

40 år som ergoterapeut

Den 27. marts 2021 er det 40 år siden jeg fik mit eksamensbevis og min autorisation som ergoterapeut. Det var fantastisk at nå i mål, med et stærkt ønske om at blive ergoterapeut. Vejen dertil var målrettet fra jeg var ca. 12-13 år gammel. Min farmor havde parkinson, og var i de år af hendes liv stærkt præget af det, især efter min farfar døde da jeg var 12. På et tidspunkt blev min farmor indlagt til optræning på Tranehaven i Charlottenlund, og der fik jeg kendskab til hjælpemidler og optræning. Min farmor lavede stoftryk som en del af hendes optræning, og vi fik fine tørklæder i gaver, og hun fik forskellige mindre hjælpemidler med hjem efter udskrivelse. Mens hun var indlagt, fik jeg lov til at kigge ind i ergoterapien en lørdag formiddag, dengang arbejdede man om lørdagen, og her viste en venlig ergoterapeut mig mulighederne med ergoterapi.

I løbet af min folkeskoletid, fik vi mulighed for at komme i erhvervspraktik, og der søgte jeg om at få lov til at komme i praktik som ergoterapeut. Det blev på Peder Lykke Centrets ergoterapi på Amager, og det var en fantastisk uge. Egentlig skulle jeg kun være der på skoledagene, men jeg fik lov til at komme om lørdagen også. Herefter var målet helt klart – jeg skulle være ergoterapeut. Dengang var det tilstrækkelig med realeksamen som adgang. Og jeg havde ikke den store lyst til at gå på gymnasiet, men valgte at jeg efter realeksamen, at jeg ville arbejde et år i vuggestue. Det blev nogle fine måneder, og jeg tænker stadig på de børn jeg havde med at gøre dengang, som nu er meget voksne.

Efter 9 måneder i vuggestuen, tænkte jeg, at jeg skulle finde på noget andet, og jeg kunne godt se at der var nogle år til at jeg kunne komme ind på uddannelsen. Man skulle være 21 år for at komme ind. Så jeg bed i det sure æble, meldte mig til et studenterkursus og tog studentereksamen på 2 år. Efter de 2 år havde jeg endnu et par år til at jeg kunne søge ind på uddannelsen, så jeg fik job på kontor. Et af adgangskravene dengang til at komme ind på ergoterapeutuddannelsen var, at man kunne skrive blindskrift på maskine, og at man havde et førstehjælpskursus. Begge dele fik jeg klaret og det at jeg kunne skrive på maskine blev årsagen til at jeg fik job på kontor. Da jeg nåede alderskravet, søgte jeg om at komme ind på uddannelsen, og dengang skulle man sende ansøgning direkte til skolen. Jeg afleverede den personligt og fik en kort snak med en underviser.

I første omgang fik jeg afslag. Der var mange ansøgere, men 1 måned før skolestart, fik jeg en plads pga. afbud.

Jeg havde i ventetiden også søgt ind som sygeplejeske og tandplejer, uden at hjertet var med i den beslutning, jeg var hele tiden sikker på jeg skulle være ergoterapeut.

Både mens jeg gik på studenterkursus og mens jeg læste til ergoterapeut, arbejdede jeg på plejehjem som uddannet sygehjælper. I første omgang for at få point til at komme ind på uddannelsen, men siden for at have en supplerende økonomi.

Uddannelsen til ergoterapeut var 3-årig. Og jeg husker den som en spændende tid, med mange nye input og meget læring. Uddannelsen var en blanding af en masse teoretiske fag så som anatomi, sygdomslære, fysiologi, psykologi, psykiatri m.m., samt mange kreative fag – træsløjd, keramik, tekstilsløjd som bestod af blandt andet knytning, læder, stoftryk og syning m.m., alt sammen det som ergoterapi bestod af dengang. De kreative fag, har givet mig en bred viden om materialer og muligheder for at ændre og målrette et emne til en handicappet, og det har givet en stor indsigt i aktivitetsanalyse. Hvilke bevægelser er nødvendige for at udføre en aktivitet, hvilke muskler indgår, hvilke nerver, hvilke led. Og med aktivitetsanalysen kan man vurdere hvilke

ændringer i bevægelser som kan være nødvendige, hvilke evt. hjælpemidler som er nødvendige, samt ved en dybere granskning at kunne vurdere om det er noget som kan og bør trænes.

De 3 år på uddannelsen gik lynhurtigt, der var ind imellem praktik i forskellige områder af faget. Jeg oplevede Ortopædisk hospital i København, jeg var i ergonomi praktik på avisen Information og havde mange korte praktikker forskellige steder, og en lang somatisk praktik på Roskilde Sygehus. Vi skulle også have været i en lang praktikperiode på et psykiatrisk sted, men underviserne strejkede, så vi måtte klare den praktik på anden vis, og det gav en mulighed for at vi som studiegruppe fik arrangeret en studierejse til Oslo for at se psykiatriske ergoterapier der.

Min lange praktik på Roskilde Sygehus husker jeg som en rigtig spændende periode. Der var en dygtig klinisk underviser og jeg lærte rigtig meget. Det var også en sproglig øjenåbner. Jeg kom fra København, og var vant til at sige DE til ældre mennesker. Og da jeg første gang skulle have en patient til ADL træning – en ældre dame, og tiltalte hende med DE, blev jeg prompte irettesat – at nu var jeg i Roskilde og ikke i København, og i Roskilde sagde man DU til folk 😊. Praktikken i Roskilde blev afsluttet med en eksamensopgave – min opgave blev en leddegigt patient, som havde været gennem et ledaflastningsforløb og i den forbindelse, gik min vejledning på både de hjemlige arbejdsopgaver, men også finde en manuel aktivitet for hende.

Efter de 3 år på ergoterapeutuddannelsen, hvor jeg i den tid mødte faglige personligheder som Jytte Tjørnov, Ulla Runge og Johanne Drachmann bl.a. så skulle jeg søge job. Samtidig med at jeg blev færdig med uddannelsen, mødte jeg min mand, så der var på alle måder en omvæltning i mit liv. Jeg flyttede uden for København, søgte job på Kommunehospital og fik det, og fik så en lang transport med tog frem og tilbage hver dag.

Mine arbejdsopgaver på Kommunehospital var ADL træning på en medicinsk afdeling. Jeg husker opgaver som var anderledes end dem jeg havde oplevet på Roskilde sygehus, på trods af at sygdommene var de samme. Der var indlagte patienter som skulle udskrives til hjemmet og hvor jeg var på hjemmebesøg i 2. baggård 4 sal. Hvor hele problematikken blev, at lejligheden skulle indrettes og hjælpen tilrettelægges, så patienten ikke behøvede at komme ned ad trapperne. Patienten blev ”anbragt” i lejligheden, og kom ikke ud før næste gang nogle bar vedkommende ned. Jeg har været med til at få lukket for gassen til komfuret, fordi borger var for dement til at man kunne være sikker på at det var forsvarligt med gas, og jeg har været med til at se på hvordan man kunne klare toiletbesøg og installere hjælpemidler på fælles toilet på bagtrappen, uden at genere de øvrige beboere. Så det var nogle andre opgaver, end det jeg havde lært under uddannelsen/praktikken.

Kommunehospital var en spændende arbejdsplads, men det var et gammelt hus, og på et hjemmebesøg, havde jeg bare taget vores hjemmebesøgs taske med som stod på gulvet i vores fælleskontor, og da jeg sætter den på gulvet hos patienten, springer der en kakerlak ud – ikke morsomt at medbringe sådan en bandit til et privat hjem 😬.

Efter 3 måneder på Kommunehospital, blev jeg ringet op fra Roskilde Sygehus at de manglede en vikar i 1 år, og jeg blev spurgt om jeg var interesseret. Det var jeg, og jeg sprang til. Og efter 1 år blev jeg fastansat. Jeg fik til opgave at arbejde på langtidsmedicinsk afdeling, og jeg elskede de

ældre mennesker, og deres problematikker. Det var spændende arbejdsopgaver. Det var både ADL træning om morgenen, køkkentræning i ergoterapien, hjemmebesøg i hele det område som var Roskilde Amt.

ADL træning var en opgave som lærte mig om mennesker, og de forskellige behov vi har som mennesker for at have en hverdag. Vi havde en ældre mand indlagt, som skulle hjem igen, men inden ønskede man at vurdere hvor meget hjælp han skulle have i hjemmet, så jeg var med ham ved morgentoiletet. Sygeplejersken spurgte mig bagefter, om han kunne vaske sig på ryggen eller om der skulle komme nogen og gøre det. Da jeg var med på badeværelset den efterfølgende dag, spurgte jeg ind til det, fordi jeg så at han ikke gjorde det. Og så fik jeg lige en lærestreg, idet han sagde til mig flg. " når man som mælkeemand, som jeg har været siden jeg var 14 år, skulle stå ved vandposten udenfor om morgenen kl. 4.00 for at klare morgenvask, uanset vind og vejr, så er det altså ikke lige det man gør i frostvejr, og jeg har aldrig gjort det, så hvorfor skal jeg nu" – så det lærte mig at "stikke en finger i jorden", og spørge ind til hvad vedkommende normalt gør, og ikke pålægge dem en norm som ikke matcher deres liv og vaner.

Hjemmebesøgene var anderledes end i København. På langtidsmedicinsk afdeling var der tradition for at en fysioterapeut, en læge og en ergoterapeut sammen tog ud på hjemmebesøg. Det var et tæt samarbejde omkring den enkelte patient. Og jeg har været på besøg meget forskellige steder. En gang var det i et adeligt jomfrukloster, hvor en af beboerne havde været indlagt, og vi nu skulle have kvinden hjem i boligen. Jeg har været ude på en bondegård, hvor der ikke var kloakeret og hvor et af problemerne var hvem der skulle tømme lokumsspanden – hjemmehjælperen eller en fra vejvæsenet. Jeg har været i sommerhuse og hvor ingen af dørene var af samme bredde, og ingen af dem var brede nok til kørestolen som skulle permanent med hjem. Jeg har været i en skovarbejders bolig, og hvor vi startede med at sætte brændeovnen op igen, for den var væltet i forbindelse med patientens ulykke. Udfordringen var desuden at det var eneste varmekilde, og han var ikke i stand til at flække brænde mere. Jeg har været på hjemmebesøg, og hvor falckredderen lige tog en sav og skar et dørtrin ned som var på højde med dem på skibe, for at patienten kunne komme inde. Jeg har været på utrolig mange hjemmebesøg, og hvor vi kl. 10 om formiddagen blev budt på kaffe og kage, og mange gange også med et lille glas kirsebærvin til. Der har været rigtig mange oplevelser omkring i hjemmene. Og ofte fik man indtryk af hvordan hjemmet var. Var ægtefællen ønsket retur i boligen, eller var der strid og uro i det hjem. Eller var ægtefællen savnet og ønsket. Har også oplevet at mange naboer kom inden om efter vi havde været i hjemmet kort tid, for de skulle da lige se hvad der skete. En positiv nysgerrighed, for der var stor opmærksomhed fra naboer og ønske om at hjælpe og støtte. Der var rigtig mange spændende oplevelser, ud over det ergoterapifaglige, på disse besøg.

Jeg var tilknyttet langtidsmedicinsk afdeling i 2 år og kun fordi man i ergoterapien havde en rokeringsordning, blev det kun til 2 år. I de 2 år var jeg med til at oprette et daghospital og det var også lærerigt, for der blev indrettet en satellit ergoterapi, så jeg var med til at overveje hvad der skulle være at træningsredskaber og muligheder.

Nogle gange tænker jeg på de behandlingstilbud vi havde til apopleksipatienterne som automatisk kom på langtidsmedicinsk afdeling dengang. En apopleksipatient fik en natskinne til hånden, en slynge til den paretiske arm samt hvis de kunne komme op at gå, en tre-punkts-stok. Eller de fik en

kørestol. Man satsede ikke meget på at få den paretiske side i gang, men betragtede dem som eenhådede, og gav dem de nødvendige hjælpemidler til eenhåndsbetjening.

Jeg blev super god til at sy slynger, slynger som kunne støtte albuen så skulderen ikke fik en diastase i leddet. Jeg lærte at lave skinner i termoplast og denne læringsproces var decideret sidemandsoplæring. Først se på, så udføre på en kollega, så udføre på en patient med en kollega til at kontrollere hvad man gjorde. Når det var gennemført og godkendt, kunne man gå i gang alene. Og den proces blev gennemført ved de forskellige typer af skinner. Intet var overladt til tilfældighederne.

De håndledsbandager vi udleverede til f.eks. gigtpatienter, fandtes kun i én model kaldet Futuro skinne, et brand som i øvrigt stadig fås på apoteket. Disse skinner ændrede vi rigtigt meget på. Pasformen var dengang elendig, så der blev syet ind, ændret på længde og ændret på metalskinnen. Alt sammen noget vi som ergoterapeuter forberedte, og som beskæftigelsesvejlederen syede og en portør klippede metalskinnen til. Disse ændringer har medvirket til at jeg har fået en stor indsigt i hvordan man tilretter, hvordan man designer og hvordan man får den optimale støtte og med hvilket materiale der er nødvendigt.

Efter de 2 år på langtidsmedicinsk afdeling fik jeg til opgave at varetage den ergoterapeutiske behandling på medicinsk afdeling. Det var en blandet diagnosegruppe og der var både cancerpatienter, diabetespatienter og andre medicinske problematikker. En del var lungepatienter og hvor jeg husker at det var den afdeling på sygehuset som havde flest rygere i dagligstuen!. Så opgaverne var lidt mere spredte.

Mens jeg ventede mit første barn i 1983/1984 blev det betragtet som skånearbejde at lave skinner. Det som vi ikke var opmærksom på, var at de plastmaterialer vi brugte dengang, sandsynligvis ikke var særlig miljøvenlige. Jeg kom væk fra den medicinske afdeling, da en del af patienterne der var cancerpatienter, og den kemoterapi de fik dengang, gjorde at man som gravid ikke måtte komme tæt på dem. Så jeg kom væk fra det arbejdsområde, og kom så til det håndkirurgiske.

De håndkirurgiske patienter kom normalt 3 gange om ugen, det var intense forløb, og intet var overladt til hjemmetræning som man gør nu. En behandlingsseance bestod af opvarmning – så træning med forskellige redskaber og ler, dengang kaldet facolina eller superstuf. Og til slut en manuel aktivitet (f.eks. knytning, tovværk, stoftryk, vævning, sløjd) – Der var sat ca. 20-30 min af til det ud af den time, som var sat af til patienten. Som ergoterapeut fik vi hjælp af beskæftigelsesvejlederen, som vi havde 2 af dengang i afdelingen, og de forestod den aktivitet patienten skulle lave.

Det som beskæftigelsesvejlederne også tog sig af, det var de patienter som var indlagt i lang tid f.eks. barselspatienter som skulle ligge ned for at undgå at gå i fødsel, eller andre patienter hvor det var nødvendigt med lang tids restitution. Faget som beskæftigelsesvejleder eksisterer desværre ikke mere. Det var en god hjælp til ergoterapeuterne. Nogle gange overtog de en behandling, men vi var som ergoterapeut ansvarlig for at justere og tilrettelægge behandlingen.

Efter min barsel, kom jeg tilbage og jeg fortsatte med håndpatienterne. Vores kliniske underviser stoppede, og jeg fik tilbudt jobbet. Det gav nye udfordringer, og jeg synes det var rigtigt spændende. De studerende var der i 10 uger ad gangen, og i de perioder hvor der ikke var studerende, havde jeg håndpatienter.

Det var spændende at tilrettelægge et undervisningsforløb, at have et intens forløb med de studerende og se dem lære og komme godt videre i uddannelsen. Enkelte har jeg stadig kontakt til eller møder dem når jeg kommer omkring i landet.

Håndpatienterne har altid interesseret mig, ofte erhvervsaktive som er kommet til skade, og hvor opgaven har været at få funktioner tilbage så vedkommende kunne vende tilbage til job og fritid. Den spændende kombination af kropsfunktion og ADL er fagligt udfordrende, og det er spændende at få lov til at vejlede og instruere både i øvelser, men også sikre at de hurtigst muligt kan vende tilbage til hverdagen, enten med eller uden hjælpemidler og skinner.

I vinteren 1985 kom min mand til skade i forbindelse med hans arbejde, og var indlagt i næsten 4 måneder. Det var en hård tid med et lille barn, et job som underviser og så også bevare og sikre en kontakt mellem min mand og vores barn. Det blev til 3 måneder på fysiurgisk hospital i Hornbæk, og der var træningen intens for min mand. Ved et møde omkring udskrivelse, hvor samtlige fagpersoner omkring min mand var til stede, fik vi at vide ”at der var nogen som havde det værre end min mand”. Jeg havde utrolig svært ved at tackle denne besked, idet vi havde så mange ubekendte faktorer i vores liv. Ville min mand blive så funktionsdygtig at han kunne vende tilbage til jobbet, eller ville han skulle omskoles. Ville vi have økonomi til at blive i vores hus. Ville vi kunne få flere børn, da det var en stor rygskaade. Hvordan ville hele dette forløb påvirke vores fremtidige liv? Aldrig har jeg været så gal, og aldrig nogen sinde har jeg brugt det udtryk overfor andre. For ingen – INGEN! – kan sætte sig ind i de problematikker en skade fører til. Uanset om et er en lillefinger som kommer til skade, eller en total lammelse. Selvfølgelig er der forskel på omfanget af skaden, men det er en så dårlig og uprofessionel udtalelse. Så den er aldrig kommet ud af min mund overfor en patient eller andre som står i en krise.

Hele dette forløb med en indlagt mand, har givet mig en enorm respekt for de pårørende til en syg. Man står som pårørende og vil gøre ALT for den person som ligger i hospitalssengen, men som i min mands tilfælde måtte jeg ikke engang være med til at forflytte ham, fordi personalet var så bange for hans helbred, og de ville ikke lægge ansvaret fra sig. Jeg kunne hjælpe med at spise og drikke, men ellers kunne jeg intet gøre for at hjælpe. Det er rigtigt svært som pårørende at stå og se på, så derfor er jeg aldrig afvisende for at medinddrage pårørende i et forløb, så længe det er fornuftigt og at den pårørende viser at situationen kan tackles fornuftigt.

Mit nr. 2 barn kom til verden i 1987 – og barslen var ikke så lang som nu – så efter 6 måneder var jeg retur på pinden og der fortsatte jeg mit arbejde som underviser og desuden håndpatienterne.

I tiden op til 1989 blev vi løbende præsenteret for tegninger af det nye sygehus som skulle bygges i Køge. Og i slutningen af 1988 blev der slået 2 ergoterapeutstillinger op – en ledende ergoterapeut og en afdelingsterapeut. De skulle starte terapien op, og siden var det planen at der skulle ansættes flere ergoterapeuter. Jeg søgte om stillingen som afdelingsergoterapeut, jeg havde fået

at vide at det håndkirurgiske område skulle flyttes til Køge sammen med det ortopædkirurgiske område.

Jeg fik stillingen og tiltrådte 1.1.1989, og de første måneder var meget anderledes. Den ledende ergoterapeut, som jeg i øvrigt kendte fra Roskilde, og jeg mødte op, til en helt tom ergoterapi – vi kom med bagsiden af kuvert og en gammel kuglepen fra vores taske. Der stod et skrivebord og 2 stole og en telefon. Så kunne vi begynde at ringe til de forskellige firmaer for at få kataloger. Det var før der var noget som hed "internet", og så kom de forskellige repræsentanter rendende – vi lukkede den ene ud ad en dør, mens den anden kom ind af en anden. Det skulle tages mange beslutninger, og vi skulle beslutte hvilke ergoterapeutiske tilbud vi mente at der skulle være. Lokalerne var meget fine – vi havde en træningslejlighed – køkken, bad og et værelse med en seng. Et stort konferencerum, kontor, et individuelt behandlingsrum, 2 store behandlingsrum og en kaffestue fælles med fysioterapeuterne. En fin lang gang og god depot plads i nogle mindre rum. Og et store depotrum i kælderen.

Vi fik handlet ind – 2 store væve, 4 små væve – knyttematerialer, stoftrykmaterialer, træningsredskaber, Ropox borde, Vela stole og kombinationsrammer (til højdeindstilling af træningsredskaber som var på et bord). Desuden skulle vi have kørestole til midlertidigt udlån, badetaburetter, sengeklodser, bækkens stole og meget mere. Det var helt vildt hvor meget vi skulle handle og bruge penge på. En helt fantastisk tid.

Den 17.1.1989 ankom de første patienter til sygehuset, og stille og roligt kom vi i gang med patientbehandlingen og fik vores gang rundt på de forskellige afdelinger på sygehuset. Det var dejligt at lære de mange nye kolleger at kende inden for de forskellige faggrupper, og fysioterapeuterne havde vi det superfint med, kaffestuen var fælles, og vi havde på skift morgenbrød med og havde et rigtigt fint fællesskab.

En af de første patienter i ergoterapien, havde behov for træning i træværkstedet, og så fik af denne patient hjælp til at indrettet et lille værksted, og han fremstillede de første træningsredskaber til os, solitaire bl.a., som led i hans genoptræning.

I forbindelse med opstarten opdagede vi at træningskøkkenet og træningsbadet ikke havde tilsluttet vand og strøm. Arkitekten troede det bare var til interimistisk afprøvning, og ikke at afløb, vand og strøm skulle fungere. Så de måtte i gang med disse ændringer, så vi kunne få det til at fungere.

Vi fik langsomt udvidet staben af ergoterapeuter, og fik mere og mere indflydelse på opgaverne og patientforløbene, så ergoterapi blev et naturligt behandlingstiltag i patientbehandlingen.

Efter 2 år, blev den ledende ergoterapeut gravid og gik på barsel. Jeg blev konstitueret og følte at det var en stor opgave. Da hun kom tilbage efter et år, var det meget underligt at man ikke længere var informeret på højt niveau, og var en del af beslutningsprocesserne, så da stillingen som ledende ergoterapeut blev vakant et par år efter, ansøgte jeg om stillingen, både for at have indflydelse på beslutningerne, men også for at sikre at den gode ånd og stemning i ergoterapien forblev. Jeg fik stillingen, men det var en underlig ansættelsesprocedure

Det var blevet kutyme, at man brugte eksterne bureauer/konsulenter til at vurdere ansøgere til ledende stillinger, så der blev hentet en konsulent ind som skulle tage en samtale med mig. Jeg var eneste ansøger! Der var sat 3 timer af til det. Konsulenten havde ikke tidligere skulle vurdere en ergoterapeut, og det oplæg han havde til vores samtale, mente han at han kunne genbruge. Han gav mig derfor opgaver som var relateret til hospitalskøkkenet og spørgsmålene var til en økonoma. Jeg fik bla. Spørgsmålet om jeg ville bruge smør eller margarine i køkkenet og hvordan jeg ville argumentere for mit valg. Og jeg husker jeg blev spurgt om hvordan jeg ville tackle en konflikt mellem 2 medarbejdere. Jeg må have svaret rigtigt, idet jeg blev indstillet til ansættelse, og det politiske sygehusudvalg skulle så træffe den endelige afgørelse på et sygehusudvalgsmøde, hvor jeg skulle møde op. Så sad jeg der overfor hele det politiske system, og en af politikerne havde jeg på et tidligere tidspunkt haft til behandling og hvor han var udeblevet fra træning en gang, og hvor jeg havde skældt ham ud – så jeg var spændt på hvad han ville spørge/sige til mig. Alle politikerne skulle stille spørgsmål og den tidligere patient sagde blot tørt og konkluderende at "Hun er skrap" 😊 han sagde det heldigvis med et glimt i øjet. Jeg fik jobbet og var rigtig glad i de første mange år.

Det var, og er stadig en dejlig afdeling, gode kolleger og en rigtig god stemning. Men med tiden fik jeg flere og flere administrative opgaver, og mindre og mindre tid til patienter. For stadig at have patienter, endte det med at jeg tog administrative opgaver med hjem, og endte med at blive mere og mere stresset. Jeg syntes der kom irrelevante opgaver på mit bord, opgaver som intet havde med patienternes forløb/behandling at gøre. Opgaver som var stukket ud af det politiske, og som virkede meningsløse. Der blev taget politiske beslutninger, som ikke var fagligt begrundede, men politisk. Bl.a. sad jeg til bords ved en julemiddag med sygehusudvalget. På min ene side sad en politiker som fortalte mig om et forløb hans tante havde været igennem med en diskusprolaps, og hun havde måtte vente på behandling. Derfor havde han fået gennemført at diskusprolaps-patienter skulle opprioriteres. Vi havde i afdelingen undret os over denne beslutning, for vi kunne se andre patienter som havde større behov. Og vi havde ikke forstået denne beslutning. Men den kom frem ved denne lejlighed. En politisk beslutning som ikke var funderet i noget fagligt, men noget familiært.

I nogle år havde jeg sideløbende med mit lederjob, lavet undervisning for et firma men også deltaget i mange kurser inden for det håndkirurgiske område. Det gjorde at jeg på et tidspunkt satte mig ned og lavede mit første "kompendium om håndskinner". Det blev brugt til undervisning på Ergoterapeutuddannelsen både i København og Næstved. Jeg underviste der som timelærer i håndterapi og skinnefremstilling. Det var fantastisk igen at få lov til at formidle et område jeg havde stor interesse for. Siden fik jeg også lave "Kompendium om dynamiske skinner". Samtidig fik vi mere opmærksomhed på hygiejnen på de træningsredskaber som vi anvendte i terapien. Mange var af træ og lakeret, og rengøring næsten umulig. Jeg fik kontakt med et lokalt firma, som havde plastmaterialer og sammen med min mand, begyndte vi i vores private værksted at lave forskellige træningsredskaber som tåler rengøring i en almindelig opvaskemaskine og som tåler sprit m.m. Det blev starten til mit firma K.C. Pedersen – som startede 17.2.1994 og som stadig er aktivt.

I foråret 2004 så jeg et opslag om en håndterapeutisk uddannelse som overbygning på grunduddannelsen, som blev tilbudt i Malmø. Det var et kursus over 6 gange 3 dage, med eksamen

undervejs. Jeg undersøgte mulighederne for at deltage og det lykkedes mig at komme på det kursus som den første danske ergoterapeut. Dengang var kurset på svensk, og mine svenske kolleger så det som en stor udfordring at jeg talte dansk, jeg selv har ingen problemer med at forstå svensk. Det lykkedes at komme igennem kurset, og jeg lærte både store faglige personligheder at kende, og jeg lærte dygtige svenske håndterapeuter at kende. Det var et meget veltilrettelagt kursus, og jeg lærte rigtigt meget den vinter på det forløb.

På et tidspunkt kom så beslutningen om nedlæggelse af amter, og oprettelse af regioner, det skulle ske i 2005, og at kommuner skulle sammenlægges og nogle af de opgaver vi havde haft på sygehuset, skulle ud i kommunen. Der skulle desuden ske en sammenlægning af fys/ergo afdelingen i Roskilde og i Køge. Det ville sige, at jeg for det første kunne imødesee at jeg ville blive degraderet til afdelingsergoterapeut, idet den ledende fysioterapeut i Roskilde havde en master i ledelse. Jeg kunne desuden imødesee, at jeg skulle igennem en fyringsrunde af mine medarbejdere, det skete heldigvis ikke. Jeg fik det rigtig dårligt, fik galdestensanfald og sov elendigt. Jeg havde i de sidste par år haft en tæt forbindelse med et privat firma, som jeg havde lavet en del undervisning for om skinner og håndterapi og de tilbød mig et job som salgskonsulent. Jeg var 49 år og tænkte at det var en mulighed for at prøve noget andet, og jeg var samtidig træt af alt det nyttesløse administrative arbejde. Så jeg sprang til og sagde ja til jobbet.

Jeg sagde min lederstilling op, og da jeg skulle fortælle det til mine ergo kolleger græd jeg og var utrolig trist over at skulle forlade dem. Vores hverdage sammen var fantastiske, men jeg kunne også se, at jeg havde arbejdsopgaver som jeg ikke trivedes med. Jeg var bange for at miste kontakten med kollegerne, men kan her afsløre at jeg stadig har kontakt med de fleste, og deltager i arrangementer sammen med dem. Så kontakten er holdt, og det er jeg utrolig glad for.

Den 1.2.2005 startede jeg i et privat firma og jeg rejste landet rundt, var med på store nationale og internationale konferencer i både Europa og USA, var med til at finde nye produkter og med til at designe nogle bandager og skinner. Jeg lavede produktrelevante kurser og havde en spændende tid.

Min søn hørte mig en dag klage over at jeg ikke så patienter, men kun havde faglige udfordringer gennem kolleger hvor jeg fungerede som vejleder, og så sagde han til mig, hvorfor jeg ikke startede en klinik selv.

Det var sparket som der skulle til, for at jeg sammen med 2 andre kolleger, fik startet Ergoklinikken op. Den ene stoppede efter nogen tid, da hun fik andre faglige interesser. Men den anden er stadig tilknyttet og kommer og hjælper ved ferier og sygdom. Klinikken tager sig primært af håndkirurgiske patienter, og har nu været i gang ca. 15 år. Klinikken var i første omgang i lokaler i Tåstrup – et enkelt lille snævert rum, men funktionelt. Så fik jeg mulighed for at flytte lokalerne til Roskilde og være i et klinikfællesskab med en fysioterapeut. Det var super, men lokalerne lå, så det var besværligt med adgangsforholdene, og ind imellem måtte jeg tage patienter hjem, fordi de ikke kunne komme på 1. sal ad trapperne i en el-kørestol eller havde et gangbesvær. Siden flyttede vi til fine lokaler i Tåstrup – med fine adgangsforhold, men det viste sig at disse lokaler lå i et område som var hærget af kriminelle, og flere af mine patienter turde ikke komme. Jeg var aldrig udsat for noget, men patienternes angst gjorde at jeg endnu engang flyttede.

Internet salg kom for alvor frem, og jeg havde sideløbende med jobbet i det private firma hele tiden haft mit eget firma. Jeg arbejdede i mit eget firma 1 dag om ugen, og de øvrige dage for det private firma. Det var egentlig en god kombination. Men med tiden kunne jeg se at jo mere tid jeg brugte i mit eget firma, jo mere opsving var der i det. Og det gik jo til min egen lomme. Samtidig skete der det, at min chef mente, at vi ikke behøvede at køre så meget ud og besøge kunder, men kunne sidde hjemme og servicere og sælge via internettet. Jeg kom derved til at savne mine ergo kolleger ud i landet, som jo var den eneste faglige kontakt jeg havde, og jeg savnede også patienter.

Jeg trappede tiden ned i jobbet, og op i mit eget firma. I 2012 slap jeg det sikre, og forlod jobbet i firmaet, og helligede mig fuld tid i mig eget. Til at begynde med arbejdede jeg hjemmefra, udvidede sortimentet langsomt, fik hjælpemidler fra et hollandsk firma, varmhjælpemidler fra et norsk, skinner og bandager fra et svensk, Et islandsk firma var ind over i en kortere periode, og jeg er blevet kontaktet fra flere udenlandske firmaer, som jeg har mødt på kongresser rundt om, for at de ville sælge deres produkter gennem mit firma i Danmark. Så derved er jeg blevet distributør for flere firmaer rundt om i verden. I forbindelse med at jeg stoppede min ansættelse i det private firma, fik jeg som "afskedsgave" en mulighed for at tage et fagområde med mig, som er kompressionsbeklædning og det leveres fra et firma i Finland. Alt samme kræver forskellig opmærksomhed og forskellig viden, så jeg har løbende måtte tilegne mig viden og har efterhånden fået opbygget en stor erfaring med de forskellige produkter.

Men i takt med at varesortimentet blev større og større, forsøgte jeg at placere mine varer rundt om, noget var i en lejet garage, andet var i kliniklokalerne et andet sted i byen, og noget var i vores private kælder. Samtidig gjorde det at jeg arbejdede hjemmefra, at jeg aldrig havde fri, der var altid lige noget man kunne gøre. Så for 5-6 år siden lejede jeg mig ind i lokaler, først et sted, så siden et andet sted, hvor jeg kunne samle produkter, klinik og kontor. Det gør, at jeg nu tager afsted på arbejde om morgenen, og kører hjem om eftermiddagen. Dermed ikke skrevet, at jeg aldrig sætter mig til computeren hjemme, men jeg har på den måde fået mere fritid. At samle alt under et tag, gør også at når jeg har patienter i klinikken, så kan jeg gå ud på lageret og hente relevante redskaber, som enten patienten vil købe, eller som bliver som led i behandlingen. Patienten skal ikke vente til jeg får det bestilt, det er lige uden for i rummet ved siden af. Det er en stor tilfredsstillelse.

Det har og er en stor tilfredsstillelse at firmaer rundt om i verden selv henvender sig. At de finder mit visitkort frem af gemmerne, og ser mig som en mulighed. Blandt andet er det, det som er sket med Orfit, som producerer og sælger termoplast til skinnematerialer. Jeg har de sidste 6-7 år været distributør, og det giver samtidig en kontakt verden rundt til andre distributører og deres ergoterapeuter, og dermed et enormt potentiale for faglig sparing, som forhåbentlig kommer kolleger i Danmark til glæde og gavn.

I de sidste 20 år har jeg haft kontakt med en ergoterapeut som er belgier, men som bor i Norge. Denne forbindelse sammen med en svensk ergoterapeut som jeg mødte på uddannelsen i Malmø vinteren 2005/2006 har været med til at udvide min faglige horisont. Begge ergoterapeuter arbejder selvstændigt, har egne virksomheder med egen produktion af skinner og bandager. Disse 2 fantastiske piger, har været inspirerende at samarbejde med, og de introducerede mig til en finsk

ergoterapeut som arbejder på samme måde. De 3 ergoterapeuter udgør sammen med mig "the VIP Scandinavian business women" 😊. Vi sparer faglige spørgsmål med hinanden, hjælper hinanden med forslag til løsninger til gavn for patienter og vi mødes gerne et par gange om året hos hinanden, og dermed er jeg med i endnu et fagligt netværk som er uvurderligt. Vi handler desuden med hinanden, og sender varer på kryds og tværs.

Min norsk/belgiske veninde er foruden ergoterapeut, også sølvsmed og bandagist, og hun designer og producerer unikke fingerskinner. Hendes brand Silversplints, er kendt vidt og bredt, og jeg har løbende arbejdet med opmåling, vurdering og tilpasning af disse fingerskinner. Det er fingerskinner som medvirker til at stabilisere led eks. hos hypermobile, gigt og spastiske hænder, så patienten får en bedre håndfunktion og kan klare opgaver selv. For 2 år siden blev jeg som én ud af 2 i Danmark certificeret af Silversplints, et tegn på at jeg har opnået en viden og erfaring som kun en yderligere i Danmark har. Det blev jeg meget stolt af.

I efteråret 2011 blev jeg ringet op af næstformanden for Ergoterapeutforeningen Lene Barslund, at jeg havde fået Ropoxprisen – jeg var blevet indstillet af kolleger inden for det håndterapeutiske område. Jeg husker dagen meget tydeligt, idet jeg havde været på kundebesøg på Bispebjerg hospital, jeg var lige kommet tilbage til min bil, og så fik jeg sådan en fantastisk opringning. Jeg husker at jeg græd af glæde, det var en så stor ære og noget jeg aldrig havde regnet med. Ved det næste møde i Dansk Håndkirurgisk Selskabs ½ års møde blev det offentliggjort og ligeledes på en årlig konference for ergoterapeuter. Jeg er dybt taknemlig og er stadig meget beæret over de pæne ord som fulgte med tildelingen.

Året efter blev jeg kontaktet af Gigtforeningen, de ønskede at tildele mig Mobileprisen, og det var den lokale kreds i bl.a. Roskilde, som havde indstillet mig til denne pris. De havde mange gange haft inviteret mig til deres møder, hvor de ønskede mere viden om de håndproblematikker man kan have som gigtramt, og hvordan de selv kunne forebygge problemer og hvilke hjælpemidler som kunne være gavnlige for dem. Jeg var inviteret til Tivoli Kongrescenter og måtte på scenen for at modtage denne pris. Endnu engang dybt beæret og meget rørt over en anerkendelse af mit virke som ergoterapeut.

Mit virke som privatpraktiserende ergoterapeut både med klinik og virksomhed, har budt på mange udfordringer. Først og fremmest giver det daglige udfordringer med administrative krav når man har en virksomhed. Momsregnskab, registrering af told, lave aftaler med fragtfirmaer, holde telefonsælgere fra døren, holde gang i en hjemmeside, faktisk flere. Reagere på stadig stigende krav fra staten så som registrering af behandlingssted, GDPR, MDR, fritvalgsordning og meget mere. Alt det som jeg egentlig troede jeg slap for som leder, får jeg nu i stigende omfang i virksomheden. Det flyver om ørerne på mig, med udtryk som jeg nogle gange ikke ved hvad er. Derfor har jeg, i takt med at virksomheden er vokset, måtte hente hjælp. Jeg har den mest fantastiske bogholder som holder styr på det økonomiske og som sikrer at alt bliver betalt til tiden, jeg har ansat en medarbejder til at arbejde sammen med mig på kontoret. Janni arbejder med markedsføring på alle leder og kanter, og kan forstå alle de svære ord inden for det område. Jeg har i baggrunden en tilknyttet som sikrer at vores hjemmeside bliver set og at der kommer "folk i butikken". Og så er der rengøringen, vinduespudderen, ham med printeren, og alle dem som leverer varer. Desuden er der altid god hjælp fra min mand og familien når noget brænder på. Så

fra at sidde hjemme i min søns gamle værelse, har vi nu en virksomhed som "sparker røv" og som efterhånden også er kendt, og forhåbentlig kendt for ærlighed og faglig viden.

De 40 år er gået vildt hurtigt, med rigtig mange gode oplevelser, mange spændende faglige opgaver er kommet ind over mit bord, og jeg håber på stadig mange år, selv om toppen er grå og dåbsattesten er på gulnet papir. Jeg har på intet tidspunkt fortrudt at jeg blev uddannet ergoterapeut. Men ser også at faget i høj grad har taget en drejning, og i en retning, som nok ikke ville have appelleret til mig, da jeg for 40 år siden skulle træffe et valg. Jeg ønsker, at ergoterapeuter vil få mere fokus på kropsfunktion, da den er suverænt vigtig for, at vi, hvis vi skal tale i ICF dimensioner, kan fungere i deltagelse og aktivitet. Ingen af disse 3 dimensioner kan stå alene, og jeg hælder meget i mit virke på at øge patientens mulighederne inden for kropsfunktionen (og det er helt bestemt et vigtigt ergoterapeutisk område) for at alle andre funktioner kan fungere. At undersøge patientens fysiske formåen via ledbevægelighed, kraft, sensibilitet og koordination, giver et billede af hvordan der kan og skal trænes, og denne træning kan bestå både af ADL, men i høj grad også specifikke øvelser for at ændre en deficit til en evne. Altså træne "detaljen i helheden".

Samtidig mener jeg, at man burde anvende skinner tidligt i et behandlingsforløb, for at sikre at patienten ikke undgår at anvende hånden i ADL, men med skinnen at sikre inddragelse i ADL. Mange køber en bandage/skinne hos en bandagist eller på apoteket, men ofte er det ikke vurderet i hvilke situationer skinnen skal anvendes, og dermed kan skinnen blive en blokering for funktion, i stedet for at give funktion. Den viden vi som ergoterapeuter har omkring aktivitetsanalyse og viden om kropsfunktion og hjælpemidler, giver os en unik mulighed for at hjælpe en syg/handicappet med at kunne gøre ting selv, og det var oprindeligt det jeg så som mit kald som 12-13-årig hvor jeg så de muligheder som var inden for faget. Og det kunne jeg godt tænkte mig fik mere fokus, og at ergoterapeuter lærer mere i grunduddannelsen om skinner og bandager.

Dette var i meget korte træk livet som ergoterapeut i de sidste 40 år. Mit hjerte brænder for faget, og jeg synes stadig det er utrolig interessant. Så jeg tager gerne 40 år mere. ❤️

Kirsten C. Pedersen