for at huset vårt brenner. Her tegner vi forsikring.

Min hovedinnvending mot prioriteringsutvalgets forslag er av en annen art. Forutsetningen for hele arbeidet er knapphet på helsegoder. Jeg mener dette langt på vei ikke er riktig. Frem til i dag har vi da også kunnet tilby førsteklasses behandling til alle som har behov for det, om enn med noe kø.

Jeg mener det heller ikke er grunn til å se mørkt på framtida. Rett nok blir vi eldre, men vi holder oss friskere lengre. Behandlingstiltakene blir gjennomgående mindre ressurskrevende (ikke mer), er mer målrettet med bedre effekt (ikke mindre) og varer lengre.

I tillegg bruker vi år for år mindre på medisiner (ikke mer som de fleste later til å tro).

Vi bruker like mye på spesialisthelsetjenester per innbygger i dag som vi gjorde for 10 år siden. I den samme perioden har vår private kjøpekraft økt med mer enn 20 %.

Dermed ramler hele premisset for denne smertefulle øvelsen sammen for min del. Vi er ikke i den grad av nød. Det er plass til alle i livbåten. Vi trenger ikke etterlate noen i vannet. Hvis vi vil.

*Christian Grimsgaard
Lege og tillitsvalgt i
Oslo Universitetssykehus*

En smertefull prioritering



Rett til kontaktleger for alvorlig syke

Alvorlig syke pasienter skal få rett til egen kontaktleger. Det foreslår regjeringen i en endring av pasient- og brukerrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven.



- Vi har hørt for mange historier om syke mennesker som har måttet forholde seg til mange ulike leger og fortelle sykehistorien sin igjen og igjen. Det er en belastning som alvorlig syke mennesker og deres pårørende skal spares for. Vi har lovet at vi skal innføre fast kontaktleger for alvorlig syke pasienter i spesialisthelsetjenesten. Nå innfrir vi dette løftet, sier helse- og omsorgsminister Bent Høie.

Kontaktlegen skal gi informasjon til pasienten, være tilgjengelig for ham eller henne og delta i behandlingsteamet. Det overordnede målet er økt trygghet og forutsigbarhet for pasienter og pårørende. Ordningen vil også bidra til at kvaliteten og

helheten i det medisinske tilbudet blir bedre ivaretatt.

Det er alvorlig syke pasienter med behov for behandling eller oppfølging over tid som skal få rett til kontaktleger. Dette vil være tilstander og sykdommer som fører til risiko for alvorlig funksjonsnedsettelse eller invaliditet, tap av viktige kroppsfunksjoner eller sanser eller risiko for tidlig død. Det skal også legges vekt på fysiske og psykiske følger av sykdommen, skaden eller lidelsen.

- Ved å innføre kontaktleger gir vi ikke bare pasientene bedre oppfølging og bedre oppfølging og informasjon. Vi utnytter også ressursene i helse- og omsorgstjenesten på en bedre måte, sier helse- og omsorgsminister Bent Høie.

Innføring av kontaktleger handler først og fremst om bedre organisering av tjenesten. Selv om ordningen i en overgangsfase kan føre til noe mer administrasjon, vil dette på sikt bli utliknet

av de innsparingene ordningen vil føre til i form av samhandlingsgevinster, bedre ressursutnyttning og bedre kvalitet i tjenestene.

Helsedirektoratet skal utarbeide en veileder om ordningen i samarbeid med helseforetakene og utvalgte fagmiljøer.

Pressemelding fra Helse- og omsorgsdepartementet

CatoSenteret har følgende visjon: Vi skal være et "Mulighetenes Senter".

Prosjekt Atrie

Visjonen er retningsgivende for CatoSenterets ledere og medarbeidere. Den skal bidra til at både medarbeidere og brukere opplever at CatoSenteret har fokus på den enkeltes muligheter og ikke på begrensninger. Dette gjelder også for dette prosjektet – her blir det fokusert på hvilke muligheter som kan utvikles i dette området ved senteret.

og en bålhytte. Tomten er pr. i dag ikke optimalt utnyttet med tanke på rehabilitering, trening og restitusjon. Atriet mellom sovefløyene er et trist skue. Arealet er drøyt 800 kvm. I dag er det bare en humpete plen, noen stakkarslige busker og et bordtennisbord der.

Prosjekt Atriehage

Derfor har CS igangsatt prosjekt «atriehage» i samarbeid med Darren Saines Hagedesign. Han er en av de mest anerkjente hagedesignere i Norge og står blant annet bak den nye, flotte takterrassen på Sunnaas sykehus.

Gjennom en ombygging/tilrettelegging av atriet vil CatoSenteret kunne få dekket følgende behov:

1. Behov for å gjennomføre trening utenfor treningssal.

Det å kunne gå ute på forskjellig underlag, i bakke og trapper i atriehagen vil kunne gi verdifullt supplement til innendørs trening. Det er planlagt med varmekabler under gangstiene, slik at de kan brukes store deler av året. Det er satt av plass til utendørs treningsapparater (styrke), bordtennisbord, gangbane og annet.

2. Behov for et sted hvor man kan være stille.

Et område hvor man kan reflektere, finne roen, ha gode samtaler og sosial hygge. Atriet ligger mellom sovefløyene og blir pr. i dag nesten ikke benyttet. Området er skjermet for innsyn og vær.

3. Behov for områder til restitusjon og hvile.

Det er få steder for våre dagbrukere (ca. 30 pr. dag) hvor de kan sette seg ned og hvile mellom treningsøktene/samtalene. En hage med ulike sittegrupper og beskyttelse for nedbør og vind vil kunne gi dette store deler av året.

4. Behov for steder å kunne samles sosialt.

Det er mange brukere på senteret til enhver tid og ikke nok stuearealer inne. Sittegrupper, beplantning, vannspeil, utekjøkken/grill, beskyttelse for nedbør, varmelamper og gjennomtenkt utendørs belysning vil kunne gi gode rom for sosialt samvær mange måneder i året.

5. Behov for noe pent å se på.

Atriet er pr. i dag et trist skue og eneste utsikt for alle brukerrommene som vender inn mot det. Samtidig er det mye innsyn i rommene. Utbygging av atriehagen tar hensyn til dette og vil gi skjerming mot innsyn og utsikt til å nyte med bruk av ulike planter, trær og belysning.

Om Darren Saines hagedesign

- Darren Saines er en av Norges mest kjente hagedesignere, og står blant annet bak takterrassen på Sunnaas sykehus
- Siden 2004 har han vært jevnlig i media
- Han er den eneste som har deltatt fra Norge i Chelsea Flower Show, kalt "OL i hagedesign"
- Til våren er Darren dommer i TV2s storsatsing "Norges hagemester"
- Les mer om Darrens Saines på <http://darrensaines.no/>

Fremdriftsplan og fremdrift

Prosjektet er estimert med en totalramme på mellom 4 og 5 millioner. Prosjektet lar seg ikke realisere uten betydelige bidrag fra sponsorer, gaver og donasjoner. Klarer vi ikke å finne tilstrekkelig finansiering vil det være en nedtur for oss alle – med så flotte planer som foreligger.

Foreløpig tidsplan

- Oppstart vinter 2015
- Øke cash-spons, søke fond/legater, gaver og donasjoner – 2015
- Inngå avtaler med materialsponsorer – våren 2015
- Byggestart sommer/høst 2015, evt. Vår 2016

Gaver og donasjoner

Stiftelsen CatoSenteret mottar gaver og donasjoner fra privatpersoner, foreninger, selskaper og andre. Disse representerer både gledelige og viktige bidrag til virksomheten. Alle bidrag går uavkortet til brukerrettede tiltak. Dette kan være utvikling av atriehage, bedre rehabiliteringstilbud, forskning eller tiltak for økt velferd og adspredelse. Givere kan oppgi hva de ønsker å støtte. For nærmere informasjon ta kontakt med administrerende direktør, tlf. 64 98 44 00 eller send elektronisk post til senteret@catosenteret.no merket med «Prosjekt atriehage».

CatoSenterets Venner

CatoSenterets Venner skaffer midler gjennom medlemskap og donasjoner. Midlene vi får inn går uavkortet til brukerrettede tiltak og skal ikke gå inn i vanlig drift. Venneforeningen planlegger i samarbeid med administrasjonen, fritidsleder og brukerutvalget hvor midlene kommer best til nytte. Nå har vi stort fokus på å hjelpe til med å finansiere den nye atriehagen. Hensikten er å aktivt medvirke til at brukerne ved senteret får et så bra rehabiliterings- og fritidstilbud som mulig. Trivsel er som kjent en ikke uvesentlig del av rehabiliteringen og brukerne har behov for en meningsfull fritid i hyggelige omgivelser.

Du kan støtte «prosjekt atriehage» gjennom CatoSenterets venner på konto nr. 1080 18 38621.

Mestring og motivasjon er et hovedprinsipp i alle våre tiltak, både som mål og metode. En utbygging av atriet kan bidra til dette, gjennom nye rehabiliteringsområder og mulighet for restitusjon og sosialt samvær.

Fra 2015 har senteret avtaler med Helse Sør-Øst om rehabilitering av barn og unge, brukere med nevrologiske sykdommer (inkl. RMS), kreftpasienter, brukere med komplekse følgetilstander etter langvarig sykdom og arbeidsrettet rehabilitering.

Avtalene våre fyller nå hele senteret og på en hverdag er det omtrent 120 brukere her. Andelen barn og unge øker kraftig fra 2015 (25 til 30 til enhver tid).

Det er derfor etablert egen skole i regi av Akershus Fylkeskommune ved senteret. I 2014 fikk 1118 brukere rehabilitering ved CS, enten på dogn eller dag. Av disse var det 165 barn og unge.

Men med så mange brukere har behovet for å tilrettelegge og bruke uteområdene våre blitt tydelig. CS har en tomt som er plassert på toppen av et høydedrag i et boligfelt. Dermed har senteret gode solforhold og god utsikt. Tomten er variert med litt skog og ulendt terreng, et par store plener, en ballbinge



Mari Storstein er sjølv avhengig av brukarstyrt personleg assistanse. Ho har laga film om kor ulik praksis kommunane har når det gjeld BPA-tilbodet.

Mari Storstein har sete i rullestol sidan ho var eitt og eit halvt år. Ho treng hjelp til det meste, og bruker i dag sine assistentar som armer og bein. Denne ordninga har ho hatt i ti år, men ho måtte klare seg lenge utan.

– Fram til eg var atten år hadde eg berre avlastning. Det var ein kamp å få BPA, og det tok rundt 2 år å få dette innvilga. Eg fekk fyrst avslag, før saken til slutt gjekk til fylkesmannen. Tidlegare kunne ein ikkje få BPA før ein fylde 18 år, men no kan ein det på grunn av endringar i lova.

– Avlastning er ein dårlegare ordning. Det er dårlegare betalt og utan moglegheit til å tilsette sjølv.

Eige ansvar

Ved BPA er det brukaren sjølv som har ansvaret for alt av tilsetting og opplæring. Mari kjem

frå Oslo, men studerar ved Høgskulen i Lillehammer. Ettersom ho oppheld seg begge stader har ho i dag fem tilsette i Oslo og åtte i Lillehammer.

– Eg ordnar alt frå annonse til intervju og opplæring sjølv. Dei treng ikkje ha noko spesiell utdanning, det viktigaste er at det er god kjemi. Fleire av dei eg har no er studantar, og dei studerer alt frå musikk til juss.

«Forestillinger om frihet»

Gjennom studiet i Lillehammer har Mari saman med produsent Stina Haugen laga dokumentarfilmen «Forestillinger om frihet». Den tek for seg kor ulik praksis det er mellom kommunane når det gjeld BPA.

– Det er for eksempel store skilnader mellom Lillehammer kor eg bur og Ringsaker som eg besøker i filmen, på tross av at dei

ligg så nære kvarandre.

I filmen møter me Shamini og Tonje som begge er avhengige av BPA. Me får eit sterkt møte med Tonje som mottok brev om redusering av BPA frå sin heimkommune, Ringsaker. Dei meiner at Tonje ikkje har behov for så mykje hjelp ettersom ho har sambuar. Dersom dei kuttar i hjelpa vil Tonje miste store delar av fritida si, og ho frykter at ho ikkje vil klare å beherske morsrolla.

I Trondheim kommune er det eit anna problem, dei dekkjer ikkje overnattingar for assistentar utanfor kommunen. Det gjer at Shamini ikkje får reise på ferie som andre.

Det er viktig å sjå menneska bak

Det er altså store skilnadar mellom kommunane. For Mari som får stønad frå Lillehammer, er det ingen problem å reise ut av kommunen. Det er kvar kommune sjølv som bestem korleis tilbod søkarane skal få.

– Saksbehandlarar som får inn søknader ser gjerne berre sum og kostnad. Dei ser ikkje menneska det angår. Det er viktig å sjå menneska bak. Mange som

er mindre funksjonshemma blir meir funksjonshemma fordi dei får mindre hjelp, seier Mari.

Ikkje ein sjukdom

Mari er svært nøgd med ordninga ho har hatt i Lillehammer kommune, men ho ynskjer likevel å leggje BPA under likestillings- og diskrimineringsdepartementet. I dag ligg det under helse- og omsorgsdepartementet.

– Slik situasjonen er i dag får mange for lite BPA på grunn av tanken om at dei er sjuke. Og sånn er det ikkje, seier ho engasjert.

Ho legg til at dersom ho hadde vore sjuk, hadde ho ikkje jobba. Då hadde ho gått til legen. Ho håpar at ei overføring mellom departementa vil kunne gje ei endring når det gjeld menneskesyn.

– BPA blir sett på som eit alternativ til heimesjukepleien. Det handlar ikkje berre om å klare seg heime i kvardagen, det handlar om å få gjere dei tinga som er livet. For dei som er avhengige av BPA betyr hjelpa at dei kan ha fridom til å gjere det dei vil.

Fridom til å gjøre det ein har lyst til

Ikke en sykdom

Forestillinger om frihet

Mari Storstein har laget en film «Forestillinger om frihet», som viser at graden av frihet du oppnår med borgerstyrt personlig assistanse (BPA) kan variere stort, og at dette kan knyttes til hvilken kommune du bor i. Mari Storstein har selv benyttet BPA i mange år og er svært fornøyd med den løsningen hun har hatt mens hun nå har bodd i Lillehammer kommune.

Hun ønsker likevel en endring ved at BPA legges inn under likestillings- og diskrimineringsdepartementet, ikke som i dag hvor ordningen er lagt inn under helse- og omsorgsdepartementet.

– Slik situasjonen er i dag får mange for lite BPA på grunn av tanken om at dei er sjuke. Og sånn er det ikkje, seier ho engasjert.



Borgerstyrt personlig assistanse (BPA) er blitt en rettighet, og et samlet storting stilte seg i 2014 bak beskrivelsen av BPA som et frihetsverktøy.

Av: Helge Olav H. Ramstad

For at BPA også skal fungere som en rettighet og et frihetsverktøy, trengs det en veiledning i hvordan BPA skal praktiseres. En slik veiledning vil vi få i et rundskriv, som vil gjøre det enklere for kommunene å gi funksjonshemmede like rettigheter.

Funksjonshemmedes organisasjoner er blitt enige om 16 punkter som må være med i et slikt rundskriv:

Ingen funksjonshemmede skal oppleve at det er vanskeligere enn før å få BPA.

1. BPA er fremdeles ment for funksjonshemmede som har behov for praktisk assistanse for å delta aktivt i samfunnet. Det er ikke noe krav at en skal være arbeidsledere selv.

2. Formålet med BPA er uforandret: Å bidra til at funksjonshemmede får et aktivt og mest mulig uavhengig liv.

3. Meningen med BPA og meningen med å gjøre det til en rettighet, må komme tydelig frem.

4. «Hvem, hva, hvor og når» er opp til funksjonshemmede selv å bestemme når vi har BPA: hvem som skal assistere oss, hva de skal assistere oss med, hvor og når vi skal assisteres.

5. Arbeidslederansvaret må beskrives tydelig. Arbeidslederen skal være daglig leder i en BPA-ordning og har ansvar blant annet for arbeidsplaner og rekruttering av assistenter og vikarer.

6. Arbeidsgiveransvaret må også beskrives tydelig. Det innebærer ansettelse, lønnsutbetaling, kontroll med HMS-rutiner og at arbeidsmiljøloven og gjeldende tariff følger.

7. BPA er ingen helsetjeneste. Kunne du gjort oppgaven selv hvis du ikke var funksjonshemmet, kan også assistenten gjøre oppgaven for deg.

8. Du skal kunne samle flere typer tjenester i BPA-ordningen og dermed få færre personer å forholde deg til i daglige gjøremål.

9. Du skal kunne ha BPA uavhengig av hvordan du bor. Hvis du bor i bofellesskap, kan du fremdeles ha BPA.

10. Livet leves ikke bare i hjemmet. Et aktivt liv innebærer gjerne å jobbe eller gå på skole. BPA kan være nyttig også i møte med andre tjenestetilbud – som skolefritidsordningen.

11. Den som skal lede assistansen, må få god opplæring i å være arbeidsleder. Kommunen må gi den enkelte tid og penger til å læres opp.

12. Arbeidslederen må få dekket kostnadene som følger med det å ha en assistanseordning: HMS-tiltak, annonsering, assistenters utgifter på jobbreiser etc.

13. Kommunene skal betale for BPA-tjenesten og for opplæringen av både assistenter og arbeidsledere, uavhengig av hvem som har arbeidsgiveransvaret.

14. Arbeidslederen skal lære opp sine assistenter, men kommunen har ansvar for å legge til rette for denne opplæringen.

15. I utgangspunktet bør ikke våre nærmeste jobbe som våre assistenter, men kunne utgjøre et nødvendig sikkerhetsnett som vikarer.

Sju organisasjoner stiller seg bak denne lista:

- Uloba
- Norges Handikapforbund
- Unge funksjonshemmede
- Handikappede Barns Foreldreforening
- Norsk Forbund for Utviklingshemmede
- Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon
- Ryggmargsbrokk- og Hydrocephalusforeningen

Vi mener at kommunene bør rette seg etter denne forklaringen når de organiserer BPA-tilbudet til funksjonshemmede innbyggere. Det vil si at rundskrivet som Helse- og omsorgsdepartementet lager, må inneholde våre punkter.

Hva er hjerneslag?

Hjerneslag (apopleksi) er plutselig innsettende tap av kroppsfunksjoner på grunn av forstyrrelser i hjernens blodsirkulasjon. Hjerneblødning er årsak i 10-15 % av tilfellene, mens blodpropp i blodårer i hjernen (trombose) er årsaken i 80-85 % av tilfellene. Går symptomene tilbake i løpet av 24 timer, kaller vi det transitorisk iskemisk atakk, TIA – på norsk brukes betegnelsen «drypp». De fleste TIA varer i under en time.

av hjernens blodkar. Dersom et blodkar går tett, vil de hjernecellene blodkaret normalt forsyner gå til grunne, de mister sin oksygentilførsel – det oppstår et hjerneinfarkt. Ved en hjerneblødning er det de cellene som ligger nærmest blødningsspunktet, som dør på grunn av trykket fra blødningen. Hjerneceller som dør, erstattes bare i liten grad av nye celler. Det er også begrenset i hvilken grad andre celler kan overta oppgavene til de cellene som er døde. Dette er årsaken til at hjernesklader i mange tilfeller fører til varige mén.

De ulike områdene i hjernen ivaretar forskjellige oppgaver, og symptomene som oppstår vil derfor avhenge av hvor i hjernen blodproppen eller blødningen sitter.

med spasmer da jeg holdt et foredrag. MR-bildet viste tre små blodpropper.

Jeg fikk ingen videre vurdering av alvorlighetsgrad, men ble henvist til min fastlege som skulle bestemme når jeg kunne begynne å arbeide igjen. «Du blir akkurat som før,» var beskjeden jeg reiste hjem med fra sykehuset.

Konsekvensene av et lite slag kan være store

Da jeg etter en stund selv undersøkte hva legene mente med et lite slag kontra et stort, ble jeg ganske overrasket. Jeg var jo langt fra godt fungerende. Etter et lite slag kommer man seg raskt tilbake til en fungerende hverdag. Man kan kle på seg, stelle seg, bevege seg fritt rundt i huset, lage mat, snakke

meg. Det vil si at jeg opplevde at det var en nyhet for meg – den gang tre år etter slaget – fagfolk har visst dette en stund.

Kobling mellom lillehjernen og frontlappen

Jeg har tre små blodpropper, to i lillehjernen og en i hjerne-stammen. Det jeg har visst er at dette påvirker balanse og koordinering. Men legen kunne nå fortelle at det er konstatert en kobling mellom lillehjernen og frontlappen (pannelappen), på tilsvarende måte som mange andre deler av hjernen er koblet sammen.

Selvreguleringen – er den påvirket?

Vår evne til selvregulering er knyttet til pannelappen. En skade kan derfor prege vår evne til selvregulering.



Wikipedia: «Mennesker regulerer seg selv i henhold til idealer, mål, andre personers forventninger og andre standarder. I fravær av regulering vil en person respondere til en bestemt situasjon på en viss måte, enten på grunnlag av læring, vane eller tilbøyelighet. Selvregulering forhindrer at denne responsen forekommer og bytter det ut med en annen respons.»

Legen mente min beslutning om alltid å være ærlig kunne være knyttet til en forandring av min evne til selvregulering. Fremfor å vurdere min respons og avpasse den i forhold til menneskene rundt meg, sier jeg altså rett ut hva jeg mener – uansett. Jeg oppdaget ganske raskt at dette kanskje ikke er så lurt i alle sammenhenger!

Teller til tusen

Denne nye lærdommen har jeg kommunisert til mine nærmeste. Jeg prøver nå å skjerpe meg, buser ikke bare ut med den første og beste, ærlige kommentaren. Prøver å puste dypt og vente litt før jeg sier noe. Og så håper jeg at jeg tross alt har god nok evne til å regulere min adferd i forhold til andre.

Forekomst

Det er årlig er ca. 15.000 tilfeller av hjerneslag i Norge. 11.000 av disse er førstegangsslag, mens 4.000 er slag hos personer som har hatt hjerneslag før. Forekomsten forventes å øke med et økende antall av de eldste eldre, siden det er denne gruppen som oftest rammes av hjerneslag. Det lever anslagsvis ca. 60.000 personer i Norge med gjennomgått hjerneslag, og om lag 2/3 av disse har en funksjonssvikt som følge av slaget. I løpet av livet vil en av seks personer kunne rammes av hjerneslag. I Norge dør 5.500 personer av hjerneslag årlig. Dette utgjør 12 % av alle dødsfall – og hjerneslag er den 3. hyppigste dødsårsak. Hjerneslag er den sykdomsgruppen som krever flest pleiedøgn i den somatiske delen av helsetjenesten. Samlede kostnader for slagsykdommene i Norge anslås til om lag 6 milliarder per år.

Hjerneslag er vanligvis et resultat av en blodpropp (hjerneinfarkt) eller en blødning i et

Flere faktorer gjør deg mer utsatt for å utvikle hjerneslag:

- Høyt blodtrykk
 - Tidligere gjennomgått slag eller drypp
 - Hjertesykdom
 - Diabetes type 1 og type 2
 - Aterosklerose (åreforkalkning)
- Kilde: Norsk Helseinformatikk

Etter legenes beskrivelse hadde jeg kun hatt «et lite slag» og hadde vært svært heldig. Men mine utfordringer har vært mer enn store nok, blant annet ble det umulig å fortsette i jobben min. Høyrehånden har jeg trent opp med gitarspill.

Et lite slag, men mer enn stort nok for meg!

Da jeg fikk hjerneslag i 2009 fikk jeg høre at jeg hadde vært heldig og bare hadde fått «et lite slag». Det hørtes ikke så skremmende ut, selv om det var dramatisk nok å falle om

og gjøre seg forstått. Mens etter et stort slag kan man ha problemer med noen av de nevnte dagligdagse gjøremålene.

Mitt slag var stort nok

Utfordringer knyttet til det som er over snippen, blant annet kognitive funksjoner og økt trettbarhet blir altså ikke vurdert inn i definisjonen av et lite slag. Vær så snill, alle dere i helsevesenet: Slutt å bruke ordet «lite» for det jeg og mange andre har slitt med og fremdeles sliter med. Kall det gjerne «slag» og «stort slag», eller gjerne for min del: «stort slag» og «kjempestort slag».

Har jeg selv valgt å alltid være ærlig, eller kan jeg legge noe av skylden på pannelappen?

Jeg møtte min lege fra Sunnaas sykehus og fortalte at jeg hadde bestemt meg for å være dønn ærlig fremover. Min tanke var at livet er for kort til ikke å vise hva man mener – hver gang. Han godtok min vurdering, men hadde en interessant nyhet til

FOREDRAG OG FORELESNINGER OM Å LEVE MED ET HODE SOM HALTER

Mine erfaringer etter hjerneslaget i 2009 deler jeg med andre gjennom denne nettsiden og ved å holde foredrag og konserter. Mitt fokus ligger på å komme frem, ikke tilbake.

Mitt håp er at andre med tilsvarende, «usynlige» utfordringer, samt pårørende og helsevesenet kan lære noe av min synliggjøring av dette temaet.

JAN SCHWENCKE

Krokfaret 1
1356 Bekkestua
Mobil: 90 03 39 26
Hjemmeside: www.hodethalter.no

1 av 3 vil i løpet av livet få skade eller sykdom i hjernen. (Kilde: Hjergerådet). Hvordan vil du møtes og få behandling og omsorg hvis dette rammer deg? Forskning har vist at demens ikke er en normal del av aldring – det er et resultat av komplekse hjerne-sykdommer som øker i forekomst etter hvert som vi blir eldre. På grunn av at vi lever stadig lengre, utgjør demenssykdommene i dag den raskest voksende sykdomsbelastningen i Norge.

er har en demenssykdom. En demenssykdom omfatter allerede fra starten langt flere enn den som blir syk. Hvis det antas at hver enkelt person med en demenssykdom har minst fire nære familie-medlemmer, er demens en tilstand som angår 350 000 mennesker i Norge. I 2040 vil da 700 000 mennesker være berørt.

25 prosent av de totale helsekostnader i Norge er knyttet til lidelser i hjernen og nervesystemet. Samlede kostnader for den-

Norge har likevel en rekke forutsetninger for å ta en aktiv rolle i å fremskynde slike medisinske fremskritt:

- Vi har innenfor nevrovitenskap noen av de beste forskningsgruppene i verden.
- Norsk demensforskning er relevant og av god kvalitet, og henvises til i internasjonale publikasjoner
- Vi har miljøer innen biologisk psykiatri, nevrologi, ernæring og ulike former for diagnostikk som markerer seg internasjonalt. Norske forskere deltar i dag i flere store europeiske forskningsprogrammer på Alzheimers sykdom. Norske fagmiljøer har ledet utviklingen av helt ny teknologi for påvisning av karakteristiske plakk i hjernen hos Alzheimer-pasienter.

Nansen Neuroscience Network (NNN) er ikke en næringsklynge, men et forsknings og innovasjonsnettverk som vil bidra til å øke anvendelsen av verdensledende forskning innen nevrofeltet. Vi bidrar til å koble dem med næringslivet, og øke evnen til å omskape forskning til ny diagnostikk og behandling. Dette ønsker vi å gjøre fremover i tett samarbeid med Forskningsrådet og våre medlemsvirksomheter.

Kontrasten til et forsknings og innovasjonsnettverk som Nansen, er den tradisjonelle næringsklyngen, der formålet er å bedre konkurransekraften til deltagende bedrifter. Dette er selvsagt også vesentlig for vårt arbeid i Nansen, men vi trenger også å sikre en underskog av fremtidige bedrifter utfra norsk nevroforskning, og det er denne ambisjonen vi nå søker å reali-

sere. For etablerte farmasøytiske selskap vil vårt veivalg gjøre det enklere å komme i kontakt med forskningsgrupper på universitet og i klinikk, og utvikle felles forskningsprosjekt.

For å lykkes arbeider Nansen i dag med å:

1. Koble forskningsgrupper innen nevrofeltet med næringslivet slik at det kan utvikles ny diagnostikk og behandling. Et eksempel er den APECS-studien der tre Nansen-medlemmer har de ledende rollene i å kartlegge pasienter med Alzheimers sykdom og å prøve ut en helt ny type terapi for denne lidelsen.

2. Få mer innovasjon og ny virksomhet ut i fra nevroforskning. Nansen har samarbeidet med Forskningskolen for nevrovitenskap ved NTNU for å stimulere PhD-kandidater til å velge karriereveier i næringslivet og bidra til å utvikle ny diagnostikk og behandling.

3. Koble mindre norske oppstartsselskap innen nevro med de riktige forskningslederne i internasjonale farmasøytiske selskap. Formålet er å stimulere til FoU samarbeid og investeringer.

4. Øke oppmerksomheten om hjernesykdommer blant folk flest og beslutningstakere. I fellesskap kan vi realisere ny diagnostikk og behandling til det beste for pasienter med hjernesykdom.

Bjarte Reve

Når du er 1 av 3 som får en hjernesykdom – Hva da?

Min påstand er at vår helse og omsorgstjeneste ikke er klar for dette i dag. Spesielt omsorgstjenesten i kommunene redde av at det er 100.000 årsverk i hjemmene som pleier sine egne familiemedlemmer, mange av disse har demenssykdommer. (Kilde: SSB)

I dag bor omtrent halvparten av de som har demens hjemme og omtrent like mange på sykehjem eller lignende. I siste fase av sykdommen har alle behov for pleie og omsorg hele døgnet. Undersøkelser viser at omtrent 80% av beboerne på sykehjem

ne type sykdom/ lidelse er 55 milliarder per år. Hvordan kan vi dag utvikle ny diagnostikk og behandling mot hjernesykdommer som rammer 1 av 3 i løpet av livet? Norge investerer om lag åtte milliarder kroner årlig i helseforskning. Gjennom dette har vi fått fram forskningsmiljøer i verdensklasse, og vi har en rekke andre fortrinn som gjør at vi kan hevde oss internasjonalt innenfor livsvitenskap. For å øke avkastningen av investeringene, må apparatet som sørger for at anvendelse og kommersialisering av hjerneforskning styrkes.

Bjarte Reve ny leder av Nansen Neuroscience Network



”Styret i Nansen Neuroscience Network (NNN) har ansatt Bjarte Reve som ny daglig leder i engasjement for 2015. Nansen Neuroscience Network (NNN) er en uavhengig medlemsforening som ble etablert i 2010 med formål å koble forskning og næringsliv, slik at ny diagnostikk og behandling mot Alzheimer, demens, hjerneslag, MS og psykiatriske lidelser utvikles. Om lag en av tre vil i løpet av livet få en hjerne eller ryggmargssykdom. Vi må forstå hjernen bedre for å kunne utvikle bedre diagnostikk og behandling. NNN er et innovasjonsnettverk støttet økonomisk av Innovasjon Norge og gjennom medlemskap fra forskningsmiljø og bedrifter.

Norge har en stolt historie innen nevrovitenskapelig forskning. Fridtjof Nansen la grunnlaget for dette da han i 1886 var med

på å vise at nervesystemet består av enkeltceller som kommuniserer med hverandre. I dag er våre forskningsmiljøer som er aktive innen Nansen Neuroscience Network i verdensklasse. Professorene Edvard og May-Britt Moser mottok i 2014 den første norske Nobelprisen i medisiner. Prisen ble delt ut for deres oppdagelser av hjerneceller som lar oss bestemme hvor vi er, og hvordan vi kan finne veien fra ett sted til et annet.

Bjarte Reve har erfaring med å bygge opp næringsklynger, og han ledet NCE Oslo Cancer Cluster fra 2007 til 2011. Han har vært leder i privat og offentlig helsevesen i en årrekke og vært styremedlem i Innovasjon Norge Oslo, Akershus og Østfold. Han kommer nå fra stillingen som kommunikasjonsdirektør ved Akershus universitetssykehus (AHUS), en stilling han har hatt siden høsten 2011. Bjarte Reve har tidligere hatt lederstillinger i Helse Sør RHF, Apokjeden/Apotek1, Novartis og EY. Han ble i 2009 utnevnt av World Economic Forum som en Young Global Leader og har deltatt aktivt i WEF aktiviteter siden 2009. Bjarte Reve har en Executive MBA grad fra NHH, Master of Management grad fra BI, og Cand.Mag fra UiB. Han er kommunestyre-

representant for Høyre i Bærum kommune.

”Vi skal i samspill mellom forskere og bedrifter nasjonalt og internasjonalt skape Europas ledende miljø innen kommersialisering av nevrovitenskap”, sier Bjarte Reve. ”Norge har satset sterkt på forskningsinvesteringer innen nevrovitenskap og Nobelprisen til Edvard og May-Britt Moser viser at vi har verdensledende forskningsmiljø. Norges utfordring blir å omskape forskning til ny diagnostikk og behandling til beste for tusenvis av Alzheimer og andre demenssykdommer, MS og psykiske lidelser. Nansen Neuroscience Network vil være den uavhengige kobleren mellom forskning, klinikk og bedrifter som gjør det raskere å utvikle livsnødvendig ny diagnostikk og behandling. I 2010 ble det estimert at kostnadene globalt til demenssykdommer alene utgjør 1 prosent av verdens BNP i uformell omsorg fra familiemedlemmer og i direkte kostnader til pleie og behandling”, sier Reve til slutt.

Samhandlingsreformen har lyktes med å redusere antallet liggedager på sykehusene – men til hvilken pris?

Uheldige utskrivninger

Den siste tids mediedekning av uheldige utskrivninger fra sykehus til kommunene forteller om behov for en kritisk gjennomgang av samhandlingsreformen. Som pårørende, og gjennom mitt arbeid som leder av en rehabiliteringsinstitusjon, har jeg fått kjennskap til pasienthistorier som forteller om grov svikt i organisering og tilbud i helse-tilbudet til eldre. Det er tale om forholdsvis parallelle historier som handler om ikke-sømløse overføringer fra sykehus til kommunene og til mangelfulle tilbud ved kommunale sykehjem.

Historiene kan ikke betraktes som enkelthendelser, til det er de for like. De må dessverre vurderes som resultatet av en alvorlig systemsvikt.

Svakhetene

Innføringen av samhandlingsreformen har forsterket manglene som helsevesenet og kommunene hadde fra før. For å unngå å betale døgnpris på 4300 kroner for pasienter sykehuset har definert som utskrivningsklare, forsøker kommuner – uansett om de har egne tilfredsstillende tilbud – å ta imot pasientene sykehuset vil skrive ut. Illustrerende for situasjonen er det at Ap,

som ansvarlig for innføringen av samhandlingsreformen, først nå, vel ute av regjeringskontorene, ser at eldreomsorgen har store svakheter.

Viktige mål med samhandlingsreformen var at man skulle behandle færre i sykehus og redusere antallet liggedager i sykehus dersom innleggelse skjedde. Dette skulle skje ved at flere skulle få sitt helsetilbud i sin hjemkommune.

Taperne

Ifølge statistikk fra Norsk pasientregister er det første målet med samhandlingsreformen nådd: Antallet liggedager i sykehus for pasienter over 70 år ble fra 2011 til 2012 redusert med cirka 60 prosent, slik at det i 2013 var nær 280.000 færre liggedøgn for personer over 70 år. Samtidig økte denne aldersgruppens andel av befolkningen i perioden 2008 til 2013 med

cirka 146.000.

Hvilket kommunalt tilbud var etablert for å «ta unna» de cirka 300.000 sykehusdøgn som ikke lenger ble tilbrakt i sykehus? Mediedekning av uheldige utskrivninger fra sykehus til kommunene forteller at gruppen eldre er taperen i samhandlingsreformen. Det andre målet for reformen: Å gi et fullverdig helsetilbud i hjemkommunen, kan definitivt sies ikke å ha blitt nådd.

Uetisk

Samhandlingsreformen har påført mange pasienter for tidlig utskrivning og forårsaket mange lidelser og mest sannsynlig forkortet mange liv. Mange pasienter har ikke fått tilbud om rehabilitering. Kommunene har fått oppgaver de ikke var forberedt på. Det er flere eksempler på at pasienter skrives ut før de er medisinsk stabile og endog skrevet ut kort tid før de døde.

Kommunenes helse- og sykehjemtilbud er ikke rustet opp tilstrekkelig til å ta imot dårligere pasienter. I for liten grad tas det utgangspunkt i eldres individuelle behov og forutsetninger, noe jeg oppfatter som både lovstridig og uetisk. Om noen har behov for behandling i sykehus, må utskrivning ikke skje uten at behandlingsbehovet er dekket og/eller at det er klart at kommunen har etablert et tilfredsstillende tilbud.

En revisjon av samhandlingsreformen er nødvendig for å oppnå tilfredsstillende kvalitet i helsetilbudet for våre eldre.

Dagens Medisin 05/2015

Arild Furueth er både pårørende og gruppeleder for Høyre i Gamle Oslo. Han leder rehabiliteringsbedriftene i NHO Service og er sekretær/daglig leder for RI Norge

Behov for å revidere samhandlingsreformen

Arild Furueth,
adm. direktør ved
Godthaab Helse og Rehabiliteringssenter



Økonomiske hensyn avgjør hvorvidt pasienter får tilbud om rehabilitering. Vi oppfordrer derfor helseministeren til å avvikle dagens ordning.

til alle som trenger det» - redusert. Riksrevisjonen dokumenterte dette i en rapport i 2013.

Regjeringen Solberg har lovet en opptrappingsplan for rehabilitering, men foreløpig er dette kun løfter som ikke er realisert.

Straffesystem

Flere rehabiliteringsinstitusjoner har registrert en økende tendens til at pasienter med helt åpenbare behov for rehabilitering, har måttet slåss for å oppnå en henvisning til rehabilitering.

Etter en del «gravearbeid» er det klarlagt at minst én helseregion, Helse Sør-Øst (HSØ), som også er den største, har etablert regler som de facto virker som et straffesystem for sykehus som henviser en pasient til rehabilitering: Sykehus som henviser til rehabilitering, får nemlig redusert sin fremtidige inntektsramme med 1900 kroner for hvert døgn pasienten får reha-

bilitering. Denne reduksjonen får sykehusene enten pasienten er henvist fra sykehus eller fra fastlegen.

Rask overføring

Med alt mediefokuset på sykehusenes økonomi er det ikke overraskende at sykehusene forsøker å bedre sin egen økonomi gjennom å unngå reduksjoner i sin fremtidige driftsramme.

En konsekvens er at sykehusene, for å sikre egen økonomi, vil søke å overføre pasientene raskest mulig til kommunene uten å henvise til rehabilitering. Pasienter vil, selv om de skulle ha et behov for rehabilitering, bli overført til kommunene uten å ha fått rehabilitering som kunne ha økt deres evne til å mestre hverdagen.

Ta grep!

Sykehusene får ingen reduksjoner i sine inntektsrammer dersom de skriver pasientene

direkte ut til kommunene, uavhengig av pasientens behov for behandling/rehabilitering etter utskrivning. Hvis kommunene ikke er klare til å ta imot en pasient som sykehuset definerer som utskrivningsklar, oppstår det imidlertid en betalingsplikt for kommunen til helseforetaket på 4250 kroner per døgn.

Effekten av at pasienter ikke får sin tiltrente rehabilitering, er at deres evne til å leve et aktivt og selvstendig liv blir redusert - og kommunene får høyere utgifter til pleie- og omsorg enn nødvendig. Økonomiske hensyn avgjør derfor om pasienter får tilbud om rehabilitering.

Vi oppfordrer helseministeren til å gripe inn for å avvikle denne ordningen.

Økonomi stopper rehabilitering

Til tross for mange politiske løfter om å styrke rehabiliteringstilbudet opp gjennom de siste årene, har utviklingen vært negativ. I den rødgrønne regjeringens periode, fra 2005 til 2013, ble rehabiliteringstilbudet - trass i en formulering i Soria Moria-erklæringen om «Rehabilitering

En intubasjons-detektor som umiddelbart viser om pustetuben er plassert korrekt under hjerte-lunge-redning er utviklet ved Ullevål Sykehus og snart i salg internasjonalt. En ny metode for kontrollert nedkjøling ved hjertestans, som øker sjansen for at hjernen forblir intakt, er også under utvikling.

Seniorforsker og anestesioverlege Lars Wik ved Nasjonal kompetansetjeneste for prehospital akuttmedisin (NAKOS) ble først interessert i forskning på hjertestans da han under medisinstudiene skrev hovedoppgave basert på hjertestansforskning ved ambulansetjenesten i Oslo, hvor han også arbeidet. Forskingen hans har resultert i flere funn med stor betydning.

Verifiserer plassering av pustetube

I andre halvdel av 90-tallet fikk ambulansetjenesten nye defibrillatorer som kunne lagre elektroniske data som deretter kunne analyseres med tanke på kvalitet på HLR. Wik systematiserte og implementerte et system hvor man kunne oversende disse dataene til en server for analyse. Blant annet ble transthoracal impedans (TTI) gjennom brystkassen målt, det vil si en graf som viser vekslingene i motstand et elektrisk signal møter på dens vei gjennom brystkassen.

- Jeg så at TTI kunne brukes til flere formål enn å bare vise når en brystkompresjon ble gitt, og kom på idéen om at dersom man

intuberte i spiserøret ville ventilasjon gjennom denne plasseringen ikke gi en umiddelbar endring i TTI, sier Wik.

Internasjonale lisensavtaler

Etter flere tester og kliniske undersøkelser for å bekrefte dette, kunne man på basis av teknologien verifisere korrekt plassering av pustetuben i luftrøret. Inven2 ble involvert i prosessen med å kommersialisere funnene, patent ble innvilget og en lisensavtale med Zoll Medical i USA ble deretter inngått. Zoll Medical bruker nå denne teknologien i sine produkter. Ved manuell teknikk under HLR er det videre en utfordring å sikre ventilasjon, noe Lars Wik også har sett nærmere på.

- Vi er nå i en prosess med å utvikle en automatisk pustemaskin som kan brukes ved HLR. Maskinen vil være mer nøyaktig enn det man greier å være manuelt og i tillegg vil den frigjøre hender, sier Wik.

Patentsøknaden er sendt inn og Wik og Inven2 er nå i forhandlinger med en internasjonal aktør.

Intakt hjerne

Wik er også involvert i et prosjekt hvor man ønsker å få utviklet et system som på en kontrollert måte kan kjøle ned pasienter som har hatt hjertestans.

- Dette har vist å øke overlevelse med intakt hjerne. Utenfor sykehus kan man bruke ispakker, men disse faller av og blir lite brukt. Jeg har derfor utviklet et bånd som stabiliserer ispakken og dermed øker effekten av dem. Dette produktet kan også brukes ved behov for nedkjøling av forstuinger og lignende, sier Wik.

Prosjektet er finansiert gjennom InnoMed og støttet av Helsedirektoratet og Innovasjon Norge. Neste steg er å finne en industriaktør som kan utvikle og sette løsningen i produksjon i tett samarbeid med bl.a. Paramedic ved Oslo Universitetssykehus. Sidestøtte under hjertekompresjon

Under hjerte-lunge-redning er det viktig å stabilisere både brystkasse og mageregion for å øke blodsirkulasjonen, og det er også vist at sirkulasjonen øker ved å hindre at luft presses ut av luftveiene ved brystkompresjoner. Ingen hadde derimot vist om bilateral støtte av brystkassen bidro positivt til blodsirkulasjon.

- Vi undersøkte dette og fant at man kan bygge inn sidestøtte i stagene til den mekaniske brystkompresjonsmaskinen for å stabilisere sidebevegelsene av

brystkassen under kompresjoner, sier Wik.

Wik og teamet hans viste i en eksperimentell studie at dette signifikant økte blodsirkulasjonen sammenlignet med standard metode.

"Gravide" menn?

På gravide må hjerte-lunge-redning utføres i om lag 30 graders sideleie fordi man må få livmoren vekk fra store blodårer som fører blod tilbake til hjertet. Pasienten vil i tillegg uten sidestøtte skli, slik at kompresjonene blir levert på feil sted.

- Heldigvis er det vanligvis bare to tilfeller med hjertestans hos høygravide per år i Norge, men er det andre pasienter som er «gravide»? spør Wik.

Han har reist spørsmålet om ikke menn med større midjemål skal gjenopplives i sideleie da deres mage også muligens trykker på de store venene og dermed hindrer refylling av hjertet, og planlegger nå også å utføre en studie for å se om denne teorien stemmer.

Innovatøren mai 2015

FLERE INNOVASJONER: Seniorforsker og anestesioverlege Lars Wik ved NAKOS på Ullevål Sykehus har utviklet flere nye metoder og teknologier for å forbedre hjerte-lunge-redning. En er allerede på markedet og flere er på vei.









Nye hjelpemidler til hjerte-lunge-redning


















Vi takker trofaste annonsører for god støtte og ønsker alle en god sommer

Spesialsykehuset for epilepsi G F Henriksensv 23 1337 SANDVIKA Tlf. 67 50 10 00	Bil og Mekaniske Vigra Kyrkjevegen 429 6040 VIGRA Tlf. 70 18 36 35	 Buskerud 3617 KONGSBERG	Karosserifabrikken A/S Nesttunv 116 5221 BERGEN Tlf. 55 13 03 10	Henriksen Sjøførskole AS Flyplassvegen 4 9152 SØRKJOSEN Tlf. 77 76 70 05	 Trapperingen Åsveien 6, 3475 SÆTRE Tlf. 32 79 27 70	Hellik Teigen A/S Loesmov 1 3300 HOKKSUND Tlf. 32 25 27 00	 Brog. 17 1608 FREDRIKSTAD Tlf. 69 31 68 84
 Ringerike Septikservice Follummoveien 88 3516 HØNEFOSS Tlf. 32 17 13 90	 MAKSI Flyplassvegen 178 4055 SOLA Tlf. 51 22 21 29	 Vestlandstak as 6020 ÅLESUND Tlf. 70 11 29 10	Spar Bremanger O. Håvardstun AS 6727 BREMANGER Tlf. 57 79 13 08	Skaret Varetaxi AS 7740 STEINSDALEN Tlf. 909 20 873	Autolakk A/S Årvoldskogen 41 1529 MOSS Tlf. 69 26 28 50	Bil og Fritid AS Knivsvø. 16 1788 BERG LØSTFOLD Tlf. 69 19 54 54	 Bilia Personbil as Kongsvinger 2209 KONGSVINGER Tlf. 62 88 28 40
 www.osbuss.no	Bodø Transportservice AS Olav V gate 102 8004 BODØ Tlf. 75 52 44 44	Team Verksted Øst AS Stanseveien 40 0976 OSLO Tlf. 480 24 400	 NORSK MARITIMT MUSEUM Bygdøynevs. 37 0286 OSLO Tlf. 24 11 41 50	Spar Nesna Skolevegen 35 8700 NESNA Tlf. 75 05 61 81	Trekanten Trafikkskole Abel Meyers gate 21 7800 NAMSOS Tlf. 74 27 11 60	Hustvedt & Skeie Transport AS 5585 SANDEID Tlf. 52 76 49 00	Hitra videregående skole 7240 HITRA Tlf. 72 44 20 30
Entreprenørselskapet Johs Granås AS Teiealleen 7 2030 NANNESTAD Tlf. 63 99 99 10	Hafsil AS Navestadveien 20 1722 SARPSBORG Tlf. 69 14 55 75	Malermestrene BMV AS Gammelseterlia 7 6422 MOLDE Tlf. 71 20 13 50	Husby Bilverksted A/S Mekonomen 6630 TINGVOLL Tlf. 71 53 12 43	Kim Johannesen AS Nordgaardsmoen 2 2625 FÅBERG Tlf. 477 55 600	 APOTEK 1 Vår kunnskap - din trygghet Skårersletta 55 1473 LØRENSKOG Tlf. 21 61 10 00	Gjøvik Elektro & Automasjon AS 2802 GJØVIK Tlf. 61 13 80 80	 Hurum Kraft as www.hurumkraft.no tlf.: 32 79 20 00
Morten Juliussen Krantransport AS Brekkerødv 1 1782 HALDEN Tlf. 922 16 554	 BF BYGGFORM Eternitveien 8 3470 SLEMMESTAD Tlf. 31 28 92 70	 DYNATEC Rakkestadv 1 1814 ASKIM Tlf. 69 83 80 10	Dyrego' AS Hovedv 8 9151 STORSLETT Tlf. 77 76 76 97	 joker Vallset Skallervegen 2 2330 VALLSET Tlf. 62 58 72 01	Bjørn Myhren's Verksted AS 7250 MELANDSJØ Tlf. 72 44 55 34	Apotek 1 Hjorten Fredrikstad Stortorvet 1 1607 FREDRIKSTAD Tlf. 69 36 85 85	Transportoppdrag Bergen AS Leirvikåsen 39 B 5179 GODVIK Tlf. 55 15 41 40
 AOV Solheimsgata 1 2000 LILLESTRØM Tlf. 415 42 320 www.aov.as	 Engan SNEKKERT AS Skaholtveien 10 3484 HOLMSBU Tlf. 32 79 31 35	Skjeberg Auto AS Høysandv. 12 1747 SKJEBERG Tlf. 69 16 83 91	 NTM Olav Ingstadsv 12 1351 RUD Tlf. 67 17 19 30	Løten Mølle a.s Møllevegen 1 2340 LØTEN Tlf. 62 50 89 89	Myrvollen Transport AS Nordre Sønset 20 3158 ANDEBU Tlf. 95 19 94 70	Brungot's Minimaskiner Åsegardsveien 4 6018 ÅLESUND Tlf. 905 37 217	 KARLSRUD Thonsveien 68 1816 SKIPTVET Tlf. 69 80 91 30
Orkdal Trafikkskole AS Franslykkja 7 7300 ORKANGER Tlf. 72 48 13 07 - 73 20 33 15	H. Lunde Autoverksted Hofvegen 236 2266 ARNEBERG Tlf. 62 95 32 83	Team Trafikkskolene Bo & Anga DA Glommeng 41 2211 KONGSVINGER Tlf. 62 83 62 33	 Specsavers Sverres gate 19 7800 NAMSOS Tlf. 74 27 28 30	Mobile Bergen AS Liaveien 12 5132 NYBORG Tlf. 55 19 90 00	Møller Bil Hamar Gjerluevegen 1 A 2320 FURNES Tlf. 24 03 44 00	 LOFOTEN SPAREBANK Hovedveien 22 8360 BØSTAD Tlf. 76 05 58 90	Markhus Transport AS Teigland 24 5596 MARKHUS Tlf. 971 69 864
 FRYDENBØ BILSENTER Barstølv. 3 4696 KRISTIANSANDS Tlf. 38 04 90 00	 FOLLO TAXI Sanderv. 2, 1400 SKI Tlf. 06 485	 ORTOPEDI AS Ingeniør Rybergsgate 114 3027 DRAMMEN Tlf. 32 80 93 93	Revisorteam Midt-Telemark AS Gamlegata 56 3810 GVARV Tlf. 35 95 67 00	 REGNSKAPSTEAM Gamlev 6, 3550 GOL Tlf. 32 02 99 61	 Klæbu Sparebank 7541 KLÆBU Tlf. 04 358	 SOLHEIM TRAFIKKSKOLE AS Møllers gate 1 A 3210 SANDEFJORD Tlf. 33 46 80 06	 TRYGG & sikker 2001 LILLESTRØM Tlf. 22 11 01 10
 OLAV ALVHEIM MÅSKINSTASJON A/S Øyaveien 25 6524 FREI Tlf. 71 52 86 53	Rørros Aut. Trafikkskole Osloveien 14 7374 RØROS Tlf. 72 41 12 64	 Helgeland Plast Båsmosjen 4 8616 MO I RANA Tlf. 75 13 95 00	Fyksen Servicecenter AS Nygata 6-8 2380 BRUMUNDDAL Tlf. 62 34 20 16	 SISO Energi AS 8226 STRAUMEN Tlf. 75 69 81 00	 KVERNHSVIK SKIPSVERFT AS 7250 MELANDSJØ Tlf. 72 44 49 80	 Njærheim Rør AS Furenesveien 394 4308 SANDNES Tlf. 922 00 477	Moss Transportforum AS Våler. 157, 1599 MOSS Tlf. 69 24 11 30
 Uågen Holbergsgate 15 4306 SANDNES Tlf. 51 66 00 27	Tamt og Vilt AS 3560 HEMSEDAL Tlf. 415 74 015	 Scania Norsk Scania AS avd. Kløfta Prestmoen, 2041 KLØFTA Tlf. 22 06 45 00	Heiene Transport Myrvegen 22 6421 MOLDE Tlf. 958 86 758	 THOMAS WESTGÅRD AS 7930 05 181 - 35 53 46 02	Byggteknikk Valdres AS Gamlev. 3 2900 FAGERNES Tlf. 61 34 76 64	Norvest Trafikkskole Spjelkavikvegen 9 6011 ÅLESUND Tlf. 930 64 064	 KVERNELAND BIL avd Steinkjer Bomvegen 7 7725 STEINKJER Tlf. 74 17 06 00
Nettbuss Hallingdal Billag AS Vestliven 3, 3570 ÅL Tlf. 32 08 60 60 www.nettbuss.no	Gulvlegger Øyvind Nystein Nysteinveien 197 3960 STATHELLE Tlf. 416 03 880	Skagen Trafikkskole AS Kannikgata 22 4008 STAVANGER Tlf. 51 56 73 10 - 51 22 34 88	Møller Bil Bil Kokstad AS Kokstadveien 29 b 5257 KOKSTAD Tlf. 24 03 14 50 www.mollerbil.no	Romerike Klimatekservice AS Skomakerbakken 14 2074 EIDSVOLL VERK Tlf. 954 20 995	Enviro Bil Nesbru AS Nesbruveien 84 1394 NESBRU Tlf. 916 45 157	 BERGMAN Jogstadv 21 2007 KJELLER Tlf. 63 83 57 50 www.bergmandiagno	Torsbudalen Bilelektro AS Molandsv. 60 4846 ARENDAL Tlf. 37 09 88 90
Korsbakken Auto AS Korsbakken Ø 2334 ROMEDAL Tlf. 62 58 34 52	Gaustad Transport AS Majorstuv. 17 0367 OSLO Tlf. 909 05 000	Bilsenteret Bjugn AS Botngård 7160 BJUGN Tlf. 72 52 05 30	Sund Bilservice AS Kausland 5381 GLESVÆR Tlf. 56 98 80 80	 KWI mini pris Dal 2072 DAL Tlf. 63 95 15 28	 Finnmark Ressurselskap www.finnress.no Telefon 480 96600	 Falck Falck Bilberging Bergli Mekaniske AS Bakketun, 8146 REIPÅ Tlf. 75 75 18 76	Stjørdal Taxi A/S Pottemakergata 4 7502 STJØRDAL Tlf. 74 83 75 00
 avd. Aust-Agder 4848 ARENDAL Tlf. 37 02 00 02	 MELHUS TRAFIKKSKOLE 7084 MELHUS Tlf. 72 87 03 89	 Falck Bjugn Skavdal, 7160 BJUGN Tlf. 911 60 911	 UniProtect 5643 STRANDVIK Tlf. 56 58 16 49	Bay Auto AS Barstølv 6 4636 KRISTIANSANDS Tlf. 38 10 76 00 www.bayauto.no	Gjøvik Vulk Dekksenter AS Mattisrudsvingen 9 2827 HUNNDALEN Tlf. 61 17 19 16	 nettbuss Midt-Norge AS Furene, 6100 VOLDA Tlf. 815 22 900	Frodes Karosseri og Lakk AS Kometvegen 5 6419 MOLDE Tlf. 71 21 83 33
 Follo Myrfalet 1, 1406 SKI Tlf. 64 97 78 00 www.bilia.no	 MOTOR-TRADE AS Din Mercedes-Benz spesialist Østre Rosten 8 7075 TILLER Tlf. 73 82 01 00	Norsk Sykepleierforbund Buskerud Nedre Storg. 35 3015 DRAMMEN Tlf. 02 409 / 32 89 66 50	Spesialsykehuset for epilepsi G F Henriksensv 23 1337 SANDVIKA Tlf. 67 50 10 00	 KISIF T: 64 97 23 00 M: post@kisif.no W: http://kisif.no A: Langbakken 9, 1430 ÅS	 05060 DRAMMEN TAXI		

 Jølster Bil AS www.jolsterbil.no · Tlf. 57 72 68 90	 Orkdal Bil AS  Bårdshaug Vest, 7300 ORKANGER - Tlf. 72 47 11 00	 AKERSHUS fylkeskommune Schweigaards gate 4, 0107 OSLO Tlf. 22 05 50 00 - www.akershus.no	Per Knudsen Arkitektkontor AS Brattørgata 5 7010 TRONDHEIM Tlf. 73 52 91 30
 Frydenlund VVS AS Sør-Skurdalen 1, 3580 GEILO Tlf. 32 09 47 58	Steen Bertel O. Møre og Romsdal avd. Molde Gammelseterlia 4, 6422 MOLDE Tlf. 71 24 93 00	Hedmark Transportarbeiderforening Folkets Hus, 2326 HAMAR Tlf. 62 54 09 79	Nettec AS Kolbotn 14, 1410 KOLBOTN Tlf. 66 81 06 40

 NOF ORTOPEDISK KLINIKK <i>Lege, spes. Ortopedi</i> <i>Spesialtilsydde/tilpassede sko</i> <i>Alle typer hjelpemidler</i> <i>Innleggssåler</i> <i>Støttebandasjer</i> <i>Ben- og fotproteser</i> Timebestilling 69 30 00 10 www.nof-as.no	 ALLTID FASTPRIS MED MOBILAPPEN TIL NORGESTAXI Send NORGESTAXI til 59440240 eller gå inn på taxiappen.no For iPhone og Android!	 avdeling Kongsberg og Omegn 3613 KONGSBERG Tlf. 950 29 203	 ATL Autoriserte TRAFIKKSOLLERS Landsforbund Ryensvingen 15 0680 OSLO Tlf. 22 62 60 80 www.atl.no	 Møre og Romsdal fylkeskommune Samferdselsavd. Fylkeshuset 6404 MOLDE Tlf. 71 25 80 00
	 TOYOTA Toyota Norge AS 3002 DRAMMEN - Tlf. 32 20 50 00 www.toyota.no	 EIKER VEKST Mennesker og løsninger Ryghgata 6, 3050 MJØNDALEN Tlf. 32 23 68 80 - E-post: post@eikervekst.no www.eikervekst.no	 bravida VI GIR BYGNINGER LIV avd Moss avd rør 1522 MOSS Tlf. 69 26 26 00 www.bravida.no	

Raskere tilbake

 Fet kommune fet.kommune.no	 Brønnøy kommune bronnoy.kommune.no	 Hamar kommune hamar.kommune.no	 Steinkjer kommune steinkjer.kommune.no	 Sandnes kommune sandnes.kommune.no	 Grimstad kommune grimstad.kommune.no	 Løten kommune loten.kommune.no	 BÆRUM KOMMUNE baerum.kommune.no
 BØ KOMMUNE bo.kommune.no	 Giske kommune giske.kommune.no	 Herøy kommune heroy.kommune.no	 Sortland kommune sortland.kommune.no	 Steigen kommune steigen.kommune.no	 Åmli kommune amli.kommune.no		
 Aure kommune aure.kommune.no	 Gjesdal kommune Teknisk Etat gjesdal.kommune.no	 Skjåk kommune skjaak.kommune.no	 Bodø kommune bodo.kommune.no	 Levanger kommune Psykisk helse og oppfølgingsteneste levanger.kommune.no	 GRAN KOMMUNE gran.kommune.no		
 Ski kommune Kommunalteknikk ski.kommune.no	 Nore og Uvdal kommune sentraladministrasjonen nore-og-uvdal.kommune.no	 Eidfjord kommune Unik frå fjell til fjord eidfjord.kommune.no	 Nord-Aurdal kommune nord-aurdal.kommune.no				

Plages du med droppfot ? ... da kan **WalkAide**® hjelpe deg

WalkAide® er en høyteknologisk elektrostimulator som hjelper mange droppfotpasienter til å løfte foten under gange. WalkAide® er meget avansert og må ikke forveksles med andre elektrostimulatorer som er tilgjengelige for denne pasientgruppen.

Ny teknologi, basert på en programmerbar tiltsensor, gjør WalkAide® lett og betjene for deg som bruker.

Enkel elektrodeplassing

Ingen hælensor i skoen - med WalkAide® kan du gå barbert !

Egnet også for barn



CYPROMED AS
 CYBERNETIC PROSTHESES AND MEDICAL EQUIPMENT



WalkAide® er godkjent som et ortopedisk hjelpemiddel gjennom NAV. Be om brosjyre og nærmere opplysninger om dette produktet

FFO, SAFO, Pensjonistforbundet og Landslaget for offentlige pensjonister nektet å signere protokollen ved årets trygdeoppgjør. Organisasjonene gjør det i protest mot at alderspensjonistene taper kjøpekraft.

- Vi kan ikke signere en protokoll som har i seg negativ utvik-

ling av pensjon i forhold til prisvekst, sier forbundsleder Borge Rørvik i Pensjonistforbundet, forbundsleder Knut Magne Ellingsen i FFO og Astrid Strøm på vegne av SAFO.

Trygdeoppgjøret for 2015 vil gi en realinntektsnedgang for alderspensjonistene. Organisasjonene hadde i trygdedrøftelsene krevd at kjøpekraftsnedgangen i 2015 skulle kompenseres.

Arbeids- og sosialminister Robert Eriksson varslet at han vil ta initiativ til en utredning om reguleringsprinsippet for løpende pensjon som innført med pensjonsreformen i 2011, fra 2016, og som er årsaken til at pensjonistene kommer så dårlig ut.

Det var ikke godt nok for Pensjonistforbundet, FFO og SAFO.

Det er første gang at det har skjedd siden pensjonsreformen ble innført. Pensjonistforbundet varslet allerede i januar statsråd Eriksson om at trygdeoppgjøret kunne ende i tap for pensjonistene.

Trygdeoppgjøret for 2015 vil gi en realinntektsnedgang for alderspensjonistene. Organisasjonene hadde i trygdedrøftelsene krevd at kjøpekraftsnedgangen i 2015 skulle kompenseres.

Arbeids- og sosialminister Robert Eriksson varslet at han vil ta initiativ til en utredning om reguleringsprinsippet for løpende pensjon som innført med pensjonsreformen i 2011, fra 2016, og som er årsaken til at pensjonistene kommer så dårlig ut. Det var ikke godt nok for Pensjonistforbundet, FFO og SAFO.

- Vi er ikke fornøyd med at alderspensjonistene får nedgang i kjøpekraft, når lønsmottakere får en realinntektsvekst på 0,6 prosentpoeng. Et løfte om å se på reguleringen av pensjon til neste år var ikke forpliktende nok, understreker Rørvik, Ellingsen og Strøm.

Organisasjonene håper Stortinget vil sikre pensjonistenes kjøpekraft. SV varsler at de vil legge inn penger i revidert budsjett for å kompensere for at landets alderspensjonister ikke får negativ kjøpekraft i årets trygdeoppgjør.

Pensjonistforbundet har 210.000 medlemmer, FFO har 77 medlemsorganisasjoner, som til sammen har mer enn 335.000 medlemmer og SAFO som består av organisasjonene Norges Handikapforbund, Norsk forbund for utviklingshemmede og Foreningen Norges døvblinde, med nærmere 25.000 medlemmer.

Pensjonistforbundet representerer egne medlemmer samt SAKO-organisasjonene Postens Pensjonistforbund, Fagforbundet, Telepensjonistenes Landsforening, Jernbanepensjonistenes Forbund, Politiets Pensjonistforbund, Statens Vegvesens Pensjonistforbund og LO-Stats pensjonistutvalg.

Et oppgjør med negativ vekst må ikke tåles



Forbundsleder
Knut Magne Ellingsen i FFO

Frykter rasering av hjelpemiddeltilbudet

Regjeringen foreslår å overføre ansvaret for hjelpemidler i dagliglivet til kommunene. - Vi frykter at funksjonshemmedes mulighet til likestilling og deltakelse i samfunnet svekkes, sier Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO).



Regjeringen ønsker å overføre ansvaret for hjelpemidler i dagliglivet, av regjeringen kalt bashedhjelpemidler, til større kommuner. - Dette er alvorlig, og vi frykter at dette kan fragmentere og rasere hele hjelpemiddelområdet for funksjonshemmede fullstendig. Dette handler ikke om lager og logistikk – det handler om å få de riktige hjelpemidlene til riktig tid, og som er spesialtilpasset den enkelte. Den kompetansen finnes ikke i kommunene, sier administrasjonssjef Andreas Habberstad i FFO.

Hjelpemidler i dagliglivet kan være svært avanserte hjelpemidler, som krever stor grad av kunnskap og kompetanse for å levere – alt fra elektriske rullestoler til dusjkrakker. - Dette er kunnskap som hjelpemiddelsen-tralene i NAV har bygd opp over lang tid, og som fungerer godt. Det vil være et feilskjær og et tilbakeskritt å splitte opp og overføre dette ansvaret til kommunene, sier Habberstad.

FFO mener at dagens hjelpemiddelsystem er godt nettopp fordi den er forankret i folketrygdloven, med et nasjonalt formidlingssystem. - Det bidrar til likebehandling, et sterkt rettsvern

og forutsigbarhet. Kommunens økonomi er ikke avgjørende for om funksjonshemmede får de nødvendige hjelpemidlene de er avhengig av for å kunne delta i både dagligliv og arbeidsliv, sier Habberstad. - Vi mener at kommunereformen heller må fokusere på å gjøre kommunene i stand til å utføre de lovpålagte oppgavene de allerede har på dette området.

FFO har sammen med Norges Handikapforbund utformet et notat om kravene funksjonshemmedes organisasjoner har til organiseringen av hjelpemiddelordningen.

Administrasjonssjef
Andreas Habberstad i FFO.