

Utgitt av Norsk Ergoterapeutforbund
www.ergoterapeuten.no



Individuell plan: Blir den brukt godt nok? 6

Endelig debatt om åpen tilgang 11 En viktig likestillingskamp 18

Prosjekt innovativ rehabilitering i Indre Østfold 26 Flere menn søker ergoterapistudiet 54

ergoterapeuten

Redaktør Else Merete Thyness

Mobil 95 73 93 13

emt@ergoterapeutene.org

Fagredaktører Unni Sveen, Sissel Horghagen og Anne-Stine Dolva

Annonser

Erik Sigurdssøn

Mobil 90 03 09 43

erik@addmedia.no

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

Annonsefrister / Utgivelse

Nr. 2 – 1. april / 30. april

Nr. 3 – 3. juni / 28. juni

Nr. 4 – 1. aug / 30. aug

Trykkeri 07 Media AS

Trykt på miljøvennlig papir.

Design Fete Typer

Layout Else Merete Thyness

Redaksjonskomité

Cathrine Hagby / 92 09 23 77

Unni Sveen / 91 88 47 68

Sissel Horghagen / 73 55 92 20

Alf Inge Solbakken / 95 70 82 40

Merethe Seberg / 90 58 30 96

Norsk Ergoterapeutforbund

Adresse Stortingsgt. 2, 0158 Oslo

Telefon 22 05 99 00

post@ergoterapeutene.org

www.ergoterapeutene.org

Generalsekretær/fagsjef

Toril Laberg

Forhandlingssjef

Brit-Toril Lundt

Organisasjonssjef

Karl-Erik Tande Bjerkaas

Seniorrådgiver

Anita Engeset

Seniorrådgiver

Solrun Nygård

Advokat

Berit Førli

Controller

Tove Olsen

Controller

Snorre A. Nergaard

Sekretær

Kristin Pedersen

Forbundsstyremedlemmer

Nils Erik Ness, forbundsleder

Tove Holst Skyer, 1. nestleder

Ann Kristin Løe, 2. nestleder

Berit Regine Laiti

Mariette Elise Gjerde

Linda Fauskanger Nesheim

Tonje Hansen Guldhav

Guro Lilleås

May Solveig Svendsen

Morten Severin Hoel

Malin Mongs

Pia Jessen, 1. varamedlem

Silvia Elisabeth Hansbø, 2. varamedlem

Heidi Fløtten, varamedlem

Kenneth Pettersen, varamedlem

Randi Skumsnes, varamedlem

Kathrine Fjærestrand, varamedlem

Line Øverlier, varamedlem

Kamilla Lemb Herbjørnsen, varamedlem

Blader merket  er medlem av
Den Norske Fagpresses Forening

fagpressen 



11



18



46



54

REPORTASJER

- 6 Hva er Individuell plan?**
Av Else Merete Thyness
- 7 Individuell plan: Blir den brukt godt nok?**
Av Else Merete Thyness
- 10 Hva er åpen tilgang?**
Av Kristin Straumsheim Grønli
- 11 Endelig debatt om åpen tilgang**
Av Kristin Straumsheim Grønli

NY ARENA

- 16 Jobber som nærmiljøkoordinator**
Av Else Merete Thyness

KRONIKK

- 18 En viktig likestillingskamp**
Av Marianne Knudsen

FORBUNDET

- 20 En veiledning for tillitsvalgte ved kommunesammenslåinger**
Av Berit Førli
- 22 Hva tjener en ergoterapeut?**
Av Brit-Toril Lundt
- 24 Dette bør du vite om røykvarsleren din**
Av Øyvind Setnes

FAGLIG

- 26 Prosjekt innovativ rehabilitering i Indre Østfold**
Av Tone Authen

VITENSKAP

- 36 Ergo- og fysioterapeuters erfaringer med hverdagsrehabilitering**
Av Charlotte Jørmeland og Kjersti Vik
- 46 Forsker i farten: Lisbeth Skeie Skarpaas**
Av Else Merete Thyness

- 48 Ergoterapeuter i norske kommuner: I hvilken grad opplever de å påvirke kommunens målsettinger?**
Av Tore Bonsaksen

AKTUELT

- 50 Første møte i Råd for aldersvennlig samfunn**
Av Else Merete Thyness
- 52 Deltakelse og mestring for eldre**
Av Else Merete Thyness

PÅ DE SISTE SIDENE

- 54 Flere menn søker ergoterapistudiet**
Av Vegard Bråtveit og Henning Evenshaug

ANNONSER

- 56 Kurs- og stillingsannonser**
59 Produktregister

Publiser i Ergoterapeuten

Går du deg vill i navn og begreper fra publiseringsverdenen? Her har jeg foretatt en aldri så liten avklaring av ord og uttrykk du kan støte på når du skal publisere en artikkel. Min egen læringskurve var i hvert fall bratt.



**ELSE MERETE
THYNESS**
Redaktør

Jeg begynner med *tellekantsystemet*. Dette er det populære navnet på *Norsk publiseringsindikator*, som igjen er et nasjonalt system for å rapportere vitenskapelig publisering. *Publiseringskanaler* som fagblader og akademiske bøker er delt i nivå 1 og 2. Nivå 2 gir flest publiseringspoeng og dermed flere penger fra Kunnskapsdepartementet, som fordelel midler mellom institusjonene, universitetene og høyskolene. Jo flere publiseringspoeng blant institusjonenes forskere, jo mer penger. Men altså: Artikler publisert i nivå 1-tidsskrifter genererer også penger. Ergoterapeuten er på nivå 1.

Det nasjonale publiseringsutvalget har det faglige ansvaret for forvaltningen av tellekantsystemet og rapporterer til styret i *Universitets- og høyskolerådet* (UHR). UHR arbeider med forsknings- og høyere utdanningspolitikk og godkjenner publiseringskanaler (som Ergoterapeuten).

Norsk senter for dataforskning (NSD) er eid av Kunnskapsdepartementet. NSD spiller blant annet en sentral rolle i forskningsinstitusjoners arbeid med personvern, som er en lovbeskyttet menneskerettighet. Det betyr blant annet at forskere og studenter som behandler personopplysninger i forskningsarbeidet, må melde inn prosjektene sine og få dem vurdert etter gjeldende lovverk av en tilsynsmyndighet som NSD. En annen av NSDs oppgaver er å sikre fri og *åpen tilgang* til forskning. Dette har vi en reportasje om i denne utgaven av fagbladet. NSD har også et register over vitenskapelige publiseringskanaler. Her finner dere blant annet Ergoterapeuten, som er godkjent som et vitenskapelig *Open Access*-tidsskrift.

Synlighet er et annet begrep som det er greit å få med seg. Når du publiserer en artikkel, vil du gjerne at andre skal lese den, og gjerne referere til artikkelen

din i arbeidene sine, noe som gir deg *Impact factor*. Får du artikkelen din på trykk i internasjonale tidsskrifter, når du ut til langt flere lesere enn ditt norske fagmiljø. Men - mange forskere legger ut artiklene sine på *ResearchGate* og kan gjennom dette nettsamfunnet nå forskere og lesere over hele verden. Herfra kan du også lenke til artikkelen din på sosiale medier, som Facebook, og på den måten ta kontroll over din egen synlighet.

For det er fordeler ved å publisere i et norsk tidsskrift også. Den mest opplagte er at du kan skrive på norsk. En annen er at ved å publisere i et medlemsblad som Ergoterapeuten når du ut med viktig kunnskap til store deler av praksisfeltet.

For å oppsummere: Ergoterapeuten er et vitenskapelig tidsskrift som genererer publiseringsmidler, har Open Access, du kan skrive på norsk og når i grunnen hele verden.



**NILS ERIK
NESS**
Forbundsleder

Er du gnien eller generøs?

Deling kommer vi lengst med. Generøs deling.

Noe av det første jeg merket meg som ny i forbundsledelsen, var forbundskontorets delingskultur. Vi delte hverandres presentasjoner, ga kloke og ærlige råd og hjelp til med å knytte nettverk. Dette gjorde oss bedre og tryggere. Det ga et godt arbeidsmiljø. Snart ni år senere kan jeg stolt melde at Ergoterapeutene har videreutviklet delingskulturen – internt i Ergoterapeutene gjennom endring av organisasjonsstrukturen og en IKT-satsning som gir god kommunikasjon, og eksternt gjennom sosiale medier og systematisk nettverksbygging. I dette nummeret av Ergoterapeuten kan vi også lese om åpen tilgang på forskning. Ergoterapeutene har de siste årene bevisst valgt å

dele kunnskap. Uten deling har det ikke vært mulig å realisere hverdagsmestring eller lovfestet ergoterapi.

Kun få år tilbake var det en annen tendens: Fag og metoder holdt vi for oss selv! Canadian Occupational Performance Measure (COPM), for eksempel. COPM ble en godt bevart hemmelighet som ingen visste nytten av.

I 2011 laget vi brosjyren «Hva er viktig for deg?» Dette har påvirket helsevesenet i Norge og blitt et kjernesporsmål i kommunehelsetjenesten. Her er det ikke snakk om at andre har stjålet – vi har delt generøst. Vi har påvirket utviklingen av helsetjenesten og selv blitt mer synlige. Jeg tenker at det i bunnen ligger en raushet, og en tro på at deling styrker helse- og velferd-

stjenestene. Vår deling gir andre forståelse for vårt helsesyn, betydningen av hverdagsmestring og deltakelse. En tro på behovet for ergoterapi. Raushet utløser ressurser.

Vi er bare i starten av en delingskultur. Vi kan dele mye mer. Tilgjengeligheten på nettet gir oss uante muligheter. Men det krever en generøs innstilling, og det kan vi alle øve oss på! Hva deler du? Forteller du om suksesshistorier? Framsnakker du en kollega eller tillitsvalgt? Start med din egen arbeidsplass eller nettverk i sosiale media – hva deler du der? I dette bladet har vi et godt eksempel i vår faste spalte Ny arena. Med deling bidrar du samtidig til å realisere vår felles visjon om *aktivitet og deltakelse for alle*.

HVA ER INDIVIDUELL PLAN?

Alle som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester og ønsker det selv, har rett til å få utarbeidet en individuell plan.

Av Else Merete Thyness

Utgangspunktet for den individuelle planen er pasienten og brukerens mål. Derfor er det viktig at pasient og bruker deltar aktivt i utarbeidelse av planen. Pårørende skal også få anledning til å medvirke, i den grad pasient og bruker ønsker dette. Planen skal oppdateres kontinuerlig og være et dynamisk verktøy i koordinering og målretting av tjenestetilbudet.

Formålet med Individuell plan er å:

1. sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud
2. sikre pasient og brukers medvirkning og innflytelse
3. styrke samhandlingen mellom tjenesteyter og pasient og bruker og eventuelt pårørende
4. styrke samhandlingen mellom

tjenesteyterne på tvers av fag, nivåer og sektorer

5. sikre at det jobbes mot pasientens og brukerens egne mål

HVORDAN FÅ EN INDIVIDUELL PLAN?

Initiativet til å få laget en individuell plan kan komme fra brukeren selv eller pårørende, men hovedansvaret for å utarbeide individuelle planer ligger i tjenesteapparatet. Ifølge Helse- og omsorgstjenesteloven har kommunene plikt til å tilby koordinator og til å ha en koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering. Denne enheten har det overordnede ansvaret for individuell plan og for oppnevning av koordinator. Henvendelser om individuell plan skal rettes dit.

Selv om kommunen har hovedansvaret for utarbeidelse av individuell plan når pasienten har tjenester fra både kommunen og spesialisthelsetjenesten, skal spesialisthelsetjenesten medvirke i planarbeidet. De skal også melde behov for individuell plan til kommunen. Det bør utarbeides bare én plan selv om pasient og bruker har tjenester fra flere sektorer.

KOORDINATOR

Alle som har krav på en individuell plan har også rett til å få en koordinator. Koordinatoren har hovedansvaret for å lage og følge opp planen sammen med den som eier planen og eventuelt også pårørende. Koordinatoren skal også sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan. Alt helsepersonell, både i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, har plikt til å informere om retten til koordinator og om de ulike koordinatorene. Pasienten og brukerens ønske skal vektlegges ved valg av koordinator.

UTFORDRINGER

Mange som har rett til Individuell plan, har likevel ikke en slik plan. I tillegg vil en del av de som faktisk har en individuell plan, ha en «inaktiv plan» som ikke blir evaluert jevnlig og ikke er i aktiv bruk.

Kilder: helsedirektoratet.no, helsenorge.no, regjeringen.no, erfaringskompetanse.no



Et av formålene med Individuell plan er å sikre at pasient og bruker får et helhetlig, koordinert og individuelt tilpasset tjenestetilbud.

INDIVIDUELL PLAN

Av Else Merete Thyness

BLIR DEN BRUKT GODT NOK?

Retten til individuell plan er lovfestet i pasientrettighetsloven. Likevel viser en rapport fra Helse- og omsorgsdepartementet at det var en nedgang i bruk av individuell plan fra 2010 til 2017. – Vår datter har en individuell plan, men den fungerer ikke slik den er beskrevet i Helsedirektorates veileder, sier Elin Langdahl, leder for Handikappede barns foreldreforening.

For 14 år siden fikk familien en jente med cerebral parese. Datteren har koordinator og individuell plan, men den har dessverre blitt liggende i skrivebordsskuffen gjennom hele barneskolen.

– Sofie går nå på ungdomsskolen, og hennes nye koordinator har tatt tak i den individuelle planen hennes. Da hun gikk på barneskolen, var koordinatoren hennes rådgiveren på skolen. Jeg tror problemet da var at han hadde ansvar for mange planer, og at koordinatorrollen kom i tillegg til alle de andre funksjonene han skulle fylle. Det var rett og slett ikke tid nok. Vi ble kalt inn til ansvarsmøter med forskjellige faggrupper, og vi diskuterte hvordan situasjonen var og hva som burde gjøres, men det var vi foreldre som måtte følge opp. Jeg tror en løsning kunne vært at kommunen hadde hatt en stilling som var øremerket koordinatorjobben, sier hun.

Hun savner også at spesialisthelsetjenesten var mer aktive.

– Sofie har hatt en fast lege på barnehabiliteringen på Ahus siden hun ble født, men legen har ikke tid til å komme på ansvarsgruppemøtene. Vi savner også bedre kommunikasjon mellom skolen, kommunehelsetjenesten



Elin Langdahl savner bedre samarbeid mellom skolen, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Her med datteren Sofie. Foto: Sonja Balci

og spesialisthelsetjenesten. Nå blir det mer tilfeldig hvordan hun blir fulgt opp.

Foreløpig har de en papirversjon av Individuell plan, men Elin Langdahl har deltatt i en referansegruppe i kommunen sin som jobber med å innføre «Stafettlog-

gen», en elektronisk individuell plan.

– Flere kommuner bruker denne elektroniske planen i dag, men det tar litt tid å implementere den i alle kommuner. Jeg tror det vil føre til at planen blir mer dynamisk. Da vil alle i ansvarsgruppen være



- Individuell plan har et stort potensial i å definere pasienters helseproblemer og mål på aktivitetsnivå, sier ergoterapeut Leif Ståle Nævestad.



- Tankegangen i Individuell plan og ergoterapi er meget lik, sier ergoterapeut May Solveig Svendsen.



- Individuell plan er et godt verktøy når den brukes etter intensjonen, sier Sigrunn Gjønnes, seniorrådgiver i Helsedirektoratet.

forpliktet til å lese og kommentere planen, og møteinnkallingene kan sendes elektronisk. Det vil også stille mer krav til koordinatoren. I dag har jeg hørt om folk som velger å kutte ut koordinatoren og heller kalle inn til møtene selv.

STORT POTENSIAL

- Som jeg ser det er Individuell plan et redskap som blir brukt for lite, men som har et stort potensial i å definere pasienters helseproblemer og mål på aktivitetsnivå, sier ergoterapeut Leif Ståle Nævestad.

Han jobber på Avdeling for smertebehandling ved Oslo Universitetssykehus og som håndterapeut på Skadelegevakten i Oslo.

- Det er mange i spesialisthelsetjenesten som unndrar seg det lovpålagte ansvaret om å opprette en individuell plan for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Selv bruker jeg Individuell plan av og til, men når jeg gjør det, opplever jeg ofte en del motstand fra andre faggrupper. Det virker som motstanden og argumentene mot å opprette individuell plan bunnar i bekymring for at det vil forplikte til mer ansvar og arbeid.

Min erfaring er helt motsatt. Jeg synes det er lettere å få fulgt opp vurderinger og tiltak som pasienten og jeg har kommet frem til, med en dynamisk plan. Det fører til bedre samhandling og måloppnåelse.

Uten individuell plan skjer det oftere at anbefalinger og behandlingsplaner fra spesialisthelsetjenesten ikke blir fulgt opp i kommunehelsetjenesten.

- En individuell plan ville gjort det enklere å gi nødvendig informasjon videre.

Han har ennå til gode å møte en pasient som allerede har en individuell plan. Derfor har han vært med på å opprette flere. Deretter har han kontaktet en ergoterapeut i kommunen som kan fungere som koordinatore.

- Ergoterapeuter er gode på å se aktivitetsutfordringer. Jeg skulle ønske flere ergoterapeuter var koordinatore av individuelle planer.

ANSVAR FOR TRE BARN

May Solveig Svendsen er ergoterapeut i Gjøvik kommune og jobber med barn. Hun mener at tankegangen i Individuell plan er svært lik ergoterapiens tankegang.

- Du må se på hvilke aktiviteter som er viktige for brukeren, og hvordan omgivelsene kan støtte opp om disse, sier hun.

Selv er hun koordinatore for tre barn og har ansvaret for deres individuelle planer.

- Individuell plan er et godt verktøy for å få frem barnets mål, koordinere de aktuelle fagpersonenes arbeid og sørge for at både mål og tiltak evalueres jevnlig, slik at planen oppdateres og målene nås.

I Gjøvik bruker de nettprogrammet Visma Sampro både til å sende møteinnkallinger og referater og til å jobbe dynamisk med planen.

- Gjennom Sampro kan alle involverte til enhver tid logge seg inn og kommentere planen. Dette gir både brukerne og fagpersonene god oversikt over hva som gjøres, og det er lettere å ta kontakt når vi har behov for det.

Det er likevel en utfordring å få alle samarbeidspartnere til aktivt å bruke individuell plan.

- Hvis folk ikke viser engasjement for å komme på møtene eller lese og kommentere planen, blir den ikke dynamisk.

En annen utfordring knyttet til

rollen som koordinator er at disse oppgavene kommer i tillegg til andre arbeidsoppgaver.

– Vi har lange ventelister, så det kan være utfordrende å sette av tid til å fylle koordinatorrollen. I fysio- og ergoterapitjenesten hos oss har vi bestemt at vi bare skal være koordinator for to planer, så den tredje måtte avklares med nærmeste leder. Jeg vet noen kommuner har egne koordinatører, men det er ikke valgt som løsning hos oss. Det oppleves derfor noe varierende hvordan koordinatøroppgaven løses, selv om vi har jevnlig opplæring og mulighet for veiledning.

ET GODT VERKTØY

– Individuell plan er et godt verktøy når den brukes etter intensjonen, sier Sigrunn Gjønnnes, seniorrådgiver i Helsedirektoratet. Hennes sentrale arbeidsoppgaver er habilitering, rehabilitering, koordinering og Individuell plan.

– En individuell plan kan beskrives både som et dokument og en planprosess. Vi vil løfte frem samhandlingsprosessen. Den handler om å møte brukerne der den enkelte er, lytte til personens behov og mål, fremme mestring og deltakelse og understøtte personen i å nå sine mål. Det krever strukturert samhandling og god brukermedvirkning.

Samtidig er hun klar over at tjenestene fortsatt sliter med få det til å fungere, og at det fortsatt mangler kunnskap.

– Tilsynssaker og rapporter bekrefter at det er mange som har krav på Individuell plan som ikke får det, sier hun.

Koordinerende enheter i kommuner og helseforetak har det overordnede ansvaret for individuell plan, herunder for nødvendig opplæring av koor-

dinatorer. Tjenestene har lenge etterlyst nasjonale opplæringsressurser i dette arbeidet som et supplement til veilederen. Helsedirektoratet ønsker å imøtekomme dette behovet og har nå igangsatt arbeidet med å utvikle en nasjonal e-læringsmodul om koordinatorrollen og individuell plan. Den utarbeides i samarbeid med tjenestene og brukerne og planlegges ferdig våren 2019.

– Helsedirektoratet kommer også nå med nytt materiell med enkel informasjon om individuell plan og om koordinatorrollen. Det ene er en brosjyre som primært er rettet mot pasient, bruker og pårørende.

– Både brukere og spesialist- og kommunehelsetjenesten har etterlyst en informasjonsbrosjyre hvor det kan legges til kontaktinformasjon, slik at brukerne vet hvor de skal henvende seg hvis de ønsker koordinator eller individuell plan. Det er ikke alltid lett å huske muntlig informasjon, derfor har det vært et savn å ha noe konkret å legge i brukerens hånd. Det er også planlagt å oversette den til flere språk.

I tillegg har de laget en inspirasjonsfilm som er rettet mot pasienter, brukere, pårørende og tjenesteytere.

– Den setter fokuset på hva

Individuell plan egentlig handler om: Det er et arbeidsverktøy som skal støtte brukeren i å nå målene sine. Da må alle jobbe på samme lag.

På spørsmål om å ha egne stillinger som er øremerket koordinatorrollen, sier hun at grunntanken i Individuell plan er at pasienter og brukere med komplekse behov og mange tjenester ikke skal få enda flere tjenesteytere å forholde seg til. De skal også selv kunne påvirke valg av koordinator.

– Lovverket legger opp til at koordinatorrollen skal være en del av fagutøvelsen. Den koordinerende enheten har ansvar for oppnevning og opplæring, mens lederne for den enkelte fagpersonen skal legge til rette for at de kan være koordinatører. Vi poengterer i veiledningen vår at fagpersoner må få lederstøtte til å integrere koordinatorrollen i stillingen sin.

Hun oppfordrer ergoterapeuter til å bli koordinatører.

– Å jobbe som koordinator er en fin anledning til å utvikle seg som fagperson. Du får innsikt i hvordan tjenestene henger sammen, og hvordan brukeren opplever denne reisen. Mange koordinatorer synes dette er inspirerende og lærerikt.

Veileder om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinatorrollen

Helsedirektoratet har laget en brosjyre med enkel informasjon om individuell plan og koordinatorrollen. Den er primært rettet mot pasient, bruker og pårørende og kan lastes ned her: <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/brukerbrosjyre-individuell-plan-og-koordinator>.



Ditt liv, din plan

HVA ER ÅPEN TILGANG?

Offentlig finansierte forskningsfunn bør være åpent tilgjengelige på nett. Forskerne bør beholde rettighetene til sine vitenskapelige artikler. Dette er to sentrale punkter i «Open Access».

Denne artikkelen og reportasjen på de neste sidene er et samarbeid mellom tre tidsskrifter og trykkes i Ergoterapeuten, Fysioterapeuten og Bioingeniøren.

Av Kristin Straumsheim Grønli

Publisering koster penger. Dersom tidsskriftene ikke skal ta betalt gjennom abonnementer, må pengene komme fra et annet sted. Løsningen man ser for seg i Plan S, er å flytte pengestrømmen slik at forskningsmiljøet må betale for å publisere. Det er ingen global enighet om hvilken form for åpen tilgang som skal være normen. Dette er de viktigste variantene:

Hybrid: Mange abonnements-tidsskrifter tilbyr å gjøre artikkelen fritt tilgjengelig på nettsidene sine mot at forskeren betaler en avgift. Mange forvaltningsorganer for forskning har sett seg lei på dette,

fordi kostnadene kommer i tillegg til de dyre abonnementene.

Grønn: En publisert forskningsartikkel legges også i et åpent vitenarkiv, ofte kalt egenarkivering. Det kan være arkiv som forskningsinstitusjonene drifter selv, eller internasjonale fagarkiv. Mange abonnements-baserte tidsskrifter tillater ikke dette før seks til tolv måneder etter publisering.

Gull: Åpen tilgang på tidsskriftets nettsider, finansiert gjennom publiseringsavgifter. De største forlagene har allerede en rekke slike tidsskrifter. Mange utgis under Creative Commons-lisenser

(CC-lisenser) eller andre åpne lisenser.

Platina (også kalt diamant): Åpen tilgang med både gratis tilgang og gratis publisering. Kostnadene dekkes gjennom frivillig arbeid, donasjoner, subsidier, tildelinger eller lignende. Artiklene publiseres gjerne med den mest fleksible rettighetslisensen, CC BY, som tillater en rekke former for bruk og gjenbruk av arbeidet (inkludert kommersiell).

Kilder: openaccess.no, NTNU Kunnskapsbasen og rapporten *Veiskille for åpen tilgang til forskningsresultater* (Carling m.fl., 2018).



ENDELIG DEBATT OM ÅPEN TILGANG TIL FORSKNING

Av Kristin Straumsheim Grønli

Europeiske forskningsråd skulle sette en støkk i forlag som tjener store penger på å publisere forskningsartikler. Planen deres ga også mange forskere bakoversveis.

I september 2018 viste en koalisjon av europeiske forskningsråd, inkludert det norske, at det var slutt på tålmodigheten med de store forlagene. Utviklingen mot åpen tilgang hadde gått for tregt.

For å få fart i sakene lanserte rådene en ny plan, Plan S, som krever at forskerne publiserer åpent fra 2020 (se faktaboks side 12).

– De store forlagene har uttalt at de ønsker overgang til åpen publisering, men at de trenger tid. Det budskapet har vi hørt i 15 år. Nå må vi få fortgang, sier John-Arne Røttingen, direktør i Norges forskningsråd.

Sammen med forsknings- og høyere utdanningsminister Iselin Nybø (V) frontet han planen i norske medier.

SINTE FORSKERE

Til tross for universitets- og høyskolesektorens ellers massive tilslutning til åpen tilgang var planen lite populær blant forskerne.

– Dette er det verste forskningspolitiske utspillet jeg har sett, sa nobelprisvinner Edvard Moser til Universitetsavisa i begynnelsen av november.

Han var langt fra alene om å være opprørt. Mange forskeres tolkning av planen var at kun gullstandarden for åpen tilgang (se artikkel forrige side) ville være tillatt, det vil si publiseringsforbud i 80-90 prosent av tidsskriftene og nærmest alle topptidsskriftene.

– Med denne drakoniske planen vil myndighetene ta kontroll over den vitenskapelige presse i 2020, skrev professor Kristian Gundersen i Khrono i september.

Frustrasjonen førte til et ras av kronikker og sinte utspill i alt fra universitetsaviser til riksdekkende medier. Mange fryktet en rasering av systemet for kvalitetssikring av forskning, samt problemer med å samarbeide med og rekruttere forskere fra land som ikke er med på planen.



Foto: Norges forskningsråd

– Spørsmålet om åpen tilgang til forskning har vært for lite drøftet i store deler av fagmiljøene, sier John Arne Røttingen, direktør for Forskningsrådet.



Foto: Torgir Melhus/Kavli Institute for Systems Neuroscience

– Plan S er et riktig initiativ, men det må implementeres på en måte som ikke gjør at det er forskningen som sitter igjen med svarteper, sier Edvard Moser, professor og leder for Kavliinstituttet for nevrovitenskap ved NTNU.

– PÅ TIDE

Det er likevel ikke forskerne som setter seg ved forhandlingsbordet for å sikre at forlagene følger opp lovnadene om overgang til åpen tilgang. Det er heller ikke forskerne som må ta seg av forlagenes regninger. Begge deler håndteres av forskningsinstitusjonenes bibliotekarmiljøer, universitetsledelsene og ulike forvaltningsorganer.

Her finner vi en lang rekke aktører som har engasjert seg i diskusjonen om åpen tilgang over mange år.

– Endelig har forskerne kommet på banen, og endelig får vi en reell debatt om åpen tilgang, sier Vidar Røeggen, seniorrådgiver i Universitets- og høyskolerådet (UHR) og sekretær for UHR-Publisering.

«Open Access»- eller «åpen tilgang»-bevegelsen startet allerede på 1990-tallet, da internett ble utbredt. Teknologien gjorde at forretningsmodellen til de papir- og abonnementsbaserte vitenskapelige tidsskriftene havnet under press – litt på samme måte som tradisjonelle forretningsmodeller i andre bransjer.

Forlagsbransjen har likevel klart å stritte imot de mest omveltende endringene innen vitenskapelig publisering.

cOAlition S og Plan S

Flere europeiske forskningsråd med støtte fra EU-kommisjonen og det europeiske forskningsrådet (ERC) startet initiativet cOAlition S i 2018. Koalisjonen jobber for å gjøre forskningspublikasjoner åpent tilgjengelige for alle.

Plan S ble lansert i september og slo fast at forskning finansiert av koalisjonens medlemmer skal være åpent tilgjengelig fra 1. januar 2020. Forskerne må dessuten beholde opphavsretten. I november lanserte koalisjonen en rettleider for implementering av Plan S.

Så langt har forskningsråd i disse landene gått med i cOAlition S: Østerrike, Finland, Frankrike, Irland, Italia, Luxembourg, Nederland, Norge, Polen, Slovenia, Sverige og Storbritannia. I tillegg har tre forskningsfond blitt med: Wellcome Trust, Bill & Melinda Gates Foundation og Riksbankens jubileumsfond.

Kilde: coalition-s.org

MONOPOLET

Flere av de største forlagene kritiseres for høye profittmarginer. Elsevier hadde for eksempel en profitt på 37 prosent i 2017, ifølge RELX-gruppens årsmelding.

– Totalt bruker norske institusjoner rundt 350 millioner kroner på slike abonnementer hvert år, forteller Katrine Weisteen Bjerde, fungerende direktør for forskningstjenester i Direktoratet for IKT og fellestjenester i høyere utdanning og forskning (Unit).

De samlede offentlige FoU-bevilgningene i Norge er på 35,4 milliarder kroner, så abonnementsavgiftene på vitenskapelige tidsskrifter utgjør omtrent én prosent av dette.

– Det største problemet er ikke pengene, men monopolet de store forlagene har. Det hindrer åpen tilgang, fordi forlagene fortsetter å kreve at forskerne gir fra seg rettighetene til artiklene sine, sier Bjerde.

For tiden leder hun forhandlinger med fire av de største forlagene: Elsevier, Springer Nature, Wiley og Taylor & Francis. Målet er å få til konsortieavtaler på vegne av universitetene, instituttene og bibliotekene.

STYRKET POSISJON

Unit stiller blant annet krav om at det som publiseres av norske forskere, skal gjøres åpent tilgjengelig. Det siste året har denne forhandlingsposisjonen blitt betydelig styrket.

Bjerde forklarer at dette har to årsaker. For det første samlet rektorene i Universitets- og høyskolerådets styre seg om en støtteerklæring til forhandlingsstrategien, og sa de var villige til å gå fra forhandlingsbordet. Det hadde de ikke åpnet for tidligere.

– I tillegg ser vi en tydelig effekt av Plan S. Håpet er at internasjonal samkjøring, hvor stadig flere land stiller seg bak de samme kravene, vil føre til at mer og mer innhold blir åpent tilgjengelig. Til slutt må forlagene snu tidsskriftene til full åpen tilgang, sier Bjerde.

Likevel mener også hun at det aller beste med Plan S er at den har fått forskerne på banen.

– Forskerne har mye mer makt overfor de store forlagene enn de ser ut til å skjønne selv, men det har vært merkelig stille fra dem frem til nå. Jeg tror ikke de har opplevd at åpen tilgang-bevegelsen har hatt så mye å si for dem så langt, sier Bjerde.

– Jeg er ikke enig i at forskerne har så mye makt som Bjerde påstår. Uten klare alternativer til dagens publikasjonskanaler er det ikke så mye vi kan gjøre



Foto: Studio Vest/Stine

– Vitenskapelig publisering er et system som har utviklet seg over veldig lang tid. Jeg tror ikke Forskningsrådet hadde tenkt gjennom alle konsekvensene av Plan S, sier Kristian Gundersen, professor ved Institutt for biovitenskap ved UiO.



Foto: Privat

– Det er nødvendig med et sjokk i systemet for å få til overgangen til åpen tilgang, sier Alex Hansen, fysikkprofessor ved NTNU.



Foto: Kristin Ebne

– Plan S har bidratt til å få debatten om åpen tilgang ut av biblioteket og over til forskerne selv, sier Vidar Røeggen, seniorrådgiver i Universitets- og høyskolerådet.

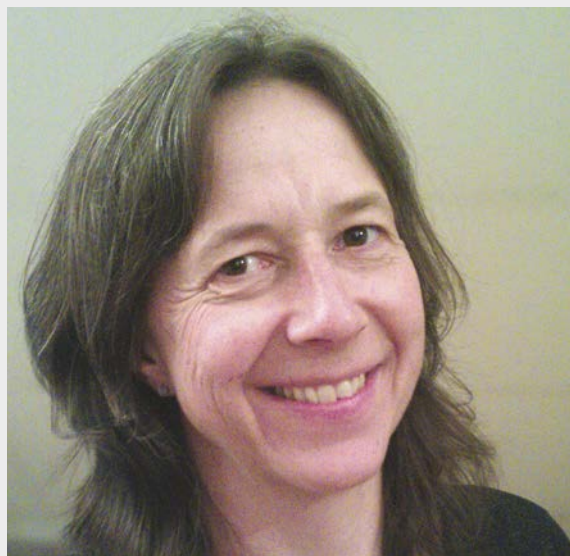


Foto: Privat

– Overgangen til åpen tilgang er ikke noe man kan sette seg ned og planlegge i detalj. Man må sette i gang en bevegelse og reagere etterhvert, sier Katrine Weisteen Bjerde, fungerende direktør for forskningstjenester i Unit.

uten å ramme oss selv, kommenterer Moser, som er professor ved NTNU og leder Kavliinstituttet for nevrovitenskap.

TOK SELVKRITIKK

Både Bjerde og Røttingen deltok på en serie debattmøter ved landets store universiteter i desember. Her møtte de mye motstand. Til slutt sa Røttingen at han tok selvkritikk, men ikke for Forskningsrådets posisjon.

– Forskningsmiljøene i Norge var ikke tilstrekkelig klar over målsetningene både universitetene selv og deres konsortier, UHR, departementet og Forskningsrådet har hatt. Om jeg hadde skjønnet dette, kunne vi gått i mye mer aktiv dialog i en tidlig fase, sier han.

Målsetningene Røttingen viser til, har utviklet seg over en periode på rundt 15 år. Åpen tilgang er omtalt i forskningsmeldinger siden 2005, og i langtidsplanen for forskning. I 2017, etter en høringsrunde, la

regjeringen frem nasjonale mål og retningslinjer for åpen tilgang innen 2024.

– Jeg tenker at dette tydeliggjør verdien av Plan S. Nå kommer åpen tilgang på dagsordenen og bidrar til en viktig bevisstgjøring rundt problemstillingene, sier Røttingen.

– NYTTIGE IDIOTER

Motstanden mot planen synes å være mindre i fysikkmiljøet enn innen mange andre fag. Fysikere har lenge hatt sterke åpen tilgang-tidsskrifter å publisere i. Alex Hansen er fysikkprofessor ved NTNU og ikke spesielt imponert over alle de negative reaksjonene på Plan S.

– Forskermiljøet har ikke tatt nok ansvar for å bidra til åpen tilgang, og mange forskere har ikke fulgt med i timen, sier han.

Hansen er selv sjefredaktør for åpen tilgang-tidsskriftet *Frontiers in Physics*. Utgiveren *Frontiers* har over 60 tidsskrifter på ulike fagfelt, alle med åpen tilgang. Artiklene som publiseres hos forlaget er de fjerde mest siterte i verden.

– Åpen tilgang er den eneste veien fremover, og jeg er forbauset over mange forskere som ikke har satt seg skikkelig inn i sakene. Jeg synes de opptrer som nyttige idioter overfor de tradisjonelle forlagene, sier Hansen.

Han er enig med Bjerde i at forskerne har mye mer makt enn de ser ut til å skjønne selv.

– Forlagene lever jo av forskerne, som gjør alt arbeidet. De skriver innholdet i artiklene, og de gjør fagfelle vurderingen, sier Hansen.

Han sammenligner den tradisjonelle forretningsmodellen med at det offentlige bekoster byggingen av en vei, for deretter å gi private selskaper rettigheter til å sette opp bommer langs den.

VEILEDER

Kritikken mot Plan S dempet seg betraktelig da forskningsrådskoalisjonen lanserte en veileder for implementering i slutten av november. Mange oppfattet den som en oppmyking av selve planen, fordi veilederen beskrev to veier til Plan S-kompatibel publisering i tillegg til gullstandarden.

Veilederen åpnet nemlig for publisering i abonnementstidsskrifter – enten gjennom egenarkivering eller i tidsskrifter med overgangsordninger:

For det første godkjennes publisering i abonnementstidsskrift dersom forskeren gjør en samtidig deponering og tilgjengeliggjøring av artikkelen i et åpent og søkbart arkiv, uten embargo og med åpen

lisens. Dette kalles også grønn åpen tilgang (se artikkelen «Hva er åpen tilgang?» side 10).

I tillegg godkjennes tidsskrifter med en overgangsavtale om åpen tilgang. Dette er den eneste muligheten for såkalt hybrid åpen tilgang, hvor forskere betaler en avgift for å åpne artikkelen på tidsskriftets nettsider. Muligheten gjelder frem til 2023 i det minste, da den skal revurderes.

Arbeidet med veilederen ble ledet av Røttingen. Han er ikke helt med på at den innebærer en oppmyking, men vedgår at det var behov for en tydeliggjøring. Gemyttene roet seg også fordi koalisjonen åpnet en høringsrunde – ikke om Plan S, men om rettlederen.

– EKSTREM PLAN

Edvard Moser setter pris på at Røttingen og Bjerde er åpne for dialog, og mener veilederen har gjort planen mye bedre. Han står fremdeles ved sine første utspill om den opprinnelige versjonen.

– Jeg synes man må si fra når man satser fremtiden til norsk forskning i kampen mot forlagene. Den opprinnelige planen var ekstrem og ville gitt forbud mot å publisere i 97 prosent av kvalitetstidsskriftene, sier han.

Han tror forslagene i veilederen kan bidra til å gjøre publikasjoner åpent tilgjengelige uten å risikere å ofre norsk forskning i denne kampen.

Kristian Gundersen er også til en viss grad beroliget.

– Det som nå ligger på bordet, er et langt bedre grunnlag for videre diskusjon, sier han.

KVALITET VS. KVANTITET

Både Moser og Gundersen mener likevel at det gjenstår viktige spørsmål, blant annet om hva som er den beste forretningsmodellen for vitenskapelige tidsskrift.

– Plan S ønsker å erstatte abonnementsbaserte tidsskrifter med publikasjoner finansiert av publiseringsavgifter. Min bekymring er at dette kan få profitthungrige tidsskrifter til å publisere flest mulig artikler for å tjene penger. Kvantitet over kvalitet tjener ikke forskningen, sier Moser.

– Alle er enige om at det allerede publiseres alt for mye dårlig forskning, sier Gundersen.

Fysikkprofessor og tidsskriftredaktør Hansen synes ikke dette er et godt argument.

– Det er ikke slik vitenskapelige tidsskrifter fungerer. Jeg ville i alle fall ikke funnet meg i press fra den kommersielle siden om å akseptere flere artikler.

Åpen tilgang er den eneste veien fremover, og jeg er forbauset over mange forskere som ikke har satt seg skikkelig inn i sakene.

Alex Hansen

Det vil være helt uetisk og rett og slett ødeleggende for tidsskriftet, som er avhengig av et godt rykte for å overleve, sier han.

Problemet med såkalte røvertidsskrifter, som forsøker å fremstå som vitenskapelige, men i virkeligheten har svært dårlig kvalitetssikring, karakteriserer han som en barnesykdom på et nytt marked.

– Røvertidsskriftene vil ikke overleve. Det er ingen seriøse forskere som publiserer slike steder. Det er forferdelig enkelt å se hva som er et røvertidsskrift, og hva som ikke er det, sier Hansen.

FORKLARER

For Moser er det fremdeles mange grunner til å være bekymret over å bli utestengt fra de beste tidsskriftene.

– De beste tilbyr de strengeste systemene for fagfellevurdering. Det vil ta lang tid for nye åpen tilgang-tidsskrifter å opparbeide nok prestisje til å lokke til seg de beste fagfellene, sier han.

Moser understreker dessuten at dagens beste abonnementstidsskrifter også tilbyr en journalistisk del hvor artikler debatteres og analyseres – og ikke minst forklares for et bredere publikum, inkludert forskere på tilgrensende felter.

– Dette gjør at man når ut bredere og er en viktig motivasjon for å få artikler publisert i disse tidsskriftene, sier han.

Røttingen understreker at kravene i Plan S ikke gjelder for denne typen innhold.

– De store tidsskriftene kan fortsette med abonnementssystemer for innhold som ikke er innsendt forskning, sier han.

Moser påpeker at de beste tidsskriftene publiserer få artikler i hver utgave, for eksempel 15-20 i Nature og Science.

– Det er vanskelig å se hvordan publiseringsavgiftene alene skal kunne finansiere dem. Det er mulig at de beste kan holde seg i live basert på nevnte tilleggstjenester. Åpningen for slike abonnementstjenester bør i alle fall tydeliggjøres i Plan S, sier Moser.

Støtte fra Kina

I begynnelsen av desember 2018 kom det uttalelser fra bibliotekarer og finansører i Kina om at de støtter Plan S. Det er Kinas National Science Library, National Science and Technology Library og Natural Science Foundation of China som har uttrykt sin støtte til det europeiske initiativet. Uttalelsene kom under en konferanse i Berlin arrangert av det globale initiativet Open Access 2020.

Kilde: Nature





NAVN
Ann-Elin Freland
STILLING
Nærmiljøkoordinator
HVOR
Grünerløkka

Jobber som nærmiljøkoordinator

Av Else Merete Thyness

– Hvor jobber du?

– Jeg jobber i bydel Grünerløkka, på Haven aktivitetshus, som er et nærmiljøtilbud på nedre Grünerløkka. Det er lokalisert i en stor kommunal bygård med rundt 200 beboere. Haven er et lavterskeltilbud for beboerne og bydelens innbyggere forøvrig. Det ble startet som et tre-årig prosjekt i 2015 med tittelen «En aktiv og inkluderende hverdag». Nå er det en del av ordinær drift, og har hatt en fin vekst med økt antall aktiviteter og cirka 70-80 besøkende hver måned.

– Hva jobber du som?

– Jeg startet som prosjekt-koordinator, men endret det til nærmiljøkoordinator etter at prosjektperioden var over.

– Hvor lenge har du hatt jobben?

– Jeg har jobbet med Haven aktivitetshus som prosjekt fra januar 2015, men da ved siden mine andre arbeidsoppgaver som bo-oppfølger og psykisk helse-arbeider. Fra april 2016 har jeg hatt en 100 prosent stilling på Haven. Jeg startet opp som vikar for ergoterapeut i 2013, da jeg var nyutdannet ergoterapeut, og har vært i bydel Grünerløkka i til sammen snart fem og et halvt år.

– Hva er de viktigste arbeidsoppgavene?

– Som koordinator har jeg ansvaret for daglig drift av aktivitetshuset, for å utvikle tilbudet i tråd med innbyggernes behov og ønsker og være til stede for deltakerne når de trenger hjelp og støtte. Aktiviteter på Haven holdes av både interne og eksterne. Vi har ambisjoner om at tilbudet skal være bredt og appellere til flest mulig, samtidig som vi ser at enkelte aktiviteter bør avgrenses til mindre grupper. Eksempler på aktiviteter er matlaging, treningsgrupper, leksehjelp og musikkterapi. Vi har også mer fri aktivitet der det er åpent for å bare ta en kaffe eller et slag biljard. Vi samarbeider med OsloMet og har ergoterapistudenter i praksis i bydelen tre ganger i året. De har da i oppgave å lage egne aktiviteter på Haven én dag i uka.

Det er rekruttert en gruppe frivillige blant bygårdens beboere. De har hatt et ønske om å kunne bidra med noe og få bruke sine ressurser. En viktig oppgave for meg er da å legge til rette for at de skal kunne utføre oppgaver ut ifra sine ressurser og begrensninger.

– Hvordan får du brukt ergoterapikompetansen din?

– En grunntanke ved oppstart av prosjektet var å legge til rette for aktivitet og deltakelse. Ved å se på beboergruppen generelt, som var preget av sosial isolasjon og mye passivitet, så vi at det var behov for å etablere et møtested med få krav, men stor åpenhet. Vi skapte et sted der man kan komme og bare sette seg i en krok og være tilskuer, men der vi likevel oppfordrer og legger til rette for deltakelse. For mange som er i en sårbar situasjon, med begrenset nettverk og sosial kontakt, er det et viktig steg for deltakelse i samfunnet å komme seg ut blant andre mennesker. Da er man plutselig en del av et sosialt fellesskap, og så kan den mer aktive deltakelsen komme litt etter hvert, når man er klar for det.

– I utgangspunktet kan alle som ønsker det, bli frivillige på Haven, selv med funksjonsnedsettelse av ulike karakterer. Det er da viktig å ha kompetanse på å tilrettelegge og gradere oppgavene til hver enkelt, slik at de har mulighet til å delta på sine premisser. Frivilligordningen er med på å gi personer en verdsatt rolle som kan bidra til mestring, følelse og mening i hverdagen for mange. Dette åpner også for en mulighet til økt brukerstyring.

Jeg har både ubevisst og med stor bevissthet brukt kompetansen min som ergoterapeut ved utvikling av Haven aktivitetshus. Jeg legger kanskje ikke så mye merke til det i hverdagen, men det ligger alltid i bakhodet og former måten jeg jobber på.

– Er det viktig at en ergoterapeut har denne jobben?

– Jeg har hatt bruk for mye av kompetansen min i utviklingen av Haven aktivitetshus. Det er et



Haven aktivitetshus er et nærmiljøtilbud i bydel Grünerløkka i Oslo.

område der jeg mener at mange elementer i faget vårt er viktige. Vi har fokus på ressurser, mening og mestring. Jeg bruker tankegangen om sammenheng mellom person, omgivelser og aktivitet for å skape et inkluderende miljø og bidra til sosial deltakelse og nettverksbygging. Jeg anser vår kompetanse som svært aktuell i denne type arbeid og tror tilbud som dette kan bli mer aktuelle fremover. Trenden er at vi åpner for mer recovery-fokus og snur tankegangen i helsevesenet fra å tenke bare omsorg til også å tenke mestring. Jeg mener det er viktig at vi som ergoterapeuter tør å utforske, se litt utenfor de tradisjonelle stillingene og omfavne og være trygge på kompetansen vår. Da vil vi stå sterkt som faggruppe og vise oss

uunnværlige i utviklingen av det moderne helsevesenet.

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

– Å jobbe med dette prosjektet har vært spennende og utfordrende. Det å skape rom for at mennesker kan komme sammen, få muligheten til å være en del av et fellesskap og kunne få en hverdag preget av vennskap og mestring framfor sykdom og ensomhet, er noe jeg virkelig brenner for. Dette har Haven aktivitetshus blitt. Samtidig har jeg fått være med på å etablere et tilbud helt fra starten, noe som har lært meg mye om planarbeid, organisering og samarbeid med ulike aktører. Jeg trives godt med å kunne være

kreativ i jobben min og få vise at ergoterapeutkompetansen er nyttig på mange ulike områder. Jeg har vært heldig som har fått muligheten til å utvikle et tilbud som er preget av min fagbakgrunn med fokus på menneskers ressurser, aktiviteter og deltakelse.

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

– Jeg både anbefaler og oppfordrer til å tenke bredere rundt hvilke stillinger ergoterapeuters kompetanse kan brukes i. Det kan være med på å styrke faget vårt og åpne mange nye dører, ikke bare for den enkelte, men også for oss som faggruppe. Dette tror jeg også samfunnet vil profitere på.

En viktig likestillingskamp

Av Marianne Knudsen

Likestillingskamper er mye likere enn det man tror. Det handler om perspektiv. Jeg er bare nitten år, men jeg velger å tro at jeg vet en del. Derfor håper jeg at du vil bruke litt av din tid på mitt perspektiv, og at det kan påvirke ditt eget. Jeg håper nemlig at du vil ta del i denne viktige likestillingskampen sammen med meg.



Marianne Knudsen er første nestleder i Norges Handikapforbunds ungdom.

All diskriminering har opp gjennom tidene startet med at en gruppe mennesker lar noen andre definere hvem de er, og at du som en del av en minoritetsgruppe begynner å tro på andres oppfatning av hvordan du selv er.

Du begynner å tro på merkelappene som har blitt satt, uten å definere dine egne og skape din egen identitet. Men det er håp. Samtidig som diskriminering tar form og påvirker hverdagen, starter også en likestillingskamp. Denne likestillingskampen starter når du slutter å akseptere at andre definerer deg fordi du er en del av en gruppe, men forstår at du selv må definere hvem du er. Så fort du skjønner at det ikke er deg det er noe galt med fordi du er annerledes, og at diskriminering er et samfunnsproblem, har du tatt et viktig steg.

Jeg er en del av en minoritet fordi jeg har en funksjonsnedsettelse, eller en funksjonsvariasjon, som jeg liker å kalle det. En funksjon som varierer fra normen. Noen har briller, noen har dysleksi, noen har blondt hår, og andre har rødt. Jeg sitter i rullestol. Mennesker med funksjonsnedsettelser er en del av likestillingskampen, men likestil-

lingskampen til mennesker med funksjonshemming blir ofte en usynlig kamp.

Hvorfor er det slik?

Det handler om perspektiv. Hva er egentlig diskriminering? Diskriminering er som oftest usynlig. Det er ikke alltid tydelig at noe er galt. Mye diskriminering foregår uten at vi tenker over det. Det er akkurat den diskrimineringen som er så vanlig at vi ikke legger merke til den, som vi må passe oss for og samtidig være bevisste på.

Under raseskillet i Sør-Afrika ble en mørk mann spurt: «Hvorfor drakk du ikke bare av den fontenen som var for de hvite?» «Fordi det var helt utenkelig», svarte han.

Når du sier til en seksåring med en funksjonsvariasjon at: «Det er mye bedre for slike som deg å gå på en skoleskole», da fratar du et barn muligheten til utdanning på grunn av noen funksjonsforskjeller. Kanskje med tanken om at «det er det beste for barnet». Du begrunner diskriminering i omsorg. At det er galt eller diskriminerende i seg selv, er ganske så utenkelig.

Ser dere likheten?

På samme måte som at kvinner ble sett på som mindre

intelligente, på samme måte som homofili ble sett på som en diagnose, blir du sett på som syk hvis du har en funksjonsnedsettelse. Det er noe galt med deg, og du avviker fra normen om hvordan du bør være og hvordan et menneske ønsker å være. Du innfrir ikke forventningene. Hvis du først blir sett på som syk, da blir du også sett på som feil. Hvis du har en funksjonsnedsettelse som ikke går over, da passer du ikke inn.

Men jeg er ikke feil. Jeg er meg i full prakt med min funksjonsnedsettelse, og jeg er like fantastisk som alle andre mennesker, uansett om de har briller, blondt hår, rødt hår, er høye eller korte. Du er et menneske, og jeg er et menneske. Vi lever i et samfunn som vi begge kan være med å skape.

Hvilket samfunn vil vi ha?

Diskriminering av ulike grupper har noen kjennetegn: utestenging, usynliggjøring, undertrykkelse og kontrollering. Vi opplever undertrykkelse ved at funksjonshemmede for eksempel ikke er godt nok representert i maktorganisasjoner. Vi opplever kontrollering fordi vi er avhengige av assistanse, og kommunen måler hvor mange minutter vi bruker på å lage middag, gå på do og dusje. Mange får ikke lov til å reise utenfor kommunen sin eller reise på ferie. Diskriminering er forankret i frykt, fordommer og forakt. Ofte sier jeg at funksjonshemmede slåss mot puter, det er ingen offisielle forbud. Det blir som å si «Bare kom, men du er ikke velkommen», eller «Vi serverer bare hvite». Det står ikke at det er forbudt med rullestol, men du kommer ikke opp trappen.

Vi trenger at noen står opp og sier ifra, men flertallet av funksjonshemmede står ikke på



– Vil dere delta i en viktig likestillingskamp med meg? spør Marianne Knudsen.

barrikadene. Vi kjenner på et ubehag. Det er ubehagelig å se i hvitøyet at du ikke har de samme mulighetene som andre. Du føler deg sytete, klagete og som et offer. Men det er ikke noe galt med oss fordi om vi har en funksjonshemming. Det er samfunnsskapte barrierer som skaper hemningen. Derfor er du aldri et offer fordi du sier ifra, selv om mange føler det sånn.

Vi har fått til mye gjennom likestillings- og diskrimineringsloven: krav om universell utforming, brukerstyrt personlig assistanse og ulike velferdsordninger. Samtidig – i dag – er det vanlig med busselskaper som sier at de ikke har plass til en med rullestol, fordi koffertene er viktigere. Folk ser ikke at funksjonshemmedes kamp handler om likeverd, likestilling og muligheter. Vi har hørt politikere si «vi kan ikke ha tillit til den komiteen (rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne) – den består jo bare av funksjonshemmede».

Hvorfor tillater vi det?

Fordi også funksjonshemmede ser på seg selv som ikke bra nok. Ungdommer helt ned i tolvårsalderen tenker at det er noe galt med dem. De ser på seg selv som syke, at de har feil som skal repareres, som tjenestemottakere. De oppfatter seg selv som «noe» som er dyrt og krevende. Selv om sannheten er at alle er annerledes på en eller annen måte.

Vi vet at likestilling koster penger. Det kostet å bygge barnehager nok, men det var samfunnsøkonomisk, så det var verdt satsningen. Mennesker med funksjonshemming kan ikke kreve full frihet, det blir for mye. Som tjenestemottakere har ikke vår kamp noe med likestillingskampen å gjøre, eller har den det? Det er vårt samfunn! Det handler om perspektiv. Det er en kamp vi ikke kan føre alene. Hvis vi ønsker oss et samfunn for alle, er dette en kamp vi må være sammen om.

Det handler om å drømme stort nok. I 2030 går alle av bussen når noen ikke kommer på.

En veiledning for tillitsvalgte ved kommunesammenslåinger

Veiledningen tar utgangspunkt i kravene hovedavtalen i KS stiller til gjennomføringen av omstillinger. Hovedhensikten er at denne fremstillingen skal være til konkret støtte for de tillitsvalgte som står midt oppe i prosesser der siktemålet er sammenslåinger av kommuner.

Av Berit Førli



Berit Førli er advokat i Ergoterapeutene.

Det fremgår av hovedavtalen at de tillitsvalgte skal tas med på råd tidligst mulig, samt at partene lokalt skal drøfte behovet for antall tillitsvalgte og frikjøptressurser, blant annet muligheten for ytterligere ressurser. Hensikten er at de tillitsvalgte skal gis tid og anledning til å komme med synspunkter før beslutninger treffes.

Hovedavtalen sier flere steder at tillitsvalgte skal tas med på råd tidligst mulig. Hva som er «så tidlig som mulig» må avgjøres ut fra omstendighetene i det enkelte tilfelle. I et hefte fra KS (2015) heter det følgende:

«For at de tillitsvalgte skal få en reell påvirkningsmulighet, skal de gis anledning til å komme med sine synspunkter før arbeidsgiver treffer en beslutning. Tillitsvalgte kan komme med ytterligere opplysninger, slik at arbeidsgiver får et bedre grunnlag til å ta avgjørelser. Informasjon må gis slik at det er mulig for de tillitsvalgte å sette seg inn i saken, foreta passende undersøkelser, vurdere saken og forberede drøftinger. Normalt vil det derfor gå noe tid fra de tillitsvalgte er informert, til drøfting kan skje og beslutning deretter kan tas.»

Ansattes behov for relevant og aktuell informasjon er ekstra stort i en slik prosess, og de tillitsvalgte vil i større utstrekning delta i møter, arbeidsgrupper og utvalg. Dette innebærer at de tillitsvalgte har behov for mer tid til kontakt med medlemmene og til å sette seg inn i saksdokumenter.

De tillitsvalgte må bli representert i de utvalg og fora der kommunereformen blir behandlet, og der det er naturlig at de er med. Det omfatter både eksisterende utvalg og fora og opprettelsen av nye.

Det å ta medbestemmelse og det øvrige partssamarbeidet i aktiv bruk for å fremme profesjonsfaglige argumenter vil styrke rammene for faglig yrkesutførelse.

Uformell påvirkning er i tillegg en viktig kanal for å få gjennomslag for våre standpunkter. Godt samarbeid med andre forbund i Unio kan dessuten øke slagkraften. Jevnlig kontakt med organisasjoner kan også være viktig.

Forskning viser tydelige indikasjoner på at jobbstress og jobbkrav øker ved omstilling. Virksomheter som setter av tilstrekkelig tid både til omstillingsprosessen og til ordinær drift i alle

faser av omstillingen, vil bidra til å fremme sunne og vellykkede omstillingsprosesser (Arbeidstilsynets publikasjoner best. nr. 590: «Omstilling? Har du husket det viktigste?»).

MEDLEMSINFORMASJON

Arbeidsgiver har fortsatt hovedansvar for å informere de ansatte, og de tillitsvalgte må påse at dette ansvaret følges opp. Mangelfull, for sen eller ubalansert informasjon skaper mistillit. Den informasjon som de tillitsvalgte skal gi, er et supplement til arbeidsgivers informasjonsplikt.

OPPSIGELSESFORBUD

En sammenslåing av to eller flere kommuner vil være en virksomhetsoverdragelse i arbeidsmiljølovens forstand (kap. 16). Dette innebærer at arbeidstakernes individuelle rettigheter og plikter

overføres til den nye kommunen. De ansattes lønns- og arbeidsvilkår overføres til den nye arbeidsgiveren.

Ny arbeidsgiver er bundet av tariffavtale som de aktuelle ansatte var tilknyttet på overføringstidspunktet. En virksomhetsoverdragelse er ikke i seg selv grunn for oppsigelse av arbeidstakeren og vil være usaklig.

En måte å skape trygghet for de ansatte er å utarbeide omstillingsavtaler som utdyper rettigheter som påhviler arbeidsgiver, de tillitsvalgte og ansatte i forbindelse med omstillingsprosessen.

HARMONISERING AV RETTIGHETER

Når en skal harmonisere lokale avtaler (reglement, retningslinjer og rutiner) ved sammenslåingen av kommuner, bør en satse på å få tilslutning til den beste avtalen.

Det må i alle fall være en hovedregel at ingen går ned i lønn.

ARBEIDSGIVERES SYNSPUNKTER

Det vil være nyttig for de tillitsvalgte å få innblikk i synspunkter på arbeidsgiversiden.

KS har utarbeidet heftet «Arbeidsrettslige spørsmål som oppstår ved kommunesammenslåinger». Denne ligger på nettsiden til KS (<https://www.ks.no/globalassets/fagomrader/forskning-og-utvikling/verktoy/hefte-om-arbeidsgiverpolitikk-ved-kommunesammenslain-ger.pdf>).

KS har også laget heftet «Arbeidsgiverpolitikk i kommunesammenslåinger», som er utarbeidet av Deloitte (2015). Denne finnes også på nettsiden til KS (<https://www.ks.no/fou-sok/2014/144031/>).

ADL-TAXONOMIEN I ERGOTERAPEUTENES NETTHANDEL

ADL-Taxonomien er et vurderingsverktøy og en systematikk for å beskrive evnen til å gjennomføre hverdagslige aktiviteter. Verktøyet har blitt utgitt av Sveriges Arbetsterapeuter siden 1991, og er siden den gang et av de mest distribuerte og benyttede verktøyene blant Sveriges ergoterapeuter. Vurderingsverktøyet kan benyttes i ulike settinger med alle personer som har utfordringer med hverdagslivets aktiviteter.

ADL-Taxonomien er nå oversatt til norsk.

Heftet gir en innføring i utvikling, formål og anvendelse av ADL-Taxonomien. I tillegg til generell innføring i bruk av ADL-Taxonomien inneholder heftet beskrivelse og kartleggingsdiagrammer for barn, personer med synsnedsettelse og personer med psykisk funksjonsnedsettelse.

Pris kroner 400.



Hva tjener en ergoterapeut?

Av Brit-Toril Lundt

Ergoterapeutene gjennomfører årlige lønnsundersøkelser. Den er et nyttig verktøy for deg som medlem, våre tillitsvalgte og forbundet for øvrig.

Den årlige undersøkelsen gir oss mulighet til systematisk å følge medlemmenes lønnsutvikling over tid. Lønnsstatistikken er også av interesse for deg som medlem når du får et tilbud om ny jobb, skal fremme lønnskrav eller rett og slett vurdere din egen lønn opp mot andre sammenlignbare stillinger.

Tabellene som viser gjennomsnittslønn for de enkelte tariffområdene og ansiennitetsnivåene, ligger på nettsiden vår: www.ergoterapeutene.org.

INTERESSANTE FUNN

I tillegg til tabellene som viser gjennomsnittslønn, har vi også gjort noen andre interessante funn.

Medlemmene er mobile i arbeidsmarkedet. 41 prosent sier de har skiftet jobb de siste fire årene.

Forhandle lønn ved skifte av

jobb! Det lønner seg. 56 prosent har svart positivt på at de forhandlet lønn da de skiftet jobb. To tredjedeler av dem fikk høyere lønn! Andelen som fikk høyere lønn enn de først ble tilbudt, er stabil. Dette viser at det lønner seg å forhandle lønn ved ansettelse.

UTDANNINGSNIVÅ

60 prosent av medlemmene oppgir at de har relevant videreutdanning.

ARBEIDSTID

82 prosent av medlemmene arbeider fulltid. 18 prosent arbeider deltid. Cirka en tredjedel av dem som arbeider deltid, ønsker å utvide stillingsprosenten. Dette er på omtrent samme nivå som i tidligere år.

Ti prosent arbeider skift eller turnus. Her er det ingen endring fra 2017.

MIDLERTIDIG ANSATT

Vi registrerer en liten nedgang i midlertidige ansettelser. Ni prosent oppgir at de er i et midlertidig arbeidsforhold.

SVARPROSENTEN.

Undersøkelsen ble sendt ut til alle yrkesaktive medlemmer. Vi er svært glade for at svarprosenten er mye høyere enn i 2017. Det gjør statistikken enda mer representativ. Vi får håpe at denne tendensen fortsetter.

Husk at slike undersøkelser ikke blir bedre enn det dere gjør dem til gjennom å delta. Vi er avhengige av høyest mulig svarprosent hvis lønnsundersøkelsen skal være et egnet verktøy i medlemmenes lønnsarbeid ved skifte av jobb, sentrale og lokale forhandlinger samt andre former for lønnsarbeid. Det er faktisk dere som lager lønnsstatistikken når dere svarer på undersøkelsen.

LØNNSUNDERSØKELSEN 2018:

Maria vant gavekortet

Maria Solheim Økland, som arbeider i Lillehammer kommune, ble trukket ut som vinner av et gavekort på 1000 kroner. Gavekortet ble trukket ut blant de 1600 yrkesaktive medlemmene som deltok i Lønnsundersøkelsen 2018.

Vi takker alle medlemmer som deltok i lønnsundersøkelsen. Godt over halvparten av de som mottok undersøkelsen, besvarte den. Jo flere som er med, jo bedre blir kvaliteten på undersøkelsen. Når rapporten fra undersøkelsen foreligger, håper vi at resultatene blir brukt av både medlemmer og tillitsvalgte.



PUMA40

Puma 40 videreføres på ny kontrakt fra 15 mars

- Unik sete- og ryggløsning som gir optimal støtte og komfort
- Stort tilbehørsprogram
- Tilpasset og godkjent for bruk i bil
- Enkel betjening og suveren kjørekomfort inne som ute

Nye hodestøtter, ledsagerstyringer og annet tilbehør. Ta kontakt for visning og opplæring!

FULL KONTROLL



www.SunriseMedical.no

T: 66 96 38 00

E: post@sunrisemedical.no

IMPROVING PEOPLE'S LIVES®

NYHET!

Enklere forflytning med oppfellbart ratt som standard



RAPTOR

UT PÅ TUR

Raptor på ny kontrakt 15 mars

- Med flere funksjoner og muligheter
- Fortsatt like robust og sterk
- 2 størrelser og ulike seteløsninger
- Finnes i rød eller sort



SUNRISE
MEDICAL

www.SunriseMedical.no

T: 66 96 38 00

E: post@sunrisemedical.no





Dette bør du vite om røykvarsleren din!

Av Øivind Setnes

I fjor omkom det 39 personer i brann i Norge. Tidlig varslings øker sjansen for å redde seg ut i tide, og den viktigste livsforsikringen din er gjerne røykvarsleren.



Øivind Setnes er forebyggelsesekspert i Tryg Forsikring.

Men hvilken bør du kjøpe, hvor mange, hvor skal de plasseres, og når bør de skiftes ut? Hvert år redder røykvarslere mange liv, men mange vet ikke om de har en røykvarsler som virker. Det er bekymringsverdig.

Jeg har samlet svarene på de ti viktigste spørsmålene forsikrings-selskapet får om røykvarslere.

– Hva slags røykvarsler bør jeg velge?

– Det finnes to ulike røykvarslere på markedet, de ioniske og de optiske. De fleste branner starter som ulmebranner, for eksempel i sengetøy. En optisk røykvarsler kan oppdage ulmebrann vesentlig raskere enn en ionisk røykvarsler. Vi anbefaler derfor at de kjøper en optisk røykvarsler.

– Hvor mange røykvarslere trenger jeg?

– Minimumskravet er at du har én røykvarsler i hver etasje i din bolig og fritidsbolig. Jeg anbefaler at man har én per soverom og oppholdsrom, og at disse er seriekoblet. Ved et branntilløp vil alle slå ut samtidig, noe som øker sjansen for at man på nattetid våkner og kommer seg ut tidsnok.

– Hvor bør røykvarslerne plasseres?

– Røykvarslere skal monteres på det høyeste punktet i taket, minst en halvmetre fra veggen

– Hvor lenge varer batteriet i en røykvarsler?

– De fleste har utskiftbare batterier, andre har fastmonterte. I røykvarslere med utskiftbare batterier bør en skifte disse én gang i året, selv om de kanskje varer litt lenger.

– Krever en røykvarsler vedlikehold?

– Ja, støvpartikler som samler

seg i røykvarsleren, kan føre til ustabilitet. En tett røykvarsler har vesentlig dårligere egenskaper. Kom deg opp i gardintrappa og tørk av den.

- *Hvor ofte bør røykvarsleren sjekkes?*

- Sjekk den med testknappen én gang i måneden. Det anbefaler Brannvernforeningen og vi.

- *Kan en røykvarsler gå ut på dato?*

- Ja, røykvarslere har en utløpsdato. Om du ikke finner den, bør du teste varsleren regelmessig eller bytte den ut. Etter åtte til ti år går varsleren ut på dato. Da virker den dårligere og vil etter hvert slutte å fungere.

- *Hva bør man ellers ha i hjemmet?*

- Enkelt slukkeutstyr er viktig, og det må være lett tilgjengelig

og fungere. Det finnes mange typer slukkeutstyr på markedet, alt fra brannslanger, skumapparat og pulverapparat til slukkespray og branntepper. Sørg for at du har noe som fungerer og som du kan bruke.

- *Bør man ha brannøvelser hjemme?*

- Ja, arranger brannøvelser hjemme. Alle bør ha trent litt på hva man gjør dersom røykvarsleren utløses. Hvordan man kommer seg ut raskt. Halvparten av alle boligbranner oppstår om natten, så det er viktig å ha gått gjennom alt før noe skjer.

- *Kan det oppstå brann i strømkontakten?*

- Ja, det kan det. Det er mange branntilløp som skyldes feil i det elektriske anlegget. Man bør sjekke det årlig. Mange branner

i Norge kunne vært unngått om det elektriske anlegget hadde vært sjekket oftere.

HUSK FORSIKRING

Som medlem i Ergoterapeutene har du gode tilbud på forsikringer

- dette gjelder ikke minst innboforsikring. Har du ikke allerede innboforsikringen din gjennom Ergoterapeutene? Ring oss på telefon 22 05 99 15, så hjelper vi deg. Innboforsikringen er en kollektiv medlemsforsikring - det innebærer gode forsikringsvilkår til en meget god pris.

Du kan lese mer om forsikringstilbudet til ergoterapeutene på www.ergoterapeutene.org/forsikring.

Ergoterapeutenes innboforsikring leveres av Tryg Forsikring.

Bamse Produkter AS
Du har kunnskapen, vi har produktene.



- Barn og voksne
- Posisjonering
- Trening
- Behandling

For mer informasjon se:
www.bamseprodukter.no
www.hjelpemiddeldatabasen.no
Varekataloger og brosjyrer.



minitech
VARMEHJELPEMIDLER



Birgit Skarstein bruker varmhjelpemidler fra Minittech AS.

- Produsert i henhold til **direktivet for medisinsk utstyr**.
- Kan **tilpasses** etter brukerens behov.
- Leveres med markedets **letteste** batteripakke.
- Har innsydd varmetråd som gir **jevn varmfordeling**.
- Kan søkes om og dekkes via **NAV hjelpemiddelsentral**.

www.minitech.no | +47 625 77 800 | mail@minitech.no

Prosjekt Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold

Av Tone Authen



Tone Authen er ergoterapispesialist i allmennhelse. Hun arbeider som ergoterapeut i Prosjekt Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, tilknyttet Tverrfaglig vurderingsteam. Prosjektet er lokalisert ved Indre Østfold Lokalmedisinske Kompetansesenter i Askim. Hun arbeider også som ergoterapeut i Askim kommune. E-postadresse: tone.authen@iomk.no

Sammendrag

I 2016 ble det etablert et interkommunalt rehabiliteringsprosjekt i 7 kommuner i Indre Østfold. Hovedmål var å utvikle og styrke kommunal rehabilitering og prøve ut innovative løsninger som kunne ha nasjonal overføringsverdi. Prosjektet er finansiert over statsbudsjettet, og eies av Helsehuset Indre Østfold Medisinske Kompetansesenter. Helsedirektoratet har oppfølgingsansvar, og prosjektet har egne følgeforskere.

Artikkelen presenterer prosjektet med hovedvekt på de innovative prosessene, - samarbeidsrutiner, teknologi og samfunnsperspektiv. Et tverrfaglig vurderingsteam som er igangsatt, vil bli beskrevet spesielt.

Artikkelen ble ferdig skrevet og levert i august 2018. Utvikling og endringer som har skjedd i prosjektet etter dette, er derfor ikke beskrevet i artikkelen.

Nøkkelord: Kommunal rehabilitering, Tverrfaglig vurderingsteam, rehabiliteringsteknologi, samfunnsbasert rehabilitering.

Det foreligger ingen interessekonflikter knyttet til manuskriptet.

Introduksjon

Våren 2016 etablerte Helsehuset - Indre Østfold Kompetansesenter IKS prosjektet Innovativ Rehabilitering (1), også kalt «Askim-prosjektet». Helsehuset er et interkommunalt selskap som eies av kommunene Hobøl, Spydeberg, Trøgstad, Skiptvet, Eidsberg, Marker og Askim. Samlet har disse kommunene cirka 52 000 innbyggere (Figur 1).

Som en del av prosjektet ble det fra august 2017 startet en pilot med Tverrfaglig vurderingsteam. Teamet skal jobbe ambulant i de syv kommunene.

Hovedmålet med prosjektet er å styrke kommunal rehabilitering. Dette omhandler både teknologi som er relevant for rehabilitering, løsninger for samhandling og trening, samt hvordan ressurser i lokalsamfunnet bedre kan integreres i rehabiliteringsprosessene. Prosjektet ser også på hvordan samarbeidsrutiner kan bedres, både internt på kommunenivå og mellom tjenestenivåene.

Helsedirektoratet er oppdragsgiver, og prosjektet er ment å skulle ha nasjonal overføringsverdi når det gjelder interkommunal rehabilitering. Prosjektet har fått direkte bevilgninger over statsbudsjettet for 2016, 2017 og 2018 med fem millioner kroner per år. Krav og anbefalinger i «Veileder for rehabilitering, habilitering og individuell plan og koordinator» (2) ligger til grunn for arbeidet i prosjektet.

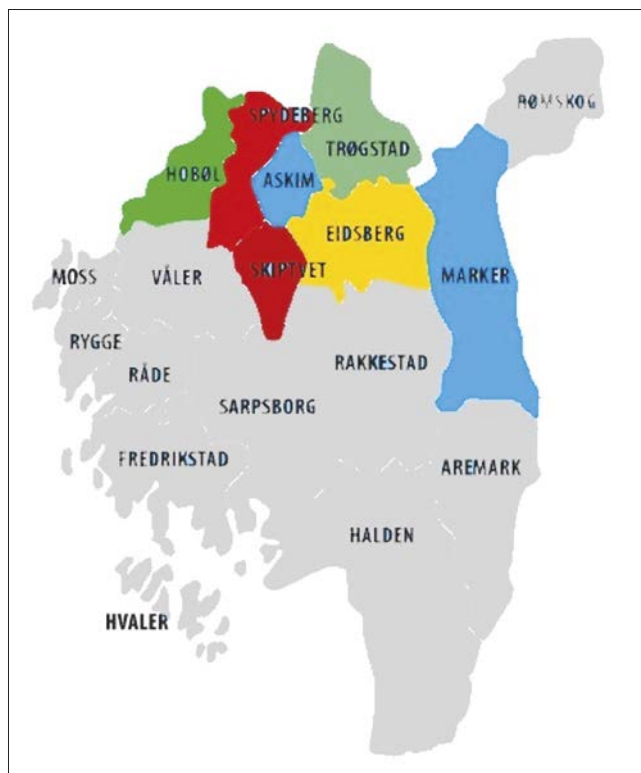
Følgforskere fra Universitetet i Sørøst-Norge har vært tilknyttet prosjektet fra starten. Prosjektet rapporterer årlig til Helsedirektoratet, der følgeforsker-rapport inngår.

Generell forståelse av rehabilitering

Den egentlige betydningen av begrepet rehabilitering er å «gjeninnsette i verdighet». Målet er at den enkelte skal ha best mulig funksjon og mestring i eget liv og i samfunnet, noe som handler om både livskvalitet og verdighet. For å nå målet vil det være behov for innsats fra andre samfunnsområder enn bare helsetjeneste. Ofte kan disse være vel så viktige, noe som ikke minst gjelder i kommunal rehabilitering (3).

Prosjektet fokuserer blant annet på dette, men tydeliggjør også at nye måter å organisere rehabilitering på vil være nødvendig for å sikre tjenester av god kvalitet.

I Stortingsmelding 21 1998/99: «Ansvar og mestring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk» (4) ble rehabilitering tydelig definert. Tilknyttet denne meldingen kom også en forskrift om rehabilitering, som er revidert og utvidet i årene etterpå



Figur 1 : Østfold fylke og kommunene som omfattes av prosjektet.

(5). Stortingsmeldingen beskrev rehabilitering som tidsavgrensede og planlagte prosesser der flere aktører samarbeider om å gi nødvendig bistand til bruker for å oppnå best mulig funksjon og mestring, selvstendighet og deltakelse.

Helse- og omsorgsdepartementets «Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017-2019)» (6) definerer at rehabilitering inkluderer alle som har behov for å bedre eller vedlikeholde funksjonsevnen. Fra første mai 2018 lyder definisjonen av rehabilitering slik: «Habilitering og rehabilitering skal ta utgangspunkt i den enkelte pasients og brukers livssituasjon og mål. Habilitering og rehabilitering er målrettede samarbeidsprosesser på ulike arenaer mellom pasient, bruker, pårørende og tjenesteytere. Prosessene kjennetegnes ved koordinerte, sammenhengende og kunnskapsbaserte tiltak. Formålet er at den enkelte pasient og bruker som har eller står i fare for å få begrensninger i sin fysiske, psykiske, kognitive eller sosiale funksjonsevne, skal gis mulighet til å oppnå best mulig funksjons- og mestringsevne, selvstendighet og deltakelse i utdanning og arbeidsliv, sosialt og i samfunnet.»

I forhold til Stortingsmeldingens definisjon fremkommer ikke behovet for tidsavgrensning og tverrfaglighet tydelig i denne definisjonen.

I prosjektarbeidet ble følgende forståelse av kommunal rehabilitering beskrevet: «Rehabilitering er en prosess for å øke funksjonsnivået slik at man kan mestre hverdagen. Prosessen er tidsavgrenset. Personen skal ut fra forutsetninger og eget ønske ha stor grad av ansvar for og kontroll over mål og innhold i rehabiliteringen, og dette skal skje i nært samarbeid med aktuelle fagmiljøer. Rehabiliteringen skal ta utgangspunkt i personens helhetlige livssituasjon og personens egne mål. Rehabiliteringen bør i størst mulig grad foregå i personens eget lokalsamfunn» (1).

Prosjektet mener at tidsavgrensning er et kjennetegn på en rehabiliteringsprosess. Selv om mennesker med kroniske sykdommer trenger livslang oppfølging, vil det være behov for en mer målrettet rehabiliteringsinnsats i avgrensede perioder.

For å tydeliggjøre at kommunene bør vurdere rehabilitering *før* andre tjenester, kom regjeringen i 2017 med et rundskriv der det heter: «*Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler at kommunene i sin saksbehandling utreder rehabiliteringsbehov og rehabiliteringspotensialet, før det iverksettes permanente tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne. En slik vurdering vil være et viktig grep for å få til en helt nødvendig omstilling med større vekt på habilitering og rehabilitering i de kommunale helse- og omsorgstjenestene.*» (7)

Bakgrunnen for prosjektet

Stortingsmelding 26 (2014-15), om fremtidens primærhelsetjeneste, beskriver at kommunene har en utfordring når det gjelder å sikre et tilfredsstillende rehabiliteringstilbud til innbyggerne (8), og at dette handler om både ressurser og kompetanse. Meldingen peker også på rehabilitering som et av de svakeste leddene i helse- og omsorgstjenesten.

I Samhandlingsreformen noen år tidligere (9) ble det påpekt at kommunene måtte ta et større ansvar for å avdekke funksjonssvikt og tidlig kunne sette i gang rehabiliteringstiltak, både for å bedre funksjon og redusere nivået på omsorgstjenester.

Kommunene i Indre Østfold har organisert sitt rehabiliteringstilbud på ulike måter. Tilbud og ressurser varierer, men det er generelt få årsverk for fysio- og ergoterapi avsatt til rehabilitering. Bare en av kommunene har etablert hverdagsrehabilitering. En annen hadde organisert et ambulerende team for rehabilitering, men dette var uten deltakelse fra hjemmetjenestene.

Kommunene opplever ulike grader av utfordrin-

ger når det gjelder koordinerende enheter og arbeid med individuelle planer.

Når det gjelder rehabilitering på institusjon, har kommunene plasser i sykehjemsavdelinger.

Inger Johansen (10) påpeker i sin forskning at man oppnår bedre rehabiliteringsmessig effekt ved å rehabilitere eldre i egne rehabiliteringsenheter enn ved plasser i sykehjem, og at det er mer kostnadseffektivt. Resultatene viser at de som hadde rehabilitering i egne kommunale sentre økte funksjonsevnen med nesten det dobbelte på halvparten av tiden sammenliknet med gruppen som hadde rehabilitering i sykehjem. Gruppen som inngikk i studien, var eldre over 65 år som hadde hjerneslag, lårhalsbrudd eller andre kroniske lidelser. Tett tverrfaglighet og koordinerte og intensive tjenester har vært suksessfaktorer for å oppnå resultatene. Dette kan det være utfordrende å få til i sykehjem, der fokus også vil være på omsorg og pleie.

Da det gjennom opptrappingsplanen ble bevilget midler til prosjektet, ble det forutsatt at dette skulle bidra til å styrke rehabiliteringstilbudet i kommunene, i samsvar med at kommunene skal kunne ta et større ansvar for rehabilitering i årene framover.

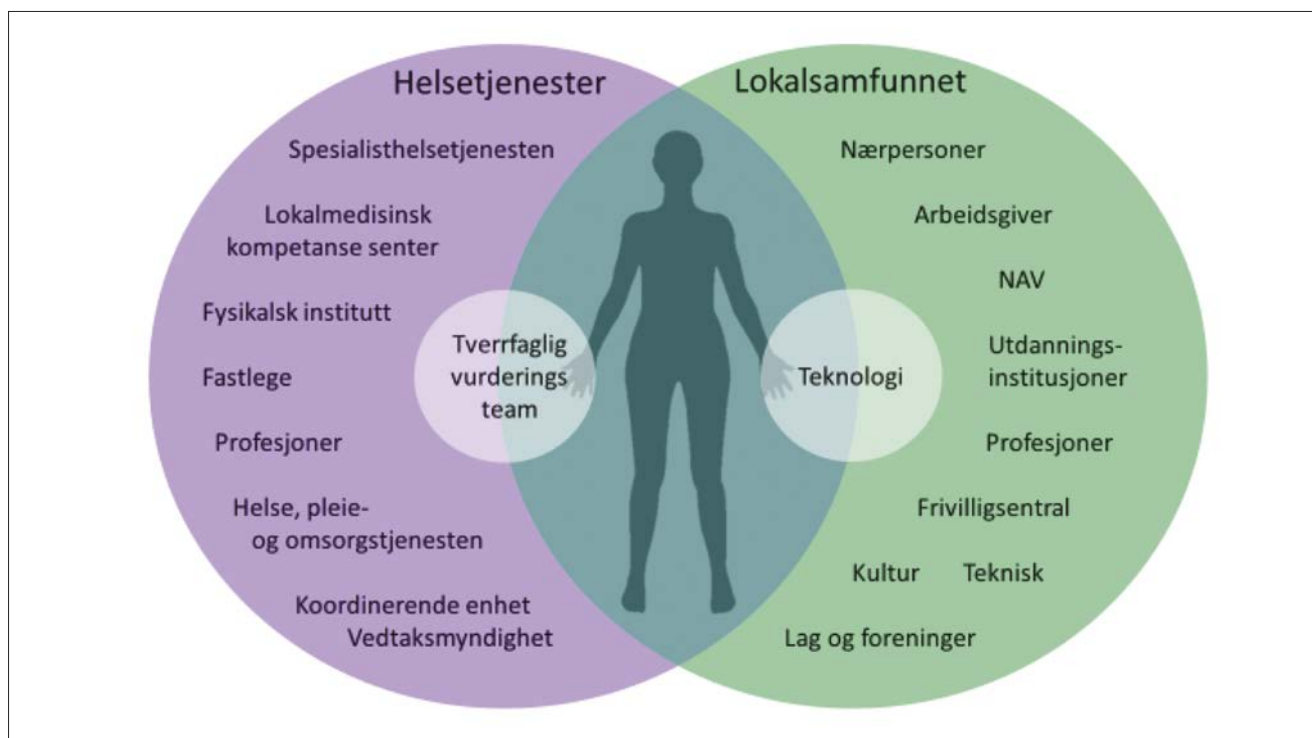
Samfunnsbasert rehabilitering

Prosjektets første utfordring var å vurdere hvordan det var hensiktsmessig å organisere kommunale rehabiliteringstjenester for å ivareta mål om å sikre rehabilitering først. Dette innebærer både å få gjort en tidlig og tverrfaglig vurdering av funksjon og potensial og å sikre at rehabilitering blir mer enn bare helsetjenester.

For bedre å se og forstå helheten rundt personene som trenger rehabilitering, laget prosjektet en arbeidsmodell som kalles Samfunnsbasert rehabilitering (Figur 2).

I modellen er personen i sentrum som hovedperson i egen rehabiliteringsprosess. Som en naturlig følge av dette bruker prosjektet begrepet «person», ikke «pasient» eller «bruker».

Integrering av lokalsamfunnet er viktig, det er her mye av vår aktivitetsutfoldelse skjer. Sammen med innsats fra personen selv og støtte fra helsetjenestene skal dette sikre en helhetlig rehabilitering. I modellen er et tverrfaglig vurderingsteam plassert som personens høyre hånd. Teamet skal sikre tidlig vurdering, veilede, motivere, koordinere og trene sammen med personen på konkrete mål og tiltak. Teknologi skal understøtte denne prosessen og gi mulighet for fleksibilitet samt øke intensitet.



Figur 2: Modell for samfunnsbasert rehabilitering.

Modellen bygger både på FNs konvensjon om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (11) og på CBR – Community Based Rehabilitation (12). CBR som metode er godt kjent innen rehabilitering i flere utviklingsland, men er mindre kjent i de fleste vestlige land, der det har vært tradisjon for at samfunnet i ulik grad har etablerte offentlige velferdsordninger. CBR ble initiert allerede i 1978 av WHO (Alma-Ata-deklarasjonen), der det ble fastslått at tilgang til helsetjenester i lokalsamfunnet var viktig for å oppnå tilfredsstillende helsetilstand. Hensikten med CBR er å skape like muligheter og sosial inkludering for mennesker med nedsatt funksjonsevne, og metoden implementeres ved å kombinere innsats fra sistnevnte gruppe, deres familier og lokalsamfunnet.

Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess

Prosjektets fokus på personen som hovedperson i egen rehabiliteringsprosess innebærer at rollen som pasient og passiv mottaker av behandling må endres til en mer aktiv og bestemmende rolle.

«Myndiggjøring av person» ble derfor et sentralt begrep i prosjektet. En egen arbeidsgruppe så spesielt på begrep og innhold av disse (13).

Det ble raskt klart for arbeidsgruppen at begrepet «myndiggjøring» var problematisk. Det innebar

at noen allerede hadde myndighet (og skulle gjøre noen andre myndige), og reflekterte således en mer paternalistisk holdning. Det samme opplevde man ved bruk av empowerment-begrepet, oversatt som individuell styrking, mestring eller ressursmobilisering (14). Dette antyder at noen har myndighet eller makt til å «styrke» andre.

Arbeidsgruppa landet på å bruke begrepet «personen som eier av egen rehabiliteringsprosess». Dette kan påvirke både hvilke verdier vi som tjenesteytere baserer oss på, hvordan tjenestene organiseres, samt hvordan man tilrettelegger for en god relasjon mellom person og tjenesteyter.

Arbeidsgruppen beskriver at en tradisjonell tjenesteyterrolle bør betraktes mer som en veilederrolle, der det også fokuseres på hvordan veilederansvaret kan endres over tid i en prosess. På samme måte vil også personens opplevelse av eierskap utvikles og endres i forhold til hvordan rehabiliteringsprosessen utvikler seg.

Begrepet brukermedvirkning har vært sentralt i mange år innenfor rehabilitering, og har skapt grenseoppganger både mot personens autonomi og mulighet for ansvarsfraskrivelse fra tjenesteytere. Vatne (15) beskrev at perspektivet om brukermedvirkning også kunne innebære at fagpersoner reduserte sitt ansvar, og at det tillegges fagpersoner et moralsk vurderingsansvar når det gjelder respekt for men-

neskets integritet som styrende for bistanden.

Perspektivet som beskrives i samfunnsmodellen, synliggjøres også i opptrappingsplanen (6), som beskriver at rehabilitering bør organiseres slik at «pasienten får deltatt aktivt i rehabiliteringen». I tillegg siteres tilbakemeldinger fra brukere som opplever for lite brukerinvolvering, og at de kan bli overlatt til seg selv med ansvar for selv å koordinere oppfølgingen.

Tverrfaglig vurderingsteam

I august 2017 ble det satt i gang en utprøvningsperiode med tverrfaglig vurderingsteam (TVT), som skal jobbe ambulant med rehabilitering i alle syv eierkommunene. Teamet var tett knyttet opp til hovedprosjektet og besto av 160 prosent fysioterapeut, 160 prosent ergoterapeut, 100 prosent sykepleier, 20 prosent lege og 20 prosent teknologirådgiver. Ergoterapeut i 100 prosent stilling er teamleder.

Mandatet til TVT er vurdering, koordinering og igangsetting av rehabilitering, med fokus på tidlig vurdering av funksjonsnivå og intensitet i oppfølging (1). Målgruppen er personer over 18 år som på grunn av skade, sykdom eller andre årsaker har fått redusert sitt funksjonsnivå og har behov for tverrfaglig rehabilitering. Personer med utfordringer knyttet til rus og/eller psykiatri utelukkes ikke, men dette skal ikke utgjøre hovedutfordringen.

Teamet skal jobbe ambulant og være en del av den enkelte kommunehelsetjeneste, og ikke et nytt mellomledd mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste.

De første ukene ble brukt til å etablere rutiner for henvisning til TVT, rapportering og samarbeid med eksterne aktører. Det ble holdt informasjonsmøter og knyttet kontakt med samarbeidsinstanser i de syv eierkommunene for å forankre prosjektet. Prosjektet vurderer at investering i denne fasen er en suksessfaktor i det videre arbeidet.

INVOLVERING AV LOKALSAMFUNNET

Mandatet til prosjektet omhandlet blant annet å se på hvordan lokalsamfunnet kunne integreres i rehabiliteringsprosesser. Teamet laget en egen oversikt over informasjon om aktuelle virksomheter, lag og foreninger i de syv kommunene. Dette var viktig som grunnlag for å kunne se hvilke aktører som kunne involveres i en rehabiliteringsprosess.

Mulighet til arbeid er en sentral del av deltakelse i samfunnet. Fra første mai 2018 har prosjektet

etablert et samarbeid med NAV Askim om de personene som har arbeid som mål i en rehabiliteringsprosess. Det jobbes etter IPS-modellen (Individual Placement and Support), en kunnskapsbasert metode for å integrere personer med langvarige psykiske lidelser i ordinært arbeid (16). NAV Askim har ønsket å prøve ut denne metoden også på mennesker med somatiske plager. Teamet har ukentlige møter med jobbspesialist fra NAV for å ta opp aktuelle saker, og jobbspesialisten har tilgang til samme journalsystem som resten av teamet for å sikre tett samarbeid. Prosjektet har ønske om å utvide dette samarbeidet til de øvrige kommunene også.

I tillegg er det skrevet en intensjonsavtale om tettere samarbeid med NAV Askim som legger opp til en ordning med fast kontaktperson hos NAV når det gjelder andre generelle problemstillinger, blant annet knyttet til økonomi og trygdeytelser.

BRUK AV TEKNOLOGI I REHABILITERING

En annen del av prosjektmandatet omhandlet utprøving av teknologi som er relevant i rehabilitering.

Tidlig i prosjektarbeidet ble det gjort en vurdering av ulike teknologiske produkter og prosjekter. Dette ble samlet i en idébank og gitt en vurderingscore etter hvor relevante de ulike produktene og prosjektene ble ansett å være i rehabilitering.

Det var hovedsakelig tre kategorier som utpekte seg som aktuelle (1):

- kommersielle dataspill og andre systemer som kombinerer opptrening med dataspill
- prosjekter med fokus på telerehabilitering og oppfølging/monitorering av pasienter over avstand med nettbrett
- systemer for sikker og effektiv informasjonsdeling mellom ulike aktører i rehabiliteringsprosessen

Dataspill og virtuell trening gir mulighet for større intensitet i rehabiliteringen (Figur 3).

Av dataspill har teamet hittil brukt Nintendo Wii med forskjellige spill som utfordrer motorikk og balanse. Vi har fått bistand fra Truls Johansen, ergoterapeut på Sunnaas, som også har utviklet nettsiden www.spilldegbedre.no. Erfaringer fra Sunnaas viser at dataspill er like effektivt som tradisjonell trening både når det gjelder bedring av håndfunksjon, gangfunksjon og balanse (17).

Dataprogram for virtuell trening er levert av Wellfare Denmark. Etter avtale med firmaet prøver vi ut løsningen i prosjektperioden. Personen kan låne en

egen PC der dette programmet er installert. Alternativt kan det lastes ned som en app til mobil, brett eller PC for de som har dette. Sistnevnte løsning forutsetter at personen har egen e-postadresse for å motta lenken. Terapeuter i TVT har et eget program der appen hos personen registreres, og hvor man kan følge hvordan personen trener og komme med tilbakemeldinger og justeringer. Teamet har fem PC-er som kan lånes ut for virtuell trening, og to spillkonsoller og balansebrett som kan lånes ut til dataspill. Personer som har brukt virtuell trening, har gitt tilbakemeldinger om at det gir dem større fleksibilitet for når de vil trene, og at de ser det som en fordel at de slipper å oppsøke egne treningssentre. Samtidig frigjør det tid for fagpersoner i teamet, og man kan likevel ha kommunikasjon om hvordan treningen fungerer. Bruk av teknologien fører til en reduksjon i antall hjemmebesøk.

Teamet erfarer at de fleste personene er åpne for å ta i bruk slike treningsmetoder når de først blir kjent med dem. For noen kan det også være en inngang til samhandling med familie og venner som de kan spille sammen med.

Prosjektet har valgt å bruke applikasjonen Cisco Meeting fra Norsk Helsenett som en sikker digital arena for videokommunikasjon og utveksling av personopplysninger. TVT har hatt videomøter med både Sykehuset Østfold, Sunnaas Sykehus og opp-treningsinstitusjoner der personer skal følges opp etter utskriving. I tillegg til informasjonsutveksling gir dette personen mulighet for å «møte» teamet som vedkommende skal jobbe videre sammen med, og det er med på å skape tettere tjenestekjeder.

Det har også vært forsøk med virtuell poliklinikk hjemme hos personen i forbindelse med rutinemessig oppfølging tre måneder etter utskriving etter hjerneslag. Personene er glade for å slippe å måtte reise til sykehuset for dette. Videosamarbeidet med sykehuset Østfold ble prøvd ut som et samarbeidsprosjekt våren 2018.

Det har vært gjennomgått intern opplæring og utprøving av teknologi i teamet. I tillegg til å gi øvelse i å mestre det tekniske har det gitt en opplevelse av hvordan den aktuelle teknologien påvirker situasjon og relasjon. De teknologiske løsningene ble først prøvd ut på noen personer, for så etter hvert å bli en integrert del av tjenesten.

Teamet har egen teknologirådgiver, og det har hele tiden vært gjort vurderinger knyttet til datasikkerhet og personvern.

I løpet av høsten 2018 vil teamet prøve ut tek-



Figur 3: Dataspill og virtuell trening gir mulighet for større intensitet i rehabiliteringen.

nologi som kan gi enklere en-til-en-kommunikasjon med andre faggrupper. Teknologiske løsninger som kan gi bedre mulighet for å integrere lokalsamfunnet i rehabiliteringsprosessene, vil også bli vurdert. I tillegg ønsker man å teste ut enkle kommunikasjonsmetoder for personer som av ulike årsaker har vanskelig for å opprettholde kontakt med nettverket sitt.

Det har vært gjennomført to teknologidager hvor ulike teknologiutviklere presenterte sine løsninger og visjoner. Hensikten var å opprette dialog med aktuelle leverandører av teknologi som kan være relevant for rehabilitering og/eller som har potensial til å skape innovative rehabiliteringstjenester.

Arbeidsprosessen i Tverrfaglig vurderingsteam

(Figur4)

VURDERING

Kommunene har ønsket at alle henvisninger til TVT skal gå gjennom de kommunale tildelingskontorene. Henvisningene sendes som e-link.

TVT oppretter en kontaktperson som avtaler det første møtet. Hvis personen er innlagt på sykehus eller annen helseinstitusjon, kan dette arrangeres som et videomøte der personen selv, tjenesteytere rundt personen og eventuelt også pårørende deltar.

Fra TVT deltar kontaktpersonen og de man antar vil komme til å ha med personen å gjøre.

Det første fysiske vurderingsmøtet, enten TVT har møtt personen på video før eller ikke, finner i de aller fleste tilfeller sted i personens hjem. Noen kan også ha midlertidig opphold på korttids- eller rehabiliteringsplass i kommunale sykehjem. Personen forespørres om pårørende vil være med. Tjenesteytere i den enkelte kommune/representant fra tjenestetildeling i kommunen forespørres også om de ønsker å delta.

Følgende kartleggingsverktøy brukes: SPPB (Short Physical Performance Battery) for å måle fysisk funksjon, Grippit for håndstyrkemåling og Barthel ADL-indeks for å gi et bilde av funksjonen i ADL. Utover dette suppleres det med aktuelle kartleggingsverktøy etter behov. Teamet bruker også et «samvalgshjul» (jamfør mestringshjulet fra Prosjekt hverdagsrehabilitering i Kristiansand kommune (18)) for å kartlegge hva som er viktige livsområder for personen. COPM (Canadian Occupational Performance Measure) brukes for å kartlegge aktiviteter som er viktige og som skaper utfordringer nå. Momenter og aktiviteter som kommer fram i COPM, vil ofte inngå i en individuell rehabiliteringsplan. Teamet har laget egne maler for individuell rehabiliteringsplan, men personene avgjør selv hvordan rehabiliteringsplanen skal se ut.

Prosjektet er for øvrig i kontakt med Nasjonalt Kompetansesenter for Rehabilitering (NKR) når det gjelder anbefalte validerte kartleggingsverktøy, spesielt når det gjelder selvrapportering.

Resultater fra kartleggingen, oversikt over aktivitetsområder i COPM og målene fra individuell rehabiliteringsplan føres inn i et digitalt oversiktsskjema fra Imatis AS. Imatisløsningen gir oss mulighet til å fylle inn alle dataene sammen med personen selv mens vi er hjemme hos personen. Teamet har også tilgang til journalsystemet (Geric) på bærbare PC-er og kan på den måten ha gjort ferdig mye av dokumenteringsarbeidet før vi er tilbake på kontoret.

Som fagpersoner kan vi oppleve at dokumentering på PC mens vi er hjemme hos personene, kan kjennes fremmedgjørende og ta oppmerksomhet fra samtale og observasjon. Vi er imidlertid alltid to ulike yrkesgrupper ved første kartlegging. Dette gjør det enklere å dokumentere i løpet av besøket uten at vi får følelsen av å miste oppmerksomheten på personen. I tillegg ivaretas tverrfagligheten i vurderingen.

IGANGSETTING OG KOORDINERING

Etter vurderingen sendes rutinemessig tilbakemelding via e-link til henvisende instans, det vil si tildelingskontoret i den aktuelle kommunen, samt personen selv og fastlege. Der beskrives kort hva som har vært vurdert, om det er et rehabiliteringspotensial, og hva som er konklusjonen videre. Hvis teamet konkluderer med å starte eller fortsette en rehabiliteringsprosess, anslås en tidsavgrenset periode for dette med forslag om vedtak for den aktuelle periode. Vedtaket utvides etter behov. Det er ingen kostnader knyttet til rehabiliteringsvedtak, men kommunene har i utprøvningsfasen ønsket å knytte vedtak til tjenesten.

TVT har ansvar for å koordinere og igangsette tjenester, mens tjenesteytere i den enkelte kommune kobles på etter hvert i prosessen. I noen tilfeller er de også med fra starten av. TVT har ressurser til å kunne komme raskt i gang og med høy og tverrfaglig intensitet i en oppstartsfasen. Dette er ikke alltid mulig i enkeltkommunene, der fagpersoner kan ha flere ulike ansvarsområder. Samfunnsmodellen gir indikasjon for å tenke utradisjonelt når det gjelder hvem som kan være aktører i en rehabiliteringsprosess, og teamet forsøker å ha fokus på organisasjoner og aktører som kan være aktuelle i forhold til de personene det jobbes med.

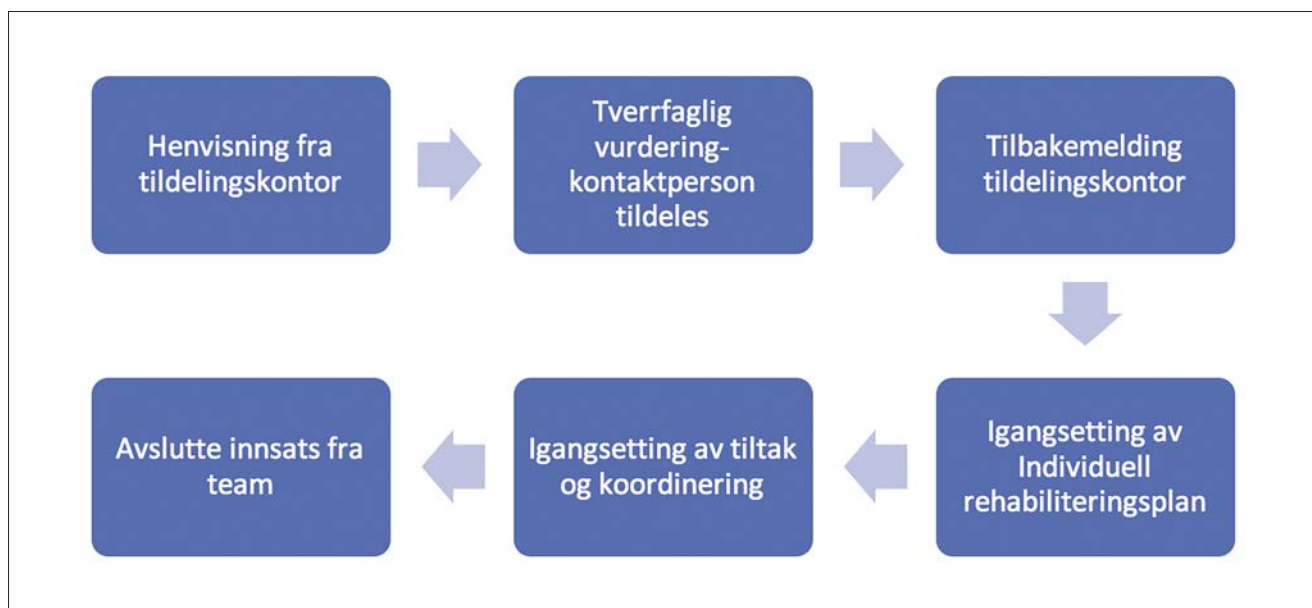
Intensiteten i treningen kan økes ved bruk av teknologi. Et annet tiltak for å øke intensiteten er bruk av ukeplaner. Teamet erfarer at når man hver uke sammen fyller ut en plan for hva neste uke skal inneholde, og hvem som skal gjøre hva sammen med personene, forplikter dette i hverdagen. Planen ansvarliggjør også personen selv på en annen måte og oppfordrer til å tenke hvordan andre aktører også kan medvirke. Samtidig kan en slik ukeplan være et nyttig verktøy for å få fram behovet for balanse mellom aktivitet og hvile.

Ved avslutning av tiltak der det er behov for videre rehabilitering, overføres koordineringsansvaret til kommunal aktør, og det avholdes eventuelle nødvendige møter med kommunale instanser som skal overta oppfølgingen. TVT sender en sluttrapport til henvisende instans, personen selv, og fastlegen.

For å se effekt av tiltakene følges personene opp med retesting med de samme kartleggingsverktøyene etter tre måneder, seks måneder og 18 måneder.

Resultater og erfaringer fra Tverrfaglig vurderingsteam

Teamet har utarbeidet et effektmålskjema for å



Figur 4: Arbeidsprosessen i Tverrfaglig vurderingsteam.

dokumentere tiltakene og måle effekten av dem. Skjemaet er utarbeidet med utgangspunkt i kvalitetsindikatorer fra Nasjonalt Kompetansesenter for Revmatologisk Rehabilitering (19), og ut fra eierkommunenes ønske om effektive måter å organisere og drive rehabilitering på.

Målingene viser at alle eierkommunene benytter seg av TVTs tjenester. 90 personer har blitt henvist til TVT (oktober 2017 – juni 2018), og for cirka en tredjedel av disse har Sykehuset Østfold anmodet kommunene om henvisning til TVT for rehabilitering.

Det tar tre virkedager (median) fra henvisning til vurderingsbesøk er gjennomført. De aller fleste vurderingene skjer i hjemmet, i de resterende tilfellene har personene i hovedsak vært på korttidsopphold i sykehjem eller på helsehusets døgnenhet. Cirka 50 prosent av dem som henvises, er i yrkesaktiv alder. Måling med funksjonstestene viser en gjennomsnittlig forbedring på 4 poeng på SPPB, og en gjennomsnittlig forbedring på 3,5 poeng på Barthel ADL-index.

Cirka 20 prosent av personene TVT har fått henvist bruker virtuell trening i rehabiliteringsfasen. Ut over dette foreligger det foreløpig ikke tall på hvordan teknologien brukes når det gjelder omfang og hyppighet.

Følgforskerne påpeker at TVT har bidratt til koordinering, samhandling samt tidlig vurdering og igangsetting slik intensjonen har vært. De viser også til at bruk av videokonferanse kan bidra til bedre samhandling, kompetanse og informasjonsutveksling. Erfaringer fra bruk av spillteknologi tyder på at

dette er motiverende, og at det derved kan bidra til intensitet i treningen.

Forskerne peker også på at prosjektet har jobbet godt med forankring og involvering av ulike aktører, og at det har vært god brukerinvolvering på flere nivåer. Det beskrives også at TVT så langt har gitt verdifulle erfaringer og et godt utgangspunkt når det gjelder å oppdatere modellen for samfunnsbasert rehabilitering. Forskerne anbefaler videre at det arbeides med å videreutvikle og implementere samfunnsperspektivet i modellen for samfunnsbasert rehabilitering (20).

Teamet erfarer at koordineringsarbeidet tar tid, men samtidig sikrer det bedre samarbeid og mindre avbrudd i prosessen og medfører raskere avtaler med nødvendige instanser. Behovet for bedre koordinerte tjenester påpekes også både i Veileder for habilitering og rehabilitering (2) og i Opptappingsplanen (6), der det blant annet beskrives at brukere opplever at enkelttjenester ikke henger sammen som en helhet, og at det er svikt i samhandling og koordinering.

En del av koordineringen har også handlet om større deltakelse fra fastlegen i personens rehabiliteringsprosess. Teamet har erfart at fastlegenes involvering har økt noe, men kan fremdeles ønske et tettere samarbeid her. I denne sammenhengen har det vært nyttig å ha lege tilknyttet det tverrfaglige teamet. Dette har vist seg å gjøre kontakt med det enkelte fastlegekontor lettere.

Personer som har fått bistand fra TVT i rehabiliteringsprosessen gir tilbakemelding til følgforskerne

om at de har følt seg godt ivaretatt, og at de har fått rask hjelp. I tillegg påpeker de at det har vært nyttig og trygt å bli fulgt av samme instans i overgangsfaser, både fra spesialisthelsetjenesten til kommunale tjenester og til møter med arbeidsgiver.

Spesialisthelsetjenesten gir også tilbakemelding om at det er ryddigere å forholde seg til én aktør enn til mange enkeltkommuner med ulike tilbud og ulik organisering når det gjelder rehabilitering. De ser det også som en fordel å forholde seg til én rehabiliteringsfaglig kontaktperson når det gjelder planlegging av utskriving.

Teamet erfarer at samfunnsmodellens perspektiv om integrering av lokalsamfunnet i rehabiliteringsprosessen utfordrer oss som helsearbeidere når det gjelder vårt tradisjonelle og etablerte tankesett rundt rehabilitering. Som ergoterapeuter har vi lang tradisjon for å fokusere på omgivelsene rundt personene vi jobber med, blant annet gjennom GAP-modellen, som belyser gapet mellom individets forutsetninger og omgivelsenes krav. Men det har sannsynligvis ikke vært fokusert like mye på hvordan aktører i lokalmiljøet kan involveres i denne prosessen.

Teamet integrerer til en viss grad samfunnsperspektivet i kartleggingsfasen når det gjelder bruk av samvalgshjulet, men erfarer likevel at de fleste tiltakene er knyttet til helsedelen av den helhetlige samfunnsmodellen. Det etableres nå en egen arbeidsgruppe som skal se på hvordan lokalsamfunnet kan være en ressurs i et rehabiliteringsforløp når det gjelder samskapelse mellom person, helsetjenester og lokalsamfunnet.

Temaet erfarer også at det er utfordrende å forholde seg til syv kommuner med ulik organisering av tjenestetilbudet, ulik størrelse og delvis ulike kulturer når det gjelder rehabilitering. Fem av disse kommunene skal fra 2020 være slått sammen i en storkommune, Indre Østfold kommune, og det er mange prosesser i gang når det gjelder fremtidig organisering av tjenester. I flere av kommunene er rehabiliteringstjenestene nå organisert under pleie- og omsorgstjenester. Rehabilitering som fagområde har et annet perspektiv og en annen tilnærming enn det som er tradisjon i pleie- og omsorgstjenester. Prosjektet vurderer det som mest hensiktsmessig å organisere rehabilitering sammen med tjenester som har samme perspektiv når det gjelder aktivitet og deltakelse i lokalsamfunnet. Prosjektarbeidsgruppen som har jobbet med myndiggjøring av person, skriver at «nettopp

den nære forbindelsen som har vært mellom pleie- og omsorgstjenesten og rehabiliteringstjenesten i kommunene, har vært et hinder for å utvikle et helhetlig rehabiliteringstilbud» (13).

Teamet ser at mange henvisninger også handler om noe annet enn reell rehabilitering. Dette kan omhandle personer med sammensatt og kompleks problematikk uten reelle rehabiliteringsbehov. Sannsynligvis handler dette både om at det ikke alltid er tydelig forankret i kommunene hva rehabilitering er, og at det også kan være en del utfordringer rundt komplekse forløp. En tverrfaglig funksjonsvurdering vil imidlertid bidra til å kartlegge hvilke tiltak som er relevante for personen uavhengig av rehabiliteringspotensial, og om teamet skal følge personen videre.

Veien videre

I tillegg til egen arbeidsgruppe som tar for seg lokalsamfunnet som ressurs i personens rehabiliteringsforløp, vil ernæring også være et fokusområde videre. Behovet for dette påpekes også i opptrappingsplanen (6).

TVT er den første delen av de anbefalte interkommunale tjenestene i prosjektet som er iverksatt. Foreløpig er dette med prosjektmidler, og man jobber med å få teamet i fast drift. Det er også et behov for å få etablert felles interkommunale sengeplasser for intensiv rehabilitering. Høsten 2017 ble det fattet et intensjonsvedtak i seks av eierkommunene om etablering av felles interkommunale senger for rehabilitering. Disse sengene skal sees i sammenheng med etablering av nye helsetjenester i den nye storkommunen Indre Østfold kommune.

Læring og mestring skal integreres som en del av alle tjenestene, og ikke som et eget senter. I tillegg planlegges det etablering av et dagtilbud.

Prosjektet preges av stor entusiasme for å få gode rehabiliteringstjenester i drift. Tilbakemeldinger fra fagmiljøer i eierkommuner tilsier også at de opplever virksomheten til det tverrfaglige vurderingsteamet som nyttig. Det fremkommer at koordineringsfunksjonen er viktig, og at mange av personene ikke ville fått et tilfredsstillende tilbud uten innsatsen fra det tverrfaglige vurderingsteamet.

Takk til prosjektleder Kari Anne Dehli og teamleder Carina Kolnes for gode innspill underveis i arbeidet med artikkelen.

Referanser

1. Helsehuset Indre Østfold lokalmedisinske kompetansesenter (2017): *Innovativ Rehabilitering Indre Østfold*. Prosjektrapport. Forslag til handlingsplan 2017-2020.
2. Helsedirektoratet (2018): *Veileder for rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator*.
3. Bautz-Holter et al (2007): Utfordringer og trender i rehabilitering. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2/2007.
4. Stortingsmelding 21 (1998-99): *Ansvar og meistring – mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*.
5. Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator (2012): <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-12-16-1256>
6. Helse – og Omsorgsdepartementet (2016): *Opptappingsplan for habilitering og rehabilitering 2017-2019*.
7. Helse og Omsorgsdepartementet: Rundskriv I-5/2017: Om å utrede potensialet for rehabilitering.
8. Stortingsmelding 26 (2014-15) *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*.
9. Stortingsmelding 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*.
10. Johansen m.fl. (2012): Structured community-based inpatient rehabilitation of older patients is better than standard primary health care rehabilitation – an open comparative study. *Disability and Rehabilitation*, March 28.
11. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> (2006)
12. <http://www.who.int/disabilities/cbr/en/>
13. Helsehuset Indre Østfold lokalmedisinske kompetansesenter (2018): *Prosjekt Innovativ Rehabilitering – Personen som eier av egen rehabiliteringsprosess*. Rapport fra arbeidsgruppe.
14. Askheim og Starring (2007): *Empowerment i teori og praksis*. Gyldendal.
15. Vatne S. (1998) *Pasienten først? Om medvirkning i et omsorgsperspektiv*. Fagbokforlaget.
16. NAV/Helsedirektoratet (udatert): *Innføring i Individual Placement and Support / IPS. Individuell jobbstøtte*.
17. Said (2017) Spill deg bedre. *Ergoterapeuten* 2/2017
18. <https://www.kristiansand.kommune.no/Hverdagsrehabilitering>
19. <http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/om-sykehuset/kvalitet-og-pasientsikkerhet/1116>
20. Fuglerud et al. (2018): *Innovativ Rehabilitering i Indre Østfold, Nasjonalt forsøk med kommunal rehabilitering – Helsehuset Indre Østfold lokalmedisinske kompetansesenter IKS. Følgeevaluering, delrapport 2*. Høgskolen i Sørøst-Norge.



STIMULITE® MADRASSER

luftig og kjølig trykkavlastning

Nu i Norge og prisforhandlet med NAV:

Prøv selv! Bestill produkt demonstrasjon eller gratis demoprodukter nå!

Ring 48 50 32 97 eller send en e-post til julia@rehabshop.com



3-SONE Madrass Ekstra Myk

Til forebygging eller behandling av fuktskader og trykksår opp til grad 3. Sikker og letthåndterlig i hjemmebruk og omsorgsavdelinger. Bra for følsom hud i cancer- eller palliativ omsorg, for behandling av brannskader etter den akutte fasen, ved langtidsbruk



Ventilerende Sengpute

Luftig og lett hodepute som avlaster og støtter effektiv hode og nakke. Meget god trykkavlastning for folk med høy risiko for sår på ørene. Hypoallergen



GØRAN SJØDÉNS REHABSHOP NORGE AS
Postadresse: Postboks 157, 1378 Nesbru
Tel: 48 50 32 97 www.rehabshop.as [Facebook.com/RehabshopNorge](https://www.facebook.com/RehabshopNorge)



MER FOKUS PÅ SAMARBEID OG BRUKERNES RESSURSER

Ergo- og fysioterapeuters erfaringer med hverdagsrehabilitering

Av Charlotte Jørmeland og Kjersti Vik

ERGO- OG FYSIOTERAPEUTERS ERFARINGER MED HVERDAGSREHABILITERING

Abstract

Charlotte Jørmeland er ergoterapeut ved Diakonhjemmet sykehus. E-post: charlotte.jormeland@diakonsyk.no

Kjersti Vik er ergoterapeut og professor ved ergoterapeututdanningen ved Institutt for nevromedisin og bevegelsesvitenskap, Fakultet for medisin og helsevitenskap, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet.

There has been a growing interest in reablement in Norway lately. Occupational therapists (OT) and physiotherapists (PT) are described as key persons working with reablement.

The purpose of this study was to develop knowledge about how implementation of reablement has influenced OT's and PT's thinking and everyday work.

A qualitative method was used for collecting data and analysing. Three focus group discussions were conducted and a total of ten both OT's and PT's participated. The data was analysed with inspiration from qualitative content analysis.

The result showed two main themes: «The positive experiences of the implementation», with the sub-themes: «Everyone is thinking about reablement», «The whole service is concerned about empowerment», «Collaboration with nurses is valuable» and «Multidisciplinary assessment». The second main theme was: «Challenges following the implementation» with the sub-themes: «Now everyone does everything», «I don't know what or who I'm working with tomorrow» and «We don't get enough time to do our job thoroughly enough».

Conclusion of the study demonstrate that OT's and PT's change their thinking and working methods due to the implementation of reablement. A common mindset of reablement throughout the department is of great importance for therapists working in line with the values of reablement.

Keywords: Reablement, occupational therapist, physiotherapist, explorative study, focus groups, qualitative content analysis.

Manuset ble mottatt 01.06.2018 og godkjent 30.11.2018.

Det er ingen uenigheter blant forfatterne av artikkelen.

Bakgrunn

Hverdagsrehabilitering søker å forbedre tjenestene for eldre brukere som har behov for helsetjenester eller har opplevd et funksjonstap (1). Det er en ressursorientert arbeidsform som vektlegger persons helse og ressurser fremfor sykdom og begrensninger. Fokuset er på å øke deltakelse og selvstendigheten i hverdagslige aktiviteter, som personen selv angir som viktige (2). Formålet er å gjøre det mulig for mennesker å eldes, være aktive og delta sosialt og i samfunnet (1). Begrepet hverdagsrehabilitering beskrives som en tidsavgrenset, intensiv og målrettet rehabilitering i hjem og nærmiljø rettet mot personer som har opplevd et funksjonsfall, og der terapeuter, sykepleiere og ansatte i hjemmetjenesten i kommunen samarbeider og bistår personen med trening og tilrettelegging av hverdagsaktiviteter som er viktige for personen selv (3). Tuntland og Ness (2) beskriver *hverdagsmestring* som et grunnleggende forebyggende og rehabiliterende tankesett som styrer *hverdagsrehabilitering* ved å fokusere på den enkeltes mestring uansett funksjonsnivå. Til tross for denne type definisjoner viser det seg at begrepene ofte blir anvendt forskjellig.

Ifølge Langeland et al. (4) organiserer kommunene også hverdagsrehabilitering ulikt. I grove trekk kan dette sees som tre ulike modeller, med noe ulik organisering av det tverrfaglige samarbeidet: «Spesialistmodellen» med et tverrfaglig team organisert som egen spesialisert enhet, «integrert modell, hjemmetjeneste» med en tverrfaglig tjeneste som utgår fra hjemmetjenesten, og «integrert modell, rehabiliteringstjeneste» med en tverrfaglig tjeneste som utgår fra rehabiliteringstjenesten.

Tverrfaglig teamarbeid er en nøkkelfaktor i all rehabilitering (5), og forskning av Orellano, Colón & Arbesman (6) viser at tverrfaglig tilnærming til aktivitetsfokustert rehabilitering er avgjørende for å lykkes. Litteraturen understreker viktigheten av å ha med ergo- og fysioterapeuter ved satsningen på hverdagsrehabilitering, uavhengig av organiseringsmodell, og flere omtaler disse som nøkkelpersoner eller «motorer» (7-8). Det påpekes at terapeutene derfor bør ha ansvar for utredning, utarbeiding av tiltaksplaner samt opplæring og veiledning av øvrig pleiepersonale (7, 9).

Det foreligger noen empiriske studier om de ansattes erfaringer med å jobbe med hverdagsrehabilitering i kommunene (4, 8, 10-13). Flere studier viser at engasjementet for det tverrfaglige samarbeidet økte når de ansatte fokuserte på brukernes egendefinerte mål (4, 10-11). Tverrfaglig samarbeid hadde også flere læringsaspekter. De ansatte ble både mer bevisste og lærte mer om egen funksjon og profesjonskompetanse samt om andre faggruppers rolle og kunnskap (4, 10, 14). Til tross for at kompetansen ikke var ny, ga de ansatte uttrykk for at rammevilkårene for profesjonelt samarbeid og kommunikasjon nå var mer velfungerende. Det å ha felles fysiske møteplasser for de ansatte til å dele erfaringer og kunnskap med hverandre, er trukket frem som betydningsfullt i den sammenheng (11, 13). Hjelle et al. (14) fant at personalet i hverdagsrehabiliteringsteam får en veiledningsrolle overfor hjemmetjenesten, mens Birkeland et al. (10) så at det tette tverrfaglige samarbeidet, sammen med nye arbeidsoppgaver, medførte mer generelle roller for de ansatte i teamet.

Da denne studien startet, var

det ikke publisert studier som særlig utforsker terapeutenes erfaringer med å arbeide med hverdagsrehabilitering. Derfor er det videre valgt å presentere relevante funn fra rapporter og mindre prosjekter som var publisert da studien startet. Erfaringer fra prosjekter bekrefter at terapeutene anser seg som «motorer» og bruker tid på å koordinere og veilede andre ansatte (15-16). Ergo- og fysioterapeuter rapporterer at satsningen på hverdagsrehabilitering har ført til større tverrfaglig samarbeid, særlig med hjemmetrenerne (16). Det å våge å overlapse og å bygge ned skillene mellom de ulike faggruppene er en forutsetning for å kunne spille på hverandres kompetanse og få et godt tverrfaglig samarbeid (17). På den andre siden var det flere terapeuter som opplevde utfordringer knyttet til samarbeidet med hjemmetjenesten og hjemmetrenerne (15, 18-19). Det handlet for eksempel om manglende tilrettelagte møteplasser mellom terapeutene og hjemmetjenesten (15). Andre påpekte vanskeligheter med samarbeid grunnet turnusarbeid i hjemmetjenesten, som medførte manglende kontinuitet i samarbeidet (20). Andre opplevde å bruke mer tid på alminnelige pleieoppgaver fremfor mer «rene» terapeutoppgaver (18). Noen danske terapeuter synes det var et «kultursjokk» å komme inn i en pleiegruppe fordi den faglige tilnærmingen var annerledes (19). Som en følge av å få en mer veiledende og koordinerende rolle i teamene er det flere terapeuter som gir uttrykk for at de savner mer direkte kontakt med brukerne (16, 18) og en mer fagspesifikk utvikling (20). Ettersom ergoterapeut, fysioterapeut og sykepleier arbeider alene

	Stilling	Arbeidserfaring totalt	Arbeidserfaring i bydelen
Gruppe 1	Fysioterapeut	18 år	13 år
	Ergoterapeut	4 år	2 år
	Fysioterapeut	10 år	0,5 år
Gruppe 2	Fysioterapeut	4 år	1,5 år
	Ergoterapeut	3 år	3 år
	Ergoterapeut	0,5 år	0,5 år
Gruppe 3	Ergoterapeut	5 år	2,5 år
	Ergoterapeut	4 år	2,5 år
	Fysioterapeut	7 år	4 år
	Fysioterapeut	1,5 år	0,5 år

Tabell 1: Oversikt over deltakere i studien.

innen egen faggruppe, var det en viss risiko for at en kan miste sin fagspesifikke tilhørighet og identitet (20).

På bakgrunn av de rapporter og studier som er gjort, kan det virke som medarbeidere er fornøyde med å arbeide med hverdagsrehabilitering, men det savnes fortsatt mer spesifikk kunnskap om hvordan terapeutgruppen erfarer å arbeide med hverdagsrehabilitering. Hensikten med denne studien har således vært å utvikle kunnskap om ergo- og fysioterapeuters erfaringer med implementering av hverdagsrehabilitering.

Metode

DELTAKERE

Det ble gjort et strategisk utvalg ved å velge en bydel hvor ansatte hadde arbeidet med hverdagsrehabilitering noen år. Alle terapeutene i bydelen ble forespurt om å delta, men én terapeut måtte melde avbud på grunn av sykdom. Fem ergoterapeuter og fem fysioterapeuter ble inkludert. Koordinator i bydelen satte opp gruppestørrelse- og sammensetning på bakgrunn av turnus. I alle gruppene deltok både ergo- og fysioterapeuter med ulike arbeidserfaringer. Totalt fire kvinner og seks menn deltok, og alle var ansatt i 100 prosent stilling. Arbeidserfaringen

til deltakerne spenner fra 0,5 år til 18 år, og erfaring i bydelen er fra 0,5 år til 13 år (se tabell 1).

DELTAKERNES BESKRIVELSE AV STUDIEKONTEKST

Studien ble gjennomført i en bydel (circa 40 000 innbyggere) i en større by i Norge. Den var blant de første i landet som startet med hverdagsrehabilitering, organisert som det som kalles «spesialistmodellen», med et fristilt tverrfaglig team som ga tilbud om hverdagsrehabilitering for aktuelle brukere i bydelen. På dette tidspunktet arbeidet tre ulike enheter i bydelen med rehabilitering; et tverrfaglig akutt team, hverdagsrehabiliteringsteamet samt rehabiliteringsenheten med tradisjonell ergo- og fysioterapitjeneste. Hjemmesykepleien og praktisk bistand var parallelle tjenester. På bakgrunn av erfaringene som ble gjort med «spesialistmodellen» for hverdagsrehabilitering, ble det foretatt en omorganisering i bydelen, hvor alle ovennevnte tjenestene ble samlet i én enhet for hverdagsmestring, som er underlagt søknadskontoret. Denne nye enheten ble organisert som det litteraturen kaller en «integrert modell» for hverdagsrehabilitering (4, 8). Både terapeuter og pleiegruppen arbeider i turnus, og tre koordinatore setter opp

de daglige arbeidsoppgavene til alle ansatte. Terapeutene fortalte at hensikten var at *tankesett* om hverdagsmestring nå omfavner alle innbyggere i bydelen, og alle brukere får en samlet tverrfaglig kartlegging av to representanter fra den nye enheten. Kartleggingsverktøyet som brukes ved alle førstegangsvurderinger, er utarbeidet i enheten, inspirert av fra International Classification of Function (ICF) (21). Her kartlegges blant annet miljøfaktorer som bolig, sosialt nettverk og pårørende, kroppsfunksjoner og -strukturer som smerte, fordøyelse og kognitive funksjoner samt områder innen aktivitet og deltakelse som medisinshåndtering, kommunikasjon, matlaging og toalettbesøk.

Som nevnt innledningsvis anvendes begrepene hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring ulikt fra kommune til kommune, selv om det beskrives som to ulike begrep i litteraturen.

Bydelen hvor denne studien er gjennomført, bruker «hverdagsmestring» som et overordnet begrep for både organiseringen av og tenkemåten i tjenesten. Beskrivelsen av arbeidsmåten er likevel tidsavgrenset, intensiv og målrettet og stemmer mer overens med definisjonen av hverdagsrehabilitering. Videre har vi derfor valgt å bruke hverdagsmestring når det henvises til tenkemåte og organisering, og hverdagsrehabilitering når det henvises til arbeidsmåten og litteratur som bruker hverdagsrehabilitering som begrep.

DATAINNSAMLING

For å få innsikt i terapeutenes erfaringer ble det valgt et kvalitativt design med fokusgruppediskusjon som datainnsamlingsmetode. Fokusgruppediskusjon er en velegnet metode for deling av synspunkter,

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Underkategori	Kategori	Undertema	Tema
...man la opp sin egen tid før. I gamle dager så laget man sin egen tid.	Før la man opp sin egen tid.	Før hadde vi ansvar for kalenderen selv.	Koordinering	Jeg vet ikke hva eller hvem jeg skal til i morgen.	Utfordringene etter implementering
...før så la vi opp da, da var det jo bare å fylle opp sin egen kalender og legge besøkene til når man ville og...	Før fylte vi opp vår egen kalender.				
Nei, jeg var ganske sånn, når jeg fikk høre at vi skulle gå etter liste, så trodde jeg ikke at det skulle bli så rigid, da.	Trodde ikke arbeidslistene skulle bli så rigide.	Du mister kontroll, frihet og oversikt.			
Og at det er vanskelig altså, det er veldig ofte at folk spør deg «Når kommer du neste gang?» ...Så sier jeg det...«Vi, vi kommer neste gang!», og så «Hæ, kommer ikke du?», så blir det «Vet du, at det aner jeg ikke...»	Du aner ikke når du ser brukeren igjen.				
...Noen vurderinger kan gjøres på kvelden, sånn for å se i en reell situasjon, da, men det er ikke så ofte, og det kan gjøres dagen etter.	Ikke ofte vurderinger må gjøres på kvelden.	Mer effektivt å bruke flere ressurser på dagtid fremfor på kveldstid.	Turnusarbeid	Vi får ikke tid til å gjøre jobben grundig nok.	
...flere ting stopper jo opp, eller man har ikke mulighet til å komme videre med det på kveldstid, da. For eksempel kontakt med fastleger, apotek, hjelpemiddelsentralen, sånne ting, det må bare vente til man har dagtid, da. Og så i turnus så kan man da risikere at man har langhelg og så har man kveldsvakt, ikke sant, så blir det jo plutselig fire fem dager før man er på dagvakt igjen.	Kontakt med fastleger, apotek, hjelpemiddelsentralen stopper opp på kveldstid.				

Tabell 2: Eksempel på analyseprosessen.

holdninger, meninger og erfaringer i et miljø der mange mennesker naturlig samhandler (22). Fokusgrupper var vurdert hensiktsmessig for å få frem motsigelser, variasjon og mangfold fremfor felles konsensus på tvers av gruppen (23). Studien var godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (Prosjektnummer 44812).

Fokusgruppene ble gjennomført cirka to år etter at bydelen opprettet den nye enheten for hverdagsmestring. Alle gruppeintervjuene ble gjennomført i et møterom på arbeidsplassen og varte cirka 90 minutter. Fokusgruppediskusjonene tok utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide med spørsmål som handlet om arbeidsopp-

gaver, tverrfaglig samarbeid, brukermedvirkning og kultur- og holdningsendringer. Deltakerne ble oppfordret til å beskrive og diskutere erfaringer ut fra konkrete brukereksempler. Båndopptaker ble brukt, og opptakene ble deretter transkribert ordrett av førsteforfatter.

ANALYSE

Analysen av datamaterialet er inspirert av kvalitativ innholdsanalyse, hvor formålet er å beskrive variasjoner gjennom å identifisere ulikheter og forskjeller i tekstinnholdet. Målet med innholdsanalysen var å finne det *latente budskapet* som handler om tekstens underliggende budskap, som uttrykkes på et tolkende nivå i

form av tema (24).

Datamateriale ble gjennomgått linje for linje, og alle meningsenheter som handlet om terapeutenes erfaringer knyttet til tenking og arbeidsmåte, ble identifisert. Hver meningsenhet ble videre abstrahert til hver sin kondenserte meningsenhet, som for eksempel «Før la man opp sin egen tid» og «Kontakt med fastleger, apotek, hjelpemiddelsentralen stopper opp på kveldstid». Totalt ble det 335 kondenserte meningsenheter innledningsvis. Videre ble alle de kondenserte meningsenhetene med samme tema sortert i underkategorier som for eksempel: *Før hadde vi ansvar for kalenderen selv og du mister kontroll, frihet og oversikt*. Innholdet i hver underka-

Tema	Undertema
De positive erfaringene fra implementeringen	Alle tenker egenmestring hos alle. Nå tenker hele tjenesten på hva bruker ønsker. Samarbeidet med sykepleierne er gull verdt. Tverrfaglig kartlegging for å ivareta hele brukernes behov.
Utfordringene etter implementeringen	Nå gjør på en måte alle alt. Jeg vet ikke hva eller hvem jeg skal til i morgen. Vi får ikke tid til å gjøre jobben grundig nok.

Tabell 3: Resultat av analyse.

tegori var nær beslektet (24). I den videre analysen ble underkategoriene som representerte det samme underliggende budskap, samlet i kategorier som for eksempel «Turnusarbeid», «Mål» og «Koordinering» (se tabell 2 forrige side for eksempel). Førsteforfatter hadde hovedansvar for analysen, men med diskusjon og veiledning av andreforfatter. Analyseprosessen gikk mye frem og tilbake mellom hele teksten og mindre deler. Det viste seg videre at dataene kunne samles i syv undertema, som sammen representerte de to overordnede temaene: «de positive erfaringene fra implementeringen» og «utfordringene etter implementeringen» (se tabell 3).

For å bekrefte at endelige tema reflekterte det latente budskapet i terapeutenes erfaringer, er analysen og funnene blir diskutert med kolleger i forskergruppen «Hverdagsrehabilitering».

Resultat

Analysen viser at implementeringen av hverdagsmestring har ført til betydelige endringer for terapeutene – både i tenking og organisering av tjenesten og i måten de arbeidet på.

Terapeutene påpekte at de tidligere arbeidet med det de kaller for «rene» ergo- og fysioterapeutproblemstillinger. De tre rehabiliteringsenhetene jobbet isolert og avgrenset for seg selv,

og personalet fortalte at dårlig kommunikasjon og manglende oversikt over brukernes totalsituasjon ofte førte til dobbeltarbeid. Terapeutene erfarte at det tverrfaglige samarbeidet hovedsakelig foregikk mellom ergo- og fysioterapeutene, og at det var lite kontakt med hjemmesykepleien og ansatte som arbeidet med praktisk bistand. En av terapeutene oppsummerte: «Man kunne ikke fortsatt sånn som vi gjorde. Da jeg begynte her så satt jeg på mitt, jeg hadde eget kontor og satt aleine og tok saker etter som jeg ville, og planla dagene mine, og på en måte snakket ikke med så veldig mange andre».

DE POSITIVE ERFARINGENE FRA IMPLEMENTERINGEN

Alle tenker egenmestring hos alle

I analysen kommer det frem at egenmestringstankegangen har spredd seg over hele bydelen, også til samarbeidsinstanser utenfor enheten. Deltakerne fortalte at alle faggruppene, også ledelsen, tenker på viktigheten av å bidra til at brukerne mestrer og deltar i hverdagslige aktiviteter som brukerne anser som viktige. En terapeut fortalte: «Den tankegangen om å finne hverdagslige aktiviteter, å få brukeren til å forstå hvor viktig det er for å bli bedre, det å ha noe å drive med i hverdagen, hvor viktig det er å lage sin egen kaffe og hvor mye

aktivitet det er i det, at alle har på en måte fått mer den tankegangen, da». Terapeutene opplever at det er mer fokus på brukernes egne mål og hvilken funksjon den enkelte må trene opp for å nå målene. En av fysioterapeutene illustrerte dette ved å presisere at det ikke er hensiktsmessig for noen å jobbe med å trene opp full fleksjon i et kne om man ikke holder fokus på hva knefleksjonen skal brukes til i hverdagen. Terapeutene erfarte også at sykepleierne jobber mer målrettet sammen med brukeren for å mestre aktiviteter som hjemmesykepleien hjalp dem med tidligere. En deltaker beskrev endringen: «De trener jo på stomi – at de skal bli selvstendig i stomi! Og skifte sånn urinposer, og gud hjelpe meg hva de skal gjøre for noe. Og det er en ny æra for dem altså. Så det er også veldig moro».

Et annet aspekt som kom frem, er at alle brukerne i bydelen nå blir møtt av ansatte som arbeider i tråd med tankesettet om hverdagsmestring. Tidligere arbeidet terapeutene ofte kun med brukere som var henvist til ergo- eller fysioterapitjeneste, men nå møter de flere brukergrupper de ikke har erfaring med fra tidligere. Flere trakk frem eksempler på palliative kreftpasienter som de hadde erfart å ha positivt utbytte av at man tenkte aktivitet og deltakelse, fremfor pleie og passiviserende omsorg mot slutten av livet. Som en deltaker forklarte: «(...) å mestre hverdagen så godt som mulig, det kan alle være med på!»

Nå tenker hele tjenesten på hva bruker ønsker

Resultatene viser at terapeutene erfarer at økt fokus på tenking knyttet til hverdagsmestring har ført til at både de og enheten

for øvrig har fått et mer bevisst forhold til betydningen av brukervedvirkning, og hvordan det ivaretas i arbeidshverdagen. En deltaker sa: «*Det har i hvert fall noe med å være villig til å høre på brukeren, å være flink til å huske på at selv om man selv sitter på fagutdannelsen så er det jo brukeren som føler på og vet hva som er viktig i deres liv, ikke sant?*» Flere av deltakerne trakk frem brukereksempler som viste hvordan terapeutene nå er mer ydmyke i møte med brukernes egne løsninger på hverdagsutfordringer, fremfor å belære dem om «den riktige måten». Det ble fortalt om en mangeårig rullestolbruker som ved forflytning fra rullestol til seng hadde tillagt seg noen rutiner som terapeutene «skakker litt på hodet» av, men som en fysioterapeut sa: «*De får det til å funke og det er det viktigste for de, og da skal ikke vi stå der og si at "Men du, kanskje du skal..." Ja, hvis hun har den metoden og den fungerer så skal ikke vi stå å si at den ikke er riktig! Da kan vi heller si at "Du, det var en kul måte å gjøre det på!"*».

Brukernes selvbestemmelse var også mer synlig i selve beslutningsprosessen, ved at deres stemme skal inkluderes i diskusjonen om hvorvidt de i det hele tatt ønsker hjelp. Som en deltaker forklarte: «*Man er blitt flinkere nå til å tenke sånn, som hele tjenesten da, men hva ønsker bruker? Ønsker bruker at vi kommer daglig og ringer på telefonen, og hvorfor skal vi på død og liv se til denne brukeren? Gjør vi det for vår skyld, for pårørende sin skyld, legens skyld eller brukeren sin skyld?*». En terapeut forklarer videre: «*... er man samtykkekompetent så får man lov til å sitte å drikke seg i hjel i sin egen stue, hvis det er*

det man ønsker, ikke sant? For å sette det på spissen.» De peker på dette som et dilemma med å ta brukervedvirkning på alvor.

Samarbeidet med sykepleierne er gull verdt

Analysen viser at innføringen av den integrerte modellen har ført til økt samarbeid generelt og med sykepleiergruppen spesielt. Terapeutene erfarer at samarbeidet med sykepleierne er en viktig betingelse for at de får til den helhetlige tilnærmingen. Deltakerne uttrykte begeistring for samarbeidet: «*Også sykepleiere! ...og det er – gudskjelov for at vi har med sykepleierne!*» Terapeutene beskrev et mer komplett, tverrfaglig arbeid, hvor de understreker viktigheten av nå å ha tilgang på sykepleiernes kunnskap om sykdom og pleie. En deltaker fortalte hvordan sykepleiernes bidrag er avgjørende for å forstå totalsituasjonen til bruker: «*Da var det veldig greit å ha med sykepleier for de kunne vurdere smertebilde, sant? Vurdere medisinene. Hvorfor er hun blitt bedre? Jo, fordi hun har fått de og de medisinene, sant? Oxycontin, som er ganske sterke morfinpreparater.*».

Det velfungerende samarbeidet handler både om at yrkesgruppene er mer synlige, og at man viser økt interesse for å lære av hverandre. En deltaker fortalte entusiastisk: «*Jeg merker veldig godt på pleierne våre her (...) De er interessert i å høre om teknikker, sånn som bare senest i går så var det en helsefagarbeider som lurte veldig på forflytning i seng, "Hvordan kan jeg gjøre det best mulig?" (...) Ja, at de lurte på ting (...) det er veldig sånn interesse, og at de har lyst å lære, har lyst å kunne mest mulig fag.*». Flere deltakere trekker frem viktigheten av

å spille på hverandres kompetanse, og å gjøre hverandre gode. En avgjørende forutsetning for dette er at alle yrkesgruppene er samlet i et felles åpent kontorlokale.

Tverrfaglig kartlegging

Både organisatoriske grep, hvor det er bestemt at ansatte skal gjøre tverrfaglig kartlegging, og det felles kartleggingsredskapet indikerer at terapeutene anser kartleggingen som nødvendig både i tverrfaglig samarbeid og den helhetlige brukertilnærmingen. Felles kartlegging har gitt innblikk i hvilke spørsmål og hvilket fokus de andre faggruppene har. De opplever at flere av brukernes utfordringer kan løses under første besøk fordi det tverrfaglige kartleggingsredskapet dekker så mange områder. En deltaker fortalte: «*Hadde jeg gått dit alene så hadde det blitt et heeelt annet besøk. Da hadde jeg tenkt fysio fra opp og ned og rundt.*». Nå må de tenke utenfor faggrensen sin og opplever å få et bedre helhetsbilde av brukerne: «*Når du kartlegger pasienter så skal du ikke tenke som en fysio – du skal tenke som en "superbot"!*»

UTFORDRINGENE ETTER IMPLEMENTERINGEN

Nå gjør på en måte alle alt

Flere av deltakerne fortalte at terapeutene nå fikk flere såkalte sykepleiefaglige «rutineoppgaver» på arbeidslistene, som stell, tilsyn, matbringing og hjelp med støttestrømper, etter at den nye enheten ble etablert. I tillegg må de bidra med medisiner, noe de opplever at de ikke har kompetanse til å gjennomføre og føler seg utrygge på. Disse arbeidsoppgavene kom særlig på kveld og i helg når det er færre ansatte på jobb. Terapeutene mente at all

den tiden de bruker på medisinske tilsyn og stell i helgene, kunne de brukt på fysio- eller ergoterapioppgaver på tidspunkt som var mer hensiktsmessig både for brukerne og terapeutene. De mente ressursene ikke ble brukt riktig, og flere av terapeutene opplevde at grensen mellom terapeut- og sykepleierrollen ble visket litt ut. En deltaker oppsummerte problemet: *«Det er som sagt mye positivt, og man får tenkt mye nytt, men målet kan jo ikke være at man skal på en måte skape et nytt fellesfag, hvis du skjønner hva jeg mener?»* Terapeutene fortalte at med overlappende arbeidsoppgaver er det særlig viktig å være trygg på egen kompetanse for at enheten skal kunne opprettholde et velfungerende tverrfaglig samarbeid.

Jeg vet ikke hva eller hvem jeg skal til i morgen

I analysen kom det frem at terapeutene hadde ulike erfaringer med at koordinatorene nå planlegger og organiserer de daglige arbeidsoppgavene deres. Flere av deltakerne opplevde å miste kontroll og oversikt over både dagene og brukerne. Det medførte for eksempel at arbeidshverdagen ble uforutsigbar: *«Jeg føler jeg har lite kontroll. Jeg vet ikke hva jeg skal eller hvilke brukere jeg skal til i morgen, for eksempel... og det gjorde jeg jo før»*. Arbeidslistene, sammen med turnusordningen, fører også til at alle terapeutene nå arbeider og deler på alle brukerne som er tilknyttet enheten. Det medførte at det er ulike ergo- og fysioterapeuter som starter, følger opp, og avslutter brukersakene. En deltaker uttrykte frustrasjonen slik: *«....plutselig bli slengt inn der og der og der og der»*. Noen opplevde imidlertid dette som positivt, da man ikke

satt på det totale ansvaret alene. Det oppsto en diskusjon om hvem som hadde det fulle ansvaret for å følge opp brukersakene. Noen påpekte at hver bruker har en primærkontakt som skal være ansvarlig, men at det likevel ikke fungerer slik i praksis.

Vi får ikke tid til å gjøre jobben grundig nok

Funnene viser at flere nye arbeidsoppgaver sammen med den nye koordineringen gjør at flere av terapeutene nå opplever en annen type tidspress. Terapeutene fortalte at arbeidslistene ofte er fulle, uten at det er satt av ekstra tid til etterarbeidet. Dette gjorde det utfordrende å få tid til indirekte brukeroppfølging som møter, journalføring og søknadsskriving. Indirekte brukerarbeid ble også forsinket på grunn av kvelds- og helgevakter som gjør at man ikke er på jobb når nødvendige samarbeidskontor er åpne. Terapeutene fortalte at de ofte må be om ekstra tid til dette på forhånd.

Oppsummert fortalte deltakerne at etablering av enheten for hverdagsmestring har budt på store positive endringer både i terapeutenes tenking, arbeidsmåte og ikke minst i organiseringen av det praktiske arbeidet på enheten. De påpekte også at flere av utfordringene gjerne er såkalte «barnesykdommer» som ville gå seg til med tiden. I fremtiden bør det handle om å optimalisere tjenesten slik den per dags dato er organisert. De mest fremtredende ønskene for videreutvikling var å ha terapeutkompetanse blant koordinatorene for å sikre at riktig kompetanse settes opp på riktig oppdrag, samle alle arbeidsressursene på dagtid, ha faste tverrfaglige team til hver bruker for å

sikre kontinuitet samt opprette fagspesifikke forum for fagutvikling og utveksling av erfaringer.

Diskusjon

Diskusjonen vil vektlegge fire forhold som viser seg sentrale i ergo- og fysioterapeuters erfaringer med hverdagsrehabilitering organisert i en samlet enhet for hverdagsmestring. Det diskuteres under overskriftene:

- samarbeid med sykepleierne
- fra «ren terapeut» til «superbot»
- tjenestetilbudet og det daglige arbeidet må samsvare, forutsetninger for tverrfaglig samarbeid

SAMARBEID MED SYKEPLEIERNE

Funnene viser hvordan det nye samarbeidet med sykepleierne har avgjørende betydning for terapeutenes arbeid med egenmestring hos brukerne. I motsetning til andre studier som rapporterte utfordringer i samarbeidet mellom terapeutene og sykepleiergruppen/hjemmetrenerne (15, 18-19), reflekterer denne studien en gjensidig interesse og respekt mellom terapeutene og pleiegruppen. Begge parter er ydmyke, stiller spørsmål og lærer av hverandre. Det tverrfaglige samarbeidet har gitt terapeutene økt kunnskap om øvrige faggruppers kompetanse. Terapeutene erfarte hvordan tverrfagligheten kommer mer komplekse brukerne til gode, og dette i seg selv kan være et forhold som synliggjør verdien av å jobbe mindre monofaglig. Flere studier viser at personalet blir mer engasjert i hverdagsrehabilitering når de finner løsninger sammen (4, 12-13). Forskning understreker også at å ha en positiv holdning til, å lære

av og å utnytte hverandres kompetanse er positivt for kvaliteten på tjenesten (5, 10). Flere studier bekrefter våre resultater og viser hvordan pleiepersonale som jobber med hverdagsrehabilitering, også uttrykte positive erfaringer med samarbeidet. De synes at det var nyttig og interessant å arbeide mer med terapeutene og å lære av dem (11, 13, 25).

En måte å forstå det gode samarbeidet mellom terapeuter og pleiepersonale i våre funn på kan være at tankesettet om hverdagsmestring har blitt implementert både i enheten og i bydelen for øvrig. Samtidig kan det ha å gjøre med at man arbeider tett sammen i en integrert modell. Andre studier viser at utfordringer i samarbeidet kan ha sammenheng med manglende opplæring i dette tankesettet (15-16). Kjellberg et al. (19) mener dårlig samarbeid kan ha sammenheng med at sykepleierne og terapeutene har ulike fagtradisjoner. I vår studie ble det understreket at *alle* faggruppene er like viktige bidrag inn i det daglige arbeidet. Dette antyder at enheten nå arbeider i tråd med det litteraturen kaller et «felles tverrfaglig verdigrunnlag», som gjenspeiler en gjensidig forståelse og aksept for hverandre. Hjelle et al. (11) beskriver også et skifte i arbeidskulturen, noe som bidro til et økt fokus på den eldres ressurser og mål. Når pleiepersonalet fikk veiledning og erfaring med denne endringen, ble dette et motiverende moment for det videre tverrfaglige samarbeidet.

Et overraskende funn var at denne studien ikke reflekterer den motor- eller veilederrollen som litteraturen mener er sentral for terapeutene i det tverrfaglige arbeidet (2, 8, 26). Både Christensen et al. (15) og Tonnesen et al.

(16) fant at terapeutene opplevde å sitte alene på mye av ansvaret for brukerforløpene. Våre funn kan ha sammenheng med flere forhold. I tillegg til at man har et felles tverrfaglig verdigrunnlag og tankesett i hverdagsmestring, kan organiseringsmodellen være av betydning. Når koordinatorene har ansvar for å fordele enhetens arbeidsoppgaver, frigjøres med fordel terapeutenes arbeidstid til å kunne fokusere på direkte arbeid med brukerne. Fremfor å koordinere og veilede pleiepersonalet kan terapeutene bruke tid på gjensidig samarbeid og veiledning.

FRA «REN TERAPEUT» TIL «SUPERBOT»

Funnene i denne studien viser at terapeutene har fått økt fokus på brukervedtak, funksjon og mestring av hverdagsaktiviteter. Tidligere arbeidet de mer isolert med avgrensede og «rene» terapeutoppgaver. Nå følger terapeutene opp flere ulike brukere på nye områder, noe som medførte at de kunne føle seg som en «superbot». En superbot ble beskrevet av deltakerne som en som skal rekke over alt. Terapeutene gav imidlertid uttrykk for flere positive sider ved at de nå *tenker på alt* – som en «superbot» – i møte med brukerne, men at det blir mer utfordrende å *arbeide* som «superbot» hvor alle skal gjøre alt. Særlig utfordrende var det å få arbeidsoppgaver de ikke har kompetanse til, og som de føler seg utrygge i å utføre. Kjellberg et al. (18) fant også at terapeutene i Fredericia opplevde å få tildelt en del brukere uten rehabiliteringspotensial og brukte mer tid og ressurser på «alminnelige pleieoppgaver». Samtidig påpekte de utfordringer med uav-

klarte roller og arbeidsoppgaver mellom terapeut og øvrig personale i prosjektet, noe de opplevde stressende. I den sammenheng er det interessant at studier har funnet at sykepleiere også føler seg utrygge i nye arbeidsoppgaver, som rehabilitering og trening (5). Dette kan understøtte behovet for klarere arbeidsoppgavefordeling profesjonene imellom. Ansatte i Birkeland et al. (10) sin studie aksepterte derimot å måtte påta seg nye, mer generelle arbeidsoppgaver utenfor eget fagfelt. De opplevde ikke å miste sin faglige integritet, så lenge det var et felles fokus på pasientens mål og deltakelse i rehabiliteringsprosessen. Personalet i Brataas og Moes (17) studie jobbet med et mål om at alle skulle kunne gjøre alle oppgaver. De presiserte likevel at de hadde etablert en trygghet mellom de ulike yrkesgruppene og hverandres kompetanse, og at det dermed ikke var noen interne behov for profesjonskamp.

TJENESTETILBUDET OG DET DAGLIGE ARBEIDET MÅ SAMSVARE

Funnene viser at endring i tankesett har ført til at terapeutene nå arbeider mer spesifikt med et ressursperspektiv og fokuserer på at hverdagsaktivitetene skal fungere for bruker. Dette er i tråd med de politiske målene for «Morgendagens omsorg» (27) og «Leve hele livet» (28). Det å samle alle tidligere parallelle tjenester i én samlet enhet medførte at tilbudet til alle brukerne i bydelen nå er mer helhetlig og koordinert, noe som er i tråd med «Samhandlingsreformens» krav til kommunehelsetjenestene (29).

På den andre siden viser funnene at turnusarbeidet fører til det motsatte – det direkte

arbeidet med brukerne blir mer fragmentert og uoversiktlig, noe som sin tur er i strid med «Samhandlingsreformens» krav om mer helhetlige pasientforløp (29). Alttså er det ikke bare den «formelle» organiseringen av tjenester som er av betydning for terapeutenes arbeidsmåte, men også hvordan enheten i praksis tilrettelegger for dette i den daglige brukeroppfølgingen. Funnene viser at turnusarbeidet forårsaker at «alle deler på alle», og terapeutene mister oversikt og kontinuitet i brukeroppfølgingen. Fürst og Høverstad ANS' rapport (30) anerkjenner at tverrfaglig samarbeid er ressursskrevende nettopp fordi ulike faggrupper må samordne sin innsats og sikre at brukertilnærmningene følger en «rød tråd». Funnene i vår studie illustrerer at den røde tråden mangler når koordinatorene, og ikke terapeutene selv, organiserer arbeidsoppgavene sine dag for dag.

Samtidig reflekterte funnene en ambivalens hos terapeutene, da de også påpekte fordeler med at «alle jobber med alle». For eksempel å kunne dele på det totale ansvaret, og få flere som vurderer bruker. Disse fordelene løftet også Brataas & Moe (17) frem – det å dele på brukerne fremmet fleksibilitet i teamets totale arbeidsflyt. En teamorganisering vil på den andre siden være mer i tråd med «Primærhelsetjenestemeldingen» (31) som mener brukerne bør tilbys mer teambaserte tjenester for å unngå fragmentering. Månsson (26) påpeker imidlertid at det varierer hva brukeren har behov for, og dermed hvordan teamet bør settes sammen.

FORUTSETNINGER FOR TVERRFAGLIG SAMARBEID

Avslutningsvis vil vi oppsummere

forhold fra denne studien som bør ligge til grunn for tverrfaglige samarbeid i hverdagsrehabilitering.

Et moment som viser seg i flere studier, er at tankesettet om hverdagsmestring er nedfelt i *et felles kartleggingsverktøy* – en arbeidsmåte som *både* ivaretar helhetlig tenking, tverrfaglig samarbeid og brukers ønsker (13). Da får terapeutene og hele enheten et felles verdigrunnlag som anvendes og bidrar til å prioritere og anerkjenne den tid og ressurser en tverrfaglig og grundig kartlegging krever. Således har terapeutene rammevilkår som gjør det mulig å få oversikt over brukernes totalsituasjon samt holde fokus på hverdagsmestring.

Som flere andre har dokumentert tidligere, er også organisering og tilrettelegging av praktiske forhold, som *felles arbeidslokaler* av helt sentral betydning for den tverrfaglige arbeidsmåten (11, 17, 26). Også mulighet for *tverrfaglige møter* var sentralt, men ifølge terapeutene i denne studien fungerte ikke tidspunktet for de tverrfaglige møtene i den praktiske arbeidshverdagen. Derfor viser det seg at tross felles arbeidsplass og turnusarbeid er det fortsatt behov for at ledelsen legger føringer som gir en tverrfaglig møtearena mer struktur.

Det at terapeutene fikk *opprettholde* yrkesgrensene mellom dem og pleiegruppen, ble også sett som nødvendig. Siden terapeutene erfarte at overlappende arbeidsoppgaver gradvis visket ut yrkesgrensene, ønsket de å opprette fagspesifikke forum. Tidligere studier har rapportert om samme ønske om å styrke den fagspesifikke tilhørigheten (18, 20). Dette ble begrunnet med savnet av kompetanseheving og

deling av erfaringer innen egen yrkesgruppe.

Metodiske refleksjoner

Studier med eksplorerende formål har sjelden til hensikt å kunne gi en heldekkende beskrivelse av alle alternative perspektiver, tolkninger og forståelser av fenomenet man studerer (23). Dermed er ikke målet at resultatene skal overføres direkte til andre kommuner. Tatt i betraktning hvor mange ulike måter man både beskriver, organiserer og arbeider med hverdagsrehabilitering på, vil direkte overførbarhet være uaktuelt. I denne studien har vi kun snakket med terapeutene, noe som kan medføre ensidig gjenspeiling av samarbeid. Samtidig er det annen forskning knyttet til øvrige yrkesgruppers positive erfaringer med tverrfaglig samarbeid som kan bekrefte noen av funnene våre (11, 13, 25).

Til tross for de nevnte begrensningene i studiet kan funnene være gyldige for å forstå hvordan terapeuter kan erfare å arbeide med både hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. De kan også anvendes i forbindelse med utvikling av hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring i øvrige kommuner i Norge med lignende kontekst.

Artikkelen baserer seg på masteroppgaven *Fra «ren terapeut» til «superbot» – En kvalitativ studie om ergo- og fysioterapeuters erfaringer med implementering av hverdagsmestring* (<http://hdl.handle.net/11250/2418283>).

Takk til engasjerte terapeuter som stilte opp på gruppeintervju og delte sine erfaringer, og til forskergruppa «Hverdagsrehabilitering» ved NTNU for gode innspill og diskusjoner underveis.

Referanser

1. Tuntland H, Aaslund MK, Espehaug B, Førland O, Kjekken I. Reablement in community-dwelling older adults: a randomised controlled trial. *BMC geriatrics*. 2015; 15(1):145.
2. Tuntland H, Ness NE. Hva er rehabilitering? I: Tuntland H, Ness NE. red. *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014. s. 21-41.
3. Førland O, Skumsnes R. En oppsummering av kunnskap: Hverdagsrehabilitering. Senter for omsorgsforskning, vest. Oppsummering nr. 2/2016.
4. Langeland E, Førland O, Aas E, Birkeland A, Folkestad B, Kjekken I et al. Modeller for hverdagsrehabilitering-en følgeevaluering i norske kommuner: Effekter for brukerne og gevinster for kommunene? Bergen; Senter for Omsorgsforskning. Rapportserie Nr6/2016. 2016.
5. Randström KB, Wengler Y, Asplund K, Svedlund M. Working with 'hands off' support: a qualitative study of multidisciplinary teams' experiences of home rehabilitation for older people. *International Journal of Older People Nursing*. 2014; 9(1):25-33.
6. Orellano E, Colón WI, Arbesman M. Effect of Occupation- and Activity-Based Interventions on Instrumental Activities of Daily Living Performance Among Community Dwelling Older Adults: A systematic review. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2012; 66(3):292-300.
7. Ness NE. Hvordan samarbeide om viktighetsområder? I: Tuntland H, Ness NE. red. *Hverdagsrehabilitering*. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2014. s. 118-137.
8. Birkeland A, Langeland E, Tuntland H, Jacobsen FF, Førland O. Hverdagsrehabilitering – spesialisert eller integrert? *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*. 2018; 14(1).
9. Zingmark M. Alla professioner är viktiga för en utvecklad vardagsrehabilitering. *Ergoterapeuten*. 2013; 3:26-29.
10. Birkeland A, Tuntland H, Førland O, Jakobsen FF, Langeland, E. Interdisciplinary collaboration in reablement – a qualitative study. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2017; 10:195-203.
11. Hjelte KM, Skutle O, Førland O, Alvsvåg H. The reablement team's voice: a qualitative study of how an integrated multidisciplinary team experiences participation in reablement. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2016; 9:575-585.
12. Rostgaard T, Graff MJ. Med hænderne i lommen. Borger og medarbejders samspill og samarbejde i rehabilitering. Projekt 1117. København: KORA; 2016.
13. Vik K. Hverdagsrehabilitering og tverrfaglig samarbeid; en empirisk studie i fire norske kommuner. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2018; 4(1):6-15.
14. Hjelte KM, Skutle O, Alvsvåg H, Førland O. Reablement teams' roles: a qualitative study of interdisciplinary teams' experiences. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2018; 11:305-316.
15. Christensen U, Malling G, Christensen B. Hverdagsrehabilitering: Rapport fra en kvalitativ undersøgelse. København: København kommune; 2014.
16. Tonnesen M, Sørensen JB, Nygaard K. Grib hverdagen: slutevaluering. Aarhus: Aarhus kommune: Sundhed og Omsorg; 2012.
17. Brataas HV, Moe A. Hverdagsrehabilitering: en pilotstudie om teambasert planlegging og innføring av Stjørdalsmodellen. Senter for omsorgsforskning Midt, rapportserie nr. 8/2015.
18. Kjellberg PK, Ibsen R, Kjellberg K. Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Erfaringer fra Fredericia kommune. Rapport. København: Dansk Sundhedsinstitut; 2011.
19. Kjellberg PK, Hauge-Helgestad A, Madsen MH, Rasmussen SR. Kortlægning af kommunernes erfaringer med rehabilitering på ældreområdet. Rapport. Odense: Socialstyrelsen; 2013.
20. Stavanger kommune. Selvstendig, trygg og aktiv: Evaluering av pilotprosjekt Hverdagsrehabilitering. Stavanger: Stavanger kommune; 2013.
21. WHO. ICF: Internasjonal klassifisering av funksjon, funksjonshemming og helse. Geneve/Oslo: WHO/KITH; 2003.
22. Krueger RA, Casey MA. Focus groups: A practical guide for applied research. 4. utg. London: SAGE Publications; 2009.
23. Malterud K. Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag. Oslo: Universitetsforlaget; 2012.
24. Lundman B, Graneheim UH. Kvalitativ innehållsanalyse I: Granskär M, Höglund-Nielsen B. red. Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård. 2. utg. Lund: Studentlitteratur; 2012. s. 187-201.
25. Liaaen J. Professional carers' experiences of working with reablement. [Masteroppgave]. Trondheim: Høgskolen i Sør-Trøndelag; 2015.
26. Månsson M. Hemrehabilitering: vad, hur och för vem? 2. utg. Stockholm: Gothia Förlag; 2007.
27. Helse og omsorgsdepartementet. Morgendagens omsorg. (Meld. St. 29 (2012–2013) Oslo, Departementets servicesenter, 2013.
28. Helse- og omsorgsdepartementet. Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre. Meld. st. 15 (2017-2018). Oslo, Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2018.
29. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009). Oslo, Departementets servicesenter; 2009.
30. Først & Høverstad ANS. Fra passiv mottaker til aktiv deltaker: Hverdagsrehabilitering i norske kommuner. KS FoU-prosjekt nr. 134027. Sluttrapport; 2014.
31. Helse- og omsorgsdepartementet. Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. Meld. St. 26 (2014-2015) Oslo, Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2015.

Forsker på koordinering av tilbakeføringsprosesser for sykmeldte arbeidstakere

Av Else Merete Thyness

– Hvem er Lisebet Skeie Skarpaas?

– Jeg er den evige student! Får aldri nok av skolegang, og det passer meg derfor veldig bra å være lærer og forsker. Jeg liker veldig godt jobbe i en setting der kunnskapsutveksling er i fokus. I undervisningen lærer jeg mye av studentene, andre forelesere og veiledere. I forskningen lærer jeg mye av de jeg snakker med, fra datamaterialet og fra medforskere og litteratur. Og så har jeg mange dyktige kollegaer – derfor trives jeg veldig godt i universitetsmiljøet ved OsloMet.

– Hva forsker du på?

– I doktorgradsarbeidet mitt har jeg forsket på koordinering av tilbakeføringsprosesser for sykmeldte arbeidstakere. Jeg har hatt fokus på intervensjoner, eller tilbud, som vi gir til sykmeldte. Disse intervensjonene gis både fra helsevesenet og NAV. Jeg har sett på om de sykmeldte har en koordinator og hvordan disse tilbudene koordinerer mellom arbeidsplassen, helsevesenet og NAV.

Mer overordnet er jeg opptatt av deltakelse i skole og arbeidsliv, og jeg har vært og er involvert i flere prosjekter hvor vi studerer dette. Jeg har også en liten fot

innenfor digital historiefortelling for forskningsformidling og i undervisning – noe jeg både bruker i undervisning og for formidling av egen forskning, og som jeg også har forsket på.

– Hva er dine hovedfunn?

– Hovedfunnene i doktorgradsarbeidet er at selv om mange i dag får en koordinator i tilbud som sykmeldte, ser ikke modellen vi tilbyr for å koordinere tjenestene i dag, ut til å være god nok. Når vi ser overordnet på Raskere tilbake-tilbudene, koordinerer de først om fremst sine egne tilbud, og det er få som har kontakt med andre aktører, som arbeidsplassen. I min studie fant jeg ingen sammenheng mellom å ha en koordinator og hvor raskt de sykmeldte kom tilbake i arbeid. Å ha kontakt med arbeidsplassen er en av faktorene som i forskningslitteraturen har vist å bety mye for tilbakeføring til arbeid. Det ser ut til at koordinatorrollen er lite definert og utviklet innenfor tilbakeføringstilbud i Norge. Vi har mange utfordringer med koordinering og samarbeid. Andre steder i verden er Return-to-Work-kordinatorer vanlige. Slike kordinatorer har gjerne en videreutdanning, etter for eksempel ergoterapiutdanning, for å ivareta denne



NAVN:

Lisebet Skeie Skarpaas

STILLING:

Stipendiat ved Fakultet for helsevitenskap, Institutt for ergoterapi og ortopediingeniørfag, OsloMet – Storbyuniversitetet.

komplekse rollen. Dette er noe jeg vil jobbe videre med nå som doktorgradsarbeidet avsluttes.

– Hvilken forskningsartikkel er den beste du har lest, og hvorfor?

– Det var et vanskelig spørsmål! Jeg har lest mange gode forskningsartikler og synes det er vanskelig å skulle trekke frem én spesielt. Generelt er jeg veldig glad i kunnskapsoppsummeringer, og gjerne systematiske oppsummeringer, som dem som Cochrane-samarbeidet tilbyr. Når jeg skal jobbe med et nytt felt eller tema, søker jeg alltid først etter om det er laget kunnskapsoppsummeringer. Da får jeg raskt et overblikk over forskningsfeltet. Jeg har nettopp undervist på masterstudiet i ergoterapi, hvor vi blant annet tok utgangspunkt i van Vilsteren et al. sin review fra 2015, som

heter «Workplace interventions to prevent work disability in workers on sick leave». I denne oppsummeringen konkluderer de med at arbeidsplassintervensjoner er effektive for personer med muskel- og skjelettlidelser. De sier også at det trengs mer forskning for å se på det å klare å stå i jobb etter fravær, og innenfor andre helseproblemer som psykiske lidelser. Jeg liker veldig godt at Cochrane-reviewene har sammendrag med enkelt språk i tillegg til det vitenskapelige sammendraget. Samtidig gir de en god oversikt over enkeltstudiene som er inkludert, så man også kan gå dypere inn i tematikken. Akkurat til denne oppsummeringen har jeg også vært med å lage en synopsis på norsk som finnes på [presenter](#).

no. Å formidle forskning godt er noe jeg er opptatt av – det er helt nødvendig for at den skal kunne tas i bruk!

– Hva mener du vi trenger vi mer forskning om innen ergoterapi?

– Jeg tror vi trenger forskning innen mange områder i ergoterapi. For å utvikle faget og være tydelige på kompetansen vår i møte med utfordringene samfunnet vil møte framover, er forskning en viktig brikke. Vi trenger forskning for å kunne slå i bordet med at måten vi jobber på, og intervensjonene vi tilbyr, er effektive når de er det. Vi trenger også kunnskap for å kunne videreutvikle tjenester på best mulig måte for individer og samfunnet. Jeg tror

derfor det er viktig med intervensjonsfokus på masterstudiet i ergoterapi, både innenfor arbeids- og hverdagsliv. Nå blir det også mulig å søke seg inn på en forskerlinje allerede på master. Vi håper det vil føre til at flere ergoterapeuter kan tenke seg å gå videre med en forskerkarriere. Vi er heldige som har et så spennende og framtidsrettet fag! Innenfor mitt forskningsfelt må jeg også si at jeg håper mange ergoterapeuter vil engasjere seg i forskning innen arbeidshelse. Som ergoterapeuter har vi et stort potensial til å kunne bidra med intervensjoner på arbeidsplassen, med vurdering og tilrettelegging og som koordinører. Dette trenger vi absolutt å jobbe mer med, videreutvikle og forske på!



medema
gruppen

- Løsninger som fungerer



Her kommer en smakebit fra vårt helt nye program av elektriske rullestoler og scootere!

MC1124 Low Rider med svært lav setehøyde, godt egnet som førersete i bil. Stolen er retningsstabil på alle typer underlag. Spinalus 2 setet gir deg også de største tilpassingsmulighetene og den beste komforten!

For mer informasjon ta på kontakt tlf. 67 06 49 00 eller gå inn på www.medema.no for å se brosjyre.

ERGOTERAPEUTER I NORSKE KOMMUNER:

I hvilken grad opplever de å påvirke kommunens målsettinger?

Kommuneergoterapiprojektet er et forskningsprosjekt som skal utvikle kunnskap om kommuneergoterapi i Norge før og etter at ergoterapi blir en lovpålagt tjeneste i kommunene i 2020. Denne artikkelen oppsummerer funnene fra den første artikkelen i prosjektet: «Perceived Influence on Service Goals Among Community-Working Occupational Therapists in Norway».



Ny artikkel om ergoterapeuter i norske kommuner.

Tore Bonsaksen, Unni Sveen, Anne-Stine Dolva, Sissel Horghagen, Else Merete Thyness, Cathrine Hagby & Cathrine Arntzen

*Tore Bonsaksen er ansatt ved OsloMet – storbyuniversitetet og Fakultet for helsefag ved VID vitenskapelige høgskole i Sandnes.
E-post: tore.bonsaksen@oslomet.no*

Unni Sveen er ansatt ved OsloMet – storbyuniversitetet og Avdeling for fysisk medisin og rehabilitering ved Oslo universitetssykehus.

Anne Stine Dolva er ansatt ved Høgskolen i Innlandet i Lillehammer.

Sissel Horghagen er ansatt ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet i Trondheim.

Else Merete Thyness er ansatt i Norsk Ergoterapeutforbund.

Cathrine Hagby er ansatt ved NAV hjelpemiddelsentral Buskerud i Drammen.

Cathrine Arntzen er ansatt ved UiT – Norges arktiske universitet i Tromsø og Universitetssykehuset i Nord-Norge, Tromsø.

Samhandlingsreformen har lagt opp til at vekten i norsk helsetjeneste skal forskyves fra sykehusenes spesialiserte behandling til kommunenes lokale, bredspektrede og personsentrerte tilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Parallelt med innføringen av denne reformen pågår nå en restrukturering av hele den offentlige sektoren i Norge. Mange av landets kommuner er blitt slått sammen, og flere vil bli det (Regjeringen, 2018). De kommunale helsetjenestene vil bli berørt av de pågående endringene, men akkurat hvilke konsekvenser endringene vil ha for ergoterapi-tjenestene og for ergoterapeuter i landets kommuner, er mer uklart. I tillegg kommer en viktig endring fra 2020. Fra da vil tilgang til ergoterapitjenester i kommunene være pålagt ved lov (Stortingets helse- og omsorgskomite, 2014). Som en respons på disse endringene ble det i 2017 startet et forskningsprosjekt med formål om å etablere mer kunnskap om

ergoterapi i norske kommuner før og etter iverksetting av lovendringen.

PROSJEKTET

Målet med prosjektet er å utvikle kunnskap om kommuneergoterapi i Norge før og etter at ergoterapi blir en lovpålagt tjeneste i kommunene i 2020. Hensikten er å fremskaffe mer kunnskap om ergoterapi i kommunene, om trekk ved tjenestetilbudene på tvers av kommunegrensene og landsdelene, og om hvordan tjenestetilbudene endrer seg i perioden mellom 2017 og 2022. I prosjektet undersøker vi hvilke brukergrupper som tilbys ergoterapi. Vi undersøker hvilke arbeidsoppgaver, kompetanser og prioriteringer ergoterapeuter har, og hvilke dilemmaer de erfarer. Datagrunnlaget for prosjektet kommer fra en survey som ble distribuert til ergoterapeuter i norske kommuner i 2017, og som vil distribueres på nytt i 2022. I tillegg kommer data fra kvalitative intervjuer med ergoterapeuter som arbeider i kommunene. I 2017 sendte

vi ut survey-undersøkelsen til 1767 ergoterapeuter, og komplette svar ble mottatt fra 561 (32 prosent) av dem. Disse ergoterapeutene utgjør det samlede utvalget som ligger til grunn for delstudiene som kommer fra prosjektets første fase.

DENNE STUDIEN

Studien som presenteres her, er den første publiserte delstudien fra prosjektet (Bonsaksen et al., 2018). Datagrunnlaget for studien er fra survey-undersøkelsen, og i denne sammenhengen studerte vi spesielt hvordan deltakerne besvarte spørsmålet «I hvilken grad opplever du at du er med og påvirker kommunens/etatens/bydelens målsettinger?» Deltakerne svarte ved å markere for ett av de følgende svaralternativene: «ikke i det hele tatt», «lite», «middels», «mye» og «svært mye». Svarene ble kodet om til tallverdier (1 = ikke i det hele tatt, 5 = svært mye) før analysene ble utført. Vi undersøkte også om det var noen egenskaper ved deltakerne som samvarierte med deres selvopplevde påvirkning.

HVA FANT VI?

Det gjennomsnittlige nivået av opplevd påvirkning (2.72) tilsvarte et sted mellom «lite» og «middels» påvirkning. Menn opplevde å ha større påvirkning på kommunens målsettinger i sammenlikning med hva kvinner opplevde. De justerte analysene viste at nivået av opplevd påvirkning var høyere for deltakere med mastergrad og for deltakere som var involverte i forsknings- og utviklingsprosjekter (FoU), sammenliknet med de øvrige. På den annen side var nivået av påvirkning lavere blant dem som rapporterte at de arbeidet med tekniske hjelpemidler, sammenlik-

net med de som ikke gjorde det.

Hvordan tolker vi funnene?

Det å ha utdanning på mastergradsnivå kan innebære at man i større utstrekning får mulighet til å forme eget arbeid, og at dette kan gjøres på måter som medfører større påvirkning på virksomhetens mål og retning. Sammenhengen mellom selvopplevd påvirkning og deltakelse i FoU-prosjekter kan gå begge veier: FoU-arbeid kan resultere i at virksomhetens målsettinger endres, og ergoterapeuter som deltar i slikt arbeid er derfor i en gunstig posisjon til å virke inn på kommunens målsettinger. Samtidig vil det å ha en posisjon med innflytelse kunne gjøre det enklere å få innpass i grupper som driver med FoU-arbeid. Formidling av hjelpemidler er et viktig arbeidsområde for ergoterapeuter, men dersom arbeidet i stor grad styres av andres vurderinger fremfor ens egne, kan det medføre at man i mindre grad opplever å påvirke de overordnede målsettingene for arbeidet.

KONKLUSJON

For at ergoterapi skal nå sitt fulle potensial i kommunene, bør ergoterapeuter etablere seg tydeligere i helsetjenestene, og med en større grad av påvirkning på dem. En slik utvikling kan fremmes ved å støtte ergoterapeuters vei mot mastergrad, deres deltakelse i FoU-prosjekter og deres autonomi med tanke på formidling av tekniske hjelpemidler.

HER KAN DU FINNE ORIGINALARTIKKELEN

Artikkelen er publisert med Open Access og er derfor fritt nedlastbar fra tidsskriftets eget nettsted <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2150132718813491>

ANDRE RESSURSER

Prosjektgruppens arbeider vil bli samlet på nettstedet ResearchGate: <https://www.researchgate.net/project/Occupational-therapy-in-community-healthcare-contexts-in-Norway>. En diskusjonstråd knyttet til artikkelen, initiert av førstelektor Kjersti Helene Haarr ved VID Viten-skapelige Høgskole, er også å finne på ResearchGate: https://www.researchgate.net/post/Interessant_resultat_Betyr_vel_at_vi_skal_fortsette_a_oppmun-tre_ergoterapeuter_og_andre_profesjoner_til_a_ta_master

FINANSIERING

Prosjektet er støttet av Ergoterapeutenes FoU-midler.

Referanser

- Bonsaksen, T., Sveen, U., Dolva, A.-S., Horghagen, S., Thyness, E. M., Hagby, C., & Arntzen, C. (2018). Perceived influence on service goals among community-working occupational therapists in Norway. *Journal of Primary Care & Community Health*, 9. doi:10.1177/2150132718813491
- Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009). Samhandlingsreformen: Rett behandling - på rett sted - til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Regjeringen (2018). Kommune- og regionreform. Nedlastet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/kommuner-og-regioner/kommunereform/id751048/>
- Stortingets helse- og omsorgskomite (2014). Innstilling fra helse- og omsorgskomiteen om bevilgninger på statsbudsjettet for 2015, kapitler under Helse- og omsorgsdepartementet (rammeområde 15). Nedlastet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2014-2015/inns-201415-011/4/>.

Første møte i Råd for aldersvennlig Norge

Helse- og omsorgsdepartementet har opprettet et råd for et aldersvennlig Norge, som ledes av Trude Drevland. Rådet skal bidra til at eldre mennesker skal delta i samfunnet og bruke evnene sine slik de ønsker.

Av Else Merete Thyness

Rådet er sammensatt av syv representanter fra sentrale organisasjoner og virksomheter, som har sluttet seg til visjonen om et aldersvennlig samfunn. Disse er:

- Pensjonistforbundet ved leder Jan Davidsen
- Frivillighet Norge ved generalsekretær Stian Slotterøy Johnsen
- KS ved ordfører Nils A. Røhne
- NHO ved administrerende direktør Anne Cecilie Kaltenborn
- Husbanken ved direktør Osmund Kaldheim
- IKT-Norge ved administrerende direktør Heidi Arnesen Austlid
- OsloMET-storbyuniversitetet ved forskningsleder Hans Christian Sandlie

Organisasjonene og virksomhetene skal bidra til å spre kunnskap og bevisstgjøring om eldres utfordringer og være en pådriver for nødvendige endringer.

ALLE SEKTORER HAR VIRKEMIDLER

Det første møtet var satt til Sentralen i Oslo 22. januar og var åpent for pressen. Leder Trude Drevland, som er utpekt av regjeringen, hadde blant annet dette å si til dem som var til stede:

– Regjeringens strategi for et aldersvennlig samfunn – «Flere år – flere muligheter» – viser hvordan alle sektorer har virkemidler til å fremme et aldersvennlig samfunn, slik at eldre mennesker kan



Jan Davidsen representerer Pensjonistforbundet, og Trude Drevland er leder av Råd for aldersvennlig Norge. Foto: Wenche Halsen.

delta, leve aktive liv og bevare sin selvstendighet så lenge som mulig.

NASJONALT PROGRAM FOR ET ALDERSVENNLIG NORGE

Regjeringen vil konkretisere arbeidet med kvalitetsreformen «Leve hele livet» med et nasjonalt program for et aldersvennlig Norge. Råd for aldersvennlig Norge skal bidra til gjennomføring av dette nasjonale programmet.

Programmet har fem oppgaver:

- planlegg egen alderdom – en kampanje på tilrettelegging av bolig, sosialt fellesskap og et aktivt liv
- eldrestyrt planlegging av aldersvennlige lokalsamfunn
- Nasjonalt nettverk for aldersvennlige kommuner
- partnerskapordning for alder-

svennlige organisasjoner, institusjoner, bedrifter og virksomheter

- ta i bruk seniorressursen i arbeidsliv og frivillig arbeid

– Vi har påtatt oss en forpliktelse, og vi lover å sette spor etter oss. Vi skal aldri glemme å spørre «Er dette aldersvennlig nok?» sa Drevland.

ERGOTERAPEUTERS ROLLE

På spørsmål om hvor hun så ergoterapeutene i dette bildet, svarte Trude Drevland:

– Jeg har jobbet med eldre i nesten hele mitt liv. I arbeidet for et aldersvennlig samfunn, der vi skal holde folk friskere og mer mobile lenger, er ergoterapeutenes rolle viktigere enn noen gang. Det håper jeg myndighetene også ser.

M5 Corpus[®]

Your everywhere drive

Det unike Agile fjærsystemet, samt kraftige motorer gir optimale kjøreegenskaper på krevende underlag. En snørik vinter skal ikke være et hinder for en aktiv tilværelse.

Å være utendørs føles alltid godt og er viktig for oss alle.



Deltakelse og mestring for eldre

– Ergoterapeutenes hovedsatsing for 2019 er «Deltakelse og mestring for eldre». Politikere er fremdeles i tvil om prioriteringen mellom pleie og sykehjem eller aktivitet og deltakelse. Jeg mener at bærebjelken må være rehabilitering og forbygging, sa forbundsleder Nils Erik Ness da han åpnet Ergoterapeutenes vinterkurs på Lillestrøm 29. januar.

Av Else Merete Thyness

Et av temaene var hvordan hele forbundet skal jobbe med forbundets satsingsområde «Deltakelse og mestring for eldre». Ergoterapeuter har et unikt mulighetsrom med stortingsmelding 15 (2017-19) *Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre*.

Den består av fem innsatsområder:

- et aldersvennlig samfunn
- aktivitet og deltakelse
- mat og måltider
- helsehjelp
- sammenheng i tjenestene

– Statssekretær Anne Bramo lovt i sitt innlegg på vinterkurset at regjeringen vil prioritere økonomisk støtte til de kommunene som fulgte opp intensjonene i *Leve hele livet*. Her er det viktig å følge med på meldinger fra fylkesmenene. *Leve hele livet* er midt i blinken for oss. Vi har kompetanse på alle disse fem områdene, sa Ness.

SKRIKER ETTER ERGOTERAPI-KOMPETANSEN

Reformperioden varer frem til 2023.

2019: forberedelse og oppstart
2019-2020: Kartlegging og planlegging til kommuneplan
2021-2023: Implementering og gjennomføring

– Denne reformen skal forankres gjennom lokalpolitisk behandling. Aldersvennlig kommune skal inn i kommunenes planstrategi, og det oppfordres til bred involvering

fra fag og brukergrupper. Ergoterapeuter oppfordres til å melde sin interesse for sine ledere. Reformen sammenfaller med vår visjon: «Aktivitet og deltakelse for alle» og mottoet: «Ergoterapeuter gjør hverdagslivet mulig». Vi er spesielt gode på hverdagsmestring, meningsfull aktivitet og samfunnsdeltakelse. *Leve hele livet* skriker etter ergoterapikompetansen, sa Ness.

HVA GJØR VI NÅ?

Forbundslederen mente at ergoterapeuter nå har mulighetsrommet.

– Vi må løfte aktivitetsperspektivet enda tydeligere frem. Vi har fantastisk dyktige ergoterapeuter som arbeider innen de fem innsatsområdene, og som kan bidra til opplæring i kurs og konferanser i regionene. Relevant i *Leve hele livet* er temaer som universell utforming, aldersvennlig samfunn, boligtilpassing, velferdsteknologi, hverdagsmestring og hverdags-

rehabilitering. Det er også viktig å finne de rette samarbeidspartnere blant fag- og brukergrupper. Gode allianser gjør oss sterkere. Tidligere rådgiver i Trondheim kommune, Oddrun Anita Linge, nevnte spesielt nytten av å samarbeide med kommunens økonomer. De kan bidra til å regne på samfunnsnyten av ergoterapeuter. Samtidig er økonomer utenfor enhver profesjonskamp innen helse- og velferdstjenesten, sa han.

Ness poengterte at forslagene til tiltak i *Leve hele livet* egentlig ikke er nytt for ergoterapeuter.

– Vi trenger ikke være supermennesker for å påta oss enda flere oppgaver. Stortingsmeldingen *Leve hele livet* handler om temaer vi allerede er gode på. Dette er første gang en stortingsmelding beskriver innsats for eldre med vekt på aktivitet og deltakelse i motsetning til omsorg, sykehjem og trygdeutgifter. Dette er godt nytt, som vi støtter.



Ergoterapeutenes første nestleder Tove Holst Skyer, statssekretær Anne Bramo og forbundsleder Nils Erik Ness på Vinterkurset.

HJELPEMIDDEL SØR / ØST MESSEN

Vi har gleden av å invitere til
hjelpemiddelmesse i:

Kongstenhallen, Fredrikstad

Onsdag 24. april 2019, kl 10-15

Ekeberghallen, Oslo

Torsdag 25. april 2019, kl 10-15

Sørlandshallen, Kristiansand

Tirsdag 7. mai 2019, kl 10-15

Skien Fritidspark, Skien

Onsdag 8. mai 2019, kl 10-15

Drammenshallen, Drammen

Torsdag 9. mai 2019, kl 10-15

Her får du nyttig informasjon om et
stort utvalg av tekniske hjelpemidler

Enkel servering

Gratis adgang

Velkommen til en innholdsrik dag!

Hilsen
Hjelpemiddelleverandørene



Tallet på mannlige søkere til ergoterapistudiet øker.

FLERE MENN SØKER ERGOTERAPISTUDIET

Statistikken fra Samordna opptak viser en økning på 31,8 prosent i antall mannlige søkere til ergoterapistudiet fra 2015 til 2018. Både ergoterapifaget og andre helsefag i Norge er på god vei til å jevnes ut når det gjelder antall kvinnelige og mannlige studenter.

Av Vegard Bråtveit og Henning Evenshaug

Vi har forhørt oss med en førsteårsstudent, en tredjeårsstudent og en yrkesaktiv ergoterapeut om hva de tenker om denne interesseveksten.

HENRIK SVENDSEN
er førsteårsstudent i ergoterapi ved VID vitenskapelige høyskole.
– Hvorfor valgte du ergoterapistudiet?

–Jeg valgte ergoterapistudiet fordi jeg syntes det virket universelt og interessant. Det er mange fagområder å velge mellom. Man slipper å låse seg til et område med tanke på jobb. Samtidig får jeg mulighet til en god og nær kontakt med brukere på en måte mange andre utdanninger ikke åpner opp for, og jeg kan gjøre mitt beste for å hjelpe dem som trenger det, å nå noen av målene sine i livet.

– Hva tror du er årsaken til at antall mannlige søkere til ergote-

rapistudiet har økt med over 30 prosent på landsbasis siden 2015?

– Jeg tror en nøkkelfaktor til at dette er et studium på vei opp, er at ergoterapi blir en lovpålagt tjeneste i kommunene i 2020. Jeg tror også at det å jobbe innen helsefag generelt blir stadig mer populært for begge kjønn, sammenlignet med tidligere. Det at karakterkravene for å komme inn på fysioterapistudiet nærmer seg jusstudiet, lokker nok også flere folk inn på andre helsestudier, også mannlige søkere.

– Hva ser du mest frem til med disse tre årene som ergoterapistudent?

–Jeg ser mest frem til å komme inn i et helt nytt miljø med nye folk. Jeg flytter fra Arendal til Sandnes, så jeg må etablere meg på nytt, få nye vaner i en ny by og opprette nye bekjentskap. Det blir en utfordrende tid de neste tre årene med tanke på studier, men jeg tror at reisen blir bra så lenge

folkene man møter er ålreite. Som de sier, «it's not the destination, it's the journey». Jeg ser også frem til praksisperiodene der jeg fysisk, og eventuelt psykisk, får testet meg i faget som ergoterapeut. En utenlandspraksis i det tredje året høres også spennende ut. Konklusjonen er altså at jeg ser frem til samholdet med nyetablerte venner, studiet, praksisperioder og de meningsfylte øyeblikkene jeg vil støte på underveis.

JIM-ROAR WOLFF
er tredjeårsstudent i ergoterapi ved VID vitenskapelige høyskole.
–Hvorfor valgte du ergoterapistudiet?

–Jeg var først usikker på hva jeg skulle bli, men jeg visste at jeg ville jobbe med mennesker. På videregående hadde jeg blant annet treningslære og breddeidrett. Det vekket min interesse for anatomi, hvordan kroppen er bygd opp, og at alt henger sammen. Allerede da

visste jeg at uansett hva jeg studerte etter videregående, skulle det innebære anatomi og fysiologi. Jeg var interessert i fysioterapi, men fant mange andre spennende studiemuligheter under søkeprosessen. Da jeg oppdaget ergoterapi, virket det som et yrke som var midt i blinken for meg.

– *Hva tror du er årsaken til at antall mannlige søkere til ergoterapistudiet har økt med over 30 prosent på landsbasis siden 2015?*

– Jeg tror det handler mye om de samme årsakene som gjorde at jeg søkte. Folk er usikre på hva de skal bli, og helsefag virker stadig mer interessant. Ergoterapi har blitt mye mer populært i løpet av de siste årene, samtidig som faget har vokst. Jeg tror også at informasjonssider som utdanning.no gjør det lettere for mannlige søkere å finne frem til studieretninger de ikke har hørt om før og som passer deres interesser.

– *Hva ser du frem til etter at du er ferdig med studiet og er utdannet ergoterapeut?*

– Jeg gleder meg til å hjelpe folk som har utfordringer i hverdagen på grunn av alder, funksjonshemming, sykdom eller skade til å utføre aktiviteter som har betydning for dem. Jeg gleder meg til å kunne se progresjon,

glede og mestringsfølelse hos mennesker med aktivitetsutfordringer. Det å se fremgang hos pasienter gir deg en ubeskrivelig følelse, og nettopp den følelsen gjør ergoterapi til et veldig givende yrke. Jeg har allerede hatt mange slike opplevelser under mine praksisperioder, og jeg ser fram til flere. Jeg gleder meg også til å jobbe selvstendig og å kunne bruke egen kunnskap og kreative løsninger til å finne muligheter og løsninger for andre.

KJELL NESGÅRD er kommuneergoterapeut i Lund kommune.

– *Hvorfor valgte du å bli ergoterapeut?*

– Det var helt tilfeldig, eller «Gud-feldig», som jeg pleier å si. Jeg hadde en kamerat som gikk på ergoterapihøgskolen i Bergen og det var han som ga meg ideen om å søke. Jeg prøvde meg først på opptaket til PolitiHøgskolen, men her kom det fram at jeg passet bedre til å være helsearbeider enn politimann. Etter hvert har jeg vokst inn i ergoterapiyrket, og nå har jeg jobbet som ergoterapeut i 20 år.

– *Hva tror du er årsaken til at antall mannlige søkere til ergoterapistudiet har økt med over 30 prosent på landsbasis siden 2015?*

– I arbeidet som ergoterapeut i kommunehelsetjenesten, der jeg har min hovedpraksis, er hverdagen mye preget av formidling av tekniske hjelpemidler. Her kommer man bort i mange tekniske oppgaver som jeg tror kan lokke mannlige søkere til ergoterapifaget. Ellers så er ergoterapifaget variert, og man kan arbeide på mange ulike områder. Man kan også velge å jobbe som ergoterapeut innen et utradisjonelt arbeidsfelt og ikke bare i helsevesenet. Ergoterapikompetansen kan brukes i ulike typer jobber, og dette kan være en årsak til at det er flere mannlige søkere til studiene.

– *Har du noen råd eller tips du vil gi til ergoterapistudenter eller nyutdannede ergoterapeuter?*

– Vær deg selv i utdanningen eller jobben, og «form» jobben slik at den passer deg. Du bør da

1. være bevisst på dine ressurser og begrensninger
2. tørre å ta utradisjonelle valg
3. lære deg å se «hele» mennesket
4. bli flink til å snakke med mennesker og til å skape tillit i en samhandlingssituasjon. Tross alt er dette det viktigste, da vi skal jobbe med mennesker, ikke maskiner.



Henrik Svendsen er førsteårsstudent i ergoterapi ved VID vitenskapelige høgskole i Sandnes.



Jim-Roar Wolff er tredjeårsstudent i ergoterapi ved VID vitenskapelige høgskole i Sandnes.



Kjell Nesgård er kommuneergoterapeut i Lund kommune

KONTAKT: ERIK SIGURDSSØN

Adresse: ADDmedia AS, Boks

Sentralbord +47 40 10 05 01

Mobil: 90 03 09 43

Faks: 22 17 25 08

E-post: erik@addmedia.no

To kurs om arbeidsplassvurdering – studer hjemmefra!

Bli med på å gjøre arbeidslivet mulig for enda flere ved å øke ferdighetene dine i å gjennomføre arbeidsplassvurderinger i tråd med internasjonal forskning og beste praksis!

KURS 1: MINIKURS MED 7 LEKSJONER

Dette kurset heter **Lær arbeidsplassvurdering til sykmeldte på 1–2–3**. Leksjonene kommer som nettsider bestående av oversiktlig tekst og bilder. Du blir invitert med på en diskusjon under hver leksjon sammen med de andre kursdeltakerne, så her kan du bli kjent med utfordringer og meninger andre har. Til slutt mottar du en oversikt over alle leksjonene og et kursbevis.

Kurset går kontinuerlig og starter med en gang du bestiller kurset.

KURS 2: ONLINEKURS MED 4 MODULER

Dette kurset heter **Lær arbeidsplassvurdering**. Kurset arrangeres som et åtte ukers kurs med fire moduler. Kurset tilbys på en egen kursplattform som du har tilgang til i et helt år. Du vil også ha



mulighet til å delta i et diskusjonsforum med andre deltakere. Det vil bli satt opp Q&A-veiledninger i en egen Facebook-gruppe der du kan stille spørsmål til kurslederne og de andre kursdeltakerne. Du lager en plan for et eget arbeidsplassbesøk med arbeidsplassvurdering til selvvalgt type arbeidstaker(e). Denne planen lages etter en mal som du lærer i kurset, og leveres inn når kurset avsluttes. Basert på dette mottar du kursbevis. **Neste kurs starter 23. april og 3. september 2019.**

For mer informasjon og påmelding: se www.presenter.simplero.com.

Minner om aktuelle kurs i regi av Ergoterapeutene

AMPS-KURS

Flere har etterspurt AMPS-kurs. Nå har dere muligheten!
Det blir holdt kurs i Oslo **23.-27. september**. Begynn allerede nå å ordne finansiering, så det er klart før påmeldingsfristen, som er 31. juli.

VELFERDSTEKNOLOGI – VIRKEMIDDEL FOR MESTRING, AKTIVITET OG DELTAKELSE

4.-5. juni i Oslo. Program og påmelding i kurskatalogen.

Kurset løfter ergoterapeuters kompetanse i å jobbe med velferdsteknologi på system- og individnivå.



UiO : Institutt for helse og samfunn
Det medisinske fakultet



Master i interdisiplinær helseforskning

Er du interessert i forskning og fagutvikling og vil bidra til kunnskapsutvikling innen eget fagområde?

Studiet gir deg en analytisk tilnærming til dagsaktuelle helsefaglige problemstillinger som du vil ha nytte av i klinisk arbeid, som leder, i undervisning, fagutvikling og forskning.

På vårt masterprogram kan du komme med ideen din og få kunnskap om hvordan du gjennomfører et forskningsprosjekt. Masteroppgaven kan også knyttes til pågående forskningsprosjekter ved vårt fagmiljø.

Studiet er organisert med faste ukentlige studiedager og er tilrettelagt for både hel- og deltidsstudenter.

Kontakt:

helsam-studentinfo@helsam.uio.no

**Søk innen 15. april
(1. mars for tidlig svar)**

uio.no/helseforskning-master

Praktisk kjørevurdering og P-Drive (on-road)

1.-3. OKTOBER 2019 I OSLO

Praktisk kjøretest P-Drive er et undersøkelses- og vurderingsredskap som brukes ved observasjon av kjøreferdigheter.

P-Drive er forsket på og funnet valid og reliabelt i forhold til personer med slag, demens og mild kognitiv funksjonsnedsettelse. Det anbefales at deltakerne på dette kurset har kurset «Ergoterapeuter og førerkortvurdering» fra tidligere, eller har erfaring med slik kartlegging fra før.

Kursarrangør: Norsk Ergoterapeutforbund.

Forelesere: Ann-Helen Patomella, ph.d., Seksjonen for Arbetsterapi ved Karolinska Institutet, og Helena Selander, fil.dr. og leg arbetsterapeut ved Statens Väg & Transportforskningsinstitut i Sverige, som har henholdsvis utviklet instrumentet og forsket på det.

Pris: medlemmer kr 3000, tillitsvalgte kr 1 500 og ikke-medlemmer kr 6000. Medlemmer prioriteres. Kurset kvalifiserer ergoterapeuter til å benytte P-Drive ved førerkortvurderinger og er meritterende med 22 timer ergoterapispesifikt kurs.

Kursdeltakerne kan i etterkant av kurset kalibreres. Ved dokumentert kalibrering godkjennes ytterligere 35 timer. For program og påmelding se Ergoterapeutenes kurskalender.

OSLOMET

Master i ergoterapi

Skaff deg spesialisert kompetanse i analyse, utvikling og tilpasning av intervensjoner. Deltid over 4 år, men kan tas på kortere tid. 120 studiepoeng.

Ergoterapi innenfor allmennhelse

Styrk din faglige identitet med en videreutdanning. Deltid over 1 år. 30 studiepoeng.

Søknadsfrist 15. april

www.oslomet.no

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

MS-konferansene 2019

Tema: LIVSGLEDE

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

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

Konferansesteder:

Bergen – Scandic Hotel Ørnen - 26. april

Kristiansund – Scandic Kristiansund - 21. mai

Hamar – Scandic Hamar - 28. mai

Sarpsborg – Quality Hotel Sarpsborg - 28. august

Drammen – Scandic Ambassadør Drammen - 17. september

Kristiansand – Scandic Sørlandet - tirsdag 24. september

Tromsø – Scandic Ishavshotel - 8. oktober

Trondheim – Scandic Lerkendal - 18. oktober

Langesund – Quality Hotel Skjærgården - 5. November

Godkjenninger: Konferansen søkes godkjent av Norsk sykepleierforbund som meritterende for godkjenning til klinisk spesialist i sykepleie/ spesialsykepleie og av Norges Ergoterapeutforbund som spesialspesifikt kurs meritterende til ergoterapi spesialist. Konferansen er også godkjent som tellende i klinisk fagstige for hjelpepleiere, omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter i Fagforbundet.

For påmelding og ytterligere informasjon:

Gå inn på MS-forbundets hjemmeside www.ms.no eller ta direkte kontakt med MS-forbundet på telefon: 22 47 79 90

CP-KONFERANSEN 2019

Tiltak og tjenester

Nå kan du melde deg på
Norges største fagkonferanse om cerebral parese!

CP-konferansen 2019 vil fokusere på ulike tilbud som kan bidra til å bedre hverdagen med CP.

Det blir både nasjonale og internasjonale innledere som skal snakke om den nyeste forskningen og

behandlingen innen CP-feltet. I tillegg blir det spennende brukerinlegg!

Mer informasjon om konferansen, priser og påmelding finner du her:
www.cp.no/tilbud-til-deg/
arrangementer

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

Vikaveien 17, 2312 Ottestad
Tlf.:62 57 44 33, fax:62 57 44 34
wes@cypromed.no www.cypromed.no
Elektriske varmemidler for alle.
MINITECH AS
Hedmark Næringspark, 2312 Ottestad
Tlf.:62 57 78 00, fax:62 57 77 51
mail@minitech.no www.minitech.no
Elektriske varmemidler til barn og voksne

0333

Antitrykksårhjelpemidler/
trykkløsgjørende hjelpemidler
ADL PRODUKTER AS
Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
TOGEMOMEDICALSUPPLY AS
P.b. 4242, Midtstranda, 2307 Hamar
Tlf.: 62 52 62 72, fax: 62 52 12 11
company@mail@togemo.no
Dekker alle behov for trykkavlastning

0348
BEVEGELSE-, STYRKE- OG BALANSE TRENINGSTUTTYR

BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0606/0612/0618 ORTOSER

OTTO BOCH AS
P.b. 293, Alnabru, 0614 Oslo
Tlf.: 23 14 26 00, fax: 23 14 26 56
info@ottobock.se www.ottobock.no
Ortoser blir bra!

0630
PROTESER

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

3. PERSONLIG STELL OG KLÆR
0903
KLÆR OG SKO

ØYTEX AS
6917 Batalden
Tlf.: 57 74 55 20, fax: 57 74 54 77
post@oytex.no www.oytex.no
Uteklær for rullestolbrukere
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona tørkler, Arcona smekker

0909
HJELPEMIDLER FOR AV- OG PÅKLEDNING

ADL PRODUKTER AS
Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0912

Hjelpemidler ved toalettbesøk
ADL PRODUKTER AS
Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0912 B
HJELPEMIDLER FOR BARN VED TOALETTBESØK

BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

0933
HJELPEMIDLER VED VASKING, BADING OG DUSJING

ADL PRODUKTER AS
Bruern. 36, Postboks 33, 1550 Hølen
Tlf. 64 98 50 20 Fax: 64 98 50 21
salg@adl.no www.adl.no
ERGOGRIIP AS
Skeistøa 199, 5217 Hagavik
Tlf.: 92209399
aase.rokne@ergogrip.no www.ergogrip.no
Støttehåndtak 1/2/3 Passer til de fleste typer servanter
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

0933 B
HJELPEMIDLER FOR BARN VED VASKING, BADING

BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler
Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

Y 1
YRKESKLÆR/SKO

OPPFØRING I PRODUKTREGISTERET

Her finner du leverandører til helsesektoren, sortert etter type produkt firmaet selger.

Kr. 1.210,- per år for fire linjer for første produktgruppe.

Deretter kr. 825,- per produktgruppe.

Rabatt kan avtales ved flere oppføringer. Beløpet faktureres md 50% 2 ganger i året.

Oppføringene inkluderer og oppføringer på internett, <http://www.ergoterapeuten.no/produktregister>

4. FORFLYTNING

1203/1206

GANGHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

BARDUM AS

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

FOLLO FUTURA AS

Brekkeveien 43, 1430 ÅS
Tlf: 64 94 21 65
www.follo-futura.no

Gåbord

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1218

SYKLER

ALU REHAB AS

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

Sykler - man. og el.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1221

RULLESTOLER – MANUELLE OG ELEKTRISKE

ALU REHAB AS

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

Rullestoler - man. og el.

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com, www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1221 B

RULLESTOLER FOR BARN

ALU REHAB AS

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

PERMOBIL AS

Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com, www.permobil.com

PICOMED MOBILITY AS

Tvetenveien 164, 0671 Oslo
post@picomedmobility.no
www.picomedmobility.no
SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedi-
cal.no

1224

TILLEGGSUTSTYR FOR RULLESTOLER

ALU REHAB AS

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

BARDUM AS

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

Industriveien 16, 1481 Hagan
Tlf: 815 30 077, Fax: 67 07 99 59
firmapost@permobil.com, www.permobil.com

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

1230

OVERFLYTTINGSHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Overflyttingshjelpemidler, Arcona benløfter,
Dreilett, Jøhl stolløfter

1236

LØFTEHJELPEMIDLER

HUMAN CARE NORGE AS

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

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona benløfter

1503

HJELPEMIDLER TIL MATLAGING

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

1509

SPISE- OG DRIKKEHJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

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

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebu
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
iEAT spiserobot, iEAT spisestøtte, iFLOAT
armstøtte

1512

RENGJØRINGSHJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

1803

BORD

1809

SITTEMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
HELLAND MØBLER AS

6250 Stordal
Tlf. 70 27 90 00, fax: 70 27 90 01
KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad
Tlf.: 66 77 73 00, fax: 67 77 73 01
fb@krabat.no www.krabat.no
Krabat jockey, barnestol
SUNRISE MEDICAL AS
Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no
post@sunrisemedical.no

– PRODUKTREGISTER –

1812

SENGER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

1815

HØYDEINNSTILLBARE/REGULERBARE

TILSATSER TIL MØBLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

1818

STØTTEANORDNINGER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

SecuCare støttehåndtak

1821

DØR-, VINDUS- OG GARDIN-

ÅPNERE/-STENGERE

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

1830

HEISER, LØFTEPLATTFORMER,

TRAPPEHEISER OG RAMPER

ACCESS VITAL AS

P.B 430 2303 Hamar

Tlf : 95 76 10 00, faks: 62 51 85 01

www.accesstrappeheiser.no

eva@accessvital.no

Heiser: Løfteplattformer,

Trappeheiser og Ramper

S 1

UTVIKLING OG SPESIALTILPASNING AV

TEKN. HJ.MIDLER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

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

1836

OPPBEVARINGSMØBLER

K 1

KONTOR-/INSTITUSJONSMØBLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

7.KOMMUNIKASJON/INFORMASJON/

VARSLING

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

2103

OPTISKE HJELPEMIDLER

2109

**TILBEHØR TIL DATAMASKINER,
SKRIVEMASKINER OG KALKULATORER**

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

2110 KOGNITIVE HJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

E-post: mona@cognita.no www.cognita.no

MYLIFEPRODUCTS AS

Postboks 69 Tåsen, 0801 Oslo

Tlf: 92631425

post@mylifeproducts.no

www.mylifeproducts.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

1527

IKKE OPTISKE LESEHJELPEMIDLER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

2136

TELEFONER OG

TELEFONERINGSHJELPEMIDLER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50

info@gnresound.no www.gnresound.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Omgivelseskontroll/fjernstyring.

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2139

LYDOVERFØRINGSSYSTEMER

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50

info@gnresound.no www.gnresound.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

2142

SAMTALEHJELPEMIDLER VED

NÆRKOMMUNIKASJON

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru

Tlf.: 22121450

E-post: mona@cognita.no www.cognita.no

GN RESOUND AS

PB 132, Sentrum, 0102 Oslo

Tlf.: 22 47 75 30, fax: 22 47 75 50

info@gnresound.no www.gnresound.no

– PRODUKTREGISTER –

Vestfold Audio AS

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

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen
Tlf.: 55 55 10 60
E-post:sales.no@tobiidynavox.com
www.tobiidynavox.no

2144

GYNGETERAPI

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
2145 Høreapparater

2146

HØRSELTEKNISKE HJLPEDIDLER

Vestfold Audio AS

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

2147

SOVEHJLPEDIDLER

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),
Wellness Nordic Gyngestolen.
ØVREBØ REHABILITERING AS
Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Kastanjedynen, Arcona posisjoneringssputer,
Asklø posisjoneringssputer

2148

VARSLINGSHJLPEDIDLER

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no

GN RESOUND AS

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

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.
Varsling
Vestfold Audio AS
Nordre Fokserød 12, 3241 Sandefjord
Tel: 33473347, Fax: 33473345
Mail: post@vestfoldaudio.no
www.vestfoldaudio.no

2149

POSIJONERINGSPUTER

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen
Tlf.: 32 24 42 50
firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no
Arcona posisjoneringssputer,
Asklø posisjoneringssputer

2151

ALARMSYSTEMER

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
PICOMED AS
Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2221

BETJENINGSHJLPEDIDLER IKT

COGNITA AS

Gjerstadveien 396, 4993 Sundebru
Tlf.: 22121450
E-post: mona@cognita.no www.cognita.no
tobii dynavox
Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,
5008 Bergen
Tlf.: 55 55 10 60
E-post:sales.no@tobiidynavox.com
www.tobiidynavox.no

8. TRANSPORTERING (FLYTTING, LØFTING)

2412

HJLPEDIDLER FOR OMGIVELSESKONTROLL

ACCESS DØRAUTOMATIKK AS

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

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no
Omgivelseskontroll/fjernstyring.

2418

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

ADL PRODUKTER AS

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

ABILIA AS

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

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru
Tlf.: 37 11 99 50, fax: 37 11 99 51
post@picomed.no www.picomed.no

3003

LEKER

ABILIA AS

TTevlingveien 15, 1081 Oslo,
Tlf: 23 28 94 00
info@abilia.no www.abilia.no
AS HANA & HOLMENS POTTERIER
Strandgt. 123, 4307 Sandnes
Tlf.: 51 66 16 60, fax: 51 62 34 68
www.hana-holmens.no
Leire for modellering, formingsartikler.
BARDUM AS
Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070 Randaberg
Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20
post@ronda.no www.ronda.no

3006

SPILL

3009

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad
Tlf.: 69300105
Mail: info@bamseprodukter.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060
post@bardum.no www.bardum.no
SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby
Tlf: 66 96 38 00 Fax: 66 96 38 80
www.sunrisemedical.no post@sunrisemedi-
cal.no

10. HJELPEMIDLER FOR BARN

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

B.ADL

ADL- HJELPEMIDLER

ADL PRODUKTER AS

Bruervn. 36, Postboks 33, 1550 Hølen

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

salg@adl.no www.adl.no

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Hjelpemidler for posisjonering av barnet i hverdagen.

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat Pilot, krabbe hjelpemiddel,

Krabatskerf, sikleskerf

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

B.ERG

ERGONOMI FOR BARNEHAGEANSATTE

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Ergonomiske produkter for stellerom og lek.

B.KOM

KOMMUNIKASJONS-HJELPEMIDLER FOR BARN

ABILIA AS

Tevlingveien 15, 1081 Oslo,

Tlf: 23 28 94 00

info@abilia.no www.abilia.no

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

Vestfold Audio AS

Nordre Fokserød 12

3241 Sandefjord

Tel: 33473347, Fax: 33473345

Mail: post@vestfoldaudio.no

www.vestfoldaudio.no

B.MOS

MOSJONS- OG IDRETTSUTSTYR

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Posisjonering og trening for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

B.ROL

ROLLATORER

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SEN

SENGER FOR BARN

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50,

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Arcona barneseng, Arcona reiseseng

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.SPO

SPORT- OG FRITIDSPRODUKTER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

B.STI/SAN

STIMULERING/SANSEMOTORIKK

AS HANA & HOLMENS POTTERIER

Strandgt. 123, 4307 Sandnes

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

www.hana-holmens.no

Leire for modellering, formingsartikler.

BAMSE PRODUKTER AS

Tyrilia 7, 1639 Gamle Fredrikstad

Tlf.: 69300105

Mail: info@bamseprodukter.no

Stimulering og sansemotorikk for små og store barn.

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no www.bardum.no

PICOMED AS

Gjerstadveien 398, 4993 Sundebru

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

post@picomed.no www.picomed.no

Fiberdynen (vektdyner til barn og voksne),

Wellness Nordic Gyngestolen.

Ronda Hjelpemidler

Randabergveien 308, 4070Randaberg

Tlf.: 51 58 87 81 Faks: 51 58 80 20

post@ronda.no www.ronda.no

tobii dynavox

Thormøhlens gate 55, Datablokken 6. etg,

5008 Bergen

Tlf.: 55 55 10 60

E-post:sales.no@tobiidynavox.com

www.tobiidynavox.no

ØVREBØ REHABILITERING AS

Rosenkrantzgata 11, 3018 Drammen

Tlf.: 32 24 42 50

firmapost@ovrebo.no www.ovrebo.no

Stimulering/ Sansemotorikk, Kastanjedynen

B.SYK

SYKLER

BARDUM AS

Tlf.: +47 64918060

post@bardum.no

www.bardum.no

KRABAT AS

Ravnsborgvn. 56, 1395 Hvalstad

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

fb@krabat.no www.krabat.no

Krabat trioBike, transportsykkel

SUNRISE MEDICAL AS

Delitoppen 3, 1540 Vestby

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

www.sunrisemedical.no

post@sunrisemedical.no

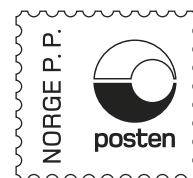
SYNSTEKNISKE HJELPEMIDLER

BOJO AS

Akersbakken 12, N-0172 OSLO

Tlf +47 23 32 75 32

www.bojo.no post@bojo.no



Returadresse:
Norsk Ergoterapeutforbund
Stortingsgt. 2
0158 Oslo



Thera-trainer Tigo 550

AKT 26

Stønad til aktivitetshjelpemidler
for personer over 26 år.

Aktivitetshjelpemidler er hjelpemidler
som er spesielt utviklet for at
personer med nedsatt funksjonsevne
skal kunne delta i aktivitet alene eller
sammen med andre.

(Kilde: regjeringen.no)



Scorpion Plus

Annonse for Bardum :)



RotoBed Free



La ikke utfordringer hindre deg – løsninger finnes.

Det finnes en rekke praktiske hjelpemidler, i ulike størrelser og utførelser.
De kan hjelpe å mestre daglige gjøremål eller gi muligheten for å være mer aktiv.
Hjelpemidler med individuelle tilpasninger kan gi kroppen den støtte den trenger
– og bidra til mer bevegelse. Mulighetene er veldig mange!

- + Gir trygghet
- + Mer selvstendighet
- + Økt mestringsfølelse

Klikk deg inn på vår nettside og se det store utvalget av produkter.